

A colorectalis carcinomák patológiai
leletezésének minőségi jellemzői
Magyarországon 2010-ben, a régóta
tervezett és még mindig bevezetésre váró
szűrés előtt

Bogner Barna PhD

PTE OEC ÁOK Pathologia Intézet



A felmérés előzményei

J Clin Pathol. 1997 Feb;50(2):138-42.

Colorectal cancer pathology reporting: a regional audit.

Bull AD, Biffin AH, Mella J, Radcliffe AG, Stamatakis JD, Steele RJ, Williams GT.

Department of Pathology, University of Wales College of Medicine, Cardiff.

Cél: Egy NHS régióon belül a colorectalis carcinomák pathologiai leleteinek információ tartalmát auditálni.

Módszerek: 17 walesi patológiai intézményben a beteg ellátáshoz szükséges patológiai információkat analizálták. A szükséges információ tartalmát előre meghatározták.

Eredmények: 1242 lelet auditálása során jelentős eltérést észleltek a leletek információ tartalmában. Bár sok jellemzőt általánosan jól jellemeztek, **csak a rectum leletek 51.5%-a (640/ 1242) tartalmazott állítást a circumferencialis resectio széléről és csak 30% (373/1242) nyilatkozott az áttétes nyirokcsomók számáról. Az összes, előre meghatározott információt a colon tumorok esetében a leleteknek csupán 11.3%-a (140/1242), a rectum tumorok 4.0%-a (40/1242) tartalmazta. A minimálisan szükséges információ tartalommal a colon leletek 78%-a (969/1242) és a rectum leletek 46.6%-a (579/ 1242) rendelkezett.**

Következtetések: Sok colorectalis carcinoma esetében, a rutin patológiai lelet információ tartalma elégtelen a minőségi beteg ellátás-, az auditálás- és a rákregiszter számára. A nemzeti megegyezésen alapuló, standard információ tartalmú strukturált leletezés bevezetése-, jobb oktatás-, a leletezési gyakorlat újabb információkon alapuló áttekintése- és a patológusok multidiszciplináris teamekbe történő bevonása orvosolhatja a fenti problémát.

J Clin Pathol. 1997 Apr;50(4):266-7.

Colorectal cancer reporting: are we failing the patient?

Shepherd NA, Quirke P.

- „A legzavaróbb tény a walesi auditban az, hogy oly kevés kórház és lelet felelt meg legalább a minimum dataset követelményeknek.
- A resectumok makroszkópos megítélését még mindig kevéssé tanítják és ez bizonyára nem képezi fontos részét a Royal College vizsgának sem.
- A colorectalis carcinomák patológiai leletezésének minősége két okból enormis mértékben fokozódott: egyrészt a circumferencialis szél érintettségének felismerése miatt, melynek vizsgálatával a patológus auditálja a sebészi technika minőségét, másrészt, mivel a patológiai lelet eredményei alapján hozzák meg az adjuváns kezeléssel kapcsolatos döntéseket.
- Bizonyított, hogy a nyirokcsomó kinyerés mennyiségi mutatói direkt módon befolyásolják a stádium meghatározást.
- Teljes mértékben egyetértünk a walesi kollégákkal abban, hogy a strukturált leletezés jelenti a jövőt.
- **What is required now is national leadership to coordinate development, and more importantly the general acceptance, of a national protocol for the reporting of colorectal cancer.”**

The implementation of guidelines and computerised forms improves the completeness of cancer
Branston LK, Greening S, Newcombe RG, Daoud R, Abraham JM, Wood F, Dallimore
NS, Steward J, Rogers C, Williams GT.
Eur J Cancer. 2002 Apr;38(6):764-72.

Pathology reporting of rectal cancer: a national audit.
Keating J, Lolohea S, Kenwright D.
N Z Med J. 2003 Jul 25;116(1178):U514

Improvement in quality of colorectal cancer pathology reporting with a standardized proforma-a c
Beattie GC, McAdam TK, Elliott S, Sloan JM, Irwin ST.
Colorectal Dis. 2003 Nov;5(6):558-62.

Quality and completeness of histopathology reports of rectal cancer resections. Results of an au
Eon Y, Le Douy JY, Lamer B, Battini J, Bretagne JF.
Gastroenterol Clin Biol. 2006 Feb;30(2):235-40.

