

## Gestelde aanvullende eisen aan de patholoog

### Aanbevelingen:

#### Uitgangsvraag

Wat zijn de aanvullende eisen die aan de patholoog worden gesteld in het kader van de behandeling van Early Gastric Cancer?

### Aanbevelingen

Het pathologieverslag van een endoscopische resectie dient informatie te bevatten over ten minste de volgende kenmerken:

- histologische typering van de tumor
- histologische gradering van de tumor (zie [bijlage 4](#))
- invasiediepte (T stadium, waarbij T1 onderverdeeld wordt in sm1 t/m3)
- afstand van de tumor tot laterale en diepe resectieranden
- grootte van de tumor
- lymfatische invasie
- vasculaire invasie

### Literatuurbespreking:

Early Gastric Cancer wordt gedefinieerd als een tumor beperkt tot de mucosa of submucosa (T1), ongeacht de aanwezigheid van lymfkliermetastasen [15 137](#). Deze definitie heeft onmiskenbare beperkingen aangezien de aan- of afwezigheid van lymfkliermetastasen cruciaal is voor een succesvolle endoscopische behandeling. Het probleem hierbij is dat de lymfklierstatus alleen door chirurgische resectie dan wel langdurige follow-up met zekerheid kan worden vastgesteld. De kans op positieve lymfklieren kan echter adequaat worden ingeschat door histologische beoordeling van het endoscopisch resectiepreparaat (zie module [Early Gastric Cancer](#)).

Voorwaarden histologisch onderzoek resectiepreparaat

Endoscopische mucosale resectie (EMR) en endoscopisch submucosale dissectie (ESD) preparaten dienen direct na de procedure worden vastgepind en gefixeerd, om de beoordeling van de laterale en diepe resectieranden te vergemakkelijken. Na documentatie van het macroscopisch aspect en afmetingen wordt het preparaat in 3-4 mm plakken gelamelleerd en verder routinematig bewerkt en gekleurd.

De histologische beoordeling omvat de volgende aspecten: histologisch type (WHO/Laurén classificatie), tumordifferentiatie, de diepte van de tumorinfiltratie (mucosaal/submucosaal), betrokkenheid van (lymf)vaten en de status van de diepe en laterale resectievlakken (Mansour 2007). Bij submucosale infiltratie wordt de Japanse subclassificatie gebruikt:

- Sm1 (oppervlakkige submucosale infiltratie): <500µm
- Sm2 (infiltratie in middelste 1/3 deel van de submucosa)
- Sm3 (infiltratie in diepste 1/3 deel van de submucosa)

Het pathologieverslag is cruciaal om te beoordelen of de endoscopische resectie afdoende behandeling is of dat alsnog meer uitgebreide chirurgie noodzakelijk is.

### **Conclusies:**

Voor goed tot matig gedifferentieerde adenocarcinomen kleiner dan 2 cm, beperkt tot de mucosa en zonder (lymf)angioinvasieve groei is de kans op lymfkliermetastasen nihil en een lokale excisie afdoende behandeling.

Niveau 3: C Gotoda 2000<sup>76</sup>; Gotoda 2006<sup>79</sup>

Voor slecht gedifferentieerd mucosaal adenocarcinoom met een diameter kleiner dan 2 cm, en voor goed tot matig gedifferentieerde tumoren kleiner dan 3 cm met minimale submucosale ingroei (sm1) is, in afwezigheid van (lymf)angioinvasieve groei, de kans op lymfkliermetastasen kleiner dan 2.6%.

Niveau 3: C Gotoda 2000<sup>76</sup>; Gotoda 2006<sup>79</sup>

### **Overwegingen:**

Voor het bepalen van de radicaliteit en van de kans op lymfkliermetastasen is het van belang geïnformeerd te zijn over:

- histologische typering van de tumor
- histologische gradering van de tumor
- invasiediepte (T-stadium, waarbij T1 onderverdeeld wordt in sm 1 t/m 3)
- afstand van de tumor tot laterale en diepe resectieranden
- grootte van de tumor
- lymfatische invasie
- vasculaire invasie

Met betrekking tot de relevantie van positieve resectieranden in endoscopische resecties is nog weinig bewijs. Indien er sprake is van positieve diepe resectieranden dient de endoscopische resectie gevolgd te worden door chirurgie. Als laterale resectieranden positief zijn en endoscopisch is de resectie eveneens irradicaal (R2 resectie) kan een keuze gemaakt worden tussen uitgebreidere endoscopische resectie of chirurgie. Als de laterale resectieranden microscopisch positief zijn (R1 resectie) en de resectieranden endoscopisch vrij zijn, wordt endoscopische follow-up geadviseerd. Omdat de bewijslast voor dit beleid nog niet voldoende is, dienen de resectiemarges en de vrije afstanden tot de tumor zorgvuldig geregistreerd te worden.