

Морфологічна діагностика колоректальних неоплазій

Каленська О. В., Курик О. Г., Каленська Л. В.

Резюме. У статті представлена морфологічна картина колоректальних неоплазій. Вказано на необхідність ендоскопічного видалення всіх неоплазій товстої кишки і морфологічного визначення ступеня дисплазії та наявності інвазивного росту.

Ключові слова: морфологічна діагностика, колоректальні неоплазії.

Актуальність проблеми. Морфологічні методи дослідження є надзвичайно важливими в сучасній колопроктології. Гістологічне дослідження біопсійного матеріалу має не лише безпосереднє діагностичне значення, а й дозволяє з'ясувати динаміку захворювання, певною мірою визначити прогноз, а також оцінити результати лікування. Сучасні методи ендоскопічного дослідження із застосуванням методик відеоколоноскопії, хромоскопії (метиленовим синім, індигокарміном, оцтовою кислотою, гінціановим фіолетовим), ендоскопії зі збільшенням, дослідження у вузькому спектрі дають можливість оцінити стан слизової оболонки кишківника і прицільно взяти біопсію з патологічно змінених ділянок [1, 3].

Сьогодні колоректальна патологія посідає значне місце у структурі захворювань шлунково-кишкового тракту, а вивчення її пато- і морфогенезу набуває все більшого значення. Своєчасна діагностика раку товстої кишки (РК) є актуальною проблемою сучасної онкології.

Поліпшити ситуацію може діагностика колоректальних неоплазій товстої кишки, з яких розвивається РК, і раннього РК. У наш час визнають необхідність скринінгової колоноскопії із видаленням цих утворень [2, 3], що є діагностичною і лікувальною маніпуляцією. Подальше мікроскопічне дослідження дає можливість встановити гістологічну будову утворення, що зумовлює подальшу тактику ведення пацієнта.

Найбільш поширеним утворенням товстої кишки є аденоми – доброякісні епітеліальні утворення з ознаками дисплазії різного ступеню вираженості.

При гістологічному дослідженні на тлі нормальної слизової оболонки товстої кишки можна знайти одну або кілька крипт із дисплазією епітелія, але без ознак формування поліпа. Такі вогнища дисплазії називають мікроаденомами, оскільки в них поєднуються зміни, характерні для звичайних аденом із мікроскопічними розмірами вогнища (рис. 1).



Рис. 1. Мікроаденома товстої кишки. Заб. гематоксиліном-еозином. Зб.х100

У мікроаденомах дисплазію частіше знаходять у верхній половині крипт, а нижня половина крипт зазвичай представлена незміненим епітелієм. Мікроаденоми дозволяють говорити про те, що процес формування аденоми ймовірно починається з однієї клітини. У подальшому проліферація дисплас-

тичного епітелію супроводжується його поширенням уздовж поверхні крипт з виходом за її межі на сусідні крипт, але без ознак формування поліпу. При поширенні процесу на 10–15 і більше крипт формується так звана пласка аденома, яка не виступає у просвіт кишки (рис. 2).

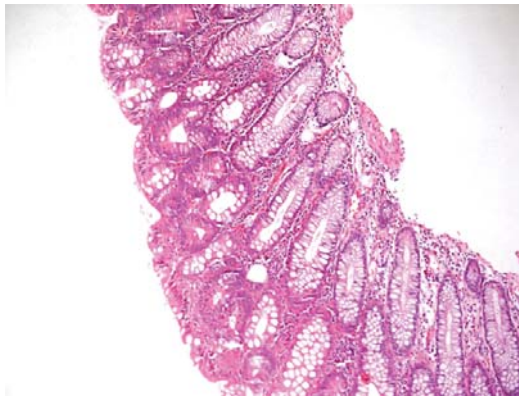


Рис. 2. Плоска аденома товстої кишки. Заб. гематоксиліном-еозином. 3б.х100

Поліпами називають утворення, що виступають над поверхнею слизової. Аде-

номатозні поліпи складаються з диспластичних залоз (рис. 3).

