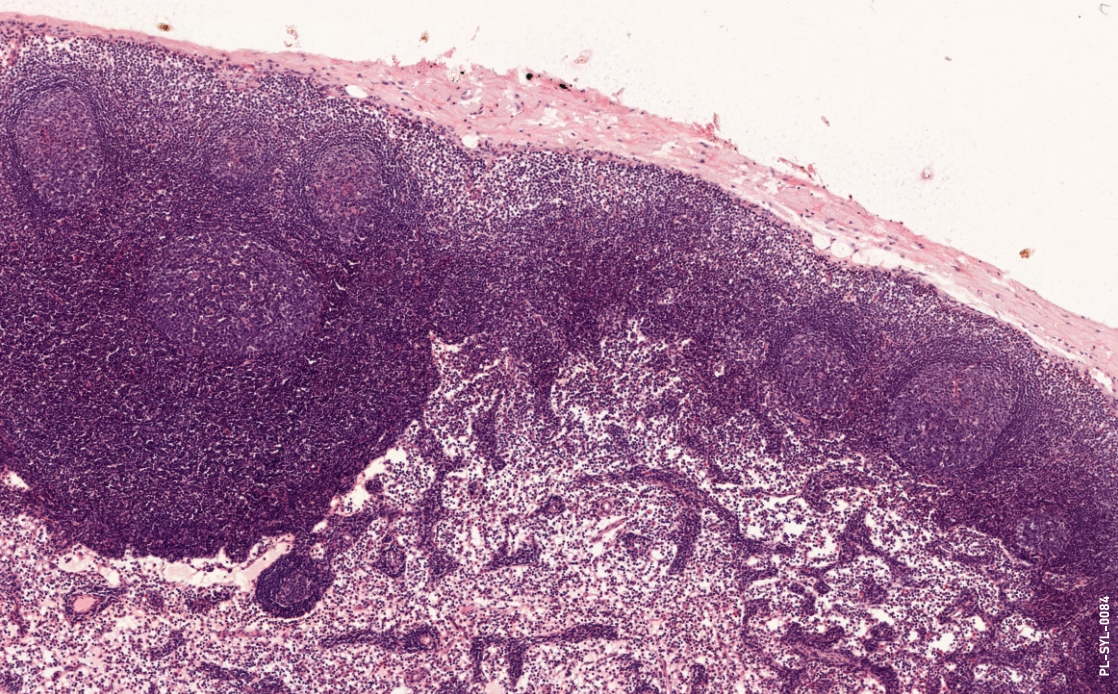


Opracowanie własne autorów:
prof. dr hab. n. med. **Monika Prochorec-Sobieszek**
dr n. med. **Krzysztof Zduniak**
prof. dr hab. n. med. **Andrzej Marszałek**

Odczynowe limfadenopatie

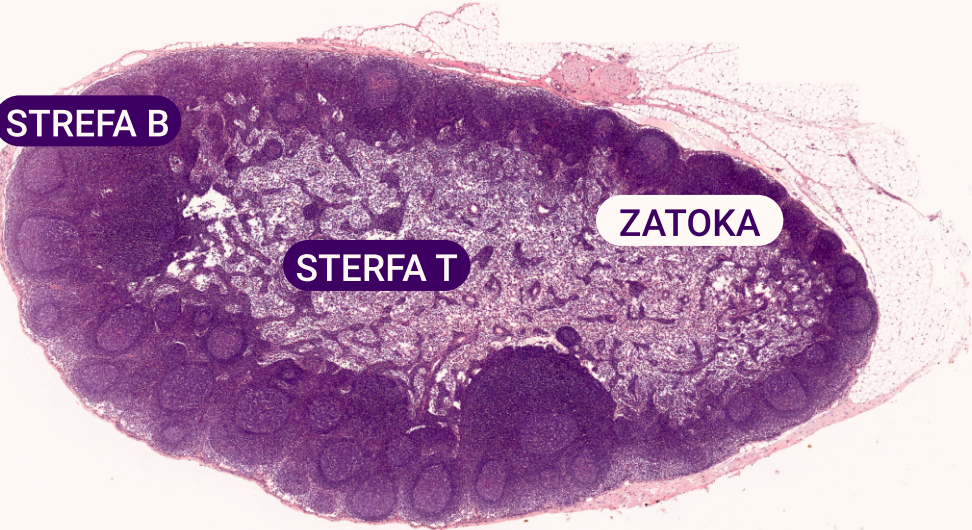
praktyczne aspekty diagnostyki



PL-SYL-0084

PRAWIDŁOWY WĘZŁ CHŁONNY WYKAZUJE BUDOWĘ STREFOWĄ OBEJMUJĄCĄ:

- 1 strefę korową z obecnością pierwotnych i wtórnych grudek chłonnych z ośrodkami rozmnażania, strefą płaszczą i strefą brzezną oraz z przewagą limfocytów B;
- 2 strefę parakortykalną z przewagą limfocytów T i żyłek o wysokich śródbłonkach oraz
- 3 strefę zatokową.



Limfadenopatia stanowi pojęcie zbiorcze odnoszące się do obecności jednego lub wielu węzłów chłonnych o powiększonych wymiarach. W przypadku typowych odczynowych limfadenopatii patomorfolog może postawić rozpoznanie na podstawie obrazu histopatologicznego w barwieniu hematoksylina i eozyną oraz z wykorzystaniem panelu barwień immunohistochemicznych, obejmującego m.in.: CD20, CD3, Ki67, Bcl-2, Cyklinę D1, CD10, Bcl-6, CD138, łańcuchy lekkie kappa i lambda, CD5, CD23 oraz EBER-ISH w sytuacji podejrzenia zakażenia wirusem EBV. Niezbędna jest korelacja obrazu histopatologicznego z danymi klinicznymi oraz wynikami badań laboratoryjnych i obrazowych.

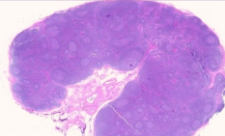
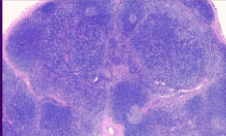
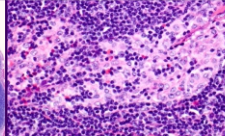
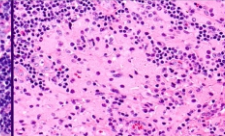
W diagnostyce histopatologicznej odczynowych limfadenopatii istotne znaczenie ma ocena architektury węzła chłonnego.

W tabeli przedstawiono typy wzorców histopatologicznych wraz z odpowiadającymi im jednostkami histoklinicznym, w których są obserwowane. Poszczególne strefy węzła chłonnego mogą wykazywać cechy proliferacji.

Zgodnie z tym podejściem, choroba może charakteryzować się zajęciem jednej lub więcej stref odczynowego węzła chłonnego, z rozrostem grudkowym/guzkowym, strefy parakortykanej i zatok.

W niektórych przypadkach ziarniniaki mogą być dominującą cechą histopatologiczną. Zakres diagnostyki różnicowej zależy od zmian w poszczególnych strefach węzłów chłonnych.

DIAGNOSTYKA HISTOPATOLOGICZNA ODCZYNOWYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH Z UWZGLĘDNIENIEM WZORCÓW ARCHITEKTONICZNYCH

Grudkowy/guzkowy	Parakortyczny/mieszany	Zatokowy	Histiocytny
 • Choroby autoimmunologiczne (np. reumatoidalne zapalenie stawów) • Choroba Castlemana • Toksoplazmoza • Choroba IgG4-zależna • Progresywna transformacja ośrodków rozmnażania • HIV	 • Hiperplazja parakortykalna • Reakcja dermatopatyczna • Choroba Kikuchi/toczeń rumieniowaty układowy • Wirusy (EBV) • Odczyny polekowe	 • Histiocytoza zatokowa • Choroba Rosai-Dorfmana • Zespół hemofagocytny	 • Zapalenie ziarniniakowe • Infekcje • Sarkoidoza

Jeżeli w jednostce diagnostyki patomorfologicznej (Zakładzie/Pracowni) nie ma możliwości przeprowadzenia pełnej diagnostyki hematopatologicznej powinny formułować rozpoznania w oparciu o cztery podstawowe kategorie:

ODCZYN NIESWOISTY – typowe węzły odczynowe o zachowanej architekturze z miernie nasilonym rozrostem strefy grudkowej i parakortykanej, często z histiocytozą zatok i zachowaną wnęką nacyniowo-tłuszczową, bez specyficznych cech, bez komórek o wyraźnej atypii i aberracji fenotypowych (np. ekspresja BCL2 w centrach namnażania, ekspresja Cykliny D1).