Structured electronic template for histopathology reports on colorectal carcinomas: a joint project
Bjugn R, Casati B, Norstein J.
Hum Pathol. 2008 Mar;39(3):359-67. Epub 2008 Jan 9.

Anyag és módszerek

- Az ország **62 pathologia osztályától/intézetétől** kértük a colorectalis carcinomák leletezésével kapcsolatos **kérdőívünk kitöltését**, illetve az osztályokon készült **utolsó 20 rectum és 10 colon carcinomás lelet másolatát**.
- A **26 (42%) válaszoló osztály/intézet** által beküldött tesztek eredményét és **683 CRC betegről** készült lelet adatait Excel táblázatokba vittük, majd ezeket összehasonlítottuk.
- A 26 osztályról **59 kitöltött teszt** érkezett, két osztálytól csak tesztet kaptunk, leletmásolatokat nem.
- A visszaküldött lelet másolatok alapján **95 orvos vett részt** a daganatok indításában illetve válaszolásában – ami a jelenleg aktív patológus társaság csaknem felét reprezentálja.
- **11 osztályon/intézetben struktúrált leletezést** folytatnak, bár ezek információ tartalma nem egységes – az RCPATH minimum datasetnek megfelelő leletezés 4 osztályon folyik

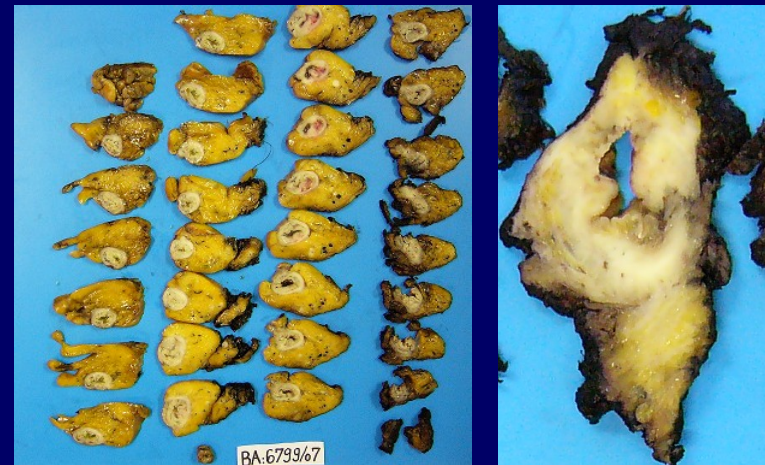
Digitális fotódokumentáció

- igen – 5,1%
- esetenként – 64,4%
- nem – 30,5%

The anterior and posterior surfaces should be photographed to record any perforation and the plane of surgical dissection.

The slices should be photographed to document the plane of surgical dissection.

2nd European Rectal Cancer
Consensus Conference (EURECA-
C2) **Radiotherapy an Oncology**
2009;92:148-163.



A rectum resecatumok anterior resectio utáni sebészi síkjai

Vizsgálja-e ?	Igen	esetenként	nem
	61%	20,3%	18,7%

Mesorectalis fascialis sík	50,3% (80 eset)	} A megítélhető esetek arányai
Intramesorectalis sík	15,7% (25 eset)	
Muscularis propria sík	33,9% (54 eset)	
A leletben nem jelölt	59,2% (231 eset)	

A TME síkjainak vizsgálata terjed, de még messze nem kielégítő – a célérték 100%!

Az APRE sebészi síkjainak vizsgálata

Vizsgálja-e ?	igen	esetenként	nem
APRE	5,1%	89,8%	5,1%

Levator sík	0%
Sphinctericus sík	19,2% (5 eset)
Muscularis propria sík, ebből perforált	80,8% (21 eset – 8 perforált)
A leletben nem jelölt	71,7% (66 eset)

APRE esetén a sebészi síkok vizsgálata ugyanolyan fontos, mint a TME síkjainak vizsgálata!

