


Научно-практическая конференция
ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА
5 октября 2018 года

**Алгоритм исследования
операционного материала
при раке толстой кишки. Опыт
МГОБ № 62**

Москалец М.В. Савелов Н.А.
2018

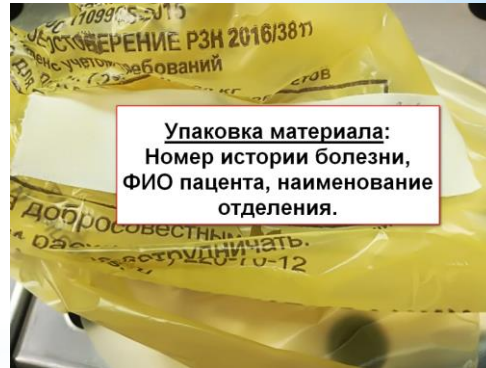


**Московская Городская
Онкологическая Больница № 62**
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ

**С чего начинается
макроскопическое
исследование
операционного
материала?**

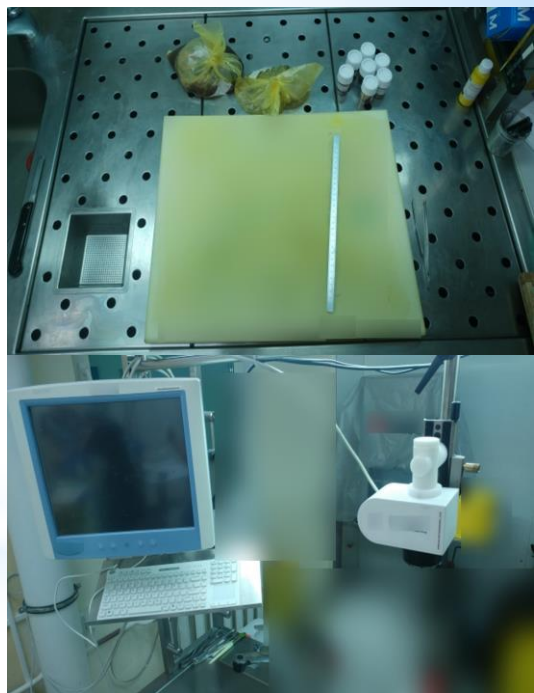
Сравнить данные, а также содержимое упаковки с материалом с данными, записанными в направлении.

В 0.43% случаев в ПАО поступают препараты без ФИО, с пустыми пакетами (контейнерами), описанием препарата в направлении, не соответствующим содержимому пакета.



Makary M,Surgery.2007;141:450-5

- Никаких дополнительных направлений, пакетов, материала на столе быть не должно
- В комнате вырезки должен быть обеспечен доступ к клиническим данным, протоколу операции и т.д. (при наличии электронной ИБ)
- В случае сложностей с описанием материала, наличия нескольких опухолей, сложного взаиморасположения опухоли и множества удаленных органов препарат должен быть сфотографирован, и/или описан в присутствии оперировавшего хирурга

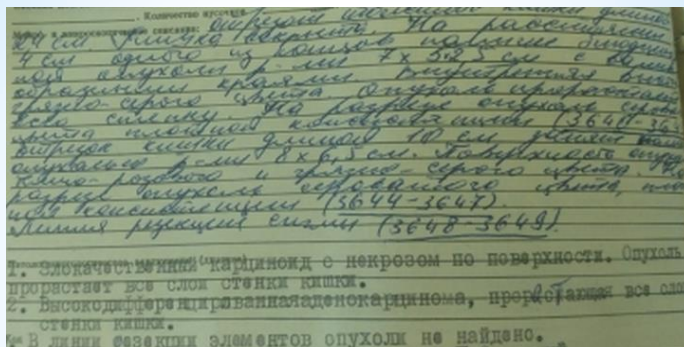
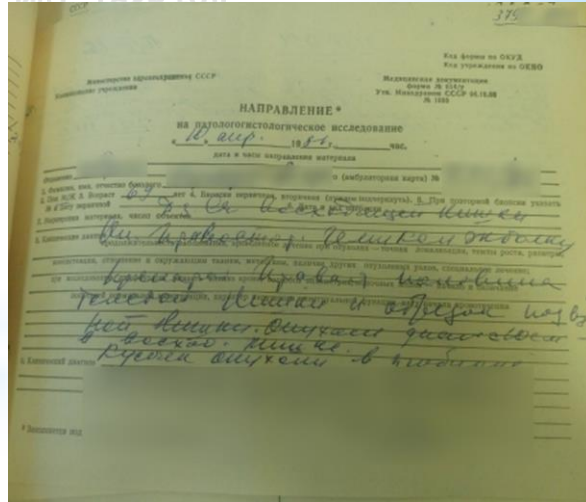


№1, 1986 год

Данные анамнеза?

