

# **XVI Corso di aggiornamento per operatori dei registri tumori Salerno 12-13 Ottobre 2016**

## **La registrazione dei tumori della giunzione retto-sigmoidea**

**Guido Mazzoleni**

Direttore Anatomia Patologica, Registro Tumori  
Provincia autonoma di Bolzano



Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Pool Airtum 2008-2012.

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (19%)	Mammella (30%)	Mammella (14%)
2°	Polmone (15%)	Colon-retto (13%)	Colon retto (13%)
3°	Colon-retto (13%)	Polmone (6%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (5%)	Prostata (10%)
5°	Stomaco (4%)	Utero corpo (5%)	Vescica (7%)

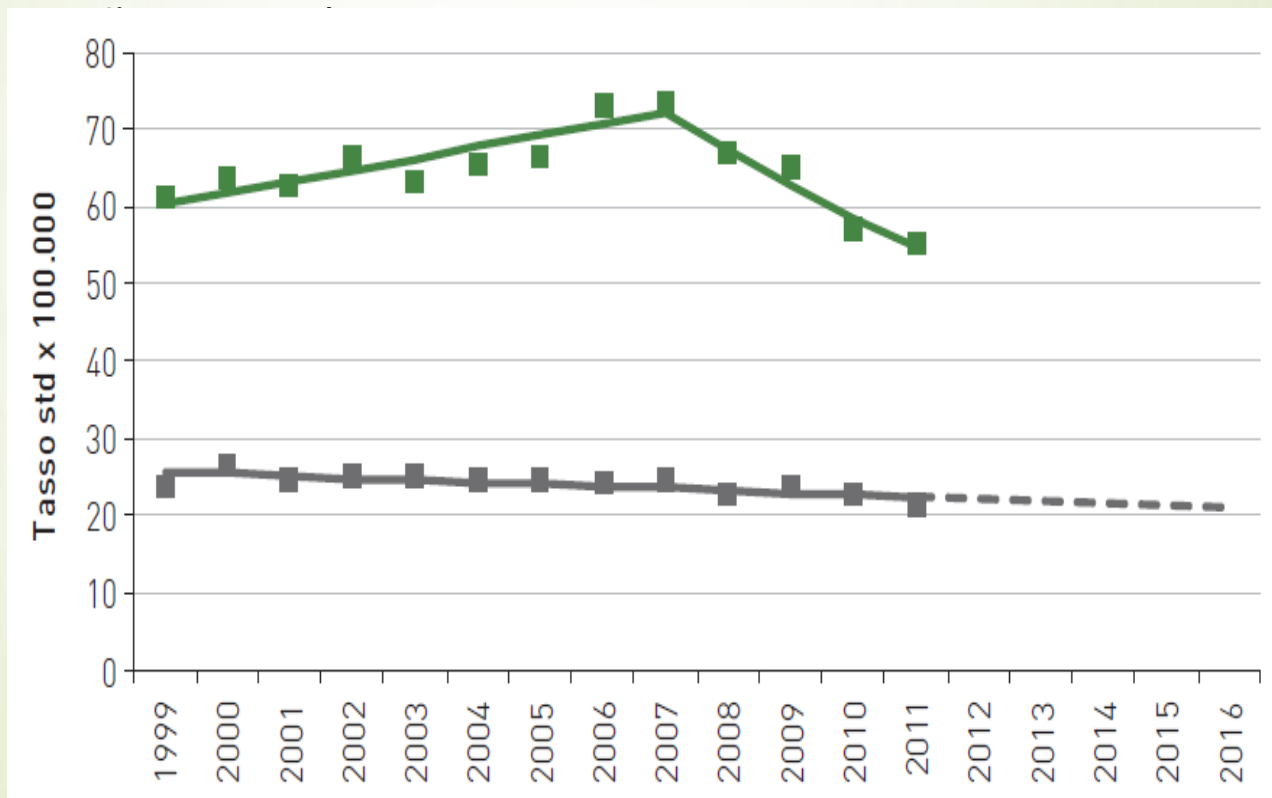
## Prime cinque cause di morte tumorali più frequenti e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool Airtum 2008-2012

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (26%)	Mammella (17%)	Polmone (19%)
2°	Colon-retto (10%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (11%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (7%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (7%)	Stomaco (6%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Pancreas (6%)

# Tumore del colon-retto, maschi.

AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea.

APC = Annual Percent Change (variazione percentuale)



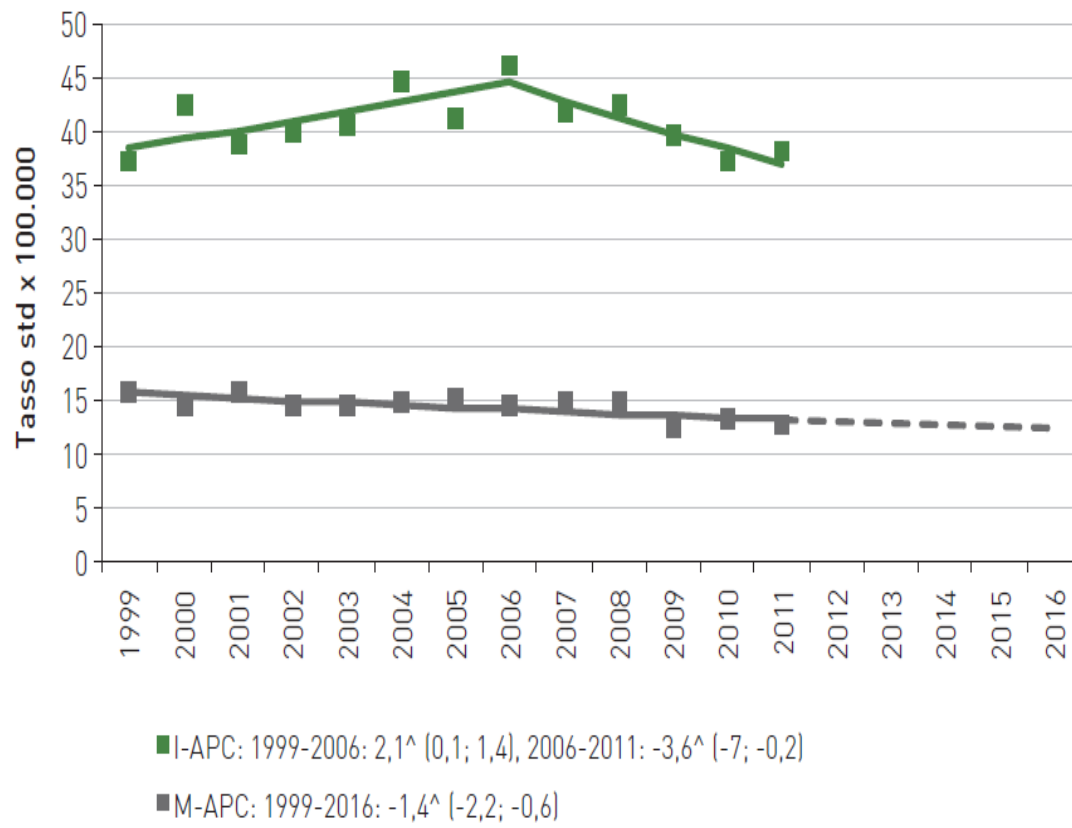
Nota: proiezione del trend di incidenza non disponibile.

