



XVI Corso di aggiornamento  
per operatori dei registri tumori

I tumori delle **giunzioni**  
retto-sigma ed esofago-gastrica,  
il **distretto testa-collo** ed i  
**sarcomi** dei **tessuti molli**

12-13 OTTOBRE 2016

Palazzo della Provincia  
c/o Palazzo Sant'Agostino  
via Roma, 54 - Salerno



SALERNO

# Esempi e discussione

## Tumori del distretto testa-collo

## Esempio 1 M 60 anni

**ANATOMIA PATOLOGICA (12/6496)** Referto: 17/10/2012 Accettazione: 12/10/2012

Prestazione: Prelievo agoaspirato. Sede : Linfonodo laterocervicale. Materiale: FNAB ecoguidato a dx. Diagnosi: Il quadro citologico mostra un tumore di pertinenza della ghiandola salivare, con aspetti a cellule basali da definire con accertamento istologico.

**RM Massiccio facciale, senza e con M.D.C. 09/11/2012:**

### REFERTO DEFINITIVO

Lo studio del massiccio facciale , conferma la presenza di linfonodo patologico laterocervicale profondo a dx disposto posteriormente al muscolo SCM , di circa cm 3 di diametro, con associati almeno altri tre elementi analoghi sia in sede craniale che caudale , di max. mm 8 ciascuno.

Non si identificano lesioni sostitutive nodulari nel contesto della parotide e della sottomandibolare di destra.

A sinistra nel contesto delle stesse ghiandole sono evidenti aree linfonodi di max. mm 7, elementi non correlabili con patologia evolutiva.

Assenza di patologia vegeto infiltrativa rinofaringea e laringea , o di localizzazioni ossee secondarie in sede cervicale.

Ecografia: COLLO

10/01/2013

Esiti di tiroidectomia.

Non segni di focalità a carico delle ghiandole salivari maggiori.

Nodulazione ipoecogena disomogenea ipervascolarizzata ben delimitata, di 39x27 mm, in laterocervicale media dx esternamente al fascio vascolare e dissociabile da questo.

Non segni di linfadenomegalie parotidiche, sottomentali, sottomandibolari, laterocervicali (sn) o sovraclavari di rilievo clinico.

**SDO** Ricovero: 9/1/2013 Dimissione: 23/1/2013 Intervento: 17/1/2013

1960 - tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi di testa, faccia e collo

4021 asportazione di linfonodi cervicali profondi,

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: 16/1/2013 Accettazione: 10/1/2013

**Notizie:** Tiroidectomia totale ad Aprile 2012 per gozzo colloidale. Presentava, già all'epoca dell'intervento, una tumefazione latero-cervicale posteriore destra, clinicamente di consistenza dura, che contrae rapporti anatomici con il polo inferiore della parotide destra.

**Prestazione: Esame citologico da agoaspirato NAS**

Sede: Ghiandola parotide, NAS. Materiale inviato: FNC da tumefazione latero-cervicale posteriore destra.

Microscopica: Positivo per cellule maligne. Il quadro citologico mostra una neoplasia epiteliale..... Lo studio immunocitochimico ha dimostrato diffusa positività citoplasmatica delle cellule epiteliali per CK 34 beta 12 e più debole, seppur diffusa loro positività nucleare per proteina p 63.

**Diagnosi:** L'insieme dei reperti depone per una neoplasia verosimilmente maligna a cellule basali, fortemente suggestiva, per gli aspetti citomorfologici ed immunofenotipici descritti, per una istogenesi salivare. Purtroppo, neoplasie con analoghe caratteristiche possono anche essere di origine annessiale cutanea o rappresentare neoplasie metastatiche originate in organi cavi, come, ad esempio, le alte vie respiratorie e la trachea, nel distretto latero-cervicale. Si raccomanda, pertanto, lo studio istopatologico di una campione di biopsia escissionale.

**ANATOMIA PATOLOGICA** Accettazione: 17/1/2013

Materiale inviato : epiglottide destra . Diagnosi: Lembo di mucosa squamocellulare con iperplasia della componente linfoide.

**ANATOMIA PATOLOGICA** Accettazione: 21/1/2013 Prestazione: vuotamento laterocervicale.

Macroscopica: .... Al taglio, si isolano dal 1° livello, ghiandola salivare e n.4 ly, dal 2° livello, n.4 ly, dal 3° livello, n.16 linfonodi e massa nodulare del diam max di cm 4.

Microscopica: La massa macroscopicamente descritta corrisponde a linfonodo con metastasi massiva da carcinoma scarsamente differenziato con aspetti epidermoidi e basaloidi (CK34BE12-alto PM+, p63+, CK14+); emboli neoplastici in vasi extracapsulari.

