

Współpraca patologa i klinicysty w rozpoznawaniu nieswoistych chorób jelit

Anna Nasierowska-Guttmejer

Nieswoiste choroby jelit
Inflammatory bowel diseases (IBD)



Wrzodziejace zapalenie jelita grubego (UC)
Choroba Leśniowskiego-Crohna (CD)

*European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO)
European Society of Pathology (ESP) (2013)*

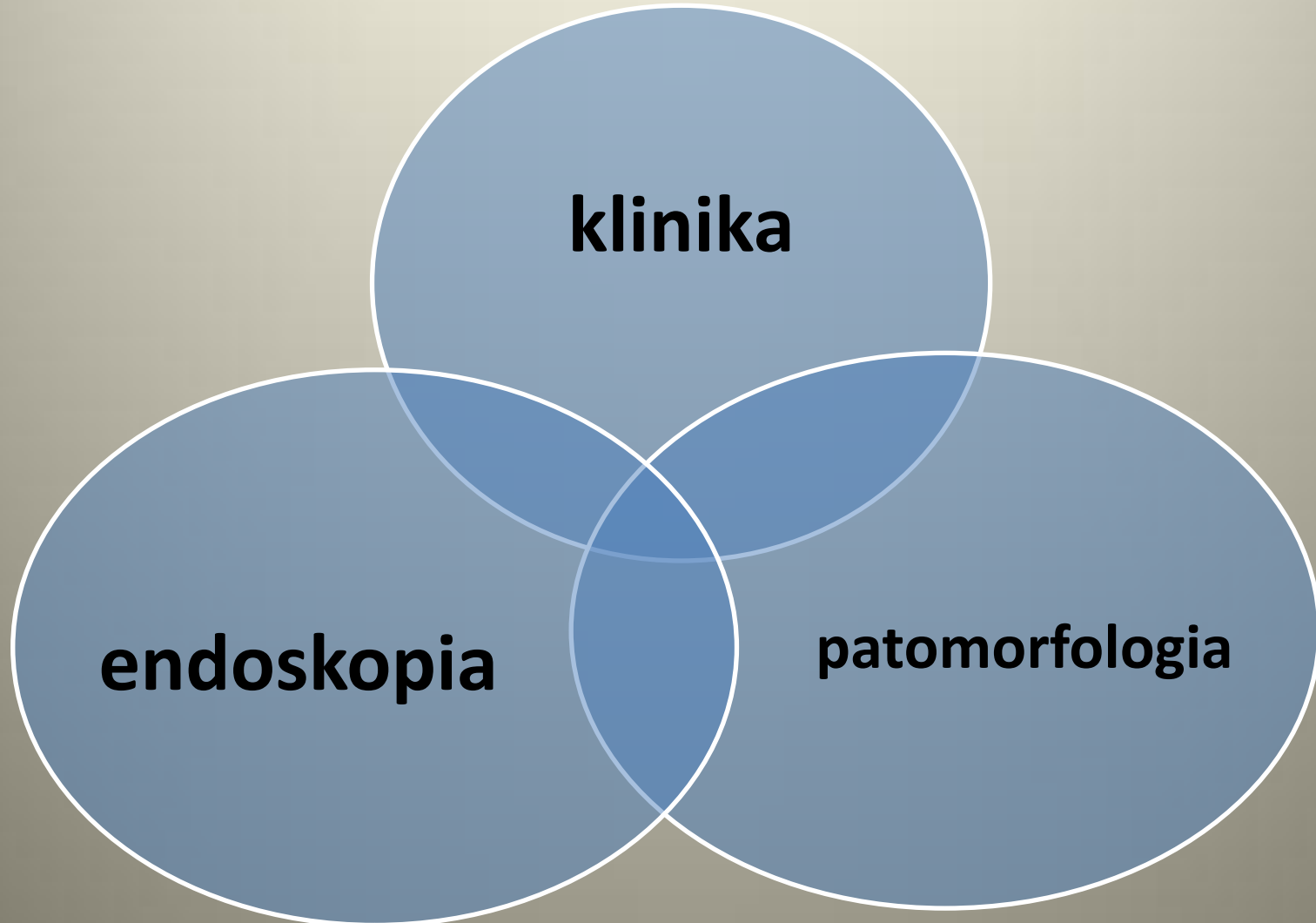
1. Procedury konieczne do uzyskania prawidłowej diagnozy
2. Niezbędne cechy przydatne do analizy biopsji endoskopowych
3. Cechy przydatne do oceny materiałów operacyjnych
4. Kryteria diagnostyczne i przydatne do różnicowania innych zmian patologicznych
5. Specyficzne badania potrzebne do określenia dysplazji, aktywności choroby, standaryzacji diagnozy opartej na istotnych czynnikach

