

**XVII corso di
aggiornamento
AIRTUM per
operatori dei
Registri Tumori**



Reggio Emilia, 27-29 settembre 2017



**ADENOMA CANCERIZZATO
e
REFERTAZIONE ANATOMO-
PATOLOGICA**

**Elena Varotti
Anatomia Patologica
Arcispedale Santa Maria Nuova
IRCCS
28 settembre 2017
Reggio Emilia**

RUOLO DEL PATOLOGO

- Il ruolo del patologo è quello di rendere più semplice la decisione del clinico provvedendo a fornire per quanto possibile **le maggiori informazioni sul potenziale comportamento del tumore.**
- la decisione clinica si basa su un bilanciamento tra rischio operatorio (morbilità e mortalità) e rischio di metastasi, **il patologo dovrebbe provvedere a fornire i dati su tale rischio.**

RUOLO DEL PATOLOGO

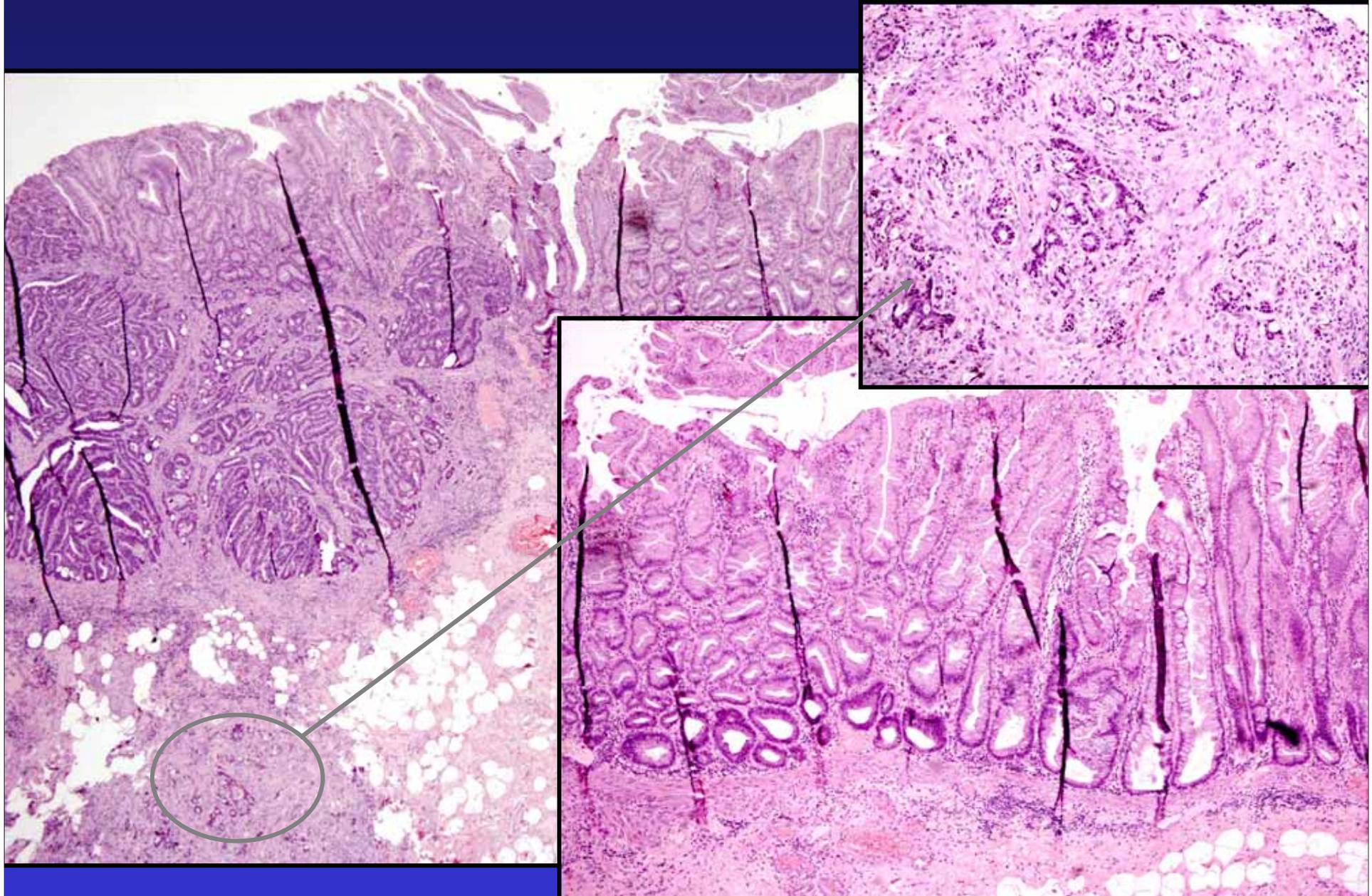
- La presenza di un reale rischio di metastasi, se possibile deve essere accompagnato alle dimensioni di tale rischio.

Quando il rischio è virtualmente assente o non ci sono i parametri dell'alto rischio è dovere del patologo specificarlo per evitare di effettuare inutili resezioni.

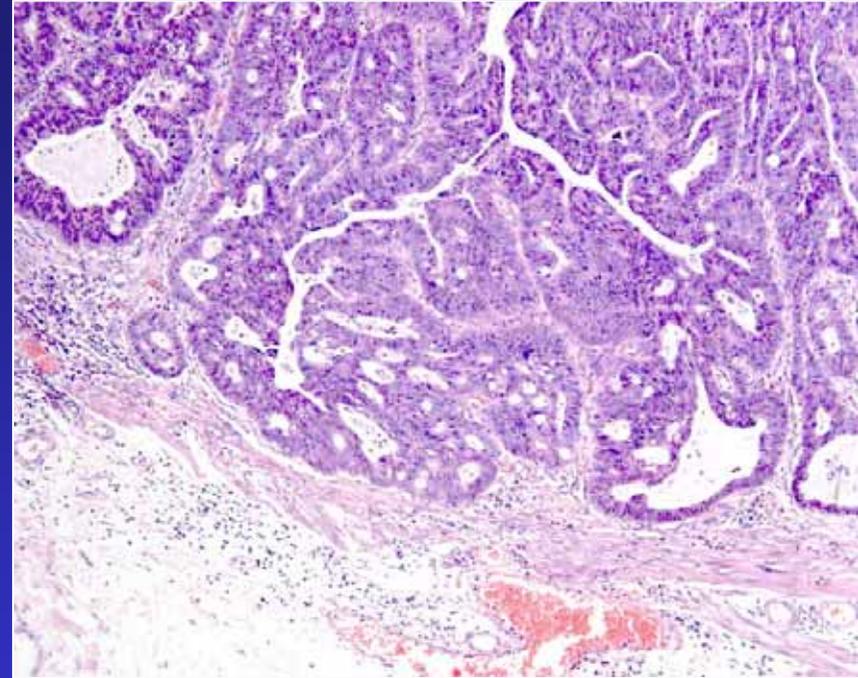
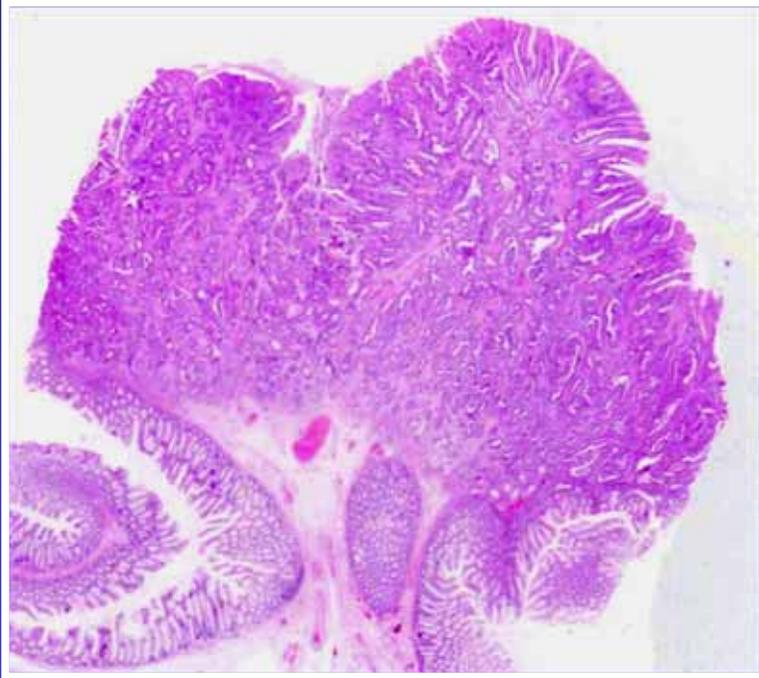
ADENOMA CANCERIZZATO

- Adenoma in cui è inequivocabilmente accertata l'infiltrazione della sottomucosa
- E' la forma più precoce di carcinoma colon-rettale (pT1 sec. TNM) con potenziale metastatico linfonodale variabile

