

Verfahrensanweisung zum Umgang mit onkoplastischen und rekonstruktiven Operationen in zertifizierten Brustkrebszentren

Ziele der SOP

Konkretisierung der Anforderungen der Kooperation der zertifizierten Brustkrebszentren nach DKG e.V. und DGS e.V. mit der Plastischen Chirurgie

Konkretisierung der Kooperation

Qualifikation

Entsprechend dem Erhebungsbogen für zertifizierte Brustkrebszentren sind im Rahmen der Brustrekonstruktion die Zuständigkeiten zu beschreiben. Das Brustzentrum muss eine ausreichende Expertise für die Brustrekonstruktion nachweisen. Dieses beinhaltet die im Kapitel „10.2.2. Klassifikation der Eingriffe, Abbildung 7: Klassifikation der Mammakarzinom-Operationen nach Komplexitätsgrad“ beschriebenen Verfahren der S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms 2017 [Langversion 4.0, Aktualisierung 2017]. Eigengewebverfahren müssen angeboten werden. Dieses beinhaltet freie und gestielte Lappenplastiken (siehe Abbildung 7: Komplexitätsgrade).

Wenn diese Verfahren **nicht** durch die Hauptkooperationspartner des Brustkrebszentrums mit nachgewiesener Expertise beherrscht werden, muss ein Kooperationspartner mit der beschriebenen Expertise vorhanden sein.

Entsprechend des Erhebungsbogens für zertifizierte Brustkrebszentren ist die Qualifikation des Operators über ein Curriculum zu belegen. Neben einem operativen Katalog kann eine **entsprechende** Expertise für die generellen Verfahren der Brustrekonstruktion durch den Schwerpunkt Gynäkologische Onkologie, das Zertifikat „Operative Senologie“ der AWOGyn e.V. oder der Schwerpunkt-Zertifizierung der DGPRÄC e.V. nachgewiesen werden (Komplexitätsgrade 1-6).

