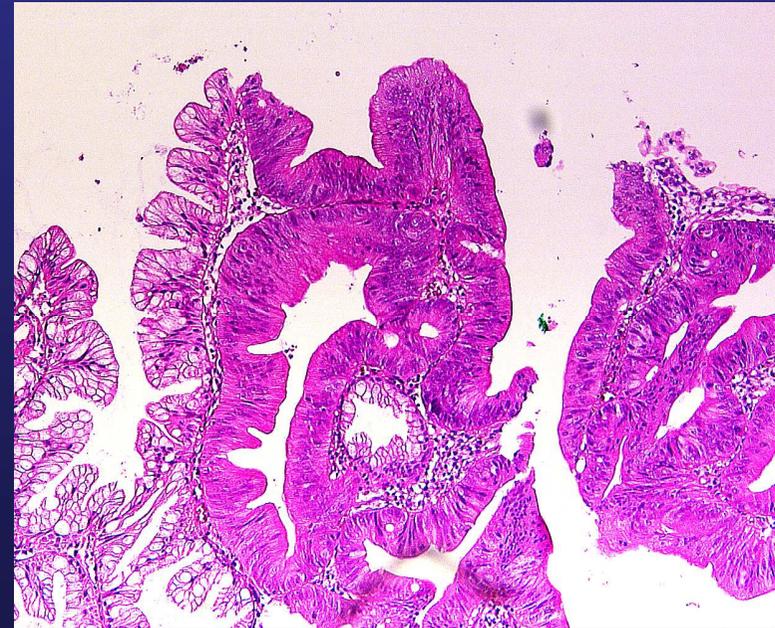
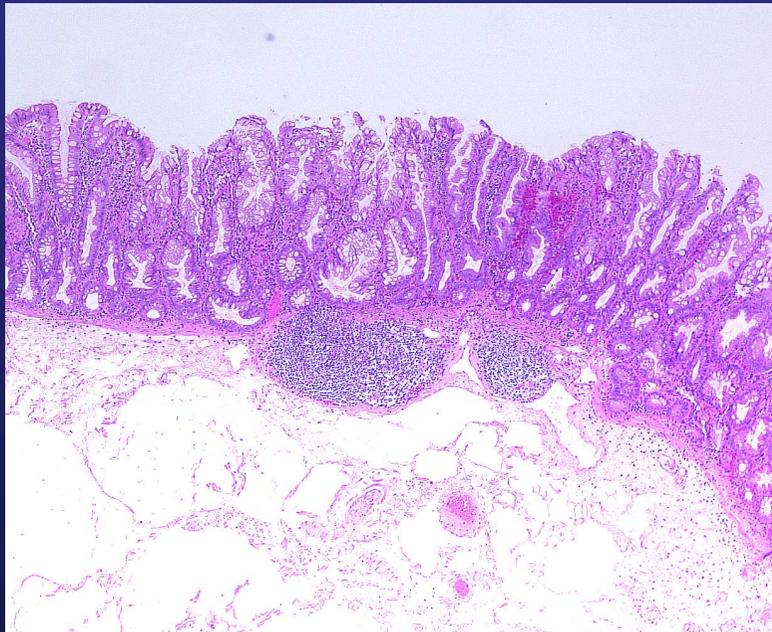




