

Thesen der Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr.med.)

**Klassische histomorphologische Parameter des Mammakarzinoms –
eine retrospektive Untersuchung hinsichtlich ihrer prognostischen Relevanz mit
kritischer Würdigung aus gegenwärtiger Sicht –**

1. Prognoserelevante Parameter beim Mammakarzinom sind Eigenschaften/Beschreibungen des Tumors, welche sich zum Teil überschneiden und in unterschiedlichem Grad voneinander abhängig sind.
2. In den letzten Jahren wurde eine Vielzahl möglicher neuer prognostischer Marker erprobt, ohne daß wesentliche Erkenntnisse über die etablierten klinischen und morphologischen Parameter hinaus gewonnen wurden. Nach wie gibt es keinen Einzelparameter, der die Prognose hinreichend genau voraussagt. Obwohl im Einzelfall eine sinnvolle Ergänzung für die klinische Therapieentscheidung möglich ist, sind viele dieser Faktoren aufgrund fehlender allgemein anerkannter methodischer Standardisierungen, uneinheitlicher cut-off-points sowie des technischen Aufwandes und damit verbundenen ökonomischen Aspekten für die alltägliche Routinediagnostik weitgehend ungeeignet.
3. Die etablierten klassischen Parameter sind immer noch Eckpfeiler der klinischen Therapiefindung, wobei dem Befund des Pathologen eine tragende Rolle zukommt. Therapieentscheidungen des Klinikers müssen im Befund des Pathologen jederzeit nachvollziehbar sein.
4. Tumorgröße und axillärer Nodalstatus sind die wichtigsten prognoserelevanten Parameter sowohl für das Überleben als auch für die Wahrscheinlichkeit der Entstehung eines lokoregionären Rezidivs. Diese Angaben müssen als Basis der klinischen Therapieentscheidung Bestandteil jedes histologischen Gutachtens sein.
5. Die vaskuläre Invasion im Bereich der Tumorperipherie hat starken Einfluß auf die Überlebensprognose und in geringerem Maß auch auf die Prognose eines Lokalrezidivs. Das Vorhandensein rechtfertigt im Einzelfall eine aggressivere klinische Therapie. Dieser Parameter sollte unbedingt im histologischen Befund ausgewiesen sein.
6. Das histopathologische Grading hat einen starken Einfluß auf die Überlebensprognose. Wichtig bei der klinischen Reflexion ist die Tendenz einer guten Marginalisierung von Fällen mit sehr schlechter und sehr guter Prognose. Beim Splitting

der großen Gruppe mit intermediärer Prognose ist seine prognostische Kraft von schwächerer Bedeutung. Diese Marginalisierung läßt sich auch mit einer weiteren Aufgliederung des Gradings (4-Stufen) nicht beseitigen. Das Grading ist bei den klassischen medullären Mammakarzinomen nicht anwendbar. In diesen Fällen sollte auf die mißverständliche Angabe des Gradings im pathologischen Befund verzichtet werden.

7. Der histologische Tumortyp hat Einfluß auf die Überlebensprognose. Diese Angabe ist Kern jedes histologischen Befundes. Aufgrund der Reproduzierbarkeit sollten beschreibende histologische Diagnosen im Befund nicht verwendet werden. Der Tumor ist streng der geltenden WHO-Klassifizierung zuzuordnen. Eine relativ günstige Prognose haben die medullären, papillären, muzinösen und tubulären Karzinome. Eine Untergruppierung dieser Tumortypen sollte nur dann erfolgen, wenn diese ausreichend sicher definiert ist. Neben diesen speziellen Differenzierungen mit relativ günstiger Prognose gibt es die gut definierte Entität des lobulär-invasiven Karzinoms mit einer zweifelhaften Prognose und einer wahrscheinlich abweichenden intramammären Ausbreitungscharakteristik. Bei den invasiv-duktalem Karzinomen ist die zusätzliche Angabe von intraduktalen Anteilen (<50%) sowie eines partiellen lobulären Ausbreitungsmusters bezüglich der Prognose eines lokalen Rezidivs unverzichtbar.
8. Wesentlich für die Überlebensprognose ist das Ausmaß der Tumornekrose. Die Angabe dieser Größe sollte in keinem histologischen Gutachten fehlen.
9. Keinen Einfluß auf Überlebens- und Rezidivprognose hat die Wuchsform des Tumors sowie das Ausmaß des Stromaanteiles und die zelluläre Stromareaktion. Diese Angaben im Befund dienen der Abrundung der mikroskopischen Beschreibung.
10. Von entscheidender Bedeutung für die lokale Rezidivprognose ist die Angabe des minimalen Resektionsabstandes. Unter Berücksichtigung weiterer Tumorcharakteristika ist ein minimaler Resektionsabstand von mehr als 19mm "relativ sicher". Die Angabe dieser Größe ist im Befund unverzichtbar.