Diagnosi: Metastasi massiva in 1/17 linfonodi isolati dal 3° livello, da carcinoma epidermoide con aspetti basaloidi; i restanti linfonodi e la ghiandola salivare sono esenti da neoplasia. I dati morfologici ed immunoistochimici sono pienamente in accordo con le ipotesi etiopatogenetiche formulate in base ai dati citologici.

**SDO** Ricovero: 25/2/2013 Dimissione: 19/3/2013 Intervento: 25/2/2013

V5811 - chemioterapia antineoplastica

1448 - tumori maligni di altre sedi del pavimento della bocca

9925 iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

**Da cartella clinica** diagnosi : trattamento combinato polichemioterapia (secondo lo schema Cisplatino 1 g. + 5Fluorouracile gg.1-4 ogni 21gg dal 25/02/2013) e radioterapia in paziente con carcinoma scarsamente differenziato con aspetti epidermoidi e basaloidi della **regione testa-collo localmente avanzato(suggestiva origine della ghiandola salivare destra)** ((Tx,N1(1/17),MX) già trattato nel Febbraio 2013 con vuotamento laterocervicale .

**ANATOMIA PATOLOGICA** Accettazione: 28/2/2013

Materiale: Tiroide, NAS \* revisione vetrini esterni tiroide allestiti in altra sede.

Diagnosi: Gozzo plurinodulare micro-macrofollicolare con presenza di fenomeni regressivi (fibrosi, emorragie, precipitati di sali di calcio).

**SDO** Ricovero: 8/4/2013 Dimissione: 8/4/2013 Intervento: 8/4/2013

V5811 - chemioterapia antineoplastica

1448 - tumori maligni di altre sedi del pavimento della bocca

9925 iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

**Vivente al 31/12/2014**

**Esempio 1 soluzione proposta:**

**Unico tumore incidente:**

**Data di incidenza:** 12/10/2012 (da FNAB Positiva)

**Topografia:** **????**C76.0 altre e mal definite sedi, testa faccia collo

**Morfologia:** M- 8083/3 Carcinoma squamocellulare basaloide  
(carcinoma epidermoide con aspetti basaloidi)

**Grado:** G3 scarsamente differenziato

**Base diagnosi:** 6 istologia su metastasi linfonodali

**E ' possibile migliorare la codifica della sede topografica?**

## Esempio 2 M 60 anni

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: **22/08/2011** (accettazione)

Biopsia polo superiore tonsilla palatina destra

Pervengono tre contenitori: 1) "tonsilla palatina dx": un frammento di cm 0,5 di colorito biancasto 2) "pilastro palatino dx": un frammento di cm 0,4 di colorito biancasto 3) "ugola": un frammento di cm 0,5 di colorito biancasto.

1-3) Frammenti a struttura fibroconnettivale massivamente infiltrati da neoplasia maligna scarsamente differenziata a pattern solido-cordonale talora vagamente rosettoide, con isolati focolai a minima differenziazione squamosa in sede di aggancio all'epitelio superficiale evidente nel campione n.1 (tonsilla palatina dx). Il quadro istologico orienta per la diagnosi di **carcinoma squamoso scarsamente**

**differenziato**. Sono in corso le indagini immunohistochimiche per confermare

l'istogenesi della neoplasia. Addendum di ICC del 28/09/211: Le indagini immunohistochimiche risultano positive per EMA e focalmente e debolmente per NSE.

Sono negative per CKMNF116, S100, Cromogranina, Vimentina, CEA, TTF1. Indice di proliferazione Ki67/MIB1: elevato (> 90%). Dato il **sospetto clinico di neoplasia neuroendocrina** ed essendo sprovvista codesta struttura di anticorpi specifici per tale determinazione, ulteriori indagini sono state eseguite (10/10/2011) presso il Servizio di Anatomia Patologica di un altro P.O. con risultato positivo per le CKPAN. Sono risultate negative la Synaptofisina ed il CD56. Quadro immunohistochimico coerente con il dato morfologico.

