

5. Operative Therapie Brusterkrankung

DCIS und Läsionen mit unklarem biologischem Potential (B3)

DCIS

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.

Eine Axilladissektion 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.

B3 Läsionen

B3-Läsionen sind interdisziplinär in Anwesenheit von Gynäkologie, Pathologie und Radiologie zu diskutieren. Individuelle Lösungen mit Rücksicht auf Bildgebung, Biologie aber auch auf interventionelle Möglichkeiten sind zu erarbeiten und im Rahmen des Tumorboards zu diskutieren.

Läsionen mit dem Risiko eines assoziierten DCIS oder invasiven Karzinoms:

- FEA (flache epitheliale Hyperplasie)
- ADH (atypische duktale Hyperplasie)
- Lobuläre Neoplasie (ALH und LCIS)

Inhomogene Läsionen mit Sampling-Risiko:

- Benigner Phylloides-Tumor, zellreiches Fibroadenom
- Atypisches Papillom, wenn unvollständig entfernt
- Radiäre Narbe, komplexe sklerosierende Läsion

Cave: positiver prädiktiver Wert für Malignität:

- ADH: 20-30%
- LN, FEA, Radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion, Papillome ohne Atypien: 0-10%
- Zellreiche fibroepitheliale Tumore / benigner Phylloides Tumor 0%

FEA (Flache epitheliale Atypie)

- Verzicht auf offene Exzision, wenn auffälliger Bildbefund bioptisch komplett entfernt wurde und ein kleinherdiger Befund (≤ 2 terminale ducto-lobuläre Einheiten) vorliegt
- FEA am Resektionsrand: keine Nachresektion bei FEA am Resektionsrand
- außer bei verbliebenem mammographischem Korrelat (Präparateradiographie)

Autor	Freigabe durch_am	Dateiname_Erstelldatum	Seite
Leonie Sernetz Monika Bamert	Leonie Sernetz 21.12.2018	5_ 2018_12_21 SOP Brustzentrum Zürich Operative Therapie Brusterkrankung_DCIS und Läsionen.docx	1/3

ADH (atypische duktaile Hyperplasie)

- offene Segmentresektion nach Biopsie
- Segmentresektion verzichtbar unter der Voraussetzung, dass der auffällige Bildbefund komplett entfernt wurde und ein kleinherdiger Befund (≤ 2 terminale ducto-lobuläre Einheiten) vorliegt
- ADH am Resektionsrand: keine Nachresektion, wenn die Veränderung ein DCIS oder invasives Karzinom (hier R0 Resektion) begleitet.

Lobuläre intraepitheliale Neoplasie (LN)

(Beinhaltet atypische lobuläre Hyperplasia (ALH) und lobuläres Carcinoma in situ (LCIS))

Klassische LN (Niedrigrisiko):

- Isolierter Befund oder Zufallsbefund in der Biopsie: Keine weitere offene Biopsie

Pleomorphe LN, floride und LN mit Nekrose (Hochrisiko):

- Offene Segmentresektion
- Nachresektion wenn am Resektionsrand bei BET eines intraduktalen oder invasiven Karzinoms

Generell gilt:

- offene Segmentresektion wenn nach Biopsie keine klare Korrelation mit der Bildgebung (häufige Assoziation mit höhergradigen Veränderungen mit Bildgebungsbefund aber fehlender Erfassung durch Biopsie)

Papillom

atypisches Papillom

- offene Segmentresektion nach Biopsie, R0-Resektion anstreben

solitäres Papillom ohne Atypien

- Keine weiteren Maßnahmen, wenn Biopsie ausreichend repräsentativ (100mm²) und keine Diskordanz zur Bildgebung

Papillom am Resektionsrand

- Nachresektion bei Vorliegen von Atypien

Multiple Papillome

- offene Segmentresektion

Autor	Freigabe durch_ am	Dateiname_ Erstelldatum	Seite
Leonie Sernetz Monika Bamert	Leonie Sernetz 21.12.2108	5_ 2018_12_21 SOP Brustzentrum Zü- rich_Operative Therapie Brusterkran- kung_DCIS und Läsionen.docx	2/3

Radiäre sklerosierende Läsion

(Beinhaltet: radiäre Narbe und komplexe sklerosierende Läsion > 1cm (CSL))

- Offene Segmentresektion
- Keine weitere Exzision, wenn auffälliger Bildbefund komplett entfernt wurde und ein kleinherdiger Befund vorliegt
- Keine Nachresektion wenn radiäre Narbe / CSL nach Segmentresektion am Resektionsrand

Autor	Freigabe durch_am	Dateiname_Erstelldatum	Seite
Leonie Sernetz Monika Bamert	Leonie Sernetz 21.12.2018	5_ 2018_12_21 SOP Brustzentrum Zürich_Operative Therapie Brusterkrankung_DCIS und Läsionen.docx	3/3