



Pracovní
skupina
pro IBD



5 omylů patologických nálezů

Ivana Vítková

Ústav patologie 1. LF UK a VFN, Praha

Co lze očekávat od histopatologického vyšetření u IBD

- Potvrzení klinicky definované choroby IBD
- Dif. dg. nejasného střevního zánětu
- Vyloučení / potvrzení superinfekce
- Dysplazie, nádorové změny
- Dif. dg. polypózních lézí
 - bez dysplazie (zánětlivý, hyperplastický polyp)
 - s dysplazií (DALM / adenom / jiný nádor)
- Úspěšnost léčby



Histopatologická diferenciální diagnóza IBD

Crohnova choroba

- fokální, asymetrické změny
- transmurální zánět
- fibrózní stenózy
- granulomy
- píštěle

Ulcerózní kolitida

- tlusté střevo, difuzní zánět
- postižení sliznice - atrofie
- svalové stenózy
- pseudopolypy

Případ č. 1.

muž, 53 r.

Pacient se známou anamnézou **ulcerózní kolitidy** od r. 1993 (*pANCA pozitivní*), posl. kontrola 2010, poté na kontroly nedocházel a léky vysadil, byl 2-3 roky v klin. remisi.

Léčba opětovně zahájena při zhoršení stavu v 8/2013 - průjmy s příměsí hlenu, krev nepozoroval.

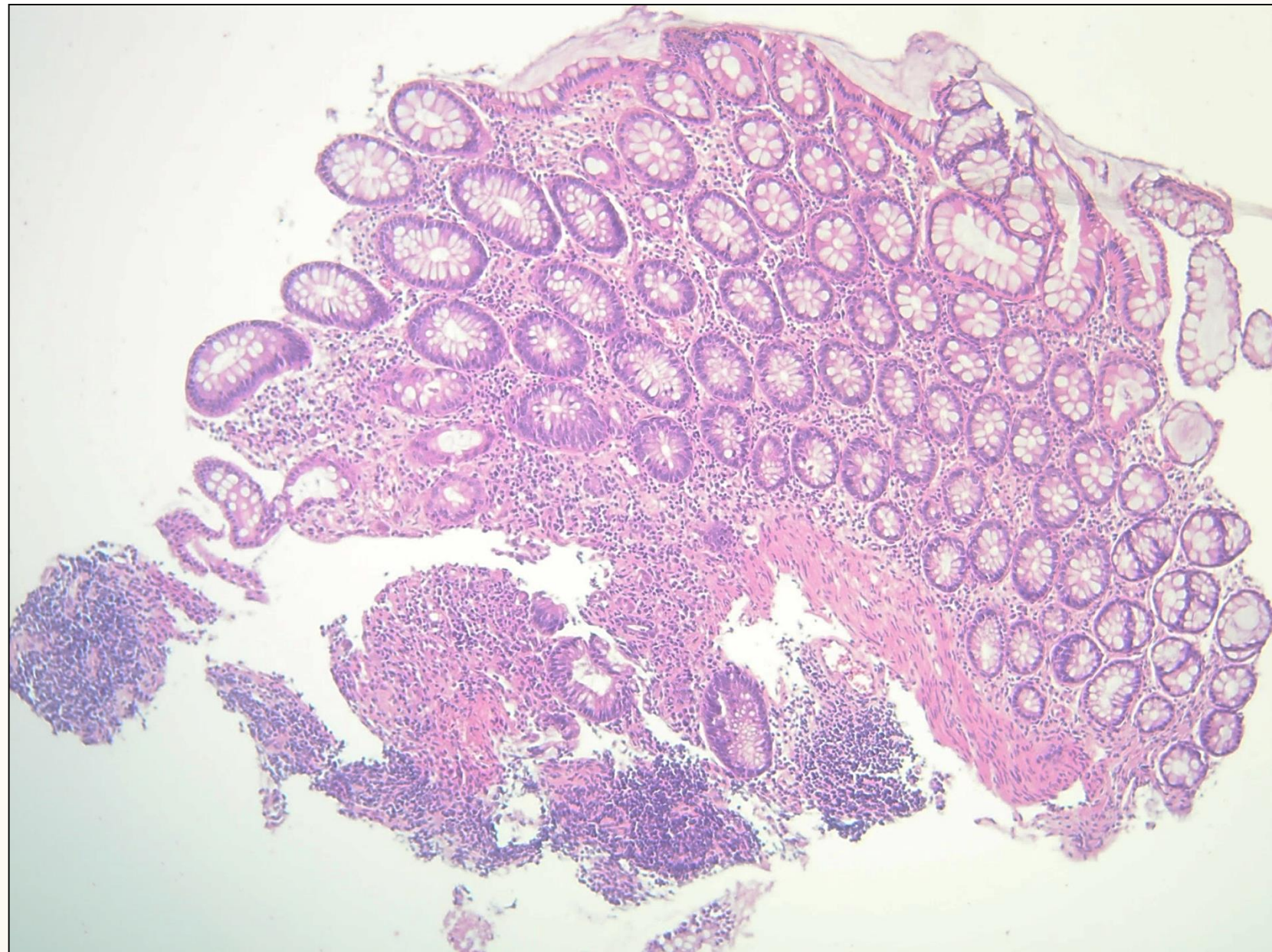
Přijímán pro nelepšící se stav, s trvajícím aktivitou onemocnění (***pankolitida + postižení 35-40 cm terminálního ilea***), s leukopenií (*etiologicky hodnocenou jako polékovou- po azathioprinu*) a těžkou proteinokalorickou malnutricí a enteroragii.

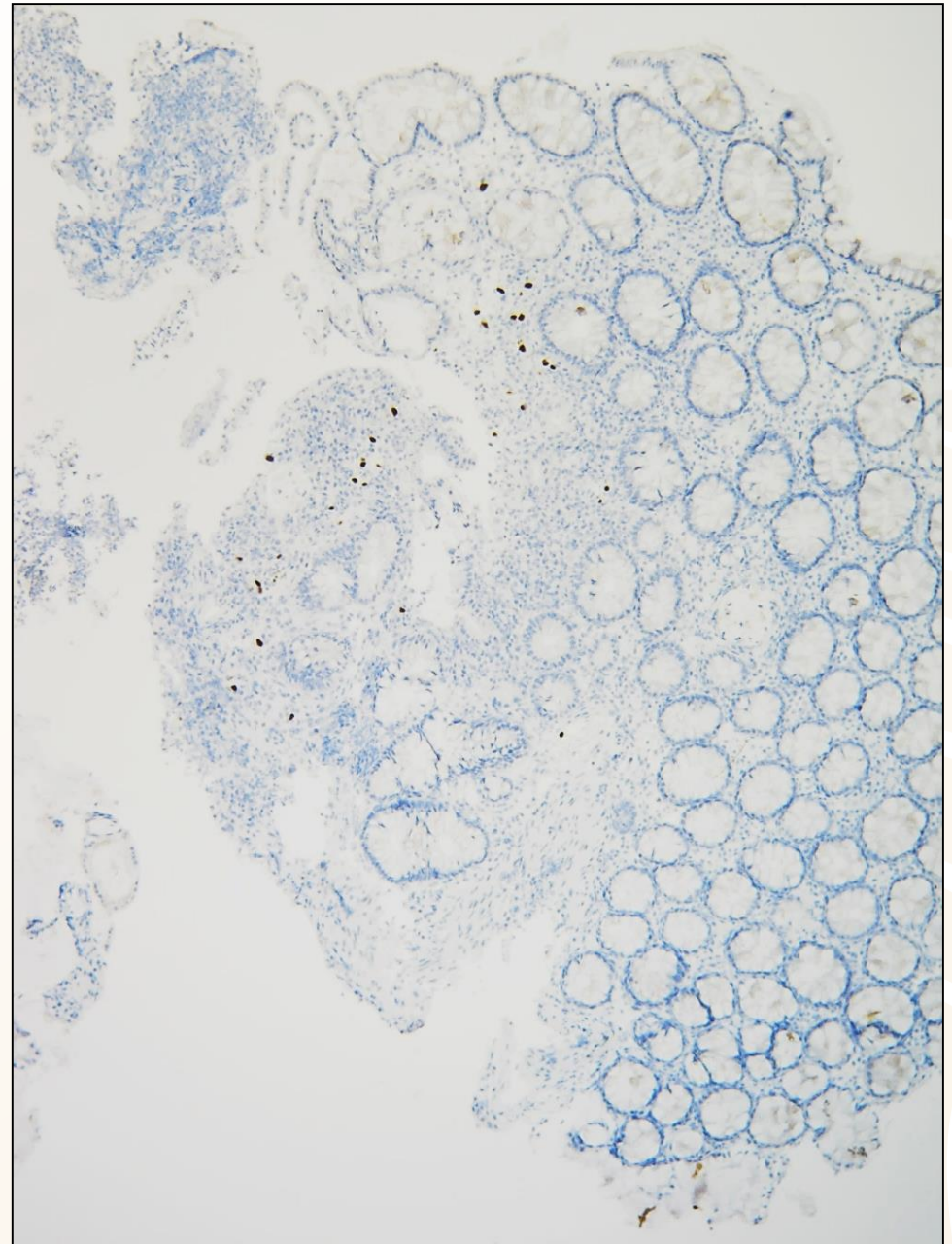
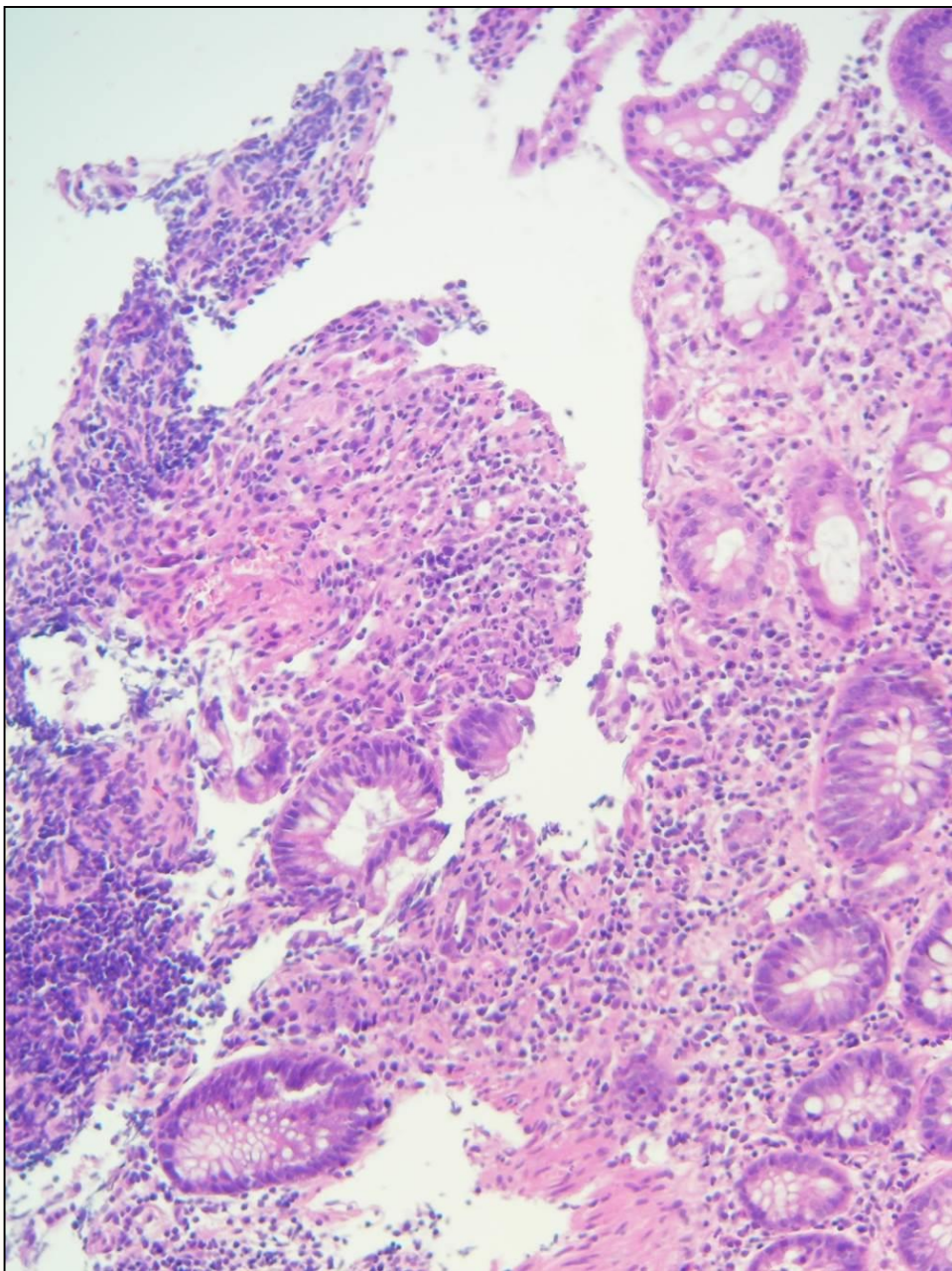
Závěr koloskopie:

V rozsahu rektum-cékum a v termin. ileu mnohočetné drobné i větší mělké ulcerace s prokrvácenými okraji, v terénu mírně edematozní, spíše bledší než iritovaná sliznice, snížená haustrace, zkrácený tračník, v lumen mírně sanguinolentní hlen.

