

Az emlőrák patológiai diagnosztikája, feldolgozása és kórszövettani leletezése (2009)

Cserni Gábor¹, Francz Monika², Járay Balázs³, Kálmán Endre⁴, Kovács Ilona⁵, Kulka Janina³, Orosz Zsolt⁶, Udvarhelyi Nóra⁶, Vass László⁷

¹Bács-Kiskun Megyei Önkormányzat Kórháza, Kecskemét, ²Nyíregyházi Jósa András Megyei Kórház, ³Semmelweis Egyetem, II. sz. Patológiai Intézet, Budapest, ⁴Pécsi Egyetem, Patológiai Intézet, Pécs, ⁵Kenézy Kórház, Debrecen, ⁶Országos Onkológiai Intézet, Budapest, ⁷Flór Ferenc Kórház Patológiai Osztály, Kistarcsa,

Emlőbetegségek diagnosztikájában járatos patológusok megfogalmazták az emlőrák patológiai értékelésével kapcsolatos állásfoglalásukat. Javaslatot tesznek ezúton arra, hogy az emlőrák diagnosztikája ezen irányelvek szerint történjen. Az irányelveket a Patológus Szakmai Kollégium elé terjesztették, és a testület azokat elfogadta. Az emlőbetegségek diagnosztikájában a nem-operatív/preoperatív diagnosztika jelentősége fokozódott. A preoperatív diagnózis előnyben részesítendő az intraoperatív diagnózissal szemben.

Nem-operatív (preoperatív) diagnosztika

A radiológiailag vagy klinikailag észlelt, malignitás minimális gyanúját is keltő elváltozások patológiai (citológiai vagy szövettani) véleményezése szinte mindig indokolt a malignitás kizárása vagy megerősítése céljából. Jóindulatúnak vélt elváltozások esetén a benignitás megerősítése is cél lehet. A nem-operatív diagnosztika történhet vezérelt vékonytű aspirációval vagy automata pisztolyos hengerbiopsziával, esetleg vákuum-asszisztált biopsziás eszközzel nyert mintából. Előbbi esetben a C1-C5, utóbbi esetekben a B1-B5 kategorikus besorolás elvárás (1. táblázat), de lehetőség szerint ezen túlmenő információkat is (diagnózis, limitált prognosztikai információ, pl. rákok esetén szövettani típus, nuclearis vagy becsült szövettani grade) meg kell adni a vizsgálati anyagokból.

Primer szisztémás (neoadjuváns) kezelés tervezéséhez azonban a jó minőségű szövethenger biopsziás anyag favorizálandó, és ebből minden esetben szükséges a prediktív faktorok meghatározása is (minimálisan ösztrogén- és progesteronreceptor státusz és Her2 státusz).

A nem-operatív/preoperatív patológiai diagnosztika a „diagnosztikus triász” (klinikum, radiológia, patológia) része. Fontos, hogy a patológus ismerje az egyéb vizsgálatok eredményét, és azokat is figyelembe véve fogalmazza meg véleményét az adott esetről. Súlyos tévedések, hibák forrása lehet, ha „légüres térben” történik a patológiai diagnosztika. Minimális elvárás, hogy a patológiai mintákkal kapcsolatosan az elváltozás lokalizációja, radiomorfológiája, fizikális lelete, a mintavétel módja és a vonatkozó kórtörténeti adatok szerepeljenek a beküldő lapon. Optimális helyzetben a patológiai lelet az egyéb vizsgálati eredményekkel együtt, multidiszciplináris kereteken belül kerül megfelelő diagnosztikus/terápiás kontextusba.

Tudomásul kell venni, hogy mint minden diagnosztikus tesztnek, a nem-operatív diagnosztikának is vannak korlátai. Ezen korlátokat tükrözik az európai irányelvekben is megfogalmazott „elfogadható” hamis negativitás, hamis pozitivitás, értékelhetetlen kategóriába sorolt és „gyanús” minősített esetek arányai (2. táblázat).

Kivételesen a preoperatív diagnosztika minimális invazivitású sebészi beavatkozás is lehet (incíziós biopszia).

Postoperatív diagnosztika - Feldolgozás, együttműködési elvek

A műtéti minta kezelése szempontjából, illetve prognosztikai szempontból is el kell különítenünk:

- a preklinikai (tünetet nem okozó) emlőrákok csoportját
- a klinikai tüneteket okozó emlőrákok csoportját.