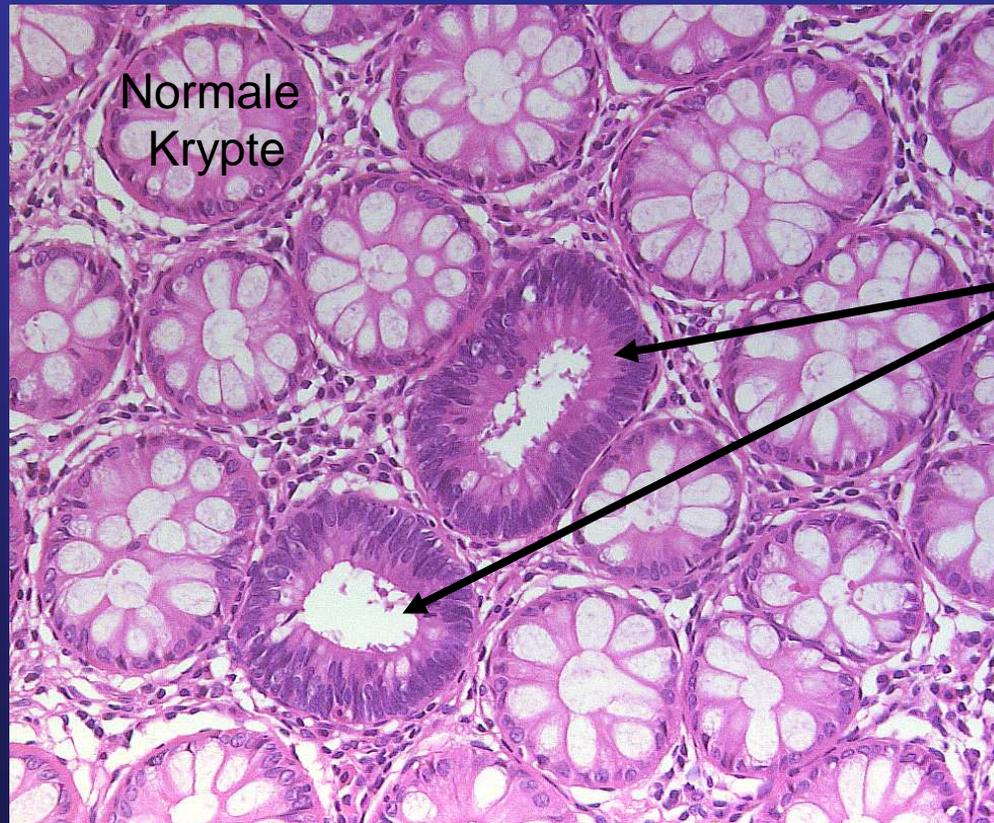
## Serratierte Polypen

eine Herausforderung für den Pathologen



Das sessile serratierte Adenom (SSA)  
eine Herausforderung für die Pathologie

# Traditionelle Adenome

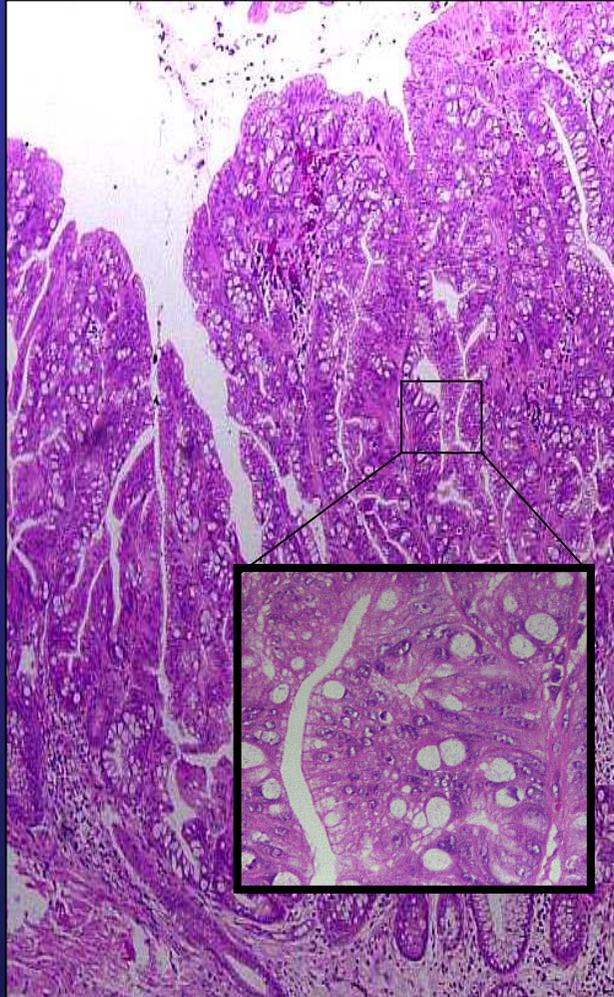


Aberranter Kryptenokus (ACF)

