

Incontro dei GIC



Il punto di vista dell'anatomo-patologo



Paola Cassoni

**Dip Scienze Biomediche e Oncologia Umana
Università di Torino**

“Neoplasie del colon retto”

Torino

30 settembre 2011

Criteri di riferimento diagnosi istologica

e le criticità emerse nella verifica dei PDTA:

7 : aderenza alle indicazioni su
refertazione anatomo patologica



Il referto anatomo-patologico comprende oltre la diagnosi, compatibilmente col materiale in esame, le seguenti informazioni:

- a) Adenocarcinoma Coloretale Iniziale (Adenoma Cancerizzato, pT1, "Early colorectal cancer")
- Grado Adenocarcinoma: x/4 sec Cancer Committee-College of American Pathologists e/obasso/alto grado sec WHO.
- Rapporto quantitativo Tessuto adenomatoso / adenocarcinoma:
- Profondità di invasione sottomucosa: $> 0 < 2\text{mm}$
- Ampiezza di invasione sottomucosa: $> 0 < 4\text{ mm}$
- Invasione vascolare: presente / non evidente
- "Budding" tumorale: basso / alto grado.
- Piano di exeresi: distanza carcinoma – piano di exeresi $> 0 < 1\text{mm}$.

L'anatomo patologo oltre il PDTA: le zone di grigio

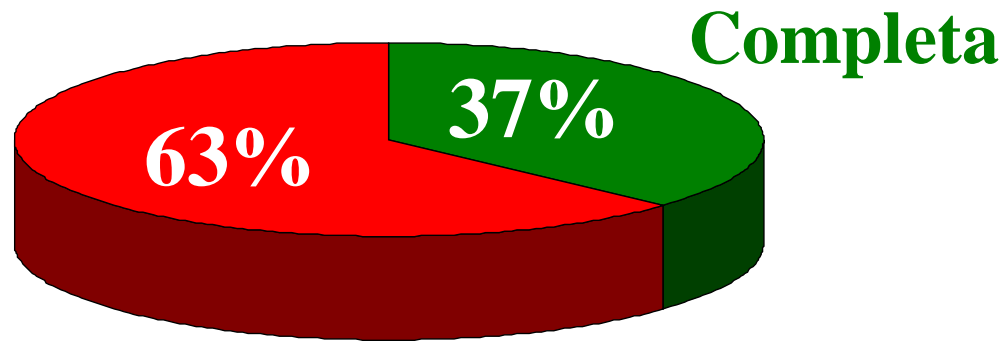


Refertazione macroscopica:

- Dimensione max:
- Infiltrazione: (misura in mm del superamento del bordo esterno della tonaca muscolare propria se infiltrazione sottosierosa)
- pT pN
- Invasione vascolare:
- Invasione di vasi venosi extramurali di grande calibro:
- Invasione perineurale:
- Infiltrato linfoide peritumorale:
- "budding tumorale": alto / basso grado
- Parete colica perilesionale:
- Margini di resezione
- Margine radiale (solo per neo rettale):
- Linfonodi: Numero di linfonodi reperiti e numero di linfonodi con metastasi

c) Carcinoma Rettale dopo RTCHT
Valutazione istopatologica della regressione tumorale, descrittiva (assenza, presenza di cellule neoplastiche e di esiti morfologici – fibrosi e/o flogosi xantogranulomatosa e/o depositi mucinosi) o codificata (TRG, "Tumor Regression Grading" sec. Mandard)

Aderenza al modello di refertazione ARESS



Assente/ Parziale

- 8 casi scheda ref non allegata
- 4 casi scheda ref **incompleta**

- Criteri diagnostici minimi
- No grado su bio
- No budding
- No TRG

Parametri nuovi {

Il grado tumorale sulla biopsia endoscopica

- **Obbligatorio** nelle **polipectomie di T1** per definire l'altro o basso **rischio metastatico** della lesione e il suo management
- **Preferibile** indicarlo comunque nei frammenti di AC ma irrilevante ai fini della gestione del paziente

Il budding tumorale

EG for CRC screening

• **Tumour cell budding**, i.e., the presence of **small islands or single infiltrating tumour cells at the front of tumour invasion**, has been described in the Japanese literature as an **unfavourable** prognostic factor if present in a marked degree (Masaki et al. 2006; Sakuragi et al. 2003; Ueno et al. 2004).