Данные колоноскопии?

Клиническая стадия
заболевания?

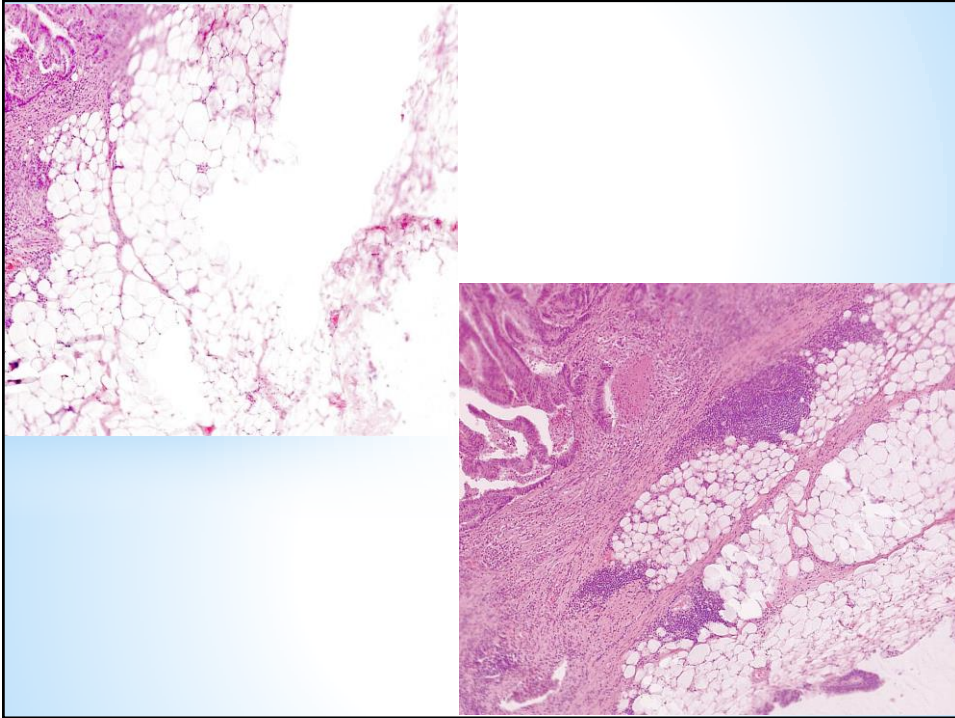


1. Нейроэндокринная опухоль подвздошной кишки. Grade II. Опухоль прорастает в мышечный слой стенки кишки.
2. Аденокарцинома низкой степени злокачественности толстой кишки. Опухоль прорастает в мышечный слой стенки кишки. В линии резекции признаков опухолевого роста не выявлено.

Данные макроскопического исследования :

Отделы кишки и размеры препаратов. Локализация опухоли и ее размер. Взято на исследование 4 кусочка опухоли. Все слои стенки кишки присутствуют лишь в 1 фрагменте

ГДЕ л/у? TNM? Почему «прорастает все слои»?



Primary Tumor (T)

- TX Minimum requirements to assess the primary tumor cannot be met.
- T0 No evidence of primary tumor
- Tis Carcinoma *in situ* (no invasion of lamina propria)
- T1 Tumor confined to the mucosa or submucosa (e.g. carcinoma *de novo* or carcinomatous adenoma, either polypoid or papillary/villous)
- T2 Tumor limited to wall of colon or rectum but not beyond—*viz.*, invasion into muscularis propria or subserosa (colon and proximal rectum) and into muscularis propria but not beyond (distal rectum)
- T2a Tumor extending into muscularis propria but not penetrating through it
- T2b Tumor extending through the wall with complete penetration of the muscularis propria
- T3 Tumor invades all layers of bowel wall including serosa (colorectal) with or without extension to adjacent or contiguous tissues. Fistula may or may not be present.
- T4 Tumor has spread by direct extension beyond contiguous tissue or the immediately adjacent organs.

