

EEN VERDACHT LETSEL IN DE BORST: WAT NU?

Sofie Depuydt

AZ Damiaan Oostende

Vaatheekunde en Senologie

21 februari 2017

DD/ benigne-maligne letsel (zelf gevoeld, screeningsmammografie)

DD/Aan de hand van:

- Anamnese
 - Klinisch onderzoek
 - Beeldvorming
- ▶ Zo twijfel over goedaardig karakter steeds APO (biopsie)

ANAMNESE

- Letsel hoe vastgesteld (klachten? toevallig? trauma?)
- Verandering grootte of pijn evt afh cyclus
- Voorgeschiedenis:
 - algemeen
 - medicatiegebruik
 - borstproblemen, borstingrepen
 - vroegere beeldvorming

Risicofactoren borstca:

- Vroege menarche
- Late menopauze
- Geen zwangerschap of leeftijd 1^{ste} zwangerschap >30j
- Geen borstvoeding
- Hormonale R/
- Bestraling thoraxwand
- Familiaal: borst en ovariumcarcinoom+leeftijd, prostaat, colon

1. Inspectie:

Asymmetrie

Huidretractie

Roodheid-mastitis

Oedeem

Tepelafwijkingen: retractie, eczeem, tepelvochtverlies

2. Palpatie

Borst: palpabele letsels: afmeting/aflijnbaarheid, relatie tov huid-thoraxwand, eventueel opwekbaar tepelvocht

Klierstreken: axillair, supra- en infraclaviculair



Mastitis carcinomatosa: oedeem (peau d'orange), roodheid, zwellling $>1/3$ borst



Tepelretractie en huidretractie



Spontaan uniporieel, unilateraal bloederig, bruin, sereus verdacht voor maligniteit.
Overvloedig sereus uniporieel verdacht voor papilloom; kan ontaarden



Morbus Paget van de tepel: maligne epitheliale cellen in het epiderm van de tepel en areola. Carcinoma in situ of invasief carcinoma.

Vaak onderliggend tumoraal letsel in de borst.

DIAGNOSTISCHE ONDERZOEKEN

Afhankelijk van:

- Leeftijd
- Kans op maligniteit

cfr anamnese, KO, familiaal risico

BORSTTUMOREN

BENIGNE

Cyste

Fibroadenoom

Asymmetrische zone borstklierweefsel

Abces (mastitis): bacterieel

Lipoom

Sebumcyste

Hamartoom

Phyllodes

Papilloom

MALIGNE

cave complexe cyste

cave > 35j, > 3cm

mastitis carcinomatosa

cystosarcoma phyllodes

kan ontaarden

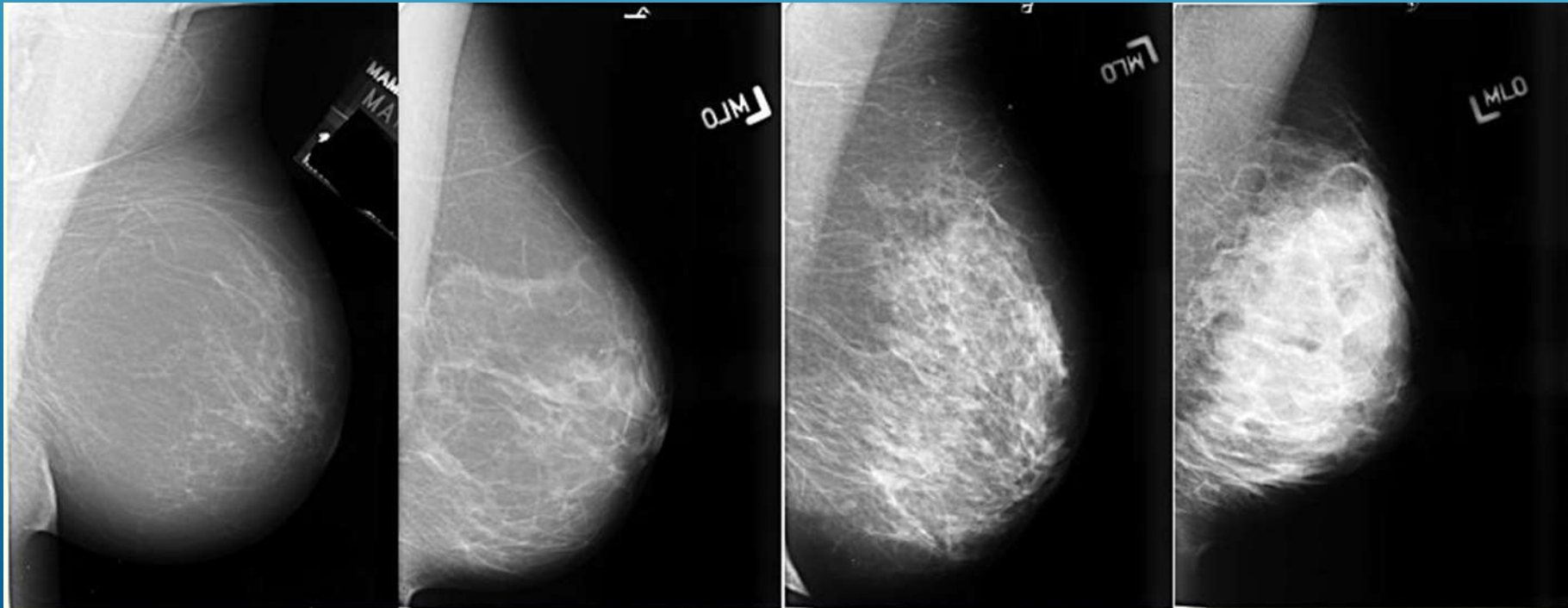
Borstcarcinooma

BEELDVORMING

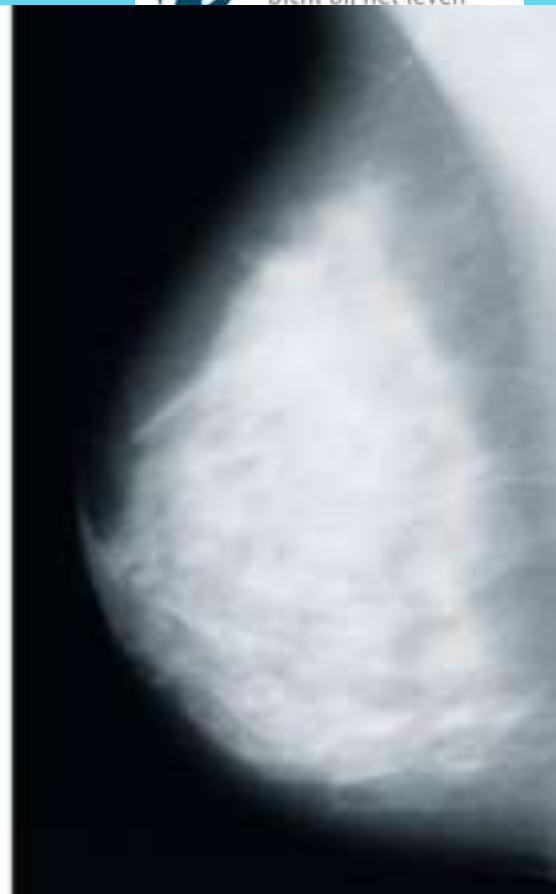
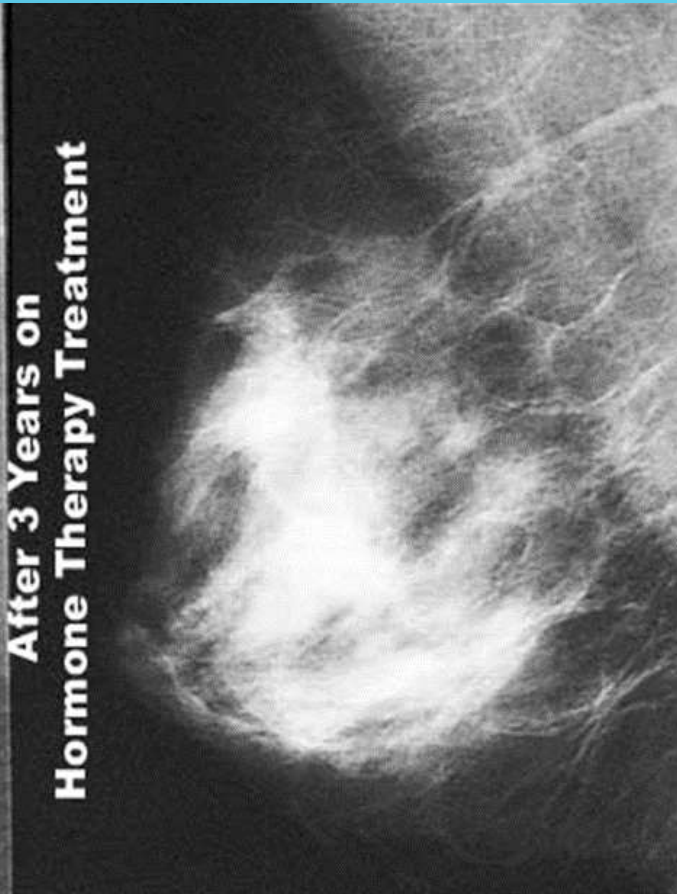
1. Mammografie

10-20% vals negatieven

Densiteit van de borst! (leeftijd, hormonaal)



