

# La stadiazione dei tumori

Reggio Emilia 2-5 dicembre 2007

Silvia Patriarca

Registro tumori Piemonte

# Cosa è lo stadio di un tumore?

- E' la rappresentazione sintetica dell'estensione anatomica del tumore.
- E', in pratica, il modo più semplice e standardizzato per dire quanto il tumore sia grande e quanto sia diffuso nel momento in cui viene diagnosticato.

# Perché é necessario definire lo stadio tumorale?

- Aiuta il clinico nel progettare il trattamento
- Fornisce elementi utili alla prognosi
- Aiuta nella valutazione dei risultati del trattamento
- Facilita lo scambio di informazioni tra i vari centri di cura

# Perché é necessario registrare lo stadio tumorale?

- Perché è indispensabile nella valutazione di impatto degli *screening*.
- Perché permette di effettuare valutazioni sulla qualità delle cure
- Perché fornisce informazioni più approfondite per interpretare i dati di sopravvivenza.

# TNM

- Il sistema TNM è il modo, universalmente accettato, per definire l'estensione di un tumore
- Il sistema TNM si basa sulla valutazione di tre elementi
  - **T** : estensione del **tumore** primitivo
  - **N**: assenza o presenza e estensione di metastasi ai **linfonodi** regionali
  - **M**: assenza o presenza di **metastasi** a distanza
- L'aggiunta di numeri a queste 3 componenti indica l'estensione del tumore, cioè
  - T0, T1, T2, T3, T4    N0, N1, N2, N3    M0, M1

# Norme generali

- Tutti i casi devono essere confermati istologicamente. Quelli che non lo sono devono essere riportati separatamente.
- Per ogni sede vengono definite due classificazioni
  - Clinica ( cTNM)
  - Patologica (pTNM)
- Dopo aver definito le categorie T, N e M queste possono venir raggruppate in stadi
- Se esistono dubbi il clinico deve assegnare la categoria di grado inferiore
- In caso di tumori multipli simultanei in un organo si deve classificare il tumore con la categoria più alta ed indicare tra parentesi il numero di tumori , p.es T2 (3)

# Criteri generali T

## Tumore primitivo

- TX Tumore primitivo non definibile
- T0 Tumore primitivo non evidenziabile
- Tis Carcinoma in situ
- T1, T2, T3, T4 Aumento delle dimensioni e/o dell'estensione locale del tumore primitivo

# Criteri generali N

## Linfonodi regionali

- NX linfonodi regionali non valutabili
- N0 linfonodi regionali liberi da metastasi
- N1, N2, N3 Aumento dell'interessamento dei linfonodi regionali

### **LINFONODO SENTINELLA**

**Il linfonodo sentinella è il primo linfonodo a ricevere il drenaggio linfatico del tumore primitivo**

**Quando viene eseguita la valutazione del linfonodo sentinella bisogna applicare la seguente classificazione:**

pNX(sn) linfonodo sentinella non valutabile

pN0(sn) linfonodo sentinella libero da metastasi

pN1(sn) metastasi nel linfonodo sentinella

# CRITERI GENERALI M METASTASI A DISTANZA

- MX Metastasi a distanza non accertabili
- M0 Metastasi a distanza assenti
- M1 Metastasi a distanza presenti

polmonari	PUL	Midollo osseo	MAR
ossee	OSS	pleura	PLE
epatiche	HEP	peritoneo	PER
cerebrali	BRA	surrene	ADR
linfonodali	LYM	cute	SKI
altre	OTH		

# SIMBOLI AGGIUNTIVI

- ***Simbolo m***: indica la presenza di tumori multipli
- ***Simbolo y***: indica che la classificazione è effettuata durante o dopo l'inizio di una terapia multimodale
- ***Simbolo r***: indica tumori recidivi stadiati dopo un intervallo libero da malattia
- ***Simbolo a***: indica che la classificazione è determinata per la prima volta con l'autopsia

