

Carcinoma in situ		Werkafspraken
 Sint-Maarten algemeen ziekenhuis emmaüs	Inhoudelijk goedkeurder	Dominique De Bal
	Geldig vanaf	07/05/2024
	Referentie	AZSTM-007244
	Versie	2.0

Inhoud

3.1	Kleine letsels:	3
3.2	Uitgebreide letsels:	3
3.2.1	Bij contra-indicatie radiotherapie:	3
3.2.2	Recoupe:	3
4.1	Radiotherapie:	3
4.2	Hormonaal beleid:	4
6.1	Investigatie:	4
6.2	Diagnose:	4
6.3	Behandeling:	5
6.4	Follow-up:	5

1 DIAGNOSE

RX mammo: in geval van microcalcificaties zijn preoperatieve vergrotingsopnames alsook profielopnames nodig.

Contralaterale imaging (cave gelijktijdige bilaterale ziekte).

Echografisch gerichte corebiopsie of stereotactische mammotoombiopsie.

Histologische diagnose voor ingreep noodzakelijk.

MR/CEM Aanvullend om uitbreiding buiten de grenzen van de microcalcificaties te evalueren na overleg met radiologie in functie van uitgebreidheid en densiteit van het borstklierweefsel.

Follow-up calcificaties:

- benigne:
 - screening 2-jaarlijks
- waarschijnlijk benigne (BIRADS 3):
 - controle RX na 6 maanden met vergrotingsopnames
- Verdacht/maligne (Birads 4)
 - core/mammotoom
 - positief: heekunde
 - negatief:
 - radio-, pathologische confrontatie
 - indien conform: controle na 6 maanden
 - indien onveranderd: jaarlijks

Als DCIS en LCIS vermoeden op MR, zonder aanwezigheid van microcalcificaties of echografisch correlaat, kan een MR geleide punctie gebeuren.

2 PATHOLOGISCHE EVALUATIE

Uitsluiten van invasief borstcarcinooma.

Karakterisatie van DCIS:

- nucleaire graad*
- architecturaal patroon
- grootte van de tumor
- necrose:
 - focaal: kleine foci of individuele celnecrose
 - centraal: "comedo" necrose
- VNPI**
- snijranden
- ER/PR-bepaling

Bepaling en meting van de snijvlakken:

- de afstand tot de snijranden dient gerapporteerd te worden
- de snijrand is enkel positief (ingenomen) indien er inkt is op het carcinooma in situ
- indien de snijrand positief is of nipt (<2 mm vrije marge), dient ook de uitgebreidheid van de positieve of nipte snijrand gerapporteerd te worden. Geef de ingenomen snijrand weer in mm.

(*) Nucleaire graad

Kenmerk	Graad 1 (laag)	graad 2 (intermediair)	Graad 3 (hoog)
Pleiomorfisme	Monotoon/monomorf	Intermediair	Uitgesproken pleiomorf
Grootte	1,5x - 2x grootte van erythrocyt of van een normale kern van ductus	Intermediair	>2,5x grootte van erythrocyt of van een normale kern van ductus
Chromatine	Meestal diffuus en fijn verdeeld	Intermediair	Meestal vesiculair met onregelmatige verdeling
Nucleoli	Enkel hier en daar	Intermediair	Prominent, vaak talrijk
Mitosen	Enkel hier en daar	Intermediair	Kunnen frequent zijn
Oriëntatie	Gepolariseerd naar het lumen	Intermediair	Meestal niet gepolariseerd naar het lumen

(**) Van Nuys Prognostic Index for Breast Ductal Carcinoma in Situ

Size score	Margin score	Pathologic classification score	Age, years
------------	--------------	---------------------------------	------------

1 = $\leq$ 15 mm	1 = $\geq$ 10 mm	1 = non-high-grade lesion without comedonecrosis (nuclear grade 1 or 2)	1 = $\geq$ 60
2 = 16 to 40 mm	2 = 1 to 9 mm	2 = non-high-grade lesion with comedonecrosis (nuclear grade 1 or 2)	2 = 40 - 60
3 = $\geq$ 41 mm	3 = $<$ 1 mm (involved or close)	3 = all high-grade lesions, with or without comedonecrosis (nuclear grade 3)	3 = $\leq$ 40

De totale score is de som van de 4 afzonderlijke scores.

