



دستورالعمل ارزیابی ماکروسکوپی و نمونه برداری نمونه های هیستریکتومی غیرتومورال (رحم و ضمیمه)

زیر گروه پاتولوژی زنان انجمن پاتولوژی ایران



بهار 1405

ISP/GYN. 05.01.01

تدوین و گردآوری: دکتر سهیلا سرمدی (فلوشیپ پاتولوژی زنان، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران)

دکتر فاطمه نیلی احمدآبادی (فلوشیپ پاتولوژی زنان، استاد دانشگاه علوم پزشکی تهران، مسئول کمیته پاتولوژی زنان)

دکتر آزاده صلواتی پور (فلوشیپ پاتولوژی زنان)

دکتر مهناز معین فر (فلوشیپ پاتولوژی زنان)

دکتر فیروزه جعفری (استاد یار دانشگاه علوم پزشکی شیراز)

اصلاح و ویراستاری (به ترتیب حروف الفبا):

دکترمژگان اکبرزاده ، دکتر آنیلا آل نبی ، دکتر الناز بابایی پور ، دکترمehشید پناهی ، دکتر امیرحسین جعفریان ، دکتر هانیه ژام ، دکتر اکرم سیف اللهی ، دکترفرشته عاملی ، دکترفرزانه غفاری زاده ، دکتر مهران قهرمانی ، دکتر مریم کدیور ، دکتریژن منصف ، دکترالهام میرزاییان ، دکتر آذر نعیمی

بسه تعالی

پیش گفتار

ارزیابی دقیق ماکروسکوپی و نمونه برداری صحیح، بخش بنیادین و سرنوشت ساز در فرآیند بررسی های پاتولوژیک به شمار می آید. با این حال، به دلیل تفاوت دیدگاه ها و فقدان دستورالعملی واحد و جامع در برخی حوزه ها، نیاز به متنی مدون و یکپارچه همواره احساس می شد. این راهنما بر پایه مرور منابع علمی معتبر، مقالات پژوهشی، و تبادل نظر میان استادان و همکاران پاتولوژیست فعال در زیرگروه زنان انجمن پاتولوژی ایران تدوین گردیده است.

در تدوین این دستورالعمل، کوشش شده است ضمن پایبندی به اصول علمی و استانداردهای روز، شرایط اقتصادی و امکانات رایج در بیشتر آزمایشگاه های کشور نیز در نظر گرفته شود تا از نمونه برداری بیش از حد یا ناکافی پیشگیری گردد.

برخی موارد ذکر شده در این متن، الزامی بوده و انتظار می رود در تمامی گزارش ها رعایت شوند. در مقابل، برخی دیگر اختیاری بوده و با حروف ایتالیک مشخص شده اند؛ این موارد به تشخیص همکاران پاتولوژیست می توانند اجرا یا حذف گردند.

در پایان، نمونه ای از یک گزارش استاندارد نیز ارائه شده است که می تواند به عنوان الگو مورد استفاده همکاران قرار گیرد. در این گزارش نیز بخش های اختیاری با علامت «+» و حروف ایتالیک مشخص شده اند؛ سایر قسمت ها از جمله موارد ضروری به شمار می آیند و توصیه می شود همواره در گزارش های پاتولوژیک رعایت گردند.

