Colon, epiteliale tumorer

Tine Plato Hansen

De hyppigste tumorer fra nedenstående WHO klassifikation gennemgås, idet carcinoidtumorer dog omtales i andre lektioner. Gennemgangen vil være koncentreret om adenomer og kolorektale adenokarcinomer (KRC) og vil omfatte risikofaktorer, klassifikation af adenomer samt stadieinddeling og gradering af karcinomer. DSPAC's skema for KRC gennemgås. Endvidere omtales molekylærgenetiske "pathways" i udviklingen af sporadisk KRC, herunder begreberne "kromosomal instabilitet" og " mikrosatellit instabilitet", samt muligheder for påvisning af disse forskellige typer af KRC ved immunhistokemi og PCR-undersøgelse. Endelig omtales arvelige former af KRC: HNPCC (Heriditær Non-Polyposis Colorectal Cancer) og FAP (Familiær Adenomatøs Polypose).

- **Epiteliale tumorer**
  - **Non-neoplastiske polypper**
    - Hyperplastisk polyp
    - Inflammatorisk polyp
    - Peutz-Jeghers polyp
    - Juvenil polyp
  - **Dysplasi associeret med IBD**
  - **Neoplastiske polypper**
    - Adenom
      - Tubulært
      - Tubulo-villøst
      - Villøst
      - Serrat
      - Mixed adenoma
  - **Karcinomer**
    - Adenokarcinom NOS
    - Mucinøst adenokarcinom
    - Signetringscelle karcinom
    - Småcellet karcinom
    - Planocellulært karcinom
    - Adenoskvamøst karcinom
    - Medullært karcinom
  - **Karcinoid tumorer**
  - **Blandet adenokarcinom-karcinoid**

Praktiske håndgreb

Endoskopisk fjernet polyp

- Almindelige problemstillinger
    - Adenom (arkitektur, dysplasigrad)
    - Hyperplastisk (metaplastisk) polyp
    - Juvenil polyp
    - Peutz-Jegher polyp
    - Inflammatorisk kloakogen polyp (mucosaprolaps)?
    - Mesenkymal tumor?
    - Karcinom/neuroendokrin tumor?
    - Inflammatorisk polyp ved colitis eller anastomose?
    - Angiodysplasi?

Mikroskopi

- Adenom
    - Ved dysplasi står kernerne tættest ud mod overfladen, ved hyperplasi tættest basalt.
    - Let dysplasi er karakteriseret ved nogenlunde regelmæssige tubuli og kerner i basale halvdel af celler.
    - Moderat dysplasi er karakteriseret ved knopskydning af kirtelrørerne og kerner i 2/3 af epitelhøjden.
    - Svær dysplasi er karakteriseret ved kribriform vækst og kerner overalt, således at løsrevne epitelflader ikke kan orienteres.
    - Kan der tegnes en nogenlunde glat linie henover overfladen, er arkitekturen tubulær. Tubulære adenomer kan evt. være lobulerede.
    - Hvis den villøse struktur når næsten til lamina muscularis mucosa er arkitekturen villøs.
    - Tubulovilløs arkitektur er karakteriseret ved at overfladen er mere eller mindre villøs og defineres som 20-80 % villositet.
    - Serrat adenom indeholder kombinationen af savtakket epitel og dysplasi i samme kirtler.
    - Hvis polyppen indeholder adskilte områder af hyperplasi og dysplasi, drejer det sig om en blandet polyp, og denne kodes for begge forandringer.
    - Pseudoinvasion er karakteriseret ved at dysplasigraden er den samme som i selve adenomet, at der forekommer jernpigment og ingen desmoplastisk reaktion. Invasion viser ofte lavere differentiering, desmoplastisk reaktion og større kar eller ganglieceller i direkte relation til det neoplastiske epitel.
- Andre
    - Hyperplastisk polyp viser savtakket lumen og kerner tættest basalt.
    - Ved prolaps ses strøg af lamina muscularis mucosa op mellem krypter.
    - Ved Peutz-Jegher polyp ses forgrenet lamina muscularis mucosa.
    - Ved juvenil polyp ses glat eroderet overflade og cystiske kirtler i rigeligt inflammeret lamina propria.

Kolorektal cancer

- Almindelige problemstillinger
  - Histologisk type
  - Stadium (TNM og Dukes')
  - Grad
  - Anden patologi
- Makroskopisk beskrivelse
  - Præparatet omfatter (længde af colon og rectum, inkludering af omslagsfolden, analkanal og perianal hud, linea dentata).
  - Tumors beliggenhed
  - Tumors største diameter
  - Tumors forhold til tunica muscularis (gennemvækst mm?)
  - Tumors korteste afstand til cirkumferentielle eller laterale resektionsrand (mm)
  - Tumors korteste afstand til peritoneum
  - Antal lymfeknuder
  - Anden patologi

Der henvises til vejledning vedr. resektater af kolorektale maligne neoplasier, som står på bagsiden af DSPAC's patologiskema for Cancer Coli et Recti udgave januar 2007 (KRC-skemaet; se www.dspac.org under Publikationer). Dette skal medsendes fra kirurgen.

Omslagsfolden ses på forsiden som den u-formede overgangen mellem peritonealbeklædt og ikke peritonealiseret tarmvæg. Linea dentata (som ikke nødvendigvis er med) ses som overgangen mellem glinsende grågullig slimhinde og mere gråligt pladeepitel. Mål for invasionsdybde og afstand til laterale (cirkumferentielle) margin angives både makroskopisk og mikroskopisk, vinkelret på tarmvæggen. I beskrivelsen og i KRC-skemaet anføres kun det mikroskopiske mål. Afstanden måles fra dybeste tumorvæv, uanset om det drejer sig om invasion kontinuerlig med selve tumoren, eller om en lymfeknude med metastase.

Rectumtumorer fjernet ved TEM (Transanal Endoskopisk Mikrokirurgi) eller ved posterior rektotomi a.m. Mason

Lokal excision af tumorer (adenom eller adenokarcinom) kan ske med radikalt eller palliativt sigte. Ved TEM kan tumor ekstirperes ved fuldvægsexcision eller submukøs dissektion. Ved posterior rektotomi vil præp. omfatte hele væggen.

Ved excision med radikalt sigte er det naturligvis af afgørende betydning, om der er invasion under lamina muscularis mucosae, og om processen er fjernet i sundt væv her og til siderne. Komplet stadieinddeling kan ikke foretages, da præparatet almindeligvis ikke indeholder lymfeknuder. Det noteres naturligvis, om sådanne er til stede, og om der er metastaser.

Websites

- www.kirurgisk-selskab.dk: Retningslinjer for diagnostik og behandling af kolorektal cancer (inkl. KRC skema).
- http://hopkins-gi.nts.jhu.edu/pages/latin/templates/index.cfm
- http://www.cancerlinks.com/colon_colorectal.html