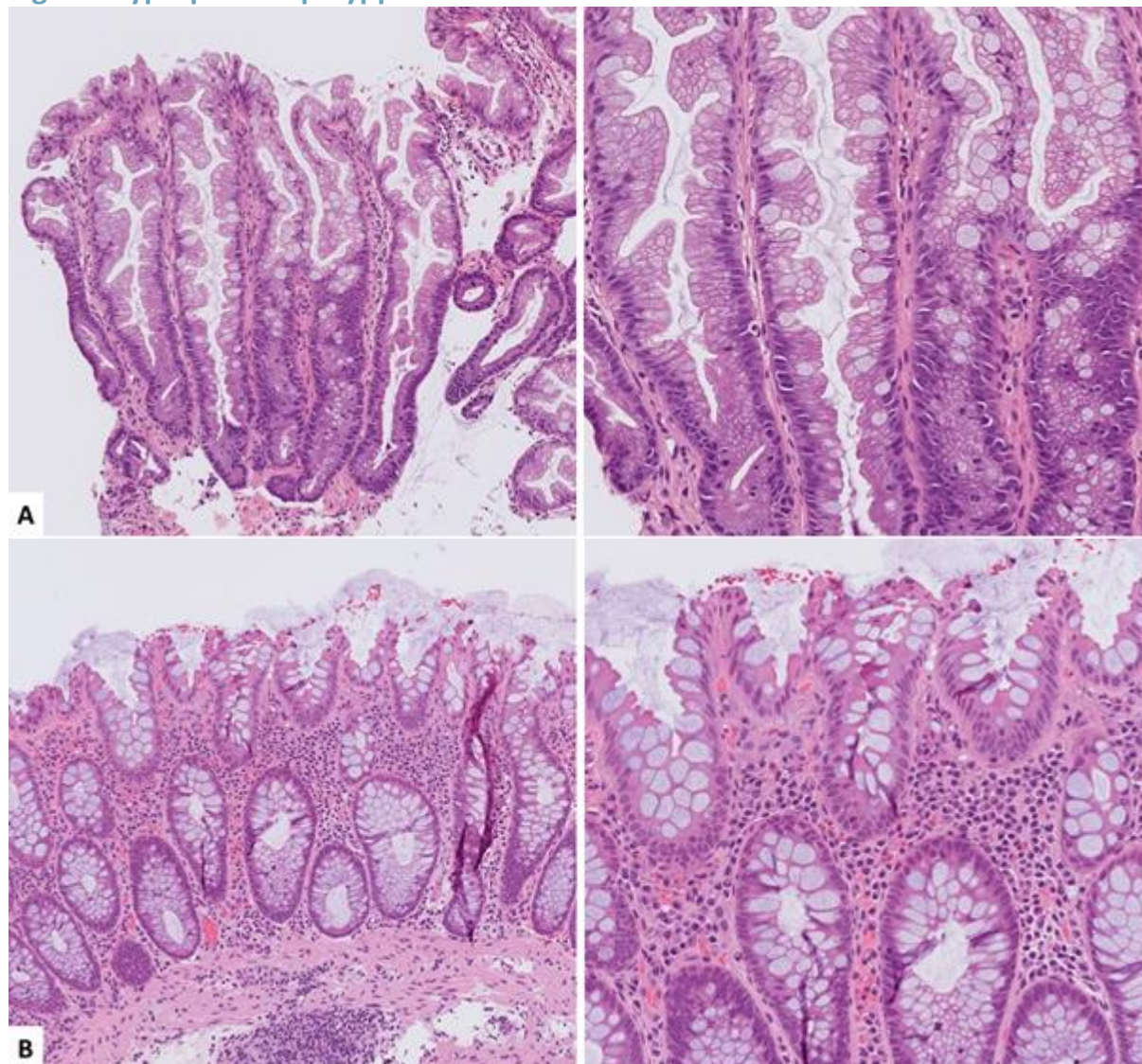


Vedlegg 8 Illustrasjoner

Figur 1 Hyperplastisk polypp

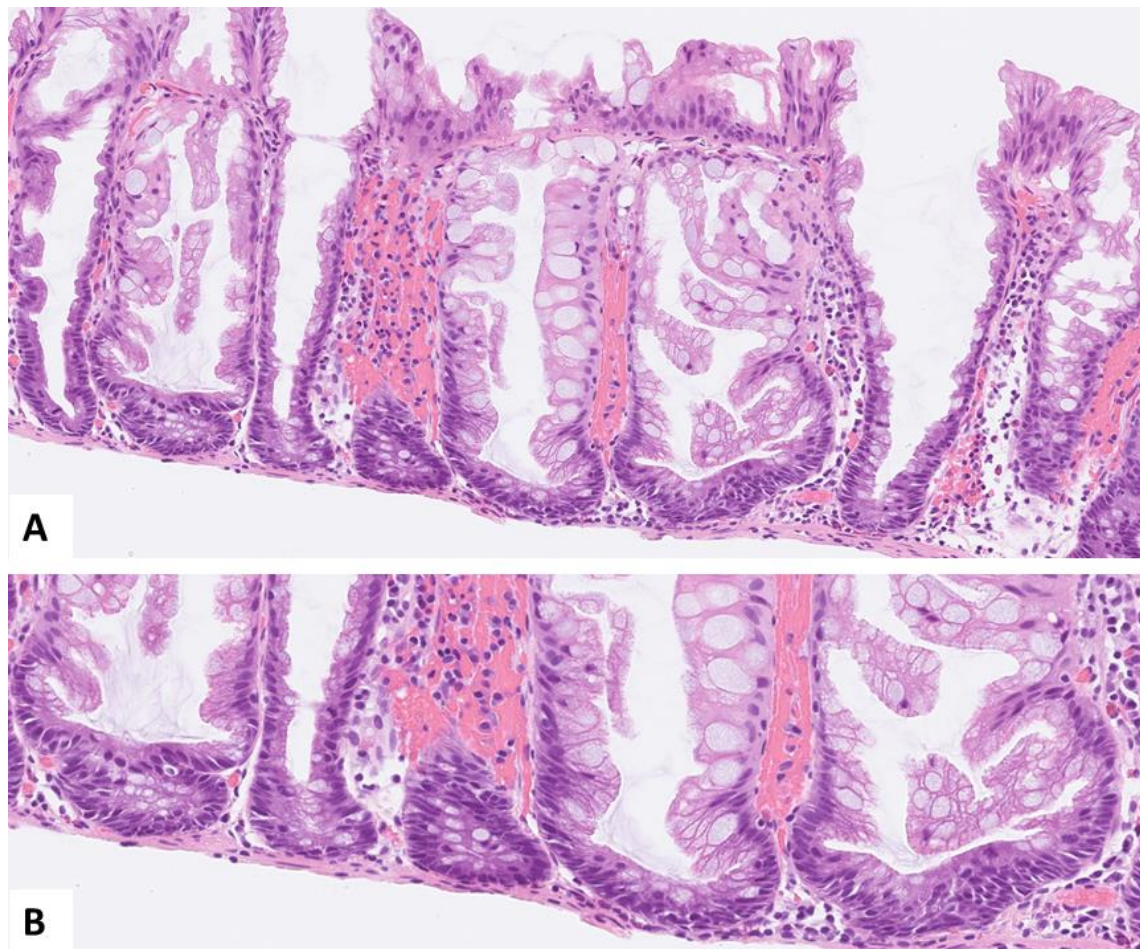


Hyperplastiske polypper karakteriseres av at de har et sagtakket preg superfisielt og traktformede krypter med proliferasjonsområder basalt i disse. Det sees ikke basal asymmetrisk kryptdilatasjon, eller andre arkitekturforstyrrelser, men kryptforgreninger kan forekomme. De hyperplastiske polyppen deles ofte inn i to varianter.

A: Mikrovesikulær hyperplastisk polypp (MVHP) viser sagtakking i øvre 2/3 av kryptene, og det er tidlig modning av epitelet. Cellens cytoplasma viser flere små apikalt lokalisert slimvakuoler. Kjernene er små og runde/ovale og lokalisert basalt.

