

27-29 Settembre 2017

Centro Oncologico ed Ematologico (CORE)

Tecniche di registrazione dei carcinomi colo-rettali

Massimo Vicentini

Servizio di epidemiologia, AUSL-IRCCS, Reggio Emilia

XVII corso di aggiornamento AIRTUM per operatori dei Registri Tumori



Reggio Emilia, 27-29 settembre 2017



Registrazione e incidenza



- Distinguere il concetto di registrazione e di ingresso in incidenza
 - Un tumore può essere registrato e non finire in incidenza
 - Un tumore può essere registrato e conteggiato in incidenza

- E' importante tenere sotto controllo sia le lesioni non invasive (es. impatto dei programmi di screening), sia i secondi tumori (familiarità o studio dei fattori di rischio)

Raccomandazione: devono essere registrati TUTTI i casi di tumore maligno colo-rettale infiltrante e non infiltrante (in situ)

Data di incidenza

- Come per le altre neoplasie la data di incidenza andrebbe scelta secondo:
 - Data del primo esame anatomo-patologico disponibile
 - Es. biopsia endoscopica seguita da intervento chirurgico: la data di incidenza è quella della biopsia endoscopica (positiva ovviamente)
 - Data del ricovero ospedaliero durante il quale viene formulata la prima diagnosi di tumore
 - Data dell'esame strumentale dove viene formulata la diagnosi di tumore
 - Altre date come data di decesso, farmaci, medicina legale..

Definizione di infiltrazione

- L'infiltrazione è definita dal superamento della muscolaris mucosae.

Lesioni definite come Carcinoma in situ, Intramucoso, Intraghiandolare non sono considerate infiltranti.

- Le linee guida GI SCOR (Gruppo Italiano Screening Colo-Rettale) sconsiglia le definizioni di «in situ» o «intramucoso» e le riporta tutte alla definizione di Displasia di Alto grado (o severa) e sta ad indicare tutti i tumori /2
- Tutte le displasie a basso grado vanno invece considerate come /0 (comportamento benigno) e non sono da registrare

Sede della neoplasia



Colon (C18)	
Cieco	C18.0
Appendice	C18.1
Ascendente	C18.2
Flessura epatica	C18.3
Traverso	C18.4
Flessura splenica	C18.5
Discendente	C18.6
Sigma	C18.7
Colon NAS	C18.9
Retto, ano e canale anale (C19-21)	
Giunto retto-sigma	C19.9
Retto (ampolla)	C20.9
Ano	C21.0
Canale anale	C21.1
Zona cloacogenica	C21.2
Giunzione anorettale	C21.8
Sedi multiple sincrone del retto e del giunto retto-sigmoideo	C20.9

Sede della neoplasia

- Registrare la sede anatomica più specifica, cercando di evitare per quanto possibile i codici generici
- In caso di neoplasia sconfinante in due sedi di norma registrare la sede più distale se non è specificata la sede di partenza (escluso le giunzioni)
- Una classica difficoltà è la distinzione tra due segmenti anatomici differenti, come il sigma e la giunzione retto-sigma
 - Se nel referto è descritta una doppia neoplasia del sigma e della giunzione retto-sigma, si avranno due casi sincroni entrambi incidenti
 - Se invece è descritto un solo tumore si attribuirà quello della giunzione (sede più distale)

Sede della neoplasia



- La sede della neoplasia va stabilita in base agli accertamenti disponibili
 1. Solitamente la sede più precisa è quella descritta dal chirurgo perché si rapporta alle strutture anatomiche
 2. Anche l'endoscopista descrive bene la sede e la distanza dalla rima anale anche se introduce gas all'interno dell'intestino e potrebbe dilatare un po' la distanza
 3. Se non si hanno a disposizione descrizioni chirurgiche o endoscopiche affidarsi a imaging (TAC, colon virtuale, eco-endoscopia..)
 4. «Fidarsi poco» della codifica della procedura I DC9-cm della SDO

