



V Ежегодный Конгресс Российского
общества онкопатологов



Современные подходы в диагностике полипов толстой кишки согласно классификации ВОЗ-2019

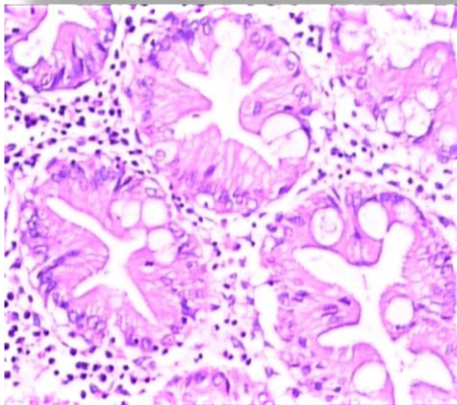
Тертычный Александр Семенович

д.м.н., профессор
кафедра патологической анатомии
им. акад. А.И. Струкова
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

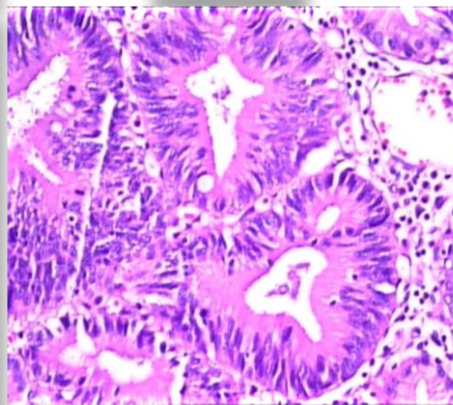
**г. Москва
24 апреля 2021 г.**

...раньше большинство всех полипов

Гиперпластический полип



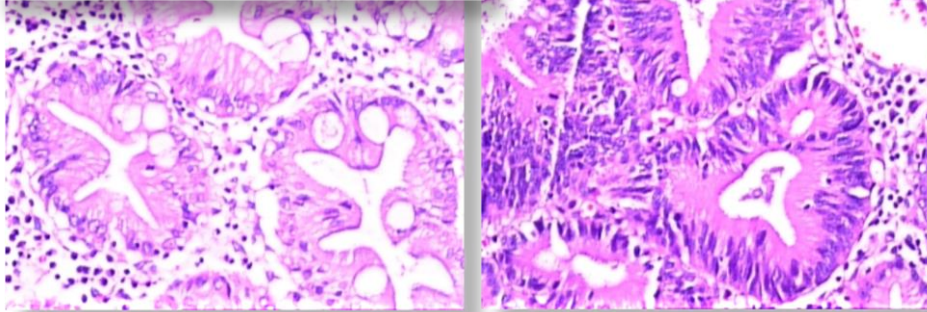
Аденома



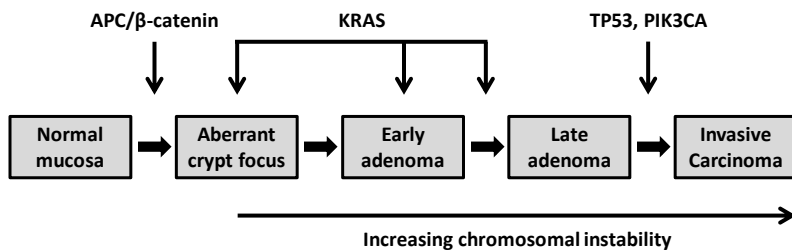
...теперь большинство всех полипов

- **Зубчатые полипы**
 - Гиперпластический полип
 - Сидячий зубчатый полип/аденома
 - Традиционная зубчатая аденома

Аденома

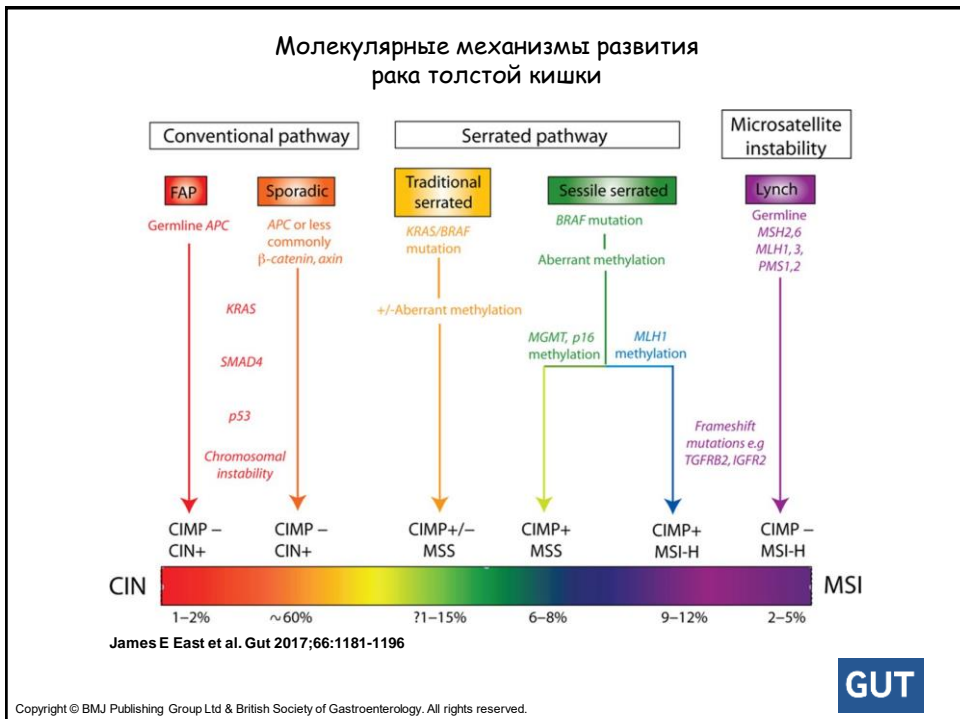
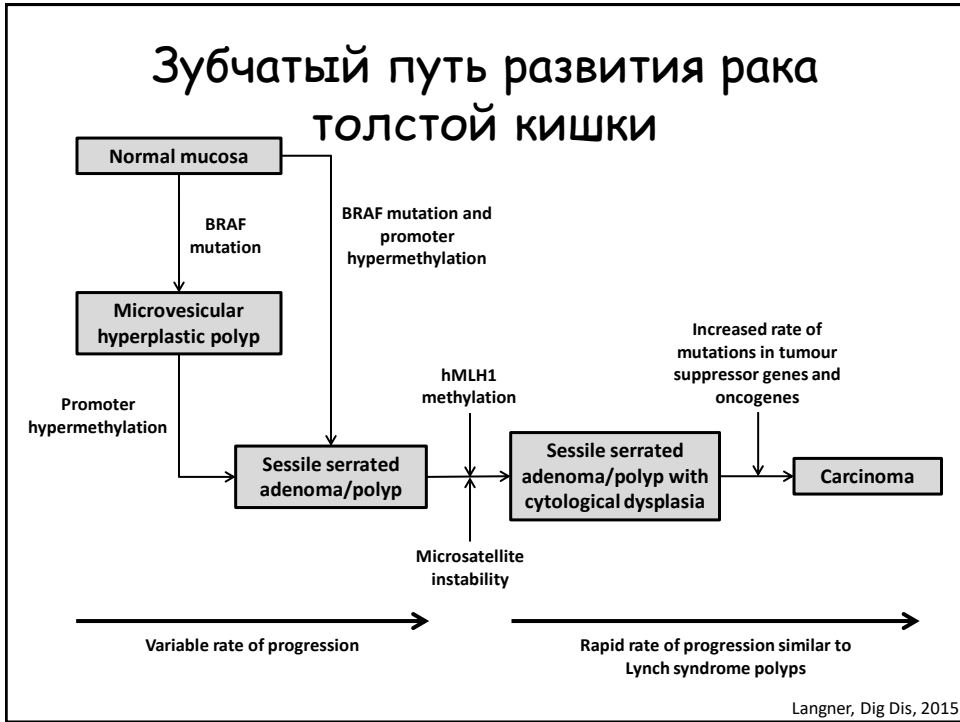


... был один путь развития рака толстой кишки: **аденома - карцинома**



APC germline mutation = familial adenomatous polyposis (FAP)

