

Patoanatomisk undersøgelse af tarmpolypper

Forfattere: PI

Version 1.0

Gælder fra: 1.september 2017

Gælder til: 31.august 2019

Ansvarlig

Peter Ingeholm, overlæge, Patologiafdelingen, Herlev og Gentofte Hospital

Polyp- og adenomdiagnostikken er grundlaget for allokeringen af patienterne til videre kontrolforløb og behandling, og indenfor tarmkræftscreeningsprogrammet har diagnostikken betydning for monitoreringen af screeningsprogrammets kvalitet og effekt. Det er derfor vigtigt, at diagnostikken af alle tarmpolypper – indenfor og udenfor tarmkræftscreeningsprogrammet - foregår efter ensartede nationale retningslinjer. De nedenstående retningslinjer, som overholder de europæiske retningslinjer (1), sigter mod dette formål.

1. Patologi ved polypper**1.1. Klassifikation af polypper***1.1.1. Endoskopisk klassifikation*

Baseret på den endoskopisk undersøgelse kan polypper og adenomatøse læsioner klassificeres som:

- Stilkede
- Bredbaserede
- Non-polypoide (flade)($< 2x$ højden af mucosa svarende til < 3 mm højde)

Denne inddeling har betydning for hvilken teknik, der anvendes til polypfjernelsen. Stilkede polypper og små polypper (< 10 mm) kan som regel fjernes ved simpel polypektomi, mens større bredbaserede polypper ofte kræver at slimhinden løftes ved injektion af væske submukøst, hvorefter polypektomi, mukosektomi eller piecemeal-resektion kan gennemføres.

1.1.2. Histologisk klassifikation (WHO klassifikation 2010)

Ved den histologiske undersøgelse inddeles polypperne i nedenstående kategorier(2):

- Fladt adenom
 - Læsionens højde er $< 2x$ højden af mucosa svarende til < 3 mm højde
 - Low eller high grade neoplasi
- Tubulært adenom
 - Opbygget af tubulære strukturer med mindre end 20 % villøse formationer
 - Low eller high grade neoplasi
- Tubulovilløst adenom

Patoanatomisk undersøgelse af tarmpolypper

Forfattere: PI

Version 1.0

Gælder fra: 1.september 2017

Gælder til: 31.august 2019

- Opbygget af tubulære og villøse strukturer, som begge udgør mindst 20 % af læsionen
- Low eller high grade neoplasi
- Villøst adenom
 - Opbygget af villøse strukturer med mindre end 20 % tubulære formationer
 - Low eller high grade neoplasi
- Traditionelt serrat adenom
 - Komplex, ofte villøs arkitektur
 - Epitelet oftest højt cylindrisk med smal aflang kerne og eosinofilt cytoplasma
 - Karakteriseret af serrat (savtakket) epitelial arkitektur og små abortive krypter
 - Low eller high grade neoplasi - neoplasigradering foretages, hvis der er områder med konventionel neoplasi (som i tubulære/tubulovilløse/villøse adenomer)
- Sessil serrat læsion (tidligere benævnt sessilt serrat adenom eller sessil serrat polyp)
 - Opbygget af serrate (savtakkede) krypter med strukturel irregularitet som basal dilatation og opmodning, forgreninger og horisontal orientering af krypterne
 - Ingen neoplasigradering, men evt. mild cytologisk atypi
- Sessil serrat læsion med dysplasi
 - Opbygget af en blanding af en sessil serrat læsion og et adenom-lignende område
 - Ingen neoplasi-gradering
- Hyperplastisk polyp
 - Opbygget af ensartede serrate krypter, som afsmalnes basalt (ingen strukturel irregularitet)
 - Ingen neoplasi
- Andre læsioner
 - Inflammatoriske polypper
 - Juvenil polyp
 - Peutz-Jeghers polyp
 - Andre neoplasier (neuroendokrine tumorer, lipomer, m.v.)

1.1.3. Serrat polypose

Ved serrat polypose (tidligere hyperplastisk polypose) er risikoen for kolorektalt karcinom øget.

Disse patienter bør derfor allokeres til kontrolforløb svarende til patienter med adenomer.

Tilstanden er defineret ved:

- ≥ 5 serrate læsioner proximalt for colon sigmoideum, heraf mindst 2 større end 10 mm
- Serrate læsioner proximalt for colon sigmoideum i en person med 1. grads slægtning med serrat polypose

Patoanatomisk undersøgelse af tarmpolypper

Forfattere: PI

Version 1.0

Gælder fra: 1.september 2017

Gælder til: 31.august 2019

- 20 serrate læsioner fordelt i hele colon

Betegnelsen serrate læsioner omfatter i denne sammenhæng såvel hyperplastiske polypper som sessile serrate læsioner.