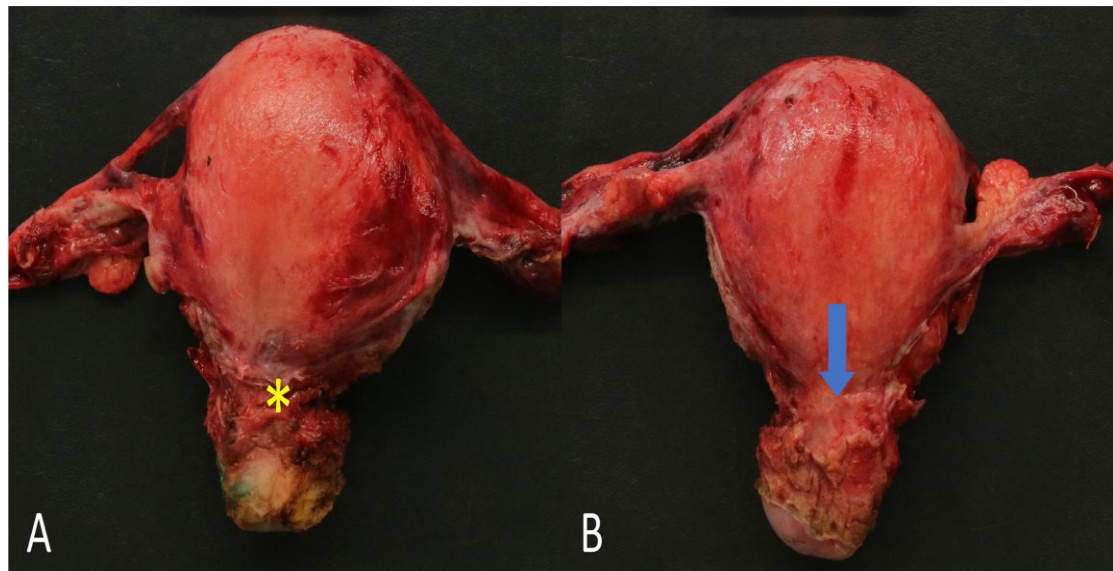
با تشکر

GROSSING

برای توصیف ماکروسکوپی نمونه هیستریکتومی، پیشنهاد می‌شود مراحل زیر به ترتیب دنبال شوند:

1. تعیین جهت نمونه (Orientation)

سطح قدامی (A) و خلفی (B) رحم را مشخص کنید و به کیفیت سطح سروزی توجه نمایید. برگشت صفاق در قسمت خلفی معمولاً تا قسمت پایین تری امتداد دارد (فلاش آبی رنگ) (B) و لوله رحمی در جلوی تخمدان قرار می‌گیرد.



2. اندازه‌گیری‌ها قبل از باز کردن نمونه:

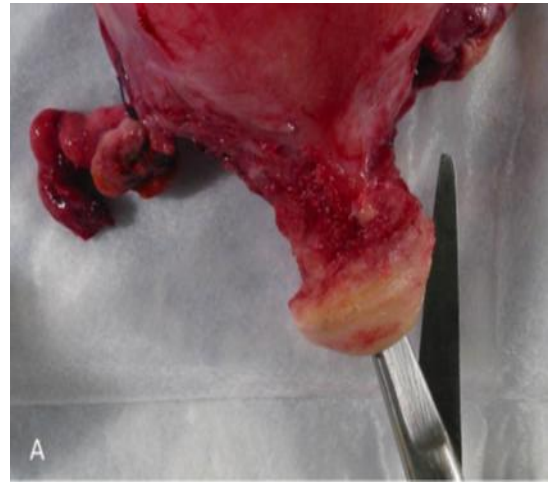
شامل موارد زیر می‌شود»

- سه بُعد جسم رحم (Cornua-Cornua)، Fundus—Lower Segment، Anterior—Posterior)
- دو بُعد سرویکس (طول و قطر)
- شکل و قطر دهانه رحم (OS)
- ابعاد تخمدان‌های دو طرف (سه بُعد)

- طول و قطر لوله‌های فالوپ (دو بُعد)
- اندازه‌گیری وزن کلی رحم و ضمائم الزامی نبوده و به سلیقه همکاران می‌تواند انجام شود.

3. باز کردن رحم:

با هدایت پنس از طریق سرویکس، برش را در ساعت 3 و 9 ایجاد کنید. حفره رحم به تدریج با قیچی یا تیغ از دو طرف راست و چپ باز می‌شود تا نمای درونی آشکار گردد.

