

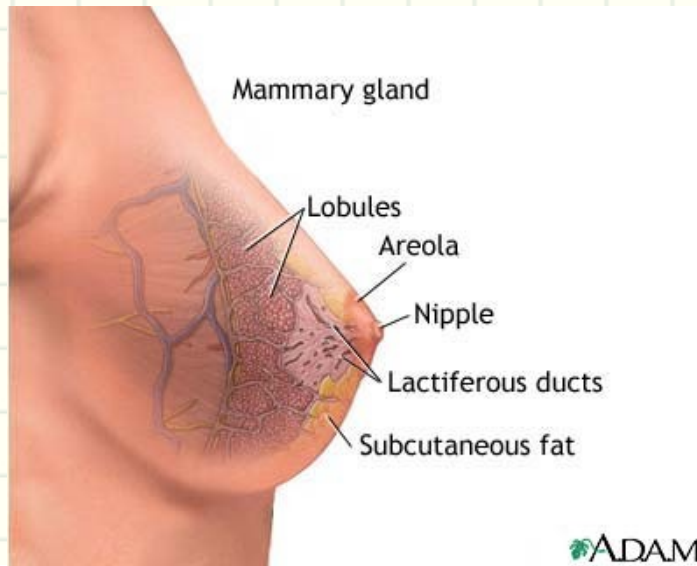
Mamme lla e cervice

Fabrizio Stracci

Registro Tumori Umbro di Popolazione

Dip. Spec. Med. Chir. e Sanità Pubblica

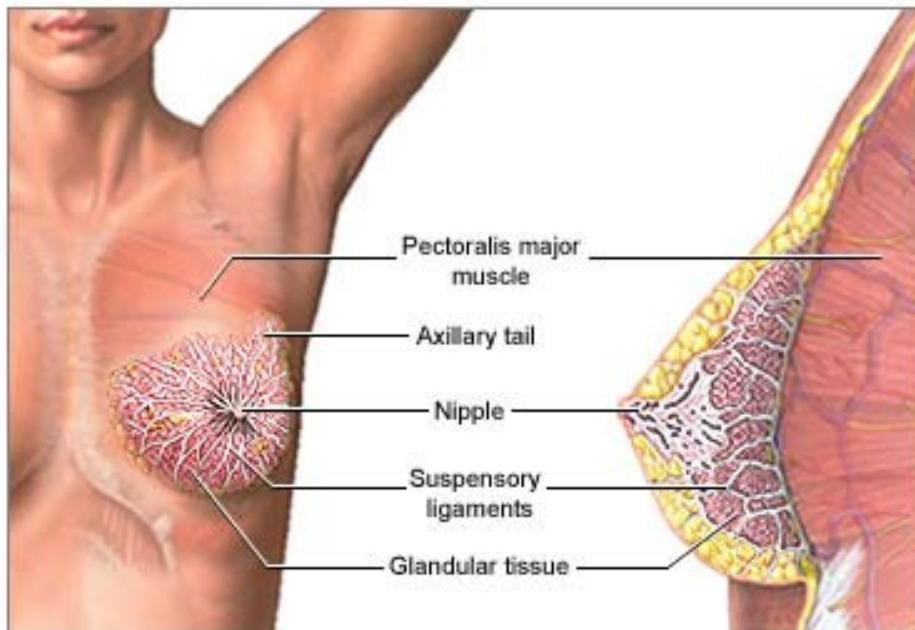
Università di Perugia



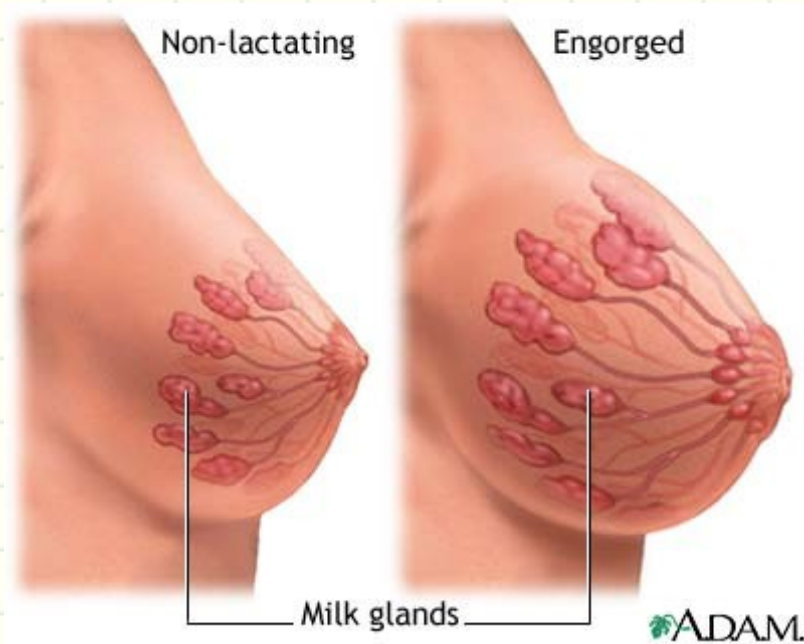
Breast Anatomy

Le ghiandole
mammarie:

- Struttura ad albero
- Capezzolo
- Dotti galattofori
- Lobuli
- 15-20 lobi

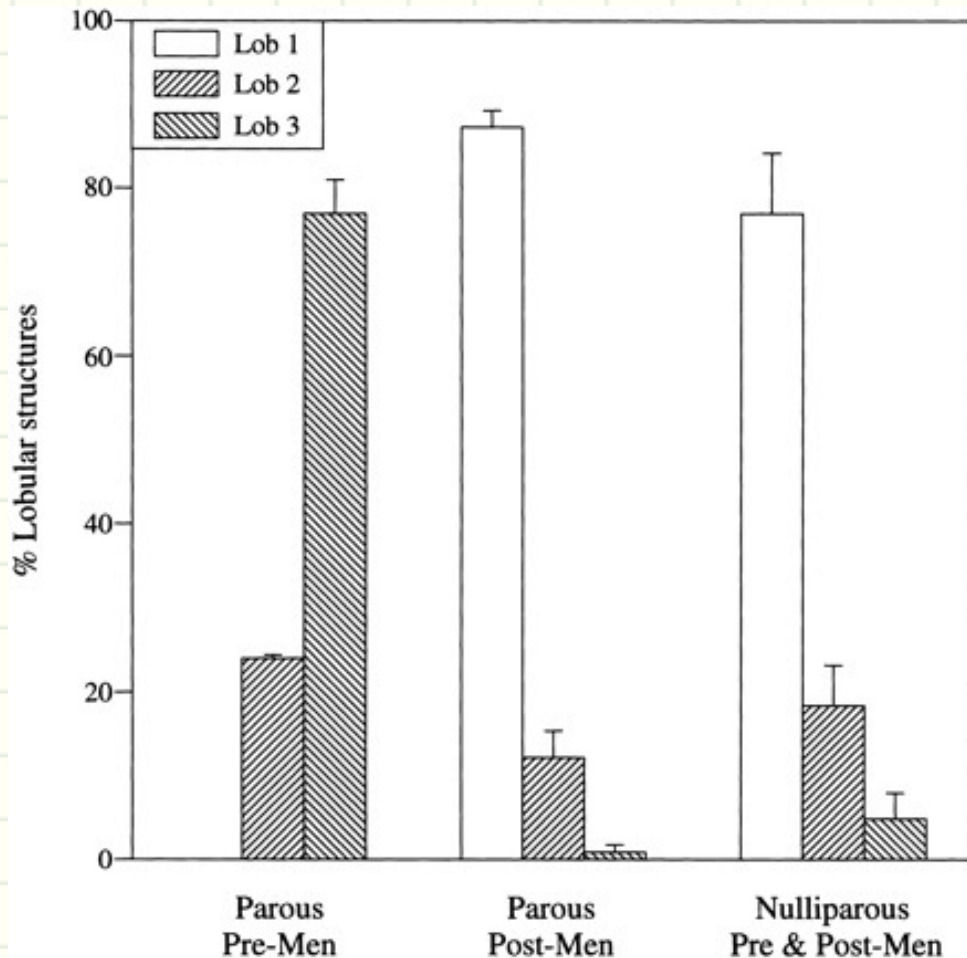


Evoluzione



- Infanzia e pubertà (processi di allungamento e ramificazione dei dotti)
- Nullipara (predominanza di lobuli tipo 1)
- Gravidanza e allattamento

Evolution and involution

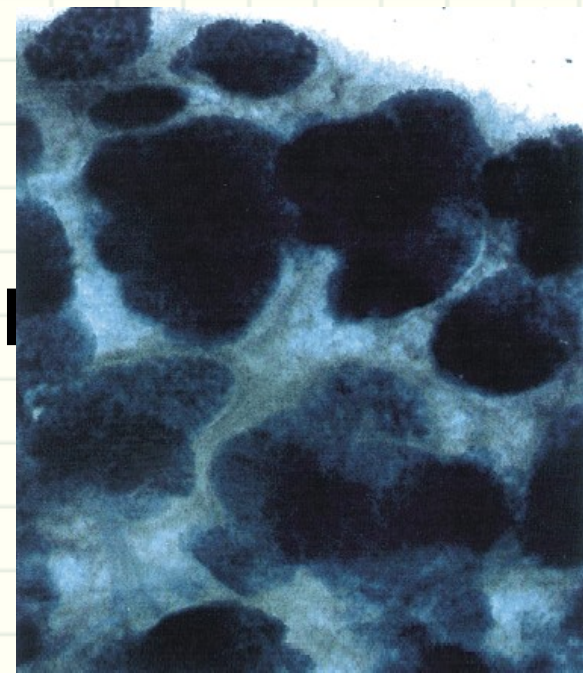


Distribuzione dei lobuli
in base alla parità e
alla menopausa

Russo J, Hu YF, Yang X, Russo IH 2000. Developmental, cellular, and molecular basis of human breast cancer. J Natl Cancer Inst Monogr; (27):17-37.



Differenziazio



- La mammella in una donna nullipara contiene più strutture non differenziate (dotto terminale e lobulo tipo 1)
- In una donna che ha partorito, prevalgono i lobuli tipo 3 in premenopausa
- **La prevalenza di lobulo tipo 3 è accentuata in casi gravidanza "precocet" tra 14 e 20 anni**

Regional Lymph Nodes for Breast

A: Pectoralis major muscle

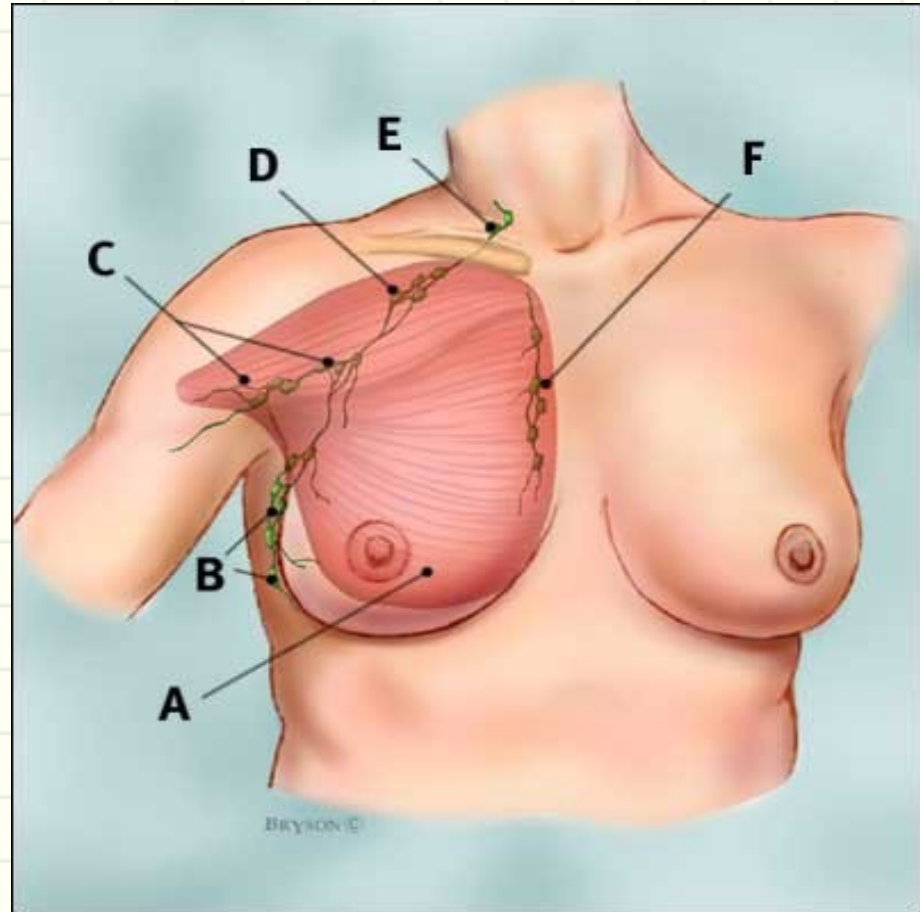
B: Axillary lymph node level I

C: Axillary lymph node level II

D: Axillary lymph node level III

E: Supraclavicular lymph nodes

F: Internodal lymph nodes



Sede. Codificata ICD X -IX

Carcinomi infiltranti

- In ICD-X codici C50.x
- In ICD-IX codici 174.x

Carcinomi in situ

- In ICD-X codici D05.x
- In ICD-IX codice 233.0

Sottosedi ICD X (ICD IX)

