

# Tutorial i pancreascytologi, 29-30/3 2012

*1<sup>st</sup> Tutorial between Institute of cancerology Gustave Roussy (Frankrike) & Johns Hopkins University (USA)*

*- conventional smears, liquid-based cytology and cell-blocks*

*Pr. S. ALI (Baltimore, USA), Dr. M. FABRE (Villejuif, Fr), Dr. L. PALAZZO (Paris, Fr) och Dr. Ph. VIELH (Villejuif, Fr)*

Genom stipendium från Svensk Förening för Klinisk Cytologi fick jag möjligheten att delta på *Tutorial i pancreas cytology*.



Deltagare kom från Frankrike, Belgien, Storbritannien och Sverige

Jag flög till Paris och tog sedan tåget till Villejuif där kursen skulle äga rum. Staden ligger ca 10 mil söder om Paris.

På morgonen inleddes kursen med att Philippe Viehl, EFCS's general sekreterare önskade oss välkomna. Efter en "pre-test" om vårt kunnande inom pancreas startade Laurent Palazzo (endoskopist) från Paris *Technical aspects of pancreatic FNA-EUS including preparation of samples*.

Alla presentationer var på engelska och även om de emellanåt talade engelska gick det lätt över på franska då frågor ställdes. Vi var två som inte hade franska

som modersmål så Philippe Viehl översatte emellanåt till oss. Tur att man har lite erfarenhet av det franska språket även om det var länge sedan!

Alla deltagare var läkare utom jag. Cytodiagnostiker i Frankrike utför inte ”on site evaluation” som vi gör.



Philippe översätter till franska när Syed talar!

#### Lite fakta om **pancreas adenocarcinom**:

- 15-20% är operabla;
- 30-40% är inoperabla;
- 50% är metastaser;
- pancreas cancer är den fjärde vanligaste cancerformen som orsakar dödsfall i världen;
- borderline tumörerna ökar och därför ökar behovet av neoadjuvant terapi för dessa;
- finnålspunktion görs vid endoskopisk ultraljudsundersökning.

10% av pancreas cancer ses ej med CT. Man skiljer på solida och cystiska tumörer.

## **Solida tumörer**

Största andelen är **adenocarcinom** 70-90%:

- Duktal cancer (delas in i olika typer)
- Acinärcellscancer
- Pankreatoblastom

10% av bortopererade pancreastumörer i samband med Whipple operation är icke neoplastiska tumörer.

- ”massforming focal pancreatitis”. Lokal pancreatit.
- pseudo-tumorös autoimmun pancreatit. Kan se ut som cancer (rtg).

*10-15% av pancreascancer är inte adenocarcinom utan kan vara:*

- Endokrin cancer
- Metastas
- Lymfom
- Sällsynta tumörer (t.ex. sarkom)

I kursen fick vi lära oss fallgropar/differentialdiagnoser. Vi tog även vilka indikationer som ledde till EUS undersökning. Multidisciplinära möten förespråkades.

Förutom glasutstryk behövs material till immunologi.



Syed Ali, Baltimore

I Frankrike görs cellblock på restmaterial från finnålspunktionerna och/eller tar material i cytolyt. Vid speciella frågeställningar görs mellannålsbiopsi, t ex vid Autoimmun pancreatitis, AIP.

Man använder olika stora sprutor t.ex. om det ser fibrotiskt ut eller om det är kärlrikt.

## **Cystiska tumörer**

Finns både maligna och benigna tumörer.

Endast en punktion rekommenderas vid cystiska tumörer.

*Skall opereras bort:*

- Cystadenocarcinom
- Malign intraduktal papillär mucinös neoplasm (IPMN)
- Mucinös cystadenom
- ”Main duct” typ IPMN
- ”Branch duct” typ IPMN med risk för malignitet

- Solid pseudopapillary neoplasm
- Cystisk neuroendokrin tumör (>3 cm)

*Skall observeras och ej tas bort:*

- Pseudocysta
- Seröst cystadenom
- ”Branch duct typ IPMN utan risk för malignitet
- Small cystisk neuroendokrin tumör

Vid *cystiska pancreas* tumörer skall **CEA** (eventuellt CA19.9) analyser tas. En milliliter vätska räcker för analysen.

