



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Medizinische Fakultät Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

**Sentinel-Lymphonodektomie beim Duktalen Carcinoma in situ –
sinnvoll oder Übertherapie?**

Autor: Dominik Hinzmann
Institut / Klinik: Frauenklinik des Klinikums Augsburg
Doktorvater: Prof. Dr. A. Wischnik

Die Sentinel-Lymphonodektomie ist beim Mammakarzinom in den Stadien T1 und T2 etabliert und ersetzt die Axilladisektion zum Lymphknotenstaging. Sie erspart somit den Patientinnen die Ausräumung der Axilla und die damit verbundenen Comorbiditäten, sofern der Sentinel-Lymphknoten negativ ist.

Der Befall eines axillären Lymphknotens bei einem Duktalen Carcinoma in situ mit einem kleinen, invasiven Anteil in der Histologie ist selten, dennoch ist zum axillären Staging die komplette Dissektion der Axilla nötig, da nach Voroperationen der Brust eine Sentinel-Lymphonodektomie nicht mehr möglich ist.

Aus diesem Grund bietet die Frauenklinik Augsburg seit einigen Jahren, Patientinnen mit einem bioptisch gesicherten Duktalen Carcinoma in situ, eine Sentinel-Lymphonodektomie im Rahmen der primären Tumoroperation an.

Das Ziel dieser Arbeit war die retrospektive Analyse, in wieweit eine Sentinel-Lymphonodektomie beim Duktalen Carcinoma in situ sinnvoll und gerechtfertigt ist. Zu diesem Zweck wurden die erhobenen Daten nach den folgenden Fragestellungen ausgewertet:

Zeigen sich im Rahmen der postoperativen Präparatversorgung invasive Karzinomanteile und/oder Mikrometastasen bei der Aufbereitung der Sentinel-Lymphknoten?

Lassen sich in Bezug auf das Alter der Patientinnen, oder auf den, aus der Stanzbiopsie erhobenen, Van Nuys Index, prädiktive Faktoren für die postoperativen Histologiebefunde evaluieren?

Untersucht wurden, in den Jahren 2004 bis 2006, 110 Patientinnen der Frauenklinik Augsburg, die alle ein Duktales Carcinoma in situ mit einem Durchschnittsdurchmesser von 2,5 cm aufwiesen.

Bei 5,5 Prozent konnte ein invasiver Anteil im Primärtumor oder eine Mikrometastase im Sentinel-Lymphknoten diagnostiziert werden, wobei fünf Fälle ein high-grade-DCIS zeigten und in einem Fall ein okkultes Mammakarzinom mit positivem Lymphknotenbefall gefunden wurde.

Betrachtet man nun die Vorteile dieser Therapie, die aus einem einzigen operativen Eingriff, dem diagnostisch eindeutigen Erkennen von okkulten Invasionen und der Vermeidung einer sekundären Axilladisektion bei negativem Sentinel bestehen und die relativ geringen Nebenwirkungen des eigentlichen Sentinel-Eingriffes, sollte dieses Vorgehen, bei der Stanzdiagnose Duktales Carcinoma in situ, den Patientinnen angeboten und mit ihnen diskutiert werden.

Bei der Suche nach prädiktiven Faktoren, die eine präoperative Aussage über den histologischen Lymphknotenbefall anhand verschiedener Parameter zulassen würde, zeigten die statistischen Betrachtungen keine signifikanten Zusammenhänge.