

# XVII corso di aggiornamento AIRTUM per operatori dei Registri Tumori



Reggio Emilia, 27-29 settembre 2017



Wassily Kandinsky - Small Dream in Red, 1925



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia  
IBCCS Istituto in tecnologia avanzata e studi di assistenza in oncologia



ispc ISTITUTO PER LO STUDIO  
E LA PREVENZIONE ONCOLOGICA



## Adenoma cancerizzato Tecniche di registrazione

*Adele Caldarella*

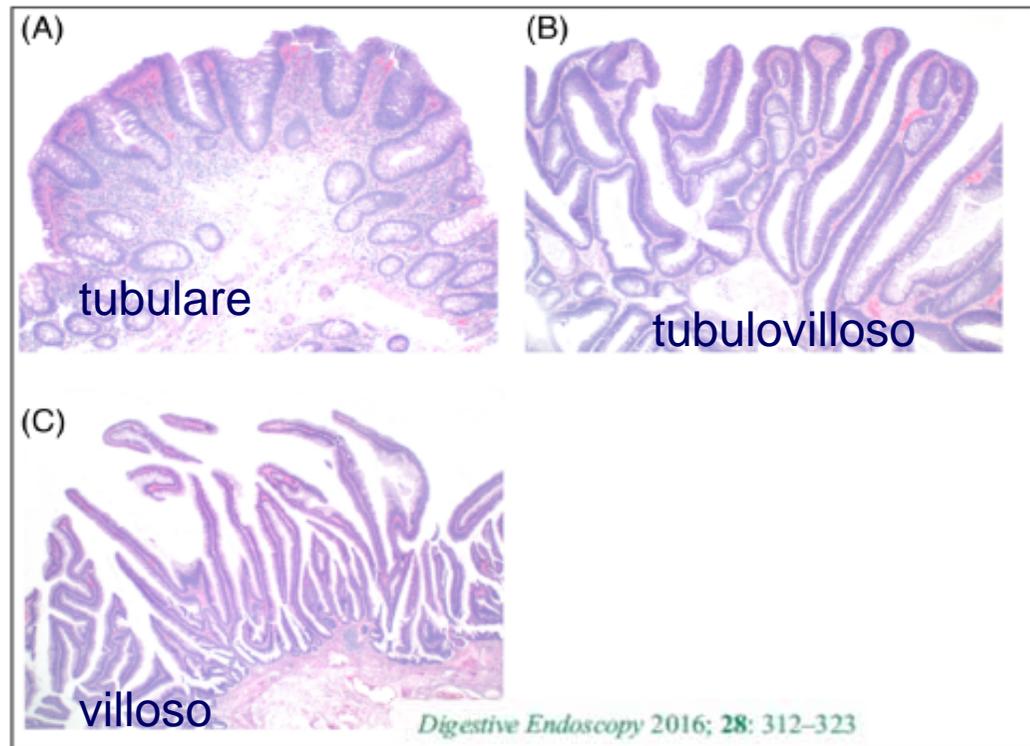
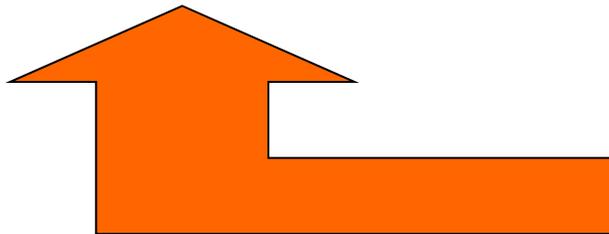
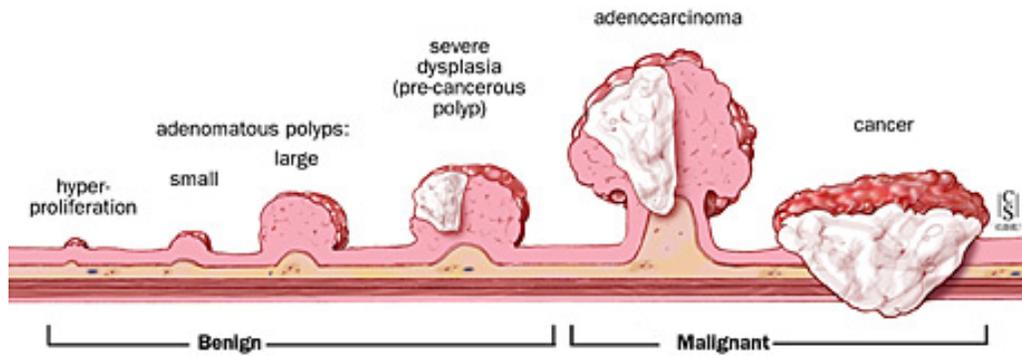
*Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica  
Firenze*

