

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

A. KLINISKE OPLYSNINGER – UDFYLDES AF KIRURGISK AFDELING. Vejledning se bagsiden.

Mastektomidato: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Side: <input type="checkbox"/> Højre <input type="checkbox"/> Venstre	Rekonstruktion <input type="checkbox"/> Protese/ekspand. <input type="checkbox"/> Lap
	Lokalisation (evt. flere afkrydsninger): <input type="checkbox"/> Øvre lateral <input type="checkbox"/> Øvre medial <input type="checkbox"/> Nedre lateral <input type="checkbox"/> Nedre medial <input type="checkbox"/> Central	Laptype <input type="checkbox"/> LD <input type="checkbox"/> TRAM <input type="checkbox"/> Andet										
		Klinisk Mb. Paget <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Klinisk tumorrest <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej										
		Tumorstørrelse målt billeddiagnostisk, mm <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

B. PATO-ANATOMISK UNDERSØGELSE – UDFYLDES AF PATOLOGIADFDELINGEN. Vejledning se bagsiden.

Præparat nummer:	Aksilfedt / proc. axillaris	
	Aksilfedt, præparat foreligger <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Nedfrosset tumorvæv (-80°C) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Antal påviste lymfeknuder i aksil + proc. axillaris incl. sentinel node Uoplyst = 99	
Mikroskopisk undersøgelse		
Papil, Mb. Paget (PDN)	Antal uden spredning	
Invasivt karcinom i profunde resektionsrand	Antal med makrometastaser, > 2 mm	
i sideresektionsrand	Antal med mikrometastaser, > 10 celler og ≤ 2 mm	
Multifokalt karcinom Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9	Antal med isolerede celler (enkeltceller/clusters), ≤ 10 celler	
Mitoser	Perinodal vækst Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9	
Tumornekrose	Sentinel node	
Karinvasion	Sentinel node teknik anvendt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
DCIS i profunde resektionsrand	Antal fundne sentinel nodes	
i sideresektionsrand	Antal uden spredning	
Foci af DCIS i tumorområde	Antal med makrometastaser, > 2 mm	
Antal karcinomfoci	Antal med mikrometastaser, > 10 celler og ≤ 2 mm	
Diameter af invasivt karcinom, mm	Antal med isolerede celler (enkeltceller/clusters), ≤ 10 celler	
Afstand til nærmeste sideresektionsrand fra inv. karcinom, mm	Frys <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Afstand til nærmeste sideresektionsrand fra DCIS, mm	Antal positive ved frys	
Responsgrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Behandlingsrespons	
	Antal med makrometastaser og behandlingsrespons	
	Antal uden metastaser men med behandlingsrespons	

C. RECEPTORUNDERSØGELSE – UDFYLDES AF PATOLOGIADFDELINGEN. Vejledning se bagsiden.

	% pos.	Pos.	Neg.	Uopl.		Neg.	1+	2+	3+	Uopl.	FISH ratio, 2 dec.												
ER-bestemmelse					HER-2																		
PgR-bestemmelse					TOP2A																		
Ki67, % af celler		<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Patologifdeling:	Dato: <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																Patologens navn (Blok bogstaver):						

Vejledning – Mastektomi efter neoadjuverende behandling

Kirurgisk afdeling udfylder skemaet, som sammen med præparatet sendes til patologiafdeling. Patologiafdelingen returnerer skemaet sammen med 1 kopi til kirurgisk afd. Kirurgisk afd. fremsender kopien sammen med Mammaskemaet og evt. Specialskema 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).

Multifokalt invasivt karcinom: Invasive karcinomer adskilt af benigt mammavæv og med en indbyrdes afstand på mere end 20 mm.

Karinvasion: 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 blodkarinvasion 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 "-". Hvis flere mikroinvasive foci, måles det største fokus.

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

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.

Responsgrad efter neoadjuverende behandling:

Responsgrad 1: Ingen forekomst af invasive tumorceller (der må godt være tilstedeværelse af DCIS).

Responsgrad 2: Mere end 90 % tab af tumorceller.

Responsgrad 3: Mellem 30 og 90 % tab af tumorceller.

Responsgrad 4: Mindre end 30 % tab af tumorceller

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 lymfekar og blodkar ikke medregnes.

Behandlingsrespons: Fibrose og/eller histiocytinfiltrat og/eller nekrose.

Receptorundersøgelse:

ER- og PgR-bestemmelse: 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. I tilfælde af 2+ suppleres med en FISH-test til påvisning af genamplifikation (FISH ratio ≥ 2,20). Ved FISH tælles 60 dots, dog min. 6 celler og max. 60 celler. Ratio angives som gen/kromosom og med 2 decimaler.

TOP2A: Defineres normal, hvis $0,80 \leq \text{FISH ratio} < 2,00$. Den defineres abnorm, hvis enten deleteret (FISH ratio < 0,80) eller amplificeret (FISH ratio ≥ 2,00).

Ki67: Registreres i percentiler af 10 %.