

Kwaliteit van de borstsparende behandeling: meer dan een marge

Editorial bij de bijdrage van P.A. Coucke, P. Vavassis, J. Vanderick en G. Jerusalem, getiteld 'Het belang van de tumormarge na conservatieve chirurgie bij borstkanker in een vroeg stadium'.

Auteur L.J.A. Strobbe

(Ned Tijdschr Oncol 2010;7:225-6)

Het belang van vrije tumormarges bij mamma-sparende therapie (MST) staat in het middelpunt van de landelijke en internationale belangstelling. De nationale discussie over de wenselijkheid van vrije resectiemarges bij de eerste sparende ingreep als kwaliteitsindicator overschaduwde de medische vraag naar het belang van vrije marges.¹ Wat is een vrije marge, hoe bereiken we die en wat te doen als de marge gecompromitteerd is?

Coucke en collega's stellen de veelheid aan definities aan de kaak. Uit het werk van Holland blijkt dat de 'echte vrije marge', resulterend in een mamma zonder spoor van carcinoom, een illusie is.² Daar staat tegenover dat de recidiefpercentages significant hoger zijn bij niet-vrije marges. Op het San Antonio Breast Cancer Symposium 2009 stelde Morrow voor pragmatisch om te gaan met de margedefinitie.³ Tumolvrije marges kunnen gewoon als vrij beschouwd worden, ruimere resecties leiden niet tot significant lagere recidiefpercentages. Door die stellingname is de door Coucke geponeerde transatlantische kloof gedicht. Een standpunt dat trouwens in de landelijke richtlijn mammacarcinoom is verwoord.⁴

De preventie van een incomplete resectie begint met een gedegen planning door optimale beeldvorming. De plaats van de MRI hierin is nog niet vastgesteld. Bij dense mammae kan deze de chirurg wel helpen bij het plannen van de relatieve plaats en uitgebreidheid van de resectie. Het is van belang alle variabelen die het recidief kunnen beïnvloeden in de overweging te betrekken en die open met de patiënte te communiceren. Met name bij jonge vrouwen zal een positieve keuze voor een sparende behandeling weloverwogen en goed gedocumenteerd zijn. Jonge leeftijd, lymfovasculaire invasie, uitgebreid ductaal carcinoma in situ van de mamma en basaal of HER2-positieve moleculaire subtypen zijn risicofactoren voor een lokaal recidief.⁵ De website IBTR! Versie 2.0 kan

behulpzaam zijn bij het informeren van de patiënt over het besluit steeds radiotherapie te geven als onderdeel van de mamma-sparende therapie.⁶ De radiotherapie is echter geen panacee voor een incompleet uitgevoerde resectie.

Oncoplastische reconstructie maakt ruimere resecties en ook re-excisies mogelijk, met een cosmetisch beter resultaat. Het bezwaar dat het doelgebied voor de radiotherapie lastig te bepalen is, kan overvragen worden door een adequaat functionerend multidisciplinair mamma-overleg. In dat kader zien we ook de, dankzij neo-adjuvante systeemtherapie, toegenomen mogelijkheden voor MST bij grote tumoren. Bij een goede respons kan het, in afwezigheid van een duidelijk palpabele laesie, voor de chirurg lastig zijn uitgebreidheid van de resectie te bepalen. Optimale beeldvorming voorafgaand aan de neo-adjuvante therapie, gecombineerd met het aanbrengen van intratumorale markers is onontbeerlijk bij de planning.

Mamma-sparende ingrepen blijven slechts een middel, geen doel op zich, om het lokaal beperkt mammacarcinoom in opzet curatief te behandelen. Een ablatie, al of niet met directe reconstructie, is een prima alternatief voor de patiënte die niet de belasting wenst te dragen van het onzekere margeonderzoek met mogelijke re-excisie of de spannende periodieke controles.

De Oxford Overview heeft ons bewust gemaakt van het belang van locoregionale controle, ook voor de langetermijnoverleving.⁷ Daarbij is elk recidief, hoe minimaal ook, telkens weer een ramp voor de patiënte met negatieve impact op de kwaliteit van leven. In Nederland liggen de 5-jaarsrecidiefcijfers na MST rond de 2,5% (0-10%).⁸ Als er één kwaliteitsindicator is die ertoe doet, is het wel het gegeven dat we landelijk in staat zijn een erg laag lokaal recidiefpercentage neer te zetten. Dit kunnen we alleen zo

houden als we er niet door een verkeerd begrepen 'indicator' voor terugdeinzen een re-excisie of ablatie te verrichten wanneer de margestatus gecompromitteerd is.

Referenties

1. Gooiker GA, Veerbeek L, Van der Geest LG, Stijnen T, Dekker JW, Nortier JW, et al. De prestatie-indicator 'irradicaliteit na borstsparende operatie', geen zuiver zicht op goede zorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010;154:A1142.
2. Holland R, Veling SH, Mravunac M, Hendriks JH. Histologic multifocality of Tis, T1-2 breast carcinomas. Implications for clinical trials of breast conserving surgery. *Cancer* 1985;56:979-90.
3. Morrow M. Breast conservation and negative margins: how much is enough? *Breast* 2009;18:S84-6.
4. Oncoline, richtlijnen oncologische zorg. Radicaliteitsbeoordeling bij mammasparende therapie. Te raadplegen via: http://www.oncoline.nl/richtlijn/item/pagina.php?id=27530&richtlijn_id=593 [bekeken op 4 augustus 2010].
5. Haffty BG, Buchholz TA. Molecular predictors of locoregional recurrence in breast cancer: ready for prime time? *JCO* 2010; 28:1627-9.
6. IBTR! Versie 2.0. Te raadplegen via: <http://160.109.101.132/ibtr/> [bekeken op 4 augustus 2010].
7. Early Breast Cancer Trialists Collaborative Group. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet* 2005;366:2087-106.
8. Van der Heiden-van der Loo M. Indicatoren voor mamma-carcinoom: ervaringen van het afgelopen jaar. Kennisnetwerk integrale kankercentra. Te raadplegen via: http://www.ikcnet.nl/uploaded/IKMN/docs/Nieuws/4-vdHeiden-Indicatoren_voor_mammacarcinoom.pdf [bekeken op 4 augustus 2010].

Correspondentieadres

Dhr. dr. L.J.A. Strobbe, chirurg-oncoloog

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
Afdeling Heelkunde
Postbus 9015
6500 GS Nijmegen
Tel.: 024-365 76 57
E-mailadres: ljastrobbe@cwz.nl