ADENOMA CANCERIZZATO

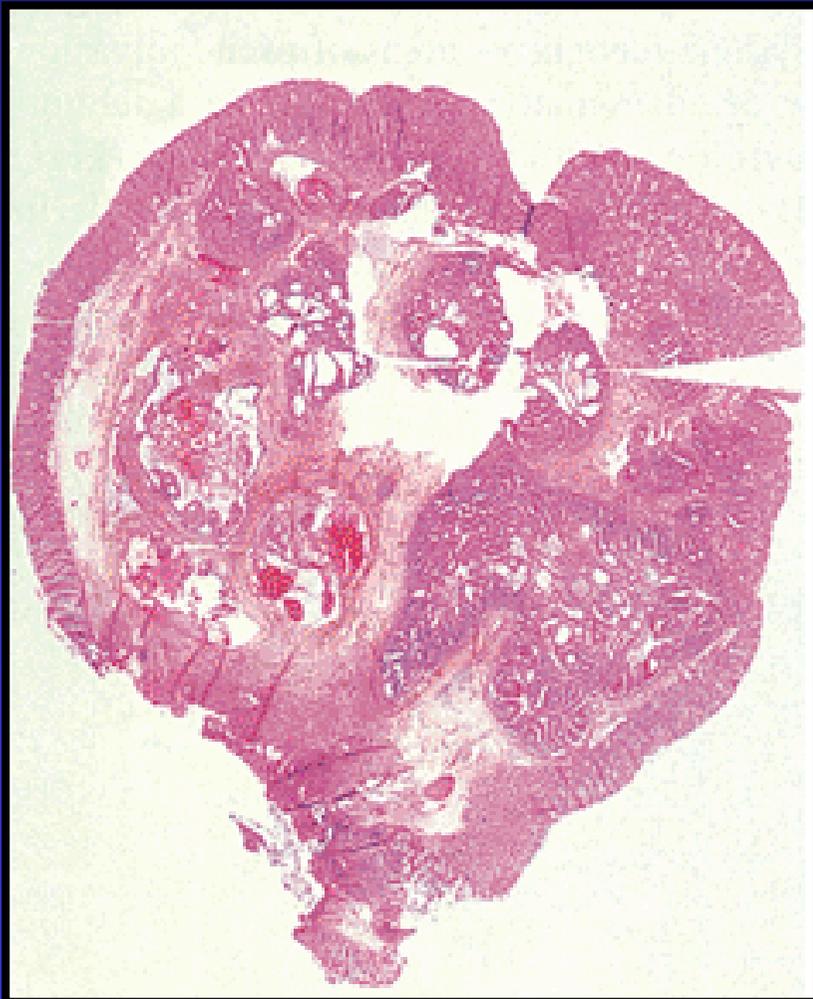


**ADENOMA CANCERIZZATO (pT1):
INFILTRAZIONE NEOPLASTICA DELLA SOTTOMUCOSA
ATTRAVERSO IL SUPERAMENTO DELLA MUSCULARIS MUCOSAE**



ADENOMA CANCERIZZATO

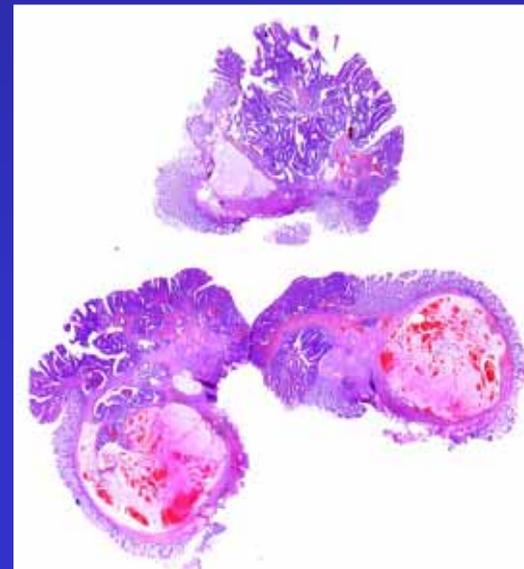
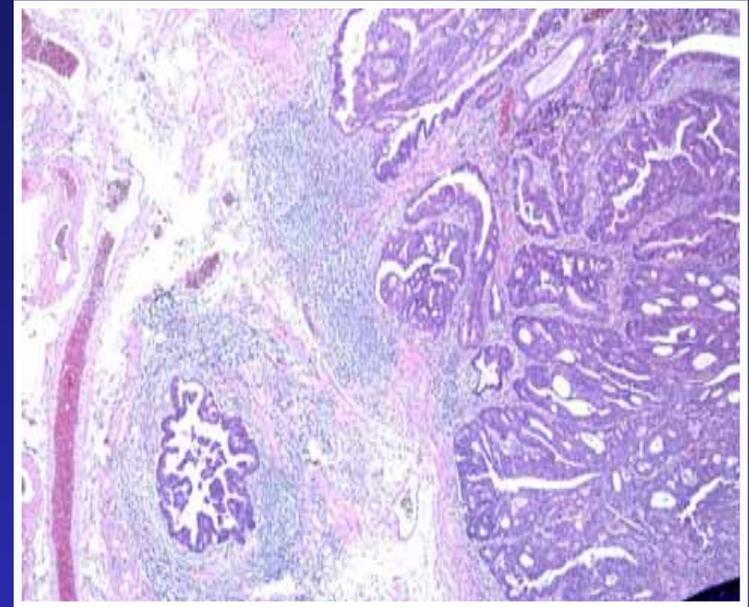
PSEUDOINVASIONE VERSO CARCINOMA INVASIVO

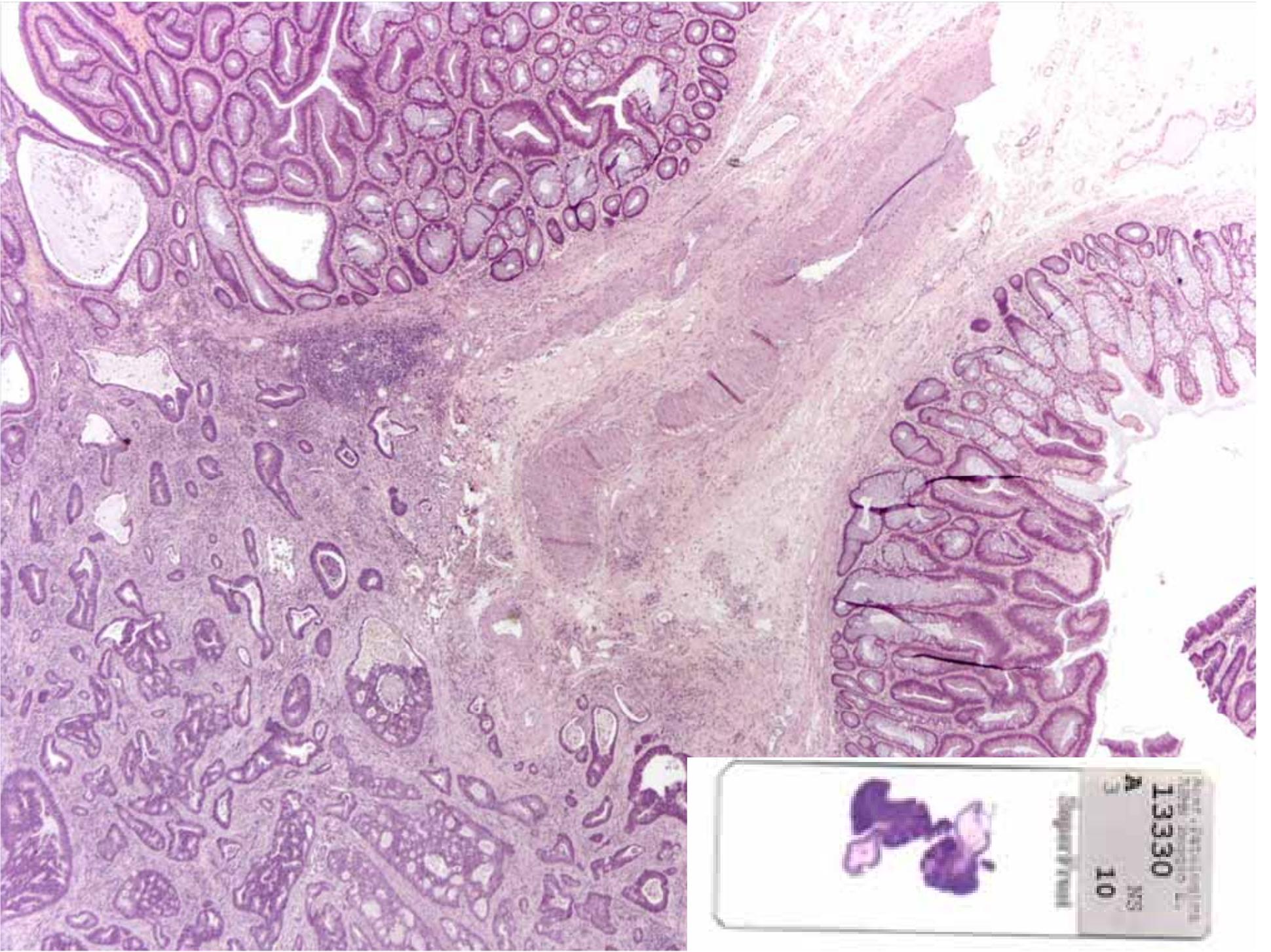


La Pseudoinvasione o Distopia Sottomucosa

Dislocazione o erniazione nella sottomucosa di isole di tessuto displastico: “Pseudoinvasione”