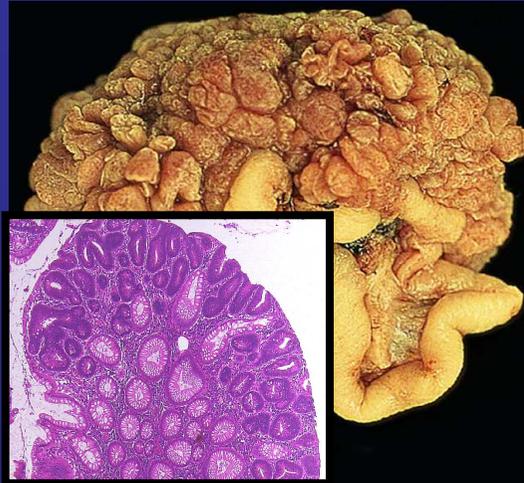
Zytologische Neoplasiekriterien

Kern/Plasmarelation

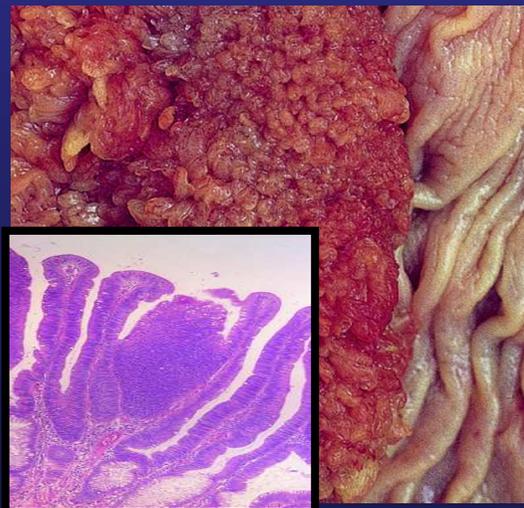
Fehlerhafte Ausdifferenzierung



Zytologische  
Kriterien



Tubuläres Adenom  
Low/high grade



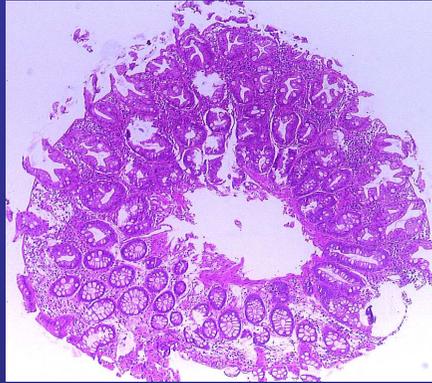
Traditionelles serratiertes  
Adenom, tubulär gebaut  
Low/high grade

Villöses Adenom  
Low/high grade

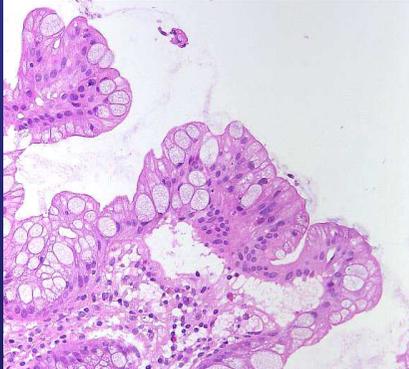
Traditionelles serratiertes  
Adenom, villös gebaut  
Low/high grade