Fearon und Vogelstein, Cell, 1990



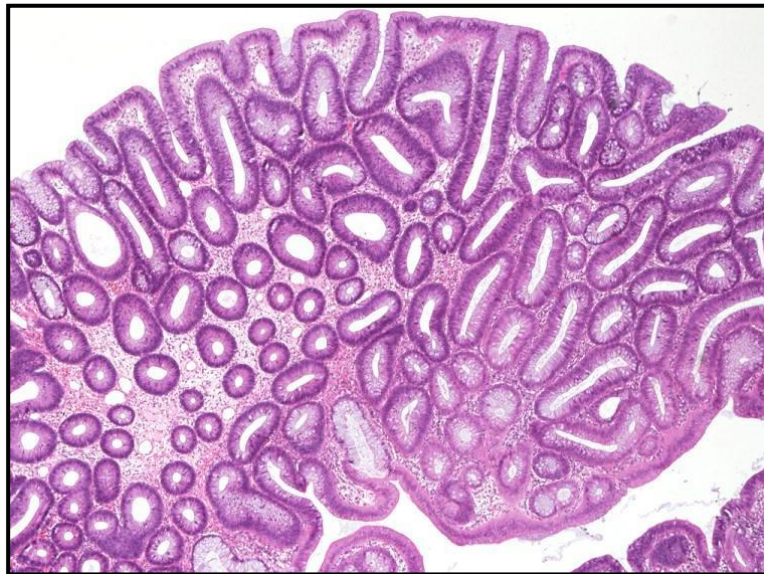
Классическая (conventional) аденома

<25% ворсинчатый компонент = тубулярная аденома

25-75% ворсинчатый компонент = тубуло-ворсинчатая аденома

>75% ворсинчатый компонент = ворсинчатая аденома

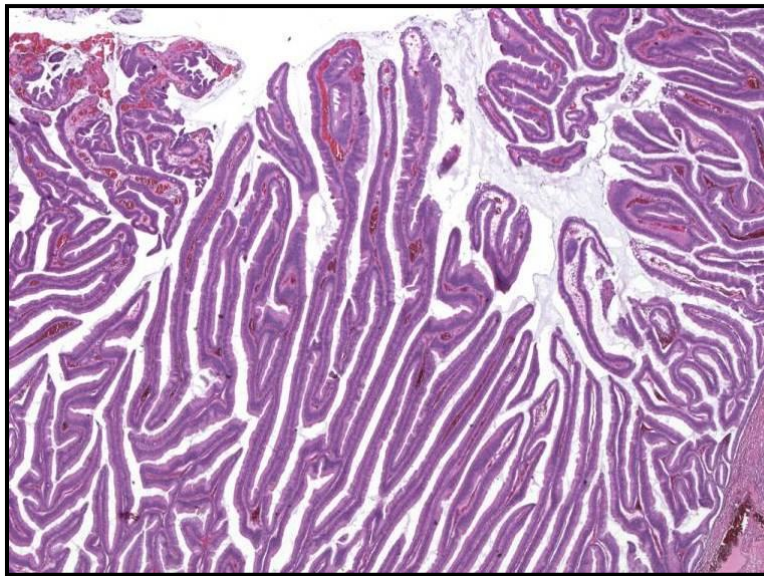
Тубулярная аденома



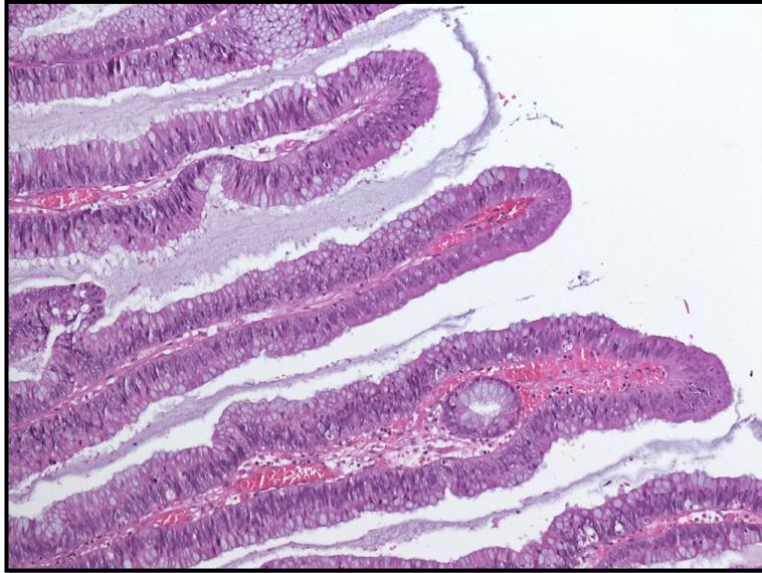
Тубулярная аденома



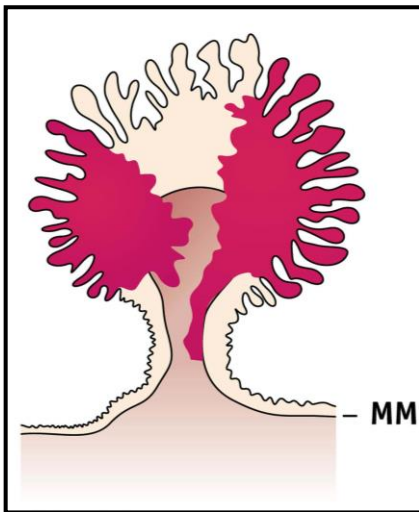
Ворсинчатая аденома



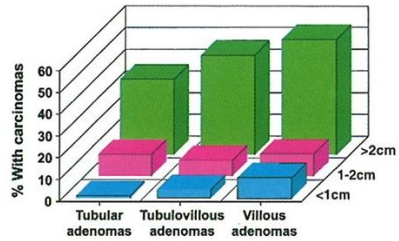
Ворсинчатая аденома



Переход аденомы в карциному



Böcker, Denk, Heitz – Pathologie, 2004

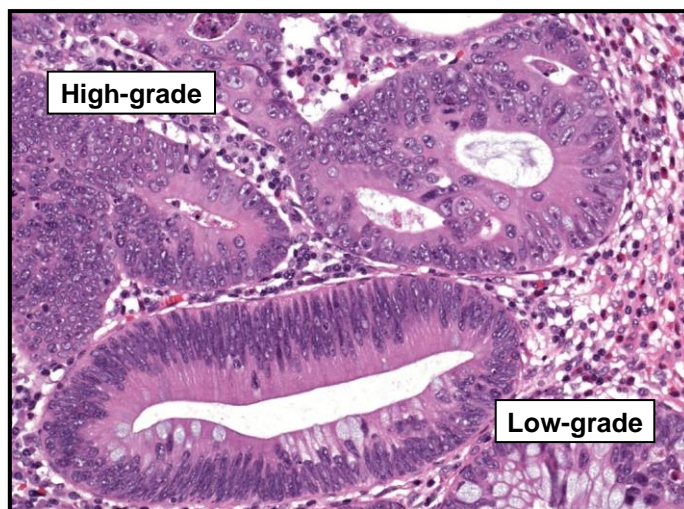


Классическая (conventional) аденома

Все аденомы обязательно характеризуются дисплазией эпителия

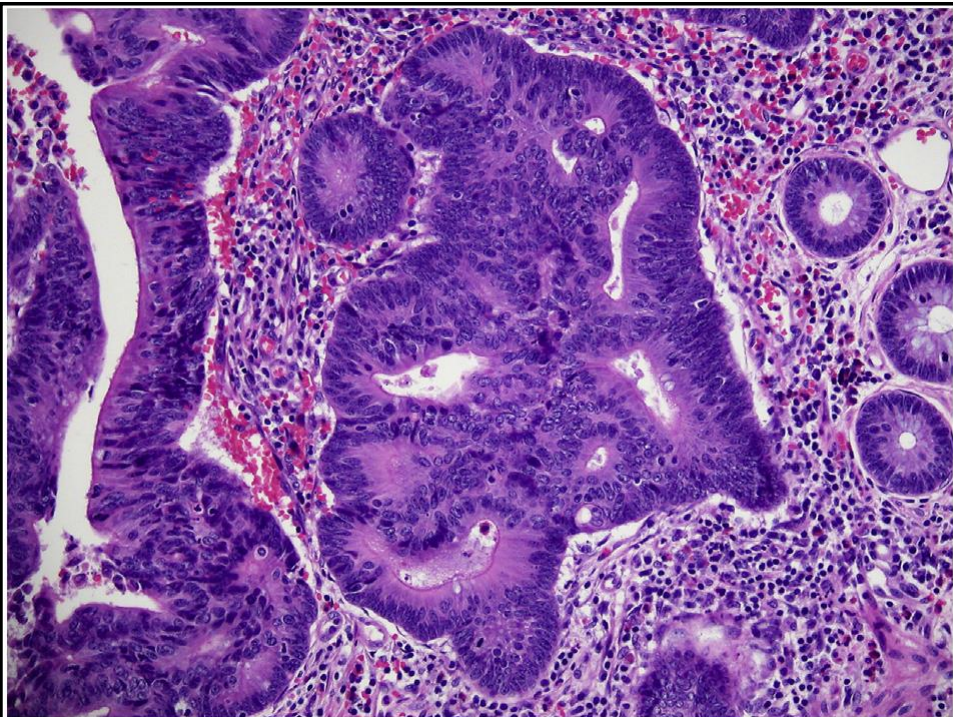
- Дисплазия делится на легкую (LGD) и тяжелую (HGD)
- Деление на 3 степени дисплазии (слабую, умеренную и выраженную) показало плохую воспроизводимость
- Тяжелая дисплазия включает структурные и клеточные критерии

