



Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

OncoKompas 2026

MOC GYNAECO **- borst** **- pelvien**

Multidisciplinair borstcentrum 17-10-2026





Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Casus 1 : N.AS 31-5-1961, 65j

Pelviene casus:
Endometriumcarcinoma

Voornaam Achternaam
Datum

Voorgeschiedenis

- * Medisch:

aHT

Hypercholesterol

- * Chirurgisch:

Appendectomie

Miskraam

- * Medicatie:

Amlodipine

- * Allergie: (-)

Tabak : (-)

Sociaal: gevlucht uit Rusland, werkt(e)
voor de mensenrechten

- * Gynecologisch:

A1P1G1, borstvoeding

Menopause, geen HST

- * Familiaal

vader: abdominale tumor,

Prim origine niet gekend

Geen andere tumoren

KLACHT: PMB (2024)

01/2024:

Hysteroscopische endometriumresectie: APO:

Polypoïd omvormd endometrium met EIN

P53 negatief. ER+, PR+, MLH1 promotor gemethyleerd, Lynch minder waarschijnlijk

--> R/ voorstel hysterectomie --> PAT STELT UITzorg voor partner, eigen zorg opzij gezet

7-2026: Nieuwe biopsies genomen gezien suspect echografisch beeld

APO:(Minstens) EAH/EIN, gr 1 E'ECa kan niet w uitgesloten.

- Verlies van MLH1- en PMS2-expressie, suggestief voor mismatch repair deficiëntie.

- p53 WT.

Staging: MR + CT Tx-Abd

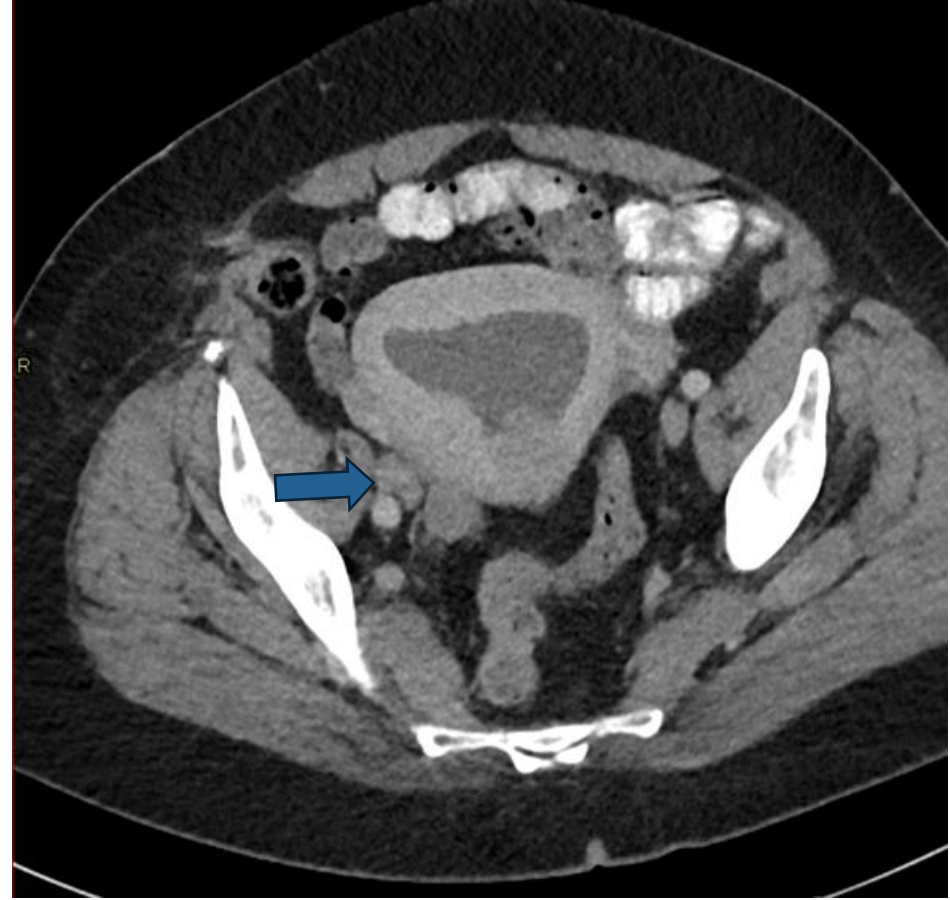
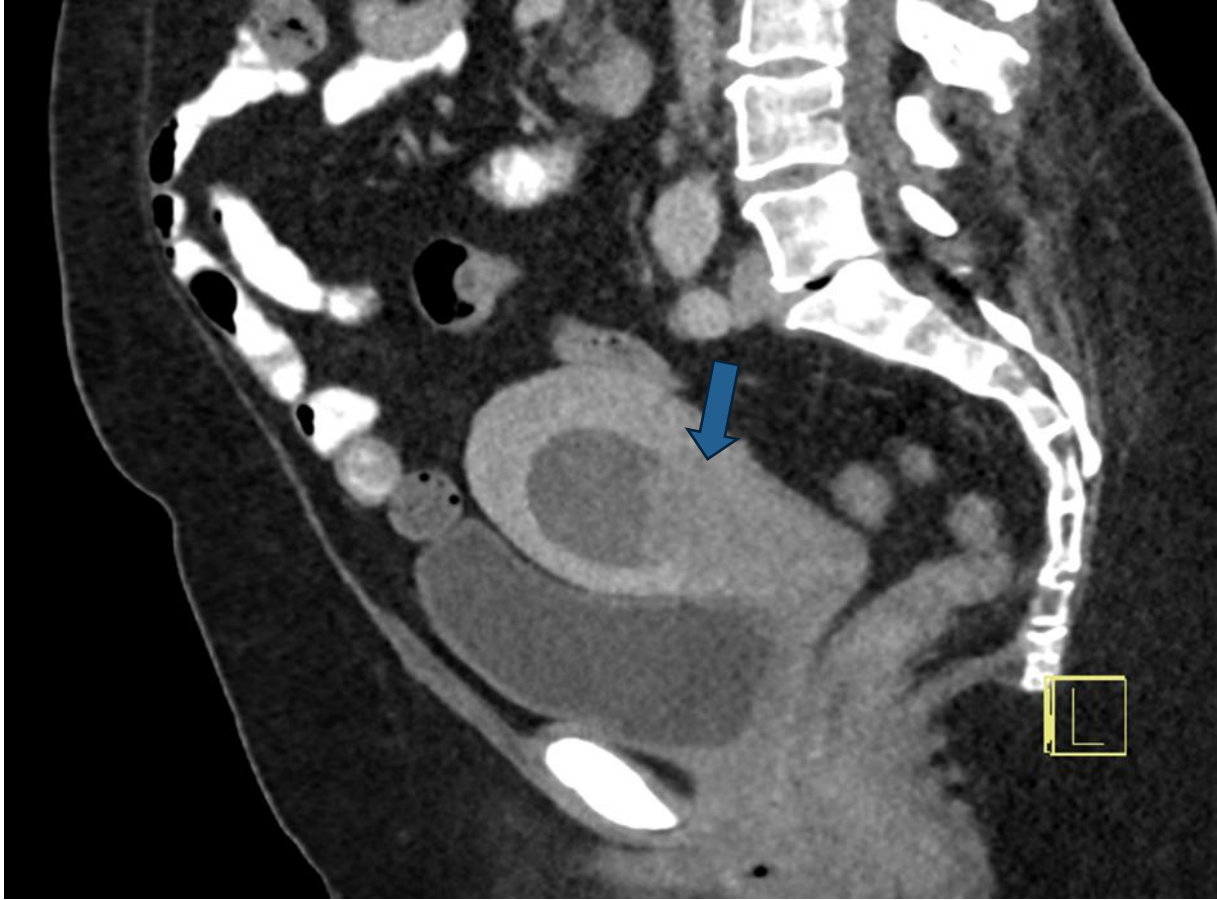
MR: cervicale aantasting

CT: AIE links en rechts, doch ook interaortocavaal en infrarenaal para-aortisch links.

--> Daarom PET-CT: geen hematogene metas op afstand maar andere bevindingen
4 werden bevestigd.

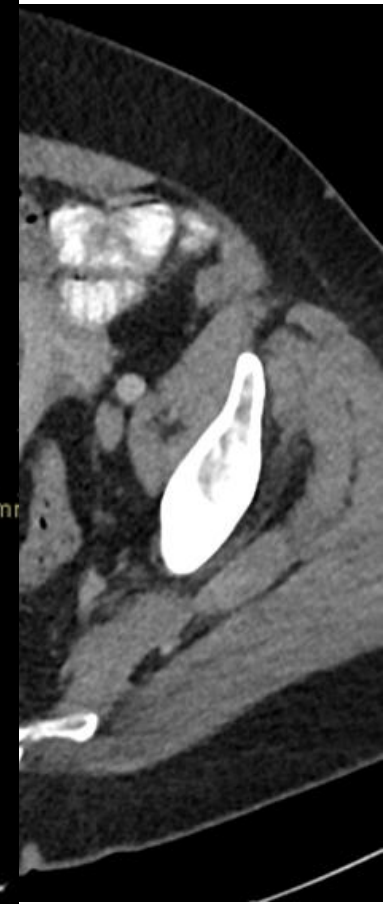
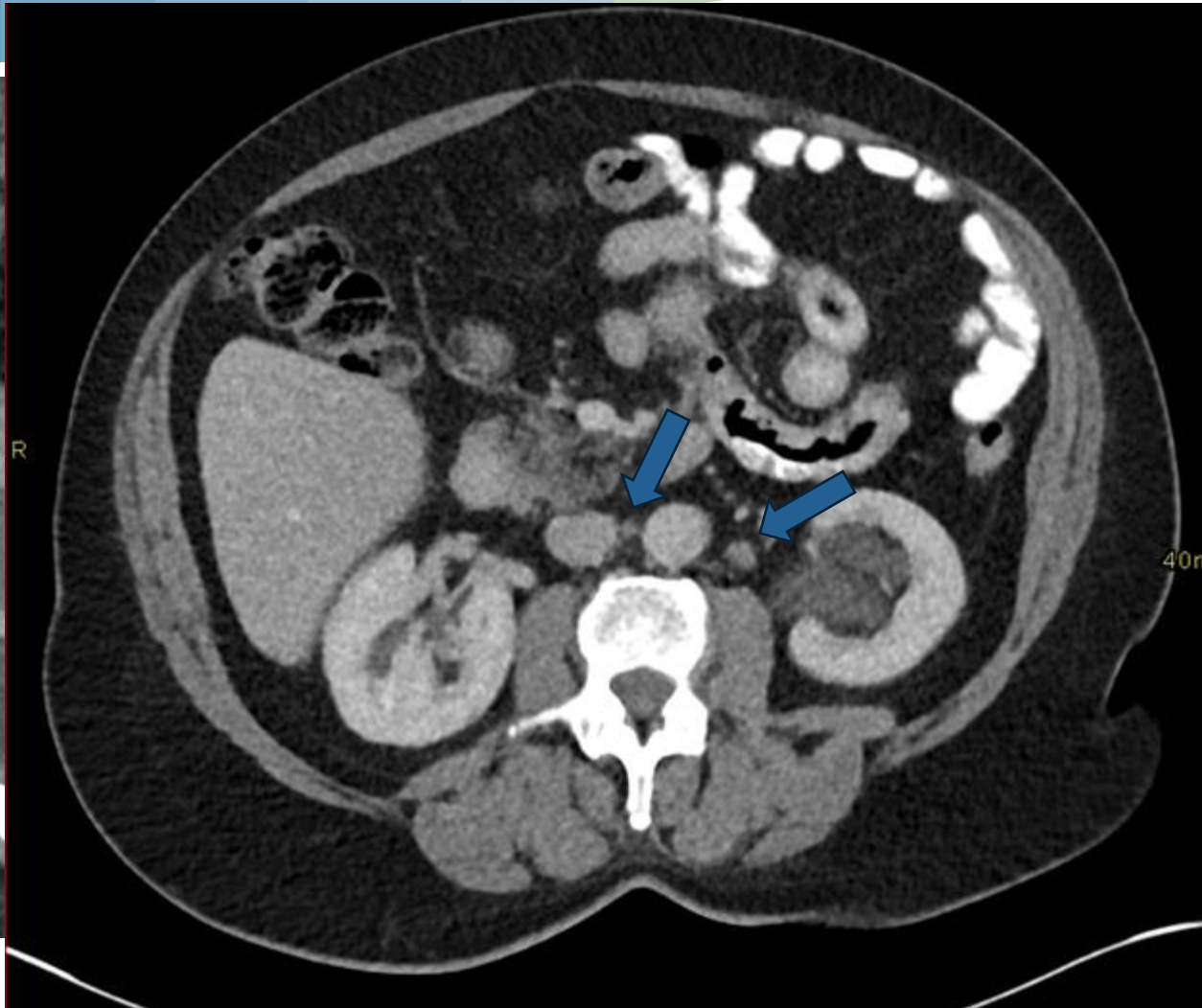
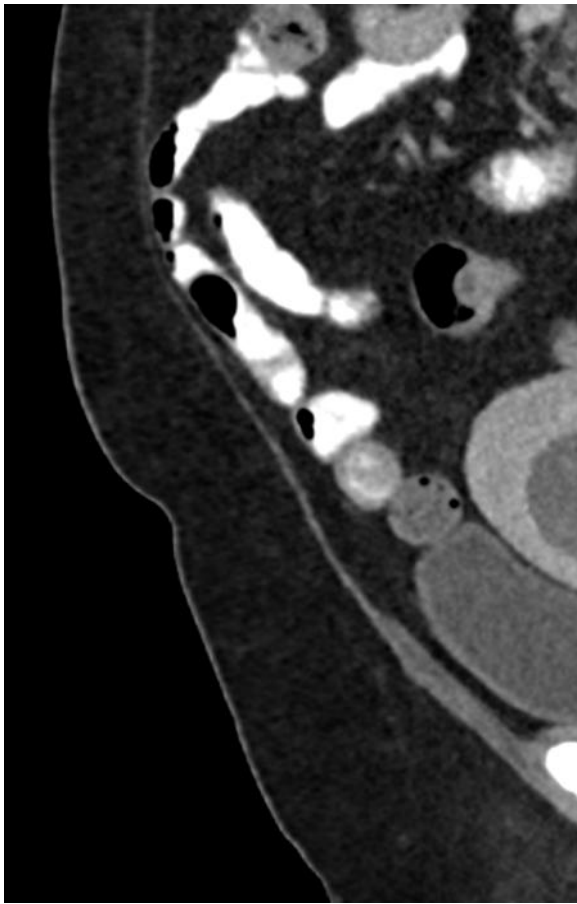
BEELDVORMING :