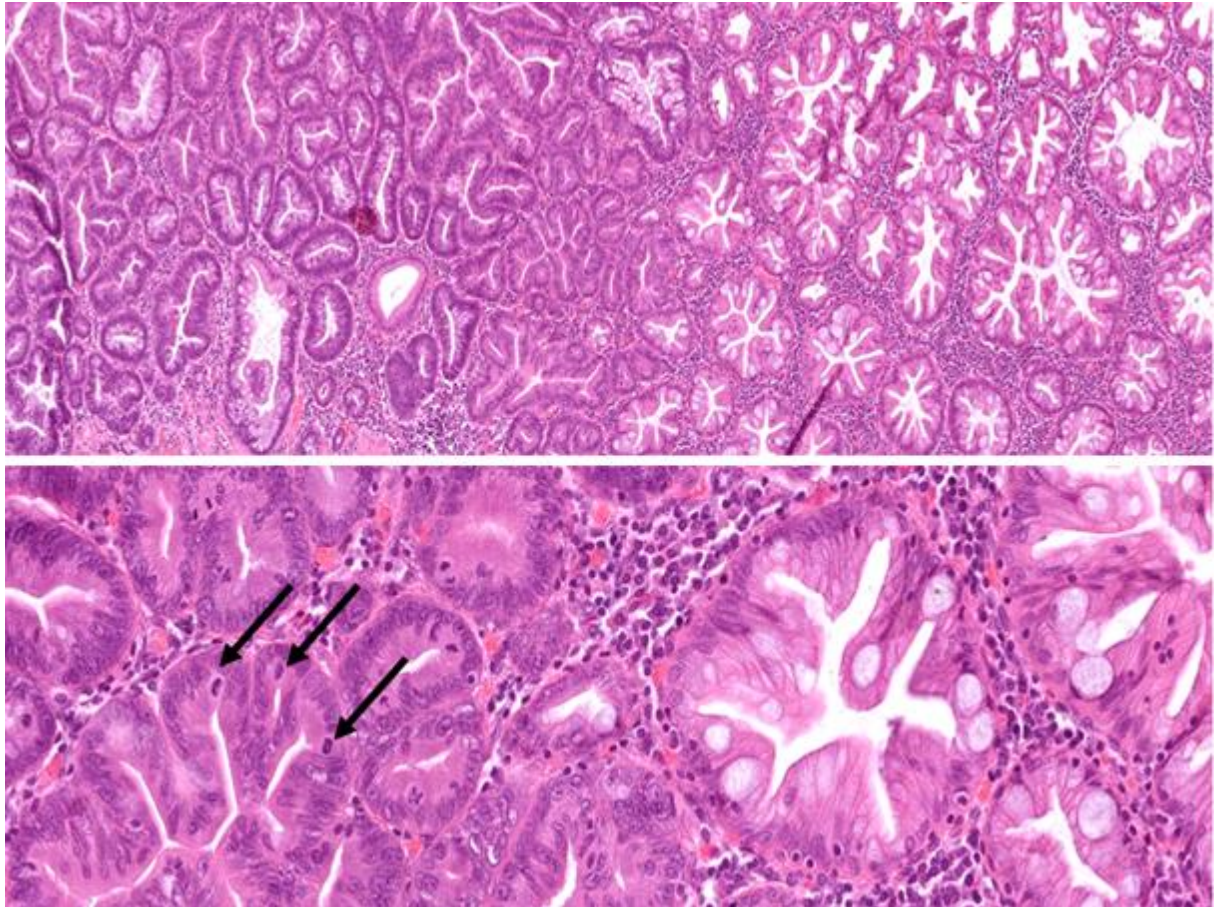
B: Begercellerrike hyperplastiske polypper (GCHP) er ofte små lesjoner som skiller seg lite ut fra det omliggende epitel. De fleste cellene i overflaten og nedover i kryptene har begerceller med små og basalstilte kjerner. Selve kryptene er større og videre enn i omliggende slimhinne. Epitelet kan ha en viss sagtakking i overflaten, mens selve kryptene synes runde. Symmetrisk basal kryptdilatasjon kan sees.

Figur 2 Bredbaset sagtakket lesjon (BSL)