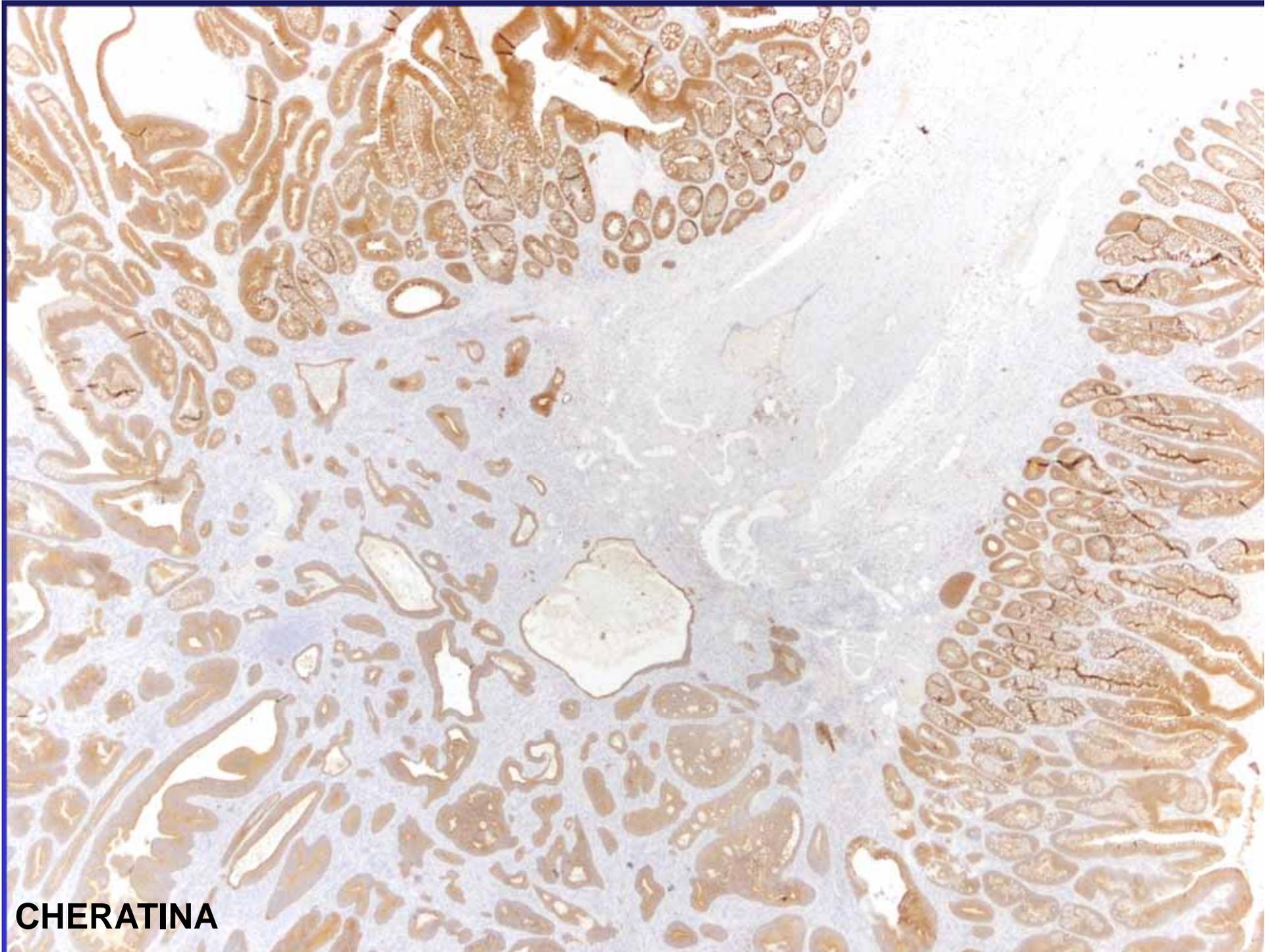
- Assenza di reazione desmoplastica
- Mantello connettivale attorno alle ghiandole displastiche
- Depositi emosiderinici