Mindkét csoportra érvényes megállapítások

- A műtéti preparátumot az eltávolítás után azonnal, fixálás és rá metszés nélkül a patológiai osztály/patológus rendelkezésére kell bocsátani.
- Mint minden mérés eredménye, a tumorméret makro- és mikroszkópos meghatározása is megközelítő érték, de rögzítése elengedhetetlen. Minimálisan a legnagyobb tumorátmérőt kell megadni. (Ez eshet más síkba is, mint a szeletelés síkja, ami miatt a tér mindhárom irányában meg kell ítélni a tumor nagyságát.) Ha a makroszkópos és a mikroszkópos mérés között eltérés van, akkor az utóbbi az irányadó – kivéve, ha a tumor olyan nagy, hogy nem lehet, vagy értelmetlen mikroszkóposan mérni.
- Az elváltozás többszörösét elsősorban a radiológus, másodsorban a patológus állapítja meg. A többszörös tumorok hagyományos felosztása (multifokális vagy multicentrikus) helyett meghatározott számú gócról vagy multiplex / többszörös tumorokról célszerű nyilatkozni. A pT stádiumot a legnagyobb góc alapján adjuk meg.
- Nagy kiterjedésű, radiológiailag intraductalis carcinomának diagnosztizált elváltozások és a kizárólagosan microcalcificatio formájában észlelt elváltozások esetében a fagyasztás értelmetlen.
- Fagyasztott metszet készítése 10 mm-es, vagy annál kisebb elváltozástól **tilos**, mert ha nem jut az elváltozástól kellő mennyiségű és minőségű minta a beágyazáshoz, az a definitív diagnózist veszélyeztet. Felesleges fagyasztani definitív preoperatív diagnózis esetén. A fagyasztásos vizsgálat indikációja jelentősen beszűkült. Kivételesen, amennyiben a preoperatív diagnosztika eredménytelen maradt, multidiszciplináris döntés született fagyasztott metszetek vizsgálatáról, és hasonlóképpen ritkán indokoltá teheti ezt a preoperatív leletek elégtelen vagy bizonytalan volta is.
- Az intraoperatív vizsgálat irányulhat azonban a sebészi reszekciós szél tumormentességének vizsgálatára vagy a tumor és az ép szél távolságának meghatározására. Ezeket a vizsgálatokat lenyomati kenetek és makroszkópos mérések formájában végezhetjük el. (Ez utóbbi esetben rá metszés előtt az eredeti reszekciós felszínt festékekkel jelölni kell!)
- Az intraoperatív vizsgálat mibenlétéről, elvégezhetőségéről véglegesen a patológus dönt.
- A tumor méretétől függetlenül a daganatot reprezentatív módon kell feldolgozni, ami ideálisan a teljes metszészlap több síkban történő vizsgálatával érhető el.
- A műtéti preparátumot (pl. sebészi öltésekkel) jelölni kell (**legalább** három egyértelmű, lehetőleg sugárfogó jelzéssel, pl: medialis, lateralis, superior pólus vagy centrális/mamillaris, pefiériás és órirányú vagy két behelyezett öltéssel és az oldal megadásával) a megfelelő orientációhoz. Az orientáció tényét a patológusnak is rögzíteni kell. Javasolt, hogy a fasciát jelölje a sebész, illetve a meglétéről a sebész és a patológus is nyilatkozzon.
- A műtéti preparátum resectiós felszíneinek festése – legegyszerűbben tussal – az ép szél megítélésének szempontjából fontos. Az ajánlatos minimális ép szél in situ ductalis carcinomák esetében 10 mm, invazív carcinomák esetében 5 mm. Posterior (mellkasfali) irányban, illetve a bőrrel nem fedett anterior irányban ezek az ép szegélyek nem mindig érhetők el, ilyenkor a multidiszciplinaritás jegyében lényeges kiegészítő információ lehet a műtéti leírásban pl. az, hogy a mellkas felé a fasciáig (vagy nem addig) terjedt a kimetszés.
- Nem az épszen történő kimetszés esetén reexcisio szükséges, amelynek preparátumát szintén orientálni kell különös tekintettel az előző kimetszéshez való viszony tisztázására; csak így lehetséges az új reszekciós felszínek patológiai vizsgálata.
- Ajánlott – különösen kisebb méretű elváltozásoknál – a szeletekről makrofotó és főként a mikrokalcifikációval járó léziók esetében, a szeletekről is specimen mammográfiás felvétel készítése.
- A más intézetben készült patológiai mintát kérdéses esetben ajánlott bekérni a vélemény alkotáshoz.

