FAQ RAK
WSPIERAMY CHORYCH

Słowniczek: wynik hist-pat i markery

„Z polskiego na nasze" – do czytania razem z wynikiem, nie zamiast lekarza · strona 1/2

1 Podstawy: skąd się bierze wynik

Histopatologia (hist-pat)
Badanie kawałka tkanki pod mikroskopem. To jedyne badanie, które potwierdza albo wyklucza nowotwór – obraz z TK czy USG tylko go podejrzewa.

Biopsja
Pobranie próbki. Cienkoigłowa (BAC) daje same komórki, gruboigłowa – walec tkanki, wycinek – fragment zmiany. Im więcej tkanki, tym pełniejszy opis.

Preparat / bloczek parafinowy
Twoja tkanka zatopiona w parafinie i przechowywana w szpitalu latami. Można z niej później zrobić badania genetyczne – masz prawo poprosić o jej wypożyczenie.

Cytologia
Badanie pojedynczych komórek (np. z płynu, wymazu, BAC). Mniej dokładne niż hist-pat, bo nie widać, jak komórki są ułożone.

Rozpoznanie wstępne / ostateczne
Wstępne bywa z biopsji, ostateczne – po operacji, gdy patolog obejrzał cały guz. Oba mogą się różnić i to normalne.

„Do korelacji klinicznej"
Patolog mówi: „to, co widzę, trzeba zestawić z objawami i badaniami obrazowymi". Nie jest to ani dobra, ani zła wiadomość – to prośba o kontekst.

Konsultacja preparatów
Druga opinia histopatologiczna – inny patolog ogląda te same szkiełka. W trudnych przypadkach to standard, nie obraza dla pierwszego lekarza.

2 Jaki to nowotwór

Nowotwór to nie zawsze rak
Nowotwór to każdy nieprawidłowy rozrost – łagodny lub złośliwy. Rak (carcinoma) to tylko nowotwory złośliwe z nabłonka, ale w mowie potocznej słowo „rak" oznacza każdy nowotwór złośliwy.

Łagodny (benignus)
Nie nacieka sąsiednich tkanek i nie daje przerzutów. Może wymagać usunięcia, ale nie jest rakiem.

Złośliwy (malignus)
Może naciekać okoliczne tkanki i rozsiewać się do innych narządów. To właśnie leczy onkologia.

Gruczolakorak (adenocarcinoma)
Rak z komórek gruczołowych – najczęstszy typ w jelicie, piersi, prostacie, trzustce, płucu.

Rak płaskonabłonkowy
Rak z komórek „pokrywających" – skóra, szyjka macicy, przełyk, gardło, część raków płuca.

Mięsak / chłoniak / czerniak
Inne nowotwory złośliwe: mięsak – z tkanek miękkich i kości, chłoniak – z układu chłonnego, czerniak – z komórek barwnikowych. Leczy się je inaczej niż raki.

Dysplazja / zmiana przednowotworowa
Komórki już nieprawidłowe, ale to jeszcze nie rak. Usunięta w porę – kończy sprawę. Stopnie: małego / dużego stopnia (low / high grade).

In situ (przedinwazyjny)
Rak, który nie przebił „podłogi" nabłonka (błony podstawnej), więc nie ma dostępu do naczyń i nie może dać przerzutów. Najwcześniejsza możliwa postać.

Naciekający / inwazyjny
Rak przekroczył błonę podstawną. Nie oznacza zaawansowania – mówi tylko, że to już nie in situ.

3 Jak daleko: stopień, stadium, margines

G – stopień złośliwości (grading)
Jak bardzo komórki różnią się od zdrowych: G1 – podobne, rosną wolno; G3 – bardzo odmienne, rosną szybko. Mówi o „charakterze" guza, nie o jego wielkości.

TNM – stadium (staging)
T – wielkość/zasięg guza (T1–T4), N – zajęte węzły chłonne (N0 = brak), M – przerzuty odległe (M0 = brak). Z TNM lekarz układa stadium I–IV.

cTNM vs pTNM
c – ocenione klinicznie (obraz, badanie), p – potwierdzone przez patologa po operacji. Przedrostek „y" (ypTNM) oznacza ocenę po leczeniu przedoperacyjnym.

