

KOLOREKTAL CERRAHİ REZEKSİYON MATERYALİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

20. BÖLÜM

Büşra YAPRAK BAYRAK¹

ÖZET

Kolorektal cerrahi materyallerin değerlendirilmesinde, doğru ve etkili bir tedavi yönetimi, hastanın sağ kalımını büyük ölçüde etkilediğinden klinisyen ile patoloğun uyum içinde çalışması önemlidir. Rezeksiyon materyalleri üzerindeki makroskopik yeterliliğin değerlendirilmesi, cerrahlar açısından da cerrahi kaliteyi iyileştirmeleri açısından güvenilir bir geri bildirimdir. Bu amaçla makroskopik/ mikroskobik incelemelerde standardizasyon oluşturulmuştur.

Burada, gastrointestinal sistem biyopsi/rezeksiyon materyalleri, patoloji laboratuvarına geldikten sonra, bu piyeslerden makroskopik olarak örnek alma, örneğin işlenmesi, kesit alınıp boyama yapıldıktan sonra değerlendirilip yorumlanması ve raporlandırılması konularında bilgi verilmesi, ayrıca özellikle kolorektal kanserli hastalara multidisipliner yaklaşımla klinisyenin, patoloğun yazdığı rapordaki prognostik parametrelere dikkatini çekmek amaçlanmaktadır.

Kolon ve rektum lezyonları/tümörlerinde yapılan kolonoskopik biyopsiler/ operasyonlar sonrası piyeslerin patoloji bölümünde uygun şekilde değerlendirilmesi, hastanın tanısı ve evreleme sonrası medikal tedavilerinin yönlendirilmesi açısından önemlidir. Bu durum hastanın sağ kalımını büyük ölçüde etkilemektedir. Bu amaçla makroskopik/ mikroskobik incelemelerde standardizasyon

¹ Dr. Öğr. Üyesi Büşra YAPRAK BAYRAK, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji AD.
bsr2004_86@hotmail.com

Sonuç

Yapılan cerrahinin kalitesinin doğrudan değerlendirilmesi, cerrahlar ve patologlar arasında güven temelinde bir ilişki gerektirmektedir. Bir cerrahi materyalin değerlendirilmesinde, doğru ve etkili bir tedavi yönetimi, hastanın seyrinin tahmini için klinisyen ile patoloğun uyum içinde çalışması önem arz etmektedir. Bu makale, kolorektal tümörlerdeki evrelemeyi ayrıntılı olarak açıklayan bir metin olmaktan ziyade; özellikle kolorektal kanserli hastalara multidisipliner yaklaşımla klinisyenin, patoloğun yazdığı rapordaki prognostik parametrelere dikkatini çekmek için detaylandırılmadan hazırlanmıştır. Bu nedenle patologlar rapor hazırlarken, daha fazla ayrıntı için patoloji derneklerinin mevcut kılavuzlarına ayrıca göz atabilirler.^{1,2,8} Bu makale ile klinisyenler, bir patoloji raporunu okurken, “makroskopi” ve “mikroskopi” kısmında yazılanları, hastanın kliniği ve radyolojisi ile birlikte yorumlayabilir.

KAYNAKLAR

1. Nagtegaal ID, Odze RD, Klimstra D, Paradis V, Rugge M, Schirmacher P, Washington KM, Carneiro F, Cree IA; WHO Classification of Tumours Editorial Board. The 2019 WHO classification of tumours of the digestive system. *Histopathology*. 2020 Jan;76(2):182-188. doi: 10.1111/his.13975.
2. Amin MB, Edge SB, Greene FL, et al, eds. (2017). AJCC Cancer Staging Manual. 8th ed. New York, NY: Springer.
3. Park SH, Song CW, Kim YB, et al. Clinicopathological characteristics of colon cancer diagnosed at primary health care institutions. *Intest Res*. 2014;12(2):131-138. doi:10.5217/ir.2014.12.2.131
4. Feng Z, Shi X, Zhang Q, et al. Analysis of clinicopathological features and prognosis of 1315 cases in colorectal cancer located at different anatomical subsites. *Pathol Res Pract*. 2019;215(10):152560. doi:10.1016/j.prp.2019.152560
5. Matsunaga R, Kojima M, Nishizawa Y, et al. The utility of longitudinal slicing method for rectal specimen: pathological analysis of circumferential resection margin of intersphincteric resection for low-lying rectal cancer. *Pathol Int*. 2019;69(5):272-281. doi:10.1111/pin.12797
6. Roodbeen SX, de Lacy FB, van Dieren S, et al. Predictive Factors and Risk Model for Positive Circumferential Resection Margin Rate After Transanal Total Mesorectal Excision in 2653 Patients With Rectal Cancer. *Ann Surg*. 2019;270(5):884-891. doi:10.1097/SLA.0000000000003516
7. Nagtegaal ID, Marijnen CA, Kranenbarg EK, et al. Circumferential margin involvement is still an important predictor of local recurrence in rectal carcinoma: not one millimeter but two millimeters is the limit. *Am J Surg Pathol*. 2002;26(3):350-357. doi:10.1097/00000478-200203000-00009
8. Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, eds. (2019). WHO Classification of Tumours of the Digestive System. Geneva, Switzerland: WHO Press.
9. Chandler I, Houlston RS. Interobserver agreement in grading of colorectal cancers-findings from a nationwide web-based survey of histopathologists. *Histopat-*