A preklinikai, tünetet nem okozó emlőrákok csoportja

- Egységes orientációs elvek esetén azonban csak kevés olyan eset adódik, ahol bizonytalanság miatt szükség lehet arra, hogy a műtéti anyag felszeletelése előtt azt a sebész még egyszer lássa, és ilyenkor helytelen ezt a lépést kihagyni. A kiszűrt és eltávolított tumor azonosságának megállapítására posztoperatív megbeszélések kiváló lehetőséget adnak.
- Lehetőség szerint ajánlott, de nem nélkülözhetetlen az ún. „óriásblokkok”, metszetek készítése.
- A tumorból történő mintavétel mellett elengedhetetlen a tumor környezetében lévő épnek tűnő területekből – beleértve a sebészi reszekciós felszíneket is - mintát venni szövettani vizsgálatra.

Klinikai tüneteket okozó emlőrákok csoportja

Az előzőekben megállapított elvek itt is érvényesek, a következő kiegészítésekkel:

- Nagyméretű tumoroknál legalább 4 blokkot kell készíteni a tumor körüli emlőállományból is.
- Mastectomiánál a mamilla és areola feldolgozása, valamint az ép kvadránsokból is egy-egy blokk indítása javasolt.
- Primer szisztémás kezelés esetében a tumort eredetileg tartalmazó, és optimális esetben a kezelés megkezdése előtt megjelölt terület (tumorágy) és környezete részletesen feldolgozandó a valós regresszió megállapítása végett. Radio-patológiai összehasonlítás (specimen mammográfia, szeletekről készült specimen mammográfia) és óriásblokk technika javasolt. Különös figyelmet kell fordítani a többgócúság megállapítására is. Ha szükséges, hagyományos festés mellett bizonytalan megítélés esetén citokeratin immunhisztokémia is igénybe vehető a reziduális tumor kimutatására. A regresszió megítélését segítheti a korábbi hengerbiopsziás mintával való összevetés. A regresszió fokának mennyiségi megítélésére a 3. táblázatban bemutatott sémát javasoljuk.

Axilláris blokk feldolgozása

Valamennyi nyirokcsomót ki kell preparálni szövettani vizsgálatra. Az 5 mm-nél nagyobb nyirokcsomókat 2-3 mm vastag szeletekre vágva ágyazzuk be, az 5 mm-nél kisebbeket egészben kell beágyazni. A makroszkóposan egyértelműen áttétes nyirokcsomókból elegendő egy reprezentatív blokk beágyazása. A fentiek végzésekor olyan metodikát és jelölést kell alkalmazni, amely a vizsgálat végén lehetővé teszi a vizsgált és az áttétes nyirokcsomók számának megadását. (Pl. festés, nyirokcsomószám/blokk pontos rögzítése, ha nem egy nyirokcsomó kerül egy blokkba.)

Primér szisztémás kezelést követően eltávolított hónalji nyirokcsomók esetén a kezelés előtti nyirokcsomó status ismerete és közlése a patológussal nélkülözhetetlen. A nyirokcsomókon túl, a gyakran csak tapintható, kis kötőszövet tömörülések is vizsgálandók ilyenkor. Csupán heg és regresszióra utaló elváltozás esetén a citokeratin immunhisztokémia rutinszerű alkalmazása nem indokolt, tumorra gyanús HE lelet esetén azonban alkalmazása segíthet a reziduális daganat tisztázásában.

Őrszemnyirokcsomó

- Az őrszemnyirokcsomók alapvető vizsgálata a beágyazásos szövettani vizsgálat. Ugyanakkor egyre nagyobb igény van az intraoperatív értékelésre is. Ennek célja az áttétes sentinel nyirokcsomók minél nagyobb részének azonnali felismerése, de nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a műtét alatti vizsgálatok nem azonosítják teljeskörűen az áttéteket; különösen a mikrometasztázisok esetén alacsony a szenzitivitásuk. Az intraoperatív vizsgálatokra mind a citológia, mind pedig a fagyasztásos szövettan alkalmas, de az egész nyirokcsomó fagyasztásos sorozatmetszése ellenjavallt. Validált kvantitatív reverz transzkripció polimeráz láncreakción alapuló tesztek is alkalmasak metasztázisok intraoperatív vizsgálatára. (Ezek többnyire úgy lettek kalibrálva, hogy az izolált tumorsejt kategóriába tartozó eseteket ne minősítsék áttétesnek). Alapelve, hogy a nyirokcsomó egésze nem használható fel a műtét közbeni vizsgálatra.
- A patológia számára átadott (első megközelítésben negatív) sentinel nyirokcsomót minimálisan lépcsőzetesen metszve kell vizsgálni (javasolt a 200-500 mikron közötti lépcsőzetes metszés), míg az első megközelítésben áttétes nyirokcsomók esetén az áttétről minél pontosabb információt adó minimális vizsgálat (pl. a legnagyobb méretet tükröző metszlap szövettani vizsgálata) elegendő.
- A HE festéssel negatív őrszemnyirokcsomók citokeratin immunhisztokémiai vizsgálata segítséget nyújthat kis volumenű nyirokcsomó-érintettség (mikrometasztázis, izolált tumorsejt) kimutatásában. Különösen invazív lobularis rákok esetén tárhat fel HE festéssel rejtve maradó áttéteket. A kis volumenű nyirokcsomó-érintettség bizonytalan prognosztikai jelentősége miatt a citokeratin immunhisztokémia rutinszerű alkalmazása HE festéssel negatív őrszemnyirokcsomók esetén jelenleg nem írható elő.