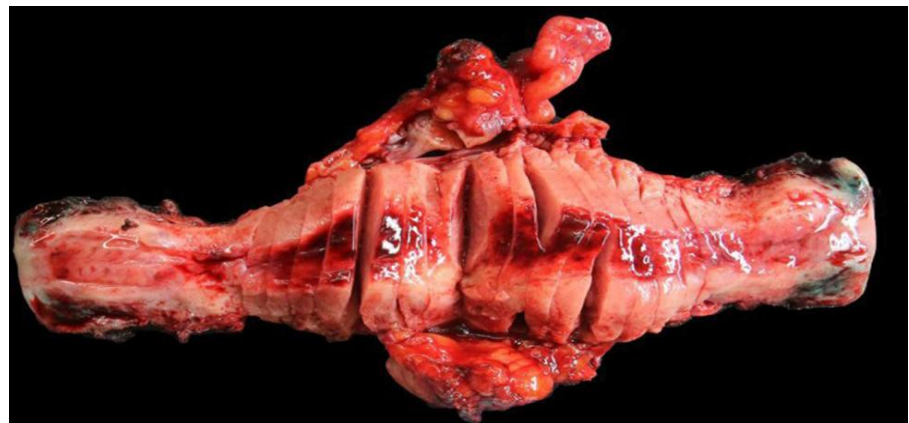


4. بررسی حفره رحم:

ابعاد حفره اندومتر و ضخامت اندومتر و میومتر اندازه‌گیری شود.

5. بررسی ضایعات:

در صورت وجود پولیپ، میوما یا سایر ضایعات، تعداد، قطر بزرگ‌ترین، محل قرارگیری و نمای سطح مقطع توصیف گردد. اندومیومتر و میومها باید به صورت عرضی و در فواصل نیم تا یک سانتی‌متر برش داده شوند.



6. فیکساسیون:

تمام نمونه در حجم مناسب فرمالین قرار داده شود.

SAMPLING

برای نمونه برداری و تهیه بلوک به این شکل اقدام کنید:

- **سرویکس:** دو برش طولی از اگزو و اندوسرویکس (یک بخش قدامی و یک بخش خلفی).
- **اندومتر:** در حالت معمول، دو برش تمام ضخامت شامل میومتر زیرین (یکی از قدام و دیگری از خلف).
- اگر حجم قطعات بیش از یک بلوک باشد، باید به صورت سریال در دو بلوک پشت سر هم پاس داده شود و این موضوع در شرح بلوک ذکر گردد.
- در صورتی که در کورتاژ قبل از عمل، هایپرپلازی آتیپیک گزارش شده ولی ضایعه‌ای در نمونه هیستریکتومی دیده نشود، کل آندومتر همراه با لایه نازکی از میومتر زیرین باید پاس داده شود.
- در موارد هایپرپلازی غیرآتیپیک، معمولاً 4 برش کفایت می‌کند، هرچند برخی منابع توصیه به پاس کامل آندومتر دارند.

✓ پولیپ:

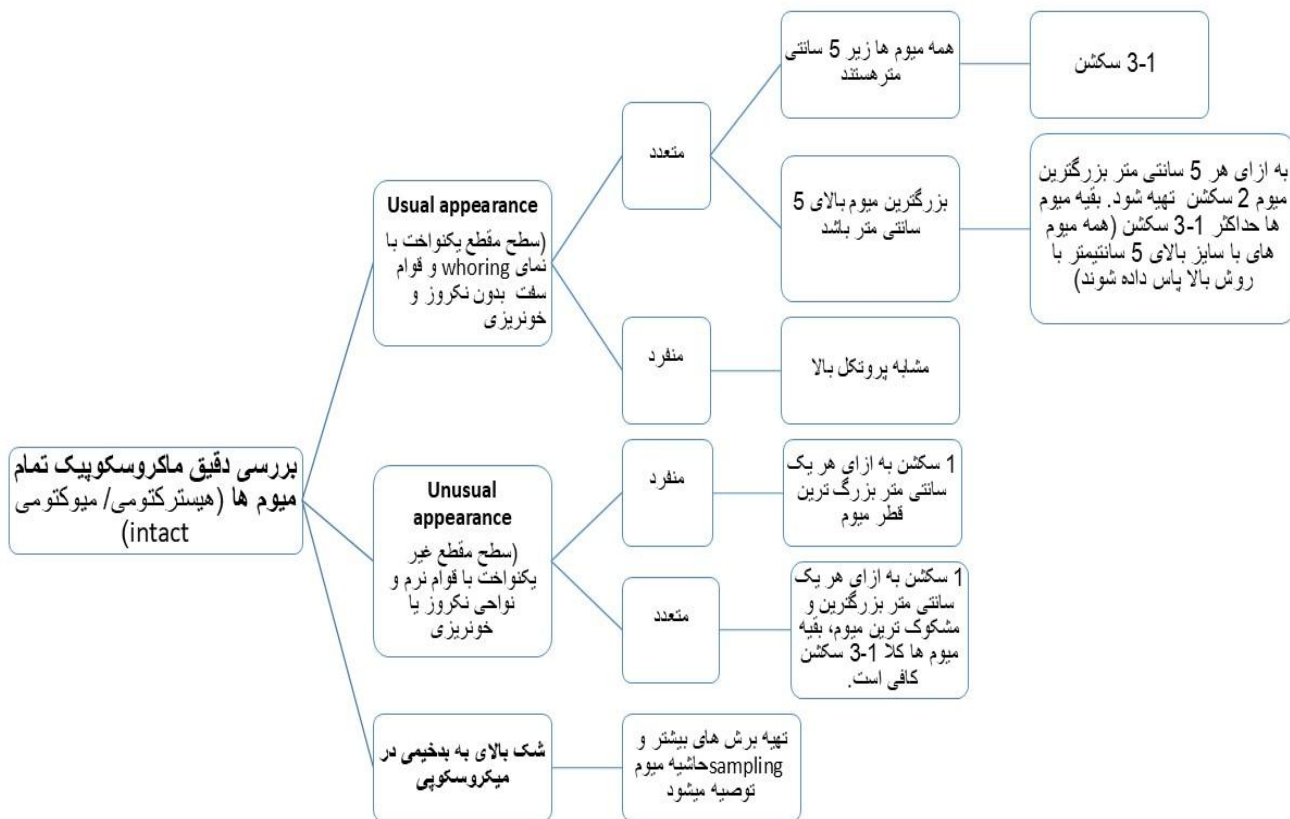
- در پولیپ‌های کوچک (کمتر از 1 تا 3 سانتی‌متر بسته به منبع)، نمونه باید به‌طور کامل پاس داده شود.
- در پولیپ‌های بزرگ‌تر، پولیپ از وسط به‌صورت طولی برش داده شده و چند برش نماینده شامل نواحی مشکوک، نرم‌تر یا نکروتیک انتخاب شود. یک برش باید محل اتصال پولیپ به دیواره رحم را نیز در بر بگیرد.

✓ لیو میوما:

روش نمونه‌برداری از لیو میوم در منابع متفاوت است. به‌طور خلاصه:

- از میومهای سرویکس حتماً نمونه تهیه شود.
- در موارد Morcellated / Hysteroscopic Myomectomy:
 - اگر وزن نمونه کمتر از 5 گرم است، کل نمونه در 5-6 کاست پاس شود.
 - اگر بیش از 5 گرم باشد، برای 5 گرم اول 5-6 کاست و برای هر 5 گرم اضافه یک کاست دیگر پاس داده شود.

