



newSeno Informationen zu aktuellen Weiterentwicklungen in Medizin und Technik für die Optimierung der Patientenversorgung bei Brusterkrankungen.

NEWS aus Senologie und Brustchirurgie / BrustZentrum
Marien Hospital Düsseldorf ■ Rochusstraße 2 ■ 40479 Düsseldorf ■

Seite 1

» newSenoINTERN

KURZMELDUNGEN

- Dank Ihres Vertrauens in unsere Arbeit haben wir bereits 200 neue Mammakarzinome behandelt. Darunter zunehmend jüngere Patientinnen und komplexe Fälle. Wir möchten dabei unsere Merkmale **Erreichbarkeit, kurze Informationswege** und **Real-Time-Arztbriefe** im Einzelfall weiter kultivieren und verbessern.
- Das IORT-Umsetzungsprojekt ist gestartet. Die Weichenstellung durch den Aufsichtsrat für die Etablierung der intra-operativen Strahlentherapie (IORT) in der Klinik für Senologie und Brustchirurgie zusammen mit der Klinik für Strahlentherapie und Radiologischen Onkologie im Hause ist erfolgt. Das Gerät kann in zwei Operationssälen parallel eingesetzt werden. Diese partielle Brustbestrahlung erlaubt eine präzisere und schonendere Bestrahlung des Tumorbetts, erheblich verkürzte Bestrahlungszeiten und die Brusterhaltung bei Frauen, die aus Regionen kommen, in denen keine Strahlenklinik in der Nähe ist.
- Das Beratungszentrum **zebra** ist jetzt im Nahbereich des Marien Hospitals Düsseldorf eingetroffen: Prinz-Georg-Straße 63, 40479 Düsseldorf, Telefon (02 11) 92 93 935, www.brustkrebs-duesseldorf.de. Großer Erfolg des Empfangs zum ersten „Tag der offenen Tür“ mit über 100 Gästen.
- Wir sind Mitglied im **senoNetwork in Europa** www.senonetwork.com. Das SenoNetwork ist das erste internationale Netzwerk klinischer Zentren, die sich exklusiv mit der Diagnose und Behandlung von Brustkrebs befassen.

VORSTATIONÄRES MANAGEMENT - KONSILIARUNTERSUCHUNG - ZWEITMEINUNG

- Der VKKD schafft die Grundlagen dafür, mit dem Onkologischen Zentrum und dem Umfeld des sich entwickelnden Cancer Centers am Marien Hospital in Düsseldorf führender Anbieter für Gesundheitsleistungen bei Patienten mit Tumorerkrankungen in der Region zu werden.
- Das BrustZentrum mit der Klinik für Senologie und Brustchirurgie wird auf Überweisung von Fach- und Vertragsärzten die Patienten mit onkologischen Problemen vorstationär und konsiliarisch mitbetreuen können.
- Unser besonderes Interesse ist darauf gerichtet, wie bisher stations-ersetzende Leistungen sowie die Vor- und Nachsorge bei den Niedergelassenen zu stärken. Dies gilt sowohl für GKV- wie PKV-Patienten.
- Die Zweitmeinung, die „Second Opinion - Because there is no second chance“ (Lit.: Cancer World - GrandRound, 14-19, Januar/Februar 2007), spielt heute bei der Vielfältigkeit der Angebote eine große Rolle. Zur Vermeidung eines Informationsstresses für die Betroffenen bieten wir daher diese Option, die 62 % der Patienten wünschen, gerne an. Herr Prof. Dr. Hoppe meint dazu, dass Patienten mit ihrem Arzt darüber reden sollten, ohne dass das Vertrauen oder seine Kompetenz in Zweifel gezogen werde.
- Unser Wunsch ist es zu vermitteln, dass **„Brustkrebs keine Notfall-operation“** darstellt und genügend Zeit ist für ein personalisiertes Vorgehen mit dem Ziel von Ergebnissicherheit.
- Auch wenn die Zweitmeinung manchmal ganz wesentlich die Behandlungsentscheidung ändern kann, sind wir bestrebt, zur Vermeidung einer Verknappung der verfügbaren Zeit oder einer Blockierung unserer wertvollen Ressourcen einem „Onco-Shopping“ vorzubeugen.
- Unsere gemeinsamen Synergien als Referenzzentrum dienen der Qualitätsverbesserung, Patientengerechtigkeit und Effizienzsteigerung.

DIAGNOSTISCHE INSTANZ-PATHOLOGIE

- Die Zweit-Beurteilung in der Pathologie spielt in 7,8% und die zusätzliche Bildgebung, z. B. mit MRT, bis zu 25 % eine Rolle für eine geänderte Operationsentscheidung.
- Die diagnostische Instanz für die Operation und die Behandlung ist, unabhängig vom Versicherungsstatus, die Pathologie und stellt damit die Basis für Patientengerechtigkeit dar.
- Bei uns ist daher die Pathologie im Operationstrakt für die Beurteilung der Schnellschnitte und Resektions-Grenzsicherheit präsent.
- Diese wichtige interdisziplinäre Schnittstelle für den Operateur trägt ganz wesentlich dazu bei, saubere Schnittgrenzen für die Tumoroperation bereits beim Ersteingriff zu erzielen und das gefährliche Nachschneiden des Tumoralagers und damit Nachoperationen mit zusätzlichen Narkosen zu vermeiden.

