

MIJN PATHOLOGIEVERSLAG BEGRIJPEN

INHOUD

01	Inleiding	3
02	Wat staat er in het pathologieverslag?	4
03	De microscopische beschrijving van borstkanker	5
04	Durf vragen te stellen	8

01 INLEIDING

Om je een veilige en doeltreffende behandeling te kunnen voorstellen, moeten we de resultaten van alle onderzoeken afwachten. Je hebt al vóór de operatie of de behandeling een reeks onderzoeken gehad om het **stadium van de ziekte** te bepalen. We moeten namelijk weten:

- ▲ hoe groot de tumor is
- ▲ wat de specifieke kenmerken zijn van de borstkanker
- ▲ of er kwaadaardige cellen aanwezig zijn in de lymfeklieren
- ▲ of de kanker uitgezaaid is

Een laatste heel belangrijk onderzoek is het **pathologisch onderzoek**. Met de informatie uit het pathologieverslag legt het multidisciplinaire team van artsen een **optimaal behandelingsplan** voor jou vast. De anatoom-patholoog maakt het pathologieverslag op met de resultaten van het microscopisch onderzochte **weefselmateriaal**.

In deze brochure geven we jou de belangrijkste informatie mee over dat pathologieverslag.

Het team van de Borstkliniek in het UZ Gent staat altijd voor je klaar. Je huisarts speelt eveneens een belangrijke rol, want ook die kan je verder informeren. Blijf niet met je vragen zitten ... stel ze gerust!

Wachten duurt lang

Jij en je familie wachten gespannen op het resultaat van het pathologisch onderzoek. Dat is best zwaar. Je leeft in **onzekerheid** en je wil weten wat er precies aan de hand is, welke nabehandeling je te wachten staat en hoe alles verder zal verlopen. Of misschien wil je het allemaal juist liever niet horen of weten. Geef dus gerust aan welke informatie je wil krijgen.

Je kan de resultaten op twee momenten verwachten:

- ▲ na het nemen van de biopsie
- ▲ na de operatie

Sommige testen duren langer dan andere, maar meestal zijn alle **resultaten binnen de twee weken** gekend. Is dat het geval, dan krijg je een afspraak bij je arts, die met jou de resultaten bespreekt en het behandelingsplan voorstelt. Als je daarna nog vragen hebt, dan beantwoordt de borstverpleegkundige die graag.

02 WAT STAAT ER IN HET PATHOLOGIEVERSLAG?

Het pathologieverslag bevat volgende onderdelen:

- ▲ **Een macroscopische beschrijving van de resectie**
Hoe ziet het weggesneden deel eruit met het blote oog?
- ▲ **Een microscopische beschrijving van de tumor**
Hoe ziet de tumor eruit onder de microscoop?
- ▲ **Het besluit van het microscopisch onderzoek**
Welke factoren bepalen het verloop en de behandeling van de tumor?

Vooraf het microscopisch gedeelte vraagt om wat toelichting. We bekijken de belangrijkste elementen meer in detail in de rubriek hierna.

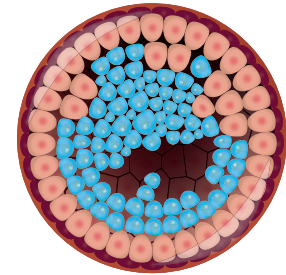
03 DE MICROSCOPISCHE BESCHRIJVING VAN BORSTKANKER

Soort borstkanker

In-situcarcinomen

In-situcarcinomen zijn tumoren die letterlijk 'ter plaatse' blijven in de melkgang of de melkklier, en die dus niet in het omgevende borstweefsel binnendringen. Het is een **voorstadium van kanker**. Dergelijke carcinomen verspreiden zich niet naar de lymfeklieren in de oksel of naar andere lichaamsdelen. Er zijn twee vormen van in-situcarcinoom: het ductaal carcinoom in situ (DCIS) en het lobulair carcinoom in situ (LCIS).