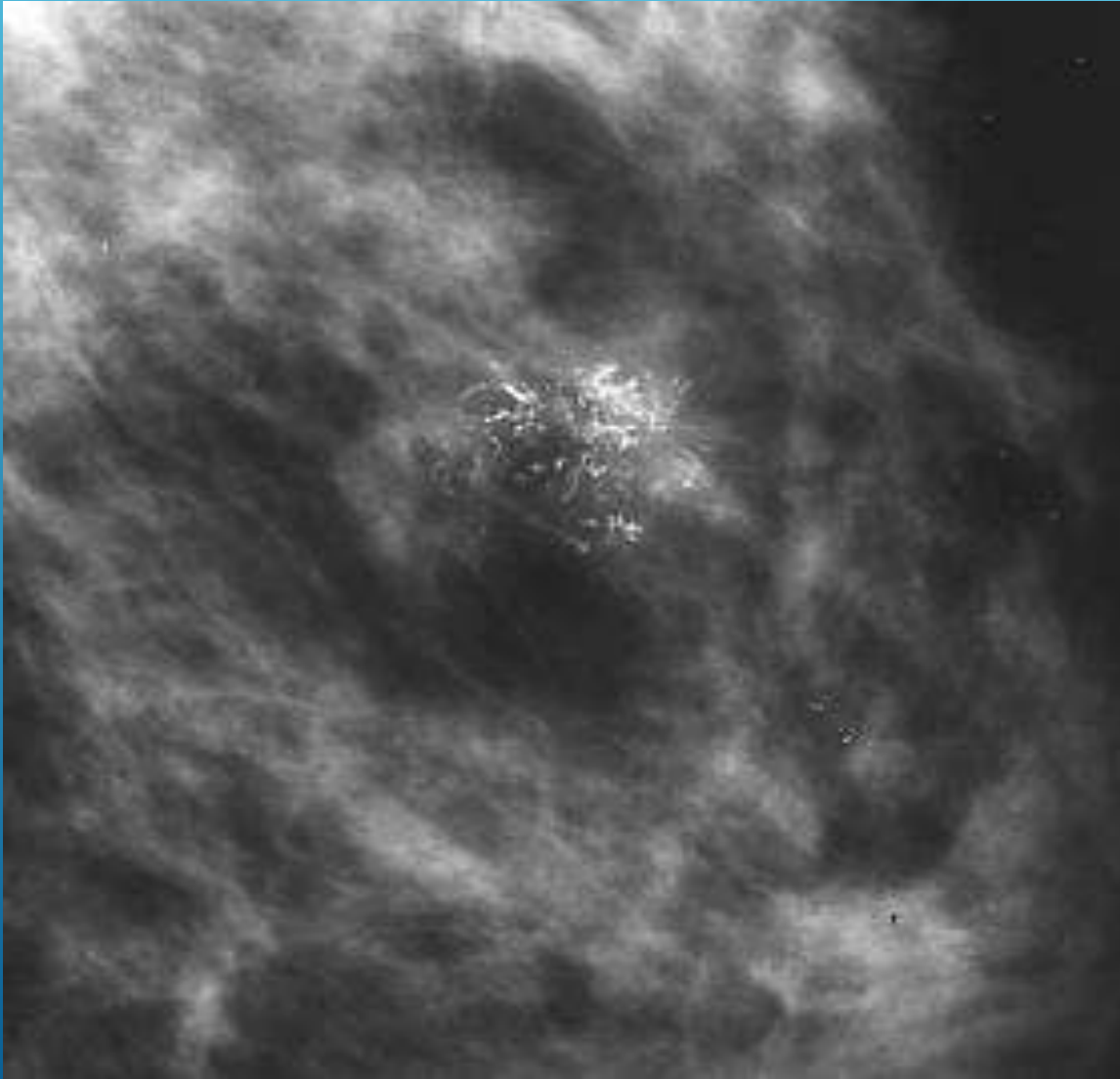
Breast composition and its mammographic appearance.¹



Effect van hormonale substitutietherapie op
borstdensiteit

Moeilijke diagnose van tumor in dense
borst

2. RX MAMMOGRAFIE:



Ideaal voor nazicht μ 's:

cluster microcalcificaties:

verdacht voor ductaal carcinoma in situ

BEELDVORMING

2. Echografie

- Evaluatie van mammografische afwijkingen DD/ vaste-cystische letsels
- <30j
- Prothese
- Zwangere
- Dense borst (aanvulling mammografie)
- Evaluatie klierstreken
- Vascularisatie
- Niet geschikt voor μ 's, kleine stellaire letsels

BEELDVORMING

3. NMR (MRI-KST)

Zeer hoge sensitiviteit 99%, lage specificiteit

Zeer weinig vals negatieven, zeer veel vals positieven

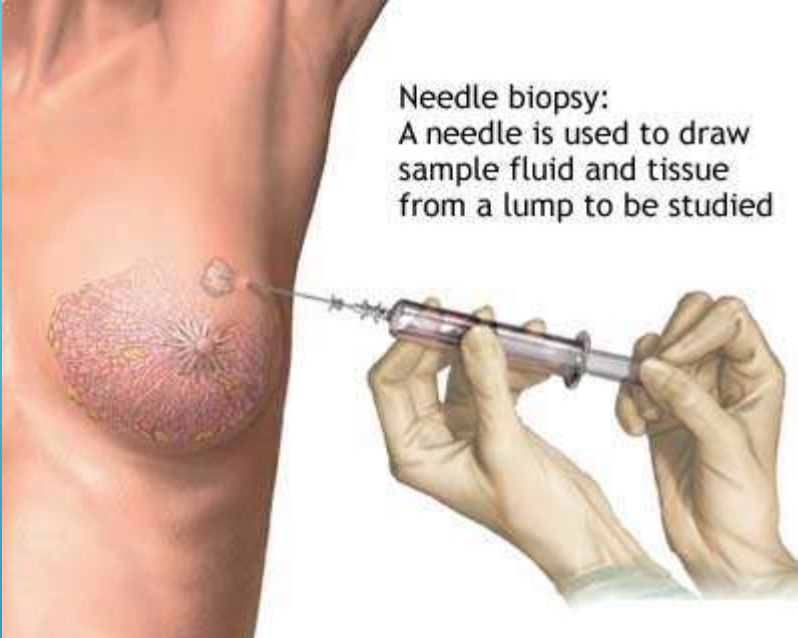
3. NMR

Dus slecht screeningsonderzoek, maar wel geïndiceerd:

