

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

3. Badanie makroskopowe

a. Lokalizacja guza: żołądek, jelito cienkie, jelito grube, inna

b. Wymiary guza:

Największa średnica (cm) (obowiązkowo)

Pozostałe dwa wymiary (cm) (warunkowo)

Nie można określić

c. Opis guza: jednoogniskowy, wielogniskowy (liczba ognisk)

d. Marginesy chirurgiczne: podać w cm/mm największy margines

4. Badanie mikroskopowe

a. Typ histologiczny

Guzy podścieliskowe przewodu pokarmowego, GIST (Gastrointestinal stromal tumor) 8936/3

b. Podtyp w zależności od typu komórki (warunkowo)

Wrzecionowato-komórkowy

Epitelioidny

Mieszany

Inny

c. Indeks mitotyczny (obowiązkowo)

Liczba figur podziału na 50 dużych pól widzenia

d. 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 PF	żołądek		Dwunastnica		Jelito czcze/kręte		odbytnica	
1	≤2	≤5/50H PF	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	>5 do ≤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	>5/50HP F	0%	Bardzo niski	Brak danych		50%	wysoki	54%	Wysokie
5	>2cm,<=5cm		16%	pośrednie	50%	wysokie	73%	Wysokie	52%	wysokie
6a	>5cm,<=10cm		55%	wysokie			85%	wysoki	Wysokie	
6b	>10cm		86%	wysoki	90%	wysoki	90%	wysoki	71%	wysoki

e. Marginesy chirurgiczne

Nie można określić

Ujemny – nie stwierdza się nacieku GIST w marginesie

Podać największy margines (cm)

Pozytywny – naciek GIST w marginesie

Określić margines:

f. Mikroskopowe zmiany po leczeniu przedoperacyjnym (warunkowo)

g. Wariant mikroskopowy GIST (warunkowo w guzach żołądka)

h. 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

5. Badania immunohistochemiczne:

KIT (CD117) – obowiązkowe badanie potwierdzające rozpoznanie GIST

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

6. 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-Arlukowicz 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: Gastrointestinal 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 Słusznia, 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