Fonte: I numeri del cancro 2016 - Il Pensiero Scientifico Editore

## Tumore del colon-retto, femmine.

AIRTUM: stima dei trend tumorali di incidenza e mortalità 1999-2016. Tassi standardizzati popolazione europea.

APC = Annual Percent Change (variazione percentuale)



Nota: proiezione del trend di incidenza

Fonte: [I numeri del cancro 2016 - Il Pensiero](#)

# Sede topografica

**La maggior parte dei tumori del colon retto si localizzano nel sigma (45%) e nel retto (25%).**

# **PROBLEMI DI REGISTRAZIONE**

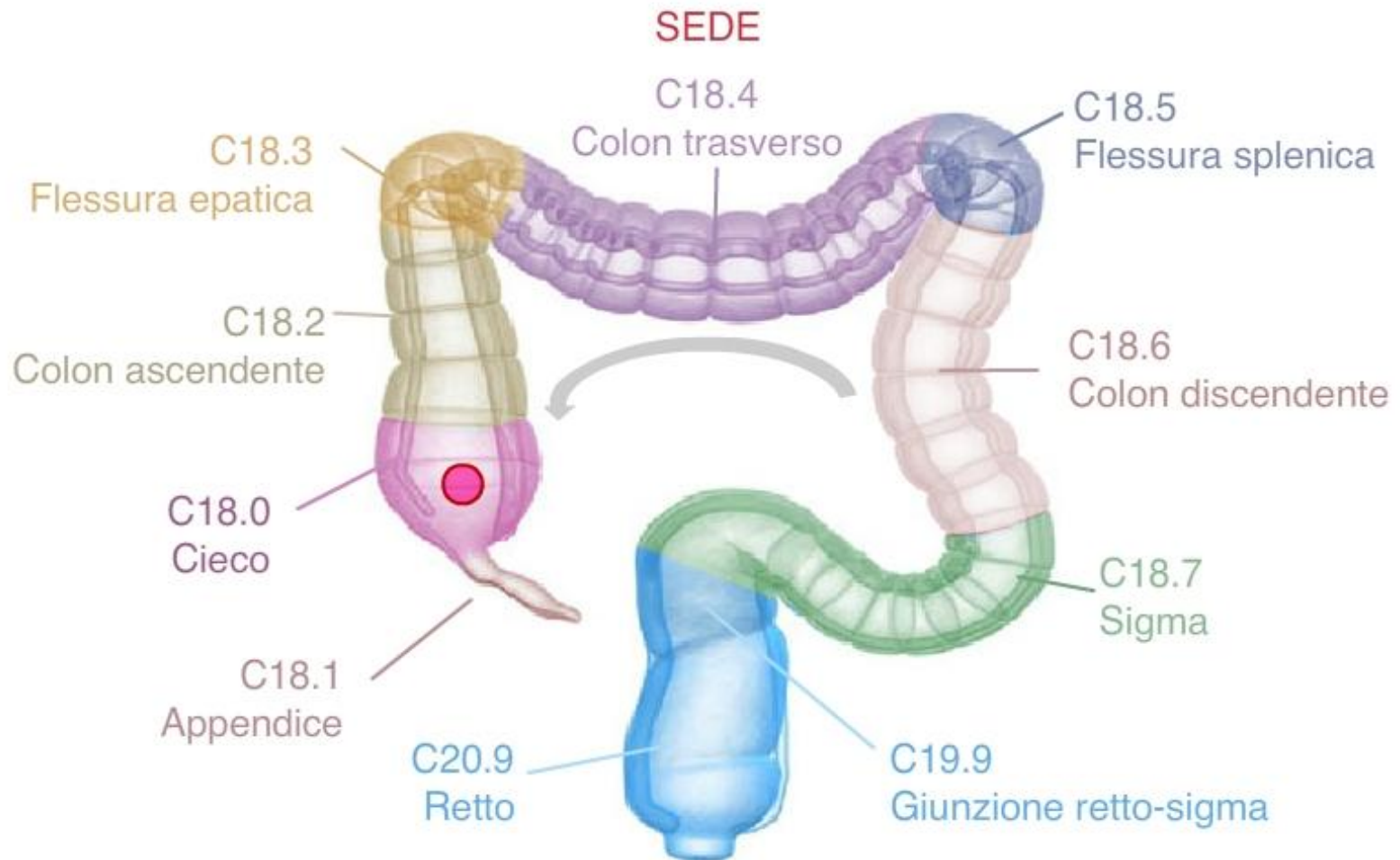
**Sede esatta (giunzione sigma-retto)**

**Tumori sincroni e metacroni**

**Morfologia**

**Stadiazione**

# Topografia





# Anatomia e Terminologia

**Canale anale anatomico** =

2 cm

dalla linea anocutanea  
fino  
alla linea dentata

**Canale anale chirurgico** =

4 cm

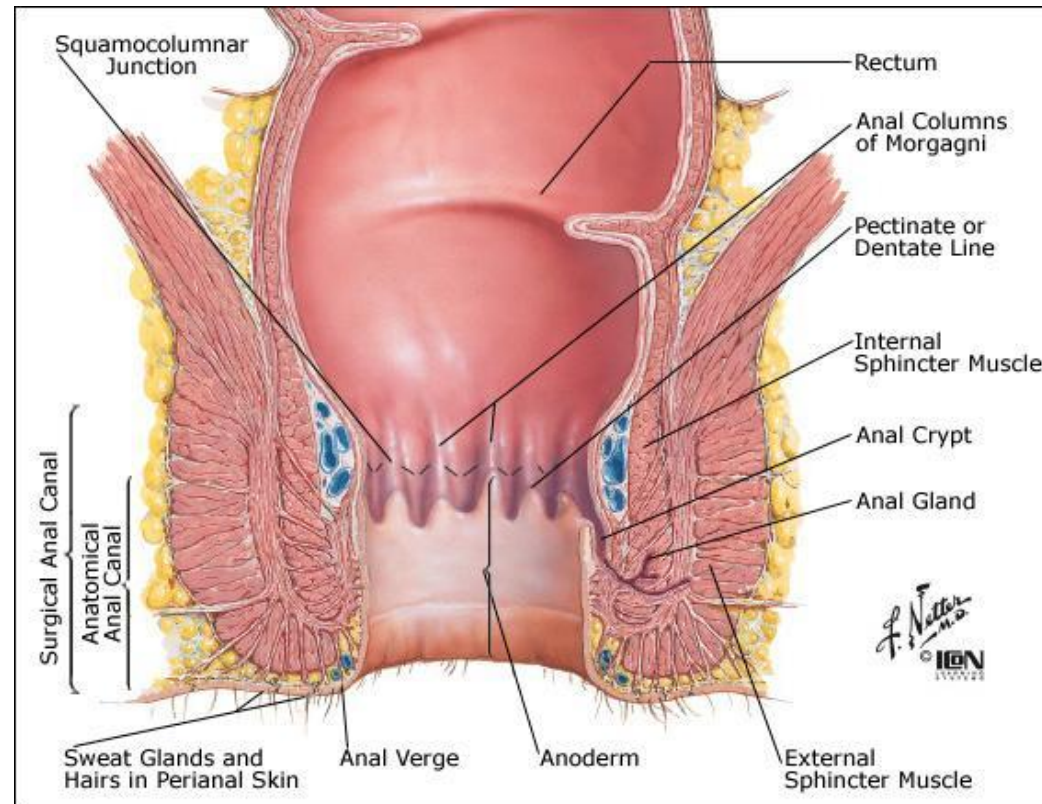
dalla linea anocutanea  
fino  
alla giunzione anorettale

