

Duktales Carcinoma in situ (DCIS)

Allgemeine Grundsätze

- Das DCIS ist
 - eine nicht lebensbedrohliche Vorstufe, aus der sich ein Brustkrebs entwickeln kann,
 - eine lokale Erkrankung ohne Streupotenzial, die nach Entdeckung mit örtlichen Maßnahmen (Operation, Bestrahlung) behandelt werden sollte.
- Die Festlegung der Therapie erfolgt fachübergreifend (interdisziplinär) (Radiologie, Operateur, Pathologie, Strahlentherapie).
- Die Heilungschance ist exzellent.

Operative Therapie

- Die brusterhaltende Operation (BET) bietet für die meisten Patientinnen eine ausreichende lokale Kontrolle und Sicherheit.
- Nur bei großer Ausdehnung in Relation zur Brustgröße sollte eine Entfernung der Brust erfolgen. Ist die Entfernung der Brust notwendig, dann kann in gleicher Operation eine brustwiederherstellende Operation (Sofortrekonstruktion) angeboten werden.
- Die Entfernung der gesamten Achsellymphknoten ist nicht notwendig.
- Die Untersuchung der Wächterlymphknoten (Sentinel-Lymphknoten) ist nur sinnvoll, wenn eine Brustentfernung durchgeführt werden muss. Falls im Operationspräparat nachfolgend doch ein invasiver Brustkrebs entdeckt wird, vermeidet man eine größere weitere Operation der Achselhöhle. Erfolgt eine brusterhaltende Operation, ist die Untersuchung des Sentinel-Lymphknotens nur in seltenen Fällen sinnvoll. Sollte doch noch ein invasiver Krebs entdeckt werden, kann eine Untersuchung des Wächterlymphknotens meist dennoch durchgeführt werden.

- Wichtigster Faktor für die Rückfallhäufigkeit (Rezidivrisiko) ist, ob das DCIS komplett entfernt ist, d. h. am Rand des entfernten Präparates darf keine DCIS gefunden werden (DCIS-freier Absetzungsrand).

Strahlentherapie

- Nach brusterhaltender Operation kann eine nachfolgende Bestrahlungsbehandlung der Brust durchgeführt werden.
- Eine postoperative Bestrahlungsbehandlung nach BET senkt das Risiko für das Wiederauftreten eines DCIS oder eines Brustkrebses auf der betroffenen Seite.
- Da das Risiko, an einem DCIS zu sterben, selbst dann sehr gering ist, wenn das Rezidiv bereits ein invasives Karzinom ist, kann diese zusätzliche Strahlentherapie bisher keine Verbesserung des Überlebens/Gesamtüberlebens erreichen.
- Der Nutzen einer Strahlentherapie hängt somit von individuellen Risikofaktoren wie Alter der Patientin, Ausdehnung, Grading, operativem Vorgehen, postoperativ dokumentierten Sicherheitsabständen sowie möglichen weiteren Erkrankungen ab.
- Nebenwirkungen und Vor- bzw. Nachteile einer Strahlentherapie müssen mit der Patientin ausführlich besprochen werden.

Postoperative medikamentöse Behandlung

- Bei hormonsensiblen (rezeptorpositivem) DCIS ist eine medikamentöse Behandlung (endokrine Therapie) mit der Patientin zu diskutieren.
- Tamoxifen senkt die Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens eines DCIS oder eines Brustkrebses. Bei Frauen nach den Wechseljahren (Postmenopause) kann neben dem Tamoxifen auch eine Therapie mit einem Aromataseinhibitor überlegt werden. Tamoxifen bzw. ein Aromataseinhibitor schützt die gesunde Brust vor Brustkrebs und seinen Vorstufen. Ein Überlebensvorteil konnte bisher durch eine endokrine Therapie nicht belegt werden. Somit müssen die Nachteile (Nebenwirkungen) gegenüber den Vorteilen abgewogen werden. Die Entscheidung hierüber sollte die Patientin nach Information und Beratung durch ihre Ärztin/ihren Arzt treffen.

Operatives Vorgehen unter onkologischen Aspekten

Untersuchungen vor der Operation

Vor jeder Operation sollen durchgeführt werden:

- eine Tastuntersuchung beider Brüste und Lymphabflusswege
- Mammografie und Brustultraschall
- Entnahme einer Gewebeprobe mittels Nadel in örtlicher Betäubung

In Einzelfällen kann durchgeführt werden:

- Kernspintomografie der Brust (MRT)

Fernmetastasensuche, d. h. Untersuchung von

- Lunge und Leber mittels Computertomografie und Knochen mittels Skelettszintigrafie

ist nur bei Patientinnen mit hohem Risiko für Fernmetastasen erforderlich.

Brusterhaltung/Entfernung der Brustdrüsen

Die brusterhaltende Operation mit Bestrahlung der Brust (BET) stellt heute die Standardoperation dar und ist für das Überleben so sicher wie die Entfernung der gesamten Brust. Nicht tastbare Befunde werden vor der Operation mit einem Draht markiert oder können während der Operation mit Ultraschall aufgesucht und unter Ultraschall-Kontrolle entfernt werden.

