

**Riunione Annuale Screening
Colorettale**

Padova 21/11/2017

Il lavoro dei gruppi Regionali

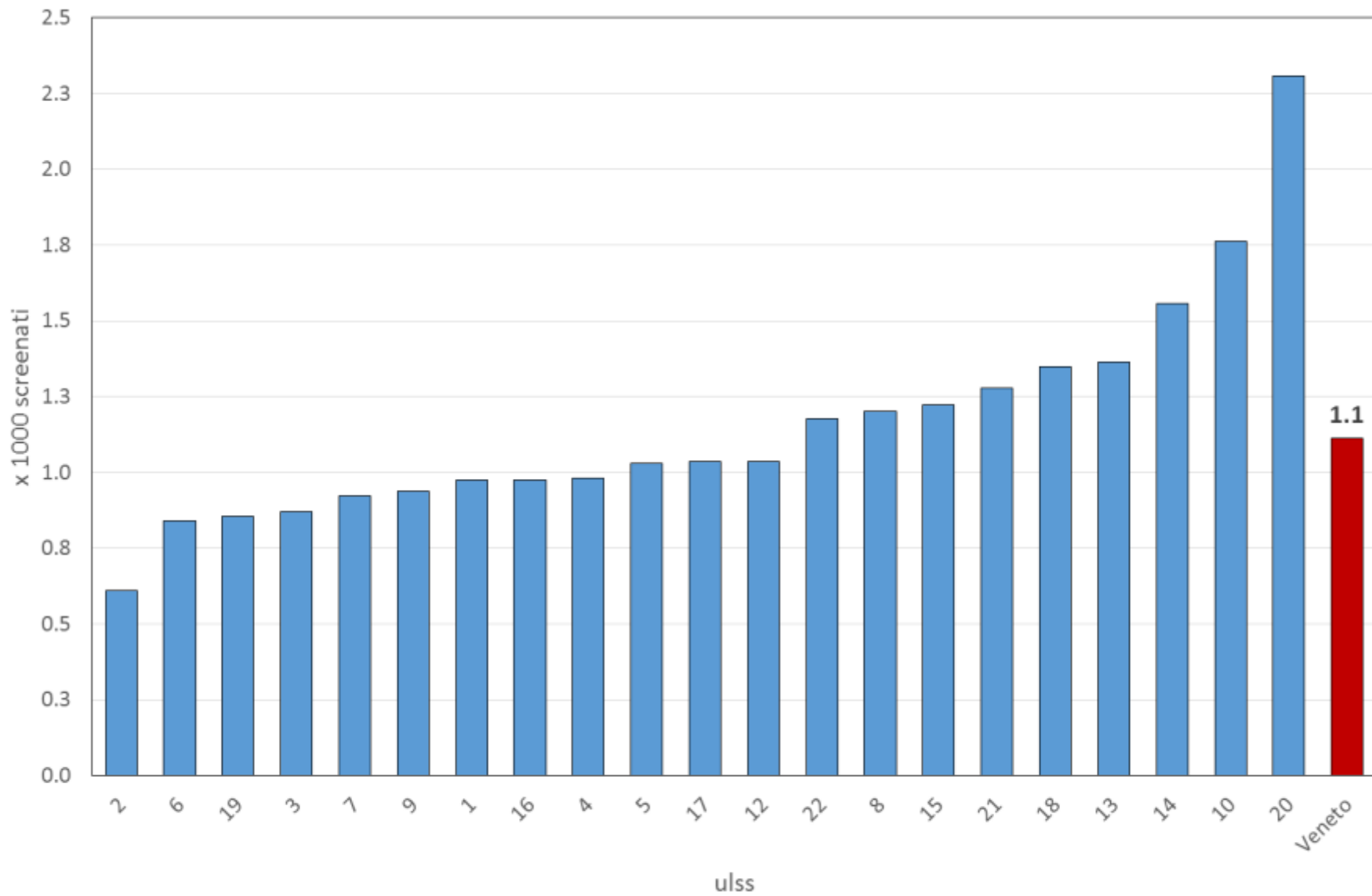
Anatomia Patologica

Coordinatore Antonio Scapinello

