

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

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

Præparat nummer:	Aksilfedt / proc. axillaris
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)

Mikroskopisk undersøgelse		Antal påviste lymfeknuder i aksil + proc. axillaris incl. sentinel node Uoplyst = 99	
Papil, Mb. Paget (PDN)		Antal uden spredning	
Invasivt karcinom I profunde resektionsrand I sideresektionsrand	Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9	Antal positive (beregnet)	
Karinvasion		Antal med makrometastaser, >2 mm	
DCIS I profunde resektionsrand I sideresektionsrand		Antal med mikrometastaser, >200 celler og ≤2 mm	
Antal karcinomer		Antal med isolerede celler, små grupper (clusters) ≤ 0,2 mm eller ≤ 200 tumorceller	
Diameter af invasivt karcinom, mm		Perinodal vækst Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9	

Afstand til nærmeste sideresektionsrand fra inv.karc. mm	Sentinel node
Afstand fra karcinom / DCIS til undermineringsrand. Hvis tumor ligger under huddække skrives 900.	Sentinel node teknik anvendt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Antal fundne sentinel nodes

Lokal fremskreden sygdom		Antal uden spredning	
Hudinvasion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvis		Antal positive (beregnet)	
Gennemvækst af bundfascie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvis		Antal med makrometastaser, > 2 mm	

Karcinomklassifikation		Antal med mikrometastaser, > 200 celler og ≤ 2 mm	
WHO-diagnose og SNOMED-koder:		Antal med isolerede celler, små grupper (clusters) ≤ 0,2 mm eller ≤ 200 tumorceller	

Frys		Antal lymfeknuder til frys	
Tubulusdannelse points (1-3) Kun ved duktale	Mitoser points (1-3) NOS og lobulære	Antal makrometastaser	
Kernepolyomorfi points (1-3)		Antal mikrometastaser	
Malignitetsgrad 3-5 = I, 6-7 = II, 8-9 = III, uegnet =0		Antal isolerede celler	

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 (Blokbogstaver):							

Vejledning – Mastektomi

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 kavitet svæg: Kun invasivt karcinom regnes for restkarcinom. Restkarcinomet skal ligge i direkte kontinuitet med operationskaviteten. Spørgsmålet skal kun besvares ved excisionsbiopsier, idet de andre biopsimetoder definitivt 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: Afstanden måles til den nærmeste sideresektionsrand.

Afstand til undermineringsrand: Afstanden måles til superficielle rand hvor der ikke er huddække. Hvis tumor ligger under huddække skrives 900.

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 (enkelceller/clusters): Defineres som små grupper (clusters) af tumorceller ≤ 0.2 mm eller ≤ 200 tumorceller 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 lymfe- 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 (histologisk malignitetsgrad): 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 amplifieret (ISH ratio ≥ 2,00).

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