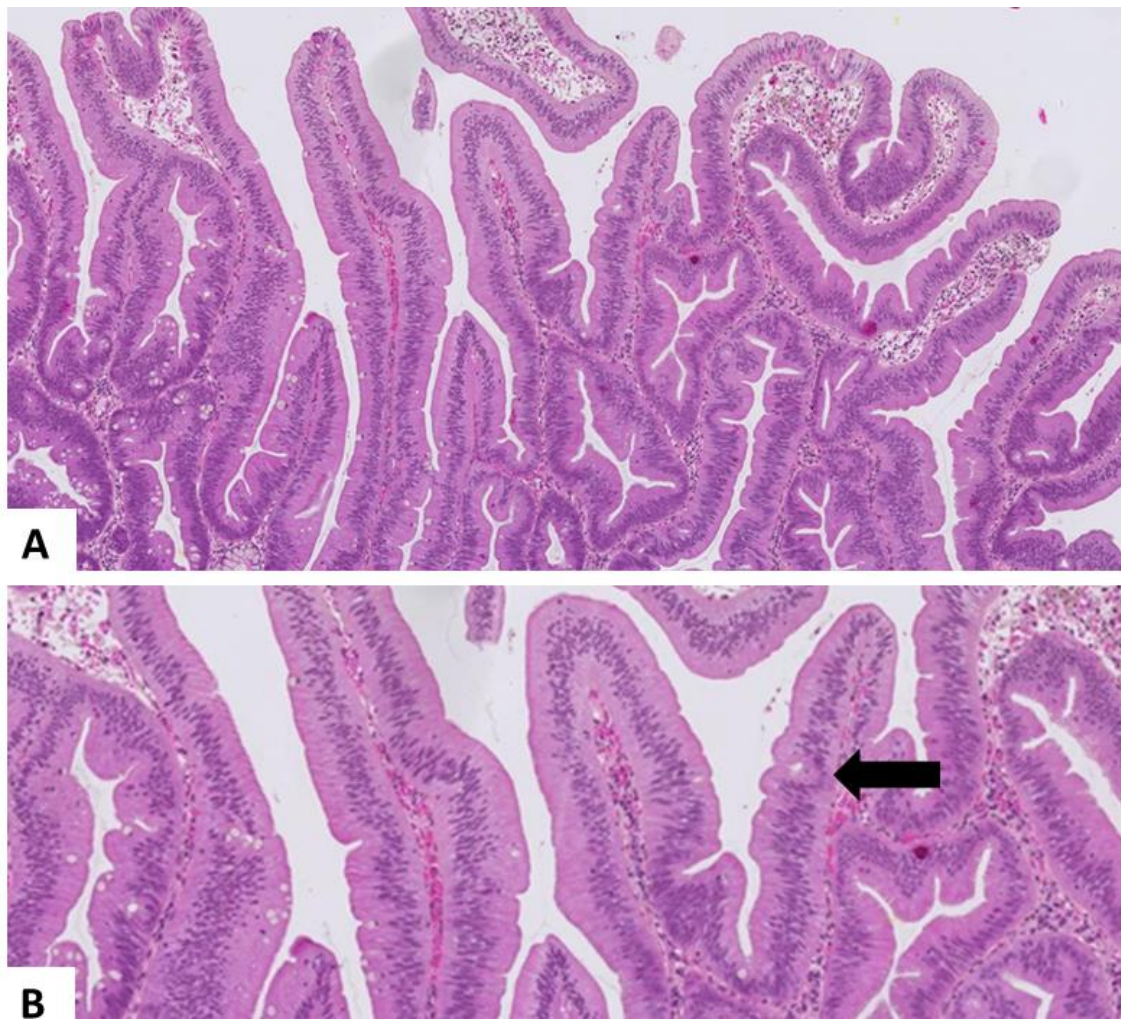
Bredbaset sagtakket lesjon med viktige arkitektoniske forandringer. Det er sagtakking ned i nedre halvdel av kryptene, og det er dilatasjon ned mot bunnen med dels horisontalt vekstmønster langs muscularis mucosae (A). På høyere forstørrelse (B) finner man at proliferasjonen har et lett asymmetrisk preg (både basalt og lateralt langs kryptene). En krypt med slike forandringer er tilstrekkelig for å diagnostisere BSL.