A colon resecatumok sebészi síkjai

Vizsgálja-e ?	igen	esetenként	nem
	94,9%	5,1%	-

Mesocolicus fascialis sík	5,1% (18 eset)
Intramesocolicus sík	0,6% (2 eset)
Muscularis propria sík	1,1% (4 eset)
A leletben nem jelölt	93,1% (325 eset)

A résztvevők feltehetőleg a tumortól távoli szélek vizsgálatát értették a colon resecatum sebészi síkjai alatt.

A tumortól távol eső szélek és resectios gyűrűk vizsgálata

Vizsgálták és szabadnak bizonyult	68,4% (467 eset)
Vizsgálták és érintettnek bizonyult	2,19% (15 eset)
Nem vizsgálták	27,9% (191 eset)
Nem megítélhető	1,46% (10eset)

- A 15 érintett szélű esetből:
 - 10 makroszkóposan is érintett volt
 - 3 esetben a szél érintett volt, de a gyűrű szabad
 - 2 esetben a tumor a távoli széltől <3 cm-re esett (2/683 = **0,29%!**)
- **3 cm-es szabad szél esetén a vizsgálata értelmetlen, koncentráljunk a CRM szélre!!!**

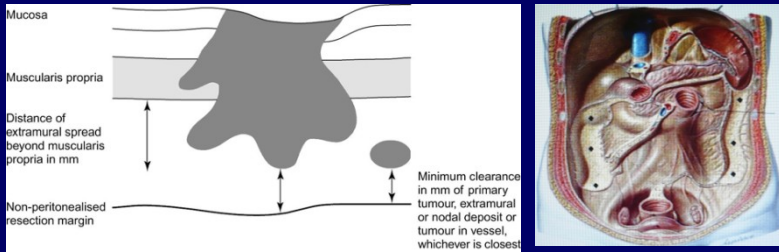
8.1.3 Distance of tumour to nearer cut end

This is the measurement from the nearer **cut end of the specimen, and not the nonperitonealised** or circumferential margin. It is only necessary to examine the margins histologically if tumour extends macroscopically to within 30mm of one of these. For tumours further than this it can be assumed that the cut ends are not involved. Exceptions to this recommendation are adenocarcinomas that are found on subsequent histology to have an exceptionally infiltrative growth pattern, show extensive vascular or lymphatic permeation, or are pure signet ring carcinomas, small cell carcinomas or undifferentiated carcinomas. [RCPATH 2007](#)

A peritoneummal nem fedett sebészi szél (CRM) vizsgálata

vizsgálata

Histopathological audits in the field revealed that completeness of CRM margin as present in the routine pathology report varies from 8.3 to 78.1% J Clin Pathol 1997;50:138-42.



Vizsgálja-e a peritoneummal nem fedett sebészi szél?

Rectum és colon esetében is	62,71%
Csak rectumnál	18,64%
Esetenként	11,84%
Nem	1,69%
Nincs válasz	5,1%

Módszertani levél: „Rectum tumoroknál **nagyon fontos a mélységi, valamint az alsó és felső rezekciós szél megítélése**. Ha ezek valamelyikét a tumor szövet eléri, a kiújulás veszélye nagy, ezért a műtét palliatívnak tekintendő.”

A leletben nem jelölt	67,5% (461 eset)
Érintett	6,3% (43 eset) – de a vizsgált 222 eset arányában ez 19,4%!!!
Szabad	26,2% (179 eset)
Mm-ben adták meg a tumortól mért távolságát	17,1% (117 eset) – itt 82,9%-ot kell javulnunk!!!

A resectatumot feltáratlanul kell a patológiára küldeni!!!

Vizsgálati anyag:

Exstirpált rectum (a felvágáskor sajnos a rectum tumoron keresztül haladt az olló).

Klinikai dg., fontosabb klinikai adatok:

Tu. recti (3 cm magasságban).

340 gr súlyu, 24 cm hosszú rectum részlet. Az anustól 3 cm-re 15 mm hosszán a belet körkörösén még nem infiltráló daganat van, ami jelentősen károsodott a bél felmetszésekor.

„The specimen is opened anteriorly except for the area of the tumour which is left intact to allow assessment of CRM involvement without distortion introduced by opening the bowel. The surgically created margin surfaces are painted with ink.”

2nd European Rectal Cancer Consensus Conference (EURECA-C2)
Radiotherapy an Oncology 2009;92:148-163.