**Retto** = 12-15 cm

retto inferiore < 6 cm  
ab ano

retto medio 6-12  
cm ab ano

retto superiore 12-16  
cm ab ano



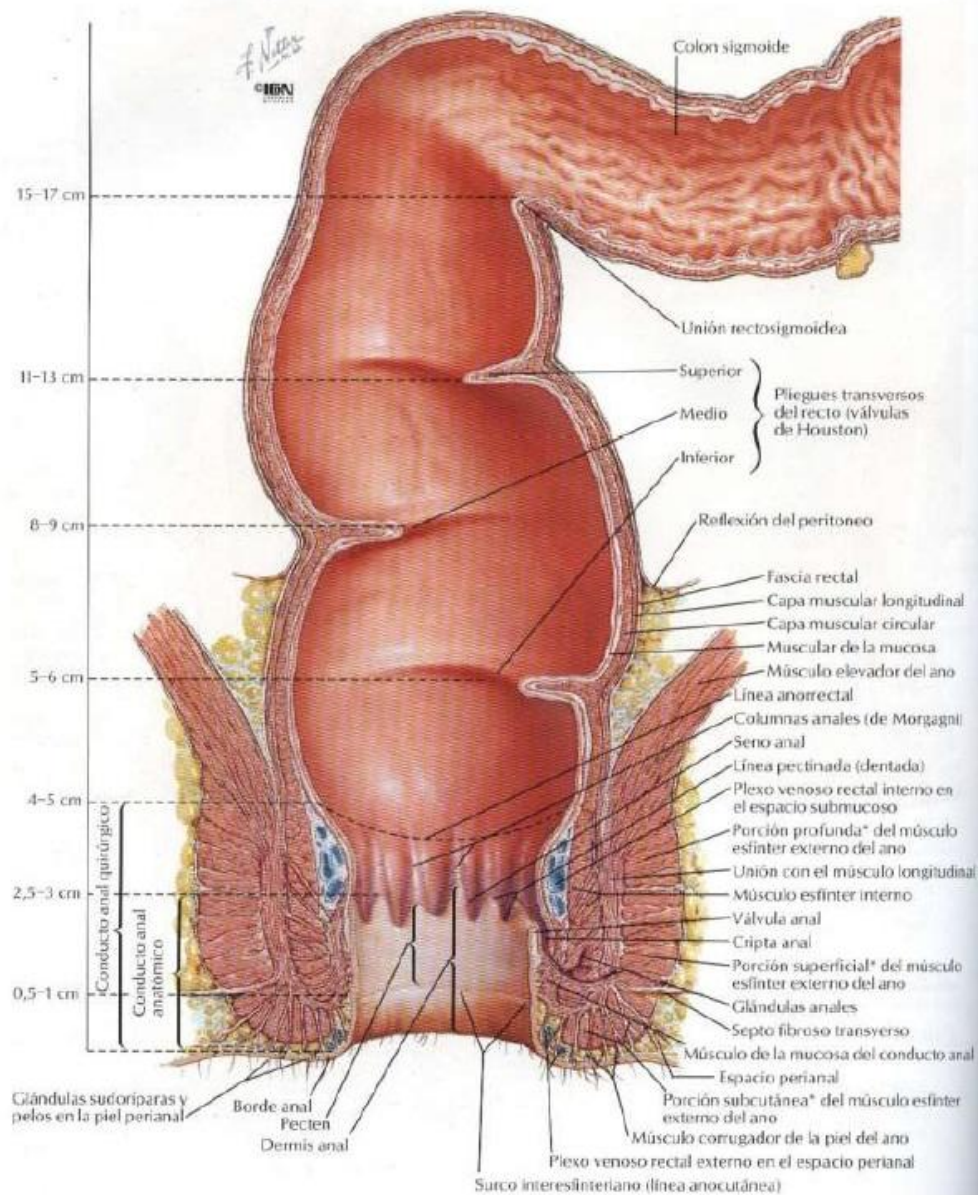
**Carcinoma rettale** (C20.9)

Carcinoma distante almeno 6 cm  
e non più di 16 cm dalla linea  
anocutanea (ab ano)

# Definizione (American Joint Committee on Cancer)

- „The transition from sigmoid colon to rectum is marked by the fusion of the taenia of the sigmoid colon to the circumferential longitudinal muscle of the rectum“
- „This occur roughly 12-15 cm from the denate line“

# Giunzione retto-sigma



**Clinicamente è importante se il tumore è insorto sopra o sotto la riflessione peritoneale (passaggio tra retto alto e retto medio).**

**SOPRA:**

- - deflusso venoso verso il sistema portale (mts. epatiche)
- deflusso linfatico verso linfonodi all'origine dell'arteria mesenterica inferiore
- - chirurgia transperitoneale

**SOTTO:**

- - deflusso venoso verso il sistema ipogastrica-cava (mts non epatiche)
- - deflusso linfatico in prevalenza verso linfonodi ipogastrici ed otturatori ( sotto la linea pettinata verso linf. Inguinali)
- Spesso è indicata una terapia neoadiuvante per ridurre la massa (radio o radio+chemio preoperatoria)

# Definire la sede esatta

- La distanza dalla rima anale varia da un individuo all'altro (variazioni anatomiche) e a seconda di chi compie la valutazione
- L'endoscopista deve introdurre gas, per cui si sovradistende l'organo **RISCHIO DI SOVRASTIMA**
- Il patologo vede un pezzo operatorio che si è contratto **RISCHIO DI SOTTOSTIMA**
- Il chirurgo si rapporta anche ad alcune strutture anatomiche di riferimento **MISURA IN GENERE PIU' ESATTA.**

# *Colon retto: tumori multipli*

I tumori del colon retto possono avere più localizzazioni

1. Nello stesso tempo/in tempi diversi
2. Nella stessa sottosedede/sottosededi diverse
3. Nello stesso stadio/stadi diversi

# TUMORI MULTIPLI DEL COLON RETTO E TIMING

- Più localizzazioni: - **nello stesso tempo o in tempi diversi**  
- nella stessa sottosede o in sedi diverse  
- allo stesso stadio o in stadi diversi

## TIMING

I tumori possono essere **SINCRONI** ( a distanza di meno di 6 mesi) o **METACRONI**.