Figur 3 BSL med dysplasi



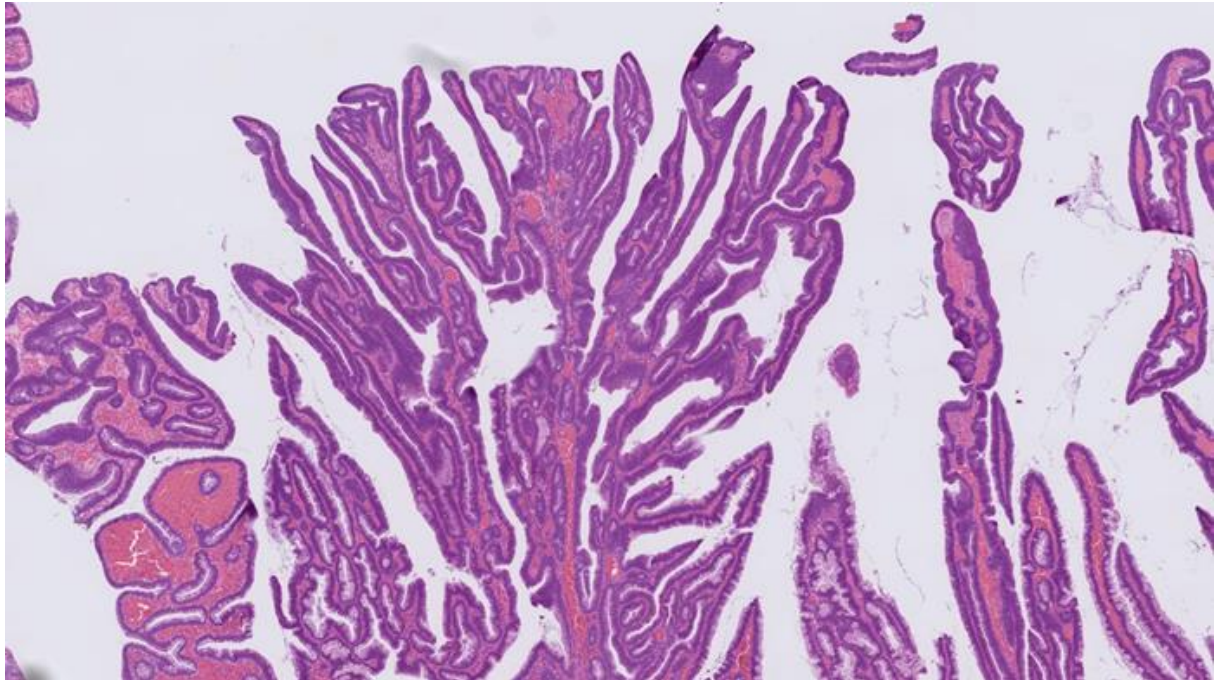
Ved dysplasi sees ofte en skarp overgang fra den ikke-dysplastiske komponenten. Det foreligger rikelig med mitoser (piler). Områdene med dysplasi er ofte svært heterogene, og gradering i lav- og høygradig anbefales ikke.

Figur 4 Tradisjonelt sagtakket adenom (TSA)



A: Histologisk sees TSA på liten forstørrelse. **B:** Ved høyere forstørrelse ser man at cellene har eosinofilt cytoplasma og lange, slanke kjerner («pencilate»). Det er dannelse av ektopiske krypter som ikke når ned til muscularis mucosae (sort pil) sees ofte, men kan også sees ved andre entiteter som ved adenomer.