Architektur  
Kriterien

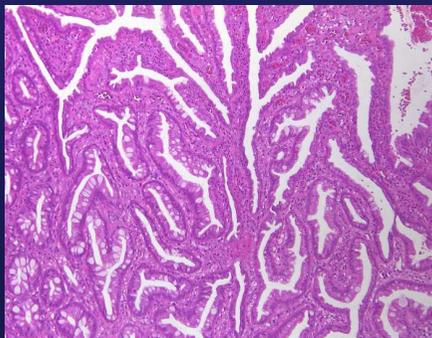
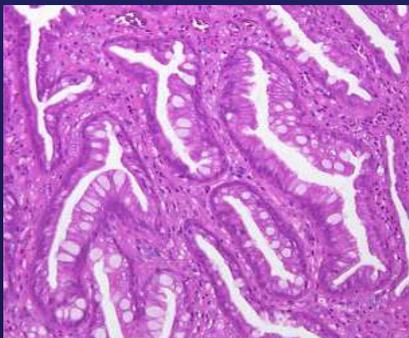
# Serratierte Polypen ohne zytologische Neoplasiekriterien



Hyperplastischer Polyp



Sessiles serratiertes Adenom



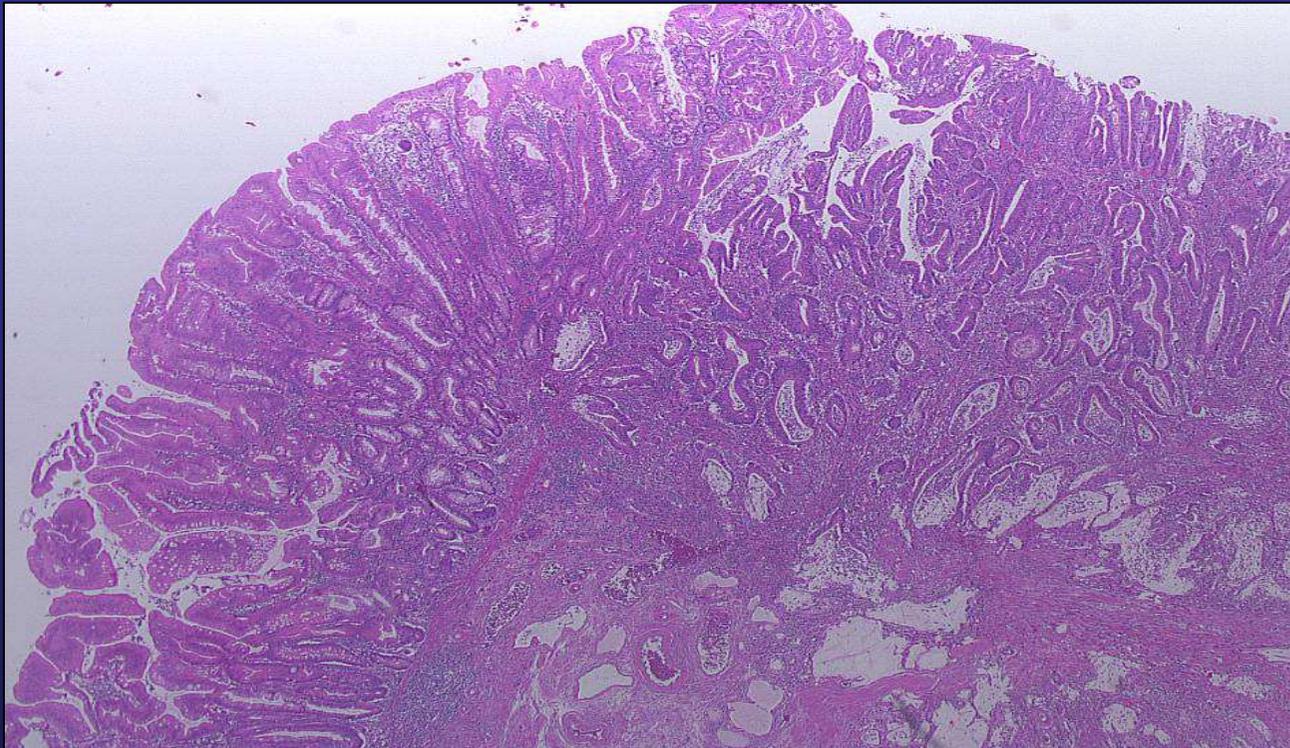
Mucosa Prolaps  
Kloakogene Polypen

Zytologische  
Kriterien

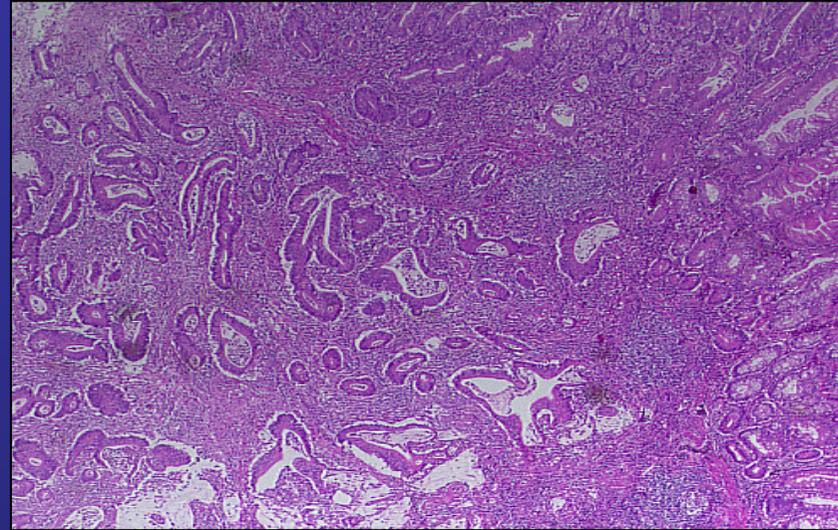