Prognosztikai és prediktív faktorok speciális vizsgálata (Szteroidreceptor- és HER-2 meghatározás)

Jelenleg az alcímben megadottak képezik az emlőrák kezelését befolyásoló, külön vizsgálandó tényezőket.

- A friss preparátumot 3 órán belül fixálni kell, szteroidreceptor meghatározására 30 percen belül fixált anyag az optimális. A szteroidreceptor meghatározás optimális módszere az immunhisztokémia. Elvárható, hogy a prognosztikai és prediktív markereket immunhisztokémiával vizsgáló laboratóriumok külső minőségellenőrzési programban vegyenek részt, és működésüket ott elfogadhatónak minősítsék. Az ösztrogén- és progeszteronreceptor meghatározás az elvárható. Az „ösztrogénreceptor” általában az alfa altípust jelenti, az ösztrogénreceptor-béta valamint az androgénreceptor vonatkozásában még kevés a prognosztikai vagy prediktív vonatkozású tapasztalat ahhoz, hogy meghatározásukat elő lehessen írni. A vizsgálat értékelésekor elterjedt, hogy 10%-os festődési arány felett tekintsek pozitívnak a tumorokat, napjainkban azonban ez a határérték helytelennek tűnik, ami miatt nem javasolt a használata. A festődő sejtek becsült arányát és a festődés intenzitását célszerű a leletben megadni. A terápiás hatás vonatkozásában pontosabb predikciót tesz lehetővé az alábbiakban javasolt szemikvantitatív gyorspontozási rendszer (Allred féle gyors pontszám; 4. táblázat) (A hamis negativitás elkerülésének érdekében, ha a szövettani típus vagy a grade alapján kicsi a valószínűsége a negatív reakciónak, azt adekvát kontrollok mellett javasolt ismétetni).
- A gyakorlatban a HER-2 státusz meghatározása részben a HER-2 fehérje overexpresszióját (immunhisztokémia), részben a HER-2 gén amplifikációját (in situ hibridizáció, ISH) veszi alapul. A költségeket is figyelembe vevő, nemzetközi ajánlásokkal összhangban álló gyakorlatias megközelítés az, hogy az immunhisztokémiával 3+ értékelésű minták olyan pozitívítást képviselnek, ami a HER-2 elleni célzott („targeted”) kezelést lehetővé teszi. (A hamis pozitívitás elkerülésének érdekében azokban az 3+ értékelésű esetekben, ahol a szövettani típus vagy a grade ellentmond ennek a HER-2 státusznak (tubularis carcinoma, mucinosus carcinoma, grade I ductus carcinoma), minimum a Her2 IH reakció megismétlése ajánlatos.) Az immunhisztokémiával 2+ értékelésű minták molekuláris módszerrel történő további vizsgálatot igényelnek, míg a HER-2 immunfestés alapján 0 vagy 1+ értékelésű minták a célzott kezelés, illetve prognosztikai szempontból negatívnak tekintendők. Amennyiben bizonytalan az immunhisztokémiai reakción alapuló besorolás ISH / molekuláris vizsgálat indokolt.
- Az ISH vizsgálatok közül a fluoreszcens (FISH) a legszélesebb körben alkalmazott. A FISH-sel bizonytalan eredményt adó mintáknál az ismételt vizsgálat vagy (primeren végzett FISH esetén) az immunhisztokémia az esetek egy részében tisztázhatja a besorolást, máskor ez nem lehetséges. A FISHnek megfelelő alternatívája lehet a kromogén (chromogen, CISH) vagy a fém ezüst kiválásán alapuló (silver, SISH) módszer is. Léteznek egyéb alternatív, széles körben nemigen alkalmazott molekuláris módszerek (pl. kvantitatív polimeráz láncreakció) is, de ezek egyelőre nem javasolhatók a terápiás döntések vonatkozásában (5. táblázat)