ANALISI pT1:VENETO 2015 - 2016

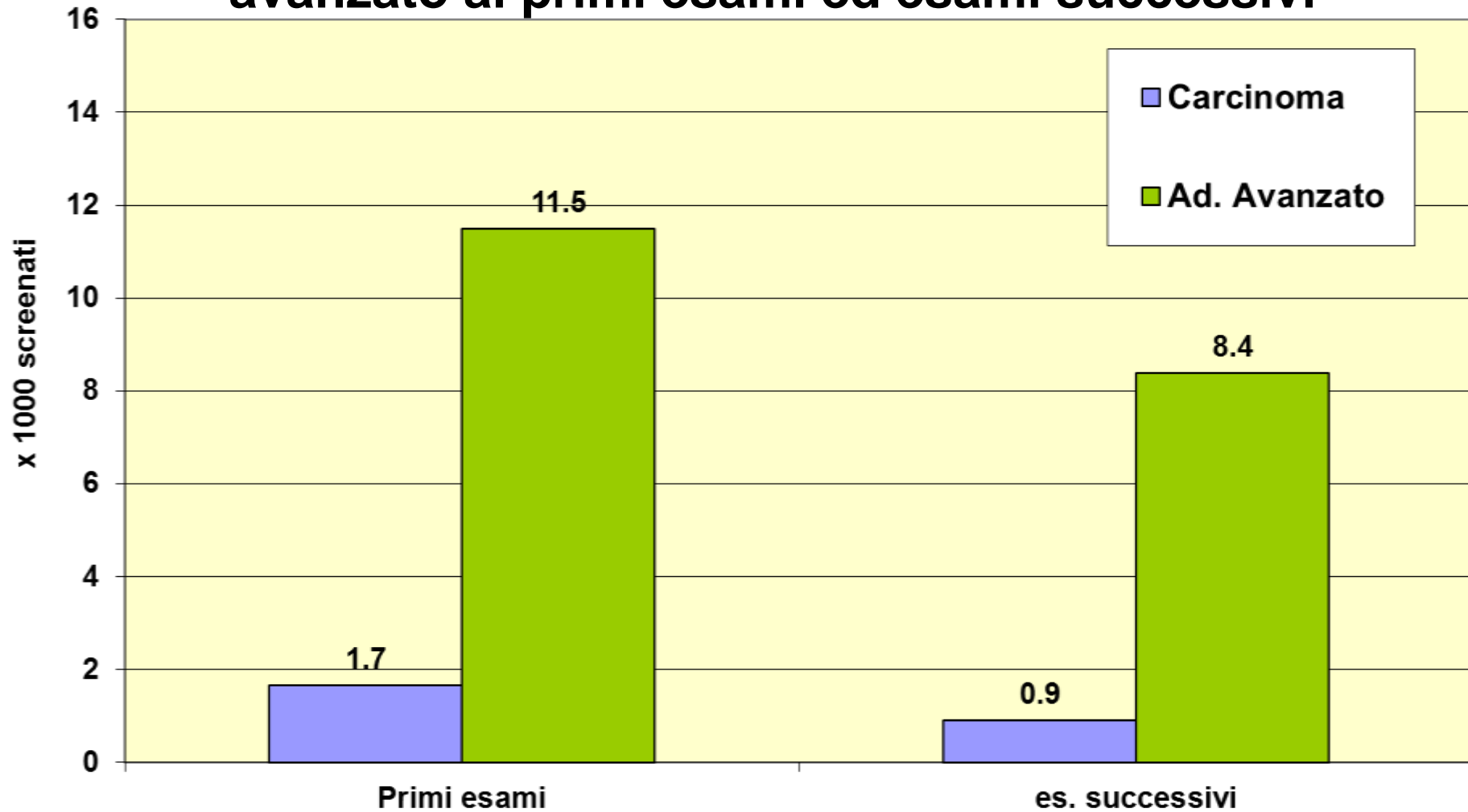
CRSO - Coordinamento Regionale Screening Oncologici
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Regione Veneto

