

Diagnostik und Therapie früher und fortgeschrittener Mammakarzinome



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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

Pathologie

Pathologie

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

- **Versionen 2004–2021:**

**Blohmer / Costa / Fehm / Friedrichs / Harbeck / Huober /
Kreipe / Lück / Maass / Schmidt / Schneeweiss/ Sinn / Thomssen**

- **Version 2022:**

Sinn / Huober / Kreipe

Präanalyse: Fixation

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
▪ Minimierung der Zeit bis zur Fixation (kalte Ischämiezeit)	5	D	++
▪ Einhaltung einer minimalen Fixationszeit von 6 Stunden zur Gewährleistung einer optimalen Antigenerhaltung	5	D	++
▪ Optimale Fixationszeit bei Stanzbiopsien: 6–72 h	5	D	++
▪ Optimale Fixationszeit bei Resektaten: 12–72 h	5	D	++
▪ Verwendung neutral gepufferter Formalinlösung	5	D	++

Indikationen der Mamma-Zytologie*

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

- **Mamillensekret**
- **Tumor***
- **Zyste**
- **Lymphknoten**

Oxford		
LoE	GR	AGO
5	D	+
5	D	-
5	D	+/-
5	D	+/-

Aufarbeitung: Stanzbiopsien (Ultraschall gesteuert / stereotaktisch)

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
■ Aufarbeitung in Schnittstufen (14G: 1 – 3 Stufen / 11G, 8G: 6 – 8 Stufen)	5	D	++
■ Radiologisch-pathologische Korrelation (Mikrokalk / Dichte), Anwendung der B-Klassifikation	1b	B	++
■ Schnellschnittdiagnostik an Stanzbiopsien	5	D	--
■ Evaluation des ER / PR und HER2-Status	3b	C	++
■ Umlaufzeit < 24 h (Dignität)	5	D	+

Aufarbeitung: Brusterhaltende Therapie

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> Die Lamellierung erfolgt senkrecht zur Längsachse (bzw. bei kugeligen Exzidaten senkrecht zur Mamillen-Peripherie-Achse) 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> Systematisches Sampling, mindestens ein Gewebepblock pro cm Resektat 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> Tuschemarkierung der Resektionsränder 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> Makroskopische Dokumentation der Gewebescheiben durch Präparateradiographie, Photodokumentation oder Diagramm 	5	D	+

Aufarbeitung: Mastektomie

Oxford

LoE	GR	AGO
-----	----	-----

5	D	++
---	---	----

- **Sampling der Resektionsränder**

- Hautränder tumornah
- dorsaler Rand
- weitere Ränder, wenn knapp (< 1 cm)

- **Beachtung der Weichgewebsränder bei hautsparender Mastektomie**

5	D	++
---	---	----

- **Sampling von nicht involvierten Quadranten, Haut über Tumor, Mamille und retroareoläre Region**

5	D	++
---	---	----

- **Systematische Probenentnahme bei prophylaktischer Mastektomie (BRCA-1/2 pos. Patienten)**

5	D	++
---	---	----

Aufarbeitung: Sentinel-Lymphknoten

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

- **Vollständige Aufarbeitung am Paraffinschnitt mit Schnittstufen von $\leq 500 \mu\text{m}$**
- **Zytokeratin-Immunhistologie**
 - zum Nachweis von Mikrometastasen, wenn suspekt
 - zum Nachweis von Mikrometastasen nach NACT
 - routinemäßig
- **Schnellschnittuntersuchung (anschließender Paraffinschnitt erschwert)**
 - bei klinischer Konsequenz
 - bei nicht zu erwartender Konsequenz
- **Abtupfzytologie anstatt oder zusätzlich zur Schnellschnittuntersuchung**
- **RT-PCR zum Nachweis von Metastasen**
 - OSNA

Oxford

LoE GR AGO

LoE	GR	AGO
5	D	++
2b	B	+
2b	B	+
5	D	+ / -
5	D	+
5	D	-
3b	C	+/-
4	D	-
3b	B	-

Aufarbeitung: Intraoperative pathologische Sofortuntersuchung einschließlich Schnellschnitt

