

Technik der selektiven Duktektomie nach duktoskopischer Drahtmarkierung bei pathologischer Milchgangssekretion

Markus Hahn (1), Christian Gall (1), Bernhard Krämer (1), Ralf Ohlinger (2)
(1) Universitäts-Frauenklinik Tübingen;
(2) Universitäts-Frauenklinik, Greifswald



Zu Beginn muss das Symptom ernst genommen werden, dann folgt die Diagnostik. Die pathologische Sekretion stellt eine besondere diagnostische Herausforderung dar, da vielerlei Ursachen eine pathologische Sekretion auslösen können.

schluss wird das Duktoskop (hier mit einer Stärke von 0,9 mm!) in den Milchgang eingeführt (Abb. 3). Die Milchgänge werden über eine Hydrodilatation erweitert. Nach ca. 10 mm Verlauf trifft man auf die ersten Bifurkationen. Das Milchgangssystem teilt sich in seine verschiedenen Äste auf. Welcher Milchgang an einer Bifurkation weiter zu verfolgen ist, kann durch die Technik des „Jetstreams“, einem blutigen Rückfluss durch Kompression der basalen Brustabschnitte, erkannt werden. Nach Auffinden des Befundes wird dieser mit einem Draht über den Arbeitskanal

Grundsätzlich muss man zwischen intra- oder extramammärer Ursache unterscheiden. Die histologische Abklärung muss dann erfolgen, wenn eine intramammäre Pathogenese zu Grunde liegt.

Dieser Artikel beschreibt die histologische Sicherung bei pathologischer Milchgangssekretion intramammärer Pathogenese unter endoskopischer Visualisierung der Milchgänge mittels Duktoskopie.

Die Milchgangssekretion präsentiert sich auf viele unterschiedliche Arten. Dies gibt einen ersten Hinweis auf deren Ursache. Sie kann uni- oder bilateral, aus einem oder mehreren Milchgängen auftreten, dick oder dünnflüssig sein, rötlich, grünlich, weiß oder milchig imponieren, einmalig oder rezidivierend auftreten. Der Prolaktinwert und die laborchemische Abklärung der Schilddrüse geben weitere diagnostische Hinweise. Der Hämoocult-Schnelltest ermöglicht die einfache Differenzierung zwischen blutiger und nicht blutiger Sekretion in der klinischen Routine. Aber cave! Ca. 50% der Mammakarzinome und Papillome, die allein durch eine pathologische Sekretion entdeckt werden, fallen durch eine rein seröse und nicht blutige Sekretion auf. Im Gegensatz dazu muss nicht jede blutige Sekretion sofort histologisch abgeklärt werden. Eine ausführliche Anamnese deckt oftmals eine benigne Ursache wie z.B. ein altes Hämatom bedingt durch eine Stoßverletzung auf, dass dann differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden muss.

Der zytologische Abstrich kann weitere diagnostische Informationen liefern. Seine Wertigkeit ist untersucherabhängig und die Ergebnisse sind oft schwierig zu interpretieren.

Der diagnostische Algorithmus (Abb. 1) nach Hahn und Siegmann zeigt die Vorgehensweise bei Milchgangssekretion für die klinische Routine auf.

Liegt nun der Verdacht einer intramammären Pathogenese vor, dann sollte, nach Komplettierung der Diagnostik durch bildgebende Verfahren, eine histologische Abklärung zum Ausschluss eines Malignoms empfohlen werden.

Dafür werden zunächst die klassischen bildgebenden Verfahren der Brust, die Sonographie und Mammographie, eingesetzt. Findet sich ein bildgebendes Korrelat für die Sekretion, dann sollte der Befund minimalinvasiv durch Stanz- oder Vakuumbiopsie gesichert werden.