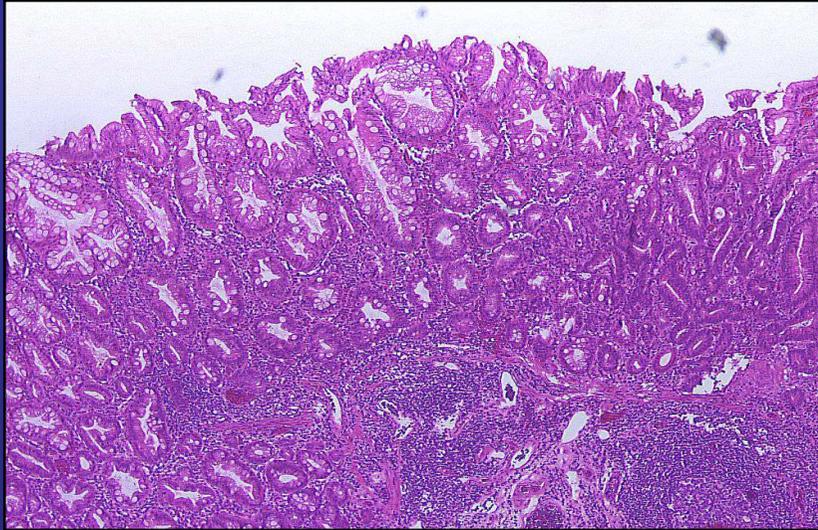
Architektur  
Kriterien

## Serrätierter Weg des Kolonkarzinoms

← 15 mm →



normal --- SSA ohne Zellatypien -- SSA mit Atypien --- Karzinom



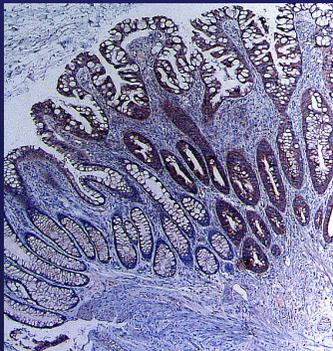
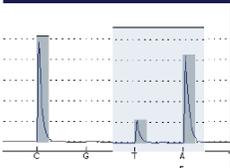
normal ---- SSA ohne Zellatypien ----- SSA mit Atypien ---- Adeno-Karzinom