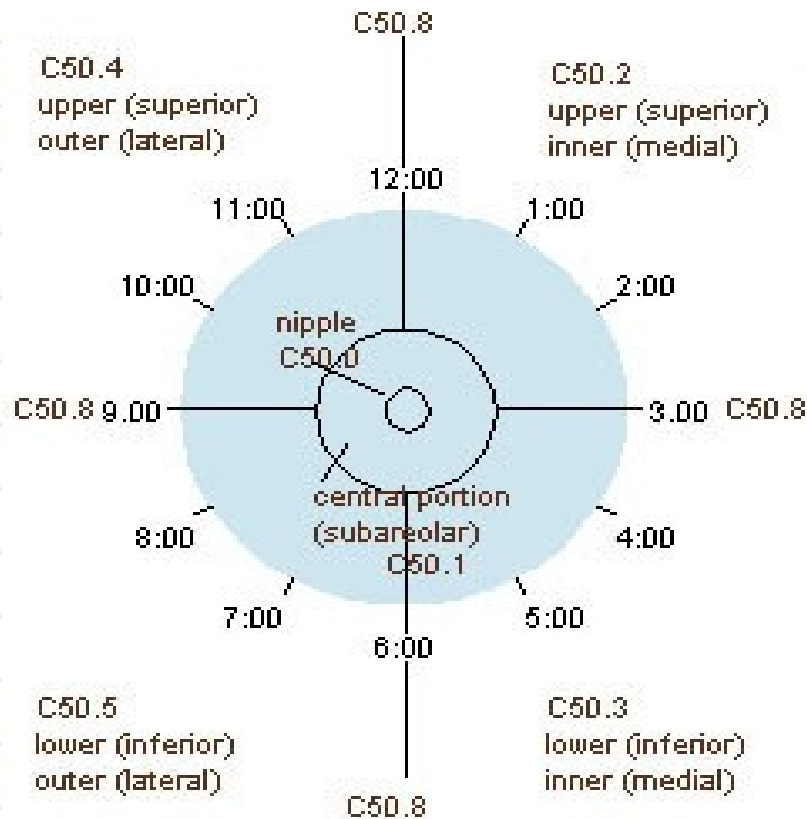
- C50.0 Capezzolo e areola (174.0)
- C50.1 Porzione centrale (174.1)
- C50.2 Quadrante superiore interno (174.2)
- C50.3 Quadrante inferiore interno (174.3)
- C50.4 Quadrante superiore esterno (174.4)
- C50.5 Quadrante inferiore esterno (174.5)
- C50.6 Prolungamento ascellare (174.6)
- C50.8 Più sottosedi (174.8)
- C50.9 Non specificata (174.9)

Sottoclassificazioni in situ ICD X (ICD IX)

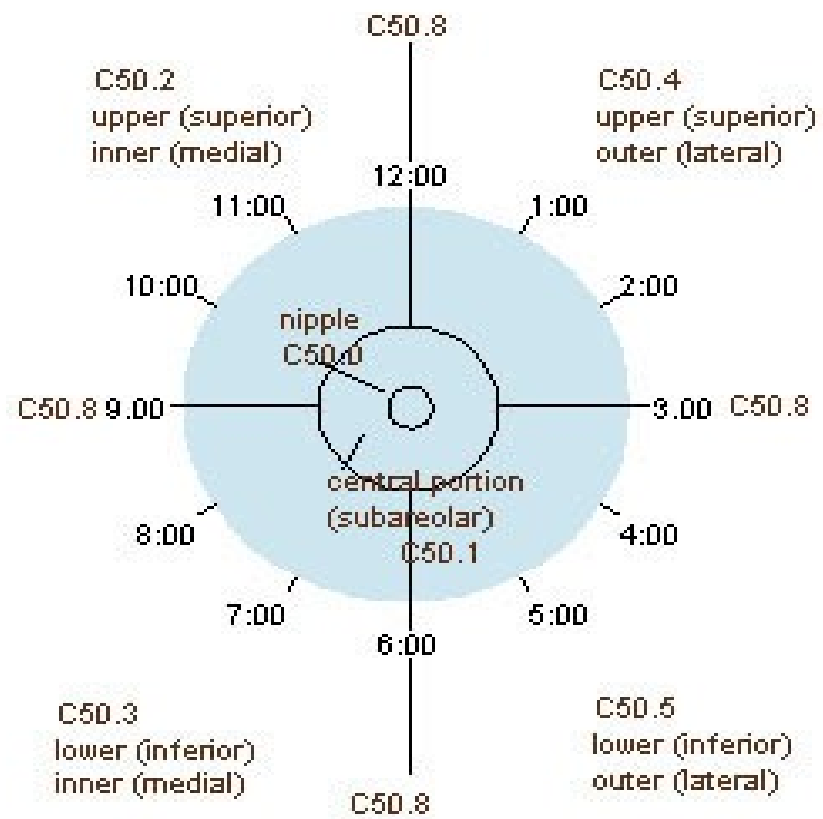
- D05.0 Carcinoma lobulare (233.0)
- D05.1 Carcinoma intraduttale (233.0)
- D05.7 Altro carcinoma (233.0)
- D05.9 Carcinoma non specificato (233.0)

La mammella come un orologio

"Clock" Positions, Quadrants and ICD-O Codes of the Breast



RIGHT BREAST



LEFT BREAST

Registrar la lateralità

Morfologia

L'assegnazione del codice morfologico del registro può derivare da:

- Codifica ad opera del patologo che effettua la diagnosi
 - direttamente in ICDO 3
 - indirettamente (transcodificati in un codice SNOMED)
- Codifica ad opera di personale del registro in base alla diagnosi patologica
 - anatomopatologo del registro tumori
 - altro personale del registro

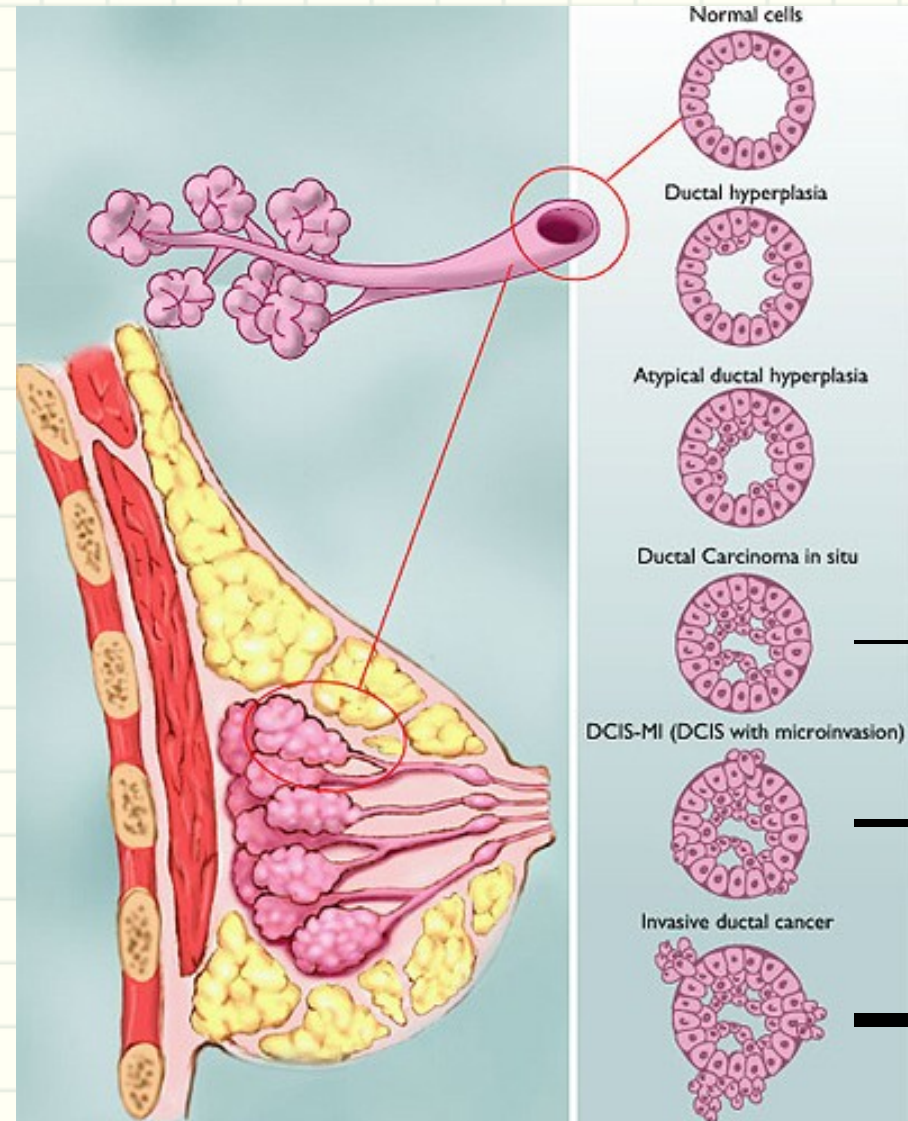
Il relativismo nell'assegnazione e nei codici morfologici

- Numerosi tumori maligni possono insorgere nella mammella (C50.x) o meglio nei diversi tessuti che la compongono (*eccezione fatta per la pelle C43.5 C44.5*)
- Frequentemente nella stessa lesione o in più lesioni, foci, possono essere presenti diversi tipi di tumore
- Le regole di codifica in alcuni casi privilegiano un orientamento descrittivo
- L'adozione di diversi 'stili' di codifica limita

Tumori epiteliali

- Carcinoma duttale non altrimenti specificato (NAS) o di tipo non specifico M 8500
- Carcinoma lobulare M 8520
- Altri tipi specificati:
 - C. tubulare 8211
 - C. cribriforme 8201
 - C. midollare 8510
 - C. mucinoso 8480
 - C. papillare 8503
 - ...

Lesioniduttali



- Rilevanti per i registri:

- /2 *in situ*

- /3 infiltrante (?)

