

# Svensk Förening för Patologi – Svensk Förening för Klinisk Cytologi

<b>Dokumentnamn:</b> Thyreoideatumörer			<b>Dok.nr:</b> E1
<b>Framtagen av:</b> Endokrin-KVAST/ Otto Ljungberg	<b>Utgåva:</b> 1.0	<b>Fastställt:</b> 2004-11-24	<b>Sida:</b> 1(4)

Version 1.0

Riktlinjer för omhändertagande och rapportering av thyreoideapreparat utformade av KVAST (Kvalitets- och standardiseringsgruppen inom svensk Förening för Patologi)

Deltagare i studiegruppen för endokrin patologi:

Jan Alumets, Lars Grimelius, Anders Herder, Otto Ljungberg, Ola Nilsson

## I. Typ av preparat.

### Preparatet kan utgöras av:

Hela organet (total thyroidektomi)

Större delen av organet med kvarlämnande av mindre bakre del av respektive lob (subtotal thyroidektomi)

En lob ((hemithyroidektomi eller lobektomi) ibland med vidhängande isthmus

Del av lob (lobresektion)

Excisionsbiopsi

Thyreoideapreparatet kan åtföljas av regionala lymfkörtlar

## II. Anvisningar för provtagarens hantering av provet.

1. Operationspreparatet hanteras enligt lokal överenskommelse mellan patologiavd och opererande klinik. Om det är praktiskt möjligt bör preparatet skickas färskt. Eljest fixerat i formaldehydlösning. Större tumörer bör genomskäras före fixeringen. Preparatet bör märkas med sutur för orientering ( t.ex. höger övre pol).

3. Preparatet bör lämnas orört av operatören. En genomskärning av pur nyfikenhet är ej tillrådlig, då detta kan ge distorsion av preparatet och göra orienteringen onödigt besvärlig för patologen.

2. Fixeringslösning: buffrad 4% formaldehydlösning (färdigberedd lösning kan beställas från apotek), Preparatet bör placeras i kärl med fixeringslösning och volym som tillåter att det ligger fritt i lösningen (mängden fixeringslösning bör motsvara ca 5 gånger preparatets vikt).

3. Preparatkärl skall vara adekvat märkta med patientens namn personnummer samt preparatets natur.

### III. Anamnestisk remissinformation.

1. Adekvata uppgifter om sjukhistoria, inkl ev. tidigare relevanta punktionscytologiska undersökningar, PAD, kliniska undersökningsresultat av betydelse (rtg- och scintigrafifynd, hormonanalyser, thyreoideaautoantikroppar etc.). Typ av operativt ingrepp.
2. Uppgifter om operationsmaterialets natur, gjorda suturmarkeringar.
3. Klinisk frågeställning.

### IV. Utskärningsanvisningar.

Läs noga igenom anamnestiska uppgifter och kliniska frågeställningar på remissen.

Orientera preparatet. Tag hjälp av suturmarkeringar. Bakre partierna av loberna har en konkav yta. Notera eventuella markeringar på specifika ställen på preparatets yta (t.ex. där operatören misstänkt tumörgenombrott).

Preparatet beskrivs, uppmäts och vägs. Om preparatet har insänts ofixerat bör detta ske före fixeringen. Ev. vidhängande strukturer, såsom lymfkörtlar, parathyreoideakörtlar, muskulatur noteras. I fall av tumör bör preparatets yta målas med tusch.

Först härefter kan preparatet skäras ut.

I tumörfall uppmäts tumörens största transversella diameter samt den största diametern vinkelrätt häremot (i samma plan). Tumörens läge och minsta avstånd till preparatets yta, plats för ev. genombrott noteras. Gör en skiss av preparatet på remissen och märk ut var och hur bitar för histologi skärs ut (alternativt makrofotografera det och lägg i bilden in noteringar och markeringar för utskurna bitar).

#### Bitar till histologisk undersökning:

I de flesta fall kan preparatet skäras i transversella (horisontella) skivor c:a 2-3 mm tjocka genom båda loberna. Undersök skivornas snittytor noga.

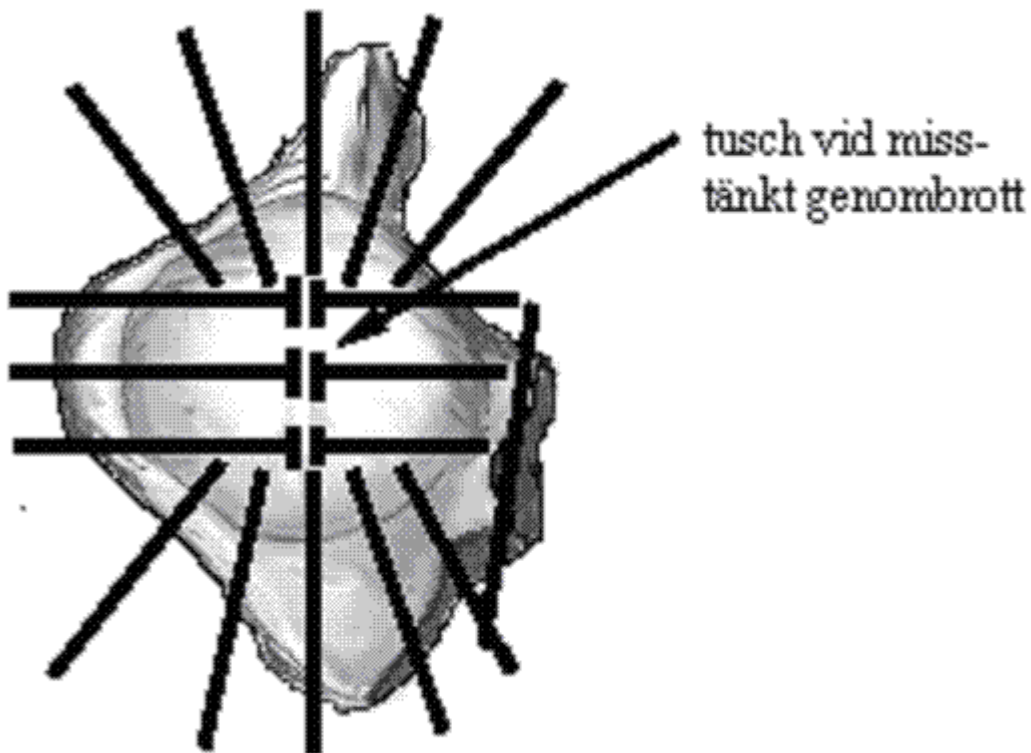
I fall av nodös struma utan tumörmisstanke: tag ett par bitar från vardera loben, inkluderande noduli.

I fall av Mb Basedow utan avvikande härdar: Tag en till två bitar från vardera loben. OBS små ett par mm stora gråvita härdar kan vara papillär mikrocancer. Alla avvikande härdar tas till histologi.

I fall med tumör: Tag tvärgående skivor, som vid behov kan delas, ev. i kvadranter. Ovan- resp undersidan av tumören kan ev. skäras som tårtbitar, för att undvika tangentialsnitt.

Mindre tumörer tas in toto. Vid follikulär tumör upp till 1,5 cm i diameter tas hela kapselregionen; vid större tumörer tas minst 6 bitar från kapselregionen. Vid tveksamhet i malignitetsbedömningen bör ytterligare bitar tas. Bitar bör även täcka in relationen till ytan av preparatet.

## Väldefinierad follikulär tumör



Vid papillär cancer bör hela preparatet skäras i parallella, tvärgående skivor, som inspekteras noga (denna cancerform är ofta multifokal). Riklig histologi även från makr. normala partier.

Föreligger misstanke om medullär cancer skall samtliga skivor från båda loberna tagas till histologi och skivorna numreras uppifrån och nedåt (medullär cancer sitter oftast i övre delen av loben; familjär form är multifokal och bilateral; samt associerad med hyperplasi av hela C-cellssystemet).

Föreligger lobektomi-preparat och misstanke om tumör, skall skiva från resektionsytan på isthmus bäddas och snittas för sig.

Ev. vidhängande lymfkörtlar och parathyreoideae, antal och läge noteras och tas till mikroskopisk undersökning.

## V. Analyser.

Hematoxylin-eosin rekommenderas som histologisk rutinfärgning. Beträffande speciella histologiska och immunohistokemiska metoder samt elektronmikroskopi hänvisas till appendix.

## VI. Information i remissens svarsdelen.

### Makroskopisk och mikroskopisk beskrivning.

1. Organ: thyreoidea

2. Preparatets natur (typ av ingrepp)
3. Tumörtyp enligt gängse klassifikationssystem
4. Tumörlokalisering
5. Tumörens största diameter
6. Förekomst av tumörkapsel
7. Förekomst av kapselinfiltration
8. Förekomst av blodkärlsinvasion (minimal resp massiv)
9. Förekomst av extrathyreoidal extension
10. Förekomst av tumörväxt i resektionsytor
11. Förekomst av multicentricitet
12. Relevanta patologiska förändringar i icke-tumoröst parenkym
13. I förekommande fall antal och lokalisering av vidhängande parathyreoideakörtlar
14. I förekommande fall antal medföljande lymfkörtlar och deras status
15. I fall med lymfkörtelmetastaser, den största metastasens storlek, förekomst av periglandulär växt.

#### VI. Rekommenderade klassifikationssystem.

Hänvisning till appendix (kommer senare, sammanställs under 2005).

#### VII. Administrativt.

##### SNOMED-koder (enl WHO 1988):

Folikulärt adenom	83300
Folikulär tumör, "borderline"	83301 (förslag)
Folikulär cancer	83303
Papillär cancer	82603
Medullär cancer	85103
Intermediär cancer ("mixed follicular/(papillary?)-medullary carcinoma")	?
Odifferentierad cancer	80203