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

www.ago-online.de

FORSCHEN
LEHREN
HEILEN

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> ■ Sentinelbiopsie beim invasiven Karzinom (anschließender Paraffinschnitt erschwert) <ul style="list-style-type: none"> ■ bei klinischer Konsequenz ■ bei nicht zu erwartender Konsequenz 	5	D	+
<ul style="list-style-type: none"> ■ Beurteilung der Resektionsränder <ul style="list-style-type: none"> ■ wenn makroskopisch < 1 cm ■ wenn makroskopisch > 1 cm 	5	D	-
<ul style="list-style-type: none"> ■ Läsion mit einer Größe von ≥ 1 cm, keine Corebiopsie erfolgt 	5	D	+
<ul style="list-style-type: none"> ■ Nicht tastbare Läsion oder Läsion < 1 cm 	5	D	--
<ul style="list-style-type: none"> ■ Asservierung von unfixiertem Nativgewebe 	5	D	+

Befundung: Histologischer Tumortyp

Oxford		
LoE	GR	AGO
3b	C	++

- **Histologischer Tumortyp entsprechend WHO-Klassifikation (5. Aufl. 2019)**
 - **Partielle spezielle Differenzierung:**
> 50 % NST-Komponente
und < 50 % spezieller Tumortyp (Minorkomponente)
 - **Gemischte Differenzierung:**
> 50 % spezieller Tumortyp
und < 50 % NST-Komponente
Beispiel: Muzinöses MaCa, Mischtyp
 - **Reine Typen:**
> 90 % des Tumors vom speziellen Typ
Beispiel: tubuläres oder kribriformes Ca.

Ductal TNBC: Comparable Survival Rates and Similar Response Rates to Chemotherapy for ER = 0% Compared to ER 1% - < 10%

Reference	Patients	Results
<p>Villegas, S. L. <i>Eur J Cancer</i> 148, 159–170 (2021) DOI: 10.1016/j.ejca.2021.02.020</p>	<p>Neoadjuvant clinical trial cohorts (n = 2765) comparing neg. ER/PR (< 1 %) vs. ER/PR low pos. (ER and/or PR < 9%) vs. strong-pos. (ER or PR \geq 10 %) HR expression.</p>	<p>Low HR-positive, HER2-negative tumours had a similar clinical behavior compared to TNBC, showing high pCR rates and poor survival and also a basal-like gene expression signature. Patients with low HR-positive tumours should be regarded as candidates for therapy strategies targeting TNBC.</p>
<p>Dieci, M. V. et al. <i>Npj Breast Cancer</i> 7, 101 (2021) DOI: 10.1038/s41523-021-00308-7</p>	<p>406 patients with ER < 10 % HER2-negative BC. Pat. Were categorized in ER-negative (ER < 1 %; N = 364) and ER-low positive (1–9 %, N = 42).</p>	<p>No difference was observed in overall survival (OS) according to ER expression levels (5-years OAS 82.3 % vs. 76.7 % for ER-negative and ER-low positive BC, respectively, p = 0.8). Our results suggest the use of a 10 % cut-off, rather than < 1 %, to define triple-negative BC (TNBC).</p>
<p>Reddy, S. M. <i>et al.</i> <i>British Journal of Cancer</i> 118, 17–23 (2018) DOI: 10.1038/bjc.2017.379</p>	<p>Stage I-III TNBC pat. (n = 873) who were disease free at 5 years from diagnosis. Recurrence-free interval (RFI), r.f. survival (RFS), and distant r.f. survival (DRFS) rates were calculated.</p>	<p>After a disease-free interval of 5 years, patients with low hormone receptor-pos. cancers had a higher risk of late events as measured by RFS, and similar risk by RFI or DRFS, compared to TNBC survivors.</p>

Rare Histological TNBC Subtypes Show Divergent Tumor Differentiation Patterns and Clinical Behavior

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

Apocrine TNBC

- Luminal phenotype (no basal markers)
- High expression of the androgen receptor
- Low tumor proliferation
- Poor response to chemotherapy
- Better prognosis than ductal TNBC

Metaplastic TNBC

- See chapter 15 Special Situations

Rare and salivary-type TNBC

- Tumors with divergent clinical behavior and specific genetic alterations
- Mostly low tumor proliferation
- Poor response to conventional chemotherapy
- Experimental treatment according to the molecular pathology (e.g. NTREK for secretory ca.)