Regional Nodal Involvement (N)

- NX Minimum requirements to assess the regional nodes cannot be met.
- N0 Nodes not involved
- N1 One to three involved regional nodes adjacent to primary lesion
- N2 Regional nodes involved extending to line of resection or ligature of blood vessels
- N3 Nodes contain metastasis, location not identified. Specify number examined; number involved. (Case cannot be properly staged.)

STAGE GROUPING

Stage 0

Tis, N0, M0
Carcinoma *in situ*

Stage I

Stage IA: T1, N0, M0
Tumor confined to mucosa or submucosa
Stage IB: T2, N0, M0
Tumor involves muscularis propria but not beyond.

Stage II

T3, N0, M0
Tumor involves all layers of bowel wall with or without invasion of immediately adjacent structures.

Stage III

Any T, N1–N3; M0
Any degree of bowel wall invasion with regional node metastasis
T4, N0, M0
Tumor extends beyond the contiguous tissue or immediately adjacent organs with no regional node metastasis (see bibliography reference 2).

Stage IV

Any T, any N, M1
Any degree of invasion of bowel wall with or without metastasis to regional lymph nodes but with evidence of distant metastasis

Второе издание AJCC TNM, 1983 год.

№2, 2000 год

Нет изменений по сравнению с 1986
годом

1756/

Министерство здравоохранения РФ
Федеральное учреждение

Имя Фамилия по ОКЗ Д.
Код учреждения по ОКЗ Д.

Медицинская документация
Форма № 048/у
Утв. Минздравом СССР 04.10.80
№ 1030

НАПРАВЛЕНИЕ*
на патологистологическое исследование
« 6 » 11 2000 час.

Дата и часы направления материала

карты) № _____

Возраст _____ лет, вторичная (укажите год _____)

Пол _____

Список указать № и дату первичной операции _____

История болезни
предыдущие заболевания _____ при _____

анамнеза, операции и операции _____

при исследовании _____

последней нормальной менструации _____

Фамилия лечащего врача _____

Подпись _____

Рак прямой кишки

Патологистологическое исследование № _____

Биопсия диагностическая _____

Дата и часы поступления _____

Биопсия срочная _____

Операционный материал _____

Макро- и микроскопическое описание _____

Количество срезов _____

Блок _____

Методика окраски _____

1.5.5 см от анального отверстия без (17076)

Умеренно дифференцированная аденокарцинома прямой кишки с прорастанием в жировую клетчатку. В 9 из 9 регионарных лимфатических узлах метастазы аденокарциномы аналогичного строения. 2. В отдельном лимфатическом узле метастаз аденокарциномы в лимфатический узел.

1. Аденокарцинома низкой степени злокачественности прямой кишки. Опухоль прорастает в мезоректальную жировую клетчатку. В 9 из 9 регионарных лимфатических узлах метастазы аденокарциномы аналогичного строения.
 2. Метастаз аденокарциномы толстой кишки в 1 лимфатическом узле
- На исследование взято 6 фрагментов ткани. С серозной оболочкой - 2 фрагмента. Взят фрагмент с неизменной слизистой. Также исследованы 9 лимфатических узлов.

DEFINITION OF TNM

The same classification is used for both clinical and pathologic staging.

Primary Tumor (T)

- TX Primary tumor cannot be assessed
 T0 No evidence of primary tumor
 Tis Carcinoma *in situ*
 T1 Tumor invades submucosa
 T2 Tumor invades muscularis propria
 T3 Tumor invades through the muscularis propria into the subserosa, or into nonperitonealized pericolic or perirectal tissues.
 T4 Tumor perforates the visceral peritoneum, or directly invades other organs or structures.*

*Note: Direct invasion of other organs or structures includes invasion of other segments of colorectum by way of serosa (e.g., invasion of the sigmoid colon by a carcinoma of the cecum).

3-е издание AJCC TNM, 1988 г.

