

Tilburg University

Chirurgische behandeling van recidief van mammacarcinoom in de oksel

Roukema, J.A.; van Dongen, J.A.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

Publication date:
1988

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Roukema, J. A., & van Dongen, J. A. (1988). Chirurgische behandeling van recidief van mammacarcinoom in de oksel. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 132(45), 2060-2062.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Chirurgische behandeling van recidief van mammacarcinoom in de oksel

J. A. ROUKEMA EN J. A. VAN DONGEN

INLEIDING

De waarde van okselklierdissectie bij de behandeling van het mammacarcinoom staat nog regelmatig ter discussie.^{1,2} Sommigen zijn van mening dat electieve chirurgische verwijdering van okselklieren zonder dat okselkliermetastasen worden vermoed, uitsluitend moet worden gezien als stagering die ons iets zegt over de uiteindelijke prognose van de aandoening maar daar geen invloed op heeft. Dit laatste omdat bij manifest worden van deze metastasen alsnog een lymfklierdissectie zou kunnen worden uitgevoerd zonder dat het uitstel de prognose aantoonbaar zou beïnvloeden. Vanuit deze visie volstaat men soms in het kader van de stagering met het verwijderen van een beperkt aantal oksellymfklieren.³ Anderen daarentegen, waaronder veel Nederlandse chirurgen, geven de voorkeur aan een okselklierdissectie, niet alleen omdat tumormetastasen in de oksel op het moment dat zij klinisch manifest worden soms niet of moeilijk te verwijderen zijn met verhoogde kans op complicaties, maar vooral in verband met het belang van nauwkeurige stageringsgegevens voor de verdere therapie.

Na een complete okselklierdissectie is de kans op tumorrecidief in de oksel gering. Haagensen en Bodian bijvoorbeeld zagen op een totaal van bijna 1000 patiënten die een radicale mastectomie ondergingen zonder postoperatieve radiotherapie, slechts bij één patiënte een recidief in de oksel terwijl de follow-up-periode voor de gehele groep meer dan tien jaar bedroeg.⁴ Wanneer echter de dissectie van de oksellymfklieren niet volledig wordt uitgevoerd, is de kans op recidief in de oksel reëel. Vaak is een dergelijk tumorrecidief onderdeel van reeds gegeneraliseerde metastasering, soms zijn er weliswaar geen duidelijke tekenen van metastasen op afstand maar is de tumor in de oksel lokaal niet meer te opereren, hetgeen resulteert in een ernstig ziektebeeld met lymfoedeem en functieverlies van de arm, vaak gepaard gaande met hevige pijn. Slechts in een minderheid van de gevallen kan een dergelijk recidief nog in opzet curatief behandeld worden.

St. Elisabeth Ziekenhuis, afd. Heelkunde, Postbus 90151, 5000 LC Tilburg.

Dr. J. A. Roukema, chirurg.

Nederlands Kanker Instituut/Antoni van Leeuwenhoek Huis, afd. Heelkunde, Amsterdam.

Prof. dr. J. A. van Dongen, chirurg.

Correspondentie-adres: dr. J. A. Roukema.

SAMENVATTING

Wanneer bij de primaire behandeling van het mammacarcinoom een onvolledige okselklierdissectie wordt verricht, is er niet alleen kans op een tumorstagering maar kan ook een moeilijk te behandelen tumorrecidief in de oksel ontstaan. Soms komt een dergelijk recidief nog voor operatieve therapie in aanmerking. In het Antoni van Leeuwenhoek Huis werd in een periode van 18 jaar bij 13 patiënten, die in eerste instantie elders waren behandeld, een aanvullende okselklierdissectie verricht. Met een gemiddelde follow-up-duur van meer dan acht jaar na deze tweede behandeling zijn 9 van de 13 patiënten nog in leven zonder tekenen van tumorrecidief; 4 patiënten zijn inmiddels overleden, 3 van hen als gevolg van het tumorrecidief. Naar onze mening verdient het aanbeveling bij een okselklierdissectie geen half werk te verrichten.

Wij bespreken in dit artikel onze ervaringen bij de behandeling van 13 patiënten met een operabel tumorrecidief in de oksel. Zij werden naar ons instituut verwezen nadat zij de primaire behandeling elders hadden ondergaan.

