

Presentazione delle esperienze regionali

Tavola comparativa su:

Test genomici

**Il trattamento dell'ascella dopo chemio-immunoterapia
neoadiuvante**

Umbria

Cynthia Aristei

Fabio Cartaginese

Gianfranco Lolli

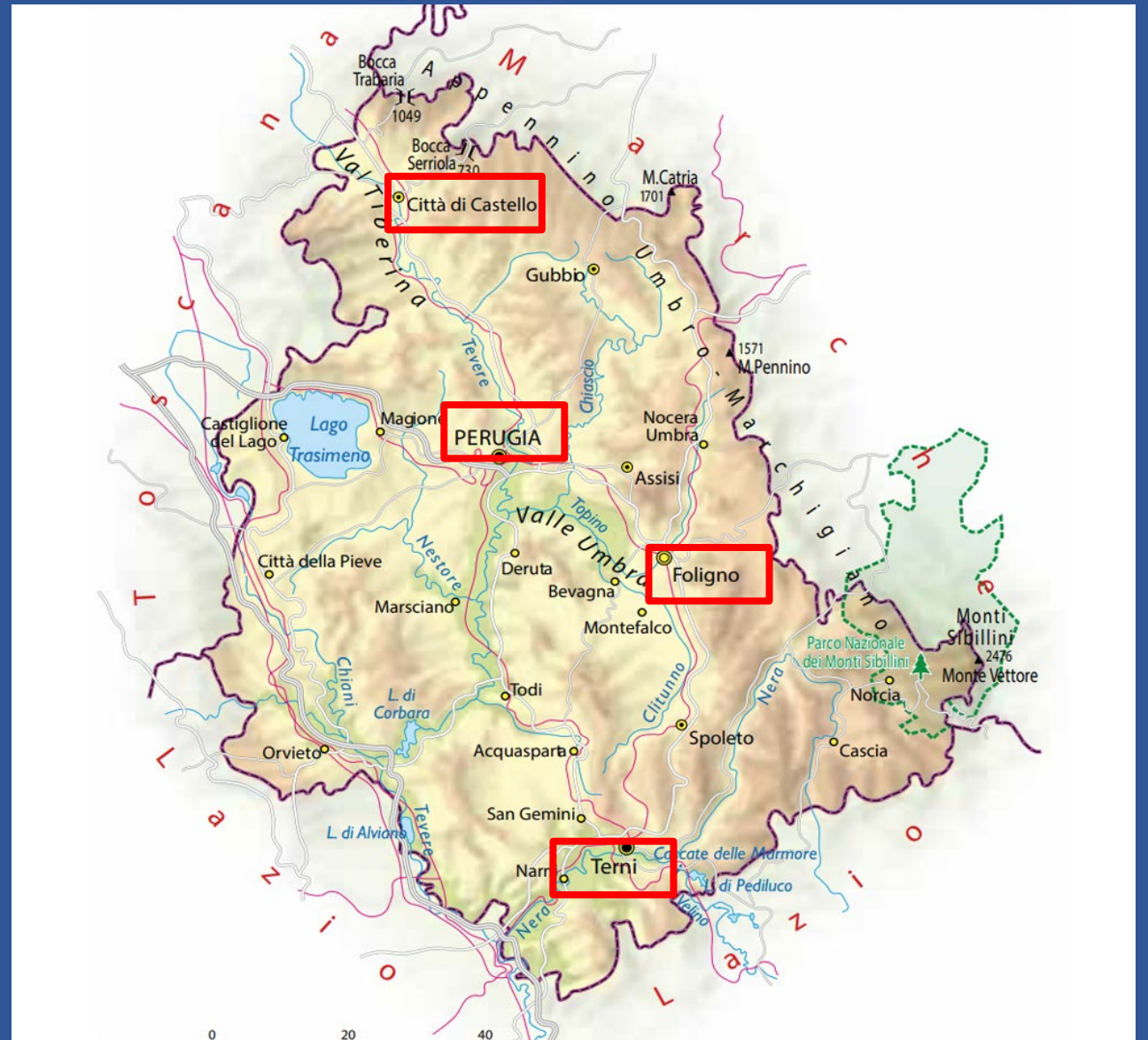
Marina Vinciguerra



3. Le Breast Unit dell'Umbria

Le 4 BU istituite dalla Regione Umbria operano nell'ambito della ROR-U (DGR 1662 del 01/12/2008, DGR 55 del 25/01/2016, DGR 1497 del 20/12/2018) sono le seguenti:

- BU dell'Azienda Usl Umbria 1 presso l'Ospedale di Città di Castello;
- BU dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria della Misericordia" di Perugia;
- BU dell'Azienda Usl Umbria 2 presso l'Ospedale San Giovanni Battista di Foligno;
- BU dell'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni.