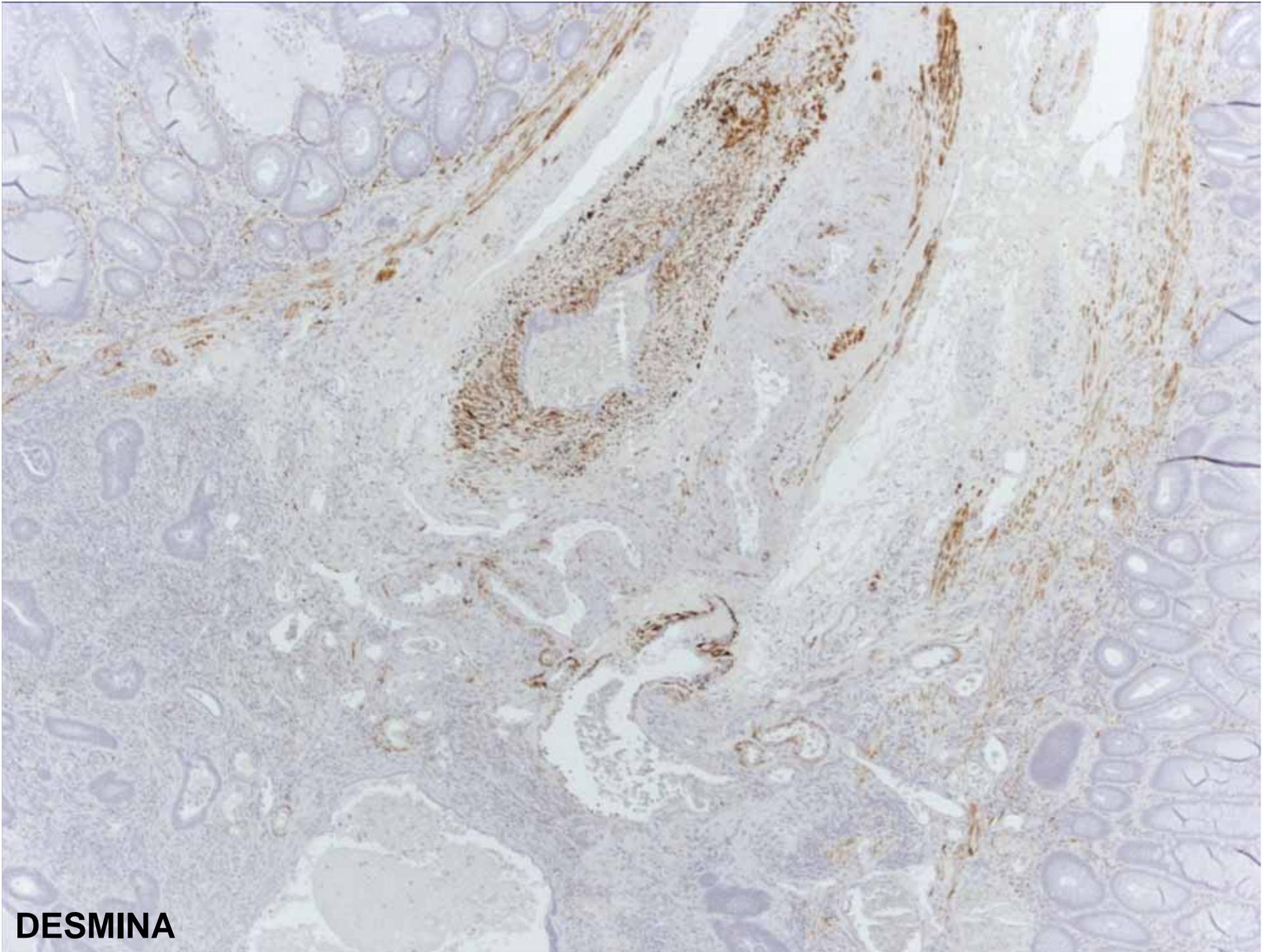


13330
A
3
10
NS
Department of Pathology
University of Toronto





CHERATINA

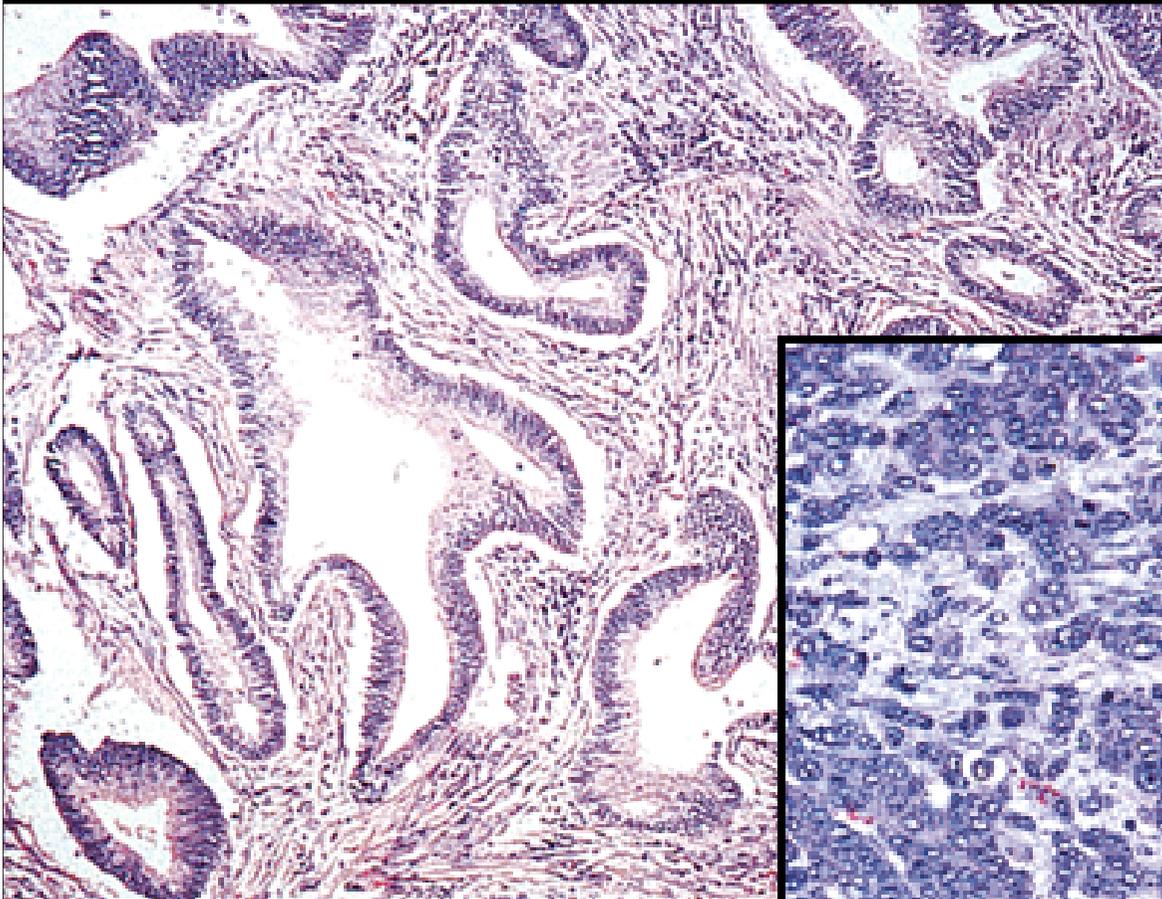


DESMINA

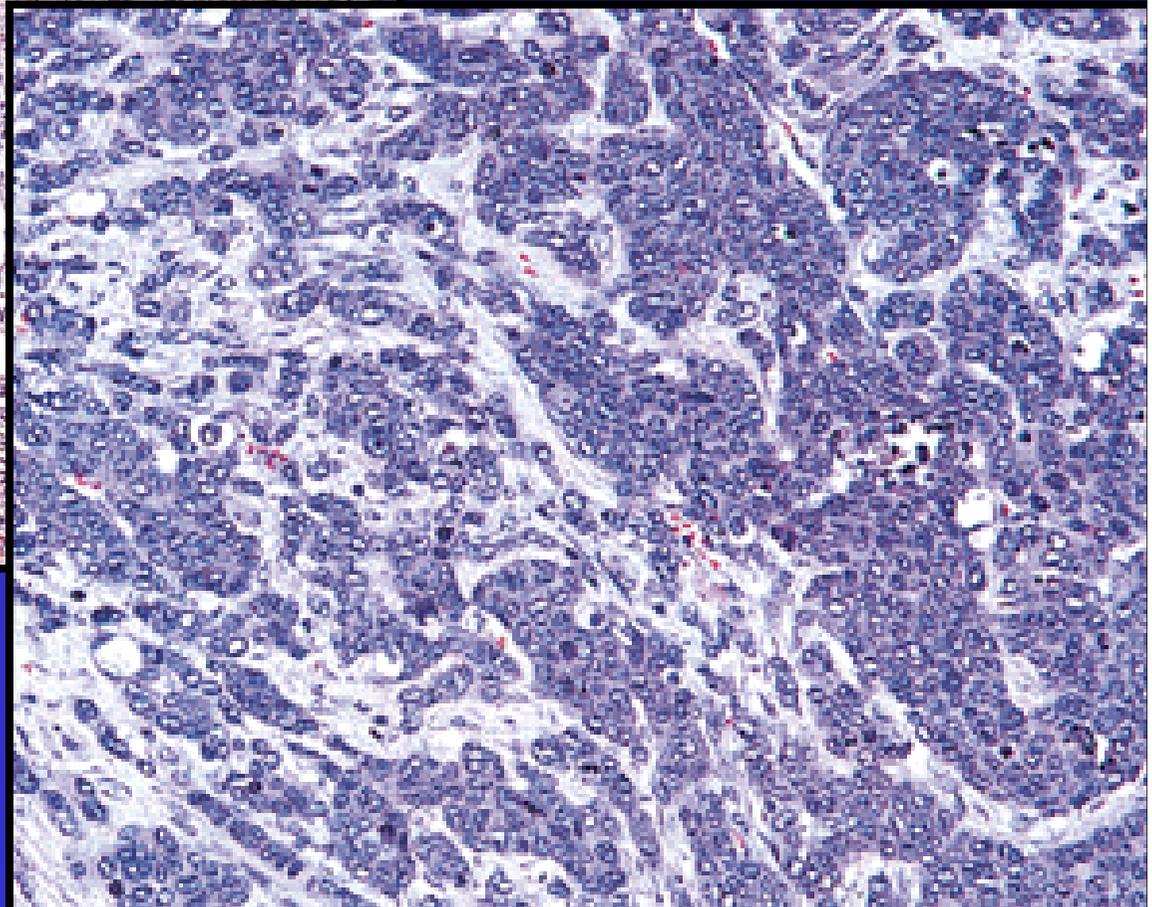
PARAMETRI TRADIZIONALI

- Grado istologico
- Invasione vascolare
- Stato del margine di resezione endoscopica
- Budding Tumorale

PARAMETRI TRADIZIONALI

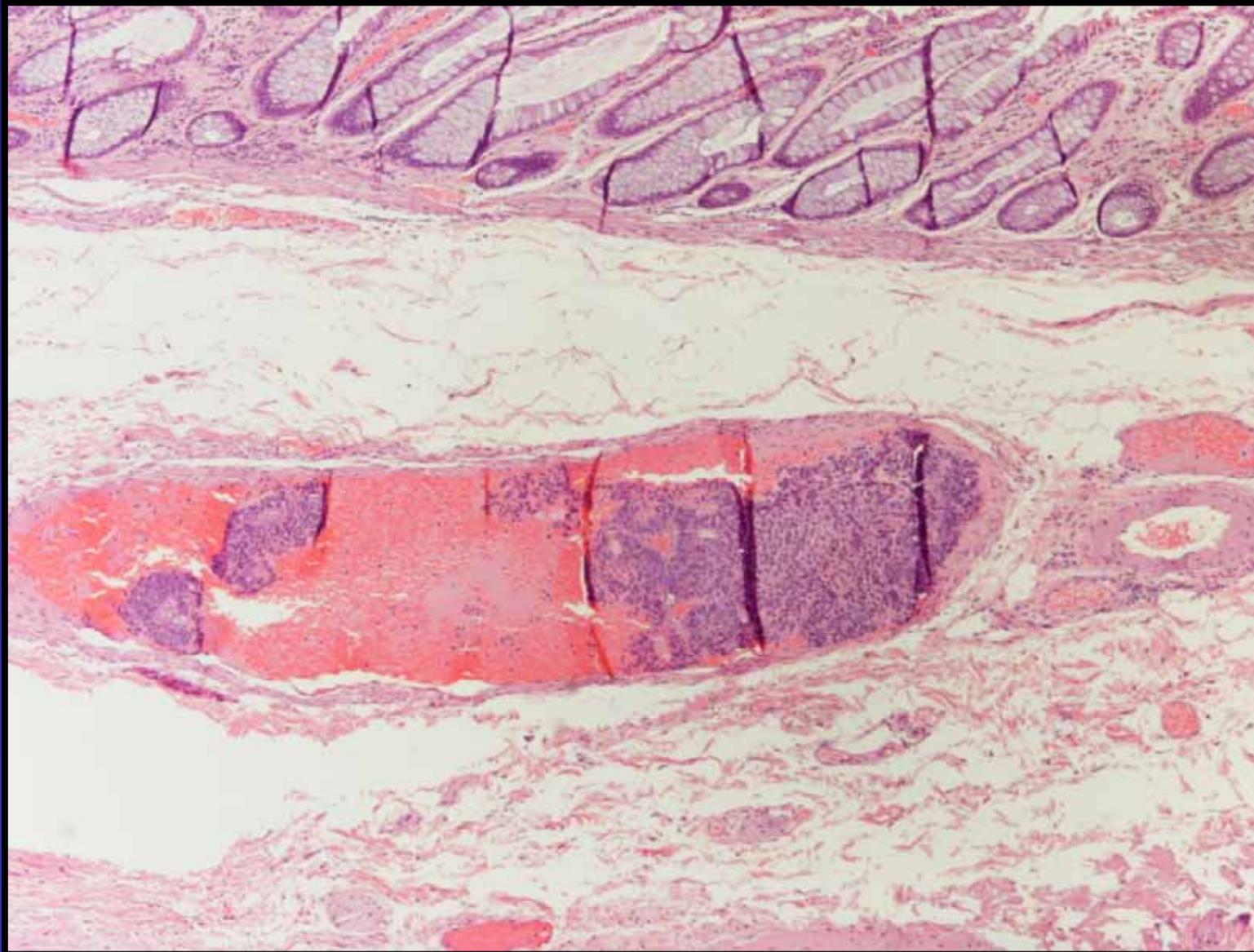


Grado istologico (G1 e G2 basso grado verso G3 alto grado)



