

Reoperationsrate ist nach onkoplastischer Chirurgie nicht erhöht

Verglichen mit einer brusterhaltenden OP treten nach onkoplastischer Brustchirurgie öfter Hautnekrosen und Infektionen auf. Das wurde in der iTOP-Studie nun prospektiv nachgewiesen. Aber Reoperationen waren nicht häufiger und die DCIS-Reexzisionsrate konnte sogar vermindert werden.

TEXT MAG. ANNA EGGER

Erstmals gibt es prospektive Daten zur Sicherheit onkoplastischer Brustchirurgie (OPS). Prim. Univ.-Prof. Dr. Florian Fitzal, Krankenhaus der BHS Linz und MedUni Wien, präsentierte am zweiten Breast Surgery Day im Comprehensive Cancer Center Vienna, interimistische Daten der iTOP-Studie. Demnach ist die Morbidität nach Anwendung onkoplastischer Techniken erhöht, die Reoperationsrate aber nicht.

Symmetrisch und onkologisch sicher. Onkoplastische Brustchirurgie gilt als onkologisch sicher, wie ein Vergleich des lokalrezidiven Überlebens bei OPS vs. brusterhaltender Operation (BCT) zeigte.¹ Dabei unterschied sich dieser Parameter in beiden Gruppen nicht signifikant.

Das kosmetische Ergebnis nach OPS ist deutlich verbessert und konnte in einer Arbeit von Fitzal und Kollegen um 50 Prozent gesteigert werden. Ausschlaggebend hierfür ist die Symmetrie, die mit dem Breast Analyzing Tool (BAT[®]) bestimmt wird.²

Öfter Nekrosen, seltener Reexzisionen? Ein weiterer Vorteil onkoplastischer Techniken gegenüber brusterhaltender Chirurgie könnte in einer verminderten Reexzisionsrate liegen. Diese lag in einer retrospektiven Metaanalyse von Losken et al. nach OPS (n=3.165) vs. BCT (n=5.494) bei 4 vs. 14 Prozent.³ Allerdings wird onkoplastische Chirurgie auch mit erhöhter Morbidität bzw. Hautnekroserate assoziiert.^{4,5} Randomisierte prospektive Daten zu Morbidität und Reexzisionsrate gab es bisher aber nicht.

Endpunkte und Einschlusskriterien. Immediate Techniques of Oncoplastic Surgery (iTOP) ist eine prospektive kontrollierte offene Studie, die im primären Endpunkt den Parameter „eigenes Brustwohlempfinden“ (Breast Self-Esteem) nach zwölf Monaten untersuchte. Gegenstand der nun präsentierten Interim-Safety-Analyse war die Reoperationsrate und Morbidität nach 100 behandelten Patientinnen. „Wir haben uns zum Ziel gesetzt, die morbiditätsbedingte Reoperationsrate durch onkoplastische Brustchirurgie nicht zu erhöhen“, so Fitzal. Sekundäre Endpunkte waren u.a. die Brustsymmetriemessung mittels BAT[®]-System, die Lebensqualität sowie lokalrezidiv-, erkrankungsfreies und Gesamtüberleben. Zu den Einschlusskriterien zählten eine Resektion von über zehn Prozent des

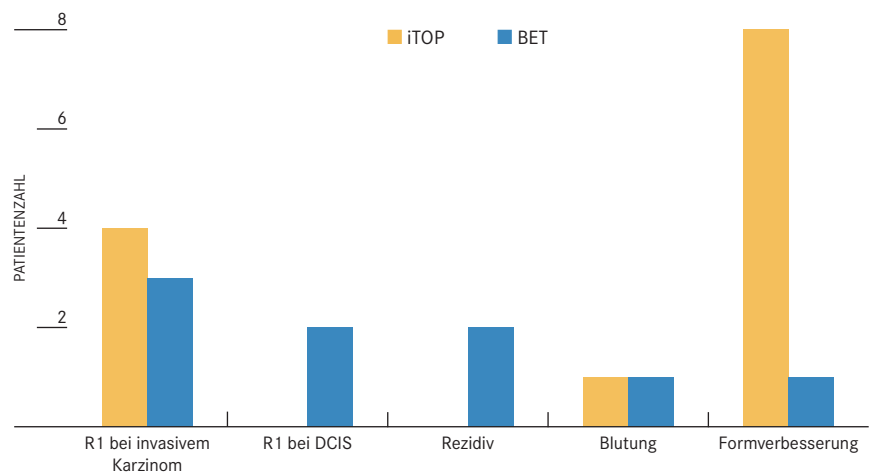
Brustumfangs bei unilateralen Mammatumoren oder eine notwendige Mastektomie. Die Patientinnen konnten zwischen OPS und nicht onkoplastischer Chirurgie wählen. Es wurden drei Gruppen unterschieden:

- Brusterhaltende Therapie (BCT, n=50)
- Immediate Techniques of Oncoplastic Surgery, iTOP (n=50):
 - Brusterhalt mit onkoplastischer Chirurgie (iTOP 1/2)
 - Mastektomie mit sofortiger Rekonstruktion (iTOP 3)

Ergebnisse. Insgesamt waren die R1-Reexzisionsrate (BCT vs. iTOP: 10 vs. 8%) und der Anteil an Revisions-Operationen (2 vs. 2%) in den beiden Gruppen etwa gleich häufig. In der Subgruppe der dukta len Karzinome in situ (DCIS) kam es im

→ iTOP: Gründe für eine zweite OP

Quelle: Fitzal F et al.; Vienna Breast Surgery Day 2015



BET=Brusterhaltende Therapie (n=50); DCIS=duktales Karzinom in situ; iTOP=Immediate Techniques of Oncoplastic Surgery; iTOP (n=50): Brusterhalt mit onkoplastischer Chirurgie oder Mastektomie mit sofortiger Rekonstruktion

iTOP-Arm sogar weniger häufig zu Reexzisionen: Während es in der iTOP-Gruppe keine R1-Resektionen bei DCIS gab, waren diese in der BET-Gruppe bei zwei Patientinnen notwendig. Bei invasiven Karzino-

men wurden vier- bzw. drei R1-Resektionen durchgeführt (siehe Abb.). Demnach könnte ein Vorteil bei der DCIS-Gruppe bestehen, der aufgrund kleiner Patientenzahlen weiterer Evaluierung bedarf.

Die Morbidität war in der iTOP-Gruppe signifikant erhöht (28 vs. 16%; $p=0,043$). Insbesondere kam es vermehrt zum Auftreten von Nekrosen (6 vs. 0%; $p=0,039$) und Infektionen (8 vs. 0%; $p=0,017$). Die ambulante Versorgung von Seromen erfolgte in der iTOP-Gruppe über einen Zeitraum von 10,5 vs. 5,0 Tagen in der BCT-Gruppe. Schmerzen sechs Monate postoperativ, gemessen anhand visueller Analog-Skala, traten mit einer Intensität von 2,18 vs. 2,06 auf (iTOP vs. BCT). <

→ „Geringe Nebenwirkungen, aber deutliche Vorteile“



Die iTOP-Studienergebnisse zum primären Endpunkt stehen noch aus. Univ.-Prof. Dr. Florian Fitzal erklärt gegenüber der krebs:hilfe!, welche Schlüsse man bereits aus der Interimsanalyse ziehen kann.

krebs:hilfe!: Welche Bedeutung haben die iTOP-Ergebnisse für die Praxis?

Fitzal: In der Praxis können wir nun endlich davon ausgehen, dass die onkoplastischen Techniken mit nur geringen Nebenwirkungen aber deutlichen Vorteilen weiter angeboten werden sollen. Ich hoffe sogar auf eine weitere Erhöhung von onkoplastischen Operationen in Österreich. Vielleicht gibt es bald auch finanzielle Anreize, sodass die höheren Kosten endlich durch den Staat abgegolten werden.

Onkoplastische vs. brusterhaltende Chirurgie – Welche Methode ist die bessere?

Die einzig korrekte Antwort darauf ist: Es kommt drauf an. Vor allem kommt es auf die Brust-Tumor-Relation an. Je größer der Tumor und je kleiner die Brust, desto eher ist eine onkoplastische Technik von Vorteil. Diese Hypothese gilt es aber in unserer iTOP-Studie weiter zu untersuchen.

„Interim analysis of the prospective oncoplastic trial: iTOP + discussion“; Wien, 17.3.15

Literatur: **1** Chakravorty A et al.; *Eur J Surg Oncol* 2012; 38(5): 395–8; **2** Fitzal F et al.; *Ann Surg* 2008; 247(3): 470–6; **3** Losken A et al.; *Ann Plast Surg* 2014; 72(2): 145–9; **4** Fitzal F et al.; *Eur J Surg* 2007; 33(10): 1158–63; **5** Panhofer P et al.; *Int J Surgery* 2014; 12(4): 334–9