CT

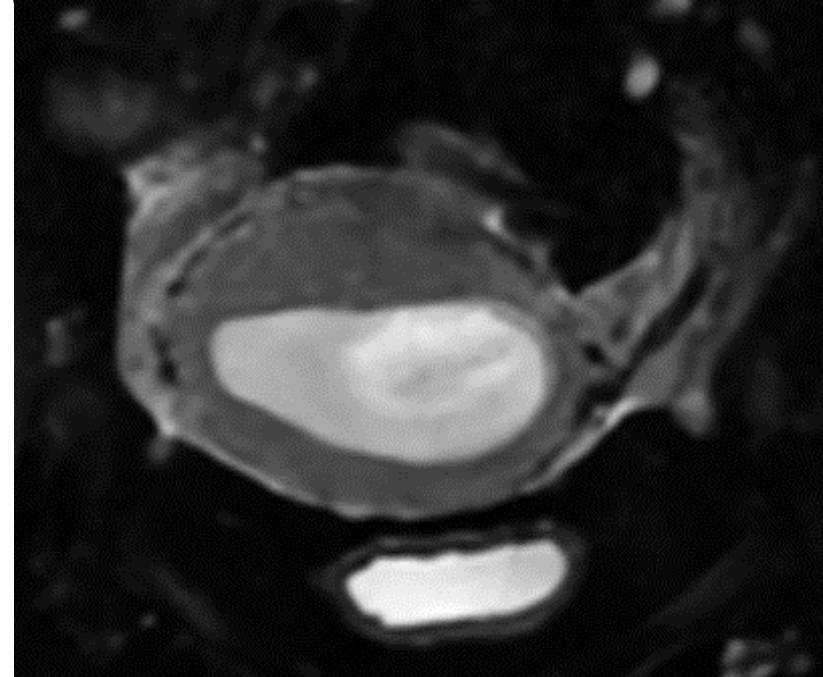
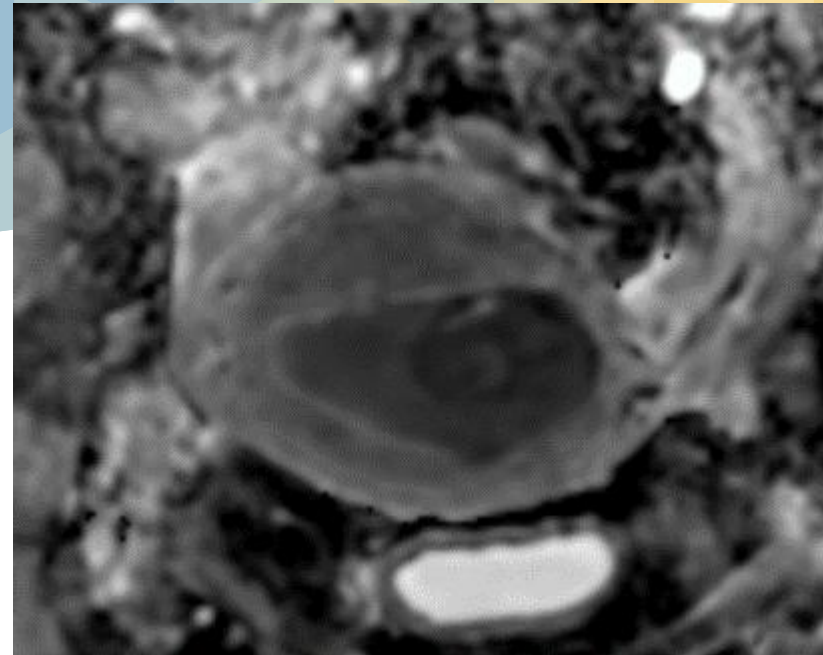
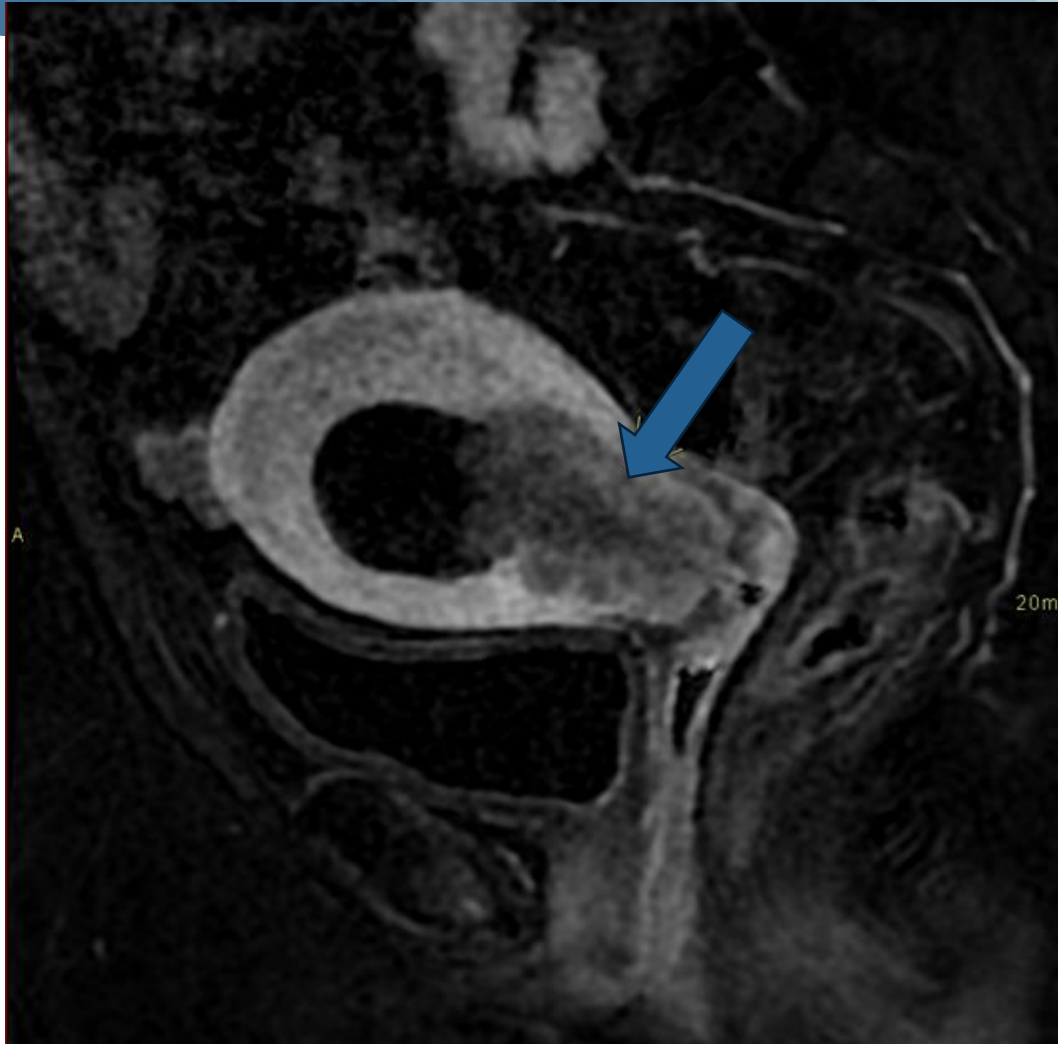


BEELDVORMING :

CT



BEELDVORMING : MRI



BEELDVORMING :

CT SCAN

- Heterogene aankleuring endometrium
- Uitzetting uterine caviteit
- Klieren iliacal bilateral, interaortocavaal en infrarenaal para-aortisch links
- Geen bot, long, lever meta's

MRI

- Obstructief uitgebreid endometriumcarcinoma in de isthmus en cervix uteri
- Pathologisch vergrote lymfeklieren iliacaal bilateraal:
- Voorstel tot MR staging FIGO IIIC.

MOC :

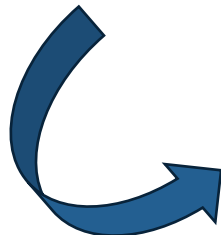
- Cervicale aantasting → normaliter wertheim
- Maar ook klieren + → sws RT nodig bekken + iliacaal en pAo



CHIRURGIE UP-FRONT

- Totale abdominale hysterectomie (geen wertheim gezien toch RT)
- negatieve SV nastrevend,
- resectie palpabele en suspecte klieren pelvien en pAo

NOTA: Genetische screening en labo CME nog te doen bij opname !



ADJUVANT

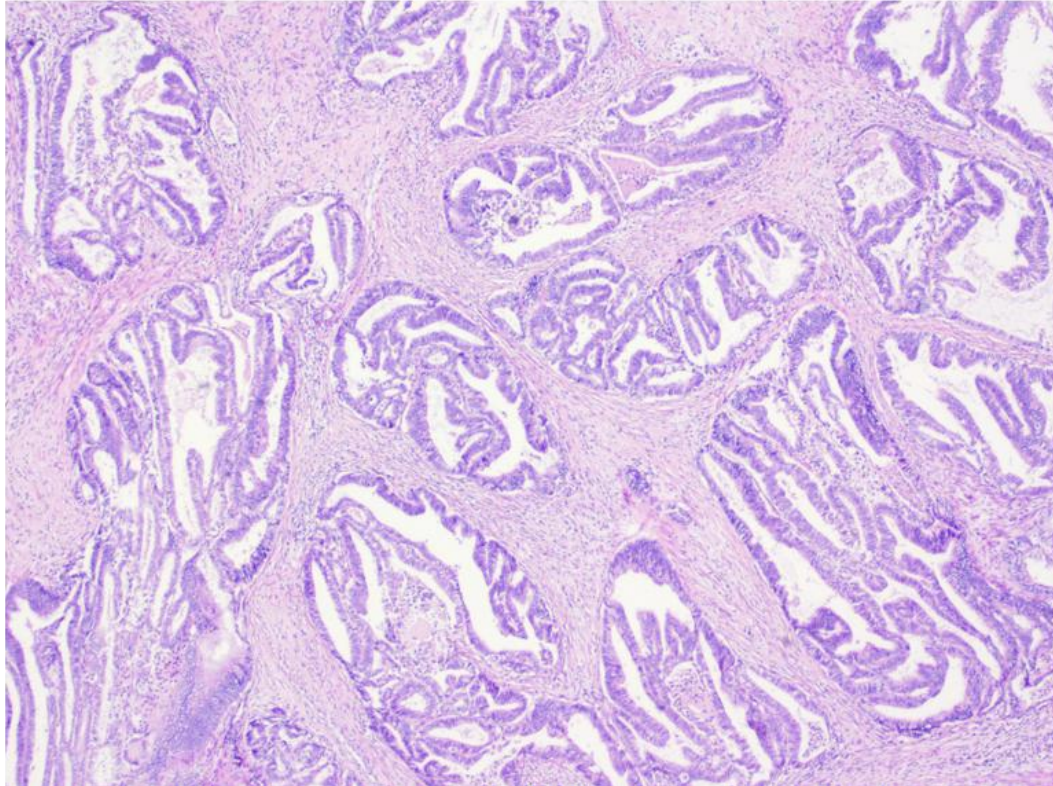
- *Chemotherapie*
TC + dostarlimab als dMMR
- *Radiotherapie*
RT Bekken + pelviene en pAo klierregio's



