

Interazione patologo-endoscopista nei programmi di screening: vita reale o ideale?

A. Scapinello

*Coordinatore Gruppo Patologi
dello screening colorettaie
Regione Veneto*

GISCoR 2016

INTERAZIONE PATOLOGO- ENDOSCOPISTA

- NECESSARIA ED INEVITABILE
- OBIETTIVO:
GARANTIRE LA MIGLIOR GESTIONE DEI SOGGETTI
SOTTOPOSTI A PROCEDURA DI COLONSCOPIA ED
ASPORTAZIONE DI LESIONI MUCOSE IN AMBITO DI
SCREENING (MA NON SOLO OVVIAMENTE)

COSA VUOL DIRE IN PRATICA

- Cercare di mettere il patologo nelle migliori condizioni per effettuare un report diagnostico affidabile, completo e non ambiguo che metta a sua volta l'endoscopista nelle migliori condizioni per formulare un giudizio riguardo il successivo iter del paziente
- Necessità di concordare queste condizioni
- Riferimenti a linee guida nazionali ed internazionali



Il contesto delle lesioni adenomatose

Colonscopia basale

Rischio basso
1-2 adenomi
($< 10\text{mm}$, tubulari, LGD)

A

Sorveglianza specifica non indicata:
- ripresa del programma di screening
- colonscopia a 5 anni

Scelta da individualizzare in relazione a:
età e preferenze del paziente, familiarità, qualità dell'esame

Rischio Intermedio
3-4 adenomi
oppure almeno 1 $\geq 10\text{mm}$ ($< 20\text{mm}$)
oppure almeno 1 villosi o HGD

B

3 anni

Rischio Alto
 ≥ 5 adenomi
oppure almeno 1 $\geq 20\text{mm}$

C

1 anno

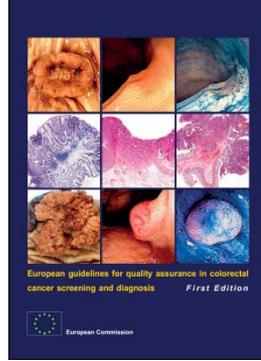
Colonscopie successive

- Un esame negativo → **5 anni**
 - Due esami consecutivi negativi → **A**
 - Adenomi a rischio basso o intermedio → **B**
 - Adenomi a rischio alto → **C**
-
- Negativo, adenomi a rischio basso o intermedio → **B**
 - Due o più esami consecutivi negativi → **5 anni**
 - Adenomi a rischio alto → **C**

INTERAZIONE PATOLOGO-ENDOSCOPISTA comincia in sala di endoscopia

- Visualizzazione della lesione
- Scelta della tecnica di asportazione endoscopica
- Recupero della lesione asportata
- Utilizzo di supporti su cui porre la lesione asportata
- Identificare e marcare la base d'impianto
- Inserimento della lesione in liquido fissativo
- Compilazione del report endoscopico identificando separatamente (tutte?) le lesioni asportate
- Invio al laboratorio di AP dei campioni e del report endoscopico garantendo la tracciabilità del campione

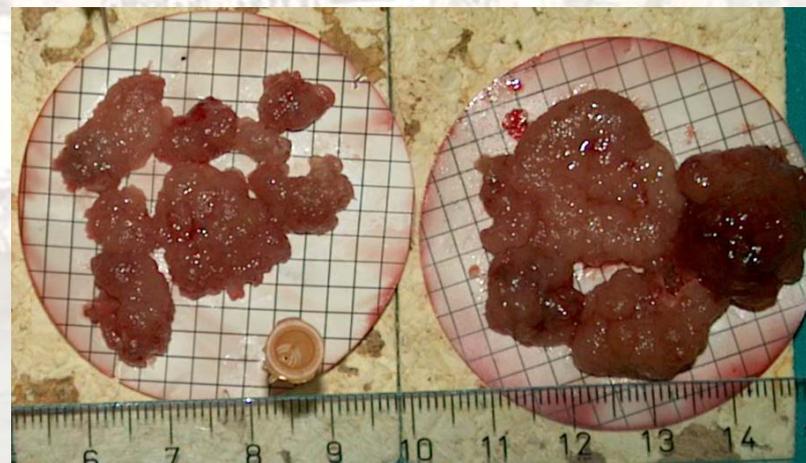
7.6 Specimen handling

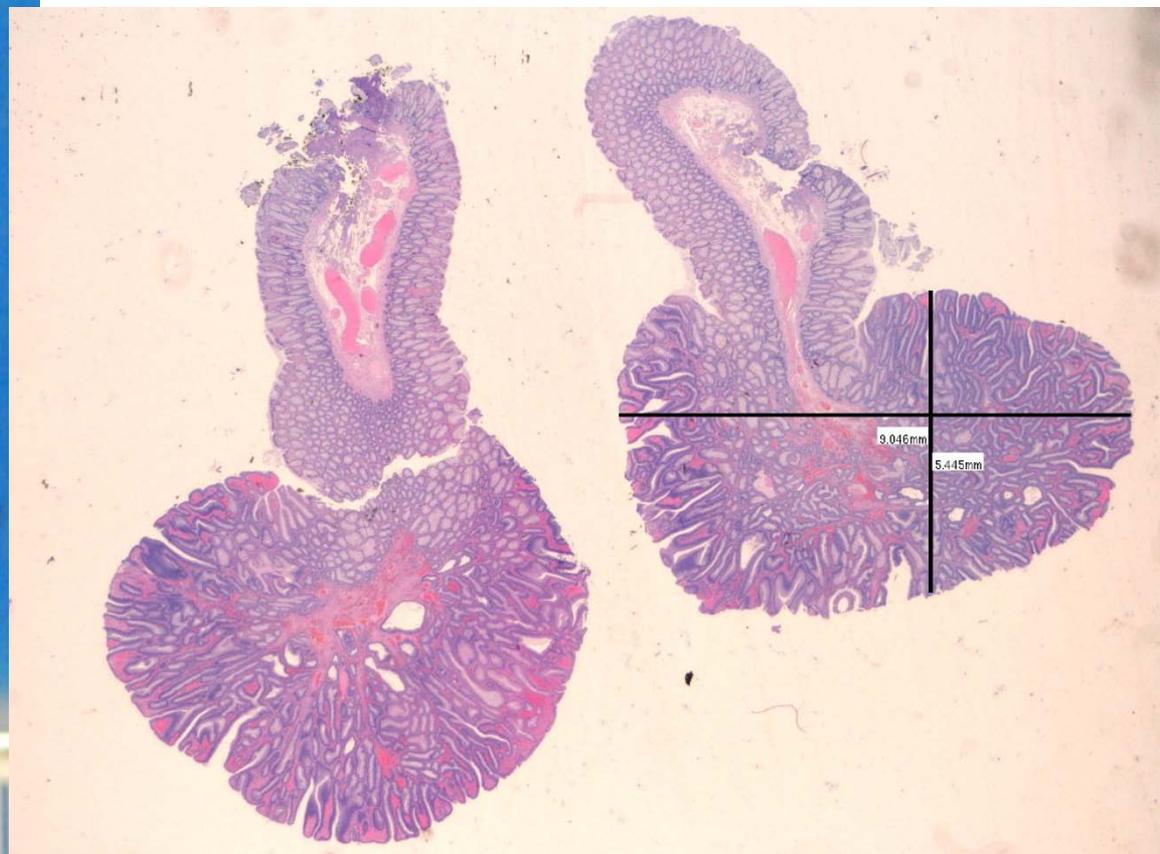


Specimen handling is an important issue, as poor handling and dissection procedures can impair diagnostic accuracy. **Specimen handling starts with the endoscopic removal of the specimen and ends with the histopathological diagnosis and report. The need for a close relationship between endoscopists and histopathologists is stressed.**