- Ai fini clinici e prognostici è importante stabilire se un tumore del retto o giunzione retto-sigma è insorto sopra o sotto la riflessione peritoneale, poiché possono cambiare la modalità di diffusione metastatica e l'approccio terapeutico

Morfologia



- Registrare il codice più specifico esplicitato (normalmente nel referto in chiaro)
- Lesioni descritte come «adenoma con displasia di alto grado», «displasia severa», «displasia grave», adenocarcinoma «in situ», «intraghiandolare», «intramucoso», vanno registrati TUTTI come 8140/2 (pTis - stadio 0)
- Lesioni rimosse endoscopicamente con infiltrazione non valutabile vanno registrate come 8140/2 (pTis - stadio 0) in base alla decisione di non eseguire l'intervento chirurgico, oppure si codifica in base all'esito dell'intervento
- I linfomi sono da registrare con sede colo-rettale solo se hanno localizzazione intestinale accertata. Non sono da includere nel colon-retto i linfomi sistemici

Morfologia



- Il termine polipo descrive solo la forma della lesione (rilevata/pedunculata)
- L'adenoma tubulare presuppone displasia moderata
- L'adenoma tubulo/villoso presuppone una displasia grave (inutile indicare il grado a parte)
- la terminologia «in situ» è comunque impropria anche se ancora enormemente utilizzata

Morfologia

➤ Particolarità (dal punto di vista prognostico):

- L'adenocarcinoma «con aspetti mucinosi/con aspetti mucoidi»: va registrato solo se la componente mucoide costituisce più del 50% del pezzo bioptico
- L'adenocarcinoma «con aspetti a cellule ad anello con castone»: va registrato solo se la componente ad anello con castone costituisce più del 50% del pezzo bioptico

Se il superamento del 50% non è specificato utilizzare il codice adenocarcinoma generico

- M 8481/3 Adenocarcinoma con produzione di mucina (componente mucoide <50%)
- Carcinoma «con aspetti adenosquamosi/con componente adenosquamosa»: le due componenti devono essere esplicitate nel referto di anatomia patologica. In presenza di solo una focale componente squamosa, è più corretto registrare adenocarcinoma NAS.
- Tumore di Krukemberg: attenzione perché si tratta di un carcinoma con cellule ad anello con castone metastatizzato nell'ovaio di origine comunemente gastrica (raro nel colon-retto)

Appendice C18.1



➤ I carcinoidi dell'appendice sono separati sia dai tumori neuroendocrini intestinali che dai carcinomi dell'appendice

1. La loro stadiazione parte dal T1 per i tumori più piccoli e progredisce in base all'infiltrazione o dimensione
2. Il GRADING non è previsto per i carcinoidi

Stadio

➤ Per la stadiazione si utilizza il sistema TNM, preferibile per dettaglio al sistema Dukes o Astler-Coller

•T - Tumore primitivo

- TX: Il tumore primitivo non valutabile
- T0: Nessuna evidenza di tumore primitivo
- Tis: Carcinoma in situ: tumore intraepiteliale o invasione della lamina propria
- T1: Tumore che invade la sottomucosa
- T2: Tumore che invade la muscolare propria
- T3: Tumore che invade la sottosierosa o i tessuti pericolici o perirettali non ricoperti dal peritoneo
- T4: Tumore che invade direttamente altri organi o strutture e/o perfora il peritoneo viscerale
- T4a: Tumore che perfora il peritoneo viscerale
- T4b: Tumore che invade direttamente altri organi o strutture

