

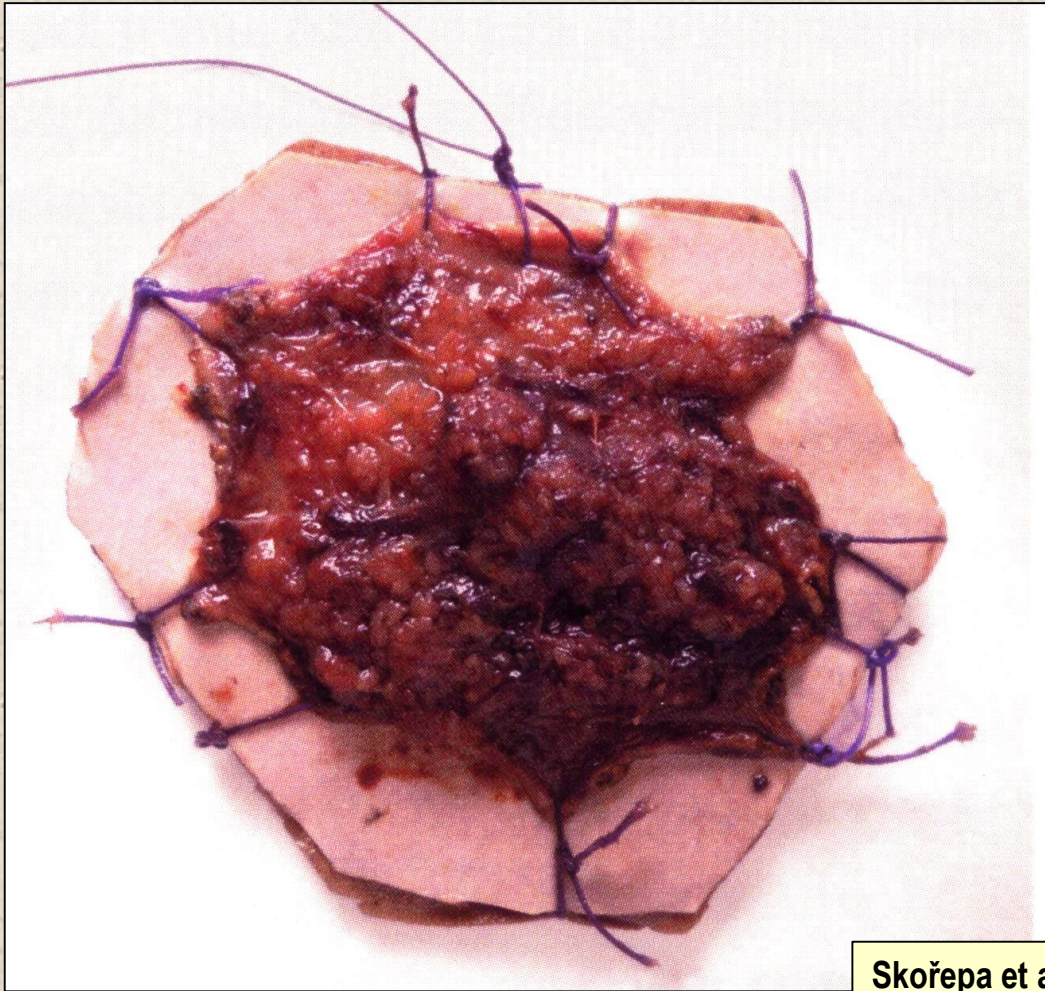
HISTOLOGICKÉ VYŠETŘENÍ ENDOSKOPICKÝCH RESEKÁTŮ Z KOLON A REKTA

Václav Mandys

Ústav patologie 3. LF UK a FNKV Praha

Histologické vyšetření tkáňových vzorků prováděné patologem patří k základním přístupům v diagnostice nádorových onemocnění.