Nyirokcsomó kigyűjtés

- A 683-ból megítélhető nyirokcsomó státuszú 672 esetben a nyirokcsomó-átlag 9,53 (min/max: 3,16-18,56)
- A preoperatív neoadjuváns CRT-ban részesült 97 eset nyirokcsomó átlaga 6,98.
- A kinyerés 98%-ban manuális úton történt.

Hány nyirokcsomó kigyűjtésére törekszik?

Legalább 8	1,7%
Legalább 12	18,6%
Összes	79,7%

8-nál kisebb nyirokcsomó átlag

Városi kórházak	Megyei kórházak +ÁEK	Egyetemi intézetek
13/8 (61,5%)	9/2 (22,2%)	3/0 (0%)

Nycs átlag / Dukes C%-os átlag

>12 nycs	49,55%
>8-12 nycs	46,57%
>6-8 nycs	35,23%
<6 nycs	37,42%

A nyirokcsomó átlagot mindenhol 8-as átlag fölé kellene vinni, mely különösen a városi kórházakat érinti!

TABLE 1
Distribution of Patient Characteristics Overall and with Stratification According to Hospital Volume

Patient characteristic	Overall (%)	Low hospital volume (%)	Medium hospital volume (%)	High hospital volume (%)	Chi-squared P value ^a
Lymph node-positive disease	122 (37.7)	5 (15.2)	36 (35.6)	81 (42.6)	0.01

Y. Eon et al.

Franciaország

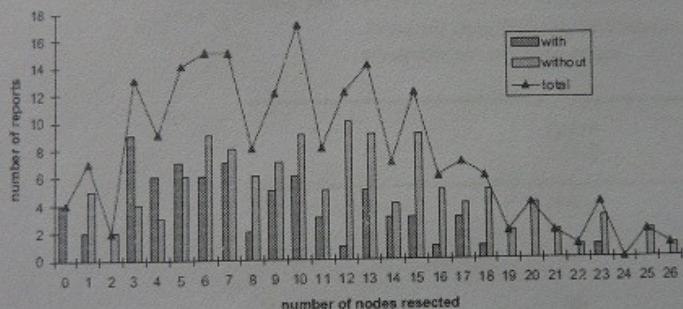
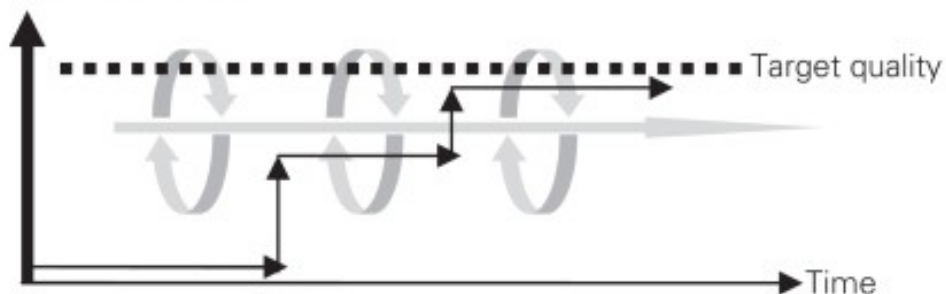
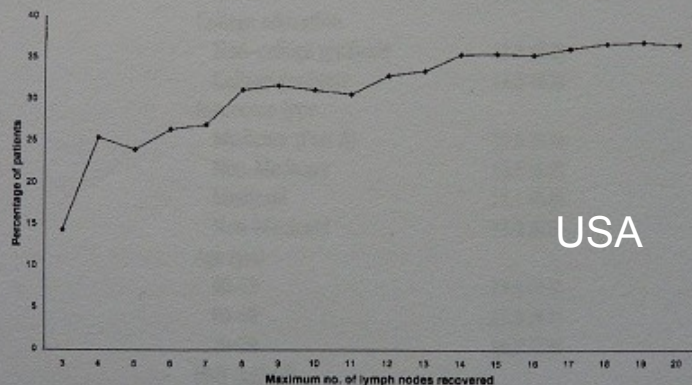


Fig. 1 - Number of lymph nodes examined in patients with and without pre-operative radiotherapy.