Stadio C18-C20

•N - Linfonodi regionali

- NX: Linfonodi regionali non valutabili
- N0: Assenza di metastasi nei linfonodi regionali
- N1: Metastasi in 1-3 linfonodi regionali
- N1a Metastasi in 1 linfonodo regionale
- N1b Metastasi in 2-3 linfonodi regionali
- N1c Deposito/i tumorale/i, cioè tumori satelliti, nella sottosierosa o nel tessuto molle pericolico o perirettale non peritonealizzato senza metastasi nei linfonodi regionali.
- N2: Metastasi in 4 o più linfonodi regionali
- N2a Metastasi in 4-6 linfonodi regionali
- N2b Metastasi in 7 o più linfonodi regionali
- Le metastasi in linfonodi diversi dai linfonodi regionali sono classificate come metastasi a distanza.
- aggregati o noduli macroscopici o microscopici nell'area di linfodrenaggio adiposo pericolorettale di un carcinoma primitivo, senza evidenza istologica di tessuto linfonodale residuo nel nodulo.

Stadio C18-C20

•M - Metastasi a distanza

- M0: Assenza di metastasi a distanza
- M1: Metastasi a distanza
- M1a Metastasi confinata a un organo (fegato, polmone, ovaio, linfonodo/i non regionale/i)
- M1b Metastasi in più di un organo o nel peritoneo

Stadio C21 (stadiazione diversa dal colon-retto)

T - Tumore primitivo

TX: Il tumore primitivo non valutabile

T0: Nessuna evidenza di tumore primitivo

Tis: Carcinoma in situ, malattia di Bowen, lesione squamosa intraepiteliale di alto grado (HSIL), neoplasia intraepiteliale anale II-III (AIN II-III)

T1: Tumore di dimensione massima non superiore a 2 cm

T2: Tumore di dimensione superiore a 2 cm ma non superiore a 5 cm

T3: Tumore di dimensione superiore a 5 cm

T4: Tumore di qualsiasi dimensione che invade uno o più organi adiacenti, per esempio vagina, uretra, vescica

Stadio C21 (stadiazione diversa dal colon-retto)



N - Linfonodi regionali

NX: Linfonodi regionali non valutabili

N0: Assenza di metastasi nei linfonodi regionali

N1: Metastasi in uno o più linfonodi perirettali

N2: Metastasi in uno o più linfonodi iliaci interni monolaterali e/o in uno o più linfonodi inguinali monolaterali

N3: Metastasi in linfonodi perirettali e inguinali e/o in linfonodi iliaci interni bilaterali e/o in linfonodi inguinali bilaterali

M - Metastasi a distanza

M0: Assenza di metastasi a distanza

M1: Presenza di metastasi a distanza

Screening



➤ I programmi di screening hanno cambiato e stanno cambiando l'epidemiologia dei tumori del colon retto. Per valutare tali cambiamenti epidemiologici occorre registrare anche lo stadio e soprattutto lo stato di screening:

- Screen detected (SD) al primo test di screening
- SD ad un test screening ripetuto
- SD in persone al follow-up
- Non screen detected (NSD) in persone che rifiutano di effettuare l'approfondimento
- NSD in persone con almeno un test di screening negativo prima della data di incidenza, distinguendo tra persone con test di screening negativo e persone con approfondimento negativo
- NSD in persone invitate e mai rispondenti
- NSD in persone non ancora invitate

➤ Per registrare queste informazioni occorre sapere le modalità di invito a screening, le date di invito e i round di screening. Si consiglia pertanto ai registri di collaborare con i propri centri screening.

GRAZIE

Massimo.Vicentini@ausl.re.it

0522 335470

Caso 1



➤ Maschio, 45 anni

05/06/2013 biopsia endoscopica: NOTIZIE CLINICHE Colon. Parziale asportazione neoplasia stenotante (per evitare possibile occlusione).