CpG  
Methy-  
lierung

BRAF V600E

Polarisations-  
Verlust (p16)

p16 Verlust  
MLH1 Verlust: MSI



# Serratiertes Weg des Kolonkarzinoms

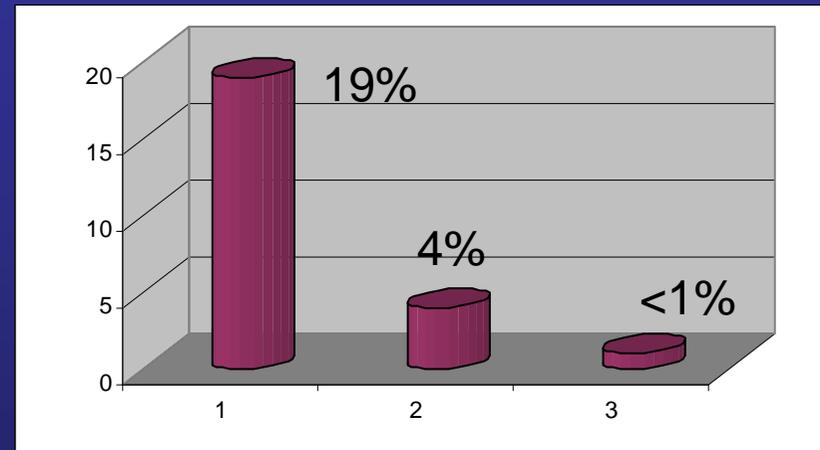
## Klinisch pathologische Befunde

Weibliches Geschlecht

Hohes Lebensalter

Übergewicht

Rechtsseitiges Hemikolon



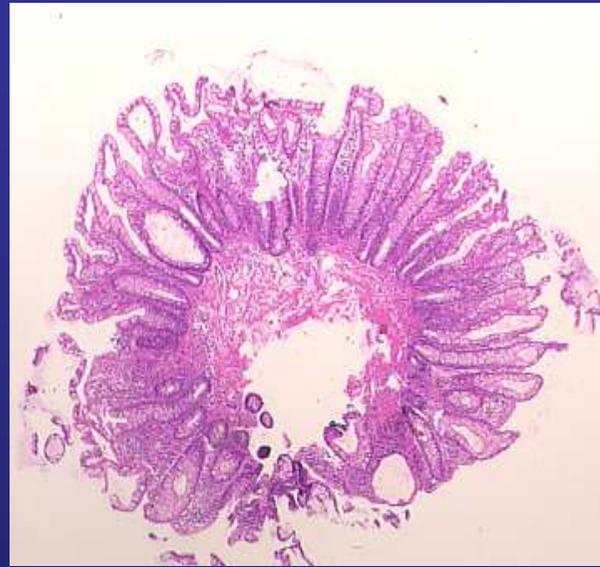
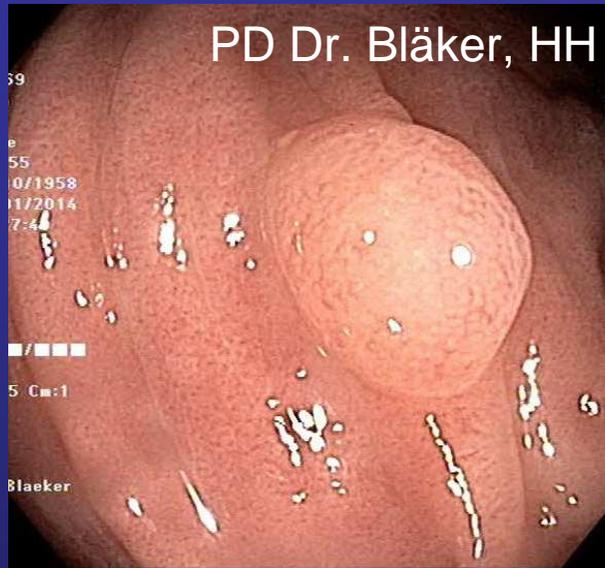
Rechtes  
Kolon

