

Gerincagyi astrocytoma, nyaki syringomyelia

Dr. Tiszlavicz László
SZTE ÁOK Pathológiai Intézet

B. B. 3 é. fiú

Klinikai dg.:

a gerincvelő thoracalis régiójának intramedullaris rosszindulatú daganata

Minta:

8×8×8 mm-es szürkésárga szövettörmelék

Kórszövettani feldolgozás:

1 paraffin blokk,

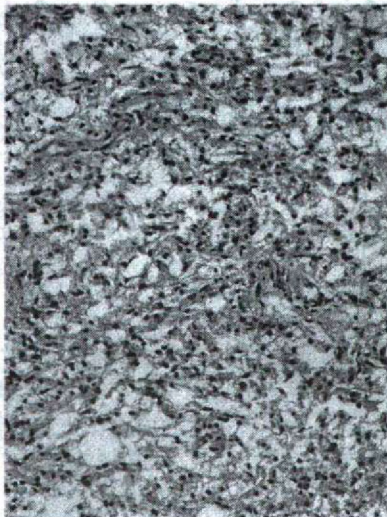
2 H&E festett metszet, speciális festések: PAS, PAS-AK

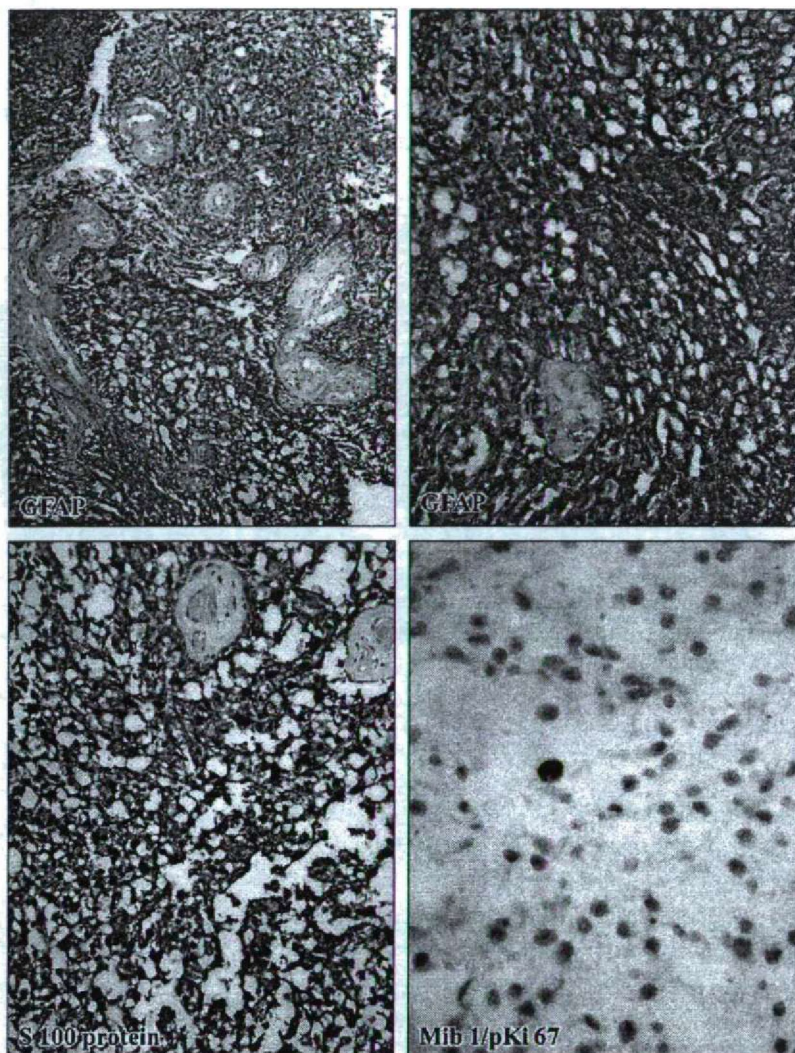
Immunhisztokémia:

pKi67, GFAP, S100 protein, VIII-as faktor asszociált antigén, vimentin, CK MNF 116 (p53)

Megfigyeléseink

- a minta egésze tumorszövetnek bizonyult
- hypocellularis, érdús tumorszövet
- laza myxoid matrix
- fibrilláris astrocyták, „naked nuclei”
- cytologiai atypia, mitosis nem jellemző
- microcysticus részletek
- necrosis nincs
- Jellegetes immunfenotípus:
GFAP: +++, vimentin: ++, S 100 protein: +++,
CK: -, VIII. f.: -, pKi 67: - (<4%), p53: -.





A klinikai adatok, a szöveti kép és az immunhisztokémiai reakciók eredményei alapján vélemény: a gerincvelő diffúz fibrilláris astrocytomája (WHO grade II).

Dg.: fibrilláris astrocytoma.

Differenciál diagnózis

A diffúz astrocytomák histológiailag nagy variációt mutathatnak. A subclassifikáció gyakran nehéz, a fő tumorkomponenst kell figyelembe venni !

- Protoplasmás astrocytoma
- Gemistocytás astrocytoma
- **Reactiv gliosis**

Biológiai viselkedés

Gyakoriság: 1,4 új eset/1 millió populáció

Életkori megoszlás: < fiatal felnőttek

Nemi megoszlás: M/F arány: 1,18:1

Lokalizáció: frontális l. > temporális l. > gerincvelő > kisagy

Genetika: congenitális p53 mutatio, Ollier betegség:↑

Molekuláris pathologia: p 53 mutáció, PDGFR α m RNS

expresszió ↑,

7q és 8q amplifikáció,

LOH 10p, del 6

Predictív faktorok: átlagos túlélés műtét után 6-8 év progresszív glioblastomába 4-5 év múlva

- Első biopsia: p53, LOH 10p és 19q
- Fiatal életkor, total tumoreltávolítás
- Microcysticus elváltozás
- pKi67/Mib1 index
- Perivascularis lymphocytá infiltráció