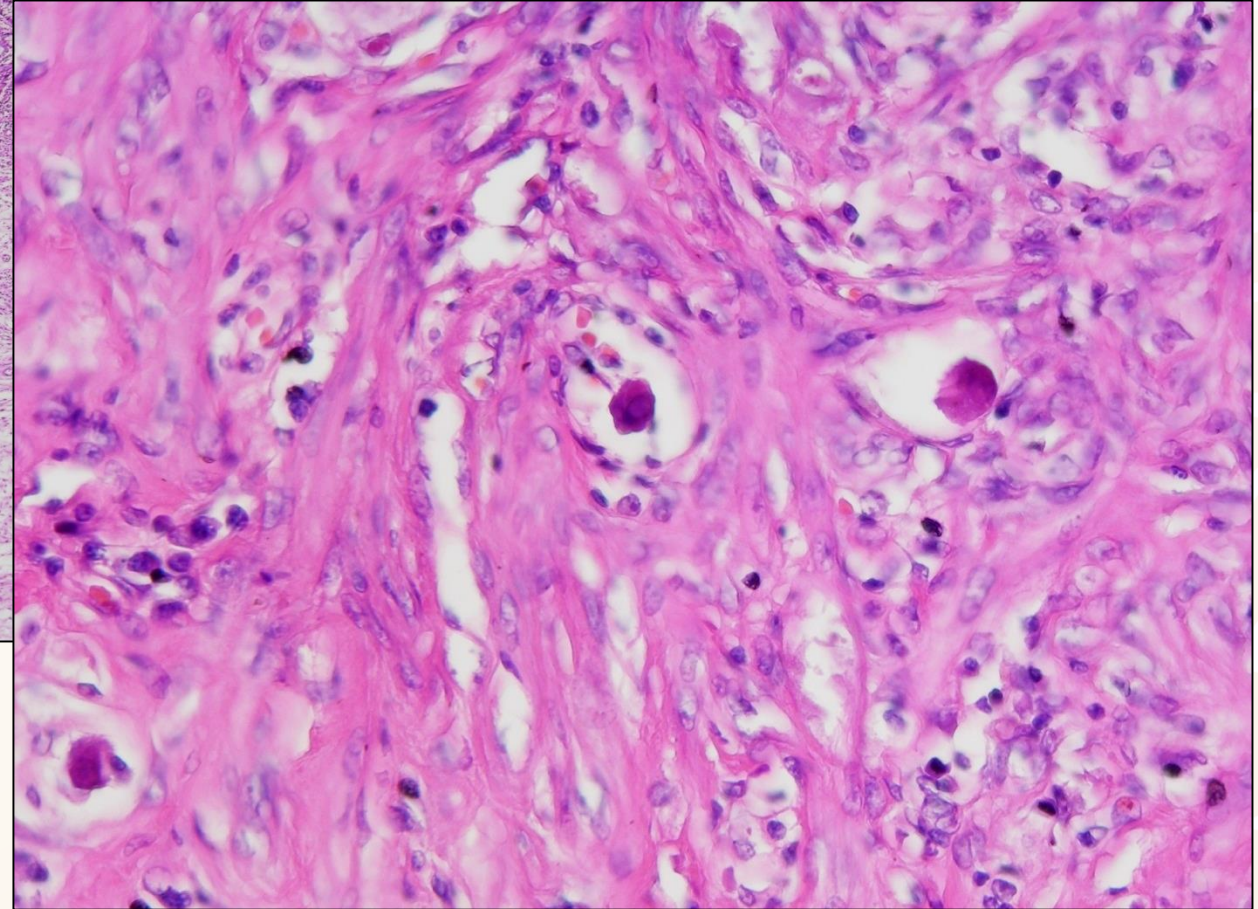
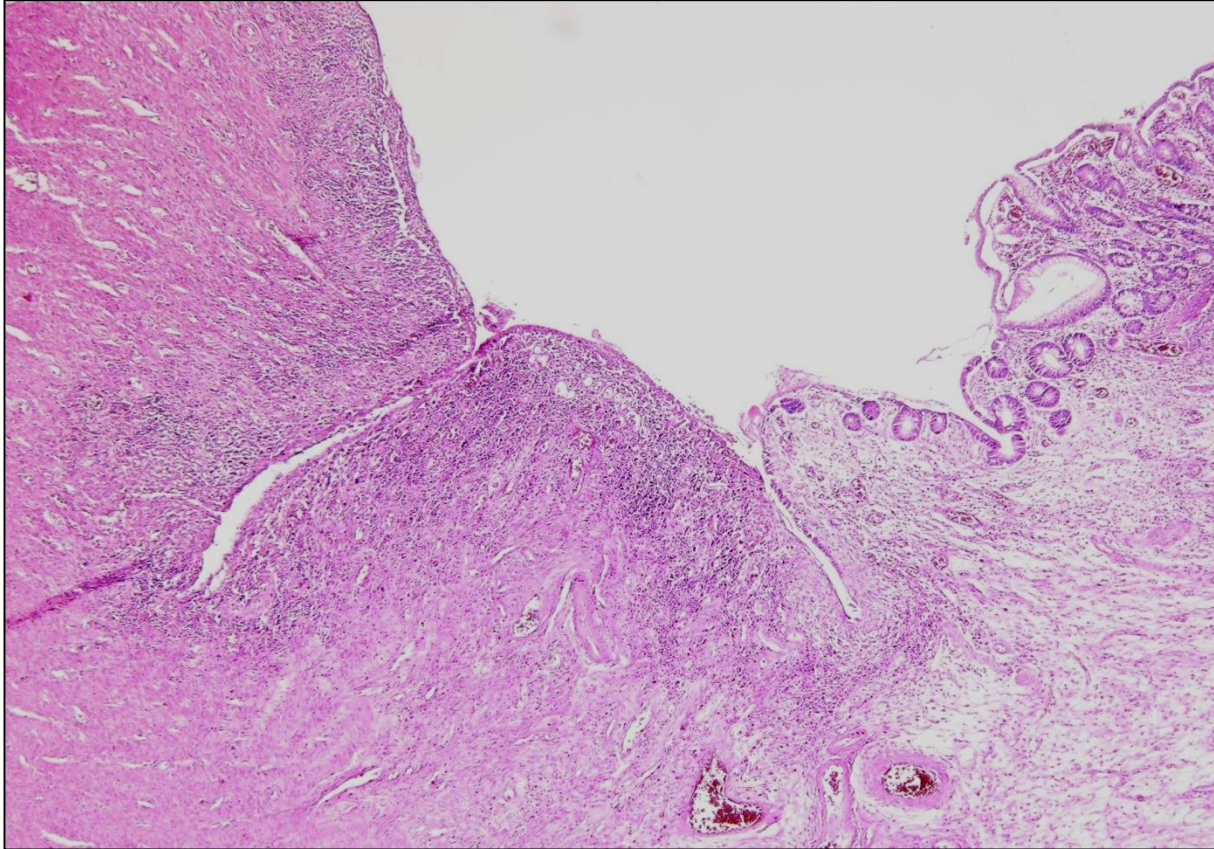
Etážová biopsie

- Terminální ileum
- Cécum
- Ascendens
- Transverzum
- Descendens
- Sigma
- Rektum

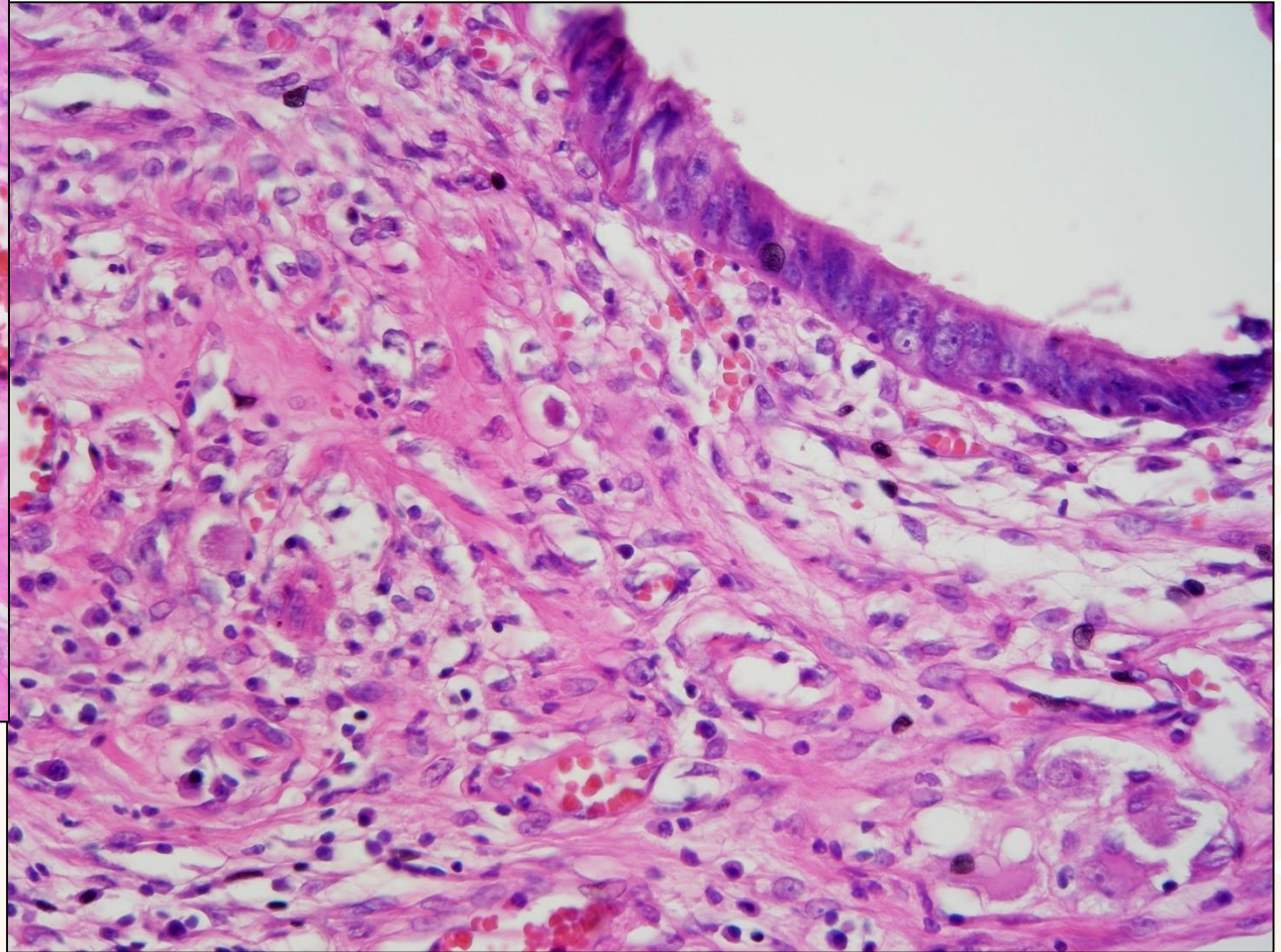
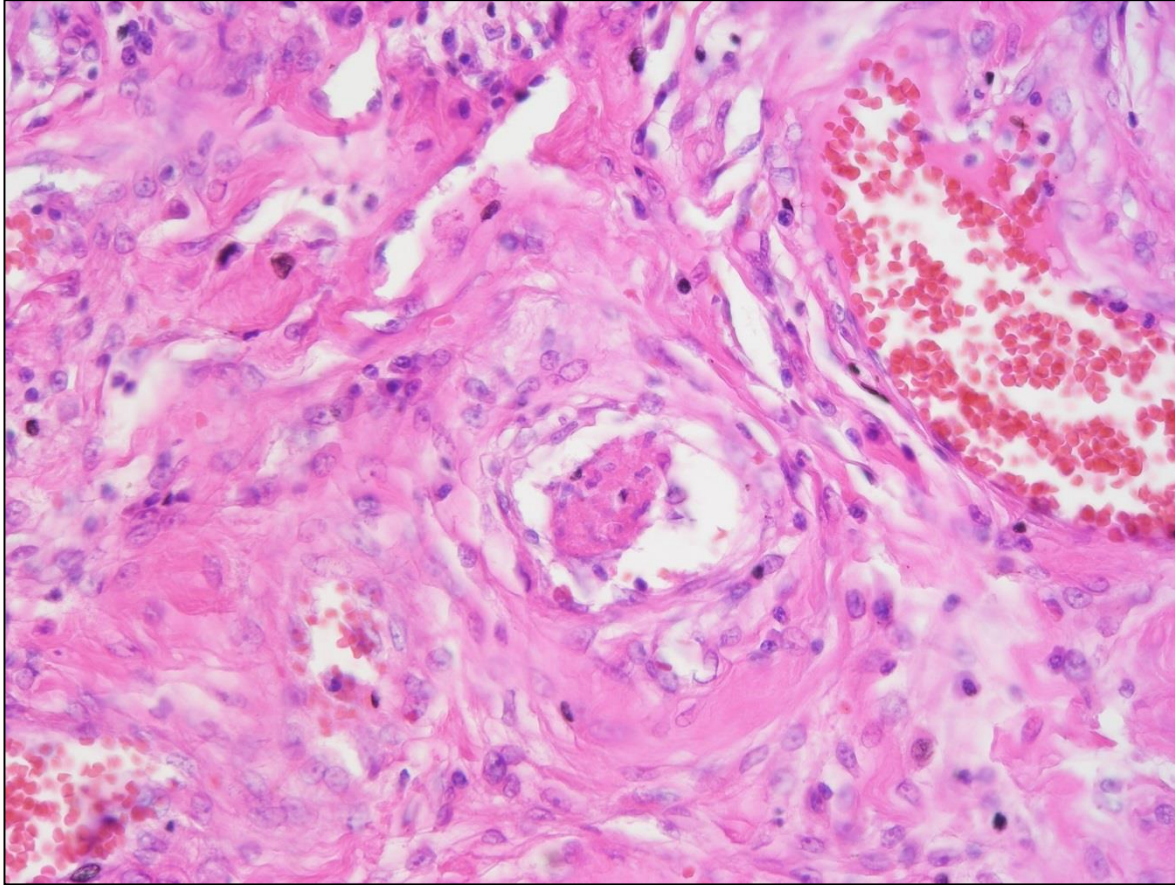




Subtotální kolektomie, okluze rekta, term. ileostomie



Subtotální kolektomie, okluze rekta, term. ileostomie



Další průběh onemocnění

Pooperačně KARIM

CMV sepse u neutropenického pacienta, septický šok, UPV, OTI

20.12.2013: Pacient 165cm/47 kg přichází cestou nutriční ambulance, kam se dostavil na kontrolu, přijat pro celkovou slabost a pád, anemii, dehydrataci, má funkční stomii, p.o. stravu zvládá dobře.

CT: Dutinová léze v horním laloku pravé plíce a další solidní ložiska v obou plicích. Vzhledem k obrazu kavity komunikující s bronchiální stromem nutno vyloučit specifickou etiologii.

ANAMN.: Během hospitalizace na JIP (po operaci) přišel do kontaktu s pacientkou s TBC → pacient překládán na TBC oddělení plicní kliniky FN Bulovka

Případ č. 2.

muž, 55r.

10/2014 : Crohnova choroba ilea - komb. KS a AZA, histologicky neverifikovaná

19.3.2015 :

Přijat pro febrílie - *kultivace neg.* (+ komb. ATB), CRP: 269,9 Prokalcitonin: 26,95

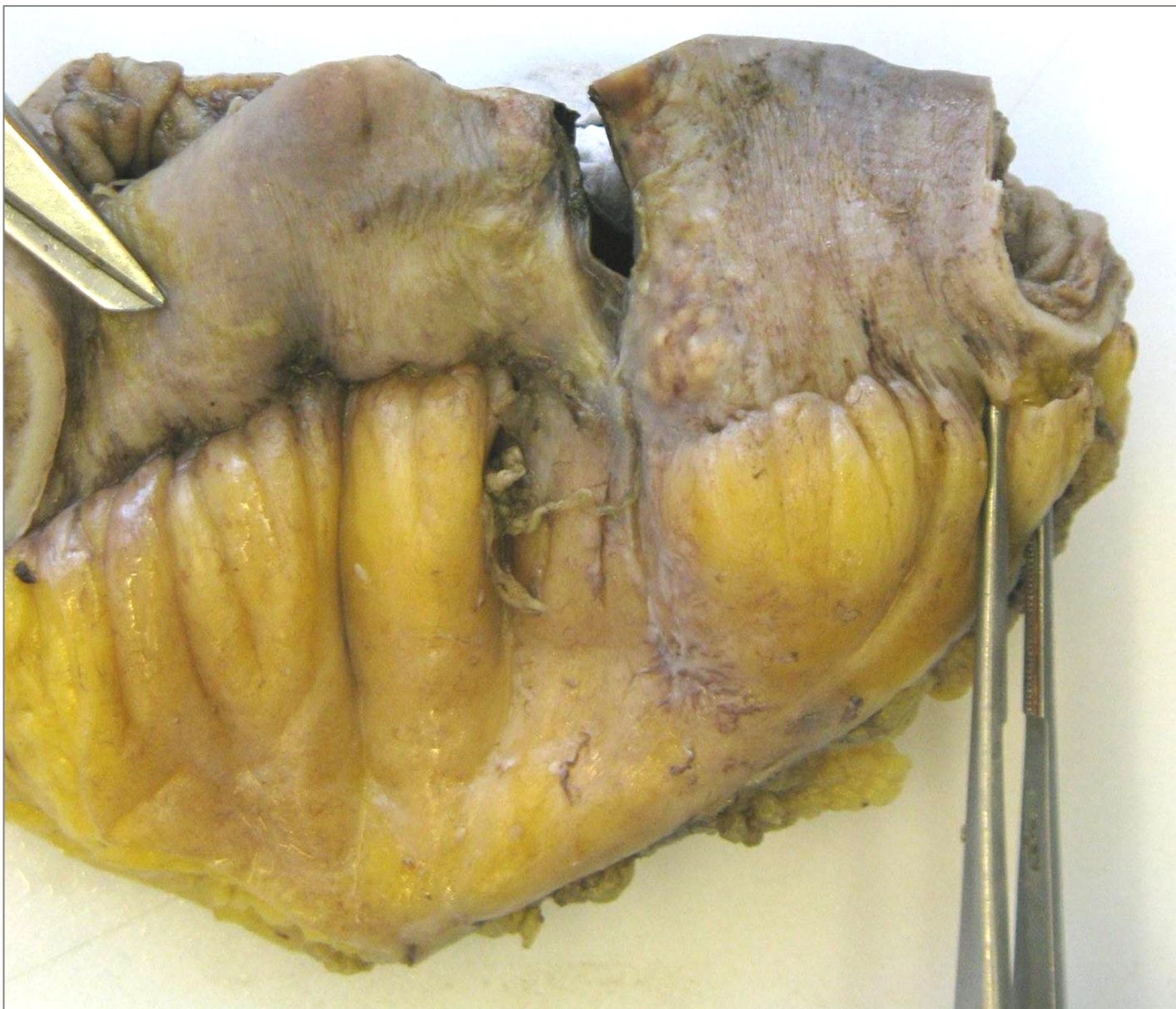
Neutropenie a enteroragie - intermit. krevní převody.

