

Richtlinien zur Risiko reduzierenden Mastektomie (RRM) bei stark erhöhtem Brustkrebsrisiko

Mit Erlaubnis, und basierend auf dem “**Protocol for risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy of the multidisciplinary clinic for BRCA Family Service**” des Departments of Clinical Genetics, Guy's Hospital, London

Trägerinnen einer pathogenen Mutation in den Genen BRCA1, BRCA2, p53, PTEN, STK11, E-Cadherin

- Die RRM sollte mit allen Frauen mit pathogenen Mutationen in den oben erwähnten Genen diskutiert werden.
- Die RRM ist eine dem Brustkrebsrisiko angemessene Managementoption für Frauen mit einer pathogenen BRCA1/2 oder p53 Mutation und ihre erstgradigen weiblichen Verwandten.
- Die Besprechung des individuellen Brustkrebsrisikos und dessen potentieller Reduktion sollte in einem multidisziplinären Team stattfinden. Bei der Diskussion der Brustkrebsrisikoreduktion durch den chirurgischen Eingriff sollten modulierende Faktoren wie eine bilaterale Salpingo-oophorektomie berücksichtigt werden.
- Alle möglichen Rekonstruktionsoptionen (sofort oder verzögert) sollten mit dem Brust- und plastischen Chirurgen besprochen werden und, wenn immer möglich, sollten Demonstrationsmaterial und Bilder verwendet werden.
- Patientinnen, die eine RRM in Betracht ziehen, sollten die Möglichkeit haben eine Breast Care Nurse zu sehen um ergänzende Informationen über praktische und emotionale Aspekte der Brustrekonstruktion zu erhalten.
- Patientinnen, die eine RRM in Betracht ziehen, sollten Zugang zu Patientinnen Gruppen oder Patientinnen erhalten, die bereits eine solche Operation hinter sich haben.
- Eine präoperative Beratung (wenn immer möglich durch einen spezialisierten Psychologen) in Bezug auf psychosoziale and sexuelle Aspekte der RRM sollte durchgeführt werden.
- Die Möglichkeit, dass nach einer RRM histologisch ein Brustkrebs diagnostiziert wird, sollte präoperativ mit der Patientin besprochen werden.
- Eine digitale Mammographie und ein MRI der Brust sollten präoperativ durchgeführt werden.
- Ein chirurgisches Team mit Kenntnissen in onkoplastischer und rekonstruktiver Chirurgie sollte die RRM und Rekonstruktion durchführen.

Frauen mit einem $\geq 30\%$ Lebenszeitrisiko an Brustkrebs zu erkranken

- Die RRM ist eine angemessene Managementoption für Frauen mit einem $\geq 30\%$ Lebenszeitrisiko an Brustkrebs zu erkranken (siehe Appendix wie Frauen mit einem $\geq 30\%$ Lebenszeitrisiko an Brustkrebs zu erkranken identifiziert werden können).
- Die RRM sollte mit allen Frauen mit einem $\geq 30\%$ Lebenszeitrisiko an Brustkrebs zu erkranken diskutiert werden.
- Alle Frauen, die eine RRM in Betracht ziehen sollten eine genetische Beratung erhalten.
- Ein $\geq 30\%$ Lebenszeitrisiko für Brustkrebs sollte durch die Verifikation der Familiengeschichte an Brustkrebs bestätigt werden, falls keine pathogene Mutation in einem der bekannten Brustkrebsgene identifizierbar ist.
- Wenn keine Bestätigung der Familiengeschichte an Brustkrebs möglich ist, sollte, von Fall zu Fall von einem multidisziplinären Team diskutiert werden, ob eine RRM sinnvoll ist.
- Die Besprechung des individuellen Brustkrebsrisikos und dessen potentieller Reduktion sollte in einem multidisziplinären Team stattfinden. Bei der Diskussion der Brustkrebsrisikoreduktion durch den chirurgischen Eingriff sollte modulierende Faktoren wie eine bilaterale Salpingo-oophorectomie berücksichtigt werden.
- Alle möglichen Rekonstruktionsoptionen (sofort oder verzögert) sollten mit dem Brust- und plastischen Chirurgen besprochen werden und, wenn immer möglich, sollten Demonstrationsmaterial und Bilder verwendet werden.
- Patientinnen, die eine RRM in Betracht ziehen, sollten die Möglichkeit haben eine Breast Care Nurse zu sehen um ergänzende Informationen über praktische und emotionale Aspekte der Brustrekonstruktion zu erhalten.
- Eine präoperative Beratung (wenn immer möglich durch einen spezialisierten Psychologen) in Bezug auf psychosoziale and sexuelle Aspekte der RRM sollte durchgeführt werden.
- Die Möglichkeit, dass nach einer RRM histologisch ein Brustkrebs diagnostiziert wird, sollte präoperativ mit der Patientin besprochen werden.
- Eine digitale Mammographie und ein MRI der Brust sollten präoperativ durchgeführt werden.
- Ein chirurgisches Team mit Kenntnissen in onkoplastischer und rekonstruktiver Chirurgie sollte die RRM und Rekonstruktion durchführen.

Appendix

Frauen mit stark erhöhtem Brustkrebsrisiko (>30% Lebenszeitrisiko):

- 2 erstgradig oder zweitgradig Verwandte mit Brustkrebs diagnostiziert im Mittel <50 Jahren (mindestens 1 erstgradige Verwandte)
- 3 erstgradig oder zweitgradig Verwandte mit Brustkrebs diagnostiziert im Mittel <60 Jahren (mindestens 1 erstgradige Verwandte)
- 4 Verwandte mit Brustkrebs in jedem Alter (mindestens 1 erstgradige Verwandte)
- Ovarialkarzinom und auf derselben Seite der Familie:
 - 1 erstgradig oder zweitgradig Verwandten mit Brustkrebs <50
 - 2 erstgradig oder zweitgradig Verwandten mit Brustkrebs im Mittel <60 Jahren
 - 1 weiteren Ovarialkarzinom
- 1 erstgradig oder zweitgradig Verwandte mit bilateralem Brustkrebs <50 Jahren
- Bilateraler Brustkrebs und 1 erstgradig oder zweitgradig Verwandter mit Brustkrebs <60 Jahren
- Männlicher Brustkrebs und auf derselben Seite der Familie:
 - mindestens 1 erstgradig oder zweitgradig Verwandten mit Brustkrebs <50 Jahren
 - 2 erstgradig oder zweitgradig Verwandte mit Brustkrebs diagnostiziert im Mittel <60 Jahren

Träger von pathogenen Mutationen in den folgenden Genen und deren erstgradig Verwandte:

BRCA1, BRCA2, p53, PTEN, STK11, E-Cadherin