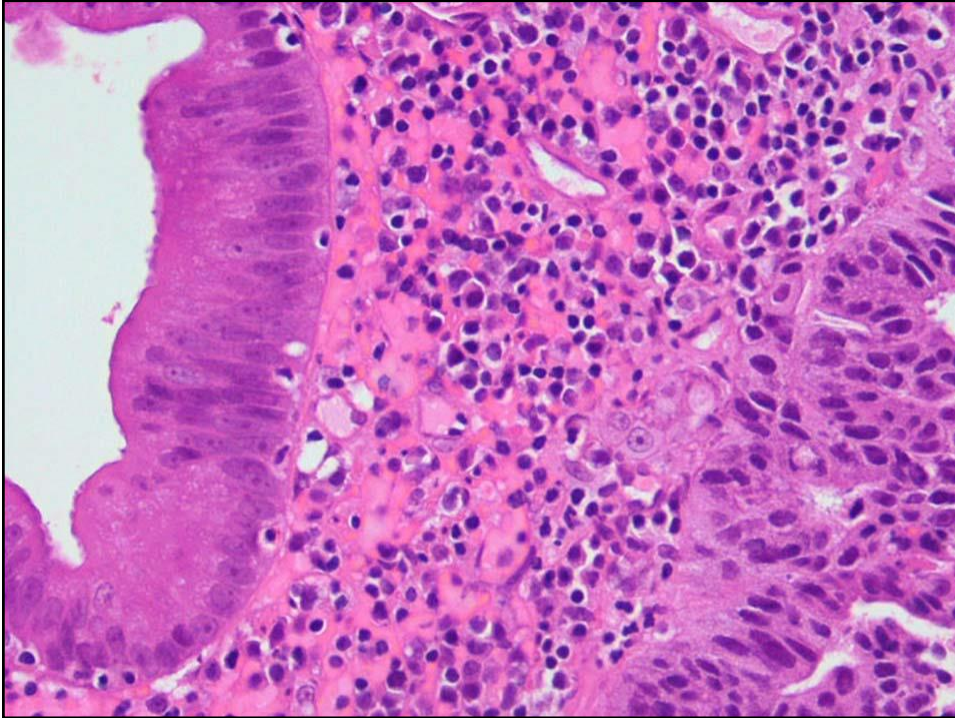
Классическая (conventional) аденома



Классическая (conventional) аденома

- Карцинома in situ – тяжелые диспластические изменения в пределах эпителия
- Внутрислизистая карцинома (intramucosal carcinoma) – признаки инвазии в собственную пластинку слизистой
- До 2017 года карцинома in situ и внутрислизистая карцинома = тяжелая дисплазия
- 8th edition of the AJCC – тяжелая дисплазия не входит в pTis





Зубчатые полипы

- Гиперпластический полип (>75%)
- Сидячий зубчатый полип/аденома (15-25%)
- Традиционная зубчатая аденома (<10%)
- Сидячая зубчатая аденома с дисплазией

ВОЗ 2010

Зубчатые полипы

- Гиперпластический полип
 - Микровезикулярный
 - Бокаловидный
 - ~~Со сниженным содержанием слизи~~
- Сидячий зубчатый полип/аденома поражение
- Традиционная зубчатая аденома
- Сидячая зубчатая аденома поражение с дисплазией
- Сидячая зубчатая аденома неклассифицируемая

ВОЗ 2019

История вопроса

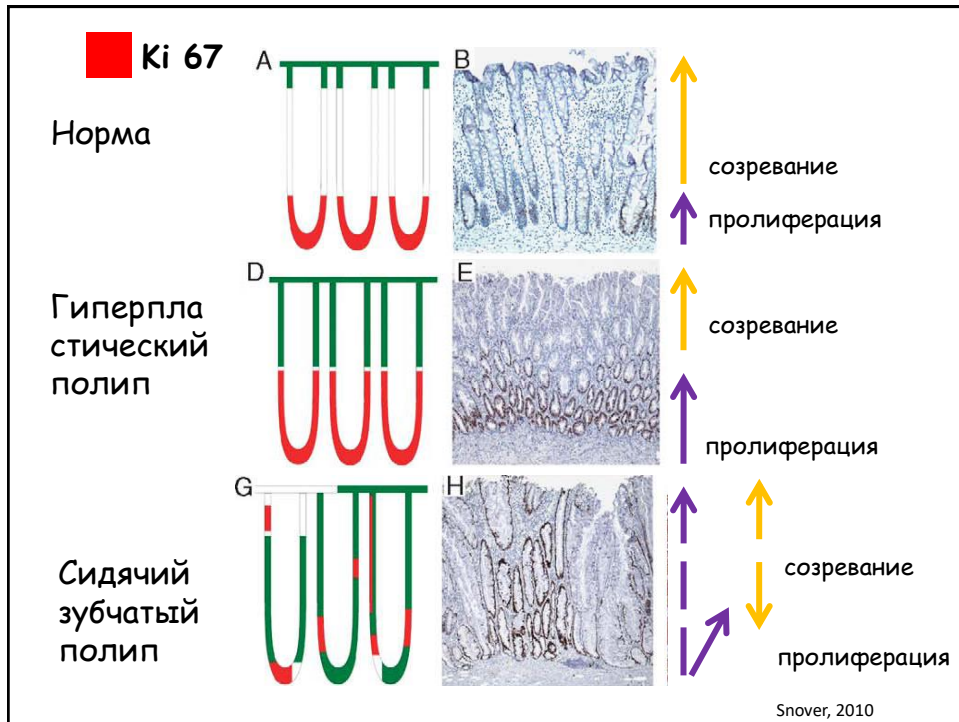
1984-Urbanski
Аденокарцинома в
гиперпластическом
-аденоматозном
полипе

1990-Longacre &
Fenoglio-Preiser
Гиперпластический
полип + аденома =
зубчатая аденома

1996-Torlakovic & Snover
«Сидячая» зубчатая
аденома
Зубчатая аденома при
гиперпластическом
/зубчатом аденоматозном
полипозе

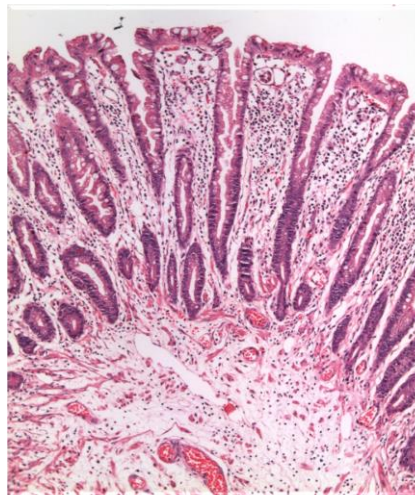
2003-Torlakovic Спорадические зубчатые полипы