Figur 5 Villøsitet

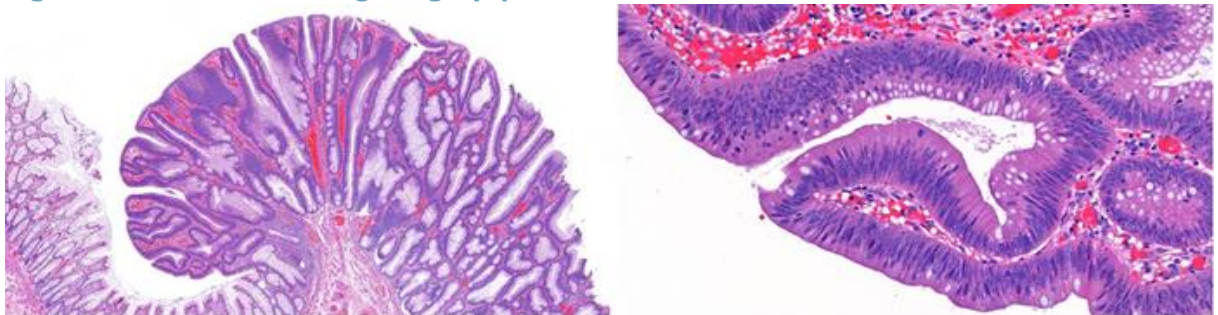


Villøse adenomer har ofte en arkitektur som kan minne om en bladbærende bregner med lange ikke-forgrenede fingerlikende formasjoner som er kledd av neoplastiske sylinderepitelceller med karførende kjerner i lamina propria. .

Villøse strukturer kan utgå fra alle nivåer i et adenom; det er ikke et krav at de utgår fra basis av lesjonen

Større adenomer har vanligvis en høyere andel av villøsitet.

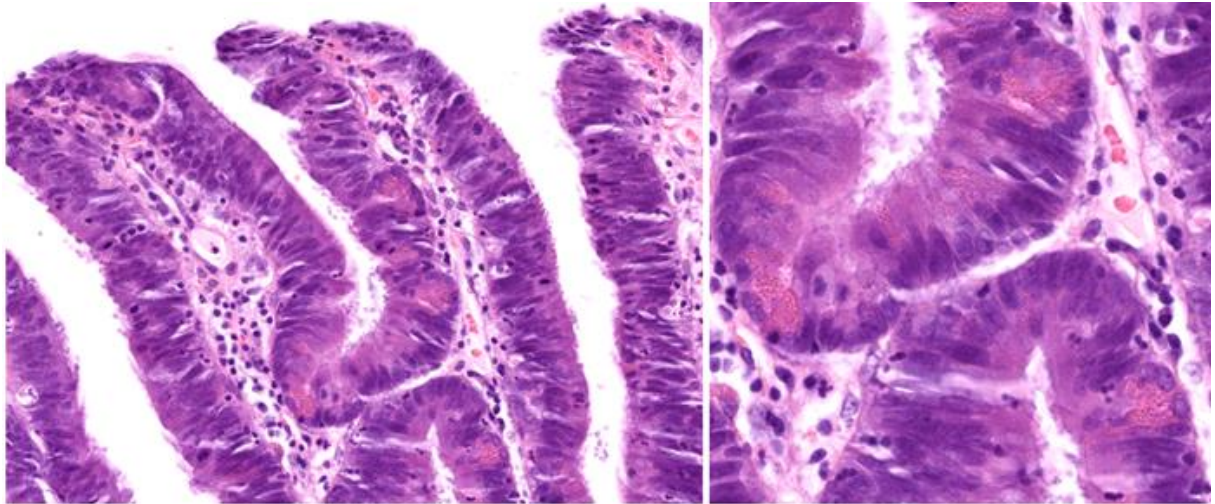
Figur 6 Adenom med lavgradig dysplasi



A: Tubulært adenom med lavgradig dysplasi som viser gjennomgående rette krypter nær overflaten og varierende forgreninger i dypere deler. **B:** Epitelet viser kjernestratifikasjon, men kjernene når ikke opp til mer enn cirka halve høyden av cellene; bevart polarisering mot basalmembranen.

