

Diagnostik und Therapie primärer und metastasierter Mammakarzinome

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2010.1.1D

Operative Therapie des Mammakarzinoms unter onkologischen Aspekten

Operative Therapie des Mammakarzinoms unter onkologischen Aspekten

- **Version 2002:**
Untch
- **Versionen 2003–2008:**
**Bauerfeind / Böhme / Costa / Gerber /
Hanf / Junkermann / Kaufmann / Nitz /
Rezai / Simon / Solomayer / Thomssen**
- **Version 2010:**
Rezai / Solomayer

Präoperative Diagnostik

Oxford / AGO
LoE / GR

➤ Palpation	5	D	++
➤ Mammographie	1a	A	++
- Vergrößerungsmammographie. b. Mikrokalk	4	C	+
➤ Sonographie (Brust und Axilla)	2b	B	++
➤ Routinemäßiges Mamma-MR vor Op	2b	B	+/-
- Lobular invasives MaCa	4	C	+/-
- Familiäres MaCa	4	C	+
- Unklare Mammographie und Sonographie	4	C	+/-
- Histol. gesichertes invasives MaCa oder DCIS	5	D	+/-
➤ Präoperative perkutane Nadelbiopsie (Sono- gestützte Stanze; Vakuumbiopsie)	2a	B	++
➤ Diagnosestellung durch offene Biopsie (falls Alternative vorhanden)	2b	B	-

Perioperatives Staging

**Oxford / AGO
LoE / GR**

- **Anamnese und klinische Untersuchung** **5 D ++**

Bei hohem Risiko für Fernmetastasen und / oder Symptome:

- **Rö-Thorax** **5 D +**
- **Lebersonographie** **5 D +**
- **CT** **5 D +**
- **Skelettszintigraphie** **5 D +**
- **FDG-PET oder FDG-PET / CT** **4 C +/-**
- **Ganzkörper MRT** **4 C -**

Brusterhaltende Therapie (BET) versus modifiziert radikale Mastektomie (MRM)

Oxford / AGO
LoE / GR

- **Die Gesamtüberlebensraten nach BET (Tumorektomie + XRT) und MRM sind äquivalent** **1a A ++**
- **Die Lokalrezidivraten nach „skin sparing mastectomy“ (SSM) und MRM sind äquivalent** **2b B ++**
- **Die Erhaltung des Nippel-Areola-Komplexes (NAC) bei NAC-fernem Tumor und tumorfreiem retroareolärem Gewebe (im Schnellschnitt) ist onkologisch sicher** **4b C +**
- **Die Gesamtüberlebensraten nach MRM und radikaler Mastektomie sind äquivalent** **1b A ++**

Brusterhaltende Therapie: Op-Technische Aspekte

Oxford / AGO
LoE / GR

➤ Drahtmarkierung bei nicht palpablen Läsionen	2b	B	++
➤ Radionuklidmarkierung nicht palpabler Läsionen	2b	B	+/-
➤ Präparateradiographie oder -ultraschall bei nicht palpablen Läsionen	2b	B	++
➤ Tumorfremde Resektionsränder	1a	A	++
➤ Sofortige Nachresektion bei randbildendem Tumor in der Präparateradiographie oder -ultraschall und/oder intraoperativem Schnellschnitt	1c	B	++
➤ Nachresektion bei Tumorausläufer bis in den Randbereich (Paraffinschnitt)	2b	C	++
➤ Stereotaktische Befundentfernung als alleinige Therapie	4	D	--

Brusterhaltende Operation (BEO)

Oxford / AGO LoE / GR

- | | | | |
|---|-----------|----------|-----------|
| ➤ Multizentrität | 2b | B | - |
| ➤ Histologisch befallene Resektionsränder trotz wiederholter Nachresektion | 2b | B | -- |
| ➤ Inflammatorisches MaCa | 2b | B | -- |

Axilläre Lymphknotendisektion (ALND)

Oxford / AGO
LoE / GR

Axilläre Lymphknotendisektion (Entfernung von 10+ LK)

- | | | | |
|--|----|---|-----|
| ➤ Endpunkt: Überleben (bei tumorfreier Axilla) | 1a | D | +/- |
| ➤ Endpunkt: Staging | 1a | A | ++ |
| ➤ Endpunkt: Lokale Tumorkontrolle | 2a | A | ++ |

Axilläre Lymphknotendisektion (Entfernung von 10+ LK) bei:

- | | | | |
|---|----|---|----|
| ➤ DCIS | 2b | B | -- |
| ➤ Invasive MaCa < 1 mm | 2b | B | - |
| ➤ Ältere Pat. mit pT1, positivem Hormonrezeptorstatus, cN0 und G1 Tumoren | 1b | A | - |
| ➤ SN + | 1b | A | ++ |
| ➤ SN + (mic) | 2a | A | ++ |
| ➤ SN (i+) | 2b | B | -- |

Sentinel Lymph Node Excision (Wächterlymphknoten, SNE): Indikationen

Oxford / AGO
LoE / GR

➤ klinisch (cN0) / sonographisch neg. Axilla	1b	A	++
➤ T 1	1b	A	++
➤ T 2	2b	B	+
➤ Multifokales / multizentrisches MaCa	2b	B	+
➤ DCIS \geq 5 cm (vgl. auch DCIS) oder wenn eine Mastektomie indiziert ist	2b	B	+
➤ Vor neoadjuvanter Chemotherapie	3b	C	+*
➤ Nach neoadjuvanter Chemotherapie	2b	B	+/-*
➤ MaCa des Mannes	2b	B	+
➤ Bei der älteren Patientin	2b	B	+

* Studienteilnahme empfohlen

Sentinel Lymph Node Excision (Wächterlymphknoten, SNE): Indikationen

© AGO e. V.
in der DGGG e.V.
sowie
in der DKG e.V.

Guidelines Breast
Version 2010.1.1D

	Oxford / AGO LoE / GR		
➤ Während Schwangerschaft oder Stillzeit	3	C	+
➤ SN entlang der A. mammaria interna	2b	B	+/-
➤ Ipsilaterales intramammäres Rezidiv nach vorheriger BET und vorheriger SNE	4	D	+/-
➤ Nach vorausgegangener Tumorektomie	2b	B	+
➤ Nach Axilla-Voroperation	3b	B	-
➤ Klinisch und / oder sonographischer Verdacht auf Befall axillärer Lymphknoten	1b	A	-
➤ Frühere “große“ Brust-Operation (z.B. Reduktionsplastik, Mastektomie)	3b	C	+/-
➤ Prophylaktische bilaterale / kontralaterale Mastektomie	3b	B	--
➤ Inflammatorisches MaCa	3b	C	--

Sentinel Lymph Node Excision (Wächterlymphknoten, SNE): Indikationen

**Oxford / AGO
LoE / GR**

- **Zusätzliche FNA oder Stanze klinisch oder sonographisch suspekter axillärer Lymphknoten, um eine Sentinel-Lymphknoten-Exzision zu ermöglichen**

3b C +/-*