PARAMETRI TRADIZIONALI

EMBOLIZZAZIONE NEOPLASTICA



PARAMETRI TRADIZIONALI

- Stato del margine di resezione

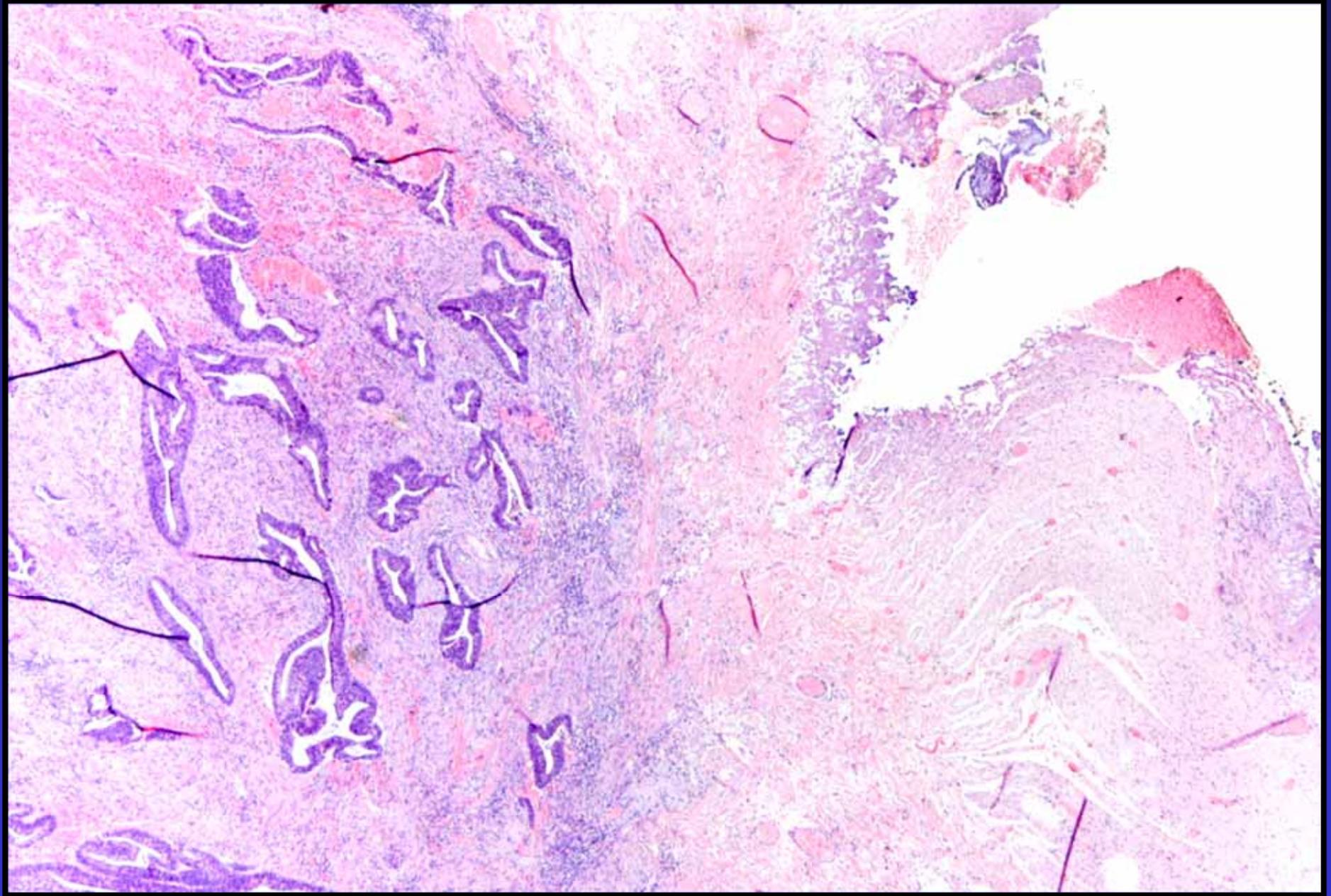
positivo

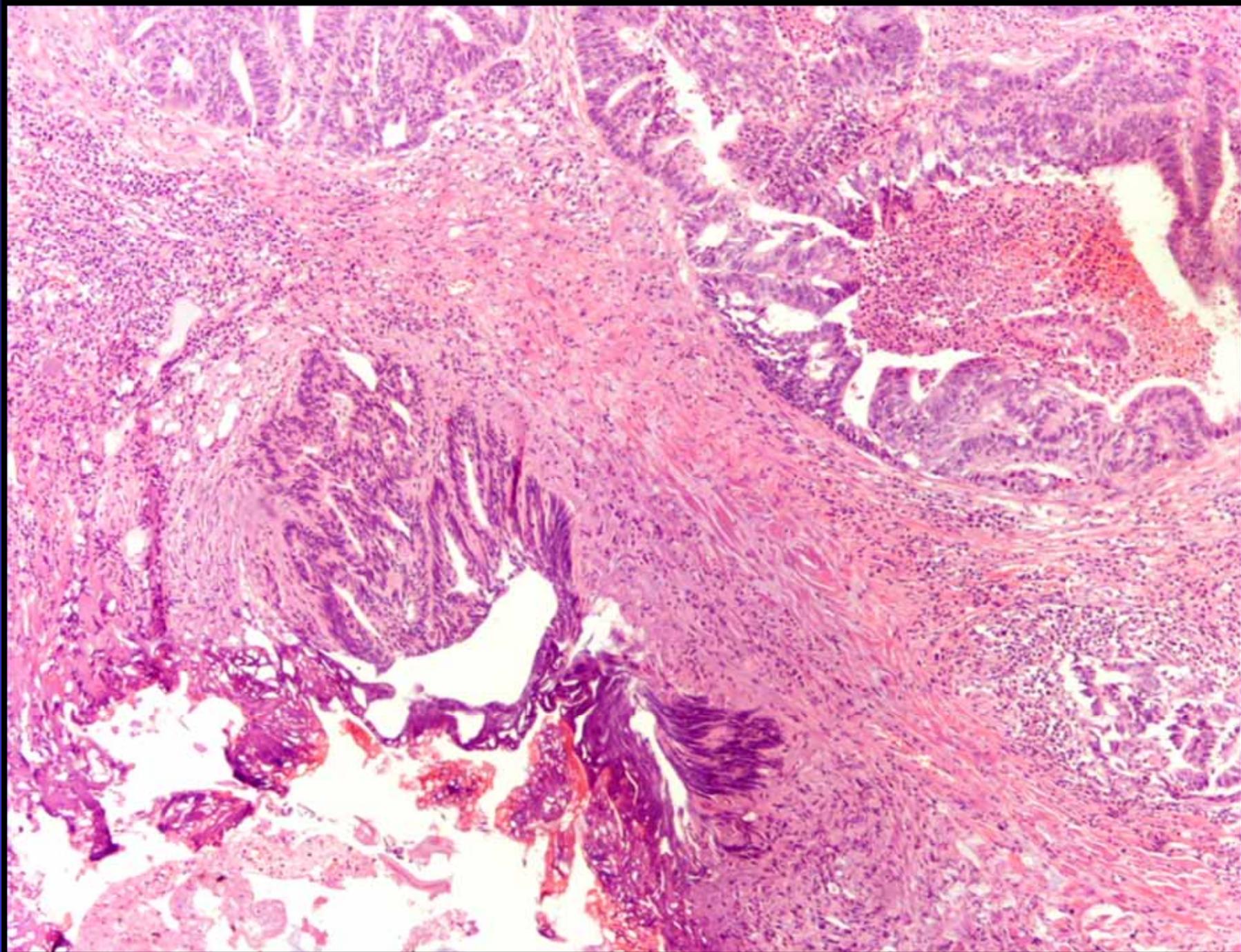
quando si identifichino cellule
carcinomatose