- /3 infiltrante

A new code for microinvasive cancer: /5

If microinvasion (<1mm) not present:

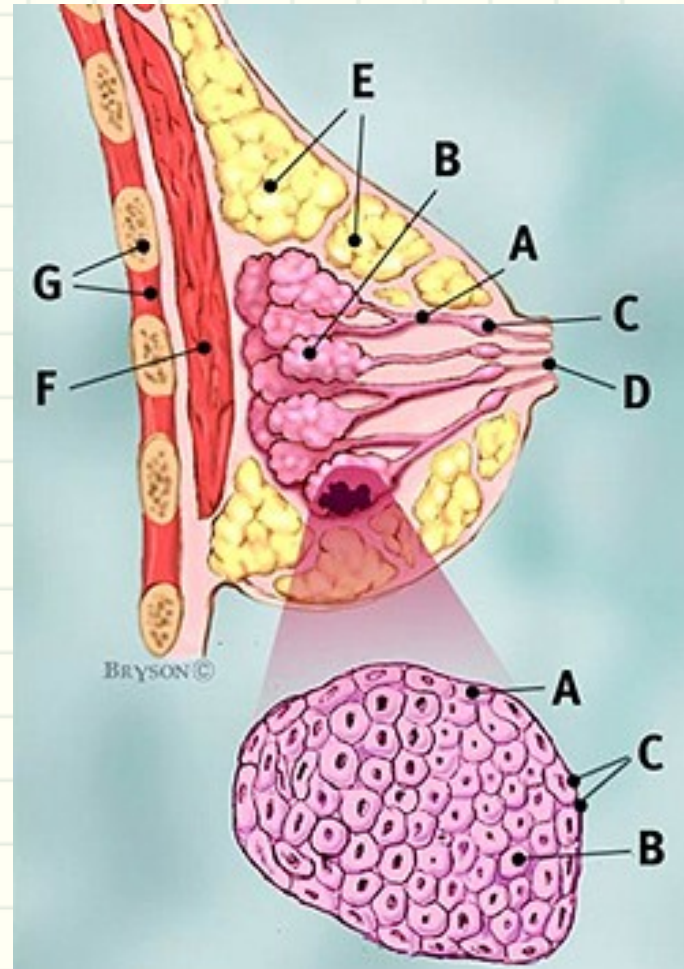
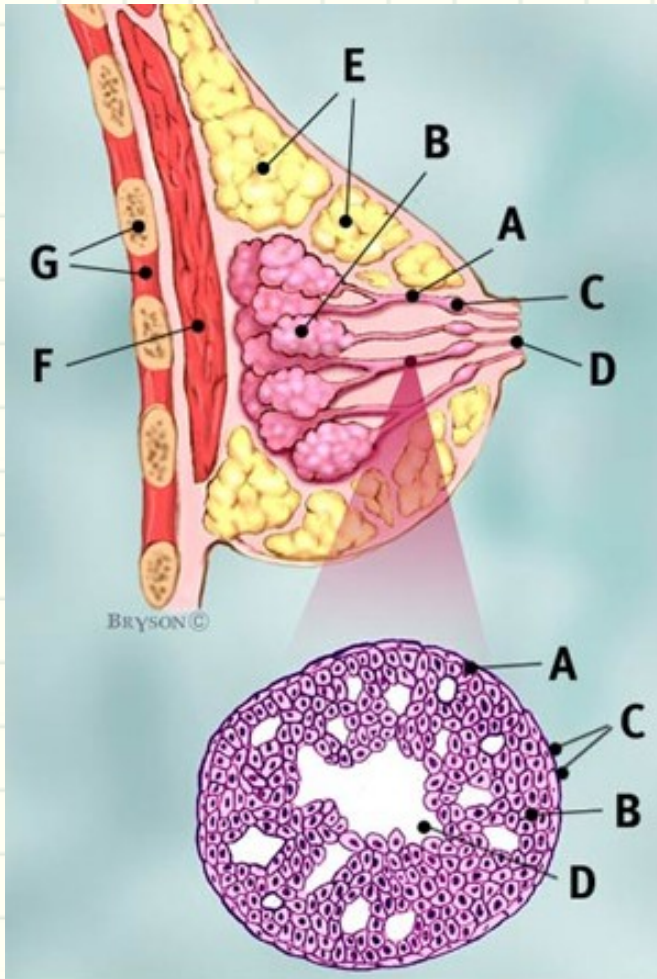
- M 8500/2 Intraductal carcinoma, noninfiltrating, NOS / Intraductal adenocarcinoma, noninfiltrating, NOS / Intraductal carcinoma, NOS
- M 8520/2 Lobular
- M 8540/3 Pagets

If microinvasion (<1mm) present:

- M 8500/5 Intraductal NOS (in-situ)
- M 8520/5 Lobular
- M 8540/5 Pagets

Le lesioni in situ microinvasive
acquistano rilevanza crescente con la
diffusione dello screening

Carcinomain situ



Duttaleđadaltoo bassograbolare

Metodo semiquantitativo per l'assegnazione del **grado** di differenziazione

- Si utilizza con maggior frequenza il metodo di Patley e Scarff, modificato prima da Bloome Richardson e quindi da Elston e Ellis
- Il punteggio viene assegnato in base a tre parametri: formazione di tubule, ghiandole, pleomorfismo nucleare, conteggio delle mitosi
- I tumori possono essere:
 - **G1** ben differenziati
 - **G2** moderatamente differenziati

Grado: riproducibilità mitata ma valore prognostico

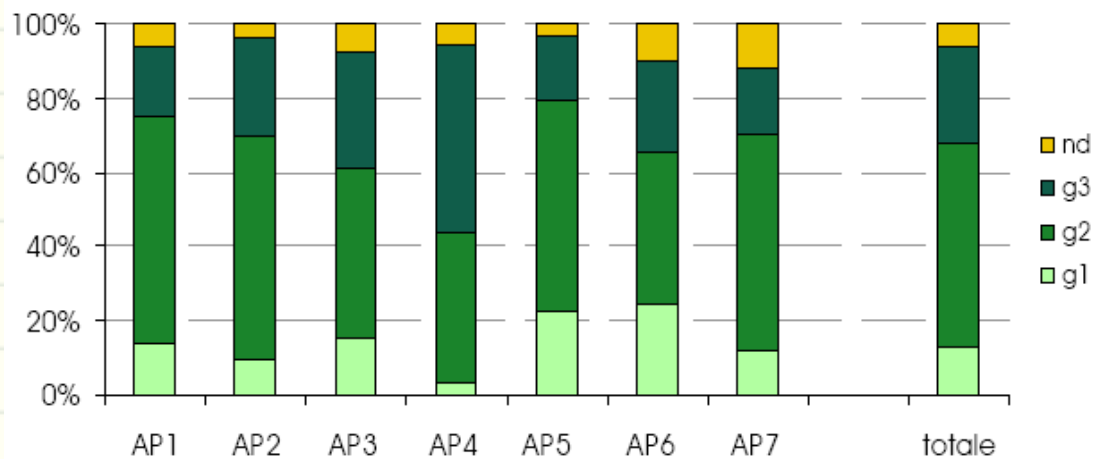
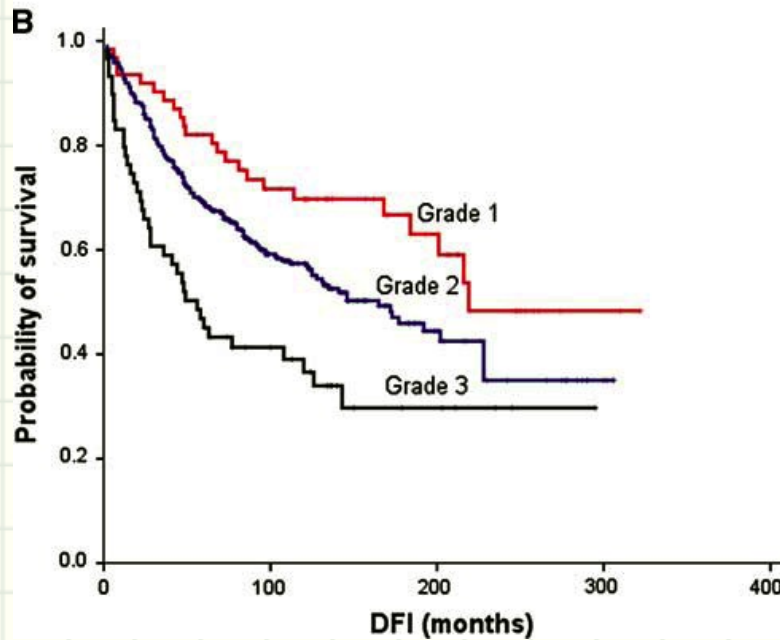
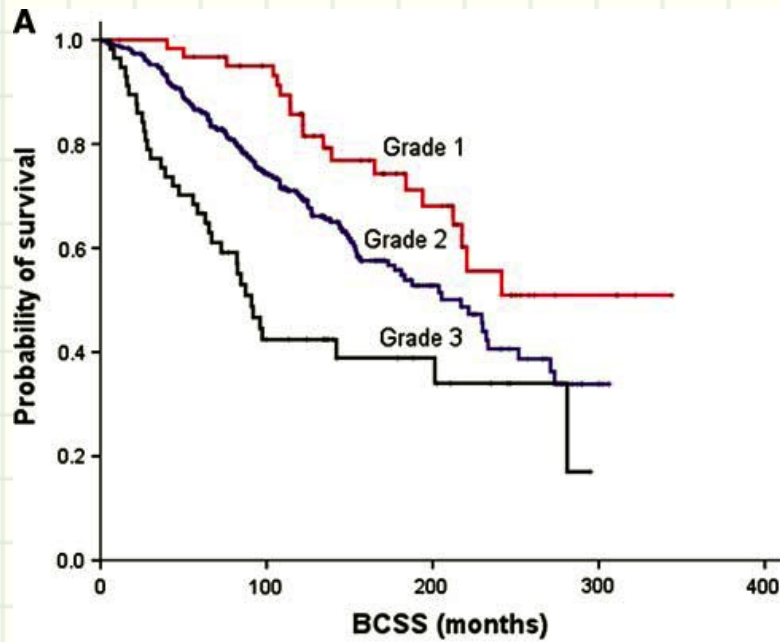


Figura: Distribuzione del grado di differenziazione tra i laboratori AP umbri
p .06 per la quota nd;
p .000 per la distribuzione.
nd= non determinato
Se avessimo calcolato l'indicatore per i soli carcinomi duttali infiltranti $NAS > 2$ mm
avremo ottenuto p .3 per la quota nd e
p .000 per la distribuzione

Validità del grado di differenziazione

- **Carcinoma idollare**: si presenta come un tumore che non forma strutture ghiandolari e presenta un pleomorfismo nucleare da moderato a marcato; a caratteristiche di grado elevato (G2-G3), non sembra corrispondere a un riscontro prognostico
- **Carcinoma lobulare**: l'importanza del grado per questi tumori che rappresentano il 5-15% dei c. mammari è dubbio. Recenti studi indicano che il grado istologico abbia rilevanza prognostica anche se la gran parte dei c. lobulari (circa 80%) risulta essere G2
- **Rakha EA, El-Sayed ME, Menon S, Green AR, Lee AH, Ellis IO. Histologic gradings an independent prognostic factor in invasive lobular carcinoma of the breast Breast Cancer Res Treat 2007 Oct 11; [Epub ahead of print]**
- **Talman ML, Jensen MB, Rankin F. Invasive lobular breast cancer.**

Sopravvivenza complessiva liberata malattia in base al grado in carcinoma lobulare



Rakha EA, El-Sayed ME, Menon S, Green AR, Lee AH, Ellis IO. Histologic gradings an independent prognostic factor in invasive lobular carcinoma of the breast Breast Cancer Res Treat. 2007 Oct 11; [Epub ahead of print]

Codifiche composte al cunicasi possibili

- [Una sola morfologia: M morfologia]
- Tumore invasivo+ tumore in situ: M invasivo
- Diverse morfologie:
 - Duttale+ Lobulare: carcinoma misto M 8522
 - Duttale+ Altro specificato: carcinoma misto M 8523
- Caratteristiche prevalenti aspetti, in maggioranza M morfologia prevalente

Carcinoma infiammatorio

8530C 3

- **Presentazione clinica** caratterizzata da eritema, edema, pelle a buccia d'arancia dovuta verosimilmente alla **ostruzione dei linfatici** dermici
- Il quadro è associato alla diffusione di un carcinoma che spesso è duttale NAS e spesso G3
- E' la forma più aggressiva di cancro della mammella con **rapid progression** (stadio T4) e diffusione metastatica ed elevata mortalità
- Recent studies associate a CI a distinct profile of gene expression (Van Laere S, Van der Auweral, Van den Eynden G, Van Hummelen P, van Dam P, Van Marck E, Vermeulen P B, Dirix L. Distinct molecular phenotype of inflammatory breast cancer compared to non-inflammatory breast cancer using Affymetrix-based genome-wide gene-expression analysis Br J

Comedocarcinoma M 8501

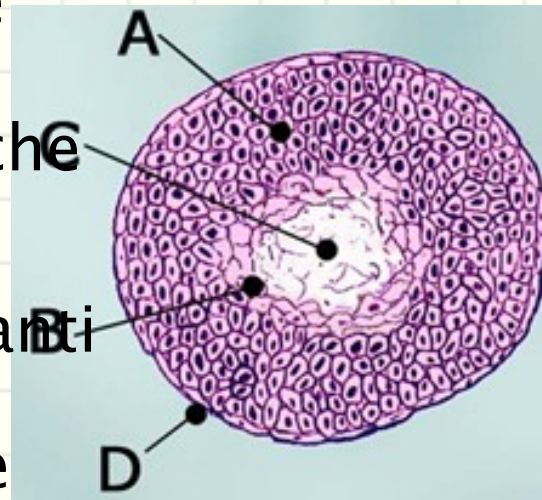
- Il comedocarcinoma è un carcinoma duttale in situ con necrosi centrale
- Può essere una lesione infiltrante (carcinoma duttale NAS con componente comedocarcinoma)