METODOLOGIA DI LAVORO

Preparato un questionario per ciascuno dei 2 argomenti

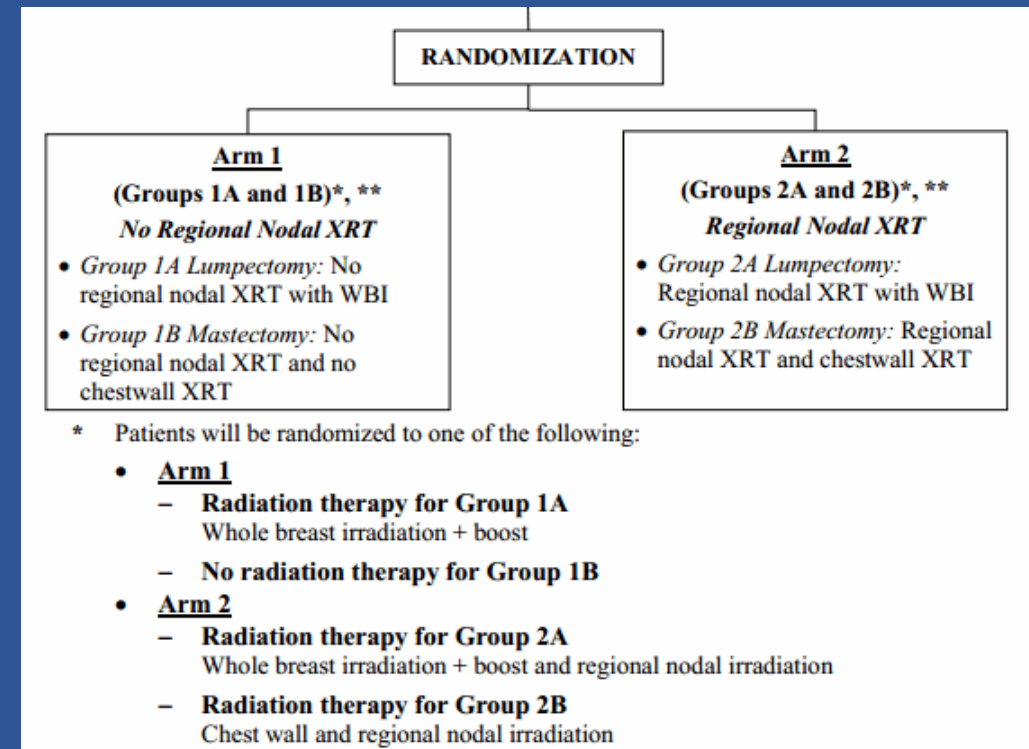
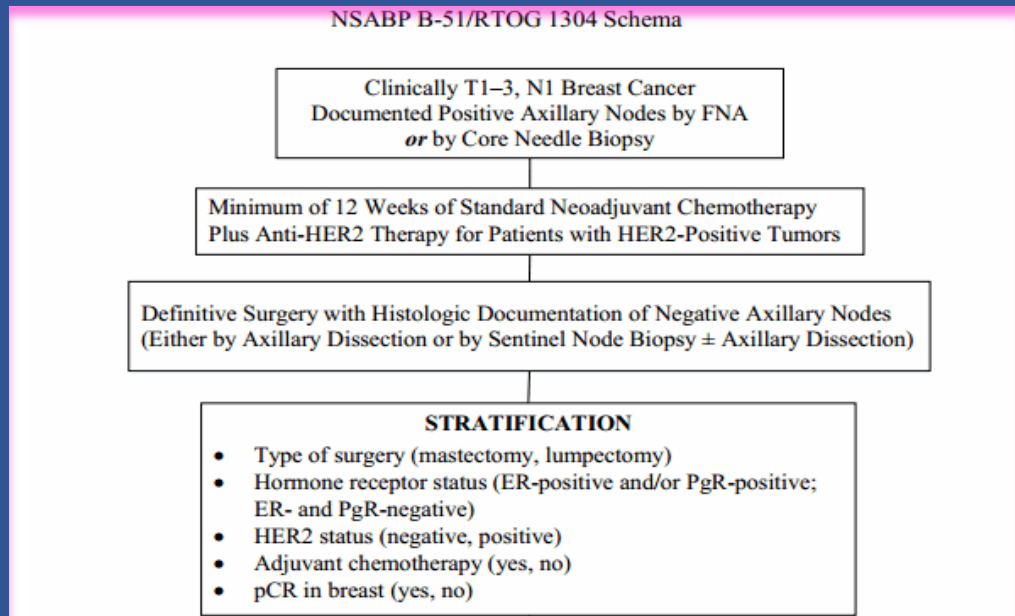
Il trattamento dell'ascella dopo chemio-immunoterapia neoadiuvante

7 domande

ORIGINAL ARTICLE

Omitting Regional Nodal Irradiation after Response to Neoadjuvant Chemotherapy

E.P. Marmounas,¹ H. Bandos,^{2,3} J.R. White,⁴ T.B. Julian,⁵ A.J. Khan,⁶ S.F. Shaitelman,⁷ M.A. Torres,⁸ F.A. Vicini,⁹ P.A. Ganz,^{10,11} S.A. McCloskey,¹² P.C. Lucas,¹³⁻¹⁶ N. Gupta,¹⁷ X.A. Li,¹⁸ B. McCormick,⁶ B. Smith,⁷ R.D. Tendulkar,^{19,20} V.S. Kavadi,²¹ K. Matsumoto,²² S.A. Seaward,²³ W.J. Irvin, Jr.,²⁴ J.Y. Lin,⁸ R.W. Mutter,²⁵ T.M. Muanza,²⁶ J. Stromberg,²⁷ R. Jagsi,⁸ A.C. Weiss,²⁸ W.J. Curran, Jr.,²⁹ and N. Wolmark^{14,15,30}



Omitting Regional Nodal Irradiation after Response to Neoadjuvant Chemotherapy

E.P. Mamounas,¹ H. Bandos,^{2,3} J.R. White,⁴ T.B. Julian,⁵ A.J. Khan,⁶ S.F. Shaitelman,⁷ M.A. Torres,⁸ F.A. Vicini,⁹ P.A. Ganz,^{10,11} S.A. McCloskey,¹² P.C. Lucas,¹³⁻¹⁶ N. Gupta,¹⁷ X.A. Li,¹⁸ B. McCormick,⁶ B. Smith,⁷ R.D. Tendulkar,^{19,20} V.S. Kavadi,²¹ K. Matsumoto,²² S.A. Seaward,²³ W.J. Irvin, Jr.,²⁴ J.Y. Lin,⁸ R.W. Mutter,²⁵ T.M. Muanza,²⁶ J. Stromberg,²⁷ R. Jagsi,⁸ A.C. Weiss,²⁸ W.J. Curran, Jr.,²⁹ and N. Wolmark^{14,15,30}