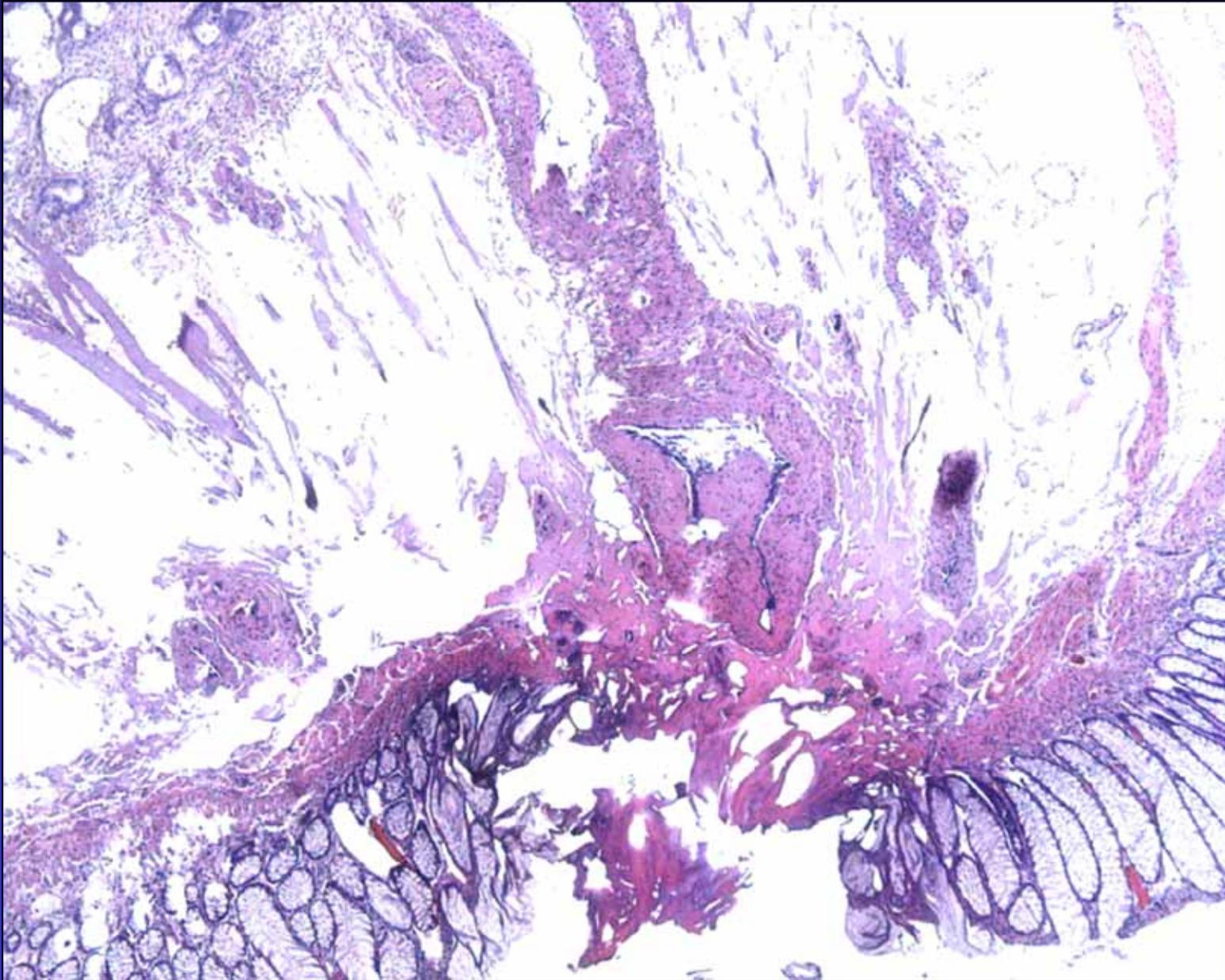
- a meno di 1 mm dal margine

- o nella banda di
diatermocoagulazione

- o entro 1 campo ad alto
ingrandimento dalla stessa





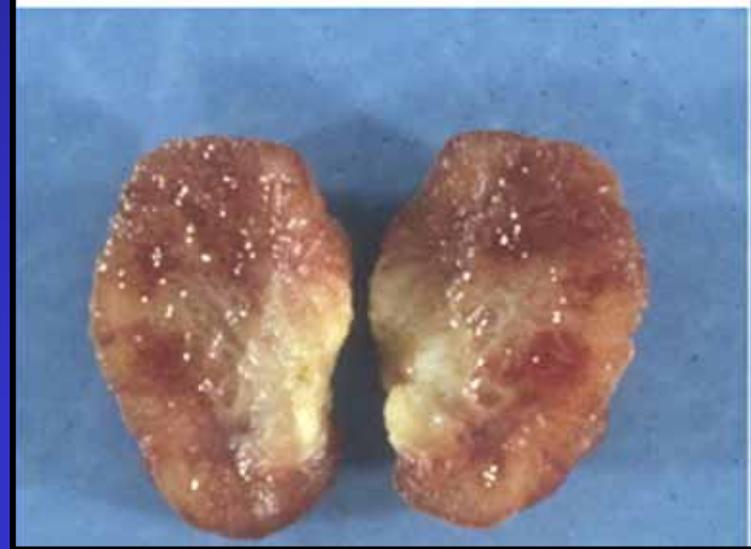
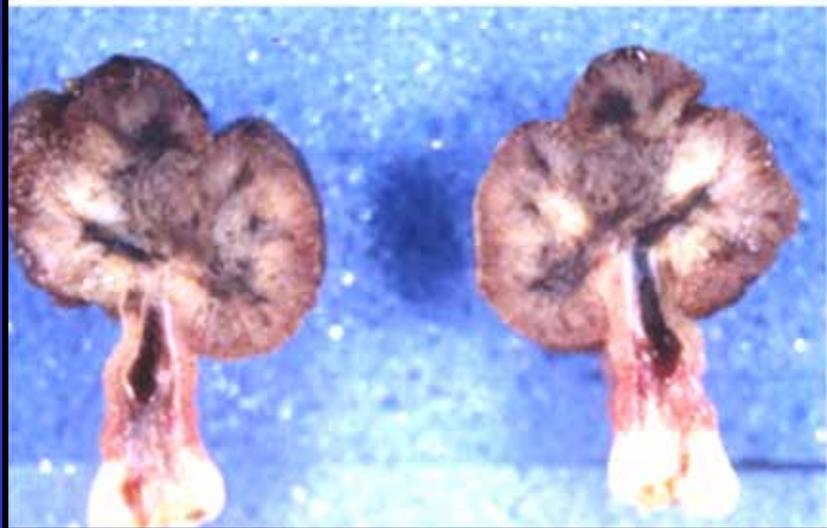


PARAMETRI TRADIZIONALI

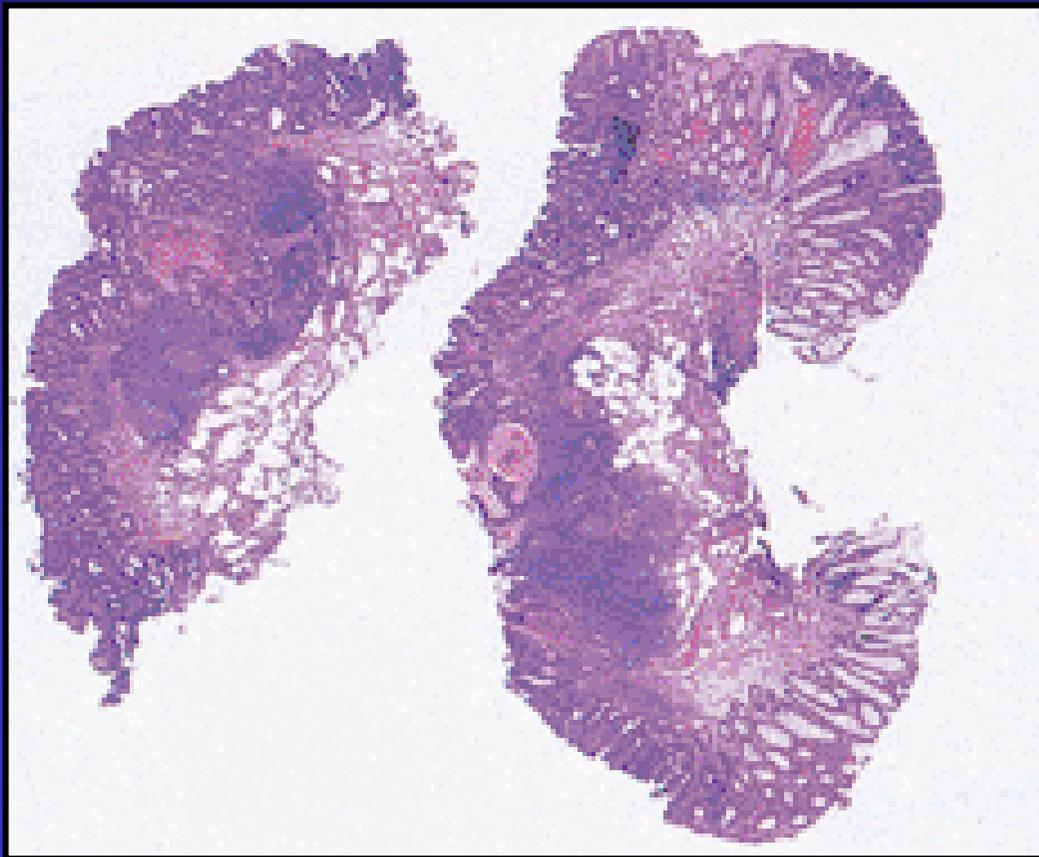
E' possibile la valutazione dello stato del margine di resezione solo nel caso in cui la lesione pervenga