(**) Reproduced with permission from: Silverstein, MJ. The University of Southern California/Van Nuys Prognostic Index. In: Ductal carcinoma in Situ of the Breast, 2nd ed, Silverstein, MJ, Recht, A, Lagios, MD, eds, Lippincott, Williams and Wilkins, Philadelphia 2002. p 465. Copyright © 2002 Lippincott Williams and Wilkins.

3 HEELKUNDE

3.1 Kleine letsels:

brede excisie na reperage: we beogen negatieve snijranden (geen transsectie), goede oriëntatie van het operatiespecimen in 3 onafhankelijke vlakken met draden en clips peroperatieve stuk RX ter beoordeling van SV en vergelijking met RX mammo, indien nodig primaire recoupe
plaatsing van clips in het tumorbed (voorbereiding op RT)

3.2 Uitgebreide letsels:

- mastectomie +/- reconstructie
- SN procedure enkel bij letsels >5 cm én GIII

3.2.1 Bij contra-indicatie radiotherapie:

mastectomie +/- reconstructie

3.2.2 Recoupe:

- bij transsectie of niet beoordeelbare snijrand
- pleiomorfe LCIS wordt benaderd zoals een DCIS

4 ADJUVANT BELEID

4.1 Radiotherapie:

- klassiek LCIS/vlakke atypie: geen radiotherapie
- DCIS en pleiomorf LCIS:
 - na mastectomie: geen radiotherapie
 - na borstsparende chirurgie:

- SIB (Simultaneous Integrated Boost): radiotherapie van de borst tot 40,05 Gy met een SIB tumorbed tot 48 Gy in 15 fracties, 53 Gy bij SV+
- FF (Fast Forward): radiotherapie van de borst tot 26 Gy in 5 fracties gevolgd door een sequentiële boost tumorbed van aanvullend 10 Gy in 4 fracties, 13.35 Gy/5 fracties bij SV+
- PBI: RT tumorbed 26 Gy in 5 fracties – geen boost: te overwegen als:
 - marges $\geq$ 3 mm
 - graad 1-2
 - <25 mm tumorgrootte
 - >50j
 - ER/PR+

Geen adjuvante radiotherapie te overwegen bij:

- VNPI: 4
- Levensverwachting <5j

4.2 Hormonaal beleid:

Tamoxifen 5 mg p/d of 10 mg om de 2 dagen, gedurende 3 jaar zo receptorpositief.

5 FOLLOW-UP

Klinisch onderzoek 1x/6 maanden gedurende de eerste drie jaar, nadien jaarlijks.

Geen labo nodig.

RX mammo- en echografie jaarlijks.

6 MORBUS PAGET

Ziekte van Paget is een intra-epidermale proliferatie van maligne glandulaire cellen.

Aandoening van de tepel en areola, klinisch gekenmerkt door een eczematöide omvorming van de huid met korstvorming en jeuk.

Paget van de borst gaat dikwijls gepaard met een onderliggende in situ of invasieve tumor.

6.1 Investigatie:

- RX mammo/echo
- MRI
- Bilan als ook invasieve component aanwezig: zie operabele tumoren

6.2 Diagnose:

- zo geen onderliggende tumor: biopsie onder lokale verdoving
- zo onderliggende tumor: cfr. invasief/in situ carcinoma

6.3 Behandeling:

- zo onderliggende micro's of invasieve tumor: cfr. in situ of invasief carcinoom
- zo geen onderliggende tumor:
 - na borstsparende chirurgie:
 - SIB (Simultaneous Integrated Boost): radiotherapie van de borst tot 40,05 Gy met een SIB tumorbed tot 45.75 Gy (>50j) en 48 Gy (<50j) in 15 fracties, 53 Gy bij SV+
 - FF (Fast Forward): radiotherapie van de borst tot 26 Gy in 5 fracties gevolgd door een sequentiële boost tumorbed van aanvullend 10 Gy in 4 fracties, 13.35 Gy/5 fracties bij SV+
 - PBI: RT tumorbed 26 Gy in 5 fracties – geen boost: te overwegen als:
 - marges $\geq$ 5 mm
 - graad 1-2
 - >50j
 - R0 resectie
 - ER/PR+

conus excisie van het TAC gevolgd door RT (cfr. borstsparende)
hormonale therapie indien hormoonreceptor positief

6.4 Follow-up:

Idem als voor DCIS/invasieve tumoren.