**SDO** Ricovero: 26/8/2011 Dimissione: 28/8/2011

Diagnosi SDO: **149.0 (t.m. della faringe, NOS)** V72.6 (visite ed esami speciali)  
784.2 (tumefazione, massa, protuberanza della testa e del collo)

Procedure: 291.2 (biopsia faringea) 903.9 (altri esami microscopici) 895.2 (ECG)

**SDO** Ricovero: 31/8/2011 Dimissione: 2/9/2011

Diagnosi SDO: **149.0 (t.m. della faringe, NOS)**

Procedure: 314.2 (laringoscopia e tracheoscopia)

**RMN collo** 1/9/2011

Lo spazio retrofaringeo di destra e' occupato da formazione espansiva di verosimile natura linfonodale del diametro max di 2 cm che disloca lateralmente la carotide comune , contraendo stretti rapporti di contiguita' per circa il 30%/ del diametro vascolare. Altra formazione esapansiva solida , disomogenea , eteroplasica ,del diametro max di 2 cm , mal dissociabile dal profilo laterale della tonsilla palatina di destra determina effetto massa e asimmetrica riduzione di ampiezza dell' orofaringe. A livello del fondo della vallecola di destra si osserva lesione ipointensa in T1 , T2 e dopo somminsitrazione ev di mdc , che infiltra la sottomucosa ed interessa il pilastro palatino anteriore , la radice del corpo dell ' emilingua omolaterale.. Multiple minute aree ipointense in tutte le fasi di acquisizione sono evidenti in ambito della tonsilla palatina di sinistra . Infiltrato eteroplasico determina lieve tumefazione del palato molle e dell' ugula Grossolane adenopatie con caratteri necortico colliquativi, sono evidenti in corrsipodenza dei compartimetni 3, 4 , 5 ; altri piccoli linfonodi sono diffusi ai compartimenti 1 e 2. Diffusa alterrazione sostitutiva dei somi vertebrali di C2, C7 e D10.

**SDO** Ricovero: 21/9/2011 Dimissione: 3/10/2011

Diagnosi: **146.0 (t.m. tonsilla) 198.5 (t.m.s. osso) 197.7 (t.m.s. fegato)**

Procedure: 870.3 (TAC capo) 880.1 (TAC addome) 992.5 (iniezione chemioterapici)

### **TAC cranio-torace-addome 01/10/11**

Esame eseguito prima e dopo somministrazione ev di mdc. TC encefalo: Sistema in asse, simmetrico e normoconformato. Spazi subaracnoidei regolari. Non si apprezzano alterazioni a carico delle strutture nervose esaminate. Tc massiccio facciale e collo.

Rispetto al precedente esame TC eseguito in questa stessa sede in data 23/8/2011, al controllo attuale si apprezza aumento delle dimensioni, del volume e dei fenomeni di necrosi colliquativa delle tumefazioni linfonodali confluenti a livello delle stazioni laterocervicale bilaterali. Le dimensioni assiali massime a destra sono di circa 6x3 cm e a sinistra di 3x3 cm. Invariata la tumefazione patologica della tonsilla palatina destra e le dimensioni dei linfonodi peri tonsillari della stessa sede. Trachea in asse. Tiroide aumentata di volume e disomogenea. TC torace Presenza di versamento pleurico basale destro dello spessore massimo di circa 3 cm con associata atelettasia da compressione delle porzioni basali posteriori di entrambi lobi polmonari. Non altre alterazioni della densità polmonare. Regolare mediastino. TC addome Fegato di regolare morfologia e volume, con presenza di multiple lesioni secondarie le maggiori a livello del I e dell'VIII segmento (2-3 cm). Vie biliari non dilatate. Tronco portale pervie di calibro regolare. Pancreas, reni, surreni, milza sostanzialmente nei limiti. Modesta imbibizione del tessuto adiposo addominale. Presenza di multiple lesioni ossee a caratterre prevalentemente osteolitico vertebrali; piccola interruzione del muro posteriore di D2. Non sono evidenti chiari segni di extracompartimentalizzazione.

**SDO** Ricovero: 14/11/2011 Dimissione: 24/11/2011

Diagnosi: 285.2 (anemie in malattie croniche) **146.7 (t.m. parte posteriore orofaringe) 198.5 (t.m.s. osso) 197.7 (t.m.s. fegato)**

Procedure: 990.3 (trasfusione sangue intero)

### **Scheda di morte, 27/11/2011**

1. Causa di inizio sequenza: Bronchite cronica (J42) / Asma bronchiale (J45.9)

4. Causa di fine sequenza: **Cr polmonare (C34.9)**

Causa iniziale di morte: **T.m. polmone (C34.9)**

Si richiede cc del 14/11/2011

Perviene solo frontespizio, con diagnosi di dimissione: carcinoma tonsillare con metastasi ossee ed epatiche.

