

Algemene informatie over het pathologieverslag bij borstkanker

De patholoog onderzoekt het weefsel dat tijdens de operatie is weggenomen. In het pathologieverslag wordt beschreven:

- de afmeting van de tumor
- type tumor
- aanwezigheid van in situ carcinoom (voorstadium van kanker)
- de gradering van de tumor
- welke kenmerken de tumor heeft (hormoongevoeligheid, aanwezigheid van het groeieiwit Her2)
- snijvlakken onderzoek
- of er tumorcellen aanwezig zijn in de lymfeklieren, en aanwezigheid in vaatstructuren.

Zorgvuldig weefselonderzoek is nodig om u een goed behandeladvies te geven.

Daarnaast spelen ook uw leeftijd en conditie een rol. De arts of verpleegkundig specialist mammacare heeft de uitslag van het weefselonderzoek met u besproken en u heeft het verslag gekregen. We hebben ervaren dat het pathologieverslag moeilijk te begrijpen is voor mensen met een niet-medische achtergrond. Daarom vindt u in deze samenvatting de bevindingen van de patholoog in 'gewone' taal terug.

De borsttumor

Vorstadium borstkanker/Soorten borstkanker

- DCIS (Ductaal Carcinoma In Situ)

Dit zijn kwaadaardige cellen die zijn ontstaan in een melkgang van de borst. Ze hebben zich nog niet buiten de melkgang verspreid. DCIS is een voorstadium van borstkanker.

- Invasief carcinoom NST (No Special Type)

Dit is een kwaadaardige tumor die is ontstaan in een melkgangcomplex en daarna is doorgroeid in het omringende borstweefsel. Dit is de meest voorkomende vorm van borstkanker.

- Invasief lobulair carcinoom (ILC)

Dit is een kwaadaardige tumor die is ontstaan in een melkklier en daarna doorgroeid is in het normale omringende weefsel in de borst. Het verschil met een invasief carcinoom NST is onder de microscoop te zien.

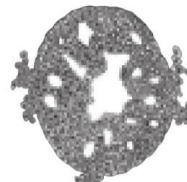


Normale cellen

(Bron: firma Roche)



*Niet-invasieve tumorcellen
(DCIS)*



*Invasieve tumorcellen
(NST en ILC)*

Gradering

De gradering gaat over de mate waarin de tumorcellen lijken op gezonde borstcellen. De gradering zegt iets over de agressiviteit van de tumorcellen (groeisnelheid, neiging tot uitzaaien). Hoe hoger de graad, hoe agressiever de tumor. Gradering wordt uitgedrukt in graad 1, 2 of 3.

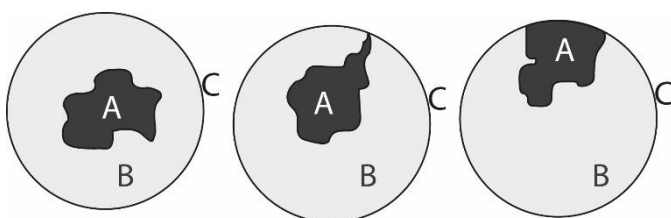
Tumorgrootte

De afmeting van de tumor is ook een bepalende factor voor het vaststellen van het behandeladvies.

Snijvlakken of snijranden

Het is belangrijk dat na de operatie geen tumorcellen achterblijven in de borst. De chirurg probeert altijd om de tumor met een extra rand gezond weefsel (marge) weg te halen. Maar omdat het verschil tussen kwaadaardige cellen en gezonde borstcellen niet met het blote oog te zien is, lukt dit niet altijd. De patholoog bekijkt daarom het snijvlak van het weefsel dat wordt weggehaald onder de microscoop. Er zijn drie mogelijke uitkomsten van de snijvlakken.

1. De snijvlakken zijn vrij van tumor. Er zitten geen kankercellen in de snijrand. In het algemeen is er geen nieuwe operatie nodig. (zie linker tekening).
2. De tumor reikt net in het snijvlak. Mogelijk is een tweede operatie nodig, maar meestal is bestraling voldoende. (zie middelste tekening).
3. De snijvlakken zijn niet vrij van tumor. Er zitten uitgebreid tumorcellen in de snijrand. Er moet waarschijnlijk opnieuw geopereerd worden. (zie rechter tekening).



A = tumorcellen, B= gezonde cellen, C = het snijvlak

(Afbeeldingen: MCL)

Tumorcellen in lymfebanen of bloedvaten

In de borst zit een netwerk van bloedvaatjes en lymfebanen die de borst met andere lichaamsdelen verbindt. Dit zijn de 'snelwegen' die voedingsstoffen op de juiste plaats brengen en afvalstoffen afvoeren. Het risico op uitzaaiingen is verhoogd als er tumorcellen in deze afvoerkanalen van het onderzochte borstweefsel worden gevonden.