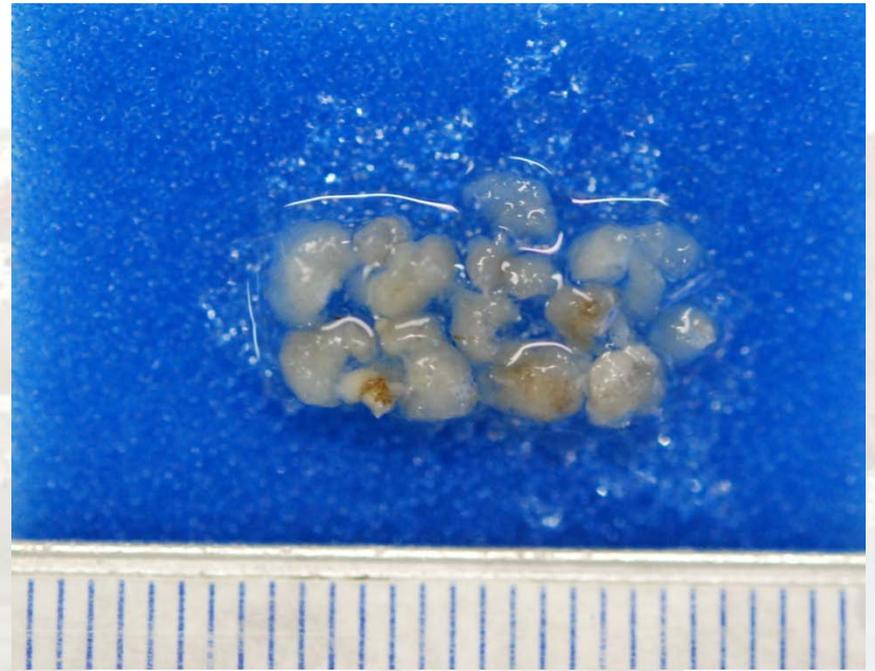
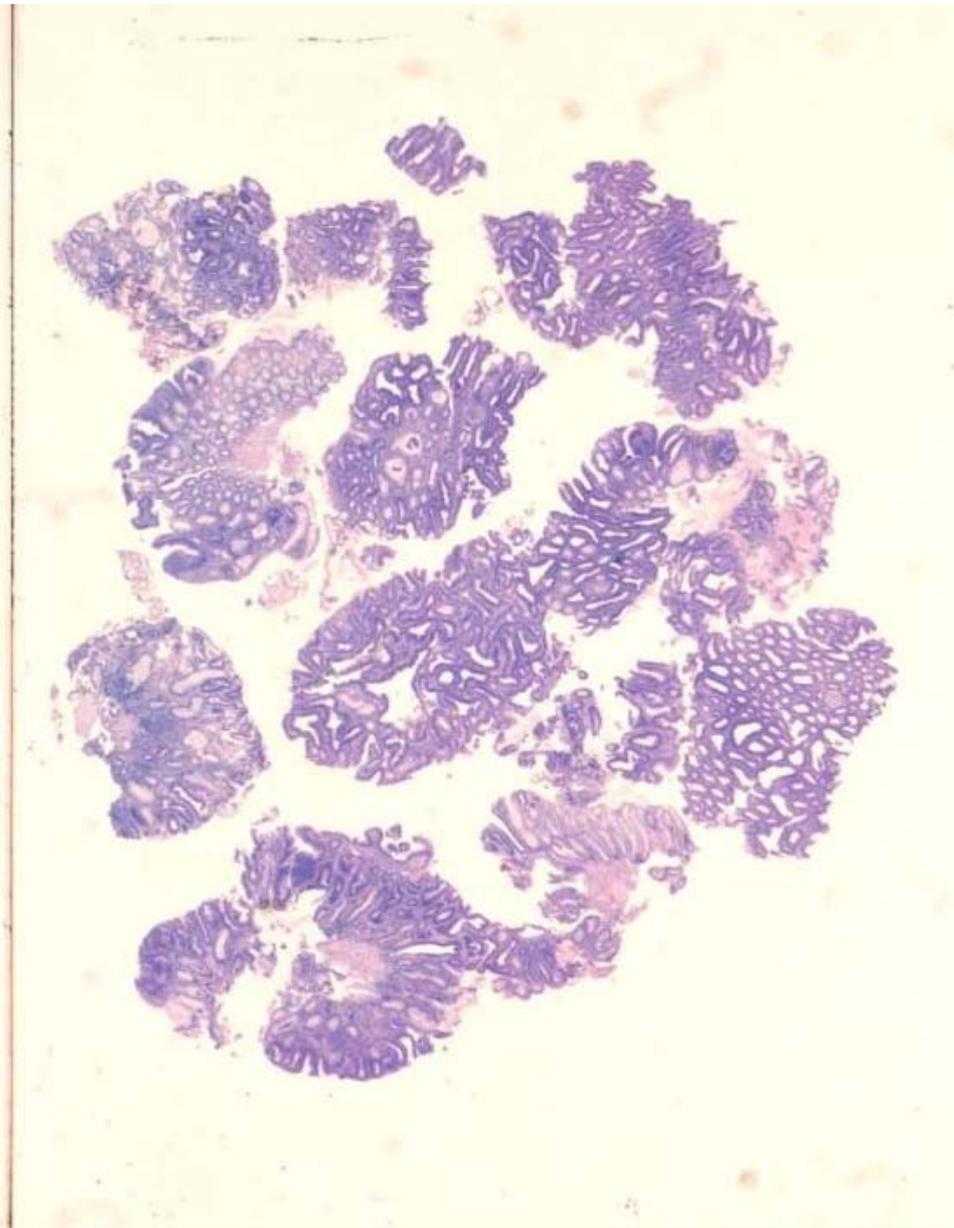
Scelta della tecnica di asportazione endoscopica

- Deve essere orientata a garantire l'integrità e l'interezza della lesione asportata.
- Quindi la resezione en bloc è da preferire alla resezione piecemeal





GISCoR 2016







Recupero della lesione asportata

- Va sempre menzionato in caso di asportazione piecemeal se il recupero dei frammenti sia stato completo o meno.
- Va sempre menzionato nel report inviato al patologo se la lesione sia stata endoscopicamente rimossa completamente o in parte.

UTILIZZO DI ADEGUATI SUPPORTI

- Per le lesioni diminutive, in particolare se sessili, utilizzare sempre supporti di carta bibula cercando di orientare al meglio il campione appoggiando la base di resezione sul supporto. REALE? SI
- Per lesioni sessili sopra 1 cm stenderle accuratamente su supporto rigido (polistirolo o quant'altro. FATTIBILE? SI REALE? POCO

USO DI SUPPORTI ADEGUATI



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.

È raccomandato che
l'endoscopista apponga le
lesioni polipoidi diminutive su
carta bibula e per le lesioni
polipoidi sessili di diametro
superiore a 10 millimetri
provveda a fissarle su supporto
rigido in modo da favorire il
riconoscimento della base
d'impianto

IDENTIFICARE E MARCARE LA BASE D'IMPIANTO

- E' uno degli aspetti più critici per definire la radicalità dell'exeresi fondamentale nella definizione del rischio di progressione degli adenomi cancerizzati (pT1) ma importante anche per le lesioni di adenoma serrato sessile con displasia e per le lesioni adenomatose convenzionali con displasia di alto grado.