## **Esempio 2 soluzione proposta:**

**Unico tumore incidente**

**Data di incidenza :** 22/8/2011 (esame istologico - accettazione)

**Topografia:** C09.9 tonsilla palatina

**Morfologia:** M-8070/3 carcinoma squamoso

**Grado:** G3 scarsamente differenziato

**Stadio:**

**Lateralità:** destra

**Base diagnosi:** 7

### **Esempio 3 M 69 anni**

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: 2/1/2007 Accettazione: 11/12/2006

Materiale: reg latero cervicale. Diagnosi: I due campioni inviati come linfonodi laterocervicali sono diffusamente metastatizzati da gettoni neoplastici di neoplasia epiteliale maligna.

**SDO** Ricovero: 18/1/2007 Dimissione: 18/1/2007 Intervento: 18/1/2007

1602 - tumori maligni del seno mascellare, 2212 biopsia a cielo aperto dei seni nasali

9218 scintigrafia total body 8703 tomografia assiale computerizzata (tac) del capo

**ANATOMIA PATOLOGICA (232/2007)** Referto: 25/1/2007 Accettazione: 19/1/2007

Materiale: cavità nasale (2 campioni). Diagnosi: Entrambi i campioni mostrano infiltrazione di gettoni neoplastici, riferibili a neoplasia maligna verosimilmente epiteliale. Le cellule neoplastiche sono risultate positive a Citocheratina, EMA e CEA, negative per vimentina. S100 e CD68. Il profilo immunohistochimico è compatibile con una neoplasia maligna epiteliale scarsamente differenziata.

**SDO** Ricovero: 12/2/2007 Dimissione: 14/2/2007 Intervento: 12/2/2007

V1022 - anamnesi personale di tumore maligno della cavità nasale, dell'orecchio medio e dei seni paranasali

V581 - chemioterapia, 9925 iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

**Diverse SDO con i medesimi codici fino a maggio 2007**

**(Da anamnesi in cartella clinica del 14/7/2013: Nel 2007 eseguita chemioterapia (6 cicli con schema TPF) e radioterapia su fossa nasale, rinofaringe e collo concomitante a 3 cicli di cetuximab per neoplasia maligna epiteliale cT3N2c originate dalla fossa nasale sinistra.)**

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: 15/7/2008 Accettazione: 9/7/2008

Materiale: reg latero cervicale sn. Diagnosi: Linfonodo sede di metastasi da carcinoma squamoso.

**(Da anamnesi in cartella clinica del 14/7/2013: Nel luglio 2008 linfadenectomia diagnostica compatibile con recidiva di malattia).**

**SDO** Ricovero: 4/9/2008 Dimissione: 23/9/2008 Intervento: 11/9/2008

1602 - tumori maligni del seno mascellare, 1603 - tumori maligni del seno etmoidale

0212 altra riparazione delle meningi cerebrali, 2263 etmoidectomia, 2264 sferoidectomia, 4042 dissezione radicale del collo, bilaterale

**(Da anamnesi in cartella clinica del 14/7/2013: Nel settembre 2008 asportazione chirurgica di carcinoma scarsamente differenziato con possibile primitività a livello dei dotti salivari e svuotamento laterocervicale bilaterale pT3N2. Istol n. 9699/2008)**

**SDO** Ricovero: 25/11/2008 Dimissione: 19/12/2008 Intervento: 25/11/2008

V581 - chemioterapia, V1002 - anamnesi personale di tumore maligno di altre e non specificate sedi della cavità orale e della faringe

9925 iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

**SDO** Ricovero: 16/2/2013 Dimissione: 22/2/2013 Intervento: 18/2/2013

1901 - tumori maligni dell'orbita, V1022 - anamnesi personale di tumore maligno della cavità nasale,dell'orecchio medio e dei seni paranasali

2392 - tumori di natura non specificata delle ossa,tessuti molli e cute, 2398 - tumori di natura non specificata di altre sedi specificate

2263 etmoidectomia, 2241 senotomia frontale

1692 asportazione di lesione dell'orbita, 096 asportazione del sacco e delle vie lacrimali

**(Da anamnesi in cartella clinica del 14/7/2013 : Nel febbraio 2013 intervento di senotomia frontale ed esecuzione di biopsie multiple a livello del sacco lacrimale e di neoformazione intraorbitaria sinistra con esame istologico (n. 3993/2013) compatibile con carcinoma G3 a livello del sacco lacrimale e dell'angolo supero-mediale dell'orbita sinistra. )**

**SDO** Ricovero: 14/7/2013 Dimissione: 30/7/2013 Intervento: 22/7/2013

1901 - tumori maligni dell'orbita, V1022 - anamnesi personale di tumore maligno della cavità nasale,dell'orecchio medio e dei seni paranasali

1639 altra eviscerazione del bulbo oculare, 1698 altri interventi sull'orbita, 8891 risonanza magnetica nucleare (rmn) del cervello e del tronco encefalico, 8741 tomografia assiale computerizzata (tac) del torace.