- hology. 2008;52(4):494-499. doi:10.1111/j.1365-2559.2008.02976.x
10. Hagen CE, Farooq A. Histologic Evaluation of Malignant Polyps and Low-Stage Colorectal Carcinoma. *Arch Pathol Lab Med.* 2019;143(12):1450-1454. doi:10.5858/arpa.2019-0291-RA
 11. Ueno H, Mochizuki H, Hashiguchi Y, et al. Risk factors for an adverse outcome in early invasive colorectal carcinoma. *Gastroenterology.* 2004;127(2):385-394. doi:10.1053/j.gastro.2004.04.022
 12. Bosch SL, Teerenstra S, de Wilt JH, Cunningham C, Nagtegaal ID. Predicting lymph node metastasis in pT1 colorectal cancer: a systematic review of risk factors providing rationale for therapy decisions. *Endoscopy.* 2013;45(10):827-834. doi:10.1055/s-0033-1344238
 13. Nascimbeni R, Burgart LJ, Nivatvongs S, Larson DR. Risk of lymph node metastasis in T1 carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum.* 2002;45(2):200-206. doi:10.1007/s10350-004-6147-7
 14. Junginger T, Goenner U, Hitzler M, et al. Long-term results of transanal endoscopic microsurgery after endoscopic polypectomy of malignant rectal adenoma. *Tech Coloproctol.* 2017;21(3):225-232. doi:10.1007/s10151-017-1595-y
 15. Otani K, Kawai K, Hata K, et al. Colon cancer with perforation. *Surg Today.* 2019;49(1):15-20. doi:10.1007/s00595-018-1661-8
 16. Puppa G, Maisonneuve P, Sonzogni A, et al. Pathological assessment of pericolonic tumor deposits in advanced colonic carcinoma: relevance to prognosis and tumor staging. *Mod Pathol.* 2007;20(8):843-855. doi:10.1038/modpathol.3800791
 17. Klaver CEL, Bulkman N, Drillenburger P, et al. Interobserver, intraobserver, and interlaboratory variability in reporting pT4a colon cancer. *Virchows Arch.* 2020;476(2):219-230. doi:10.1007/s00428-019-02663-0
 18. Panarelli NC, Schreiner AM, Brandt SM, Shepherd NA, Yantiss RK. Histologic features and cytologic techniques that aid pathologic stage assessment of colonic adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol.* 2013;37(8):1252-1258.
 19. Cserni G, Vinh-Hung V, Burzykowski T. Is there a minimum number of lymph nodes that should be histologically assessed for a reliable nodal staging of T3N0M0 colorectal carcinomas? *J Surg Oncol.* 2002;81(2):63-69.
 20. Goldstein NS. Lymph node recoveries from 2427 pT3 colorectal resection specimens spanning 45 years. *Am J Surg Pathol.* 2002;26(2):179-189.
 21. Gorog D, Nagy P, Peter A, Perner F. Influence of obesity on lymph node recovery from rectal resection specimens. *Pathol Oncol Res.* 2003;9(3):180-183.
 22. Wijesuriya RE, Deen KI, Hewavisenthi J, Balawardana J, Perera M. Neoadjuvant therapy for rectal cancer down-stages the tumor but reduces lymph node harvest significantly. *Surg Today.* 2005;35(6):442-445.
 23. Haupt B, Ro JY, Schwartz MR, et al. Colorectal adenocarcinoma with micropapillary pattern and its association with lymph node metastasis. *Mod Pathol* 2007;20:729-733.
 24. Kang H, O'Connell JB, Maggard MA, Sack J, Ko CY. A 10-year outcomes evaluation of mucinous and signet ring cell carcinoma of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum.* 2005;48(6):1161-1168.
 25. Chandler I, Houlston RS. Interobserver agreement in grading of colorectal cancers-findings from a nationwide web-based survey of histopathologists. *Histopathology.* 2008;52(4):494-499.
 26. Cho YB, Chun HK, Yun HR, Kim HC, Yun SH, Lee WY. Histological grade predicts sur-

- vival time associated with recurrence after resection for colorectal cancer. *Hepato-gastroenterology*. 2009;56(94-95):1335-1340.
27. Derwinger K, Kodeda K, Bexe-Lindskog E, Taflin H. Tumour differentiation grade is associated with TNM staging and the risk of node metastasis in colorectal cancer. *Acta Oncol*. 2010;49(1):57-62.
 28. Barresi V, Reggiani Bonetti L, Ieni A, Domati F, Tuccari G. Prognostic significance of grading based on the counting of poorly differentiated clusters in colorectal mucinous adenocarcinoma. *Hum Pathol*. 2015;46(11):1722-1729.
 29. Rex DK, Ahnen DJ, Baron JA, et al. Serrated lesions of the colorectum: review and recommendations from an expert panel. *Am J Gastroenterol*. 2012;107(9):1315-1330.
 30. Greenson JK, Bonner JD, Ben-Yzhak O, et al. Phenotype of microsatellite unstable colorectal carcinomas. *Am J Surg Pathol*. 2003;27(5):563-570.
 31. Evaluation of Genomic Applications in Practice and Prevention (EGAPP) Working Group. Recommendations from the EGAPP Working Group: genetic testing strategies in newly diagnosed individuals with colorectal cancer aimed at reducing morbidity and mortality from Lynch syndrome in relatives. *Genet Med*. 2009;11(1):35-41.
 32. Sargent DJ, Marsoni S, Monges G, et al. Defective mismatch repair as a predictive marker for lack of efficacy of fluorouracil-based adjuvant therapy in colon cancer. *J Clin Oncol*. 2010;28(20):3219-3226.
 33. Ruo L, Tickoo S, Klimstra DS, et al. Long-term prognostic significance of extent of rectal cancer response to preoperative radiation and chemotherapy. *Ann Surg*. 2002;236(1):75-81.
 34. Lo DS, Pollett A, Siu LL, et al. Prognostic significance of mesenteric tumor nodules in patients with stage III colorectal cancer. *Cancer*. 2008;112 (1):50-54.