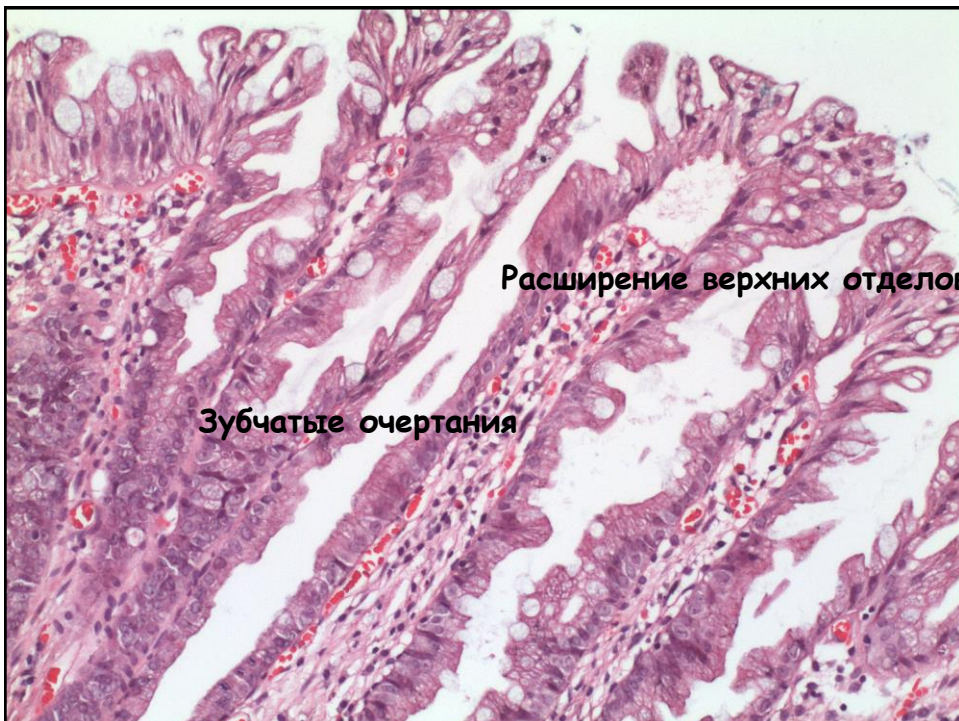
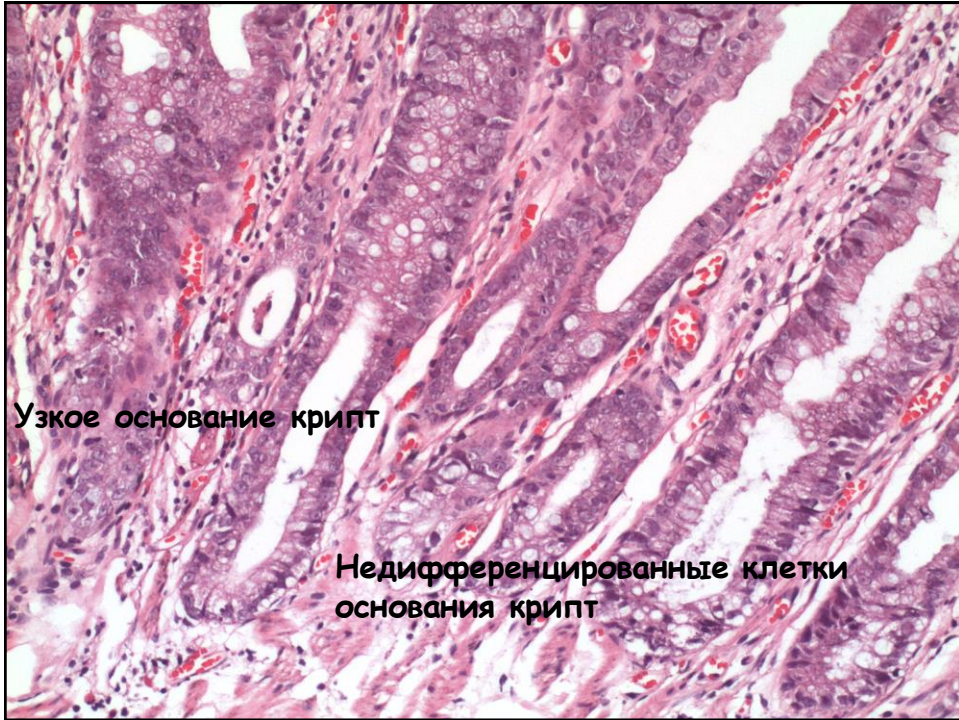
1. Нормальная пролиферация-
Гиперпластический полип
2. Нарушение пролиферации-Сидячий зубчатый
полип

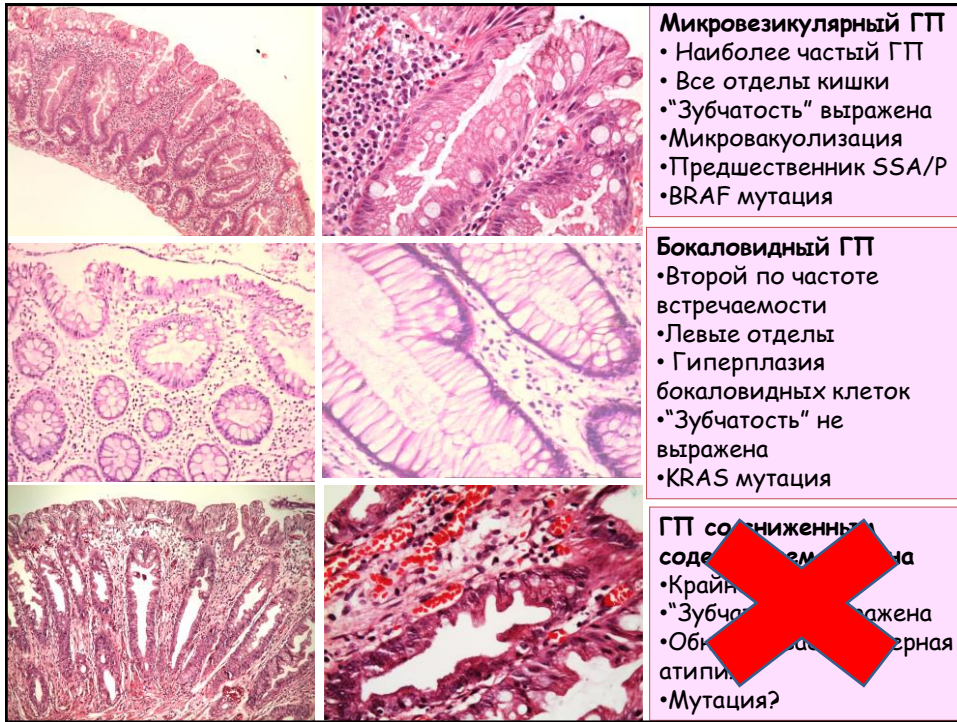


Гиперпластический полип

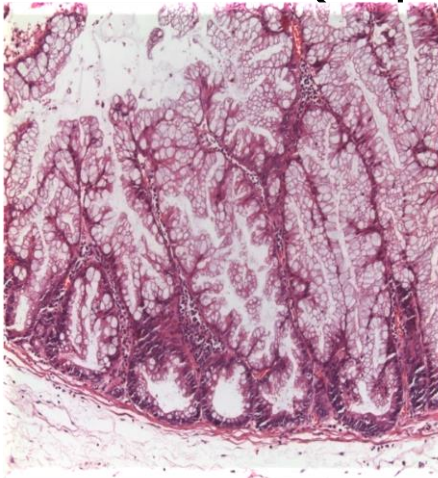
- 75% всех зубчатых полипов
- Дистальные отделы
- Упорядоченное расположение крипт
- Узкое основание крипт
- Расширение верхней части крипт
- Зубчатые очертания в верхней части
- Расширение пролиферативной зоны в области основания крипт
- Утолщение базальной мембраны