END-POINT PRIMARIO

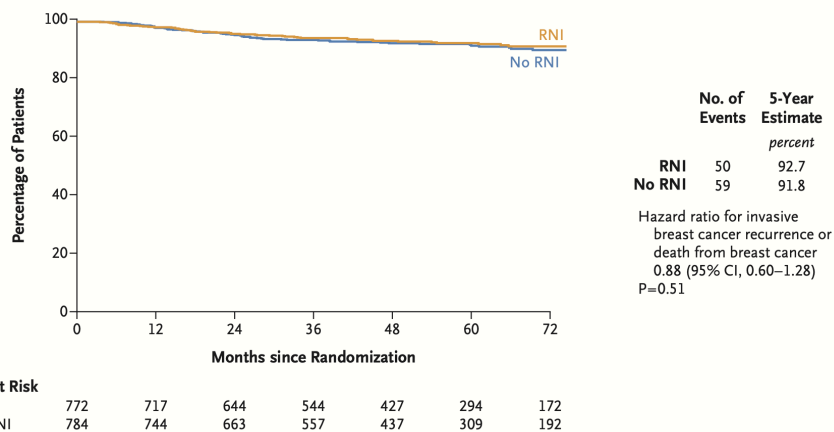


Figure 1. Effect of Regional Nodal Irradiation on the Invasive Breast Cancer Recurrence-free Interval. Shown is the 5-year estimate of survival free from invasive breast cancer recurrence or death from breast cancer. RNI denotes regional nodal irradiation.

END-POINT SECONDARI

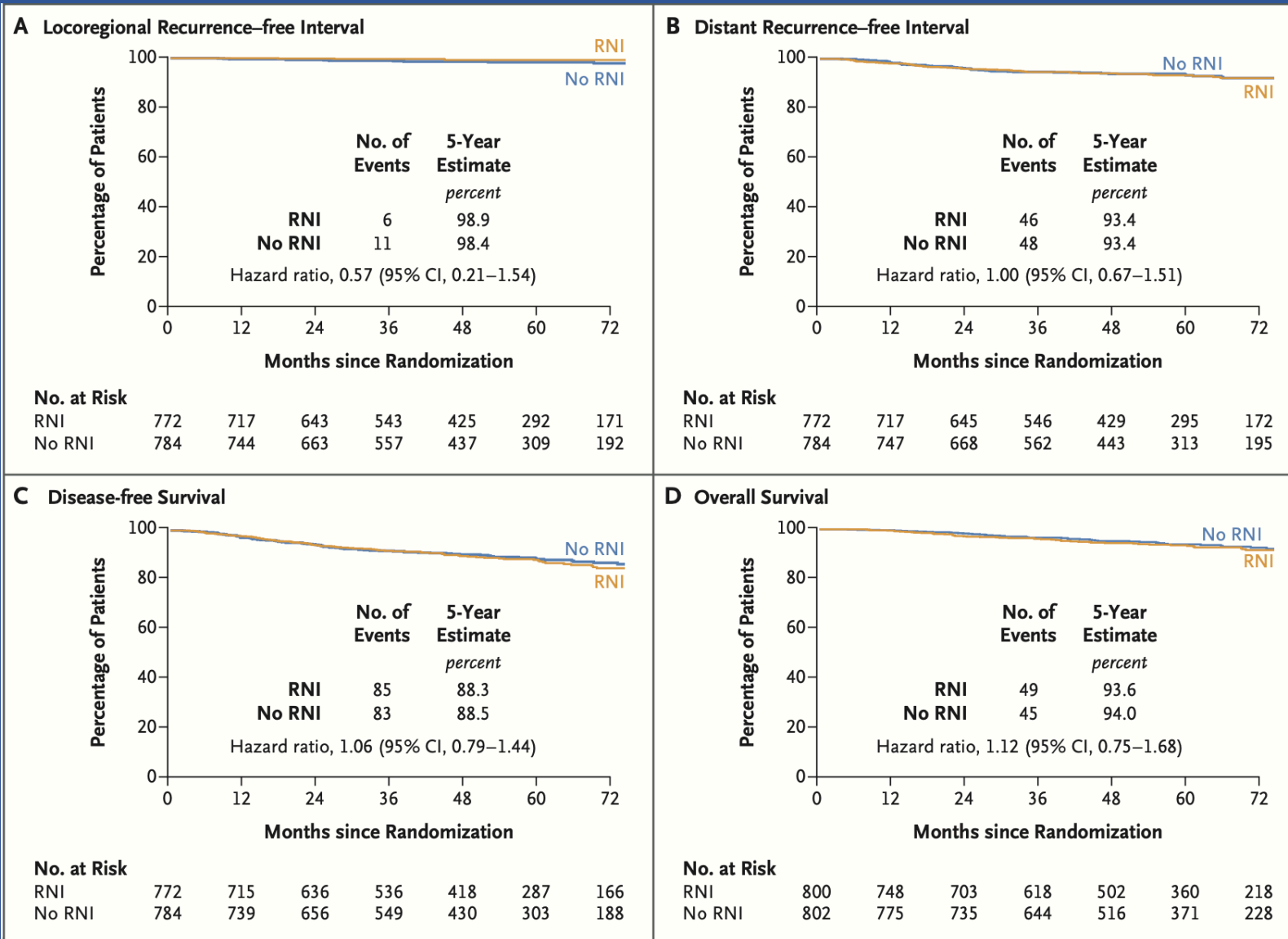


Figure 2. Effects of Regional Nodal Irradiation on Secondary End Points.

Shown are effects of regional nodal irradiation on the locoregional recurrence-free interval (Panel A), the distant recurrence-free interval (Panel B), disease-free survival (Panel C), and overall survival (Panel D).

Q1.