در موارد میومکتومی و هیستریکتومی پیشنهاد این گروه، استفاده از الگوریتم زیر است:



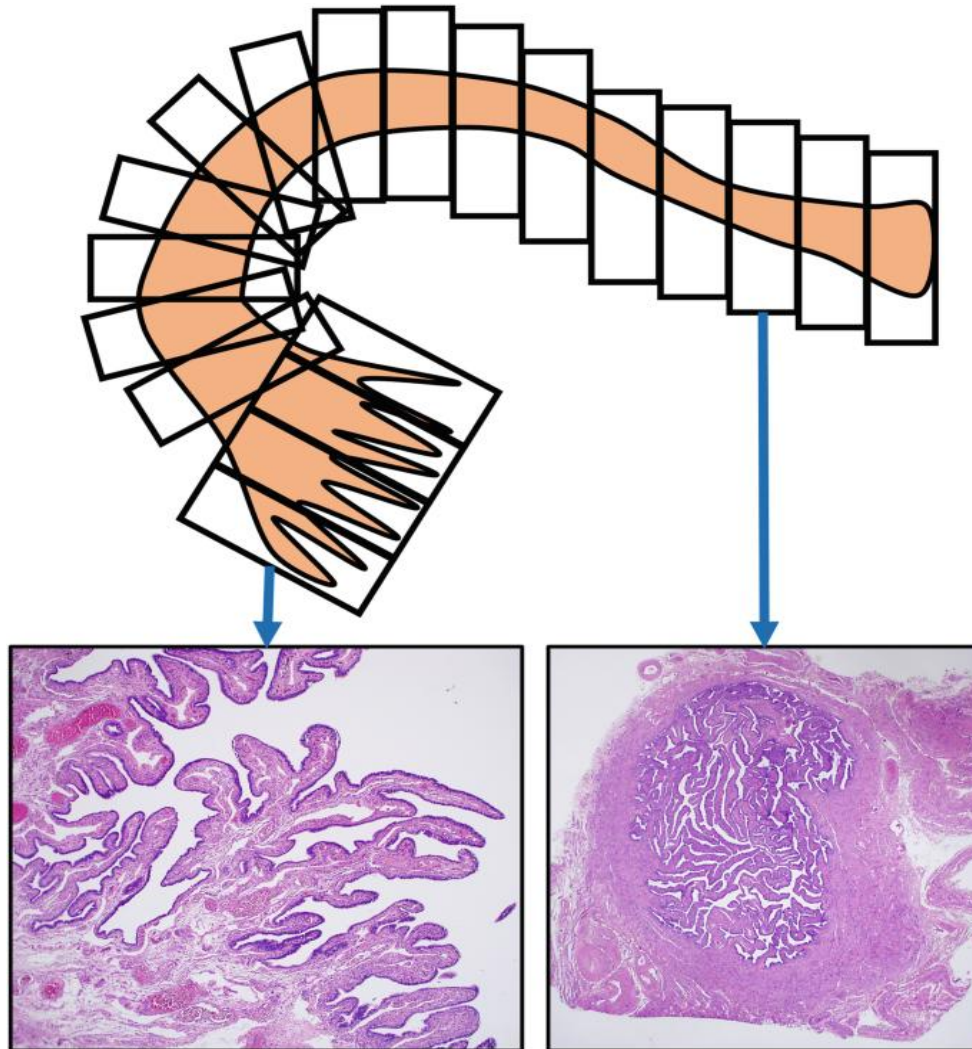
• **ضمائم:**

- **تخمدان:** یک برش عرضی نماینده (representative) از هر تخمدان کافی است.
- **لوله فالوپ:** شامل برش طولی از فیمبریا (پس از دو نیم کردن) و یک یا دو برش عرضی از بخش میانی لوله.
- **در بیماران با سابقه سرطان پستان یا حاملگی جهش: BRCA1/2** لوله ها باید طبق پروتکل SEE-FIM به طور کامل پاس داده شوند و تخمدان ها نیز تماماً نمونه برداری شوند.

✓ **پروتکل: SEE-FIM**

- **2 سانتی متر انتهایی لوله (فیمبریا) به موازات محور طولی برش داده شود.**

- بقیه لوله در فواصل 2-3 میلی متر به صورت عرضی برش زده و تماما پاس داده شود.