Apocrine TNBC: More Favorable Survival and Poor Response to Adjuvant Chemotherapy

Reference	Patients	Results
<p>Saridakis, A. <i>et al.</i> <i>Ann Surg Oncol</i> 28, 5610–5616 (2021). DOI: 10.1245/s10434-021-10518-9</p>	<p>Women with invasive apocrine cancer were retrospectively identified from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) database. N = 533 triple-negative apocrine cancers were identified.</p>	<p>Half of apocrine tumors are triple negative, but these have more favorable features and much better survival than non-apocrine triple-negative cancers. Compared with non-apocrine triple-negative, apocrine triple-negative patients were much older, with smaller, lower-grade tumors and much better survival (86 % vs. 74 %).</p>
<p>Montagna, E. <i>et al.</i> <i>Breast</i> 53, 138–142 (2020). DOI: 10.1038/s41523-021-00308-7</p>	<p>406 patients with ER < 10 % HER2-negative BC. Pat. Were categorized in ER-negative (ER < 1 %; N = 364) and ER-low positive (1–9 %, N = 42).</p>	<p>The outcome of selected apocrine triple negative breast cancer patients who did not received adjuvant chemotherapy is excellent and supports a treatment de-escalation.</p>
<p>Mills, A. M., <i>et al.</i> <i>Am J Surg Pathol</i> 40, 1109–1116 (2016). DOI: 10.1097/pas.0000000000000671</p>	<p>All pure apocrine carcinomas diagnosed during a 10-year period were reviewed, and clinicopathologic characteristics were compared with a control group of 26 non-apocrine TNBC cases. Twenty apocrine carcinomas were identified (~ 0.8 % of all breast cancers).</p>	<p>Apocrine TNBC had a favorable clinical prognosis, with 80% of patients showing no evidence of disease-related morbidity or mortality (mean follow-up: 45.2 mo). Pure apocrine carcinomas represent a clinicopathologically distinct subgroup of triple-negative breast cancer characterized by AR positivity.</p>

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

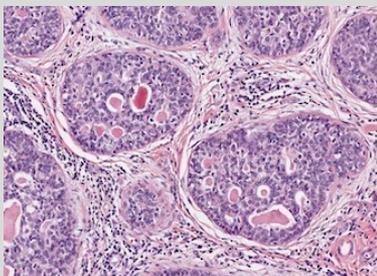
www.ago-online.de

Rare and Salivary-Type TNBC: Tumors with Divergent Clinical Behavior and Specific Genetic Alterations

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

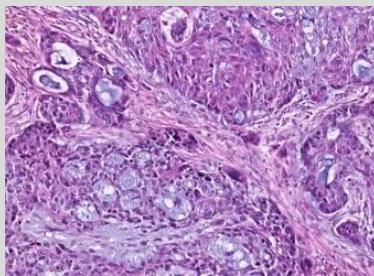
Guidelines Breast
Version 2022.1D

Adenoid-cystic carcinoma



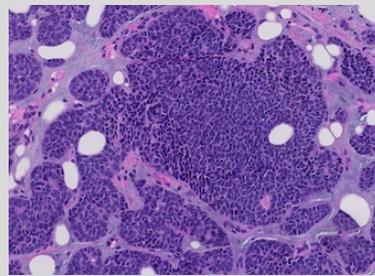
MYB-NFIB
MYBL1 rearrangements
MYB gene amplification