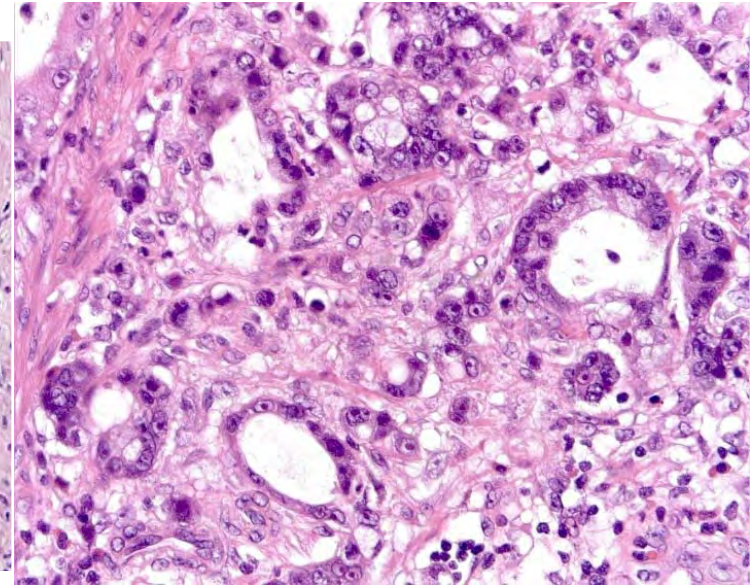
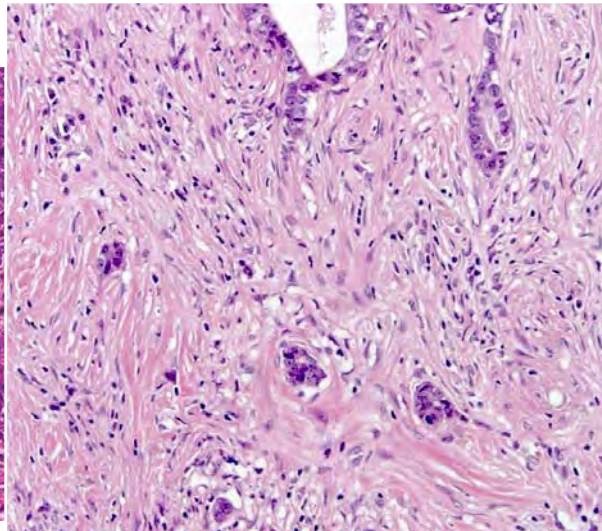
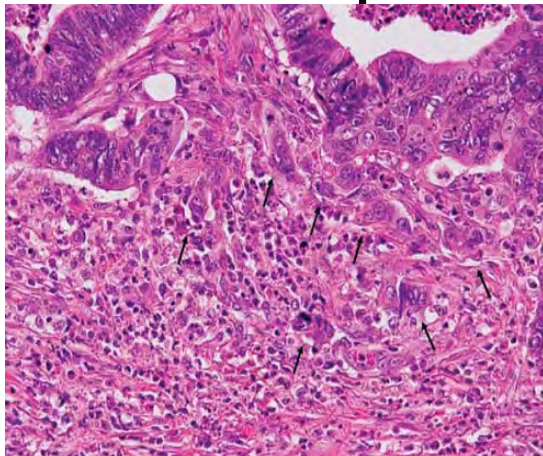


Valutazione del campo più intenso

Il budding tumorale

EG Recommendations for CRC screening

It is **good practice** but **not mandatory** to document the presence or absence of single tumour cells at the front of invasion and **we therefore recommend providing this additional information** in the written report



Perché valutare il Tumor Budding

Table 2 Multivariate analysis of risk factors for lymph node metastasis

<i>Factors</i>	<i>Odds ratio</i>	<i>95% CI</i>	<i>P-value</i>
Lymphatic invasion (+) vs lymphatic invasion (-)	3.19	0.22–0.94	<0.01
Well differentiation vs moderate/ poor differentiation	3.02	0.20–0.90	<0.01
Tumor budding (+) vs tumor budding (-)	2.59	0.12–0.83	<0.01