**Da cartella clinica in anamnesi:** Nel 2007 eseguita chemioterapia (6 cicli con schema TPF) e radioterapia su fossa nasale, rinofaringe e collo concomitante a 3 cicli di cetuximab per neoplasia maligna epiteliale cT3N2c originate dalla fossa nasale sinistra.

Nel luglio 2008 linfadenectomia diagnostica compatibile con recidiva di malattia.

Nel settembre 2008 asportazione chirurgica di carcinoma scarsamente differenziato con possibile primitività a livello dei dotti salivari e svuotamento laterocervicale bilaterale pT3N2.

Nel febbraio 2013 intervento di senotomia frontale ed esecuzione di biopsie multiple a livello del sacco lacrimale e di neoformazione intraorbitaria sinistra con esame istologico compatibile con carcinoma G3 a livello del sacco lacrimale e dell'angolo supero-mediale dell'orbita sinistra.

## **Quali e quanti tumori incidenti ?**

**ANATOMIA PATOLOGICA** 22/7/2013:

Materiale: A) neoformazione orbitaria sinistra, B) sottocute, C) Neoformazione intraorbitale, D)

Contenuto orbita sinistra

Diagnosi: AB C e D) Infiltrazione di carcinoma squamoso scarsamente differenziato con caratteristiche morfologiche riferibili alla neoplasia precedentemente asportata. Si vedano gli esami 232/2007, 9699/2008 e 3993/2013.

**Diagnosi di dimissione:** Recidiva di carcinoma fossa nasale con estensione orbitaria sinistra.

**Vivente al 31/12/2014**

## **Esempio 3 soluzione proposta:**

**Unico tumore incidente**

**Data di incidenza :** 11/12/2006 (asportazione linfonodi positivi)

**Topografia:** C30.0 cavità nasale

**Morfologia:** M-8070/3 carcinoma squamoso

**Grado:** G3 scarsamente differenziato

**Stadio:** cT3N2c

**Lateralità:** sinistra

**Base diagnosi:** 7

## Esempio 4 M 63 anni

**SDO** Ricovero: 9/6/2009 Dimissione: 17/6/2009

Diagnosi SDO: **161.0 (t.m. del laringe - glottide) 150.0 (t.m. dell'esofago)**

Procedure: 3143 (biopsia [endoscopica] del laringe) 4223 (altra esofagoscopia)

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: **17/06/2009** (accettazione)

Notizie cliniche: Neoformazione laringo-esofagea.

Biopsia laringea: pervengono cinque frammenti.

Diagnosi: Carcinoma squamoso moderatamente differenziato del laringe. Codice T:

A Neoformazione faccia laringea epiglottide

**SDO** Ricovero: 23/6/2009 Dimissione: 3/7/2009

Diagnosi: **162.9 (t.m. polmone)** 518.81 (altre malattie del polmone) 401.9 (ipertensione arteriosa) **161.9 (t.m. laringe, nas)** **197.3 (t.m.s. altri organi respiratori)** **197.8 (t.m.s. altri organi digestivi)**

Procedure: 8838 (TAC) 9214 (scintigrafia ossea) 8744 (rx torace) 9386 (arricchimento ossigeno)

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: **26/06/2009** (accettazione)

1) 4 vetrini per brushing segmento posteriore del lobo inf. dx

2) 1 broncoaspirato segmento posteriore del lobo inf. Dx

1-2) Strisci con presenza di rari ed isolati elementi epiteliali

atipici che depongono per carcinoma non a piccole cellule, più probabile adeno.

**Scheda di morte, 3/7/2009**

1. Causa di inizio sequenza: **Neoplasia del polmone (162.9)** da 8 gg
2. Prima causa intermedia: Disfagia da 2 mesi

Causa iniziale di morte: **T.m. polmone (162.9)**

## **Esempio 4 soluzione proposta:**

### **1° tumore incidente**

**Data di incidenza:** 17/6/2009

**Topografia:** C32.1 Epiglottide

**Morfologia:** M- 8070/3 Carcinoma squamocellulare, NAS

**Grado:** G2 mediamente differenziato

**Lateralità:** -

**Base diagnosi:** 7

**Stadio:**

### **2° tumore incidente**

**Data di incidenza:** 26/6/2009 brushing

**Topografia:** C34.3 lobo inferiore del polmone

**Morfologia:** M- 8140/3 Adenocarcinoma, NAS

**Grado:** -

**Lateralità:** destra

**Base diagnosi:** 5 citologica

**Stadio:** -

## **Esempio 5 M 64 anni**

**SDO** Ricovero: 26/4/2011 Dimissione: 2/5/2011 Intervento: 27/4/2011

1619 - tumori maligni della laringe, non specificata

3029 altra laringectomia parziale 4041 dissezione radicale del collo, monolaterale

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: 5/5/2011 Accettazione: 27/4/2011

Materiale: 1) Neoplasia laringe, 2) Svuotamento latero cervicale sn.

