

S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms

Version 4.0 – Dezember 2017
AWMF-Registernummer: 032-045OL

4.3. DCIS und Risikoläsionen

4.8.	Konsensbasierte Empfehlung - DCIS - Allgemein
EK	Bei der Behandlung einer Patientin mit duktalem Carcinoma in situ (DCIS) ohne invasive Anteile sollen die Vor- und Nachteile verfügbarer Therapieformen bzw. deren Kombination erläutert werden. Dabei soll der relative und absolute Effekt adjuvanter Therapiemaßnahmen in Bezug auf die lokale Rezidivwahrscheinlichkeit und das Gesamtüberleben dargestellt werden.
	Starker Konsens

4.9.	Evidenzbasierte Empfehlung - DCIS - operative Therapie
Empfehlungsgrad A	Die vollständige Exzision ist die therapeutische Basis für die Behandlung des DCIS. Die Resektionsgrenzen sollten beim reinen DCIS mindestens 2 mm betragen, wenn eine adjuvante Radiotherapie angeschlossen wird.
Level of Evidence 2b	Quellen: (SIGN 2013, 2016, Marinovich, Azizi et al. 2016, Morrow, Van Zee et al. 2016, NICE 2016)
	Starker Konsens
4.10.	Evidenzbasierte Empfehlung - DCIS - Axilladisektion
Empfehlungsgrad A	Eine Axilladisektion soll beim DCIS nicht durchgeführt werden. Eine Sentinel-Node-Biopsie soll nur durchgeführt werden, wenn eine sekundäre Sentinel-Node-Biopsie aus technischen Gründen nicht möglich ist, z. B. bei Ablatio mammae.
Level of Evidence 1b	Quellen: (NZGG 2009, Lyman, Temin et al. 2014)
	Starker Konsens

Quellen:

SIGN. (2013). "Treatment of primary breast cancer. SIGN 134." Scottish Intercollegiate Guidelines Network, from <http://www.sign.ac.uk/pdf/SIGN134.pdf>.

Marinovich, M. L., L. Azizi, P. Macaskill, L. Irwig, M. Morrow, L. J. Solin and N. Houssami (2016). "The Association of Surgical Margins and Local Recurrence in Women with Ductal Carcinoma In Situ Treated with Breast-Conserving Therapy: A Meta-Analysis." Ann Surg Oncol **23**(12): 3811-3821.

Morrow, M., K. J. Van Zee, L. J. Solin, N. Houssami, M. Chavez-MacGregor, J. R. Harris, J. Horton, S. Hwang, P. L. Johnson, M. L. Marinovich, S. J. Schnitt, I. Wapnir and M. S. Moran (2016). "Society of Surgical Oncology-American Society for Radiation Oncology-American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline on Margins for Breast-Conserving Surgery With Whole-Breast Irradiation in Ductal Carcinoma In Situ." J Clin Oncol **34**(33): 4040-4046.

NICE. (2016). "Early and locally advanced breast cancer overview." National Institute for Health and Care Excellence, from <https://pathways.nice.org.uk/pathways/early-and-locally-advanced-breast-cancer>.

NZGG. (2009). "Management of Early Breast Cancer - Evidence-based Best Practice Guideline." New Zealand Guidelines Group Retrieved 01.09.2016, from <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/mgmt-of-early-breast-cancer-aug09.pdf>

Lyman, G. H., S. Temin, S. B. Edge, L. A. Newman, R. R. Turner, D. L. Weaver, A. B. Benson, 3rd, L. D. Bosserman, H. J. Burstein, H. Cody, 3rd, J. Hayman, C. L. Perkins, D. A. Podoloff and A. E. Giuliano (2014). "Sentinel lymph node biopsy for patients with early-stage breast cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update." J Clin Oncol **32**(13): 1365-1383.

4.11.	Evidenzbasierte Empfehlung - DCIS - Radiotherapie
Empfehlungsgrad B	Die adjuvante Radiotherapie verringert das Lokalrezidivrisiko nach brusterhaltender Therapie um bis zu 50%, bei niedrigem Risiko ist der Benefit für die Patientin jedoch gering. Die Möglichkeit einer Radiotherapie sollte der Patientin in Abhängigkeit vom individuellen Risikoprofil angeboten werden.
Level of Evidence 1a	Quellen: (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative 2010, Goodwin, Parker et al. 2013, Warnberg, Garmo et al. 2014, Narod, Iqbal et al. 2015, Sagara, Freedman et al. 2016)
	Starker Konsens
4.12.	Konsensbasierte Empfehlung - Therapeutisches Konzept bei Risikoläsionen
EK	Das therapeutische Konzept bei Risikoläsionen soll nach Vorliegen des histologischen Befundes aus einer Stanz-/Vakuumbiopsie interdisziplinär (Radiodiagnostik, Operateur, Pathologie) erstellt werden.
	Starker Konsens

Quellen:

Early Breast Cancer Trialists' Collaborative, G. A. C., C.A McGale, P.A Taylor, C.A Wang, Y.A Clarke, M.A Davies, C.A Peto, R.A Bijker, N.A Solin, L.A Darby, S. (2010). "Overview of the randomized trials of radiotherapy in ductal carcinoma in situ of the breast." J Natl Cancer Inst Monogr **2010**(41): 162-177.