integra, non frammentata

STATO DEL MARGINE DI RESEZIONE

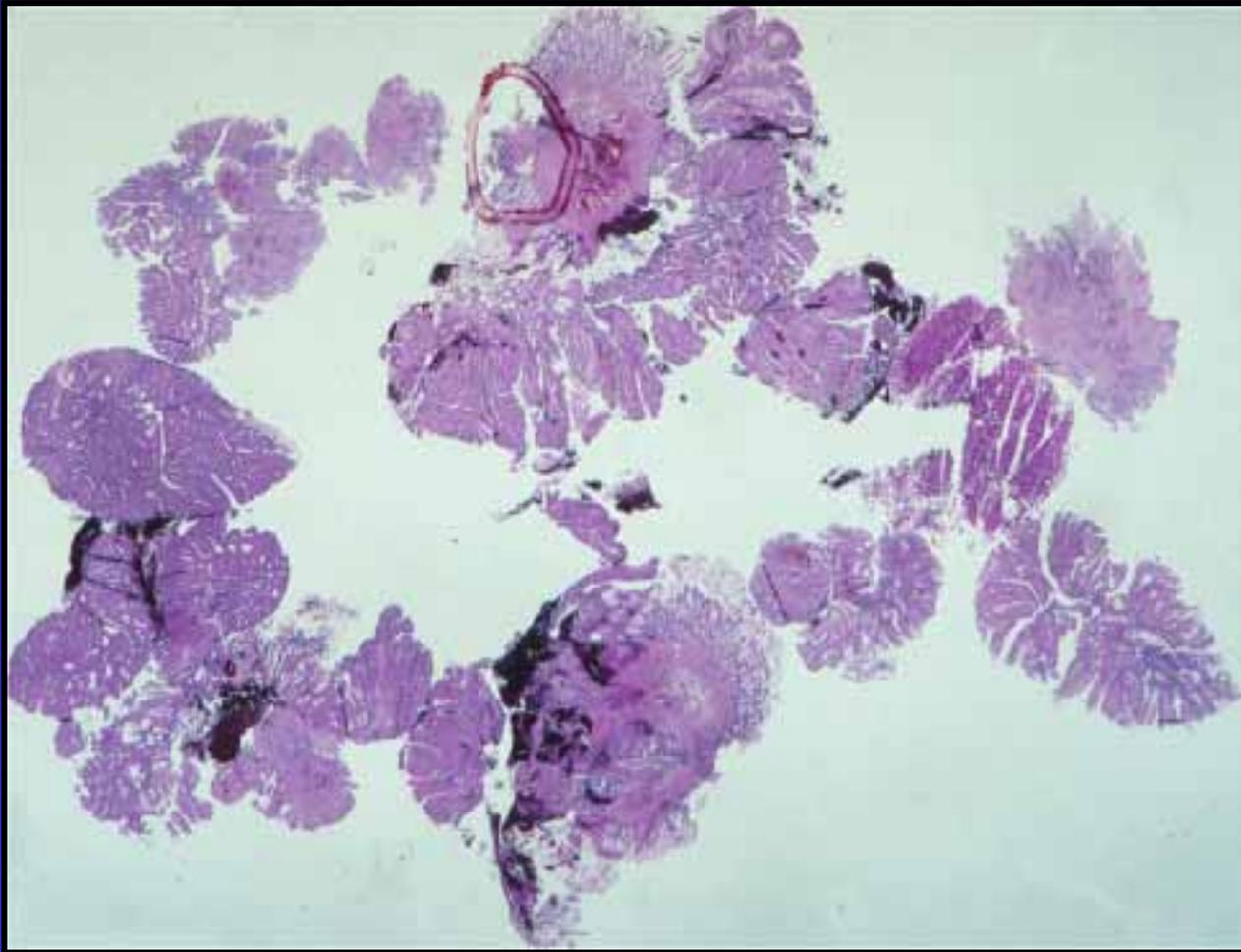


STATO DEL MARGINE DI RESEZIONE



IL MARGINE DI RESEZIONE E' VALUTABILE

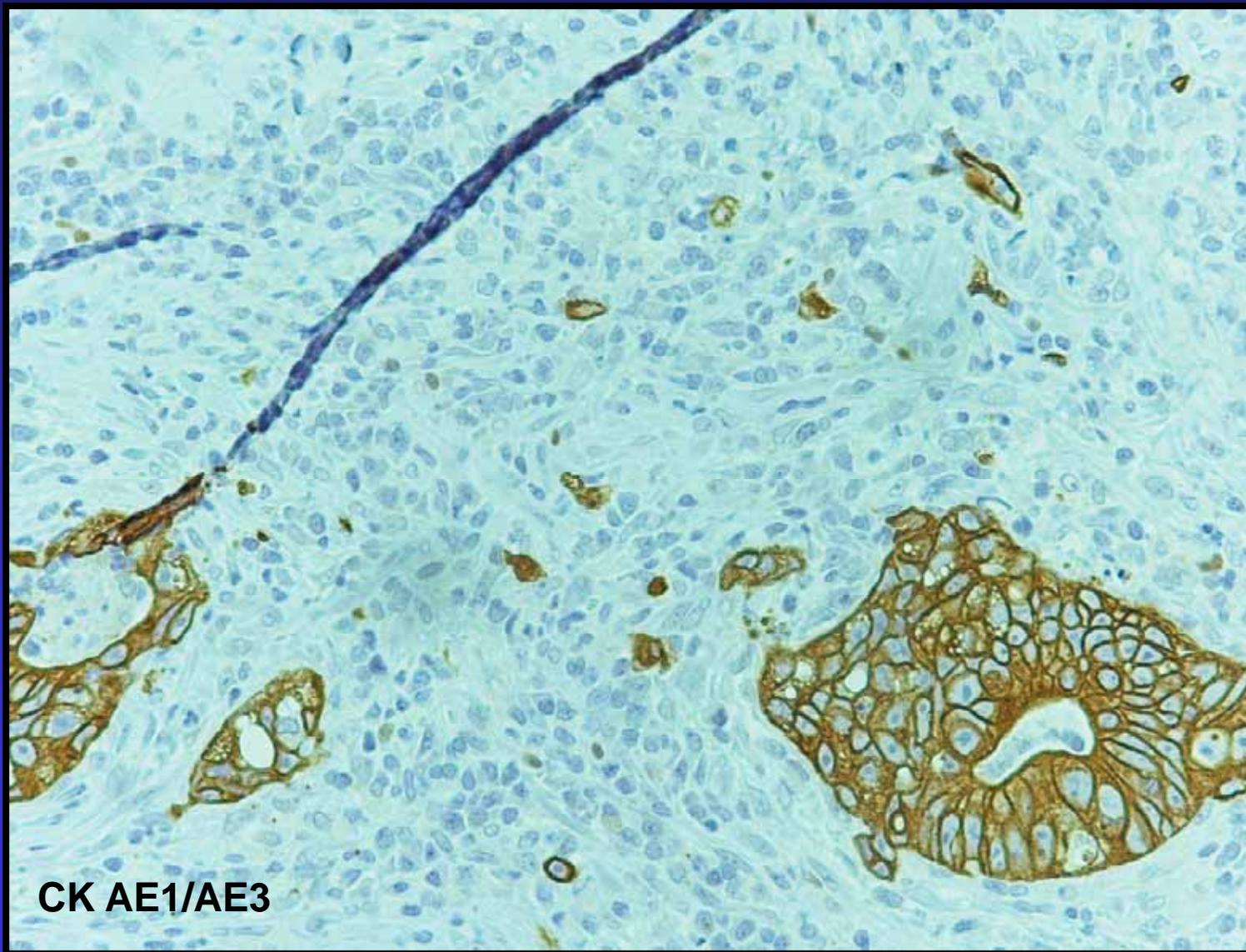
STATO DEL MARGINE DI RESEZIONE



IL MARGINE DI RESEZIONE NON E' VALUTABILE

PRELIEVI BIOPTICI MULTIPLI O LA FRAMMENTAZIONE DELLA LESIONE NON CONSENTONO LA SICURA ESCLUSIONE DI UNA COMPONENTE NEOPLASTICA INFILTRANTE LA SOTTOMUCOSA

BUDDING TUMORALE



CK AE1/AE3

ADENOMI CANCERIZZATI: Il Rischio Metastatico

Caratteristiche
Istopatologiche
Discriminanti tra

BASSO (7 %)
ed
ALTO (35 %)

Rischio di
Metastasi Linfonodali

- **GRADO DI DIFFERENZIAZIONE DEL CARCINOMA INVASIVO (G1-G2, Basso Grado vs G3-G4, Alto grado)**
- **INVASIONE VASCOLARE NEOPLASTICA**
- **TUMOR BUDDING**
- **MARGINE DI RESEZIONE**

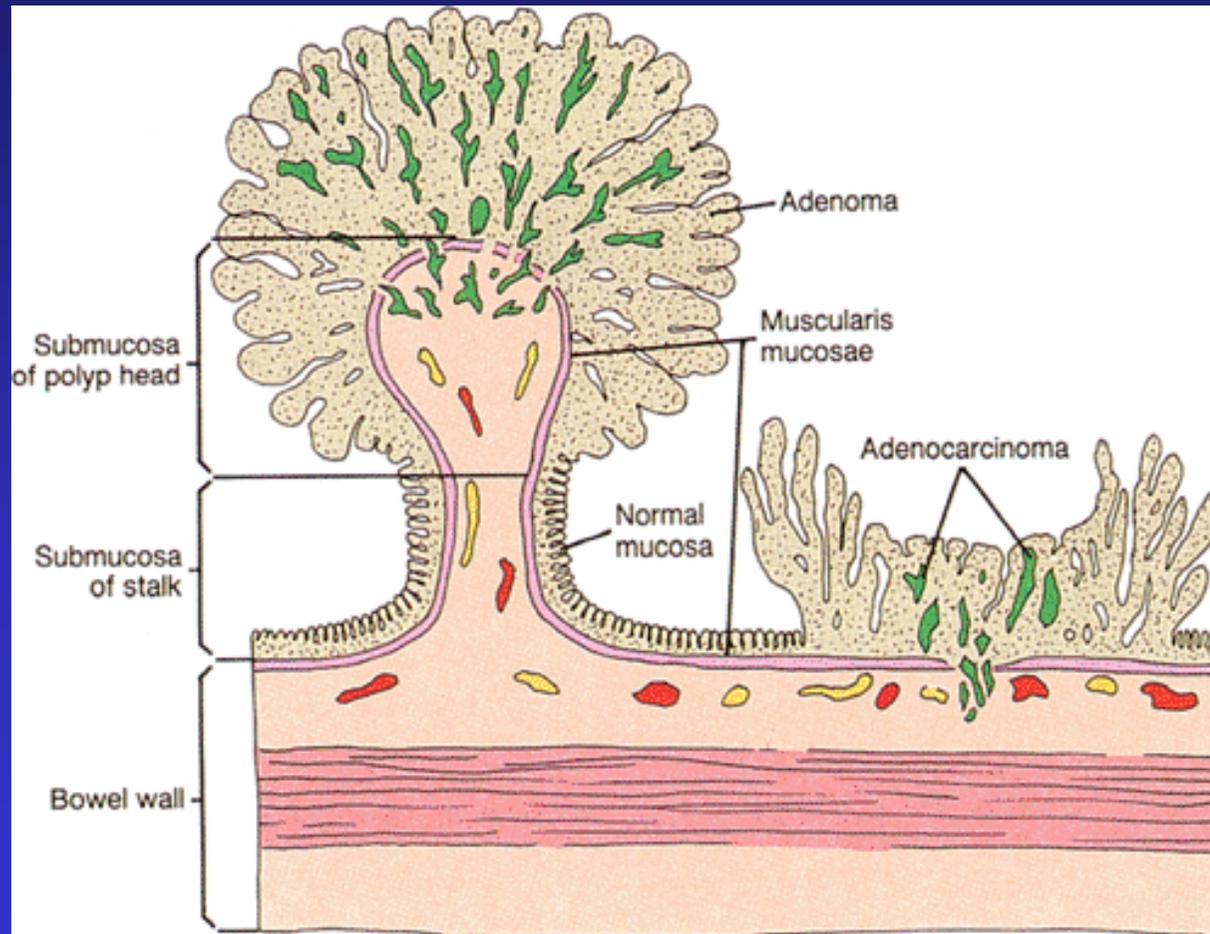
NUOVI PARAMETRI POTENZIALMENTE SIGNIFICATIVI

Consentono di evidenziare nell'ambito delle lesioni a basso rischio, un sottogruppo di adenomi cancerizzati in cui il potenziale metastatico linfonodale è prossimo allo zero.

