



## **RACCOMANDAZIONI PER LA REFERTAZIONE ISTOPATOLOGICA DEL CARCINOMA ESOFAGEO/GIUNZIONE ESOFAGO-GASTRICA**

### **Comitato estensore**

Mirella Fortunato, Paola Riella

### **Approvato dal Gruppo di Studio sui Tumori dell'Esophago**

### **Partecipanti:**

Elena Agnello, Marco Allaix, Marco Francesco Amisano, Vincenzo Arena, Paolo Bellora, Simone Birolo, Ljevin Boglione, Michele Camandona, Giorgia Catalano, Sebastiano Cavalli, Viviana Contu, Franco Coppola, Pietro Cumbo, Giordana D'Aloisio, Fabio De Cesare, Lucia Evangelisti, Ivan Facilissimo, Elena Fea, Renato Ferraris, Concetta Finocchiaro, Laura Giovanna Forti, Mirella Fortunato, Flavio Fraire, Mauro Garino, Antonietta Garripoli, Sergio Gentili, Paolo Geretto, Francesco Giraldi, Angelica Hotca, Alessandro Lavagna, Daniela Marengo, Luca Mazza, Antonella Melano, Fernanda Migliaccio, Michela Mineccia, Sabrina Paonessa, Luca Panier Suffat, Luca Pellegrino, Ferruccio Ravazzoni, Fabrizio Rebecchi, Paola Riella, Renato Romagnoli, Maria Antonietta Satolli, Donatella Scaglione, Anna Lucia Segreto, Stefano Silvestri, Oscar Soresini, Pietro Sozzi, Elisa Sperti, Paolo Strignano, Maria Tessa, Lucia Turri, Giorgio Verros

Dal punto di vista anatomico-topografico ed endoscopico, l'esofago viene suddiviso in (sec. TNM ottava edizione):

1) **esofago cervicale**: dal bordo inferiore della cartilagine cricoide allo stretto toracico superiore (circa 18cm dagli incisivi superiori);

2) **esofago intratoracico**:

- esofago toracico superiore: dallo stretto toracico alla biforcazione tracheale (circa 24cm dagli incisivi superiori);

- esofago toracico medio: tra biforcazione tracheale ed esofago distale appena sopra la giunzione gastro-esofagea (circa 32cm dagli incisivi superiori);

- esofago toracico inferiore: porzione intra-addominale dell'esofago e giunzione gastro-esofagea (circa 40cm dagli incisivi superiori);

3) **giunzione gastro-esofagea**: i tumori che coinvolgono la giunzione gastro-esofagea il cui epicentro è entro i 2 cm prossimali al cardias (Siewert tipo I/II) sono stadiati come carcinomi esofagei. I tumori il cui epicentro è più distante di 2 cm - in senso distale - dalla giunzione gastro-esofagea sono stadiati come carcinomi gastrici (anche se coinvolgono la giunzione gastroesofagea).

## TIPO DI INTERVENTO

- Resezione endoscopica
- Esofagectomia
- Esofago-gastrectomia
- Altro.

## SEDE DEL TUMORE

- Esofago cervicale
- Esofago intratoracico (esofago toracico superiore)
- Esofago intratoracico (esofago toracico medio)
- Esofago intratoracico (esofago toracico inferiore)
- Giunzione esofago-gastrica (EGJ).

## **DIMENSIONI DEL TUMORE**

Diametro maggiore: cm.

## **TIPO ISTOLOGICO**

Classificazione WHO

- Adenocarcinoma
- Carcinoma adenoido-cistico
- Carcinoma mucoepidermoide
- Carcinoma misto adeno-neuroendocrino
- Carcinoma indifferenziato con componente ghiandolare
- Carcinoma squamoso
- Carcinoma squamoso basaloide
- Carcinoma adenosquamoso
- Carcinoma squamoso a cellule fusate
- Carcinoma squamoso verrucoso
- Carcinoma indifferenziato con componente squamosa
- Carcinoma indifferenziato.

## **GRADO ISTOLOGICO**

- GX: non attribuibile
- G1: ben differenziato
- G2: moderatamente differenziato
- G3: scarsamente differenziato.