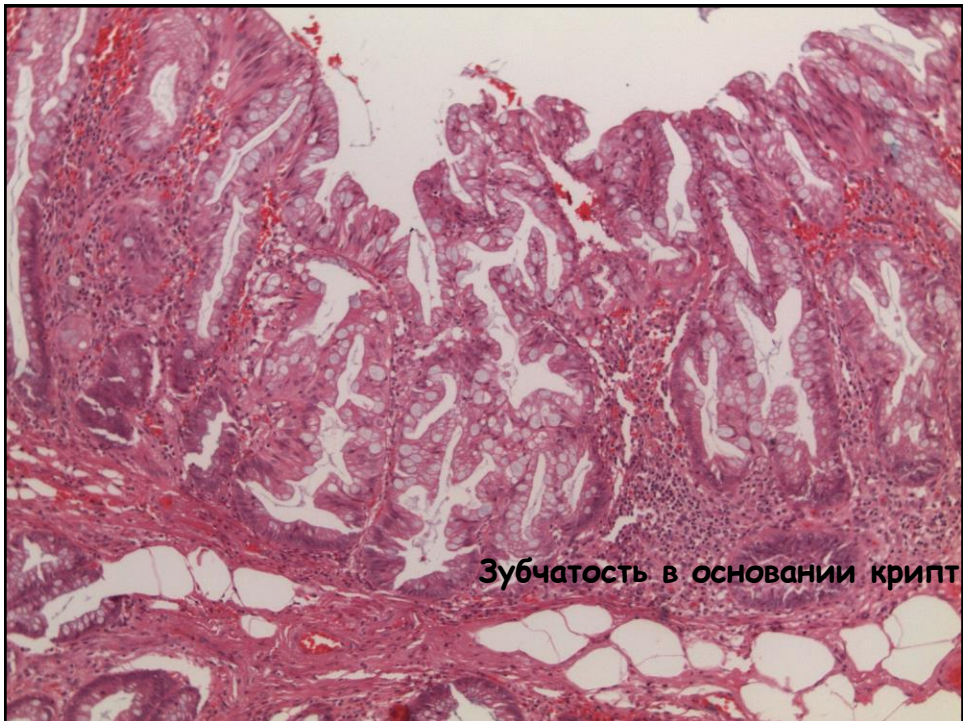


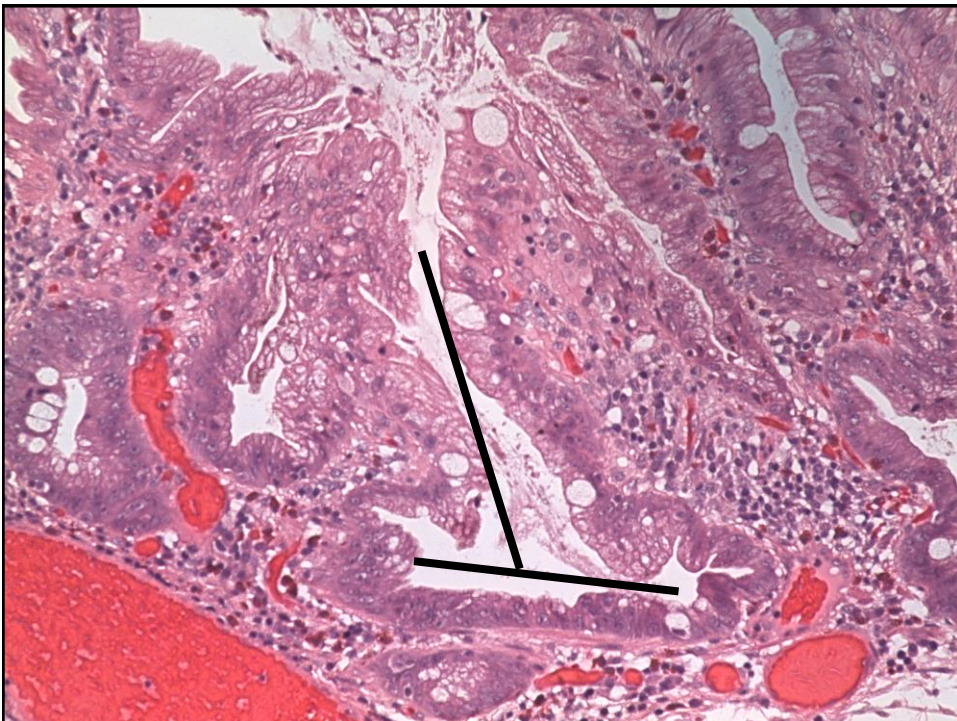
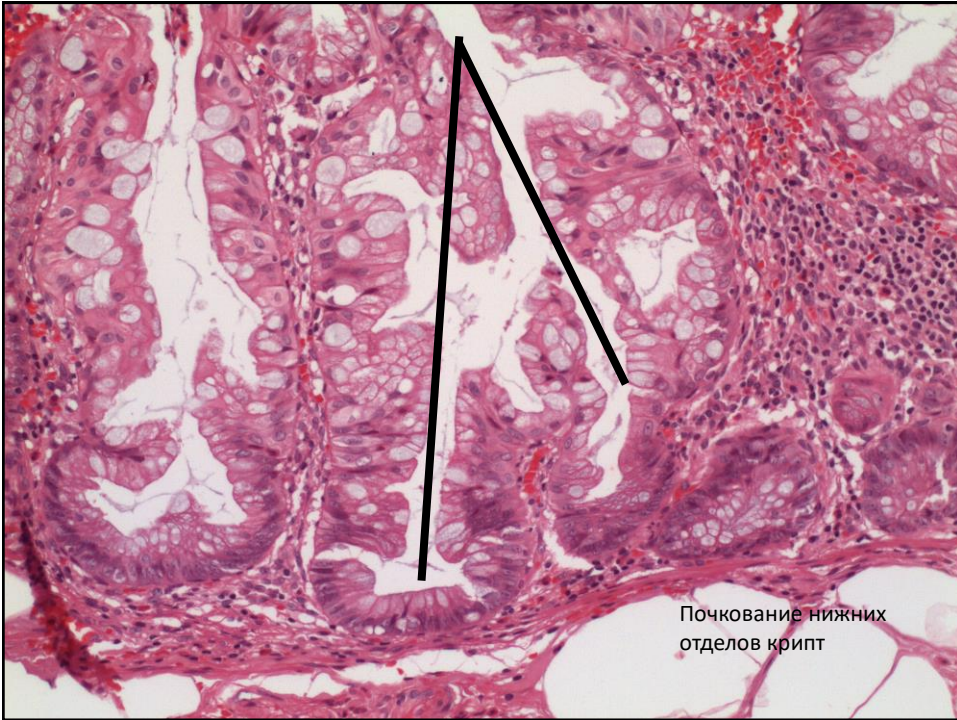


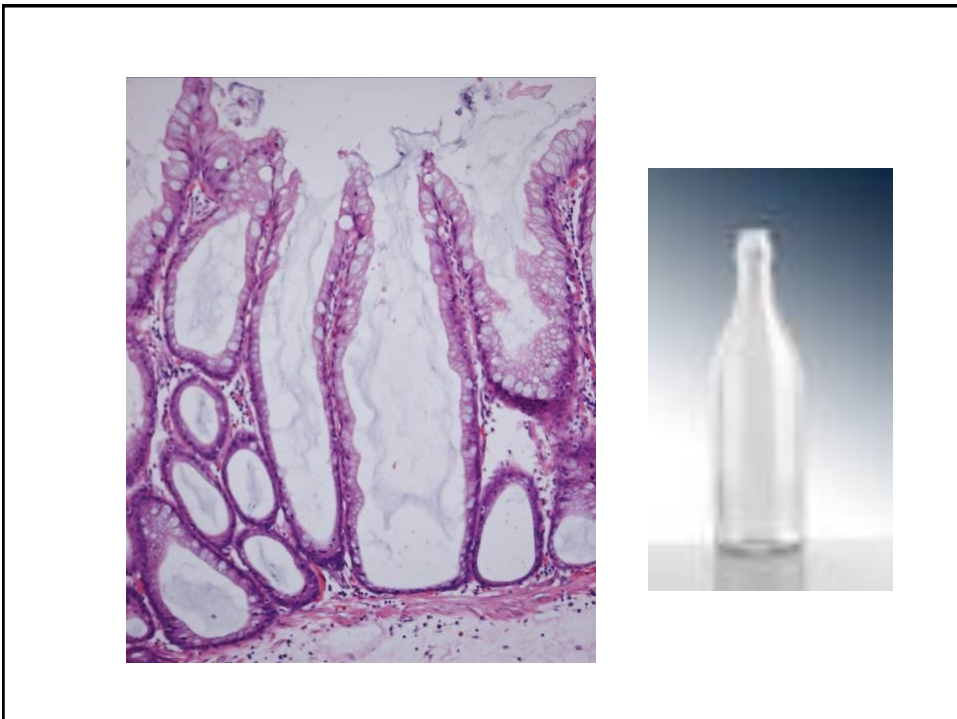
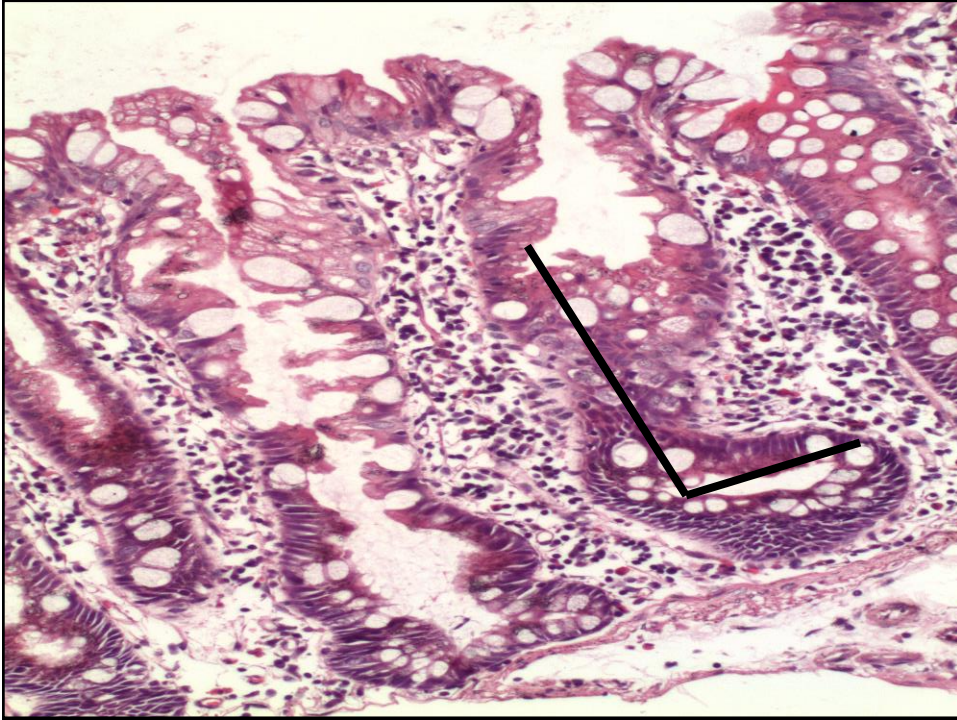
Сидячая зубчатая аденома/полип (поражение)

