

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

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

## 5.3. Therapie des lokalen/lokoregionalen Rezidivs

5.7.	Evidenz- /konsensbasierte Empfehlungen
	<b>Lokales (intramammäres) Rezidiv</b>
<b>EK</b>	a.) Bei Verdachtsdiagnose eines lokoregionären Rezidivs soll zunächst eine histologische Sicherung mit erneuter Bestimmung von ER, PR und Her2neu und ein komplettes Re-Staging erfolgen, um Metastasen auszuschließen und die Planung einer interdisziplinären Therapiestrategie zu ermöglichen.
	Starker Konsens
<b>EK</b>	b.) Beim intramammären Rezidiv (DCIS/invasives Karzinom) wird durch die sekundäre Mastektomie die höchste lokale Tumorkontrolle erzielt.
	Starker Konsens

5.7.	<b>Evidenz- /konsensbasierte Empfehlungen</b>
	<b>Lokales (intramammäres) Rezidiv</b>
Empfehlungsgrad <b>0</b>	c.) Bei günstiger Ausgangssituation, z. B. DCIS oder invasives Karzinom mit langem rezidivfreiem Intervall und fehlendem Hautbefall, kann nach sorgfältiger Aufklärung erneut brusterhaltend operiert werden.
Level of Evidence <b>4a</b>	Quellen: (Kurtz, Jacquemier et al. 1991, Whelan, Clark et al. 1994, Haffty, Reiss et al. 1996, Deutsch 2002)
	Starker Konsens
<b>EK</b>	d.) Vor einer erneuten brusterhaltender Operation sollte/sollten die Möglichkeit einer Re-Bestrahlung (Teilbrustbestrahlung) geprüft, in einer interdisziplinären Tumorkonferenz diskutiert und die Patientin ggfs. einem Strahlentherapeuten vorgestellt werden.
	Konsens
<b>EK</b>	e.) Bei brusterhaltender Operation soll die Patientin auf ein erhöhtes Risiko für ein erneutes intramammäres Rezidiv hingewiesen werden.
	Starker Konsens

## Quellen:

Kurtz, J. M., J. Jacquemier, R. Amalric, H. Brandone, Y. Ayme, D. Hans, C. Bressac and J. M. Spitalier (1991). "Is breast conservation after local recurrence feasible?" Eur J Cancer **27**(3): 240-244.

Kyrcle, W. and P. Laski (2012). "Surgical approach to pulmonary metastases from breast cancer." Breast J **18**(1): 52-57.

Whelan, T., R. Clark, R. Roberts, M. Levine and G. Foster (1994). "Ipsilateral breast tumor recurrence postlumpectomy is predictive of subsequent mortality: results from a randomized trial. Investigators of the Ontario Clinical Oncology Group." Int J Radiat Oncol Biol Phys **30**(1): 11-16.

Haffty, B. G., M. Reiss, M. Beinfeld, D. Fischer, B. Ward and C. McKhann (1996). "Ipsilateral breast tumor recurrence as a predictor of distant disease: implications for systemic therapy at the time of local relapse." J Clin Oncol **14**(1): 52-57.

Deutsch, M. (2002). "Repeat high-dose external beam irradiation for in-breast tumor recurrence after previous lumpectomy and whole breast irradiation." Int J Radiat Oncol Biol Phys **53**(3): 687-691.

5.8.	Konsensbasierte Empfehlung
	<b>Lokalrezidiv nach Mastektomie</b>
<b>EK</b>	Ein isoliertes Thoraxwandrezidiv soll nach Möglichkeit operativ vollständig (R0) entfernt werden. Bei V.a. Befall der Rippen/Interkostalmuskulatur sollte die Therapieentscheidung interdisziplinär mit der Thoraxchirurgie erfolgen.
	Starker Konsens

5.9.	Konsensbasierte Empfehlung
<b>EK</b>	Bei symptomatischem Lokalrezidiv (z.B. Ulzeration, Schmerzen) kann eine lokale Therapie (operative Intervention, Radiotherapie) auch bei Vorliegen von Fernmetastasen mit dem Ziel der Symptomreduktion erwogen werden.
	Starker Konsens

