

# Diagnostik und Therapie primärer und metastasierter Mammakarzinome

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

## Früherkennung und Diagnostik

# Früherkennung und Diagnostik

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

- **Versionen 2005–2016:**  
**Albert / Blohmer / Fersis / Junkermann /  
Maass / Scharl / Schreer**
- **Version 2017:**  
**Albert / Müller-Schimpfle**

# Früherkennung Mammographie

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

Alter	Intervall	Oxford		AGO
		LOE /	GR	
< 40	na	-	-	--
40–49	12–24	1b	B	+
50–69*	24	1a	A	++
70–74	24	1a	A	++
> 75**	24	4	C	+

\*Nationales Mammographie-Screening-Programm

\*\*Abhängig von Gesundheitszustand + Lebenserwartung mehr  
als 10 Jahre

# Brustkrebs Mortalitätsreduktion

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

## Metaanalysen

## RR 95%CI

### Independent UK Panel, 2012

13-year metaanalysis

0.80 (0.73–0.89)

### Cochrane Review, 2011

Fixed-effect metaanalysis of 9 RCT-trials

0.81 (0.74–0.87)

As above, but excluding women <50 years

0.77 (0.69–0.86)

### US Task Force, 2009

Women 50–59 years

0.86 (0.75–0.99)

Women 60–69 years

0.68 (0.54–0.87)

Estimates weighted average

0.81

### Canadian Task Force, 2011

Women aged 50–69 years

0.79 (0.68–0.90)

### Duffy et al, 2012

Review of all trials and age groups

0.79 (0.73–0.86)

# Brustkrebs Mortalitätsreduktion

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

## Meta-Analyses

**RR (95%CI)**

### Case-Control Studies

Broeders et al	Screening Mx	0.46 (0.4 – 0.54)
	Corr. for self selection	0.52 (0.42-0.65)
	Invited for screening	0.69 (0.57-0.83)

### Incidence-based Mortality Studies

Broeders et al	Screening Mx	0.62 (0.56-0.69)
	Invited to screening	0.75 (0.69-0.81)

### Randomized Clinical Trials

Gotsche and Jorgenson	Screening Mx	0.81 (0.74-0.87)
-----------------------	--------------	------------------

# Brustkrebs Mortalitätsreduktion

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

**Age Group (yrs)**

**NNS**

**Mortality Reduction**

**20%**

**40%**

40 - 49

1770

753

50 - 59

1087

462

60 - 69

835

355

4 systematic reviews of 8 RCTs,

1 systematic review of 7 cohort studies and metaanalysis of case-control studies

Oeffinger KC et al JAMA 2015;314

# Breast Cancer Screening ACS Guideline Update 2015

## American Cancer Society Guideline for Breast Cancer Screening, 2015

These recommendations represent guidance from the American Cancer Society (ACS) for women at average risk of breast cancer: women without a personal history of breast cancer, a suspected or confirmed genetic mutation known to increase risk of breast cancer (eg, *BRCA*), or a history of previous radiotherapy to the chest at a young age.

The ACS recommends that all women should become familiar with the potential benefits, limitations, and harms associated with breast cancer screening.

### Recommendations

1. Women with an average risk of breast cancer should undergo regular screening mammography starting at age 45 years. (*Strong Recommendation*)

1a. Women aged 45 to 54 years should be screened annually. (*Qualified Recommendation*)

1b. Women 55 years and older should transition to biennial screening or have the opportunity to continue screening annually. (*Qualified Recommendation*)

1c. Women should have the opportunity to begin annual screening between the ages of 40 and 44 years. (*Qualified Recommendation*)

2. Women should continue screening mammography as long as their overall health is good and they have a life expectancy of 10 years or longer. (*Qualified Recommendation*)

3. The ACS does not recommend clinical breast examination for breast cancer screening among average-risk women at any age. (*Qualified Recommendation*)

<sup>a</sup>A strong recommendation conveys the consensus that the benefits of adherence to that intervention outweigh the undesirable effects that may result from screening. Qualified recommendations indicate there is clear evidence of benefit of screening but less certainty about the balance of benefits and harms, or about patients' values and preferences, which could lead to different decisions about screening.<sup>1</sup>

# Breast-Cancer Screening- Viewpoint of the IARC Working Group

## Method

## Strength of Evidence

Reduces breast-cancer mortality in women 50-69 yr of age	Sufficient
Reduces breast-cancer mortality in women 70-74 yr of age	Sufficient
Reduces breast-cancer mortality in women 40-44 yr of age	Limited
Reduces breast-cancer mortality in women 45-49 yr of age	Limited
Detects breast cancer that would never have been diagnosed or never have caused harm if women had not been screened (overdiagnosis)	Sufficient
Reduces breast-cancer mortality in women 50-74 yr of age to an extent that its benefits substantially outweigh the risk of radiation-induced cancer	Sufficient
Produces short-term negative psychological consequences when the result is false positive	Sufficient
Has a net benefit for women 50-69 yr of age who are invited to attend organized mammographic screening programs	Sufficient