«In quanto sede di screening, è opportuno registrare tutti i nuovi tumori, anche se pertinenti alla stessa sede (esclusi recidive o sincroni), ed anche se non invasivi» Dr Adriano Giacomin

- **TUMORI DEL COLON** – stesso gruppo
- **SIMULTANEI** codice della sede con stadio più avanzato  
( es: cieco T2 e flessura splenica T3  
flessura splenica, cui andrà riferita la stadiazione )
- **NON SIMULTANEI** 2 registrazioni, solo il 1° in incidenza
  
- **TUMORI DEL RETTO E DELLA GIUNZIONE** - stesso gruppo
- **SIMULTANEI** codice C20.9
- **NON SIMULTANEI** 2 registrazioni, solo il 1° in incidenza
  
- **TUMORI SIMULTANEI E NON, UNO DEL COLON E L'ALTRO DI RETTO E GIUNZIONE** - stesso gruppo
- **2 registrazioni** ambedue in incidenza



**Tabella 2a. Gruppi di neoplasie maligne considerate istologicamente "differenti" allo scopo di definire i tumori multipli (ICD-O 3)**

Gruppi	Codici morfologici
	<b>carcinomi</b>
1.	carcinomi squamosi 805-808, 812, 813
2.	carcinomi basocellulari 809-811
3.	adenocarcinomi 814, 816, 819-822, 826-833, 835-855, 857, 894
4.	altri carcinomi specificati 803, 804, 815, 817, 818, 823-825, 834, 856, 858-867
(5.)	carcinomi non specificati (NAS) 801, 802
6.	sarcomi e altri tumori dei tessuti molli 868-871, 880-892, 899, 904, 912, 913, 915-925, 937, 954-958
7.	linfomi 959-971*
8.	leucemie 980-994, 995, 996, 998
9.	sarcoma di Kaposi 914
10.	mesoteliomi 905
11.	altri tipi specificati di tumore 872-879, 893, 895-898, 900-903, 906-911, 926-936, 938-953, 973-975, 976
(12.)	tipi non specificati di tumore 800**, 997

\* M-975 solo nella Prima edizione dell'ICD-O

\*\* nella Prima edizione dell'ICD-O M-9990 stava per l'attuale M-800

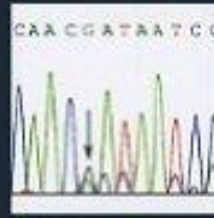
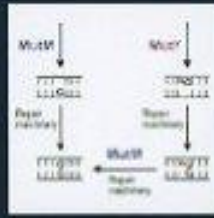
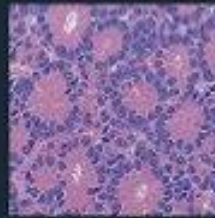
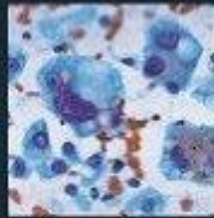
**Tabella 2b. Gruppi di neoplasie maligne considerate istologicamente “differenti” allo scopo di definire i tumori multipli (IARC 2004)**

<b>Gruppi</b>	<b>Codici morfologici</b>
<b>carcinomi</b>	
1.	carcinomi squamosi e a cellule transizionali 8051-8084, 8120-8131
2.	carcinomi basocellulari 8090-8110
3.	adenocarcinomi 8140-8149, 8160-8162, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8551, 8570-8576, 8940-8941
4.	altri carcinomi specificati 8030-8046, 8150-8157, 8170-8180, 8230-8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
(5.)	carcinomi non specificati (NAS) 8010-8015, 8020-8022, 8050
6.	<b>sarcomi</b> e altri tumori dei tessuti molli 8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
7.	<b>mesoteliomi</b> 9050-9055
<b>tumori dei tessuti ematopoietico e linfatico</b>	
8.	mieloidi 9840, 9861-9931, 9945-9946, 9950, 9961-9964, 9980-9987
9.	neoplasie a cellule B 9670-9699, 9728, 9731-9734, 9761-9767, 9769, 9823-9826, 9833, 9836, 9940
10.	neoplasie a cellule T e NK 9700-9719, 9729, 9768, 9827-9831, 9834, 9837, 9948
11.	linfoma di Hodgkin 9650-9677
12.	tumori dei mastociti 9740-9742
13.	tumori degli istiociti e delle cellule associate al tessuto linfatico 9750-9758
(14.)	tipi non specificati 9590-9591, 9696, 9727, 9760, 9800-9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9975, 9989
15.	<b>sarcoma di Kaposi</b> 9140
16.	<b>altri tipi specificati di tumore</b> 8720-8790, 8930-8936, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9110, 9260-9365, 9380-9539
(17.)	<b>tipi non specificati di tumore</b> 8000-8005

# WHO classification of tumors of the colon and rectum

## WHO Classification of Tumours of the Digestive System

Edited by Fred T. Bosman, Fátima Carneiro, Ralph H. Hruban, Neil D. Theise



WHO

**Epithelial tumours***Premalignant lesions*

Adenoma	8140/0
Tubular	8211/0
Villous	8261/0
Tubulovillous	8263/0
Dysplasia (intraepithelial neoplasia), low grade	8148/0
Dysplasia (intraepithelial neoplasia), high grade	8148/2

*Serrated lesions*

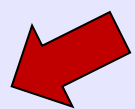
Hyperplastic polyp	
Sessile serrated adenoma/polyp	8213/0
Traditional serrated adenoma	8213/0

*Hamartomas*

Cowden-associated polyp	
Juvenile polyp	
Peutz-Jeghers polyp	

*Carcinomas*

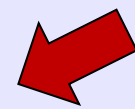
Adenocarcinoma	8140/3
Cribriform comedo-type adenocarcinoma	8201/3
Medullary carcinoma	8510/3
Micropapillary carcinoma	8265/3
Mucinous adenocarcinoma	8480/3
Serrated adenocarcinoma	8213/3
Signet ring cell carcinoma	8490/3
Adenosquamous carcinoma	8560/3
Spindle cell carcinoma	8032/3
Squamous cell carcinoma	8070/3

*Neuroendocrine neoplasms*

Neuroendocrine tumour (NET)	
NET G1 (carcinoid)	8240/3
NET G2	8249/3
Neuroendocrine carcinoma (NEC)	8246/3
Large cell NEC	8013/3
Small cell NEC	8041/3
Mixed adenoneuroendocrine carcinoma	8244/3
EC cell, serotonin-producing NET	8241/3
L cell, Glucagon-like peptide-producing and PP/PYY-producing NETs	8152/1

**Mesenchymal tumours**

Leiomyoma	8890/0
Lipoma	8850/0
Angiosarcoma	9120/3
Gastrointestinal stromal tumour	8936/3
Kaposi sarcoma	9140/3
Leiomyosarcoma	8890/3

**Lymphomas****Secondary tumours**

# *La stadiazione TNM*

C= clinica

P= patologia

Y= referto post chemioterapia  
neoadiuvante

- T**
- T1 tumore invade sottomucosa
  - T2 tumore invade muscolare propria
  - T3 tumore invade sottosierosa o t.pericolici
  - T4 tumore esteso ad altri organi e/o perfora peritoneo

- N**
- N0 Assenza di metastasi linfonodali
  - N1 metastasi 1 -3 linfonodi
  - N2 metastasi >3 linfonodi