CHI MARCA E COME LA BASE D'IMPIANTO

- L'ENDOSCOPISTA A FRESCO E' NELLE MIGLIORI CONDIZIONI PER POTERLO FARE SPECIE NELLE LESIONI SESSILI A LARGA BASE D'IMPIANTO.
- CHINA NERA O ANCHE SEMPLICEMENTE IL BIANCHETTO DA CANCELLERIA
- POSSIBILE? SI
- REALE? MOLTO POCO

MARGINE DI RESEZIONE



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.

Identificazione del margine di resezione endoscopica. Agevole nelle lesioni peduncolate appena resecate, può diventare problematica dopo fissazione in formalina. È auspicabile che la marcatura (con colorante o idoneo repere) venga effettuata dall'endoscopista prima della fissazione. Nel caso ciò non sia avvenuto, se il patologo individua chiaramente il margine, lo marca con inchiostro di china e lo annota nella descrizione macroscopica.

LA RICHIESTA DI ESAME ISTOPATOLOGICO

REGIONE del 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.

deve contenere le seguenti informazioni.

- Dati clinico-anamnestici paziente: nome, cognome, sesso, data di nascita, CF.
- Sede della lesione: distanza dalla linea muco cutanea.
- Dimensione valutata in corso di endoscopia. È opportuno che l'endoscopista selezioni le lesioni polipoidi >0,5 cm e ne identifichi la base d'impianto con eventuale marcatura della stessa con inchiostro di china o con repere idoneo.
- Modalità di asportazione. Qualora l'asportazione sia avvenuta in frammenti, l'endoscopista deve specificare se tutti i frammenti siano stati recuperati per l'esame istologico.
- Morfologia sessile/polipoide/piatta.
- Patologie associate (es. IBD).

Regione del Veneto
Assessorato alla Sanità e alla Programmazione Socio-Sanitaria
Direzioni Provinciali, Sussidiarietà, Medicina
Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica
Coordinamento Regionale Screening Oncologici

INVIO DEI CAMPIONI



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.

- Il materiale deve essere inviato in liquido fissativo rappresentato da Formalina tamponata al 10% (sono sconsigliati altri tipi di fissativo).
- È necessario che venga inviato 1 contenitore per ogni campione di polipectomia con misura endoscopica > di mm 5 ed è inderogabile comunque l'invio in contenitori separati in caso di sedi multiple anche per dimensioni < a mm 5.
- Può essere accettato che lesioni polipoidi diminutive (< di mm 5) molto ravvicinate (comprese in un tratto di grosso intestino non superiore a 1-2 cm) possano essere poste in un unico contenitore.

COME DEVE ESSERE STRUTTURATO IL REPORT ISTOLOGICO

REGIONE del 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.

RIFERIMENTI NECESSARI NEL REPORT ISTOPATOLOGICO

È fortemente raccomandato che dall'endoscopia giunga il report dell'esame endoscopico e che questo sia visionato dal medico sia in fase di riduzione macroscopica che di refertazione.

Per il corretto abbinamento del referto istopatologico con i campioni inviati, in caso di lesioni multiple, si raccomanda di mantenere la distinzione fra queste, identificandole con lettere o numeri progressivi, mantenendo la sequenza indicata dall'endoscopista individualmente sia in fase di descrizione del materiale inviato sia in fase di descrizione macroscopica che della diagnosi istologica.

Descrizione del tipo di prelievo (materiale inviato):

biopsia/polipectomia/mucosectomia.

Sede del prelievo, come da specifiche del referto endoscopico riportando (opzionale) le dimensioni della lesione indicata dall'endoscopista. La dimensione indicata dall'endoscopista va riportata in caso di lesione polipoide asportata in più frammenti.

MACRO E DIMENSIONI

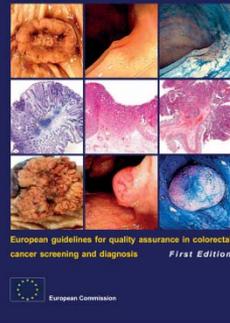
Vanno riferiti la conformazione della/e lesioni polipoidi, le modalità di invio del campione, le dimensioni.

Conformazione (sessile/peduncolato).

Descrizione del materiale se pervenuto orientato su supporto e/o con margine di resezione marcato dall'endoscopista; se giunto in frammenti, riportare il numero dei frammenti. Nel caso di biopsie descrivere il numero dei frammenti.

Dimensioni espresse in millimetri o centimetri. **La dimensione dei polipi adenomatosi è fattore critico nel definire il timing della sorveglianza endoscopica.** Nei polipi peduncolati giunti integri di almeno 5 mm deve essere misurata separatamente la testa (almeno il diametro maggiore) dal peduncolo (lunghezza). Nei polipi sessili giunti integri > 5 mm va riferito almeno l'asse maggiore. Nei polipi di diametro inferiore ai 5 mm va riportata solo la dimensione maggiore. Nel caso di lesione giunta frammentata, viene descritto il numero complessivo dei frammenti e viene misurato il diametro del frammento maggiore. In questi casi, come dimensione per le strategie di sorveglianza endoscopica, fa riferimento quella endoscopica anche se ritenuta meno accurata.

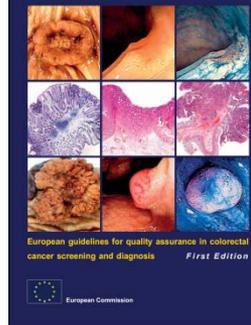
7.2.1 Measurement of size of adenomas



An overestimation or underestimation of a large or a small polyp is important when the misjudgement crosses the 10 mm threshold.

It seems that the use of the pathologist's measurement is currently the most accurate.

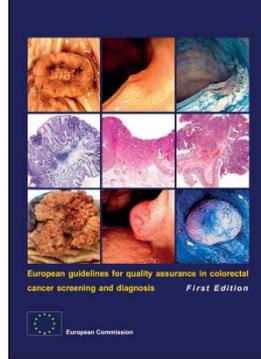
If the lesion is too large for the maximum dimension to be measured by this method, because it cannot be represented on a single slide, the measurements taken at the time of specimen dissection should be used.



7.2.1 Measurement of size of adenomas

If a biopsy is received or the specimen is fragmented it should be stated that it cannot be accurately assessed for size by the pathologist and the endoscopy measurements should be used.

Measurements should exclude the stalk if it is composed of normal mucosa however the distance to the excision margin should be noted. The size of adenomas is used to determine the need for surveillance and therefore must be measured accurately to the nearest millimetre (and not rounded-up to the nearest 5 or 10 mm). Where the lesion is mixed or only part of a lesion is adenomatous, measurement should be performed on the adenomatous component.



Recommendations¹

7.8 The size of lesions should be carefully measured by the pathologist to the nearest mm on the haematoxylin and eosin slide, or on the fixed specimen when the largest dimension of the lesion cannot be reliably measured on the slide.

Endoscopy measurements are less accurate and should only be used when strictly necessary, e.g. if the lesion is fragmented (III - B).

CHI MISURA COSA

REGIONE del 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
Assessorato alla Sanità e alla Programmazione Socio-Sanitaria
Direzioni Provinciali, Sussidiarietà, Ministero
Unità Operativa Prevenzione e Sanità Pubblica
Coordinamento Regionale Screening Oncologici

Secondo le linee guida europee è la dimensione istologica misurata su vetrino quella da utilizzare per le strategie di sorveglianza endoscopica perché consente di valutare precisamente solo la parte neoplastica della lesione.