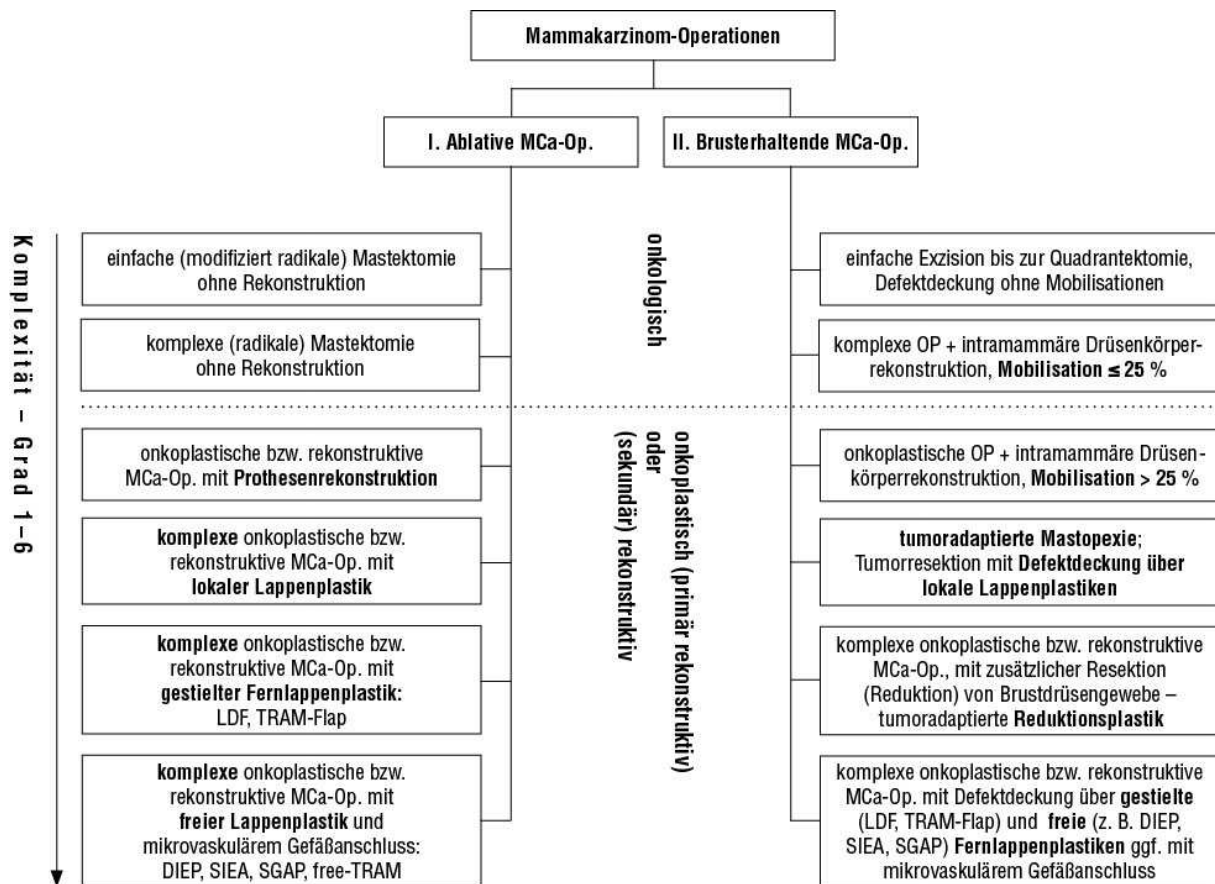


Abbildung 7: Klassifikation der Mammakarzinom-Operationen nach Komplexitätsgrad [10.2.2. Klassifikation der Eingriffe; S3-Leitlinie Mammakarzinom 2017]

Kooperationsvereinbarung

Eine Kooperationsvereinbarung mit der Plastischen Chirurgie bzw. Kooperationspartner zur Brustrekonstruktion ist vorgesehen, wenn es sich um einen externen Partner handelt. Diese beinhaltet die Verbindlichkeit der Einhaltung der S3-Leitlinie, die Bereitstellung von Ressourcen für das Brustkrebszentrum (Sicherstellung zeitnahe Versorgung bei großem exulzeriertem Mammakarzinom), die Bestimmung der OP-Standort(e), ein geregelteres Verfahren für die Therapieentscheidung/-abstimmung (Bezug präoperative Tumorkonferenz), die Information/ Aufklärung der Patientin, die operative Nachsorge und den Informationsaustausch über das kosmetische Ergebnis aus Sicht der Patientin.

Es sollte ein besonderer Fokus auf die Einhaltung der gemeinsamen interdisziplinären Therapieentscheidung und die Information und Aufklärung der Patientin liegen. Detaillierte Abläufe und Schnittstellen sind zu beschreiben (siehe unten). Bei

Abweichungen von den Entscheidungen der interdisziplinären Tumorkonferenz soll die gemeinsame Therapieentscheidung durch erneute Vorstellung in der Tumorkonferenz (z.B. als Tischvorlage) angestrebt werden.

Tumorkonferenz

Im klinischen Alltag erfolgt häufig erst die Vorstellung der Patientin im Rahmen der postoperativen Tumorkonferenz. Entsprechend des Jahresberichtes der zertifizierten Brustkrebszentren (Kennzahlenauswertung 2015 - Auditjahr 2014 / Kennzahlenjahr 2013) erfolgt eine präoperative Vorstellung in der Tumorkonferenz je nach Brustzentrum zwischen 3,18% und 100%. Der Median liegt bei 61,60%. Nach durchgeführtem operativem Eingriff ist eine Planung einer therapeutischen Gesamtstrategie vor dem operativen Eingriff nicht mehr möglich. Somit sollten Patientinnen mit einem primär oder sekundär geplanten ablativen Verfahren der Komplexitätsgrade 3-6 in der präoperativen Tumorkonferenz vorgestellt werden (siehe Erhebungsbogen Brustkrebszentren 1.2.3). Die Gesamtstrategie muss der Patientin vorgestellt und Vor- und Nachteile gemeinsam abgewogen werden (siehe unten). Entsprechend des Kapitels „1.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit“ des Erhebungsbogens für Brustkrebszentren sind assoziierte Fachgruppen, wie die Plastische Chirurgie, in die Tumorkonferenz einzuladen.