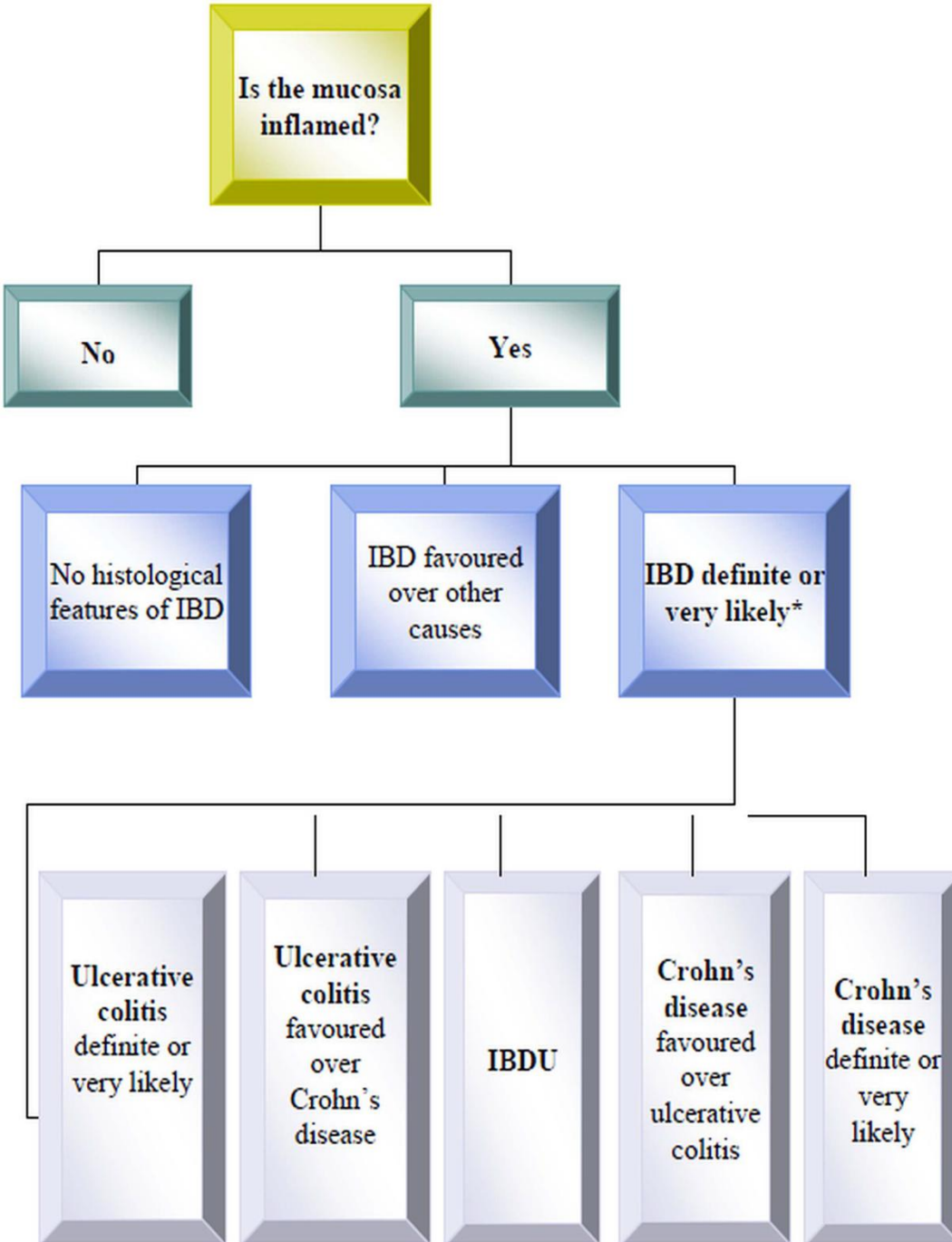
F. Magroa, C. Langner, A. Driessen i wsp. European consensus on the histopathology of inflammatory bowel disease. Journal of Crohn's and Colitis (2013) 7, 827–851

