Aus der Universitätsklinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Innsbruck

Eingeladener Kommentar zu: „Verbreitung und Standards der chirurgischen Melanomtherapie in Österreich“

M. M. Ninkovic und A. H. Schwabegger

Die Autoren haben in mühsamer Arbeit eine Standarderhebung der chirurgischen Melanomtherapie in Österreich durchgeführt (1). Die Ergebnisse sind in bezug auf die Qualität der Versorgung zum Großteil ermutigend, da meist Einigkeit über die Therapiemodalitäten herrscht. Dennoch möchten wir einige wichtige Tatsachen und Umstände ergänzend hervorheben und nachdrücklich betonen.

Auf den ersten Blick erschreckend allerdings erscheint die Tatsache, daß an einigen Orten Lymphknotendissektionen von Dermatologen vorgenommen werden. Ein nicht chirurgisch ausgebildeter Facharzt erlernt bei einigermaßen Geschicklichkeit und Training die Technik der Lymphknotendissektion sicherlich; in der Ausbildung zum Facharzt für Dermatologie z. B. erfährt man jedoch nichts über die Beherrschung von chirurgischen Komplikationen, welche bei und nach dieser Art von Operationen in der Inguinal-, Axillar- und Halsregion typischerweise auftreten können (Gefäß-Nerven-Verletzungen mit massiven Blutungen oder bleibenden Lähmungen, Lymphfisteln, Wundrandnekrosen und ausgedehnte Wundheilungsstörungen usw.).

Die zur Zeit gültigen Standard-Resektionsweiten sollen auf keinen Fall nach Gutdünken modifiziert werden, um etwa eine vermeintliche „Entstellung“ zu umgehen. Fast jeder Defekt läßt sich mit modernen Rekonstruktionsmöglichkeiten wiederherstellen. Außerdem werden prospektive oder retrospektive Studien und Statistiken sowie Langzeitbeobachtungen durch diese Veränderungen der Standards völlig unbrauchbar gemacht.

Warum waren früher 5 cm als Resektionsgrenze gefordert und warum geht man heute davon wieder zurück auf 3-2-1 cm? Bei diesem Rückschritt auf Minimalgrenzen ist Wachsamkeit geboten, ob nicht irgendeine Langzeitstudie in der nächsten Generation dann beweist, daß weitere Resektionsgrenzen doch eine bessere Überlebensrate bringen. Große Statistiken haben zwar für gewisse Subpopulationen bewiesen, daß stadienabhängige Resektionsweiten reduziert werden können. Dies könnte den chirurgisch tätigen Arzt jedoch nur allzuleicht verleiten, noch ein bißchen und dann noch ein bißchen Sicherheitsabstand zu reduzieren, da der Tumor sich in einer delikaten Region befindet, und der Patient doch lieber von seinem Vertrauensarzt operiert werden will.

Bezüglich Diagnosemodalität sind wir ebenfalls der Meinung, daß bei klinischem Verdacht eine diagnostische Inzisionsbiopsie beim Melanom keinesfalls indiziert ist, da sie Diagnoseunsicherheiten birgt und zusätzlich eine eventuelle Hämatombildung zu Tumorzellverschleppung führen kann. Falls diese zu fordernde Exzisionsbiopsie aufgrund ihrer Ausdehnung vom behandelnden Arzt nicht durchgeführt werden kann, ist der Patient an ein entsprechendes Zentrum zuzuweisen.

Bei der chirurgischen Therapie von intestinalen Tumoren beispielsweise ist der Chirurg mit einem Anteil von 50% der wich-

tigste prognostische Faktor überhaupt. Ähnlich verhält es sich auch mit vielen anderen chirurgisch therapierbaren Tumoren, weshalb zu fordern ist, daß eben nur Spezialisten, erfahren auf diesem Gebiet und in der interdisziplinären Kooperation, Tumoren bereits initial behandeln. Bereits diese initiale chirurgische Behandlung (Narbenrichtung, Narbenzug, Lymphabfluß, Dokumentation/Markierung der Tumororientierung usw.) muß so geplant werden, daß anschließend eventuell erforderliche Nachresektionen und/oder Rekonstruktionen noch möglich sind. Bei einer derzeitigen Inzidenz von 1/100.000 Neuerkrankungen und beispielsweise einem Einzugsgebiet von 1 Million Einwohnern erscheint es nur sinnvoll, diese „wenigen“ Neuerkrankungen so wie auch die Rezidivfälle an einem spezialisierten Zentrum und dort einem spezialisiertem Team bereits von Anfang an zu überlassen, um Kontinuität und, basierend auf Erfahrung, Qualität für eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten.