02:230–234

asis in

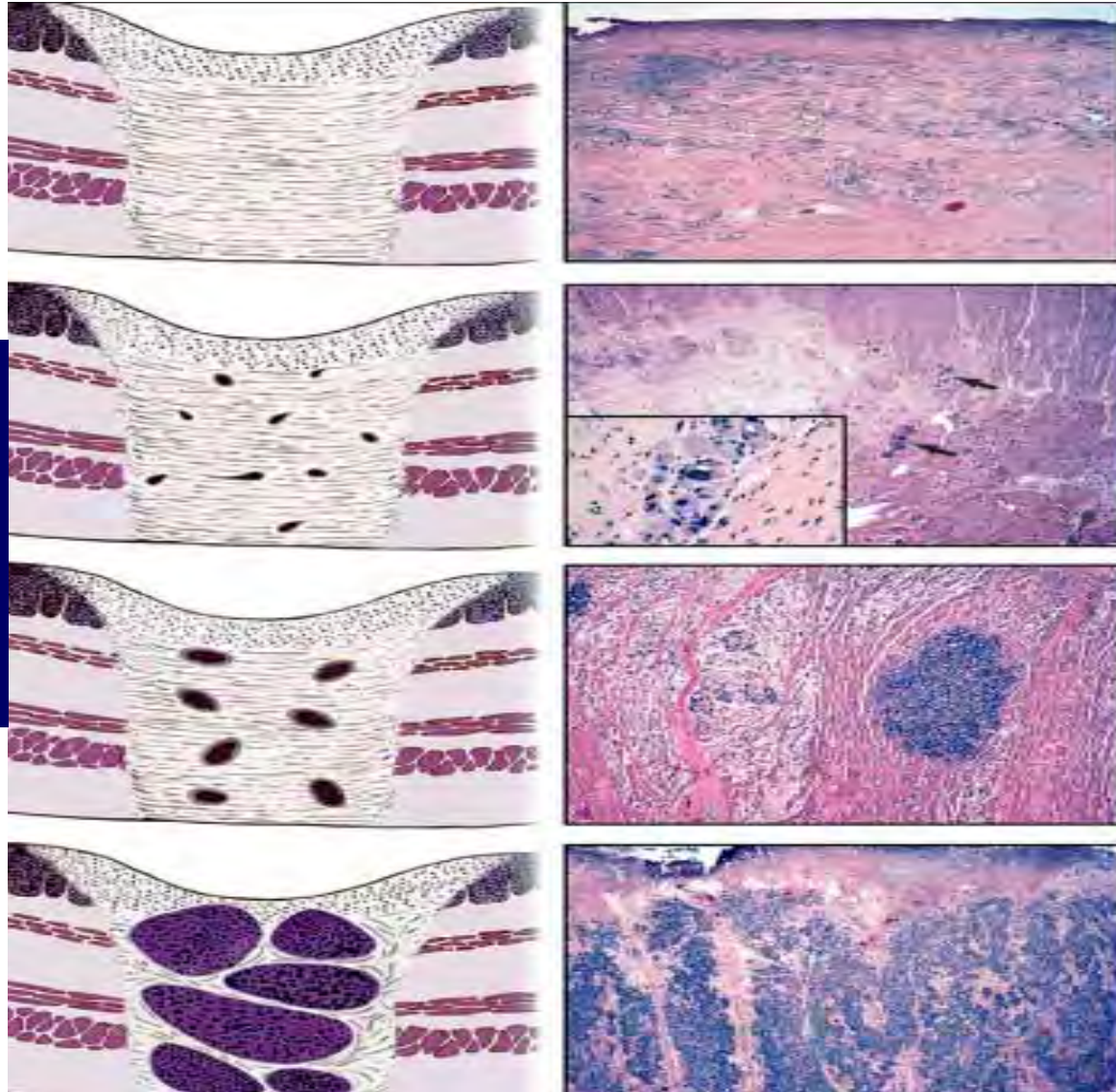
Pathological prognostic factors predicting lymph node metastasis in submucosal invasive (T1) colorectal carcinoma

Yoko Tateishi^{1,4}, Yukihiro Nakanishi^{2,5}, Hirokazu Taniguchi¹, Tadakazu Shimoda¹ and Satoshi Umemura³

