

Lokaal gevorderd borstcarcinoom		Werkafspraken
 Sint-Maarten algemeen ziekenhuis emmaüs	Inhoudelijk goedkeurder	Dominique De Bal
	Geldig vanaf	07/05/2024
	Referentie	AZSTM-007251
	Versie	2.0

Inhoud

1	ANATOOM-PATHOLOGISCH HISTOLOGISCH ONDERZOEK	1
1.1	Corebiopsie voorafgaande aan de neo-adjuvante therapie:	1
1.2	Mastectomie/brede excisie post-neo-adjuvante therapie:	1
1.3	Evaluatie van de respons op chemotherapie:	2
1.4	Evaluatie van de respons op chemotherapie:	2
2	NEO-ADJUVANT BELEID	4
3	HEELKUNDE	4
4	ADJUVANTE RADIOTHERAPIE	5
5	ADJUVANTE CHEMOTHERAPIE	5
6	ADJUVANTE HORMONALE THERAPIE	5
7	ADJUVANTE TARGETTHERAPIE	5

1 ANATOOM-PATHOLOGISCH HISTOLOGISCH ONDERZOEK

Speciale aandachtspunten voor pathologen in het kader van neo-adjuvante therapie:

1.1 Corebiopsie voorafgaande aan de neo-adjuvante therapie

Het is van belang op het aanvraagformulier voor de pathologen te vermelden dat het gaat om patiënten die neo-adjuvante therapie gaan krijgen.

Elementen die in het verslag dienen opgenomen te worden zijn:

- tumortype volgens WHO-typering
- differentiatiegraad volgens Nottingham grading system
- aanwezigheid van in situ carcinoma
- aanwezigheid van lymfovasculaire permeatie van tumor
- Aanwezigheid van perineurale invasie
- sTIL's in percentage
- predictieve/prognostische factoren: ER, PR, HER2, Ki67

1.2 Mastectomie/brede excisie post-neo-adjuvante therapie

Naast de elementen die gerapporteerd dienen te worden bij primair operabele tumoren, dienen ook meer specifieke zaken gerapporteerd te worden:

Invasief carcinoma:

- afmetingen van het tumorbed (zowel macroscopisch als microscopisch)
- afmetingen residueel carcinoma
- geschat percentage van het tumorbed dat invasief carcinoma bevat
- tumortype volgens WHO-typing
- differentiatiegraad volgens Nottingham grading system
- % necrose in de invasieve tumor
- aanwezigheid van lymfovasculaire permeatie van tumor
- aanwezigheid van perineurale invasie
- snijrand, zowel voor het invasieve carcinoma als voor het tumorbed
- predictieve/prognostische factoren: ER, PR, HER2, Ki67 (indien nodig te herhalen)

In situ carcinoma:

- afmetingen residueel in situ carcinoma
- geschat percentage van het tumorbed dat in situ carcinoma bevat
- histologisch type
- nucleaire graad
- snijrand voor het in situ carcinoma

Lymfeklieren:

- aantal lymfeklieren
- aantal lymfeklieren met metastasen maar zonder therapierespons
- aantal lymfeklieren met metastasen maar met ook therapierespons
- aantal lymfeklieren zonder metastasen maar met therapierespons
- aantal lymfeklieren zonder metastasen en zonder therapierespons
- aantal metastatisch ingenomen lymfeklieren met kapseldoorbraak
- afmeting van de grootste metastase

1.3 Evaluatie van de respons op chemotherapie

De respons op neo-adjuvante chemotherapie kan gegradeerd worden volgens Pinder en RCB (residual cancer burden).

1.4 Evaluatie van de respons op chemotherapie

PEPI score invoeren?

1. Tumor respons graad:

Complete pathologische respons: geen invasief carcinoma meer aanwezig. DCIS mag wel nog aanwezig zijn.

Partiële pathologische respons:

- ofwel minimale residuele ziekte/bijna volledige respons: <10% invasieve tumor aanwezig
- ofwel tekenen van respons met nog 10-50% tumor aanwezig
- ofwel >50% van tumorcellulariteit is nog aanwezig in vergelijking met de pre-chemo corebiopsie, maar toch met tekenen van respons op therapie

Geen tekenen van respons.

2. Nodale respons graad:

- Geen tekenen van metastase en geen tekenen van respons.
- Geen metastase maar tekenen van respons/down grading (o.a. fibrose).
- Metastase maar ook tekenen van respons (o.a. fibrose).
- Metastase maar zonder tekenen van respons.

Indien er lymfeklieren van verschillende responsgraden aanwezig zijn, wordt de hoogste graad weerhouden.

2 NEO-ADJUVANT BELEID

Inductie door middel van systemische therapie bij voorkeur chemo:

4 EC DD + 12 Taxol.

- Bij HER2 +: vanaf cT2 of cTxNpos voorkeursschema 6 x TCH(P). Pertuzumab wordt geassocieerd aan Herceptine indien Npos
- zo contra-indicatie antracyclines, voorkeur Endoxan-Taxotère
- afhankelijk van biologische leeftijd en comorbiditeit kan chemo vervangen worden door hormonale therapie zo receptorpositief

Duur chemotherapie preop:

- bepaald door respons

Onderzoeken te verrichten na drie kuren chemo: KO, mammo, echo (bij twijfel, CT en MRI). Indien goede respons en verder chemo gepland: plaatsen van clip in centrum van gereduceerde tumor om precieze localisatie te kunnen blijven garanderen.

Onderzoeken te verrichten voor start en na einde chemo, voor locale behandeling: KO, mammo, echo, CT thorax, (KST zo deze voor de start ook gebeurd is).

Nota:

Indien na NACT postoperatief nog een belangrijke tumorload aanwezig is bij triple negatieve borstcarcinomen kan adjuvante therapie met Xeloda 6 à 8 cycli overwogen worden.

3 HEELKUNDE

Heelkunde van borst en oksel zo mogelijk binnen de 3 weken na de laatste chemotherapie.

4 ADJUVANTE RADIOTHERAPIE

Zie RT beleid voor operabele tumoren.

Indien inoperabiliteit blijft na inductie chemo kan alsnog RT overwogen worden

5 ADJUVANTE CHEMOTHERAPIE

In principe geen gezien reeds preoperatief chemo.

Bij massieve tumorload op het histologisch specimen kan toch postoperatieve chemotherapie overwogen worden.

De keuze voor postoperatieve bijkomende chemotherapie is afhankelijk van:

- welke chemotherapie reeds preoperatief werd toegediend
- hoelang deze chemotherapie werd toegediend
- de klinische respons op de preoperatief toegediende chemotherapie
- de residuele tumor op het histologisch operatiespecimen

Doch geen algemeen aanvaarde richtlijnen hierover.

6 ADJUVANTE HORMONALE THERAPIE

Zo positieve receptoren (zie operabele tumoren).

7 ADJUVANTE TARGETTHERAPIE

Analoog aan operabele tumoren.