# Colonretto: criticità

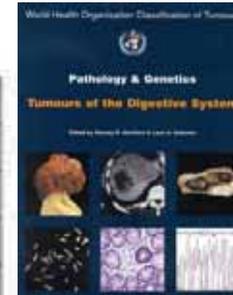
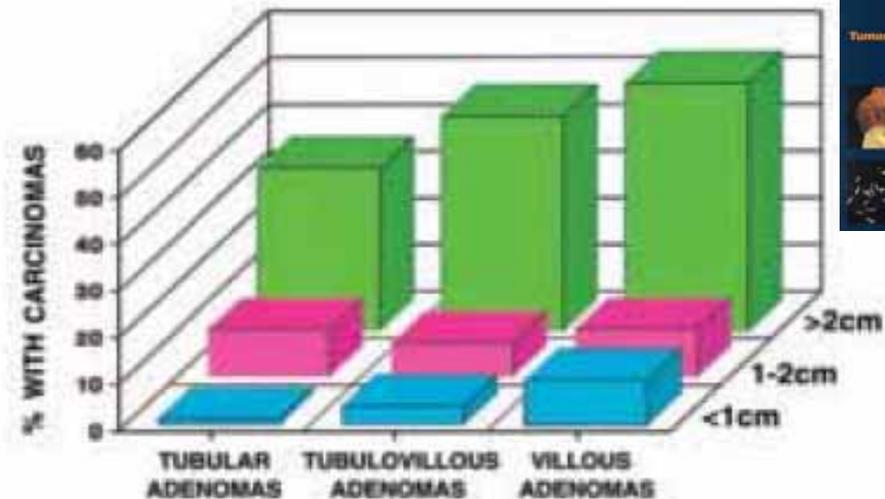


- Estensione anatomica che può condizionare la comparsa di più neoplasie
- Avvio dei programmi di screening, con richiesta di maggiore sensibilità nelle forme incidenti, eventualmente riguardanti anche le lesioni premaligne (adenomi)

# Adenoma del colonretto



# Adenoma o polipo?



1 Fig. 6.22 Frequency of adenocarcinoma in adenomas relative to size and architecture.

- Non tutti i polipi sono adenomatosi
- Il termine adenoma si applica anche a lesioni con aspetto macroscopico non polipoide
- Adenoma del colonretto può essere elevato (da polipo peduncolato a polipo sessile), piatto, depresso

# Cosa devo registrare?



Tutti i casi di tumore maligno colorettaie infiltrante(..)

STADIAZIONE TNM E DUKES DEI TUMORI COLORETTALI			
STADIO	TNM	DUKES	DESCRIZIONE
I	T <sub>1</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	A	tumore limitato alla sottomucosa
	T <sub>2</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	A	tumore che infiltra la tonaca muscolare, non superandola
II	T <sub>3</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	B	tumore esteso oltre la tonaca muscolare, nel grasso perirettale o pericolico; i tumori estesi fino alla sierosa sono da considerare T3, purché questa non sia superata
	T <sub>4</sub> N <sub>0</sub> M <sub>0</sub>	B	tumore infiltrante la sierosa (peritoneo viscerale) o infiltrante strutture contigue (utero, vagina, vescica, prostata, peritoneo parietale)
III	T <sub>1-4</sub> N <sub>1</sub> M <sub>0</sub>	C	presenza di metastasi nei linfonodi mesenterici o lomboaaortici fino a 3 linfonodi colpiti, indipendentemente dal grado di infiltrazione del tumore primario; in caso di micrometastasi (immunoistochimiche o con tecniche molecolari) verrà chiesto il parere del patologo; sono similmente da considerare metastatici i linfonodi che presentano mucina ma non elementi cellulari
	T <sub>1-4</sub> N <sub>2</sub> M <sub>0</sub>	C	presenza di metastasi nei linfonodi mesenterici o lomboaaortici in più di 3 linfonodi colpiti, indipendentemente dal grado di infiltrazione del tumore primitivo
IV	T <sub>1-4</sub> N <sub>0-2</sub> M <sub>1</sub>	D	presenza di metastasi ematogene (fegato, polmone o altri organi non contigui al colon-retto), indipendentemente dal grado di infiltrazione locale del tumore primario e dall'interessamento dei linfonodi mesenterici e lomboaaortici; presenza di interessamento peritoneale (carcinosi peritoneale); interessamento di linfonodi al di fuori di quelli mesenterici e lomboaaortici; metastasi omentali