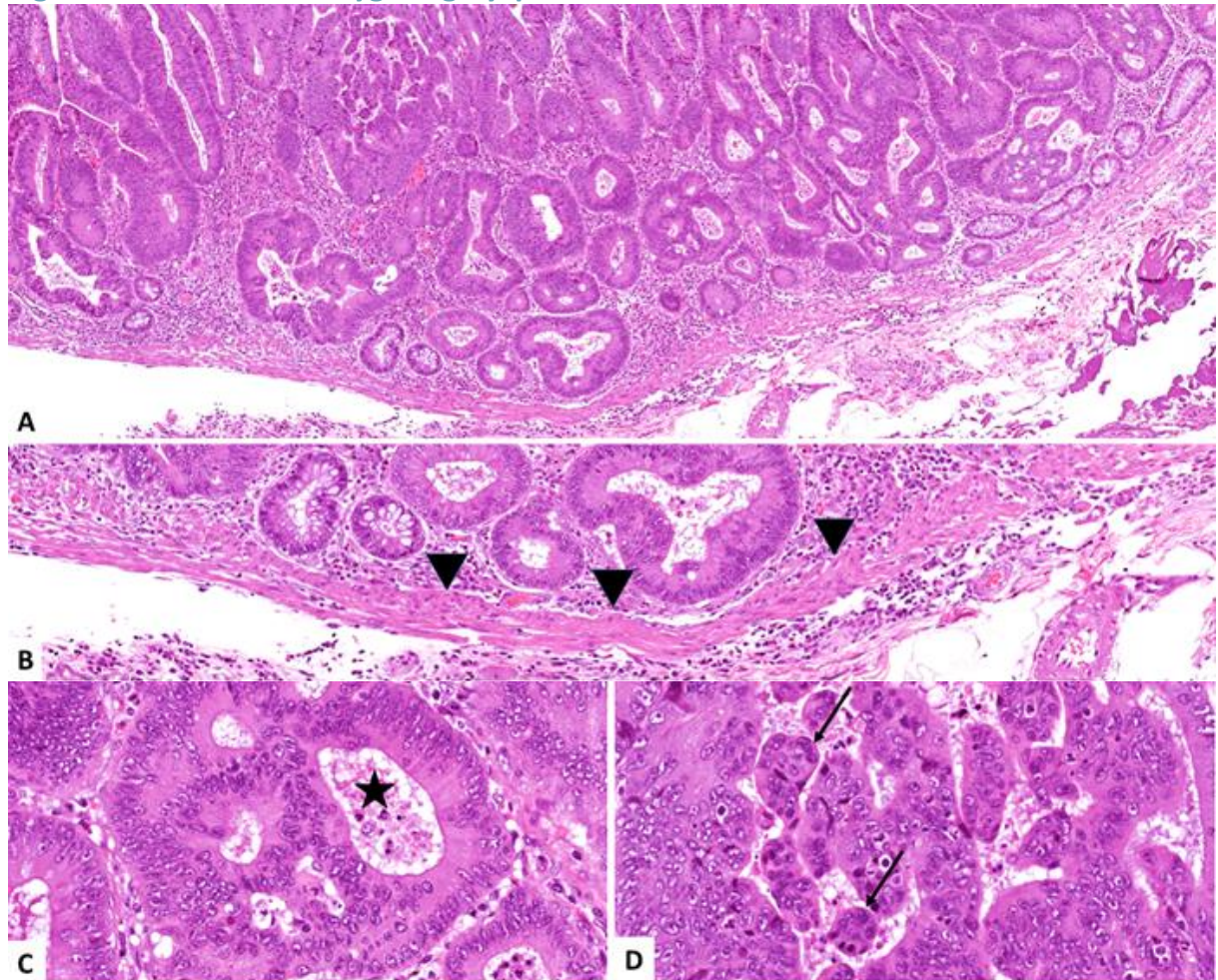
Kjerne/cytoplasma-ratio er økt sammenliknet med epitelet i normal slimhinne, men det er lite kjernepleomorfi og vanligvis fravær av atypiske mitoser. Det sees ikke kompleks arkitektur (f.eks. kribriform vekst). Skarp overgang til ikke-dysplastisk epitel sees.

Figur 7 Tubulært adenom med lavgradig dysplasi med Panethcellemetaplasi



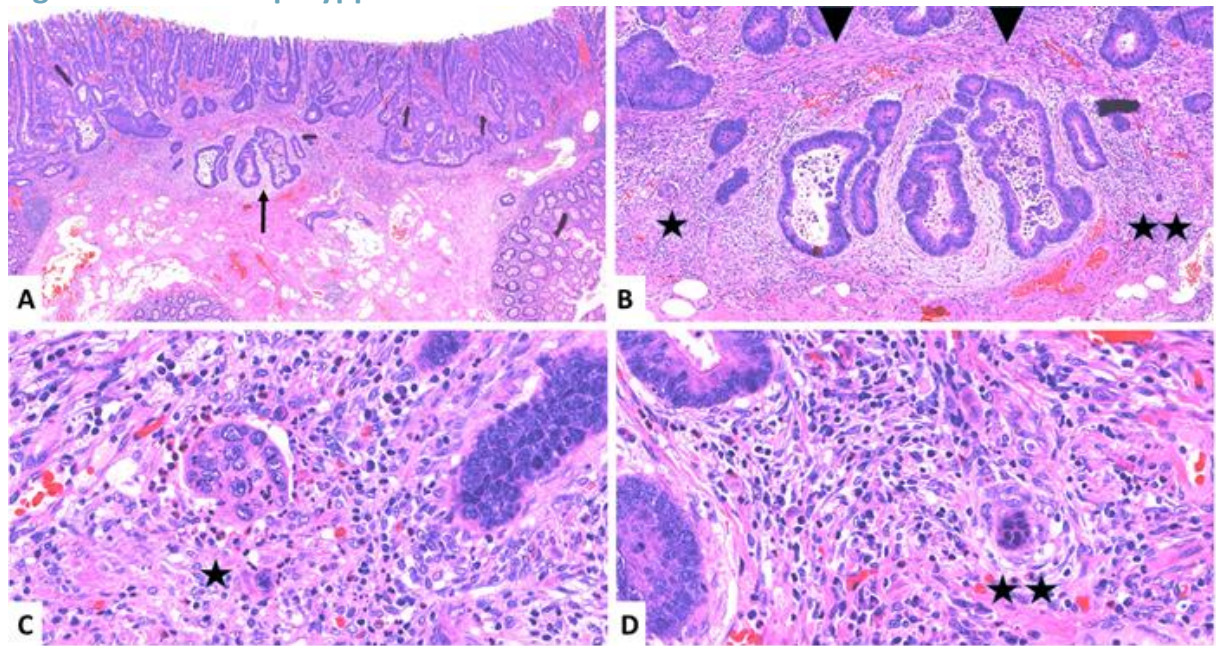
Panethcellemetaplasi kan sees i om lag 1/5 av alle tykktarmsadenomer.
Forekommer hyppigst proksimalt, og hos menn.

Figur 8 Adenom med høygradig dysplasi



A: Adenom med høygradig dysplasi som viser kompleks arkitektur selv ved liten forstørrelse. **B:** Det sees ikke gjennomvekst av muscularis mucosae (sorte trekanter). **C:** Kjerne/cytoplasma-ratio er økt og det sees kribriform vekst med intraluminal nekrose (stjerne) **D:** Det er tap av kjernepolarisering, og det sees mikropapillære knoppdannelser (sorte piler).

Figur 9 Karsinom i polypper

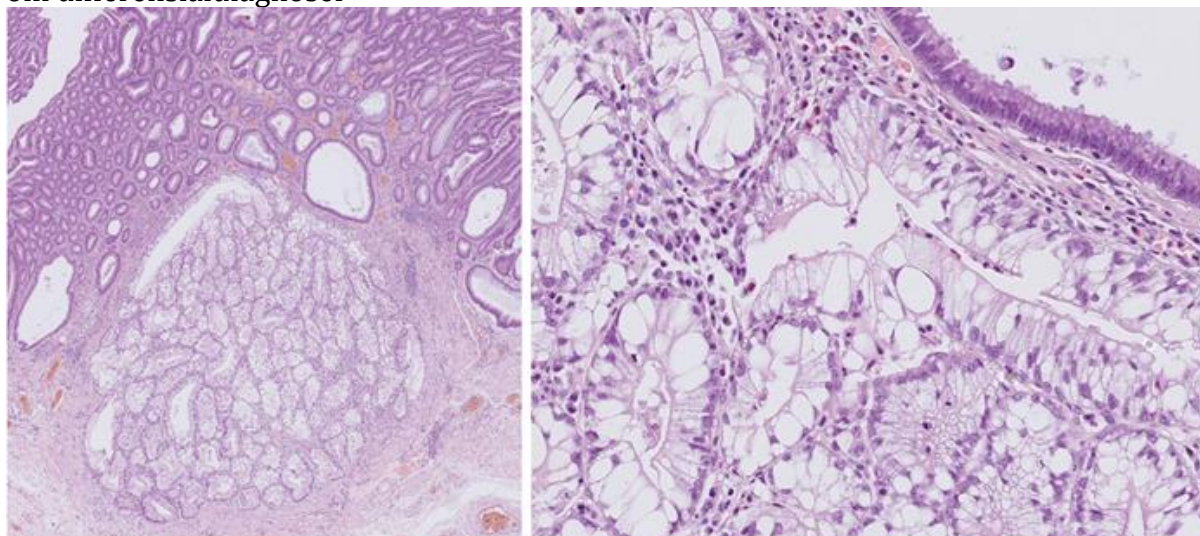


A: Adenom med høygradig dysplasi og infiltrerende vekst/utvikling av adenokarsinom hvor man ser bindevevsproliferasjon (desmoplasi, sort pil) som omgir infiltrerende tumorceller. **B:** Tumorvevet ligger under muscularis mucosae (sorte trekanter) som tegn på infiltrerende vekst. I tillegg finner man to tumorknuter som skiller seg ut (merket med en og to stjerner). **C:** I submucosa sees en gruppe tumorceller lokalisert i et hulrom; noe som sannsynlig representerer infiltrasjon i et lymfekar. **D:** Det sees en liten gruppe av tumorceller med cytoplasma- og kjernemorfologi som skiller seg fra den i adenomet, noe som også passer infiltrerende vekst.