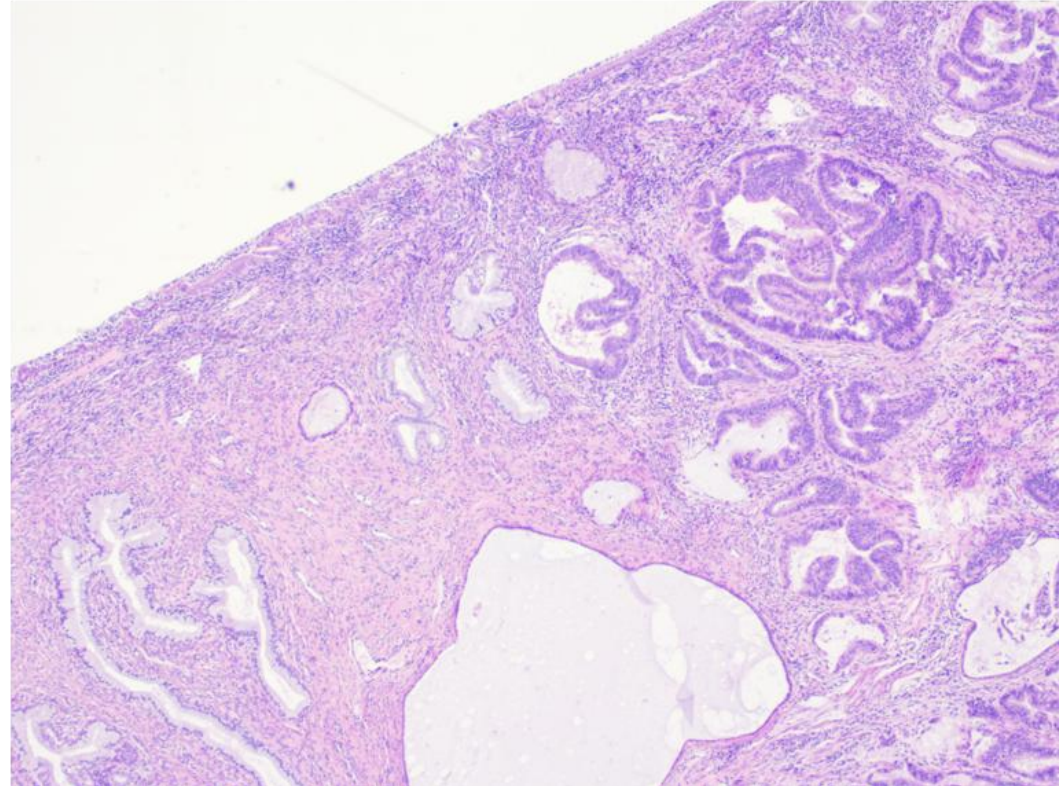
Sint-Maarten
algemeen ziekenhuis
emmaüs

Resultaten Pathologische Anatomie

Laaggradig endometrioid endometriumcarcinoom

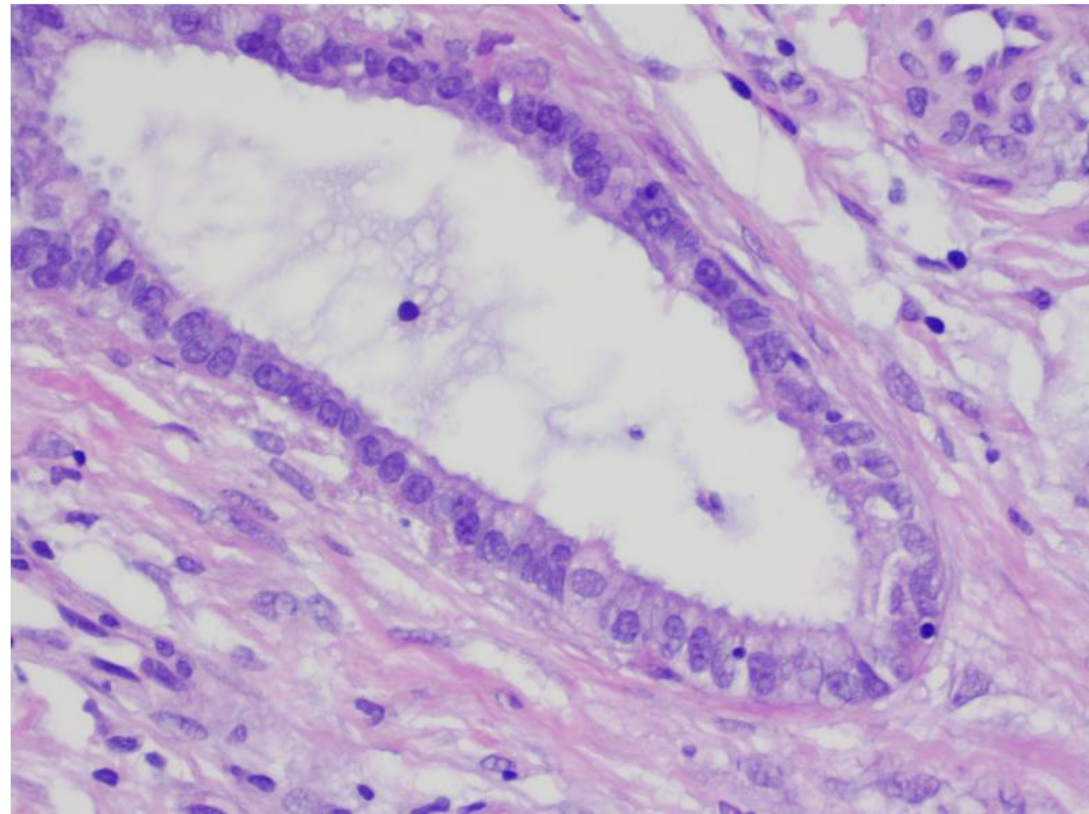
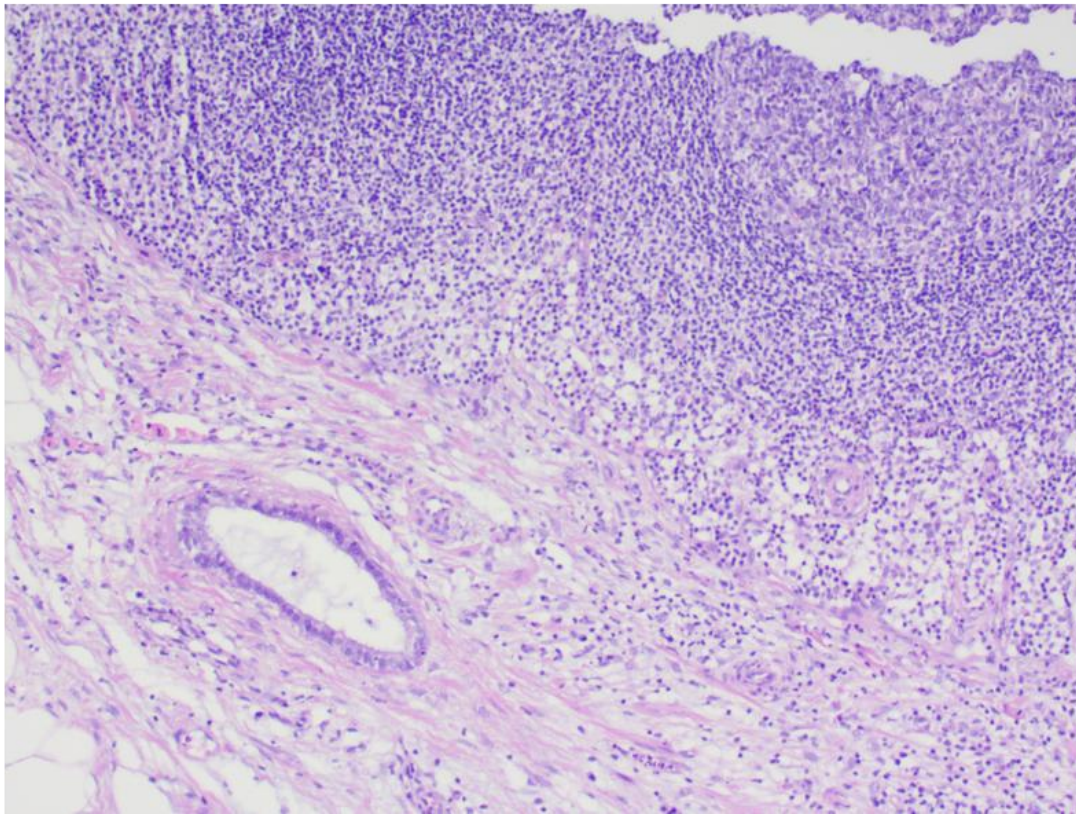


Invasie in cervicale stroma



Resultaten Pathologische Anatomie

Lymfeklieren met endosalpingiosis



MOC Bespreking

POSTOPERATIEF

APO

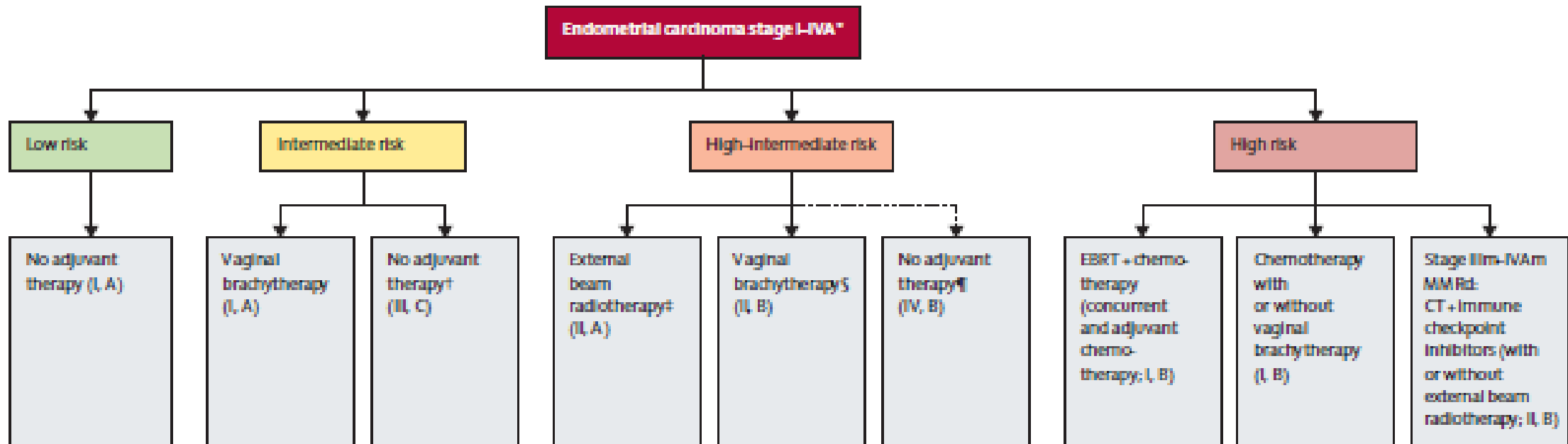
- Laaggradig (graad 2) endometrioïd adenocarcinoom.
- Invasief tot in de buitenste myometriale helft, zonder serosale aantasting.
- Uitgebreide invasie in cervicaal stroma.
- SV (-), LVI (+)
- LAD (-)
- Moleculaire classificatie: dMMR (verlies van MLH1 en PMS2).
- > Voorstel tot stadiëring (TNM9, 2025): G2 pT2 pN0 L1 V1 Pn0, stadium II.

Adjuvante therapie : AANGEPAST gezien andere APO bevindingen dan preop verwacht

- GEEN chemotherapie II en laaggradig, dus ook geen IO
- adjuvante radiotherapie enkel CENTROPELVISCH gezien
 - GEEN positieve klieren
 - Wel cervicale aantasting
 - LVI +

Moleculaire classificatie

- POLE
- MMRd (mismatch repair deficient)
- NSMP (no specific molecular profile)
- P53



Radiotherapie

***Pelviene radiotherapie: Bij voorkeur IMRT of VMAT 50 Gy (fracties van 1.8-2Gy) in ruglig
Doelvolumen: bovenste 2-3 cm vagina, paracolpos en resten parametria, klieren iliaca externa, interna en communis tot de bifurcatie van de aorta. PTV marge van 0.5 – 0.7 cm afhankelijk van de daily imaging ter controle van de positionering.: voor N+ zeker, maar in Leuven wordt ook stadium II (uitbreiding naar cervix) en N0 pelvien bestraald, terwijl wij hier in huis centropelvisch beperkt blijven... Dit handboek wordt door heel veel ziekenhuizen als leidraad gehanteerd (kliervevidement van 3-4 klieren is ook een evident...)***

Boost brachytherapie met als planning aim dose van >80Gy gedoseerd op GTV en > 65 Gy gedoseerd op D90 van LR-CTV (Uterus, cervix, bovenste deel vagina):. brachy boost enkel als primaire tumor aanwezig

Bij oudere patiënten : external beam radiotherapie + brachytherapeutische boost.: inoperabele patiënten (medisch of leeftijd of uitgebreidheid) bedoeld



Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Casus 2 : V. E. 01-02-1993, 33j

Borstcarcinooma
HER2+ tumor

Voornaam Achternaam
Datum

KLACHT: Zelf nodus gevoeld, na 20m borstvoeding

20m borstvoeding gegeven

vaak mastitis gehad
laatste in november, dan AB, verdwijnen infectie tekens.

Recentelijk toch blijvende nodus, contact huisarts en verder nazicht werd in gang gezet.

Voorgeschiedenis

- * Medisch: IDDM sinds 2014
- * Chirurgisch:
appendectomie laparoscopisch
- * Medicatie:
Novorapid met pomp
inslaper
- * Allergie: MR contrast ! Bij huidig
onderzoek
Tabak : (-)
- * Gynecologisch:
APG P1 op Borstvoeding +, zoontje
net 20m gegeven Contraceptie:
voor zw wel Vasectomie bij
partner
- * Familiaal
BrC mama: DCIS : BE + RT, geen
hormonale therapie - premenop

Klinisch onderzoek borst

Borst:

Klein borstvolume, cup B max
normale inspectie van huid en TAC bilateraal

- *Rechts*

rechter borst lijkt discreet forser van links.

Geen mastitis, geen oedeem, geen tepelretractie.

Op 6u (duidelijkst) en meer naar lateraal idd een 3tal slecht aflijnbare noduli te weerhouden.

Losliggend van huid en thoraxwand

- *Links*

geen verdachte noduli te palperen

Axillair:

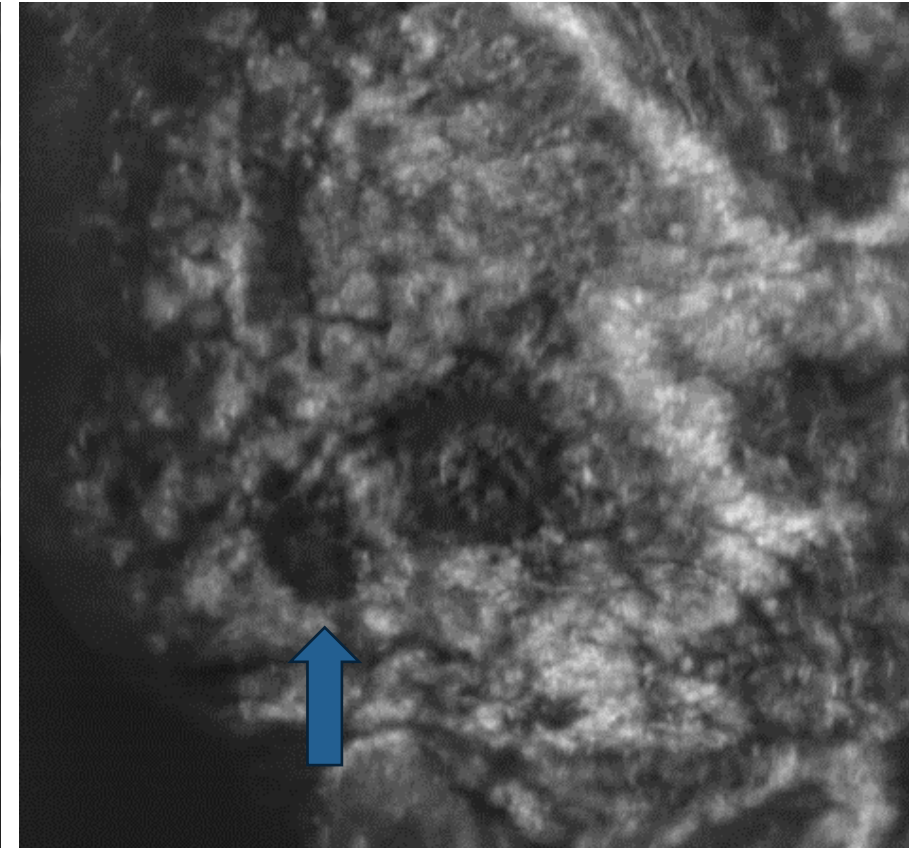
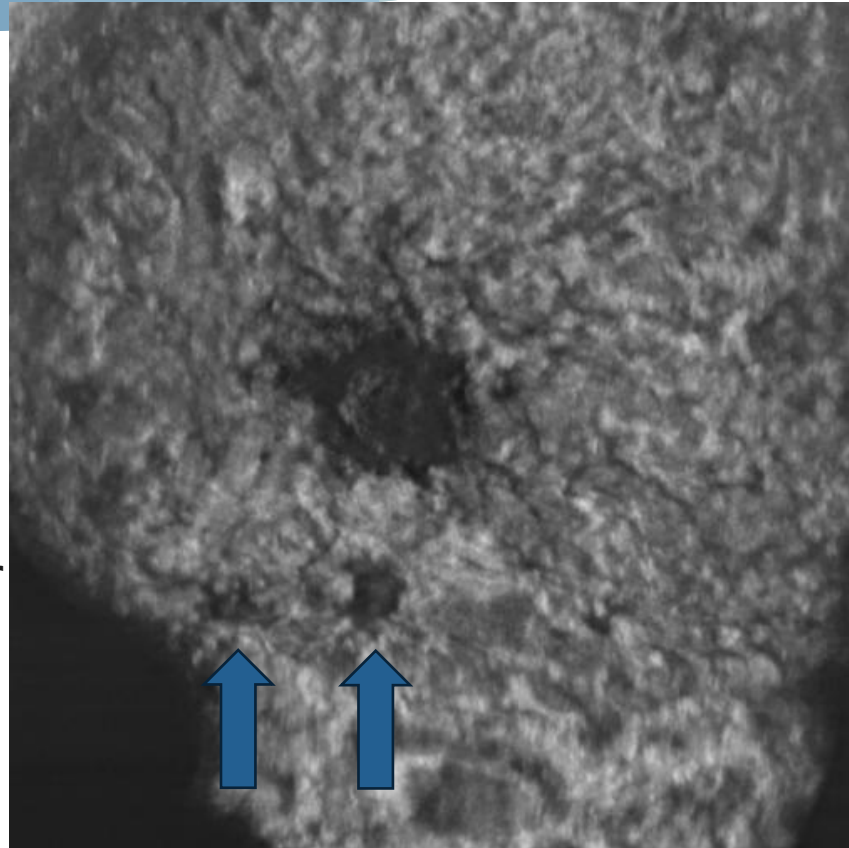
- links vrij klinisch,

- rechts palperen we een duidelijke doch zachte klier (echografisch wel suspect).

