

# NOWOTWORY SKÓRY

WOJCIECH BIERNAT

Katedra i Zakład Patomorfologii, Gdański Uniwersytet Medyczny

## 1. Spis procedur chirurgicznych

- Biopsja nacięciowa
- Biopsja ścięciowa
- Biopsja sztancowa
- Biopsja – inna
- Wycięcie chirurgiczne: eliptyczne, szerokie, inne,
- Ponowne wycięcie chirurgiczne: eliptyczne, szerokie, inne
- Limfadenektomia: węzeł (węzły) wartowniczy(e)
- Limfadenektomia: węzeł (węzły) regionalny(e)

## 2. Zasady opracowania materiału biopsyjnego i pooperacyjnego

### 2.1. Zalecenia dla chirurga

Materiał tkankowy, uzyskany w trakcie biopsji lub wycięty operacyjnie, powinien zostać niezwłocznie utrwalony w 10-procentowym wodnym roztworze zbuforowanej formaliny (czas utrwalania wynosi 8–48 godzin), a następnie dostarczony do pracowni lub zakładu patomorfologii w całości; zabronione jest jego rozcinanie lub fragmentowanie. Wyjątek stanowią takie nowotwory, w których konieczne jest wykonanie specjalistycznych badań z wykorzystaniem nieutrwalonego materiału tkankowego (np. badania immunofenotypowe chłoniaków lub badania cytogenetyczne bądź molekularne mięsaków). W takich przypadkach nieutrwalony materiał tkankowy winien zostać od razu przekazany do pracowni lub zakładu patomorfologii, gdzie po zabezpieczeniu fragmentów tkanki do wspomnianych badań dodatkowych zostanie rutynowo utrwalony.

### 2.2. Postępowanie z materiałem

Wstęp do procesowania stanowi ocena makroskopowa z dokonaniem pomiarów materiału i obecnego guza. Następnie należy otuszczać marginesy resekcyjne zmiany. W dużych zmianach wskazane jest wykonanie dokumentacji fotograficznej lub szkicu dokumentującego miejsce pobrania wycinków.

Materiał z biopsji sztancowej przy średnicy cylindra tkankowego do 4 mm należy zatopić w całości.

W przypadku większej średnicy materiału należy podzielić na dwie części wzdłuż długiej osi, a nastę-

nie zatopić w sposób umożliwiający uzyskanie preparatu z powierzchni przecięcia obu połówek. Biopsje wycięciowe należy pobrać w całości.

W przypadku zmian o średnicy  $\geq 5$  cm materiał należy przeciąć w centralnej płaszczyźnie zmiany z największymi marginesami, a następnie sekwencyjnie pokroić na przekroje o grubości 3 mm. Należy pobrać reprezentatywne wycinki ze zmiany z największymi marginesami bocznymi oraz marginesem głębokim.

W przypadku zmian o średnicy  $< 5$  cm materiał należy pokroić wg wskazań dla zmian  $\geq 5$  cm, pobrać zmianę w całości oraz, dodatkowo, wycinki styczne ze wszystkich marginesów resekcji.

Gdy zmiany są niewidoczne makroskopowo, należy wykonać seryjne poprzeczne przekroje w krótszej osi wyciętego fragmentu skóry.

Pobrane wycinki tkankowe należy umieścić w kasetkach, nie więcej niż po 2 wycinki w jednej kasetce. W przypadku czerniaka zaleca się przeprowadzanie każdego wycinka tkankowego w osobnej kasetce. Tak przygotowany materiał tkankowy należy utrwalić w 10-procentowym wodnym roztworze zbuforowanej formaliny; czas utrwalania wynosi co najmniej 24 godziny.

## 3. Ocena makroskopowa materiału operacyjnego

### 3.1. Rak płaskonabłonkowy

W trakcie oceny makroskopowej materiału operacyjnego należy każdorazowo:

- określić lokalizację zmiany;
- określić typ materiału diagnostycznego:
  - biopsja ścięciowa,
  - biopsja sztancowa,
  - biopsja – inna (określ),
  - wycięcie chirurgiczne: eliptyczne, szerokie, inne (określ),
  - ponowne wycięcie chirurgiczne: eliptyczne, szerokie, inne (określ),
  - limfadenektomia: węzeł (węzły) wartowniczy(e),
  - limfadenektomia: węzeł (węzły) regionalny(e),
  - inne,
  - niesprecyzowane;
- określić wielkość guza:
  - największy wymiar (cm),

- wymiary dodatkowe (cm),
- nieokreślone;
- margines resekcji:
  - brzeżny:
    - nie może być oceniony,
    - wolny od raka: największy wymiar, jego lokalizacja,
    - zajęty przez raka: wymiar największego marginesu, jego lokalizacja,
  - w dnie:
    - nie może być oceniony,
    - wolny od raka: wymiar największego marginesu,
    - zajęty przez raka: wymiar największego marginesu.

W przypadku zmiany skórnej zawartej w materiale  $\leq 10$  mm – minimalna liczba wycinków wynosi 2. W przypadku materiału większego niż 10 mm – minimalna liczba wycinków wynosi 4.

