

PATOLOGI – Svenska Hypofysregistret

Anmälande läkare _____	Personnummer _____
Anmälande enhet _____	Namn _____

Allmän information

Preparatnr _____

Preparatår _____

Patologilab _____

Operationsdatum _____

Välj ett av följande alternativ och fyll i respektive avsnitt:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Neuroendokrin hypofystumör (hypofysadenom) | Fyll i avsnitt 1 på sida 1 |
| <input type="checkbox"/> Icke-neuroendokrin hypofystumör | Fyll i avsnitt 2 på sida 2 |
| <input type="checkbox"/> Icke hypofysär tumör i sellaregionen | Fyll i avsnitt 3 på sida 2 |
| <input type="checkbox"/> Icke tumorös (icke neoplastisk) förändring | Fyll i avsnitt 4 på sida 2 |
| <input type="checkbox"/> Normal hypofysvävnad | Blanketten är klar och kan skickas in |
| <input type="checkbox"/> Ej representativ vävnad | Blanketten är klar och kan skickas in |

1. Neuroendokrin hypofystumör (hypofysadenom)

Typ: Hypofysadenom Hypofyscarcinom Pituitary blastoma

Vid hypofyscarcinom, ange metastaslokalisering: _____ och PAD-nummer: _____

Hormonuttryck

GH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
Prolaktin	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
FSH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
LH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
TSH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
ACTH	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
alfa-subenhet	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt

Transkriptionsfaktorer

Pit-1	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
SF-1	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt
T-Pit	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ej undersökt

Granuleringsmönster i somatotrofa tumörer (baserat på cytokeratin Cam5.2 immunhistokemisk analys)

Sparsely-granulated Densely-granulated Blandtumör Ej undersökt

Immunhistokemisk analys av somatostatin-receptorer Nej Ja, fyll i nedan

	Procent	Cytoplasma	Cellmembran	(Välj övervägande färgningsmönster)
<input type="checkbox"/> SSTR 1	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SSTR 2	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SSTR 3	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SSTR 5	_____ %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Proliferation

Mitoser, ange antal per 10 HPF: _____ Ej undersökt

Ki67, ange värde i % _____ Om ojämn färgning, ange värde (%) i hot spots: _____ Ej undersökt

P53, ange antal starkt positiva celler per 10 HPF: _____ och ange procent om möjligt: _____ Ej undersökt

Invasivitet

Tumörinväxt i respiratorisk slemhinna Ja Ej undersökt

Tumörinväxt i ben Ja Ej undersökt

PATOLOGI – Svenska Hypofysregistret

2. Icke-neuroendokrin hypofystumör:

MARKERA ETT VAL NEDAN:

- Pituicytom
- Spindel cell oncocytom
- Granularcells tumör
- Gangliocytom
- Annan, ange tumörtyp: _____

3. Icke hypofysär tumör i sella-regionen:

MARKERA ETT VAL NEDAN OCH EVENTUELLA UNDERVAL:

- Kraniofaryngeom**, ange typ nedan:
 - UNS
 - Adamantinomatös typ
 - Papillär typ
- BrafV600E mutation Nej Ja Ej undersökt
- Germinalcellstumör**, ange typ nedan:
 - Germinom
 - Choriocarcinom
 - Annan typ, ange vilken: _____
- Chordom**
- Histiocytosis**
 - Langerhans
 - Non-Langerhans, ange typ: _____
- Hemangiopericytom/solitary fibrous tumour** (solitär fibrös tumör)
- Angiom**
- Metastas**, ange primär lokalisation om känd: _____ PAD-nummer _____
- Annan**, ange typ: _____
- Ej klassificerbar tumör**

4. Icke tumorös (icke neoplastisk) förändring

MARKERA ETT VAL NEDAN OCH EVENTUELLA UNDERVAL:

- Hypofyshyperplasi**
- Hypofysit**, ange typ nedan:
 - Lymfocytisk
 - Granulomatös, ange typ nedan:
 - Sarcoidos
 - Wegener
 - Tuberkulos
 - Xanthomatös
 - IgG4
 - Läkemedelsutlöst, ange läkemedel: _____
- Cysta**, ange typ nedan:
 - Rathke
 - Annan cysta, ange typ: _____