REKOMENDACJE KLINICZNE DO WYKONANIA BIOPSJI ENDOSKOPOWEJ

Procedury diagnostyczne IBD

Zespół interdyscyplinarny





*In conjunction with the clinical picture
IBDU: IBD unclassified

podstawowe pytanie do patomorfologa oceniającego biopsję pierwotną celem diagnostyki IBD

Jenkins D. i wsp. Guidelines for the initial biopsy diagnosis of suspected chronic idiopathic inflammatory bowel disease. The British Society of Gastroenterology initiative. J Clin Pathol 1997; 50: 93-105

*Roger M Feakins,
Inflammatory bowel disease biopsies:
updated British Society of
Gastroenterology reporting guidelines.
J Clin Pathol 2013; 66:1005–1026*

IBDU

„IBD unclassified”

Dla przypadków wcześniej nie zdiagnozowanych

Non-specific colitis

Non-specific chronic colitis

Nie powinny być używane

Objawy kliniczne i cechy endoskopowe sugerują rozpoznanie IBD

JAKI JEST CEL POBRANIA BIOPSJI ENDOSKOPOWEJ?

- potwierdzenie rozpoznania IBD
- Różnicowanie między UC a CD
- Wykluczenie dysplazji
- Ocena stopnia aktywności zmian: postać nieaktywna, utajona, różne stopnie aktywności
- Ocena rozległości zmian
- Terminologia powinna wskazać na określony typ zapalenia

Rekomendacje kliniczne do biopsji diagnostycznej IBD

1. Badanie histopatologiczne jest konieczne do otrzymania optymalnego rozpoznania, klasyfikacji typu zapalenia i leczenia IBD
2. Patolog wraz z biopsją powinien otrzymać niezbędne dane dotyczące
 - przebiegu klinicznego choroby,
 - obrazu endoskopowego,
 - przebiegu leczenia
3. Należy organizować spotkania kliniczno-patologiczne celem dyskusji nad przypadkami z IBD

**PROCEDURY DIAGNOSTYCZNE
KONIECZNE PRZY POBIERANIU BIOPSJI**

Zalecenia do biopsji endoskopowej w IBD

- wskazana ileokolonoskopia, a nie rektoskopia
- minimum po 2 wycinki z 5 poziomów od jelita końcowego, okrężnicy do odbytnicy
- *Fulminant colitis* - 2 wycinki z co najmniej 1 miejsca lub nie pobierać wycinków
- Wycinki należy włożyć osobno do pojemników z oznaczeniem miejsc ich pobrania

- Trafność rozpoznania: 66% versus 92%
2 wycinki z okrężnicy *versus* wycinki w kilku poziomach
- Wycinki z odbytnicy: zajęcie odbytnicy, różnicowanie z innymi typami zapalenia
- Mnogie wycinki zalecane przy diagnozie neoplazji śródnabłonkowej

Dejaco i wsp. Diagnosis colitis: a prospective study on essential parameters for reaching a diagnosis. Endoscopy 2003, 35:1004-8

Faza preanalityczna badania histopatologicznego

- Wycinki endoskopowe należy utrwalić w 10% buforowanej formalinie
- Pojemniki oznaczyć poziomami pobrania biopsji
- Zorientować wycinki na bibule: błona podśluzowa w głębi
- Rutynowo zabarwić hematoksyliną i eozyną
- Badania specjalne, IHC nie są przydatne