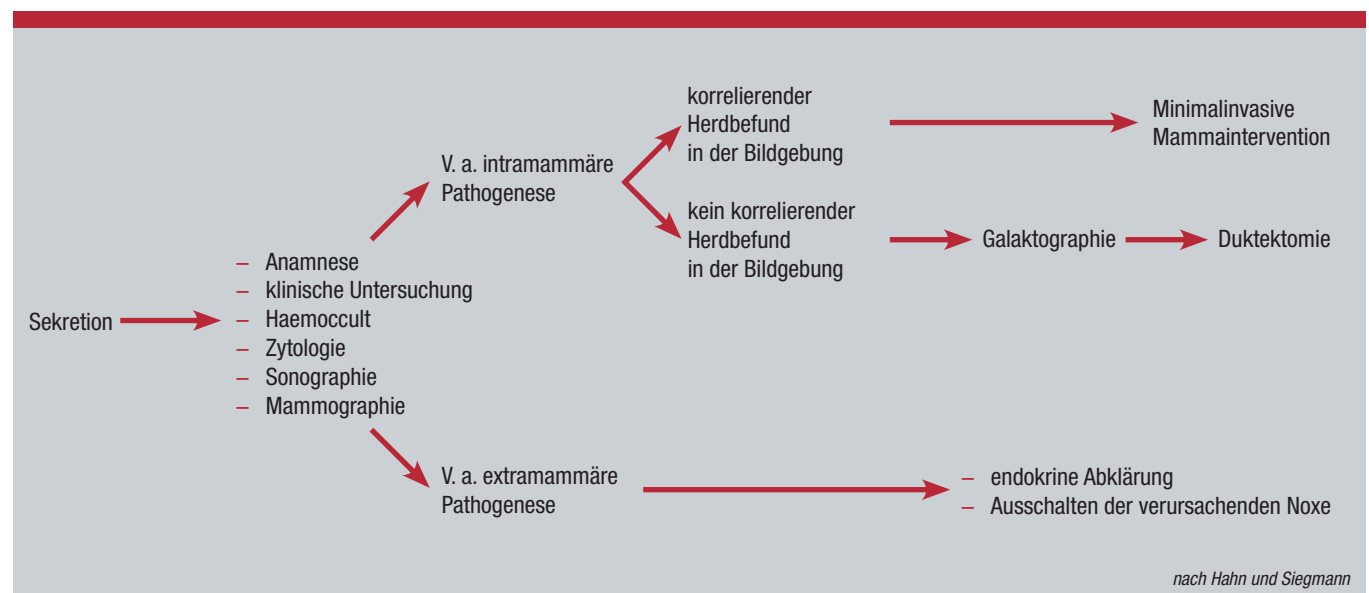


Abb. 1: Algorithmus nach Hahn und Siegmann



Abb. 2: Dilatation mit Hegarstiften

Findet sich kein korrelierender Herdbefund, dann sollte eine Galaktographie folgen. Die Wertigkeit der Galaktographie ist hierbei nicht zu unterschätzen, da sie neben der reinen diagnostischen Information dem Operateur darüberhinaus für die folgende Duktektomie den genauen Verlauf sowie die Länge des zu exstirpierenden Milchgangsystems aufzeigt. Aus diesem Grund sollte bei jeder Duktektomie die Galaktographie im Operationssaal demonstriert werden!

Die histologische Sicherung erfolgt durch die Duktektomie. In der Vergangenheit ist die Technik der Duktektomie immer weiter verfeinert worden. Wurde 1963 noch von Urban die Duktektomie über einen nach heutigem Verständnis nicht gerade kleinen radiären Schnitt unter Mitnahme eines zentralen Konus publiziert, folgte 1969 die Mikroduktektomie nach Färbung des pathologischen Milchgangssystems unter Verzicht auf die Konusresektion.

Der Nachteil all dieser Verfahren war jedoch, dass sie den Befund, der für die Ursache der Sekretion verantwortlich war, nicht bildgebend darstellen konnten. Dadurch war die Interpretation eines negativen histologischen Ergebnisses erschwert.

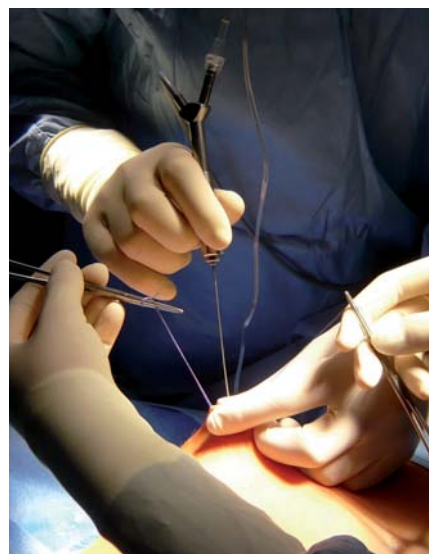


Abb. 3: Einführen des Duktoskops

Anders verhält es sich bei der selektiven Duktektomie nach endoskopisch-dukotoskopischer Drahtmarkierung des pathologischen Milchgangs. Damit kann das Milchgangssystem direkt visualisiert werden. Eine kontrollierte Biopsie mit dieser Technik ist möglich. Das zu entnehmende Gewebeprodukt kann minimiert werden.

Beschreibung der Technik der Duktoskopie

Der Eingriff sollte nach den Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Minimalinvasive Mammainterventionen (AG MiMi) der Deutschen Gesellschaft für Senologie in Vollnarkose durchgeführt werden. Nach Lagerung und Desinfektion der Patientin erfolgt die Fixierung zweier Haltefäden an die Brustwarze. Damit werden die Milchgänge in die Länge gezogen, um eine Perforation zu verhindern. Es folgt die Dilatation des pathologisch sezernierenden Milchgangs mit Hegarstiften (Abb. 2). Im An-

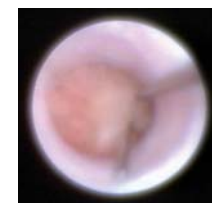


Abb. 4: Drahtmarkierung einer intraduktalen Vegetation



Abb. 5: Milchgangspräparat

markiert (Abb. 4). Das Duktoskop wird danach entfernt. Über einen Periareolärschnitt wird der Milchgang selektiv entlang des Markierungsdrahtes entfernt (Abb. 5). Es erfolgt die dreidimensionale Fadenmarkierung des Präparates. Nach glandulärer Adaptation erfolgt der Verschluss in üblicher Weise.

In unserem Tübinger Kollektiv beträgt die durchschnittliche Schnitt-Naht-Zeit 32 Minuten (Range: 30–50 Minuten). Die Technik wird nach einer Lernkurve von ca. 20 Eingriffen sicher beherrscht. Unterstützt wurde von Ohlinger und Grunwald in Kooperation mit der AG MiMi der weltweit erste Duktoskopieatlas herausgegeben. Darin werden Technik und Befunde detailliert beschrieben. Die mittlerweile etablierten Greifswalder Duktoskopie-Workshops in Kooperation mit der AG MiMi helfen ebenfalls dem Anfänger, seinen Weg durch die Milchgänge zu finden.

Erste Daten der internationalen Multi-zenterstudie der AG MiMi zur Duk-

toskopie werden auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Senologie 2009 erwartet.

Unsere Tübinger Daten sind insofern interessant, da nur Patientinnen duktoskopiert wurden, die allein durch das Symptom der Sekretion auffielen. Keine Patientin hatte ein bildgebendes Korrelat in Mammo- oder Sonographie. In diesem ausgewählten Kollektiv konnte in 73 % (24/33) der Fälle eine proliferative Läsion nachgewiesen werden. Dabei verfügt die Duktoskopie über eine Sensitivität von 78 %, die Galaktographie von 74 % und die Zytologie von nur 4 %!

Zukünftige Projekte werden sich mit der minimalinvasiven Abklärung dieser Befunde beschäftigen mit dem Ziel, auf eine offene Operation verzichten zu können. Interessante Ansätze hierzu gibt es bereits. So konnte die Arbeitsgruppe um Hühnerbein ein Duktoskop zur vakuumbioptischen Abtragung von Befunden evaluieren. Ebenso stehen Zytobrush und Biopsiezange für den Arbeitskanal zur Verfügung.

Inwieweit diese Techniken ihren Einzug in die klinische Routine halten werden, wird die Zukunft zeigen.

Literatur beim Autor

PROGRAMM

Freitag, 12. Juni 2009
14.30–16.00, Raum 15

Papilläre Mammatumoren und Therapie mittels Duktoskopie – denkbar?

Techink der Duktektomie/ Duktoskopie
M. Hahn (Tübingen)

www.senologie.org

Auf der Homepage der DGS finden Sie aktuellste Informationen zur Gesellschaft. Um als Mitglied der Gesellschaft Zugang in den Online-Bereich „Für Mitglieder“ zu haben, fordern Sie bitte unter www.senologie.org Ihre persönlichen Zugangsdaten per E-Mail an.

Benchmarking – the quality of breast cancer care in a nationwide voluntary system

Dr. med. Sara Y. Brucker, Universitäts-Frauenklinik Tübingen



Die Analyse der Qualitätsindikatoren 2003–2006 ergab im Rahmen einer prospektiven interventinellen multizentrischen Studie folgende Ergebnisse: Die Zahl der am Benchmarking-WBC® teilnehmenden Brustzentren stieg 2003–2006 von 59 auf 202 (342%), diejenige kokumentierter Mammakarzinome von 5.453 auf 25.417 (466%), etwa 50% aller geschätzten Brustkrebsneuerkrankungen in Deutschland.

Ferner wurde eine einheitlicher, systemunabhängiger XML-Datensatz erarbeitet. Ausgehend von 9 Prozessqualitätsindikatoren (2003) wurden bis 2006 insgesamt 12 QIs mit 15 Unterindikatoren als Surrogate für die frühestens nach 5–10 Jahren messbare langfristige Ergebnisqualität (Morbidität, Mortalität) entwickelt. Die sachgerechte Versorgung wurde mittels S3-Leitlinien-Umsetzungsraten abgebildet. Das überregionale, extern evaluierte Mammakarzinom-Benchmarking hat sich als durchführbar und erfolgreich erwiesen. Deutliche QI-Steigerungen belegen die zunehmende Verbesserung der Mammakarzinom-Versorgungsqualität [1].

Eine weitere Analyse der Qualitätsindikatoren bis einschließlich 2007 zeigte weiterhin die Zunahme der Steigerung der Versorgungsqualität bei der Betreuung von Mammakarzinompatientinnen. Die Verbesserung der Einhaltung der Leitlinien-treue kann somit erstmals nachgewiesen werden. Bis 2007 wurden 12 Qualitätsindikatoren entwickelt und ausgewertet. Diese dienen als Surrogate-Parameter, da Überlebens- und Rezidiv-raten aufgrund des kurzen Zeitintervalls noch nicht bestimmt werden konnten.

Dieses nationale Benchmarking konnte erfolgreich etabliert werden und erlaubt sowohl den Vergleich der teilnehmenden Institutionen als auch die Bestimmung von Surrogate-Parametern.

Abstract

Background: The main study objectives were: to establish a nationwide voluntary collaborative network of breast centres with independent data analysis; to define suitable quality indicators (QIs) for benchmarking the quality of breast cancer (BC) care; to demonstrate existing differences in BC care quality; and to show that BC care quality improved with benchmarking from 2003 to 2007.

Methods: BC centres participated voluntarily in a scientific benchmarking procedure. A generic XML-based data set was developed and used for data collection. Nine guideline-based quality targets serving as rate-based QIs were initially defined, reviewed annually and modified or expanded accordingly. QI changes over time were analysed descriptively.

Results: During 2003–2007, respective increases in participating breast centres and postoperatively confirmed BCs were from 59 to 220 and from 5,994 to 31,656 (> 60% of new BCs/year in Germany). Starting from 9 process QIs, 12 QIs were developed by 2007 as surrogates for long-term outcome. Results for most QIs increased. From 2003 to 2007, the most notable increases seen were for preoperative histological confirmation of diagnosis (58% (in 2003) to 88% (in 2007)), appropriate endocrine therapy in hormone receptor-positive patients

(27 to 93%), appropriate radiotherapy after breast-conserving therapy (20 to 79%) and appropriate radiotherapy after mastectomy (8 to 65%).

Conclusions: Nationwide external benchmarking of BC care is feasible and successful. The benchmarking system described allows both comparisons among participating institutions as well as the tracking of changes in average quality of care over time for the network as a whole. Marked QI increases indicate improved quality of BC care.

Full paper

BMC Cancer 2008, 8:35
www.biomedcentral.com/1471-2407/8/358

Literatur

[1] Brucker S et al. Geburtsh Frauenheilk 2008, 68: 629–641.

PROGRAMM

Samstag, 13. Juni 2009
11.00–12.30, Raum 16/17

Qualitätssicherung und Benchmarking in onkologischen Organzentren

6-Jahres-Benchmarking-Daten der Zertifizierten Brustzentren in Deutschland
S. Brucker (Tübingen)

Patienten und Ärzte in einem kranken System

Sibylle Herbert, Köln

Die Erwartungen von Patienten an den Arzt und das deutsche Gesundheitssystem sind simpel: Sie wollen gesund werden, sie wünschen sich das beste Krankenhaus, den besten Arzt. Sie möchten nach neuesten medizinische Erkenntnissen therapiert und, nicht zuletzt, sie wünschen sich als Mensch wahrgenommen zu werden.

Man könnte glauben, dass die Erfüllung dieser Wünsche einfach sei in einem Gesundheitssystem, das jährlich 250 Mrd. verschlingt. Dem ist aber nicht so. Woran liegt das?

Die Referentin hat sich selbst in das System begeben, sie war und ist selbst Patientin und hat am eigenen Leibe die Undurchschaubarkeit unseres hoch differenzierten deutschen Gesundheitssystems erfahren. Sie ist aber auch Journalistin und Buchautorin: Sie hat Krankenhausärzte zu Wort kommen lassen, sie hat in niedergelassenen Praxen

hospitiert, sie hat die Seite der Krankenkassen befragt.

Dieser multi-perspektivische Blick zeigt, warum Patienten sich häufig bevormundet, schnell abgefertigt und nicht informiert fühlen (müssen): Der zeitliche Druck, unter dem das medizinische Personal steht, macht Patienten zu Werkstücken in einem Produktionsprozess. Der finanzielle Druck lässt Ärzte zu Betriebswirten mutieren. Die ökonomische Logik wird häufig zum Maß aller Dinge. Die Bürokratisierung und Regelungswut bestimmt den medizinischen Alltag. Der

Mensch tritt in den Hintergrund. Kosten-Nutzen-Relationen und evidence based medicine treten an die Stelle einer auf jeden jeweiligen Menschen abgestimmten Medizin.

Obwohl sie die Defizite des Systems schonungslos benennt, stellt sich keine reflexartige Solidarität mit den Patienten ein, deren Bedürfnisse am Klinikalltag abprallen. Stattdessen tritt zutage, dass die Ökonomisierung des Medizinbetriebs das Heilen und Helfen im Krankenhaus und in den niedergelassenen Praxen nachhaltig verändert hat.



Nicht nur der Kranke, auch das medizinische Personal, fühlen sich diesen Strukturen ohnmächtig ausgeliefert. Ärzte und Patienten reden folglich oft aneinander vorbei, auch wenn sie miteinander sprechen.

Ziel muss es sein, Patienten in die Debatte um begrenzte Ressourcen und um eine zunehmende Standardisierung der Medizin mit einzubeziehen.

Es geht darum, diesen Dialog zu fördern, Verbündete zu finden, nicht gegeneinander sondern miteinander zu streiten.

PROGRAMM

Donnerstag, 11. Juni 2009
10.40–11.30, Raum 1

Key Note Lectures

Der Arzt in Fesseln und der Patient im Abschied – ein Ausflug in den medizinischen Alltag
S. Herbert (Köln)

A Solution to the Clinical Program of Antihormone Drug Resistance in Breast Cancer
C. Jordan (Chicago, USA)