CEA < 5ng/MI övervakas.

CEA > 400ng/MI resektion.

Efter dessa analyser skall resterande material hällas i cytolyt. På den gör man sedan **PAS** och **PAP** färgning. Därefter kan materialet användas för cellblock.

90% av cystiska förändringar är pseudocystor. Dessa är benigna och cellfattiga. Resterande 10 % kan t.ex. vara seröst cystadenom-serös cancer, mucinöst cystadenom - mucinös cancer och cystisk neuroendokrin tumör. Dessa delas sedan in i subtyper.

Vid punktionen är det viktigt att endoskopisten beskriver hur man stuckit (genom vilka organ man passerat) samt utseendet och mängd av vätska.

Är punktionsmaterialet ofärgat behövs inga utstryk. Annars rekommenderas två till tre utstryk eller sprutas allt direkt i cytolyt. Blodigt material sprutas direkt ner i cytolyt för att sedan behandlas på lab. Vid lymfomfrågeställning föreslås lämpligt medium för detta.

**Rapid on site evaluation** rekommenderas för att erhålla bäst möjligast material. Dock har man ej resurser för detta i Frankrike. Istället föreslår man minst 3-5 punktioner för att säkerställa gott material.

## Ny terminologi föreslås inom pancreatobiliary cytologi

# Papanicolaou Society of Cytopathology – Proposed Terminology Scheme for Pancreatobiliary Cytology

Pitman MB, et al, 2012

### I. Nondiagnostic

- Insufficient cellular material for diagnosis

### II. Negative

- Pancreatitis-acute, chronic, autoimmune
- Pseudocyst
- Lymphoepithelial cyst
- Splenule/accessory spleen

### III. Atypical

- Mild-moderate cellular atypia, NOS
- Ductal epithelium with mucinous metaplasia and mild-moderate nuclear atypia

### IV. Neoplastic

#### Benign

- Serous cystadenoma
- Mature teratoma
- Schwannoma

#### Other

- Pancreatic neuroendocrine tumor
- Solid-pseudopapillary neoplasm
- Mucinous cyst (IPMN or MCN), NOS, e.g. only thick, colloid-like mucin or elevated CEA or +KRAS mutation
- Mucinous cyst (IPMN or MCN) with low-grade mucinous epithelium/dysplasia
- Mucinous cyst (IPMN or MCN) with high-grade dysplasia
- GIST

### V. Suspicious

- Severe cellular atypia, suspicious for invasive ductal carcinoma or other high-grade malignant neoplasm

### VI. Positive/Malignant

- Adenocarcinoma of the pancreatobiliary ducts and variants
  - Acinar cell carcinoma
  - High-grade neuroendocrine carcinoma (small and large cell type)
  - Pancreatoblastoma
  - Lymphoma(s)
  - Sarcoma (s)
  - Metastases
-



Monique Fabre berättade om cystiska förändringar och tumörer. Hon är en mycket erfaren fransk cytopatolog.

Syed Ali från John Hopkins University tog upp atypier och adenocarcinom samt ovanliga tumörer.

Laurent Palazzo berättade om tekniken.

Philippe Viehl ledde kursen.

Det var en intensiv kurs! Föreläsarna var mycket duktiga och de brann för sitt område. Presentationerna var verkligen bra upplagda och grundliga. Efter genomförd kurs fick vi kursintyg och föreläsningarna på ett USB-minne.

Jag får tacka Svensk Förening för Klinisk Cytologi som gjorde så jag fick resa på denna tutorial.

Lars Övergaard, CT(MIAC)EFCS-gyn