1.1.4. Neoplasigradering

Der anvendes et to-delt graderingssystem, jf. den reviderede Wien-klassifikationen (3), low grade og high grade intraepitelial neoplasi. I de europæiske guidelines anbefales det, at man ikke anvender Wien-klassifikationens kategori "indefinite for neoplasia" i screeningssammenhæng for at forenkle den efterfølgende allokering til kontrolforløb. Wien-klassifikationen og de europæiske guidelines anvender betegnelsen neoplasi i stedet for den tidligere betegnelse, dysplasi.

Graderingen af adenomer er således:

- Low grade neoplasi
- High grade neoplasi

Graderingen foretages ud fra arkitektoniske og cytologiske forandringer. Forandringerne skal involvere mere end ganske få krypter (bortset fra ved små biopsier). Overfladiske forandringer, som kan være forårsaget af traume, erosion eller prolaps, bør ikke overdiagnosticeres som neoplastisk forandring. De konventionelle adenomer (tubulære, tubulovilløse og villøse adenomer) skal graderes. Desuden graderes traditionelle serrate adenomer, hvis der er områder med konventionel neoplasi (svt. konventionelle adenomer).

Low grade neoplasi

Arkitektur:

- Non-komplekse adenomatøse formationer, dvs. parallel konfiguration, simple forgreninger og vækstmønster uden udtalt ryg-mod-ryg konfiguration, glandulær budding eller kribiformt vækstmønster.

Cytologi:

- Epitelet er pseudostratificeret, således at kernerne er beliggende i de nederste 2/3 af epitelets højde
- Aflange, pallisaderende kerner
- Få atypiske mitoser, let tab af polaritet, let pleomorfi

Patoanatomisk undersøgelse af tarmpolypper

Forfattere: PI

Version 1.0

Gælder fra: 1.september 2017

Gælder til: 31.august 2019

High grade neoplasi

Arkitektur:

- Komplekse adenomatøse formationer
- Ryg-mod-ryg konfiguration eller kribriformt vækstmønster
- Udtalt glandulær budding
- Udtalt intraluminal papillær tufting

Cytologi:

- Tab af cellulær polaritet eller stratifikation af kernerne. Kernerne er beliggende i hele epitelets tykkelse og i 2-5 rækker med variation i de enkelte kirtler.
- Ingen opmodning mod overfladen
- Forekomst af neoplastiske bægerceller (retronukleære/dystrofiske)
- Vesikulære og/eller irregulære og runde kerner med tabt polaritet
- Svært forstørrede kerner med prominent nukleole
- Atypiske mitoser
- Udtalt apoptose, fokalt cellulært debris og nekrose

High grade neoplasi diagnosticeres på baggrund af abnorm arkitektur kombineret med cytologiske forandringer. De enkelte forandringer er ikke hverken tilstrækkelige eller nødvendige for diagnosen. High grade neoplasi inkluderer tilfælde med gennembrud af basalmembranen i lamina mucosa, men ikke invasion gennem lamina muscularis mucosa.

1.1.5. Adenomstørrelse

Adenomstørrelsen er en vigtig parameter i risikostratificeringen og allokeringen af patienterne til kontrolforløb. Adenomstørrelse vurderes mest præcist ved måling af det adenomatøse område på mikroskopiglasset. Det er kun ved polypektomier, hvor alt polypvæv er fremsendt til histopatologisk undersøgelse, at diameteren skal angives. Hvis dette ikke kan gennemføres, f.eks. ved store eller fragmenterede polypper, anvendes i stedet målet fra den patoanatomiske makroskopiske vurdering.

2. Præparathåndtering**2.1. Makroskopisk vurdering af polypektomi-materiale**

Udskæring af lokalresektater og polypper sker i henhold til lokale retningslinjer og praksis. Hele polyppens mål i mm i tre dimensioner bør noteres i den makroskopiske beskrivelse. Stilkede

Patoanatomisk undersøgelse af tarmpolypper

Forfattere: PI

Version 1.0

Gælder fra: 1.september 2017

Gælder til: 31.august 2019

polypper bør skæres på langs og vinkelret på den profunde resektionsflade. Bredbaserede polypper bør skæres vinkelret i forhold til den profunde resektionsflade. Alt væv indstøbes til mikroskopi. Der er ingen grund til at tusche resektionsfladen, på nær i TEM resektater.

Polypperne skal skæres således at adenomets maksimale diameter er repræsenteret på glasset. Kan dette ikke lade sig gøre, anføres dette i makrobeskrivelsen. Adenomdiameteren måles på primært på glasset, og hvis det ikke kan lade sig gøre, anvendes det makroskopiske mål. Adenomdiameteren SNOMED-kodes. Kan adenomdiameteren ikke vurderes ved den makro- og mikroskopiske undersøgelse, angives det, at adenomdiameteren ikke kan vurderes. Det endoskopiske mål skal ikke noteres eller registreres i patologisvaret, men det skal noteres i patientjournalen og SKS-kodes i henhold til gældende kliniske retningslinjer.