PARAMETRI POTENZIALMENTE SIGNIFICATIVI

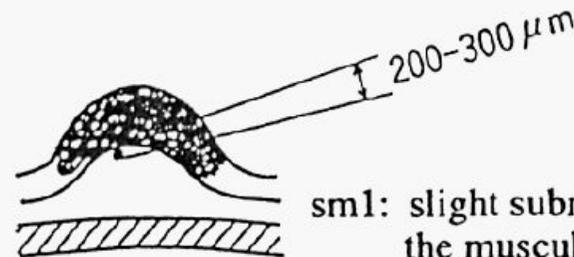
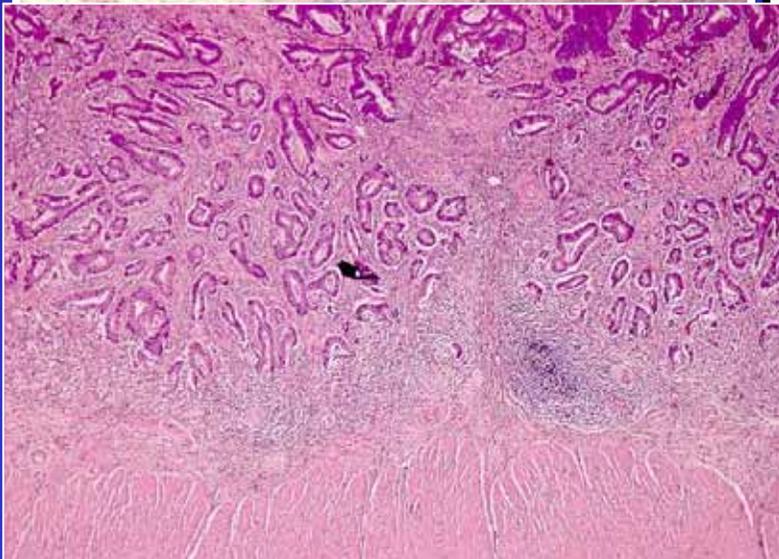
- **Rapporto percentuale adenoma/
adenocarcinoma**
- **Livelli di infiltrazione del peduncolo (Haggitt)**
- **Livelli di infiltrazione della sottomucosa**
- **Misurazione della massima profondità ed
ampiezza di infiltrazione**

LIVELLI DI HAGGITT



Livello di infiltrazione del peduncolo

Profondità di Invasione (Livelli di Kikuchi)



sm1: slight submucosal invasion from the muscularis mucosa.



sm2: intermediate between sm1 and sm3.



sm3: carcinoma invasion near the inner surface of the muscularis propria.

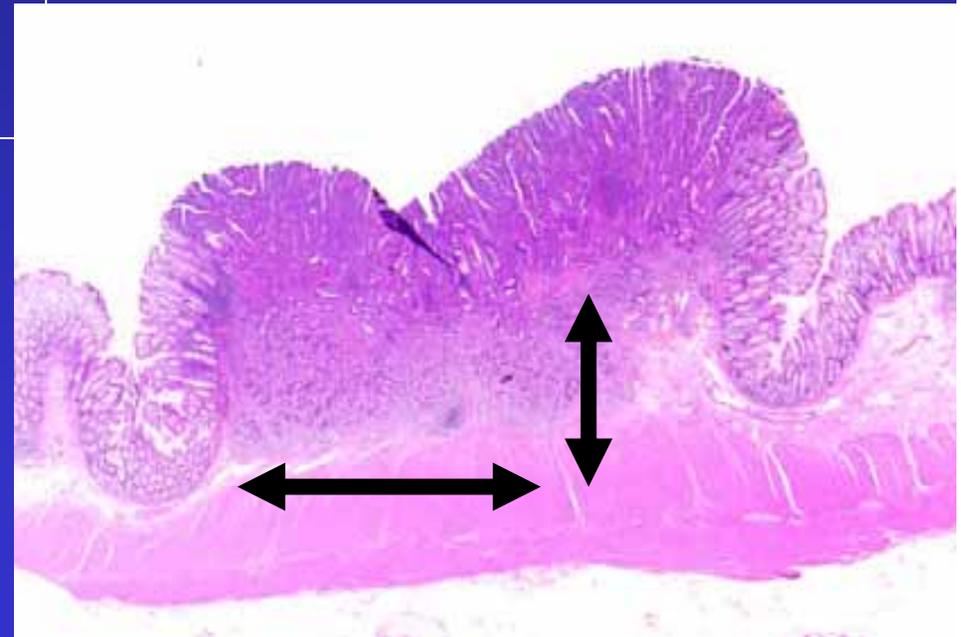
Volumetria del Carcinoma

Lymph Node Metastasis

Width sm < 4000 mm: 2.5%
Width sm > 4000 mm: 18.2%

Depth sm < 2000mm: 3.9%
Depth sm > 2000mm: 17.1%

Depth sm < 1000 μ m 0-0,7%



ADENOMI CANCERIZZATI : Il Potenziale Metastatico Linfonodale

- Carcinoma alto grado
- Invasione Vascolare
- “*Budding*” Tumore

+

- Microstadiazione (< 1 mm)

MINIMO RISCHIO
(0-0,7%)

BASSO RISCHIO
(0,7-7%)

ALTO RISCHIO
(20-40%)

REFERTAZIONE DELL'ADENOMA CANCERIZZATO

Adenocarcinoma ben/mediamente/poco differenziato, infiltrante la sottomucosa, insorto in adenoma di alto grado.

La neoplasia giunge a mm.... dal margine chirurgico di resezione.

REFERTAZIONE DELL'ADENOMA CANCERIZZATO

GRADING ADENOCARCINOMA: basso grado/alto grado

EMBOLOZZAZIONE NEOPLASTICA: presente/non evidente

BUDDING TUMORALE: assente/basso/alto grado

MARGINE DI EXERESI: indenne /interessato

**PERCENTUALE TESSUTO
ADENOMATOSO/ADENOCARCINOMA:**

**AMPIEZZA E PROFONDITA' DI INFILTRAZIONE DELLO
STROMA SOTTOMUCOSO:** se valutabile: la profondità di
infiltrazione è di ...mm, l'ampiezza di infiltrazione di ...mm.

CONCLUSIONE: la neoplasia è a minimo/basso/alto rischio di
progressione neoplastica.

NOTIZIE CLINICHE

Quadro endoscopico come da polipo pedunculato del sigma, micropolipo del retto e diverticolosi del sigma.

- 1) Polipo del sigma.
 - 2) Micropolipo del retto.
-

DESCRIZIONE MACROSCOPICA

Pervengono in formalina in contenitori distinti:

- 1) Polipo di cm. 1.3 x 1 x 0.7 provvisto di lungo peduncolo di cm. 0.6 di lunghezza. Si inchiostra la base d'impianto. Il materiale viene prelevato in toto in 1 inclusione (prelievo A).
- 2) Frustolo mucoso di cm. 0.2 di diametro. Il materiale viene prelevato in toto in 1 inclusione (prelievo B).

DIAGNOSI ISTOLOGICA

- 1) Adenocarcinoma mediamente differenziato, infiltrante la sottomucosa, insorto in adenoma tubulo-villoso con displasia di alto grado dell'epitelio. La neoplasia giunge a 9 mm dal margine di resezione.

Come ausilio diagnostico il campione bioptico è stato subseriato e sono state effettuate le colorazioni immunoistochimiche per cheratina AE1/AE3, CD31 e desmina.

Grading Adenocarcinoma: basso grado.

Embolizzazione neoplastica: non evidente.

"Budding" tumorale: basso grado

Margine di exeresi: Indenne da neoplasia.

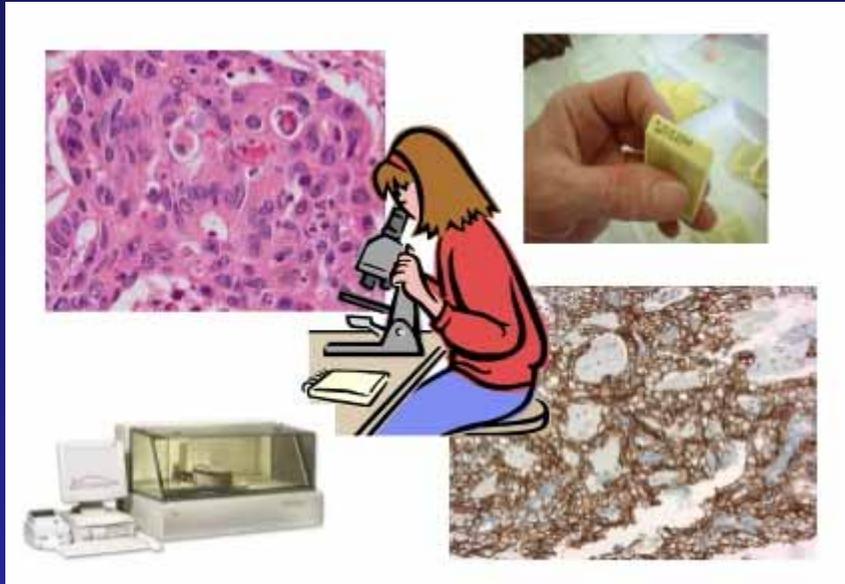
Percentuale tessuto adenomatoso/adenocarcinoma: 40/60.

Ampiezza e profondità di infiltrazione dello stroma sottomucoso:

Valutabile: la profondità di infiltrazione è di 4 mm, l'ampiezza di infiltrazione di 7 mm.

CONCLUSIONE: la neoplasia è a basso rischio.

- 2) Adenoma tubulare con displasia di basso grado.



GRAZIE