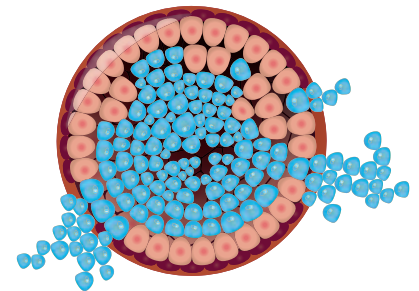
Het ductaal carcinoom in situ gedraagt zich vaker agressiever dan het lobulair carcinoom in situ. Aan een ductaal carcinoom in situ kennen we ook een differentiatiegraad toe (zie verder).



Ductaal carcinoom in situ (DCIS)

Invasieve carcinomen

Dit zijn tumoren die ontstaan in de melkgangen of melkklieren en die dan doorgroeien in het omringende normale borstweefsel. Het zijn dus infiltrerende of invasieve tumoren. De twee meest voorkomende types zijn het **invasief ductaal carcinoom** en het **invasief lobulair carcinoom**. Daarnaast bestaan ook meer zeldzame types van invasief carcinoom.



Invasief ductaal carcinoom

De grootte van de tumor

Artsen meten de tumor in centimeters. De tumorgrootte is een van de factoren waar de behandelende arts rekening mee houdt om het stadium van de kanker vast te stellen. De grootte is belangrijk maar zegt niet alles.

Een grote tumor kan bijvoorbeeld uit traag groeiende cellen bestaan.

Grootte van de tumor = _____

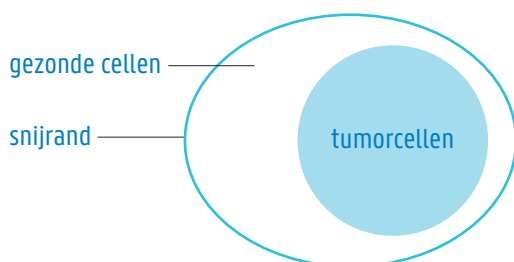
De differentiatiegraad van borstkanker

We vergelijken de kankercellen met gezonde borstcellen en kennen op basis daarvan een gradatie toe. We gaan dus na hoe sterk de kwaadaardige cellen afwijken van de gezonde cellen in het borstweefsel. Dat doen we zowel bij de infiltrerende kankers als de voorstadia (in-situcarcinomen).

- ▲ **Goed gedifferentieerd of graad 1:** de kankercellen lijken nog sterk op de gezonde cellen en groeien in het algemeen langzaam.
- ▲ **Matig gedifferentieerd of graad 2:** de kankercellen lijken minder op de gezonde cellen en groeien meestal sneller.
- ▲ **Weinig gedifferentieerd of graad 3:** de kankercellen hebben een ongebruikelijke vorm en plakken aan elkaar. Ze vertonen haast geen gelijkenis meer met de gezonde borstcellen en groeien meestal sneller dan gezonde cellen.

De snijranden van de verwijderde tumor

Bij het verwijderen van de tumor uit de borst neemt de chirurg altijd ook een stuk gezond borstweefsel weg rond die tumor. Dit noemen we de snijrand. We onderzoeken het gezonde weefsel rond de tumor grondig om te kijken of echt alle kankercellen zijn verwijderd. We gaan ook na tot hoever van de snijranden we kankercellen aantreffen. Zo weten we of de tumor helemaal weggenomen is.



Een **negatieve snijrand** betekent dat er zich geen kankercellen aan de buitenkant van de snijranden bevinden en dat de tumor dus volledig werd verwijderd.

Een **positieve snijrand** betekent dat de kankercellen reiken tot aan de buitenkant van de snijrand. In dat geval volgt een tweede ingreep, waarbij we bijvoorbeeld een bijkomend stukje borstweefsel wegnemen (= een bijkomende resectie). Soms is het beter om te kiezen voor een borstamputatie, eventueel gecombineerd met een reconstructie.

- Negatieve snijrand**
- Positieve snijrand**

Zijn er kankercellen aanwezig in de lymfebanen of bloedvaten?