# Cosa devo registrare?

- L'infiltrazione è definita dal superamento della muscularis mucosae

Se le atipie citologiche osservate si limitano alla mucosa ma senza sconfinamento oltre la muscularis mucosae, il caso non viene registrato come infiltrante

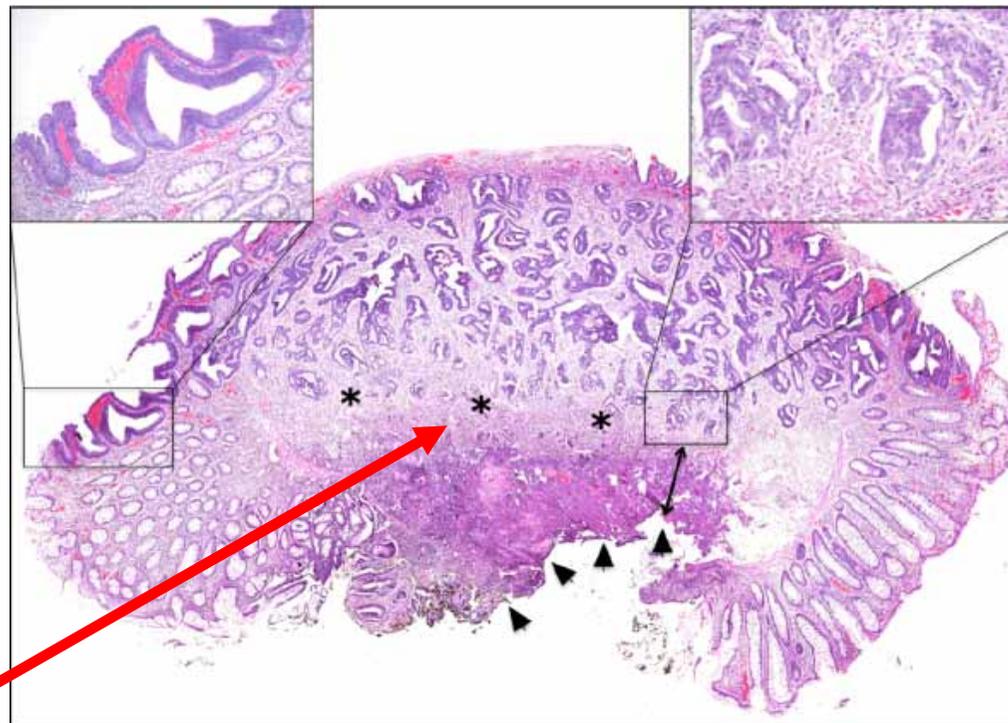


images.md  
pT1  
Moose & Doc

# Adenoma cancerizzato: cosa è?

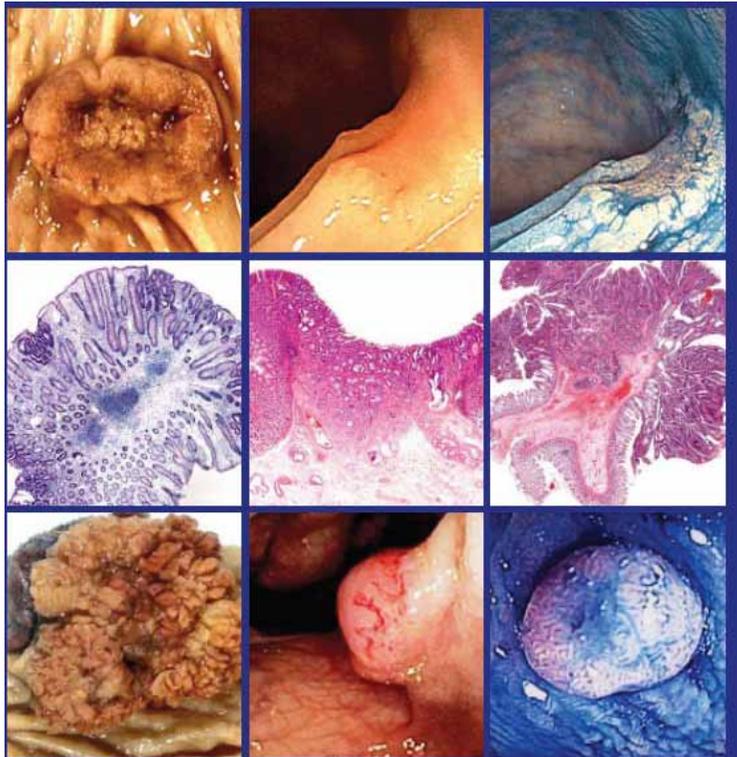
Adenoma che contiene una componente adenocarcinomatosa infiltrante la sottomucosa