# Fattore-C

- Il fattore - C, o fattore di certezza, riflette la validità della classificazione in accordo con la metodologia diagnostica impiegata
- **C1**: uso di mezzi diagnostici standard
- **C2**: segni ottenuti con mezzi diagnostici speciali
- **C3**: segni rilevati con esplorazione chirurgica, incluse biopsia e citologia
- **C4**: dopo intervento chirurgico ed esame patologico del pezzo asportato
- **C5**: informazioni da esame autoptico

# R – classificazione dei residui tumorali

- L'assenza o la presenza di residui tumorali dopo il trattamento viene descritta con il simbolo R.
- **RX**: non può essere accertato
- **R0**: non vi sono residui tumorali
- **R1**: residui tumorali microscopici
- **R2**: residui tumorali macroscopici

# Raggruppamento in stadi

- E' la condensazione delle categorie TNM in un numero più ristretto
- Va da 0 (cancro in situ) a 4 (metastasi a distanza)
- La stratificazione adottata è tale da assicurare, per quanto possibile, che ogni stadio sia più o meno omogeneo nei confronti della sopravvivenza

# Ulteriori informazioni sull'estensione e stadiazione

- Dimensioni del tumore : E' spesso un dato determinante per la definizione dello stadio T, ma in molte neoplasie consente un dettaglio di estensione più preciso, altrettanto determinante per la valutazione della sensibilità diagnostica (es. nel tumore della mammella in corso di *screening*).
- Numero dei linfonodi prelevati e metastatici : E' un parametro aggiuntivo che migliora notevolmente la sensibilità dello stadio N. In caso di tumori N0 il numero dei linfonodi totali repertati assume un importante ruolo di controllo della qualità della stadiazione.

# TNM “condensato” (*condensed*)

- Nell’eventuale indisponibilità di documentazione sulla stadiazione TNM completa, e qualora protocolli di ricerca lo prevedano, i Registri possono ricorrere all’assegnazione di un livello di estensione della malattia alla diagnosi secondo il seguente schema TNM “condensato”, proposto dall’ENCR nel 2002.

■ <b>T = L (localizzato)</b>	<b>A(avanzato)</b>	<b>X(indisponibile)</b>
■ <b>N = 0</b>	<b>+</b>	<b>X</b>
■ <b>M = 0</b>	<b>+</b>	<b>X</b>

- ove “T” e “N” sono ricavati, se possibile, dalla diagnosi anatomopatologica o, subordinatamente, dalla diagnosi clinico-strumentale (endoscopia, ecografia, Rx etc.). Il fattore “M” può essere basato sulla migliore informazione disponibile (clinica, strumentale o patologica) o anche su segni e sintomi tipici.

# *Disease staging*

- Un'ulteriore modalità di stadiazione riguarda il Disease Staging (D.S.)
- Questo sistema utilizza un sistema di classificazione dei pazienti che misura anche la gravità clinica del paziente, determinandone l'inclusione in stadi che presentano una prognosi simile e necessità assistenziali uguali.
- E' utilizzato in particolare per i tumori gastroenterici, per i quali il trattamento chirurgico può avvenire in condizioni di urgenza (per occlusioni, perforazioni, sanguinamenti, etc.) e quindi la gravità clinica del paziente può giustificare, a parità di stadio, differenze importanti nella sopravvivenza nel breve periodo

# Situazioni particolari

## Colon-retto

Classificazione di Dukes modificata sec. Astler-Coller

- **Stadio A:** tumore limitato alla mucosa
- **B1:** il tumore si estende attraverso la muscolaris mucosae ma non attraverso la muscolaris propria.
- **B2:** il tumore si estende oltre la muscolaris propria
- **C1:** stadio B1 con linfonodi regionali positivi
- **C2:** stadio B2 con linfonodi regionali positivi
- **D:** metastasi a distanza