# Mammographie-Screening Frauen 40–49 Jahre

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

<b>RR (eingeladene Frauen)</b>	<b>0.74 (95%CI 0.66-0.83)</b>
<b>40–44 J</b>	<b>0.83 (95%CI 0.67-1.00)</b>
<b>45–49 J</b>	<b>0.68 (95%CI 0.59-0.78)</b>
<b>Teilnehmerinnen</b>	<b>0.71 (95%CI 0.62-0.80)</b>
<b>NNS</b>	<b>1252 (95%CI 958-1915)</b>
<b>(1 live saved / 10 years screening)</b>	

# Früherkennung Sonographie

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

**Oxford / AGO  
LOE / GR**

---

➤ <b>Screening-Mammasonographie</b>	<b>5</b>	<b>D</b>	<b>--</b>
➤ <b>Autom. 3D-Sonographie</b>	<b>3b</b>	<b>C</b>	<b>--</b>
 <b>Als Ergänzung bei:</b>			
➤ <b>Dichtem Parenchym (Dichte 3–4/Beurteilbarkeit: C-D)</b>	<b>2b</b>	<b>B</b>	<b>++</b>
➤ <b>Erhöhtem Risiko</b>	<b>1b</b>	<b>C</b>	<b>++</b>
➤ <b>Mammographischer Läsion</b>	<b>2b</b>	<b>B</b>	<b>++</b>
➤ <b>Zur Abklärung susp. Läsionen im MRT</b>	<b>2b</b>	<b>C</b>	<b>++</b>

# Früherkennung

## Klinische Untersuchung

Oxford / AGO  
LOE / GR

### Als alleinige Untersuchung

- |   |           |          |           |
|---|-----------|----------|-----------|
| ➤ <b>Selbst-Untersuchung</b>  | <b>1a</b> | <b>A</b> | <b>-*</b> |
| ➤ <b>Klinische Untersuchung (CBE)<br/>durch ärztliches Personal</b> | <b>3b</b> | <b>C</b> | <b>-*</b> |
| ➤ <b>CBE wegen mammo/sonographischer Läsion</b>                     | <b>5</b>  | <b>D</b> | <b>++</b> |

### CBE in Kombination mit Bildgebung

**BCP**      **++**

\* Kann Brust-Bewußtsein erhöhen

# Abklärung von Symptomen

Oxford / AGO  
LOE / GR

➤ <b>Klinische Untersuchung</b>	<b>3b</b>	<b>B</b>	<b>++</b>
➤ <b>Mammographie</b>	<b>1b</b>	<b>A</b>	<b>++</b>
➤ <b>Tomosynthese</b> (vs Spotkompression)	<b>3b</b>	<b>B</b>	<b>+</b>
➤ <b>Sonographie</b>	<b>2b</b>	<b>B</b>	<b>++</b>
➤ <b>Elastographie (Shear wave)</b>	<b>2a</b>	<b>B</b>	<b>+</b>
➤ <b>Autom. 3D-Sonographie</b>	<b>3b</b>	<b>B</b>	<b>+/-</b>
➤ <b>MRT*</b>	<b>2b</b>	<b>B</b>	<b>+/-</b>
➤ <b>Minimalinvasive Biopsie</b>	<b>1c</b>	<b>A</b>	<b>++</b>

\*Wenn klinische, mammographische und sonographische Diagnostik keine endgültige Diagnose erlauben

# Prätherapeutische Abklärung und Staging

Oxford / AGO  
LOE / GR

➤ <b>Klinische Untersuchung</b>	<b>5</b>	<b>D</b>	<b>++</b>
➤ <b>Mammographie</b>	<b>2b</b>	<b>B</b>	<b>++</b>
➤ <b>Mammographie + Tomosynthese + Sonographie added MRI</b>	<b>3b</b>	<b>B</b>	<b>+</b>
	<b>3b</b>	<b>B</b>	<b>-</b>
➤ <b>Sonographie</b>	<b>2b</b>	<b>B</b>	<b>++</b>
<b>Axillasono.+ FNA/CNB</b>	<b>2b</b>	<b>B</b>	<b>++</b>
➤ <b>MRT*</b>	<b>1b</b>	<b>B</b>	<b>+/-</b>
➤ <b>Minimalinvasive Biopsie**</b>	<b>1b</b>	<b>A</b>	<b>++</b>

\* Die Möglichkeit der MRT-gestützten Biopsie ist Voraussetzung für die MRT-Untersuchung. Einzelfall-Entscheidung z.B. Hochrisiko, dichtes Drüsengewebe (Dichte 3-4/Beurteilbarkeit C-D), invasiv lobulärer Tumor, v. a. multifokale/-zentrische Tumorausbreitung. Keine Reduktion der Nachresektionsrate.