A Cellule tumorali vive

C Cellule tumorali necrotiche

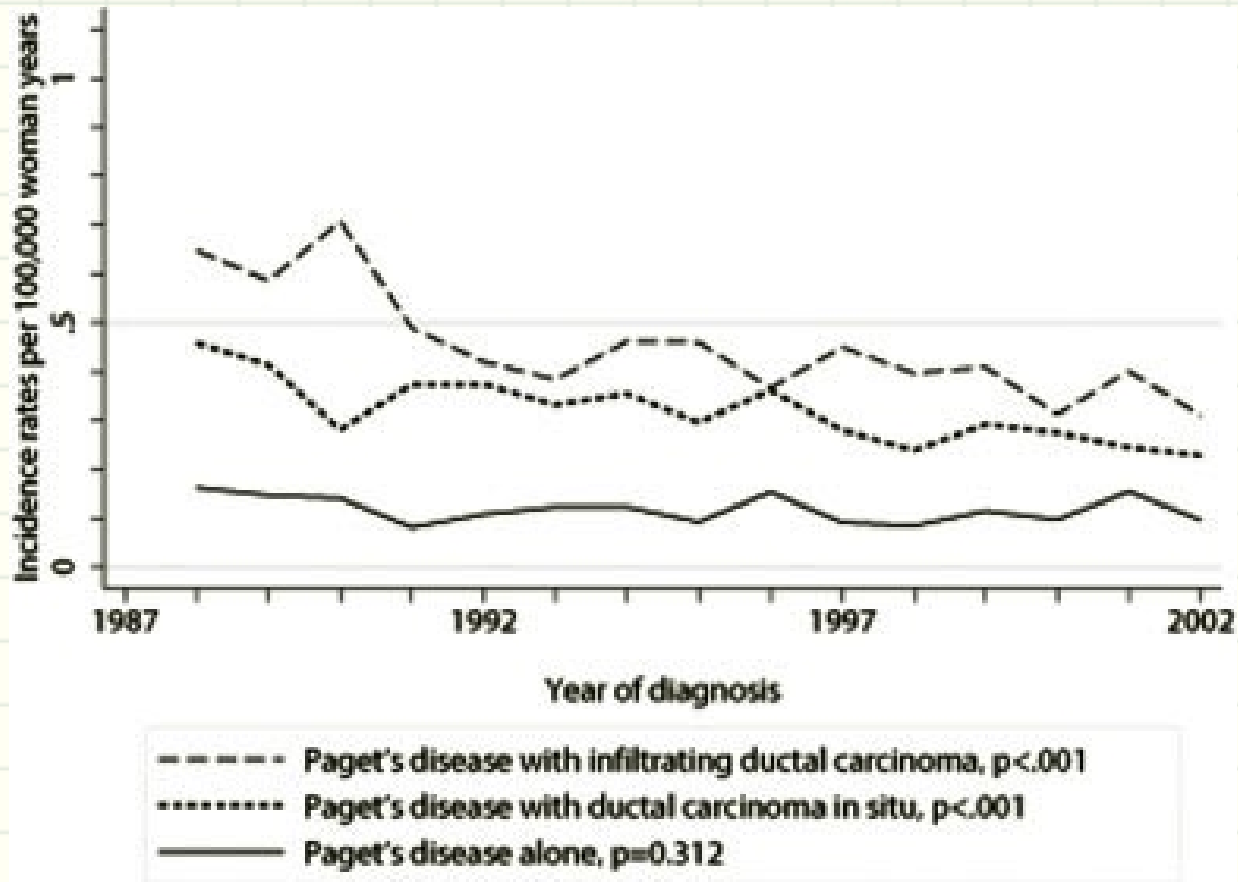
B Cellule tumorali degeneranti

D Membrana basale



Malattiadi Paget M 8540

- Presenzadi cellule ghiandolari maligne entro l'epitelio squamoso del capezzolo
 - Associate con un sottostante carcinoma intraduttale
 - Associate con un sottostante carcinoma duttale infiltrante
 - Isolata (raro)
- La prognosi dipende dalle caratteristiche della lesione associata al Paget



Incidenza della malattia di Paget per anno e associazione dati SEER. Chen CY, Sun LM, Anderson BO. Paget disease of the breast: changing patterns of incidence, clinical presentation and treatment in the U.S.

La classificazione a fini prognostici

- Il grado di differenziazione nei carcinomi duttali NAS ha un importante valore prognostico a dispetto della ridotta riproducibilità
- Il grado sembra avere valore prognostico anche per i carcinomi lobulari, che peraltro sono in larga maggioranza G2
- Alcuni tipi specifici (tubulari, cribriformi, midollari) dovrebbero essere associati ad una prognosi migliore negli studi sono condizionati dalla ridotta numerosità.

Allemani C, Sant M, Berrino F, Aareleid T, Chaplain G, Coebergh J W, Colonna M, Contiero P, Danzon A, Federico M, Gafà L, Grosclaude P, Hédelin G, Macè-Lesech J, Garcia CM, Paci E, Raverdy N, Tretarre B, Williams E M.

Prognostic value of morphology and hormone receptor status in breast cancer: a population-based study

Br J Cancer. 2004;91:1263-8.

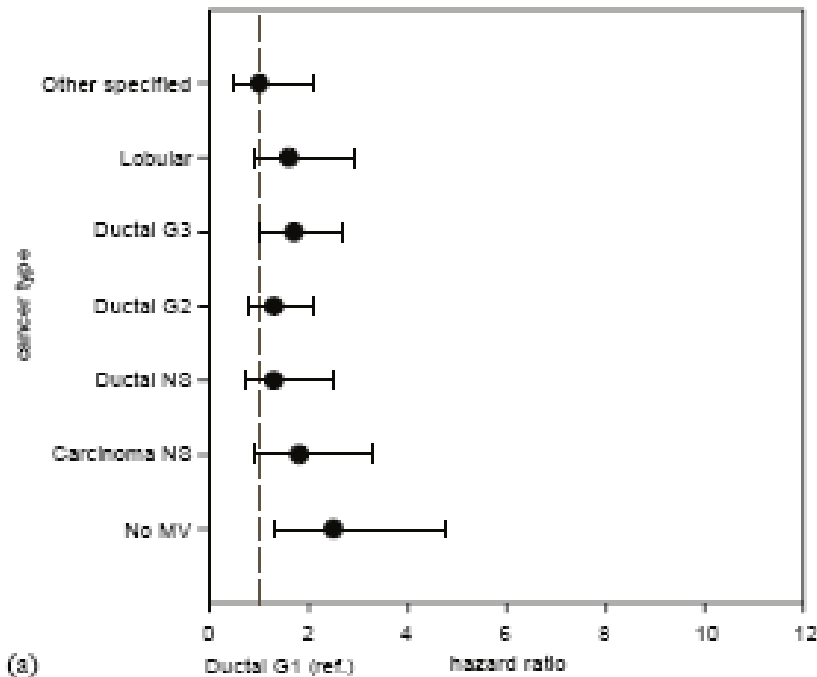
Among eight categories based on ICD-O codes (**infiltrating ductal carcinoma, tubular plus mixed carcinoma, medullary carcinoma, special types, medullary carcinoma, not otherwise specified (NOS) carcinoma, other carcinoma, and cancer without microscopic confirmation**), the 5-year relative survival ranged from 66% (95% CI 61-71) for NOS carcinoma to 95% (95% CI 90-100) for special types (tubular,

Table 4: Cox multivariate analysis

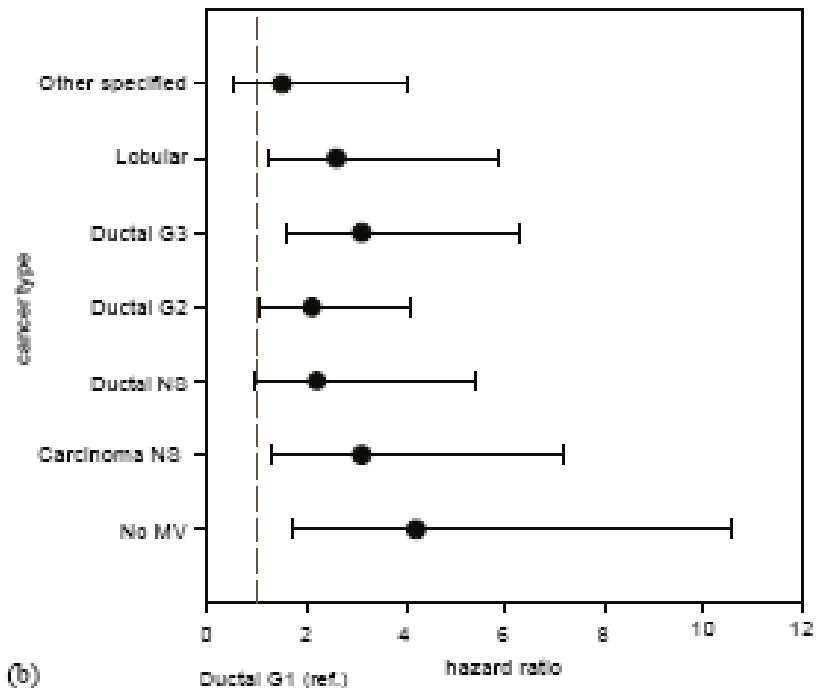
Hazard ratio adjusted for stage, grading, age, geographic areas, year of diagnosis and screen-status

	Haz. Ratio	[95% Conf. Int	
<i>ICD-O Morphology Category</i>			
<i>Ductal NOS</i>	<i>ref</i>	-	-
<i>Ductal variants withh good prognosis</i>	0,46	0,40	0,54
<i>Other ductal variants</i>	1,23	1,07	1,42
<i>Lobular and variants</i>	1,02	0,95	1,10
<i>Mixed ductal-lobular</i>	0,86	0,71	1,03
<i>Aggressive and special histotypes</i>	1,06	0,70	1,62
<i>Mesenchima/fibroepithelial</i>	0,84	0,51	1,37
<i>Undefined</i>	2,66	2,46	2,89

Courtesy of Dr. Rosario Tuminou unpublished data from the IMPACT project



(a)



(b)

Figure 2 Hazard ratios for cancer type and grading for (a) the unrestricted Cox model (Table 1, model A), and (b) the model restricted to patients under 80 years of age at diagnosis (Table 1, model B). NS=type or grade not specified; MV=microscopic verification.

Stracci F, La Rosa F, Falsetti E, Ricci E, Aristei C, Bellezza G, Bolis GB, Fenocchio D, Gori S, Rulli A, Mastrandrea V. A population survival model for breast cancer. *Breast*. 2005;14:94-102.

Stadio

- Estensione locale
- Diffusione metastatica ai linfonodi regionali
- Metastasia distanza

Stadiationen Alberta1

4140405985

Breast Cancer Staging Report v1.7

Cancer Staging Project - 2001/2002



Coder:

Date: / /
yyy mm dd

Identification

ACB Number: Malignancy Number: Morphology Grade:
 ULI/PHN: ICD-O Site: Diagnosis Date:
 Birthdate: ICD-O Morphology: Date Status:

Site and Cytology

In situ: no DCIS LCIS DCIS and LCIS Clinical diagnosis only:
 Laterality: right left unknown multiple_forms
 Cytology Date: / / Date Status:

Clinical Invasive Tumour Size

Size: - cm unknown
 Tumour pre-treated: yes no unknown not mentioned
 Size Source:
 mammogram/ultrasound
 surgical
 physical exam
 unknown

Pathological Invasive Tumour Size

Number of Fragments: unknown If more than 2 fragments, Pathologist:

Fragment 1	Unknown	Fragment 2	Unknown	Fragment 3	Unknown
Width 1: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Width 1: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Width 1: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Width 2: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm		Width 2: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm		Width 2: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm	
Width 3: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm		Width 3: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm		Width 3: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> cm	

Additional Findings

In situ with invasive: yes no unknown not mentioned
 Multifocal tumour: yes no unknown not mentioned
 Resection margins free of invasive tumour: yes no unknown not mentioned

Regional Lymph Node Metastasis

Clinical lymph node: yes no unknown not mentioned
 Matted/fixed: yes no unknown not mentioned
 Pathologic lymph node: yes no unknown not assessed
 Number Assessed: Number Positive:
 Internal mammary positive: yes no unknown not mentioned

Sentinel node biopsy: not done only with axillary dissection unknown not mentioned

Metastatic Sites

Distant metastasis: yes no unknown not mentioned

<input type="checkbox"/> adrenal	<input type="checkbox"/> hepatic	<input type="checkbox"/> peritoneum	<input type="checkbox"/> skin	Pathologic Confirmation <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> bone marrow	<input type="checkbox"/> lymph nodes	<input type="checkbox"/> pleura	<input type="checkbox"/> unknown	
<input type="checkbox"/> brain	<input type="checkbox"/> osseous	<input type="checkbox"/> pulmonary	<input type="checkbox"/> other _____	

Cosa raccogliere?