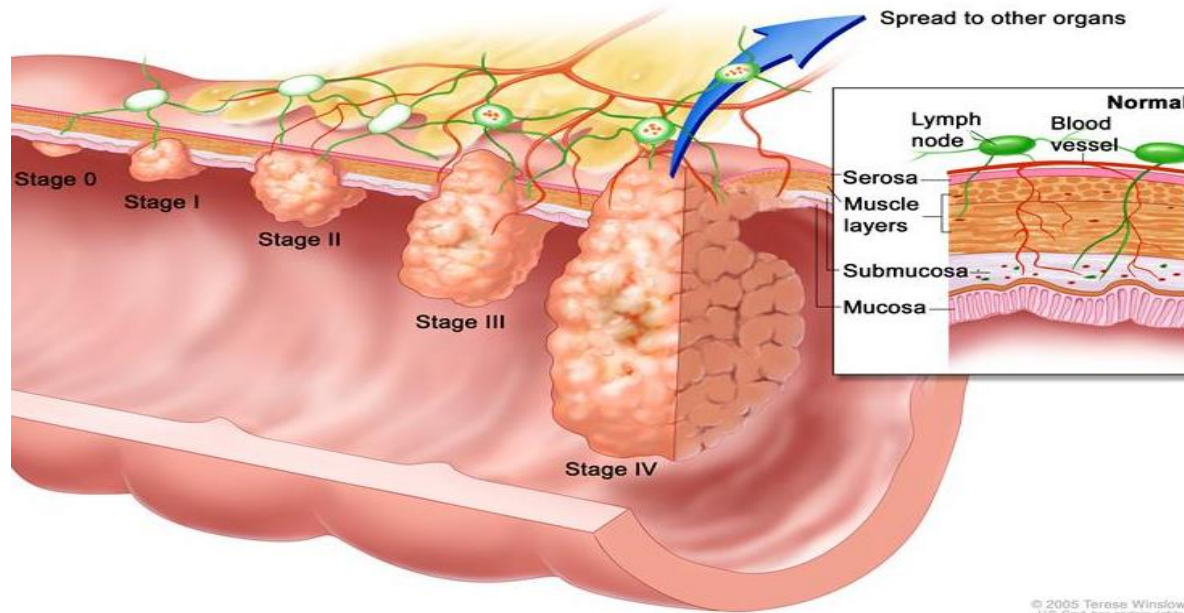
C= clinica

P= patologia

Y= referto post chemioterapia  
neoadiuvante

- M**
- M0 Assenza di metastasi a distanza
  - M1 Presenza di metastasi a distanza

# STADIAZIONE pT - Tumori non GIST



LO SCREENING PROPONE LA DISTINZIONE TRA

**Displasia ad alto grado o Grave = (ADENO)CARCINOMA IN SITU O INTRAGHIANDOLARE O INTRAEPITELIALE** e

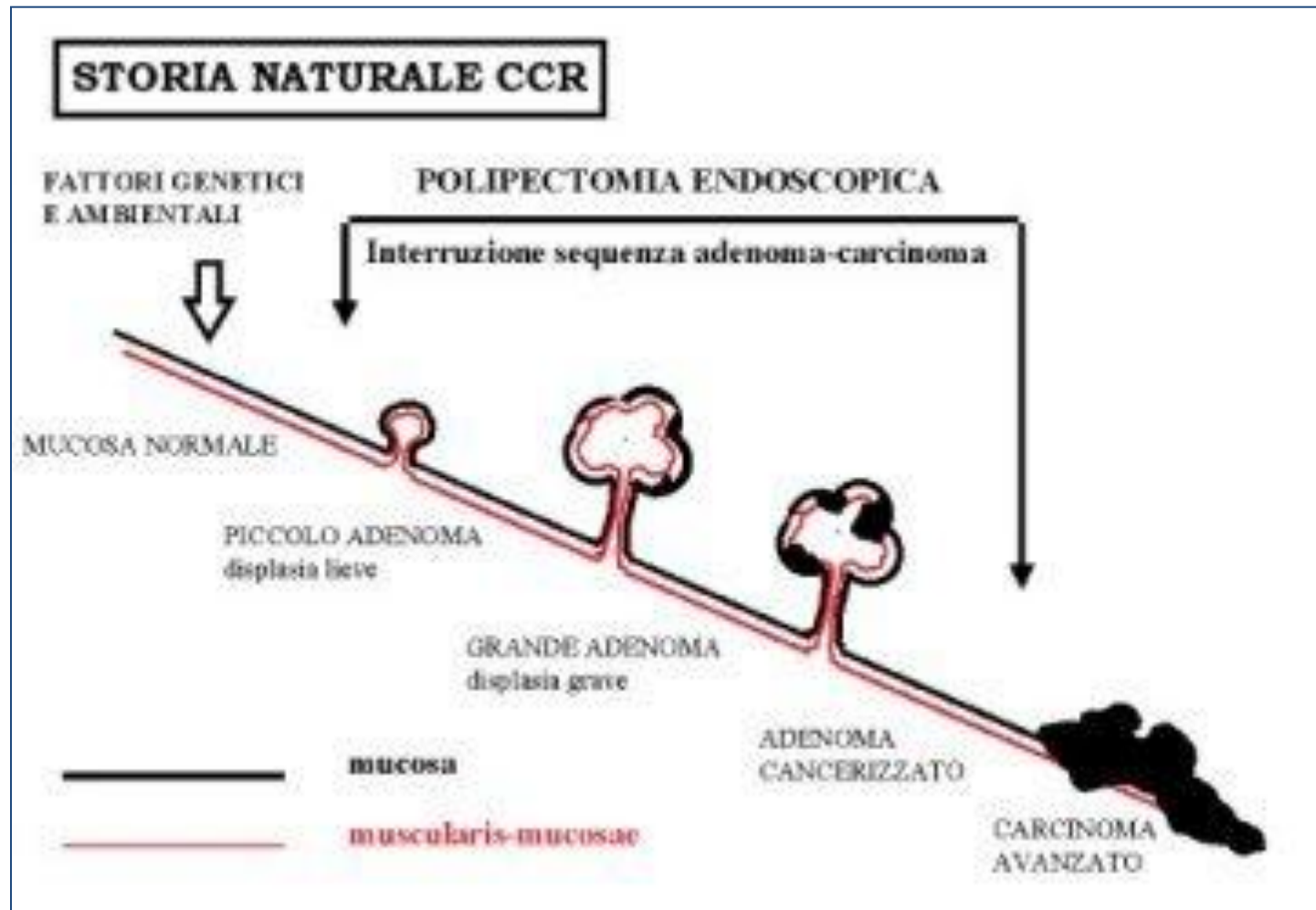
**ADENOCARCINOMA INTRAMUCOSO** = Lesione neoplastica con infiltrazione della muscolaris mucosae senza suo superamento; non infiltra sottomucosa