In pazienti con malattia clinica T1-3N1, ypN0 dopo terapia sistemica neoadiuvante (LNS/TAD) dai indicazioni al trattamento radiante su linfonodi regionali? Se si, su quali stazioni?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
NO	3	75%
Si, solo su livelli 1-2		
Si, su livelli 1-4 +/- IMN		
La scelta sull'indicazione al trattamento e i volumi bersaglio dipende da eventuali fattori di rischio presenti alla diagnosi (es. età, stadio della malattia, grading, caratterizzazione biopatologica)	1	25%
La scelta all'indicazione al trattamento e i volumi bersaglio dipende da eventuali fattori di rischio post-operatori (es. numero di linfonodi asportati per BLNS/TAD, numero di linfonodi contenenti fibrosi, suggestivi per la presenza di metastasi alla diagnosi)		

Q2.

In pazienti con malattia clinica T1-3N1, ypN1 micrometastatica dopo terapia sistemica neoadiuvante (LNS/TAD) dai indicazioni al trattamento radiante su linfonodi regionali? Se si, su quali stazioni?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
Suggerisco ALND, seguita da RT su livelli 3-4 +/- IMN		
Si, solo su livelli 1-2		
Si, su livelli 1-4 +/- IMN		
La scelta sull'indicazione al trattamento e i volumi bersaglio dipende da eventuali fattori di rischio presenti alla diagnosi (es. età, stadio della malattia, grading, caratterizzazione biopatologica)	3	75%
La scelta all'indicazione al trattamento e i volumi bersaglio dipende da eventuali fattori di rischio post-operatori (es. numero di linfonodi asportati per BLNS/TAD, estensione extracapsulare, numero di linfonodi contenenti fibrosi, suggestivi per la presenza di metastasi alla diagnosi, risposta a livello di ghiandola mammaria)	1	25%

STUDI IN CORSO

Contemporary Clinical Trials Communications 17 (2020) 100496

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Contemporary Clinical Trials Communications

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/conctc>

Short communication

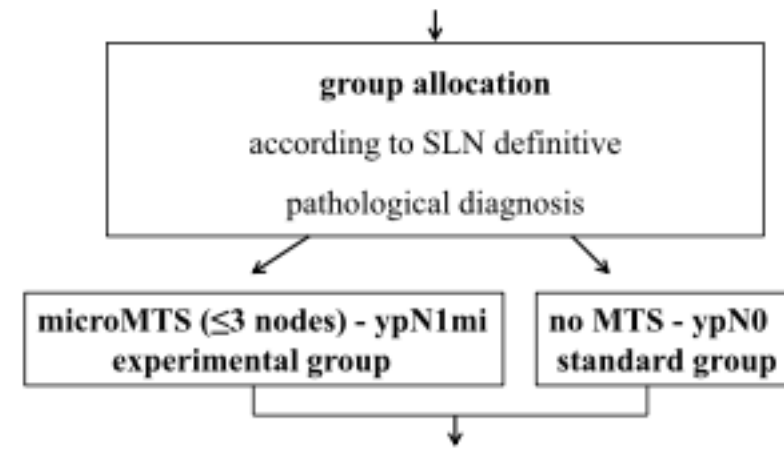
NEONOD 2: Rationale and design of a multicenter non-inferiority trial to assess the effect of axillary surgery omission on the outcome of breast cancer patients presenting only micrometastasis in the sentinel lymph node after neoadjuvant chemotherapy

Corrado Tinteri^a, Giuseppe Canavese^a, Paolo Bruzzi^b, Beatrice Dozin^{b,*}

^a U.O. Senologia (Breast Unit), IRCCS Istituto Clinica Humanitas, Rozzano, MI, Italy
^b U.O. Epidemiologia Clinica, IRCCS Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italy

NEONOD 2 trial

- age $\geq 18 - \leq 75$ y
- cT1-T2-T3 unifocal invasive breast cancer
- pre-NAC positive axilla (cN+, ultrasound/microcytology)
- post-NAC negative axilla (cN-, ultrasound/microcytology)
- BCS or mastectomy
- SLNB and SLN evaluation



- no ALND
- hormonal/biological therapies
- WBI ± boost (if BCS)
- chest wall RT ± boost (if mastectomy)
- no irradiation at axillary level

Fig. 1. NEONOD 2 trial: study design.

NAC, neoadjuvant chemotherapy; BCS, breast conserving surgery; SLNB, sentinel lymph node biopsy; SLN, sentinel lymph node; MTS, metastasis; ALND, axillary lymph node dissection; WBI, whole breast irradiation; RT, radiotherapy.



19TH ST.GALLEN INTERNATIONAL BREAST CANCER CONFERENCE 2025

12 – 15 March 2025, Vienna / Austria

submitted by
a delegate

A patient with breast cancer has received neoadjuvant chemotherapy with clinical response, and at the time of sentinel lymph node surgery. She will receive radiation therapy to the breast. What additional axillary therapy would you recommend?

	Number of affected sentinel lymph nodes	Micrometastatic residual disease	
		1 of 4 SLN	2 of 4 SLN
ER positive, HER2 negative	None	30%	15%
	ALND	15%	22%
	nodal irradiation	48%	48%
	ALND+nodal irradiation	6%	15%
triple negative	None	8%	5%
	ALND	22%	28%
	nodal irradiation	49%	38%
	ALND+nodal irradiation	22%	29%
ER negative, HER2 positive	None	16%	8%
	ALND	16%	23%
	nodal irradiation	50%	40%
	ALND+nodal irradiation	19%	29%

- Consensus sgbcc2025
- Confidentiality notice
- The Consensus manuscript is planned to be published in Ann Oncol with critical discussion of controversial voting results
- Data are intellectual property of the Foundation SONK

SPECIAL ARTICLE

Tailoring treatment to cancer risk and patient preference: the 2025 St Gallen International Breast Cancer Consensus Statement on individualizing therapy for patients with early breast cancer

H. J. Burstein^{1,*†}, G. Curigliano^{2,3†}, M. Gnant^{4,5}, S. Loibl⁶, M. M. Regan¹, S. Loi⁷, C. Denkert⁸, P. Poortmans^{9,10}, D. Cameron¹¹, B. Thurlimann¹² & W. P. Weber¹³, Panelists of the St. Gallen International Breast Cancer Consensus 2025