PATIËNTEN EN METHODEN

In de periode 1962 tot 1980 werd bij 13 patiënten met mammacarcinoom een aanvullende okselklierdissectie verricht in het Antoni van Leeuwenhoek Huis. De primaire behandeling, bij bijna alle patiënten inclusief verwijdering van okselklieren, hadden zij elders ondergaan. De gemiddelde leeftijd bedroeg 52 (45-71) jaar. Het ziektevrije interval tussen de primaire behandeling en het vaststellen van het okselklierrecidief varieerde van twee maanden tot 22 jaar met een gemiddelde van ruim vijf jaar. Bij het preoperatieve onderzoek, dat in later jaren naast laboratorium- en röntgenonderzoek ook skeletscintigrafie inhield, konden geen aanwijzingen worden gevonden voor metastasen op afstand.

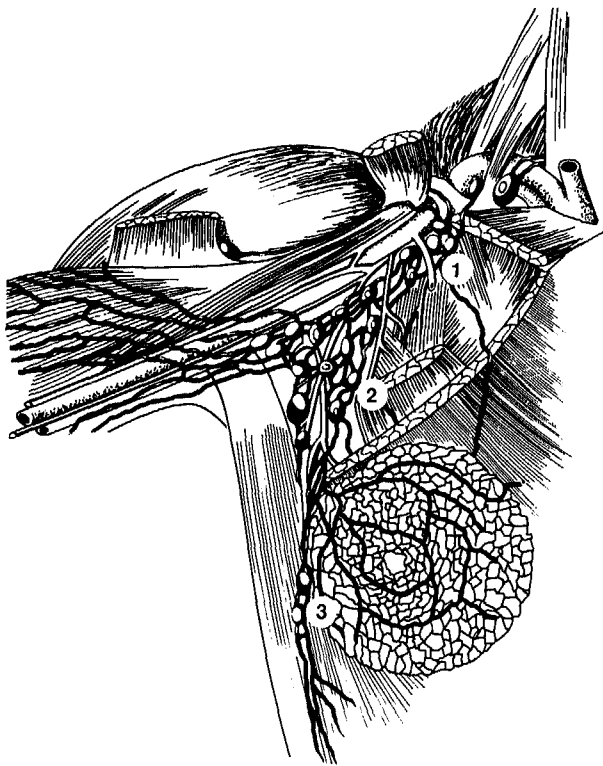
Wanneer er duidelijke aanwijzingen zijn dat bij de primaire behandeling de lymfklieren uit de oksel niet of niet volledig werden verwijderd, geven wij de voorkeur aan chirurgische behandeling van het recidief boven radiotherapie. Bij deze 13 patiënten werd een aanvullende okselklierdissectie verricht, waarbij dezelfde richtlijnen werden gehanteerd die wij gebruiken bij een primaire volledige okselklierdissectie: de apicale, de centrale en

de basale lymfklieren worden als één geheel verwijderd (figuur 1); de dissectie wordt dan begrensd door de vaatzenuwstreng aan de bovenzijde, de thoraxwand aan de mediale zijde en de M. latissimus dorsi aan de posterolaterale zijde.

RESULTATEN

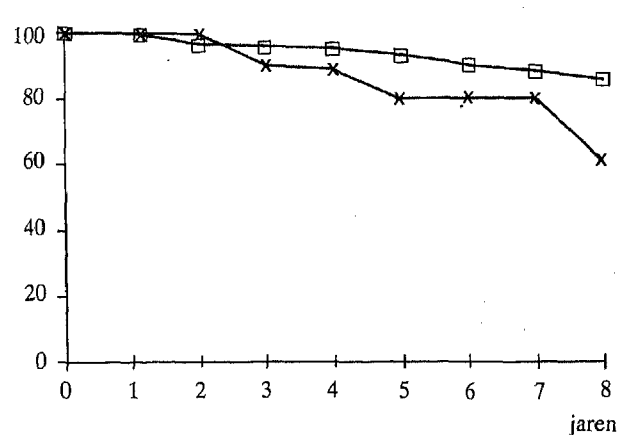
Pathologisch-anatomisch onderzoek van het verwijderde weefsel toonde bij alle patiënten metastasering in resterend lymfklierweefsel, zodat geconcludeerd mocht worden dat de primaire okselklierdissectie niet compleet was geweest. Bij 4 van de 13 patiënten bleek zeer uitgebreide axillaire tumorinvasie te bestaan met uitbreiding buiten het lymfklierkapsel; zij werden na operatie behandeld met radiotherapie op de oksel.