Il grado di regressione tumorale

**Parametri di
regressione:**

**Volume tumore
e
fibrosi**



Tumor Regression Grading

Mandard : *Cancer 1994,73;2680.* **(1-5)**

Original article

doi:10.1111/j.1463-1318.2007.01424.x

Pathologic response assessed by Mandard grade is a better prognostic factor than down staging for disease-free survival after preoperative radiochemotherapy for advanced rectal cancer

J. Suárez*, R. Vera†, E. Balén*, M. Gómez‡, F. Arias§, J. M. Lera*, J. Herrera* and C. Zazpe*

Departments of *General Surgery, †Medical Oncology, ‡Pathology and §Radiotherapy, Hospital de Navarra, Pamplona, Spain

Received 29 March 2007; accepted 30 July 2007

Gli indicatori

Criterio	Indicatore	Standard	Valore soglia
Ic6. completezza del referto anatomo patologico	n. referti completi dei parametri anatomo patologici /totale parametri da indicare come definiti nel p.a.r.	100 %	> 95 %

Oltre il PDTA: le zone di grigio

- Second opinion su pT1 come in screening??



- La partecipazione dell'AP al GIC

- I tempi di refertazione

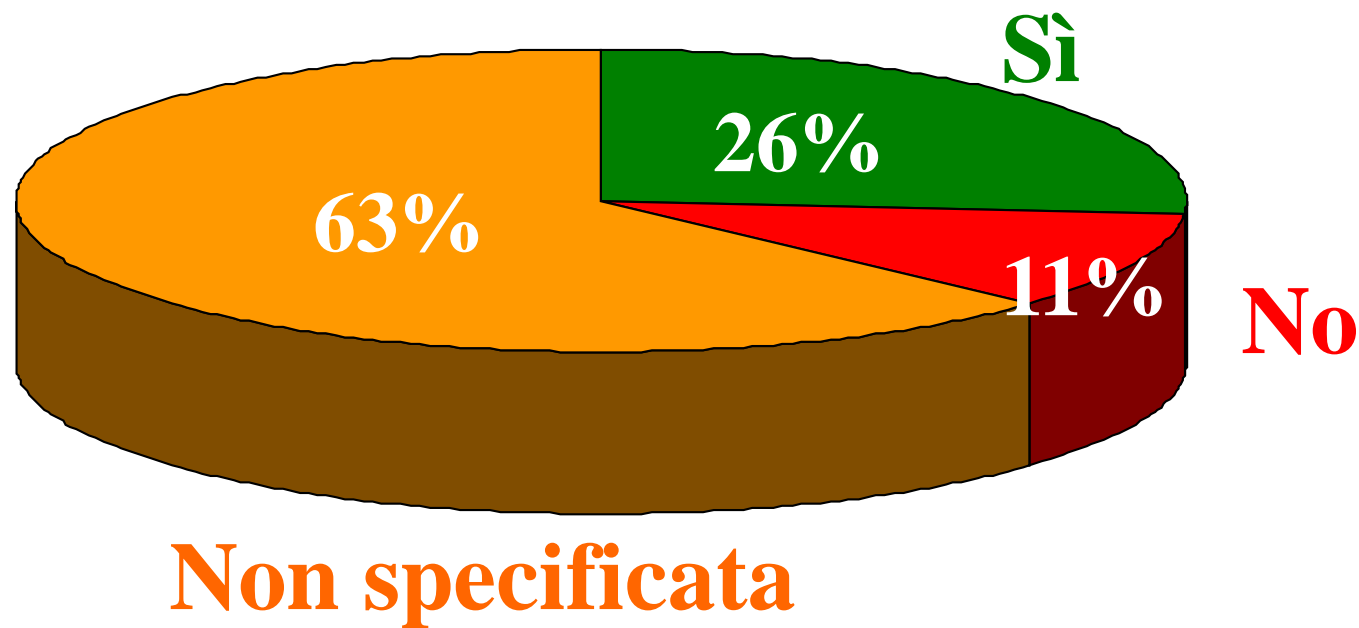
- EGFR/Kras

La second opinion sui pT1 da biopsia

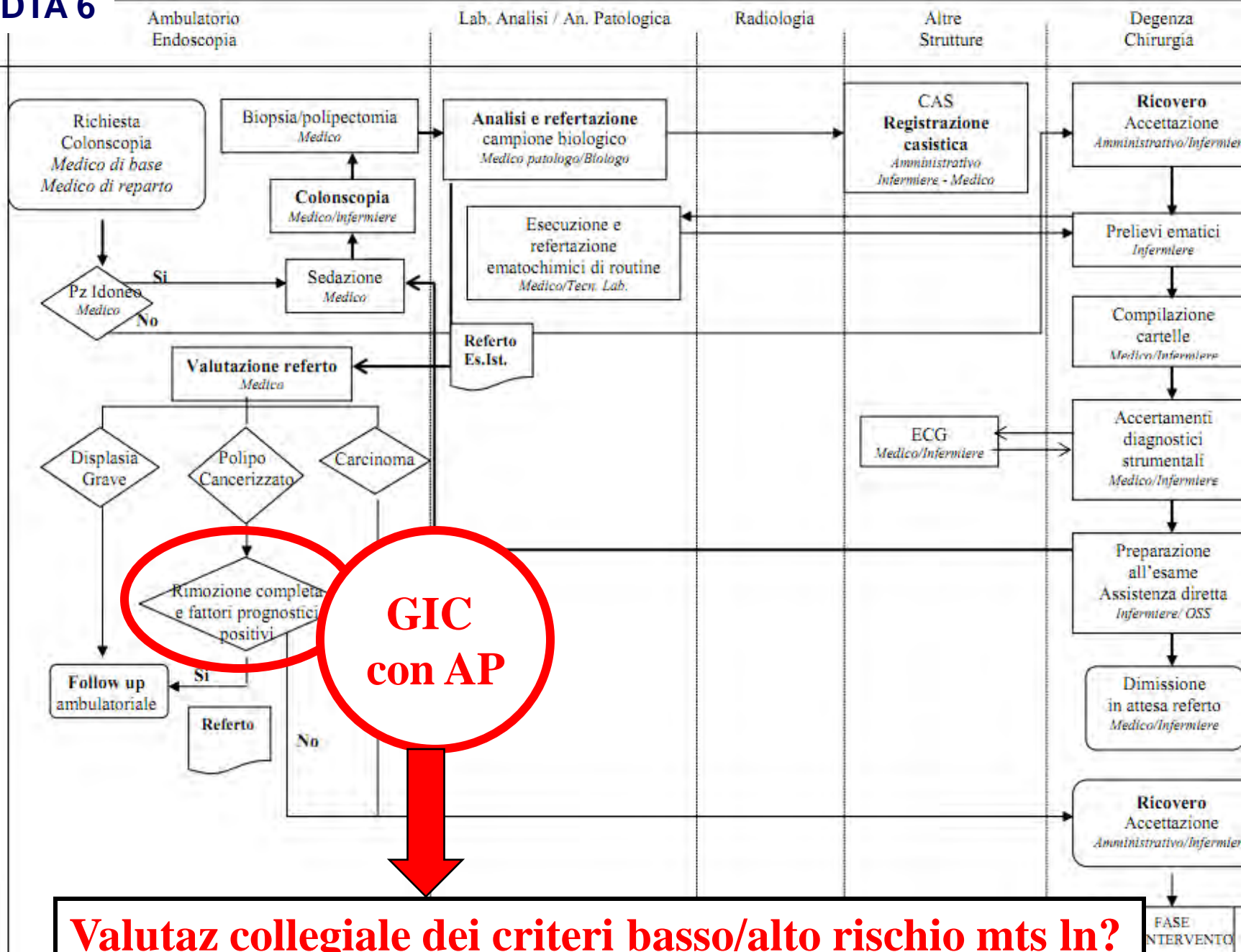
La diagnosi di pT1 in ambito di screening
DEVE sempre avvalersi di una second opinion
per minimizzare gli overtreatment

Nei PDTA esaminati **solo in 1** viene
espressamente indicato che la diagnosi pT1 è
sempre discussa collegialmente