REKOMENDACJE DO OCENY HISTOPATOLOGICZNEJ BIOPSJI W IBD

1. Zdefiniowanie nieprawidłowości w obrazie mikroskopowym

Kryteria zmian mikroskopowych w biopsji jelita grubego

1. *Zaburzenia architektury*

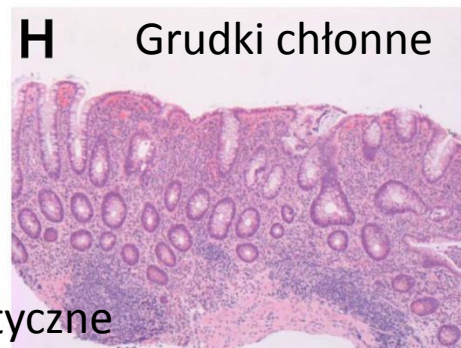
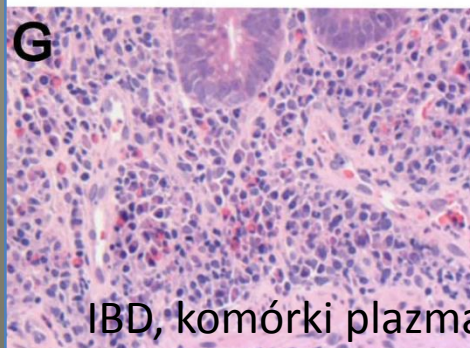
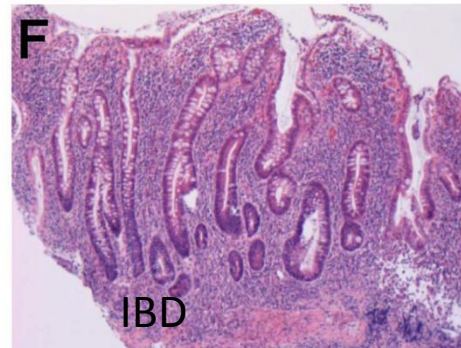
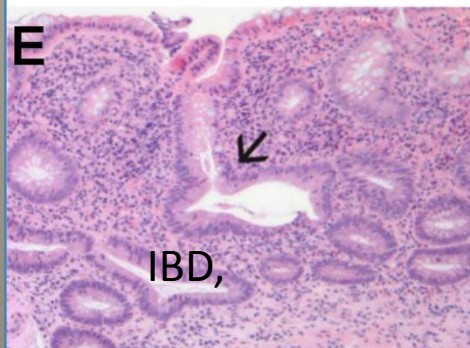
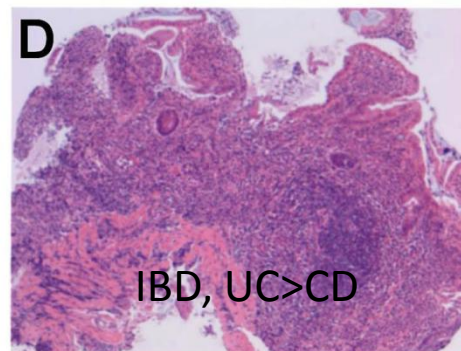
- dezorganizacja krypt,
- zanik krypt,
- nieregularność powierzchni