Improving quality



- Continuous reassessment, education, discussion, further change
- Duration of cycle dependent on time to accrue patients and observe outcome
- 5- to 6-year cycle for evolution of programmatic rectal cancer management



USA

FIGURE 1. Proportion of patients diagnosed with positive lymph nodes according to maximum number of lymph nodes recovered.

Table 3

Lymph node yield before and after standardization

Kanada

Parameter	Before		After		p (2002 v. 2003)
	Jun-Nov 2002	Mar-Aug 2003	Dec-May 2005-6		
No. of lymph nodes, mean (and SD)	11 (7)	16 (8)	18 (10)		< 0.001
Percentage of cases with 12+ nodes	39	68	81		< 0.001

SD = standard deviation.

High grade (Gr 3+4-es) tumorok előfordulási gyakorisága - grading

- Definíciós / interpretációs problémák
- TNM7 definíció szerint
- RCPath definíció


G1 jól differenciált
 G2 közepesen differenciált
 G3 rosszul differenciált
 G4 differenciálatlan
 „low grade” (G1+G2)
 „high grade” (G3+G4)

9.2 Differentiation by predominant area

Poorly differentiated carcinomas should be separated from other types but only if this forms the predominant area of the tumour. **The criteria for poorly differentiated tumours are either irregularly folded, distorted and often small tubules or the absence of any tubular formation.**

Small foci of apparent poor differentiation are not uncommon at the advancing edge of tumours but these are insufficient to classify the tumour as poorly differentiated.

High grade gyakoriság %-os átlagai		
Városi kórházak	Megyei kórházak+ÁEK	Egyetemi intézetek
20,3% (min-max: 0-52%)	16,78% (min-max: 0-45,7%)	14,7% (min-max: 10-22,6%)

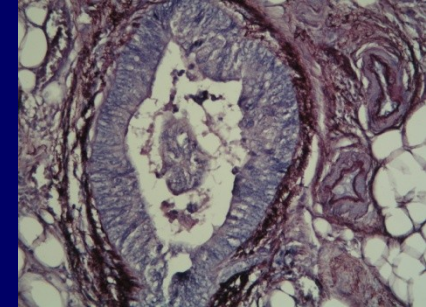
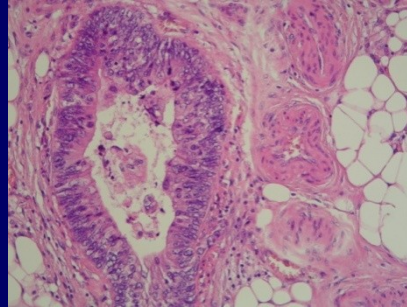


In a trial involving 22 centres, the percentage of cancers considered to be well differentiated ranged from 3% to 93%. J Clin Pathol 1981;34:509.

Érinvázió kimutatása

Az érinvázió kimutatásának mely módját alkalmazza?

Hematoxin-eozin	37,3%
Rostfestést csak a problémás esetekben	13,6%
Rostfestést és IHC-t a problémás esetekben	35,6%
Rutinszerűen rostfestést	13,6%



Az érinvázió kimutatásának gyakorisága

Városi kórházak	Megyei kórházak+ ÁEK	Egyetemi intézetek
13,6% (0-30%, 2 osztályon nem vizsgálták!)	34,5% (10-65,7%)	30,9% (11,4-54,8%)

Bogner B, Hegedűs G: Az elasztikus rostfestés jelentősége a colorectalis carcinomák vascularis invázióinak kimutatása szempontjából. **Magyar Onkológia** 2009;53:107-115.

Preoperatív CRT alkalmazása és a regresszió patológiai megítélése

ypT megoszlás

Városi kórházak	Megyei kórházak +ÁEK	Egyetemi intézetek
11,1% (min-max: 0-40%)	25,3% (min-max: 0-45%)	38,1% (min-max: 0-81%)



Leíró jellemzés	10%
Wheeler (3 osztatú)	19%
Mandard 5 osztatú	36%
Japán beosztás	8%
Nem jellemzik	25%
Nem merült fel a patológusban és a klinikus sem közölte	2%

pT3 szubklasszifikáció

Nem jellemzett	76,9% (317 eset)
Milliméterben mért	15,1% (62 eset)
a/b vagy a/b/c/d beosztás	8% (33 eset)

Mivel az 5 mm-es határérték prognosztikus jelentőségét számos közlemény bizonyította, ezért rögzítése indokolt.