A kórszövettani lelet

Az emlőrák kórszövettani leletezése szabad szöveges formában történhet. Ugyanakkor fontos része kell, hogy legyen akkor is a leletnek a patológiai vizsgálat során meghatározható, klinikailag lényeges prognosztikai tényezők megadása. Ezeknek rövid és klinikailag orientált összefoglalását javasoljuk a mellékelt leletminta szerint. A lényeges és független prognosztikai tényezők, valamint a kezelés szempontjából fontos prediktív tényezők leletmintában megadott körét jelenleg elegendőnek tartjuk. Más faktorok vagy nem bírnak kellő jelentőséggel (pl. lymphocytá reactio, necrosis, elastosis, stb.) vagy független prognosztikai értékük ez ideig nem bizonyított (pl. ploeditás, telomerase, cathepsin D, stb.). Megjegyzendő, hogy a nottinghami kombinált szövettani grade megadása néhány ritka kivételtől eltekintve (pl. adenoid cysticus vagy mucoepidermoid carcinoma) a gyakoribb speciális emlőrákokban is hordozhat prognosztikai információt, ezért ezeknél is javasolt a grade alkalmazása.

[Az itt megfogalmazott irányelvek és ajánlások a szerzők alkotta szakértői panel megelőző egyeztetésein, a 2. emlőrák konszenzus konferencia nyilvános vitáján és az azt követő ismételt egyeztetésen alapulnak, a Patológus Szakmai Kollégium jóváhagyásával kerültek kialakításra. Végrehajtásuk nem kötelező jellegű, de a szakma egy fajta minőségi követelményeit tükrözik, amelyek alkalmazásával az emlődaganatos betegek ellátásának szakmai követelményei teljesülhetnek.](#)

Ajánlás emlőrákos minta szövettani lelet sémájára / tartalmára

Szövettani naplószám:

Név:

Szül. adatok:

TAJ szám:

Beküldő:

A vizsgálati anyag megjelölése:pl. széles kimetszés drótjelöléssel)

Preop. cytologia: nem történt/történt: C1 – C2 – C3 – C4 – C5 (Egyéb:.....)

Leletszám:Hol:

Core biopsia: nem történt/történt B1 – B2 – B3 – B4 – B5 (További részletek:

Dg.:

Leletszám:Hol:

Intraoperatív lenyomat: nem történt/történt: sentinel nyirokcsomó / tumor / reszekciós felszín

Dg:

Fagyasztás: nem történt/történt: sentinel nyirokcsomó / tumor

Dg:

Végezte:

Neoadjuváns kezelés: nem történt / történt.

Localisatio: J – B oldal (KF – KA – BF – BA – CE, areola, átfedő)

Blokkok száma:

KF: külső felső, KA: külső alsó, BF: belső felső, BA: belső alsó, CE: centrális

A tumor:

- invazív carcinoma
- in situ carcinoma
- in situ carcinoma mikroinvázióval
- invazív carcinoma extenzív in situ komponenssel*
 - Paget-kór

Microcalcificatio: 1. benignus – 2. malignus – 3. mindkét struktúrában

Többgócúság: van/nincs

A tumor legnagyobb **makroszkópos mérete**: mm (többgócúság esetén (legalább) a legnagyobb góc)

A tumor invazív komponensének legnagyobb **mikroszkópos mérete (invazív tumorméret)**: mm (többgócúság esetén a legnagyobb góc)

A tumor (in situ és invazív komponens együtt) legnagyobb mikroszkópos kiterjedése:.....mm

In situ carcinoma:

DCIS

Domináló struktúra:

Nuclearis grade: LG – IG – HG

Comedo necrosis: igen – nem

Sebészeti szél távolsága: mm (irány:

Van Nuys osztályozás [6. táblázat]:

1 nem HG, nincs necrosis

2 nem HG, + necrosis

3 HG ± necrosis

.....
LG – low grade, jól differenciált; IG – intermediate grade, közepesen differenciált; HG – high grade, rosszul differenciált

Van Nuys Prognosztikai Index:

jó prognózis (4-6 pont) .

mérsékelt prognózis (7-9 pont)

rossz prognózis (10-12 pont)

Lobularis intraepithelialis neoplasia (LCIS)

Klasszikus Pleomorph

Microcalcificatio: van / nincs

Méret (mm):

Többgócúság: van / nincs

Többgócúság esetén: az érintett terület mérete

Sebészeti szél távolsága: mm (irány:

Invazív carcinoma

Szöveti típus:

1. Invazív ductus carcinoma (NST, NOS, kmn)*

2. Invazív lobularis carcinoma

altípus: 2.1 klasszikus

2.2 egyéb

2.3 kevert

3. Medullaris carcinoma

4. Mucinosus carcinoma

5. Tubularis carcinoma

6. Kevert (minimum 10% / komponens)

Domináló komponens:

Egyéb komponens:

7. Egyéb:

*NST: nem speciális típus, NOS=kmn: külön megjelölés nélkül

(Nottinghami vagy kombinált) szövettani grade (7. táblázat):