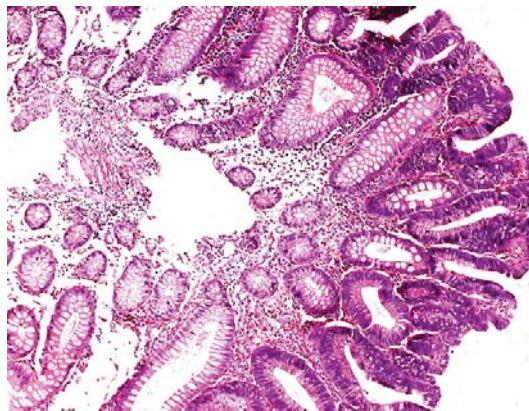


Рис. 3. Аденоматозний поліп товстої кишки. Заб. гематоксиліном-еозином. 3б.х100

Аденоми, що поширюються латерально (LST), є зазвичай неполіповидними утвореннями, однак можуть бути і змішаної будови з елементами поліпів на широкій основі [4].

Зустрічаються також аденоми із заглибленням (рис. 4), які складають не бі-

льше 5 % неопластичних утворень [13], але мають швидкий ріст вглибину з частою інвазією і ризиком швидкої малігнізації (рис. 5). Для ендоскопічного видалення цих аденом потрібна дисекція в підслизовому шарі [11].

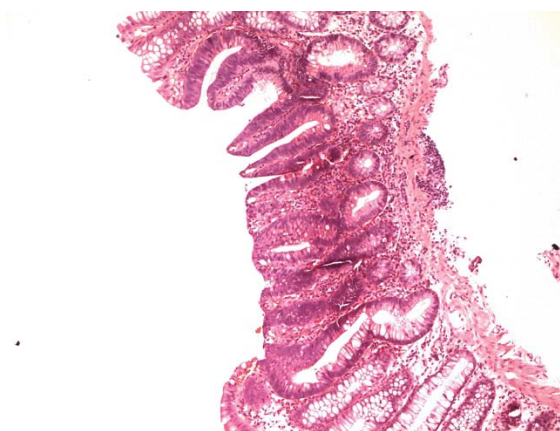


Рис. 4. Заглиблена аденома товстої кишки. Заб. гематоксиліном-еозином. 3б.х100

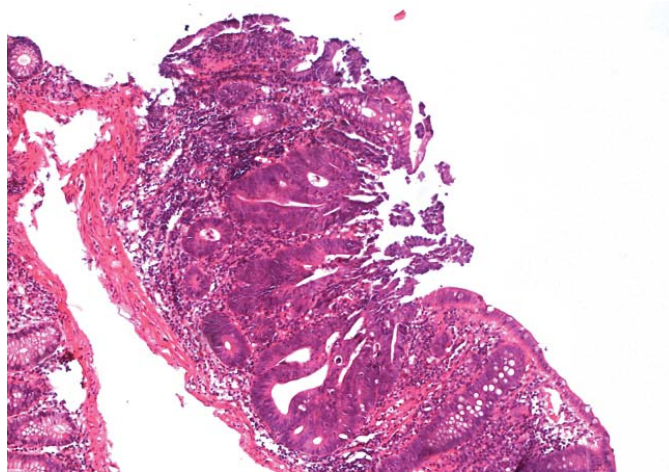


Рис. 5. Заглиблена аденома товстої кишки з вираженою дисплазією.
Заб. гематоксиліном-еозином. Зб.х100

Гіперпластичні поліпи характеризуються розширенням просвіту крипт, наявністю складок або виступів епітелію на стінках крипт, за рахунок чого крипти мають зірчастий вигляд. Раніше більшість авторів вважала, що гіперпластичні поліпи не мають неопластичного потенціалу, однак сьогодні їх відносять до групи зубчастих утворень, які розглядають як передракові утво-

рення з альтернативним шляхом колоректального канцерогенеза, паралельно з виникненням раку з так званих традиційних аденом [7].

Поліпи можуть бути змішаними, коли містять більше одного гістопатологічного типу утворення. Наприклад, гіперпластичний поліп може зустрічатися в поєднанні з аденоматозним поліпом (рис. 6).