Die Indikationskriterien für die ELND (elective lymph node dissection) sind multifaktoriell. Die ELND wird an unserer Klinik bei Erfüllung einer oder mehrerer der folgenden Kriterien bei T2-T3 (0,75 bis 4 mm) Tumoren ausgeführt:

Tumorexulzeration, noduläres Primum, lymphknotennahes Primum, vor allem am Stamm und Hals, akralentiginöses Primum, Rezidiv, vorhandene Satelliten oder In-Transit-Metastasen, hohe Mitoserate oder Gefäßinvasion.

Die ELND sollte bei den anderen Lokalisationen/Indikationen nicht durchgeführt werden, da bei eventuellem Lokalrezidiv die erste Filterstation fehlt und somit die Tumorprogression systemisch sein wird.

Bezüglich Neck-Dissektion besteht vielerorts nach wie vor ein Informationsdefizit über das Ausmaß der Invasivität dieses Eingriffs, weshalb die ablehnende Haltung vieler Zuweiser verständlich wird. Bei ELND und therapeutischer Lymphknotendissektion (ohne Tumorf infiltration in umgebendes Gewebe) führen wir jedoch nur eine sogenannte funktionelle Dissektion durch, d. h. daß alle wichtigen muskulären, nervalen und vaskulären Strukturen und damit auch die äußerlichen Konturen ohne Entstellung erhalten bleiben.

Die vielversprechende Sentinel-node-Technik befindet sich nach wie vor im Stadium der experimentellen und prospektiven klinischen Studien, deren Ergebnisse erst abgewartet werden müssen (2, 4). Eine unkritische Anwendung dieser einfachen und auf den ersten Blick logisch erscheinenden Technik ist vorerst noch abzulehnen. Eine Patientin aus dem eigenen Krankengut mit einem nodulären Melanom, Clark Level IV am Ohr, wurde erst kürzlich simultan zur Tumornachresektion einer ELND unterzogen. Ein Lymphknoten im vorderen Halsdreieck allerdings war mikroskopisch metastatisch besiedelt, also fernab des sogenannten Sentinel-Node. Wenn auch dieser einzelne Fall keinesfalls repräsentativ ist, so muß er doch nachdenklich stimmen.

Abschließend möchten wir noch zur palliativen Chirurgie von ausgedehnten Tumoren und/oder Metastasen Stellung nehmen. Die rekonstruktive Chirurgie bietet auch hier Möglichkeiten, ausgedehnte und gegebenenfalls blutende Tumorexulzerationen nach R2-Resektionen derartig mit Gewebetransfer abzudecken, daß zumindest kurzfristig eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden kann. Dies sollte auch bei inoperablen Tumoren in Erwägung gezogen und dem Patienten angeboten werden.

Literatur

- (1) Koller R, Deutinger M, Schickl V, Frey M: Verbreitung und Standards der chirurgischen Melanomtherapie in Österreich. Acta Chir Austriaca 1999;31:183-188.
- (2) Rivers JK: Melanoma. Lancet 1996;347:803-807.
- (3) Schwabegger AH, Rainer C, Berresheim U, Stenzl A, Anderl H, Ninkovic MM: Reconstruction of large soft tissue defects in the inguinal and suprapubic region using a variety of flaps. Eur Urology 1999;35 (im Druck).
- (4) Veronesi U: The sentinel node and breast cancer. Br J Surg 1999;86:1-2.

Korrespondenzanschrift: Prof. Dr. M. Ninkovic, Universitätsklinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Anichstraße 35, A-6020 Innsbruck.

Fax: ++43/512/504 - 2735

E-mail: milomir.ninkovic@uibk.ac.at