Secretory carcinoma



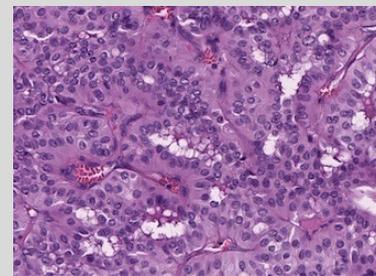
ETV6-NTRK3
gene fusions

Polymorphous carcinoma



PRKD1 E710D
PRKD1 / PRKOZ / PRKD3
rearrangements

Tall cell carcinoma with reversed polarity



IDH2 hotspot mutations

Befundung: Differenzierungsgrad

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anwendung des Nottingham-Grading (Elston & Ellis 1991) für alle Typen des invasiven Mammakarzinoms (auch nach neoadj. Therapie) 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei sehr wenig Tumorgewebe rein nukleäres Grading oder Heranziehung zusätzlicher Kriterien wie Ki-67 Proliferationsfraktion 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grading des DCIS z. B. gemäß WHO-Klassifikation des Mammakarzinoms (5. Aufl., 2019) 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wiedergabe des Tumorgrading zumindest auch numerisch (z. B. G3) 	5	D	++

Befundung: Tumorgröße und gesamte Tumorausdehnung

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> Invasive Tumorgröße, unter Berücksichtigung des makroskopischen und histologischen Befundes und klinisch-bildgebender Befunde 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> Bei Satellitenherden und Multifokalität zusätzlich Gesamtausdehnung des invasiven Karzinoms 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> Angabe der Ausdehnung der DCIS- oder LCIS-Komponente, wenn extensiv (mehr als das Doppelte der Ausdehnung des invasiven Karzinoms) 	5	D	++

Befundung: pTNM

Oxford		
LoE	GR	AGO
5	D	++

- **Anwendung der aktuellen UICC-Klassifikation (8. Auflage)**

pT1–3: Größter invasiver Tumorherd, nicht Gesamtausdehnung, Multifokalität od. Multizentrität

pT4: Alleinige Infiltration der Dermis nicht ausreichend. Kriterien für pT4a/b/c/d müssen erfüllt sein

pT4d: Eine negative Hautbiopsie schließt pT4d (inflammatorisches Karzinom) nicht aus

pM: pM1 bei jeglichem nicht regionärem Tumornachweis, ausgenommen kontralateralem Zweitkarzinom. Eine Angabe von MX od. pMX wird nicht empfohlen.

Befundung: Beurteilung der Resektionsränder, R-Klassifikation

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Randsituation, makroskopisch Abstand zu allen Rändern und histologisch die nächsten < 1 cm untersuchen 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Angabe des minimalen histologischen Sicherheitsabstandes und dessen Topographie 	5	D	++
<ul style="list-style-type: none"> ▪ R-Klassifikation 	5	D	++
R0: Kein Residualtumor			
R1: Histologisch invasives oder nicht invasives Karzinom im Resektionsrand			
RX: Beurteilung des Resektionsrandes nicht möglich (z. B. Tumor in mehreren Teilpräparaten)			

Befundung: Lymphgefäßinvasion

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

- **L1: Nachweis einer Lymphgefäßinvasion**
L0: Keine eindeutige Lymphgefäßinvasion
- **IHC zum Nachweis einer Lymphgefäßinvasion**
- **Unterscheide: peritumorale und ausgedehnte Lymphgefäßinvasion**
- **Angabe der Blutgefäßinvasion (V0/V1) fakultativ, da prognostische Relevanz unklar**

Oxford		
LoE	GR	AGO
5	D	++
3b	C	-
3b	C	++
5	D	+

Befundung: Evaluation tumor-infiltrierender Lymphozyten (TIL)

Oxford		
LoE	GR	AGO
5	D	+/-

- **Identifikation von Tumoren mit prädominantem lymphozytärem Infiltrat (> 50 %) im Tumorstroma (n. Salgado et al.*)**

Nur das intratumorale Infiltrat im Stroma und nicht an der Invasionsfront berücksichtigen

Zentrale Fibrose- und Nekrosezonen nicht bewerten

Durchschnittswert des lymphozytären Infiltrates in Prozent angeben

- * Salgado, R., Denkert, C., Demaria, S., Sirtaine, N., Klauschen, F., Pruneri, G., et al. (2014). The evaluation of tumor-infiltrating lymphocytes (TILs) in breast cancer: recommendations by an International TILs Working Group 2014. *Annals of Oncology*