Desc.  
Sigma

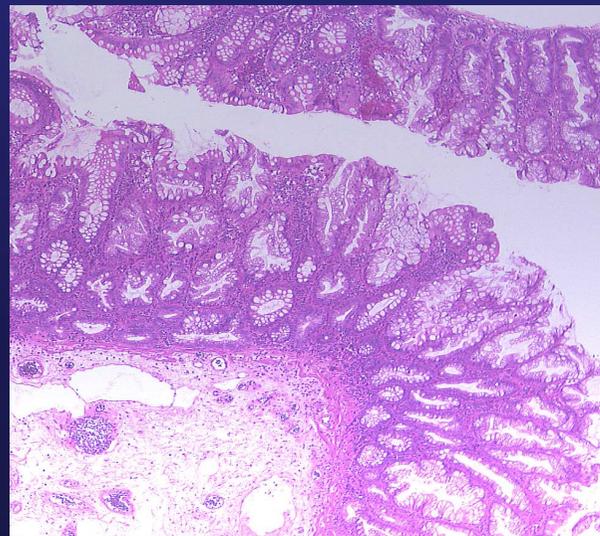
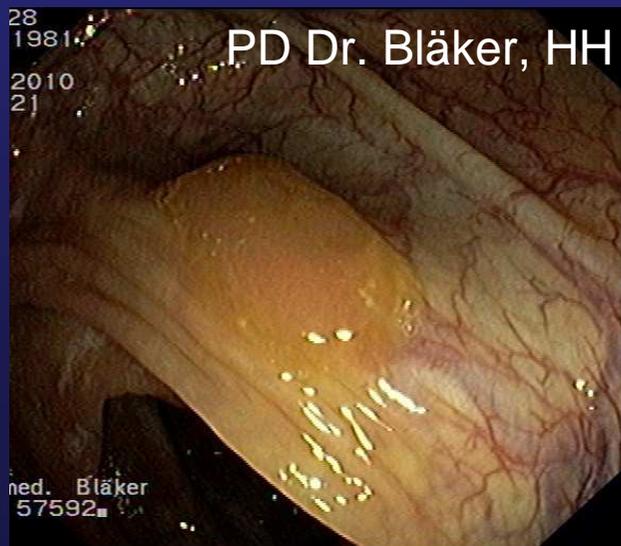
Rektum

DACHS Studie  
Hoffmeister et al. 2013

# Unterschiede Hyperplastischer Polyp und SSA



Polypoider Aspekt  
Schmale Krypten  
Serratierung oberfl.



Flacher Aspekt  
ektatische Krypten  
Serratierung basal  
L/T Verzweigung

# Zusammenfassung

- Adenomdiagnose traditionell an zytologische Atypien gebunden
- Die Adenomdiagnose anhand rein architektureller Kriterien für traditionelle Pathologie ungewohnt
- Wenn man die Problematik kennt, ist die Unterscheidung zwischen HP und SSA eigentlich unproblematisch, in dubio Berücksichtigung der Lokalisation
- Grundlagenwissenschaftlich sehr interessantes Tumormodell, möglicherweise Konzeptkorrektur in der Zukunft auch hinsichtlich der Diagnose einer serratierten Polyposis



Gibt es zwischen HP und SSA überhaupt Unterschiede  
oder entscheidet die Lokalisation  
über das Erscheinungsbild und das Transformationspotential  
ein und derselben  
Läsion?

Beispiele für Phänotypvariationen  
in Abhängigkeit der Lokalisation

FAP: APC Mutation im Kolon=Adenom; im Magen=Drüsenkörperzysten  
Keine Manifestation in Ileum oder jejunum

Lynch assoz. HNPCC Syndrom: Risiko CRC rechts↑↑ , Rektum: nicht bewiesen