

## **Tumorektomie – Brust-erhaltende Therapie (BET):**

### **Relevante Befunde am Excisat bei BET:**

- Klassifikation der Läsion, Mikrokalk
- Grading (DCIS, invasives Karzinom)
- Größe der Läsion (DCIS, invasives Karzinom)
- Abstand von den Resektionsrändern

### **Anforderungen an den Chirurgen bei BET:**

1. Markierung des Exzisates (mamillär, peripher, kranial, kaudal, ventral, dorsal)
2. Markierung des verdächtigen Areals bei nicht-palpablen Läsionen
3. Präparateradiographie bei Mikrokalk
4. Formalinfixierung

### **Anforderungen an den Pathologen bei BET - Präparaten:**

1. Orientierung und Größenbestimmung
2. Markierung der RR (Tusche)
3. Abtrennen aller seitlicher Ränder (medial, lateral, cranial, caudal, ventral u. dorsal)
4. Lamellieren aller Anteile senkrecht zum RR
5. Einblocken aller RR (radiär) sowie zentralen Abschnitte
6. Exakte Beschriftung aller Blöcke

### **Die pathologische Aufarbeitung muss optimiert standardisiert erfolgen!**

- Zur Prognoseabschätzung und Therapieplanung sollen Klassifikation, Größe und Abstand vom RR angegeben und bei DCIS im VNPI (Van Nuys Prognose Index) dargestellt werden
- Eine Reduktion des Rezidivrisikos (und VNPI) ist durch Nachexzision und damit Vergrößerung des Abstandes zum RR möglich

Die BET ist der ME (Mastektomie) bezüglich Langzeitüberleben gleichzusetzen.

Ein Nachteil der Tumorektomie ist die signifikant höhere Lokalrezidivrate (9-14%).

Ein LR (Lokalrezidiv) ist ein neuerlich aufgetretener, histologisch gleichartiger Tumor in der zuvor wegen eines Mammakarzinoms operierten Brust.

Ein LR entwickelt sich aus einem Residualtumor oder im Rahmen einer sekundären Infiltration bei einer generalisierten Tumorerkrankung.

Ein neuer Primärtumor ist ein sogenanntes Zweitkarzinom.

### **Risikofaktoren für ein Lokalrezidiv:**

- EIC (extensive intraduktale Tumorkomponente)
- Tumorgroße
- Multifokalität
- Resektionsrand

R1 (histologisch positiver Resektionsrand, d.h. Tumorzellproliferate erreichen den RR direkt) versus R0 (tumorfreier Resektionsrand) ist der signifikanteste Faktor.

**Empfehlung hinsichtlich des Resektionsrandes:**

- Bis heute keine Übereinstimmung bezüglich des Abstandes des Tumors zum RR
- Angaben reichen von wenigen Zelllagen bis 1cm

In unserer Studie >5mm Tumorentfernung vom Absetzungsrand, ansonsten lokale Nachresektion empfohlen!

Ist der Tumor < 5mm vom RR entfernt so wird das Verhalten zwar als R0 ausgezeichnet, nach eigenen Erfahrungen ist in diesen Fällen jedoch das Rezidivrisiko erhöht im Vergleich zu Fällen mit >5mm