Regional Lymph Nodes (N)

- NX Regional lymph nodes cannot be assessed
 N0 No regional lymph node metastasis
 N1 Metastasis in 1 to 3 pericolic or perirectal lymph nodes
 N2 Metastasis in 4 or more pericolic or perirectal lymph nodes
 N3 Metastasis in any lymph node along the course of a named vascular trunk

Distant Metastasis (M)

- MX Presence of distant metastasis cannot be assessed
 M0 No distant metastasis
 M1 Distant metastasis

STAGE GROUPING

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage I	T1	N0	M0
	T2	N0	M0
Stage II	T3	N0	M0
	T4	N0	M0
Stage III	Any T	N1	M0
	Any T	N2, N3	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

№3, 2008 год

- Электронная ИБ- доступ к полным клиническим данным больного (КТ, МРТ, колоноскопия, протокол операции)
- В направлении на исследование фиксируются все необходимые данные

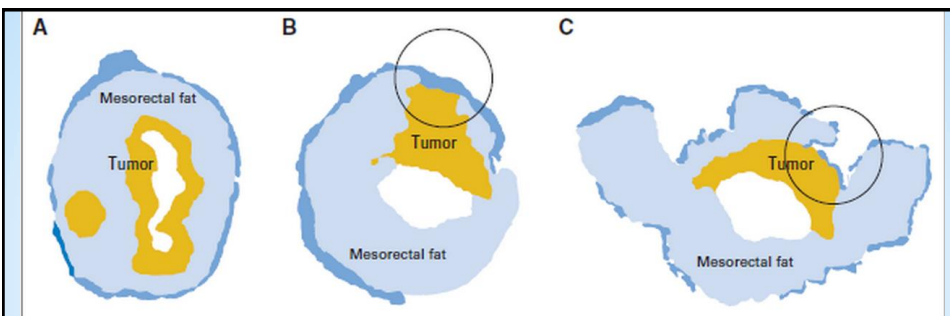
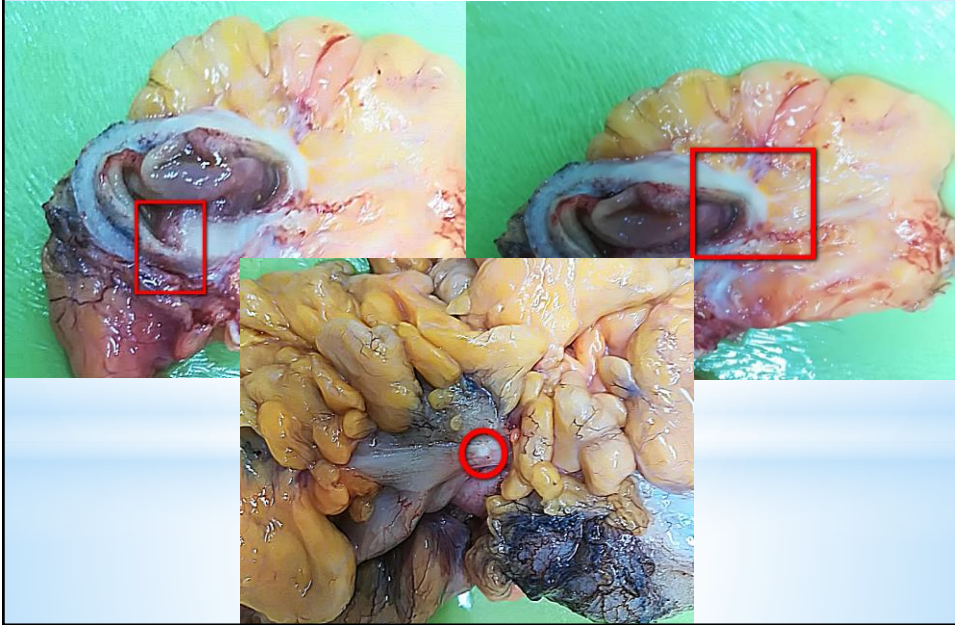
Макроскопическое описание препарата:

Фрагмент толстой кишки длиной 20см. Ближний край (1-2) Дальний край (3-4) На расстоянии 3 см от дистального края в кишке определяется экзофитная опухоль, 7x4x1.5 см, стенозирующая просвет кишки. (5-9) Серозная оболочка в проекции кишки визуально не изменена. Лимфатические узлы клетчатки. (10-22)

Заключение

Аденокарцинома толстой кишки, прорастающая в параколическую жировую клетчатку. С учетом проведенного ранее химиолучевого лечения, лечебный патоморфоз II степени. В 13 исследованных лимфатических узлах определяются метастазы рака с полным замещением опухолевой ткани. Во всех хирургических краях перпарата признаков опухолевого роста не выявлено