Detection Rate per carcinomi per ulss 2015-2016



Veneto	2016 N°	2016 %	2015 N°	2015 %
Carcinomi	395		377	
pT1	95	24,1	95	25,1
• primi es	26	19,7	29	24,6
• esami succ	69	26,2	66	25,3
• Uomini	45	55,6	51	58
• Donne	36	44,4	37	42

Tassi di identificazione standard. per carcinoma ed adenoma avanzato ai primi esami ed esami successivi



Veneto	2016 N°	2016 %	2015 N°	2015 %
Carcinomi	395		377	
pT1	95	24,1	95	25,1
• Chirurgia	66	69,5	63	66,3
• Endoscopia	17	17,9	24	25,3
• Rifiuto ch	2	2,1	0	0
• No infor	10	10,9	8	8,4

Stadiazione Ai primi esami	2015 (%)	2016 (%)
pT1	28	21
• N-	12 (42,9)	11 (52,4)
• N+	2 (7,1)	1 (4,8)
• Nx	14 (50,0)	9 (42,9)
• M+	0 (0,0)	0

Stadiazione Agli esami successivi	2015 (%)	2016 (%)
pT1	60	60
• N-	32 (53,3)	37(61,7)
• N+	4 (6,7)	2 (3,3)
• Nx	23 (38,3)	21 (35,0)
• M+	1 (1,7)	0

Stadiazione	2015 (%)	2016 (%)
pT1	88	81
• N-	44 (50)	48(59,2)
• N+	6 (6,2)	3 (3,7)
• Nx	39 (42,7)	30 (37,1)
• M+	1 (1,1)	0

Distribuzione complessiva dei pT1 per N e M dal 2003 al 2016

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
pT1_n-	26	27	46	76	54	69	58
pT1_n+	2	1	4	9	1	10	4
pT1_nx	4	8	46	26	42	55	7
pT1_m+						0	0
pT1_totn	32	36	96	111	97	134	69

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Totali
pT1_n-	57	57	61	36	27	44	48	686
pT1_n+	3	3	7	3	4	6	3	60
pT1_nx	23	8	52	44	33	39	30	417
pT1_m+	0	3	1	1	1	1	0	7
pT1_totn	83	71	121	84	65	88	81	1168

POLIPO CANCERIZZATO (pT1)

G. ADENOMA CANCERIZZATO: SCHEMA DI REFERATAZIONE

- Adenocarcinoma in adenoma (adenoma cancerizzato) (pT1).
- Componente adenomatosa tubulare (tubulo-villosa/villosa con displasia di alto grado dell'epitelio).
 - Componente adenocarcinomatosi:
 - Grado di differenziazione bene/moderatamente (basso grado) / scarsamente (alto grado) differenziata (sec. WHO 2010).
 - Embolizzazione neoplastica (linfatica/venosa) presente/assente.
 - Budding peritoneale assente (< 5 focoli a 20x) / presente, basso grado (<9 focoli a 20x)/alto grado(≥10 focoli a 20x) *
- Microstadiazione (rapporto quantitativo tessuto adenomatoso/adenocarcinoma):
 - Livello di infiltrazione del peduncolo sec. **Haggitt** (peduncolati):
 - non valutabile;
 - Infiltrazione limitata alla testa del polipo (livello 1);
 - Infiltrazione al passaggio testa-peduncolo (livello 2);
 - Infiltrazione del peduncolo (livello 3);
 - Infiltrazione della sottomucosa sotto il peduncolo (livello 4).
 - Livello di infiltrazione della sottomucosa sec. **Kikuchi** (sessili):
 - non valutabile;
 - lieve infiltrazione della sottomucosa (200-300 µm) sm1;
 - Infiltrazione della sottomucosa intermedio sm2;
 - Infiltrazione della sottomucosa sino in prossimità della tonaca muscolare propria
- Misurazione micrometrica:
 - diametro massimo trasversale (ampiezza) della componente adenocarcinomatosi;
 - diametro massimo verticale (profondità) della componente adenocarcinomatosi: †
- Stato del margine di reazione:
 - indenne;
 - la neoplasia coinvolge il margine di reazione endoscopico; (ghiandole adenocarcinomatosi sono presenti in corrispondenza del margine di reazione/ < mm 1 dal margine di reazione/ in corrispondenza della banda di elettrocoagulazione).

