



Strahlenschutzkommission

Geschäftsstelle der
Strahlenschutzkommission
Postfach 12 06 29
D-53048 Bonn

<http://www.ssk.de>

Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen

– Tabellen –

Klinische Fragestellungen und empfohlene Untersuchungsverfahren

Änderungen zu Kapitel J. Brusterkrankung

Empfehlung der Strahlenschutzkommission

Verabschiedet in der 243. Sitzung der Strahlenschutzkommission am 16./17. September 2010

Inhaltsverzeichnis

1	Empfehlung	3
2	Begründung.....	3

Anlage: Kapitel J. Brusterkrankung

1 Empfehlung

Die Strahlenschutzkommission ändert das Kapitel **J „Brusterkrankung“ bezogen auf asymptomatische Patientinnen / Früherkennung** ihrer Empfehlung zur Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen¹ vom 9./10.12.2008, wie in der Anlage aufgeführt, und empfiehlt, diese Korrektur auch im Bundesanzeiger bekanntzugeben.

2 Begründung

Die in der 2. Auflage vom Dezember 2008 vorgenommene Zusammenfassung der zwei Altersgruppen von Frauen unter 50 Jahren und ab 70 Jahren wird aufgrund der in diesen beiden Gruppen sehr unterschiedlichen Risiken aufgehoben. Damit entsprechen J1 und J2 wieder den ursprünglichen Definitionen: J1 „Asymptomatische Patientinnen unter 50. Lebensjahr“ und J2 „Asymptomatische Patientinnen ab 50. Lebensjahr“. Zusätzlich wird in J2 entsprechend der S3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung² die ergänzende Diagnostik bei mammographisch dichtem Drüsenparenchym (ACR-Dichteindex III und IV) aufgenommen.

Da die Kategorien J3 und J4 aktuell nicht mehr so wie in der 2. Auflage zitiert angewandt werden, wurden sie vollständig überarbeitet. Inhaltlich entsprechen sie nun wieder der 1. Auflage, wobei die intermediäre Risikogruppe (J3 „Erhöhtes Risiko“) besser definiert und für diese ein individuelles Vorgehen, z.B. Kombination von jährlicher Sonographie und Mammographie alle 2 Jahre, vorgeschlagen wird. Zusätzlich wird die MRT als Untersuchungsverfahren hinzugenommen. Für J4, die „Hochrisiko-Patientinnen“, wird jährlich eine Mammographie ab dem 30. Lebensjahr empfohlen. Hierbei handelt es sich jedoch um eine Konsensus-Empfehlung, da der Nutzen der Mammographie vor dem 40. Lebensjahr in diesem Hochrisikokollektiv bisher nicht ausreichend gesichert ist. Ggf. sollte ab dem 35. Lebensjahr mit der jährlichen Mammographie begonnen werden oder die Untersuchung in nur einer Ebene erfolgen. Die Betreuung der betroffenen Familien sollte entsprechend der S3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung ausschließlich in den spezialisierten Zentren des Deutschen Konsortiums für familiären Brust- und Eierstockkrebs stattfinden.

J5 bis J8 sind unverändert. In J9 „Präoperatives Staging beim Mammakarzinom“ wird ein Hinweis auf die Skelettszintigraphie aufgenommen und auf die Notwendigkeit der präoperativen MRT beim lobulären Mammakarzinom hingewiesen. Weiterhin wird ergänzt, dass apparative Staging-Untersuchungen bei pT1pN0-Tumoren (Rö-Thorax, Ultraschall des Abdomens, Skelettszintigraphie) in der Regel nicht indiziert sind, und es wird ein Hinweis auf die Darstellung der Sentinel-Lymphknoten gegeben. Diesbezüglich wird ebenfalls auf die aktualisierten S3-Leitlinien für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Fachgesellschaft verwiesen.