Stadium I–IV
Zbiorcza ocena zaawansowania. I – mały, miejscowy; IV – z przerzutami odległymi. To samo stadium w różnych nowotworach ma różne rokowanie – nie porównuj z sąsiadem.

Margines R0 / R1 / R2
Czy guz wycięto z zapasem zdrowej tkanki. R0 – tak, brzeg czysty; R1 – komórki nowotworu na brzegu pod mikroskopem; R2 – guz widoczny gołym okiem został. „Margines 3 mm" = tyle zdrowej tkanki wokół.

Węzły chłonne, np. „2/15"
Patolog zbadał 15 węzłów, w 2 znalazł komórki nowotworu. Liczba zajętych węzłów wpływa na stadium N i na decyzję o leczeniu uzupełniającym.

Węzeł wartowniczy
Pierwszy węzeł, do którego spływa chłonka z guza. Jeśli jest czysty, zwykle nie trzeba usuwać pozostałych – oszczędza to obrzęków.

Przerzut (meta)
Ognisko nowotworu w innym narządzie, zbudowane z komórek guza pierwotnego. Rak jelita z przerzutem w wątrobie to nadal rak jelita, nie rak wątroby.

LVI / PNI
Inwazja naczyń limfatycznych lub krwionośnych (LVI) i naciekanie okołonerwowe (PNI) – komórki raka wnikają do naczyń lub wzdłuż nerwów. Czynnik ryzyka, nie wyrok.

Naciek zapalny / limfocyty (TILs)
Komórki odpornościowe wokół guza. Ich obecność bywa dobrym znakiem i podpowiada, czy immunoterapia ma szansę.

4 Co pokazują barwienia i geny

Immunohistochemia (IHC)
Barwienie tkanki przeciwciałami, które „zapalają" konkretne białka. Pozwala ustalić typ nowotworu i czy zadziałają leki celowane. Wynik: dodatni / ujemny albo odsetek komórek.

Ki-67
Odsetek komórek, które właśnie się dzielą. Ki-67 10% – guz spokojny, 70% – rośnie szybko. Wpływa na wybór leczenia, nie jest samodzielnym rokowaniem.

Jak czytać wynik hist-pat
Czytaj od końca – „Rozpoznanie" jest zwykle na dole. Zaznacz słowa, których nie rozumiesz, i zabierz listę do onkologa; nie szukaj ich o drugiej w nocy. Poproś o kopię wyniku i zapisz, gdzie są Twoje bloczki parafinowe (nazwa szpitala, numer badania) – przydadzą się do badań genetycznych.

Słowniczek: wynik hist-pat i markery

„Z polskiego na nasze" – do czytania razem z wynikiem, nie zamiast lekarza · strona 2/2

Receptory ER / PR
Wrażliwość na estrogeny i progesteron (głównie rak piersi). Dodatnie = hormonoterapia ma sens. Zapis „ER 90%" to odsetek komórek z receptorem.

HER2
Białko napędzające wzrost (pierś, żołądek). Wynik 3+ lub „amplifikacja" = leki anty-HER2 zadziałają; 2+ wymaga dodatkowego testu (FISH/ISH); 0 i 1+ = ujemny (czasem „HER2-low").

PD-L1
Białko, którym guz „wyłącza" odporność. Wysoki odsetek (np. TPS co najmniej 50%) sugeruje, że immunoterapia może zadziałać – ale nie jest to warunek konieczny.

MSI-H / dMMR
Niestabilność mikrosatelitarna – komórki nie naprawiają błędów w DNA. Taki guz często dobrze odpowiada na immunoterapię; bywa też sygnałem dziedzicznego zespołu Lyncha.

Mutacja (EGFR, KRAS, BRAF, ALK, BRCA...)
Zmiana w genie komórek guza. Dla wielu mutacji istnieje lek celowany – dlatego badanie genów guza to dziś standard w wielu nowotworach. Mutacja w guzie to nie to samo, co mutacja dziedziczna.

NGS (sekwencjonowanie)
Badanie wielu genów guza naraz z bloczka parafinowego. Zapytaj onkologa, czy w Twoim nowotworze jest zalecane i refundowane.

