

# **Progetto screening colon-retto**

## **Sezione Anatomia Patologica**

**Bologna, 10 marzo 2005**

# A cura dell'Anatomia Patologica

- **Sede della lesione (come da invio)**
- **Descrizione macroscopica**
- **Diagnosi:**
  - **Istotipo**
  - **Grado di displasia**
  - **Presenza di carcinoma invasivo**
- **Codifica SNOMED  $\Rightarrow$  ICD-O**
- **Trasmissione dei dati al Centro Screening**

# Descrizione macroscopica

- *E' prerequisito irrinunciabile l'asportazione completa della lesione. Prelievi bioptici, anche multipli, della testa del polipo non consentono la definizione del tipo istologico, l'attendibile valutazione del grado di displasia e, soprattutto, la sicura esclusione di una componente carcinomatosa. In questi casi il giudizio diagnostico dovrà forzatamente essere limitato ad elementi descrittivi dei campioni in esame (es.: "Frammenti di polipo adenomatoso, ad architettura tubulare, con displasia a basso grado").*
- **Dimensioni: diametro massimo mm. @ (escludendo la componente dell'eventuale peduncolo)**

# Configurazione

- **Piatto**
- **Sessile**
- **Pedunculato, con peduncolo di mm. @ di lunghezza e di mm. @ di diametro**

# Sede

<b>Sede:</b>	<b>Cod. SNOMED (asse Topografia)</b>	<b>Cod. ICD-O</b>
▪ ceco	<i>T-59200</i>	C18.0
▪ appendice	<i>T-59200</i>	C18.1
▪ colon ascendente	<i>T-59420</i>	C18.2
▪ flessura epatica	<i>T-59400</i>	C18.3
▪ colon trasverso	<i>T-59440</i>	C18.4
▪ flessura splenica	<i>T-59450</i>	C18.5
▪ colon discendente	<i>T-59450</i>	C18.6
▪ colon sigmoideo	<i>T-59470</i>	C18.7
▪ giunzione sigmoideo-rettale	<i>T-59670</i>	C19.9
▪ retto	<i>T-59600</i>	C20.9

# Campionamento

- Il campionamento, preferibilmente sulla lesione fissata, deve consentire la valutazione di:
  - margine di resezione;
  - rapporti tra epitelio ed asse stromale.
- Il metodo più sicuro consiste nella separazione delle due calotte laterali del polipo dalla porzione centrale. Le sezioni istologiche di quest'ultima porzione, che inizialmente si avvicineranno sempre più al centro dell'asse stromale, garantiscono che l'interfaccia epitelio-stroma sia valutata su una ampia superficie. Ulteriori sezioni parallele al taglio sagittale sono auspicabili per i polipi di diametro trasversale superiore ai 2 cm. La settorializzazione della sezione medio-sagittale è prevista per polipi di dimensioni tali da non potere essere inclusi in un unico blocchetto.

# Diagnosi per polipo benigno

<b>Istotipo:</b>	<b>Cod. SNOMED</b>	<b>Cod. ICD-O</b>
polipo iperplastico/metaplastico	M-72042	7204/2
polipo amartomatoso @ ( <i>specificare il tipo</i> )	M-75660	7566/0
polipo adenomatoso tubulare	M-82110	8211/0
polipo adenomatoso tubulo-villoso	M-82630	8263/0
polipo adenomatoso villosa	M-82611	8261/1
polipo adenomatoso "serrato"	(M- ? )	(?)
@ ( <i>istotipi particolari: specificare</i> )	M- @	@

# Nomenclatura

*Secondo J. Rosai la dizione più corretta, anche se imperfetta, è quella di "polipo adenomatoso" invece di "adenoma", perchè quest'ultima dizione identifica una neoplasia ghiandolare benigna e non un processo displastico ingravescente (sequenza adenoma-carcinoma).*