- DESCRIZIONE MACROSCOPICA. Pervengono in formalina numerosi frammenti polipoidi il maggiore di cm 1.5 di diametro.
- DIAGNOSI ISTOLOGICA. Frammenti di **adenoma villosa con displasia di basso grado**. Non screen detected (NSD) in persone che rifiutano di effettuare l'approfondimento

23/06/2013: Ricovero con codici di emicolectomia e laparoscopia

25/06/2013

- NOTIZIE CLINICHE. **Emicolectomia sinistra laparoscopica** per neoplasia del sigma.
- DESCRIZIONE MACROSCOPICA. Giunge in formalina segmento di grosso intestino, non orientato, di cm. 35 di lunghezza. La mucosa presenta una neoformazione rilevata di cm. 5 x 4 che interessa il 90% del lume intestinale; essa dista cm. 8 dal margine chirurgico di resezione più vicino. NSD in persone non ancora invitate
- DIAGNOSI ISTOLOGICA. Adenoma tubulo-villoso con diffusa displasia di alto grado degli epitelii ghiandolari. La neoformazione è stata inclusa in toto e non si osservano aspetti infiltrativi. Margini chirurgici di resezione indenni. Linfonodi reattivi, liberi da neoplasia (totale 19 linfonodi).

Stadiazione istopatologica **pTNM: pTis;N0**

Codice inserito con automatismo: **M8263/0**

Caso 2



➤ Femmina, 58 anni

04/06/2014 pancoloscopia: Micropolipo ascendente. Polipo sigma distale.

DESCRIZIONE MACROSCOPICA

Pervengono in formalina in contenitori distinti: polipo grigiastro di cm 0.2 di asse maggiore. Il materiale viene prelevato in toto in 1 inclusione (prelievo A). polipo moriforme brunastro di cm 1.4 x 1 a larga base d'impianto che viene inchiostrata. Il materiale viene prelevato in toto in 1 inclusioni (prelievo B).

DIAGNOSI ISTOLOGICA

- 1) Adenoma tubulare con displasia di basso grado degli epitelii ghiandolari.
- 2) **Adenocarcinoma mediamente differenziazione, infiltrante la sottomucosa, insorto in adenoma tubulo-villoso** con displasia di basso grado dell'epitelio. La neoplasia giunge a 0,5 mm dal margine di resezione.

Grading Adenocarcinoma: basso grado.

Embolizzazione neoplastica: assente.

"Budding" tumorale: presente e di alto grado.

Margine di exeresi: interessato.

Percentuale tessuto adenomatoso/adenocarcinoma: 10/90

Ampiezza e profondità di infiltrazione dello stroma sottomucoso:

la profondità di infiltrazione è di 2 mm, l'ampiezza di infiltrazione di 8 mm.

CONCLUSIONE: la neoplasia è ad alto rischio di progressione neoplastica.

- CODICE: 8263/3 (adenocarcinoma insorto su adenoma tubulo-villoso)

Caso 2



➤ Femmina, 58 anni

09/08/2014 resezione del sigma estesa al retto superiore per esiti di asportazione di polipo degenerato del retto. Nel pezzo che viene aperto non si reperta con sicurezza la base di impianto.

DESCRIZIONE MACROSCOPICA

1. Tratto di grosso intestino di 25cm di lunghezza. Non si osserva macroscopicamente area di tatuaggio. La mucosa non presenta alterazioni di rilievo. Dal tessuto adiposo viscerale si isolano alcuni linfonodi.
2. Frammento di parete intestinale di 2cm di lunghezza con punti di sutura posti ad un'estremità. Al taglio si osserva area di tatuaggio posta a ridosso del versante con punti.

DIAGNOSI ISTOLOGICA

1. Tratto di grossointestino indenne da neoplasia. Non si reperta tatuaggio. Linfonodi reattivi (totale esaminati 13)
2. Tratto di grosso intestino indenne da neoplasia. E' presente area pigmentata di tatuaggio; detta area non è osservata in corrispondenza del margine distale (versante opposto ai punti di sutura)

Codici: M09450, M09450

Caso 3



➤ Maschio, 74 anni

05/06/2013 biopsia endoscopica: NOTIZIE CLINICHE Colon. Parziale asportazione neoplasia stenotante (per evitare possibile occlusione).