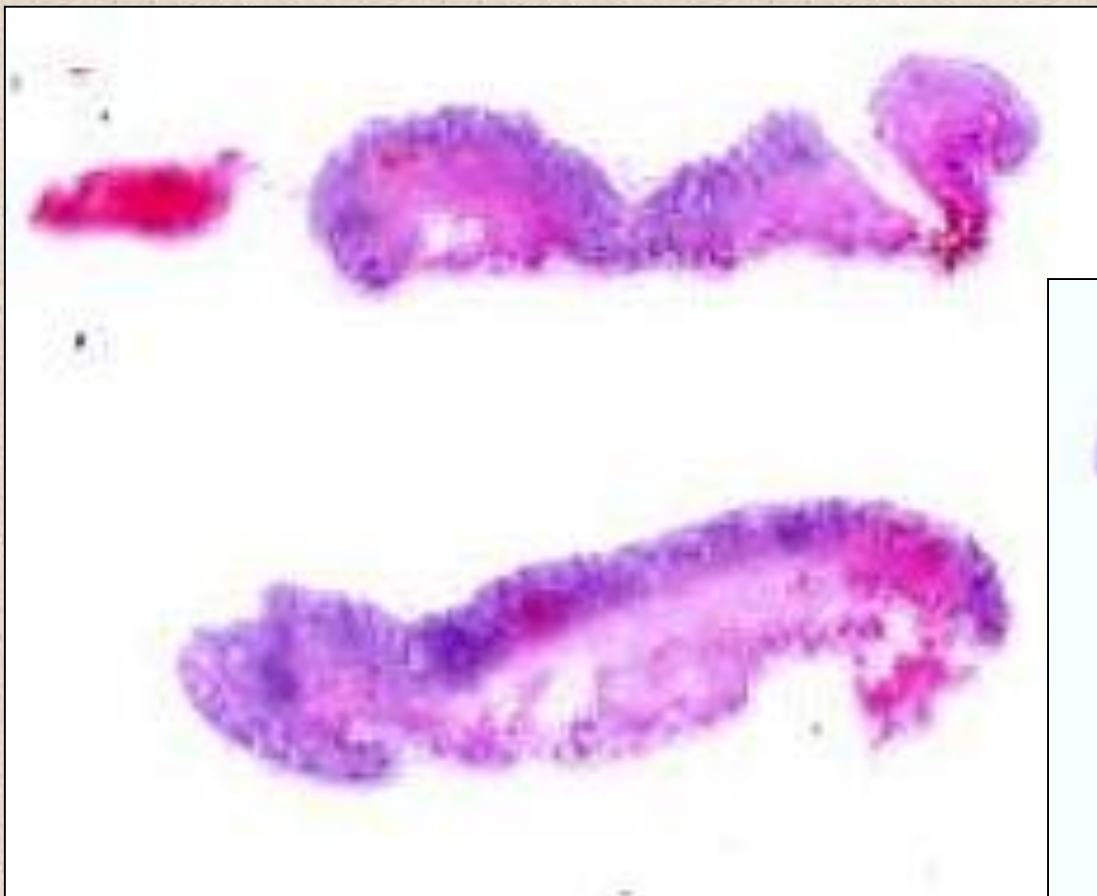
Správné zpracování odebrané tkáně klinikem