Befundung: nach neoadjuvanter Chemotherapie



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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
▪ Identifikation des Tumorbetts, sonst ypTX	4	D	++
▪ Angabe der Tumorgöße als max. Tumorbettgröße mit vitalem, invasiven Ca.	4	D	++
▪ pCR definiert als Fehlen invasiven Karzinoms sowie Abwesenheit von Gefäßinvasion und Lymphknotenmetastasen. Vorhandensein von pTis ist anzugeben.	2b	D	+
▪ IHC zum Nachweis minimalen Residualtumors (LK)	2b	B	+/-
▪ Angabe von ypTN-Status nach neoadj. Therapie	5	D	++
▪ Erneute Bestimmung der Hormonrezeptoren und des HER2-Status am Residualtumor	5	D	+/-
▪ Intraoperativer Schnellschnitt (verminderte Sensitivität)	5	D	-
▪ Tumorregression-Scores: RCB-Score oder Sataloff-Score	4	D	+/-

Zusatzuntersuchungen: Bestimmung des ER mittels IHC

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

- Immunhistochemischer Nachweis am Paraffinschnitt
- Angabe des Prozentsatzes positiver Tumorzellkerne (positiv bei $\geq 1\%$; niedrig positiv bei $\geq 1\%$ bis 10%)
- Färbeintensität
- Ausschließlich Allred Score (0–8), Remmele Score (0–12)
- Reevaluation am Exzidat, wenn unklarer Befund an der Stanze oder triple-negativer Tumor

Oxford		
LoE	GR	AGO
1a	A	++
1a	A	++
4	D	+
4	D	-
5	D	+

Low ER+ (1–10 %)

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

 Guidelines Breast
 Version 2022.1D

Reference	Patients	Results
Sanford, R. A. <i>et al.</i> <i>Cancer</i> 121 , 3422–3427 (2015). DOI: 10.1002/cncr.29572	314 Pat. 1–9 % ER, Anteil BRCA mutierter Fälle wie bei ER -	High Incidence of Germline BRCA Mutation in Patients with ER Low-Positive / PR Low-Positive / HER-2 neu Negative Tumors
Deyarmin, B. <i>et al.</i> <i>Ann Surg Oncol</i> 20 , 87–93 (2013). DOI: 10.1245/s10434-012-2588-8	26 Pat. 1–10 % ER, Genexpression eher wie TN oder HER2 enr	Effect of ASCO / CAP Guidelines for Determining ER Status on Molecular Subtype
Prabhu, J. S. <i>et al.</i> <i>J Cancer</i> 5 , 156–165 (2014) DOI: 10.7150/jca.7668	21 Pat. 1–10 % ER, Genexpression wie ER-, Überleben < ER+	A Majority of Low (1–10%) ER Positive Breast Cancers Behave Like Hormone Receptor Negative Tumors
Yi, M. <i>et al.</i> <i>Annals of Oncology</i> 25 , 1004–1011 (2014). DOI: 10.1093/annonc/mdu053	251 Pat. 1–9 % ER Überleben = ER-	Which threshold for ER positivity? A retrospective study based on 9639 patients

Zusatzuntersuchungen: Bestimmung des PR mittels IHC

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

- Immunhistochemischer Nachweis am Paraffinschnitt
- Angabe des Prozentsatzes positiver Tumorzellkerne (positiv bei $\geq 10\%$)
- Ausschließlich Allred Score (0–8), Remmele Score (0–12)

	Oxford		
	LoE	GR	AGO
	1a	A	++
	1a	A	++
	4	D	-

Zusätzliche Untersuchungen: Molekulare Bestimmung von ER / PR

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

- **Bestimmung der Hormonrezeptoren auf Einzelgenebene durch validierte Genexpressions-Testkits**
- **Ausschließliche Bestimmung der Expression der Hormonrezeptoren durch RNA-Quantifizierung**
- **Verwendung der molekularen Rezeptorbestimmung zur Subtypisierung**