ASSOCIAZIONE VENETO

Raccomandazioni regionali
per la diagnosi anatomo-
patologica nello screening
per il tumore del colon retto.

Documento di consenso dei patologi dello screening
per il tumore del colon retto della Regione Veneto.

Regione del Veneto
Settore di Cura e alla Programmazione Sanitaria
Dipartimento Oncologia, Diagnostica, Medicina
Della Diagnosi e Prevenzione e della Ricerca
Caratteristiche Regionali Screening Oncologico

*Score di riferimento: < 5 foci = negativo ≥5 foci = positivo (Jeno, 2004).

†Score di riferimento: 0-9 foci = basso grado; ≥10 foci = alto grado (Jeno, 2002).

Il caso verrà discusso in riunione multidisciplinare.

- la diagnosi di adenoma cancerizzato deve essere condivisa con un secondo patologo, preferibilmente di altra sede, con esperienza in patologia gastrointestinale è **NECESSARIO** predisporre audit periodici all'interno dei gruppi multidisciplinari

La comunicazione del rischio nei pT1



Raccomandazioni regionali
per la diagnosi anatomico-
patologica nello screening
per il tumore del colon retto.

Documento di consenso dei patologi dello screening
per il tumore del colon retto della Regione Veneto.

- Non è stato ritenuto di raccomandare l'esplicitazione diretta della valutazione del rischio di progressione locale e/o metastatica essendo questa ricavabile dai dati forniti nel report diagnostico.
- Il caso verrà discusso in riunione multidisciplinare

Raccomandazioni regionali per la diagnosi anatomo-patologica nello screening per il tumore del colon retto.

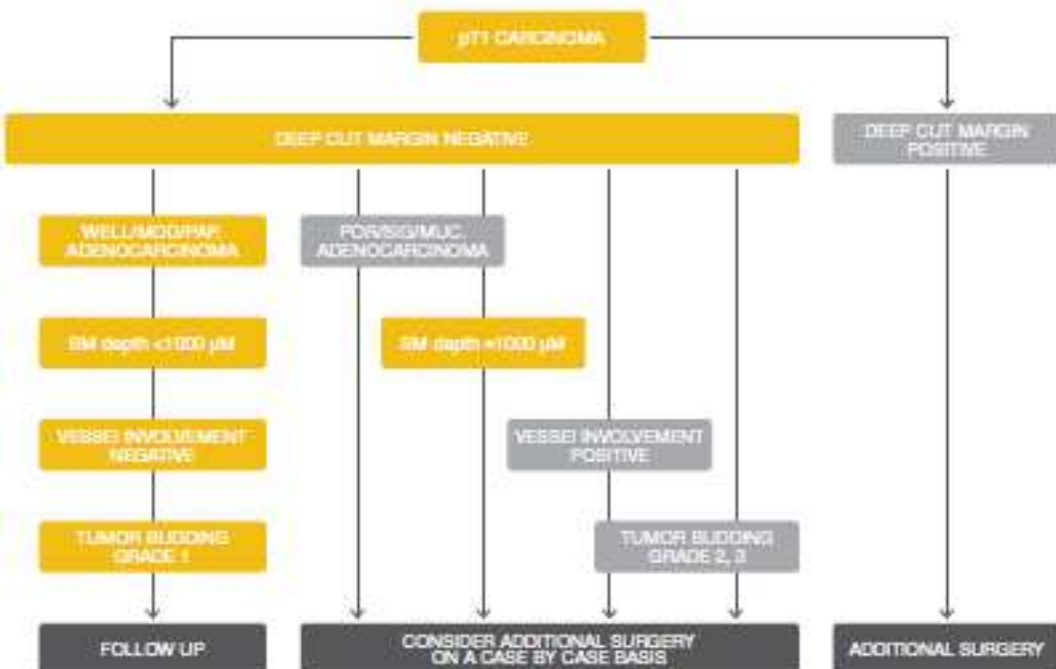
Documento di consenso dei patologi dello screening per il tumore del colon retto della Regione Veneto.