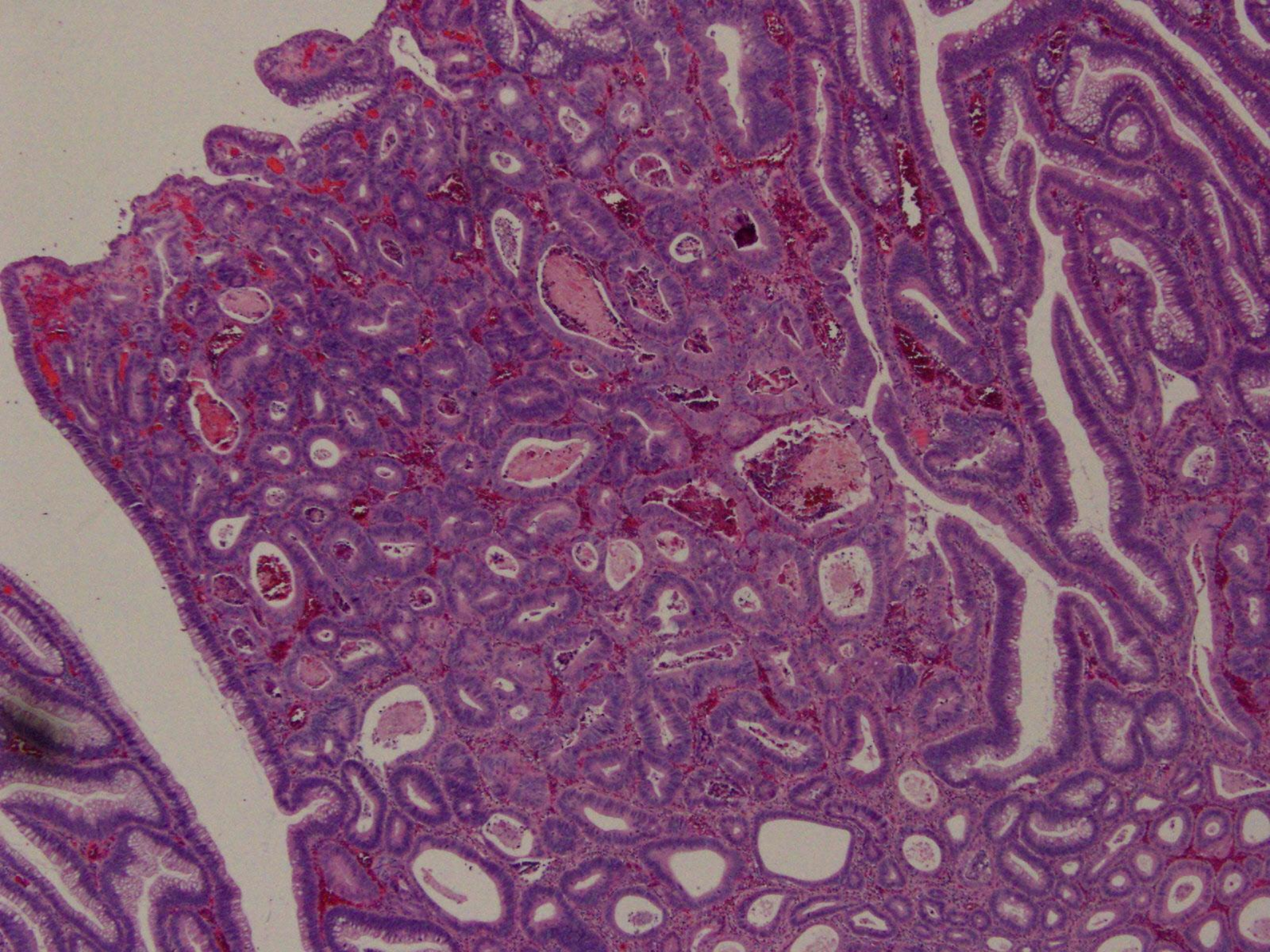
Sono ambedue 8140/2 (pTis – Stadio 0) ma è da verificare se nei singoli centri la displasia grave è considerata equivalente all'Adenoca in situ

**CASI CON INFILTRAZIONE NON VALUTABILE**

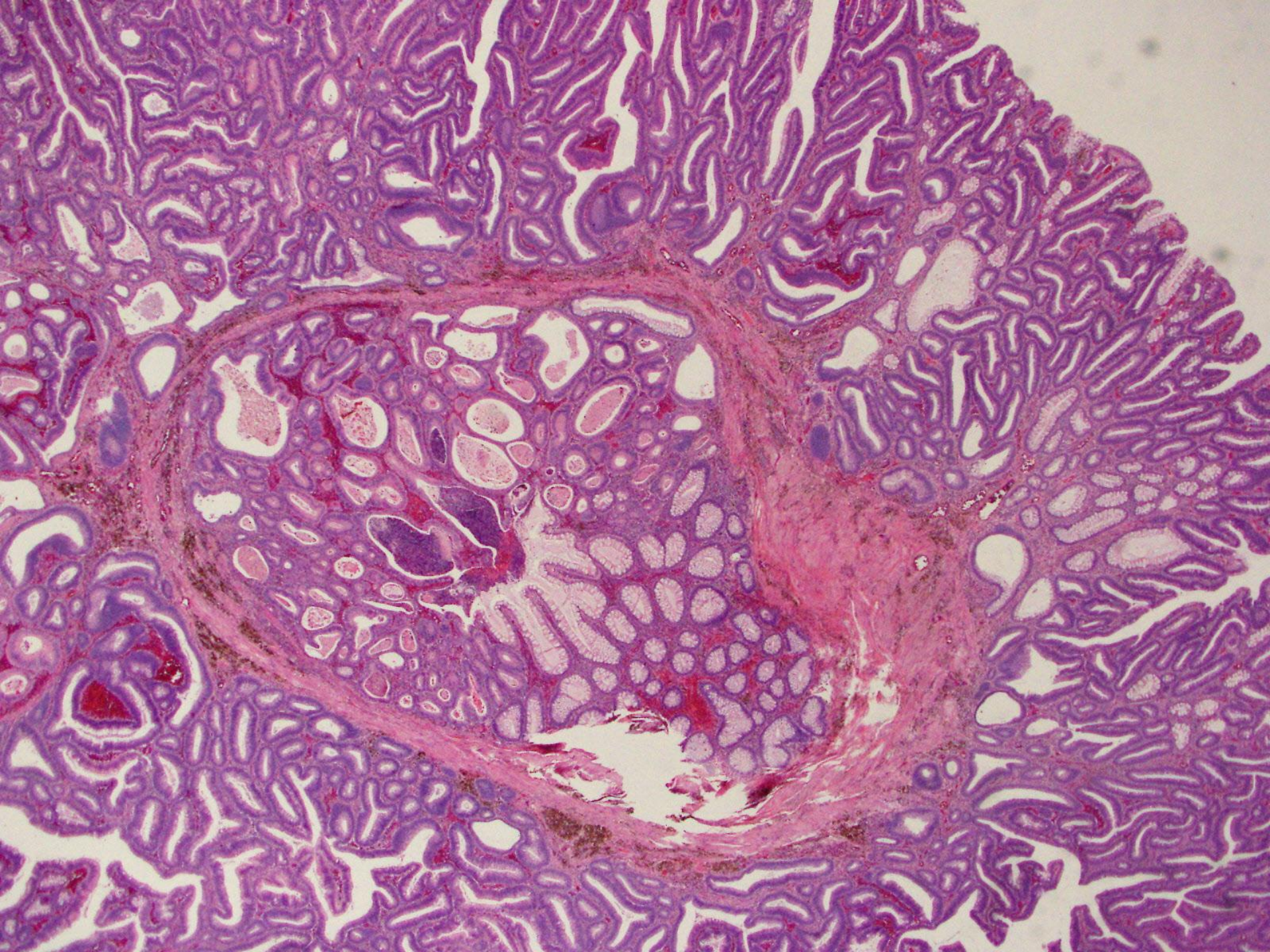
in base alla decisione clinica (non intervento) o all'esito del reintervento

# *Lesioni pre maligne*









# Diagnostica istologica postoperativa linee guida tedesche

Tipo tumorale sec WHO	1c
Infiltrazione tumorale pT	1c
Linfonodi regionali pN	1c
Numero dei linfonodi	2a
Numero minimo di linfonodi 12	2a
Grading	2a
Distanza dai margini di resezione (anche circonferenziale)	2a
Stato R	1c

### NOTIZIE CLINICHE

Carcinoma duttale infiltrante del quadrante equatoriale esterno della mammella destra (vedi anche esame n° 16-I-22039).