Variabile	Descrizione
Tumore multiplo	Donna con tumore singolo, donna con tumori multipli
N. progressivo del tumore	Nel caso di tumori multipli; comprende gli in situ "puri" (quando non associati ad un tumore maligno già registrato)
Lateralità	Destra, Sinistra
Topografia	ICD-O 3 con dettaglio della sottosede (decimale)
Morfologia	ICD-O 3 con dettaglio (vedi elenco in calce)
pT	Codifica estesa TNM VI edizione, UICC 2002
Diametro tumore invasivo	Dimensione massima (in millimetri); in caso di multifocalità/multicentricità, diametro del nodulo maggiore
Diametro tumore in situ	Dimensione massima (in millimetri); idem c.s.
Focalità	Focalità della lesione: <ul style="list-style-type: none"> - unifocale - multifocale (noduli nel contesto di un'area di diametro fino a 5 cm) - multicentrica (noduli distanti più di 5 cm l'uno dall'altro o noduli in quadranti mammari diversi)⁵⁵
pN	Codifica estesa TNM VI edizione, UICC 2002
Linfonodi totali	Numero di linfonodi totali esaminati
Linfonodi positivi	Numero di linfonodi metastatici
Cellule tumorali isolate	Presenza di cellule tumorali isolate
Immunoistochimica stadio N	Effettuazione di indagine immunoistochimica per stadiazione pN
Dissezione ascellare	Effettuazione della dissezione ascellare
Linfonodo sentinella	Indica l'effettuazione della procedure del linfonodo sentinella
M	Presenza di metastasi a distanza alla diagnosi (TNM VI, 2002)
Grading	Score di grading (per invasivi ed in situ)
Metodo grading	Codifica OMS, Elston Ellis, Holland, altro...

Data intervento chirurgico Intervento chirurgico	Data intervento chirurgico principale Tipo di intervento effettuato: - Tumorectomia - Escissione allargata - Quadrantectomia - Mastectomia - Non eseguito - Ignoto
Data chemioter. preoperatoria	Data di inizio chemioterapia preoperatoria
Chemioterapia preoperatoria	Effettuata, non effettuata, non noto...
Data I invito	Data di primo invito allo screening
Data primo esame screening	Data effettuazione del primo esame di screening
Date inviti successivi	Utilizzare n variabili per gli n inviti allo screening della paziente
Date esami successivi	Utilizzare n variabili per gli n esami di screening della paziente
Data follow-up	Data ultimo follow-up o ultima data di osservazione
Stato in vita	Viva, deceduta, migrata, persa...
Causa morte	Codifica ICD-9 a 4 cifre
Stato di screening	Proposta di classificazione: vedi capitolo 2: "programmi di screening"
Recettori estrogeni	Presenza di recettori estrogeni (scala misura massimo dettaglio)
Recettori progesterone	Presenza di recett. progesterone (scala misura massimo dettaglio)
Attività proliferativa	Valutazione immunocitochimica (massimo dettaglio)
Oncogeni/antioncogeni	Utilizzare n variabili (massimo dettaglio)

⁵³ *Protocollo di Studio sull'impatto dello screening mammografico in Italia (studio IMPACT)*. Associazione Italiana Registri Tumori, Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Responsabile Dr. Eugenio Paci, Registro Tumori Toscano

⁵⁴ *Rete dei Registri Tumori Regione Emilia-Romagna. Banca dati regionale tumori della mammella per la valutazione dell' 'mpatto dello screenign mammografico*



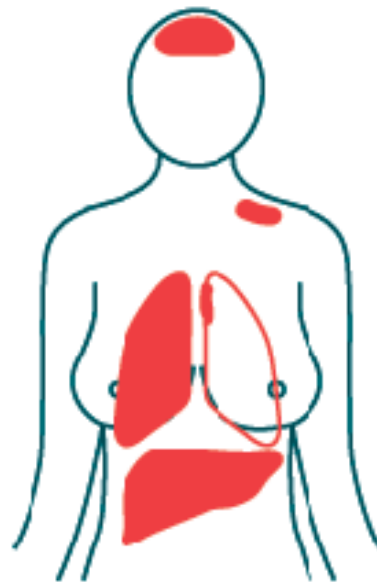
Stage 1
Early disease: tumour confined to the breast (node-negative)



Stage 2
Early disease: tumour spread to movable ipsilateral axillary node(s) (node-positive)



Stage 3
Locally advanced disease tumour spread to the superficial structures of the chest wall; involvement of ipsilateral internal mammary lymph nodes



Stage 4
Advanced (or metastatic) disease: metastases present at distant sites, such as bone, liver, lungs and brain and including supraclavicular lymph node involvement

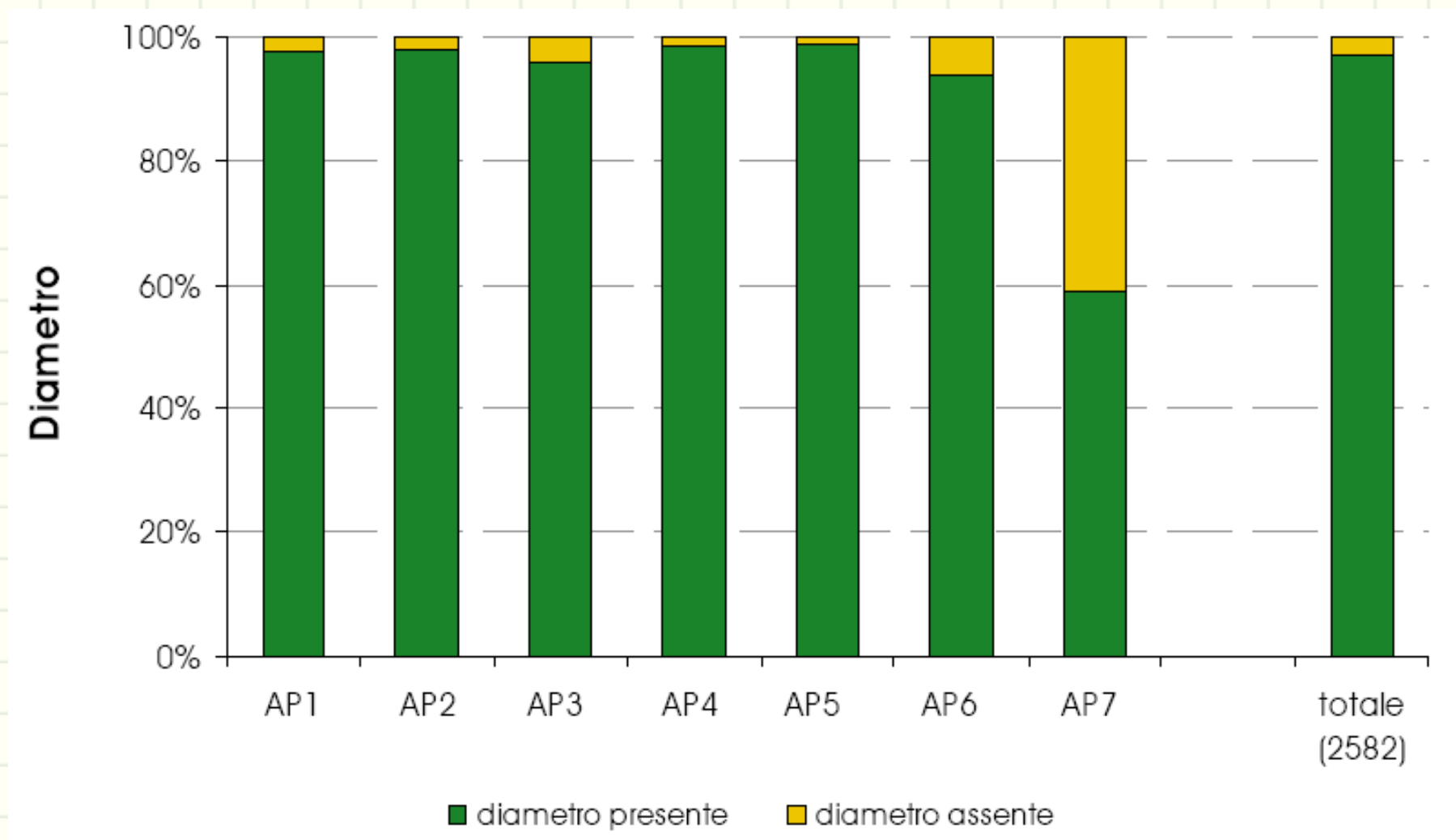
Estensione locale

- Classificazione T (TNM)
 - **Tx** non definibile
 - **T0** no segni di tumore primitivo
 - **Tis** carcinoma in situ
 - **T1** tumore ≥ 2 cm nella sua dimensione massima
 - T1 micropresenza di microinvasione ≤ 1 mm
 - T1a tumore ≤ 5 mm
 - T1b tumore > 5 mm e ≤ 10 mm
 - T1c tumore > 10 mm e ≤ 20 mm
 - **T2** tumore > 2 cm e ≤ 5 cm
 - **T3** tumore > 5 cm
 - **T4** tumore con estensione diretta alla parete toracica o alla cute (T4a parete toracica; T4b cute; T4c a+b; T4d c. infiammatorio)

Estensione locale

- La classificazione T del TNM combina la misura del diametro maggiore con caratteristiche quali l'infiltrazione, l'estensione e particolari strutture (parete toracica, cute)
- Il diametro è un importante fattore prognostico correlato al rischio di diffusione e distanza alla sopravvivenza
- La disponibilità del diametro in mm consente valutazioni prognostiche più fini
- In caso di multifocalità utilizza

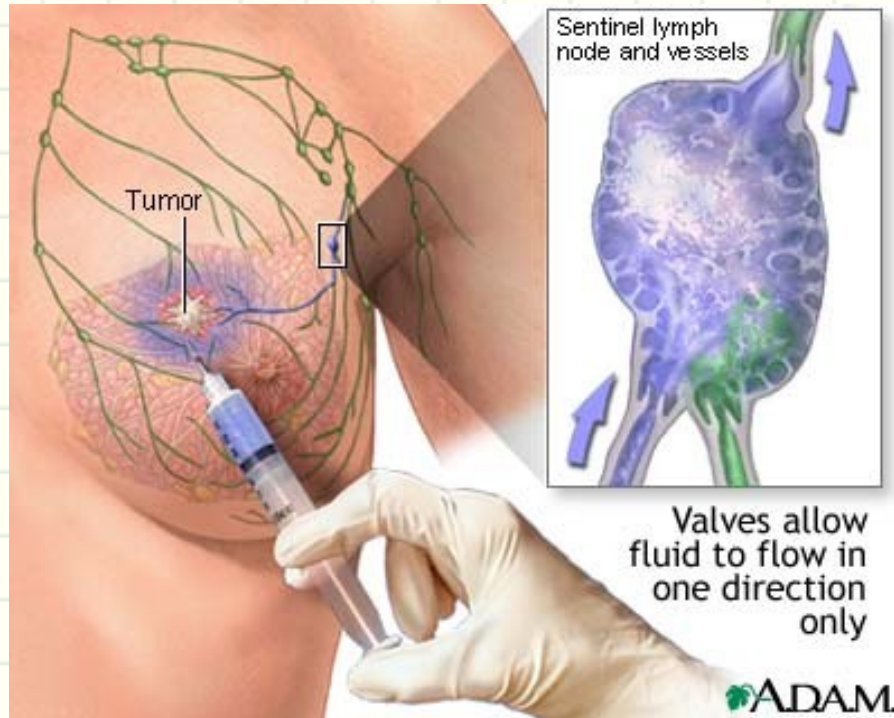
Diametroe diagnosipatologica



Diffusione ai linfonodi coregionali

- pNx
- pN0 assenza metastasi [senza accertamento cellule tumoral isolate; (+/-) immunohistochemical, (+/-) indagini molecolari]
- pN1 metastasi in 1-3 l. ascellario mammari interni non clinicamente evidenti
 - pN1micrometastasi $\leq 0.2\text{mm} \rightarrow = 2\text{mm}$
 - pN1a 1-3 linfonodi ascellari
 - pN1b mammari interni non clinicamente evidenti
 - pN1c 1-3 l. mammari interni sentinella + ascellari
- pN2 metastasi in 4-9 l. ascellario in mammari interni clinicamente evidenti
 - pN2a metastasi in 4-9 l. ascellari
 - pN2b metastasi in mammari interni clinicamente evidenti senza ascellari
- pN3 metastasi in ≥ 10 l. ascellario un'altra delle sequenti condizioni