## **ESTENSIONE MICROSCOPICA DEL TUMORE**

- Displasia di alto grado/carcinoma in situ (neoplasia intraepiteliale)
- Tumore invade la lamina propria
- Tumore invade la muscularis mucosae
- Tumore invade la sottomucosa
- Tumore invade la muscolare propria.

- Tumore invade l'avventizia
- Tumore invade direttamente struttura adiacenti: specificare quali.

## **MARGINI DI RESEZIONE**

### **Margine prossimale:**

- non è valutabile
- non è interessato dal carcinoma invasivo o da carcinoma in situ
- interessato dal carcinoma invasivo
- interessato dalla displasia ghiandolare/squamosa di basso o alto grado/carcinoma in situ
- interessato dalla metaplasia intestinale (Barrett) senza displasia.

### **Margine distale:**

- non è valutabile
- non è interessato dal carcinoma invasivo o da carcinoma in situ
- interessato dal carcinoma invasivo
- interessato dalla displasia ghiandolare/squamosa di basso o alto grado/carcinoma in situ
- interessato dalla metaplasia intestinale (Barrett) senza displasia.

### **Margine radiale:**

- non è valutabile
- non è interessato dal carcinoma invasivo
- è interessato dal carcinoma invasivo.

### **Margine mucoso (si applica alle resezioni endoscopiche):**

- non è valutabile
- non è interessato dal carcinoma invasivo o da carcinoma in situ
- interessato dal carcinoma invasivo
- interessato da displasia ghiandolare/squamosa di basso o alto grado/carcinoma in situ
- interessato dalla metaplasia intestinale (Barrett) senza displasia.

**Margine profondo (si applica alle resezioni endoscopiche):**

- non è valutabile
- non è interessato dal carcinoma invasivo
- interessato dal carcinoma invasivo.

**Se tutti i margini non sono interessati da tumore indicare:**

- distanza minima dal carcinoma invasivo del margine più vicino (specificare quale): mm.

**Invasioni neoplastiche vasculo-linfatiche:**

- presenti
- assenti.

**Invasioni neoplastiche perineurali:**

- presenti
- assenti.

**Valutazione della risposta alla terapia neoadiuvante sec. Mandard:**

- assenza di cellule tumorali e presenza di fibrosi (TGR1- risposta completa)
- singole cellule o piccoli gruppi di cellule tumorali in presenza di fibrosi (TGR2 – risposta quasi completa)
- residuo tumorale con prevalenza di fibrosi (TGR3 – risposta parziale)
- residuo tumorale prevalente con fibrosi (TGR4- risposta parziale)
- esteso residuo tumorale senza evidenza istologica di regressione (TGR5 – assenza o minima risposta).

**Stadiazione patologica (pTNM)**

**Tumore primitivo:**

- pTX: non determinabile
- pT0: non evidenza di tumore
- pTis: displasia di alto grado / carcinoma in situ

pT1: tumore che invade la lamina propria, muscularis mucosae o sottomucosa.

- pT1a: tumore che invade la lamina propria, muscularis mucosae

- pT1b: tumore che invade la sottomucosa

pT2: tumore che invade la muscularis propria

pT3: tumore che invade l'avventizia

pT4: tumore che invade le strutture adiacenti

- pT4a: tumore che invade la pleura, pericardio, vena azygos, diaframma o peritoneo

- pT4b: tumore che invade altre strutture adiacenti, come aorta, i corpi vertebrali o trachea.

### **Linfonodi regionali:**

- pNX: non valutabili

- pN0: assenza di metastasi nei linfonodi regionali

- pN1: metastasi in 1-2 linfonodi perigastrici

- pN2: metastasi in 3-6 linfonodi perigastrici

- pN3: metastasi in 7 o più linfonodi perigastrici.

### **Metastasi a distanza:**

- non valutabili

- pM1: metastasi a distanza (specificare la sede).

### **Caratteristiche patologiche aggiuntive (opzionali):**

- metaplasia intestinale (Barrett)

- displasia squamosa di basso/alto grado

- displasia ghiandolare di basso/alto grado

- esofagite

- Altro (specificare).