Bori R, Sejben I, Svébis M et al: Heterogeneity of pT3 colorectal carcinomas according to the depth of invasion. *Pathol Ocol Res* 2009;3:527-32.

TNM 7. – colorectalis traktus

pT – primer tumor	
pT1	Submucosa infiltratio
pT2	Muscularis propria infiltratio
pT3	A pericolonikus vagy perirectalis zsírszöveti infiltratioja
pT4	A visceralis peritoneum perforatioja vagy más szerv infiltratioja
pT4a	A visceralis peritoneum penetratioja
pT4b	Egyéb szervek infiltratioja

pN – regionális nyirokcsomók	
pNX	Nincs megítélhető regionális nyirokcsomó
pN0	Nincs regionális nyirokcsomó érintettség
pN1	1-3 nyirokcsomó áttétes
pN1a	1 nyirokcsomó áttétes
pN1b	2-3 nyirokcsomó áttétes
pN1c	Tumoros depositum a subserosalis zsírszövetben
pN2	≥4 nyirokcsomó áttétes
pN2a	4-6 nyirokcsomó áttétes
pN2b	≥7 nyirokcsomó áttétes
pM – távoli áttétek	
pM0	Nincs távoli áttét
pM1	Távoli áttét igazolt
pM1a	Egy szerv áttétes
pM1b	Több szerv áttétes

TNM5./6./7. verziójának használata		
TNM5	17	28,81%
TNM6	25	42,37%
TNM5,6	1	1,69%
TNM6,7	6	10,17%
TNM7	9	15,25%

TNM7 „pN1c” definíciója		
Nem hallottam róla	28	47,46%
Ismerem és egyetértek vele	15	25,42%
Ismerem, de nem értek egyet vele	11	18,64%
Nincs válasz	3	5,08%

With a moderate consensus it was agreed that the TNM stage has to follow the UICC. The version of TNM used should be stated in any publication. **Version 5 is the preferred option over TNM versions 6 and 7 as they showed marked interobserver variation defining stage II and stage III.**

2nd European Rectal Cancer Consensus Conference (EURECA-C2) Radiotherapy and Oncology 2009;92:148-163.

A mismatch repair fehérjék immunhisztokémiai vizsgálata és Kras meghatározás

MLH1 és MSH2 meghatározás	
Igen	11,84%
Más intézetbe küldöm	18,64%
Esetenként	10,17%
Nem	57,63%
Nincs válasz	1,69%

Kras meghatározás	
Centrumba küldöm	81,36%
Centrum lévén magam végzem	16,95%
Nincs rá igény	1,69%

Colorectalis carcinoma szűrés – Mikor indul? Hogyan végezzék? Kik végezzék?

Joint

UEGF and IDCA/ESDO Workshop

European Network Meeting

Advocacy Training

The new European Guidelines for quality assurance
in colorectal cancer screening

ExCel, London Docklands
London E16, United Kingdom
Rooms SG25/26 & SG24

21 – 22 November 2009

Organised by

UEGF Public Affairs Committee¹

International Digestive Cancer Alliance and European Society of Digestive Oncology^{2*}

NHS Cancer Screening Programmes Coordination Office and University of Oxford³

CPO and S. Giovanni Battista University Hospital, Torino⁴

European Cancer Patient Coalition, Brussels⁵

Public Association for Healthy People, Budapest⁶

European Cancer Network and International Agency for Research on Cancer, Lyon⁷

ORGANISING COMMITTEE

C. O'Morain¹, M. Classen², J. Patrick³, N. Segnan⁴, L. Faulds Wood⁵, Szilvia Madai⁶, L. v. Karsa⁷

GASTRO2009 UEGW/WCOG, London, 21- 25 November 2009

- Evidence for effectiveness of FOBT screening
 - Guaiac FOBT
 - Immunochemical FOBT
- Evidence for effectiveness of endoscopy screening
 - Sigmoidoscopy
 - Colonoscopy
 - Evidence for effectiveness of FOBT and sigmoidoscopy combined
 - New screening technologies under evaluation: CT colonography, Stool DNA, Capsule Endoscopy
- Quality assurance of pathology in colorectal screening and diagnosis
- Szerzők: Phil Quirke (UK), Mauro Risio (Olaszország), René Lambert (IARC), Michael Vieth (Németország)