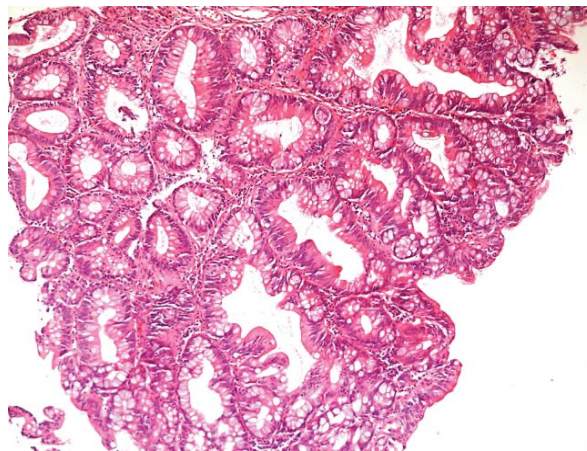


Рис. 6. Поєднання гіперпластичного поліпа з аденоматозним.
Заб. гематоксиліном-еозином. Зб.х200

Велику увагу сьогодні приділяють зубчастим аденомам в аспекті потенційного ризику їхньої малігнізації. Назва аденом виникла внаслідок характерної зазубреної поверхні і зубчастого мікроскопічного профілю епітеліальних структур, який доповнюється ознаками дисплазії епітеліоцитів різного ступеню. Дисплазія зазвичай визначається в

поверхневих відділах аденоми [5, 6]. У більшості випадків зубчаста аденома являє собою комбінацію зубчастих утворень у верхньому сегменті й аденоми у нижньому сегменті (рис. 7). Однак зубчасті аденоми можуть складатися лише із зубчастих утворень (рис. 8). Також зубчасті аденоми можуть бути як поліповидними, так і плоскими (рис. 9).

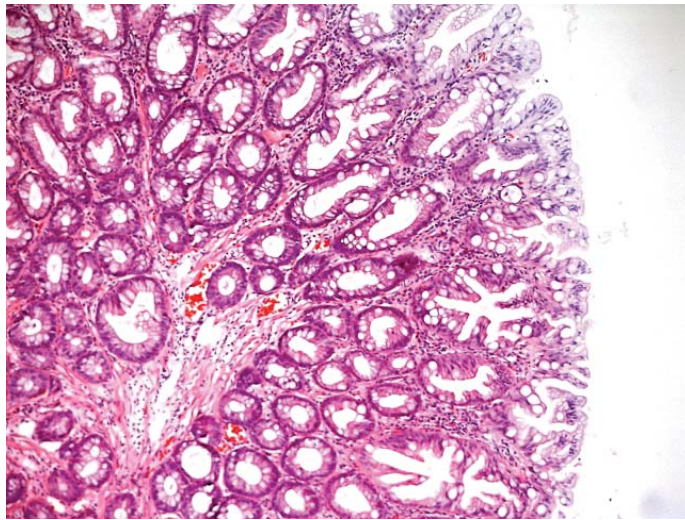


Рис. 7. Зубчаста аденома з наявністю елементів традиційної аденоми у нижньому сегменті.
Заб. гематоксиліном-еозином. 36.х100

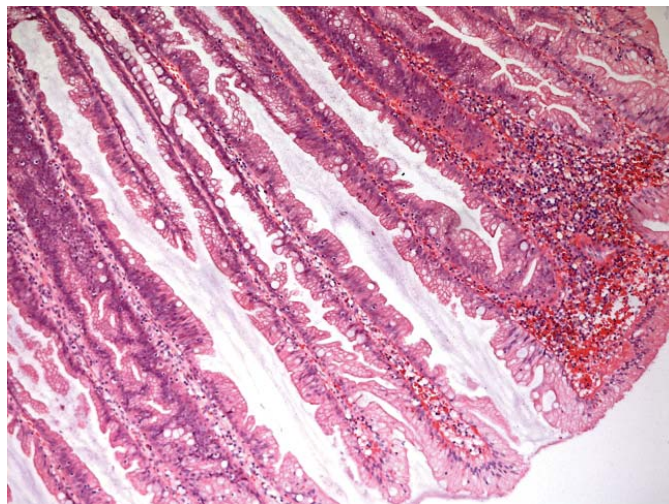


Рис. 8. Зубчаста аденома переважно із зубчастих утворень.
Заб. гематоксиліном-еозином. 36.х200