Mutacja germinalna vs somatyczna
Germinalna – odziedziczona, we wszystkich komórkach ciała (np. BRCA1 z krwi); somatyczna – powstała tylko w guzie. Pierwsza ma znaczenie dla rodziny, druga – dla leczenia.

5 Markery we krwi

Marker nowotworowy
Substancja, której poziom we krwi może rosnąć przy nowotworze – ale też przy zapaleniu, ciąży, paleniu. Służy do monitorowania leczenia, NIE do rozpoznawania raka u zdrowych osób.

Trend ważniejszy niż liczba
Jeden podwyższony wynik mówi mało. Liczy się dynamika: spada w trakcie leczenia – dobrze; rośnie na kolejnych badaniach – powód do dalszej diagnostyki.

CEA
Jelito grube, także żołądek, płuco, pierś. Podwyższony u palaczy i przy chorobach wątroby.

CA 19-9
Trzustka i drogi żółciowe. Rośnie przy żółtaczce i zapaleniu trzustki; ok. 5–10% ludzi w ogóle go nie wytwarza.

CA 125
Jajnik. Rośnie też przy endometriozie, miesiączce, ciąży, zapaleniu otrzewnej – dlatego u młodych kobiet często „fałszywie" dodatni.

CA 15-3
Pierś – monitorowanie zaawansowanej choroby. Bezużyteczny do wczesnego wykrywania.

PSA
Prostata. Rośnie także przy łagodnym przeroście, zapaleniu, po badaniu per rectum lub jeździe na rowerze. Ważna jest proporcja „wolnego PSA" i tempo wzrostu.

AFP
Wątroba (rak wątrobowokomórkowy) i nowotwory zarodkowe jądra/jajnika. Fizjologicznie wysoki w ciąży.

hCG
Nowotwory zarodkowe jądra i ciążowa choroba trofoblastyczna. Ten sam hormon, co w teście ciążowym.

LDH
Nie jest „markerem raka" – rośnie, gdy wiele komórek ginie: chłoniaki, czerniak, duże guzy, ale też wysiłek, hemoliza. Ogólny wskaźnik obciążenia.

Zakres referencyjny
Przedział „normy" z danego laboratorium. Różne laboratoria mają różne zakresy i metody – porównuj wyniki z tego samego miejsca.

Dodatni / ujemny / graniczny
Dodatni = obecny/wykryty (w onkologii zwykle to zła wiadomość), ujemny = niewykryty, graniczny = na granicy normy, do powtórzenia. „Wynik dodatni" nie znaczy „dobry".

6 Słowa-wytrychy w opisach i na wizytach

Zmiana ogniskowa / guzek / ognisko
Coś, co odróżnia się od otoczenia na obrazie. Może być torbielą, blizną, naczyniakiem albo nowotworem – samo słowo nie przesądza o niczym.

„Podejrzana" / „nie można wykluczyć"
Radiolog lub patolog nie ma pewności i prosi o kolejny krok (biopsję, kontrolę za 3 miesiące). To zaproszenie do dalszej diagnostyki, nie rozpoznanie.

Regresja / stabilizacja / progresja
Jak guz reaguje na leczenie w badaniach obrazowych: maleje, nie zmienia się, rośnie lub pojawiają się nowe ogniska. Stabilizacja w zaawansowanej chorobie to często dobry wynik.

Remisja częściowa / całkowita (PR / CR)
Częściowa – guz zmniejszył się wyraźnie; całkowita – nie widać go w badaniach. pCR (patologiczna) – po operacji patolog nie znalazł żywych komórek raka.

Wznowa / nawrót
Powrót choroby po okresie remisji – w tym samym miejscu (wznowa miejscowa) lub w innym narządzie. Dlatego po leczeniu są kontrole.

Rokowanie vs statystyka
Statystyki opisują tysiące różnych osób sprzed lat; rokowanie dotyczy Ciebie, dziś, z tym leczeniem. Masz prawo nie pytać o liczby – i prawo zapytać.

Markery: o co zapytać lekarza
„Czy w moim nowotworze ten marker jest w ogóle przydatny?", „Jak często go sprawdzamy?", „Jaka zmiana jest dla pana/pani istotna?". Nie wykonuj markerów „profilaktycznie" na własną rękę – u zdrowej osoby podwyższony wynik częściej wywołuje panikę niż wykrywa raka.