Beeldvorming borst

ABUS

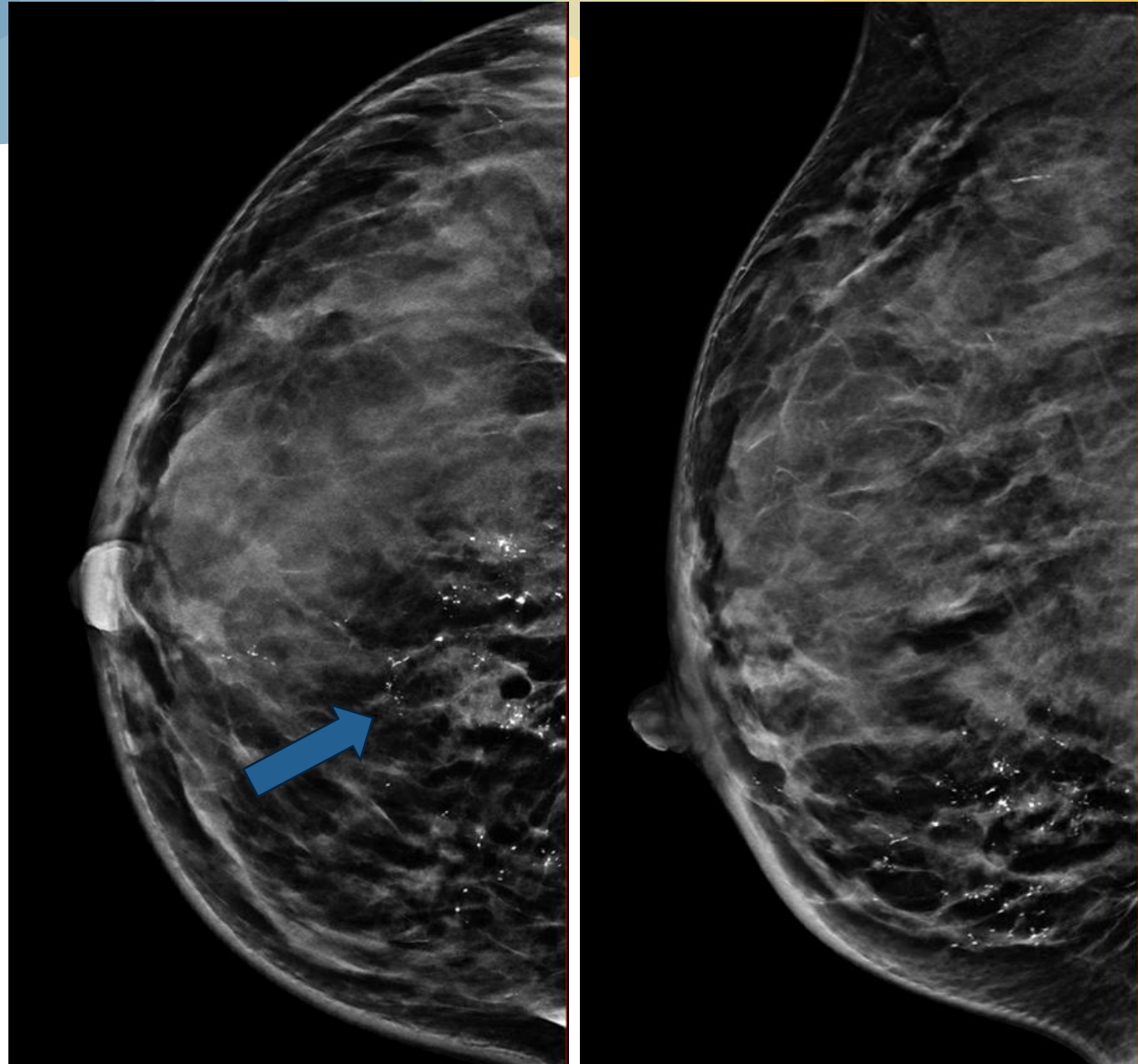
- Aanwezigheid van minstens viertal vastweefselnoduli
- Inliggende verkalkingen
- Tussen 5 en 9 uur
- Grootste letsel doormeter ca. 1,7 cm.
- BIRADS 5.



Beeldvorming borst

Mammo

- Inferior in de rechterborst uitgebreide zone van pleomorfe microcalcificaties
- Segmentaire distributie
- Verstoring van de architectuur met inliggende onregelmatige densiteiten
- BIRADS 5



Beeldvorming borst

Core Biopsie FNAC klieren axilla

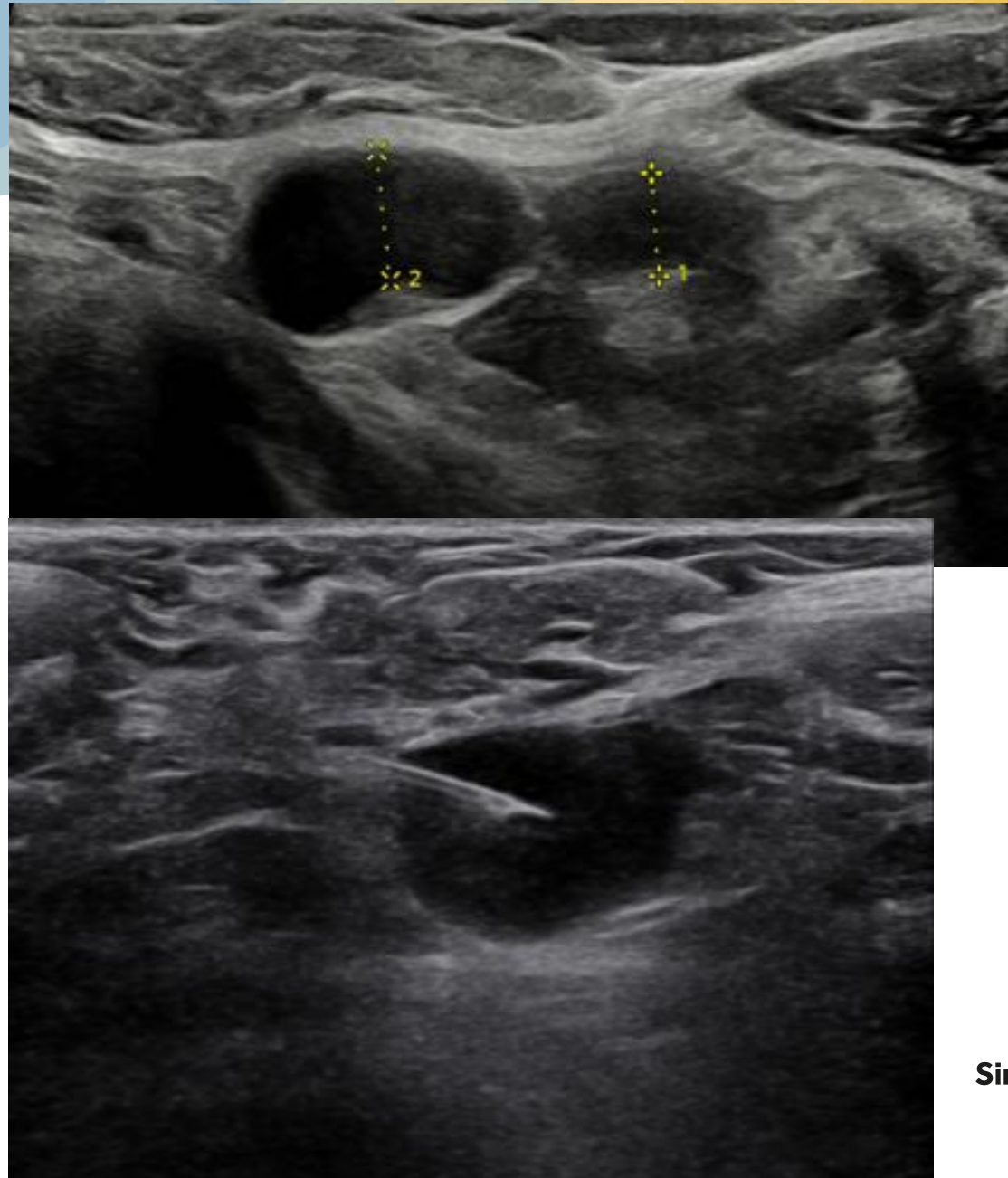
APO FNAC axillaire lymfeklier
rechts:

Grootste en meest caudaal
gelegen lymfeklier.

Maligniteit bevestigd

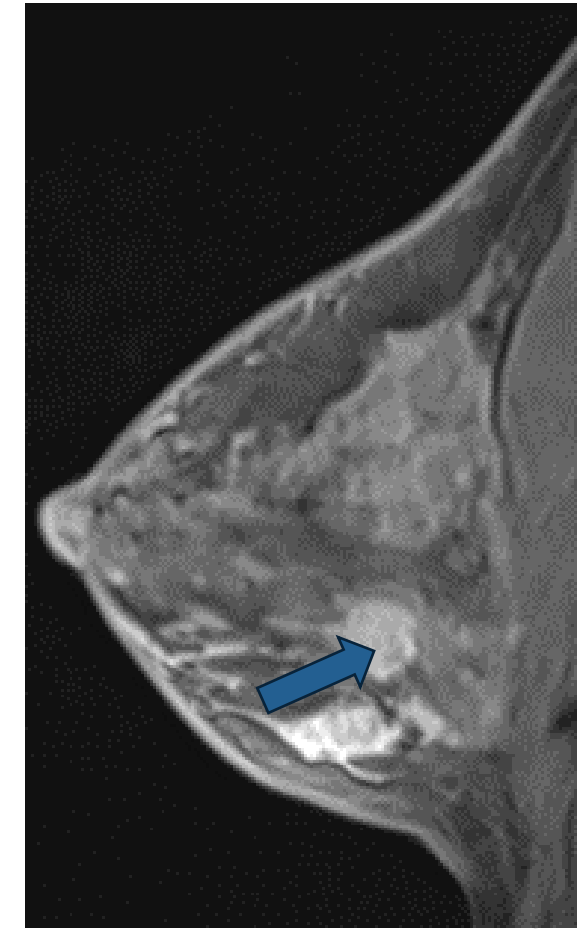
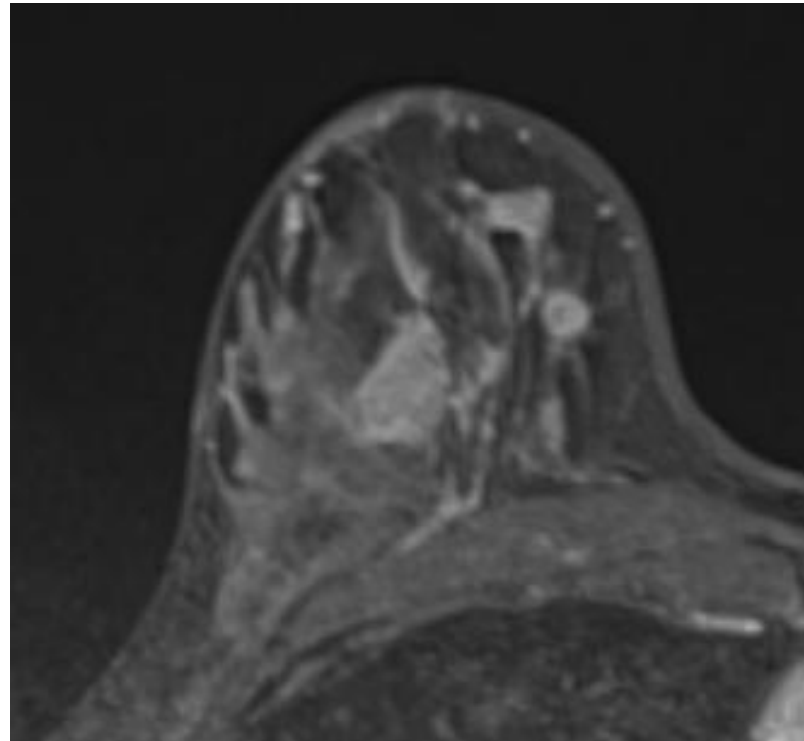
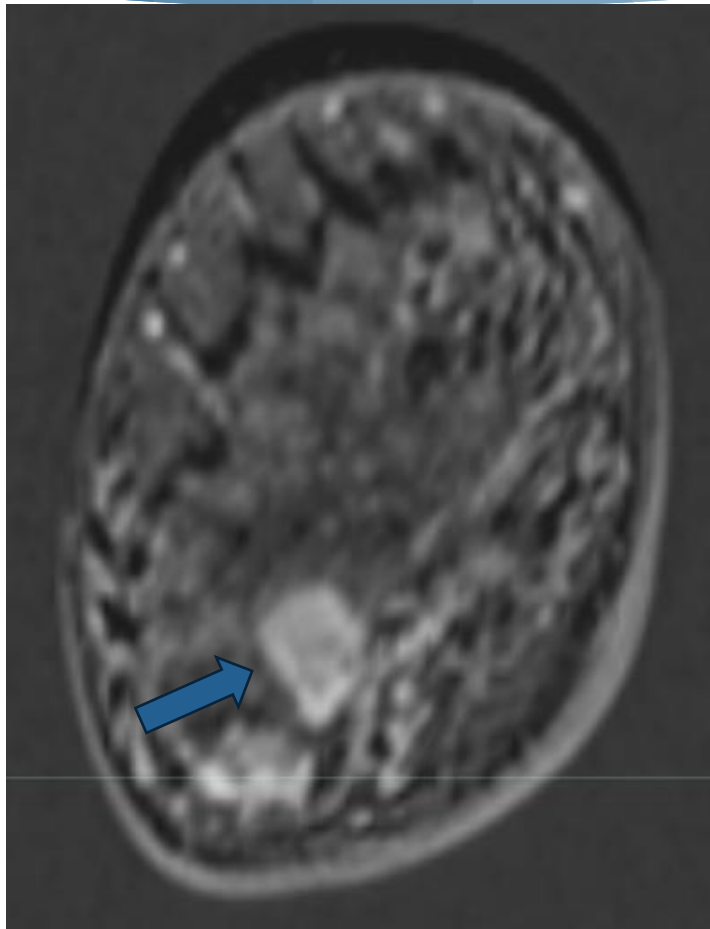
APO

cT3N1, IDA gr 3 ER+, ISH+
Ki67: 70% !