Table 1. Recommendations for axillary therapy for residual disease after neoadjuvant chemotherapy

Tumor subset	SLN tumor burden after neoadjuvant chemotherapy	
	1 of 4 micrometastases	2 of 4 micrometastases
ER-positive, HER2-negative	No further therapy, or nodal RT	Nodal RT or axillary dissection or both
Triple-negative	Nodal RT or axillary dissection or both	Nodal RT or axillary dissection or both
HER2-positive	Nodal RT or axillary dissection or both	Nodal RT or axillary dissection or both

Oncological outcomes with and without axillary lymph node dissection in patients with residual micrometastases after neoadjuvant chemotherapy (OPBC-07/microNAC): an international, retrospective cohort study



Giacomo Montagna*, Michael Alvarado*, Sara Myers*, Mary M Mrdutt, Susie X Sun, Varadan Sevilimedu, Andrea V Barrio, Astrid Botty van den Bruele, Judy C Boughey, Marissa K Boyle, Angelena Crown, Susan B Kesmodel, Tari A King, Henry M Kuerer, Elmore C Leisha, Tracy-Ann Moo, Anna Weiss, Austin D Williams, Priyanka Parmar, Brian Diskin, Callie Hlavin, Emilia J Diego, Natália Polidoro, Khaled Abdelwahab, Maggie Banys-Paluchowski, Christian Kurzeder, Martin Heidinger, Maite Goldschmidt, Alexandra Schulz, Jörg Heil, Güldeniz Karadeniz Cakmak, Nina Pislar, Margit Riis, Ipshita Prakash, Valentina Ovalle, M Umit Ugurlu, Gianluca Franceschini, Emelyanov Alexander Sergeevich, Javier Morales, Han-Byoel Lee, Viviana Galimberti, Sung Gwe Ahn, Jai Min Ryu, Mahmut Muslumanoglu, Neslihan Cabioğlu, Tae-Kyung Robyn Yoo, Marie-Jeanne Vrancken Peeters, Massimo Ferrucci†, Monica Morrow†, Walter P Weber†, and the microNAC Study Group‡

Lancet Oncol 2026; 27: 57–67

	Overall (n=1585)	No ALND (n=781)	ALND (n=804)	p value*
Breast radiotherapy	745/763 (97.6%)	377/394 (95.7%)	368/369 (99.7%)	0.002
Chest wall radiotherapy	690/820 (84.1%)	311/387 (80.4%)	379/433 (87.5%)	0.004
Regional nodal irradiation	1267 (79.9%)	615 (78.7%)	652 (81.1%)	0.22

Interpretation Overall, these results do not support ALND for all patients with ypN1mi on sentinel lymph node biopsy treated with nodal radiotherapy; however, tumour biology should be taken into account when considering ALND omission.

patients with triple-negative disease who did not receive ALND had significantly higher rates of any axillary recurrence than women treated with ALND (8.7% [95% CI 4.4–15.0] vs 2.4% [95% CI 0.7–6.5], p=0.018). On multivariable analysis, triple-negative breast cancer (hazard ratio 3.83 [95% CI 1.72–8.52]) and omission of nodal radiotherapy (2.62 [1.19–5.73]) but not omission of ALND (0.86 [0.37–2.00]) were independently associated with an increased risk of any axillary recurrence.

Q3.

In pazienti con malattia clinica T1-3N1, ypN1 macrometastatica dopo terapia sistemica neoadiuvante (LNS/TAD) dai indicazioni al trattamento radiante su linfonodi regionali? Se si, su quali stazioni?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
Suggerisco ALND, seguita da RT su livelli 3-4 +/- IMN	3	75%
Si, solo su livelli 1-2		
Si, su livelli 1-4 +/- IMN		
La scelta sull'indicazione al trattamento e i volumi bersaglio dipende da eventuali fattori di rischio presenti alla diagnosi (es. età, stadio della malattia, grading, caratterizzazione biopatologica)		
La scelta all'indicazione al trattamento e i volumi bersaglio dipende da eventuali fattori di rischio post-operatori (es. numero di linfonodi asportati per BLNS/TAD, estensione extracapsulare, numero di linfonodi contenenti fibrosi, suggestivi per la presenza di metastasi alla diagnosi, risposta a livello di ghiandola mammaria)	1	25%

Q4.

La presenza di cellule tumorali isolate (ITCs) a livello dei linfonodi ascellari dopo terapia sistemica neoadiuvante consente di definire la malattia in pCR (come nello studio NSABP B-51/RTOG 1304)?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No		
Si	4	100%
Non so		

Q5.

In base ai risultati dello studio NSABP B-51/RTOG 1304, dai indicazione al trattamento radiante su linfonodi regionali se la malattia ypN0 è triplo negativa?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No	4	100%
Si		
Solo se non si è ottenuta una pCR su mammella		

