

MVZ DÜREN
Histologie • Zytologie
Molekulare Diagnostik

pT1 CRC

Histologische Beurteilung

S3-Leitlinie 2019



Critical points of assessment

- WHO Grading
- Tumor budding (TB)
- LVI
- R-Status
- **Pedunculated: Haggitt level**
- **Sessile: submucosa invasion**
 - **surgical resections**
 - Kikutchi level (sm1-sm3)
 - **EMR** in mm/ μ m
 - <1000 μ m low risk (0-6% risk of LNM)
 - >1000 μ m (sm3 -20% risk of LNM)



International tumour budding consensus conference

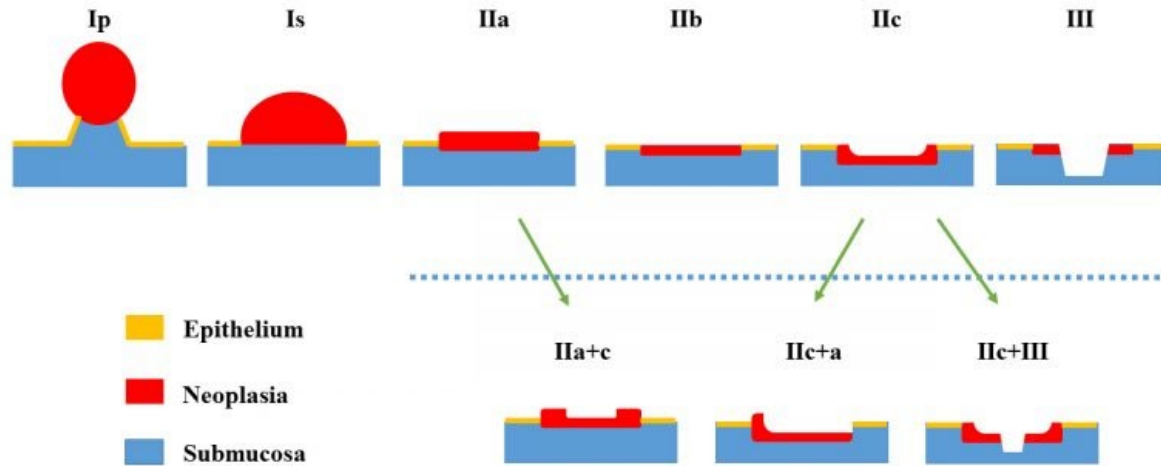
- **On H&E slide!**
- 0-4 buds : low budding (Bd1)
- 5-9 buds : intermediate budding (Bd2)
- 10 buds : high budding (Bd3)

Recommendations for reporting tumor budding in colorectal cancer
Mod Pathol 2017

Onkologie | S3-Leitlinie 2019 Kolorektales Karzinom

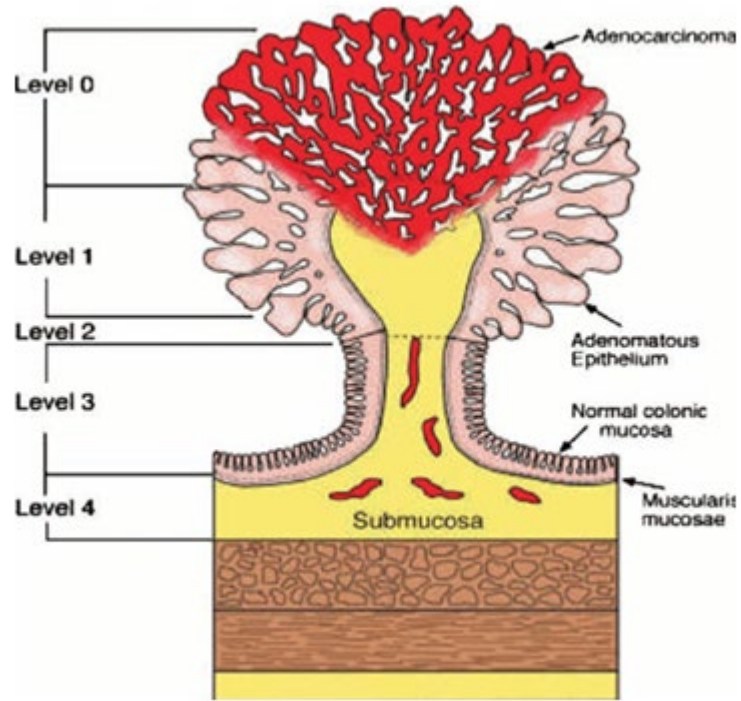
- Tumor-Budding: histologischer Nachweis von Tumorzell-Clustern (fünf oder weniger Zellen) entdifferenzierter oder isolierter Tumorzellen an der Invasionsfront.
- Dabei soll die Invasionsfront mit 200-facher Vergrößerung mikroskopiert werden
- Grade
 - 0-4; Bd1
 - 5-9; Bd2
 - >9; Bd3