In J10 „Mammaaugmentationsplastik“ wurde der Hinweis aus der 1. Auflage auf „Spezialaufnahmen“ wieder eingefügt. J11 „Nachsorge nach brusterhaltender Therapie“ wurde unverändert belassen. Zu J12 „Nachsorge nach Ablatio“ wird empfohlen, die Ultraschalluntersuchung sowohl ipsi- als auch kontralateral durchzuführen. Die Aussage in der 2. Auflage, dass der Ultraschall nur als weiterführende Untersuchung „im Rahmen der Nachsorge“ eingesetzt werden sollte, ist missverständlich. Die Nachsorgepatientinnen sollten bezüglich der kontralateralen Brust in der Empfehlung den Kategorien J3 „Erhöhtes Risiko“ und J11 „Nachsorge nach brusterhaltender Therapie“ entsprechen, hier wird der Ultraschall auch als Primäruntersuchung empfohlen.

Die vorgeschlagenen Änderungen wurden in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der Arbeitsgruppe „Mammadiagnostik“ der Deutschen Röntgengesellschaft erstellt.

¹ SSK: Orientierungshilfe für bildgebende Untersuchungen, Empfehlung der Strahlenschutzkommission, verabschiedet in der 231. Sitzung der SSK am 09./10.12.2008, veröffentlicht im BAnz Nr. 5a vom 12.01.2010

² S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, 1. Aktualisierung 2008

J. Brusterkrankung

Asymptomatische Patientinnen / Früherkennung bei Krankheitsverdacht

P: Primäruntersuchung

W: Weiterführende Untersuchung

S: Spezialverfahren

N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
J1 Asymptomatische Patientinnen unter 50. Lebensjahr	Mammographie	N	Regelmäßige klinische Untersuchung und Anleitung zur Selbstuntersuchung
J2 Asymptomatische Patientinnen ab 50. Lebensjahr	Mammographie	P	50.-69. Lebensjahr alle 2 Jahre nach Einladung im Rahmen des deutschen Brustkrebs-Früherkennungsprogramms (Mammographie-Screening)
	US	W	Zusatzuntersuchung bei unklarem Mammographiebefund und sonstigen Indikationen (z.B. dichtes Drüsenparenchym, ACR-Dichteindex III und IV)
J3 Erhöhtes Risiko Ab dem 40. Lebensjahr lebenslang	Mammographie	P	Persönliches Erkrankungsrisiko 15 - 30 % (z.B. familiäre Belastung, histologisch nachgewiesene Risikoläsionen, Z. n. Strahlentherapie des Thorax im Kindes- und Jugendalter) Individuell angepasstes Vorgehen, ggf. Mammographie jährlich oder alle 2 Jahre kombiniert mit jährlicher Sonographie
	US	P	Jährlich (insbesondere bei dichtem Drüsenparenchym, ACR-Dichteindex III und IV)
	MRT	W	Bei unklaren Ultraschall- / Mammographie-Befunden; für einen Einsatz der MRT als primäres Früherkennungsverfahren in dieser intermediären Risikogruppe liegen bisher keine ausreichenden Daten vor
J4 Hochrisiko-Patientinnen Ab dem 25. Lebensjahr (bzw. 5 Jahre vor dem frühesten Erkrankungsalter der Familie) lebenslang Die Betreuung der betroffenen Familien soll ausschließlich in den spezialisierten Zentren des Deutschen Konsortiums für familiären Brust- und Eierstockkrebs stattfinden ¹	US	P	Hochrisiko definiert als: (a) bekannte BRCA1/2 Mutation oder (b) persönliches Erkrankungsrisiko $\geq 30\%$ oder (c) Heterozygotenrisiko $\geq 20\%$ Halbjährlich, in Verbindung mit der klinischen Tastuntersuchung
	MRT	P	Alle 12 Monate. Die Kernspintomographie endet in der Regel mit dem 55. Lebensjahr oder bei Involution des Drüsenparenchyms (ACR-Dichteindex I-II)
	Mammographie	P	Individuell angepasstes Vorgehen, ggf. ab dem 30. Lebensjahr alle 12 Monate.
	Mammographie	W	Vor dem 30. Lebensjahr in Abh. von US, MRT, klin. Befund

¹ Siehe Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, 1. Aktualisierung 2008

J. Brusterkrankung

Symptomatische Patientinnen

P: Primäruntersuchung

W: Weiterführende Untersuchung

S: Spezialverfahren

N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
J5 Unklarer, susp. Tastbefund, lok. Schmerz od. Retraktion unter 30. Lebensjahr	US	P	In jedem Falle
	Mammographie	W	In Abh. vom US, klin. Befund
	MRT	W	Wenn US und Mammographie nicht konklusiv sind
	perkutane bildgeb. gestützte Biopsie	W	In Abh. von US, Mammographie, MRT, klin. Befund
J6 Unklarer, susp. Tastbefund, lok. Schmerz od. Retraktion über 30. Lebensjahr	Mammographie	P	Ab 40. Lebensjahr
		W	Vor 40. Lebensjahr
	US	P	
	MRT	W	Wenn US und Mammographie nicht konklusiv sind
J7 Non-puerperale Entzündung / V.a. M. Paget	Mammographie	P	ggf. probatorische Antibiotikatherapie bei Entzündung
	US	P	ggf. dermatologische Begutachtung
J8 Path. Sekretion (einseitig einzelne Gänge und / oder blutig, braun, wässrig oder zytolog. auffällig)	US	P	Auch Sekretzytologie entnehmen, die aber unzuverlässig ist
	Mammographie	P	
	Galaktographie	W	Bei unauff. / unklarem US und Mammographie, bei path. Zytologie. Nicht bei beidseitiger Sekretion
J9 Präoperatives Staging beim Mammakarzinom	Rö Thorax	P	In der Regel bei pT1pN0-Tumoren nicht indiziert ¹
	US Abdomen	P	In der Regel bei pT1pN0-Tumoren nicht indiziert ¹
	Mamma-MRT	W	Bei V. a. multizentrischen oder multifokalen Primärtumor und beim lobulären Mammakarzinom
	CT	W	Bei speziellem Metastasierungsverdacht
	Nuk	P	Skelett-GKS (in der Regel bei pT1pN0-Tumoren nicht indiziert ¹), Sentinel-Lymphnode-Darstellung

¹ Siehe Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, 1. Aktualisierung 2008

J. Brusterkrankung

Symptomatische Patientinnen

P: Primäruntersuchung

W: Weiterführende Untersuchung

S: Spezialverfahren

N: Nicht indiziert

Klinische Fragestellung	Bildgebendes Untersuchungsverfahren	Grad der Empfehlung	Kommentar
J10 Mammaaugmentationsplastik (Aufbauplastik nach Mammakarzinom siehe J13)	US	P	Beurteilung der Implantatoberfläche bzw. von Restparenchym
	Mammographie	P	ggf. Spezialaufnahmen
	Mamma-MRT	W	Bei Pat. ohne früheres Mammakarzinom / DCIS / Hochrisiko: MRT nur, wenn mit Mammographie und Ultraschall nicht zu klären
Nachsorge nach Mammakarzinom			
J11 nach brusterhaltender Therapie	Mammographie	P	Halbj. bis 3 J. n. OP ipsilateral, jährlich kontralateral
	US	P	Im Rahmen der Nachsorge
	Mamma-MRT	W	In Abh. von US und Mammographie, frühestens ab 1 Jahr nach Radiatio
	Nuk	W	Skelett-GKS: Bei V.a. Skelettmetastasen. FDG-PET: nach US und MRT
J12 nach Ablatio	Mammographie	P	Jährlich kontralateral
	US	P	Zur Beurteilung der Thoraxwand und der kontralateralen Brust
	CT / MRT	W	Bei V.a. Thoraxwandrezidiv
	Nuk	W	Skelett-GKS: Bei V.a. Skelettmetastasen. FDG-PET: nach US und MRT
J13 nach Aufbauplastik nach Mammakarzinom	US	P	Im Rahmen der Nachsorge
	Mammographie	W	Im Rahmen der Nachsorge
	Mamma-MRT	W	In Abh. von US und Mammographie, frühestens ab ½ J. nach OP
	Nuk	W	Skelett-GKS: Bei V.a. Skelettmetastasen. FDG-PET: nach Mammographie, Ultraschall und MRT