La partecipazione dell'AP al GIC



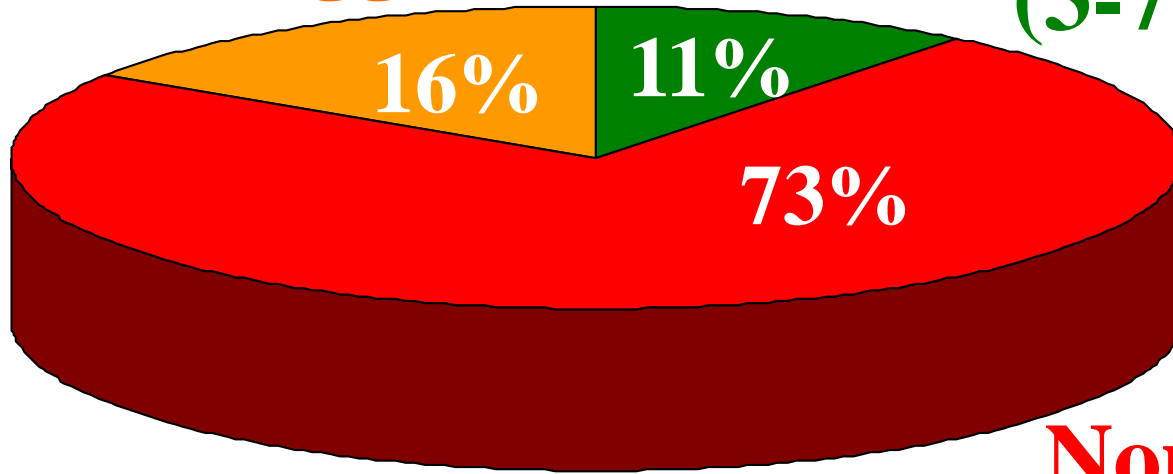
Quando è utile l'AP al GIC?



I tempi di refertazione

Indicati su PO
(7-10 gg)

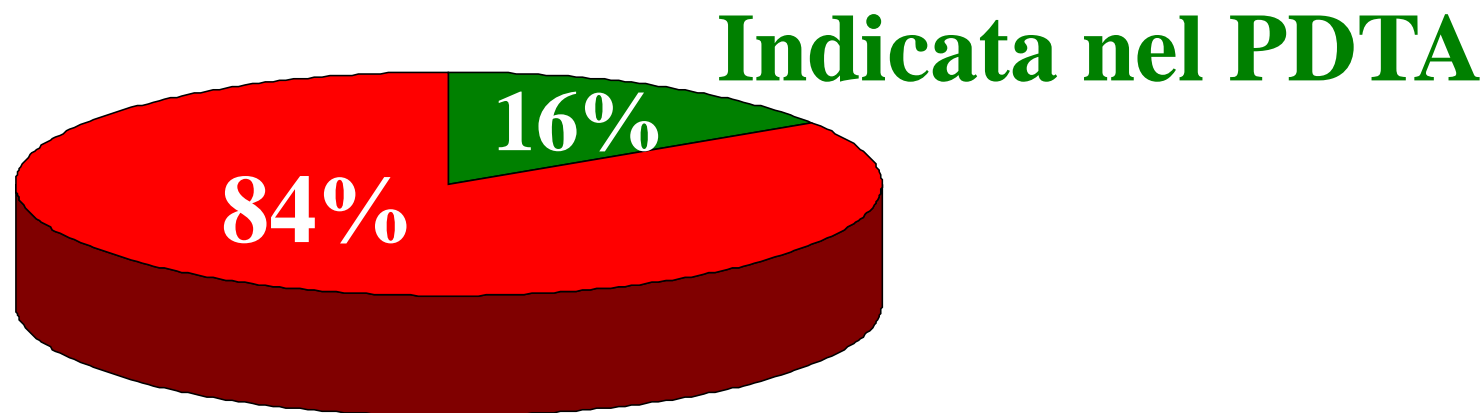
Indicati su biopsia
(3-7 gg)



Non indicati

Quanto e quando sono importanti?

La determinazione EGFR/Kras



Non indicata nel PDTA

Chi (e quando si) richiede l'esecuzione dell'approfondimento molecolare?

Esito verifica

Aderenza ai criteri di refertazione ARESS:



TOTALE

1, 3, 8, 9,
11, 14, 15

37%



PARZIALE

4, 6, 7, 12

21%



ASSENZA

2, 5, 10, 13,
16, 17, 18,
19

42%