Совершенствование техники выбора блоков, вырезки материала,
основанных на международных руководствах

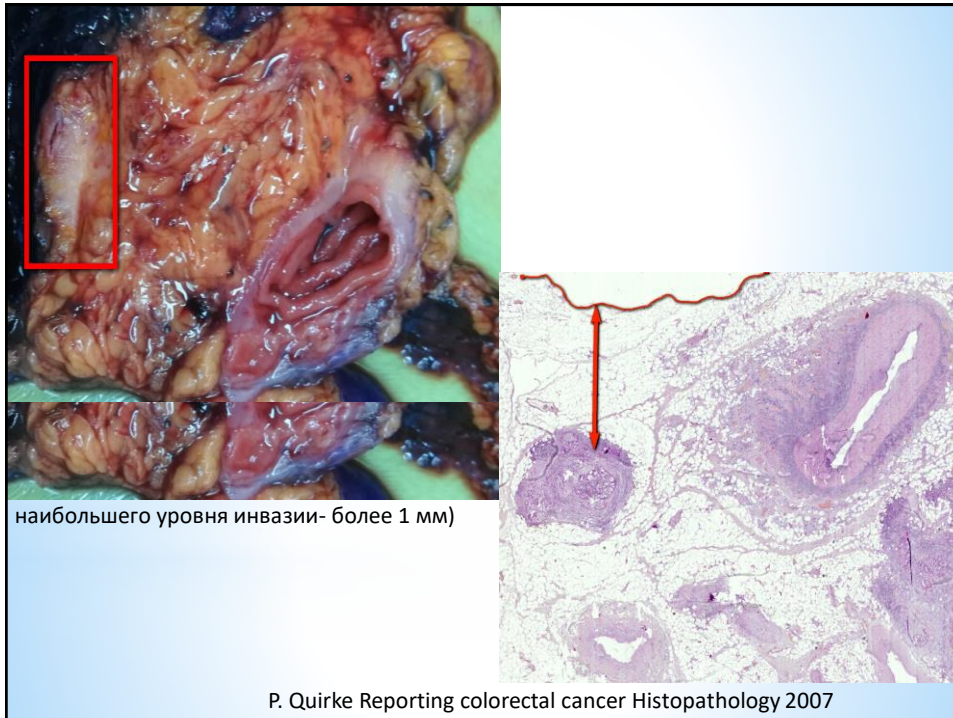


* Градация TME по Quirke

A Гладкий, без повреждений мезоректальный край. Могут наблюдаться единичные поверхностные дефекты менее 5 мм в глубину.

B Неровный, с крупными поверхностными дефектами (более 5 мм). Может приобретать конусовидный вид в области дистального края

C Краем в этом случае является мышечный слой стенки кишки



Оценка неоадьювантной терапии при раке толстой кишки

Существует множество схем для оценки (Dworak, Ryan, Mandard, AJCC)

Все оценивают только состояние первичной опухоли, при этом не упоминая лимфатические узлы

Достаточно субъективны в оценке стадий (особенно в 5-стадийных системах)

Ни одна из предложенных систем не превзошла ypTNM в предсказательной силе общей и безрецидивной выживаемости

В практике используем AJCC (модифицированная Ryan)

	Степени Регресса	Морфологическое описание
полный	0	Жизнеспособные опухолевые клетки отсутствуют
умеренный	1	единичные опухолевые клетки или мелкие группы клеток среди множества очагов фиброза
слабый	2	Фиброз преобладает над опухолевыми структурами
Не определяется	3	Опухолевые структуры преобладают над фиброзом

Аденокарцинома толстой кишки с признаками неполного умеренного морфологического регресса опухоли на фоне лечения (1 степень по CAP'13).