In considerazione del fatto che appare ancora poco praticabile in modo sistematico questo tipo di misurazione, si consiglia di eseguire la valutazione istologica della dimensione quando il patologo osservi una sostanziale discrepanza tra tessuto adenomatoso e tessuto non adenomatoso.

È evidente che se nel campionamento sono state eseguite sezioni trasversali all'asse maggiore della testa, deve fare riferimento la misura eseguita in fase macroscopica dopo fissazione.

Polipo cancerizzato

- E' il più importante argomento di confronto tra patologi ed endoscopisti.
- La decisione da prendere circa il ricorso o meno alla chirurgia maggiore non può prescindere dalla valutazione istologica del rischio di progressione locale e metastasi linfonodale.
- La decisione va condivisa caso per caso e la proposta al paziente di una o dell'altra opzione (chirurgia maggiore verso follow-up endoscopico o altre alternative) deve tener conto di più fattori e deve essere espressione di una valutazione multidisciplinare esplicitamente documentata.

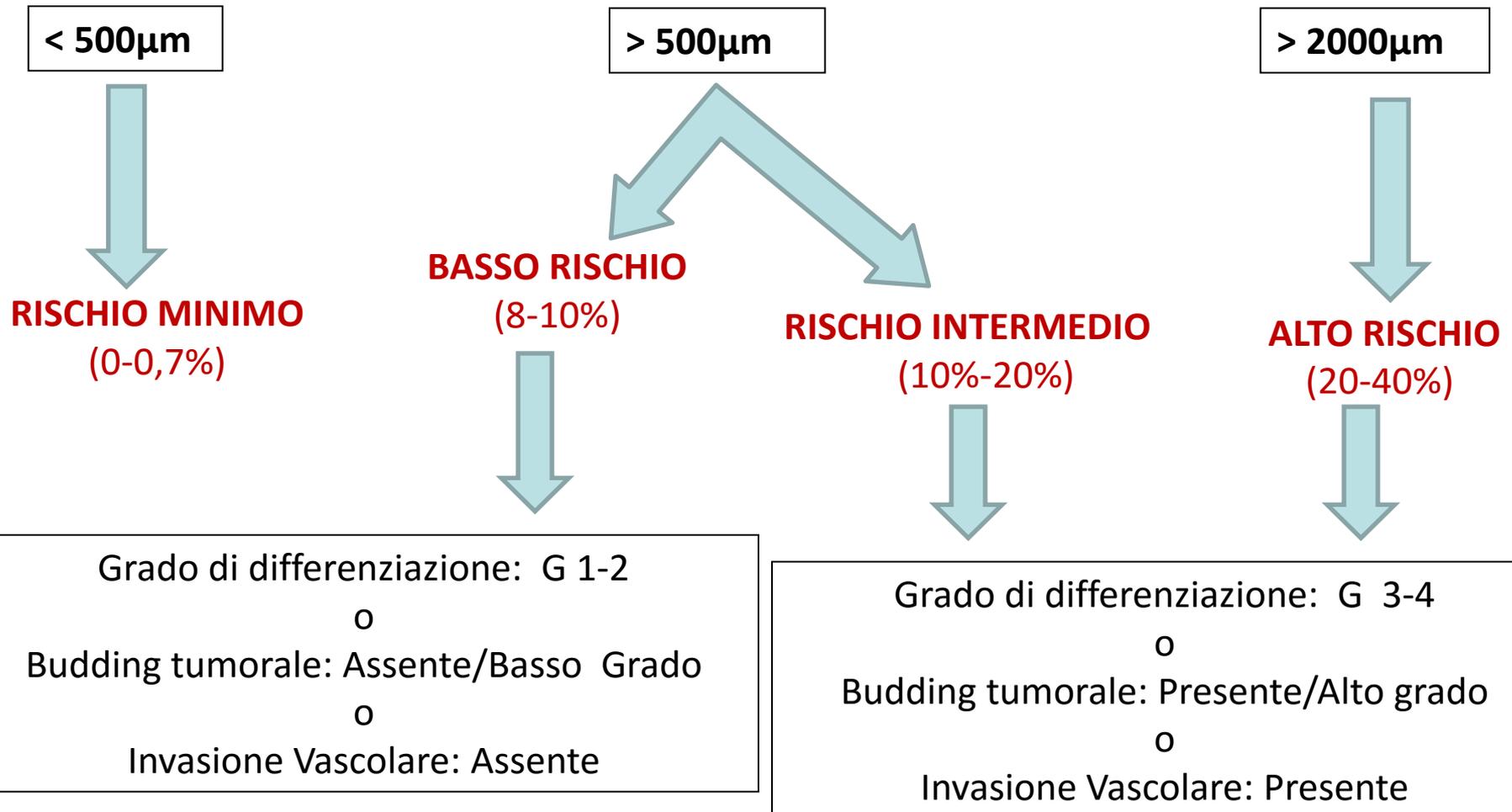


ADENOMA CANCERIZZATO

valutazione del rischio metastatico

Microstadiazione:

profondità di invasione della sottomucosa

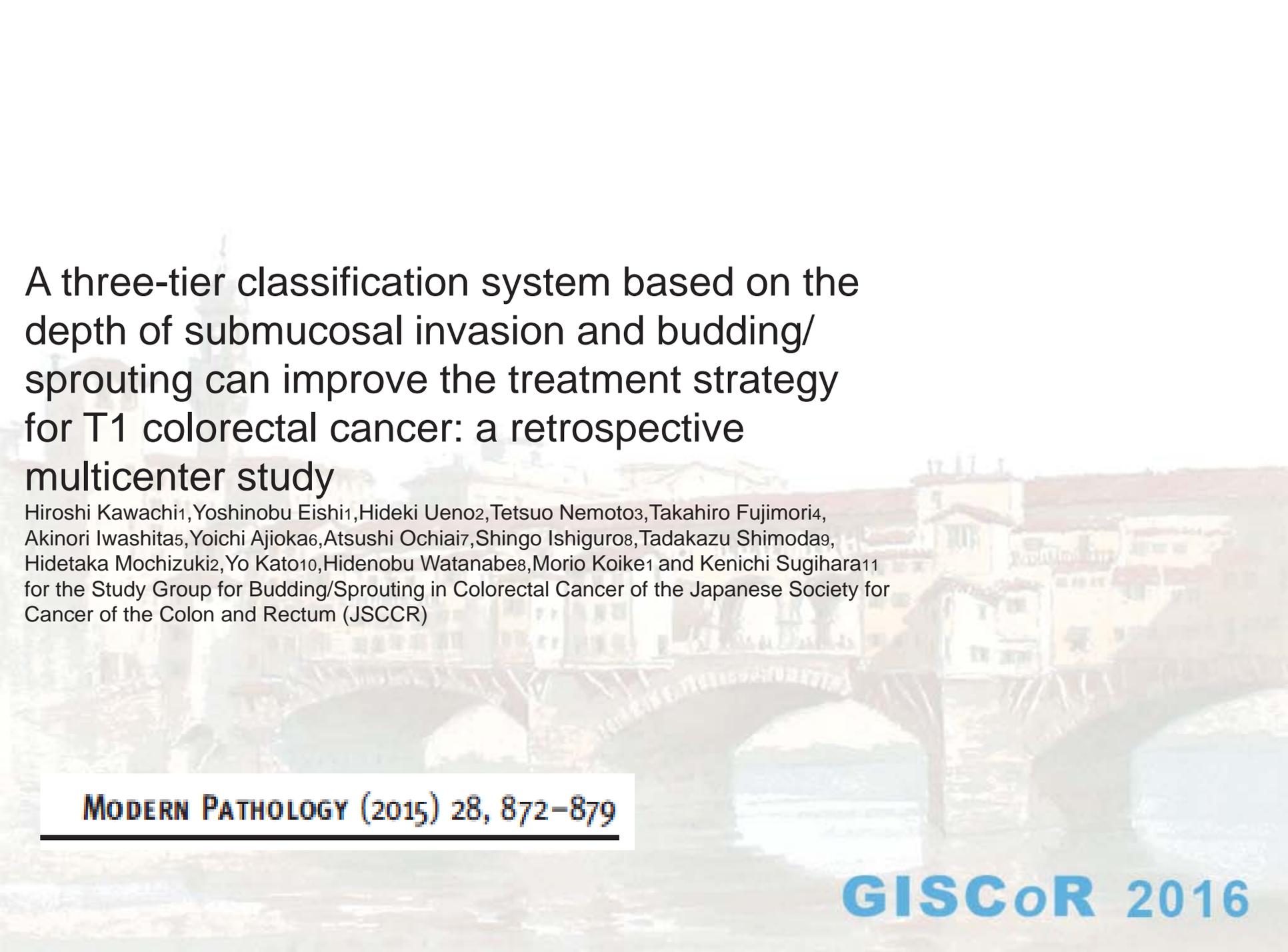


Adverse histological features in malignant colorectal polyps: a contemporary series of 239 cases

Ian S Brown,^{1,2} Mark L Bettington,^{1,3,4} Andrew Bettington,⁵ Gregory Miller,^{1,4}
Christophe Rosty^{1,4,6}

Brown IS, et al. *J Clin Pathol* 2016;**69**:292–299. doi:10.1136/jclinpath-2015-203203

In conclusion, the rate of residual disease in our series of 239 MCPs was 8.4%, including 9 cases with residual adenocarcinoma in the colonic wall, all showing a positive margin on the MCP, and 12 cases with nodal metastasis, including a small adenocarcinoma arising from a 5 mm sessile serrated adenoma. Histological features associated with nodal metastasis were poor differentiation, cribriform pattern and invasive tumour size defined by depth >2 mm (or width >4 mm). From our results, surgical resection should be recommended if two or three of these adverse histological features are present (23.3% risk of nodal metastasis) and may be warranted if only one feature is present (4.5% risk of nodal metastasis), depending on tumour location and patient comorbidities. No nodal metastases were found if none of these features were identified and surgery could be avoided for these patients. Cases with a positive margin defined by carcinoma cells reaching the diathermied base may require additional local resection but do not necessarily require surgery if no other adverse factors are present.



A three-tier classification system based on the depth of submucosal invasion and budding/sprouting can improve the treatment strategy for T1 colorectal cancer: a retrospective multicenter study

Hiroshi Kawachi¹, Yoshinobu Eishi¹, Hideki Ueno², Tetsuo Nemoto³, Takahiro Fujimori⁴, Akinori Iwashita⁵, Yoichi Ajioka⁶, Atsushi Ochiai⁷, Shingo Ishiguro⁸, Tadakazu Shimoda⁹, Hidetaka Mochizuki², Yo Kato¹⁰, Hidenobu Watanabe⁸, Morio Koike¹ and Kenichi Sugihara¹¹
for the Study Group for Budding/Sprouting in Colorectal Cancer of the Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR)

MODERN PATHOLOGY (2015) 28, 872–879

GISCoR 2016

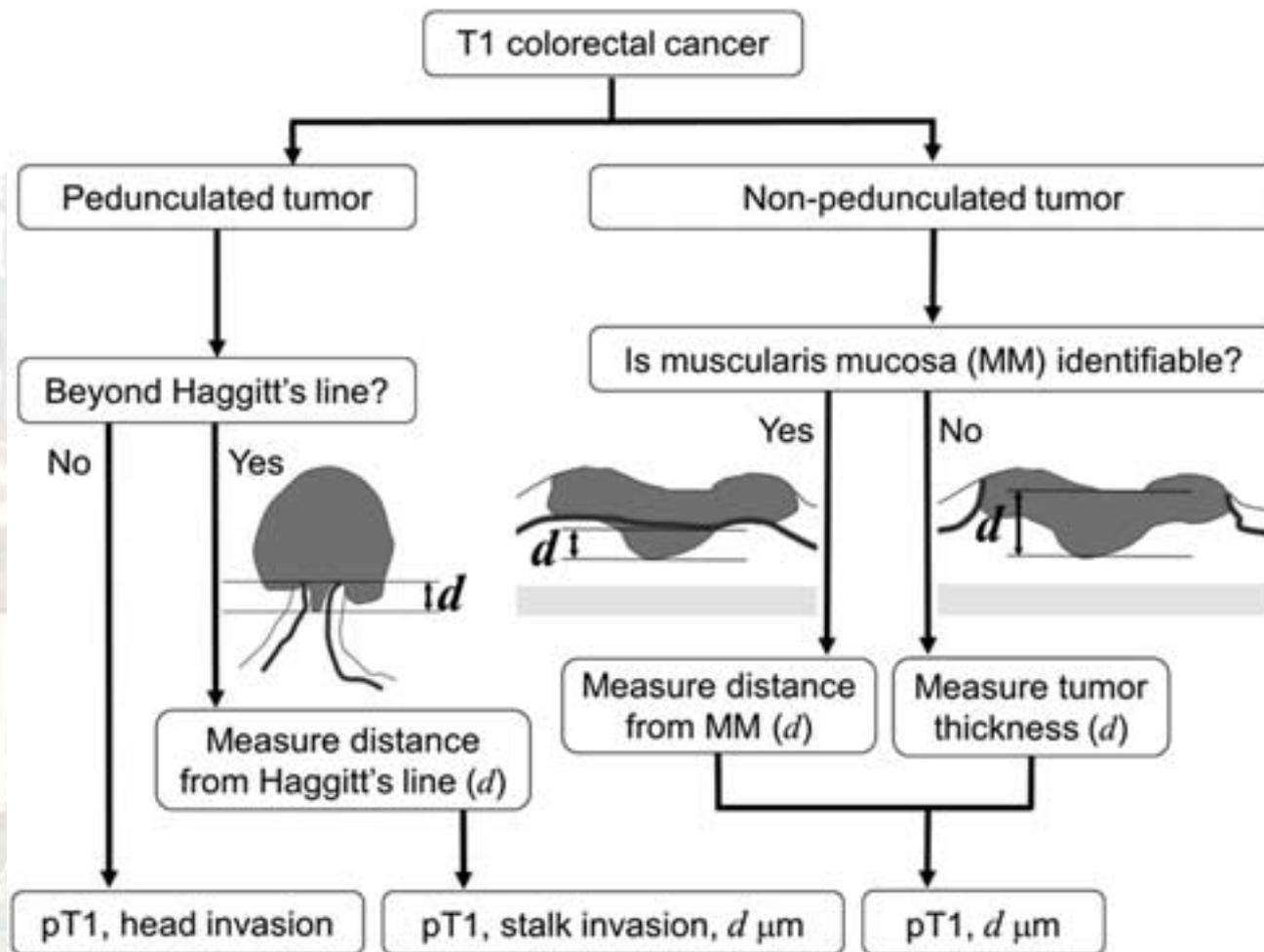


Table 1 Univariate analysis of clinicopathologic and histologic parameters for lymph node metastasis