- DESCRIZIONE MACROSCOPICA. Pervengono in formalina numerosi frammenti polipoidi il maggiore di cm 1.5 di diametro.
- DIAGNOSI ISTOLOGICA. Frammenti di **adenoma villosa con displasia di basso grado**. Non screen detected (NSD) in persone che rifiutano di effettuare l'approfondimento

23/06/2013: Ricovero con codici di emicolectomia e laparoscopia

25/06/2013

- NOTIZIE CLINICHE. **Emicolectomia sinistra laparoscopica** per neoplasia del sigma.
- DESCRIZIONE MACROSCOPICA. Giunge in formalina segmento di grosso intestino, non orientato, di cm. 35 di lunghezza. La mucosa presenta una neoformazione rilevata di cm. 5 x 4 che interessa il 90% del lume intestinale; essa dista cm. 8 dal margine chirurgico di resezione più vicino. NSD in persone non ancora invitate
- DIAGNOSI ISTOLOGICA. Adenoma tubulo-villoso con diffusa displasia di alto grado degli epitelii ghiandolari. La neoformazione è stata inclusa in toto e non si osservano aspetti infiltrativi. Margini chirurgici di resezione indenni. Linfonodi reattivi, liberi da neoplasia (totale 19 linfonodi).

Stadiazione istopatologica **pTNM: pTis;N0**

Codice: **M8263/0**

Caso 4



➤ Maschio, 74 anni

27/10/2014 biopsia endoscopica: NOTIZIE. Retto

DESCRIZIONE MACROSCOPICA. Pervengono in formalina frammenti di polipo con assi maggiori compresi fra cm. 0.2 e cm. 2. Non è riconoscibile la base di impianto. Il materiale viene prelevato in toto in 3 inclusioni.

•DIAGNOSI ISTOLOGICA. Adenocarcinoma mediamente differenziato, infiltrante, insorto su adenoma serrato sessile

Codice automatico: M8210/3 (adk in polipo adenomatoso)

Codice inserito manualmente: M8213/3 (adk serrato)

Caso 5



➤ Maschio, 79 anni (biopsia endoscopica)

16/05/2014 NOTIZIE CLINICHE Processo eteroplastico del colon ascendente. Biopsie neoformazione del colon ascendente. ADK ?

DIAGNOSI ISTOLOGICA. Frammenti superficiali di **adenoma tubulo-villoso con displasia di alto grado**. Le caratteristiche del prelievo non consentono ulteriori precisazioni diagnostiche.

Codice nel referto: M8263/0

Codice proposto: 8263/2

Caso 5



➤ Maschio, 79 anni (intervento)

04/07/2014 NOTIZIE CLINICHE. Emicolectomia destra. Polipo del colon destro.

DESCRIZIONE MACROSCOPICA

Giunge in formalina segmento di intestino comprendente tratto di ileo terminale di cm 7 di lunghezza, cieco con appendice di cm 5 di lunghezza e tratto di colon di cm 17 di lunghezza.

La mucosa a livello dell'ascendente presenta una neoformazione rilevata di cm 3.5 x 2 che interessa il 20% del lume intestinale. La neoformazione dista cm 7 dal margine colico di resezione. Al taglio la neoformazione infiltra la parete intestinale; la superficie peritoneale appare indenne.

La restante mucosa intestinale mostra alcune formazioni polipoidi.

Dal tessuto adiposo periviscerale si isolano alcuni linfonodi

DIAGNOSI ISTOLOGICA

Adenocarcinoma scarsamente differenziato, del grosso intestino, infiltrante la tonaca muscolare. Sono presenti budding tumorale di alto grado, non si evidenzia invasione vascolare.

Adenomi tubulari con displasia di basso grado degli epitelii ghiandolari.

Appendice ciecale in involuzione fibrotica.