Il linfonodo sentinella



Metastasia distanza

- La diagnosi di M+ viene posta clinicamente nella maggior parte dei casi (senza conferma patologica)
- Quale intervallo di tempo possiamo considerare convenzionalmente per assegnare lo stadio M+ alla diagnosi?
- Quale base diagnostica? (S DO)

Numerodi linfonodèsaminatie diagnosipatologica

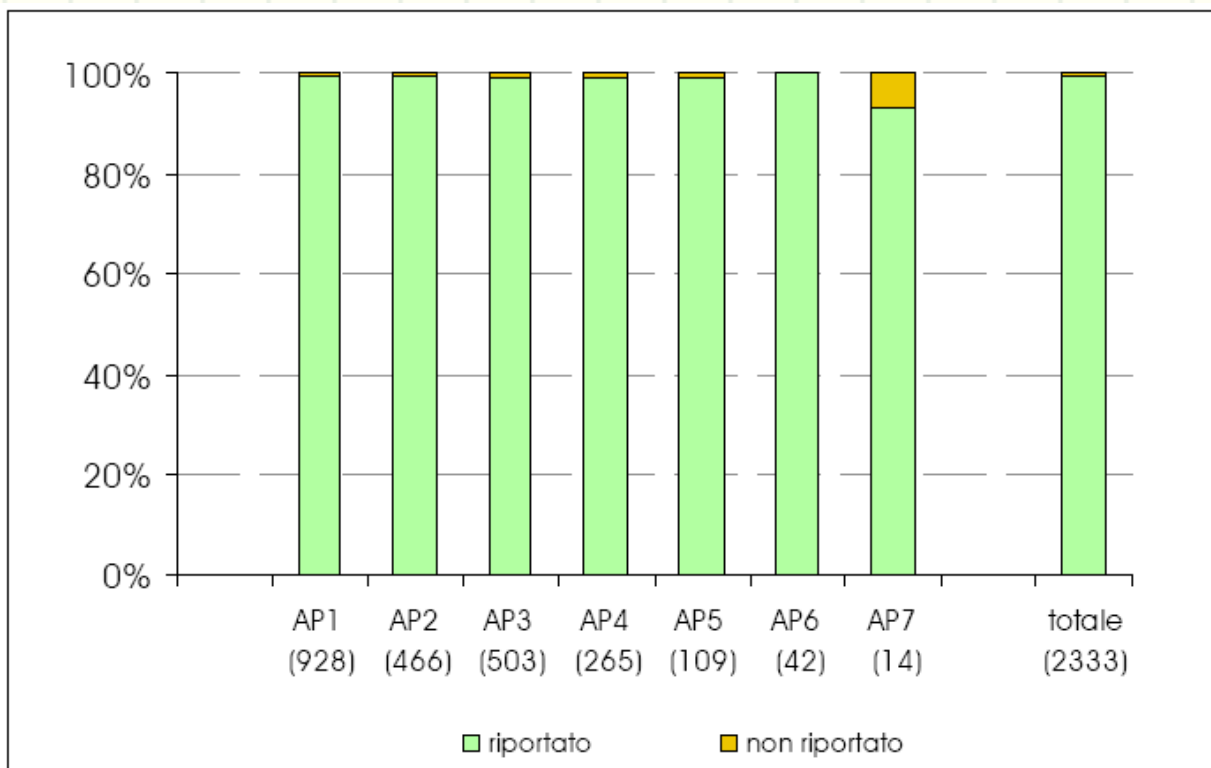


Figura: Proporzione di casi con e senza il numero dei linfonodi esaminati; sono stati inclusi i casi con dissezione ascellare. (Tra parentesi il numero di casi inclusi per ogni laboratorio).
p .5.

(a statistica è sovrapponibile quando siano inclusi i soli casi in stadio I-III)

CERVICITERINA

(ICD-X53)(ICD-180)

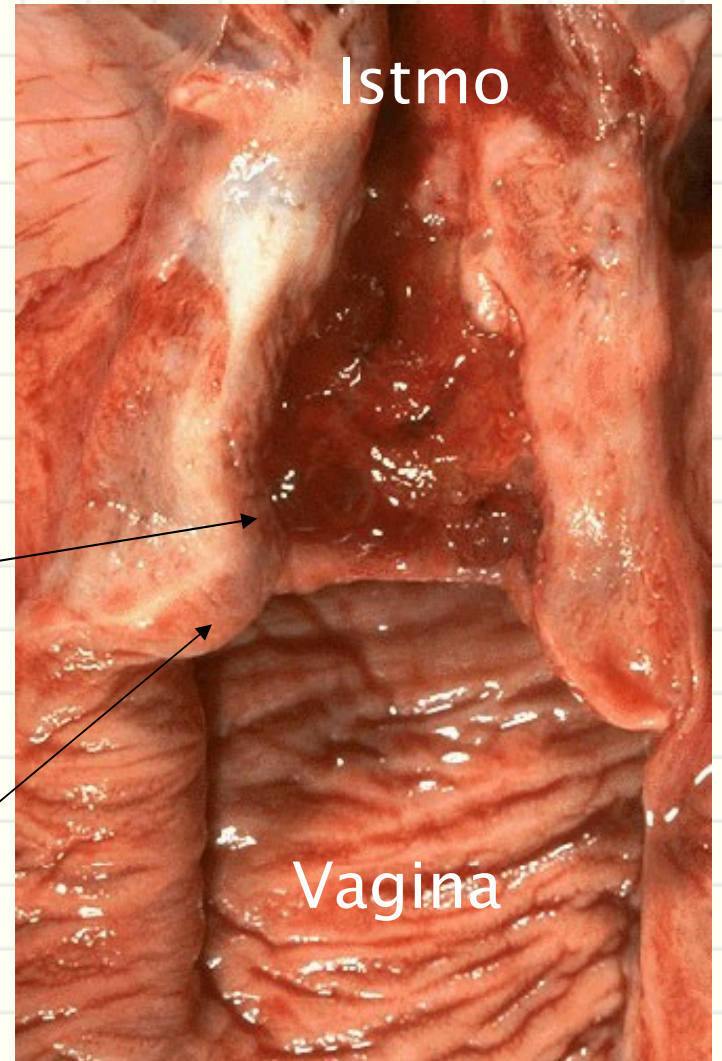
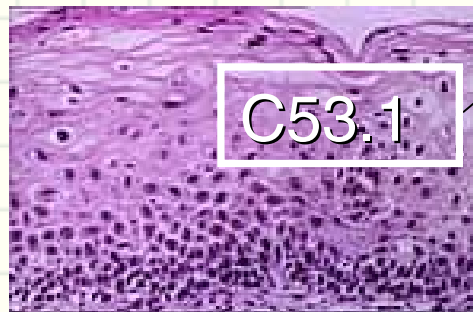
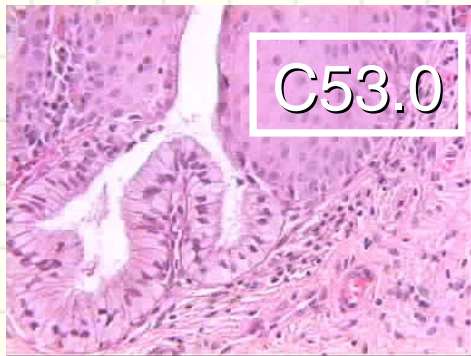
Cenni anatomia

**Il collo dell'ute può essere suddiviso
due distretti:**

- C 53.0 (180.0) Endocervice (la parte più interna che si continua con l'istmo uterino)**
- C 53.1 (180.1) Esocervice (la parte esterna che si continua con la parete della vagina)**

NB

Per le lesioni iso-endocervicali si usa C53.8 (180.8), in caso di sedi non specificate si usa C53.9 (180.9).



Tumori dell'utero Istotipi

Squamous and precursors

Squamous cell carcinoma, not otherwise specified	8070/3
• Keratinizing	8071/3
• Non-keratinizing	8072/3
• Basaloid	8083/3
• Verrucous	8051/3
• Warty	8051/3
• Papillary	8052/3
• Lymphoepithelioma-like	8082/3
• Squamotransitional	8120/3
Early invasive (microinvasive) squamous cell carcinoma	8076/3
Squamous intraepithelial neoplasia	
• Cervical intraepithelial neoplasia (CIN 3)	8077/2
• Squamous cell carcinoma in situ	8070/2

Neuroendocrine tumours

Carcinoid	8240/3
Atypical carcinoid	8249/3
Small cell carcinoma	8041/3
Large cell neuroendocrine carcinoma	8013/3
Undifferentiated carcinoma	8020/3

Glandular and precursors

Adenocarcinoma	8140/3
Mucinous adenocarcinoma	8480/3
• Endocervical	8482/3
• Intestinal	8144/3
• Signet-ring cell	8490/3
• Minimal deviation	8480/3
• Villoglandular	8262/3
Endometrioid adenocarcinoma	8380/3
Clear cell adenocarcinoma	8310/3
Serous adenocarcinoma	8441/3
Mesonephric adenocarcinoma	9110/3
Early invasive adenocarcinoma	8140/3
Adenocarcinoma in situ	8140/2

Other epithelial tumours

Adenosquamous carcinoma	8560/3
Adenoid cystic carcinoma	8200/3
Adenoid basal carcinoma	8098/3

Altri..