De follow-up-duur van deze 13 patiënten bedraagt gemiddeld ruim 8 (2-22) jaar. Negen patiënten zijn nog in leven zonder tekenen van tumoractiviteit. Vier patiënten zijn inmiddels overleden, 3 van hen als gevolg van tumorprogressie. Deze 3 patiënten waren in verband met uitgebreide metastasering nabestraald op de oksel en bij 2 van hen was invaliderend lymfoedeem van de arm ontstaan met in de terminale fase moeilijk te behandelen lokale tumoruitgroei en pijn. Figuur 2 geeft de overleving van deze 13 patiënten weer, berekend volgens de life table-methode, met daarnaast de voor leeftijd gecorrigeerde overleving van de vergelijkbare Nederlandse vrouw.



FIGUUR 1. Bij okselklierdissectie worden de apicale (1), de centrale (2) en de basale (3) lymfklieren als één geheel verwijderd.

% ziektevrije overleving



FIGUUR 2. Levensverwachting na aanvullende okselklierdissectie bij 13 patiënten met mammacarcinoom (x); □: voor leeftijd gecorrigeerde overleving van de hiermee vergelijkbare Nederlandse vrouw.

BESCHOUWING

Wanneer bij een patiënte bij wie klinisch geen metastasen in de okselklieren worden vermoed geen okselklierdissectie wordt verricht, is de kans dat alsnog okselkliermetastasering ontstaat en therapie behoeft aanzienlijk (tabel). Forrest et al. bijvoorbeeld noemen een recidiefpercentage in de oksel van 16 na ablatio mammae en partiële verwijdering van de okselklieren aangevuld met radiotherapie, indien bij het onderzoek van de okselklieren metastasen werden aangetoond.³ Fisher et al. vonden een percentage van 14,⁵ waarbij dient te worden opgemerkt dat bij vele van de patiënten uit deze veel geciteerde trial bij de ablatio mammae toch de basale okselklieren werden meegenomen en dat uiteraard een aantal van anders manifest geworden metastasen zich niet voordeden omdat de patiënte eerder aan hematogene metastasering was overleden. Dezelfde auteurs vermeldden overigens een okselrecidiefpercentage na radicale mastectomie van maar iets meer dan 1. Onze resultaten zijn daarmee te vergelijken: in de periode van 1966-1974 werd in het Antoni van Leeuwenhoek Huis bij 1014 vrouwen met mammacarcinoom radicale mastectomie met inbegrip van een volledige okselklierdissectie verricht. Na de operatie werd geen radiotherapie op de oksel gegeven, tenzij (in slechts enkele gevallen) zeer uitgebreide okselmetastasering tot hoog in de oksel met groei buiten het kapsel was vastgesteld. Met een follow-up-duur van meer dan tien jaar voor alle patiënten ontstond tot heden slechts bij 4 patiënten (0,4%) een recidief in de oksel, bij allen als onderdeel van gegeneraliseerde metastasering.^{9,10}

Uitsluitend radiotherapie als primaire behandeling van oksellymfklieren geeft een minder betrouwbare lokale controle dan operatieve behandeling, zeker wanneer doses van minder dan 50 gray worden gegeven. Of primaire radiotherapie werkelijk negatief beoordeeld moet worden in de electieve situatie bij het volstrekt

Het in de literatuur beschreven voorkomen van recidief van mammacarcinoom in de oksel

auteur	aantal patiënten	tumorstadia	behandeling	okselrecidief		follow-up (jaren)
				aantal patiënten	%	
Forrest et al. ³	64	T _{1,2} N ₀ M ₀	AM+S+RT*	10	16	5
	66	T _{1,2} N ₀ M ₀	RM	1	1	5
Haagensen en Bodian ⁴	935	T ₁₋₃ N _{0,1} M ₀	RM	1	0,1	10
Fisher et al. ⁵	344	T ₁₋₃ N ₀ M ₀	AM	49	14,2	3
	282	T ₁₋₃ N ₀ M ₀	AM+RT	5	1,8	3
Veronesi en Valagussa ⁶	224	T ₁₋₃ N ₁ M ₀	AM+RT	15	6,7	3
	354	T ₁₋₃ N ₀ M ₀	RM	6	1,7	3
	277	T ₁₋₃ N ₀ M ₀	RM	3	1,1	3
	374	T ₁₋₃ N _{0,1} M ₀	RM	1	0,3	10
Benson en Thorogood ⁷	342	T ₁₋₃ N _{0,1} M ₀	SRM	1	0,3	10
	463	T ₁₋₃ N _{0,1} M ₀	AM+S+RT*	33	7	2-7
Longlands et al. ⁸	497	T ₁₋₃ N _{0,1} M ₀	RM	12	2	2-7
	256	T ₁₋₃ N _{0,1} M ₀	RM	7	2	10
Bruggink ⁹	242	T ₁₋₃ N _{0,1} M ₀	AM+RT	30	12,3	10
	1014	T ₁₋₃ N _{0,1} M ₀	RM	4	0,4	10