	Negative for lymph node metastasis (%)	Positive for lymph node metastasis (%)	P-value
Total number of patients	709 (88)	97 (12)	
<i>Sex</i>			
Male	424 (88)	58 (12)	0.99
Female	285 (88)	39 (12)	
<i>Age</i>			
Mean \pm s.d.	63.7 \pm 11.1	65.5 \pm 11.1	0.14
<i>Tumor location</i>			
C/A/T/D/S/R	34/91/70/30/246/238	1/9/5/3/33/46	0.06
<i>Tumor size</i>			
Mean \pm s.d. (mm)	20.6 \pm 13.1	19.6 \pm 9.9	0.97
<i>Tumor type</i>			
Pedunculated type	133 (96)	6 (4)	0.001
Nonpedunculated type	576 (86)	91 (14)	
<i>Depth of submucosal invasion</i>			
Mean \pm s.d. (μ m)	2256 \pm 1939	3061 \pm 1839	< 0.0001
< 1000 μ m	199 (98)	4 (2)	< 0.0001
\geq 1000 μ m	510 (85)	93 (15)	
<i>Histologic grade</i>			
Low grade	695 (88)	91 (12)	0.01
High grade	14 (70)	6 (30)	
<i>Lymphatic invasion</i>			
Negative	500 (91)	47 (9)	< 0.0001
Positive	209 (81)	50 (19)	
<i>Venous invasion</i>			
Negative	472 (91)	49 (9)	0.002
Positive	237 (83)	48 (17)	
<i>Budding/sprouting</i>			
Grade 1 (low grade)	535 (93)	38 (7)	< 0.0001 ^a
Grade 2 or 3 (high grade)	174 (75)	59 (25)	
Grade 2	111 (77)	34 (23)	< 0.0001 ^a
Grade 3	63 (72)	25 (28)	< 0.0001 ^a , 0.40 ^b

Table 2 Multivariate analysis of the six parameters for lymph node metastasis using a logistic regression model

<i>Histologic parameters</i>	Odds ratio	(95% confidence interval)	P-value
Depth of submucosal invasion \geq 1000 μ m	5.56	(2.14–19.10)	< 0.0001
High-grade budding/sprouting (grade 2 or 3)	3.14	(1.91–5.21)	< 0.0001
High histologic grade	1.88	(0.63–5.09)	0.25
Positive lymphatic invasion	1.53	(0.94–2.50)	0.09
Nonpedunculated type	1.49	(0.64–4.11)	0.37
Positive venous invasion	1.08	(0.67–1.74)	0.75

In conclusion, the present study revealed that depth of submucosal invasion \geq 1000 μ m and budding/sprouting were powerful predictive parameters for lymph node metastasis in T1 colorectal cancer. The three-tier risk classification proposed in the present study might provide important information for deciding on treatment for T1 colorectal cancer patients after endoscopic excision.

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

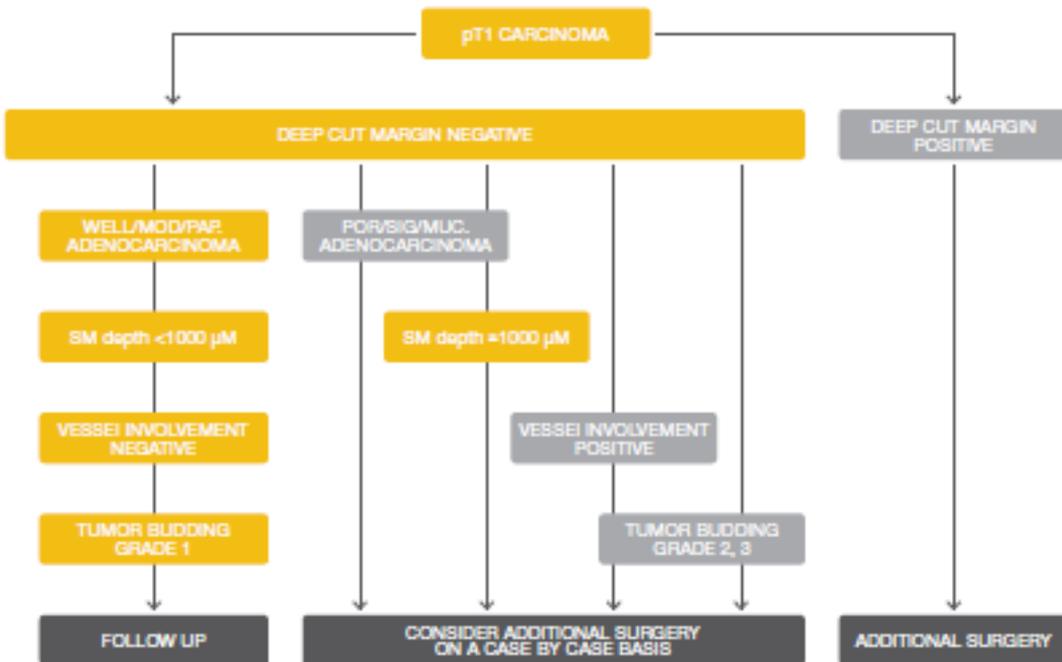
Documento di consenso dei patologi dello screening per il tumore del colon retto della Regione Veneto.

Regione del Veneto
Assessorato alla Sanità e alla Programmazione Socio-Sanitaria
Direzioni Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica
Coordinamento Regionale Screening Oncologici

(a) Criteria	Degree of Risk
Resection Margin < 1 mm	+++
Resection Margin 1-2 mm	+
Pedunculated Haggitt level 4	+++
Sessile: Kikuchi 2	++
Sessile: Kikuchi 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	< 3%	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



GISCoR 2016

POLIPO CANCERIZZATO (pT1)

G. ADENOMA CANCERIZZATO: SCHEMA DI REFERTAZIONE

- Adenocarcinoma in adenoma (adenoma cancerizzato) (pT1).
- Componente adenomatosa tubulare /tubulo-villosa/villosa con displasia di alto grado dell'epitelio.
 - Componente adenocarcinomatosa:
 - Grado di differenziazione bene/moderatamente (basso grado) / scarsamente (alto grado) differenziata (sec. WHO 2010).
 - Embozzazione neoplastica (linfatica/venosa) presente/assente.
 - Budding peritumorale 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** (sessil):
 - 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 adenocarcinomatosa;
 - diametro massimo verticale (profondità) della componente adenocarcinomatosa: !!!
- Stato del margine di resezione:
 - interna;
 - la neoplasia coinvolge il margine di resezione endoscopico: (ghiandole adenocarcinomatose sono presenti in corrispondenza del margine di resezione/ < mm 1 dal margine di resezione/ in corrispondenza della banda di elettrocoagulazione).

REGIONE del 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.