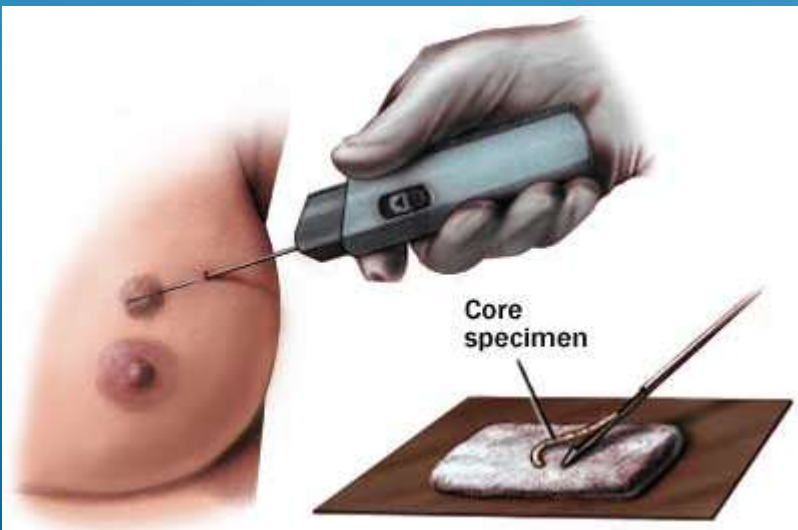
- Discordantie kliniek-echo/mammografie
- Multifocaliteit- bilateraal (lobulair)
- BRCA 1-2 (hereditair borstca) gezien jonge patiënten vaak met dens borstklierweefsel
- Prothese, zo RX niet mogelijk
- DD/fibrose-recidief bij reeds borstsparende ingreep
- Neo-adjuvante therapie (grote, uitgebreide tumoren beter evalueren vooraleer behandeling en effect van behandeling beoordelen)
- Positieve klieren maar geen letsel op echo/mammo

BIOPSIE

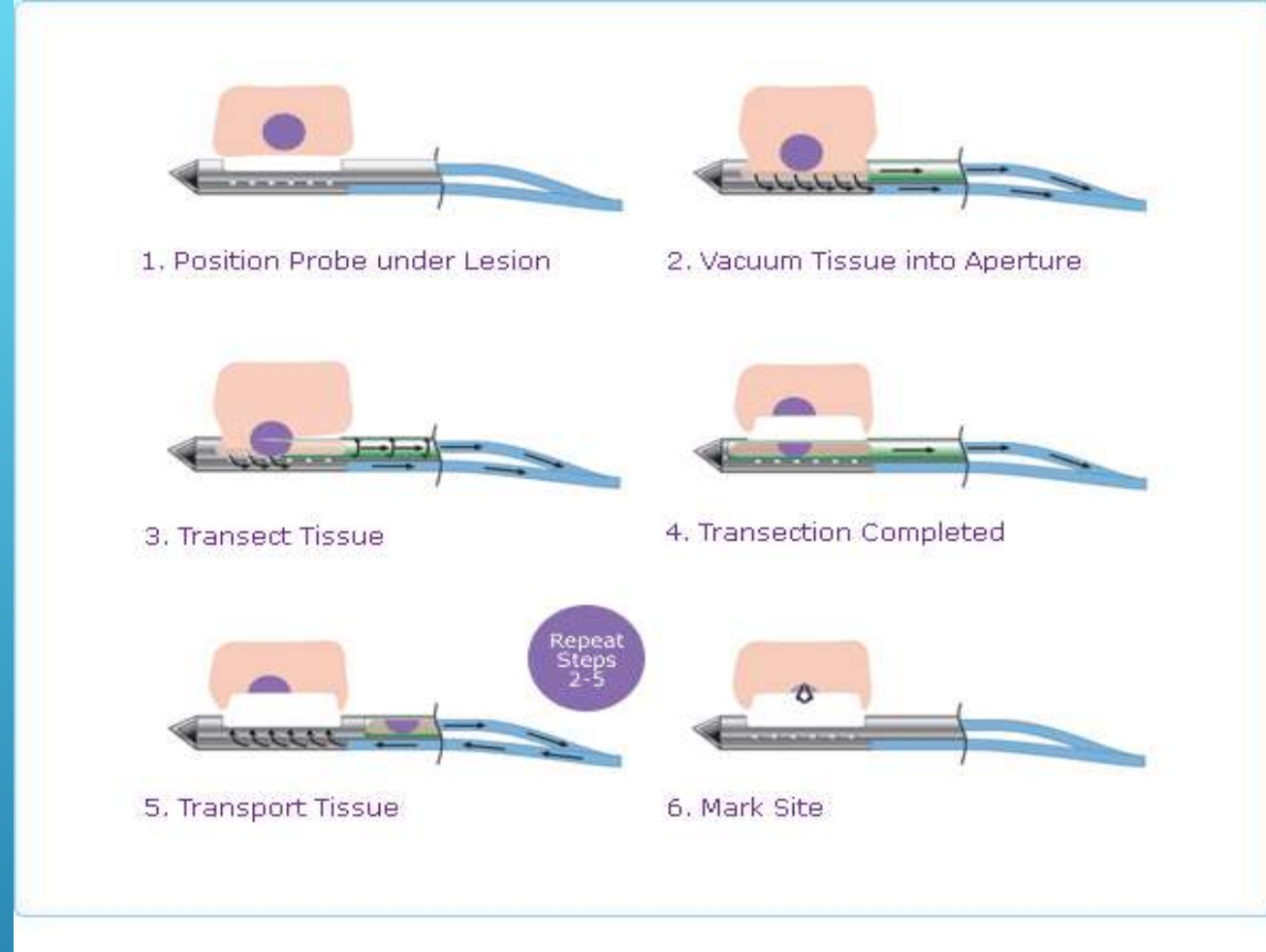
1. FNAC: fijne naald aspiratie cytologie (geen architectuur): klieren!
2. Core biopsie: meer weefsel(wel architectuur)
3. Mammotoom of vacuumbiopsie: nog meer weefsel: betere diagnose mogelijk, ook resectie μ 's
4. Chirurgisch



