

## **SUPLEMENT 2: Ostateczny raport po leczeniu operacyjnym**

Zgodnie z zaleceniami PTP (Patomorfologia: standardy i przykłady dobrej praktyki oraz diagnostyki różnicowej. Wytyczne dla zakładów/pracowni patomorfologii. Ministerstwo Zdrowia) ostateczny raport po leczeniu operacyjnym (radykalne wycięcie macicy z rakiem endometrium) winien obejmować co najmniej:

- opis makroskopowy preparatu operacyjnego i stwierdzonych zmian patologicznych,
- rozpoznanie mikroskopowe (postać histologiczną nowotworu wraz z kodem ICD-O) \*,
- stopień zróżnicowania histologicznego raka,
- status węzłów chłonnych (liczba węzłów chłonnych i liczba węzłów zmienionych przerzutowo,
- stopień zaawansowania nowotworu wg pTNM
- ocenę naczyń limfatycznych pod kątem obecności zatorów (LVSI- *lymph-vascular space invasion*)

PTGO zaleca uzupełnienie raportu końcowego o dodatkowe istotne klinicznie czynniki prognostyczne i predykcyjne:

- podtyp molekularny raka endometrialnego, co najmniej w wersji ProMisE (jeżeli nie był wykonany przed leczeniem operacyjnym)
- status receptorowy ER/PR (w przypadku raka endometrioidnego low-grade)
- status receptora HER2 (w przypadku raka surowiczego) \*\*
- rodzaj zajęcie/naciekanie przestrzeni limfatycznych: ogniskowy lub nasilony (*substantial* LVSI) \*\*\*
- ultrastaging węzłów chłonnych w przypadku zastosowania procedury węzła wartownika zamiast systematycznej limfadenektomii

\* Wiarygodna ocena postaci histologicznej raka, zwłaszcza w przypadku nowotworów o wysokim stopniu złośliwości, wymaga – oprócz rutynowego barwienia hematoksyliną i eozyną- wykonania szeregu badań dodatkowych (immunohistochemicznych), w tym badania ekspresji receptorów steroidowych (ER, PR), wimentyny, białek: P16 i P53 oraz antygenów: PAX8, WT1, GATA3, AMACR

\*\* Oznaczenie statusu genu HER2 należy poprzedzić diagnostyką różnicową raka surowiczego, endometrioidnego, jasnokomórkowego i mezonefroidnego – z reguły wymaga ona wykonania w/w badań immunohistochemicznych

\*\*\* patomorfolog oceniający LVSI musi pamiętać o szeregu zmianach imitujących zajęcie naczyń limfatycznych, takich jak:

(a) przemieszczenie tkanki nowotworowej w obręb szczelin mięśniówki macicy, najczęściej na skutek manipulacji podczas zabiegu operacyjnego lub wstępnej oceny nieutrwalonego materiału tkankowego, (b) zapadanie/kurczenie się podścieliska otaczającego nowotwór w trakcie utrwalania w formalinie.