23.3.2015 :

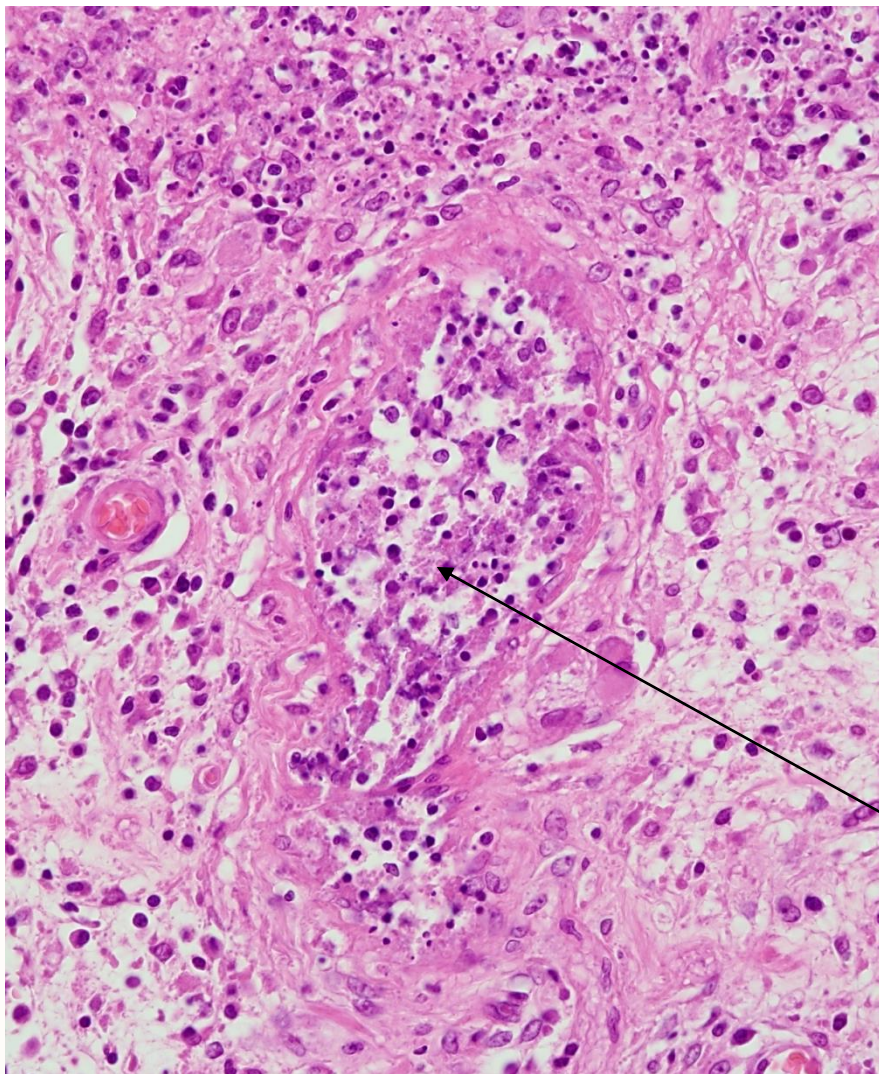
Bolesti břicha - jednoznačně známky peritoneálního dráždění. Nález na bříše progreduje.

CT : evidentní segmentální enteritida některých kliček s vrstvenou stěnou, výpotek v pánvi a kolem jater.

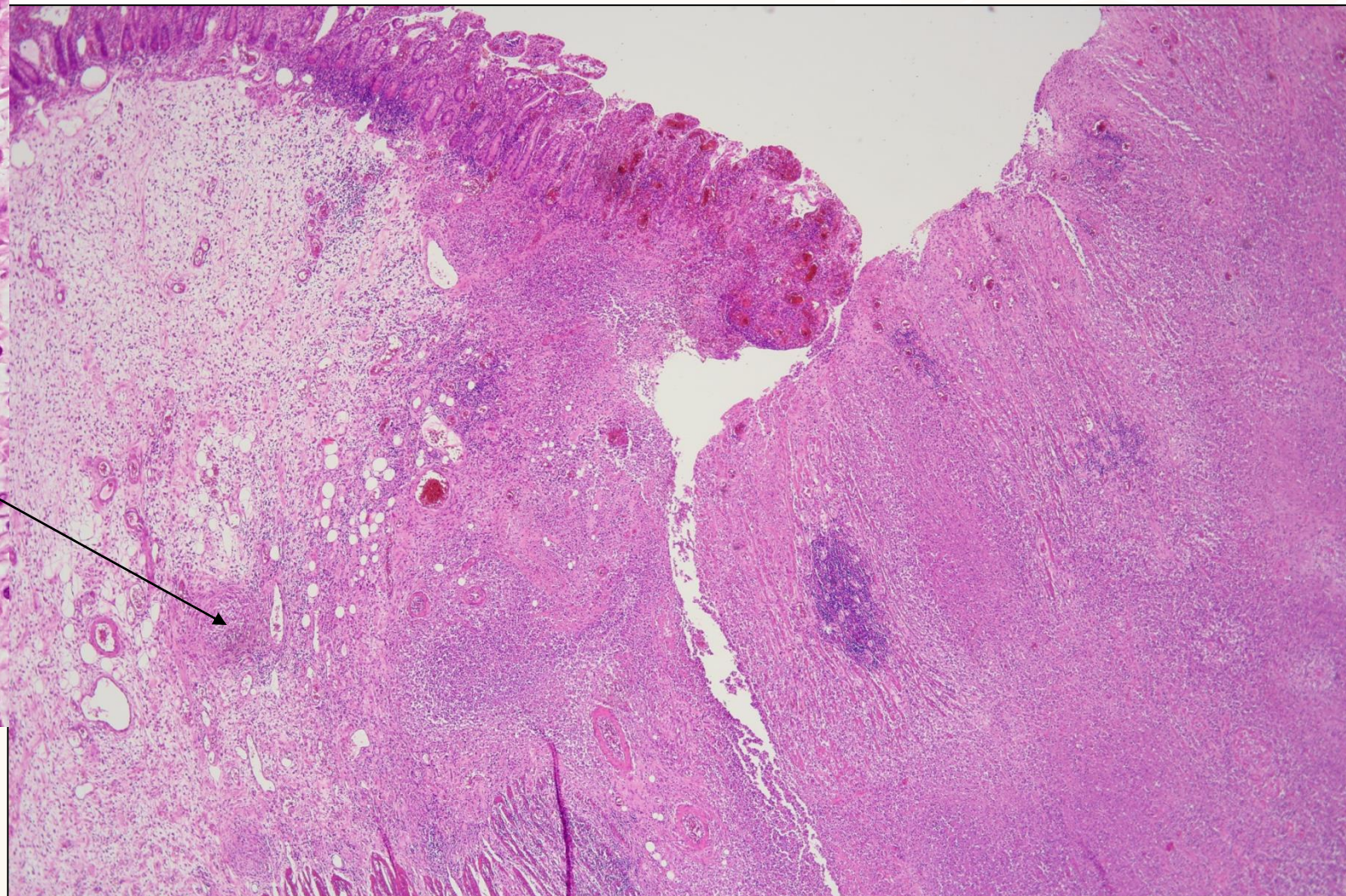
Septický šok → **resekce IC + resekce kličky ilea**



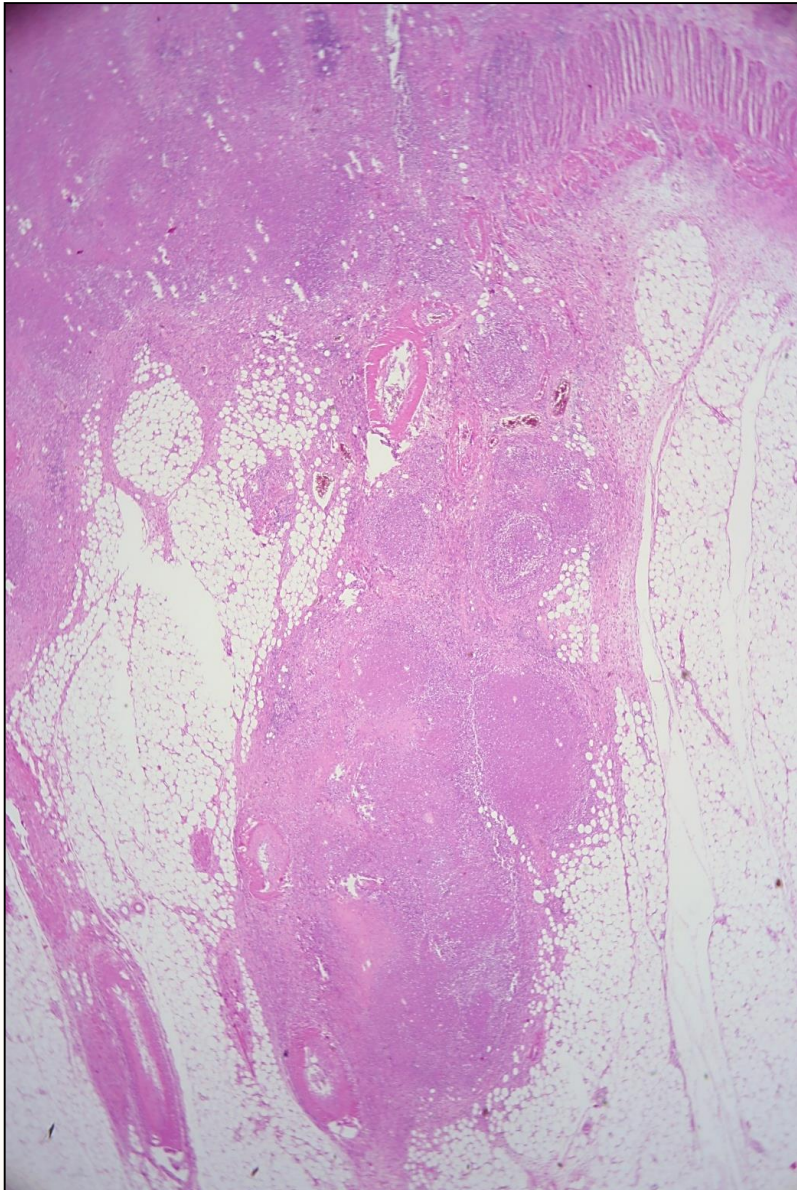
Perforace ilea



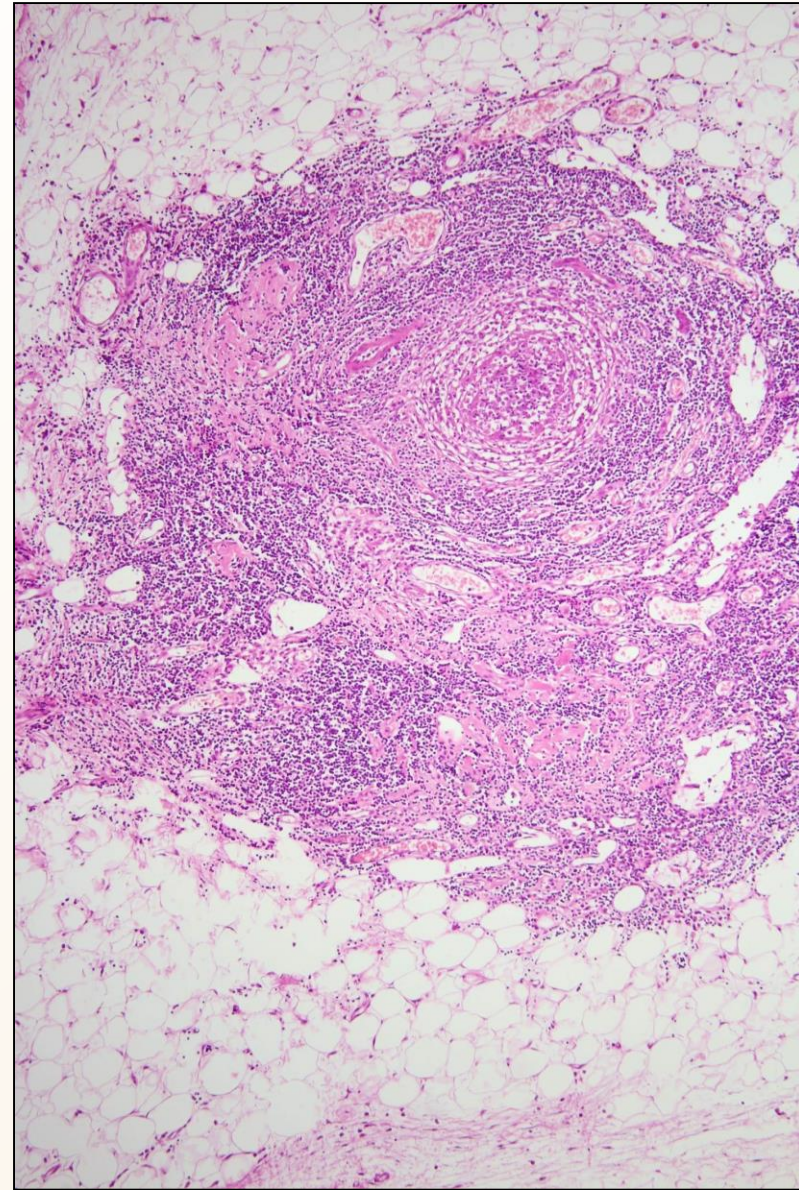
Vaskulitida



Infiltráty v mezenteriu



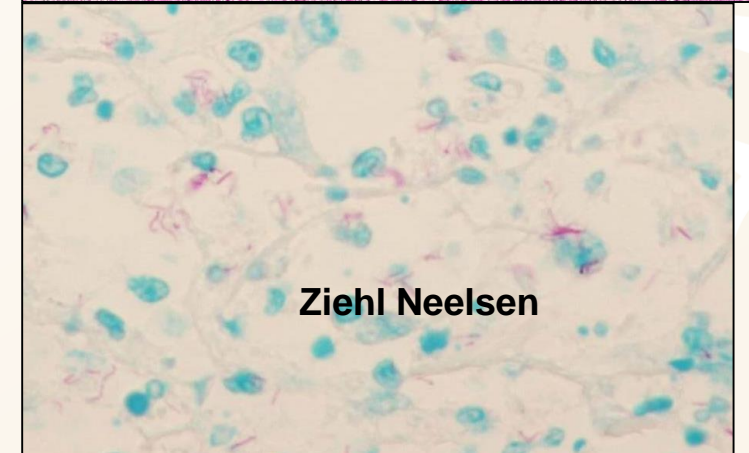
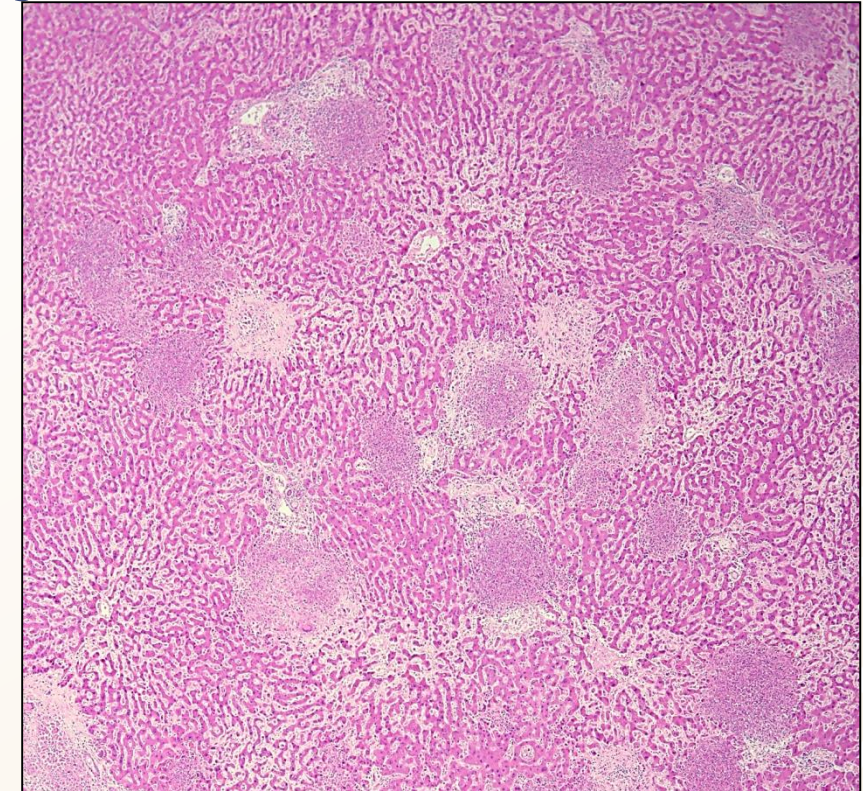
Mezenteriální vaskulitida



Miliární tbc plic



jater



PCR analýza: *pozitivní* přítomnost DNA **Mycobacterium tuberculosis**

Pitevní diagnóza

- **Crohnova choroba ?**
 - Léčená kortikoidy s imunosupresí
- **Generalizovaná TBC** → **Příčina smrti**
 - Pneumonie převážně exsudativní a nekrotizující (kaseozní)
 - TBC enteritis
 - Miliární diseminace (játra, slezina, kostní dřeň, uzliny)



