160. M. Bauer, D. von Fournier, F. Kubli, K. zum Winkel, P. Prager (Heidelberg): Differentialdiagnose mammographischer Röntgenzeichen bei der Diagnostik klinisch okkultes Frühkarzinome

Im Zeitraum von 1975–1979 wurden 807 Probeexzisionen der weiblichen Brust auf Grund suspekter Röntgenveränderungen zum Karzinomausschluß durchgeführt. Klinische Tastbefunde waren nicht vorhanden. Die Probeexzision erfolgte nach präoperativer Nadelmarkierung.

Histologisch fanden sich in diesem Kollektiv in 12% ein invasives Karzinom, in 4% ein Carcinoma in situ, in 27% proliferative Mastopathien, z.T. mit Zellatypien sowie proliferative Papillomatosen, in 57% einfache Mastopathien.

Zwei Fragen sollen beantwortet werden:

1. Welche Röntgenzeichen entsprechen typischerweise den histologischen Diagnosen?
2. Wie viele „Frühdiagnosen“ konnten gestellt werden?

Zu 1.: Spiculaebildungen sind mit einem Anteil von 61% typisch für invasive Karzinome. Die Differentialdiagnose ist hier gegenüber chronischen Entzündungen oft schwierig (48%). Geringgradig finden sich auch Spiculae in der noninvasiven Gruppe (32%). Eine Verdichtung ist ein unspezifisches Kriterium und findet sich gleich häufig bei benignen und malignen Erkrankungen.

Nicht näher definierter Mikrokalk ist nicht für die Differentialdiagnose verwertbar, denn der prozentuale Anteil ist in allen Gruppen nahezu gleich groß. Wird er näher definiert als gruppiertes, hartkantiger, strahlendichter, unregelmäßig geformter Kalk, so ist es ein gut korrelierendes Kriterium für Proliferationen und maligne Befunde. Den so definierten Mikrokalk findet man bei 65% aller Karzinome, in 60% aller Carcinoma in situ und ebenso bei knapp 40% der proliferativen Mastopathien.

Zu 2.: Als „Frühdiagnose“ wird definiert:

- a) ein präklinischer Tumor T0,
- b) die histologische Tumorgröße muß kleiner als 10 mm sein,
- c) histologisch müssen tumorfreie axilläre Lymphknoten vorliegen N-.

Von 128 Karzinomen waren 27% nichtinvasiv, 62% entsprachen dem Stadium T1 und 11% waren größere Tumorstadien. 47% der Karzinome waren histologisch kleiner als 10 mm, 18% kleiner als 5 mm im Durchmesser. Der Lymphknotenbefall betrug 20%, wobei sich ein sprunghaftes Ansteigen der Lymphknotenmetastasen bei Tumoren über 10 mm Durchmesser zeigt.

Im vorliegenden Kollektiv konnte in 50% die oben definierte Frühdiagnose gestellt werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß in 43% die Probeexzision auch erforderlich gewesen wäre entweder zur weiteren operativen Therapie (Ablatio, Quadrantenresektion, subcutane Mastektomie) oder zur engmaschigen Kontrolle von „high risk“ Fällen. In 57% ergab sich keine weitere Konsequenz.

161. Th. Bärtling, H. Jung, H. P. Schleuter, S. Wolters (Aachen): Die Treffsicherheit der Plattenthermographie im Risikokollektiv: Eine vergleichende Untersuchung zweier voneinander unabhängiger Befunde

In einer prospektiven Studie wurden an unserer Klinik bei mehr als 200