**192. D. v. Fournier, M. Bauer, U. Späh, F. Kubli, Th. Götz (Heidelberg):
Kurzzeitergebnisse der brusterhaltenden Therapie mit Quadrantenresektion
und Bestrahlung bei frühen Mammakarzinomen**

Bei 40 Patientinnen wurde eine brusterhaltende, kombiniert chirurgisch-radio-logische Behandlung eines Mammakarzinoms durchgeführt. Die posttherapeutische Beobachtungszeit betrug im Durchschnitt $1\frac{3}{4}$ Jahre. Eine sekundäre Ablatio wurde notwendig wegen massiver Strahlenfibrose. Ein loco-regionäres Rezidiv wurde bisher nicht beobachtet.

Die Berechtigung für die Durchführung der Therapie unter kontrollierten Bedingungen leitet sich ab aus ausgedehnten Erfahrungen skandinavischer und französischer Zentren und zwei durchgeführten prospektiven Studien. Über die erste wurden von Atkins 1971 10-Jahresergebnisse publiziert, die für das Stadium 1 keine Unterschiede in der Überlebenszeit zwischen brusterhaltender und konventioneller radikaler Therapie erbrachten. Die noch laufende Studie von Veronesi mit Beobachtungszeiten zwischen $3\frac{1}{2}$ und $7\frac{1}{2}$ Jahren zeigte ebenfalls keine Unterschiede in den Erfolgsziffern.

Die Auswahlkriterien für die brusterhaltende Therapie sind: Klinisches Frühstadium $T_1N_0M_0$, individueller Wunsch nach Brusterhaltung, basierend auf dem individuellen, psychosexuellen Stellenwert der Brust für die Patientin und histologisch im Gesunden entfernter Quadrant.

Zehn weitere Fälle wurden aufgrund der intraoperativ festgestellten Ausdehnung des Karzinoms oder des histologischen Ergebnisses nachträglich einer Ablatio zugeführt. Zehn, d. h. 25% der brusterhaltend behandelten Frauen wiesen histologisch axilläre Lymphknotenmetastasen auf. Operativ wird eine Quadrantenresektion entsprechend der Technik von Veronesi durchgeführt mit Translokation des Mamillensitzes. Die axilläre Lymphonodektomie ist obligat. Sie ist relativ radikal mit durchschnittlich 19, maximal 34 entfernten axillären Lymphknoten.

Wichtig ist eine sorgfältige histologische Aufarbeitung. Die Quadranten werden lamelliert, durchschnittlich 30 Lamellen.

Die Bestrahlung der Restbrust erfolgt mit Gammatron insgesamt 6000 rd in 6 Wochen. Zusätzlich werden 1000 rd mit schnellen Elektronen auf das Tumorbett gegeben. Bei medialem Sitz 4500 rd mit Gammatron auf die parasternalen Lymphabflußgebiete.

Bei histologisch positiven axillären Lymphknoten erhalten die Patientinnen adjuvante Chemotherapie. Eine Bestrahlung der axillären Lymphabflußgebiete erfolgt nicht. Die Verträglichkeit der Therapie ist sehr gut. Empfindliche Reaktionen mit Hautrötung, Infiltration und minimaler Hautabschilferung sind die Regel. Massivere Reaktionen mit Epidermiolyse wurden bisher nicht beobachtet.

Die kosmetischen Resultate waren bei objektiver Beurteilung in 80% sehr gut bis gut, in 13% befriedigend und in 8% unbefriedigend.

Die subjektive Beurteilung durch die Patientin ist noch besser: 90% der Patientinnen fanden das Ergebnis sehr gut bis gut, lediglich 3% fanden es nicht befriedigend. Die Ergebnisse der einfachen Tumorektomie und Nachbestrahlung dürften noch besser, das Risiko von lokalen Rezidiven dabei allerdings auch höher sein. Daher sollte diese Behandlung heute nur unter streng kontrollierten Bedingungen durchgeführt werden.