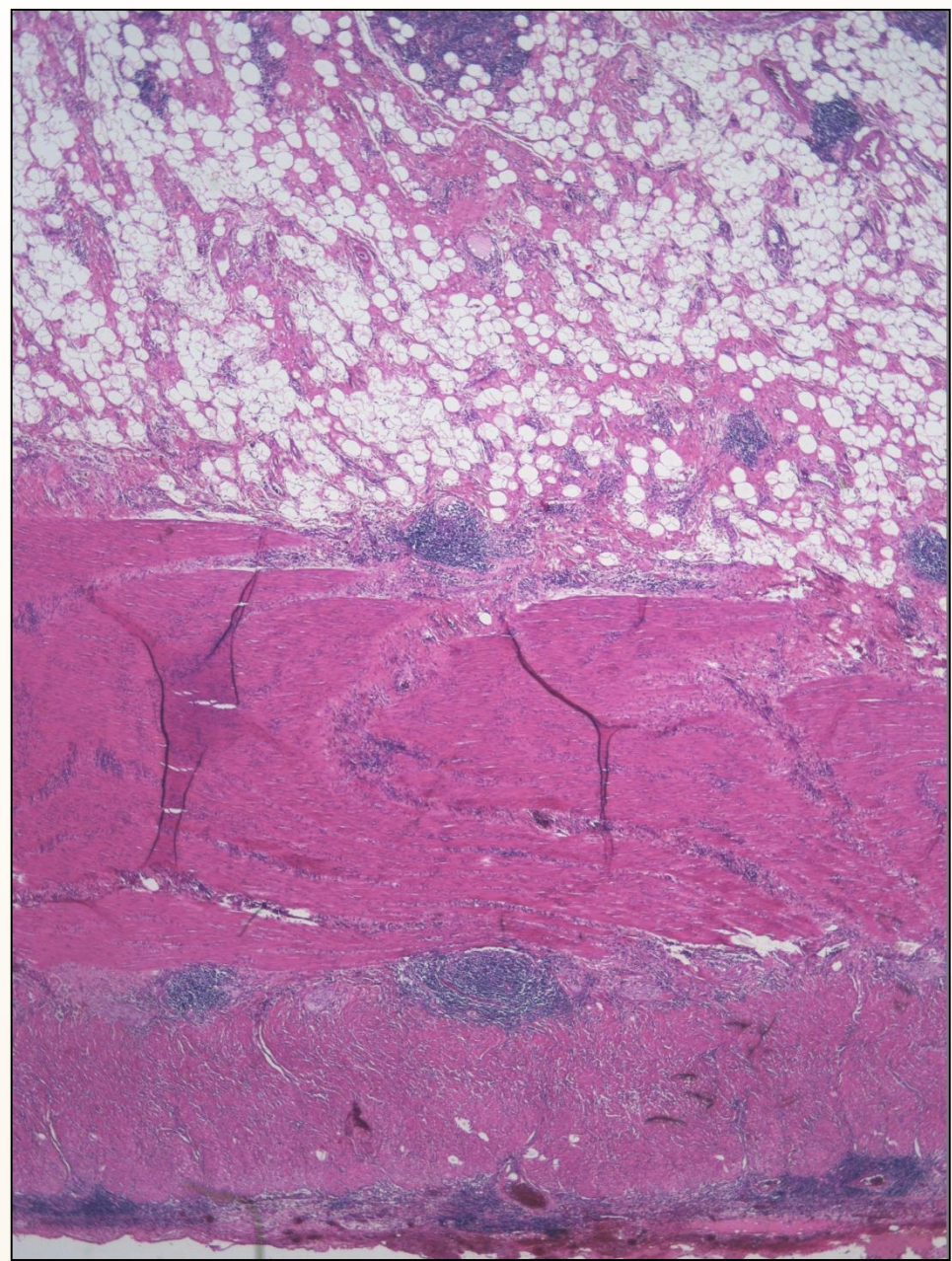
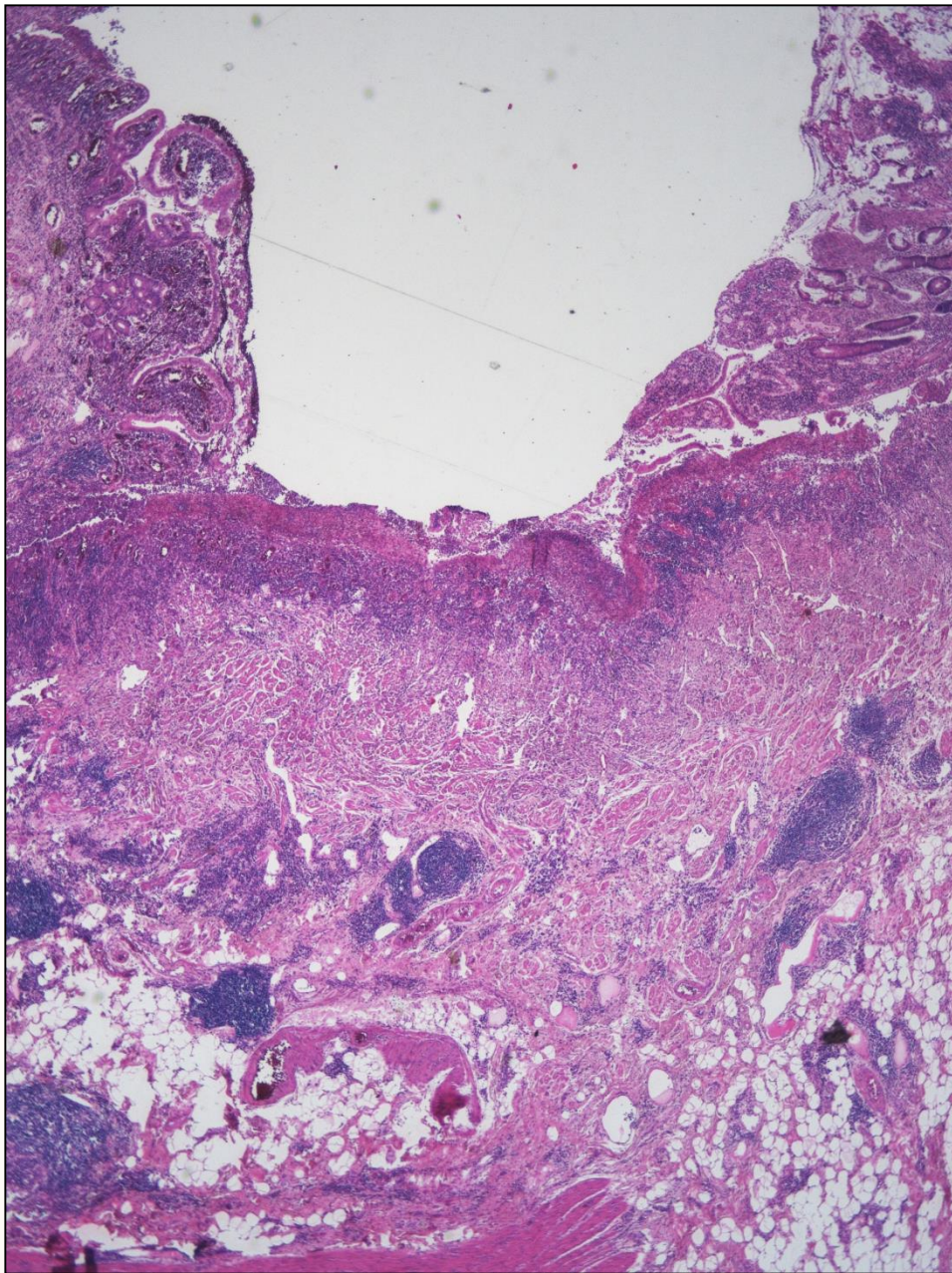
Případ č. 3.

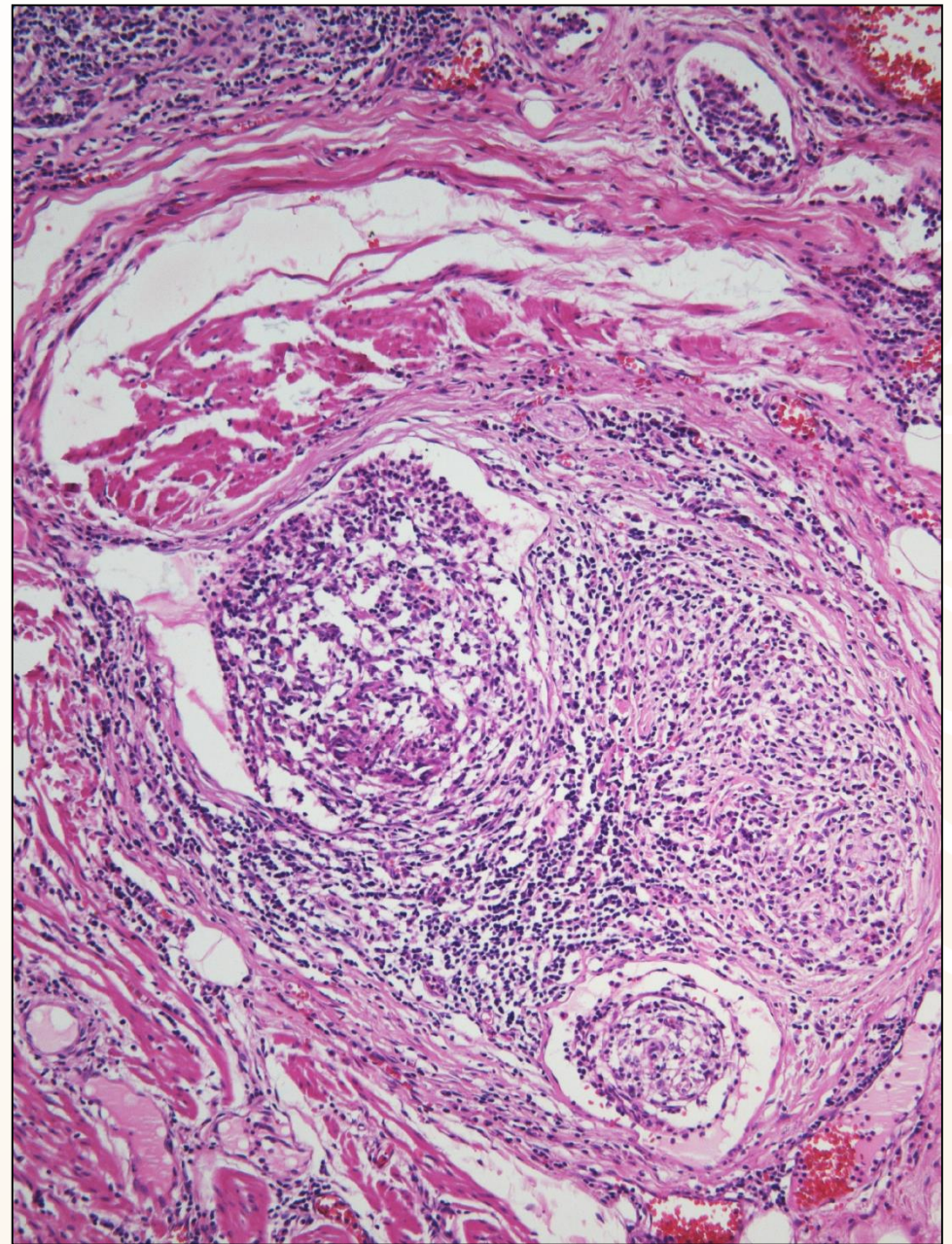
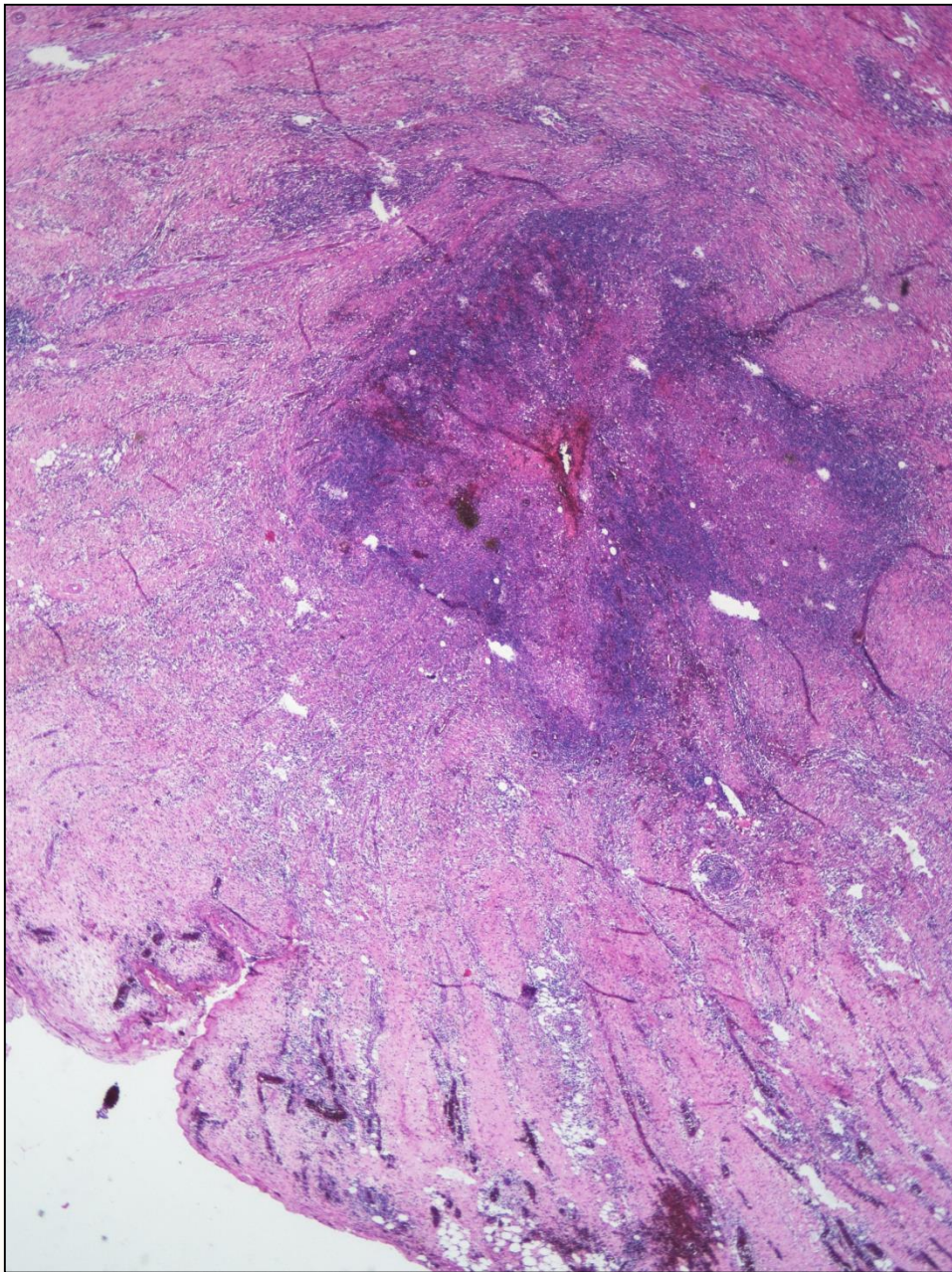
muž, 38 r.