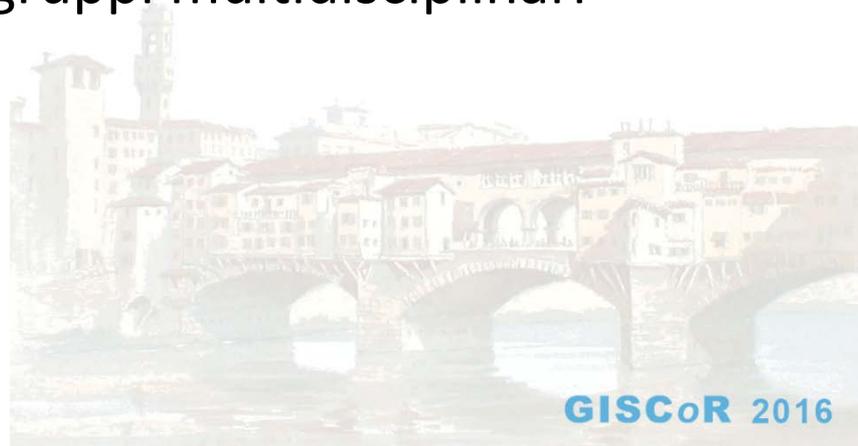
Regione del Veneto
Assessorato alla Sanità e alla Programmazione Socio-Sanitaria
Dipartimento Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Dipartimento Operativo Prevenzione - Servizi Pubblici
Coordinamento Regionale Screening Oncologici

*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



CONSIDERAZIONI

- L'ENDOSCOPISTA GESTISCE IL PAZIENTE
- L'ENDOSCOPISTA E' FRUSTRATO PER LA BASSA PERCENTUALE DI N+ NEI pT1 OPERATI CHE SVILISCE LA SUA OPERA (L'AVEVO CURATO IO! E ABBIAMO FATTO UN INTERVENTO INUTILE PER COLPA DI QUEL PATOLOGO CHE MI HA DATO UN ALTO RISCHIO E POI I PATOLOGHI HANNO UNA SCARSA RIPRODUCIBILITA')
- IL PATOLOGO E' INCAZZATO CON L'ENDOSCOPISTA CHE GLI MANDA LE LESIONI FRAMMENTATE E NON PUO' VALUTARE I PARAMETRI DEL RISCHIO E SPESSO GLI IMPEDISCE DI CAPIRE SE LA LESIONE SIA O MENO INFILTRANTE.



MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE E LA COMPETENZA

- LA CONOSCENZA DELLE RISPETTIVE CRITICITA' E DELLE RECIPROCHE RESPONSABILITA'
- PRESENZA NELL'EQUIPE DELLE GASTROENTEROLOGIE DI ENDOSCOPISTA DEDICATO E ADDESTRATO ANCHE NELLE TECNICHE PIU' AVANZATE (ESD) CUI RIFERIRE I CASI PIU' DIFFICILI
- PRESENZA NELL'EQUIPE DELLE ANATOMIE DI PATOLOGO DEDICATO CHE PARTECIPA ATTIVAMENTE AI CORSI DI FORMAZIONE CUI RIFERIRE I CASI CONTROVERSI E RIDURRE LA VARIABILITA' INTERPRETATIVA
- RIUNIONI PERIODICHE TRA I REFERENTI PER LA DISCUSSIONE DEI CASI pT1 E DEI CASI CONTROVERSI

IL RUOLO DELLA POLITICA SANITARIA

- PROMUOVERE LA FORMAZIONE
- FORMALIZZARE LI' DOVE SIANO ATTIVI PROGRAMMI DI SCREENING CRC I GRUPPI MULTIDISCIPLINARI (GIA' ESISTENTI IN MOLTE AZIENDE) RICONOSCENDO QUESTA ATTIVITA' IN ORARIO DI LAVORO E/O CON ACQUISIZIONE DI PUNTI ECM
- L'ATTIVITA' DEI GRUPPI DEVE ESSERE DOCUMENTATA E PRODURRE SUI SINGOLI CASI ESAMINATI UN REPORT CHE ENTRA NELLA CARTELLA DEL PAZIENTE
- RICHIEDERE LO SVOLGIMENTO DEGLI AUDIT E MONITORARE I RISULTATI DEGLI ESITI RISPETTO ALLE ATTESE

I PROGRAMMI EDUCAZIONALI E DI CONTROLLO DI QUALITA'

- FINORA CONDOTTI PROGRAMMI DI CONFRONTO INTERISTITUZIONALE IN PATOLOGIA COLORETTALE DA SCREENING SU VETRINO VIRTUALE
- DALLA REGIONE VENETO
- DALLA REGIONE EMILIA ROMAGNA
- DALLA REGIONE PIEMONTE

Virtual microscopy for histology quality assurance of screen-detected polyps
Mauro Risio, Gianni Bussolati, Carlo Senore, Stefano Vigna, Elena Frangipane,
Nereo Segnan, Paola Cassoni
J Clin Pathol 2010;63:916-920.

grazie

Il Gruppo dei Patologi dello Screening Colorettale

Cristina Antonini, Laura Borghi, Roberta Boschetto, Romano Colombari, Paola Cusatelli, Emanuele D'amore, Duilio Della Libera, Marcello Lo Mele, Maria Lunardi, Sara Pecori, Claudia Roldo, Anna Tomezzoli.

Coordinamento regionale degli screening oncologici

Chiara Fedato, Adriana Montagutti, Francesca Russo

Registro tumori del Veneto

Manuel Zorzi



Virtual microscopy for histology quality assurance of screen-detected polyps
Mauro Risio, Gianni Bussolati, Carlo Senore, Stefano Vigna, Elena Frangipane,
Nereo Segnan, Paola Cassoni
J Clin Pathol 2010;63:916-920.

High-grade dysplasia

By optical microscopy, high-grade dysplasia was reported in 40/ 457 (8.7%) cases in centre A and 99/457 (22%) cases in centre B. By virtual microscopy, high-grade dysplasia diagnoses were increased up to 54/457 (11.8%) cases in centre A and remained substantially unmodified (101/457, 22.1%) in centre B.

The k statistics value for intraobserver agreement was 0.70 and 0.78 for the A and B centre, respectively.

The interobserver agreement was similar using optical (k statistics: 0.42) or virtual (k statistics: 0.39) microscopy.

“Reliability in the classification of advanced colorectal adenomas”Terry MB *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 11:660-3,2002:

K=0,14-0,69 sul grado di displasia; **K=0,48** sul tipo di adenoma

“Inter-observer agreement on histological diagnosis of colorectal polyps: The APACC study”Yoon H et al *Gastroenterol Clin Biol* 26(3): 220-4, 2002:

K=0,34sul grado di displasia; **K=0,46**sul tipo di adenoma

“Interobserver agreement in the histological diagnosis of colorectal polyps. The experience of the multicenter adenoma colorectal study(SMAC)”CostantiniM et al. *J ClinEpidemiol*56 (3): 209-14, 2003:

K=0,54sul grado di displasia; **K=0,34**sul tipo di adenoma



Displasia alto grado (EU guidelines: “not more than 10% in a FOBT programme”) alterazioni architettonali+citologiche

Lymphovascular Invasion in Colorectal Cancer (EU guidelines:
“extramural vascular invasion in more than 25%”)

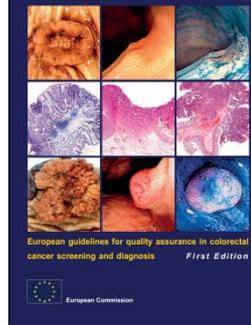
An Interobserver Variability Study

Elizabeth I. Harris, MD et al.

Am J Surg Pathol 2008; 32:1816-1821.