Presenta un rischio di evoluzione sfavorevole ( recidiva locale, metastasi linfonodali o a distanza) variabile



sottomucosa

# Adenoma cancerizzato: cosa è?



European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis *First Edition*



European Commission

## 1. NO NEOPLASIA:<sup>2</sup>

Vienna Category 1 (Negative for neoplasia)

## 2. MUCOSAL LOW GRADE NEOPLASIA:

Vienna Category 3 (Mucosal low-grade neoplasia)

Low-grade adenoma

Low-grade dysplasia);

Other common terminology

mild and moderate dysplasia;

WHO: low-grade intra-epithelial neoplasia

## 3. MUCOSAL HIGH GRADE NEOPLASIA:

Vienna: Category 4.1–4.4 (Mucosal high grade neoplasia)

High-grade adenoma/dysplasia

Non-invasive carcinoma (carcinoma *in situ*)

Suspicious for invasive carcinoma

Intramucosal carcinoma);

Other common terminology

severe dysplasia;

high-grade intraepithelial neoplasia;

WHO: high-grade intraepithelial neoplasia

TNM: pTis

## 4. CARCINOMA invading the submucosa or beyond:

4a. Carcinoma confined to submucosa

Vienna: Category 5 (Submucosal invasion by carcinoma);

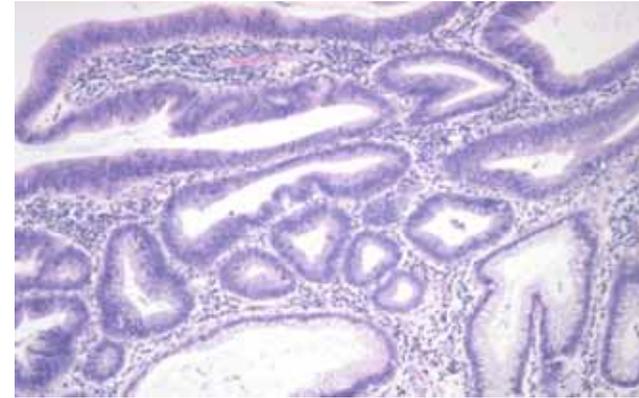
TNM: pT1

4b. Carcinoma beyond submucosa

TNM: pT2-T4

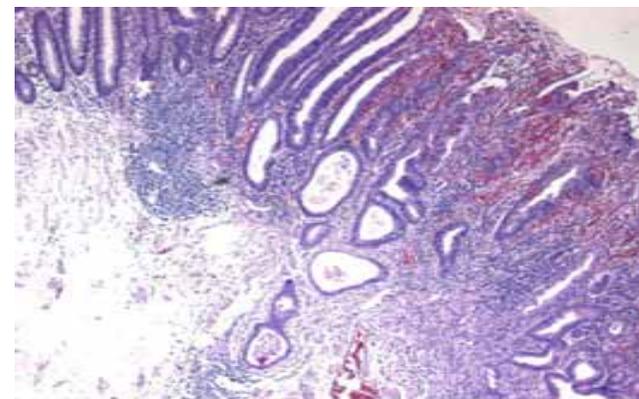
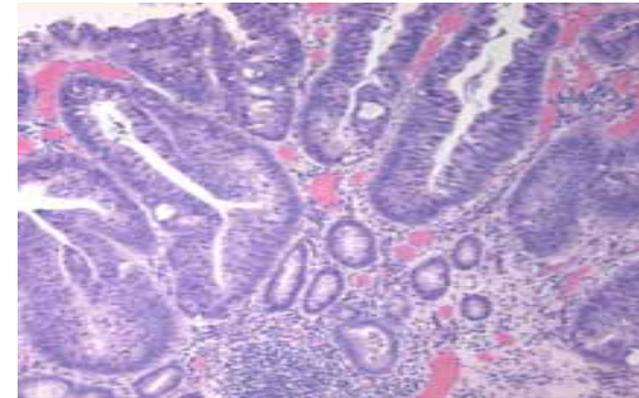
○ **MUCOSAL** **LOW-GRADE**  
**NEOPLASIA**

low-grade adenoma  
low-grade dysplasia



○ **MUCOSAL** **HIGH-GRADE**  
**NEOPLASIA**

high grade adenoma  
high grade dysplasia  
carcinoma in situ  
intramucosal carcinoma.