» newSenoSPOTLIGHT

FRAGEN RUND UM DIE OPERATION

- Wenn eine Tumordiagnose vorliegt, ist die erste Frage nicht „Wer macht die Chemotherapie?“ oder „Wer macht die Strahlentherapie?“ sondern „Wer operiert mich?“
- Dabei sind Spezialisierung, große Erfahrung und Interdisziplinärität gefordert.
- Neben der Brusterhaltung mit allen Optionen der Onkoplastik und den autologen Rekonstruktionstechniken haben die Methoden der Sofortrekonstruktion große Bedeutung gewonnen und bedürfen einer kritischen „Spotlight“-Betrachtung im Hinblick auf Ergebnissicherheit und Kosteneffizienz.

AUDRETSCH: EXPANDEREINLAGE ÜBERFLÜSSIGE OPERATION?

Habe selbst in den USA in den 80er Jahren ein Expanderpatent als wissenschaftliche Arbeit entwickelt, sehe allerdings heute keine Indikation mehr für die Expandertechnik in der Brustchirurgie. Die Gründe dafür sind vielfältig:

1. Der Expander muss in 100% der Fälle wieder entfernt und gegen die definitive Prothese ausgetauscht werden. Bei primärer Verwendung der definitiven Prothese (sowohl bei der Sofortrekonstruktion wie auch bei der Spätrekonstruktion) muss diese in weniger als 5% unserer Klientel z. B. aus Symmetriegründen gewechselt werden.
2. Bei den strukturierten Implantaten wird die Haftung und Formstabilität des Implantats in seiner Umgebung durch das Einwachsen der Fibroblasten in die strukturierte Oberfläche des Implantats gewährleistet. Dieses so genannte „Interface“ wird bei dem Expanderwechsel zerstört. Dies kann nachfolgend zu Seromen, der Bildung einer Pseudo-Kapsel oder einer Rotation des definitiven Implantats führen.
3. Darüber hinaus schlagen die Kosten für den Expander, die OP-Nutzung und die Wiedervorstellungen der Patientin zum Auffüllen zu Buche und sind bei einer definitiven Primärprothetik vermeidbar.

KLINIK FÜR SENOLOGIE UND BRUSTCHIRURGIE

BrustZentrum am Marien Hospital Düsseldorf

Erreichbarkeit 24 Stunden:

Tagsüber: (02 11) 44 00-27 61

Mobil: (01 72) 257 22 96

E-Mail: brustzentrum@vkkd-kliniken.de

WICHTIGE OPERATIONSDETAILS DER SOFORTREKONSTRUKTION

1. Noch während der Entfernung des Drüsenkörpers, dessen Ablösung vom Pektoralismuskel von kranial her beginnt, wird transpektoral die Prothesenloge angelegt.
2. Die Breite der Prothesenloge kann dann intraoperativ präzise ausgemessen werden.
3. Diese Distanz erlaubt die richtige Auswahl des Implantatvolumens für die definitive Prothese.
4. Zusätzlich wird von der Oberbauchregion ein Verschiebelappen angelegt, der die periareolär resezierte Hautspindel spannungsfrei ersetzen kann.
5. Das ausgewählte definitive Implantat wird dann als intraoperative Dehnungsprothetik und „Platzhalter“ bereits vor der kompletten Entfernung der Brust in die Tasche eingelegt und unterstützt wie eine „Werkbank“ die saubere Präparation des sehr dünnen fibrösen Ursprungs des Pectoralis Major Muskels bei der kompletten Entfernung der Drüse im kaudalen subkutanen Brustbereich.

AUDRETSCH: VERMEIDUNG VON KOSTSPIELIGEN GEWEBEERSATZNETZEN?

1. Durch die geschilderte Technik lassen sich kostspielige Gewebeersatznetze grundsätzlich bei unserer Klientel vermeiden.
2. Die Präparationstechnik in dem kaudalen, unteren Ursprungsbereich des Pectoralis Major Muskels erfolgt mit der Ultraschall-Schneidetechnik, die eine sehr saubere und gewebeschonende Ablösung der Brust von der Muskelfaszie erlaubt.
3. Bei der submuskulären Implantation der definitiven Prothese kann dadurch der Muskel auch ohne Gewebeersatznetz nicht nach oben abrutschen.
4. Bei den Operationskosten können durch diese Techniken, die von unseren internationalen brustchirurgischen Fellows mit Begeisterung erlernt werden, mehrere tausend Euro pro Fall mit gleichzeitiger Verbesserung der Ergebnissicherheit gespart werden.