منابع:

1-Endometrial Carcinoma, Grossing and Processing Issues: Recommendations of the International Society of Gynecologic Pathologists. International Journal of Gynecological Pathology. 2019 Dec 14;38(Iss 1 Suppl 1):S9–S24, DOI: 10.1097/PGP.0000000000000552

Anais Malpica Elizabeth D Euscher , Jonathan L Hecht , Rouba Ali-Fehmi , Charles M Quick , Naveena Singh , Lars-Christian Horn , Isabel Alvarado-Cabrero , Xavier Matias-Guiu , Lynn Hirschowitz , Máire Duggan , Jaume Ordi , Vinita Parkash , Yoshiki Mikami , M Ruhul Quddus , , Richard Zaino , Annette Staebler , Charles Zaloudek , W Glenn McCluggage , Esther Oliva

2-Macroscopic examination of gynecological specimens: a critical and often underemphasised aspect of pathological reporting

Journal of Clinical Pathology . 2024 Feb 19;77(3):190-203. doi: 10.1136/jcp-2023-208832.

Karen L Talia 1, Carlos Parra-Herran 2, W Glenn McCluggage 3

3-"Review of findings in prophylactic gynaecological specimens in Lynch syndrome with literature review and recommendations for grossing."

Histopathology 65 (2) (Aug 2014).: 228-39. doi:10.1111/his.12386. PMID 24495259.

Downes, MR.; Allo, G.; McCluggage, WG.; Sy, K.; Ferguson, SE.; Aronson, M.; Pollett, A.; Gallinger, S. et al.

4-Gross Pathology Manual By The University of Chicago Department of Pathology,

<https://voices.uchicago.edu/grosspathology/gyne/uterus-endometrial-cancer/>

HYSTERECTOMY (NON-TUMORAL) REPORTING TEMPLATE

Clinical History:

Gross Description:

A) Received fresh specimen/in formalin labeled as " " consists of a total /subtotal abdominal hysterectomy and bilateral/Right/left salpingo-oophorectomy specimen. The corpus M:--- x--- x---cm, the cervix M:---x--- cm. *External os is slit like/round M:...cm in diameter*. Serosal surface is unremarkable. On opening, endocervical canal shows normal appearance/polyp/*nabothian* cyst. Endometrial cavity M:....x....., revealed a poly M:---x---x--- cm located at anterior/posterior/cornu/fundus/lower uterine segment endometrium with soft/friable consistency. Serial transverse cut sections of the corpus show unremarkable/hemorrhagic pits. Endometrial and myometrial thickness are cm and cm, respectively. Multiple/One submucosal/intramural/subserosal myomas are seen, measuring from cm tocm in greatest diameter with whorling cut surfaces, but without hemorrhage or necrosis.

Right/1st unlabeled ovary M: ---x---x--- cm. Cut sections are unremarkable/show cystic structures M:x.....x.....Left/2nd unlabeled ovary M: ---x---x--- cm. Cut sections are unremarkable/ show cystic structures M:

Right/1st unlabeled fallopian tube M: ---cm in length and ...cm in greatest diameter.

Fimbrial end is present/absent. The specimen is grossly unremarkable.

Left/2nd unlabeled fallopian tube M: ---cm in length and ...cm in greatest diameter.

Fimbrial end is present/absent. The specimen is grossly unremarkable.

Representative sections/Partially submitted in blocks

Summary of blocks (Block description): Anterior Cervix: , Posterior Cervix: Anterior endomyometrium: , Posterior endomyometrium: , myoma: , polyp: , Right ovary: , Right fallopian tube: , Left ovary: , Left fallopian tube

DIAGNOSIS:

A) Uterus, cervix, both adnexae, total abdominal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy:

-Endometrium:

-Myometrium:

-Cervix:

- Right ovary:

-Left ovary:

-Right fallopian tube:

- Left fallopian tube: