

Navn – CPR. nr.	Sygehus, afd.
-----------------	---------------

PATO-ANATOMISK UNDERSØGELSE – UDFYLDES AF PATOLOGI AFDELINGEN. Vejledning se næste side.

Præparat nummer:	Aksilfedt							
Nedfrosset tumorvæv (-80°C) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Aksilfedt, præparat foreligger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Andet (ekstra LN uden aksilrømning)							
Hud på præparat <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal påviste lymfeknuder incl. sentinel node	Uoplyst = 99						
Mikroskopisk undersøgelse								
Papil, Mb. Paget (PDN)	Antal uden spredning							
Invasivt I profun. resektionsrand <input type="checkbox"/> Nej = 0 I sideresektionsrand <input type="checkbox"/> Ja = 1 karcinom <input type="checkbox"/> Ikke us. = 9	Antal positive (beregnet)							
Karinvasjon	Antal med makrometastaser, >2 mm							
Antal karcinomer	Antal med mikrometastaser, >200 celler og ≤2 mm							
Diameter af invasivt karcinom, mm	Antal med isolerede celler (enkeltceller/clusters), ≤200 celler							
Diameter af inv. karc. + sammenhæng. DCIS, mm	Perinodal vækst <input type="checkbox"/> Nej = 0 <input type="checkbox"/> Ja = 1 <input type="checkbox"/> Ikke us. = 9							
DCIS udenfor tumor <input type="checkbox"/> Nej = 0 <input type="checkbox"/> Ja = 1 <input type="checkbox"/> Ikke us. = 9	Sentinel node							
Afstand til nærmeste sideresektionsrand fra inv.karc. mm	Sentinel node teknik anvendt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej							
Afstand til nærmeste sideresektionsrand fra DCIS,mm	Antal fundne sentinel nodes							
Lokal fremskreden sygdom								
Hudinvasjon <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvis	Antal uden spredning							
Gennemvækst af bundfascie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvis	Antal positive (beregnet)							
Karcinomklassifikation								
Frys								
WHO-diagnose og SNOMED-koder:	Antal lymfeknuder til frys							
	Antal makrometastaser							
	Antal mikrometastaser							
Tubulusdannelse points (1-3) <input type="checkbox"/> Kun ved duktale NOS og lobulære	Antal isolerede celler							
Mitoser points (1-3)								
Kernepolymorfi points (1-3)								
Malignitetsgrad 3-5 = I, 6-7 = II, 8-9 = III, uegnet =0								
Biomarkørundersøgelse								
	% pos.	Uopl.	Neg.	1+	2+	3+	Uopl.	ISH ratio, 2 dec.
ER-bestemmelse			HER-2					
PgR-bestemmelse			HER-2 status	<input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Uopl.				
Ki67, % af celler			Antal HER-2 genkopier pr. celle, 2 dec.					
			TOP2A ISH ratio, 2 dec.					
			TOP2A status <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Amplifikation <input type="checkbox"/> Deleteret <input type="checkbox"/> uoplyst					

DATA SKAL SAMMENHOLDES MED PATOLOGIBESVARELSE

Patologifdeling:	Dato:	Patologens navn (Blok bogstaver):
------------------	-------	-----------------------------------

Vejledning – Lumpektomi

Patologiskemaet indberettes online via DBCG's hjemmeside (www.dbcg.dk) for enhver patient med primær invasiv carcinoma mammae. Hvis der ikke foreligger invasivt karcinom men kun in situ karcinom, anvendes "in situ skemaet"

Restkarcinom i kavitetstvæg: Kun invasivt karcinom regnes for restkarcinom. Restkarcinomet skal ligge i direkte kontinuitet med operationskaviteten. Spørgsmålet skal kun besvares ved excisionsbiopsier, idet de andre biopsimetoder definatorisk er udtagning af mindre vævsprøver. Der vil derfor altid være "restkarcinom" i disse tilfælde (incision, nål).

Karinvasjon: Sikkert endotelbeklædt hulrum skal kunne erkendes omkring tumorcelleinfiltratet, før vaskulær invasion kan anses for verificeret. Det vaskulære hulrum skal endvidere være beliggende uden for selve det invasive karcinoms randpartier. Der skelnes ikke mellem blod- og lymfekar. Er der tvivl om vaskulær invasion, registreres den som "0".

Antal Karcinomer: Angiv antal karcinomfoci.

Invasive tumors største diameter, mm: Samlet vurdering af tumorvæv i biopsi og tumorrestvæv. Karcinomfiltratets størrelse er en kombination af det makroskopiske mål og en vurdering af, hvor langt eventuelle mikroskopiske udløbere af invasivt karcinom strækker sig ud i det umiddelbart omgivende væv.