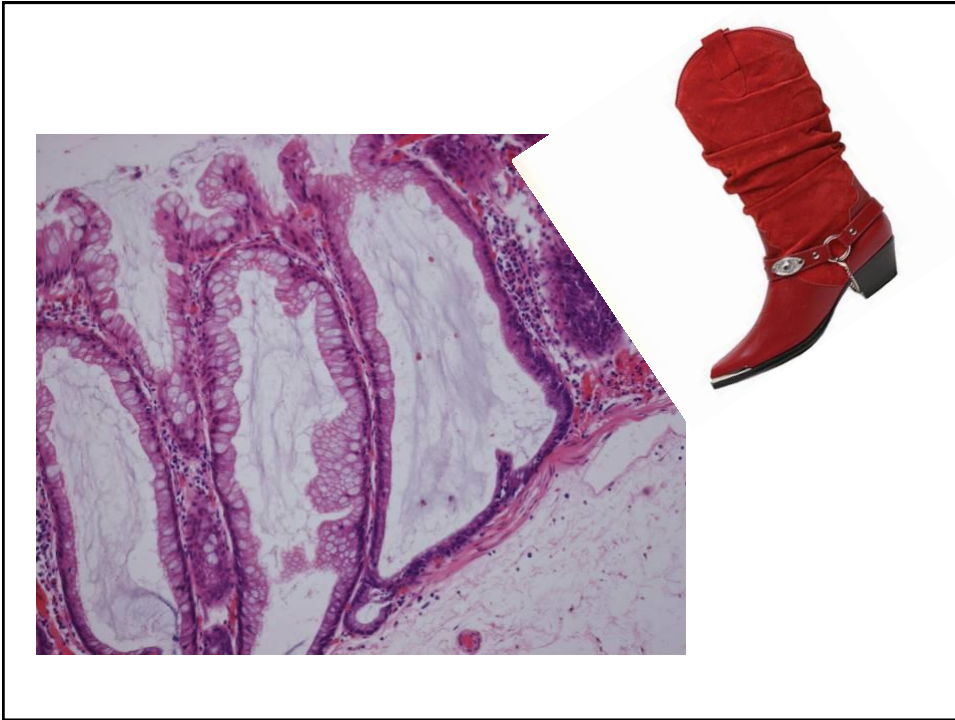


- 25% всех зубчатых полипов
- Уплотненный и проксимальный
- BRAF / MLH-1 метилирование
- Структурно
 - Расширение и дилатация основания крипт
 - Зубчатость выражена
- Цитологически
 - Бокаловидные клетки, клетки с характеристиками желудочного покровного эпителия, базальные клетки
 - Митозы в верхних отделах крипт
 - Отсутствие дисплазии









ГП или СЗП/А ?

Случаи, в которых проведение дифференциального диагноза невозможно, рассматриваются с позиций локализации и размера!

ДЗ: Зубчатый полип (поражение) неклассифицируемый

- Прямые и узкие крипты <%50
- Расширенные,
T-L- формы >2-3 рядом расположенные
крипты (ВОЗ 2010)
- 2 крипты (Германия)
- 1 крипта (США, ВОЗ 2019)

Практические рекомендации американских патологов

Right Colon (Should be SSA)



SSA:

- ≥ 1 unequivocal crypt dilatation



SP:

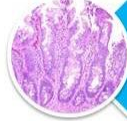
- Equivocal morphology



HP:

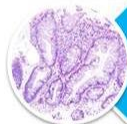
- < 0.5 cm
- Prominent subepithelial collagen & endocrine cells

Left Colon (Should be HP)



HP:

- < 0.5 cm
- Prominent subepithelial collagen & endocrine cells



SP:

- Equivocal morphology, more than typical prolapse
- Deeper & show



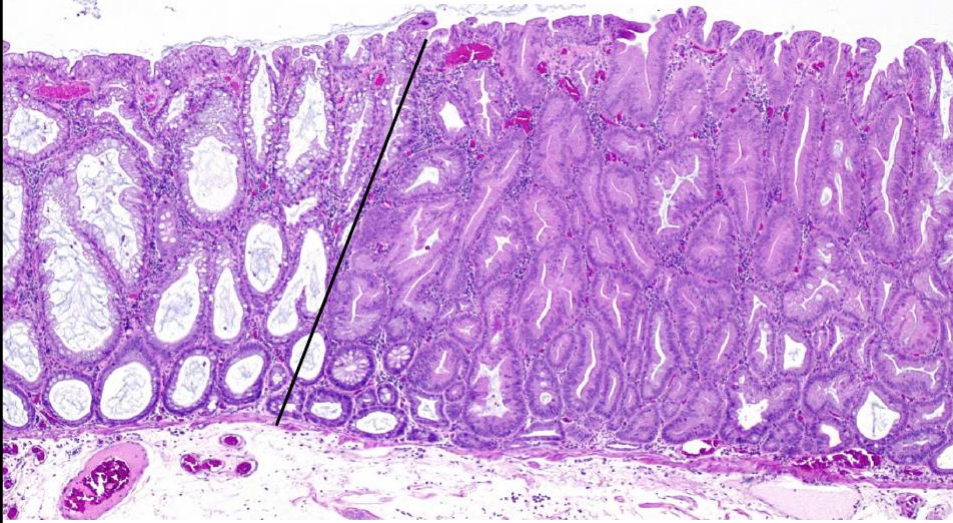
SSA:

- Rare at this site
- Perfect morphology

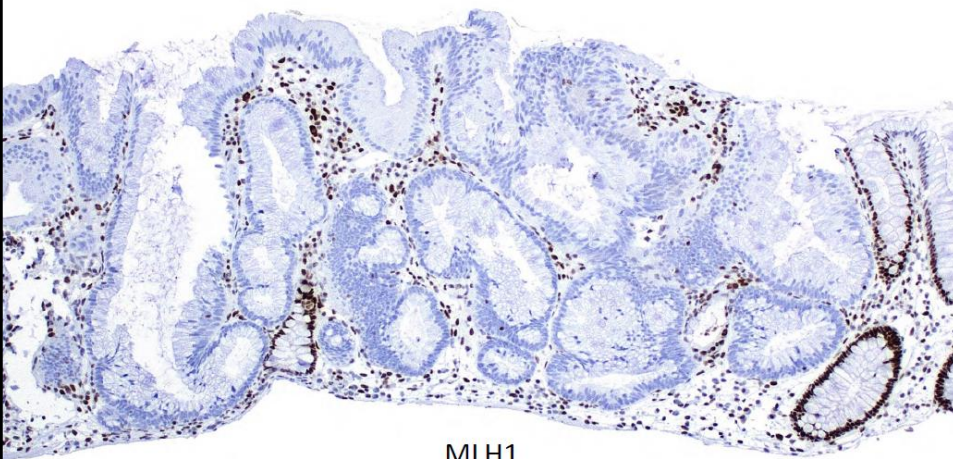
Дисплазия в зубчатых полипах

- Сложность разделить дисплазию на легкую (LGD) и тяжелую (HGD)
- "SSA/P с дисплазией" не является "смешанным полипом"
- Традиционная (аденоматозная) дисплазия
- Зубчатая дисплазия (Goldstein, 2008)
 - Увеличенные округлые ядра
 - Неровная ядерная мембрана
 - Хорошо выраженные ядрышки
 - Грубодисперсный хроматин