Margini di resezione indenni.

Linfonodi reattivi (9 linfonodi isolati).

pTNM: T2, N0

Codice nel referto: M81403

Codice proposto: 8263/3?

Caso 6



- MATERIALE A Colon destro
- Macroscopica: Segmento intestinale, pervenuto già aperto, comprendente ileo della lunghezza di cm 15, appendice della lunghezza di cm 4,5, cieco e colon ascendente della lunghezza di cm 20.
- A cm 14 dal margine di resezione chirurgica distale, neoformazione polipoide, a larga base d'impianto, del \varnothing max di cm 3,8; a cm 0,5 dalla suddetta neoformazione, altra neoformazione polipoide del \varnothing max di cm 2.
- Dal cellulare adiposo periviscerale si isolano 8 linfonodi.
- Nello stesso contenitore perviene segmento di parete intestinale del \varnothing max di cm 5, comprendente formazione polipoide del \varnothing max di cm 1,7, rivestita da mucosa normale.
- Diagnosi:
 - Adenocarcinoma intramucoso su adenoma villosa con displasia di alto grado. Adenoma tubulo-villosa con displasia moderata. Lipoma sottosieroso (nel segmento colico pervenuto staccato). Linfonodi esenti da neoplasia.
- **PROPOSTA DI CODIFICA: adenoma tubulo villosa con displasia di alto grado**
- **EVENTUALI CRITERI DECISIONALI: la presenza di foci carcinomatosi intramucosi sono contemplati nelle lesioni prive di potere metastatico e rientrano nella categoria 4 di Vienna (che comprende adenoma con displasia di alto grado, carcinoma in situ, sospetto carcinoma invasivo, carcinoma intramucoso, carcinoma intraghiandolare). Tale categoria contempla un gruppo di lesioni in cui le ghiandole neoplastiche, qualora infiltranti la muscolaris mucosa, non la superano.**

Caso 7



- Macroscopica: Polipo del sigma di cm. 2x1,2x0,8.
 - Diagnosi: Adenocarcinoma moderatamente differenziato ex adenoma tubulare del grosso intestino.
 - Base d'impianto esente da neoplasia e/o displasia.
-
- PROPOSTA DI CODIFICA: adenocarcinoma moderatamente differenziato – G2 in adenoma tubulare [non si può dire di più]. Polipo cancerizzato [non si può definire il grado del rischio di malignità]. Solo il margine di resezione è espressamente indicato come libero da neoplasia.**
-
- EVENTUALI CRITERI DECISIONALI: La componente infiltrante (adenocarcinomatosa) insorge su una lesione adenomatosa (così descrive il referto). Siamo nel contesto di un polipo cancerizzato che il gruppo GISCOR definisce di basso o di alto rischio in relazione alla presenza di fattori di rischio istologici predittivi di una aggressività della lesione. Il referto è quindi incompleto. Manca menzione della linfoangioinvasione e budding tumorale. Si presume la distanza tra il fronte di avanzamento della neoplasia e il margine chirurgico sia >1-2mm.**

Caso 8



- Materiale: RETTO(polipo)
- Macroscopica: Formazione polipoide del ì di cm 2.
- Diagnosi: Adenoma tubulare del grosso intestino con displasia grave dell'epitelio e con focolai di trasformazione carcinomatosa. Non si riconosce peduncolo.

•**PROPOSTA DI CODIFICA:** trasformazione carcinomatosa è troppo generico. Mi verrebbe da pensare che sia un adenocarcinoma in situ quindi da codificare come adenoma tubulare con displasia di alto grado.