2014 год

Key Parameters	Preimplementation Period (1 y)		Postimplementation Period (5 y)		
	Free Text, No. (%) (n = 123)	P ^b	Electronic Template, No. (%) (n = 1089)	P ^c	Free Text, No. (%) (n = 97)
1. Histologic type	123 (100.0)	>.99	1089 (100.0)	>.99	97 (100.0)
2. Tumor differentiation	121 (98.4)	.01	1088 (99.9)	<.001	92 (94.8)
3. Largest tumor diameter	123 (100.0)	.75	1086 (99.7)	<.001	86 (88.7)
4. Depth of infiltration	123 (100.0)	>.99	1089 (100.0)	>.99	97 (100.0)
5. Distance to circumferential resection margin ^d	...	...	957 (87.9)	<.001	72 (74.2)
Colon	...	...	648 of 780 (83.1)	...	31 of 53 (58.5)
Rectum/rectosigmoidum	30 of 40 (75.0)	<.001	309 of 309 (100.0)	...	41 of 44 (93.2)
6. Distance to nearest end resection margin	99 (80.5)	<.001	1086 (99.7)	<.001	77 (79.4)
7. Specification of nearest end resection margin (anal, oral, cannot be determined)	...	...	1071 (98.3)	<.001	64 (66.0)
8. Distance to farthest end resection margin	84 (27.6)	<.001	1070 (98.3)	<.001	38 (39.2)
9. Specification of farthest end resection margin (anal, oral, cannot be determined)	...	...	1070 (98.3)	<.001	37 (38.1)
10. Total number of lymph nodes	121 (98.4)	.01	1088 (99.9)	.98	97 (100.0)
11. Number of lymph nodes with metastasis	122 (99.2)	.39	1086 (99.7)	.85	97 (100.0)
12. Dukes stage	106 (86.2)	<.001	1038 (95.3)	<.001	33 (34.0)
13. pTNM classification	72 (58.5)	<.001	1089 (100.0)	<.001	81 (83.5)
14. Adenoma present	...	...	1013 (93.0)	<.001	27 (27.8)

Structured Electronic Template for Histopathology Reporting on Colorectal Carcinoma Resections, B. Casati, MD; Roger Bjugn, MD, PhD, Arch Pathol Lab Med. 2012

Макропрепарат:

Удаленные отделы кишки и их длина (см): Подвздошная кишка (терминальный отдел): ____ см

Слепая кишка: ____ см Червеобразный отросток: ____ см

Восходящая ободочная кишка: ____ см Поперечная ободочная кишка: ____ см

Нисходящая ободочная кишка: ____ см Сигмовидная кишка: ____ см

Прямая кишка: ____ см

Перфорация опухоли: Выявлена Не выявлена Сомнительна

Прорастание серозной оболочки: Выявлена Не выявлено Сомнительно Не применимо

Локализация опухоли: Слепая кишка (C.18) Восходящая ободочная кишка (C18.2)

Печеночный изгиб ободочной кишки (C18.3) Поперечная ободочная кишка (C18.4)

Селезеночный изгиб ободочной кишки (C18.5) Нисходящая ободочная кишка (C18.6)

Сигмовидная кишка (C18.7) Ректосигмоидное соединение (C19)

Прямая кишка (C20) Невозможно определить

Размер опухоли (см): Наибольшее измерение: ____ см

Дополнительные измерения: __x__x__ см Невозможно определить

Ближайший к опухоли край препарата и расстояние до него (см):

Проксимальный: ____ см Дистальный: ____ см Неуточненный: ____ см

Макроскопическая форма роста: Экзофитная/грибовидная Бляшковидная

Эндофитная Циркулярная

Изъязвление опухоли: Выявлено Не выявлено Сомнительно

Визуальная распространенность опухоли: Опухоль прорастает в подслизистый слой

Опухоль прорастает в мышечный слой

Опухоль прорастает в прилежащие мягкие ткани

Опухоль прорастает в прилежащие органы и структуры Неопределенная (неясная)

Расположение опухоли по отношению к брыжейке кишки: Расположена на брыжеечном крае

Расположена на противобрыжеечном крае Не применимо

Расположение опухоли по отношению к брюшинному покрову: Выше брюшинного покрова

На уровне брюшинного покрова Ниже брюшинного покрова Не применимо

Состояние мезоректальной плоскости резекции : Гладкая, без повреждений (complete)

Неровная, с незначительными повреждениями (near complete) С глубокими разрывами (до мышечного слоя, incomplete) не применимо

Расстояние от опухоли до зубчатой линии (см): ____ см Не применимо

Патология вне опухоли: Не выявлена Выявлена

Маркировка материала:

Примерная маркировка материала и его описание

Наибольший уровень инвазии опухоли (1.1) Опухоль с прилежащей неизменной слизистой (1.2-1.3) Опухоль с прилежащей параколической клетчаткой (1.4-1.5) Регионарные лимфатические узлы (1.6-1.28) Проксимальный край (1.29) Дистальный край (1.30) Неперитонизированный край, окрашенный зеленой краской (1.31)

Микроскопическое описание

В стенке прямой кишки определяется инвазивный рост аденокарциномы, представленной железистыми структурами, составляющими более 50% площади опухоли.