2. *Charakter nacieków zapalnych*

- nacieki typu przewlekłego w blaszce właściwej
- ziarniniaki
- neutrofile

2. *Stan nabłonka*

- zanik produkcji śluzu
- metaplasja komórek Paneth'a

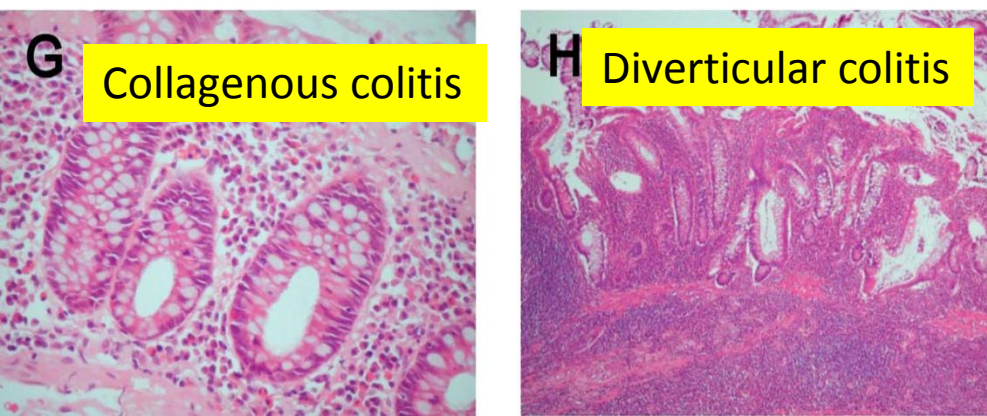
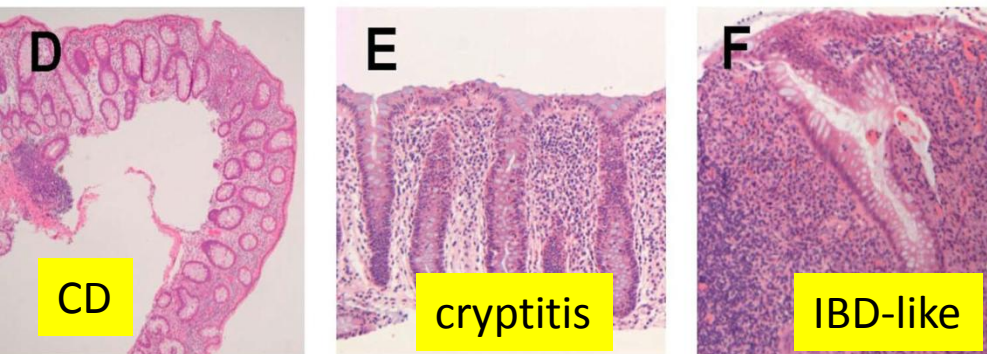
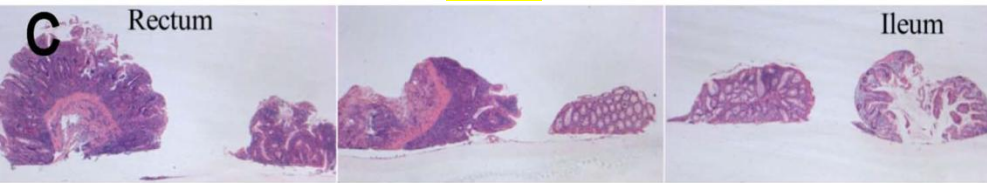
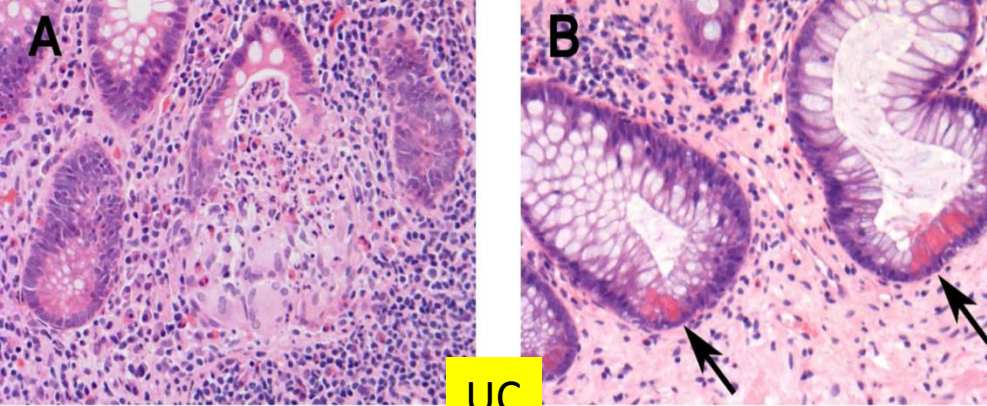


Rekomendacje:
patolog powinien
umieć odróżnić
prawidłową błonę
śluzową jelita
grubego od
nieprawidłowości w
biopsji w IBD

