

Sarah Elisabeth Lechler  
Dr. med.

## **Vergleich der Tumorboard-Empfehlungen des Mammographie-Screening-Programms und der interdisziplinären Tumorkonferenz eines zertifizierten Brustzentrums hinsichtlich Übereinstimmungen, Abweichungen und deren Erklärung**

Fach/Einrichtung: Frauenheilkunde  
Doktorvater: Prof. Dr. med. Jörg Heil

Seit dem Jahr 2009 existiert in Deutschland ein flächendeckendes Mammographie-Screening-Programm für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren. Wird auf diesem Weg eine Brustkrebs-Erkrankung diagnostiziert, erarbeitet eine präoperative Fallkonferenz der Screening-Einheit eine erste Therapieempfehlung, mit welcher sich die Patientinnen dann in einer Klinik (in der Regel mit einem Brustzentrum) zur Weiterbehandlung vorstellen.

Im zertifizierten Brustzentrum der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg erfolgt in diesen Fällen bei frühem Mammakarzinom eine erneute Beurteilung und (falls erforderlich) Komplettierung der Diagnostik sowie anschließender Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz, welche ebenfalls eine Therapieempfehlung ausspricht.

Die vorliegende Arbeit hatte zum Ziel, die Rate der Abweichungen und Übereinstimmungen dieser beiden Therapie-Empfehlungen zu erheben sowie deren etwaige Gründe zu analysieren. Außerdem sollte das Ausmaß und der Einfluss von im Brustzentrum zusätzlich durchgeführten Untersuchungen ermittelt werden. Ausgewertet wurden dazu die Daten von 993 Screening-Teilnehmerinnen der Mammographie-Screening-Einheit Rhein-Neckar mit Brustkrebs-Diagnose zwischen Mai 2007 (Beginn des Screenings im Rhein-Neckar-Raum) und Dezember 2011. Die Daten wurden aus den analogen Akten der Screening-Einheit und aus den digitalen Patientenakten der Universitäts-Frauenklinik erhoben. Erforderlich war eine Weiterbehandlung im Brustzentrum der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg sowie vollständig vorliegende Datensätze, so dass 217 Fälle in die Studie eingeschlossen werden konnten. Es wurde die Rate absoluter Übereinstimmungen und der Cohen's Kappa-Koeffizient berechnet. Außerdem wurden zwei Patientengruppen, definiert durch „übereinstimmende Empfehlungen“ und „abweichende Empfehlungen“, in einer Baseline-Analyse hinsichtlich verschiedener Einflussfaktoren verglichen.

Die im Brustzentrum der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg vorstellig gewordenen positiv gescreenten Teilnehmerinnen erhielten alle eine Sonographie der der Brust sowie eine radiologische Befundung der Mammographie-Aufnahmen, in 63,7% der Fälle (146/217) wurden zusätzliche Mammographie-Aufnahmen angefertigt. In 10,6% der Fälle (23/217) erfolgte eine erneute Biopsie der Brust, bei 14,7% (32/217) der Patientinnen wurde eine Untersuchung der Tumorbiologie veranlasst, 22 (10,1%) Patientinnen erhielten eine MRT-Untersuchung.

Die Rate der Abweichungen der Behandlungsempfehlungen betrug insgesamt 11,1% (24 Fälle) bezüglich des Eingriffes an der Brust. Der häufigste Grund für eine Abweichung war mit 33,3% (8 Fälle) eine differierende Größe des Tumors, d.h. das Tumorstadium. An zweiter Stelle stand die Tumorbiologie mit 25% (6 Fälle), gefolgt von einer neu entdeckten Multizentrität mit 20,8% (5 Fälle). Weniger häufig waren neu entdeckte Tumore mit 12,5% (3 Fälle) und der Wunsch einer Patientin nach einer bestimmten Behandlung mit 8,3% (2 Fälle).

Bezüglich der unterschiedlichen Empfehlungen hinsichtlich des Eingriffes an der Axilla in 16,1% (35 Fälle) waren die Gründe breiter verteilt: Am häufigsten lag mit 34,3% (12 Fälle) eine individuelle ärztliche Entscheidung zugrunde, an zweiter Stelle standen mit 25,7% (9 Fälle) neu entdeckte suspekta Lymphknoten. In 11,4% (4 Fälle) der Fälle wurde eine

neoadjuvante Chemotherapie empfohlen und dementsprechend der axilläre Eingriff mitangepasst. Die übrigen Gründe betrafen 3 oder weniger Patientinnen.

Als Einfluss-Faktoren für eine höhere Rate an Abweichungen der beiden Therapie-Empfehlungen konnten unter anderem Bilateralität, eine im Brustzentrum neu entdeckte Multizentrität des Tumors sowie bestimmte im Brustzentrum zusätzlich durchgeführte Diagnostik (Bestimmung der Tumorbiologie, erneute Tumorbiopsie, zusätzliche MRT) ermittelt werden. Keinen Einfluss hatten das Jahr der Untersuchung, das Alter der Patientin, die betroffene Seite der Brust, die Größe der Brust und die Durchführung einer erneuten Mammographie im Brustzentrum.

Zusammenfassend ist die durchschnittliche Abweichung der Einschätzungen zweier unabhängig voneinander entscheidenden Tumorboards mit 13,6% (43/217) nicht unerheblich, aber konform mit Ergebnissen internationaler Studien. In der vorliegenden Untersuchung konnte das Brustzentrum der Universitätsklinik Heidelberg präoperativ sechsmal häufiger (bei 25/43 im Vergleich zu 4/43 Patientinnen) eine leitlinienkonforme Therapie-Empfehlung abgeben. Somit ist von einem gewissen Erkenntnisgewinn durch die zusätzlich erfolgte Diagnostik bzw. Zweitbefundung auszugehen, welche in einer verallgemeinerten Perspektive einer Zweitmeinung entspricht. Folglich hat die Nachuntersuchung und erneute interdisziplinäre Beurteilung der Patientinnen im Brustzentrum durchaus ihre Berechtigung und sollte empfohlen werden.

Eine Erweiterung der vorliegenden Studie im Sinne eines größeren Kollektivs, die Untersuchung von Übereinstimmungen und Abweichungen in anderen Regionen und zu einem späteren Zeitpunkt bzw. ein onkologisches Follow-Up wären interessant. Falls sich eine Verallgemeinerung der hier erhobenen Daten ergäbe, muss gegebenenfalls eine detaillierte Verfahrens-Empfehlung in die S3-Leitlinie aufgenommen werden, um eine einheitliche Handhabung zu schaffen und einen gleichmäßig hohen Versorgungsgrad für Patientinnen mit im Mammographie-Screening detektierten Mammakarzinomen zu gewährleisten.