Mesenchymal tumour-like conditions

Leiomyosarcoma	8890/3
Endometrioidstroma sarcoma, low grade	8931/3
Undifferentiated endocervical sarcoma	8805/3
Sarcoma botryoides	8910/3
Alveolar soft part sarcoma	9581/3
Angiosarcoma	9120/3
Malignant peripheral nerve sheath tumour	9540/3
Leiomyoma	8890/0
Genital rhabdomyoma	8905/0
Postoperative spindle cell nodule	

Melanocytomas

Malignant melanoma	8720/3
Blue naevus	8780/0

Mixed epithelial-mesenchymal tumours

Carcinosarcoma (malignant müllerian mixed tumour)	8980/3
Adenosarcoma	8933/3
Wilms tumour	8960/3
Adenofibroma	9013/0
Adenomyoma	8932/0

Miscellaneous tumours

Tumours of germ cell type

Yolk sac tumour	9071/3
-----------------	--------

CERVICETERINA

(ICD-X53)(ICD-IX80)

Epidemiologia

More frequent morphologies among histologically verified cases

Morfologie più frequenti tra i casi con conferma istologica

8070	Squamous cell carcinoma <i>Carcinoma a cellule squamose</i>	1,390	53%
8140	Adenocarcinoma <i>Adenocarcinoma</i>	315	12%
8071	Squamous cell carcinoma keratinizing, NOS <i>Carcinoma spinocellulare cheratinizzante, NAS</i>	184	7%
8076	Squamous cell carcinoma, microinvasive <i>Carcinoma spinocellulare</i>	169	6%
8000	Tumour, malignant NOS <i>Tumore maligno, NAS</i>	160	6%

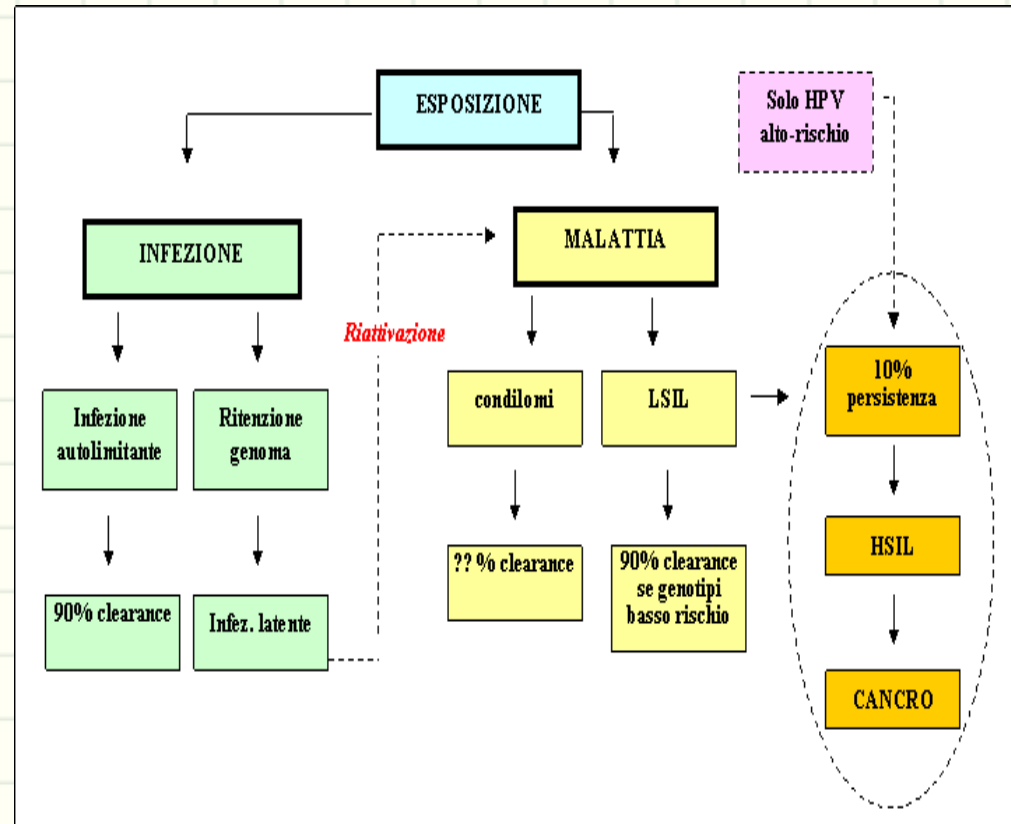
Carcinomasquamoso

HumanPapillomaVirus

- **Le lesioni precancerose e il carcinoma cervicale sono correlate all'infezione da HPV**

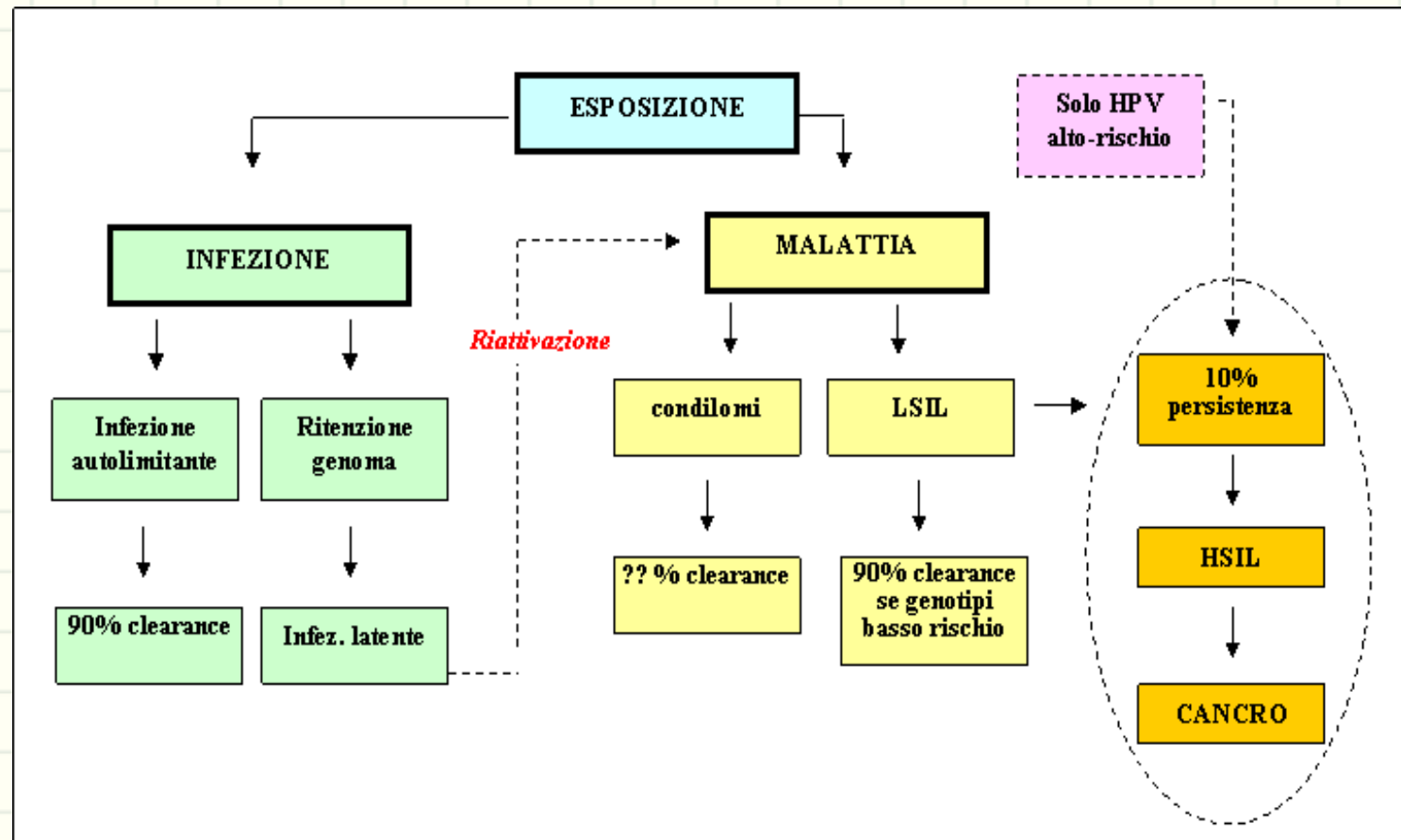
- **Ceppi 16,18 = lesione ad alto rischio**

- **Ceppi 6 e 11 = lesione a basso rischio**

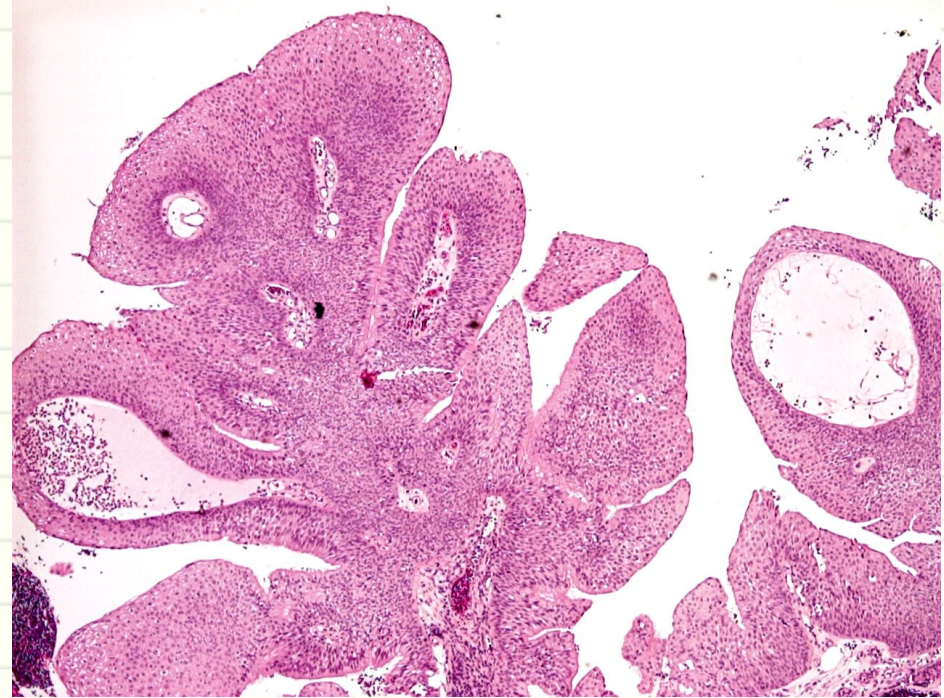
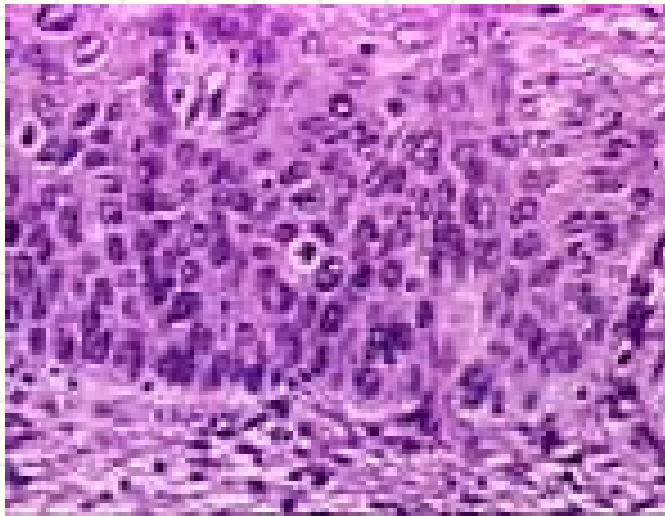


Carcinomasquamoso

Cancerogenesi HumanPapillomaVirus



- **Ceppibassorischio**
condiloma(8052/0)
- **Ceppialtorischio**
displasia(8077/2)



Carcinoma squamoso

Lesioni precancerose

CIN Neoplasia intraepiteliale cervicale:

Processo neoplastico ancora confinato entro la membrana basale (intraepiteliale) precede il carcinoma invasivo (CIN 1-2-3) e definito mediante prelievo istologico.

SIL Lesioni squamose intraepiteliali **(Bethesda system)**

Processo neoplastico intraepiteliale che precede il carcinoma invasivo e definito mediante prelievo citologico (PAP test).