*Istotipi relativamente infrequenti derivano dalla commistione, in una singola formazione poliposa, di componenti adenomatose con altre componenti (ad es. polipi misti iperplastico/adenomatosi) o da aspetti architetturali di tipo iperplastico associati a caratteristiche cito-nucleari tipicamente displastiche (c.d. adenomi serrati).*



# Architettura

*La rigorosa valutazione degli aspetti istologici architetturali è finalizzata al riconoscimento di una significativa componente villosa, essendo tale tipo di architettura correlata al potenziale di trasformazione maligna del polipo e, soprattutto, di sviluppo di lesioni adenomatose coloretali sincrone e/o metacrone.*

- a. Tubulare: > 80% architettura tubulare.*
- b. Villosa: > 80% architettura villosa.*
- c. Tubulo-villosa: entrambe le componenti, ciascuna < 80%.*

*I villi, composti da lamina propria rivestita da epitelio adenomatoso, possono essere di due tipi:*

- 1) tipo "classico", facilmente riconoscibile per l'aspetto "digitiforme", predominante nell'adenoma villosa;*
- 2) un secondo tipo, di riconoscimento meno immediato per l'aspetto più corto e tozzo ("foliaceo"), ma con altezza comunque non inferiore al doppio di una cripta della mucosa normale, presente negli adenomi tubulo-villosi.*

*Ambedue gli aspetti qualificano l'architettura villosa dell'adenoma.*

# Displasia

		Cod. SNOMED	Cod. ICD-O
Displasia:	▪ a basso grado	M-74006	7400/6
	▪ ad alto grado	M-74008	7400/8

*Allo stato attuale delle conoscenze non appare fondata la ponderazione differenziata dei parametri architetturali della displasia (ramificazioni e gemmazioni delle cripte, back-to-back, crescita intraghiandolare) rispetto a quelli cito-nucleari (stratificazione, ipercromasia, perdita di polarità nucleare, mitosi atipiche, alterazioni della differenziazione, etc.): di conseguenza tutti i parametri vengono considerati cumulativamente nel grading. Altrettanto infondata è la distinzione nella distribuzione istotopografica delle aree di displasia grave tra le localizzazioni prossime alla superficie del polipo e quelle a ridosso della muscolaris mucosae. Nel grading della displasia è preferibile utilizzare un sistema "binario" (basso e alto grado), in quanto più riproducibile e prognosticamente rilevante. E' pratica comune identificare differenti gradi di displasia nel contesto di un singolo adenoma: il grado diagnostico è basato sulla componente più altamente displastica osservabile, indipendentemente dalla sua estensione nel tessuto adenomatoso; va pertanto considerata la quota più severa, anche se quantitativamente minoritaria.*

# **Displasia a basso grado = lieve / moderata**

*Architettura generale relativamente conservata, con tubuli ghiandolari solo lievemente allungati o tortuosi ed iniziali accenni alla gemmazione; perdita del gradiente di differenziazione cellulare dalla base della cripta alla superficie.*

*Nuclei allungati, ingranditi, polarizzati e stratificati che occupano fino ai 2/3 dello spessore dell'epitelio.*

# Displasia ad alto grado = severa / adenoca. in situ

*Cripte con ramificazioni e gemmazioni irregolari, variamente coalescenti. Nuclei francamente ipercromici, tondeggianti od ovali, Marcatamente ingranditi, nucleolati, per lo più privi di orientamento polare, che occupano il terzo superiore (versante luminale) dell'epitelio. Le cellule, stratificate, hanno citoplasma omogeneamente denso, senza differenziazione mucipara. Strutture epiteliali complesse (aspetti cribriformi, crescita back to-back) costituite da cellule meno differenziate e più polimorfe di quelle della displasia grave sono spesso riportate come "carcinoma in situ". Sicura infiltrazione neoplastica limitata alla tonaca propria o che dissocia, ma senza superarla, la muscolaris mucosae viene da molti patologi riferita come "carcinoma intramucoso del colon". Dal punto di vista istologico entrambe le definizioni sono corrette, ma siccome il carcinoma in situ e, nel grosso intestino, anche il carcinoma intramucoso sono privi di potenzialità metastatica, se ne sconsiglia l'uso nel referto finale, comprendendo entrambe le lesioni nella dizione di displasia grave.*