1) Campione a forma cilindrica di cm 3 x cm 1 che viene così campionato: a) margine superiore epiglottide; b) margine inferiore ipoglottico; c) estremità margine inferiore; d) area centrale.

2) Campione di cm 9x3,5 da cui si isolano n. 9 linfonodi.

Diagnosi: 1) Carcinoma a cellule squamose mediamente differenziato con limiti di invasione alla muscolatura striata; la neoplasia interessa la glottide e si estende alla falsa corda vocale; i margini prossimale (epiglottide) e distale (ipoglottide) appaiono indenni.

2) Metastasi a n. 5 su n. 9 linfonodi isolati. Staging: pT2 N2b.

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: 8/11/2012 Accettazione: 8/11/2012

Esame Citologico (Agoaspirato) Nodo cm :1,6 (1) e 1,0 (2). Forma lesione: tondo-ovale.

1) Sovraclaveare sx. (cm. 1,6) , 2) Tumefazione latero-cervicale sx. (cm. 1,0) in paziente microlaringectomizzato.

Diagnosi: Il quadro morfologico mostra cellule di media-grossa taglia con ovvie caratteristiche di malignità.... In entrambi i prelievi: positivo per cellule maligne. Metastasi di carcinoma epidermoide moderatamente differenziato.

**SDO** Ricovero: 7/1/2013 Dimissione: 7/1/2013 Intervento: 7/1/2013

1961 - tumori maligni secondari e non specificati dei linfonodi intratoracici

V1021 - anamnesi personale di tumore maligno della laringe

4011 biopsia di strutture linfatiche, 3327 biopsia endoscopica del polmone

TC Torace (28/11/2012): addensamento a grappolo a livello del lobo inferiore sinistro associato ad adenopatie mediastiniche paratracheali bilaterali.

PET scan (12/11/2012): VALUTAZIONE DISTRETTUALE

Distretto cervico-facciale

Patologico accumulo in corrispondenza di adenopatie in sede latero-cervicale al II e V livello di sinistra, in sede giugulare e sovra-claveare bilaterale (in maggior misura a sinistra, ScreenCap #1 e #2).

Si segnala, inoltre, disomogeneo accumulo in corrispondenza della commissura che non assume connotati di malignità e focale captazione a carico di un processo alveolare dell'emi-mandibola destra da riferire a patologia odontogena.

Distretto toracico

Patologico accumulo in corrispondenza di una nodulazione al segmento apicale del lobo inferiore del polmone sinistro e di

adenopatie in sede para-tracheale bilaterale, pre- e sotto-carenale, alla finestra aorto-polmonare e in sede ilare polmonare

bilaterale (ScreenCap #419, #386-435, #2, #3, #4 e #5). Restanti campi polmonari e pleura indenni da concentrazioni patologiche del radiofarmaco.

## ANATOMIA PATOLOGICA 7/1/2013

### **Materiale inviato:**

- A) Agoaspirato linfonodale transbronchiale, R4 (1°).
- B) Agoaspirato linfonodale transbronchiale, R4 (2°).

### **Diagnosi Citopatologica Estemporanea:**

- A) Materiale adeguato (CC > Donghi)

### **Diagnosi citopatologica**

- A,B) Presenza di CTM epiteliali, riferibili a carcinoma spinocellulare, associate a necrosi.

**SDO** Ricovero: 21/1/2013 Dimissione: 30/12/2013 Intervento: 30/12/2013

V5811 - chemioterapia antineoplastica

V1011 - anamnesi personale di tumore maligno di bronchi e polmoni

9925 iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore

**Da cartella clinica;**

Diagnosi di ammissione: carcinoma polmonare.

Diagnosi di dimissione: chemioterapia ed anamnesi di carcinoma polmone.

**In anamnesi patologica remota:** carcinoma della laringe e poi carcinoma del polmone.  
Il 27/04/2011 cordectomia sx +linfadenectomia laterocervicale per carcinoma della laringe T2N2 (N 5+/9) M0.

**In anamnesi patologica prossima:** Paziente affetto da carcinoma squamoso polmonare diagnosticato a Novembre 2012 con LN LC sin e sovraclaveari bilaterali , Ln ilo mediastinici bilaterali.

