

Fremsendelse. Fremsendes hurtigst muligt, ufikseret og uopklippet. Hvis dette ikke er muligt opklippes præparatet til tumor, men ikke gennem tumor, hvorefter det anbringes i rigeligt formalin inden fremsendelsen.

Operationstype

1. Højresidig hemikolektomi.
2. Transversumresektion.
3. Venstresidig hemikolektomi.
4. Sigmoidumresektion.
5. Anterior resektion med total mesorektal ekscision (TME).
6. Anterior resektion med partiel mesorektal ekscision (PME).
7. Abdominoperineal rektum resektion (APR).
8. Udvidet APR (A.M. Holm)
9. Transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM).
10. Transanal ekscision.
11. Andet.

Makroskopisk beskrivelse

Tumors størrelse måles som den største udstrækning på den udbredte tarmvæg. Væv til frysebank udtages før formalinfiksering og ellers ikke. Fotos af resektater anvendes til dokumentation af dissektionsplan (overfladebilleder) og til sammenligning med billeddannede undersøgelser (snitfladebilleder).

Ligaturhøjde samt krøsbredde er mål for resektatets centrale udstrækning, og angives for colonresektater. Ligaturhøjde måles som afstanden fra tarmvæg ud for tumor til suturmakerede kars resektionsrand. Hvis flere kar er markerede anføres samtlige ligaturhøjder adskilt af en skråstreg. Krøsbredden måles fra karstilkens resektionsrand vinkelret på tarmens længdeakse.

Dissektionsplan

- 1. Mesorektale/coliske plan):** intakt mesorectum/-colon med kun små uregelmæssigheder på en glat mesorektal overflade. Ingen defekter er dybere end 5 mm. Ingen coning (omvendt kegleform) nedadtil.
- 2. Intramesorektale/mesocoliske plan):** moderat mængde mesorectum/-colon med uregelmæssigheder og/eller defekter dybere end 5 mm, men tunica muscularis (muscularis propria) ikke synlig. Moderat coning tilladt.
- 3. Muscularis propria plan):** lille mængde eller meget uregelmæssig mesorectum/-colon med stedvis synlig muscularis propria.

For APR-resektater vurderes den anale del af præparatet særskilt.

- 1. I levatorplan:** Præparatet er cylindrisk og beklædt med levatormuskulatur i hele circumferensen. Ingen kravedannelse.
- 2. I sphinkterplan:** Resektatet har taljedannelse. Resektionsfladen dannes af eksterne spinkter. Interne sphinkter er intakt.
- 3. I intrasphinkteriske/submukøse plan:** Utilsigtet dissektion i sphinkter, evt. ind i submucosa. Evt. ses perforation af præparatet.

Kombineret makro- og mikroskopi

Afstanden fra tumor (men ikke fra lymfeknudemetastaser) til *peritoneum* anføres som <1, hvis 1 mm eller derunder. Der krydses kun ja i gennemvækst til frit peritoneum, såfremt der er tumorceller på overfladen (pT4). Er afstanden til ikke-peritonealiserede resektionsflade mindre end 1 mm anses denne for involveret, og anføres som 0 mm på skemaet. Er afstanden makroskopisk bedømt over 1 cm, kan mikroskopi udelades. Lymfeknudemetastaser tæller kun med i afstandsvurderingen, såfremt der er gennembrud af lymfeknudens kapsel. Dybdevækst under tunica muscularis angives for T3 og T4, idet der skønnes, hvor tunica ville have været. Som satellitter henregnes isolerede tumorøer, som er mindre end 3mm i diameter, og som ikke indeholder lymfeknudestrukturer.

Mikroskopisk beskrivelse

Histologisk type anføres efter WHO's klassifikation:

1. Adenokarcinom (glandulær type)
2. Lavt differentieret adenokarcinom (Se F)
3. Mucinøst karcinom (>50 % af tumor er extracellulært mucin)
4. Signetringscellekarcinom (>50 % af TC er udspilet af mucin)
5. Planocellulært karcinom
6. Adenosquamous karcinom
7. Udifferentieret karcinom
8. Medullært karcinom (solid vækst, rigeligt cytopl. og mange IEL)
9. Adenokarcinom i polyp
10. Anden type.

Differentieringsgrad vurderes for adenokarcinom af glandulær type baseres på tubulusdannelse og kernepolaritet. Den dominerende grad registreres. Den invasive front må ikke indgå i vurderingen.

0. Gradering ikke mulig

1. Højt differentieret: Uregelmæssige tubuli med bevaret kernepolaritet.
2. Moderat differentieret: Mere uregelmæssige, evt. kribriforme tubuli
3. Lavt differentieret: Fravær af tubulusdannelse.

Vene- og perineural indvækst.

Som V1 registreres tilfælde med veneinvasion herunder tumorinfiltration i venevæggen profund for tunica muscularis. Kun nerveinvasion profund for tunica muscularis registreres.

Tumor budding defineres som forekomst af øer af 1-4 tumorceller i stromaet i den invasive front. Vurderingen foretages ved 20 X objektiv. 10+ foci i et synsfelt anføres som (ja).

Lymfeknuder. Det anbefales, at alle (og mindst 12) regionale lymfeknuder undersøges. Antallet af lymfeknuder i konglomerater afdøres makroskopisk. Mindre infiltrater (<0,2mm) betegnes som isolerede tumorceller (ITC) og registreres ikke i skemaet, men nævnes i teksten. Isolerede ekstramurale tumorøer uden lymfatisk væv registreres som lymfeknudemetastaser, hvis de er større end 3 mm i diameter. Mindre tumorøer (Som ikke er tumorbuds) klassificeres som satellitter.

TNV. Stadiet anføres, uanset om patienten har fået præoperativ behandling. Denne anføres under "Kliniske oplysninger". Såfremt tumor på kun få snit er vurderet til kun at være T1-2, indstøbes hele tumor. Tilfælde, hvor en kategori ikke kan afdøres, anføres med tallet 9 i den pågældende rubrik.

T1 = tumor begrænset til submucosa

T2 = indvækst i tunica muscularis

T3 = gennemvækst af tunica muscularis

T4 = indvækst i andre organer, peritoneum eller andre tarmafsnit

N1 = metastase til 1-3 regionale lymfeknuder

N2 = metastase til 4 eller flere regionale lymfeknuder

V1 = mikroskopisk ekstramural veneinvasion

Radikalitet

1. Mikroradikalt
2. Afstand \leq 1 mm
3. Ikke Mikroradikalt
4. Ikke vurderet.

Immunhistokemi. HE som regel sufficient m.h.p. vurdering af tumor budding og veneinvasion, men undertiden kan immunhistokemi lette påvisningen. Mismatchreparexpression opfattes som nedsat hvis intensiteten i TC er lavere end i indbygget positiv stromacelle/lymfocyt kontrol.

Tumorregressionsgrad (TRG). Denne vurderes på rektumpræparater efter præoperativ radiokemoterapi ud fra mængden af fibrose i forhold til residualt karcinom og vurderes på mindst 5 blokke. Acellulære slimløser regnes for negative. TRG 1: Ingen residuale tumorceller (TC). TRG 2: Enkelte TC eller små grupper (Next to nothing). TRG 3: En del TC-foci. Fibrose >50% af "tumoreal" TRG 4: Udbredt residualtumor, fibrose <50 TRG 5: Ingen tegn på regression.

Klassifikation som TRG 1 forudsætter at hele læsionen er indstøbt.

Metyleringsundersøgelse

Kun relevant ved immunhistokemisk tab af MLH1 og PMS2.