De lymfeklieren

De belangrijkste voorspeller voor de kans op uitzaaiingen ergens anders in het lichaam is of er tumorcellen in de lymfeklieren van de oksel zitten. Dit noemen we uitzaaiingen. Hoe groter het aantal lymfeklieren met uitzaaiingen, hoe groter het risico dat de kanker na de operatie terugkomt. De lymfeklieren vormen een zeef voor het lymfevocht. Lymfevocht stroomt door het hele lichaam. Lymfevocht dat de borst verlaat, komt altijd door de lymfeklieren. De lymfeklieren zullen kankercellen proberen te vangen om te voorkomen dat ze andere delen van het lichaam bereiken.

Met de schildwachtklierprocedure (waarbij een of enkele lymfeklieren worden weggehaald) of met een complete okselklieroperatie (waarbij meestal tussen de 10 en de 20 lymfeklieren worden weggehaald) kan door de patholoog vastgesteld worden of er uitzaaiingen in de lymfeklieren zitten.

Soms wordt voor de start van de behandeling al een uitzaaiing in een klier aangetoond. Er wordt dan een radioactief zaadje in die klier ingebracht. Daarna volgt eerst een behandeling met medicijnen. Bij de operatie wordt de klier met het zaadje samen met de schildwachtklier verwijderd. Dit noemen we een TAD (Targeted Axillary Dissection) procedure. Hiermee kan vastgesteld worden of de uitzaaiing in de klier nog aanwezig is.

Is er sprake van geïsoleerde tumorcellen (ITC) in een schildwachtklier, dan wordt deze uitslag beschouwd als negatief. Er zijn geen uitzaaiingen gevonden. Als ITC wordt gevonden in een TAD-klier, dan is aanvullende therapie nodig.

Laboratoriumtesten

Hormoongevoeligheid

Op de tumorcellen kunnen receptoren (ontvangers) zitten die gevoelig zijn voor vrouwelijke geslachtshormonen (oestrogeen en progesteron). Deze receptoren van hormonen kunnen tumorcellen aanzetten om te groeien.

Een tumor die veel cellen met deze receptoren heeft (>10%) noemen we hormoongevoelig. Een tumor met weinig cellen met deze receptoren (<10%) is hormoonongevoelig.

Bij vrouwen die nog menstrueren (premenopauzaal) is ongeveer 30% van de tumorcellen hormoonpositief. Bij vrouwen na de overgang (postmenopauzaal) is dit percentage ongeveer 65%.

Waarom willen we de hormoongevoeligheid weten?

Na de operatie kunnen hormonen worden gegeven om de groei stimulerende werking van de eigen vrouwelijke geslachtshormonen tegen te gaan. Dit zijn tabletten die de receptoren kunnen blokkeren of de hoeveelheid hormonen in het lichaam kunnen verlagen. Bij een hormoonongevoelige tumor is deze behandeling niet zinvol.

Her2-receptor

Behalve hormoonreceptoren kunnen tumorcellen ook andere receptoren hebben die de groei kunnen stimuleren. Het betreft de Her2-receptoren. Dit is een eiwit dat ieder mens heeft. Sommige tumorcellen hebben hier echter te veel van, waardoor de tumorcellen aangezet worden tot groei. We noemen deze tumor dan Her2-positief. Dit is bij ongeveer 15 tot 20% van de tumoren het geval. Voor de groeistimulator Her2 is ook een behandeling beschikbaar. Dit wordt Her2- of doelgerichte therapie genoemd. Dit wordt altijd in combinatie met chemotherapie gegeven.

Bij vrouwen tot en met 75 jaar wordt de test op de Her2-receptoren standaard gedaan. In individuele situaties kan hiervan worden afgeweken en wordt soms ook bij een patiënt ouder dan 75 jaar de test aangevraagd. De patholoog kan twee testen doen om de receptoren aan te tonen.

- Een kleuring (IHC test) die de uitslag kan geven 0, 1, 2 of 3.
 - De Fish test, als de IHC test geen uitsluitsel geeft; de uitslag is positief of negatief.
- Bij een positieve uitslag (3 of FISH positief) is er te veel aan groei-eiwit op de cel aanwezig. Behandeling met doelgerichte therapie heeft zin.
- Bij een negatieve uitslag (0, 1 of FISH negatief) is het teveel aan groei-eiwit niet aangetoond. Behandeling met doelgerichte therapie heeft geen toegevoegde waarde.

Ki67 test

Soms is de meerwaarde van chemotherapie niet direct duidelijk. In die gevallen kan extra onderzoek van het weefsel helpen bij het maken van een keuze. Uw arts bespreekt met u of dit in uw situatie zinvol is.

De Ki67 test is een onderzoek waarbij wordt gekeken hoe snel de tumorcellen delen. Bij een snel delende tumor wordt chemotherapie geadviseerd.

De Ki67 wordt in procenten aangegeven.

- Bij meer dan 20% betreft het een snel delende tumor
- Bij minder dan 10% betreft het een langzaam delende tumor

In combinatie met andere kenmerken van de kanker kan dit helpen bij de keuze van de behandeling.

www.mcl.nl

Oncologisch Centrum Leeuwarden, polikliniek
(bereikbaar tussen 8.00 – 12.00 uur en 13.00 – 16.00 uur)
Kies 3 voor mamma- en melanoompolikliniek

058 – 286 66 60