FNAC: punctie van letsel



Core biopsie : doorheen letsel afvuren



Mammotombiopsie: exact markeren mogelijk
minder soiling tumorcellen

BIJ BORSTCARCINOMA: PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN

- Labo: preop+leverset+Ca+CA15.3
- RX Thorax (longmetastasen?)
- Echo lever (levermetastasen?)
- Botscintigrafie (botmetastasen), eventueel gerichte RX/CT/NMR
- CT Thorax/abdomen (of PET):

indien T3-T4 letsel= grote tumor, mastitis, ulceratie, klier aantasting, ingroei thoraxwand

indien CA 15.3 gestegen

BEHANDELING

Altijd multidisciplinair oncologisch consult
(MOC):

Medisch oncoloog

Borstchirurg

Anatoompatholoog

Nucleaire Geneeskunde

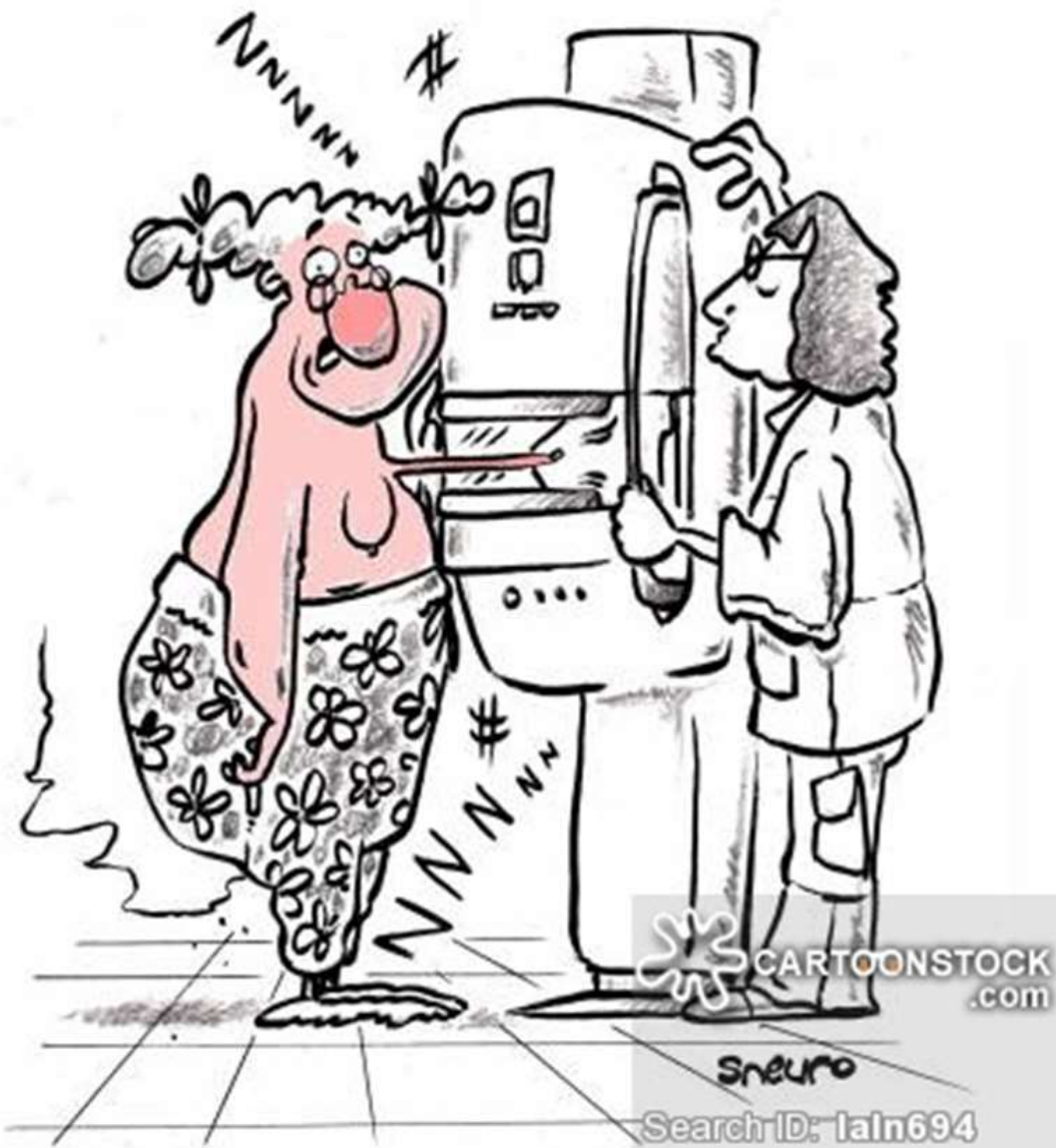
Radiotherapie

Radiologie

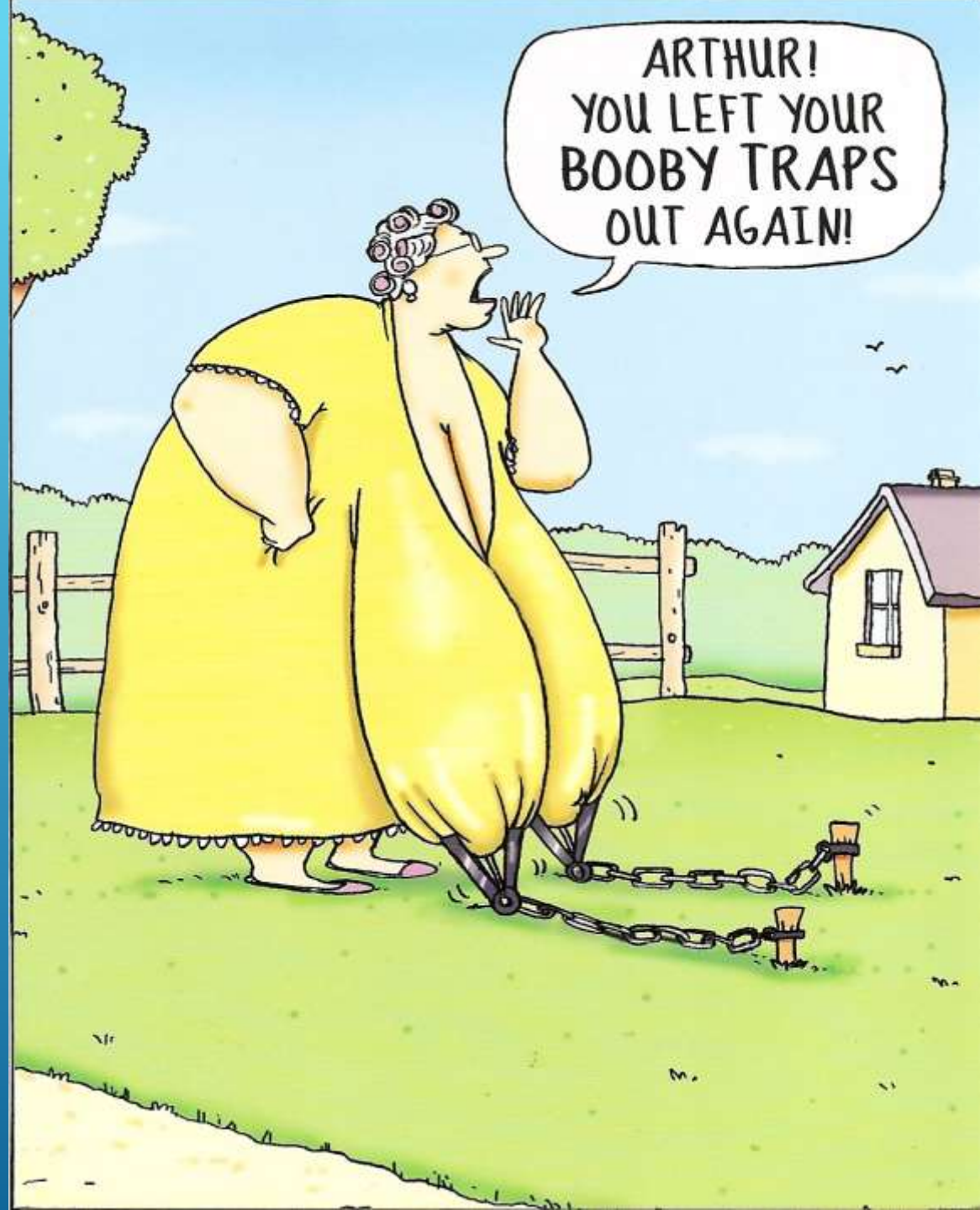
AZ DAMIAAN= ERKENDE BORSTKLINIEK

Doel: zo snel mogelijk een adequate diagnose en behandeling

Steeds multidisciplinair; zeer nauwe samenwerking tussen borstchirurgen en medisch oncologen



"And I can find a bra that fits after this?"



BEHANDELING OPERABELE TUMOREN (CURATIEF)

1. Borstsparende heekunde (brede excisie): tumor met een marge van minimaal 1 cm reseceren bv. T 1 cm, reeds 3x3 cm reseceren.

Exclusie:

- Te grote Tumor in vgl met grootte borst
- Multifocaal (vaak toch 1 grote tumor op APO)
- Begeleidend uitgebreid DCIS (μ 's)
- Contraindicatie radiotherapie (reeds in verleden RT, onfit fysisch-psychisch)

2. Mastectomie:

Exclusie:

- M+ (uitzondering hygienische redenen)
- Locally advanced: T4 N2 N3: eerst neo-adjuvante therapie

SENTINELKLIER (SCHILDWACHTKLIER)