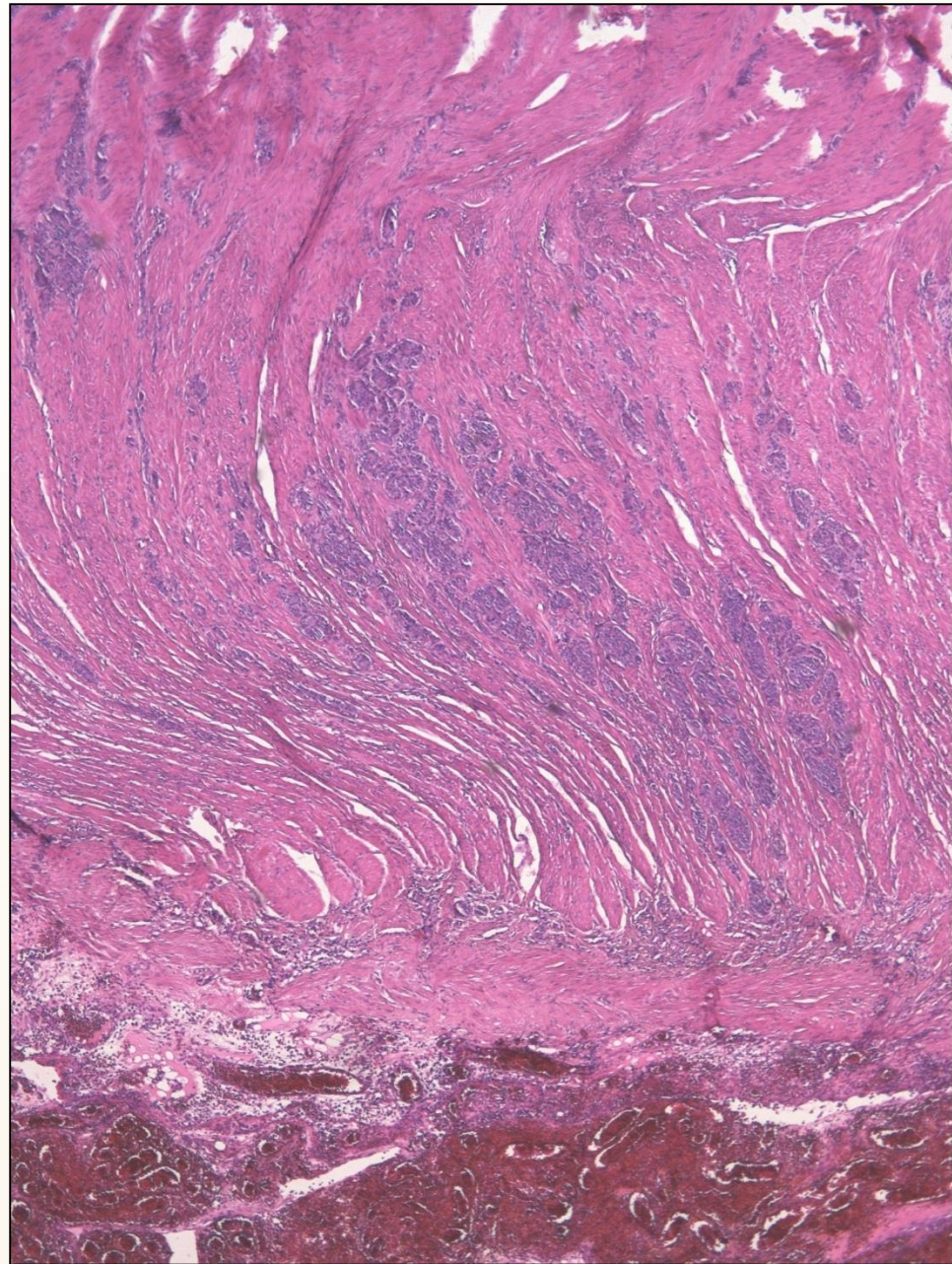
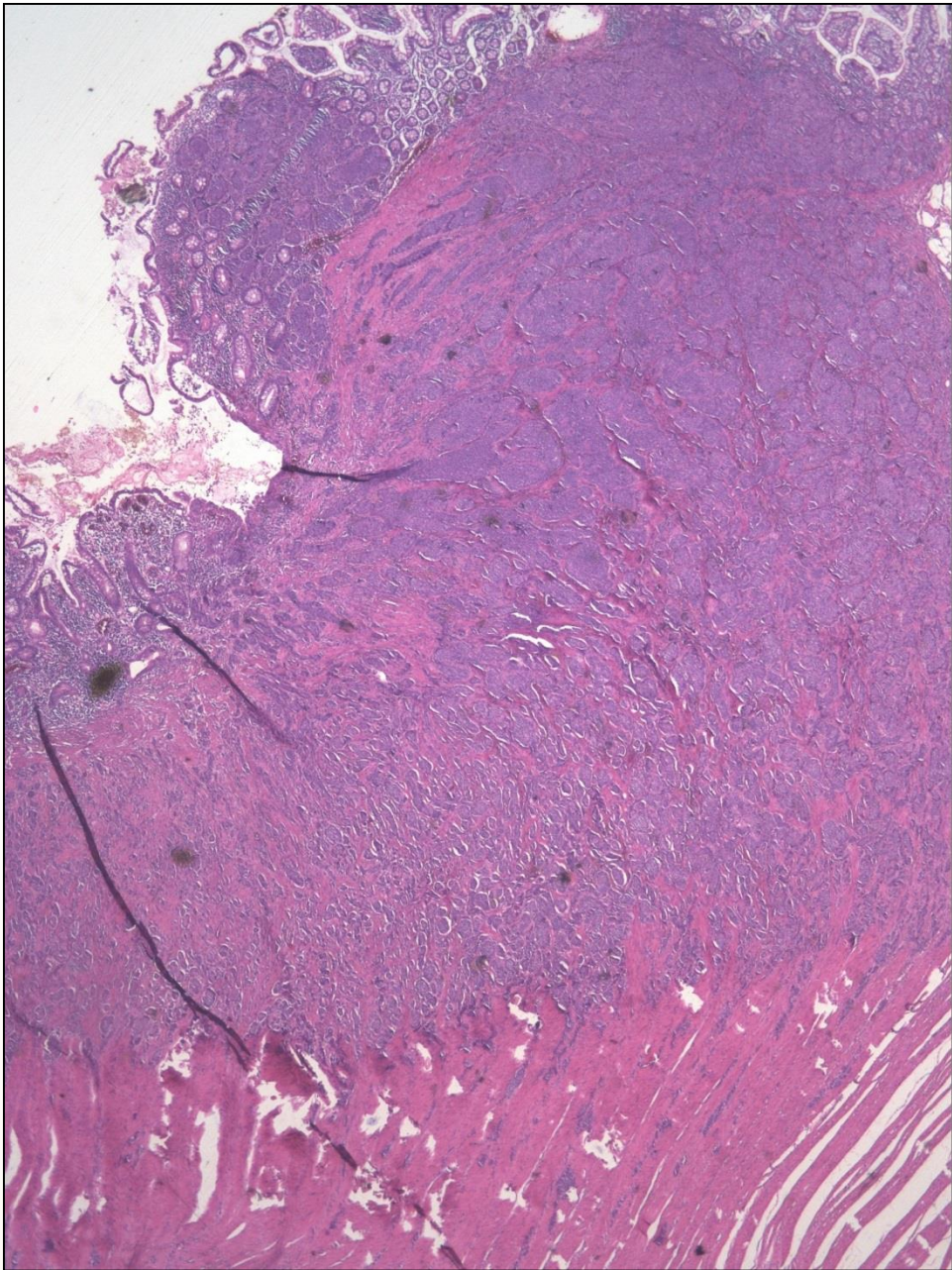
2016 akutně hospitalizován - prvozáchyt ileocékální fistulující Crohnovy nemoci.

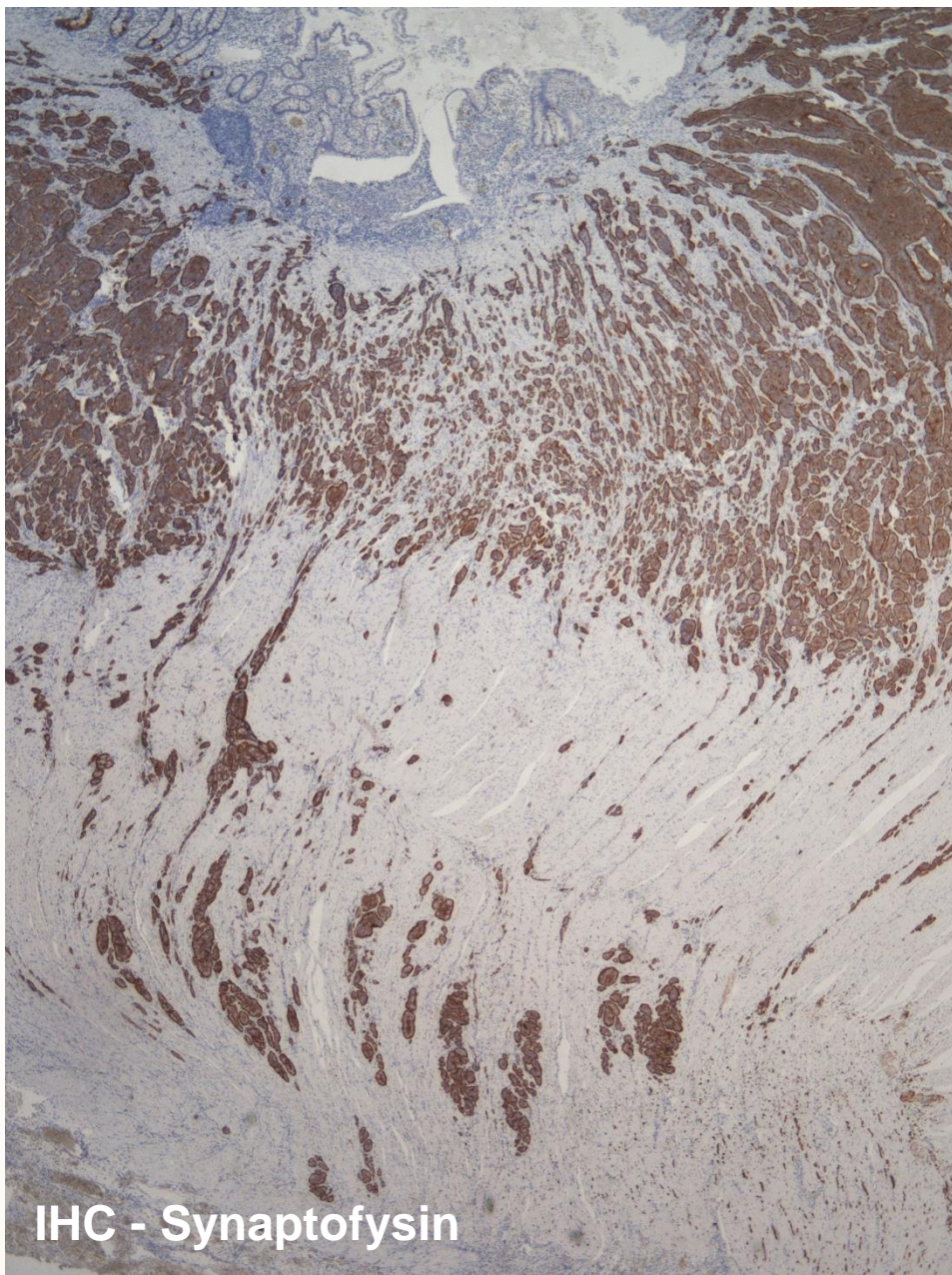
25.4.2017

- **MRE:** edematozní cirkulární rozšíření stěny aborálního ilea až do oblasti Bauh. chlopně, postižený úsek v rozsahu 30 cm se spikulacemi a infiltrátem mezi kličkami ilea v.s. při píštěli v rámci zánětlivého postižení střeva při M. Crohn, nelze vyloučit zánětlivé změny Meckelova divertiklu, známky floridního zánětlivého procesu. Hraniční LU v mesenteriu, apendix nediferencován
- **Koloskopie:** infiltrace IC oblasti, polyp céka-susp. zánětlivý pseudopolypy
- **Závěr:** M. Crohn IC fistulans - k lap. asist. ICR

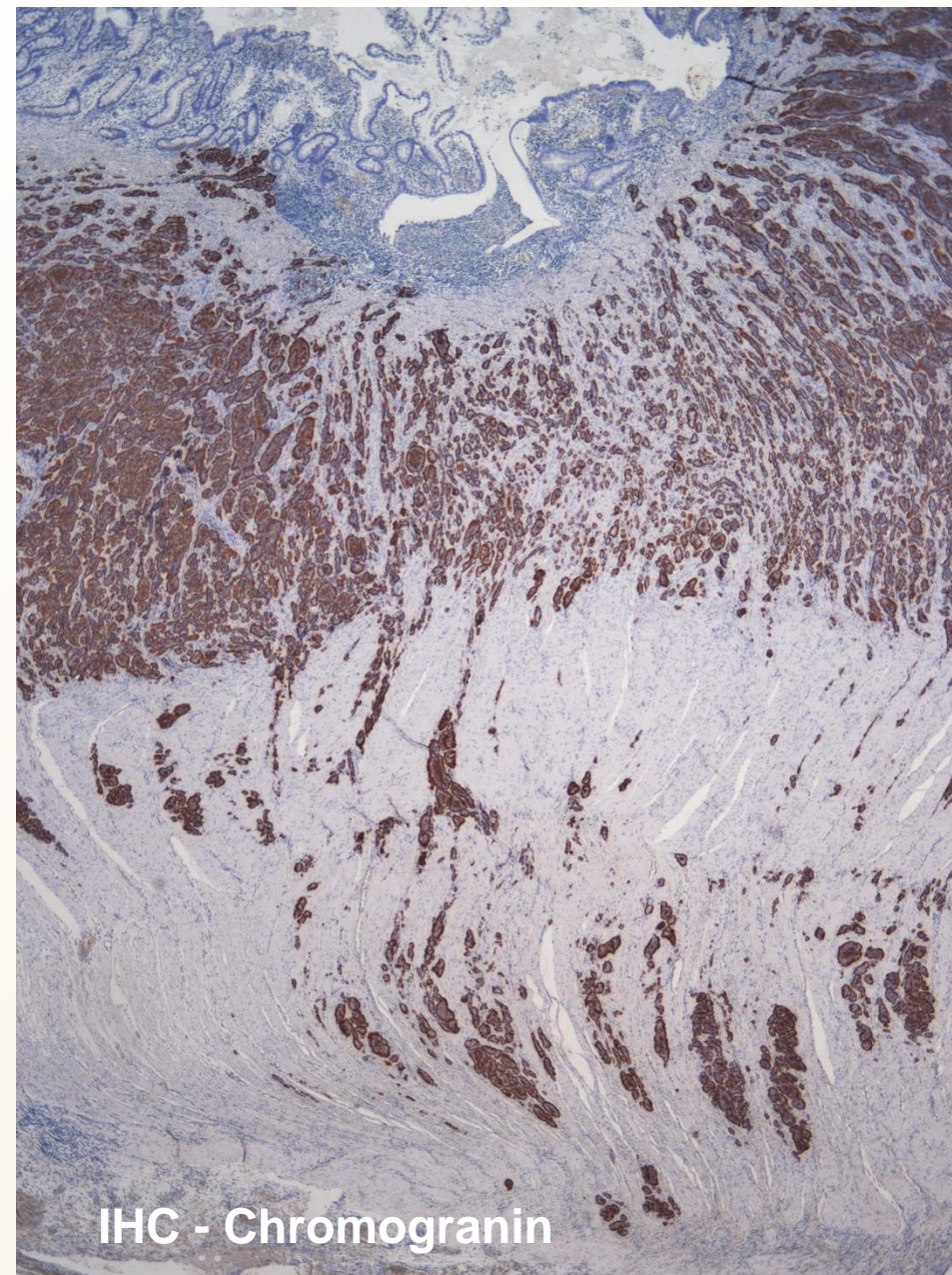








IHC - Synaptofysin



IHC - Chromogranin

Bioptický náález

- ***V ileocekálním resekátu*** těžká floridní stenózující a fistulující Crohnova choroba s mnohočetnými ulceracemi a epiteloidními mikrogranulomy, s erozemi v resekčním okraji ilea, tlusté střevo bez patologických změn.
- ***V dalším resekátu ilea*** je v resekčním okraji zašitém stehy ojedinělá akutní eroze a přibližně uprostřed je ve stěně stěna píštěle. Kromě těchto zánětlivých změn jsou přítomna i 2 izolovaná ložiska neuroendokrinního tumoru G2 bez angioinvaze nebo lymfatických metastáz (10/0).