IBD versus infection/non-IBD

- Cechy mikroskopowe:
 1. Bazalna plazmocytoza
 2. Zaburzenia architektury

Diagnostyka różnicowa



2. Ocena rozmieszczenia zmian, zasięgu i aktywności

Rozmieszczenie nacieków zapalnych

1. Rozlane zmiany:

Wzrost nacieków zapalnych przewlekłych w kolejnych biopsjach

2. Ograniczone do obszarów:

Pola o zwiększonej gęstości nacieków zapalnych i komórkowości

3. Ogniskowe :

Dobrze odgraniczone w terenie normotypowych komórek

Porównanie między odcinkami jelita: kontynuacja lub odcinkowe, segmentowe nasilenie zmian

Zasięg zmian zapalnych

- Zasięg zmian w IBD oceniany endoskopowo
- Zasięg w CD trudny do określenia
- Ocena histopatologiczna może nie korelować z oceną endoskopową

Aktywność zmian zapalnych

- Ocena aktywności zmian opiera się na badaniu endoskopowym
- Brak jest akceptowanego schematu oceny aktywności w badaniu histopatologicznym
- Ocena mikroskopowa uwzględnia:
przewlekły, zaostrzony i ostry stan zapalny
kryteria: stan krypt, nadżerki, owrzodzenia

Rekomendacje histopatologiczne do oceny rozmieszczenia, zasięgu i aktywności zapalenia w IBD

- Rozmieszczenie zmian mikroskopowych w biopsji, między biopsjami i między miejscami z których pobrano biopsje
- Określenia: rozległe, poletkowe i ogniskowe dla określenia rozmieszczenia
- Zasięg zmian; zlewne, ogniskowe lub segmentowe
- Stopniowanie histologicznej aktywności nacieków

3. Subklasyfikacja IBD ocena ziarniniaków UC, CD

1. Różnicowanie UC versus CD

- ziarniniaki
- zaburzenia architektury
- zasięg choroby

2. non-cryptolytic granuloma przydatne najbardziej do różnicowania UC z CD

3. Ziarniniaki krypt, ziarniniaki izolowane - nie są typowe, mogą być związane z innymi typami zapaleń

4. Kategoryzacja zapaleń na podstawie cech mikroskopowych

1. Pojedyncza cecha mikroskopowa nie może być podstawą do oceny IBD lub podtypu IBD
2. Optymalna diagnostyka opiera się na ocenie licznych współwystępujących cech

5. Dziecięce IBD

- Podobne do dorosłych
- Zmiany przewlekłe w UC mogą być niżej położone i częściej bywają ograniczone do obszarów

6. Ileal biopsy

- Nacieki zapalne przemawiają za CD, a nie UC
- Ziarnianiki (nie w okolicy krypt) przemawiają za CD

7. Biopsja z górnego odcinka przewodu pokarmowego

- Górny odcinek częściej zajęty w CD niż UC
- Inne typy zapaleń jak refluks przełykowo-żołądkowy , zapalenie żołądka towarzyszące infekcji *Helicobacter-pylori* powinny być wykluczone przed rozpoznaniem IBD
- Ziarniniaki sugerują CD

PODSUMOWANIE RAPORT

Cecha morfologiczna	kryteria
aktywność	
Brak	Brak neutrofili, nadżerek, owrzodzeń
Mała	Zapalenie krypt do 25%, ropnie krypt do 10%
Średnia	Zapalenie krypt powyżej 25%, ropnie krypt >10%
Duża	Owrzodzenia, mnogie nadżerki
Prawdopodobieństwo rozpoznania IBD	
Definitywne	Obraz histologiczny odpowiada IBD
Prawdopodobne	Obraz histologiczny nie jest pewny dla IBD
Brak cech	
Podtypy IBD	
UC definitywne	Obraz histologiczny odpowiada UC
UC podejrzane	Obraz cytologiczny sugeruje, ale nie jest pewny
IBD nieokreślone	Obraz histologiczny nie jest typowy ani dla UC ani CD
CD podejrzane	Obraz histologiczny sugeruje CD, ale nie jest pewny
CD definitywne	Obraz histologiczny odpowiada CD
Dysplazja	
Brak	
Małego stopnia	Określić miejsce i podać liczbę wycinków
Dużego stopnia	Określić miejsce i podać liczbę wycinków
nieokreślona	Nieokreślona atypia