**Diverse SDO con i medesimi codici fino al decesso**

**Deceduto il 21/05/2014 causa di decesso ignota**

## **Esempio 5 soluzione proposta:**

### **1° tumore incidente**

**Data di incidenza:** 27/4/2011

**Topografia:** C32.0 Glottide

**Morfologia:** M- 8070/3 Carcinoma squamocellulare, NAS

**Grado:** G2 mediamente differenziato

**Lateralità:** -

**Base diagnosi:** 7

**Stadio:** pT2 N2b

### **2° tumore incidente**

**Data di incidenza:** 7/1/2013 agoaspirato linfonodale

**Topografia:** C34.3 lobo inferiore del polmone

**Morfologia:** M- 8070/3 Carcinoma squamocellulare, NAS (carcinoma spinocellulare)

**Grado:** -

**Lateralità:** sinistra

**Base diagnosi:** 5 citologica

**Stadio:** -

## **Esempio 6 F 65 anni**

**SDO** Ricovero: 21/9/2011 Dimissione: 27/10/2011

Diagnosi: **142.2 (t.m. della ghiandola sottolinguale)** 747.3 (anomalie arteria polmonare) 401.9 (ipertensione essenziale) 205.0 (diabete mellito ) 242.1 (gozzo tossico uninodulare)

Procedure: 3142 (laringoscopia e altra tracheoscopia) 8744 (rx torace) 8703 (TAC capo) 8872 (ecocardiogramma)

### **TAC seni paranasali e collo 27/09/2011**

Esame eseguito prima e dopo somministrazione di mdc. COLLO: In corrispondenza della **regione sottolinguale destra si evidenzia lesione espansiva ipoecogena sepimentata ed impregnazione contrastografica delle dimensioni di 33 x 25 mm.** Linfadenopatie subcentimetriche a carico delle stazioni linfatiche del collo. Nelle scansioni passanti per il cranio sembra apprezzarsi area ipodensa periventricolo laterale sinistra, dilatazione ventricolare laterale sinistra; utile tc cranio. TORACE: Aneurisma dell'arteria polmonare di sinistra che mostra un diametro di 53 mm. Non evidenti lesioni nodulari parenchimali, ne' versamento pleurico.

**SDO** Ricovero: 21/11/2011 Dimissione: 29/11/2011

Diagnosi: **142.2 (t.m. della ghiandola sottolinguale)** 438.2 (emiplegia/emiparesi) 747.3 (anomalie arteria polmonare) 401.9 (ipertensione essenziale) 205.0 (diabete mellito )

Procedure: 2630 (scialoadenectomia) 9039 (esame microscopico- orecchio, naso, gola e laringe)

**ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: **22/11/2011** (accettazione)

A) DIAGNOSI ESTEMPORANEA INTRAOPERATORIA (comunicata telefonicamente in sala operatoria al Dr. Cariti, il 22-11-2011) + ESAME ISTOLOGICO DEFINITIVO: Minuto frammento bioptico di tumore adenomatoide borderline di ghiandola salivare minore, sospetto per adenocarcinoma di ghiandola salivare minore. B) ESAME ISTOLOGICO PEZZO OPERATORIO: **Tumore adenomatoide di ghiandola salivare minore, a pattern misto polimorfo, circoscritto da pseudocapsula, interessata da infiltrazione neoplastica multifocale**, con aspetti di invasione perineurale, con caratteri istomorfologici indicativi per **adenocarcinoma di basso grado di ghiandola salivare minore** (Ki67-MIB1: positivo nel 3-4% dei nuclei), e con reperto morfoimmunoistochimico che depone per **adenocarcinoma polimorfo di basso grado di ghiandola salivare minore** (exeresi focalmente incompleta). Esami immunoistochimici: eseguiti Vimentina, CK7, p63, KI67-MIB1.

## **RMN collo, orofaringe e lingua** 19/03/2012

Esame eseguito con sequenze convenzionali senza e con fat suppression, senza mdc per riferita diatesi allergica. In merito al quesito posto al controllo odierno quale postumo del recente intervento si segnala in stretta contiguità con l'**adiacente radice linguale un'asimmetria di spessore della parete antero-laterale del palato molle (sin>dx)**. Alterato segnale come da secondarismo interessa l'emimandibola dx ed in particolare la branca montante in prossimità della sinfisi mentoniera. Non significativa tumefazione linfoghiandolare latero-cervicale. Grossolano esito malacico si reperta in sede fronto-insulare sin con associata ectasia-retrazione dell'adiacente ventricolo laterale. I reperti descritti, data la vicinanza con il recente intervento, necessitano di controllo a breve ev anche con mdc (previa terapia antiallergica) a scopo diagnostico-differenziale (postumi vs persistenza di malattia).