Další průběh onemocnění

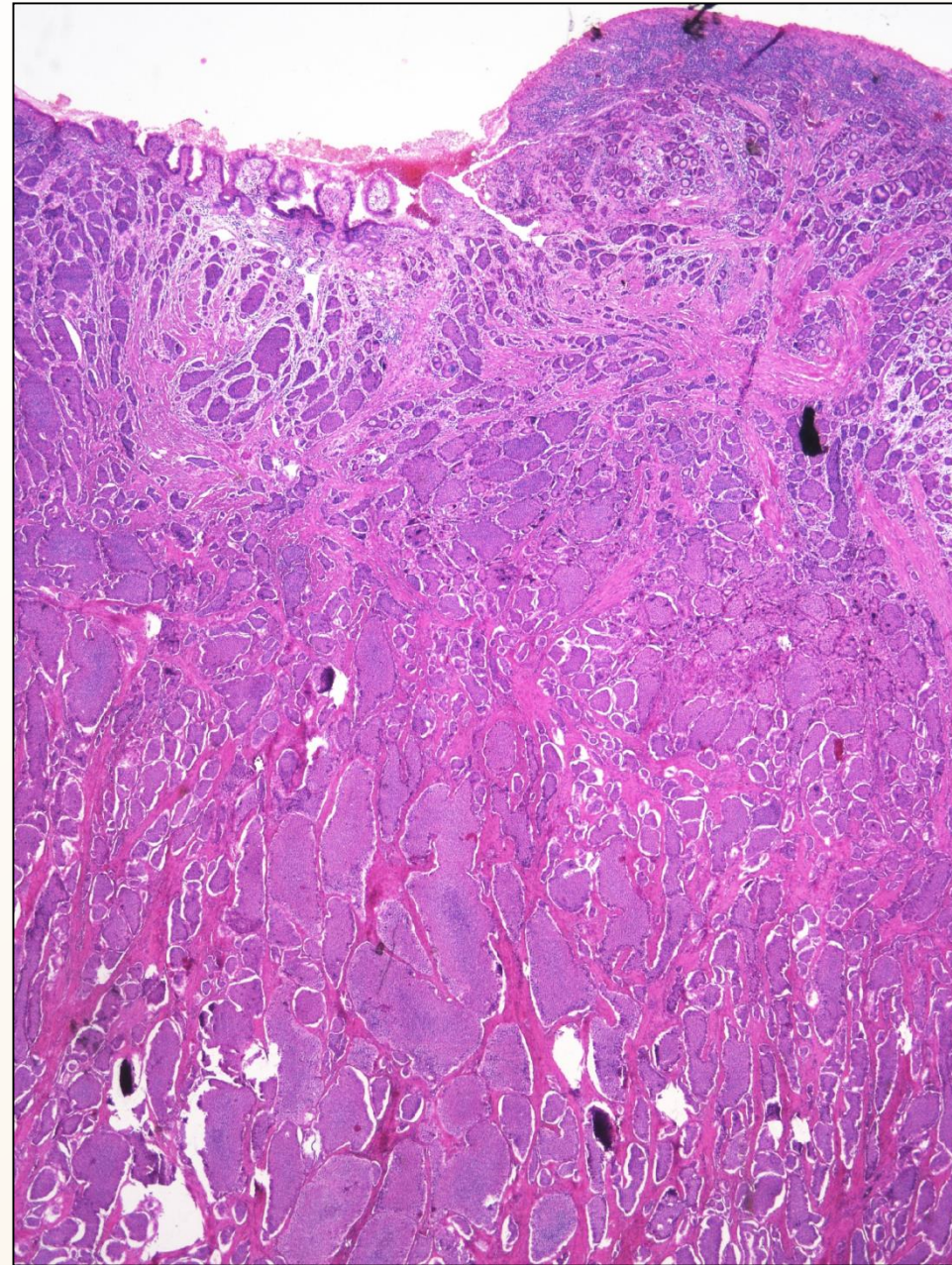
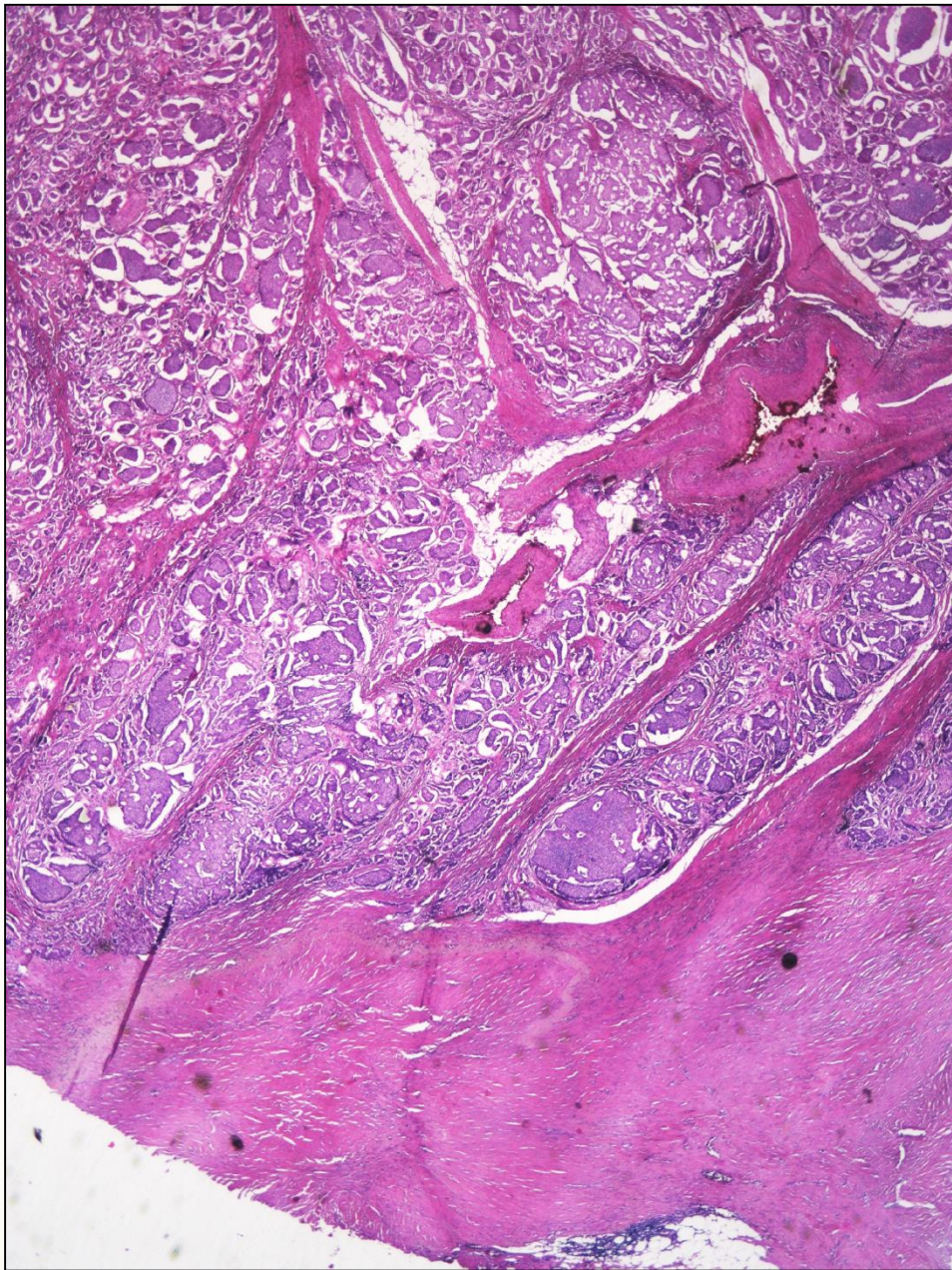
- **Onkologické vyšetření** - 7.12.2017 (po 5 měs.) kompletní restaging NET negativní, nadále dis., odběry zcela v normě vč. HIAA a CgA
- Doporučena koloskopie a GFS cca 1x ročně,
- CT vyšetření 15.3.2018 + odběry ve FN Motol
- Pravidelné KO á 2-3 měsíce při terapii Azathioprinem

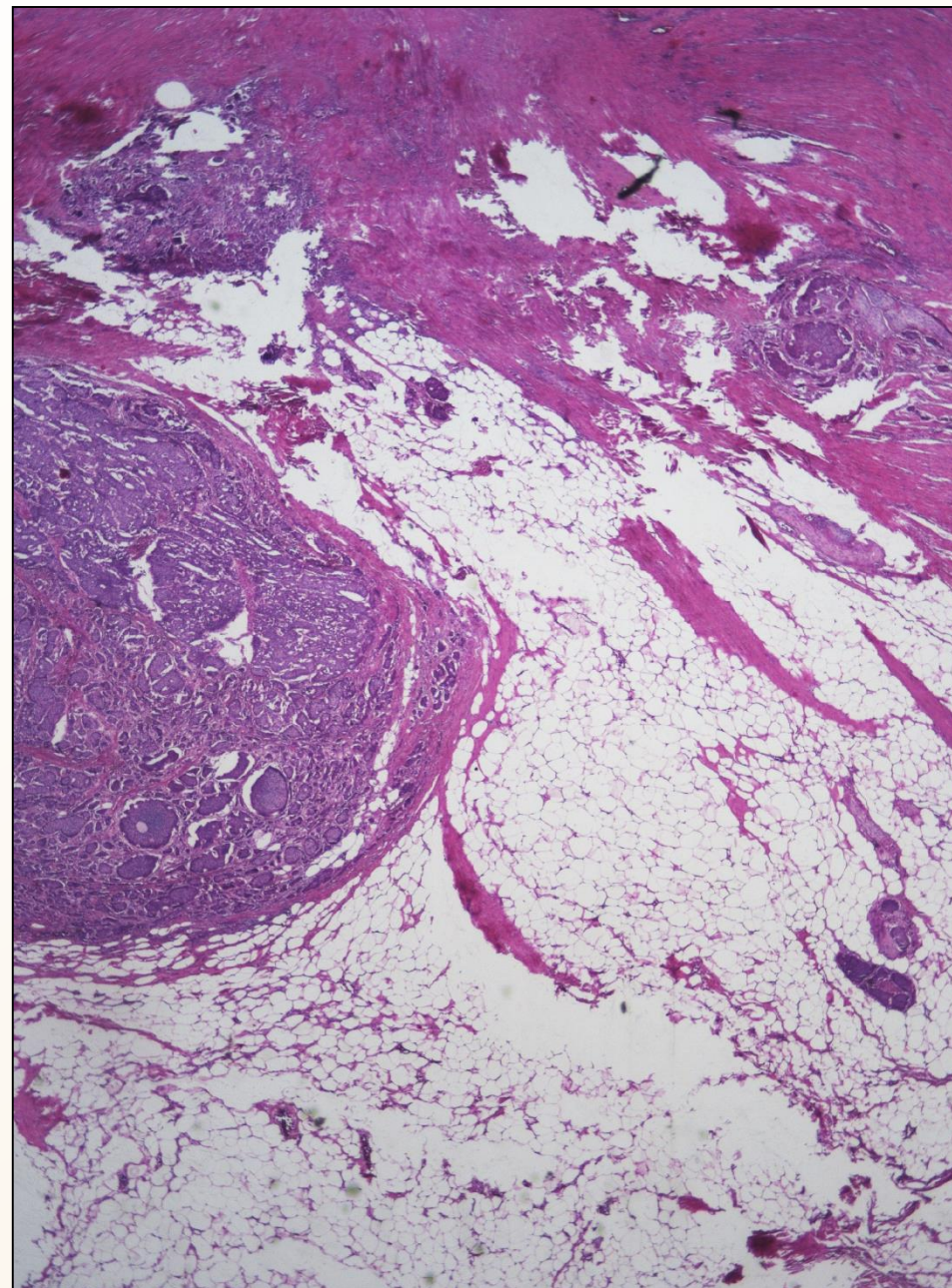
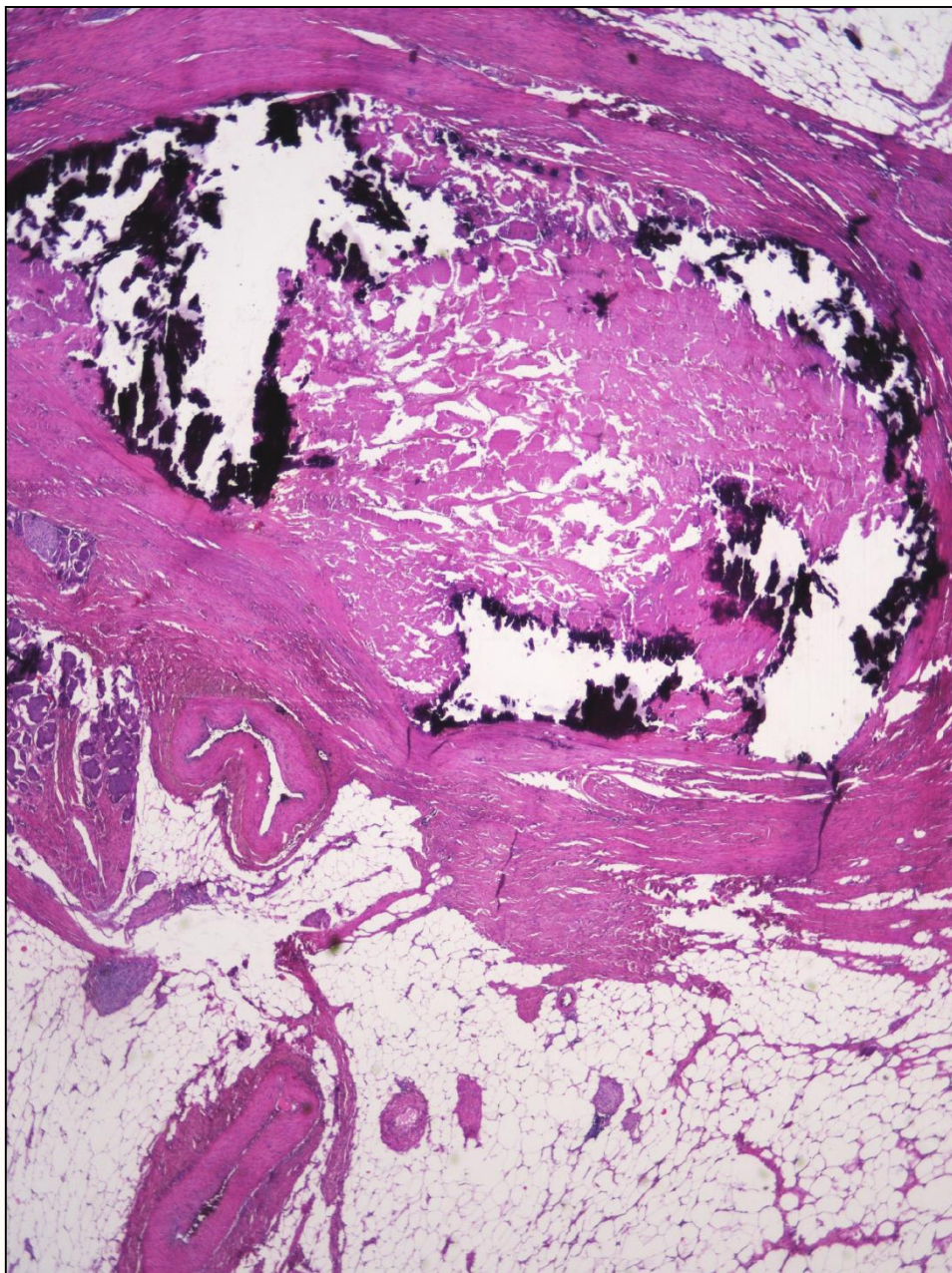
Případ č. 4.

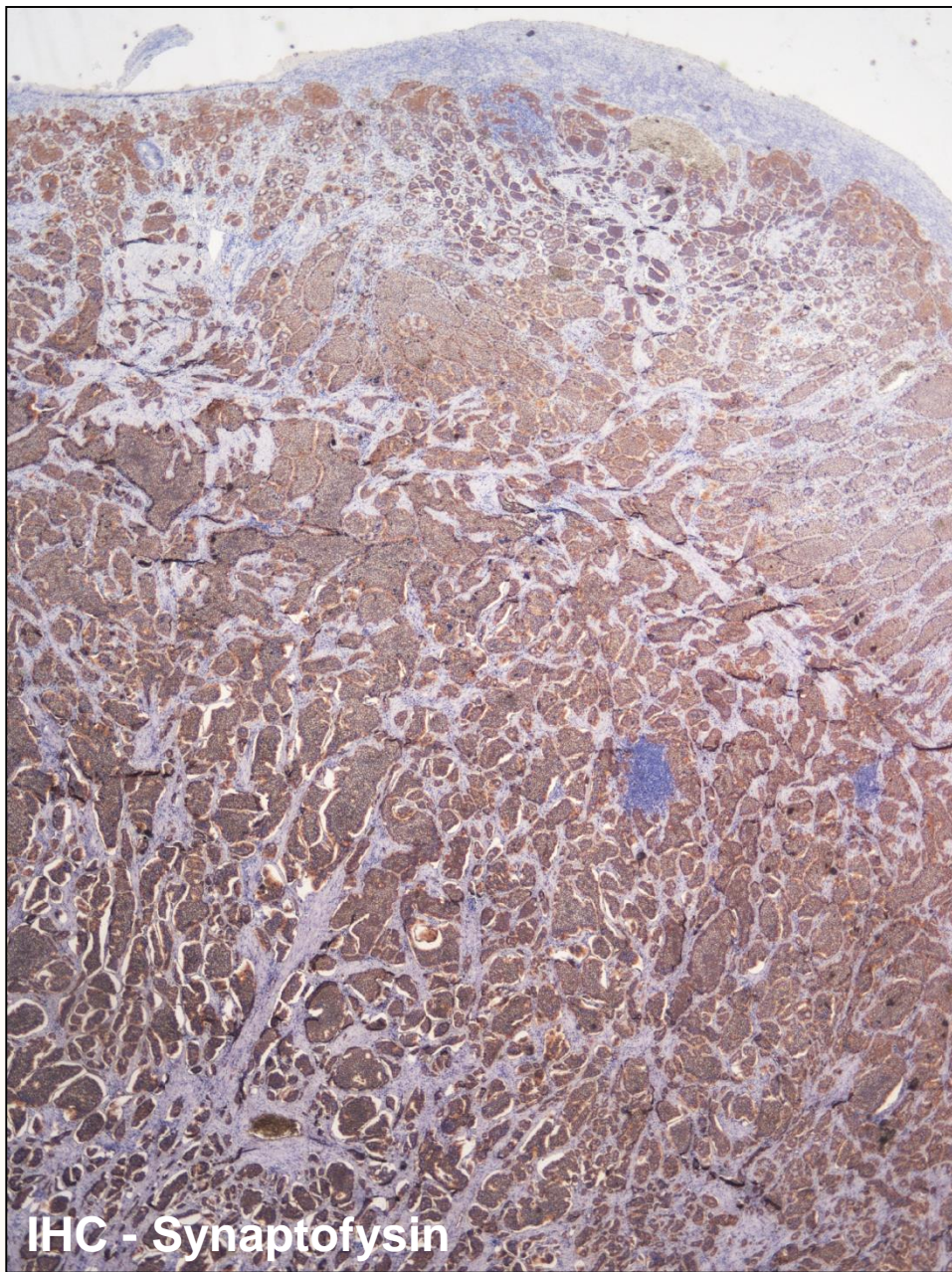
muž, 55 r.