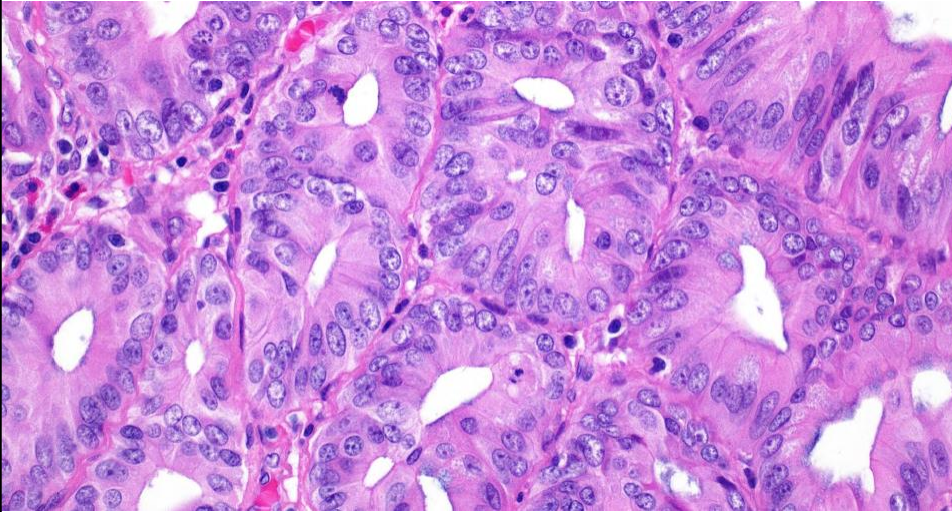
Дисплазия в зубчатых полипах



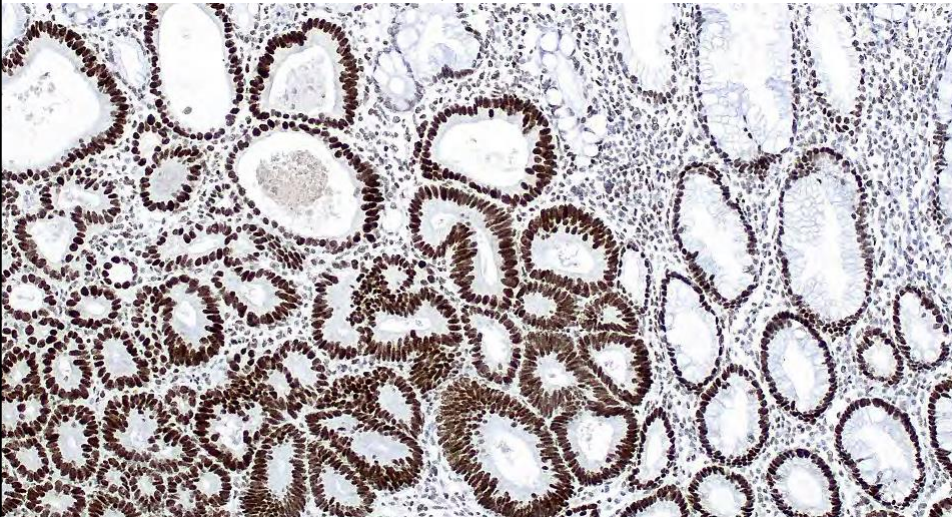
Дисплазия в зубчатых полипах



Дисплазия в зубчатых полипах

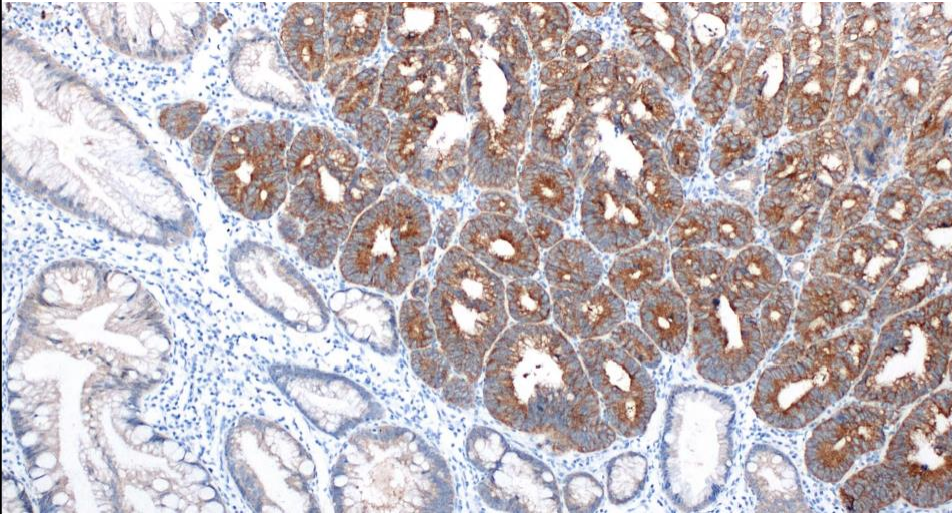


Дисплазия в зубчатых полипах



MLH1

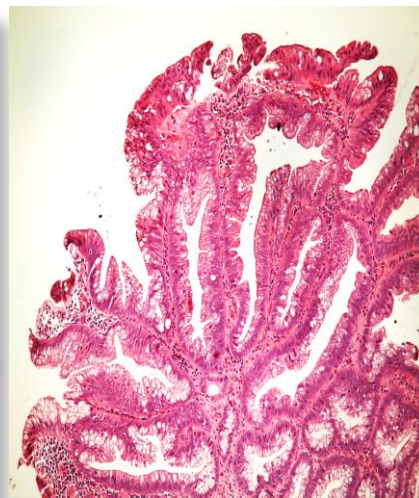
Дисплазия в зубчатых полипах

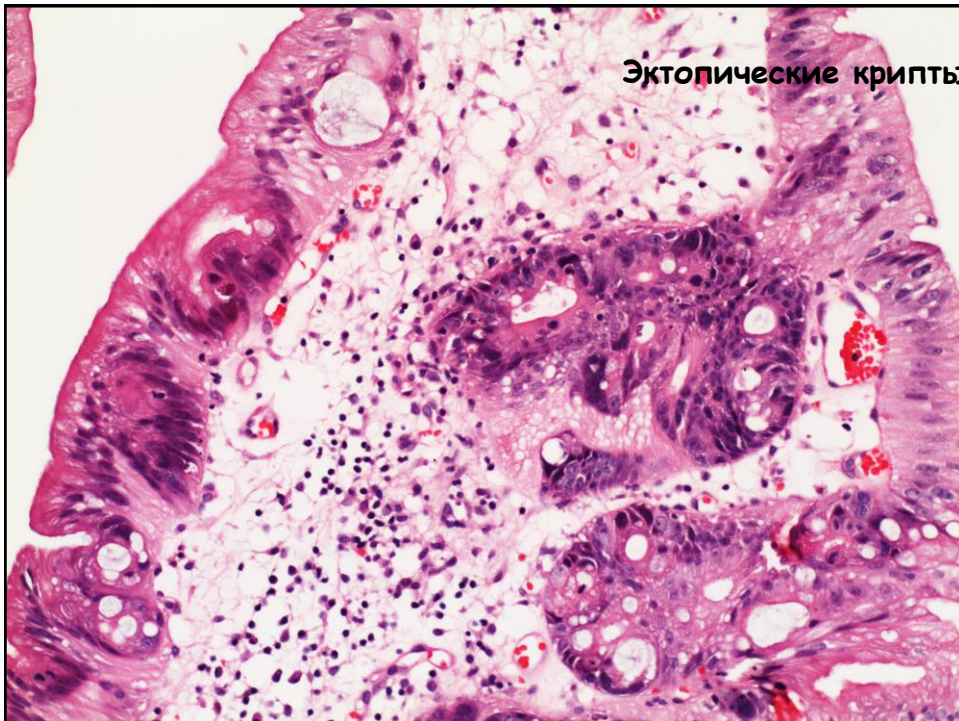
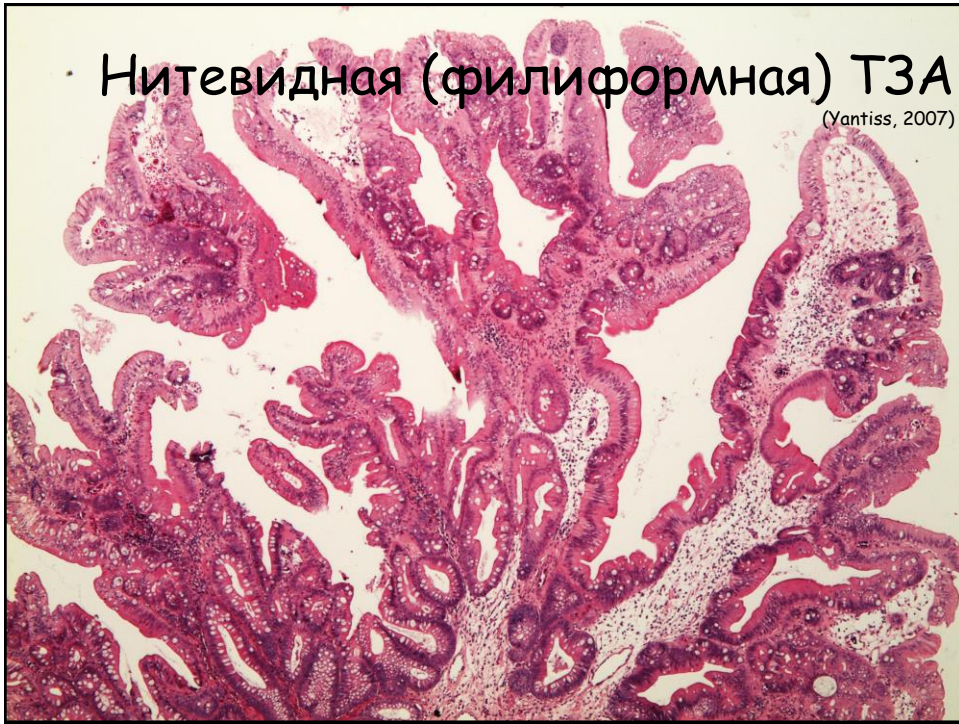