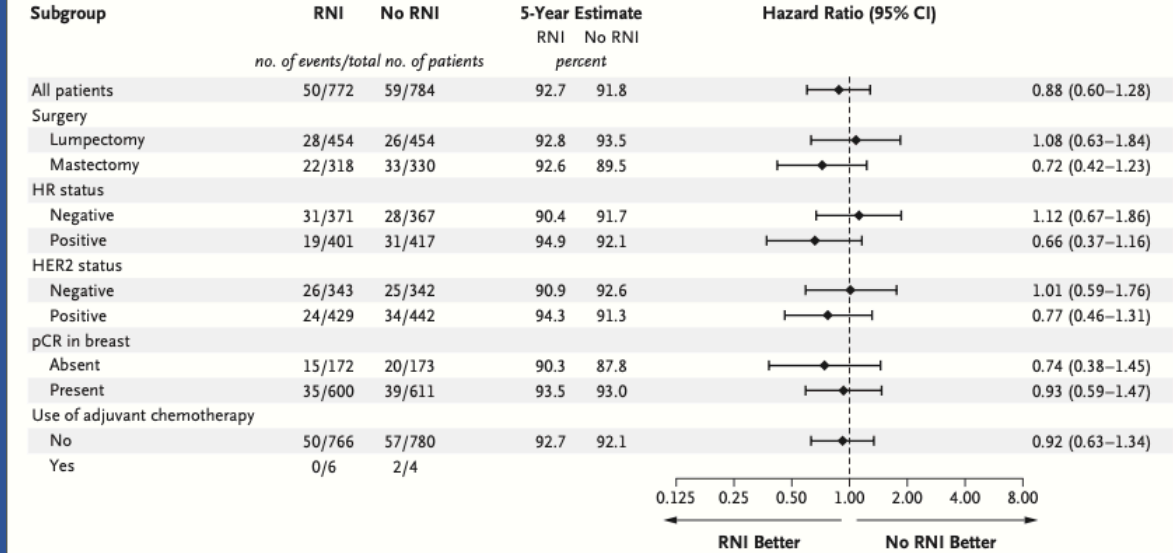
ORIGINAL ARTICLE

Omitting Regional Nodal Irradiation after Response to Neoadjuvant Chemotherapy

E.P. Mamounas,¹ H. Bandos,^{2,3} J.R. White,⁴ T.B. Julian,⁵ A.J. Khan,⁶ S.F. Shaitelman,⁷ M.A. Torres,⁸ F.A. Vicini,⁹ P.A. Ganz,^{10,11} S.A. McCloskey,¹² P.C. Lucas,¹³⁻¹⁶ N. Gupta,¹⁷ X.A. Li,¹⁸ B. McCormick,⁶ B. Smith,⁷ R.D. Tendulkar,^{19,20} V.S. Kavadi,²¹ K. Matsumoto,²² S.A. Seaward,²³ W.J. Irvin, Jr.,²⁴ J.Y. Lin,⁸ R.W. Mutter,²⁵ T.M. Muanza,²⁶ J. Stromberg,²⁷ R. Jagsi,⁸ A.C. Weiss,²⁸ W.J. Curran, Jr.,²⁹ and N. Wolmark^{14,15,30}

The results of the exploratory analysis of subgroups stratified according to breast cancer subtypes should be viewed with caution because the number of patients in each subgroup was approximately a quarter of the overall patient population, which resulted in wide confidence intervals around the estimates. Longer follow-up may influence these results, especially for some biologic subtypes. For patients with triple-negative

A Subgroup Analysis



B Exploratory Analysis

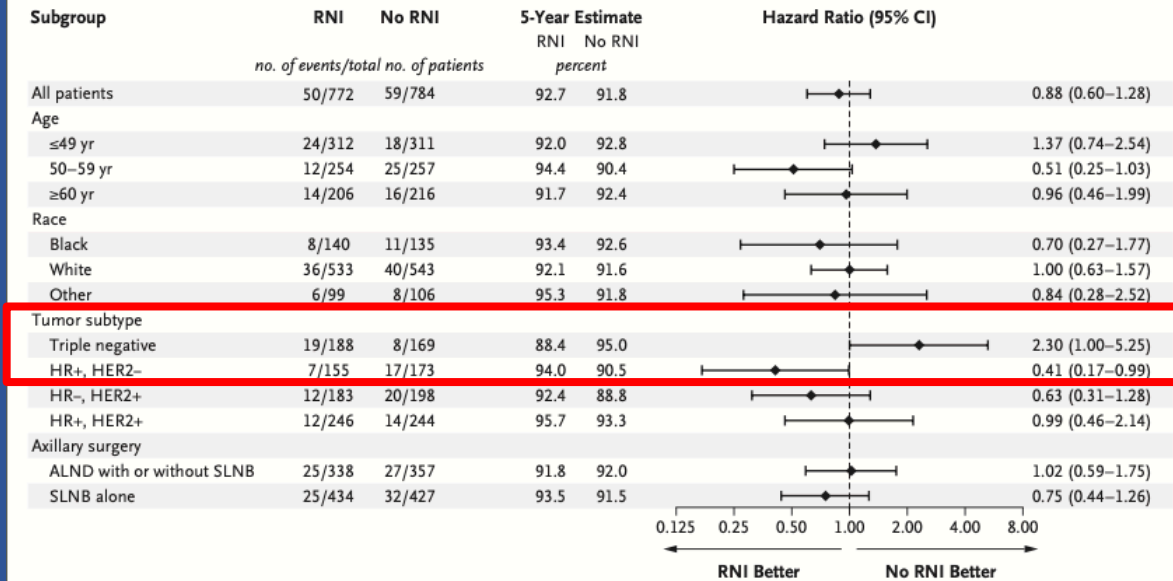


Figure 3. Subgroup Analysis of the Invasive Breast Cancer Recurrence-free Interval.

Shown are results from the analysis of the invasive breast cancer recurrence-free interval in prespecified subgroups (Panel A) and results from an exploratory analysis according to additional variables (Panel B). ALND denotes axillary-lymph-node dissection, HER2 human epidermal growth factor receptor 2, HR hormone receptor, pCR pathological complete response, and SLNB sentinel-lymph-node biopsy.