A) Quadrantectomia equatoriale esterna destra su traccia di carbone; B) Allargamento del margine profondo (filo di sutura sul margine a contatto con la fascia muscolare).

### MATERIALE INVIATO

A Quadrante equatoriale esterno mammella destra  
B Margine profondo

### DESCRIZIONE MACROSCOPICA

A) Quadrante equatoriale esterno mammella destra.

Quadrante mammario equatoriale esterno orientato con fili (filo singolo lungo areola; filosingolo corto opposto all'areola; filo doppio lungo margine inferiore; filo doppio corto margine superiore; china verde margine profondo/fasciale) del peso di grammi 58 e di cm 9x7x2 e sormontato da losanga cutanea di cm 4,3x0,4 priva di alterazioni.

Al taglio, in corrispondenza di marcatura con carbone, è presente una lesione nodulare biancastra, dura e a margini stellati, mal definiti di cm 1,1 di asse maggiore che dista cm 0,2 dal margine superficiale (opposto al profondo e più vicino). Il restante parenchima è diffusamente lipoinvoluto.

B) Margine profondo.

Parenchima mammario orientato da filo al versante a contatto con la fascia muscolare di grammi 6 e di cm 4,7x2,4x1,3. Si inchiostro il versante con filo (Materiale incluso in toto).

### DESCRIZIONE MICROSCOPICA

A) La lesione neoplastica descritta macroscopicamente ha le seguenti caratteristiche:

**Istotipo (WHO 2003):** carcinoma duttale infiltrante

**Focalità:** unica; **Dimensioni del tumore** (valutate microscopicamente): mm 11

**Grading microscopico** sec. Elston-Ellis (modif. di Nottingham del sistema Bloom-Richardson):

Formazione di tubuli: 10% - 75%: score 2; Pleomorfismo nucleare: score 3; Mitosi: score 1

**Score totale:** 6: Grado 2

**Microcalcificazioni:** presenti

**Distanza minima dai margini:** mm 2 dal margine superficiale

**Invasioni vascolari peritumorali:** assenti; **Necrosi tumorale:** assente;

**Infiltrato linfoide:** presente, lieve e focale perilesionale; **Desmoplasia:** assente; **Infiltrazione cutanea:** assente

**Patologia associata:** involuzione adiposa

### DIAGNOSI

A) CARCINOMA DUTTALE INFILTRANTE DELLA MAMMELLA (vedi schema diagnostico).

B) PARENCHIMA MAMMARIO DIFFUSAMENTE LIPOINVOLUTO CON FOCALE ADENOSI CON MICROCALFICAZIONI, IPERPLASIA DUTTALE ED ECTASIE DUTTALI.

- pT1cN0(sn)MX G2 LVI-

Data 27/09/2016

Il Medico

Dott.ssa Annamaria Cadioli

## ■ LE INFORMAZIONI AGGIUNTIVE DI BASE

**DIAGNOSI:** stato rispetto allo screening e tipo di screening;  
tipo di endoscopia effettuata

**DESCRIZIONE TUMORE:** localizzazione  
dimensioni del tumore  
infiltrazione  
multifocalità  
adeguatezza dei margini

**LINFONODI:** n. di linfonodi controllati e n. di linfonodi positivi,

**STADIAZIONE:** Tipo ed esami effettuati per essa (ECT/TAC addome;  
RX/TAC polmone ). Specificare se il tipo di TNM

**MORFOLOGIA:** entità della componente mucinosa, invasione  
vascolare, presenza di infiltrato linfocitario; indice  
mitotico (GIST); eventuali indicatori specifici  
(microsatelliti, EGFR, Ki67)

### GRADING

#### TERAPIA CHIRURGICA:

intervento effettuato e se laparoscopico  
condizioni operative (urgenza o elezione)  
eventuale stomia cutanea (temporanea/permanente)

**ALTRA TERAPIA:** terapia neoadiuvante e/o adiuvante in dettaglio

# LE INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SULLA MORFOLOGIA

**Embolizzazione neoplastica** linfatica o venosa

**Budding** tumorale (Budding= infiltrazione di cellule e gruppi di cellule che si distaccano da strutture ghiandolari e dissociano lo stroma) nel retto

**Stato del margine** di resezione endoscopica ed operatorio  
infiltrazione fino a 1-2 mm da margine- Margine radiale, prossimale e distale

**Microstadiazione** (adenomi cancerizzati):

% adenoma/carcinoma

livello infiltrazione peduncolo (Haggitt, descrittivo)

livello invasione sottomucosa nei sessili (sm1, 2, 3)

misura microscopica massima ampiezza (>4000 micron) e profondità (>2000 micron) di infiltrazione nella sottomucosa

tumori pT3:

spessore infiltrazione oltre la muscolare

**Tipo di crescita** (infiltrativa, espansiva)

**Infiltrato linfocitario** peri o intratumorale

**Infiltrazione perineurale**

# LE INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SUGLI INDICATORI BIOLOGICI (INDICATORI GENETICI)

**Instabilità microsatelliti** se >30% loci analizzati MSI-H, se < 30% MSI-L se assente MSS Utilità: genetica; miglior prognosi per < mutazioni K-RAS e p53; resistenza a trattamento con 5-FU (evidenze preliminari)

**Delezione o perdita di eterozigosi del Cromosoma 18q (18q-LOH /DCC)**, che contiene oncosopressori (50-60% casi sporadici). Indicatore prognostico sfavorevole

**Mutazioni gene BRAF** (10% casi, più frequente in MSI, ma non associato HNPCC). Utilità: genetica (se positiva non approfondimenti su proteine/geni MMR )

**Mutazioni p53** (60% casi sporadici). Indicatore prognostico sfavorevole, per resistenza a CT e RT nei carcinomi rettali (evidenze preliminari)

**Geni attivati nella risposta p53-mediata a danno genotossico:**

**p21** inibitore di chinasi attivato da p53

**Bcl-2** (over espressione favorisce apoptosi). Indicatore prognostico favorevole

**BAX – Bcl-2 associated X protein** effettore proapoptosico di p53, appartenente alla famiglia Bcl-2; stesso comportamento

# LE INFORMAZIONI AGGIUNTIVE SUGLI INDICATORI BIOLOGICI (MARKERS, MARCATORI MOLECOLARI) 2

## Regolatori dell'attività tirosin-chinasica

**Erb-B2 (Her2-neu** o CD340 o p185) e **EGFR** (recettore attivato dal legame con molecole tra cui spesso Her2-neu). Valori elevati predicono buona risposta al cetuximab. I casi EGFR debolmente positivi vanno confermati con tecnica FISH (amplificazione genica mediante Fluorescent in situ hybridization )

**gene KRAS** Mutazioni sono associate a resistenza a cetuximab

**Timilidato sintetasi (TS)** (over espressione). Indicatore prognostico sfavorevole, minore risposta a 5-FU (evidenze preliminari)

