

Raport patologiczny jelito grube

Katarzyna Milian-Ciesielska
Katedra Patomorfologii UJ CM

<http://www.pol-pat.pl/pl/strony/standardy-129>

Raport patomorfologiczny materiału operacyjnego zawierający jelito grube

wraz z nowotworem powinien zawierać ocenę następujących cech makro i mikroskopowych:

Opis makroskopowy

- lokalizacja guza
- wielkość guza
- marginesy chirurgiczne resekcji, proksymalny i dystalny
- marginesu całkowitego wycięcia mezorektum i marginesu obwodowego (radialnego) – w przypadku raka odbytnicy

Opis mikroskopowy

- typu histologicznego według klasyfikacji WHO
- stopnia histologicznej dojrzałości według klasyfikacji WHO - GRADING
- głębokości inwazji (cecha pT)
- liczby węzłów chłonnych z przerzutami i bez przerzutów (cecha pN)

Opis mikroskopowy

- inwazja naczyń krwionośnych i chłonnych poza masą guza
- stopień patomorfologicznego zaawansowania według klasyfikacji pTNM 7 wydania 2010 (AJCC 2010)
- stopień regresji raka (TRG) w przypadkach po radiochemioterapii przedoperacyjnej

Rak jelita grubego

Najważniejszymi czynnikami prognostycznymi są głębokość naciekania oraz obecność przerzutów do węzłów chłonnych.

Primary Tumor (T)
 TX Primary tumor cannot be assessed
 T0 No evidence of primary tumor
 Tis Carcinoma in situ: intraepithelial or invasion of lamina propria*
 T1 Tumor invades submucosa
 T2 Tumor invades muscularis propria
 T3 Tumor invades through the muscularis propria into pericolorectal tissues
 T4a Tumor penetrates to the surface of the visceral peritoneum**
 T4b Tumor directly invades or is adherent to other organs or structures***

Regional Lymph Nodes (N)
 NX Regional lymph nodes cannot be assessed
 N0 No regional lymph node metastasis
 N1 Metastasis in 1-3 regional lymph nodes
 N1a Metastasis in one regional lymph node
 N1b Metastasis in 2-3 regional lymph nodes
 N1c Tumor deposit(s) in the subserosa, mesentery, or nonperitonealized pericolic or perirectal tissues without regional nodal metastasis
 N2 Metastasis in four or more regional lymph nodes
 N2a Metastasis in 4-6 regional lymph nodes
 N2b Metastasis in seven or more regional lymph nodes

Stopień klinicznego zaawansowania według grup prognostycznych (Stage, S)

Stopień	Tis	N0	M0
Stopień 0	Tis	N0	M0
Stopień I	T1, T2	N0	M0
Stopień II A	T3	N0	M0
Stopień II B	T4a	N0	M0
Stopień II C	T4b	N0	M0
Stopień III A	T1 - T2 T1	N1 N2a	M0 M0
Stopień III B	T3 - T4a T2 - T3 T1 - T2	N1 N2a N2b	M0 M0 M0
Stopień III C	T4a T3 - T4a T4b	N2a N2b N1 - N2	M0 M0 M0
Stopień IV A	Każdy T	Każdy N	M1a
Stopień IV B	Każdy T	Każdy N	M1b

Ocena całkowitego wycięcia tkanek mezorektum (dla odbytnicy i odcinków okrężnicy nie pokrytych surowicówką) (Total Mesorectal Excision - TME)

Kryteria mierzalnej oceny marginesu obwodowego, całkowitego wycięcia tkanek mezorektum i zwieracza odbytu u raka

	Ocena rzekijności	Definicja	Wynik
Resekcja przednia odbytnicy	Powięć mezorektum	Gładka powierzchnia, ubytki poniżej 5 mm	Całkowite wycięcie tkanek mezorektum
	Tłusta błonizowana powierzchnia mezorektum	Nierówna powierzchnia	Przednie wycięcie mezorektum
Amputacja brzożno-krzyżowa	Mięśniówka właściwa	Barwno nierówna powierzchnia, ubytki dochodzące do mięśniówki właściwej	Niekompłete wycięcie mezorektum
	Maskiet dźwigacza odbytu	Cylindryczny typ specjenu, usunięcie w bliskim wraz z dźwigaczami	Całkowite wycięcie
	Zwierzacz zewnętrzny	Powierzchnia marginesu radialnego w łączności z mięśniówką zwieracza	Przednie wycięcie
Mięśniówka/błona podłużowa	Perforacja lub linia ciepła w terenie mięśnia	Niecałkowite wycięcie	

Standaryzacja pobierania wycinków w przypadkach makroskopowo niewidocznego guza po radio-chemioterapii przedoperacyjnej raka odbytnicy.

Należy pobrać 5 wycinków z obszaru oznaczonego przed leczeniem guza. Przy braku komórek raka, należy następnie pobrać cały podejrzany obszar. Jeśli w dalszym ciągu nie stwierdza się utkania nowotworu, każdy z wycinków powinien być dodatkowo skrojony w trzech poziomach (według Gossens'a i wsp.).

Stopień regresji guza po leczeniu (po radio-chemioterapii przedoperacyjnej) TRG/Tumor Regressing Grading)

Ocena mikroskopowa stopnia regresji raka po leczeniu:

- Odpowiedź całkowita, Completa response, brak komórek raka
- Odpowiedź dużego stopnia, regresja powyżej 90% masy guza
- Odpowiedź częściowa, Partial response, regresja mniej niż 90% masy guza
- Odpowiedź słaba lub brak odpowiedzi, Poor response

Wrodzony niepolipowaty rak jelita grubego

Hereditary non-polyposis colorectal cancer –
Lynch syndrome

Dziedziczna mutacja w jednym z alleli w zakresie genów odpowiedzialnych za naprawę DNA (mismatch repair genes)

Wrodzony niepolipowaty rak jelita grubego

Zwiększone ryzyko rozwoju raka jelita grubego – u młodszych, wielogniskowo, częściej po prawej stronie okrężnicy.

Ponadto zwiększone ryzyko rozwoju raka żołądka, endometrium, jelita cienkiego, dróg żółciowych, skóry, dróg moczowych, jajników, nowotworów złośliwych mózgu.

Cechy mikroskopowe świadczące o niestabilności mikrosatelitarnej (oceniane warunkowo)

Nawiski limfocytarne: necrotic giant (tumor-infiltrating lymphocytes, TILs):

- Brak
- Słaba, średnia reakcja – 0 – 2 w jednym dużym polu widzenia (x400)
- Silna reakcja – 3 lub więcej w jednym dużym polu widzenia

Nawiski limfocytarne: typ jak w chorobie Crohn'a (Crohn-like response)

- Brak
- Słaba, silna reakcja
- Silna reakcja

Podtyp histologiczny raka

- Rak błonowy
- Rak rdzeniasty
- Rak trzonko-dopłydy

Badania immunohistochemiczne niestabilności mikrosatelitarnej

- Ekspresja białek genów naprawy błędów replikacji DNA: MLH1, MSH2, MLH6,
- PMS2 (genów mutatorowych, Mismatch Repair Protein)
- obecna reakcja jądrowa
- utrata ekspresji jądrowej
- inna