

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

Duktales Carcinoma in situ (DCIS)

Duktales Carcinoma In Situ (DCIS)

- **Version 2002:**
Gerber
- **Version 2003–2009:**
**Audretsch / Brunnert / Costa / Fersis /
Friedrich / Junkermann / Maass /
Oberhoff / Scharl / Souchon / Thomssen**
- **Version 2010:**
Hanf / Möbus

Prätherapeutische Abklärung suspekter Läsionen (BIRADS 4)

Oxford / AGO
LOE / GR

➤ Mammographie	1b	A	++
➤ Vergrößerungsaufnahmen von Mikroverkalkungen	4	C	++
➤ Stereotaktische Stanzbiopsie / Vakuumbiopsie (VAB)	2b	B	++
➤ Präparateradiographie	2b	B	++
➤ MRT zur Festlegung der Ausdehnung	3a	C	+/-
➤ Feinnadelpunktion / duktale Lavage	5	D	-
➤ Interdisziplinäre Tumorboard Präsentation	5	D	++

Operative Maßnahmen zur Therapie des histologisch gesicherten DCIS

Oxford / AGO
LOE / GR

➤ Weite Exzision (drahtmarkiert)	2b	B	++
➤ Flankierende Drahtmarkierung bei großen Läsionen	5	D	+
➤ Präparatradiographie	2b	B	++
➤ Sofortige Nachresektion bei knappen Resektionsrändern (Präparateradiographie)	1c	B	++
➤ Intraoperative Schnellschnittdiagnostik	5	D	--
➤ Interdisziplinäre Tumorboard Präsentation	2b	C	++

Offene Biopsien suspekter Läsionen (mammographische Mikrocalcificationen, suspekter US, MRI etc.) ohne präoperative Stanzbiopsie sollten vermieden werden.

Operative Maßnahmen zur Therapie des histologisch gesicherten DCIS

Oxford / AGO
LOE / GR

- | | Oxford | AGO | LOE / GR |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|-----------|
| ➤ Histologisch freie Resektionsränder (pR0) | 2b | C | ++ |
| ➤ Multifokalität: BET falls möglich (inkl. RT) | 2b | B | + |
| ➤ Nachresektion bei knappem Resektionsrand (≤ 2 mm im Paraffinschnitt) | 2b | C | + |
| ➤ Mastektomie (große Läsionen; keine sicheren Ränder im Nachresektat) | 2a | B | ++ |
| ➤ SNE (≥ 5 cm DCIS, oder bei Ablatio) | 3b | B | + |
| ➤ Axilladisektion (Inzidenz eines Axillabefalls aufgrund unerkannter Invasion nur 2%!) | 2b | B | -- |

DCIS - Prognosefaktoren für lokales und lokoregionäres Rezidiv

	Oxford / AGO LOE / GR		
➤ Resektionsränder	2b	C	++
➤ Residualer tumorassoziierter Mikrokalk	2b	C	++
➤ Radiotherapie (ja/nein)	1b	B	++
➤ Alter	2b	C	+
➤ Größe	2b	C	+
➤ Grading	2b	C	+
➤ Komedonekrose	2b	C	+
➤ Architektur	2b	C	+
➤ Diagnostische Methode	2b	C	+/-
➤ (mod.) Van Nuys Prognose Index	2b	C	+/-
➤ DCIS mit Mikroinvasion – Behandlung analog zum invasiven Karzinom	3b	C	++

DCIS Radiotherapie

**Oxford / AGO
LOE / GR**

Radiotherapie nach:

- **Brusterhaltender Operation (BEO)**
- **Mastektomie**

1a	B	++
2b	B	--

Auf die Radiotherapie kann verzichtet werden:

- **Bei kleinen Herden (< 2 cm)**
- Bei ≥ 10 mm freien Resektionsränder
(R0 random)**
- Bei günstigem Grading: niedrig / mittelgradig
oder VNPI ≤ 4**

2b	B	+/-
		+/-
		+/-

NW und Nachteile der Radiotherapie müssen gegenüber der Risikoreduktion abgewogen werden!!!

DCIS

Postoperative Systemtherapie

Oxford / AGO
LOE / GR

➤ Tamoxifen

➤ ER / PgR positives DCIS

➤ AI (wenn postmenopausal und
Kontraindikationen gegen
Tamoxifen)

1a A +*

1b B +*

5 D +/-*

➤ Andere endokrine Optionen

5 D -*

* Studienteilnahme empfohlen

Lokalrezidiv des DCIS nach Tumorektomie +/- Radiotherapie

Oxford / AGO
LOE / GR

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|------------|
| ➤ Einfache Mastektomie | 3a | C | ++ |
| ➤ Sekundäre Tumorektomie
führt zu Rezidiven in bis zu 30 % der Fälle
(NSABP B17) | 5 | D | +/- |
| ➤ + Radiotherapie (falls zuvor keine RT) | 3 | C | ++ |

Prognose für invasive Rezidive scheint besser zu sein als bei primär invasiven Karzinomen. Ca. 50% der Rezidive sind invasiv.

Key Points

- **DCIS ist eine lokalisierte Erkrankung und sollte primär mit lokalen Massnahmen behandelt werden.**
- **Mittels BET ist für viele Patientinnen mit DCIS eine akzeptable lokale Kontrolle zu erreichen (LoE 1a).**
- **Nach BEO ist eine postoperative Strahlentherapie zu empfehlen (LoE 1a).**
- **Ein Einfluss auf die Überlebenswahrscheinlichkeit konnte für die postoperative Radiotherapie bisher nicht bewiesen werden (LoE 1a).**
- **Jüngeres Alter bei Diagnosestellung ist ein unabhängiger Prognosefaktor für das lokale Rezidiv. Daher dürften insbesondere jüngere Patientinnen von einer lokalen Boost-Radiotherapie profitieren (LoE 4).**
- **Da der läsionsfreie Randsaum als starker Prognosefaktor für die lokale Kontrolle anzusehen ist, sollte eine R0-Resektion angestrebt werden (LoE 1b).**