= 1^{ste} klier van de borst: waarnaar tumorcellen als eerste draineren

Reeds peroperatief vriescoupe, 7% vals negatief, cfr toch tumorcellen op definitief APO (grondiger nazicht en bijkomende kleuringen)

Hoe opzoeken peroperatief?

1. inspuiten op voorhand met technetium nannocolloid en peroperatief met gammaprobe lokalisatie mogelijk
2. patent blauw inspuiten preoperatief en opzoeken blauwe lymfeklier peroperatief.

Indicatie:

- cT1-3N0; DCIS waarbij mogelijks toch haard van invasief carcinoma

Contra-indicatie:

- Recente axillaire heekunde (5-10j)
- RT borst-axilla verleden
- Na preoperatief systemische behandeling

OKSELKLIEREVIDEMENT

Zo positieve sentinelklier of zo geen sentinelprocedure mogelijk

RADIOTHERAPIE

1. Na borstsparende heekunde (altijd!):

Borstklier 50 Gy (25x2): 5 weken

Boost op tumorbed 16Gy (8x2)

Totaal 6 weken

Alternatief recent: Hypofractionatie schema (4 weken):

Borstklier 42,56 Gy (16x2,66)

Boost 12,5Gy (5x2,5)

Indicaties:

- >50j
- Geen adjuvante chemo
- Geen klierstreken te bestralen

2. Bestraling MSP (mediaan subclavia en parasternaal):

50 Gy (25x2): 5 weken

Indicatie:

- Klier aantasting
- Centraal of mediaal gelegen tumoren wanneer groter dan 5 mm en slechtere prognose (pT3,ER-,weinig gedifferentieerd of lymfovasculaire invasie)

Gezien bij mediaal gelegen tumoren meer kans op klier aantasting retrosternaal

3. Bestraling axilla:

50Gy (25x2): 5 weken

Indicatie:

- Nog tumor in axilla
- >4 klieren en macroscopische kapseldoorbraak
- Na neo adjuvante chemotherapie en prechemo massief positieve klieren

Lymfoedeem!