○ **CARCINOMA** **INVADING THE**  
**SUBMUCOSA**

[Quirke, Risto, Lambet, Vieth 2010]

Courtesy prof.Messerini

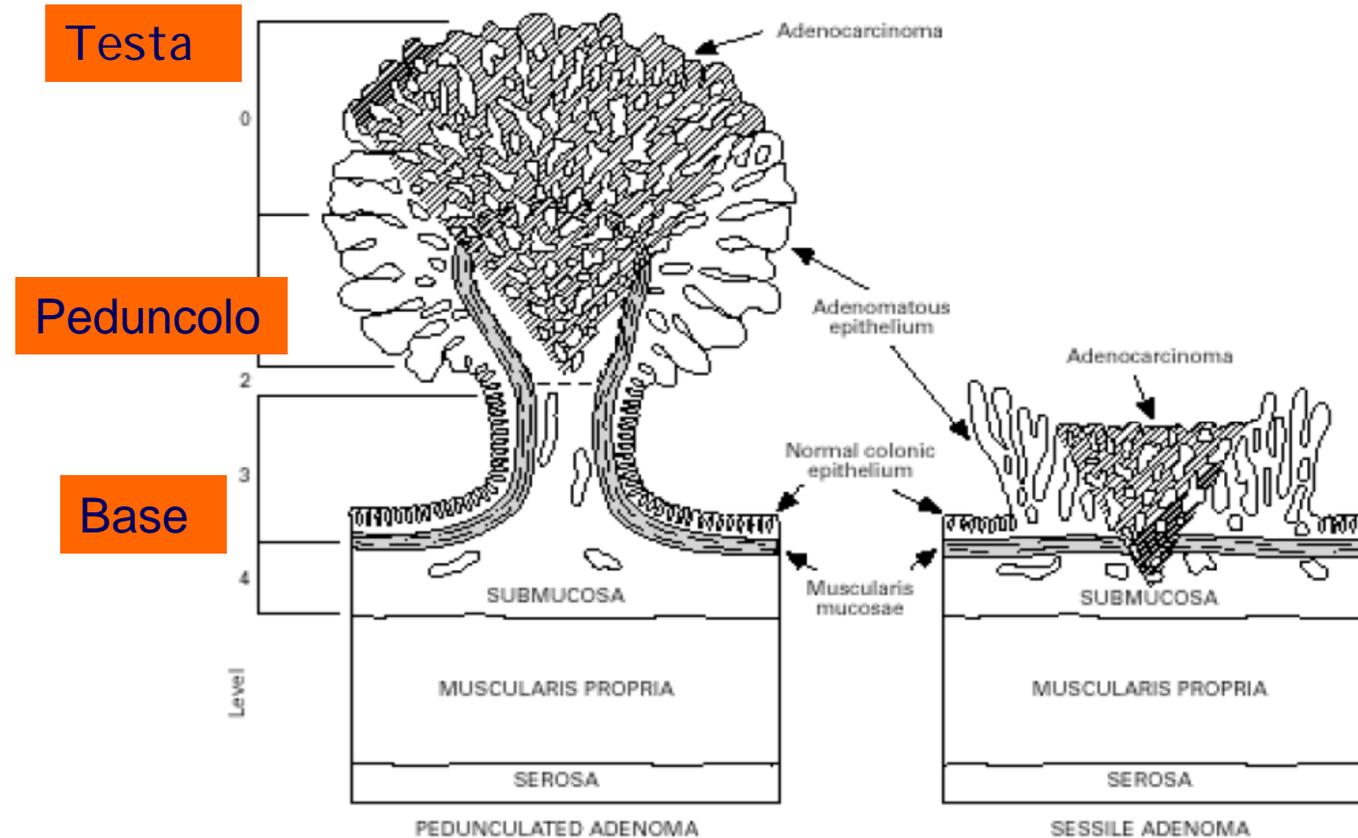
# Cosa devo registrare?



