

Merkblatt für die pathologische Mammakarzinomdiagnostik

(Richtlinien s. Homepage des Instituts für Pathologie der Charité, 2004)

1. **Makroskopie:** Angabe von Tumorgröße, Tumorform und Tumorkonsistenz. Fadenmarkierung (oder andere Orientierungshilfe) vermerken.
2. **Mikroskopie:** Kurze Beschreibung mit Berücksichtigung des Differenzierungsgrades. Punkteverteilung gemäß Grading nach *Elston und Ellis (1991)*. Hinsichtlich der Mitoseanzahl Gesichtsfelddurchmesser gemäß Sehfeldzahl beachten!
3. **Diagnose:** Angabe von Tumortyp, Differenzierungsgrad (nach Chemotherapie ggf. Regressionsgrading nach *Sinn et al. 1993*), Seiten- und Quadrantenlokalisation (falls nicht angegeben, bitte erfragen), DCIS-Komponente in Prozent, Schnitttrandstatus (unter Einbeziehung eventueller Nachresekte) und (gegebenenfalls) Lymphknotenstatus. Bei Ankündigung eines 2. Berichts geplante Untersuchung angeben.
4. **Schnitttrandstatus:** Angabe des geringsten Abstandes des Schnitttrandes zum Tumor in Millimeter nach topografischen Gesichtspunkten. Intraduktale Tumoranteile gegebenenfalls gesondert ausweisen.
5. **Lymphknotenstatus:** Zusätzlich zur aktuellen Nomenklatur (UICC 6. Auflage) Angabe der alten Nomenklatur (UICC 5. Auflage) in Klammern (wichtig für Einschluß von Patienten in begonnene Studien!). Bei weniger als 10 Lymphknoten prüfen, ob Gewebe komplett aufgearbeitet, falls ja, im Befund ausweisen!
6. **Sentinel-LK:** In 2 Millimeter dicke Scheiben zerlegen und vollständig untersuchen. Enthält der LK keine Karzinometastasen, Immunhistologie (Pan-CK) am Paraffinmaterial erforderlich, um isolierte Tumorzellen zu erfassen (vergleiche: Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Senologie, *Kühn et al. 2003*).
7. **Hormonrezeptor-Status:** Bestimmung von ER und PR an Stanzbiopsie und Op-Präparat (z.B. DE). Auf interne Kontrolle achten. Angabe des HR-Status in der Diagnose in Prozent. HR-Status auch bei Karzinomrezidiven bestimmen.
8. **C-erbB2:** Durchführung der Immunhistologie nur am Op-Präparat (nicht an der Stanzbiopsie). Auf Standardisierung des Scores (0 bis 3+) achten.
9. **DCIS:** Angabe des Van-Nuys-Prognoseindex (VNPI) nach *Silverstein et al. (1996)* mit Punkteverteilung und Gesamtpunktzahl. Demzufolge Berücksichtigung eines intermediären Malignitätsgrades unter Anwendung des Kerngrading nach dem *Consensus Conference Committee (1997)*.
10. **Tumorklassifikation:** Verschlüsselung von Tumortyp (M), Lokalisation (möglichst nicht C50.9), Staging (bei Chemo-Therapie γ -Symbol beachten), Angioinvasion (L0 vs. L1 und/oder V0 vs.V1), R-Status (cave Rx!), LK-Status und Grading (bei Rezidiven rG).

Literatur: Elston, CW, Ellis IO (1991), *Histopathology* 19: 403-410
Kühn, T et al (2003), *Geburtsh Frauenh* 63: 835-840
Silverstein, MJ et al (1996), *Cancer* 77: 2267-2274
Sinn, HP et al (1993), *Verh Dtsch Ges Path* 77: 577
The Consensus Conference Committee (1997), *Cancer* 80: 1798-1802