Goodwin, A., S. Parker, D. Gherzi and N. Wilcken (2013). "Post-operative radiotherapy for ductal carcinoma in situ of the breast." Cochrane Database Syst Rev(11): Cd000563.

Warnberg, F., H. Garmo, S. Emdin, V. Hedberg, L. Adwall, K. Sandelin, A. Ringberg, P. Karlsson, L. G. Arnesson, H. Anderson, K. Jirstrom and L. Holmberg (2014). "Effect of radiotherapy after breast-conserving surgery for ductal carcinoma in situ: 20 years follow-up in the randomized SweDCIS Trial." J Clin Oncol **32**(32): 3613-3618.

Narod, S. A., J. Iqbal, V. Giannakeas, V. Sopik and P. Sun (2015). "Breast Cancer Mortality After a Diagnosis of Ductal Carcinoma In Situ." JAMA Oncol **1**(7): 888-896.

Sagara, Y., R. A. Freedman, I. Vaz-Luis, M. A. Mallory, S. M. Wong, F. Aydogan, S. DeSantis, W. T. Barry and M. Golshan (2016). "Patient Prognostic Score and Associations With Survival Improvement Offered by Radiotherapy After Breast-Conserving Surgery for Ductal Carcinoma In Situ: A Population-Based Longitudinal Cohort Study." J Clin Oncol **34**(11): 1190-1196.

4.13.	Konsensbasierte Empfehlung - Atypische duktale Hyperplasie (ADH) in der Stanz- oder Vakuumbiopsie
EK	Bei Diagnose einer ADH soll eine offene PE zum Ausschluss einer höhergradigen Läsion durchgeführt werden.
	Starker Konsens
4.14.	Konsensbasierte Empfehlung - Lobuläre Neoplasie (LN) in der Stanz- oder Vakuumbiopsie
EK	Bei isoliertem oder inzidentellem Befund einer LN (klassische Variante) in der Stanz- oder Vakuumbiopsie und Konkordanz mit der Bildgebung kann auf eine weitere bioptische Abklärung verzichtet werden. Bei LN mit erhöhtem Risiko (pleomorphe LN, floride oder tumorartige LN, LN mit Komedotypnekrosen) sollte eine Exzision der Veränderung durchgeführt werden, ebenso bei Diskordanz zum radiologischen Befund.
	Starker Konsens

4.15.	Konsensbasierte Empfehlung - Flache Epithelatybie (FEA) in der Stanz- oder Vakuumbiopsie
EK	Bei Diagnose einer FEA kann auf eine offene PE verzichtet werden, wenn die suspekten Verkalkungen mittels Vakuumbiopsie bildgebend bereits vollständig oder weitestgehend vollständig entfernt wurde. Bei radiologisch ausgedehnten begleitenden Verkalkungen oder bei Diskordanz zum radiologischen Befund soll eine repräsentative offene PE erfolgen.
	Starker Konsens
4.16.	Konsensbasierte Empfehlung - ADH, LN, FEA in der offenen Biopsie
EK	Bei Vorliegen einer klassischen LN oder einer FEA (alleine oder in Kombination mit einem invasiven Karzinom) am Resektionsrand ist keine Nachresektion erforderlich. Bei Vorliegen einer isolierten ADH am Resektionsrand sollte eine Nachresektion erfolgen. Ebenso sollte bei Vorliegen einer LN mit erhöhtem Risiko am Resektionsrand (alleine oder in Kombination mit einem invasiven Karzinom) eine Nachresektion erfolgen.
	Starker Konsens

4.17.	Konsensbasierte Empfehlung - Papillom in der Stanz- oder Vakuumbiopsie
EK	Bei histologischer Diagnose eines mittels Bildgebung entdeckten Milchgangpapilloms oder eines Papilloms mit ADH soll eine Exzision durchgeführt werden, diese kann auch als Vakuumbiopsie erfolgen sofern keine Atypien vorliegen.
	Starker Konsens

4.18.	Konsensbasierte Empfehlung - Papillom in der Exzisionsbiopsie
EK	Bei Nachweis eines Papilloms oder eines Papilloms mit ADH in einer offenen Biopsie ist kein weiterer Eingriff erforderlich. Bei Vorliegen von Atypien am Resektionsrand sollte eine Nachresektion erfolgen.
	Starker Konsens