Diagnosi istologiche del tipo Carcinoma in situ, Cancro intraghiandolare, Foci di cellule neoplastiche e altre simili non saranno considerate infiltranti se non vi sarà una chiara indicazione del patologo sull'infiltrazione della muscularis mucosae

# Adenoma cancerizzato: identificazione

- invasione ( o meno) della sottomucosa: è sempre segnalata?



(Haggitt et al. Gastroenterology 89, 328, 1985)

# Codice topografico



Colon (C18)		Retto (C19-21)	
Cieco	C18.0	Giunto retto-sigma	C19.9
Appendice	C18.1	Retto (ampolla)	C20.9
Ascendente	C18.2	Ano	C21.0
Flessura epatica	C18.3	Canale anale	C21.1
Traverso	C18.4	Zona cloacogenica	C21.2
Flessura splenica	C18.5	Giunzione anorettale	C21.8
Discendente	C18.6	<i>Sedi multiple sincrone del retto e del giunto retto-sigmoideo</i>	<i>C20.9</i>
Sigma	C18.7		
<i>Sede sconfinante</i>	<i>la più distale</i>		
<i>Sedi multiple sincrone</i>	<i>lesione a stadio più avanzato</i>		
Colon NAS	C18.9		

# Codice morfologico



## Classificazione istologica dei tumori del colon-retto

### Tumori epiteliali

8140/0	Adenoma, NAS
8211/0	Adenoma tubulare, NAS
8261/0	Adenoma villosa, NAS
8263/0	Adenoma tubulovilloso, NAS
8213/0	Adenoma serrato
8140/3	Adenocarcinoma, NAS
8480/3	Adenocarcinoma mucinoso
8490/3	Carcinoma a cellule ad anello con castone
8041/3	Carcinoma a piccole cellule, NAS
8070/3	Carcinoma a cellule squamose, NAS
8560/3	Carcinoma adenosquamoso
8510/3	Carcinoma midollare, NAS
8020/3	Carcinoma indifferenziato, NAS
8240/3	Tumore carcinoide, NAS (escluso dell'appendice M-8240/1)
8241/3	Carcinoide a cellule enterocromaffini
8244/3	Carcinoide composito

### Tumori non epiteliali

8850/0	Lipoma, NAS
8890/0	Leiomioma, NAS
8936/1	Tumore stromale gastrointestinale, NAS
8890/3	Leiomiomasarcoma, NAS
9120/3	Emangiosarcoma
9140/3	Sarcoma di Kaposi
8720/3	Melanoma maligno, NAS
9699/3	Linfoma a cellule B della zona marginale, NAS
9673/3	Linfoma a cellule mantellari
9680/3	Linfoma maligno a grandi cellule B, diffuso, NAS
9687/3	Linfoma di Burkitt, NAS (vedere anche M-9826/3)

# Codice morfologico



---

M 8000/3 Tumore maligno (comprende l'istotipo non noto e l'indicazione "cellule neoplastiche")

---

M 8010/3 Carcinoma, NAS

---

M 8480/3 Adenocarcinoma mucinoso (componente mucoide  $\geq 50\%$ )

---

M 8481/3 Adenocarcinoma con produzione di mucina (componente mucoide  $< 50\%$ )

---

M 8254/3 Adenocarcinoide

---

M 8210/3 Carcinoma in adenoma (tubulare/tubulo-villoso/villoso)

---

# Codice morfologico

International Agency for Research on Cancer



International Classification of  
Diseases for Oncology  
ICD-O-3 online

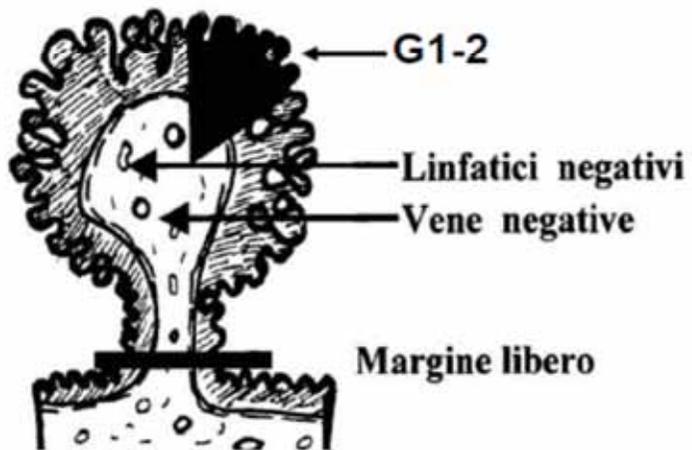
- 8210/3 Adenocarcinoma in adenomatous polyp
  - Adenocarcinoma in tubular adenoma
  - Carcinoma in adenomatous polyp
  - Adenocarcinoma in polypoid adenoma
  - Adenocarcinoma in a polyp, NOS
  - Carcinoma in a polyp, NOS
- 8211/3 Tubular adenocarcinoma
  - Tubular carcinoma
- 8213/3 Serrated adenocarcinoma
- 8220/3 Adenocarcinoma in adenomatous polyposis coli (C18.\_)
- 8221/3 Adenocarcinoma in multiple adenomatous polyps
- 8261/3 Adenocarcinoma in villous adenoma
- 8262/3 Villous adenocarcinoma
- 8263/3 Adenocarcinoma in tubulovillous adenoma
  - Papillotubular adenocarcinoma
  - Tubulopapillary adenocarcinoma