AM: ablatio mammae; S: verwijdering van enkele oksellymfklieren; RT: radiotherapie op de oksel met een dosis van ongeveer 50 gray; RT*: radiotherapie alleen bij aangetoonde lymfkliermetastasering in de oksel; RM: radicale mastectomie; SRM: supraradicale mastectomie.

ontbreken van palpabele klieren in de oksel (N₀) is niet zeker; overwogen wordt hiernaar prospectief onderzoek te verrichten.

Metastasering naar de regionale lymfklierstations bij het mammacarcinoom is prognostisch een slecht teken. Een volledige verwijdering van de oksellymfklieren kan alleen maar van waarde zijn voor de overlevingsduur wanneer de metastasering van het mammacarcinoom zich op het moment van operatie beperkt tot de lymfklieren in de oksel; dit is slechts het geval bij een gering percentage van de patiënten.

Toch menen wij dat aan deze weliswaar kleine kans op verbetering van de overlevingsduur niet voorbijgegaan mag worden. Samen met het streven naar goede stagering van de tumor en optimale lokale tumorcontrole zijn er ons inziens voldoende redenen op dit moment een volledige okselklierdissectie te beschouwen als een essentieel onderdeel van de behandeling van het mammacarcinoom. Na een dergelijke ingreep is radiotherapie van de oksel maar zelden geïndiceerd, zodat de patiënte niet alleen een belastende nabehandeling bespaard blijft, maar zij ook slechts een gering risico loopt dat lymfoedeem van de arm ontstaat.

Wanneer na een onvoldoende primaire behandeling een tumorrecidief in de oksel ontstaat, kan een aanvullende okselklierdissectie van sommige patiënten alsnog genezing betekenen; maar zeker voor de okselklierdissectie bij de behandeling van het mammacarcinoom geldt dat het beter is in eerste instantie geen half werk te verrichten.

Wij danken dr. E.D.M. Bruggink, chirurg te Nijmegen, voor het ter beschikking stellen van zijn gegevens.

SUMMARY

Surgical treatment of axillary recurrence in breast cancer. – Treatment of the axilla remains an essential part of primary

therapy in breast cancer. An incomplete axillary dissection carries the risk of tumour recurrence. Sometimes a secondary dissection will cure these patients, but often local tumour infiltration or distant metastases are already present. At the Netherlands Cancer Institute a secondary axillary dissection was performed in 13 patients with axillary tumour recurrence. With a mean follow-up of eight years nine patients are alive without evidence of disease. Four patients died, three of them with recurrent disease. If an axillary dissection is done, in our opinion this dissection should be complete.

LITERATUUR

- Harris JR, Osteen RT. Patients with early breast cancer benefit from effective axillary treatment. *Breast Cancer Res Treat* 1985; 5: 17-21.
- Velde GJH van de, Leer JWH. De betekenis van de regionale lymfklierstations bij de metastasering van het mammacarcinoom en implicaties voor behandeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 1865-70.
- Forrest APM, Stewart HJ, Roberts MM, Steele RJ. Simple mastectomy and axillary node sampling in the management of primary breast cancer. *Ann Surg* 1982; 196: 371-8.
- Haagensen CD, Bodian C. A personal experience with Halsted's radical mastectomy. *Ann Surg* 1984; 199: 143-50.
- Fisher B, Montague E, Redmond C, et al. Comparison of radical mastectomy with alternative treatments for primary breast cancer. *Cancer* 1977; 39: 2827-39.
- Veronesi U, Valagussa P. Inefficacy of internal mammary nodes dissection in breast cancer surgery. *Cancer* 1981; 47: 170-5.
- Benson EA, Thorogood J. The effect of surgical technique on local recurrence rates following mastectomy. *Eur J Surg Oncol* 1986; 12: 267-71.
- Longlands AO, Prescott RJ, Hamilton T. A clinical trial in the management of operable cancer of the breast. *Br J Surg* 1980; 67: 170-4.
- Bruggink EDM. Over het mammacarcinoom. Amsterdam, 1986. Proefschrift.
- Roukema JA, Bruggink EDM, Dongen JA van. Surgical treatment of axillary recurrence in breast cancer. London: Imperial College, 1987.

Aanvaard op 25 mei 1988