Interdisziplinäre
S3-Leitlinie für die
Diagnostik, Therapie
und Nachsorge
des Mammakarzinoms

1. Aktualisierung 2008

Koordination:
Informationszentrum für
Standards in der Onkologie (ISTO)
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Tiergarten Tower
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: 030 322932900
E-Mail: isto@krebsgesellschaft.de

Autoren:
R. Kreienberg, I. Kopp, U. Albert, H. H. Bartsch,
M. W. Beckmann, D. Berg, U. Bick, A. du Bois,
W. Budach, J. Dunst, J. Engel, B. Ernst, M. Geraedts,
U. Henscher, D. Höfzel, C. Jackisch, K. König,
H. Kreipe, T. Kühn, A. Lebeau, S. Leinung,
H. Link, H.-J. Lück, H. Madjar, A. Maiwald,
G. Maiwald, N. Marschner, M. Marx, G. von Minckwitz,
I. Nafl-Griegoleit, K. Possinger, A. Reiter, W. Sauerbrei,
W. Schlake, R. Schmutzler, I. Schreer, H. Schulte,
K.-D. Schulz, R. Souchon, C. Thomissen, M. Untch,
U. Wagner, J. Weis, T. Zemmler

Mit Hilfe der Invasionsfaktoren uPA/PAI-1 kann das Rezidivrisiko für Patientinnen mit nodal-negativem Mammakarzinom besser abgeschätzt werden, bei niedriger uPA/PAI-1-Konzentration kann insbesondere Patientinnen mit nach traditionellen Kriterien unklarem Rezidivrisiko (G2) eine adjuvante Chemotherapie erspart werden (Harbeck, N et al. 2002; Janicke, F et al. 2001). Die prognostische Aussagekraft von uPA und PAI-1 ist ausschließlich bei Bestimmung mittels ELISA im Gewebeaufschluss aus frischem oder tiefgefrörenem Tumorgewebe (200–300 mg) validiert, die Bestimmung an der Tumorstanze wird derzeit erprobt. Eine immunhistochemische Bestimmung ergibt aus methodischen Gründen (extrazelluläre Faktoren) keine verlässliche Aussage.

Weitere Information siehe Rückseite
Auszug aus den S3 Leitlinien aktualisierte Version 2008

**Statement Patho-5**

Zur Einschätzung des Erkrankungsverlaufs (Prognose) und der voraussichtlichen Wirkung systemischer Therapien (Prädiktion) sind die Eigenschaften des Tumors und die Situation der Patientin zu dokumentieren.

Als Prognosefaktoren sind zu erheben:
- pTNM-Status (Tumorgröße, axillärer Lymphknotenbefall, Fernmetastasierung)
  
  **LOE 1a, Empfehlungsgrad A** (Bundred, NJ 2001; Carter, CL et al. 1989; Page, DL et al. 1992; Page, DL et al. 1998; Rosen, PP et al. 1991; Rosen, PP et al. 1993),

- Resektionsrand (R-Klassifikation) **LOE 1b, Empfehlungsgrad A** und Sicherheitsabstände
  
  **GCP** (Bundred, NJ 2001; Kurtz, JM et al. 1989; Park, CC et al. 2000),

- histologischer Typ
  
  **LOE 2b, Empfehlungsgrad A** (Fisher, ER et al. 1990),

- Grading
  
  **LOE 2a, Empfehlungsgrad A** (Elston, CW et al. 1991)

- Lymphgefäss- und Gefäßeinbruch (Lx, Vx)
  
  **LOE 2b, Empfehlungsgrad B** (Colleoni, M et al. 2007; Gasparini, G et al. 1994; Goldhirsch, A et al. 2007; Kato, T et al. 2003)

- Alter
  
  **GCP**

Als obligate prädiktive Faktoren sind zu erheben:
- Östrogen-/Progesteronrezeptorstatus für eine Hormontherapie
  
  **LOE 1a, Empfehlungsgrad A** (Bundred, NJ 2001; EBCTCG 1992; EBCTCG 1998; Osborne, CK 1998)

- HER-2/neu-Status für eine Behandlung mit Trastuzumab
  

- Menopausenstatus für den Einsatz von GnRH-Analoga
  
  **LOE 1c, Empfehlungsgrad A** (EBCTCG 2000)

Beim nodal-negativen Mammakarzinom können die Invasionsfaktoren uPA und PAI-1 weitere prognostische Informationen liefern.

**LOE 1a** (Harris, L et al. 2007; Janicke F et al. 2001; Look, MP et al. 2002)

Der Einsatz von Analysen der Genexpression – PCR-basiert oder mittels Microarrays – zur Beurteilung der Prognose oder des Therapieansprechens (Prädiktion) ist für den Routineeinsatz noch nicht validiert und kann daher nicht empfohlen werden.