**Ki-67 (Mib-1)** indicatore della frazione proliferativa

**Ploidia DNA** (DNA index = rapporto tra il contenuto modale di DNA in fase G1 della sottopopolazione cellulare aneuploide e quello della sottopopolazione diploide. Un DNA index = 1 corrisponde alla diploidia)

**CEA** non diagnostico, marker pre e post-operatorio usato per il monitoraggio delle recidive durante il follow-up. Usi clinici, non epidemiologici

**Ca19.9** idem

# TRACCIATO RECORD CASI INCIDENTI (informazioni obbligatorie)

Variabile	Descrizione	Modalità ammissibili e criteri di compilazione proposte per il nuovo protocollo
IDPZ	Identificativo paziente	Identifica univocamente il paziente. Ammessi solo valori numerici. Deve essere invariata per invii successivi.
IDCASO	Identificativo caso	Insieme all'IDPZ identifica univocamente il caso.
DATANASC	Data di nascita	
SESSO	Sesso alla nascita	1=maschi, 2=femmine, 3 = altro, sconosciuto.
COMRES	Comune di residenza	Secondo classificazione ISTAT
DATAINCI	Data di incidenza	
ICDO3T	Sede ICDO3	
ICDO3M	Morfologia ICDO3	
GICDO3	Grading ICDO3	
BASE	Base di diagnosi	0=DCO, 1=Clinica, 2=indagini cliniche, 4=marker tumorali, 5=citologica, 6= istologica su Metastasi, 7=istologica su primitivo, 3=autopsia senza istologia postmortem, 8=autopsia con istologia postmortem, 9=ignota
CHECK	IARC check flag	1 = check superato, 2 = confermato dopo warning, 0 = check non superato / non eseguito
STATO	Stato in vita	1 = Vivo, 2 = morto, 3 = perso, 4 = DCO, 5 = autoptico (diagnosi postmortem)
DATAFOLLOW	Data di follow-up	
DCI	DCI	0 = non originato dal certificato di morte , 1 = caso originato dal certificato, 9 = ignoto



# Benchmarking: indicatori clinici

## Software clinici

[2.5.4] [2.3.4] > [Home](#) > Ambulanter Bereich > Tumordokumentation (OnkoZert) > Nach Patient/in

	NAME: <b>TEST XYZ</b>	GEBURTSTAG: <b>01/01/1900 (116)</b>	GESCHLECHT: <b>Männlich</b>	ID: <b>11</b>
	ANSCHRIFT: <b>SER, ()</b>	RUFNUMMERN: <b>348</b>	GEBURTSORT: <b>39031 - Brunico/Bruneck (BZ)</b>	

### Übersicht Karzinom



#### Allgemeine Informationen

<b>Tumorart:</b>	Kolon- und Rektumkarzinom	<b>Jahr der Erstdiagnose:</b>	(*) 2016
<b>Unterart:</b>	(*) Rektumkarzinom	<b>Zuweisendes Krankenhaus:</b>	(*) Bozen
<b>Hauptdiagnose:</b>			

[1. Stammdaten](#) [2. Anamnese](#) [3. Diagnostik](#) [4. Histologie](#) [5. Therapie](#) [6. Follow-Up](#)

### Anamnese

Größe:  cm

Gewicht:  kg

Body Mass Index (BMI):

ECOG Performance Status:

#### Frühere Tumorerkrankungen

Diagnose kodiert:  Ja  Nein

Frühere Tumorerkrankungen - Filter:

[Löschen](#) ↑↓ [Frühere Tumorerkrankung](#) ↑↓ [Jahr der Erkrankung](#) ↑↓

Die letzte Suche lieferte keine Ergebnisse

Bemerkungen:



AUTONOME PROVINZ  
BOZEN - SÜDTIROL



PROVINCIA AUTONOMA  
DI BOLZANO - ALTO ADIGE

PROVINCIA AUTONOMA DE BULSAN - SÜDTIROL

Südtiroler  
Sanitätsbetrieb



Azienda Sanitaria  
dell'Alto Adige

Azienda Sanitaria de Sudtiroi

GESUNDHEITSBEZIRK BOZEN

*Krankenhausbereich*

COMPRESORIO SANITARIO DI BOLZANO

*Area Ospedaliera*

## TUMORBOARD: CARCINOMA DEL COLON E DEL RETTO

Dati paziente

Nome:

Indirizzo:

Telefono:

Telefono:

Medico di base:

Altri specialisti:

### Diagnosi

Sottotipo: Carcinoma del colon  
 Diagnosi primaria: 2016, Bolzano

Codice	Diagnosi	Tipo
153.6	Tumori maligni del colon ascendente	Diagn. principale

### ECOG Performance Status

0 - Paziente attivo; non analgesici

### Anamnesi

#### Altro

IBD (Inflammatory Bowel Disease)

Screening

Sintomatologia:

Emorragia acuta

Emorragia cronica

Ileo

Subileo

Perforazione

Altro

### Istologia

Tipo: AdenocCA

Esito: Adenocarcinoma moderatamente differenziato (G2), del colon ascendente, con aree di necrosi, infiltrante la tonaca muscolare propria a tutto spessore e con iniziale estensione al tessuto adiposo sottosieroso. Presenza di focali aspetti di linfangioinvasione. Presenza inoltre di: adenoma tubulo-villoso sessile con displasia di basso grado. Due piccoli adenomi tubulari sessili con displasia di basso grado. Appendice indenne. Margini di resezione indenni. Tre linfonodi su venti esaminati con metastasi di adenocarcinoma (3/20). Lembo di omento indenne.

ESAME: pT3 N1a MX G2 R0 V0 L1

pTNM: T 3 N 1a ( 3 / 20 ) M 0 G 2 R 0 V 0 L 0

UICC: III

## ESdIII

Esami	Esito	Data
Colonscopia	KH Brixen	12/08/2016
TAC torace	negativ	16/08/2016
TAC Addome	formazione cistica di circa 10 mm al polo inferiore della milza	16/08/2016

## Colonscopia

Elettivo: Si , Completo: Si

Terapeutico: No

## Biopsia

Biopsia	Esito	Data	Referto	Note
Endoscopio	Maligno	12/08/2016	AdenoCA	

## Clinical Staging

Data: 16/08/2016

T 2 N 0 M+ 0 G 2

Terapia

Terapia chirurgica

Interventi	Data intervento	Operatore	Laparoscopia	CR-POSSUM	Tipo	Esito	Complicanze	Dindo-Clavien
Intervento principale ICD9: [45.73] Emicolectomia destra	24/08/2016	1° operatore: Romano Polato 2° operatore: Ivo Kompatscher	Si		Elettivo		,	R (referred patient):

Studi clinici, Psicooncologia...

Consulenza psicooncologica: Si

**Decisione dell'organismo collegiale consultivo tumorboard del 06/09/2016 (14:00 - 15:30) (Postoperativo)**

Terapia consigliata

Terapia chirurgica: Si

Data presumibile d'intervento: 24/08/2016

Chemioterapia: Si

Setting: Aduvante

Radioterapia: No

Decisione Tumorboard - Altro

Termin für Erstvisite am 13/09/2016 um 11.00 Uhr Polyambulatorien Zimmer 27 (Frau Dr.Lusso)