4. Thoraxwand bestraling na mastectomie

Indicaties:

- T3 en T4
- Okselklieren +
- Snedevlakken +
- Lymfovasculaire invasie
- Triple negatieve tumoren (ER-, PR-, Her2 neu -): slechte prognose gezien geen hormonale therapie of Herceptine kan toegediend worden.

HER2/NEU -----HERCEPTINE®

Her2/neu is een oncogen op chromosoom 17. codeert voor Her2 proteïne (Human epidermal growth factor receptor 2)

Deze zorgt voor de regulatie van normale celgroei.

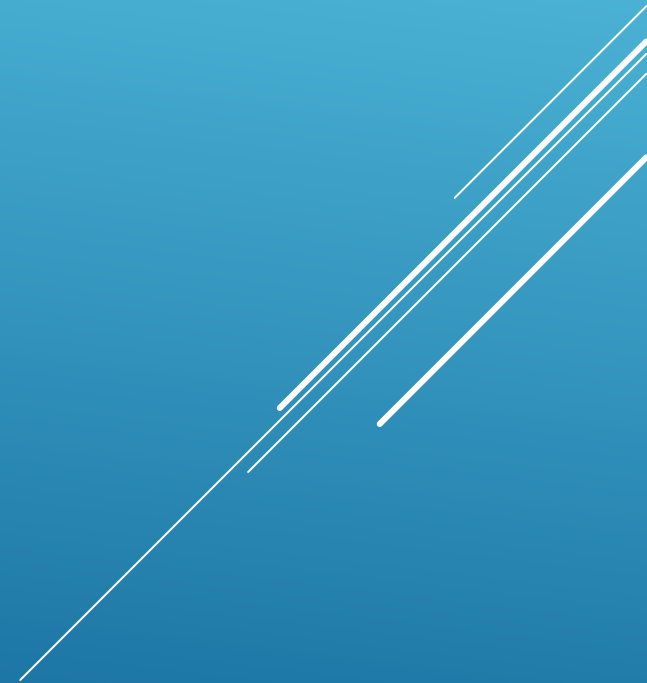
- Normale cellen: 2 genen (lage hoeveelheid Her2 proteïne op membraan)
- 10-20% borstca vertonen amplificatie van Her2/neu gen waardoor overexpressie van Her2 proteïne waardoor snellere celproliferatie.
Dus agressievere tumoren maar er bestaat een behandeling voor!
- Herceptine =monoclonale antibody die interfereert met Her2 receptor
Mag enkel toegediend worden na voorafgaandelijk chemotherapie

WIE KRIJGT CHEMOTHERAPIE?

Zo groter risico op herval

Steeds individuele patient bekijken

Multidisciplinair!



RECENT NIEUW CLASSIFICATIESYSTEEM

1. Triple negatieve tumoren

(ER-, PR-, Her 2-)

Zo tumor >1 cm of N+

2. Her 2+ non luminal

(ER-, PR-, Her 2 +)

Zo tumor 1 cm evt zelfs vanaf 0,5 cm

3. Luminal A (laaggradig; prognostisch meest gunstig)

(ER+/-PR +, Her2 -) enkel zo belangrijke ongunstige factoren:

Bv. N++

4. Luminal B (Her 2-)

(ER +/-PR +, Her2-)zo meerder ongunstige factoren

- jonge leeftijd
- LV invasie
- N+
- T2-T4
- Multifocaal
- Weinig gedifferentieerd
- Hoge proliferatie index

5. Luminal B (Her2+)

(ER+/-PR +, Her2+)

Zo tumor >1 cm

Herceptine terugbetaald zo in combinatie met chemotherapie, vanaf 1 cm tumorgrootte of N+

T is: DCIS ductaal carcinoma in situ; LCIS lobulair carcinoma in situ

T1: <2 cm

T2: 2-5 cm

T3: >5 cm

T4: invasie thoraxwand, ulceratie huid, satellietnoduli zelfde borst, oedeem, mastitis carcinomatosa

N0: geen klieren aangetast

N1: 1-3 axillaire klieren aangetast

N2: 4-9 axillaire klieren aangetast

N3: vanaf 10 axillaire klieren aangetast, infra-supraclaviculaire klieren

M0: geen metastasen op afstand

M1: metastasen op afstand, meest frequent bot, lever, longen

ERFELIJK BORSTCARCINOMA

5-10%

BRCA 1-2 mutatie 20-30% van de hereditaire borstca

CHEK2 gen

Normaal BRCA 1-2 gen zorgt voor DNA repair van de borstcel of apoptose zo geen repair mogelijk.

