

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

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

Præparat nummer:		Aksilfedt						
Nedfrosset tumorstvæv (-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		Antal uden spredning						
Papil, Mb. Paget (PDN)		Antal positive (beregnet)						
Invasivt I profun. resektionsrand Nej = 0 karcinom I sideresektionsrand Ja = 1 Ikke us. = 9		Antal med makrometastaser, >2 mm						
Karinvasion		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						
Diameter af inv. karc. + sammenhæng. DCIS, mm		Sentinel node						
DCIS udenfor tumor Nej = 0 Ja = 1 Ikke us. = 9		Sentinel node teknik anvendt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej						
Afstand til nærmeste sideresektionsrand fra inv.karc. mm		Antal fundne sentinel nodes						
Afstand til nærmeste sideresektionsrand fra DCIS,mm		Antal uden spredning						
Lokal fremskreden sygdom		Antal positive (beregnet)						
Hudinvasion <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvis		Antal med makrometastaser, > 2 mm						
Gennemvækst af bundfascie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Uvis		Antal med mikrometastaser, > 200 celler og ≤ 2 mm						
Karcinomklassifikation		Antal med isolerede celler, små grupper (clusters) ≤ 0,2 mm eller ≤ 200 tumorceller						
WHO-diagnose og SNOMED-koder:		Frys						
Tubulusdannelse points (1-3) Kun ved duktale NOS og lobulære		Antal lymfeknuder til frys						
Mitoser points (1-3)		Antal makrometastaser						
Kernepolymorfi 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			Antal HER-2 genkopier pr. celle, 2 dec.					
Ki67, % af celler			HER-2 status <input type="checkbox"/> Pos. <input type="checkbox"/> Neg. <input type="checkbox"/> Uopl.					
		TOP2A ISH ratio, 2 dec.						
		TOP2A status <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Amplifikation <input type="checkbox"/> Deleteret <input type="checkbox"/> uoplyst						
PAM 50 Klassifikation								
<input type="checkbox"/> Luminal A	<input type="checkbox"/> Luminal B	<input type="checkbox"/> HER2 enriched	<input type="checkbox"/> Basallike	<input type="checkbox"/> Ukendt				
DATA SKAL SAMMENHOLDES MED PATOLOGIBESVARELSE								
Patologiafdeling:			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 biopsi-metoder definitorisk 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 tumorprocessen. 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.

Hudinvasion: 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 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: Negativ hvis IHC score = 0,1 og ISH ratio <2,0 eller ≥ 2.0 men < 4.0 HER2 signaler/tumorcelle. Positiv hvis IHC score = 3 eller ISH ratio ≥ 2,0 eller < 2.0 men ≥ 6.0 HER2 signaler/tumorcelle. Ved ISH tælles min 20 celler. Ratio angives som gen/centromer og med 2 decimaler.

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

PAM50 Klassifikation: Molekylær subtype angives på baggrund af multigen test som Luminal A, Luminal B, HER2 enriched og Basallike.