Ajánlások

- A **módosított Vienna klasszifikáció** használata javasolt a konzisztens nemzetközi kommunikáció érdekében.
- Az interobserver és intraobserver hibák elkerülése érdekében a **colorectalis neoplasiáknak csak 2 grádusát: a low és high gradet** használjuk.
- Az **intramucosalis carcinoma és az in situ carcinoma használata kerülendő**.
- A WHO adenocarcinoma definícióját használjuk, mely szerint adenocarcinoma az ami a muscularis mucosae-t áttörve a submucosába infiltrál.
- Az adenocarcinomákat a **TNM** szerint klasszifikáljuk, de fel kell tüntetni hogy **melyik verziót** használtuk.
- A WHO adenoma klasszifikációja – tubularis, tubulovillosus, villosus továbbra is ajánlott.
- A lapos és/vagy besüppedt laesiokat ezentúl **non-polypoid laesionak** hívjuk.
- A **pT1 carcinomák** szubklasszifikációját **Haggit és Kikuchi** szerint adjuk meg, és a további **high risk jellemzőket** : ≤ 1 mm resectio szél, rossz differenciáció, lymphovascularis invázió is.
- Az elváltozás **méretét a metszeten mérve mm-ben** kel megadni, ha ennél nagyobb akkor a fixált anyag legnagyobb átmérőjét mm-ben.
- A hyperplasticus polypok benignusak és 10 mm alatt eltávolítást sem igényelnek. A **neoplasia mutató fogazott laesiokat úgy kell követni mint az adenomákat**.
- A **minták feldolgozása** a nemzeti irányelveknek megfelelő **proformák szerint** történjék, ha ilyen nincs máshonnan kell adoptálni. Kiegészítő folyószöveges lelet használata opcionális.
- A szűrét végző csapat azonos terminológiát használjon, legyen jó a kommunikáció, tartsanak rendszeres klinikai megbeszéléseket.
- A patológusoknak meg kell bizonyosodniuk arról, hogy a proformáit a szűrő program koordinátor vagy a rák regiszter kezelés, auditálás és minőség biztosítás céljára megkapta.
- A szűrésben résztvevő patológusoknak évente kétszer külső minőség biztosítási programban és évente 1x a colorectalis neoplasia patológiáját érintő felfrissítő tanfolyamon kell résztvenni.
- A szűrésben résztvevő intézeteknek és patológusoknak auditálni kell a CRC feldolgozás során általuk kinyert nyirokcsomó számot, a CRM érintettséget az extramurális vénás inváziót és a peritoneum érintettséget. **Az UK standardok: nyirokcsomószám medián 12 felett, CRM érintettség 15% alatt, EMVI >25%, peritoneum érintettség > 20%.**
- FOBT szűrés esetén a patológus által leletezett **high grade neoplasia ne haladja meg az 5%-ot és colonoscopia esetén a 10%-ot.**

A neoplasia grádusának meghatározása

- A szűrés céljára módosított Vienna klasszifikáció
- **Nincs neoplasia** = Vienna 1. kategória.
- **Low grade mucosalis neoplasia** = Vienna 3.; enyhe és közepes dysplasia; low grade dysplasia; low grade intraepithelialis neoplasia – (WHO 2000).
- **High grade mucosalis neoplasia** = Vienna 4 és 5.1; súlyos dysplasia; high grade dysplasia; high grade intraepithelialis neoplasia; carcinoma in situ; intramucosalis carcinoma.
- **Invazív submucosalis neoplasia** = Vienna 5.2; a submucosát infiltráló vagy mélyebbre terjedő carcinoma

A gastrointestinalis neoplasiák grádusának meghatározása Borchard (2000), Vieth és Stolte (2005) szerint

	Normal	Low grade intraepithelial neoplasia LGIEN	High grade intraepithelial neoplasia HGIEN	Invasive Cancer
Glands	non branching	villous	branching, cribriform, irregular, solid	branching, cribriform, irregular, solid
Expansion	up/down	till surface	till surface	lateral expansion
Epithelial differentiation	up/down	top-down	no maturation towards surface	
Goblet cells	++	(+)	-/(+) retronuclear, dysplastic	
Nuclear rows	1	2-3	2-5	Changing
Nuclear size	small, basal	palisading	enlarged	Vesicular
Chromatin	few	+	++	+++ / ++++
Nucleoli	none	none	few small	several/ prom.