Regione del Veneto
 Azienda ospedaliera Civile e della Programmazione Sanitaria
 Direzione Provinciale Sanitaria Meridionale, Veneta e
 della Dipartimento Provinciale e della Pubblica
 Conoscenza Regionale (Screening/Oncologia)

(a) Criteri	Degree of Risk
Resection Margin < 1 mm	+++
Resection Margin 1-2 mm	+
Pedunculated Haggit level 4	+++
Sessile: Kakuchi 2	++
Sessile: Kakuchi 3	+++
Poor differentiation	+++
Mucinous tumour	+
Tumour budding	+
Lympho-vascular invasion	++

(b) Total score	Grade of Risk	Current estimate of potential % risk of residual cancer	Recommended course of action to be discussed with patient
0	Very Low	< 2%	Routine Follow up
+	Low	< 5%	Assess other factors Careful follow up
++	Medium	5-10%	Discussion of risks/benefit of surgery or follow up with patient
	High	8-15%	Discuss risks with patient - err towards surgery
	Very high	> 20%	Recommend surgery unless patient unfit

Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) Guidelines 2014 for treatment of colorectal cancer. Int J Clin Oncol 2015



Studio pT1

- Uno degli obiettivi dello studio istologico dei pT1 è quello di definire i parametri più affidabili di valutazione del rischio di metastasi che consentano di ridurre il ricorso alla chirurgia maggiore identificando le forme a basso rischio.
- La validazione statistica di questi parametri e la scelta dei cutoff richiede una numerosità adeguata.
- Appare ragionevole proporre la condivisione di casistiche di pT1 di più regioni per ottenere una massa di dati significativa.
- La regione Piemonte (Prof. Paola Cassoni e Prof. Carlo Senore) appare interessata a collaborare per uno studio istologico sistematico dei pT1

Proposte su cosa verificare per capire come stiamo lavorando

- Analizzare le cause delle forti discrepanze locali di rapporto tra adenoma avanzato e adenoma di basso rischio.
- Analizzare i referti di Anatomia Patologica dei pT1 per monitorare l'adesione allo standard di refertazione proposto.
- In considerazione della relativa scarsità di informazioni di dettaglio istologico riguardanti i pT1 si può suggerire una rivisitazione dei dati da inserire nel data base?
- Come migliorare la possibilità di selezionare i pazienti con sospetta poliposi serrata?

Survey sulla diagnostica molecolare del CRC: come siamo organizzati e che prospettive per il prossimo futuro

- Estensione della diagnostica immunoistochimica dei microsatelliti a tutti i casi di adenocarcinoma CRC (screening universale della sindrome di Lynch) vedi regione Lombardia.
- Si amplia il numero di alterazioni geniche che si associano alle forme ereditarie non-lynch di CRC
- Diagnostica molecolare mutazionale (KRAS, NRAS, BRAF) in tutti gli N+ e nei T3 e T4 N0

Screening universale della sindrome di Lynch

Human Pathology (2013) 44, 2518–2528



ELSEVIER

Human
PATHOLOGY

www.elsevier.com/locate/humpath

Original contribution

Lynch syndrome–associated colorectal carcinoma: frequent involvement of the left colon and rectum and late-onset presentation supports a universal screening approach[☆]

Douglas J. Hartman MD^a, Randall E. Brand MD^b, Huankai Hu MD^a,
Nathan Bahary MD, PhD^c, Beth Dudley MS, MPHq3^d, Simon I. Chiosea MD^a,
Marina N. Nikiforova MD^a, Reetesh K. Pai MD^{a,*}

^aDepartment of Pathology, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA 15213

^bDepartment of Internal Medicine, Division of Gastroenterology, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA 15213

^cDepartment of Internal Medicine, Division of Medical Oncology, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA 15213

^dCancer Genetics Program, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA 15213

Received 6 May 2013; revised 19 June 2013; accepted 21 June 2013

Proposte per il prossimo anno

- Programmare un corso di controllo di qualità sulla diagnosi e refertazione dei parametri prognostici di rischio metastatico nei pT1
- Riproposizione dello studio pT1 sperando in una adesione migliore associando la casistica della regione Piemonte.

Grazie per l'attenzione