

Weniger Nachresektionen kombiniert mit hoher Kosteneffizienz

Prof. Dr. Marc Thill ist einer der führenden Senologen Deutschlands und auch über die Grenzen hinaus.

Im Rahmen der San Antonio Breast Cancer Conference erläuterte der Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie des Agaplesion Markus Krankenhauses, Frankfurt a.M. welchen Stellenwert die intraoperative Sonographie der Brust bereits seit vielen Jahren hat.

Wo sehen Sie den Stellenwert der intraoperativen Mammasonographie heute und in Zukunft?

Prof. Dr. Marc Thill: Ich praktiziere die intraoperative Mammasonographie schon seit mehr als 15 Jahren und möchte auch zukünftig nicht auf sie verzichten. Vor dem Hintergrund, dass wir in der AGO Mamma die intraoperative Sonographie zur Lokalisation ohne Drahtmarkierung mit einem „++“ bewerten und die Datentage dazu exzellent ist, ist diese Methode als eine Standardmethode anzusehen. Im Zuge der zunehmenden Spezialisierung in der Gynäkologie bzw. der gynäkologischen Onkologie wird die Verwendung weiter zunehmen. Ich bin davon überzeugt, dass das Potential der intraoperativen Mammasonographie noch lange nicht



Prof. Dr. Marc Thill

ausgeschöpft ist, da viele Kolleginnen und Kollegen noch nicht damit arbeiten.

Welche Rolle spielen die neuen Richtlinien diesbezüglich?

Thill: In den aktuellen Therapieempfehlungen der AGO Mamma findet sich für die Durchführung der intraoperativen Mammasonographie zur Erhöhung der R0-Resektion ein „+“. Von daher ist die Empfehlung zur Umsetzung der sonographisch-gestützten Brustoperation ganz klar gegeben. Auch die aktuelle S3-Leitlinie unterstützt die intraoperative Mammasonographie. Derartige Empfeh-

Quelle: Canon Visions 01-2023



Prof. Thill: „Die Kosten eines Ultraschallgerätes für den OP haben sich daher schnell amortisiert. Aus diesem Grund ist die sonographisch-gestützte Operation der Brust schon seit Jahren Standard bei uns.“

Foto: Canon Medical



lungen führen dazu, dass Brustoperateure zunehmend in der Mammasonographie ausgebildet werden. An unserem Zentrum werden alle Brustoperierenden in der Mammasonographie ausgebildet, bevor sie eigenverantwortlich operieren dürfen

Wie hoch ist die Nachresektionsrate beim Mammakarzinom und inwieweit kann diese durch die intraoperative Sonographie positiv beeinflusst werden?

Thill: Nach den aktuellen Zahlen des IQTIG (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen) liegt die Nachresektionsrate im Sinne einer weiteren 2. Operation bei 15 %. Teilt man die Nachresektionsrate auf invasive Karzinome und das ductale Carcinoma

in situ auf (DCIS), dann liegen die Nachresektionsraten bei 30,1 % respektive 13,3 %. Es gibt also nach wie vor die Notwendigkeit, die Nachresektionsrate zu senken, um bedingt durch lästige Nachoperationen die zusätzliche psychische Belastung der Patientin, zusätzliche Hospitalisierung, Infektionen, Wundheilungsstörungen und schlechtere kosmetische Resultate zu reduzieren bzw. zu vermeiden.

Die intraoperative Sonographie ist in der Lage, die Nachresektionsrate je nach Literatur gegenüber der alleinigen Palpation um bis zu ca. 50 % zu verbessern. Kann man nicht durchaus auch von einem ökonomischen Aspekt für die Kliniken sprechen, also Nachresektion vs. Anschaffung einer geeigneter Ultraschallsonde/System für den OP?

Thill: Auf jeden Fall. Zwar ist die Situation nicht in jedem Bundesland identisch, bei uns in Hessen kommt es aber nach Primäroperation mit sekundärer Nachoperation bei derselben Patientin meist zu einer Fallzusammenführung. Das bedeutet einen erheblichen Verlust für die jeweilige Klinik, kann doch der mit einer Nachresektion belegte OP-Slot nicht für einen neuen Fall genutzt werden. So werden lediglich Kosten produziert und Gewinne liegen gelassen. Für ein großes Brustzentrum, wie dem unsrigen, sind solche Fallzusammenführungen sehr ärgerlich und definitiv zu vermeiden. Die Kosten eines Ultraschallgerätes für den OP haben sich daher schnell amortisiert. Aus diesem Grund ist die sonographisch-gestützte Operation der Brust schon seit Jahren Standard bei uns. Zukünftig werden Techniken, wie das diffusionsgewichtete

MRT (Clearcoast) die Nachoperationsrate durch intraoperative Schnittrandevaluation weiter senken können. Eine eigene Studie zeigt zumindest die Reduktion der Nachoperationsrate beim invasiven Karzinom von 10% auf 2% und beim ductalen Carcinoma in situ von 30% auf 15%.

Zur Person

Nach Studium und Promotion habilitierte **Dr. Marc Thill** zum Thema „Prostaglandin- und Vitamin D-Metabolismus beim Mammakarzinom“ und erhielt 2010 die *Verenia legendi* für das Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Nach der Leitung des Universitären Brustzentrums, Klinik Frauenheilkunde und Geburtshilfe, am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck wechselte er als Chefarzt zur Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe des Agaplesion Markus Krankenhaus in Frankfurt am Main. Im Jahr 2019 wurde er zum außerplanmäßigen Professor der Universität zu Lübeck ernannt. Seit 2020 ist er Mitglied des erweiterten Vorstands der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft für wiederherstellende Operationsverfahren in der Gynäkologie (AWOgyn). Darüber hinausgehört er den Leitlinienkommissionen der S3 und der AGO Mamma an.