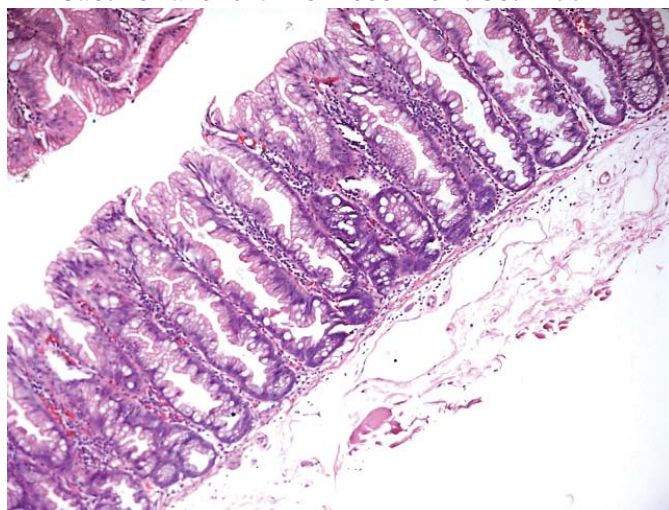


Рис. 9. Зубчаста плоска аденома. Заб. гематоксиліном-еозином. 36.х100

Хоча зубчастій аденомі сьогодні і відводять значну роль у прогресуванні в аденокарциному, однак потенціал малігнізації залишається вищим у незубчастих аденомах [10, 12].

До так званих традиційних аденом відносяться тубулярні аденоми (рис. 10), папілярні (рис. 11) і змішані – папілярно-тубулярні. В цих аденомах знаходимо дисплазію різного ступеню (рис. 12, 13).

Критерієм малігнізації вважається проростання окремих епітеліальних комплексів у власну м'язову мембрану слизової оболонки або крізь неї у власну підслизову основу (рис. 14).

У товстій кишці також можемо знайти нейроендокринні пухлини (карциноїди) (рис. 15), які, зазвичай, виглядають як підслизові утворення, часто з виразкуванням.