Beeldvorming borst

MRI

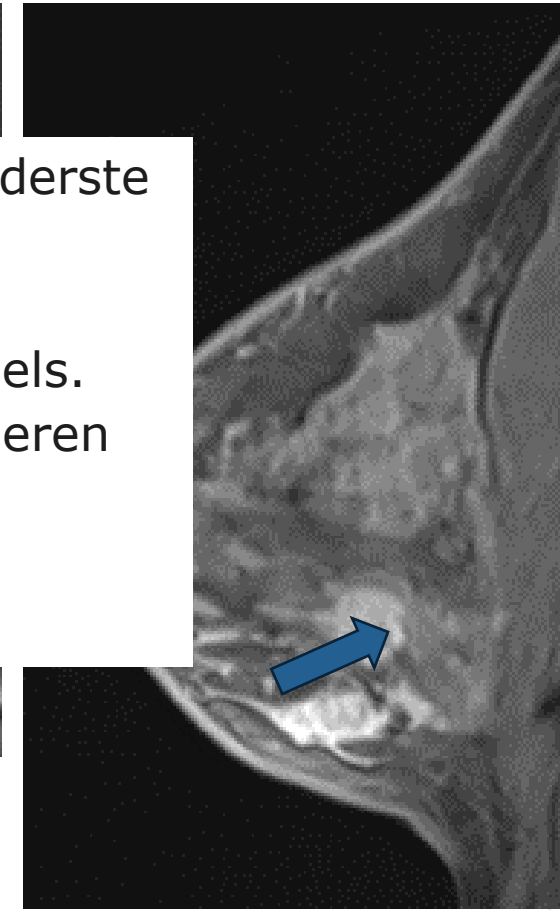
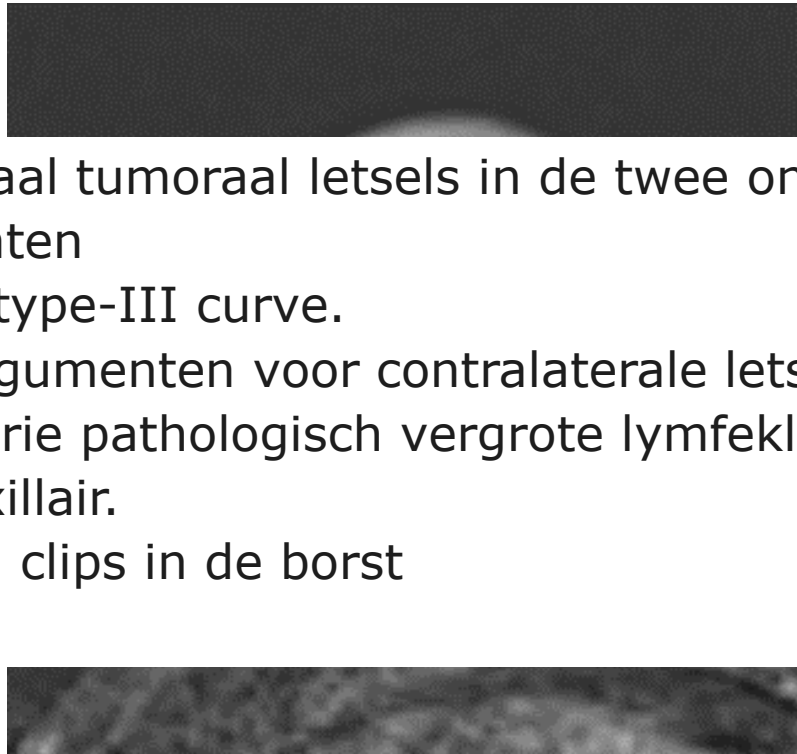


Beeldvorming borst

MRI



- Multifocaal tumoraal letsels in de twee onderste kwadranten
- Type-II type-III curve.
- Geen argumenten voor contralaterale letsels.
- Er zijn drie pathologisch vergrote lymfeklieren rechtsaxillair.
- Plaatsen clips in de borst



Beeldvorming borst

* Rx + ABUS

Uitgebreide zone van pleiomorfe segmentaire calcificaties inferieur in de rechterborst. Echografisch op dit niveau aanwezigheid van minstens een viertal vastweefselnoduli met inliggende verkalkingen tussen 5 en 9 uur gelegen waarvan de grootste met een doormeter ca. 1,7 cm. BIRADS 5.

* echo en core

1. Rechterborst: Multifocale laesie: corebiopsie uitgevoerd ter hoogte van drie zones.
2. Rechteroksel: drie vergrote lymfeklieren; FNAC uitgevoerd ter hoogte van de grootste en meest caudaal gelegen lymfeklier.

* APO

cT3N1, IDA gr 3 ER+, ISH+
Ki67: 70% !

Beeldvorming borst

* MR borsten

Multifocaal tumoraal verdacht letsel in de twee onderste kwadranten
5-8u, met multiële nodulaire contrastaankleuringen en type-II type-III curve.
Geen argumenten voor contralaterale letsels.
Er zijn drie pathologisch vergrote lymfeklieren rechtsaxillair.

* Echo borst:

- Nieuwe FNAC axilla
- Plaatsen clips in de borst (axilla wordt nog afgewacht ifv PET-CT)

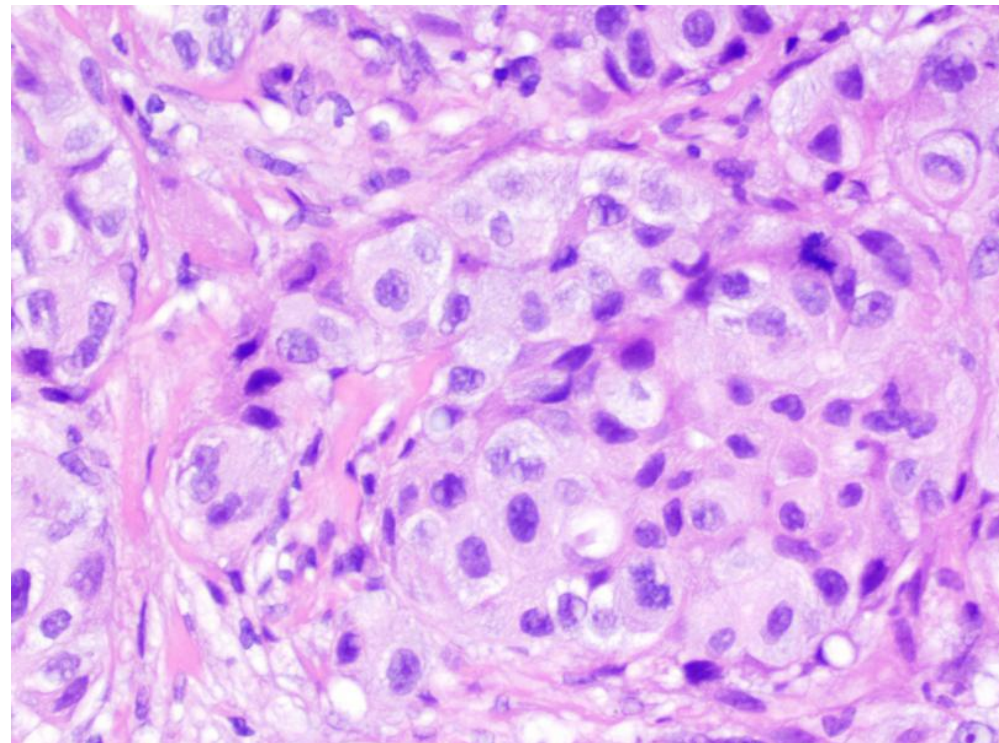
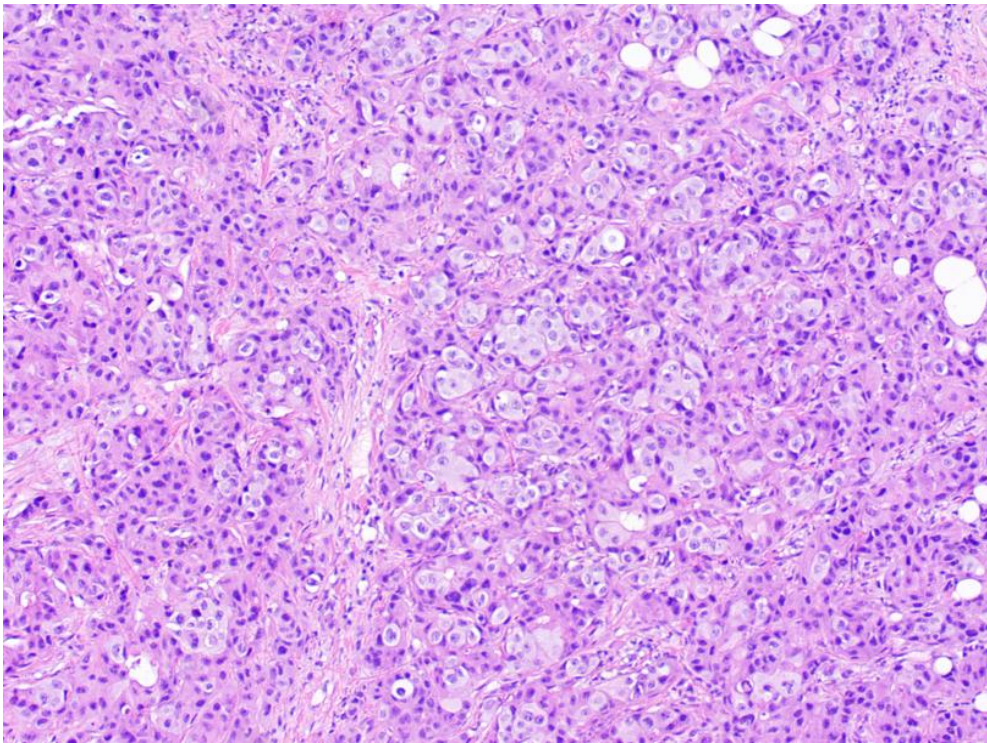
* APO FNAC axillaire lymfeklier rechts:

Maligniteit bevestigd

--> klieren in 2de tijd geclipt ! Cfr TAD na NACT

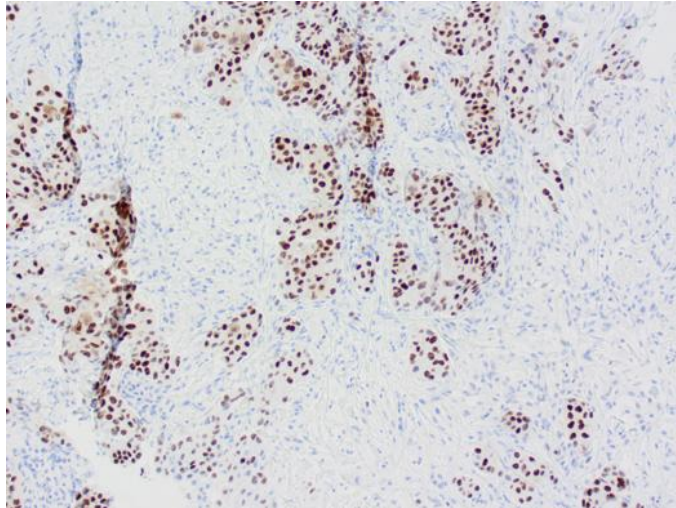
Resultaten pathologische anatomie

Invasief adenocarcinoma NST, graad 3

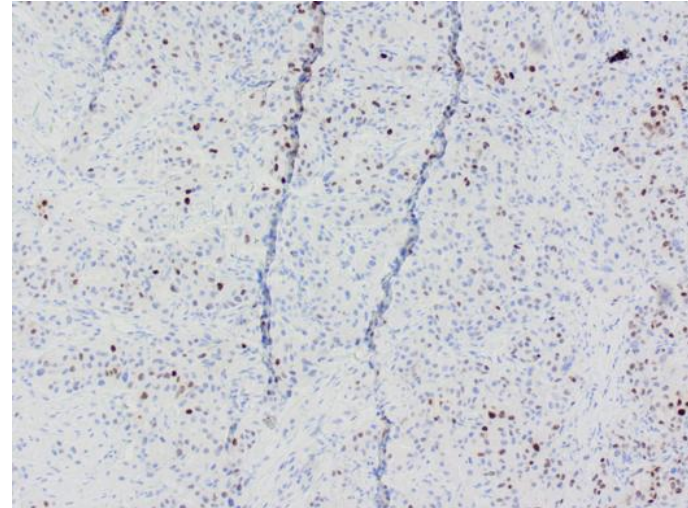


Resultaten pathologische anatomie

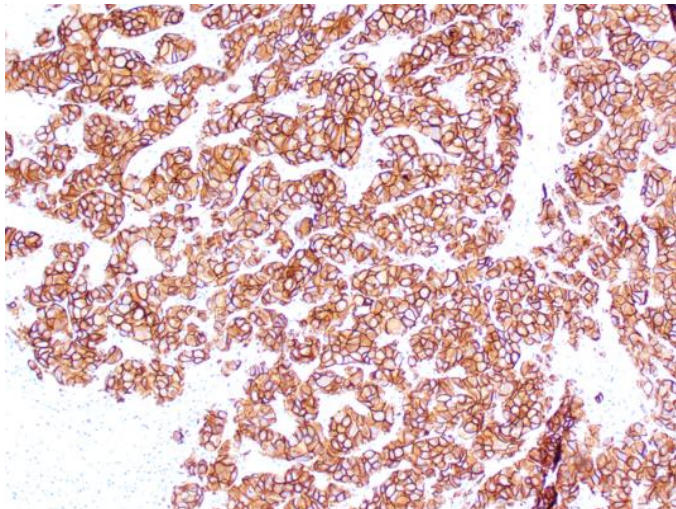
ER



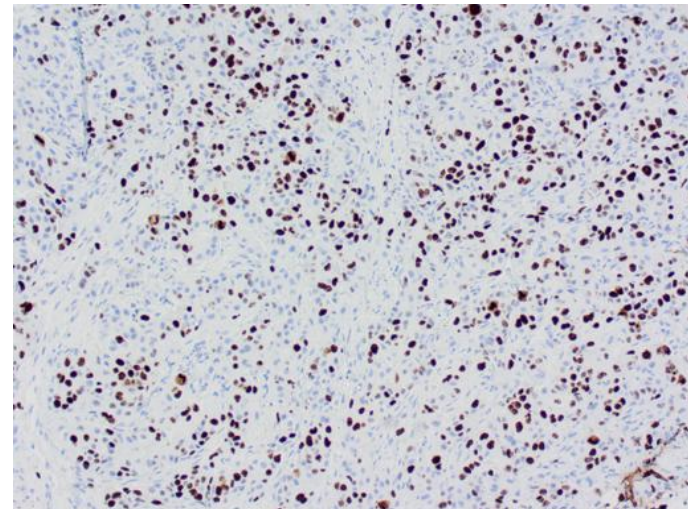
PR



HER2

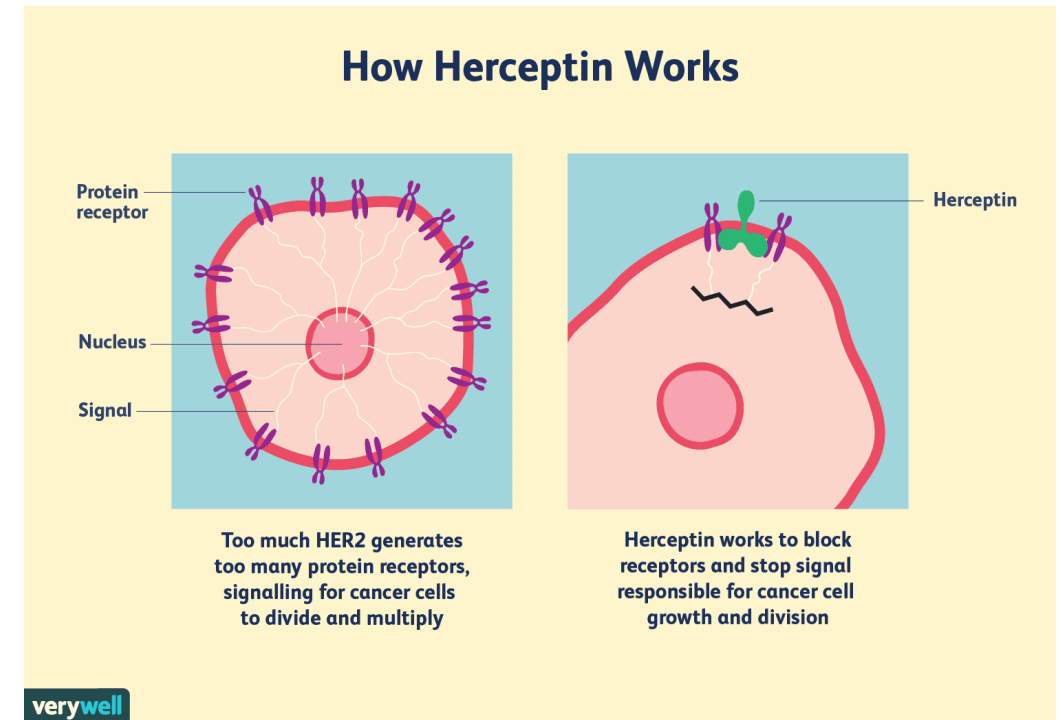


Ki67



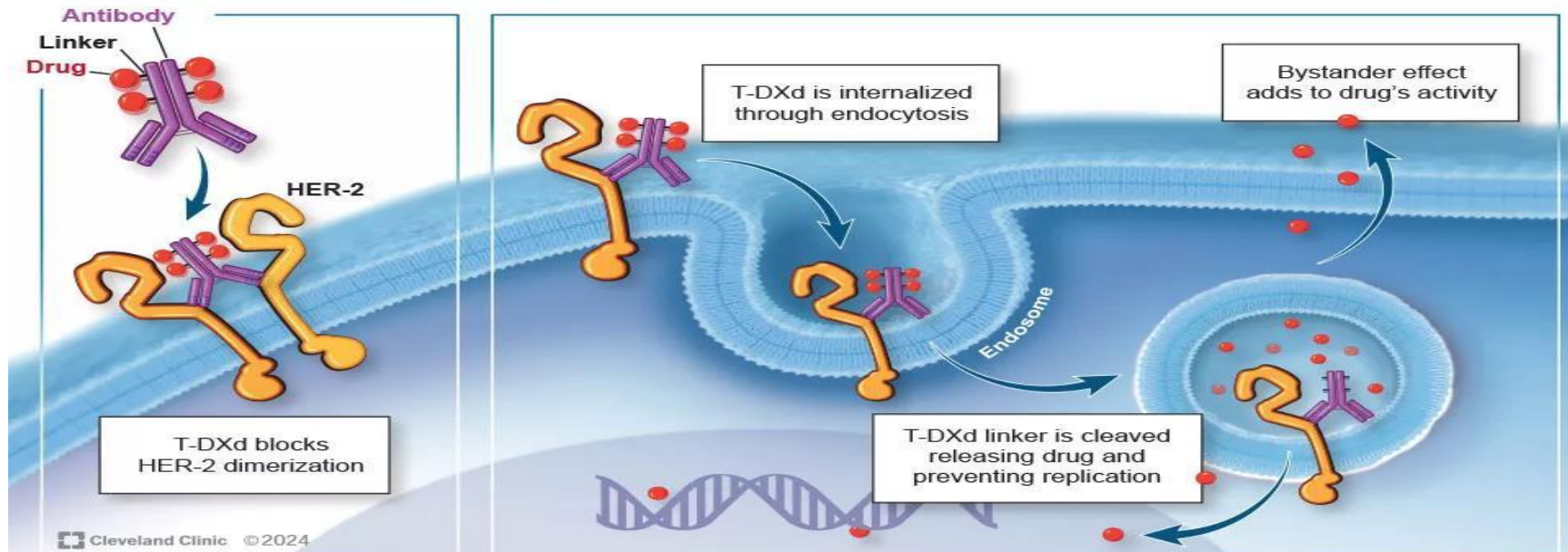
Behandeling

- Neo-**adjuvante** chemotherapie:
 - Anthracyclines versus geen anthracyclines: beslissing Taxotere-Carboplatinum
- Her2-blokkade: Herceptine-Perjeta gezien N+



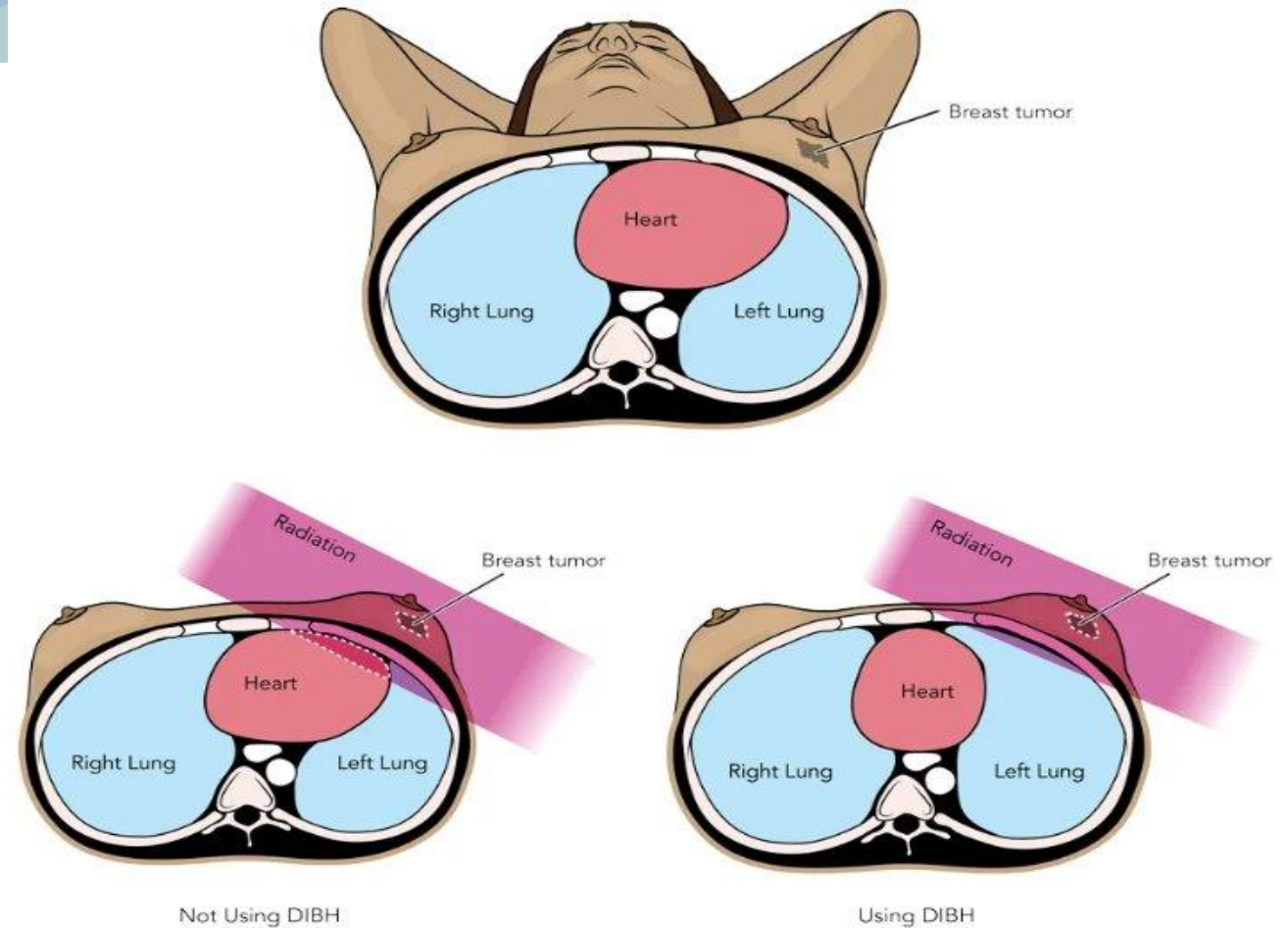
Behandeling

- Heelkunde: ifv respons
 - Poking borstsparend (daarom clips geplaatst), doch klein borstvolume (toch ME ?)
 - TAD (targeted axillary dissection)
- Adjuvant beleid in functie van definitief APO
 - Indien complete remissie: Herceptine-Perjeta verder
 - Indien niet: Trastuzumab-Emtansine of Trastuzumab-Deruxtecan



Adjuvante radiotherapie

- Ifv definitief APO: Y-stadiering
- Re borst en klierstreken gezien cN+
 - DIBH
 - 15 fracties





Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Casus 3 : C.M 13-5-1956, 70j

Borstcarcinooma:
cT1N0 70+

Klacht: zelf nodule rechterborst gevoeld

Via huisarts reeds mammo- en echografie gevraagd
Punctie uitgevoerd wegens verdacht letsel

Eerste contact borstkliniek beeldvorming reeds uitgevoerd en AP punctie reeds gekend

Voorgeschiedenis

*Medisch:

OSAS (noodzaak CPAP)

Obesitas

Failed gastric-bypass

Darmherniatie

Pneumonie

Endometriose

*Chirurgisch:

2 maal sectio

cholecystectomy

Hysterectomy

Maagbandje en verwijdering

Gastric bypass (met darmherniatie)

Redo gastric bypass (met fistel maagpouch)

Postoperatief pneumonie

*Allergisch:

pollen

*Medicatie:

Barinutrics multi v3 1/d

Ferogradumet 525 mg 1/d

Glucadol 1500 mg 1/d

Indapamide eg 2.5 mg 3/week

Pantoprazole teva 40 mg 1/d

Paroxetine eg 20 mg 1/d

Pravastatine eg 20 mg 1/d

Klinisch onderzoek borst

Borst:

- *Rechts*

Onregelmatig letsel onderste-buitenste kwadrant, discrete huidintrekking mediaal van letsel, beter te zien bij elevatie arm.

Geen mastitis, geen oedeem, geen tepelretractie.

- *Links*

Geen verdachte noduli te palperen

Axillair:

- *Bilateraal*

Geen vergrote lymfeklieren weerhouden

Beeldvorming borst preoperatief

*Mammo- en echografie:

Kleine grillige hypoechogene nodule rechts 8 uur, echografisch diameter 12 mm, BIRADS 4 C; onmiddellijk corebiopsie uitgevoerd. Sterk verdacht voor invasiviteit. Geen duidelijke argumenten voor multifocaal letsel/geen afwijking aan de lymfeklieren in rechteroksel. Geen adenopathieën in de okselstreek.

*CEM:

Weefseltype b: verspreid fibroglandulair weefsel.

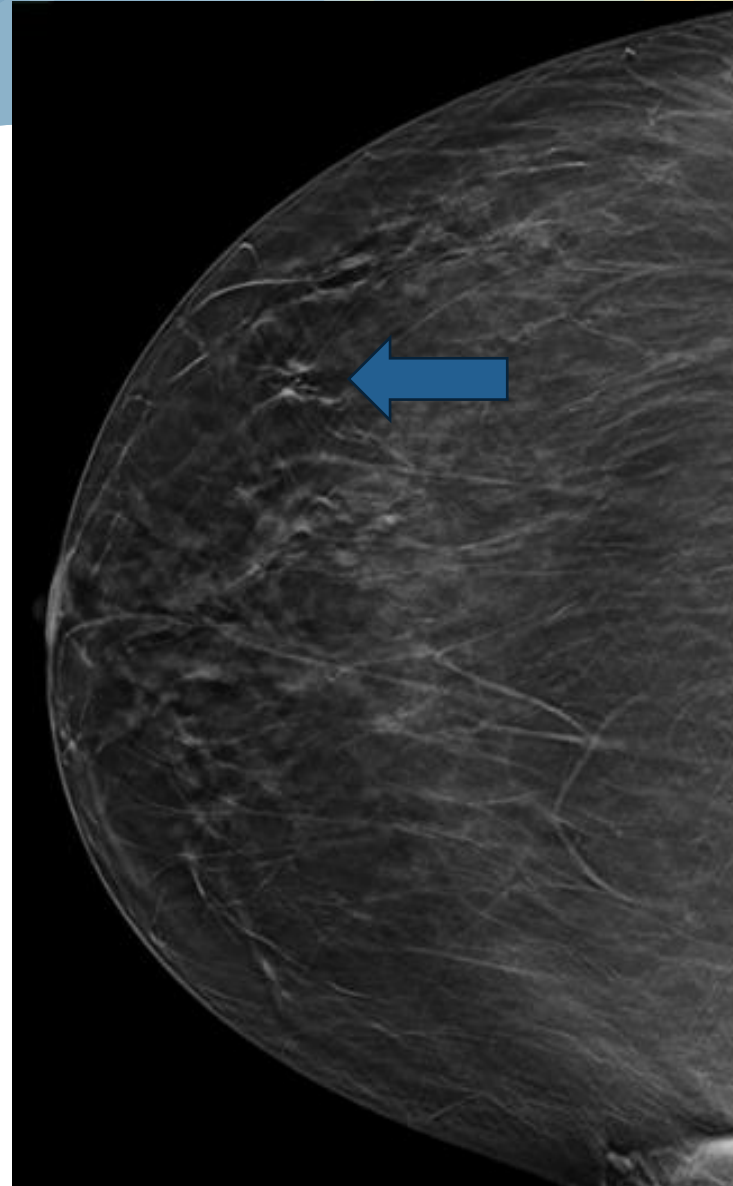
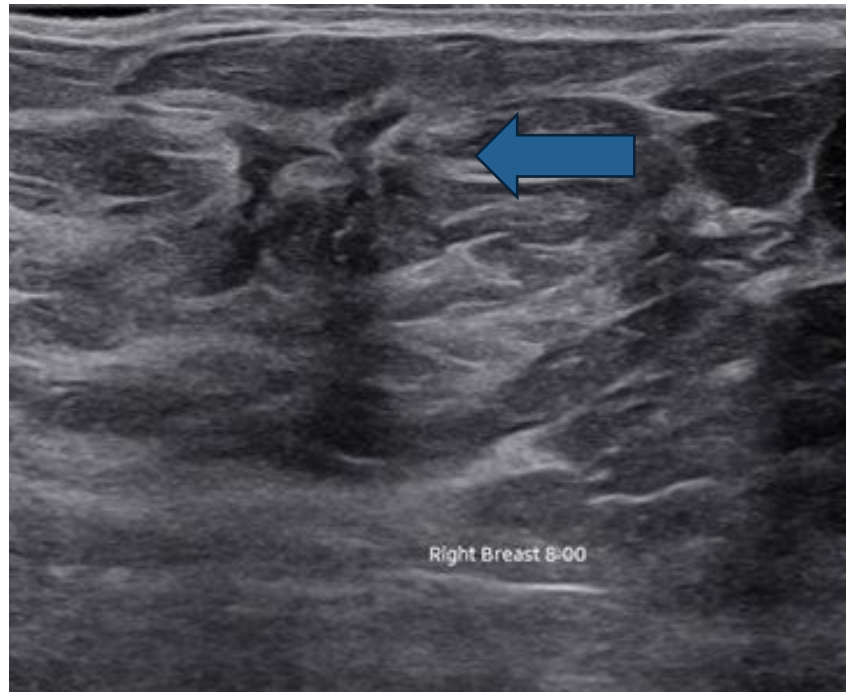
Bioptisch bewezen tumoraal letseltje retro-areolair rechts diameters 10x11 mm. Geen andere ipsilaterale of controlaterale letseltjes aantoonbaar.