Oxford		
LoE	GR	AGO
3b	A	+/-
5	D	-
3b	A	+/-

HER2-Bestimmung mittels IHC

Oxford		
LoE	GR	AGO
1a	A	++

- 3+ Färbemuster: HER2 + wenn starke komplette zirkuläre Membranfärbung von > 10 % invasiver Zellen**
- 2+ Färbemuster: Wenn > 10 % zirkuläre, schwache / mäßige Membranfärbung oder ≤ 10 % stark, U-förmig bei mikropapillären Ca.: ISH erforderlich (CISH, SISH, FISH)**

1a	A	++
----	---	----

HER2-Bestimmung: ISH bei IHC 2+

Oxford		
LoE	GR	AGO
3a	C	++
3a	D	++

■ Einfärben In-Situ-Hybridisierung (ISH):

- HER2 + wenn ≥ 6 Signale in mindestens 20 kohäsiven Zellen
- negativ bei < 4 Signalen/Kern
- 2-Farben ISH empfohlen bei ≥ 4 und < 6 Signalen/Kern

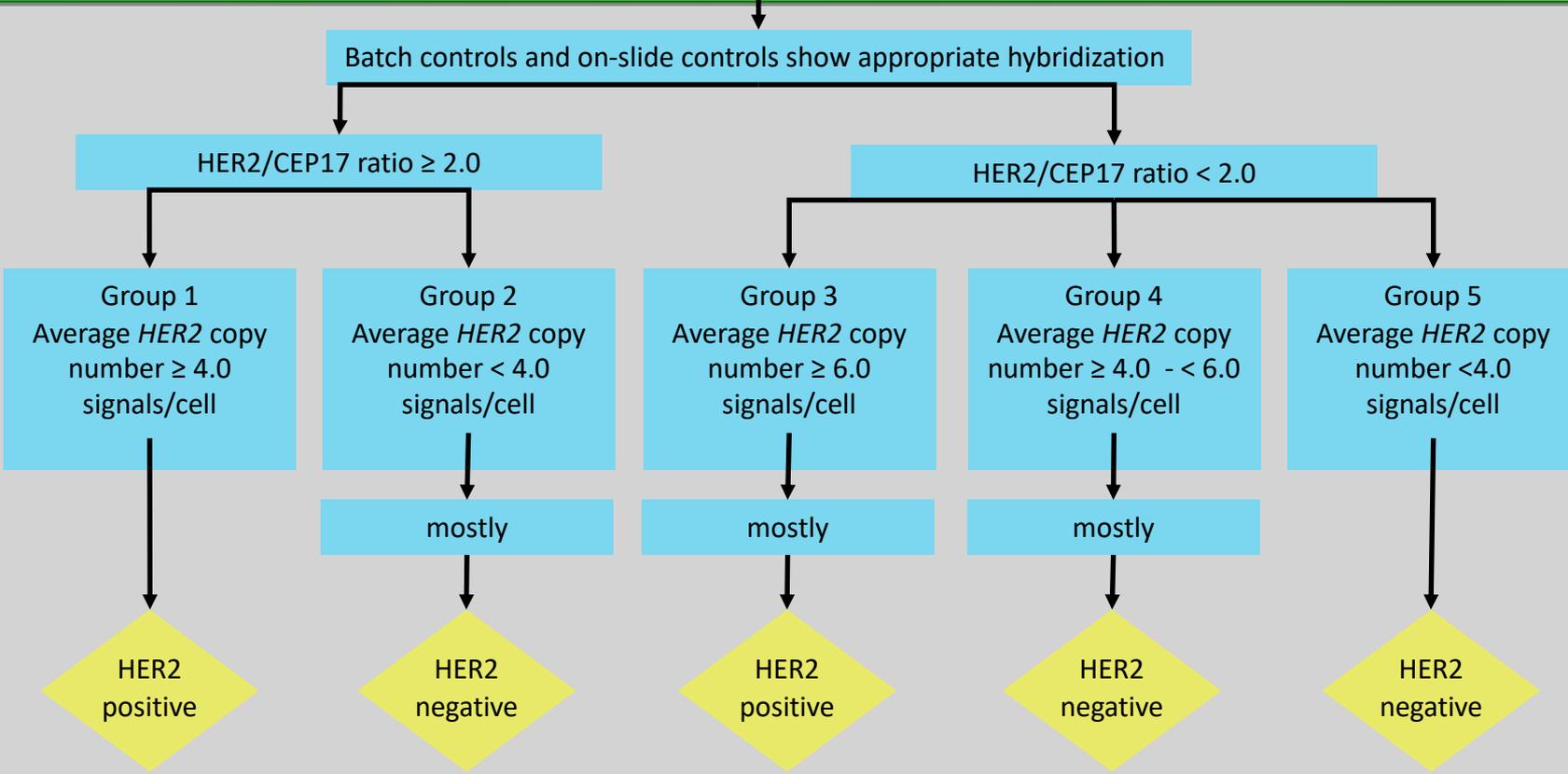
■ Zweifarben In-Situ-Hybridisierung (ISH):