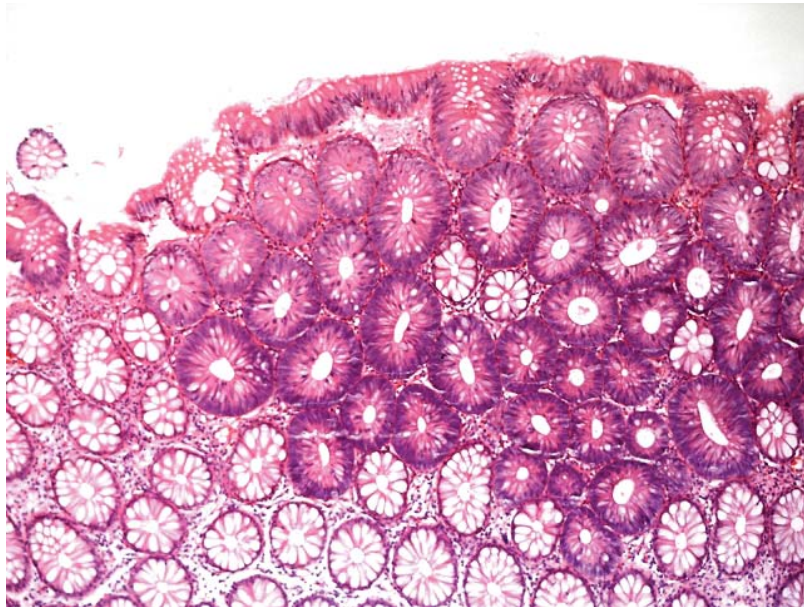


Рис. 10. Тубулярна аденома товстої кишки. Заб. гематоксиліном-еозином. 36.х100

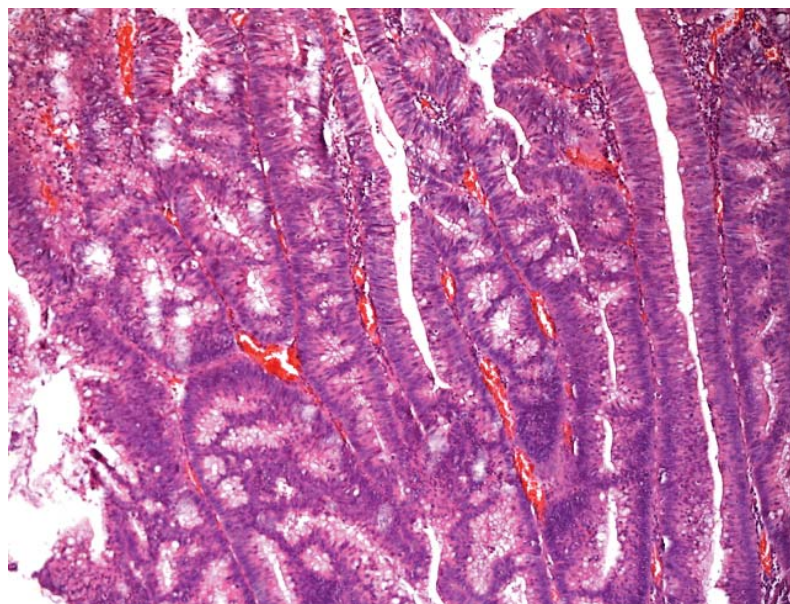


Рис. 11. Тубулярна аденома товстої кишки. Заб. гематоксиліном-еозином. 36.х100

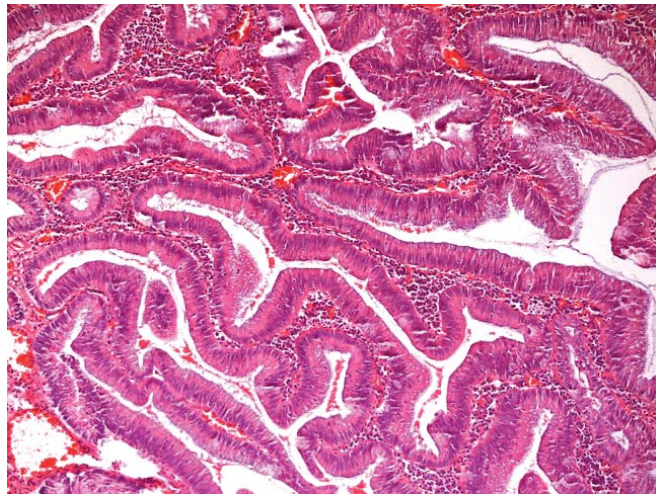


Рис. 12. Аденома з дисплазією низького ступеню. Заб. гематоксиліном-еозином. Зб.х200

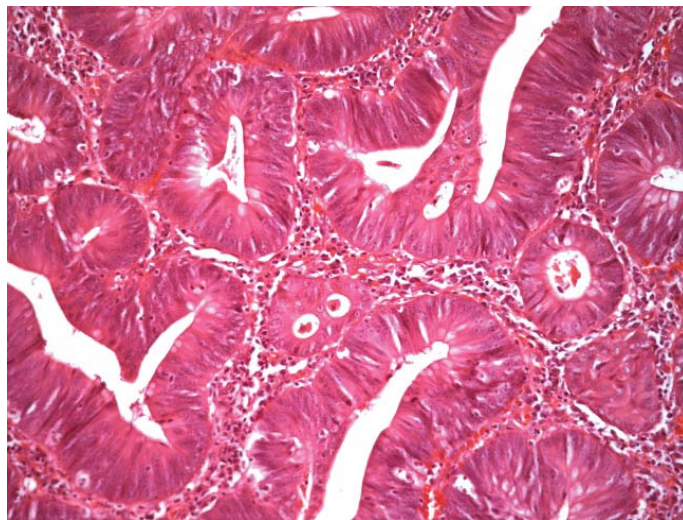


Рис. 13. Аденома з дисплазією високого ступеню. Заб. гематоксиліном-еозином. Зб. х400