*Anatoompathologie biopten:

Invasief mammacarcinoom NST Gr 2, ER+, PR+, HER2-status 2+; ISH (-) Ki67 10 %

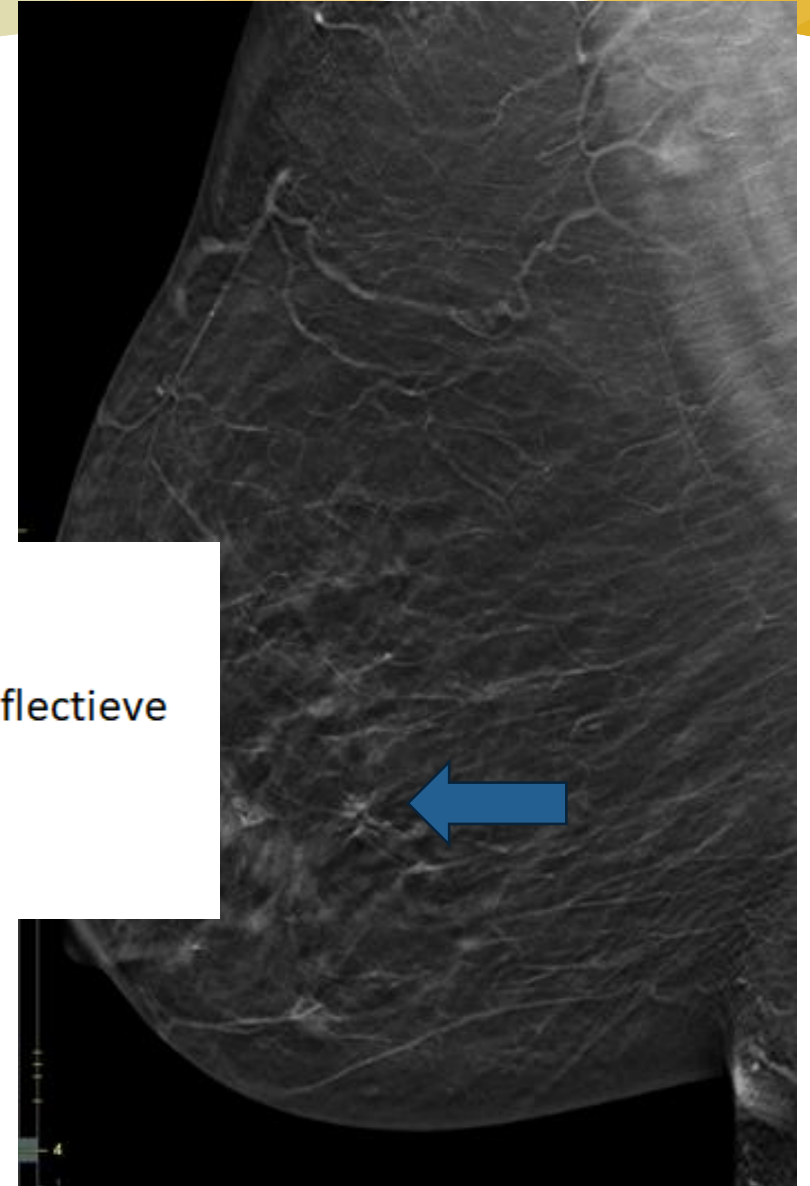
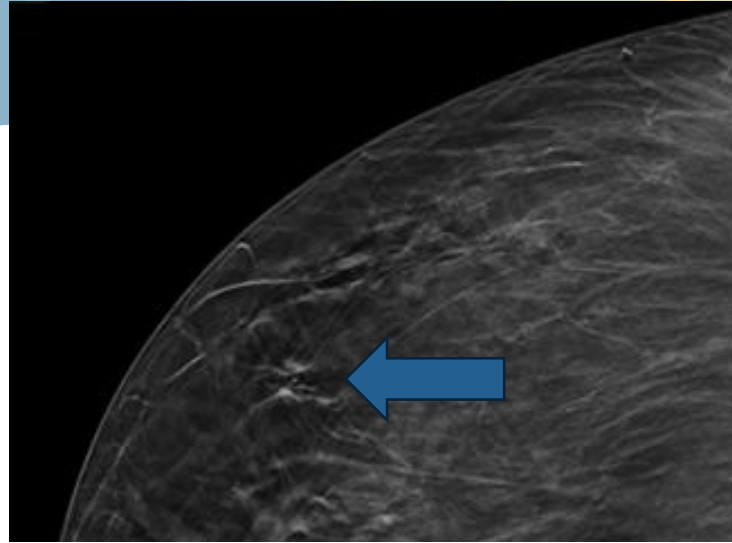
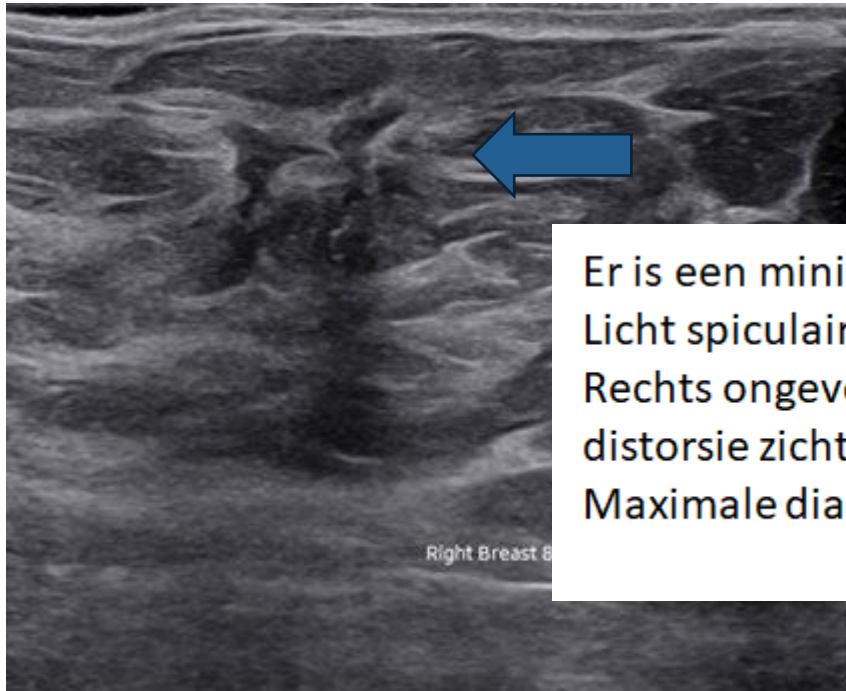
Beeldvorming borst

Mammo en echo



Beeldvorming borst

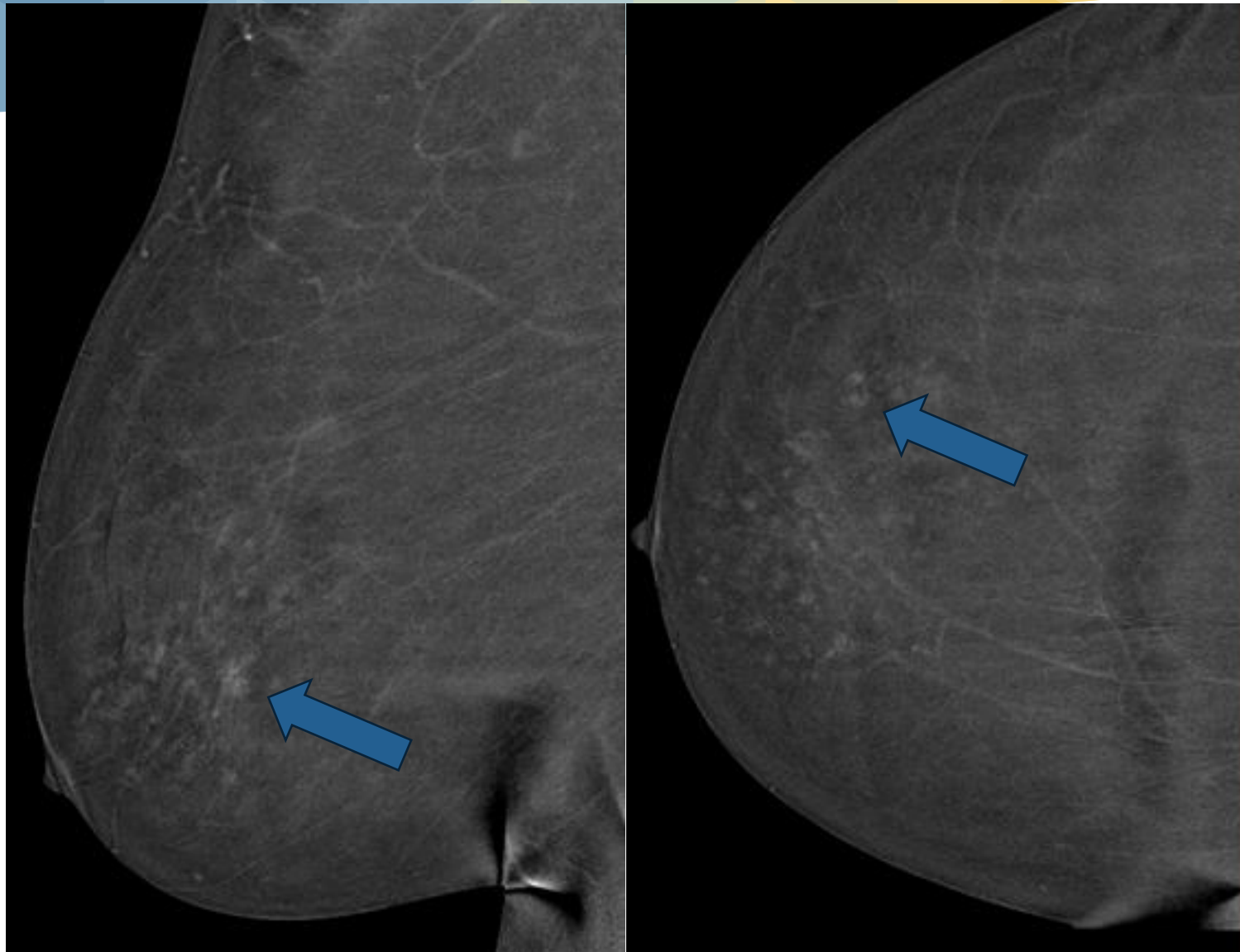
Mammo en echo



Er is een minimale distorsie zichtbaar
Licht spiculaire kenmerken.
Rechts ongeveer op 8 uur is een kleine grillige hyporeflexieve
distorsie zichtbaar.
Maximale diameter 12 mm.

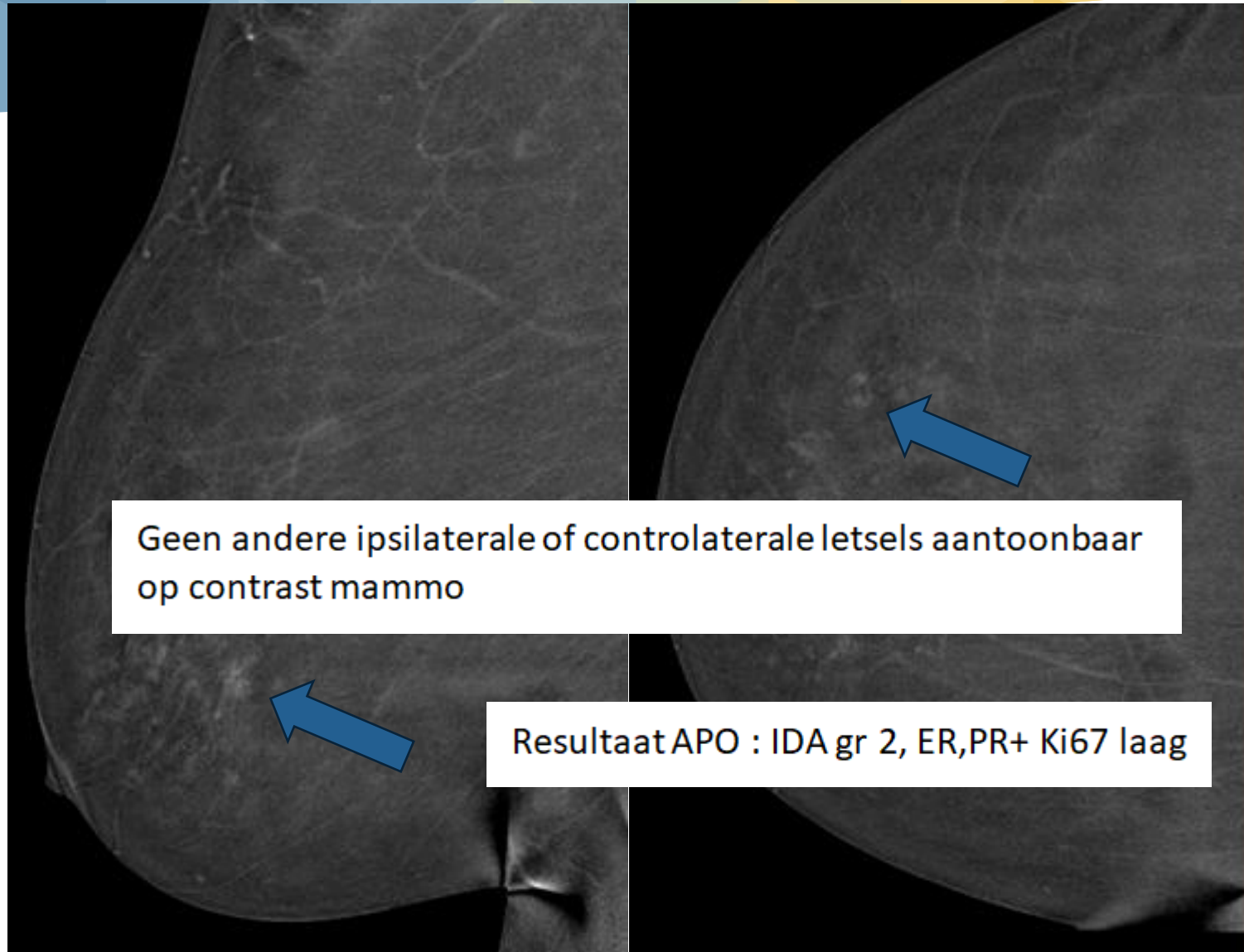
Beeldvorming borst

Contrast mammo



Beeldvorming borst

Contrast mammo



Bilan

Preoperatief : de-escalatie bilan

* RX thorax: Geen significante afwijkingen.