## Adenoma cancerizzato: valutazione del rischio

- Adenoma cancerizzato presenta un rischio di evoluzione variabile
- Valutazione del rischio attraverso parametri istologici
- Programmazione delle scelte terapeutiche

# Adenoma con carcinoma invasivo

## Basso rischio



**Follow-up**

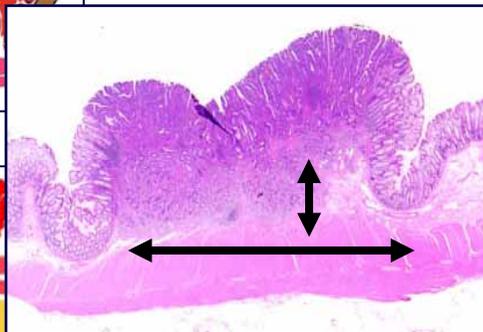
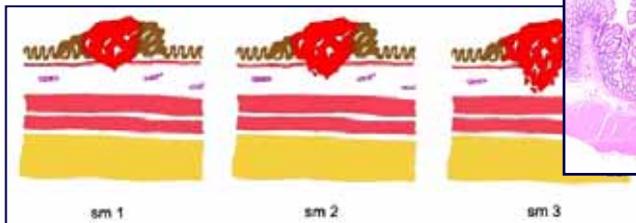
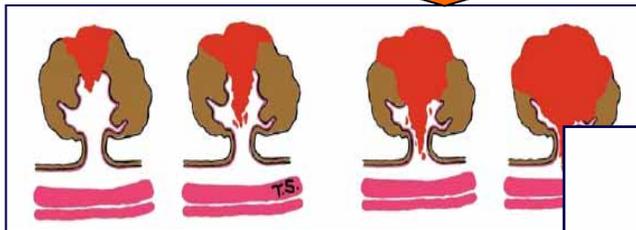
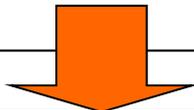
## Alto rischio



**Chirurgia**

# Cancerized adenoma : assessment of the metastatic risk

- Margine
  - Grading
  - Invasione vascolare
  - *Tumor Budding*
- +
- **Microstaging**



**MINIMAL RISK**  
(0-0,7%)

**LOW RISK**  
(8-18%)

**HIGH RISK**  
(20-40%)

*Risio et al, GISCoR 2006*

Courtesy prof. Luca Messerini

## VALUTAZIONE PARAMETRI DI RISCHIO

## UNA PROPOSTA DI REFERTAZIONE.....

### 1) limite di escissione (distanza dal punto di maggiore infiltrazione della sottomucosa)

- margine positivo (distanza  $\leq 1$ mm.)
- margine negativo (distanza  $>2$ mm.)
- margine non valutabile
- margine dubbio (distanza  $>1 \leq 2$  mm.)

per questa categoria i dati riportati in letteratura sono contrastanti e non indicano in maniera univoca se considerare con sicurezza il margine come positivo o negativo. Tali casi dovrebbe essere discussi con i clinici per scegliere il percorso più opportuno.

### 2) grado di differenziazione (linee guida europee 2010)

- elevato (G1)
- moderato (G2)
- basso (G3)
- indifferenziato (G4)

### 3) invasione vascolare

- presente
- venosa
- linfatica
- assente
- non valutabile ?

### 4) microstadiazione

- livelli di Haggitt:  1  2  3  4 (polipi peduncolati)
- classificazione di Kikuchi:  sm1  sm2  sm3 (polipi sessili)
- misurazione invasione della sottomucosa (Ueno 2004)
  - profondità \_\_\_\_\_  $\mu$ m
  - ampiezza \_\_\_\_\_  $\mu$ m ?