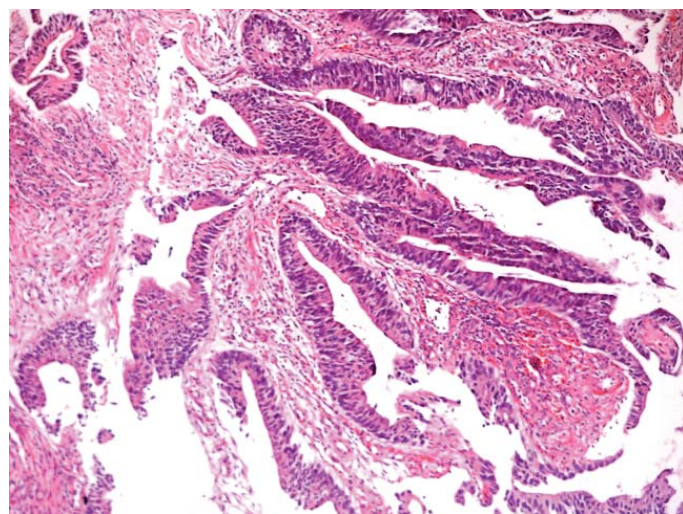


Рис. 14. Аденокарцинома товстої кишки. Заб. гематоксиліном-еозином. Зб.х200

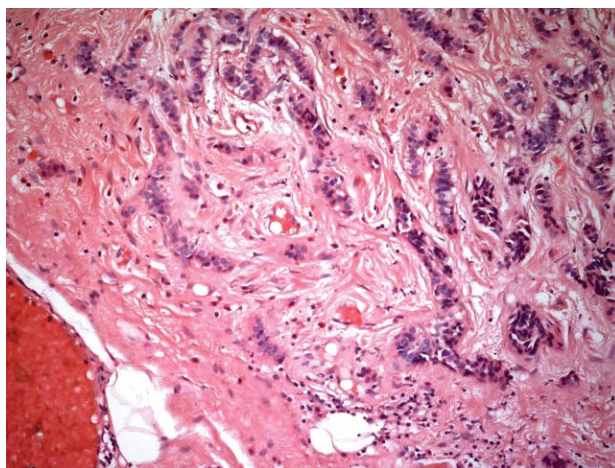


Рис. 14. Нейроендокринна пухлина (карциноід) товстої кишки.
Заб. гематоксиліном-еозином. 36.х200

Попередній діагноз нейроендокринної пухлини може бути встановлений на основі звичайного гістологічного заключення, а остаточна верифікація повинна проводитися з допомогою імуногістохімічного (ІГХ) дослідження. Клітини НЕП дають позитивну реакцію з антитілами до загальних нейроендокринних маркерів – хромограніну А (маркеру специфічних ендокринних гранул), синаптофізину (маркеру дрібних везикул із нейротрансмітерами), CD56 (маркеру молекул нейроадгезії), нейронспецифічній енолазі – NSE (маркеру цитоплазматичних протеїнів) [8, 9]. Для вста-

новлення типу НЕП використовують специфічні ендокринні маркери – пептиди й аміни, яким властива гормональна активність (інсулін, глюкагон, соматостатин, вазоактивний інтестинальний пептид, панкреатичний поліпептид, гастрин, серотонін, АКТГ, кальцитонін та ін.) [8].

Цікавими для діагностики є випадки, які являють собою пограничні форми гіперплазії і неоплазії лімфоїдної тканини або її доброякісного пухлиноподібного розростання, так звані «псевдолімфоми» (рис. 16). Так випадки необхідно диференціювати зі справжніми лімфомами.

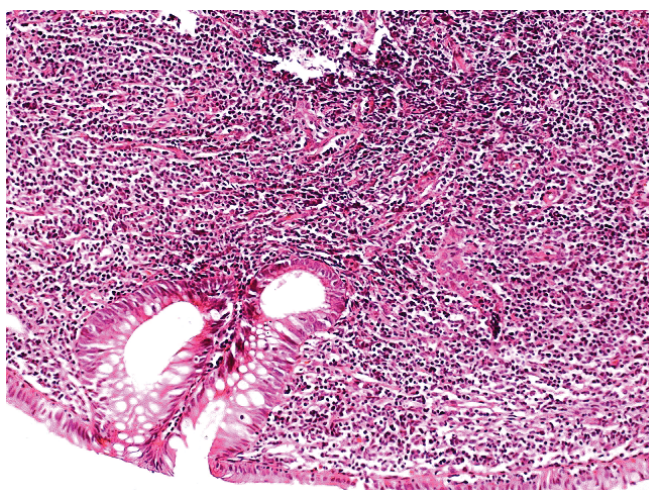


Рис. 16. Псевдолімфома сигмовидної кишки. Заб. гематоксиліном-еозином. 36.х200

Отже, роль морфолога в діагностиці колоректальних захворювань надзвичайно велика, оскільки правильно встановлений діагноз, зокрема ступінь дисплазії

аденом, дає можливість обрати правильну тактику лікування, що є дуже відповідальним за умов сучасних підходів до цієї проблеми.