ERFELIJK BORSTCA

Normale frequentie borstca 10-12%, ovariumca 1,5%

Risico op ca op 80j:

BRCA1 borstca 65-80%, ovariumca 30-45%

BRCA2 borstca 60%, ovariumca 10-20%

♂ minder kans op borstca dan ♀ maar geeft wel ½ door

Wel verhoogd risico op pancreas, prostaat, colon

CHEK2: 2-3x borstca, prostaat, long, colon, thyroid, nier

DNA-TESTING ERFELIJK BORSTCA

- 3 in 1 familie borst-ovarium
- 1 met beide (borst en ovarium)
- 1 bilateraal borstca 1x <50j
- 1 borstca <35j
- 1 ovariumca <50j
- Triple negatieve tumoren

FOLLOW-UP HOOG-RISICOPT (BRCA)

1. BORST:

Vanaf 30 j of 5j vroeger dan eerste diagnose

- Maandelijks zelfonderzoek
- 6 maandelijks KO+echo
- Jaarlijks mammo-echo-NMR

FOLLOW-UP HOOG-RISICOPT (BRCA)

2. Ovarium:

Vanaf 30j: 6 md KO, labo CA125, transvaginale echo

Profylactisch:

- Voor 40j resectie ovaria (hiermee ook 50% reductie op borstca)
- Profylactische ME, idealiter + onmiddellijke reconstructie

! Risico borstca blijft 2-3% : klinische follow-up jaarlijks, echo/NMR op indicatie

Ook ovariumca (primair peritoneaal): jaarlijks KO, CA125, transvaginale echo

DIAGNOSE

- Zelf gevoeld
- Screeningsmammografie

1. Anamnese+ KO
 2. Beeldvorming
 3. APO
- = triple diagnostiek

1. inspectie:

Zittend armen in rust, boven hoofd, aandrukken op heupkam
(aanspannen pectoralisspier)

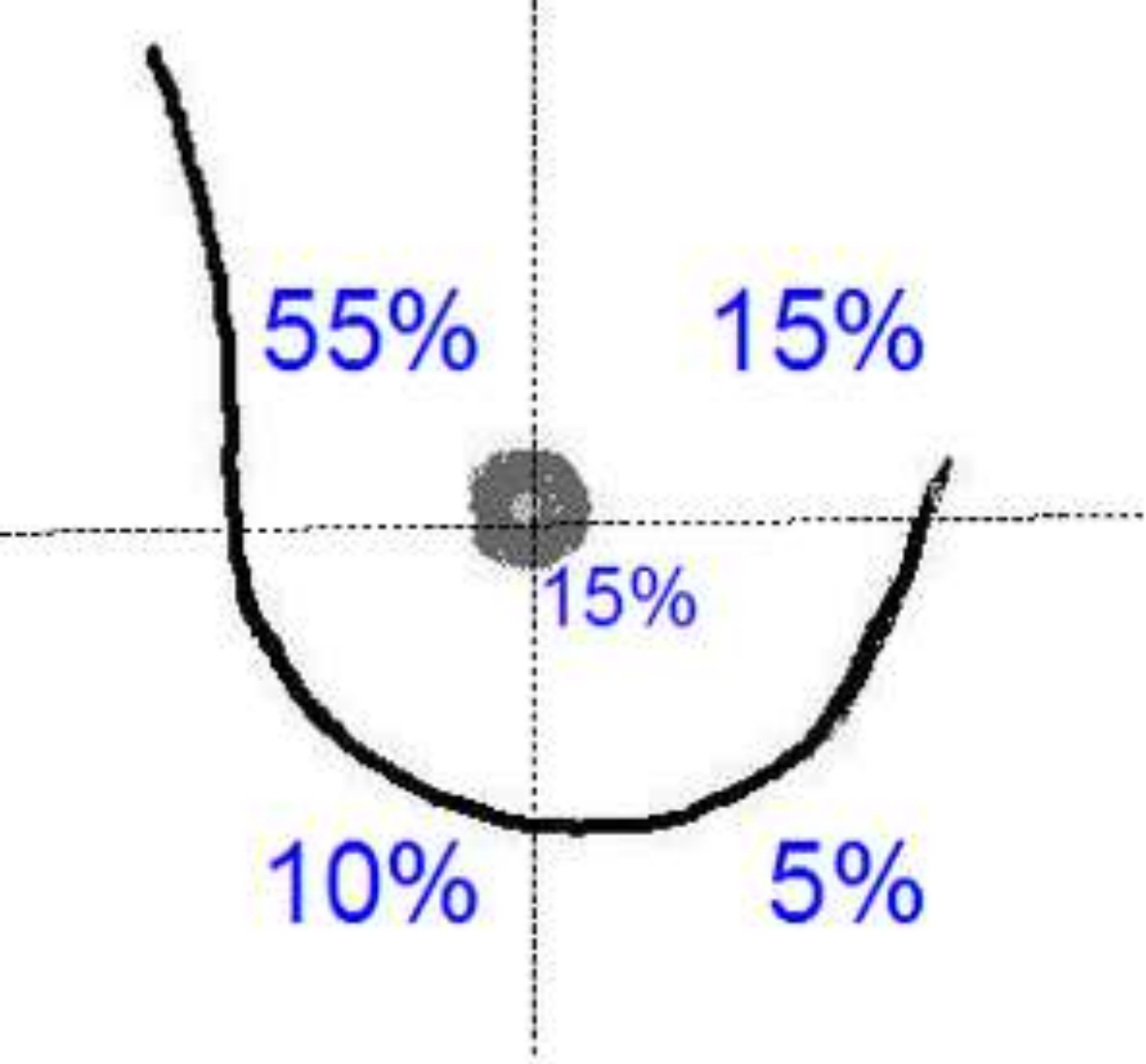
Asymmetrie

Huidretractie

Roodheid-mastitis

Oedeem

Tepelafwijkingen: retractie, eczeem, tepelvochtverlies



Boven buiten!
Retroareolair!