# Diagnosi per polipo cancerizzato

- *Lesione comprendente area di carcinoma invasivo che supera la muscolaris mucosae e si estende alla tonaca sottomucosa; costituisce la forma più precoce di carcinoma, dotato di potenzialità metastatiche. Il rischio di metastasi linfonodali è complessivamente del 10%.*
- *Si possono tuttavia, sulla base delle caratteristiche patologiche, suddividere due gruppi: uno a basso rischio ed uno ad alto rischio (quest'ultimo identificato dall'alto grado istologico, dalla presenza di invasioni vascolari e/o dall'interessamento del margine di resezione). Tale distinzione é utile al fine di programmare le successive scelte terapeutiche (resezione chirurgica vs follow-up clinico-endoscopico).*

# Istotipo

Istotipo		Cod. SNOMED	Cod. ICD-O
Adenocarcinoma (specificare eventuali istotipi particolari seguendo la classificazione riportata nella checklist per i carcinomi)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ insorto su polipo adenomatoso tubulare.</li> </ul>	M-82103	8210/3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ insorto su polipo adenomatoso tubulo-villoso.</li> </ul>	M-82633	8263/3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ insorto su polipo adenomatoso villosa.</li> </ul>	M-82613	8261/3
	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ insorto su @ (altro: specificare).</li> </ul>	M- @	@

# Grado istologico

*Vale il principio del sistema binario, come per la displasia.*

- *Basso grado*

*= ben differenziato/moderat. differenziato  
( $\geq$  50% di formazione di ghiandole);*

- *Alto grado*

*= scarsamente differenziato/indifferenziato  
( $<$  50% di formazione di ghiandole).*

# Rapporto quantitativo carcinoma/adenoma

- **Indicare la %**
- ***Lesioni con piccoli focolai di carcinoma invasivo hanno un potenziale metastatico più basso dei polipi costituiti in prevalenza da carcinoma invasivo. Una lesione poliposa costituita interamente da carcinoma infiltrante la sottomucosa in assenza di residui di tessuto adenomatoso viene classificata come "Carcinoma polipoide": la terapia ed il follow-up dipendono dagli stessi parametri prognostici dell'adenoma cancerizzato***



# Livello massimo di infiltrazione del peduncolo

- **Metà superficiale**
- **Metà profonda**

*A seguito di ripetute torsioni cui vanno incontro, prevalentemente ma non esclusivamente, gli adenomi con lungo peduncolo, può verificarsi la dislocazione o la erniazione nella sottomucosa di isole di tessuto displastico (c.d. "pseudoinvasione").*

*Se il tessuto distopico è ad alto grado di displasia la diagnosi differenziale con il carcinoma invasivo è piuttosto impegnativa.*

*Caratteristiche a favore della pseudoinvasione sono:*

- a) assenza di reazione desmoplastica nello stroma;*
- b) mantello connettivale con le caratteristiche della lamina propria attorno alle ghiandole displastiche;*
- c) depositi emosiderinici.*

# Margine di resezione (base d'impianto)

- libero da neoplasia  
(la distanza minima è di mm. @).
- infiltrato dalla neoplasia.
- non valutabile.

