



Derm D 34

Prof. Dr. med. Reinhard Dummer
Klinikdirektor a.i.

PD Dr. J. Hafner, LA
UniversitätsSpital Zürich
Dermatologische Klinik
Gloriastrasse 31
CH-8091 Zürich

Zürich, Mai 2006 (Hafner/mei)

Sekretariat + 41 44 255 25 33
Op-Saal + 41 44 255 26 89
Zentrale + 41 44 255 11 11
Telefax + 41 44 255 43 46
E-Mail: juerg.hafner@usz.ch
www.usz.unizh.ch/derma

Mikrographische Chirurgie:

Tumorchirurgie mit lückenloser Schnitttrand-Kontrolle

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient

Bei Ihnen wurde ein Hauttumor festgestellt, der feine, von blossen Auge unsichtbare Tumor-Ausläufer (Wurzeln) bildet. Wenn diese Wurzeln nicht restlos entfernt werden, bilden sie innerhalb von wenigen Monaten bis Jahren an der alten Stelle einen neuen Tumor. In dieser Situation bietet die Tumorchirurgie mit lückenloser Schnitttrand-Kontrolle (mikrographische Chirurgie) die höchste Sicherheit. Für das Basalzellkarzinom kann die Rückfall-Rate auf 1–2 % und für das spinozelluläre Karzinom auf 2–4 % gesenkt werden. Die mikrographische Tumorchirurgie erfolgt in mehreren Schritten und kann sich daher auch über mehrere Tage hinziehen. Dabei wird wie folgt vorgegangen:

1. Komplette, aber möglichst schonungsvolle Tumorchirurgie

In der ersten Phase des Eingriffs, die sich über mehrere Operationsschritte hinziehen kann, soll der Tumor radikal entfernt und das gesunde Gewebe gleichzeitig möglichst weitgehend geschont werden. Hierzu wird der Tumor über seinen sichtbaren Anteil hinaus mit einem zusätzlichen, knappen Sicherheitsabstand von 2–5 Millimeter (bei aggressiven Tumoren bis 10 mm) ausgeschnitten. Der Operationsdefekt wird temporär mit einem biologisch gut verträglichen Material (Epigard) zugedeckt und der Patient kann so in den kommenden Tagen seinen üblichen Tätigkeiten, ausser Sport und anstrengenden Arbeiten, nachgehen. Die meisten Operationen können ambulant und in lokaler Anästhesie durchgeführt werden. Der ausgeschnittene Tumor wird unter dem Mikroskop nach Tumorausläufern (Wurzeln) untersucht und diese exakt lokalisiert.

Sofern nötig, können solche nicht komplett entfernte Ausläufer in weiteren Operationsschritten, normalerweise in zweitägigen Abständen, identifiziert und nachoperiert werden, bis der gesamte Operationsdefekt tumorfrei ist. Erst dann wird der Verschluss der Operationswunde geplant und durchgeführt.

2. Verschluss der Operationswunde

In dieser zweiten Phase des Eingriffs wird der temporäre Platzhalter (Epigard) wieder von der Operationswunde entfernt und die Wunde durch geeignete Operations-Technik in Abhängigkeit von der Grösse und Lokalisation verschlossen. Dabei stehen die gute Funktion des Körpers und die Ästhetik im Vordergrund. Manchmal müssen später noch kleine Korrekturingriffe vorgenommen werden, um zu



einem optimalen Resultat zu kommen. Über die Möglichkeiten der Rekonstruktion informiert Sie Ihre Ärztin/ Ihr Arzt separat, in Abhängigkeit von Ihrer speziellen Situation. In den meisten Fällen kann auch die Rekonstruktion in Lokalanästhesie durchgeführt werden. Ausnahmsweise kann für grosse Rekonstruktionen eine Narkose notwendig werden.

Sollten weitere Fragen betreffend bevorstehenden Eingriffs haben, stehen wird Ihnen gerne zur Verfügung.

PD Dr. med. Jürg Hafner
Leitender Arzt
Dermatologische Klinik
UniversitätsSpital
8091 Zürich
Tel.-Nr.: 044 255 25 33
Fax.-Nr.: 044 255 43 46