Grade I (3-5 pont; jól differenciált)

Grade II (6-7 pont; közepesen differenciált)

Grade III (8-9 pont; rosszul differenciált)

Mitózisindex: mitózis / 10 nagy nagyítású látótér

Peritumoralis (nyirok)**érinvázió**: van – nincs – bizonytalan

Sebészi **szélek**: nem épek – épek – nem ítéhető meg

Ha nem ép(ek), a szélben azonosított tumor: invazív – in situ – mindkettő – nem ítéhető meg

Legközelebbinek ítélt szél:

Távolság a legközelebbi széltől: mm

Egyéb közeli szél megjelölése és távolsága: mm

Nyirokcsomó status:

Sentinel nyirokcsomó(k): áttétes / vizsgált:/

Áttétes / vizsgált nyirokcsomók száma:/.....

Legnagyobb áttét mérete:

Extracapsularis terjedés: van – nincs

pT.....

pN.....

M.....

Nottingham Prognosztikai Index (8. táblázat):

Kiváló prognózisú csoport (EPG, excellent prognostic group)	2 – 2,4
Jó prognózisú csoport (GPG, good prognostic group)	2,41 – 3,4
Mérsékelt prognózisú csoport I (MPG-I, moderate prognostic group I)	3,41 – 4,4
Mérsékelt prognózisú csoport II (MPG-II, moderate prognostic group II)	4,41 – 5,4
Rossz prognózisú csoport (PPG-I, poor prognostic group)	5,41 – 6,4
Nagyon rossz prognózisú csoport (VPPG-I, very poor prognostic group)	>6,41

ER %-ban pozitív. Allred vagy gyors pontszám (quick score):.....

PR %-ban pozitív. Allred vagy gyors pontszám (quick score):.....

Her2/Neu státusz értékelése (immunhisztokémiával): 0 1+ 2+ 3+

HER2- ISH szükséges: igen – nem

Egyéb immunhisztokémia:

Megjegyzés:

.....

.....

Dátum:

Aláírás:

* Extenzív in situ komponens: a tumornak 25%-át meghaladó in situ carcinomás komponens, mely legalább 10 mm-rel meghaladja az invazív komponenst.

Ajánlás emlőelváltozás citológiai leletének tartalmára.

Előzményi adatok, panaszok:

Fizikális vizsgálat (általában mindkét emlőé):

Mammográfia, emlő UH lelete (általában mindkét emlőé):

Lokalizáció, méret

Előzetes emlő citológia, szövettan:

A mintát radiológus / patológus / egyéb szakma képviselője vette.

A mintavételt indokló elváltozás megjelölése, a mintavétel helye, lehetőleg rekonstruálható módon

Vizsgált kenetek, preparátumok száma:

Alkalmazott festés:

Mikroszkópos leírás:

Diagnózis: C1-C5

Vélemény: a diagnózis indoklása, a feltételezett szövettani diagnózis.

Javaslat (szükség szerint):

1. táblázat

Nem-operatív diagnosztikus kategóriák meghatározása

Citológia

C1: Elégtelen (mennyiségileg és/vagy minőségileg)

C2: Benignus

C3: Atípusos, valószínűleg benignus

C4: Malignitásra gyanús

C5: Malignus (in situ és invazív egyaránt)

Hengerbiopszia

B1: Normál emlőszövet / Értékelhetetlen

B2: Benignus

B3: Bizonytalan malignitási potenciállal bíró elváltozás (a csoport egészére vonatkozóan az esetek $\leq 25\%$ -ban társulhat malignitás)

B4: Malignitásra gyanús

B5: Malignus

B5a: in situ carcinoma

B5b: invazív emlő carcinoma

B5c: nem dönthető el, hogy in situ vagy invazív carcinoma

B5d: egyéb malignus folyamat

Definitív diagnózisnak tekinthető a C2, B2 (benignus) és C5, B5 (malignus) kategória, de ezeket is csak multidiszciplináris közegben, a képalkotó és klinikai kép hármass diagnosztikai egységében szabad értelmezni.

A diagnosztikus kategóriákat nem szabad szöveges vélemény nélkül alkalmazni. A kategóriák elsősorban statisztikai értékelés célját szolgálják.