Eine Entfernung der Brustdrüse (Mastektomie) ist heute noch erforderlich:

- bei mehreren Tumorherden in der Brust (= Multizentrität. In ausgewählten Fällen ist allerdings auch bei multizentrischen Tumoren die Erhaltung der Brustdrüse möglich.)

- trotz mehrmaliger Nachresektionen wurde der Tumor nicht im Gesunden entfernt
- bei entzündlichem Brustkrebs/ausgedehntem Hautbefall (inflammatorisches Karzinom)

Wenn die Entfernung der Brustdrüse erforderlich ist,

- kann in der gleichen Operation ein Wiederaufbau unter Erhaltung der Haut der Brust und eventuell auch der Brustwarze erfolgen;
- kann der Drüsenkörper durch körpereigenes Gewebe und/oder Prothesen ersetzt werden;
- ist das Risiko eines Krankheitsrückfalls nach einer Wiederaufbau-Operation unter Erhaltung der Haut der Brust und eventuell auch der Brustwarze vergleichbar mit dem Risiko nach einer „klassischen“ Entfernung der Brustdrüse.

Lymphknotenentfernung in der Achselhöhle (Axilla)

Die Wächter- oder auch Sentinel-Lymphknoten-Methode ist heute die Methode der Wahl zur Beurteilung des axillären Lymphknotenstatus und kann bei fast jeder betroffenen Frau zur Anwendung kommen. Dies bedeutet die Entfernung des/der ersten vom Tumor erreichten Lymphknoten/s in der Achselhöhle. Sie ist so sicher wie die Entfernung aller Lymphknoten, macht aber weniger Beschwerden. Sie soll durchgeführt werden bei

- allen Patientinnen, bei denen weder bei der Tastuntersuchung noch bei der Ultraschalluntersuchung verdächtige Lymphknoten nachweisbar sind.

Bei der brusterhaltenden Operation des DCIS (duktales Carcinoma in situ = Krebsvorstufe) ist die Entfernung des Sentinel Node nicht sinnvoll, ist allerdings eine Brustentfernung geplant, ist die Entfernung des Sentinel Node zu empfehlen.

Weiteres Vorgehen nach Entfernung der Wächterlymphknoten:

- Bei Nichtbefall werden keine weiteren Lymphknoten entfernt.

- Ergibt die Untersuchung während oder nach der brusterhaltenden Operation einen Tumorbefall von nicht mehr als zwei befallenen Wächterlymphknoten, so ist eine weitere Entfernung von Achsellymphknoten nicht zwingend notwendig. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass eine brusterhaltende Operation mit nachfolgender Bestrahlung durchgeführt wird und anschließend eine leitliniengerechte medikamentöse Therapie erfolgt.
- Ergibt die Untersuchung während oder nach der Operation einen Tumorbefall von mehr als zwei befallenen Wächterlymphknoten, so sollten in einem zweiten operativen Eingriff weitere Lymphknoten entfernt werden.
- Bei einem Befall eines oder mehrerer Wächterlymphknoten und geplanter Mastektomie sollte die komplette Axilladisektion erfolgen. Im Einzelfall kann auch die Bestrahlung der Axilla erwogen werden.

Die Entfernung von axillären Lymphknoten (Axilladisektion) ist erforderlich:

- bei auffälligen Lymphknoten in der Axilla, deren Tumorbefall (wenn technisch und anatomisch möglich) durch eine Punktion in örtlicher Betäubung gesichert wurde
- bei entzündlichem Brustkrebsleiden (Inflammation)

Eine Entfernung der (Wächter-)Lymphknoten ist in Einzelfällen nicht erforderlich:

- z. B. bei prognostisch günstigen Tumoren und älteren Patientinnen

Die Wächterlymphknoten-Methode ist gegebenenfalls bei großen Voroperationen an der Brust erschwert möglich.

Um die Wächterlymphknoten zu finden, ist es notwendig, diese mit einer geringen Menge einer radioaktiven Substanz (Technetium, Tc) durch die Nuklearmediziner zu markieren.

Wenn bei Patientinnen, deren Tast- und Ultraschalluntersuchung keinen Verdacht auf Lymphknotenbefall ergeben hat, eine neoadjuvante Chemotherapie (Chemotherapie vor der Operation) durchgeführt wird, sollte der Wächterlymphknoten nach der Chemotherapie entnommen werden.

Bei Patientinnen, die vor der neoadjuvanten Chemotherapie befallene Lymphknoten (Tumorbefall durch Punktion gesichert) aufgewiesen haben, wird die alleinige Wächterlymphknotenbiopsie nicht als ausreichend sicher eingestuft. Bei diesen Patientinnen wird die Entfernung weiterer Lymphknoten angeraten.