Od r. **2016** křeče v břiše, 4/2016 hospitalizován pro ileosní stav, **CT** ileus tenkých kliček, obraz paniculitidy a sklerozující mezenteritidy, ascites parakolicky - **nález se jeví spíše jako M. Crohn** - zesílená stěna term. ilea s trakčními změnami v okolí, reaktivně zvětšená uzlina do vel. 20x18 mm, zánětlivé postižení distálního ilea v orient. délce 15 cm, v krátkém úseku cca 12 cm od B. chlopně ztráta stratifikace stěny se stenózou v délce 5 cm - **nutno vyloučit karcinoid ilea / M. Crohn.**

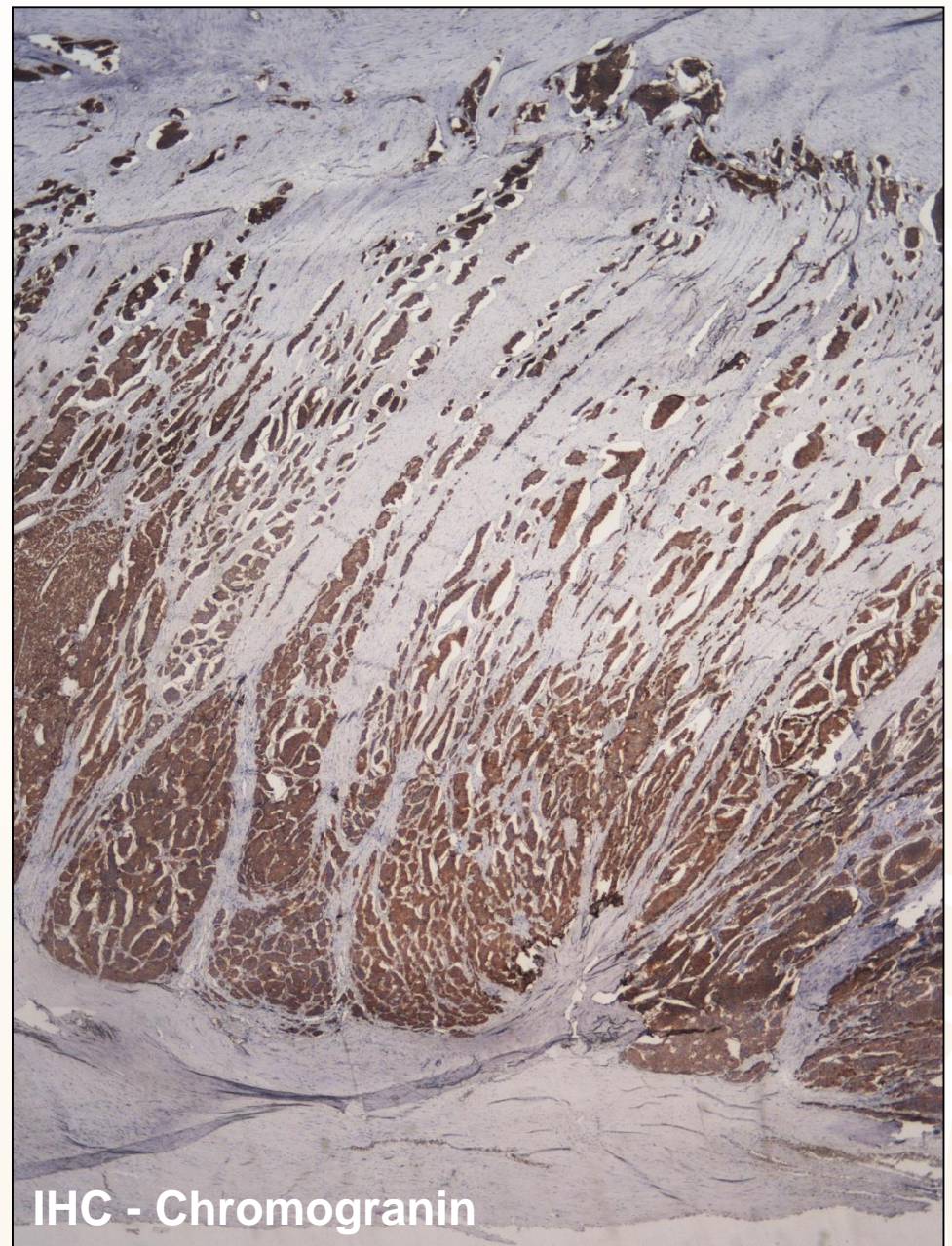
Závěr: Nelze jednoznačně potvrdit Dg. M. Crohn



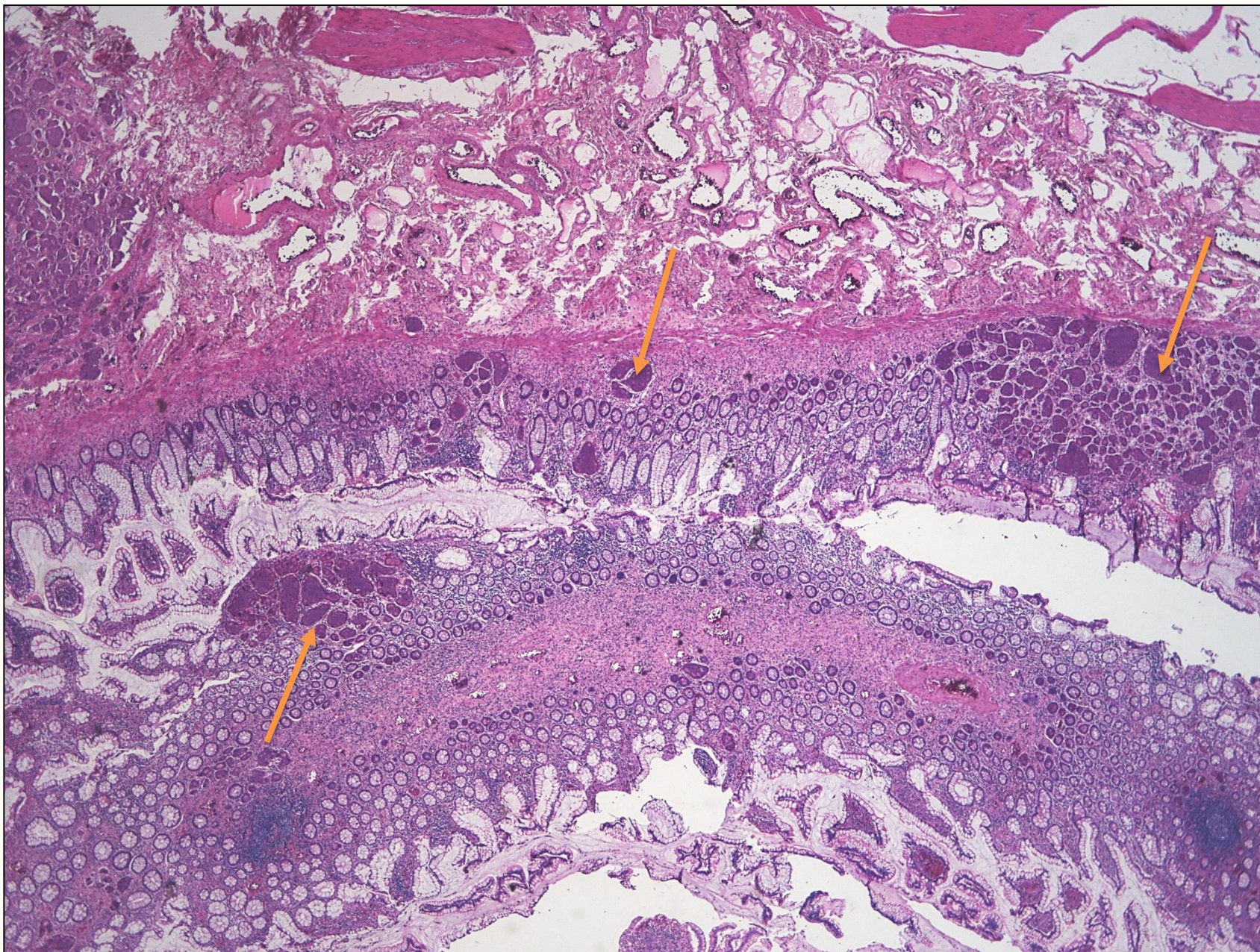




IHC - Synaptofysin



IHC - Chromogranin



Bioptická diagnóza

Neuroendokrinní tumor terminálního ilea NET1 (karcinoid) s nádorovou lymfangiopatií, angioinvazí a perineurálním šířením s invazí do mezenteria včetně jeho resekčního okraje, bez postižení peritonea, v 1 uzlině metastáza (2 mm) a v dalších 2 mikrometastázy (0,6 mm).

M8240/3 G1 pT3 pN1

Další průběh onemocnění

4.10.2017 (4,5 měs. po operaci) **CT vyš. břicha + pánve**

Závěr:

stp. IC resekci s prosáknutím okolního tuku, dnes zmenšení,
okolní lymfadenopatie beze změn,

ložiska v pr. laloku jater neurčité etiologie spíše méně výrazné, v S4 v.s. drobný
hemangiom

subkasul. kolekce ve slezině beze změn,

stp. CHCE, steatoza jater

Případ č. 5.

muž, 48 r.

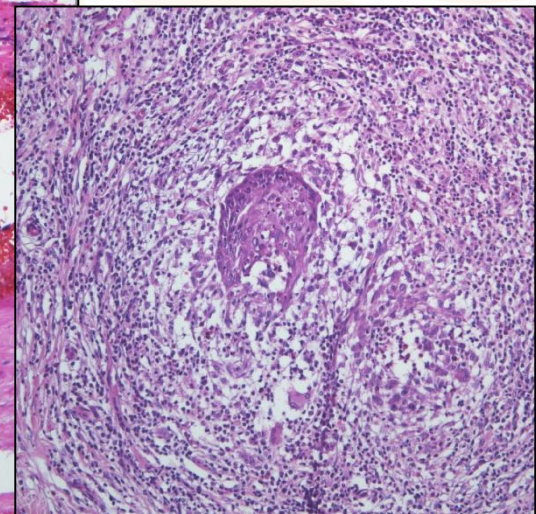
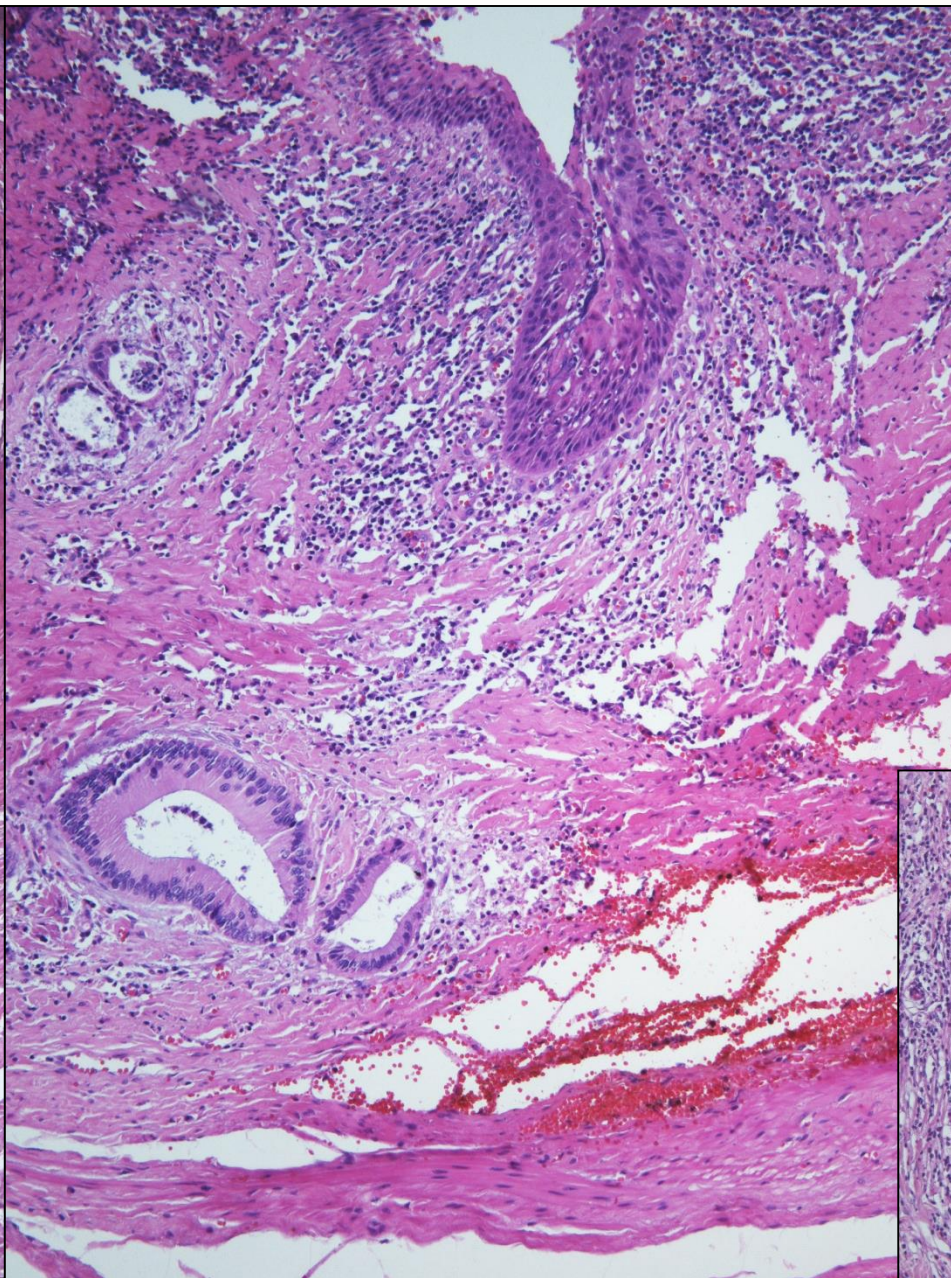
Pacient dlouhodobě léčen pro M. Crohn, byl na biologické terapii