De-escalation of radiotherapy after primary chemotherapy in cT1–2N1 breast cancer (RAPCHEM; BOOG 2010–03): 5-year follow-up results of a Dutch, prospective, registry study



Sabine R de Wild, Linda de Munck, Janine M Simons, Janneke Verloop, Thijs van Dalen, Paula H M Elkhuizen, Ruud M A Houben, A Elise van Leeuwen, Sabine C Linn, Ruud M Pijnappel, Philip M P Poortmans, Luc J A Strobbe, Jelle Wesseling, Adri C Voogd, Liesbeth J Boersma

Lancet Oncol 2022; 23: 1201–10

	Radiotherapy after breast conserving therapy	Radiotherapy after mastectomy
Low-risk group		
<u>ypN0 (ALND)</u>	<u>Whole breast radiotherapy</u>	..
If SLNB before primary chemotherapy and no ALND: cN1mi (SLNB), no risk factor*; or if SLNB after primary chemotherapy and no ALND: <u>ypN0 (SLNB)</u>	<u>Whole breast radiotherapy</u>	..
	<i>Risk factors: grade 3, lymphovascular invasion, tumour size more than 3 cm</i>	

	Whole group* (n=838)	Low-risk group (n=291)
Response of primary tumour	..	..
No pathological complete response	542 (74%)	142 (54%)
Pathological complete response	191 (26%)	122 (46%)
Unknown†	105	27
Axillary surgery	..	..
ALND	681 (81%)	234 (80%)
SLNB before primary chemotherapy, no ALND	90 (11%)	16 (5%)
SLNB or MARI after primary chemotherapy, no ALND	67 (8%)	41 (14%)
Radiotherapy	..	..
According to study guideline	533 (64%)	181 (62%)
Less than study guideline	90 (11%)	2 (1%)
More than study guideline	214 (26%)	108 (37%)
Less or more than study guideline	1 (0%)	0

De-escalation of radiotherapy after primary chemotherapy in cT1–2N1 breast cancer (RAPCHEM; BOOG 2010–03): 5-year follow-up results of a Dutch, prospective, registry study



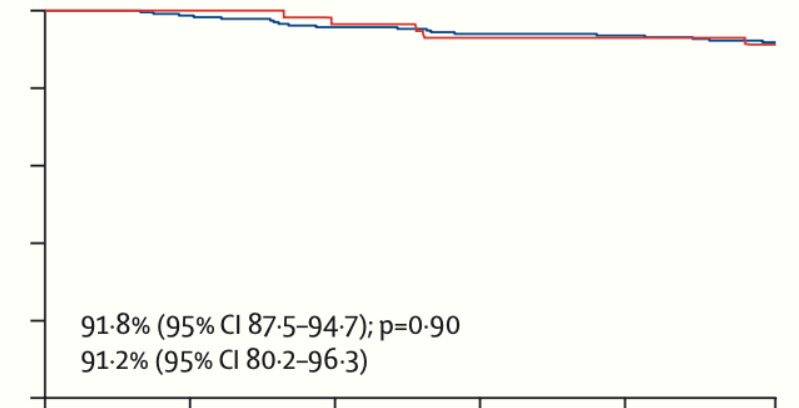
Sabine R de Wild, Linda de Munck, Janine M Simons, Janneke Verloop, Thijs van Dalen, Paula H M Elkhuizen, Ruud M A Houben, A Elise van Leeuwen, Sabine C Linn, Ruud M Pijnappel, Philip M P Poortmans, Luc J A Strobbe, Jelle Wesseling, Adri C Voogd, Liesbeth J Boersma

Lancet Oncol 2022; 23: 1201–10

	Locoregional recurrence rate*		Recurrence-free interval		Overall survival	
	Number of events	5-year locoregional recurrence rate (% [95% CI])	Number of events	5-year recurrence-free interval (% [95% CI])	Number of events	5-year overall survival (% [95% CI])
Low-risk						
Total (n=291)	6	2.1% (0.9–4.3)	24	91.7% (87.9–94.4)	13	95.5% (92.4–97.4)
<u>According to study guideline (n=181)</u>	<u>4</u>	<u>2.3% (0.8–5.3)</u>	<u>11</u>	<u>93.9% (89.2–96.6)</u>	<u>7</u>	<u>96.1% (92.0–98.1)</u>
Less radiotherapy than study guideline (n=2)	0	NR	0	NR	0	NR
More radiotherapy than study guideline (n=108)	2	1.9% (0.4–6.0)	13	88.0% (80.2–92.8)	6	94.4% (88.1–97.5)
p values†						
According to study guideline vs more than study guideline	..	0.86 (HR 0.9 [0.2–4.7])	..	0.076	..	0.50

5-year recurrence-free interval: ALND vs no ALND (post-hoc analysis)

B Low-risk group (n=291)



234 (0)	231 (0)	222 (2)	217 (3)	216 (3)	212 (3)
57 (0)	57 (0)	55 (0)	53 (0)	53 (0)	52 (0)

De-escalation of radiotherapy after primary chemotherapy in cT1–2N1 breast cancer (RAPCHEM; BOOG 2010–03): 5-year follow-up results of a Dutch, prospective, registry study

Sabine R de Wild, Linda de Munck, Janine M Simons, Janneke Verloop, Thijs van Dalen, Paula H M Elkhuisen, Ruud M A Houben, A Elise van Leeuwen, Sabine C Linn, Ruud M Pijnappel, Philip M P Poortmans, Luc J A Strobbe, Jelle Wesseling, Adri C Voogd, Liesbeth J Boersma

	Whole group* (n=838)	Low-risk group (n=291)	Intermediate-risk group (n=370)	High-risk group (n=177)	χ^2 p value
Molecular subtype	..	..	..	..	<0.0001
HR+, HER2-	534 (64%)	128 (44%)	276 (75%)	139 (80%)	..
HR+, HER2+	108 (13%)	58 (20%)	38 (10%)	12 (7%)	..
HR-, HER2+	57 (7%)	35 (12.1%)	18 (5%)	4 (2%)	..
Triple negative	123 (15%)	69 (24%)	35 (9%)	19 (11%)	..
Hormone receptor missing†	7	1	3	3	..
Grade	..	..	..	..	0.0035
1	123 (19%)	36 (17%)	57 (19%)	30 (20%)	..
2	348 (53%)	92 (44%)	174 (58%)	82 (55%)	..
3	185 (28%)	79 (38%)	68 (23%)	38 (25%)	..
Unknown†	182	84	71	27	..

rate. However, even in multivariable analysis, triple negative disease, and grade 3 tumours were still significantly associated with worse recurrence-free interval. Therefore, these factors should also be considered when deciding if locoregional radiotherapy is indicated.