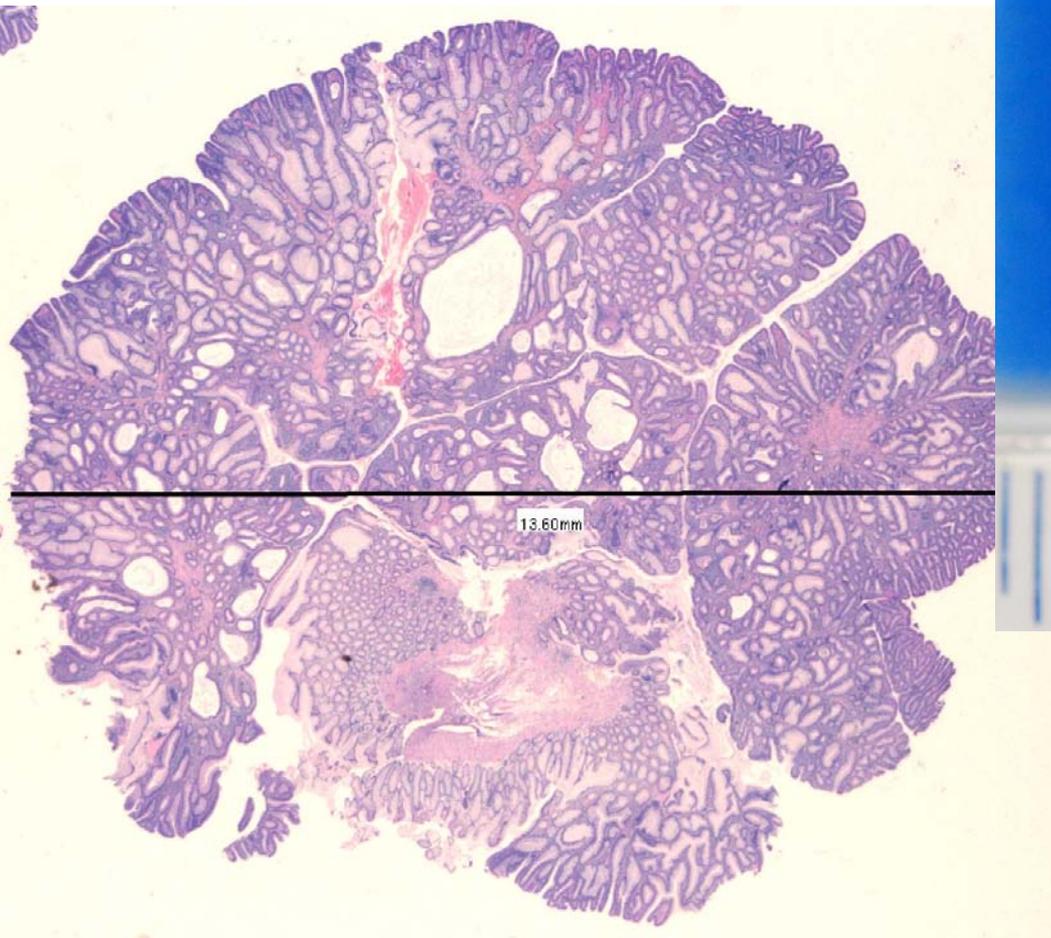
50 cases (moderately differentiated stage II cancer, 6 gastrointestinal pathologists, no diagnostic guidelines, apply the criteria for LVI used in daily practice)

Agreement was fair for H&E small vessel invasion ($k=0.28$). The least agreement was seen in interpretation of H&E large vessel invasion ($k=0.18$). Agreement was not improved by use of immunohistochemical stains: CD31 (large vessel, $k=0.42$, small vessel, $k=0.26$) and D2-40 ($k=0.32$).



Recommendations¹

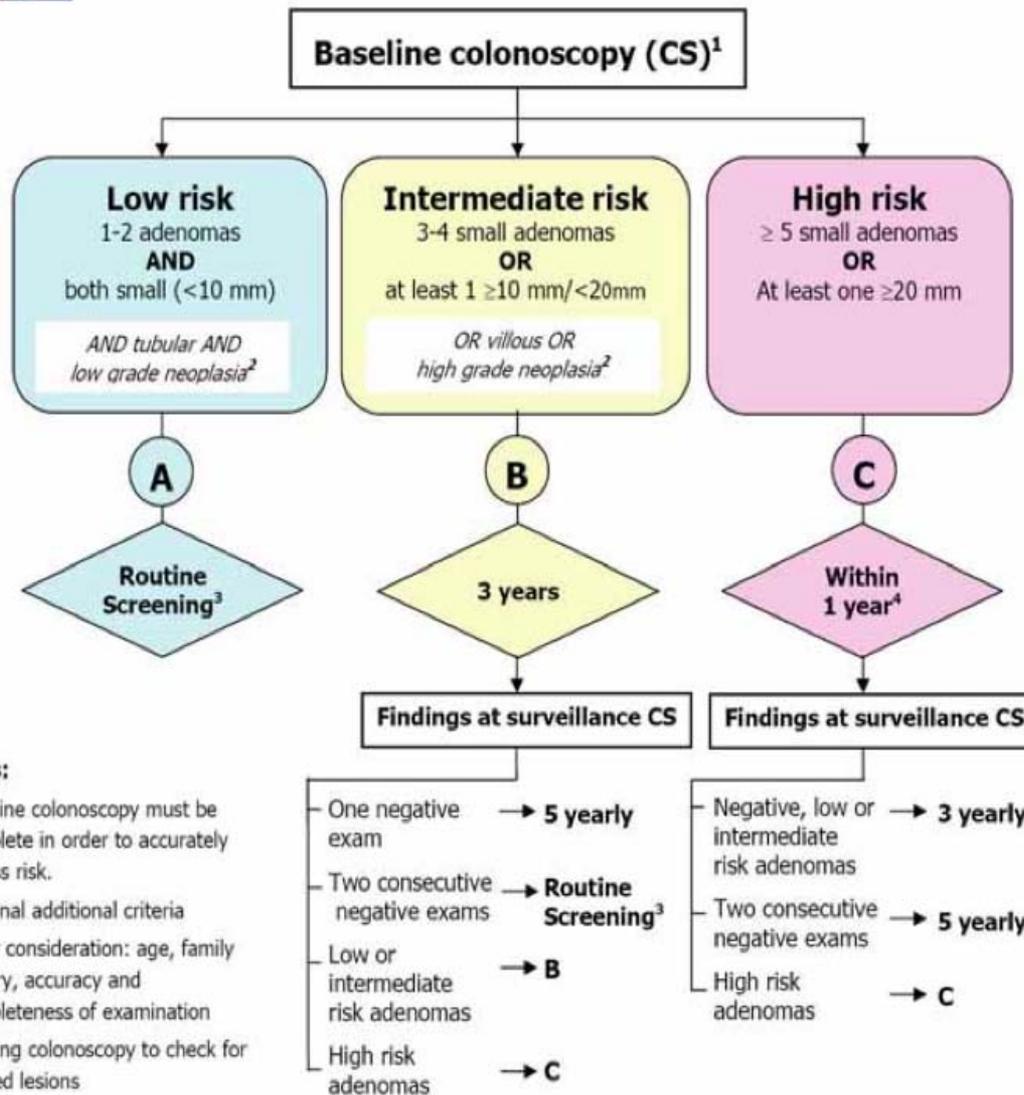
The multidisciplinary team should consider deviating from the recommended size categories in treatment and surveillance algorithms, if the review of a case indicates that there is sufficient reason to doubt the accuracy of the measurement. Such cases should be captured as an auditable outcome **(VI – B)**.Sect 7.2.1



GISCoR 2016



COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)



Notes:

¹ Baseline colonoscopy must be complete in order to accurately assess risk.

² Optional additional criteria

³ Other consideration: age, family history, accuracy and completeness of examination

⁴ Clearing colonoscopy to check for missed lesions

In ULSS 16:

-SSA/P senza displasia trattati come adenomi con displasia di basso grado → **5 anni**

-SSA/P con displasia viene equiparato ad adenoma con displasia di alto grado → **3 anni o 1 anno se > 2 cm**

- **AST**: follow-up a **1 anno**

- **POLIPOSI SERRATE**: follow-up a **3 aa** se < 10 polipi, a **1 anno** se > 10 polipi