### 5) altre caratteristiche microscopiche (opzionali?)

- budding tumorale  assente  presente (<5 foci vs.  $\geq 5$  foci Ueno 2004)
- cluster poco differenziati  assente  presente



# Esempio

M-8210/3

Data accettazione : 29/6/2010

NOTIZIE • FOBT+; polipo peduncolato del sigma

MACRO • Polipo del sigma

DIAGNOSI • Adenocarcinoma intestinale moderatamente differenziato, ex adenoma, infiltrante la sottomucosa. Non evidenza di emboli neoplastici. Limite di escissione non valutabile



SNOMED • assente

# Esempio

Non invasivo

Data accettazione : 10/4/2014

MACRO • Frammento di 0,9 x 0,4 x 0,5 cm sezionato ed incluso in toto

DIAGNOSI • Adenoma tubulo-villoso intestinale con area, circa 10%, di trasformazione adenocarcinomatosa ad elevato grado di differenziazione (G1) che, presente in una emisezione, è localizzata a sede topograficamente riferibile alla testa del polipo. Nelle successive multiple sezioni del polipo allestite per valutare il rapporto fra la trasformazione adenocarcinomatosa e l'asse vascolo-stromale non è stata mai documentata la muscularis mucosae che non ha consentito quindi di valutare l'eventuale invasività della lesione. Margine di resezione endoscopica libero.



pTx

SNOMED • T-58470 M-82633

# Completezza della lesione

- Per la diagnosi di cancerizzazione è necessaria la polipectomia endoscopica completa
- Prelievi biotici multipli o frammentazione della lesione non consentono la sicura esclusione di una componente neoplastica infiltrante la sottomucosa
- In questi casi la diagnosi è limitata alla descrizione del campione in esame

# Esempio

M-8263/3

Data accettazione : 01/12/2010

MACRO

- Neoformazione polipoide del sigma

DIAGNOSI

- Adenoma tubulo-villoso intestinale con area, circa il 10%, di trasformazione adenocarcinomatosa ad elevato grado di differenziazione (G1) infiltrante il III medio del peduncolo.

Margine di resezione endoscopica:  
negativo

SNOMED

- T-59470 M-82633

# Esempio

Data accettazione : 17/10/2013

Non invasivo

## NOTIZIE

- Neoformazione polipoide. Peduncolo non visualizzabile macroscopicamente

## DIAGNOSI

- Adenoma villosa intestinale con diffuse aree di trasformazione adenocarcinomatosa (carcinoma/adenoma 80%), a elevato grado di differenziazione (G1).

Infiltrazione della sottomucosa: non valutabile, in quanto il materiale pervenuto è costituito prevalentemente da strutture ghiandolari prevalentemente con displasia di alto grado e con trasformazione adenocarcinomatosa; presenza di scarso tessuto connettivale fibromuscolare, non consente una valutazione adeguata di livello di infiltrazione della sottomucosa e non è evidente nemmeno l'asse fibrovascolare del peduncolo, nelle multiple sezioni istologiche esaminate. Budding tumorale: assente. Embolizzazione neoplastica linfatica ed ematica: non documentabile. Margine di resezione endoscopica: positivo (adenocarcinoma < 1 mm)

## SNOMED

- T-59600 M-82612

**DUE MESI DOPO..** 

# Esempio

Data accettazione : 19/12/2013

NOTIZIE • Frammento di 1.5 x0.8 x0,5 cm a larga base di impianto

DIAGNOSI • Adenoma tubulo-villoso intestinale con aree di trasformazione adenocarcinomatosa (carcinoma/adenoma 50%), a elevato grado di differenziazione (G1) infiltrante la sottomucosa .

Embolizzazione neoplastica vascolare non documentabile.

Budding non documentabile. Margine di resezione endoscopica positivo. T1

SNOMED • T-59600 M-81403

# Conclusioni

- Adenoma cancerizzato risponde ad una definizione precisa che coinvolge l'infiltrazione della sottomucosa
- Non è possibile identificare una lesione di questo tipo senza indicazioni nel referto istologico (per difficoltà di prelievo, di lettura)
- Possono esistere termini diversi che attengono alle classificazioni morfologiche usate

# Conclusioni

- Utilizzo di terminologie condivise
- Lettura del referto istologico
- Codice SNOMED morfologico inserito e corretto
- ...e i parametri di valutazione del rischio?