Q6.

Il tuo patologo registra di routine il numero di linfonodi senza metastasi vitali, ma con fibrosi, indicativi di una risposta al trattamento di precedenti metastasi ascellari?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No		
Si	4	100%
Solo se non si è ottenuta una pCR su mammella		
Non so		

Q7.

Sai come il tuo patologo valuta la risposta al trattamento? Ad esempio, valutazione della pre- vs post-cellularità (ad esempio Miller-Payne) o combinazione della quantità residua di tumore e della cellularità (ad esempio Residual Cancer Burden)?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
Si, usa Miller-Payne	1	25%
Si, usa Residual Cancer Burden	2	50%
Si, usa altri metodi	2	50%
Se hai risposto si alla domanda 3 indica il metodo utilizzato	Pinder	
Non so		

Test genomici

11 domande

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 18 maggio 2021.

Modalità di riparto e requisiti di utilizzo del fondo per i test genomici ormonoresponsivo per il carcinoma mammario in stadio precoce.

Prescrizione

La prescrizione dei test genomici deve essere effettuata dall'*equipe* multidisciplinare dei centri di senologia che hanno in carico la paziente per l'indicazione, l'esecuzione e il *follow up* della eventuale chemioterapia adiuvante, tenuto conto delle preferenze espresse dalla paziente, opportunamente informata.

Utilizzo

L'interpretazione dei risultati del test genomico è garantita dall'*equipe* multidisciplinare del Centro di senologia che ha in carico la paziente per l'indicazione, l'esecuzione e il *follow up* della eventuale chemioterapia adiuvante.

Q1.

Nella tua BU, l'indicazione alla richiesta di un test genomico viene discussa collegialmente in occasione della riunione multidisciplinare o è l'oncologo medico che decide quando richiedere il test?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
viene discussa collegialmente	3	75%
spesso decide l'oncologo medico	1	25%

Q2.

Se è l'oncologo medico che decide quando richiedere il test, chi firma la richiesta?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
Il referente della BU		
l'oncologo medico che richiede il test	3	75%

Q3.

Quale test è utilizzato nella tua BU?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
Endopredict®		
MammaPrint®		
Oncotype DX®	4	100%
Prosigna®		

Q4.

Nella tua BU utilizzate il test per le istologie lobulari?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No		
Si		
A volte	4	100%
Non so		

Q5.

Nella tua BU utilizzate il test nei pazienti di sesso maschile?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No		
Si	4	100%
A volte		
Non so		

The **NEW ENGLAND**
JOURNAL *of* **MEDICINE**

ESTABLISHED IN 1812

JULY 12, 2018

VOL. 379 NO. 2

**Adjuvant Chemotherapy Guided by a 21-Gene Expression
Assay in Breast Cancer**

J.A. Sparano, R.J. Gray, D.F. Makower, K.I. Pritchard, K.S. Albain, D.F. Hayes, C.E. Geyer, Jr., E.C. Dees, M.P. Goetz,
J.A. Olson, Jr., T. Lively, S.S. Badve, T.J. Saphner, L.I. Wagner, T.J. Whelan, M.J. Ellis, S. Paik, W.C. Wood,
P.M. Ravdin, M.M. Keane, H.L. Gomez Moreno, P.S. Reddy, T.F. Goggins, I.A. Mayer, A.M. Brufsky,
D.L. Toppmeyer, V.G. Kaklamani, J.L. Berenberg, J. Abrams, and G.W. Sledge, Jr.

Q6.

Nella tua BU lo stato premenopausale influenza la scelta di sottoporre la
paziente pN0 a test genomico?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No	1	25%
Si		
A volte	3	75%
Non so		

21-Gene Assay to Inform Chemotherapy Benefit in Node-Positive Breast Cancer

K. Kalinsky, W.E. Barlow, J.R. Gralow, F. Meric-Bernstam, K.S. Albain, D.F. Hayes, N.U. Lin, E.A. Perez, L.J. Goldstein, S.K.L. Chia, S. Dhesy-Thind, P. Rastogi, E. Alba, S. Delaloge, M. Martin, C.M. Kelly, M. Ruiz-Borrego, M. Gil-Gil, C.H. Arce-Salinas, E.G.C. Brain, E.-S. Lee, J.-Y. Pierga, B. Bermejo, M. Ramos-Vazquez, K.-H. Jung, J.-M. Ferrero, A.F. Schott, S. Shak, P. Sharma, D.L. Lew, J. Miao, D. Tripathy, L. Pusztai, and G.N. Hortobagyi

Q7.

Nella tua BU lo stato premenopausale influenza la scelta di sottoporre la paziente pN1a a test genomico?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No		
Si	1	25%
A volte	3	75%
Non so		

Q8.

Nella tua BU una bassa espressione del recettore per il progesterone ($\leq 10\%$) influenza la scelta di sottoporre la paziente a test genomico?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No		
Si	1	25%
A volte	3	75%
Non so		

Q9.

Nella tua BU sottoponi al test genomico una paziente che possiede, come unico criterio di eleggibilità al test, un grado di differenziazione G2?

Opzioni	N° Risposte	% Risposte
No	3	75%
Si		
A volte	1	25%
Non so		

Q10.

Indica la percentuale di pazienti pN0 sul totale dei pazienti con indicazione ad effettuare il test genomico in cui, grazie ai risultati del test (basso/intermedio rischio), è stata escluso l'uso di chemioterapia adiuvante

Breast Unit	%
1	70%
2	NR
3	70%
4	60%

Q11.

Indica la percentuale di pazienti pN1a sul totale dei pazienti con indicazione ad effettuare test genomico in cui, grazie ai risultati del test (basso/intermedio rischio) è stata escluso l'uso di chemioterapia adiuvante

Breast Unit	%
1	60%
2	NR
3	60%
4	90%