



PSDTA Esofago

Allegato 5 : Anatomia patologica

Anno di pubblicazione 2024

Requisiti anatomico-patologici per l'esame istologico post resezione esofagea per neoplasia

I campioni dovrebbero giungere sempre in Anatomia Patologica in modalità "a fresco" per permettere al patologo una migliore descrizione macroscopica della neoplasia e migliorare la qualità di fissazione dei preparati.

Si consiglia la dissezione delle stazioni linfonodali in sala operatoria e l'invio delle stesse in contenitori separati.

I prelievi macroscopici devono sempre permettere la valutazione dei margini di resezione prossimale, distale e circonferenziale.

Almeno 3 prelievi di neoplasia devono essere considerati. In caso di neoplasie con ottima risposta alla terapia neoadiuvante, l'intera area precedentemente neoplastica deve essere esaminata in sezione seriata.

La stesura del report istologico deve considerare:

- localizzazione macroscopica della neoplasia
- diametro della neoplasia
- istotipo della neoplasia secondo classificazione WHO (ultima ed. 2019)
- grading della neoplasia secondo classificazione WHO (ultima ed. 2019)
- livello massimo istologico di invasione della malattia (riferimento anatomico)
- presenza di invasione di piccoli vasi angiolinfatici
- presenza di invasione di grandi vasi (arterie e vene)
- presenza di invasione perineurale
- stato dei margini di resezione (prossimale, distale e circonferenziale)
- numero e stato dei linfonodi esaminati (indicazione ratio non metastatici / metastatici)
- neoplasia residua (R0, R1, R2)
- grado di regressione della neoplasia dopo chemio-radioterapia neoadiuvante (sec. Mandard-TRG)
- stadio patologico della malattia secondo classificazione pTNM (8° edizione 2016)
- presenza di neoplasia intraepiteliale adiacente; se presente definire il grado, l'estensione (locale / multifocale / diffusa) e il rapporto con i margini della exeresi
- valutazione della presenza di HP se la resezione comprende un segmento gastrico
- La presenza della mucosa di Barrett indica l'eziologia dell'adenocarcinoma e aiuta differenziare l'origine della neoplasia, ovvero esofagea o gastrica. Tuttavia, si tratta di un parametro non fondamentale nell'esame macroscopico in quanto la mucosa di Barret può essere oscurata dalla neoplasia
- Valutazione dello stato HER2 secondo raccomandazioni AIOM-SIAPEC
- Nei pazienti con neoplasia avanzata la ricerca del PD-L1, un biomarcatore immunoistochimico predittivo consolidato, dovrebbe essere valutato, in quanto assieme all'instabilità dei microsatelliti (MSI) sono utili nel predire la risposta all'immunoterapia.
- La segnalazione dell'espressione di marcatori neuroendocrini e l'indice di proliferazione del Ki-67 sono elementi fondamentali nelle neoplasie neuroendocrine o quelle miste. La valutazione immunoistochimica è necessaria per confermare la differenziazione neuroendocrina, solitamente applicando come minimo la sinaptofisina e la cromogranina A.