» newSenoKONGRESS BULLETIN

AMERICAN SOCIETY OF BREAST DISEASE (ASBD) NEW YORK 2010 UND USA-BREAST-FELLOWSHIP-TRAINING CURRICULUM

- In den USA wurde anlässlich des Kongresses der ASBD in New York im April 2010 ein „International Steering Committee“ berufen, dem ich angehöre.
- Brustchirurgie, Onkoplastische Chirurgie und Ästhetische Chirurgie gehören zusammen.
- Es ist eine ethische Verpflichtung, Brustchirurgie nicht nur unter dem Gesundheits- und Tumor-Aspekt, sondern immer auch unter einer ästhetischen Perspektive durchzuführen.
- Die wissenschaftliche Begleitung und der Aufbau des Trainingsprogramms mit den Zielen Re-Exzisionen, Rezidive, Komplikationen, Operationszeiten und Kosten zu reduzieren erfolgen in enger Kooperation mit Stanford University Cal.

EBCC-7 EUROPEAN BREAST CANCER CONFERENCE 2010 BARCELONA: EUROPÄISCHER FACHARZTSTANDARD

- Bisher existierte kein Facharztstandard für Brustchirurgie.
- Entsprechend den EUSOMA-Leitlinien für Brustspezialisten wird jetzt ein Curriculum für Fellows und die Möglichkeit einer Prüfung angeboten.
- Die internationale Fellowship in Brustchirurgie steht für Fachärzte mit der Spezialisierung in Chirurgie, in Gynäkologie oder in Plastischer Chirurgie offen.
- Wir bieten jährlich für 20 Fellows aus Europa und nicht europäischen Ländern dieses Curriculum an.
- Das UEMS/EBSQ-Examen für Brustchirurgen ist ein Projekt der Union Européenne des Médecins Spécialistes und dem European Board of Surgery Qualification.
- Das erste Examen wurde entsprechend den Kriterien des Dokuments zu „The Training of Specialized Health Professionals dealing with breast cancer“ im März anlässlich der EBCC-7 Conference in Barcelona abgehalten. Das nächste Examen ist anlässlich des ESSO Congress in Bordeaux. Weitere Informationen finden sich unter www.uemssurg.org

MILAN BREAST CANCER CONFERENCE 2010 THE BREAST CANCER OBSERVATORY FOR 2011

Das *Milan Breast Cancer Observatory* stellt einen Ausblick auf die Entwicklungen und Neuerungen in den nächsten zwölf Monaten dar.

DIE INHALTE SIND DIESMAL:

- Neoadjuvant: Zunehmender Einsatz präoperativer Protokolle auch unter Einschluss der neoadjuvanten Strahlentherapie.
- Adjuvant: Weniger Invasivität, mehr Verträglichkeit, z. B. schonendere Axilladisektion, mehr partielle RT (IORT) und Hyperfraktionierung, mehr Individualisierung durch Genomic-Tools und Sensitivitäts-Messung auch für Radiotherapie, Nomogramme für Risikoprofilierung, Studien stärker selektiert für kleinere Subgruppen.
- Metastatisch: Neue Wirkstoffe wie PARPI, P13K1, Denosumab und andere, Operation des Inxetumors auch bei M1 sinnvoll.

AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY - ASCO 2010 NEOADJUVANTE STRAHLENTHERAPIE STUDIE

- Die 10-Jahresergebnisse unserer NEOADJUVANTEN STRAHLENTHERAPIE STUDIE mit einem Überlebensvorteil von 13,6% wurden beim ASCO 2010 präsentiert.
- Diese Daten und Erfahrungen liegen bereits einem Teil unseres Therapiekonzeptes bei LABC (*Lokal Advanced Breast Cancer*) und bei großen, technisch inoperablen Tumoren zugrunde.
- Die sichere operative Sanierung gelingt danach (post-radiation) mit Hilfe einer lappenunterstützten Operation (Rektuslappen oder Latissimus).
- Die Zusammenfassung der Studienergebnisse ist als „Spotlight“ in newSeno 4 vorgesehen.

KLINIK FÜR SENOLOGIE UND BRUSTCHIRURGIE

BrustZentrum am Marien Hospital Düsseldorf

Erreichbarkeit 24 Stunden:

Tagsüber: (02 11) 44 00-27 61

Mobil: (01 72) 257 22 96

E-Mail: brustzentrum@vkdd-kliniken.de

Verantwortlich:

Direktor der Klinik für Senologie und Brustchirurgie, a.r. Prof. Dr. med. Werner Audretsch
Geschäftsführung Marien Hospital Düsseldorf: Dr. Martin Meyer, Ass. jur. Jürgen Braun

Download Anmeldeformulare für Patienten von der Internetseite:
www.brustzentrum-duesseldorf.de

www.vkdd-kliniken.de