SIL 1 (LSIL) corrisponde CIN 1 (basso grado)=8077/1

SIL 2 (HSIL) corrisponde CIN 2-3 (alto grado)=8077/2

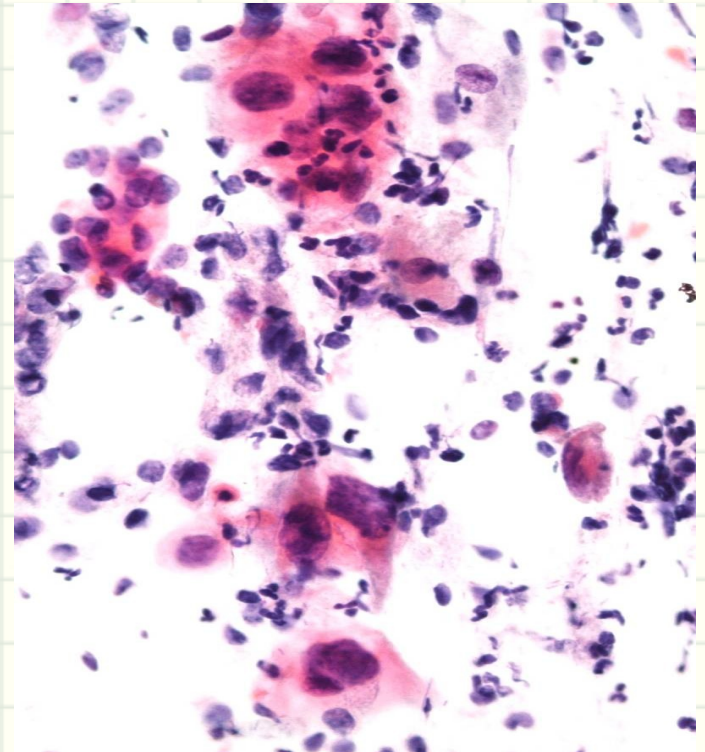
ASCUS

(Bethesda system)

Atypical **S**quamous **C**ells
of **U**ncertain **S**ignificance:

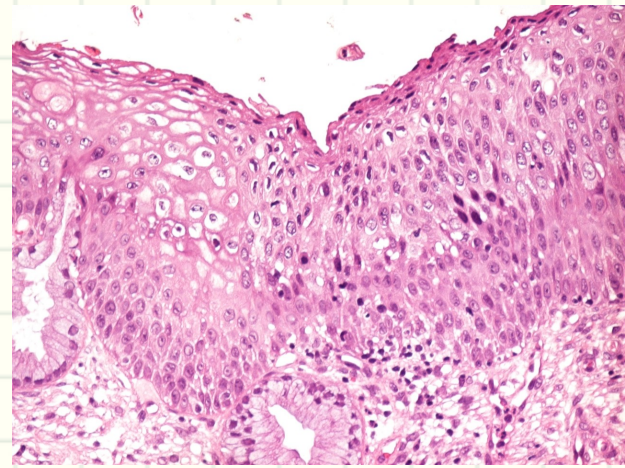
Sono presenti atipiche
non si riescono ben
interpretare e occorre
ripetere l'esame o fare
un'abiopsia

- Flogosi
- Riepitelizzazione



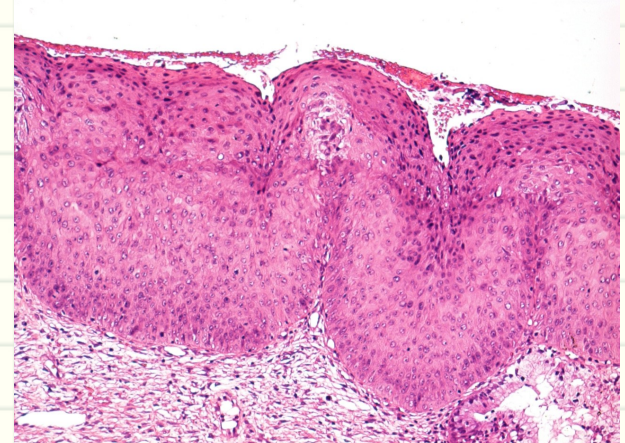
CIN1 (8077/1)

**proliferazione confinata
nel terzo inferiore dell'epitelio**



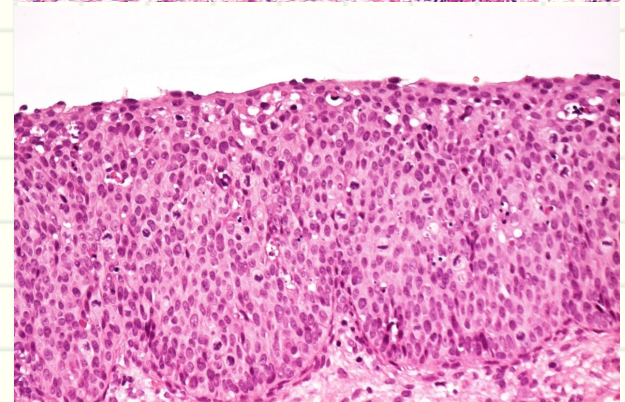
CIN 2 (8077/2) :

**Proliferazione delle cellule
atipiche in metà dello
spessore dell'epitelio**



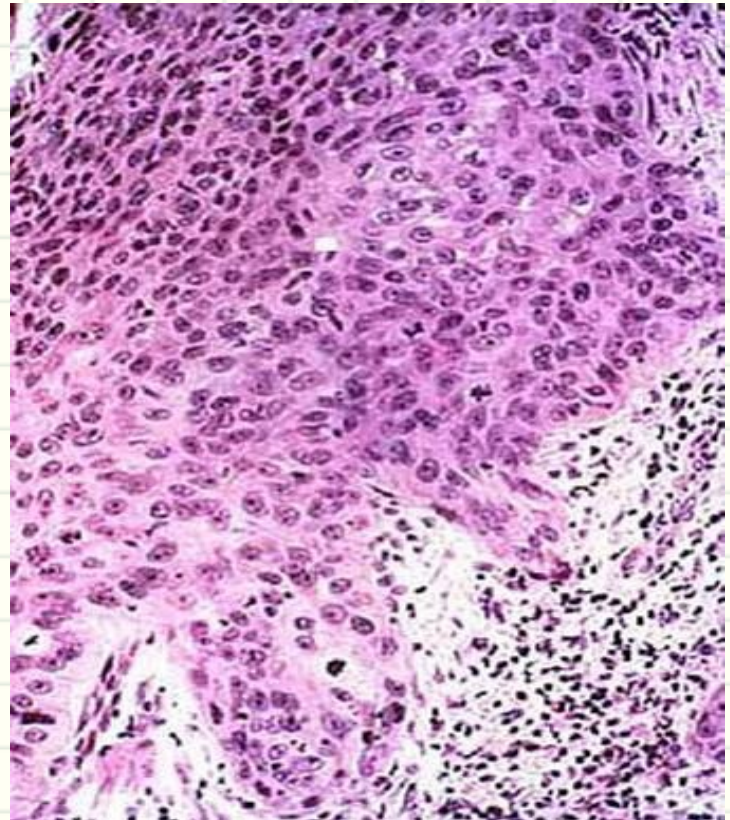
CIN 3 (8077/2;8070/2) :

**Proliferazione delle cellule
atipiche in almeno i 2/3 dello
spessore dell'epitelio**



Carcinoma a quamoso microinfiltrante (8076/3)

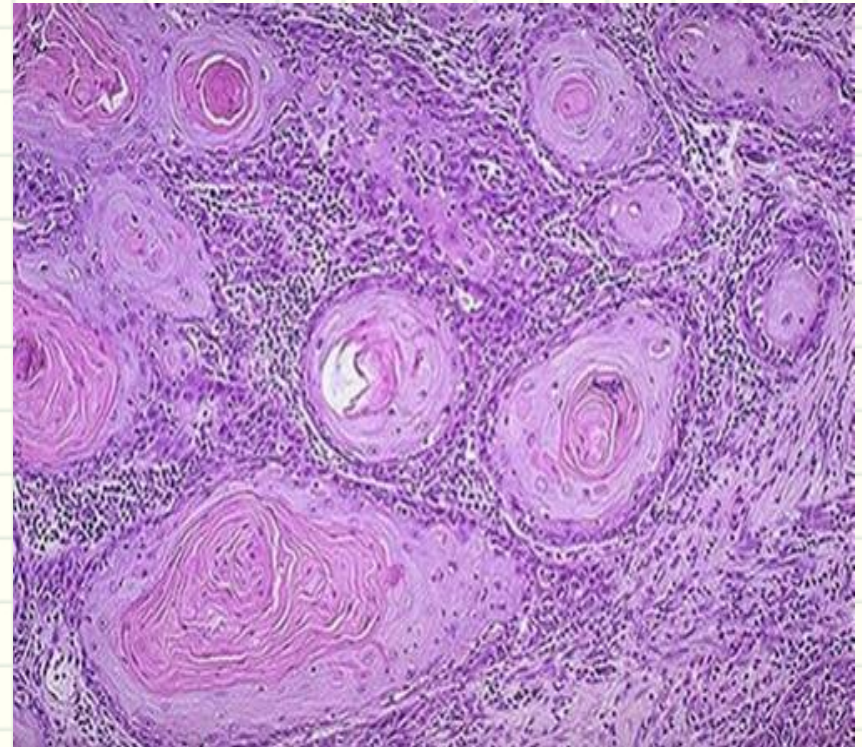
- La neoplasia ha superato la membrana basale e invade lo stroma sottopiteliale per almeno 3-5mm
- Potenzialmente metastatico



Carcinoma squamoso infiltrante

NOS 8070/3, Cheratinizza 8071/3, Noncheratinizza 8072/3,
Basaloide 8083/3, Verrucoso 8051/3, Linfoepitelidite 8083/3,
Squamotransiti 8120/3

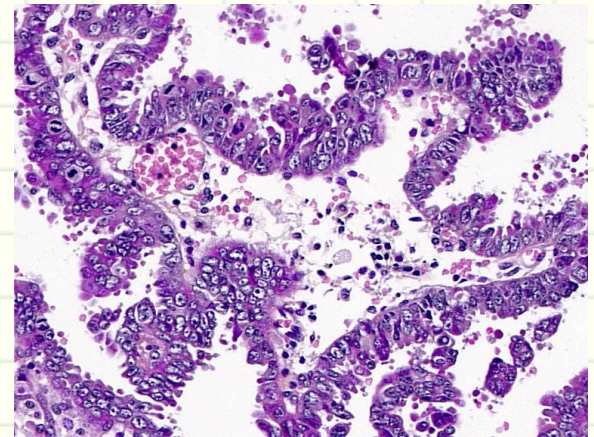
- La neoplasia ha superato la membrana basale e invade lo stroma sottopiteliale



Tumori ghiandolari

Adenocarcinoma	8140/2
Adenocarcinoma Early invasive	8140/3
Adenocarcinoma	8140/3
Adenocarcinoma Mucinoso	8480/3
• Endocervicale	8482/3
• Intestinale	8144/3
• Signet-ring cell	8490/3
• A deviazione Minima	8480/3
• Villoghiandolare	8262/3
Adenocarcinoma Endometrioido	8380/3
Adenocarcinoma acellulare	8310/3
Adenocarcinoma Seroso	8441/3
Adenocarcinoma Mesonefrico	9110/3

Adenocarcinoma



- Sono neoplasie poco frequenti
- Non devono essere confuse con quelle a partenza del corpo uterino
- Le forme in situ sono intraepiteliali...../2
(non superando la membrana basale non sono infiltranti)
- Le lesioni early/microinfiltranti che superano di pochissimo la membrana basale, si considerano...../3

Altri Tumori

- Carcinoma adenosquamoso

8560/3

- Tumore raro
- Presenta una componente squamosa ed una ghiandolare

TNM FIGO

TX		Primary tumour cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumour
Tis	0	Carcinoma in situ (preinvasive carcinoma)
T1	I	Cervical carcinoma confined to uterus (extension to corpus should be disregarded)
T1a	IA	Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy. All macroscopically visible lesions— even with superficial invasion— are T1b/Stage B
T1a1	IA1	Stromal invasion no greater than 3.0 mm in depth and 7.0 mm or less in horizontal spread
T1a2	IA2	Stromal invasion more than 3.0 mm and not more than 5.0 mm with a horizontal spread 7.0 mm or less
T1b	IB	Clinically visible lesion confined to the cervix or microscopic lesion greater than T1a2/IA2
T1b1	IB1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
T1b2	IB2	Clinically visible lesion more than 4 cm in greatest dimension
T2	II	Tumour invades beyond uterus but not to pelvic wall or to lower third of the vagina
T2a	IIA	Without parametrial invasion
T2b	IIB	With parametrial invasion
T3	III	Tumour extends to pelvic wall, involves lower third of vagina, or causes hydronephrosis
T3a	IIIA	Tumour involves lower third of vagina, no extension to pelvic wall
T3b	IIIB	Tumour extends to pelvic wall or causes hydronephrosis
T4	IVA	Tumour invades mucosa of bladder or rectum or extends beyond true pelvis
M1	IVB	Distant metastasis

Lymph Nodes (N)

- NX Regionallymphnodes cannot be assessed
- T0 No regionallymphnode metastasis
- N1 Regionallymphnode metastasis

Distant Metastasis (M)

- MX Distantmetastasiscannot be assessed
- M0 No distantmetastasis
- M1 Distantmetastasis

Staggrouping

Stage 0	Tis	N0	M0
Stage IA	T1a	N0	M0
Stage IA1	T1a1	N0	M0
Stage IA2	T1a2	N0	M0
Stage IB	T1b	N0	M0
Stage IB1	T1b1	N0	M0
Stage IB2	T1b2	N0	M0
Stage IIA	T2a	N0	M0
Stage IIB	T2b	N0	M0
Stage IIIA	T3a	N0	M0
Stage IIIB	T1, T2, T3a	N1	M0
	T3b	Any N	M0
Stage IVA	T4	Any N	M0
Stage IVB	Any T	Any N	M1

CERVIC UTERINA

(ICD-X C53) (ICD-IX 180)

