

Esercizi

Lesioni multiple del Colon-retto

CASO A)

Anatomia patologica data esame: 26/05/2009

Prestazione: Digerente - Retto - Biopsia Endoscopica (Sede Unica)

Materiale: Retto. Diagnosi: Adenocarcinoma Infiltrante.

Anatomia patologica data esame: 13/06/2009

Notizie: K retto Prestazione: Digerente - Resezione Retto

Macroscopica:

A) Piccola resezione intestinale (retto) di cm 7 non orientabile, sede di una lesione di consistenza aumentata, di cm 4 di diametro massimo, che giunge fino ad uno dei due margini di resezione.

B) Alcuni frammenti di tessuto fibroadiposo da cui si isolano 6 linfonodi (linfonodi mesoretto).

C) 2 anelli di resezione.

Diagnosi:

A) Adenocarcinoma mucinoso ben differenziato, infiltrante il tessuto adiposo periviscerale. La neoplasia raggiunge in più punti uno dei due margini di resezione (chinato).

B) Il quadro morfologico mostra sei linfonodi mesorettali sede di iperplasia reattiva.

C) Due anelli di resezione liberi da neoplasia. Stadio patologico: pT3 G1 N0; B2 sec Astler e Collier.

Anatomia patologica data esame 14/01/2013

Sede e tipo di intervento: canale anale

Caratteri macroscopici: tre campioni grigiastri non orientabili il maggiore di 1X0.7 cm

Diagnosi: materiale fibrino leucocitario ed alcuni frammenti di tessuto fibrinomuocoloadiposo sede di infiltrazione da carcinoma squamoso scarsamente differenziato.

Anatomia patologica data esame 11/04/2013

Notizie: Occlusione intestinale.

Prestazione: Digerente - Tenue - Resezione Segmentaria

Macroscopica:

A) Resezione segmentaria di intestino tenue di cm 26 sede di anse convolute e alcune aree di aderenza tra le stesse. Dal tessuto adiposo periviscerale si isolano 2 linfonodi.

B) Margine di resezione.

Diagnosi: Il quadro morfologico mostra un'infiltrazione da adenocarcinoma mucinoso scarsamente differenziato, infiltrante ab estrinseco le anse intestinali fino ad ulcerazione mucosa (recidiva di tumore in anamnesi). A conferma della diagnosi l'indagine immunisto chimica per CDX2 è risultata positiva; CK7, CK20, cromogranina A e sinaptofisina sono risultate non dirimenti. Tutti i linfonodi isolati ed i margini di resezione sono liberi da infiltrazione neoplastica.

CASO A) Soluzione proposta

1° Tumore incidente

Data diagnosi: 26/05/2009

Topografia: C20.9 Retto nas

Morfologia: 8480/3 Adenocarcinoma mucinoso

Grado: 1 ben differenziato

Base diagnosi: 7

Stadio: pT3; N0; B2 sec Astler e Coller

2° Tumore incidente

Data diagnosi: 14/01/2013

Topografia: C21.1 canale anale

Morfologia: 8070/3 carcinoma squamoso

Grado: 3 scarsamente differenziato

Base diagnosi: 7

Stadio: -

CASO B)

Anatomia patologica data esame: 24/05/2012

Prestazione: Digerente - Colon – Resezione segmentaria

Materiale: COLON DX

Macroscopica:

Resezione ileo colica comprensiva di cm.6 di ileo e cm. 18 di cieco colon. All'apertura ,a cm. 4 dal margine colico di resezione , si osserva lesione tumorale ulcero infiltrante di cm. 4 di asse maggiore (longitudinale) stenosante completamente il lume. Appendice non rilevabile. Restante mucosa e parete ileocolica senza alterazioni macroscopiche di rilievo. Si isolano 13 linfonodi dal grasso pericolico.

Descrizione microscopica :

il quadro microscopico mostra una lesione morfologicamente riferibile ad adenocarcinoma mucinoso moderatamente differenziato (G2). La neoplasia infiltra la parete intestinale a tutto spessore, con estensione alla sottosierosa. Sono evidenti immagini di invasione vascolare. Non si osservano metastasi nei linfonodi isolati che presentano caratteri morfologici di linfadenite reattiva. Indenni i margini di exeresi chirurgica.