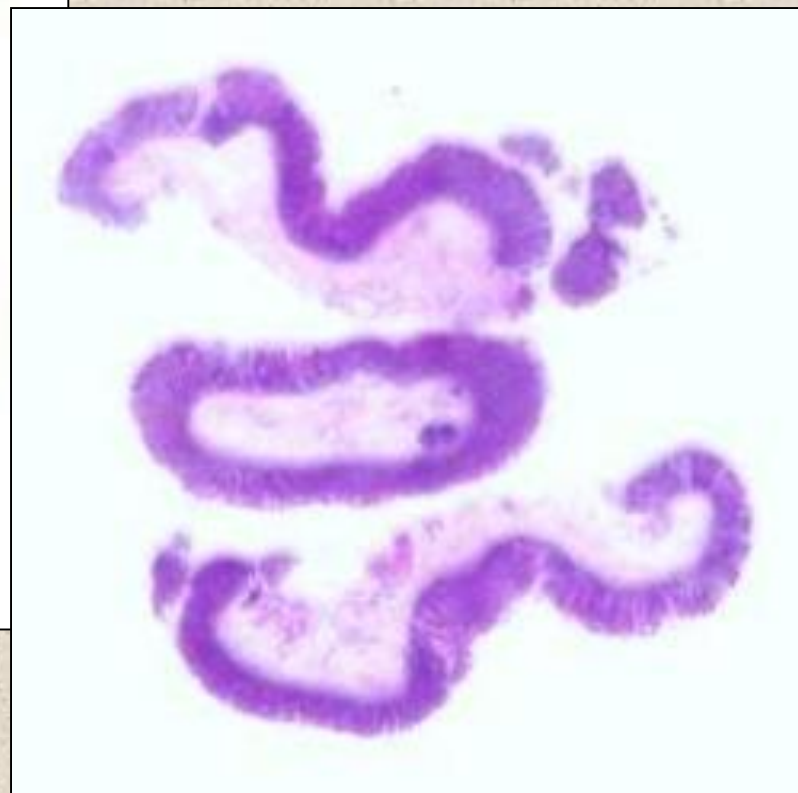
**fixace 10% (4%)
pufrovaný fomol**

**celý vzorek musí
být ponořen**

Histotopogram celé přikrojené léze



nenapnutý vzorek



napnutý vzorek

Histopatologická diagnóza:

- * Histologický typ léze/nádoru (WHO)
- * Grade nádoru (WHO)

Low grade $\geq 50\%$ žlázových struktur

dobře diferencovaný $>95\%$ žlázových struktur

středně diferencovaný 50-95% žlázových struktur

jakýkoliv karcinom MSI-H

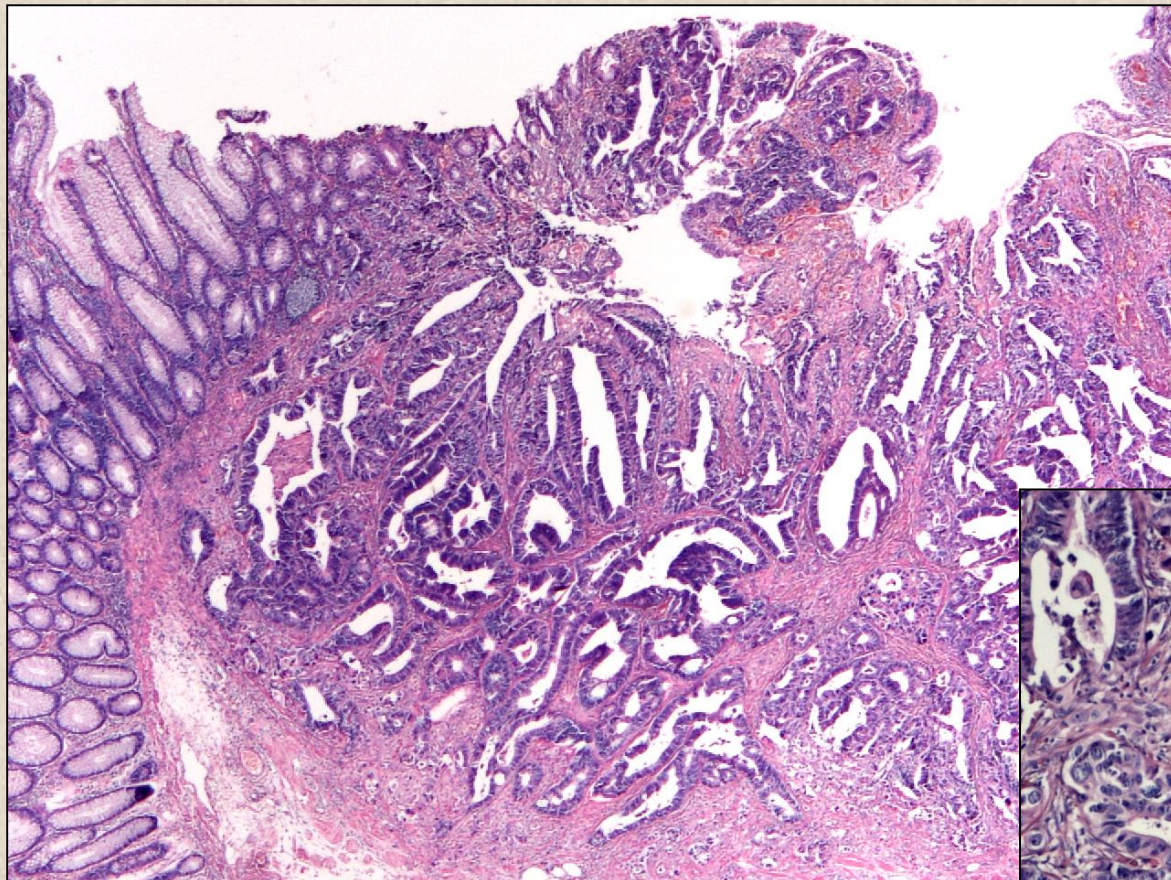
High grade $<50\%$ žlázových struktur

špatně diferencovaný 0-49% žlázových struktur

Histopatologická diagnóza:

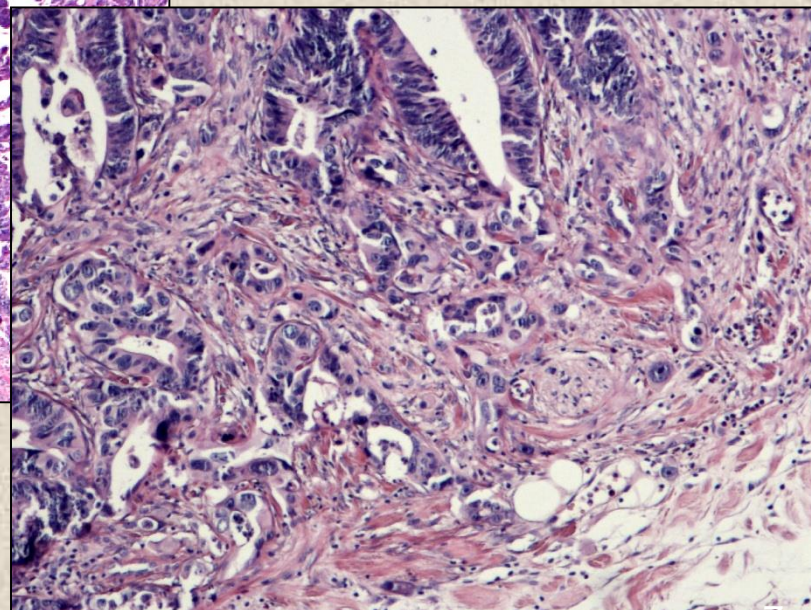
- * Velikost (rozměry) nádoru
- * Stav horizontálních okrajů
- * Stav vertikálního okraje, šířka (μm)
- * Angioinvaze, lymfangioinvaze,
perineurální propagace ???
- * Pučení („budding“) ?

Histopatologická diagnóza:



„budding“

tubulární adenokarcinom
low-grade



Histopatologická diagnóza: Kolorektální epitelové nádory

**jako invazivní („maligní“) jsou hodnoceny pouze
nádory pronikající přes l. muscularis mucosae**

Hodnocení hloubky progresu do submukózy

- stopkaté nádory – Haggitt

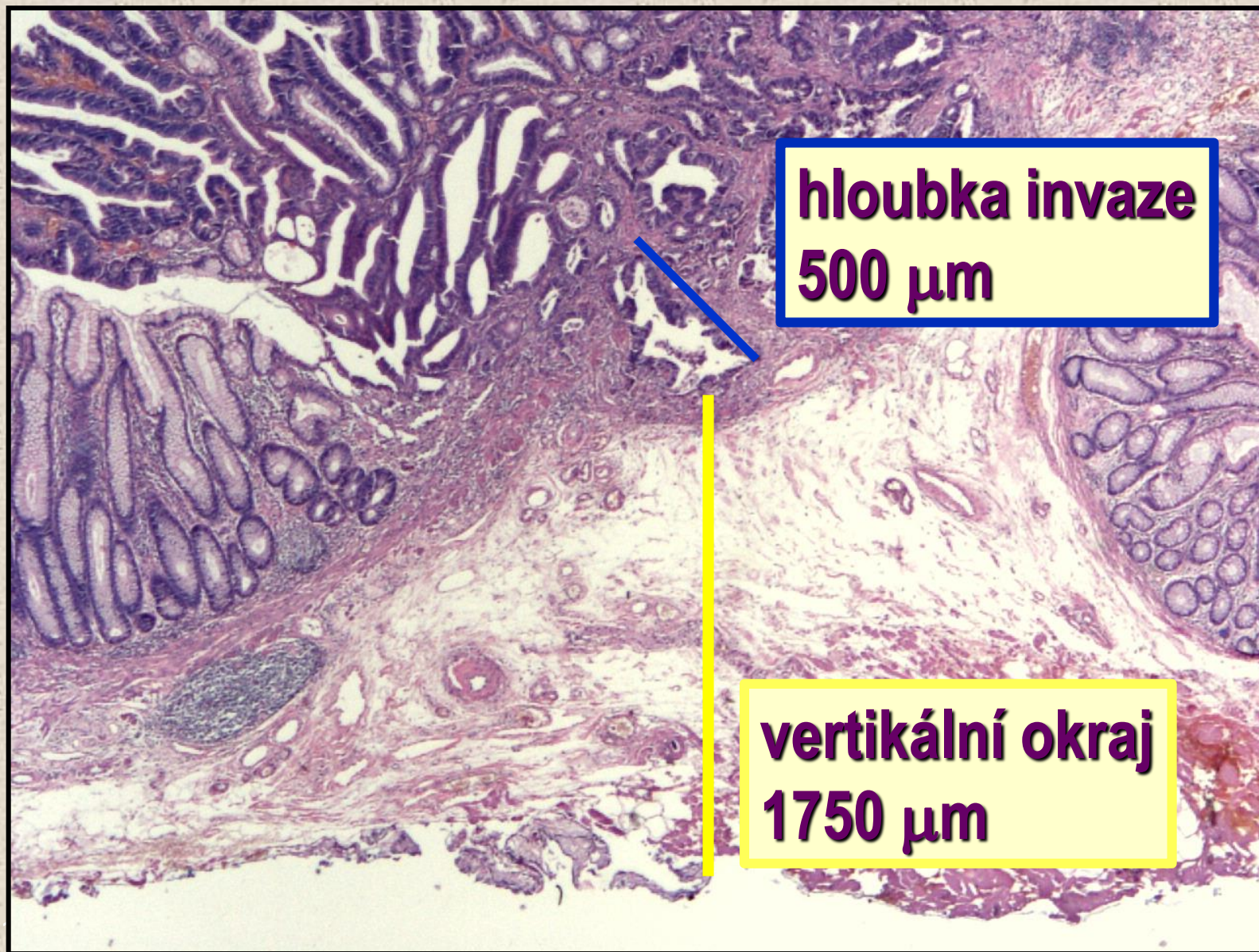
- sesilní nádory – hloubka v μm (hranice 1000 μm)