Table 7A.1 Grading of Gastrointestinal Neoplasia

- A **high grade neoplasia** kis biopsziáktól eltekintve akkor állapítható meg **ha legalább több mint 2 cryptát érint**, így kis nagyításnál is feltűnik.
- A high grade neoplasia a **citológiai abnormalitásoktól kísért strukturális disztorzió** alapján véleményezhető.
- **Kis nagyítással** az epithelium vastag, kék, dezorganizált és „piszkos”.
- **Strukturális jellegei**: komplex glanduláris tömörülés és irregularitás; prominens mirigy bimbózás; cribriform vagy „back to back” mirigyek; prominens intraluminalis papillaris beoltosulás
- **Citológiailag**: a sejtmagok polaritásának elvesztése; 2-5 magzor, de inkább változó magsorszám ugyanazon mirigyen belül; a kiérés hiánya a luminalis felszín irányában; retronuclearis kehely sejtek; hólyagos és/vagy irregularis sejtmagok; a palisad állás megszűnése; megnagyobbodott sejtmagok, gyakran diszpergált kromatinnal és prominens magvacskával; atípusos mitózisok; prominens apoptózis, mely az epithelium „piszkos” megjelenését eredményezi.

További lépések a CRC patológiai leletek minőségének javítása/standardizálása – a betegek ellátása érdekében

- A struktúrált lelet formátum 2011.évi patológusoknak szánt zsebnaptárban való közzététele
- Patológiai szakvizsga előkészítő előadások
- „What is required now is national leadership to coordinate development, and more importantly the general acceptance, of a national protocol for the reporting of colorectal cancer.”



Az Egészségügyi Minisztérium módszertani levele
A tápcsatornából vett diagnosztikus szövetminták
kórszövetteni feldolgozása

Készítette: A Pathologus Szakmai Kollégium és az
Országos Patológiai Intézet

- A módszertani levél jelen formájában nem kielégítő, a hazai struktúrált lelet információ tartalmában meg kell állapodni, annak használatára a patológusokat meg kell tanítani és a leletezést folyamatosan auditálni kell (a kiegészítő folyó-szöveges lelet használata opcionális).
- A www.pathology.hu tartalmazza a módszertani leveleket. A módszertani levelek publikálása előtt legyen lehetőség azok megvitatására!

Standards and Datasets for Reporting Cancers

Dataset for colorectal cancer (2nd edition)

September 2007

Coordinators: Professor Geraint T Williams, Cardiff University

Professor Philip Quirke, Leeds University

Professor Neil A Shepherd, Gloucestershire Royal Hospital

Unique document number G049

Document name Dataset for colorectal cancer (2nd edition)

Version number 2

Produced by Professor Geraint T Williams, Cardiff University,

Professor Philip Quirke, Leeds University, and Professor Neil A Shepherd, Gloucestershire Royal Hospital, on behalf of the RCPATH Cancer Services Working Group.

Date active September 2007

Date for review September 2010

Comments in accordance with the College's pre-publications policy, this document was

put on The Royal College of Pathologists' website for consultation from 2–30 April 2007. Thirty-three pieces of feedback were received and the author considered them and amended the document accordingly. **Please email publications@rcpath.org if you wish to see the responses and comments.**

This edition replaces the 1st edition of the *Dataset for colorectal cancer histopathology reports*, published in 1998.

Professor Carrock Sewell – Director of Publications

The Royal College of Pathologists

2 Carlton House Terrace

London, SW1Y 5AF

Tel: 020 7451 6700

Fax: 020 7451 6701

Web: www.rcpath.org

Registered charity in England and Wales, no. 261035

Köszönöm a felmérésben
résztevő 26 osztály/intézet
bizalmát és segítségét, valamint
a szíves figyelmet!