Расстояние от наибольшего уровня инвазии опухоли до неперитонизированного края препарата 9 мм.

Опухоль прорастает в параректальную жировую клетчатку.

В 23 лимфатических узлах, выделенных из регионарной жировой клетчатки, метастазов не выявлено.

Во всех краях препарата признаков опухолевого роста не выявлено

Заключение

Аденокарцинома низкой степени злокачественности прямой кишки. Опухоль прорастает в параректальную жировую клетчатку. В 23 лимфатических узлах, выделенных из регионарной жировой клетчатки, метастазов не выявлено. pT3 pN0 (TNM7 UICC)

[Histopathology](#), 2002 Feb;40(2):127-32.

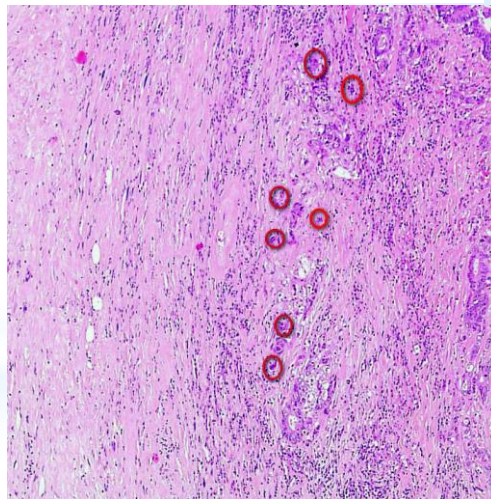
Tumour 'budding' as an index to estimate the potential of aggressiveness in rectal cancer.

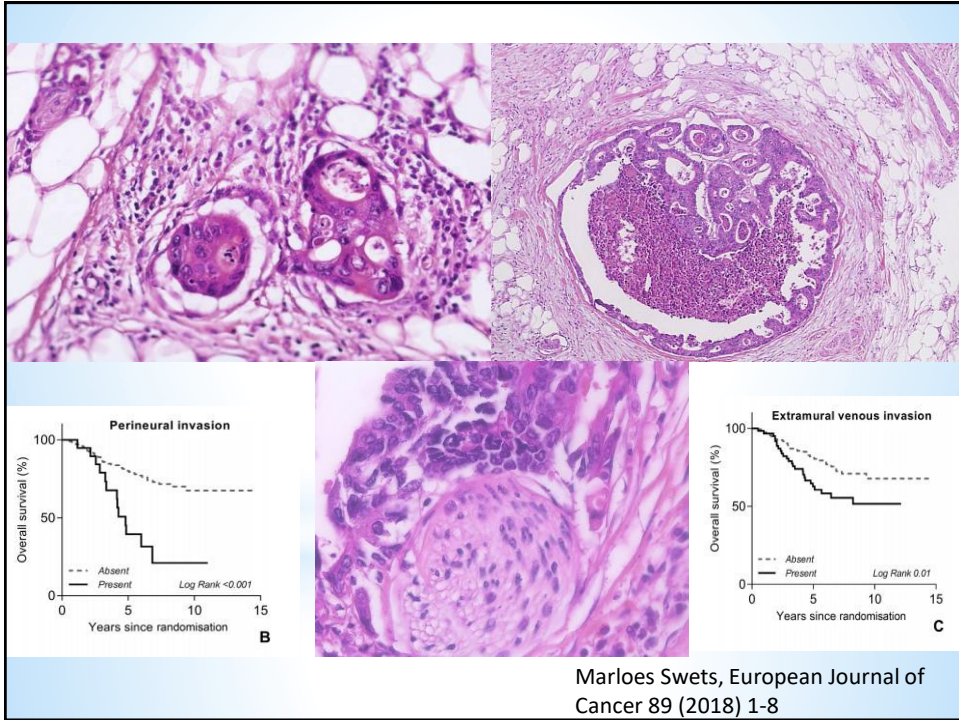
Ueno H¹, Murphv J, Jass JR, Mochizuki H, Talbot IC.