1: Antallet af karcinomfoci angives.

2: Ved flere foci registreres diameteren på det største karcinomfiltrat.

3: Foci af lymfekar- eller blodkarinvasjon inkluderes ikke i målet for største diameter. Ved "karcinom med dominerende in situ komponent" angives største diameter svarende til det mikroskopiske invasive fokus størrelse, og ikke svarende til hele tumor-processen. Hvis diameteren ikke kan måles, udfyldes rubrikken med "999". Hvis flere mikroinvasive foci, måles det største fokus.

Afstand til nærmeste sideresektionsrand: Korteste afstand, hvad enten det er til invasivt karcinom eller DCIS. Hvis der ikke er bundfascie på præparatet, betragtes den profunde resektionsrand som resektionsrand på linie med de 4 øvrige sideresektionsrande, hvor afstanden måles til den nærmeste af disse. Tilsvarende for superficielle rand, hvis der ikke er hud.

Hudinvasjon: Tumorceller i dermale stroma, ikke i kar

Gennemvækst af bundfascie: Tumorceller i tværstribet muskulatur, ikke i kar.

Aksilfedt, præparat foreligger: Registreres om der foreligger fuld aksildissektion eller ej. De tilfælde, hvor der er fjernet ekstra lymfeknuder uden egentlig aksildissektion, afkrydses som "andet".

Antal påviste lymfeknuder: Isolerede tumorinfiltrater i aksilfedtet må pr. definition betegnes og medregnes som metastatisk lymfeknude og angiver samtidig perinodal tumorvækst. Ved konglomerat af metastatiske lymfeknuder søger man makroskopisk at vurdere antallet af lymfeknuder, der indgår i konglomeratet. Dette er naturligvis et skøn. Det er ikke muligt mikroskopisk at bedre udsagnet.

Antal lymfeknuder med metastaser: Giver kun problemer ved lymfeknudekonglomerat, jf. ovenstående.

Mikrometastaser: Herved forstås lymfeknudemetastaser, som omfatter > 200 celler og hvor største fokus ikke overskrider 2 mm, målt på 1 snit. Disse metastaser SNOMED-kodes ÆF5160.

Isolerede celler (enkeltceller/clusters): Defineres som enkeltliggende celler og/eller små grupper af celler med totalt celletal på ≤ 200 celler, målt på 1 snit. Disse celler SNOMED-kodes M09470 (ingen tegn på metastaser) og ÆF5170.

Perinodal vækst: Karcinomvækst uden for lymfeknudens kapsel, idet dog tumorvæv i lymfekar og blodkar ikke medregnes.

Tubulusdannelse: 1 = mere end 75 % 2 = 10 – 75 % 3 = mindre end 10 %
 Registreringen baseres på en samlet vurdering af tubulusforekomst i alle foreliggende tumorsnit.

Mitoser: 1 = færre end 10 2 = 10 – 19 3 = flere end 19
 Antal mitoser i 10 sammenhængende HPF (x 400) vurderes i den mest cellerige del af den invasive tumor.

Kernepolymorfi: 1 = små, ensartede kerner med regelmæssig kromatinstruktur
 2 = variabel størrelse og form, vesikulære kerner, små nukleoler
 3 = store og polymorfe, vesikulære kerner, uregelmæssig kromatinstruktur og store nukleoler.

Malignitetsgrad (hist.): Anføres i skemaet som et "I", "II" eller "III" og ikke som en samlet pointsum. Malignitetsgrad anføres ikke, hvis det ikke er muligt at vurdere graden (for lille invasiv komponent, for dårligt bevaret væv).

ER- og PgR-bestemmelse: Positiv reaktion betyder, at mindst 1 % af tumorcellernes kerner i den invasive komponent viser positiv reaktion.

HER-2 status: HER-2 status graderes efter princippet i Herceptest.
 Negativ hvis ICH score = 0,1 og (ISH ratio <2,0 eller ukendt); eller ICH score = 2 og ISH ratio <2,0.
 Positiv hvis ICH score = 3 eller ISH ratio ≥ 2,0.
 Ukendt hvis (ICH score = 2 eller ukendt) og ISH ratio ukendt.
 Ved ISH tælles 60 dots, dog min. 6 celler og max. 60 celler. Ratio angives som gen/kromosom og med 2 decimaler.

TOP2A: Defineres normal, hvis 0,80 ≤ ISH ratio < 2,00. Den defineres abnorm, hvis enten deleteret (ISH ratio < 0,80) eller amplificeret (ISH ratio ≥ 2,00).

Ki67: Registreres i percentiler af 10 %. Ved < 10 % registreres 1 %, 2 %, 5 %.