- Gruppe 1: Ratio ≥ 2.0 und HER2-Signals/Kern ≥ 4.0 → HER2+
- Gruppe 2: Ratio ≥ 2.0 und HER2-Signals/Kern < 4.0
→ HER2- (kein Nutzen einer anti-HER2 Therapie)
- Gruppe 3: Ratio < 2.0 und HER2-Signals/Kern ≥ 6.0
→ HER2+ (Nutzen einer anti-HER2 Therapie jedoch unklar)
- Gruppe 4: Ratio < 2.0 und HER2-Signals/Kern ≥ 4.0 und < 6
→ HER2- (kein Nutzen einer anti-HER2 Therapie)
- Gruppe 5: Ratio < 2.0 und HER2-Signals/Kern < 4.0 → HER2-

HER2 Testing by Validated Dual-Probe ISH Assay when IHC = 2+

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D



HER2 Testing on Core Biopsies

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

False positive immunohistochemical labeling may occur in core biopsies. Therefore, methods of individual laboratories should be validated by comparison of core biopsies and resection specimens. Background staining should be evaluated by comparison with normal duct epithelium.

Alternatively, all G1 and G2 cases with HER2 3+ in core biopsies may be analyzed by ISH or may be re-evaluated in the resection specimen.

False positivity is likely when HER+ was reported in G1 tumors of the following types: Infiltrating ductal or lobular carcinoma, ER and PR positive, Tubular (at least 90 % pure), Mucinous (at least 90 % pure) Cribriform (at least 90 % pure), Adenoid cystic carcinoma (90 % pure).

In case of discrepancy between core biopsy and specimen, the HER2 overexpressing sample should be re-evaluated by a different method. If still discrepancy – anti-HER2-treatment if amplified in one of both samples. Expected rate of HER2-overexpression: 15 % HER2 positive.

Zusätzliche Untersuchungen: Molekulare Bestimmung von HER2

Oxford		
LoE	GR	AGO
1a	A	++
3b	B	-
5	D	-
3b	B	+/-

- Therapieentscheidungen sollten nur auf IHC und ISH basieren
- Bestimmung des HER2-Status durch validierte Genexpressions-Testkits
- Bestimmung der HER2-Amplifikation durch NGS
- Verwendung der molekularen HER2-Bestimmung zur Subtypisierung

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

Zusatzuntersuchungen: Ki-67 Bestimmung

Oxford

	LoE	GR	AGO
■ Auszählung von Zellkernen an der Invasionsfront des Tumors	5	D	++
■ Semiquantitative Schätzung oder Auszählen an Stanzbiopsaten	2	A	++
■ Berücksichtigung auch schwach positiver Zellkerne	5	D	++
■ Angabe des Ki-67 positiver Tumorzellen in Prozent	5	D	++
■ Etablierung laborinterner Standards und Schwellenwerte	5	D	++
■ Bildanalyse zur Objektivierung der Ki-67 Auszählung	5	D	+
■ Neu-Bestimmung Ki-67 nach Kurzzeit präoperativer (2-4 Wochen) endokriner Induktion (ypTNM trotz Kurzzeit)*	1b	B	+