### 3.2. Rak z komórek Merkla

W trakcie oceny makroskopowej materiału operacyjnego należy każdorazowo:

- określić lokalizację zmiany;
- określić typ materiału diagnostycznego:
  - biopsja nacięciowa,
  - wycięcie chirurgiczne,
  - ponowne wycięcie chirurgiczne,
  - limfadenektomia: węzeł (węzły) wartowniczy(e),
  - limfadenektomia: węzeł (węzły) regionalny(e),
  - inne,
  - niesprecyzowane;
- makroskopowo guz:
  - obecny,
  - nieobecny;
- podać wielkość guza:
  - największy wymiar (cm),
  - wymiary dodatkowe (cm),
  - nieokreślone;
- podać grubość guza:
  - określ (mm),
  - przynajmniej (mm);
- określić margines resekcji:
  - brzeżny:
    - nie może być oceniony,
    - wolny od raka: największy wymiar, jego lokalizacja,
    - zajęty przez raka: wymiar największego marginesu, jego lokalizacja,
  - w dnie:
    - nie może być oceniony,
    - wolny od raka: wymiar największego marginesu,
    - zajęty przez raka: wymiar największego marginesu.

W przypadku zmiany skórnej zawartej w materiale  $\leq 10$  mm – minimalna liczba wycinków wynosi 2. W przypadku materiału większego niż 10 mm – minimalna liczba wycinków wynosi 4.

### 3.3. Czerniak złośliwy

W trakcie oceny makroskopowej materiału operacyjnego należy każdorazowo:

- określić lokalizację zmiany,
- podać stronę:
  - prawa,
  - lewa,
  - pośrodkowa linia ciała,
  - nieokreślona;
- typ materiału diagnostycznego:
  - biopsja ścięciowa,
  - biopsja sztancowa,
  - biopsja nacięciowa,
  - wycięcie chirurgiczne,
  - ponowne wycięcie chirurgiczne,
  - limfadenektomia, węzeł (węzły) wartowniczy(e)
  - limfadenektomia, węzeł (węzły) regionalny(e),
  - inne,
  - niesprecyzowane;
- wielkość guza:
  - największy wymiar (cm),
  - wymiary dodatkowe (cm),
  - nieokreślone;
- makroskopowo widoczne guzki satelitarne:
  - nieobecne,
  - obecne,
  - nieokreślone;
- określić upigmentowanie zmiany:
  - nieobecne,
  - obecne – typ rozlany,
  - obecne – typ plamisty lub ogniskowy,
  - nieokreślone;
- ocenić owrzodzenie:
  - nieobecne,
  - obecne,
  - nieokreślone;
- podać margines resekcji:
  - brzeżny:
    - nie może być oceniony,
    - wolny od czerniaka naciekającego: największy wymiar, jego lokalizacja,
    - zajęty przez czerniak naciekający: wymiar największego marginesu, jego lokalizacja,
    - wolny od czerniaka *in situ*: wymiar największego marginesu, jego lokalizacja,
    - zajęty przez czerniak *in situ*: wymiar największego marginesu, jego lokalizacja;
  - w dnie:
    - nie może być oceniony,

- wolny od czerniaka naciekającego: wymiar najwęższego marginesu,
- zajęty przez czerniak naciekający: wymiar najwęższego marginesu.

W przypadku zmiany skórnej zawartej w materiale  $\leq 10$  mm – minimalna liczba wycinków wynosi 2. W przypadku materiału większego niż 10 mm – minimalna liczba wycinków wynosi 4.

### 3.4. Ocena makroskopowa węzłów chłonnych wartowniczych – zalecany sposób postępowania

Proponowany schemat badania histopatologicznego węzła wartowniczego:

- węzły wielkości do 5 mm należy zatopić w całości, większe węzły należy przekroić wzdłuż długiej osi na dwie połowy, następnie seryjnie pokroić na fragmenty grubości 2 mm i w całości zatopić;
- wykonanie preparatów zawierających skrawki z różnych poziomów węzła: 6 skrawków w odstępach 50  $\mu$ m, z zaleceniem zbadania w ten sposób minimum 1 z wycinków,

- dla każdego skrawka należy wykonać preparat barwiony hematoksyliną i eozyną oraz zbadać metodą immunohistochemiczną z użyciem podstawowych przeciwciał S100 i Melan A,
- określić umiejscowienie (podtorebkowe, śródmiąższowe i rozległe wypełniające węzeł) oraz podać wymiary przerzutów,
- przerzuty czerniaka należy różnicować z komórkami znamieniowymi, które występują w 14% węzłów wartowniczych.

### Piśmiennictwo

1. College of American Pathologists. Protocol for the examination of specimens from patients with melanoma of the skin. <http://www.cap.org/web/home/resources/cancer-reporting-tools/cancer-protocol-templates>.
2. College of American Pathologists. Protocol for the examination of specimens from patients with Merkel cell carcinoma of the skin. <http://www.cap.org/web/home/resources/cancer-reporting-tools/cancer-protocol-templates>.
3. College of American Pathologists. Protocol for the examination of specimens from patients with squamous cell carcinoma of the skin. <http://www.cap.org/web/home/resources/cancer-reporting-tools/cancer-protocol-templates>.
4. Rosai J. Rosai and Ackerman's Surgical Pathology. Appendix E: Guidelines for handling of most common and important surgical specimens. 10th ed. Mosby Elsevier, New York 2011; 2607.
5. Nasierowska-Guttmejer A. Patomorfologia złośliwych nowotworów skóry. Złośliwe nowotwory skóry. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Jassem J, Krzakowski M (red. serii), Rutkowski P (red. wydania). Via Medica, Gdańsk 2014; 46-66.