\*\* Histologische Sicherung von Zusatzbefunden im Fall therapeutischer Relevanz.

# MRT: Präoperatives Staging

- **9 ausgewählte Studien (2 randomisiert; 7 Kohortenstudien)**
- **3112 Patientinnen mit Mammakarzinom**
- **MRT versus kein-MRT:**
  - **Initiale Mastektomie 16,4% versus 8,1% [OR, 2,22 (P < 0,001); adjusted OR, 3,06 (P < 0,001)]**
  - **Nachresektion nach initialer BET 11,6% versus 11,4% [OR, 1,02 (P = 0,87); adjustiert OR, 0,95 (P = 0,71)]**
  - **Gesamt Mastektomierate 25,5% versus 18,2% [OR, 1,54 (P < 0,001); adjustierte OR, 1,51 (P < 0,001)]**

# MRT: Präoperatives Staging bei Lobular Invasive Breast Cancer

- **766 patients with invasive lobular cancer (ILC)**
  - **Initial mastectomy: 31.1% versus 24.9% [OR, 1.36 (P = 0.056); adjusted OR, 2.12 (P = 0.008)]**
  - **Re-excision after initial breast conservation 10.9% versus 18.0% [OR, 0.56 (P = 0.031); adjusted OR, 0.56 (P = 0.09)]**
  - **Overall mastectomy 43.0% versus 40.2% [OR, 1.12 (P = 0.45); adjusted OR, 1.64 (P = 0.034)]**

N Houssami et al. Ann Surg 2013; 257

# MRT Screening (Hoch-Risiko-Gruppe) Nutzen

© AGO e. V.  
in der DGGG e.V.  
sowie  
in der DKG e.V.

Guidelines Breast  
Version 2017.1D

- **Frühe Erkennung von Mammkarzinomen  
zusätzlich zur konventionellen Bildgebung**
- **Prognoseverbesserung?  
(Mortalitätsreduktion? Reduktion der  
Intervallkarzinome?)**



# MRT Screening bei Frauen mit hohem familiärem Risiko

Autor	Hochrisiko / Mutation	Anzahl Frauen	Anzahl Karzinome	MRT		Mammographie	
				Sensitivität (%)	Spezifität (%)	Sensitivität (%)	Spezifität (%)
<b>Kriege 2004</b>	M	1909	50	80	90	33	95
<b>Warner 2004</b>	M	236	22	77	95	36	99
<b>Hagen 2004</b>	M	491	25	86	-	50	-
<b>Leach 2005</b>	H / M	649	35	94	77	40	93
<b>Riedl 2007</b>	H / M	327	28	50	98	85,7	92
<b>Kuhl 2010</b>	H / M	687	27	93	98,4	33	99,1
<b>Rijnsburger 2010</b>	M	594	97	77,4	89,7	41	-
<b>Sardanelli 2011</b>	H / M	501	52	91	97	50	-
<b>Passaperuma 2012</b>	M	496	57	90	97	19	97
<b>Gareth 2014</b>	H / M	649	139	93	63	60	-

Prospective study results for MRI screening in women with high familiar risk (H) and mutation carriers (M)

# MRT-Screening (Hoch-Risiko-Gruppe) Probleme

MRT zusätzlich zur Mammographie	RR
<b>Abklärung benigner Läsionen</b>	<b>3,43–4,86</b>
<b>Biopsien mit benignem Befund</b>	<b>1,22–9,50</b>
<b>Operative Eingriffe benigner Befunde (MARIBS)</b>	<b>2</b>
<b>Falsch-negatives MRT (MRISC)</b>	<b>22%</b>

# MRT und DCIS

Studie	Anzahl Untersuchungen	Zuverlässigkeit (%)	Sensitivität (%)	Spezifität (%)
Gilles et al 1996	172	70	95	51
Westerhof et al 1998	63	56	45	72
Bazzocchi et al 2006	112	80	79	68
Kuhl et al 2007	75	-	88	-
Baur et al. 2013	58		79,3	

„Ein negativer MRT-Befund kann nicht als Beweis für Gutartigkeit gewertet werden.“