Karcinom vznikající v adenomovém polypu



**horizontální okraj
3250 μm**

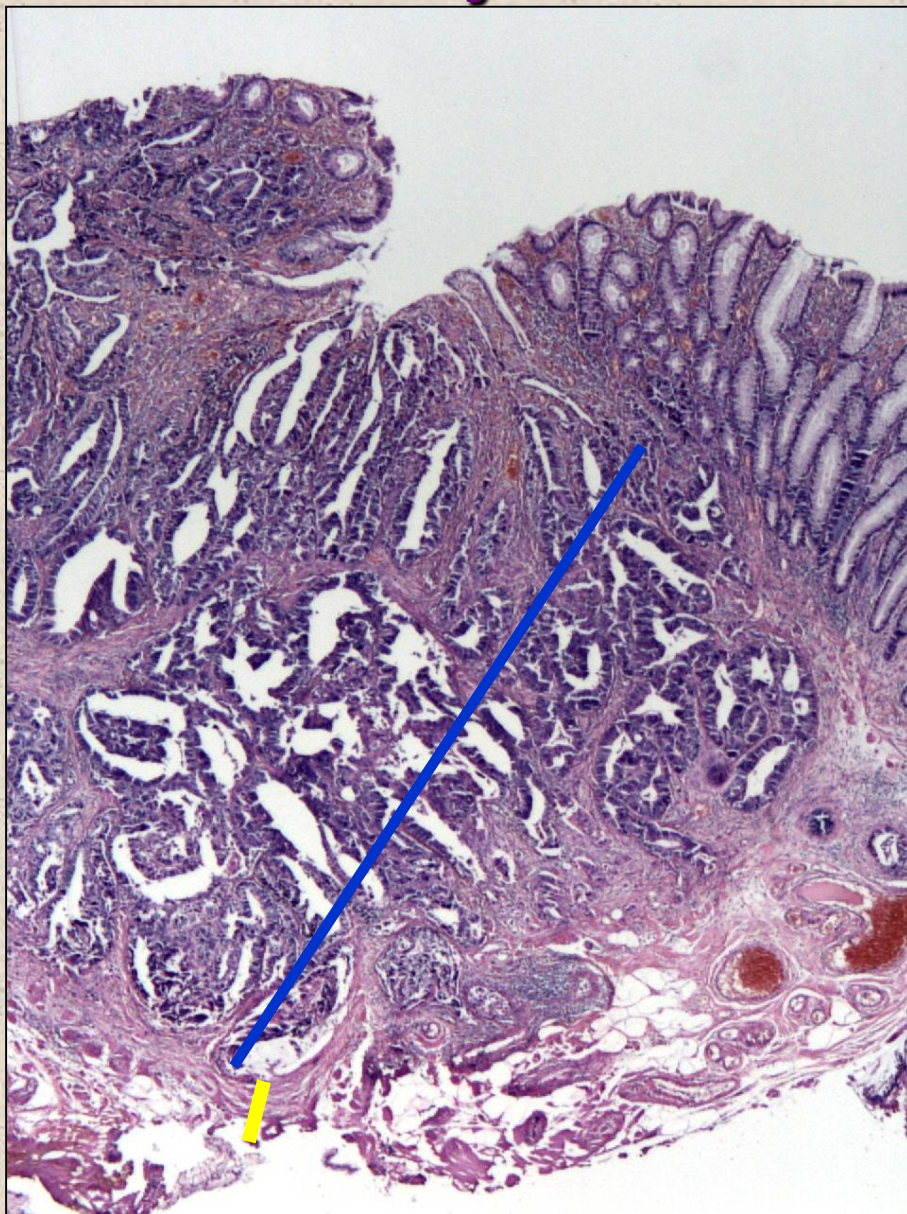
Karcinom vznikající v adenomovém polypu



**hloubka invaze
500 μm**

**vertikální okraj
1750 μm**

Karcinom vznikající v adenomovém polypu



**hloubka invaze
2600 μm**

**vertikální okraj
250 μm**

Patologická kritéria pro určení, zda hodnotit resekci jako nízkého rizika, lokálního rizika (riziko lokální rekurence), nebo vysokého rizika. Hranice („cutoff“) pro kolorektální adenokarcinom $\leq 1000\mu\text{m}$

| | VM0 | | VM1 |
|---|---|---|--|
| En bloc HM0 | R0 | | R1 |
| | No submucosal invasion | < Cutoff*, L0 & V0, Well moderately differentiated | |
| | Low-risk resection (endoscopic follow-up is enough) | | High risk resection (i. e. surgery +/- adjuvant treatment recommended) |
| En bloc HM1c En bloc HM1d Piecemeal | RX | | R1 |
| | Local-risk resection (endoscopic follow-up and putative therapy may be possible) | | High risk resection (i. e. surgery +/- adjuvant treatment recommended) |

Notation: VM, vertical margin; HM, horizontal margin; R, resection; L, lymphatic invasion; V, vascular invasion; c, carcinoma; d, dysplasia

Doporučení ESGE:

En bloc R0 resekce povrchové (superficiální) léze s histologickým nálezem dobře diferencovaného adenokarcinomu (G1/G2), sm1 (≤ 1 mm submukózní invaze), bez angioinvaze a lymfangioinvaze je považována za kurativní.

(Výrazné doporučení, střední kvalita důkazů.)

Doporučení ESGE:

Chirurgický zákrok je doporučen pokud je nalezena angioinvaze, lymfangioinvaze, hlubší infiltrace než sm1, pozitivní/nehodnotitelné vertikální okraje, nebo je diagnostikován nízce diferencovaný nádor se submukózní invazí.

(Výrazné doporučení, střední kvalita důkazů).

Doporučení ESGE:

Jestliže je horizontální okraj pozitivní, ale nejsou přítomna další vysokoriziková kritéria, může být zváženo endoskopické sledování /nový zákrok místo chirurgie.

(Výrazné doporučení, střední kvalita důkazů).

Závěry:

Histologické vyšetření endoskopických resekátů z kolon a rektu umožňuje detailní charakterizaci nádorového procesu a rozsahu endoskopického zákroku.

Určení kompletnosti resekce (R0; RX; R1) hraje rozhodující roli ve volbě dalšího klinického postupu a v určení prognózy pacienta. Jednoznačně je doporučena spolupráce v multidisciplinárních týmech.

A close-up photograph of a textured surface, likely tree bark or layered rock, showing deep cracks and a mix of brown, reddish, and greenish hues. The surface is highly irregular and layered. Overlaid on this image is the text "Děkuji za pozornost...." in a bold, yellow, sans-serif font.

Děkuji za pozornost....