ODCZYN DO DALSZEJ DIAGNOSTYKI – tj. przypadki, w których w odczynowym węźle chłonnym stwierdza się obecność szczególnych zmian w postaci grudek chłonnych, obecność bardzo licznych plazmocytów w strefie międzygrudkowej. Pomimo odczynowego charakteru zmiany chorobowe w tej kategorii często wymagają precyzyjnego rozpoznania ze względu na konieczność włączenia odpowiedniego leczenia lub dalszej diagnostyki klinicznej – np. choroby infekcyjne, choroba Castlemana, choroba IgG4-zależna, układowe choroby tkanki łącznej i inne.

NOWOTWÓR – jednoznacznie nowotworowe proliferacje komórek układu chłonnego o wyraźnej atypii i/lub nieprawidłowej (aberrantnej) – w przypadku braku możliwości postawienia jednoznacznego rozpoznania i/lub wykonania pełnego panelu IHC zalecamy wysłanie badania do konsultacji w ośrodku referencyjnym.

PODEJRZENIE NOWOTWORU – zmiany o niepewnym charakterze – przypadki o częściowo zatartej architekturze, niejednoznacznej atypii komórek oraz przypadki o obrazie histologicznym nie korelującym z przebiegiem klinicznym – np. podejrzenie chłoniaka strefy brzeżnej, chłoniaka grudkowego high-grade (często BCL2-negatywne) i inne. Zmiany z tej kategorii powinny być kierowane do konsultacji w ośrodku referencyjnym.

Zastosowanie proponowanego protokołu pozwoli na ukierunkowanie i usystematyzowanie oceny węzłów chłonnych. Odpowiednia kategoryzacja przypadków jest kluczowa dla rozpoznawania chorób rzadkich oraz chorób o nietypowym obrazie histologicznym lub przebiegu klinicznym.

Raport oceny węzłów chłonnych

Dla patologów nie specjalizujących się w hematopatologii sugerujemy uproszczony schemat oceny węzłów chłonnych oparty o architekturę oraz inne cechy wymienione w proponowanym schemacie raportu:

Imię i nazwisko

Numer badania / preparatów

1. Architektura ☐ Zachowana 	☐ Zatarta / Częściowo zatarta
Grudki chłonne: rozrośnięte / zanikowe / prawidłowe 	Komórki atypowe: małe / średnie / duże

Ziarniniaki:

Martwica:

Inne:

Strefa międzygrudkowa:

Nieposzerzona / poszerzona – dominujący typ komórki:

Limfocyty T / limf. B / plazmocyty / komórki atypowe / inne:

.....

.....

2.Dodatkowe cechy:

Histiocyty / ziarniniaki / martwica / rozrost naczyń / inne:.....

.....

.....

.....

3.Wykonane odczyny IHC

.....

.....

.....

Proponowany minimalny panel IHC:

CD20, CD3, CD138, BCL2, CD10, Cyklina D1, Ki-67

Wniosek:

Odczyn nieswoisty / Odczyn do dalszej diagnostyki / nowotwór / podejrzenie nowotworu / inne:

.....

.....

.....

Schemat zakłada ocenę składowych architektonicznych opisanych we wstępie tekstu oraz kompozycję komórkową z wykorzystaniem zaproponowanego podstawowego panelu IHC. Proponowany wzór raportu należy wypełnić w każdym przypadku węzła chłonnego pobranego w celach diagnostyki limfadenopatii (za wyjątkiem ewidentnych przerzutów itp.) Zawiera on najbardziej istotne z punktu widzenia oceny wstępnej elementy pozwalające na rozpoznanie lub ukierunkowanie dalszej diagnostyki.