* Labo CA 15.3: 18

De-escalatie Bilan



Bilan

cT1N0, gr 1-2:

Enkel Rx thorax en labo

CT thorax-abdomen als

- hooggr letsel (gr3, TN,
- $\geq T2$
- N1

PET-CT: per casus te bespreken

- Zeker bij cT4d
- Forse axillaire aantasting e/o grote tumor

Preoperatief

*70-jarige dame borstcarcinoma rechts(8u): stadium cT1cN0M0, ER/PR+, ISH-, ki: 10%.

*Brede excisie/tumorectomie zonder sentinel.

Borstkanker bij 70+

Wanneer sentinelklierbiopsie achterwege laten?

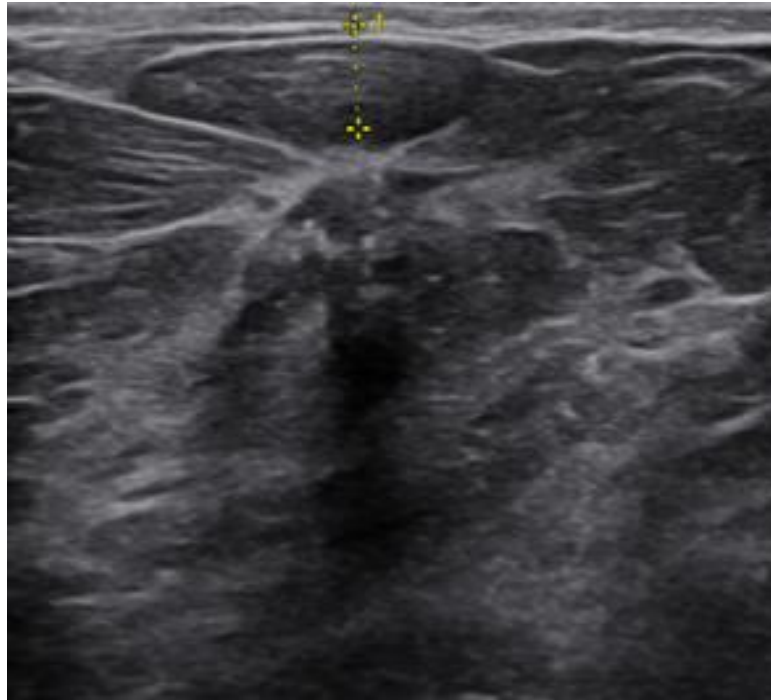
NIEUWE RICHTLIJNEN

- Tumor niet groter dan 2 cm
- ER/PR-positief
- Graad 1-2
- cN0

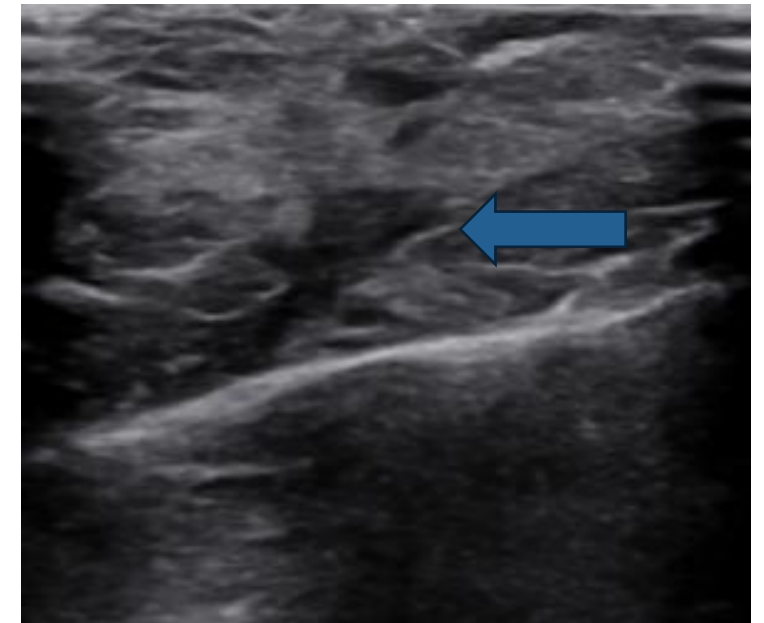
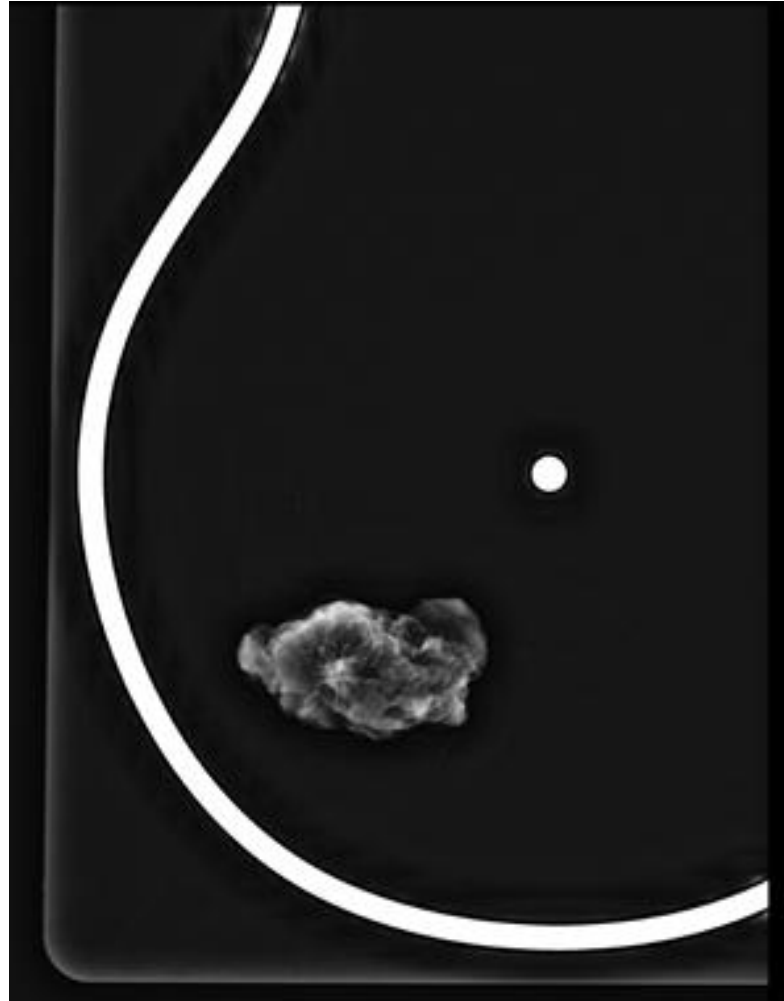
De-escalatie chirurgie

Beeldvorming borst

Pre-op markage

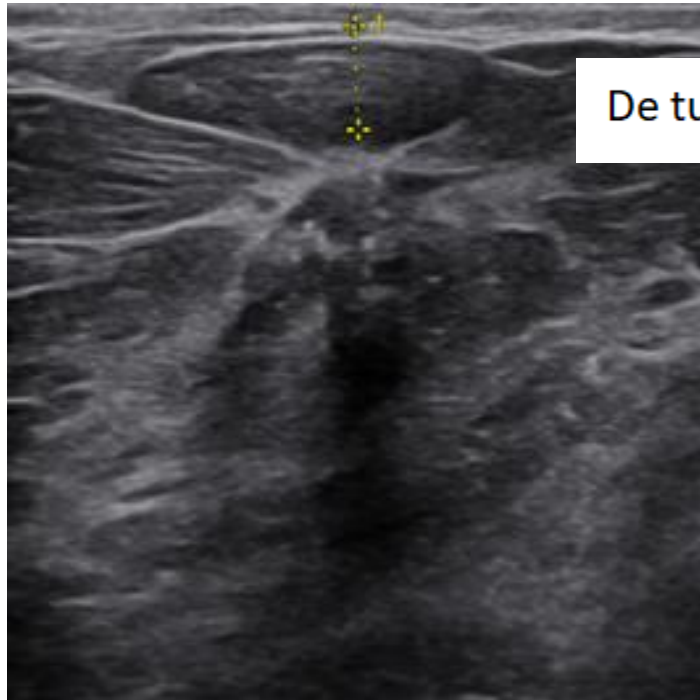


Controle post resectie



Beeldvorming borst

Pre-op markage



Controle post resectie

De tumor is duidelijk zichtbaar en centraal gelegen in het resectiestuk.

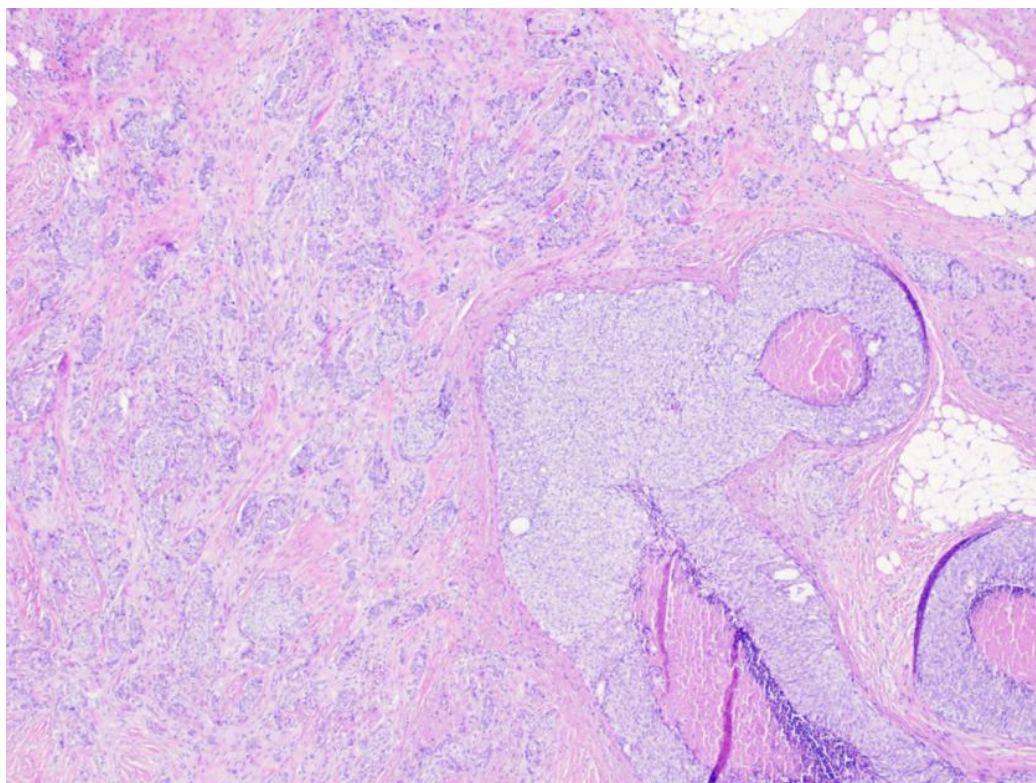


Resultaten pathologische anatomie

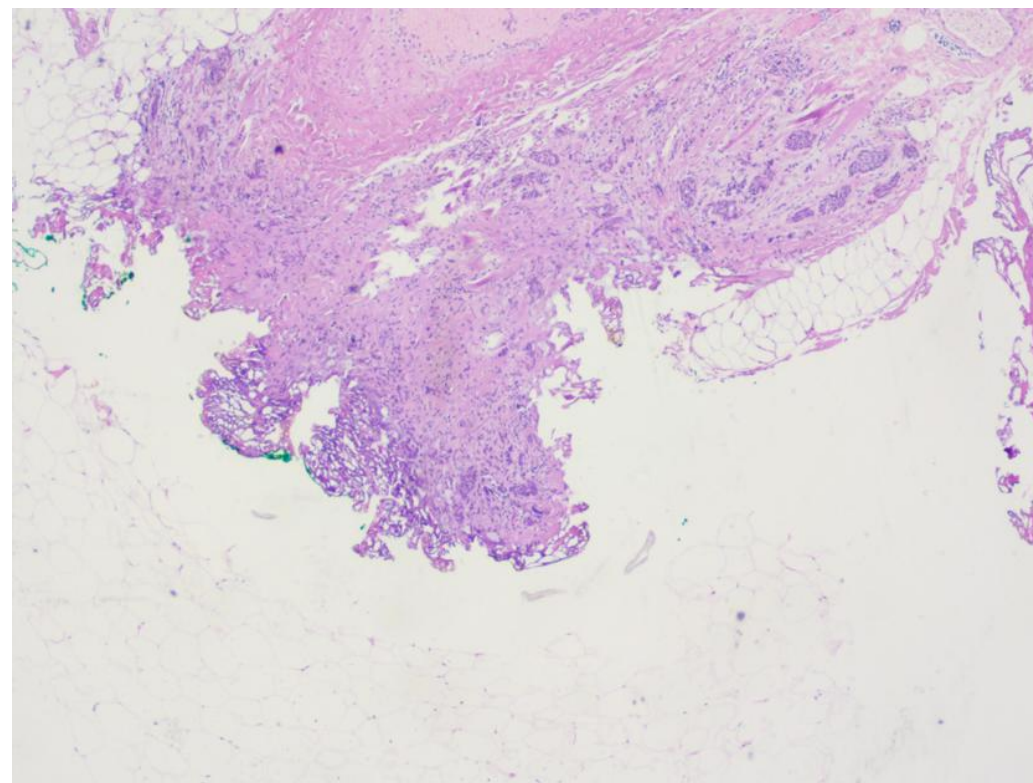
- Tumor 1: matig gedifferentieerd invasief adenocarcinoma NST, 1.4cm
- Tumor 2: matig gedifferentieerd invasief adenocarcinoma NST, 0.7cm
- DCIS thv T1 met totale diameter (IDA + DCIS) van 1.4 cm
- Geen LVI
- Snijrand: tot in het mediocaudale snijvlak voor tumor 2 over een afstand van 1.5 mm
- TNM: pT1c(2)
- ER+, PR+, HER2 1+, Ki67 10%

Resultaten pathologische anatomie

Matig gedifferentieerd
invasief adenocarcinoma NST + DCIS



Mediocaudale snijrand



Adjuvante radiotherapie

FAST FORWARD schema

- 5 fracties grote velden (volledige borst)
- 4 fracties boost tumorbed, met 1 extra fractie gezien SV+
- Free Breathing techniek

De-escalatie Radiotherapie



Sint-Maarten

algemeen ziekenhuis
emmaüs

Vragen ?

Multidisciplinair borstcentrum
17/10/2026