*L'interessamento del margine di resezione si realizza effettivamente quando si identifichino cellule carcinomatose a meno di 1 mm dal margine stesso, oppure nel contesto della banda di diatermocoagulazione.*

# Invasioni vascolari

Invasione di piccoli vasi linfatici/venosi:	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ assente.</li><li>▪ presente.</li><li>▪ non valutabile.</li></ul>
Invasione di grossi vasi venosi:	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ assente.</li><li>▪ presente.</li><li>▪ non valutabile.</li></ul>

***Non essendo praticamente distinguibili i capillari linfatici da quelli venosi, questi vengono considerati insieme (piccoli vasi), mentre ha maggior rilevanza prognostica l'invasione di vasi venosi con parete fibromuscolare ben evidente (grossi vasi).***

# Checklist

<b>Configurazione:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ piatto.</li> <li>▪ sessile.</li> <li>▪ peduncolato, con peduncolo di mm. @ di lunghezza e di mm. @ di diametro.</li> </ul>		
<b>Dimensioni:</b>	diametro massimo mm. @ (opzionale x @ x @).		
<b>Sede:</b>	<b>Cod. SNOMED (asse Topografia)</b> <b>Cod. ICD-O</b>		
▪ ceco	T-59200 C18.0		
▪ appendice	T-59200 C18.1		
▪ colon ascendente	T-59420 C18.2		
▪ flessura epatica	T-59400 C18.3		
▪ colon trasverso	T-59440 C18.4		
▪ flessura splenica	T-59450 C18.5		
▪ colon discendente	T-59450 C18.6		
▪ colon sigmoideo	T-59470 C18.7		
▪ giunzione sigmoideo-rettale	T-59670 C19.9		
▪ retto	T-59600 C20.9		
▪ canale anale	T-59900 C21.1		
<b>DIAGNOSI PER POLIPO BENIGNO</b>			
<b>Istotipo:</b>	<b>Cod. SNOMED</b> <b>Cod. ICD-O</b>		
polipo iperplastico/metaplastico	M-72042 7204/2		
polipo amartomatoso @ (specificare il tipo)	M-75660 7566/0		
polipo adenomatoso tubulare	M-82110 8211/0		
polipo adenomatoso tubulo-villoso	M-82630 8263/0		
polipo adenomatoso villosa	M-82611 8261/1		
polipo adenomatoso "serrato"	(M- ? ) (?)		
@ (istotipi particolari: specificare)	M- @ @		
<b>Displasia:</b>	<b>Cod. SNOMED</b> <b>Cod. ICD-O</b>		
▪ a basso grado	M-74006 7400/6		
▪ ad alto grado	M-74008 7400/8		
<b>DIAGNOSI PER POLIPO CANCERIZZATO</b>			
<b>Istotipo</b>	<b>Cod. SNOMED</b> <b>Cod. ICD-O</b>		
Adenocarcinoma (specificare eventuali istotipi particolari seguendo la classificazione riportata nella checklist per i carcinomi)	▪ inserito su polipo adenomatoso tubulare.	M-82103	8210/3
	▪ inserito su polipo adenomatoso tubulo-villoso.	M-82633	8263/3
	▪ inserito su polipo adenomatoso villosa.	M-82613	8261/3
	▪ inserito su @ (altro: specificare).	M- @	@
<b>Grado istologico:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ basso.</li> <li>▪ alto.</li> </ul> (nella stringa del TNM inserire il valore come segue)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ G1</li> <li>▪ G3</li> </ul>	
<b>Rapporto quantitativo carcinoma/adenoma:</b>	@ %		
<b>Livello massimo di infiltrazione del peduncolo:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ met.: superficiale</li> <li>▪ met.: profonda</li> </ul>		
<b>Margine di resezione (base d'impianto):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ libero da neoplasia (la distanza minima , di mm. @).</li> <li>▪ infiltrato dalla neoplasia.</li> <li>▪ non valutabile.</li> </ul>		
<b>Invasione di piccoli vasi linfatici/venosi:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ assente.</li> <li>▪ presente.</li> <li>▪ non valutabile.</li> </ul>		
<b>Invasione di grossi vasi venosi:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ assente.</li> <li>▪ presente.</li> <li>▪ non valutabile.</li> </ul>		