BRAF V600E

Традиционная зубчатая аденома

- <1% всех зубчатых полипов
- На ножке и дистально расположенные
- KRAS/BRAF
- Ворсинчатая поверхность, сложная архитектура
- Неправильные почкующиеся крипты
- Эктопические крипты
- Эозинофилия цитоплазмы
- Незначительная псевдостратификация (срединные ядра)







Тактика динамического наблюдения при обнаружении зубчатых полипов

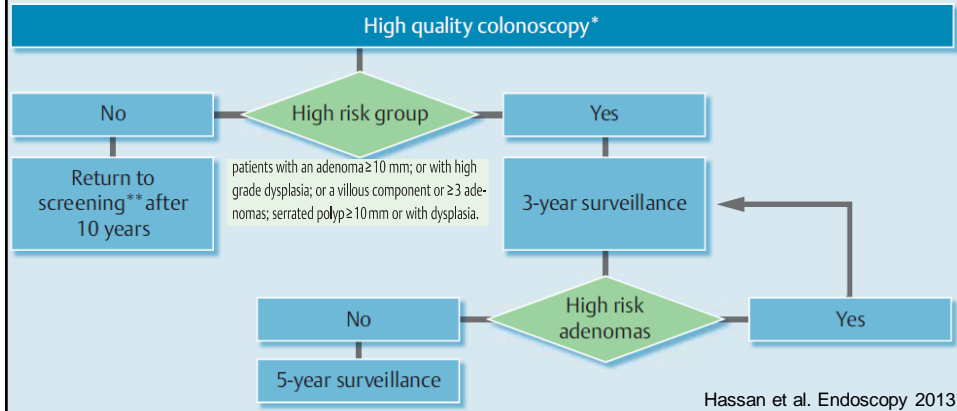
Histology	Size	Number	Location	Interval in years
HP	<10 mm	Any number ^b	Rectosigmoid	10 ^c
HP	≤5 mm	≤3	Proximal to sigmoid	10
HP	Any	≥4	Proximal to sigmoid	5
HP	>5 mm	≥1	Proximal to sigmoid	5
SSA/P or TSA	<10 mm	<3	Any	5
SSA/P or TSA	≥10 mm	1	Any	3
SSA/P or TSA	<10 mm	≥3	Any	3
SSA/P	≥10 mm	≥2	Any	1–3 ^d
SSA/P w/dysplasia	Any	Any		1–3 ^e

Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Authors

Cesare Hassan¹, Enrique Quintero^{2,3}, Jean-Marc Dumonceau⁴, Jaroslaw Regula⁵, Catarina Brandão⁶, Stanislas Chaussade⁷, Evelien Dekker⁸, Mario Dinis-Ribeiro⁶, Monika Ferlitsch⁹, Antonio Gimeno-García^{2,3}, Yark Hazewinkel⁸, Rodrigo Jover^{2,10}, Mette Kalager^{11,12}, Magnus Loberg^{12,13}, Christian Pox¹⁴, Bjorn Rembacken¹⁵, David Lieberman¹⁶



INTERNATIONAL COLLABORATION ON CANCER REPORTING

Q

COLORECTAL EXCISIONAL BIOPSY (POLYPECTOMY) SPECIMEN


[HOME](#) [ABOUT](#) [DATASETS](#) [NEWS](#) [MEMBERSHIP](#) [FUNDING](#) [CONTACT](#)

DATASETS

SCOPE

The dataset has been developed for the reporting of local excision specimens from the colon and rectum, including polypectomies, endoscopic mucosal resections (EMR), endoscopic submucosal dissections (ESD), endoscopic full

Rosty C, Brown I, Cooper H, Dekker E, Driman DK, Gonzalez RS, Hewett DG, Loughrey MB, Makinen M, Pai R, Sheahan K, Nagtegaal ID. (2020) *Colorectal Excisional Biopsy (Polypectomy) Histopathology Reporting Guide*. International Collaboration on Cancer Reporting; Sydney, Australia. ISBN: 978-1-922324-02-3

Supported by **BowelCancer** 

Colorectal Excisional Biopsy (Polypectomy) Histopathology Reporting Guide

Family/Last name: _____ Date of birth: DD - MM - YYYY

Given name(s): _____

Patient identifier(s): _____ Date of request: DD - MM - YYYY Accession/Laboratory number: _____

Reminds in black text are CORE. Reminds in grey text are NOT CORE.
 Indicates multi select values Indicates single select values

SCOPE OF THIS DATASET

CLINICAL INFORMATION (select all that apply) (Note 2)

Information not provided

Screening colonoscopy

Known polyps syndrome

Familial adenomatous polyposis (FAP)

MUTYH-associated polyposis (MAP)

Serrated polyps

Other, specify _____

Lynch syndrome

Chronic inflammatory bowel disease

Ulcerative colitis

Crohn disease

Previous polyp(s)

Previous colorectal cancer

Other, specify _____

POLYP NUMBER* (Note 3) (Per container)

Not specified

Or Multiple (with no specific number given)

SPECIMEN SITE(S)* (select all that apply) (Note 4)

Not specified

Cecum

Ileocecal valve

Appendical orifice

Ascending colon

Hepatic flexure

Transverse colon

Splenic flexure

Descending colon

Sigmoid colon

Rectosigmoid junction

Rectum

Anorectal junction

mm from the anal verge

Other, specify _____

ENDOSCOPIC PROCEDURE (select all that apply) (Note 2)

Not specified

Polypectomy/Endoscopic mucosal resection (EMR)

Caution

Not specified

Used

Not used

Submucosal injection

Not specified

Used (EMR)

Not used

Resection type

Not specified

In situ

Piecemeal

Endoscopic submucosal dissection (ESD)

Transanal endoscopic microsurgery (TEM)

Transanal minimally invasive surgery (TMIS)

Endoscopic full thickness resection (EFR)

Other, specify _____

ENDOSCOPIC POLYP SIZE AND CLASSIFICATION* (Note 5)

Size (mm)

Not specified

mm

OR

Size range: mm to mm

OR

Size category: Descriptive Small Large

* As indicated on the container label, pathology request form or colonoscopy report.

Version 1.0 Published April 2020 ISBN: 978-0-82234-02-3 Page 1 of 4
 © 2020 International Collaboration on Cancer Reporting Limited (ICCR)

Новые предложения по эндоскопической тактике при полипах

- Не трогать мелкие (менее 5 мм) гиперпластические полипы прямой и сигмовидной кишки
- Удалять мелкие (менее 5 мм) аденомы без последующего гистологического исследования
- Самостоятельно определять сроки последующего динамического наблюдения

Спасибо за внимание!