Andre typer:

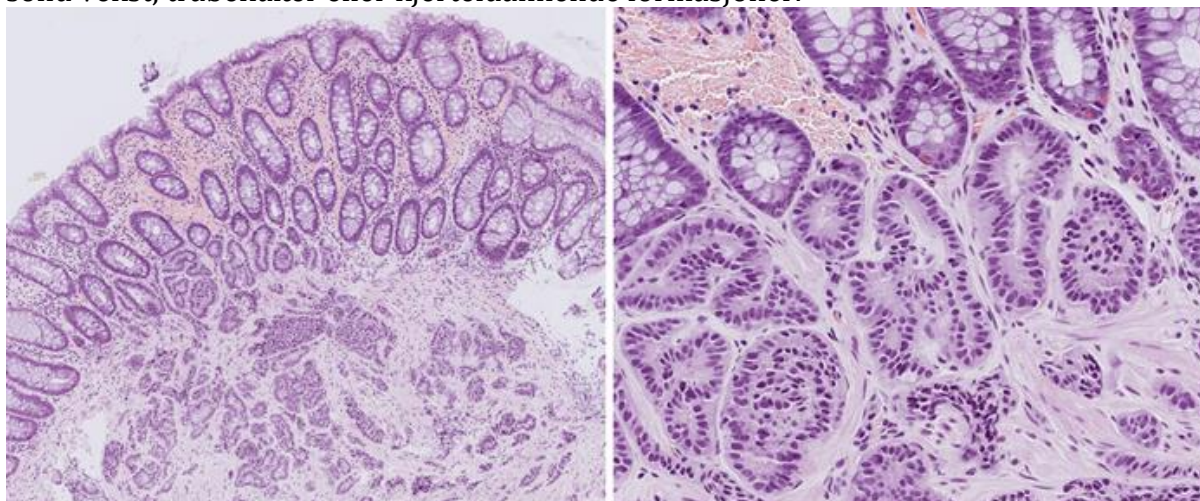
Figur 10 Tubulært adenom med lavgradig dysplasi og klarcellet komponent

Klarcellet metaplasia kan sees i konvensjonelle adenomer. Ofte sees lite cytologisk atypi, men arkitekturen kan benyttes ved dysplasigradering. Klarcellet differensiering har i seg selv ikke klinisk signifikans foruten å kunne gi mistanke om differensialdiagnoser

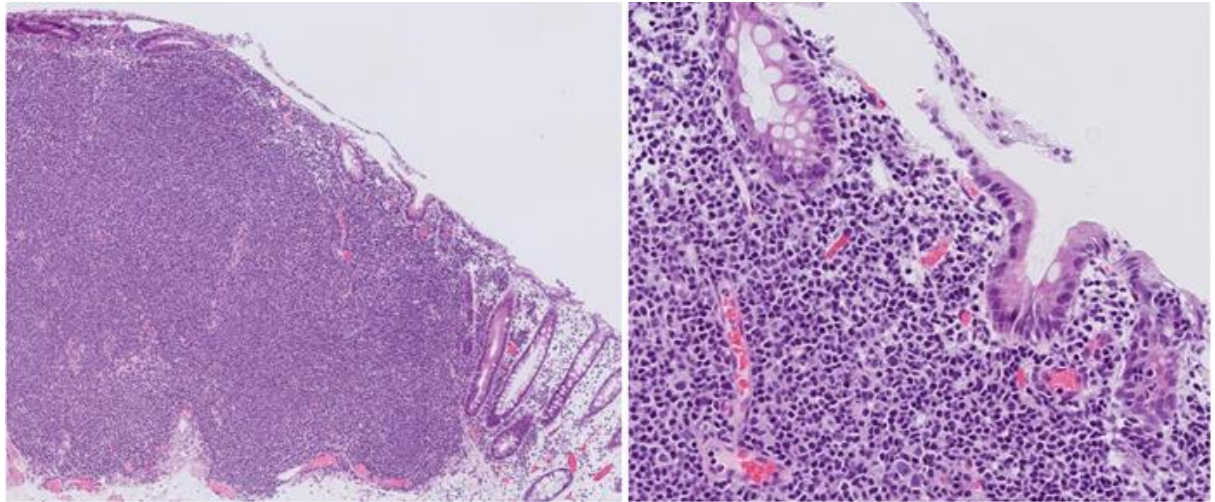


Figur 11 Tykktarmslimhinne med neuroendokrin tumor (NET)

Neuroendokrine tumores i tykktarmen kan finnes i alle lokalisasjoner, men er hyppigst forekommende i rektum. Disse kan ha forskjellige vekstmønstre, oftest solid vekst, trabekulær eller kjerteldannende formasjoner.



Figur 12 Tykktarmslimhinne med marginalsonelymfom



Marginalsonelymfomer (MALT-lymfomer) kan forekomme i hele GI-tractus. De kan ha trekk som minner om Peyerske plakk. Består av små B-lymfocytter med eller uten plasmacelledifferensiering som typisk kan infiltrere i epitelet (danne lymfoepiteliale lesjoner; gruppe av >3 som ødelegger kjertelepitelet) og ofte sees kolonisering av assosierte reaktive sekundærfollikler/kimsentere. Ofte er kolonalitetsundersøkelse nødvendig for å bekrefte diagnosen.