### **Indagini immunoistochimiche e di biologia molecolare:**

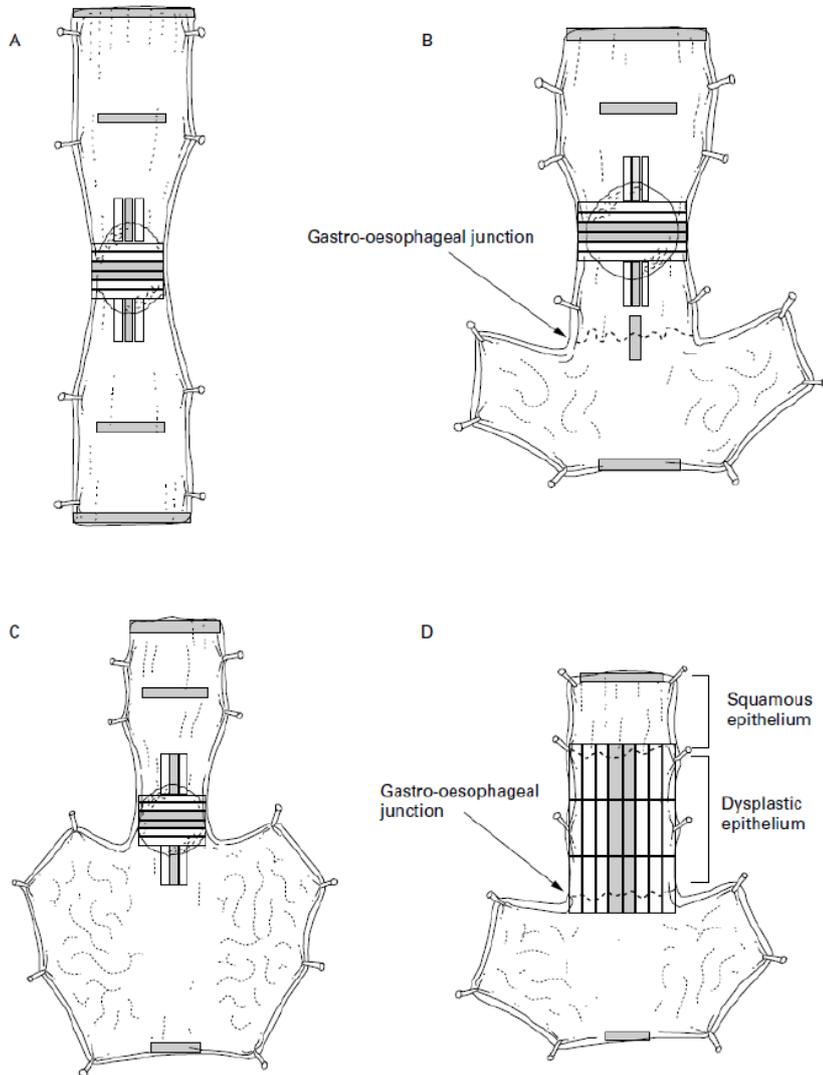
- Valutazione di HER 2 (fare riferimento alle raccomandazioni AIOM-SIAPEC)

- Altro (specificare).

***CRITERI MINIMI ESAME MICROSCOPICO:***

- Tipo istologico
- Grado istologico
- Estensione tumorale microscopica
- Valutazione margini di resezione prossimale, distale, circonferenziale (esofagectomie o esofago-gastrectomie) e profondo (resezioni endoscopiche)
- Invasioni neoplastiche vasculo-linfatiche
- Invasioni neoplastiche perineurali
- Stadiazione patologica sec. TNM (ottava edizione)
- Eventuale valutazione del grado di risposta a terapie neoadiuvanti
- Numero di linfonodi e numero di metastasi linfonodali.

## ALLEGATO SCHEMA CAMPIONAMENTO:



Recommended blocks for histology in resected oesophageal neoplasms. (A) Oesophagectomy specimen. (B) Oesophago-gastrectomy specimen containing tumour above the gastro-oesophageal junction. (C) Oesophago-gastrectomy specimen containing tumour at the gastro-oesophageal junction. (D) Resected specimen for high grade dysplasia/in situ carcinoma. Shaded blocks represent the recommended minimum number to be sampled (A) and (C).<sup>28</sup> Reproduced with permission.