2. táblázat
Egyes minőségi jellemzők ajánlott minimális értékei az európai irányelvek alapján

Citológia	Minimum	Favorizált
Pozitív prediktív érték (PPÉ)	>98%	>99%
Fals negatív arány (FNA)	< 6%	< 4%
Fals pozitív arány (FPA)	< 1%	< 0.5%
Inadekvát arány (INAD)	< 25%	< 15%
Inadekvát arány rákoknál	< 10%	< 5%
Gyanús arány	< 20%	< 15%

Hengerbiopszia	Minimum	Favorizált
Pozitív prediktív érték (PPÉ)	> 99%	> 99.5%
Fals negatív arány (FNA)	< 0.5%	< 0.1%
(B1 + B2) arány rákoknál	<15%	<10%
Gyanús arány	< 10%	< 5%

3. táblázat

Javaslat a primer tumor (TR) és nyirokcsomóáttét (NR) regresszió megítélésének módjára

Primer tumor (TR)

- 1: Teljes patológiai regresszió
 - a: nincs reziduális carcinoma
 - b: nincs reziduális invazív carcinoma, de van reziduális DCIS
- 2: Részleges terápiás válasz
 - a: minimális (<10%) reziduális (invazív) daganat
 - b: egyértelmű terápiás válasz 10-50% közötti reziduális (invazív) daganattal
 - c: egyértelmű terápiás válasz, de >50% reziduális (invazív) daganattal
- 3: Nincs regresszióra utaló jel.

Nyirokcsomók (NR)

- 1: nincs metasztázis, regressziós jelek sem láthatók;
- 2: nincs metasztázis, de regresszió jelei láthatók;
- 3: metasztázis regresszió jeleivel;
- 4: metasztázis regressziós jelek nélkül

Több különböző terápiás választ mutató nyirokcsomó esetén mindig a rosszabb választ tükröző besorolás a megfelelő.

4. táblázat

Ösztrogén- és progeszteronreceptor meghatározás az Allred féle gyors pontozással

Átlagos intenzitás:	Pont
Negatív	0
Gyenge	1
Közepes	2
Erős	3

Pozitív sejtmagok aránya:

nincs	0
<1%	1
1-10%	2
10%-1/3	3
1/3-2/3	4
>2/3	5

A két részpont összege adja meg az összpontszámot. Lehetséges értékek:0, 2-8. (Endokrin terápia hatás >2 pontszám esetén várható.)

5. táblázat – HER-2 vizsgálatok értékelése

Immunhisztokémia:

3+ értékelés: Komplet erős membránfestődés a sejtek >30%-ában

2+ értékelés: Komplet közepes intenzitású membránfestődés a sejtek >10%-ában

1+ értékelés: Komplet gyenge membránfestődés a sejtek > 10%-ában vagy csak töredezett (inkomplet) membránreakció

0 értékelés: <10%-ban észlelt pozitívítás, inkomplet festődés, festődés hiánya

Célzott kezelés szempontjából pozitívnak tekinthetők a 3+ értékelésű esetek, és bizonytalanak a 2+ értékelésű esetek, illetve az erős membránfestődést a sejtek <30%-ában mutató esetek. Negatívnak kell tekinteni a 0 és 1+ értékelésű eseteket.

FISH:

Pozitív (génamplifikáció): >2,2 HER2/CEP17 arány vagy átlagosan >6 HER2 gén kópiaszám sejtmagonként belső kontrollal (CEP17: 17-es kromoszóma centromerikus próba) nem rendelkező tesztek esetén.

Bizonytalan: 1,8-2,2 közötti HER2/CEP17 arány vagy 4-6 közötti átlagos kópiaszám sejtmagonként belső kontrollal nem rendelkező tesztek esetén.

Negatív: <1,8 HER2/CEP arány vagy <4 HER2 gén kópiaszám belső kontrollal nem rendelkező tesztek esetén.

6. táblázat – DCIS prognózisának meghatározása: Van Nuys prognosztikai index

Pontozás	1.	2.	3.
Tu. méret (mm)	<15	16–40	>41
Sebészi szél (mm)	>10	1–9	<1
Szövetani osztályozás (grade)	nem HG necr. nélkül	nem HG.necrosissal	HG necrosissal v. necr. nélkül
életkor	>60	40-60	<40

Emlőmegtartás mellett **jó** a prognózis (kicsi a recidíva valószínűsége), ha a pontok összege: 4-6 **mérsékelt**: 7-9. **rossz**: 10-12.

HG: high grade (rosszul differenciált)

A címet azért írnám így, mert rendre kapok olyan leleteket, ahol az invazív tumorra ez az index ki van számolva.