De tumor in de borst is omringd door een netwerk van kleine lymfebanen en bloedvaten. Bij een invasieve of infiltrerende tumor kunnen kwaadaardige cellen hun weg vinden naar die kleine lymfebanen of bloedvaten. Als dat zo is, spreken we van lymfatische en/of vasculaire invasie.

Meestal kiezen we dan voor een aanvullende behandeling. Dat betekent niet noodzakelijk dat er altijd kwaadaardige cellen aanwezig zijn in de lymfeklieren.

- Geen lymfovasculaire invasie**
 Wel lymfovasculaire invasie

De verwijderde lymfeklieren

Het wel of niet aanwezig zijn van kankercellen in de lymfeklieren van de oksel is een belangrijke factor voor het bepalen van de nabehandeling. Uitzaaïngen in de lymfeklieren kunnen we vaststellen met de sentinelprocedure of okselklieruitruiming.

Als de lymfeklieren vrij van kankercellen zijn noemen we het resultaat negatief. In dat geval volgt er geen verdere operatie. Als de lymfeklieren wel kankercellen bevatten, noemen we het resultaat positief. Dan is een bijkomende behandeling wel noodzakelijk.

Aantal verwijderde sentinelklieren: _____

- Geen aantasting van de sentinelklier
 Aantasting van de sentinelklier

Totaal aantal verwijderde lymfeklieren: _____

- Aantal aangetaste lymfeklieren: _____

De aanwezigheid van hormoonreceptoren

Normaal borstklierweefsel heeft geslachtshormonen nodig om te kunnen groeien en te functioneren. Een tumor kan die eigenschap voor kortere of langere tijd behouden en dus verder groeien door de aanwezigheid van die hormonen. Omgekeerd kan het blokkeren van die hormonen leiden tot groeistilstand en zelfs het afsterven van de kankercellen.

Als de kankercellen een hormoonreceptor bezitten (oestrogeen 'ER' of progesteron 'PR'), zijn ze **hormoongevoelig**. Dat betekent dat we de borstkanker kunnen behandelen met tabletten die de hormonen weghouden van de receptoren of met tabletten die de hoeveelheid hormonen in het lichaam verlagen. Borstkankercellen die deze receptoren niet hebben zijn receptornegatief.

- Hormoongevoelig**
 Niet hormoongevoelig

De aanwezigheid van HER2

HER2-overexpressie betekent dat het eiwit HER2 (een groeistimulerend eiwit) sterker dan normaal aanwezig is op de kankercellen. HER2 noemen we ook wel het neu-oncogen. Dat komt voor bij ongeveer 20% van de tumoren. We testen het tumorweefsel hierop bij de diagnose. Als de kankercellen dat eiwit bevatten, kom je in aanmerking voor een extra therapie, namelijk de toediening van trastuzumab (Herceptin®) gedurende één jaar.

- HER2-receptor aanwezig
- Geen HER2-receptor aanwezig

De proliferatiemerker Ki67

Het Ki67-eiwit is een proliferatiemerker. Dat wil zeggen dat het een idee geeft over hoe snel de tumor groeit. Bij elke invasieve tumor bepalen we de concentratie van dat eiwit. Een hoge Ki67-waarde betekent een sneller groeiende tumor, wat een belangrijk element is bij de keuze van de behandeling.

04 DURF VRAGEN TE STELLEN

Veel mensen willen weten waar ze aan toe zijn, anderen juist niet. Jij bepaalt het tempo waarop je informatie krijgt en wat je wil weten.

Als je de resultaten van de onderzoeken niet goed begrijpt, vraag dan gerust uitleg aan je arts of verpleegkundige. Het is een periode waarin je belangrijke beslissingen moet nemen, dus is het belangrijk dat je begrijpt waarom we voor jou een bepaalde behandeling voorstellen.

Misschien twijfel je over het behandelingsvoorstel dat je hebt gekregen. Het is altijd mogelijk om een tweede advies te vragen aan een andere specialist.