Endoscopic evaluation: Paris classification



- Typ 0-I bezeichnet die erhabenen oder polypös/polypoiden
- 0-Ip polypoid/polypös-gestielt
- 0-Is polypoid/polypös-sessil, breitbasi

Endoscopic evaluation: Paris classification



Haggitt level (1-4)

Haggitt 1-3 =sm1
(Leitlinie)

Only Haggitt 4 relevant

Onkologie | S3-Leitlinie 2019 Kolorektales Karzinom (S 98)

- Submucosainvasion, am Operations-bzw. Polypektomiepräparat ausgemessen (**vor allem bei sessilen/flachen Läsionen**). Hierbei hat sich bei **Operationspräparaten bewährt, die Submukosaschicht in drei Drittel** aufzuteilen. Am **Präparat eines sessilen Polypen**, das mittels endoskopischer Polypektomie gewonnen wurde, **ist aber nur die Messung der Submukosainvasionstrecke in μm sinnvoll**, da die Submukosa als Gesamtschicht nicht zuverlässig zur Verfügung steht bzw. keine Muskularis propria miterfasst ist.

Die sogenannten frühinvasiven Formen (sm1 = Submukosainvasion $<1000 \mu\text{m}$) haben mit 0-6% ein geringes N+-Risiko [491, 582-585]. Bei sm3-Karzinomen hingegen beträgt das Lymphknotenmetastasierungs-risiko etwa 20% [491, 596].

Onkologie | S3-Leitlinie 2019 Kolorektales Karzinom

- **Bei Karzinomnachweis soll der histologische Befund folgende Merkmale enthalten:**
 - das Ausmaß der Tiefeninfiltration (pT-Kategorie)
 - bei sessilen Polypen die sm-Invasionsmessung in μm ,
 - Haggitt level bei gestielten Polypen
 - Grading
 - Lymphgefäßinvasion (L-Klassifikation)
 - R-Klassifikation (zur Tiefe und zur Seite)
 - Tumor Budding

Onkologie | S3-Leitlinie 2019 Kolorektales Karzinom (Seite 98): gestielter Polyp

- Cave: Die Messung der Submukosainfiltration am gestielten Polypen in μm ist nicht sinnvoll bzw. irreführend, weil die Submukosadicke von der Stiellänge abhängig ist. Die Einteilung nach der Haggitt-Klassifikation [597, 598], ist in der Praxis schwierig vorzunehmen.
- **Mit Ausnahme einer fortgeschrittenen Stielinvasion ($> 3000 \mu\text{m}$ [599] wird ein T1-Karzinom im gestielten Polypen als sm1 klassifiziert.**

Onkologie | S3-Leitlinie 2019 Kolorektales Karzinom (Seite 98): gestielter Polyp

Ausgehend von R0-Situation

- **Low-risk:**
- G1/G2, L0; Bd1
- Sessiler Polyp: Invasion in Submucosa $<1000\mu\text{m}$ (sm1)
- Gestielter Polyp Haggitt 1-3
- **High-risk:**
- G3 und/oder L1 und/oder Bd >1
- Invasion in Submucosa $>1000\mu\text{m}$ (sm2/sm3) oder Haggitt 4

High-risk Situation

- Radikale chirurgische Behandlung, auch wenn die Läsion komplett entfernt wurde

Vielen Dank

Version: 2021