**SDO** Ricovero: 26/11/2012 Dimissione: 30/11/2012

Diagnosi: **195.4 (t.m. dell'arto superiore)** 342.0 (emiplegia flaccida) V72.6 (esami di laboratorio)

Procedure: 7740 (biopsia dell'osso) 9039 (esame microscopico- orecchio, naso, gola e laringe) 8952 (ECG) 8744 (rx torace)

## **ANATOMIA PATOLOGICA** Referto: **20/12/2012** (accettazione)

Biopsia mandibola destra

Quattro frammenti.

Frammenti a struttura fibroconnettivale massivamente infiltrato da gettoni solidi di carcinoma scarsamente differenziato, a cellule di piccola e media taglia ad abito basaloide, con permeazione neoplastica perineurale. Il quadro istologico, alla luce anche delle notizie clinico-anamnestiche, depone per **localizzazione mandibolare di carcinoma adenoideo-cistico, di tipo solido**. Indagini immunohistochimiche : risultano positive per CK7 ed EMA; sono negative per CK8, p63, Cromogranina, Synaptofisina.

**SDO** Accessi n DH: dal 23/2/2013 al 6/8/2013

Diagnosi: V58.1 (chemioterapia) **144.0 (t.m. della parte anteriore della bocca)**

Procedure: 9925 (iniezione o infusione di sostanze chemioterapiche per tumore) x 5

## **RMN collo, faringe e lingua 28/05/2013**

Esame eseguito con sequenze convenzionali senza e con fat suppression, senza mdc per riferita diatesi allergica. In merito al quesito posto al controllo odierno quale postumo del pregresso trattamento chemio-radioterapico si rileva **alterazione di segnale di tipo osteolitico infiltrativo della branca orizzontale dell' emimandibola destra, con soluzioni di continuo lungo il profilo anteriore ove concomita infiltrazione dei tessuti molli sottocutanei perilesionali** ; diffusamente assottigliata la corticale. Irregolare ed assottigliata l'emimandibola di sinistra ed in prossimità della sinfisi si associa infiltrazione del muscolo miloioideo contiguo. Non evidenti alterazioni a carico delle strutture laringo-faringee nè tumefazioni linfonodali.

## **RMN collo e massiccio facciale 6/3/2015**

Esame eseguito senza somministrazione ev di mdc. al controllo odierno si documenta diffusa **infiltrazione eteroplasica dell' emimandibola destra, della regione mentoniera e della branca orizzontale dell' emimandibola sinistra con associata infiltrazione del tessuto adiposo perilesionale contraente stretti rapporti di contiguita' con le strutture muscolari loco-regionali senza evidenti piani di clivaggio Il muscolo milo-ioideo di destra appare infiltrato a livello della porzione ioidea**. Alcuni linfonodi del diametro max di 12 mm con regolare morfologia e diomogenea intensita' ed enhancement sono evidenti a livello dei livelli 3 e 4 di sinistra . Non evidenti alterazioni di significato patologico a carico delle restanti strutture del collo Le scansioni passanti per l' apice polmonare destro mostrano lesione solida ripetitiva del diametro max di 2 cm circa

## **TAC Cranio e TAC Torace 5/11/2015**

Indagine eseguita senza mdc in regime d'urgenza. In sede Silviana e capsulo-lenticolare è evidente un'estesa area ipodensa con isole di iperdensità periferica periventricolare, reperti peraltro già descritti in precedenti esami TC; in adiacenza è presente un'estesa ipodensità della sostanza bianca sottocorticale in sede frontale omolateralmente. Diffusa ipodensità della sostanza bianca periventricolare da ipossia cronica. Dilatazione dei ventricoli. Strutture mediane spostate a sinistra di circa 7 mm. **Note aree osteolitiche con tessuto neoformato in corrispondenza dell'emimandibola destra e sinistra. Diffuse multiple grossolane lesioni di verosimile natura secondaria a carico del parenchima polmonare.** Cavità pleuriche libere da versamento. Linfonodi mediastinici, il maggiore di circa 1,5 cm in loggia di Barèty. Regolare delineazione del restante mediastino. Iniziale ateromasia calcifica dell'aorta.

## **Esempio 6 soluzione proposta:**

### **Unico tumore incidente**

**Data di incidenza :** 22/11/2011 (esame istologico - accettazione)

**Topografia:** C06.9 bocca che comprende gh.salivare minore (C04.9 pavimento orale ?)

**Morfologia:** M-8200/3 carcinoma adenoide-cistico

**Grado:** G1 ben differenziato

**Stadio:**

**Lateralità:** -

**Base diagnosi:** 7