Author information

¹ Department of Surgery I, National Defence Medical College, Saitama, Japan.

Tumor budding- единичные опухолевые клетки и их скопления (от 1 до 4 клеток включительно, не образующие желез), располагающиеся в области инвазивного фронта опухоли. Является независимым неблагоприятным фактором прогноза безрецидивной выживаемости при II клинической стадии заболевания





National Comprehensive Cancer Network*

NCCN Guidelines Version 3.2018
Colon Cancer
NCCN Evidence Blocks™

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

PATHOLOGIC STAGE ^a	ADJUVANT TREATMENT ^{b,5}	
T1s, T1, N0, M0; T2, N0, M0; T3, N0, M0 ^c (MSI-H or dMMR)	Observation	???
T3, N0, M0 ^m (MSI-L or MSS and no high-risk features)	Observation or Consider capecitabine ^o or 5-FU/leucovorin ^o Capecitabine ^{o,p} or 5-FU/leucovorin ^{o,p}	
T3, N0, M0 at high risk for systemic recurrence ^{m,n} or T4, N0, M0	FOLFOX ^{o,p,q,r} or CAPEOX ^{o,p,q,r} or Observation	
T1-3, N1 (Low-risk stage III)	Preferred: • CAPEOX (3 mo) ^{o,r} or • FOLFOX (3-6 mo) ^{o,r} (category 1 for 6 mo) or Other options include: Capecitabine (6 mo) ^o or 5-FU (6 mo) ^o	<p>See Surveillance (COL-8)</p> <p>See Evidence Blocks on COL-3A</p>
T4, N1-2; T Any, N2 (High-risk stage III)	Preferred: • CAPEOX (3-6 mo) ^{o,p,r} (category 1 for 6 mo) or • FOLFOX (6 mo) ^{o,p,r} (category 1) or Other options include: Capecitabine (6 mo) ^{o,p} or 5-FU (6 mo) ^{o,p}	

National Comprehensive Cancer Network*

NCCN Guidelines Version 3.2018
Colon Cancer
NCCN Evidence Blocks™

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

PRINCIPLES OF RISK ASSESSMENT FOR STAGE II DISEASE^{1,2,3}

- Patient/physician discussion regarding the potential risks of therapy compared to potential benefits, including prognosis. This should include discussion of evidence supporting treatment, assumptions of benefit from indirect evidence, morbidity associated with treatment, high-risk characteristics, and patient preferences.
- When determining if adjuvant therapy should be administered, the following should be taken into consideration:
 - ▶ Number of lymph nodes analyzed after surgery (<math>< 12</math>)
 - ▶ Poor prognostic features (eg, poorly differentiated histology [exclusive of those that are MSI-H]; lymphatic/vascular invasion; bowel obstruction; PNI; localized perforation; close, indeterminate, or positive margins)
 - ▶ Assessment of other comorbidities and anticipated life expectancy.
- The benefit of adjuvant chemotherapy does not improve survival by more than 5%.
- Microsatellite Instability (MSI) or Mismatch Repair (MMR) Testing (see COL-B 4 of 5)

Are pathological high-risk features in locally advanced rectal cancer a useful selection tool for adjuvant chemotherapy?



Marloes Swets^b, Peter J.K. Kuppen^a, Erik J. Blok^b, Hans Gelderblom^b, Cornelis J.H. van de Velde^b, Iris D. Nagtegaal^{c,*}

«...Присутствие экстрамуральной васкулярной инвазии, периневрального роста, а также «почкования» опухоли (tumor budding) связана с более низкой общей и безрецидивной выживаемостью. Присутствие 2 и более критериев связано с еще значительно более низкой общей и безрецидивной выживаемостью, а также отдаленным рецидивом заболевания...»

НО!

Ни один из этих маркеров по отдельности или совместно не дает выигрыша от назначения адъювантной химиотерапии по сравнению с наблюдением.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

Юнит по изучению опухолей ЖКТ ПАО МГОБ62:

Байдина Д.П.

Ерошина А.А

Казачок И.В.

Купаева И.С.

Москалец М.В.

Паршина И.С.

Чубрин Д.П.

Швед Н.В.