**GUZY PODŚCIELISKOWE PRZEWODU POKARMOWEGO**

**(*Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST))***

**Anna Nasierowska-Guttmejer, Katarzyna Guzińska-Ustynowicz**

1. **Materiał chirurgiczny**: przełyk, żołądek, jelito cienkie, jelito grube, sieć, inne
2. **Procedury chirurgiczne**

Biopsja wycinająca:

typ: endoskopowa, laparoskopowa, chirurgiczna

specjalny typ resekcji np. gastrektomia, inny

wycięcie przerzutów (metastazektomia)

inny rodzaj

1. **Badanie makroskopowe**
2. Lokalizacja guza: żołądek, jelito cienkie, jelito grube, inna
3. Wymiary guza:

Największa średnica (cm) (obowiązkowo)

Pozostałe dwa wymiary (cm) (warunkowo)

Nie można określić

1. Opis guza: jednoogniskowy, wieloogniskowy (liczba ognisk)
2. Marginesy chirurgiczne: podać w cm/mm najwęższy margines
3. **Badanie mikroskopowe**
4. Typ histologiczny

Guz podścieliskowy przewodu pokarmowego, GIST (Gastrointestinal stromal tumor) 8936/3

1. Podtyp w zależności od typu komórki (warunkowo)

Wrzecionowato-komórkowy

Epitelioidny

Mieszany

Inny

1. Indeks mitotyczny (obowiązkowo)

Liczba figur podziału na 50 dużych pól widzenia

1. Ocena ryzyka agresywności (obowiązkowo)

Nie można określić

Bardzo niskie

Niskie

Pośrednie

Wysokie

Przerzuty

Komentarz: ocena ryzyka agresywności według wytycznych ESMO (2012)

Tabela 1. ocena ryzyka agresywności według wytycznych ESMO (2012)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Parametry guza pierwotnego | | |  | |  | |  | | Odsetek nawrotów po leczeniu chirurgicznym | | | | |
| Grupa rokownicza | Wielkość  cm | Liczba mitoz | żołądek | | | Dwunastnica | | | | Jelito czcze/kręte | | odbytnica | |
| 1 | =<2 | <=5/50HPF | 0% | Bardzo niski | | 0% | | Bardzo niski | | 0% | Bardzo niski | 0% | Bardzo niski |
| 2 | >2 do =<5 | 1.9% | niskie | | 8.3% | | niskie | | 4.3% | niskie | 8.5% | niskie |
| 3a | >5do=<10 | 3.6% | niskie | | Brak danych przynajmniej pośrednie | | | | 24% | pośrednie | Przynajmniej pośrednie Brak danych | |
| 3b | >10 | 12% | pośredni | | 34% | | wysoki | | 52% | wysokie | 57% | wysoki |
| 4 | <=2cm | >5/50HPF | 0% | Bardzo niski | | Brak danych | | | | 50% | wysoki | 54% | Wysokie |
| 5 | >2cm,<=5cm | 16% | pośrednie | | 50% | | wysokie | | 73% | Wysokie | 52% | wysoki |
| 6a | >5cm,<=10cm | 55% | wysokie | |  | | | | 85% | wysoki | Wysoki | |
| 6b | >10cm | 86% | wysoki | | 90% | | wysoki | | 90% | wysoki | 71% | wysoki |

1. Marginesy chirurgiczne

Nie można określić

Ujemny – nie stwierdza się nacieku GIST w marginesie

Podać najwęższy margines (cm)

Pozytywny – naciek GIST w marginesie

Określić margines:

1. Mikroskopowe zmiany po leczeniu przedoperacyjnym (warunkowo)
2. Wariant mikroskopowy GIST (warunkowo w guzach żołądka)
3. Stopień patomorfologicznego zaawansowania według 7 wydania klasyfikacji TNM AJCC/UICC

Cecha guza pT:

TX: pierwotny guz nie może być zbadany

T0: nie stwierdza się obecności guza

T1: guz średnicy 2 cm lub mniej

T2: guz średnicy powyżej 2 cm, ale mniej niż 5 cm

T3: guz średnicy powyżej 5 cm, ale nie więcej niż 10 cm

T4: guz średnicy powyżej 10 cm

Cecha węzłów chłonnych pN:

N0: brak przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych

N1: obecne przerzuty w regionalnych węzłach chłonnych

1. **Badania immunohistochemiczne**:

KIT (CD117) – obowiązkowe badanie potwierdzające rozpoznanie GIST

CD34, Anoctamin (DOG1), S100, SMA (aktyna mięśni gładkich), desmina, Caldesmon H, HMB45, MelanA – warunkowo, przydatne do diagnostyki różnicowej

1. **Badania molekularne** (obowiązkowe z wyjątkiem GIST o bardzo niskim i niskim ryzyku):

Analiza mutacji *KIT*

nie zbadano

nieobecna

obecna

ekson:

Analiza mutacji *PDGFRA*

nie zbadano

nieobecna

obecna

ekson:

Piśmiennictwo:

1. Guzińska-Ustymowicz K, Nasierowska-Guttmejer A, Czartoryska-Arłukowicz B. Znaczenie współpracy patomorfologa i onkologa w leczeniu guzów podścieliskowych przewodu pokarmowego (GIST). Onkologia w praktyce klinicznej 2013; 3: 1-8
2. Lasota J, Miettinen M, Sobin LH: Gastointestinal stromal tumors of the stomach. A clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 1765 cases with long-term follow-up. Am J Surg Pathol 2005,29:52-68
3. Rutkowski Piotr, Jan Kulig, Maciej Krzakowski, Czesław Osuch, Janusz A Siedlecki, Anna Nasierowska-Gutmejer, Jacek Sygut, Janusz Limon, Arkadiusz Jeziorski, Urszula Grzesiakowska, Konrad Ptaszyński, Janusz Słuszniak, Wojciech Polkowski, Marek Bębenek, Maciej Matłok, Katarzyna Urbańczyk, Włodzimierz Olszewski, Zbigniew Nowecki. Zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego u chorych na nowotwory podścieliskowe przewodu pokarmowego (GIST) w 2012 roku. OncoReview 2011, vol.1, 7-19.
4. Protocol for the Examination of Specimens From Patients With Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) <http://www.cap.org/apps/docs/committees/cancer/cancer_protocols/2013/GIST_13protocol_3022.pdf>