Zeitpunkt der Rekonstruktion

Entsprechend der S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms [Langversion 3.0, Aktualisierung 2012] ist die Entscheidung, ob eine primäre oder sekundäre Rekonstruktion erfolgt, abhängig von der individuellen Situation der Patientin und ihren Wünschen. Hier sollte ein besonderer Fokus auf die onkologische Situation gelegt werden (z.B. ob sicher ein R0-Status erreicht und ob dieses sicher im Rahmen der Operation direkt bestimmt werden kann). Somit sollte die Entscheidung über eine primäre oder sekundäre Rekonstruktion in der interdisziplinären präoperativen Tumorkonferenz erfolgen. Dieses ist in der Kooperationsvereinbarung festzuhalten.

Patientinnenaufklärung

Entsprechend des Kapitels „4.4.4. Plastisch rekonstruktive Eingriffe“ der S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms [Langversion 4.0, Aktualisierung 2017] soll jede Patientin, bei der eine Mastektomie durchgeführt werden soll, über die Möglichkeit einer sofortigen oder späteren Brustrekonstruktion bzw. den Verzicht auf rekonstruktive Maßnahmen aufgeklärt werden (Empfehlungsgrad A, LoE 2b).

Für die Aufklärung und Information der Patientin sollten im Brustkrebszentrum detaillierte Prozesse beschrieben werden. Eine enge Abstimmung zwischen den Behandlungspartnern ist erforderlich.

Patientinnen müssen über die jeweiligen Verfahren mit den einzelnen Vor- und Nachteilen und Kurz- und Langzeit-Komplikationen aufgeklärt werden. Operative Verfahren sollten anhand von Informationsmaterial dargestellt werden (z.B. Informationsblatt Plastische Brustoperation oder CD der AWOGyn e.V.). Auf eine ausreichende Bedenkzeit und die Möglichkeit der Einholung von Zweitmeinungen ist zu achten. Eine Patientinneninformation über die Brustrekonstruktion muss ausgehändigt werden (z.B. [Infoblatt Plastische Brustrekonstruktion](https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html), <https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>).

Postoperative Versorgung

Die unmittelbare perioperative Betreuung ist unter der Aufsicht eines in der durchgeführten OP-Technik ausgebildeten Facharztes zu gewährleisten. Die 24h-Erreichbarkeit eines Operateurs mit entsprechender Expertise muss sichergestellt sein (siehe Kapitel Qualifikation und Erhebungsbogen BZ 5.2.25).

Lebensqualität und kosmetisches Ergebnis

In der Nachsorge sollte bei Patientinnen mit einer Rekonstruktion der Brust im Rahmen des Gesprächs und der klinischen Untersuchung eine Erhebung der Zufriedenheit mit dem kosmetischen Ergebnis erfolgen. Dieses ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Des Weiteren sollte eine Photodokumentation präoperativ und im postoperativen Verlauf erfolgen.

Patientinnen mit einem nicht zufriedenstellenden kosmetischen Ergebnis oder Einschränkungen ihrer Lebensqualität in Folge der Operation sollten an den Operateur, welcher den Eingriff durchgeführt hat, zurückgemeldet werden. Bei Häufung sollte eine Vorstellung im Q-Zirkel des Brustkrebszentrums stattfinden. Maßnahmen sollten folgend abgeleitet werden.