7. táblázat – Kombinált (nottinghami) szövettani grade

	<i>Pont</i>
<i>A. Tubulus kialakulás</i>	
A tumor túlnyomó részében (>75%)	1
Mérsékelt fokban (10-75%)	2
Kismértékben, vagy nincs (<10%)	3
<i>B. Nuclearis pleiomorphismus</i>	
Kisméretű (<1,5x normál), szabályos egyforma sejtmagok, egyforma chromatin	1
Mérsékelten nagyobb (1,5-2x normál) és változó méretű alakú sejtmagok, látható magvacska	2
Nagyméretű (>2x normál), határozott variabilitást mutató, vezikuláris mag, több magvacska	3
<i>C. Mitózisindex</i>	

Látótér átmérője mm - ben	Mitózisok száma 10 nagy nagyítású látótérben		
	Score 1	Score 2	Score 3
0.40	<4	5 - 8	>9
0.41	< 4	5 - 9	>10
0.42	<4	5 - 9	>10
0.43	<4	5 - 10	>11
0.44	<5	6 - 10	>11
0.45	<5	6 - 11	>12
0.46	<5	6 - 11	>12
0.47	<5	6 - 12	>13
0.48	<6	7 - 12	>13
0.49	<6	7 - 13	>14
0.50	<6	7 - 13	>14
0.51	<6	7 - 14	>15
0.52	<7	8 - 14	>15
0.53	<7	8 - 15	>16
0.54	<7	8 - 16	>17
0.55	<8	9 - 16	>17
0.56	<8	9 - 17	>18
0.57	<8	9 - 17	>18
0.58	<9	10 - 18	>19
0.59	<9	10 - 19	>20
0.60	<9	10 - 19	>20
0.61	<9	10 - 20	>21
0.62	<10	11 - 21	>22
0.63	<10	11 - 21	>22
0.64	<11	12 - 22	>23
0.65	<11	12 - 23	>24
0.66	<11	12 - 24	>25
0.67	<12	13 - 25	>26

0.68	<12	13 - 25	>26
0.69	<12	13 - 26	>27
0.70	<13	14 - 27	>28

Segédtablázat a mitózisindexen alapuló pontszám meghatározásához.

- *A European Guideline for Breast Cancer Screening 7. fejezetéből (Quality assurance guidelines for pathology in mammographic screening) átvéve*

Jól differenciált, grade I: 3–5 pont; közepesen differenciált, grade II: 6–7 pont; rosszul differenciált, grade III : 8–9 pont.

8. táblázat. Nottingham prognosztikai index (NPI)

A tumor mérete (cm) x 0,2 + nyirokcsomó pontszám (nyirokcsomók érintettsége szerint, 1-3 pont *) + grade pontszám (grade I - 1pont, grade II – 2 pont, grade III – 3 pont)

* Nincs érintett nyirokcsomó:	1
1-3 érintett nyirokcsomó:	2
>4 érintett nyirokcsomó	3

Prognosztikai csoportok az NPI értéke alapján

Kiváló prognózisú csoport (EPG, excellent prognostic group)	2 – 2,4
Jó prognózisú csoport (GPG, good prognostic group)	2,41 – 3,4
Mérsékelt prognózisú csoport I (MPG-I, moderate prognostic group I)	3,41 – 4,4
Mérsékelt prognózisú csoport II (MPG-II, moderate prognostic group II)	4,41 – 5,4
Rossz prognózisú csoport (PPG-I, poor prognostic group)	5,41 – 6,4
Nagyon rossz prognózisú csoport (VPPG-I, very poor prognostic group)	>6,41

Főbb források:

Blamey RW, Ellis IO, Pinder SE, et al. Survival of invasive breast cancer according to the Nottingham Prognostic Index in cases diagnosed in 1990-1999. *Eur J Cancer* 2007;43:1548-55.

Ellis IO, Pinder SE, Bobrow L, et al.: *Pathology reporting of breast disease. NHS Publication No 58*. NHS Cancer Screening Programmes and the Royal College of Pathologists, Sheffield, 2005 <http://www.cancerscreening.nhs.uk/breastscreen/publications/nhsbsp58-low-resolution.pdf> (Last viewed 22 May 2009)

Harvey JM, Clark GM, Osborne CK, Allred DC. Estrogen receptor status by immunohistochemistry is superior to the ligand-binding assay for predicting response to adjuvant endocrine therapy in breast cancer. *J Clin Oncol* 1999;17:1474-81.

Patológus Szakmai Kollégium. Módszertani levél

Todd JH, Dowle C, Williams MR, et al. Confirmation of a prognostic index in primary breast cancer. *Br J Cancer* 1987;56:489-92.

Tóth J, Cserni G, Kálmán E, et al. Az emlőrák patológiai feldolgozása és kórszövettani leletezése. *Magyar Onkológia* 2000; 44:14-16.

Well CA (ed). Quality assurance guidelines for pathology. In: Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L (eds.). *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*. 4th edition. European Commission, Luxemburg, 2006; pp 219-311.

Wolff AC, Hammond ME, Schwartz JN, et al. American Society of Clinical Oncology / College of American Pathologists guideline recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer. *J Clin Oncol* 2007;25:118-45.