

Vejledning – Mastektomi

Hvis der ikke foreligger invasivt karcinom men kun in situ karcinom, anvendes ”in situ skemaet”

Kirurgisk afdeling udfylder skemaet, som sammen med præparatet sendes til patologi-afdeling. Patologi-afdelingen returnerer skemaet sammen med 1 kopi til kirurgisk afd. Kirurgisk afd. fremsender kopien sammen med Mammaskemaet og evt. Specialschema for Sentinel Node til:

DBCG, afsnit 2501, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø. Tlf.: 35 38 65 30, Fax: 35 26 35 25.

De optrukne felter benyttes ved bestemmelse af patientgruppen (på Mammaskemaet).

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).

Unifokalt invasivt karcinom med satellitter: Invasive karcinomer adskilt af benignt mammavæv, men hvis indbyrdes afstand er mindre end eller = 2 cm.

Multifokalt invasivt karcinom: Invasive karcinomer adskilt af benignt mammavæv og med en indbyrdes afstand på mere end 2 cm.

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”.

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.

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 tumorprocessen. Hvis diameteren ikke kan måles, udfyldes rubrikken med ”-”. Hvis flere mikroinvasive foci, måles det største fokus.

Ved multifokalt invasivt karcinom og unifokalt invasivt karcinom med satellitter registreres sædvanligvis diameteren på det største karcinom. Hvis der er lymfeknudemetastaser, og disse alle sikkert kan relateres til et bestemt karcinomfiltrat, måles diameteren af dette tumorinfiltrat.

Afstand til nærmeste sideresektionsrand: 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.

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 > 10 celler og hvis samlede udstrækning i den enkelte lymfeknude ikke overskrider 2 mm. Disse metastaser SNOMED-kodes ÆF5160.

Isolerede celler (enkelceller/clusters): Defineres som enkeltliggende celler og/eller små grupper af celler med totalt celletal på ≤ 10 celler. Disse celler SNOMED-kodes M09470 (ingen tegn på metastaser) og ÆF5170. Denne klassifikation kan kun foretages, hvis der foreligger fuld aksilrømning.

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).

Receptorundersøgelse: Positiv reaktion betyder, at mindst 10 % af tumorcellernes kerner i den invasive komponent viser positiv reaktion. ”Neg”-rubrikken anvendes kun, hvis mindre end 10 % af tumorcellernes kerner i den invasive komponent reagerer positivt, og udfyldes da med et ”X”.

HER-2 status: HER-2 status graderes efter princippet i Herceptest. Ved FISH tælles 60 dots, dog min. 6 celler og max. 60 celler. Ratio angives som gen/kromosom og med 2 decimaler.