Список використаних джерел

1. Захараш М. П. NBI і ендоскопія з високим збільшенням: сучасні можливості ендоскопічної діагностики / М. П. Захараш, В. О. Яковенко, О. Г. Курик // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2009. – Т. 13. – № 4. – С. 12–15.
2. Курик О. Г., Коломоєць М. Ю., Яковенко В. О., Каленська О. В. Ендоскопічна і морфологічна діагностика, малоінвазивне лікування поверхневих неоплазій товстої кишки: метод. рек. – К., 2012. – 28 с.
3. Никишаев В. И. Эндоскопическая диагностика раннего колоректального рака / В. И. Никишаев, А. Р. Патий, И. Н. Тумак, И. А. Коляда // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2012. – Т. 16. – № 1. – С. 35–55.
4. Яковенко В. А., Захараш М. П. Латерально розповсюджуються опухолі (LST) товстої кишки. Діагностика і ендоскопічна резекція слизової оболонки (EMR): матеріали II съезда колопроктологів країн СНГ, III съезда колопроктологів України з участією країн центральної і східної Європи (18–20 травня 2011 г., г. Одеса / сост. А. И. Пойда, Н. Д. Кучер, Ю. М. Захараш [и др.]; под. общ. ред. проф. М. П. Захараша; МОЗ України, НАМН України, Асоціація колопроктологів України, НМУ ім. А. А. Богомольця, ОНМУ. – К.: Імідж України, 2011. – С. 239–240.
5. Li S. C. Histopathology of serrated adenoma, its variants, and differentiation from conventional adenomatous and hyperplastic polyps / Li S. C., Burgart L. // Arch. Pathol. Lab. Med. – 2007. – № 131. – Vol. 3. – P. 440–445.
6. Makinen M. J. Colorectal serrated adenocarcinoma // Histopathology. – 2007. – Vol. 50. – P. 131–150.
7. O'Brien M., Yang S., Huang C.S. et al. The serrated polyp pathway to colorectal carcinoma // Diagn. Histopathol. – 2008. – Vol. 14. – P. 78–93
8. O'Toole D. ENETS Consensus Guidelines for the Standards of Care in Neuroendocrine Tumors: biochemical markers / D. O'Toole, A. Grossman, D. Gross [et al.] // Neuroendocrinology. – 2009. – Vol. 90. – P. 194–202.
9. Ramage J. K. Guidelines for the management of gastroenteropancreatic neuroendocrine (including carcinoid) tumours (NETs) / J. K. Ramage, A. Ahmed, J. Ardill [et al.] // Gut. – 2012. – Vol. 61. – P. 6–32. Doi:10.1136/gutjnl-2011-300831.
10. Rubio C. A. Invasive carcinomas may arise in colorectal adenomas with high-grade dysplasia and with carcinoma in situ / C. A. Rubio, J. G. Delinassios // Int. J. Clin. Exp. Med. – 2010. – Vol. 3. – № 1. – P. 41–47.
11. Saito Y. Endoscopic submucosal dissection (ESD) for colorectal tumors / Saito Y., Fukuzawa M., Matsuda T. [et al.] // Dig. Endosc. – 2009. – Bd. 21. – S. 7–12.
12. Song S. Y. Comparison of malignant potential between serrated adenomas and traditional adenomas / Song S. Y., Kim Y. H., Yu M. K. [et al.] // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol. 22. – P. 1786–1790.
13. Tamura S. Depressed-type hyperplastic lesion in the colon / Tamura S., Ueta H., Miyamoto T. [et al.] // Endoscopy. – 2004. – Vol. 36. – P. 1131.

Морфологическая диагностика колоректальной патологии

Каленская О. В., Курик Е. Г. Каленская Л. В.

Резюме. В статье представлена морфологическая картина колоректальных неоплазий. Указано на необходимость эндоскопического удаления всех неоплазий толстой кишки, морфологического определения степени дисплазии и наличия инвазивного роста.

Ключевые слова: морфологическая диагностика, колоректальные неоплазии.

Morphological diagnostic of colorectal pathology

Kalenska O. V., Kuryk O. G., Kalenska L. V.

Summary. The article presents the morphological diagnostic of colorectal neoplasia. It was noted to need of endoscopic resection of all neoplasia and morphological definition of dysplasia and existence of invasive growth.

Key words: morphological diagnostic, colorectal neoplasia.