- Auszählung von Zellkernen an der Invasionsfront des Tumors
- Semiquantitative Schätzung oder Auszählen an Stanzbiopsaten
- Berücksichtigung auch schwach positiver Zellkerne
- Angabe des Ki-67 positiver Tumorzellen in Prozent
- Etablierung laborinterner Standards und Schwellenwerte
- Bildanalyse zur Objektivierung der Ki-67 Auszählung
- Neu-Bestimmung Ki-67 nach Kurzzeit präoperativer (2-4 Wochen) endokriner Induktion (ypTNM trotz Kurzzeit)*

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D



Reproducibility – Quality Assurance is Key for Clinical Decision Making

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

- **ER / PR: concordance central vs local is high (97 %; Plan B, SABCS 2014)**
- **Grade: concordance central vs local is 68 % (PlanB, JCO 2016)**
- **HER2: frequency of false-positive test results 6 % (ASCO /CAP JCO 2013)**
- **Impact of routine pathologic review in N0 BC: 20 % changes: grade 40 %, LVI 26 %, N 15 %, margin 12 % (JCO 2012)**
- **pN0 from MIRROR study: pN0 was upstaged in 22 %, in central pathology review (Ann Oncol 2012)**
- **Ki-67:**
 - **Inter- and intraobserver variability in measurement of Ki-67 is high (J Nat. Cancer Institute 2011)**
 - **High reproducibility for low and high Ki-67 levels (J Pathol 2002)**
 - **Standardized methodology improves analytical validity (JNCI 2020)**

www.ago-online.de

**FORSCHEN
LEHREN
HEILEN**

Prädiktive PD-L1 Bestimmung

Oxford

LoE GR AGO

2 A ++

Immunhistochemischer Nachweis

Immun-Score (IC): Zytoplasmatische Positivität von mindestens 1 % des leukozytären Begleitinfiltrates (Lymphozyten, Makrophagen, Plasma- zellen, Granulozyten außerhalb von Abszessen) zur Prädiktion einer Atezolizumab Wirksamkeit beim triple negativen metastasierten Mammakarzinom.

Primärtumor- oder Metastasengewebe verwendbar

2 A ++

Einsatz von Primärantikörpern äquivalent zur Impassion 130 Studie

3 B +

Combined positive score (CPS): Zahl positiv markierter Zellen (Tumor, Lymphozyten und Makrophagen) dividiert durch die Tumorzellzahl mal 100 (≥ 10 = positiv) zur Prädiktion einer Pembrolizumab Wirksamkeit beim triple negativen metastasierten Mammakarzinom.

2 A ++

Mutationsdiagnostik* bei mBC: „Precision medicine“ für zielgerichtete Therapien

Alteriertes Gen	Therapierelevanz	Genregion	Ausgangsmaterial	Oxford		AGO
				LOE	GR	
BRCA1, BRCA2	PARP-Inhibitor	Alle Exons	Keimbahn: Blutzellen	1b	A	++
			Somatisch: Gewebe	2b	B	+/-
PALB2	PARP-Inhibitor		Keimbahn: Blutzellen	2b	B	+
PIK3CA	Alpelisib	Exon 7,9 und 20	Primärtumor, Metastasen, Plasma	1b	A	+
HER2-Mutation (unabh. vom HER2-Status)	Neratinib, Lapatinib	Kinase- und extrazelluläre Domänen; S310, L755, V777, Y772_A775dup	Primärtumor, Metastasen, Plasma; insbes. lobuläres CA	4	C	+/-
ESR1	Resistenz gegenüber AI	Exon 4,7 und 8	Metastasen, Plasma	2b	B	+/-
NTRK Genfusion	Larotrectinib, Entrectinib	Fusions- und Spleißvarianten	Tumor, bei sekretor. MammaCa	2a	B	+
MSI	Pembrolizumab	Mikrosatelliten- Instabilität	Gewebe	2a	B	+

* idealerweise Paneldiagnostik

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

Guidelines Breast
Version 2022.1D

www.ago-online.de

FORSCHEN
LEHREN
HEILEN