2.2. Mikroskopisk vurdering

Ved diagnostik af adenomer angives:

- Histologisk klassifikation
- Neoplasigradering
- Størrelsen af det adenomatøse område i mm ved polypektomimateriale

Ved high grade neoplasi suppleres med:

- Resektionsrandsforhold (er der adenom i resektionsranden?)

3. SNOMED-kodning

Formålet med SNOMED-kodningen er dels at kommunikere den patoanatomiske diagnostik til klinikerne og dels at danne et datagrundlag for monitorering af screeningsprogrammets effekter. Endelig kan kodningen anvendes til afklaring af ubesvarede spørgsmål f.eks. vedr. serrate læsioner og betydningen af adenomernes lokalisering for cancerrisikoen.

Patoanatomisk undersøgelse af tarmpolypper

Forfattere: PI

Version 1.0

Gælder fra: 1.september 2017

Gælder til: 31.august 2019

For alle adenomer bør følgende kodes (se også nedenstående figur 1):

- Adenomets lokalisation (tarmsegment som angivet af rekvirenten)
 - T67010 Colonslimhinde (kun hvis lokalisationen ikke er angivet)
 - T67105 Caecumslimhinde
 - T67210 Colon ascendens slimhinde
 - T67310 Højre colon fleksur slimhinde
 - T67410 Colon transversum slimhinde
 - T67510 Venstre colon fleksur slimhinde
 - T67610 Colon descendens slimhinde
 - T67710 Colon sigmoideum slimhinden
 - T68010 Rectumslimhinde

OBS! Koden T67925 (Colon- og rectumslimhinde) må ikke anvendes.
- Histologisk klassifikation
 - M8213F Fladt adenom
 - M82110 Tubulært adenom
 - M82630 Tubulovilløst adenom
 - M82611 Villøst adenom
 - M82130 Traditionelt serrat adenom
 - M8213S Sessil serrat læsion
 - M72040 Hyperplastisk polyp
 - M8213M Sessil serrat læsion med dysplasi
- Neoplasigrads gradering
 - M814A0 Low grade neoplasi
 - M81482 High grade neoplasi
- Adenomstørrelse i mm (ÆAD001-ÆAD100 (1-100 mm) eller ÆADXXX (Polyp-/adenomdiameter kan ikke vurderes).
- Ved high grade neoplasi suppleres med resektionsrandsforhold
 - M09400 Resektionsrand fri
 - M0940P Adenom i resektionsrand
 - M09402 Resektionsrand kan ikke vurderes
- Hvis rekvirenten ikke har anført de nødvendige oplysninger på rekvisitionen suppleres med
 - ÆYYY70 Utilstrækkelige kliniske oplysninger

De nødvendige oplysninger er 1) lokalisation af polyppen ELLER 2) om polyppen er fjernet i sin helhed og om hele polyppen er fremsendt til undersøgelse eller ej ELLER 3) indikation for koloskopi ifht. screening eller ej.

Patoanatomisk undersøgelse af tarmpolypper

Forfattere: PI

Version 1.0

Gælder fra: 1.september 2017

Gælder til: 31.august 2019

- Procedurekode
 - P30610 Biopsi
Hvis der ikke foreligger oplysning om, at hele polyppen er fremsendt til histopatologisk undersøgelse, anvendes biopsikoden.
 - P306X5 Polypektomi
Ved polypektomi i flere dele, som f.eks. ved bortbioptering af små polypper, anvendes P306X5 sammen med koden for polyp-/adenomdiameter kan ikke vurderes (ÆADXXX)
 - P30628 Piecemeal resektat (hvis denne procedure er angivet på rekvisitionen)
 - P306X6 Mukosektomi – anvendes ved EMR-resektater
Ved mukosektomi i flere dele, anvendes P306X6 sammen med koden for polyp-/adenomdiameter kan ikke vurderes (ÆADXXX)
 - P30621 Endoskopisk resektat – anvendes ved TEM-resektater
- Procedurekode for tarmkræftscreening (P01601) hvis relevant

4. Referencer

1. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editors. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. First. Publications Office of the European Union; 2010.
2. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND. WHO Classification of Tumours of the Digestive System, Fourth Edition. In: International Agency for Research on Cancer. 2010. p. 417.
3. Dixon MF. Gastrointestinal epithelial neoplasia: Vienna revisited. Gut. 2002 Jul;51(1):130–1.

Figur 1 Flowchart til SNOMED kodning af tarmpolypper fundet som følge af tarmkræftscree

SNOMEDKODNING AF TARMPOLYPPER