# Tumori del colon-retto

## Raggruppamento in stadi

<b>Stadio</b>		<b>TNM</b>		<b>Dukes</b>	<b>Astler-Coller</b>
<b>0</b>	<b>T is</b>	<b>N 0</b>	<b>M 0</b>		
<b>I</b>	<b>T 1 o T 2</b>	<b>N 0</b>	<b>M 0</b>	<b>A</b>	<b>A, B1</b>
<b>II A</b>	<b>T 3</b>	<b>N 0</b>	<b>M 0</b>	<b>B</b>	<b>B2</b>
<b>II B</b>	<b>T 4</b>	<b>N0</b>	<b>M 0</b>	<b>B</b>	<b>B3</b>
<b>III A</b>	<b>T 1 o T 2</b>	<b>N 1</b>	<b>M 0</b>	<b>C</b>	<b>C1</b>
<b>III B</b>	<b>T 3 o T 4</b>	<b>N 1</b>	<b>M 0</b>	<b>C</b>	<b>C2,C3</b>
<b>III C</b>	<b>Ogni T</b>	<b>N 2</b>	<b>M 0</b>	<b>C</b>	<b>C1,C2,C3</b>
<b>IV</b>	<b>Ogni T</b>	<b>Ogni N</b>	<b>M1</b>		<b>D</b>

# Situazioni particolari

## Melanoma: livelli di Clark

- **Livello I:** la lesione coinvolge solo l'epidermide (tumore in situ)
- **Livello II:** invasione del derma papillare ma non raggiunge l'interfaccia papillare-reticolare
- **Livello III:** l'invasione si espande nel derma papillare ma non penetra il derma reticolare
- **Livello IV:** invasione del derma reticolare ma non dei tessuti sottocutanei
- **Livello V:** invasione dei tessuti sottocutanei

# Situazioni particolari

## Il linfoma di Hodgkin

<b>Stadio I</b>	Coinvolgimento di una sola regione linfatica (I); coinvolgimento limitato di un singolo organo o sito extralinfatico (IE)
<b>Stadio II</b>	Coinvolgimento di due o più regioni linfatiche dallo stesso lato del diaframma (II), oppure interessamento localizzato di un solo organo o sito extralinfatico assieme all'interessamento di una o più sedi linfatiche dallo stesso lato del diaframma
<b>Stadio III</b>	(IIIE) Impegno di più regioni linfatiche sopra e sotto il diaframma (III), che può essere accompagnato da interessamento localizzato di un organo o sito extralinfatico (IIIE), o della milza (IIIS) o di entrambi (IIIES)
<b>Stadio IV</b>	Coinvolgimento diffuso o disseminato di uno o più organi o siti extralinfatici con o senza coinvolgimento di sedi linfatiche. Gli organi interessati sono indicati con un simbolo: H (fegato), L (polmoni), M (midollo), P (pleura), O (ossa), D (cute)

# Linfoma di Hodgkin

## Classificazione A e B (sintomi)

- Ogni stadio è sottoclassificato come A o B in presenza o assenza di sintomi generali ben definiti, che sono:
  - inspiegabile calo ponderale superiore al 10% negli ultimi sei mesi
  - Inspiegabile rialzo febbrile con temperatura superiore a 38°C
  - sudorazioni notturne

# Linfoma di Hodgkin

## Stadi patologici (pS)

- La definizione dei quattro stadi segue i medesimi criteri usati per gli stadi clinici ma con le informazioni ottenute per mezzo della laparotomia.
- La splenectomia, la biopsia dei linfonodi e del midollo osseo sono obbligatori per definire lo stadio patologico

# Il grado di differenziazione

- Il grado di differenziazione (grading) descrive quanto la neoplasia si discosta, nel suo aspetto istologico, dal tessuto normale da cui ha preso origine
- Si tratta quindi, sempre, di un'indicazione che può essere data solo da un esame istologico
- Si applica a tutti i tumori solidi

# Grading OMS

Grado 1	Ben differenziato Differenziato, Nos
Grado 2	Moderatamente differenziato Mediamente differenziato A differenziazione intermedia
Grado 3	Scarsamente differenziato
Grado 4	Indifferenziato

# Conclusioni

- Il grading e la stadiazione TNM sono i principali fattori prognostici dei tumori
- E' essenziale che vengano ricercati e registrati da parte dei RT, che devono abituarsi a considerare questi dati come parte del corredo minimo di informazioni che vanno raccolte per ogni caso.