•**EVENTUALI CRITERI DECISIONALI:** La componente infiltrante (adenocarcinomatosa) insorge su una lesione adenomatosa (così descrive il referto). Siamo nel contesto di una lesione apparentemente non infiltrante (così allude il patologo). Tuttavia non è completo il referto ovvero occorre (qualora si volesse sottolineare una componente carcinomatosa) specificare che tipo di carcinoma: infiltrante o no la sottomucosa? Poiché presumo essa non lo sia lo codificherei come lesione adenomatosa con displasia di alto grado (classe 4 sec. Vienna). Chiederei tuttavia al patologo di rivedere il pezzo e di rimodulare la diagnosi.

Caso 9



- Prelievo #1
- Macroscopica: Biopsie polipo retto-sigma.
- Diagnosi: Minimi e superficiali frammenti di neoplasia epiteliale papillare con displasia moderata-grave e focale carcinoma in situ. Non è possibile stabilire causa la superficialità dei prelievi l'eventuale grado di infiltrazione.

- Prelievo #2
- Materiale: Es.istocitopatologico app.digerente: polipectomia endoscopica

- DIAGNOSI: Adenoma villosa con displasia grave. Mucosa alla base indenne.

- PROPOSTA DI CODIFICA: adenoma villosa con displasia di alto grado. Ma per la codifica aspetterei la completa escissione della lesione quindi l'istologico definitivo.**

- EVENTUALI CRITERI DECISIONALI: la presenza di foci carcinomatosi intramucosi sono contemplati nelle lesioni prive di potere metastatico e rientrano nella categoria 4 di Vienna (che comprende adenoma con displasia di alto grado, carcinoma in situ, sospetto carcinoma invasivo, carcinoma intramucoso, carcinoma intraghiandolare). Tale categoria contempla un gruppo di lesioni in cui le ghiandole neoplastiche, qualora infiltranti la muscolaris mucosa, non la superano. Ottimo l'atteggiamento prudentiale del patologo nel sottolineare la superficialità dei frammenti.**

Caso 10

- Diagnosi: Frammenti (4) di lesione adenomatosa tubulare con displasia severa.
-
- Prelievo #1:
- Materiale: DIGERENTE - POLIPECTOMIA (SEDI MULTIPLE) : 1) colon sigmoideo; 2) giunzione rettosigma
- Diagnosi:
 - 1) ADENOMA POLIPOIDE TUBULO-VILLOSO SESSILE CON DISPLASIA EPITELIALE MODERATA. 2) ADENOCARCINOMA IN ADENOMA VILLOSO POLIPOIDE CON TOZZO E CORTO PEDUNCOLO (lungo mm 3 e del calibro di 3 mm) RIVESTITO DA MUCOSA COLICA INDENNE.

Caso 10



- Addendum: (consulenza)
- Sono pervenuti 2 preparati istologici colorati con ematosillina-eosina e contrassegnati co 5863-1 e 5863-2. 5863-1: sezione di adenoma tubulo-villoso del grosso intestino con displasia di basso grado dell' epitelio. 5863-2: adenoma villosa del grosso intestino con displasia di alto grado dell'epitelio e con focolaio di trasformazione adenocarcinomatosa infiltrante la muscolaris mucosae. Il peduncolo è indenne. In una fetta in bianco del 5863-2 è stata eseguita una indagine immunohistochimica per EGFR che è risultata negativa.
- PROPOSTA DI CODIFICA: 5863-1: ADENOMA TUBULO-VILLOSO CON DISPLASIA DI BASSO GRADO. 5863-2: ADENOMA VILLOSO DI ALTO GRADO.**
- EVENTUALI CRITERI DECISIONALI: la presenza di foci carcinomatosi intramucosi sono contemplati nelle lesioni prive di potere metastatico e rientrano nella categoria 4 di Vienna (che comprende adenoma con displasia di alto grado, carcinoma in situ, sospetto carcinoma invasivo, carcinoma intramucoso, carcinoma intraghiandolare). Tale categoria contempla un gruppo di lesioni in cui le ghiandole neoplastiche, qualora infiltranti la muscolaris mucosa, non la superano.**
- PS: che cosa c'entra l'IHC dell'EGFR?mah...**