Stadiazione sec pTNM pT3pN0.

Anatomia patologica data esame: 24/05/2012

Prestazione: Digerente - Colon – Resezione segmentaria

Descrizione macroscopica:

A) Segmento di grosso intestino (sigma) di 17x2 cm. All'apertura, a 7 cm da un margine, si osserva una neoformazione ulcero-vegetante, scavata ad anularità completa.

B) Margini di resezione

Microscopica:

A)Adenocarcinoma da moderatamente a scarsamente differenziato esteso, fino alla tonaca muscolare propria. Il tessuto adiposo periviscerale, a tratti, appare separato dalla tonaca muscolare da tessuto fibroso denso che, comunque, non rileva infiltrazione. Assenza di coinvolgimento vascolare.

Dal tessuto adiposo periviscerale adiacente alla neoplasia, si isolano 9 linfonodi di cui 2 sono sede di metastasi.

B) Margini di resezione indenni.

Diagnosi: Adenocarcinoma G2-3. Stadio Patologico : pT2N1.

CASO B) Soluzione proposta

Unico tumore incidente

Data diagnosi: 24/05/2012

Topografia: C18.7 Colon Sigmoido

Morfologia: 8140/3 Adenocarcinoma

Grado: 3 scarsamente differenziato

Base diagnosi: 7

Stadio: pT2N1.

Annotare la seconda lesione.

CASO C)

Anatomia patologica data esame: 11/07/2013

Prestazione: Digerente - Colon - Resezione Segmentaria

Macroscopica: Resezione ileo-colica: ileo di cm 3, colon di cm 6,5; appendice di cm 6, pervenuta aperta. Si reperta una lesione vegetante di cm 3x2 in corrispondenza della valvola ileocecale. Dal tessuto adiposo periviscerale si isolano apparenti 12 linfonodi.

Microscopica: Il quadro morfologico mostra un tumore con architettura a nidi solidi e trabecole, costituito da cellule con citoplasma granulare eosinofilo e nuclei lievemente pleomorfi. Assenza di necrosi. La valutazione immunoistochimica dell'indice di proliferazione cellulare Ki67 ha evidenziato una frazione di crescita con L.I. pari a circa il 6%.La lesione infiltra la parete fino alla tonaca muscolare propria. Dei 12 apparenti linfonodi, 6 sono costituiti da noduli di diffusione della neoplasia nel grasso pericolico, nei quali non si riconosce architettura linfonodale ma vanno anch'essi considerati linfonodi. Dei 6 linfonodi residui 3 sono sede di metastasi. Margini di resezione liberi da infiltrazione neoplastica.

Diagnosi: Tumore neuroendocrino moderatamente differenziato, G2 (sec ENETS WHO 2010). Stadio : pT2 G2 N2.

Anatomia patologica data esame: 14/11/2013

Notizie: 1 – Discendente, 2 - Sigma

Prestazione: Digerente-Polipectomia endoscopica (multipla)

Materiale: Colon

Diagnosi:

1- adenoma tubulare con displasia ghiandolare di basso grado.

2- adenocarcinoma invasivo moderatamente differenziato, insorto su adenoma di tipo tubulo-villoso.

Spiccato infiltrato flogistico intra-peritumorale di tipo prevalentemente linfocitario.

Tipo di crescita della proliferazione neoplastica: infiltrativo. Presenza di TUMOR BUDDING, di alto grado.

Presenza di immagini di invasione linfatica dell'asse fibro-vascolare.

Livello di invasione alla tela sottomucosa.

Distanza del fronte invasivo dalla base di impianto: mm. 3.

Base di impianto esente da neoplasia.

pT1 pNx pVx pR0 G2, sec. AJCC, 2010.

CASO C) Soluzione proposta

1° Tumore incidente

Data diagnosi: 11/07/2013

Topografia: C18.0 valvola ileocecale

Morfologia: 8249/3 Tumore neuroendocrino, G2

Grado: 2

Base diagnosi: 7

Stadio: pT2 N2.

2° Tumore incidente

Data diagnosi: 14/11/2013

Topografia: C18.7 Sigma

Morfologia: 8263/3 adenoK. in adenoma tubulo villosa

Grado: 2

Base diagnosi: 7

Stadio: pT1 pNx pVx pR0 sec. AJCC, 2010