5.10.	Konsensbasierte Empfehlung
<b>EK</b>	Im Fall eines axillären Lymphknotenrezidivs sollte eine lokale Kontrolle der Erkrankung durch erneute operative axilläre Intervention ggf. mit Radiotherapie erfolgen. Präoperativ sollte ein CT-Thorax zur Ausdehnung der LK Metastasierung erfolgen.
	Starker Konsens
5.11.	Konsensbasierte Empfehlung
<b>EK</b>	<p><b>Postoperative Systemtherapie</b></p> <p>Eine Systemtherapie nach R0-Resektion eines lokoregionären Rezidivs soll für ein verlängertes krankheitsfreies Intervall als auch ein verlängertes Gesamtüberleben erwogen werden.</p>
	Starker Konsens

5.12.	Konsensbasierte Empfehlungen
	<b>Bestrahlung nach Rezidivoperation</b>
<b>EK</b>	<p>a.) Eine Bestrahlung nach Rezidivoperation sollte interdisziplinär diskutiert und entschieden werden.</p> <p>Eine postoperative Radiotherapie sollte durchgeführt werden, wenn keine vorangegangene Radiotherapie erfolgt war oder das Lokalrezidiv nicht radikal operiert wurde (R1-2).</p>
	Starker Konsens
<b>EK</b>	<p>b.) Bei inoperablem Lokalrezidiv kann eine palliative Radiotherapie, ggf. in Kombination mit einer Chemotherapie, zur Symptomkontrolle sinnvoll sein.</p>
	Starker Konsens
<b>EK</b>	<p>c.) Bei Vorliegen eines intramammären Rezidivs beziehungsweise Thoraxwandrezidivs ohne Vorbestrahlung nach brusterhaltender Operation (R0) beziehungsweise nach Mastektomie (R0) sollte die Indikation zur adjuvanten Strahlentherapie analog zu den Empfehlungen in der Primärsituation erfolgen.</p>
	Starker Konsens

<b>EK</b>	d.) Bei Vorliegen eines intramammären Rezidivs nach Vorbestrahlung nach brusterhaltender Operation (R0) soll die Indikation zur adjuvanten Strahlentherapie interdisziplinär diskutiert werden und kann insbesondere bei Patientinnen ohne gravierende Spätfolgen von der 1. Strahlentherapie gestellt werden.
	Starker Konsens
<b>EK</b>	e.) Bei Vorliegen eines Thoraxwandrezidivs nach Vorbestrahlung nach Mastektomie (R0) sollte eine erneute Bestrahlungsindikation zur lokalen Kontrolle interdisziplinär diskutiert werden.
	Starker Konsens
<b>EK</b>	f.) Bei einem Brustwandrezidiv nach primärer Mastektomie ohne nachfolgende Strahlentherapie nach Resektion des Rezidivs (R0) sollte bei Vorliegen von Risikofaktoren (knappe Resektion, rpN+, G3, Lymphgefäßinvasion) die Indikation zu einer adjuvanten Strahlentherapie gestellt werden.
	Starker Konsens



<b>EK</b>	<p>g.) Bei einem Brustwandrezidiv nach primärer Mastektomie mit nachfolgender Strahlentherapie nach Resektion des Rezidivs (R0) sollte bei Vorliegen von Risikofaktoren (knappe Resektion, rpN+, G3, Lymphgefäßinvasion) die Indikation zu einer erneuten adjuvanten Strahlentherapie interdisziplinär diskutiert werden. Diese kann bei Patientinnen ohne gravierende Spätfolgen von der 1. Strahlentherapie gestellt werden.</p>
	<p>Starker Konsens</p>
<b>EK</b>	<p>h.) Für Rezidive, die nicht in einem zuvor bestrahlten Bereich liegen und R1/R2-reseziert wurden - ohne Möglichkeit mit vertretbarem Risiko chirurgisch eine R0-Situation zu erzeugen -, soll eine zusätzliche Strahlentherapie in dieser Situation empfohlen werden.</p>
	<p>Starker Konsens</p>
<b>EK</b>	<p>i.) Bei Vorliegen von Rezidiven nach R1/R2-Resektion und erfolgter Vorbestrahlung ohne Möglichkeit, mit vertretbarem Risiko operativ eine R0-Situation zu erzeugen sollte die Indikation zu einer erneuten Strahlentherapie interdisziplinär diskutiert werden.</p> <p>Diese kann bei Patientinnen ohne gravierende Spätfolgen von der 1. Strahlentherapie gestellt werden.</p>
	<p>Starker Konsens</p>