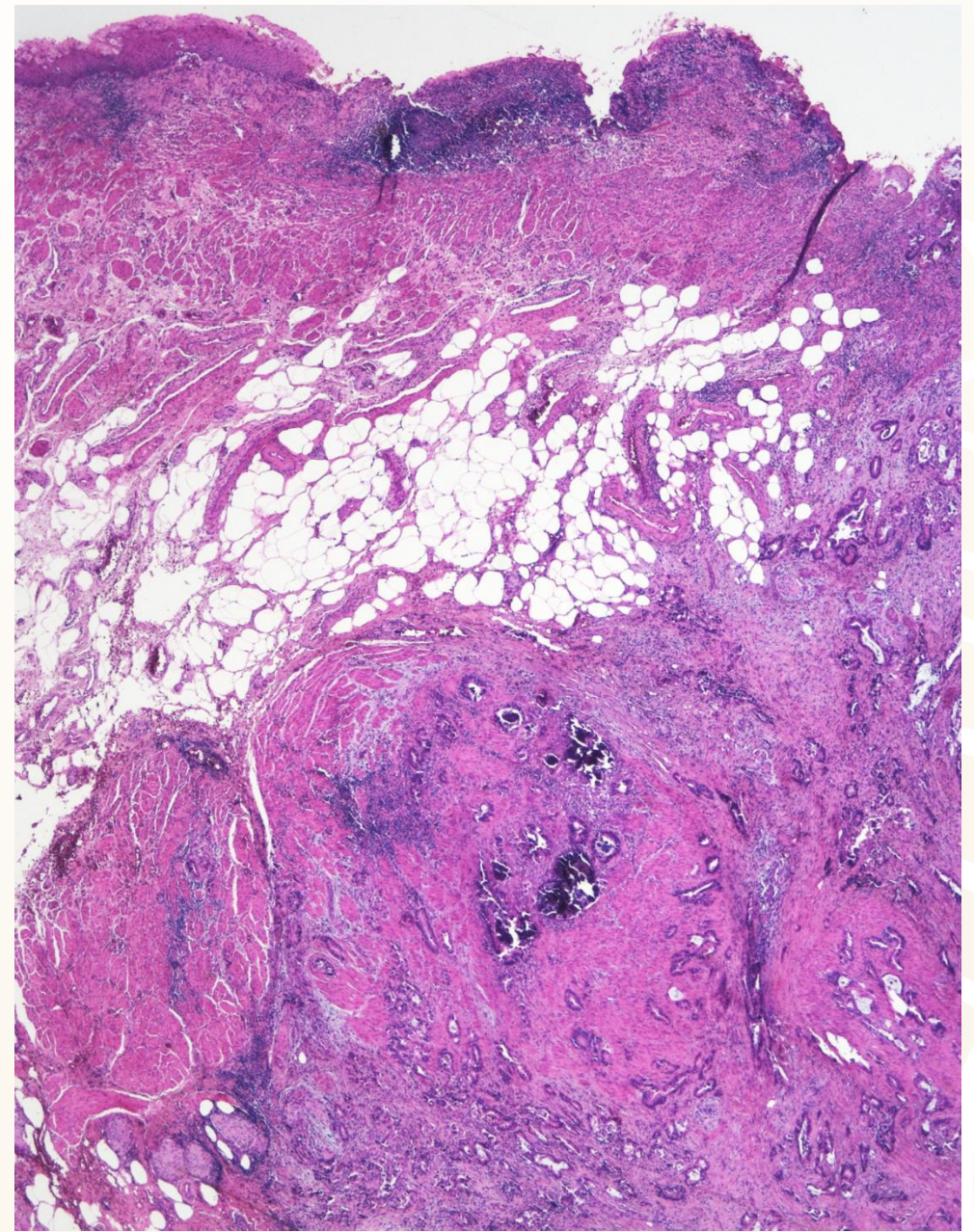
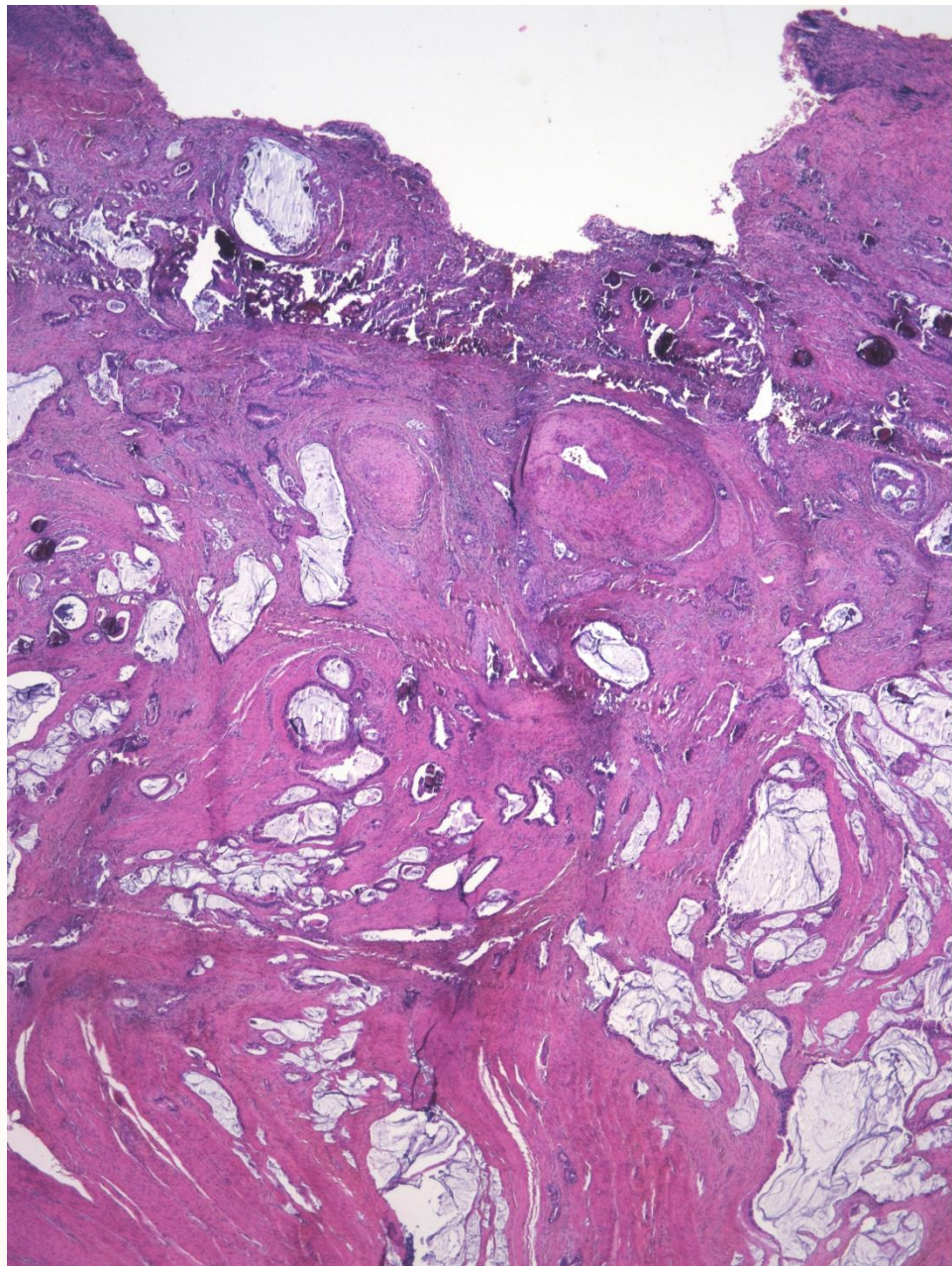
1996: IC resekce (Strakonice)

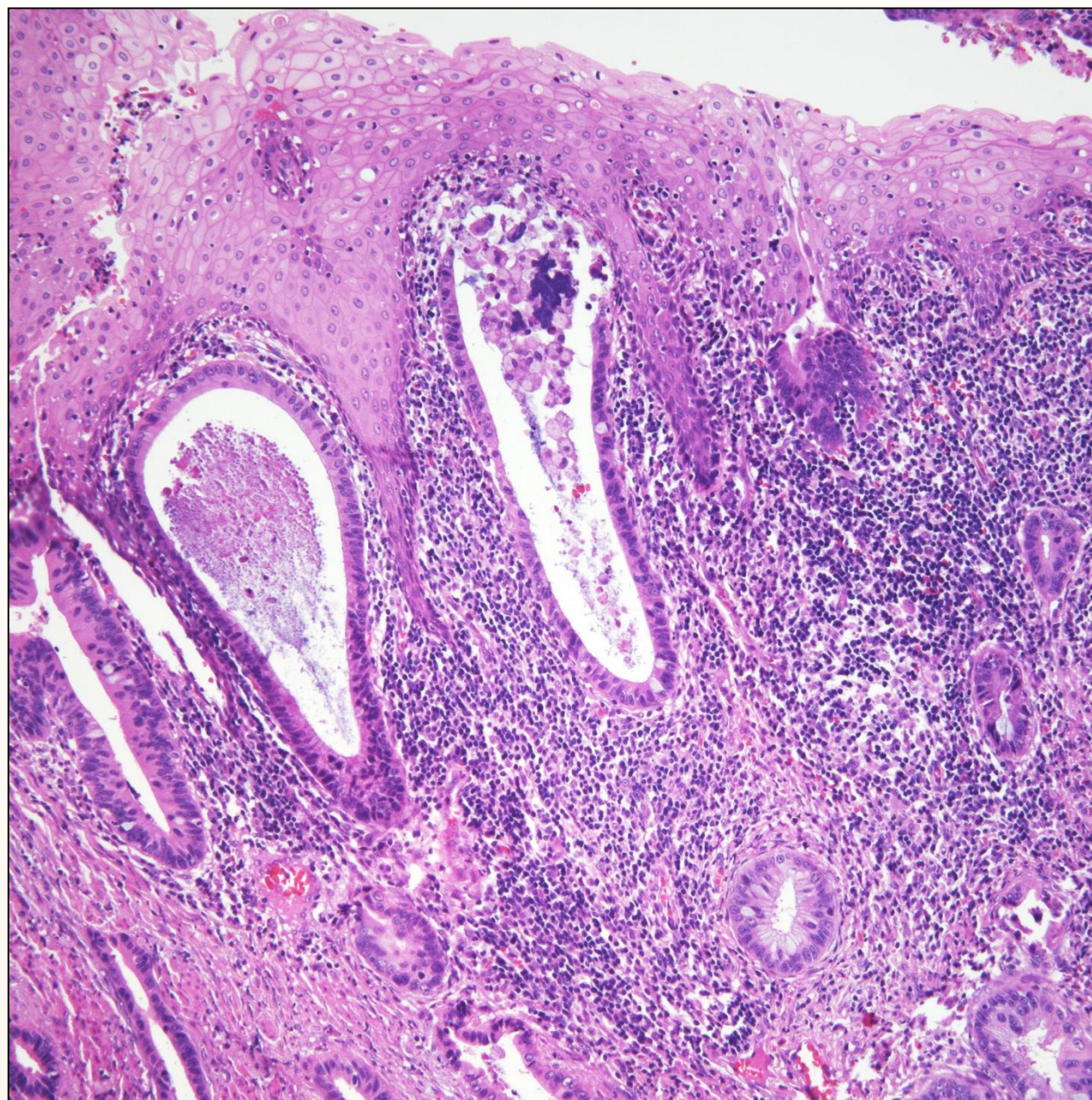
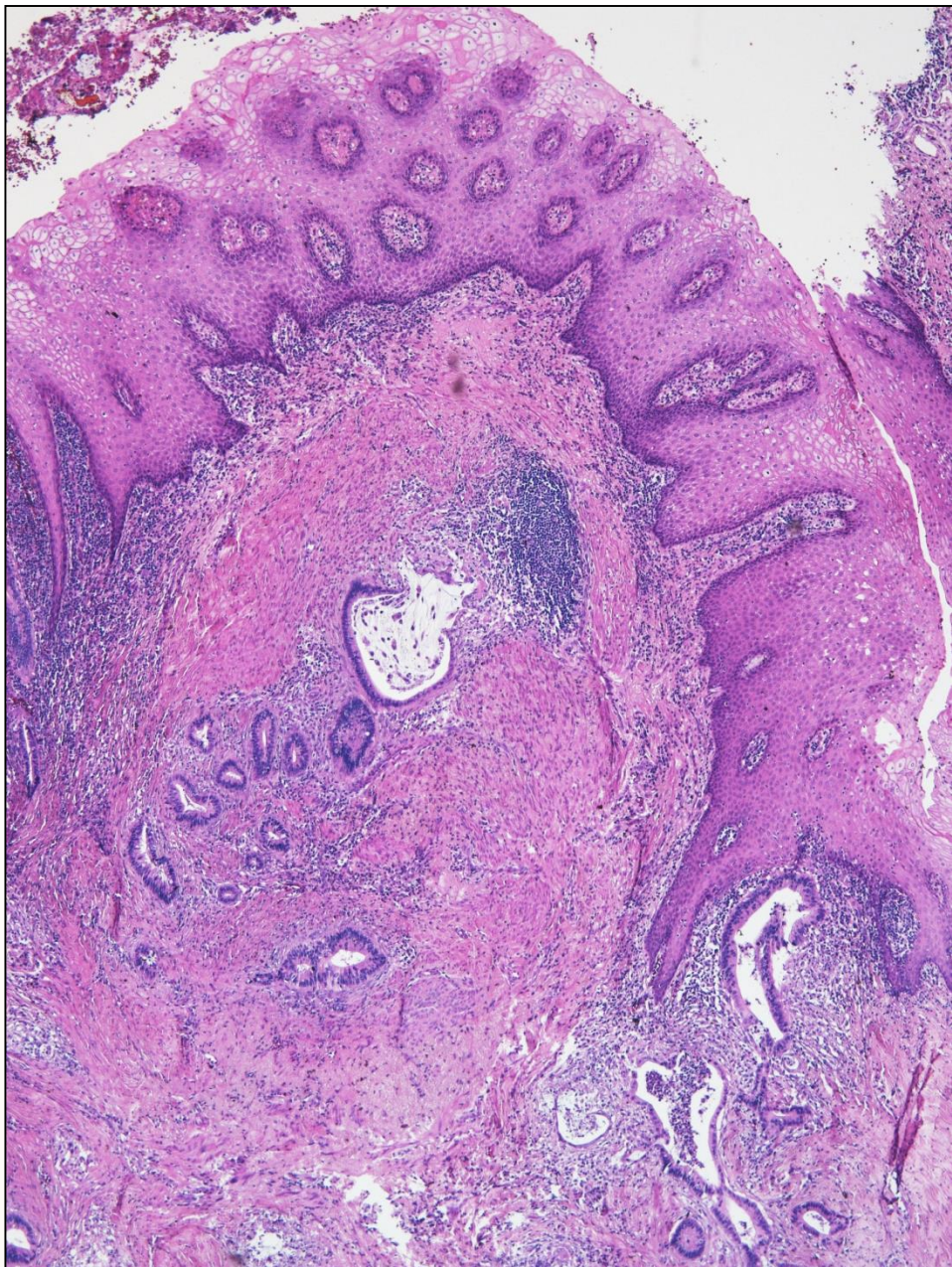
2014 : Reresekce ileotranverzální anastomózy, nová anastomóza, terminální sigmoideostomie (Hořovice)

2012-2016: Opakované drenáže perianální krajiny v CA pro perianální fistulující Crohn

9.11. 2016: Pro rezistentní CN - **preventivní proktektomie** - stěna rekta rozpadlá píštělemi, pánev s těžkými fibrozními změnami







Bioptický náález

V proktometrii kromě ojedinělé drobné kožní píštěle se zánětlivými změnami žádné jiné známky svědčící pro Crohnovu chorobu.

Nádorová infiltrace adenokarcinomem, bez uzlinových metastáz nebo angioinvaze, dosahující do resekčních okrajů.

Exenteratio pelvis posterioris, sutura int. tenuis

(2 měsíce po prokterektomii)

Bioptický nález:

V resekátu tuku pánve s kůží - reziduální nádorová infiltrace hlubokých měkkých tkání malé pánve, která zasahuje do laterálních resekčních okrajů. Nádorová angiopatie ani perineurální šíření nezastiženo.

Semenné vajíčky a ostatní resekáty z malé pánve bez nádorových změn.

Další průběh onemocnění

27.6.17 ukončena radioterapie v ČB, 55 Gy bez CHT pro trombocytopenii

3.11.2017 PET/CT nem. České Budějovice

Závěr: presakrálně dnes jen metabolicky klidná fibróza, jediný hypermetabolický fokus intergluteálně, při minulém vyšetření zde ústila píštěl, dnes bez morfologického korelátu

Nadále bez lymfadenopatie, bez známek vzdálené generalizace.

31.1.2018 Onkologie Nemocnice Strakonice MUDr. Švihálek:

- Tumormarkery CEA a C 19-9 v normě

Co se očekává od histologického nálezu u IBD?

Správná histologická diagnóza

- **POCHYBNOSTI** patologa
- *Makroskopický nález:*
 - necharakteristický makroskopický nález resekátu
 - méně obvyklá lokalita pro CN/UC
 - distribuce zánětlivých změn ložiskové/difuzní
- *Mikroskopické změny:*
 - necharakteristické zánětlivé změny pro UC/CN
 - ulcerace bez výraznější aktivity v okolní sliznici (susp. CMV)
 - přítomnost granulomů pro CN netypických

CN - granulomy

Ústav patologie VFN

Endobiopsie

	<u>případy CN</u>	<u>granulomy</u>	
2016	381	11	2,8 %
2017	330	20	6,1 %

Chirurgické oddělení Nemocnice
Hořovice

Resekáty

	<u>případy CN</u>	<u>granulomy</u>	
2016	73	18	25%
2017	77	24	31%

Kdy nelze očekávat od histopatologického vyšetření validní nález?

Nesplněné postupy pro správnou diagnózu

- Nedostatečné informace pro patologa
- Limitovaný materiál pro diagnózu
 - Špatná fixace - nedostatečné množství formolu
 - Malé množství materiálu
- Nevhodný vzorek pro správnou diagnózu
 - Jen rektum k dg. CN nebo mikroskopické kolitidy
 - Dg. indeterminované kolitidy z endoskopického odběru
- Málo zkušený patolog



ZÁVĚR

Pro stanovení správné diagnózy zánětlivých onemocnění GIT je nezbytná úzká spolupráce klinického lékaře a patologa se vzájemnou konfrontací výsledků všech provedených vyšetření, klinického obrazu onemocnění a mikroskopického nálezu. V případě pochybností je nutné případ spolu diskutovat.



Pracovní
skupina
pro IBD



Děkuji za pozornost