

# GISCoR

gruppo italiano screening coloretale

## Il punto di vista del patologo

Dott. Enrico Falco

Anatomia Patologica, AOU Città  
della Salute e della Scienza di  
Torino

T Hotel, Cagliari  
6-7 Novembre 2025

# XVIII CONGRESSO NAZIONALE 2025



UNIVERSITÀ  
DI TORINO

*Il sottoscritto **Enrico Costantino Falco**  
in qualità di relatore al*

**Convegno Nazionale GISCoR**

**Cagliari, 6-7 Novembre 2025**

*ai sensi dell'art. 76, comma 4 dell'Accordo Stato Regioni del 2 febbraio 2017 e del paragrafo 4.5. del Manuale  
nazionale di accreditamento per l'erogazione di eventi ECM*

*dichiara che negli ultimi due anni non ha avuto rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in  
ambito sanitario.*

*Data e firma*

06/11/2025 

# Il punto di vista del patologo

E' solo un pT1: posso essere sbrigativo?

- Istotipo
- Grading
- Staging
- Invasione vascolare
- Margini



NON Sufficienti  
per pT1

# Il punto di vista del patologo

Valuto tutti i parametri in tutti i modi possibili, poi qualcuno deciderà cosa fare?



**When in doubt,  
measure it all!**

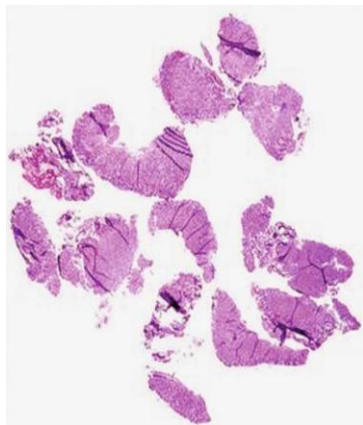
- Istotipo
- Grading G1-2-3, alto/basso grado, PDC
- Invasione vascolare
- Budding presente/assente, alto/basso grado, BD1-2-3
- Staging, profondità, ampiezza, livelli di Haggitt 1-2-3-4 e sm1-2-3
- Margini profondo e laterali <1 mm, >1 mm, interessati

Confusione nell'interpretazione del  
rischio di metastasi linfonodali

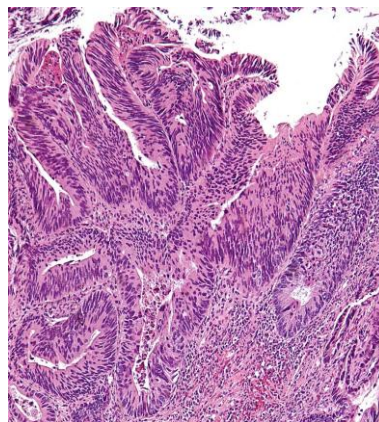
# Il punto di vista del patologo

Un buon referto da un buon campione!

- Frammentazione
- Cauterizzazione
- Orientamento
- Ischemia a freddo
- Tempi di fissazione



**FRAMMENTAZIONE/  
RESEZIONE PIECEMEAL**



**CAUTERIZZAZIONE**



**FISSAZIONE**

Difficoltà o impossibilità nella valutazione del rischio

# Panoramica

pT1: carcinoma invasivo limitato alla sottomucosa -> diagnosi in aumento grazie allo screening

Rischio metastasi linfonodali: 6–16%

Chirurgia di completamento aumenta il rischio di morbidità e mortalità

Overtreatment (50% dei casi/>25% dei low-risk)

Obiettivo: identificare correttamente i casi 'High-risk'

Necessità di una refertazione standardizzata



# Confronto tra linee guida internazionali

**Table 1.** Risk factors for lymph node metastasis according to international guidelines.

	Lymphovascular Invasion	Degree of Differentiation	Submucosal Invasion	Resection Margin	Tumor Budding
JSCCR 2019 [9]	Yes	Poorly differentiated, signet ring or mucinous adenocarcinoma	>1000 µm (T1b)	Yes: Positive vertical margin <sup>1</sup>	Budding grade 2/3
NCCN 2021 [12]	Yes	Poorly differentiated	Not described	Yes: Positive type unspecified	Yes, suggested Unspecified grade
ESMO 2020 [10]	Yes	Poorly differentiated	Haggit 4 (pedunculated) No clear recommendation for sessile and flat lesions	No risk <sup>2</sup>	Budding grade 2/3
ESGE-ESDO 2019 [11]	Yes	Poorly differentiated	≥1000 µm Haggit 4 in pedunculated SM2–3 in non-pedunculated	Yes: Positive margin (<1 mm) or cannot be assessed	Intense tumor budding Unspecified grade
ASGE 2020 [13]	Yes	Poorly differentiated	>1000 µm in non-pedunculated No risk in pedunculated	Yes: Positive margin in non-pedunculated <1 mm in pedunculated	Yes: Unspecified grade Only in non-pedunculated

<sup>1</sup> Positive vertical margin is defined as carcinoma exposed at the submucosal margin of the resected specimen by JSCCR guidelines. <sup>2</sup>. Positive resection margin (<1 mm) is considered only a risk for local recurrence in ESMO guidelines. Its recommended management comprises additional excision or local surveillance.

# A che punto eravamo?

Polipo  
cancerizzato:  
proposta di un  
modello di  
refertazione  
GIPAD



UNIVERSITÀ  
DI TORINO

*Enrico Falco*  
*Paola Cassoni*

Pathology Unit 2U & University of Turin  
Città della Salute e della Scienza  
Turin





# A che punto siamo?



**ELSEVIER**

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

## Digestive and Liver Disease

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/dld](http://www.elsevier.com/locate/dld)



### Position Paper

## Pathology of the malignant colorectal polyp: Issues in morphologic criteria and recommendations from the Italian Group of Gastrointestinal Pathologists

Alessandro Gambella<sup>a,1</sup>, Paola Parente<sup>b,1</sup>, Federica Grillo<sup>a,c,\*</sup>, Michele Paudice<sup>a,c</sup>,  
Valentina Angerilli<sup>d</sup>, Giuseppe Di Cioccio<sup>e</sup>, Luca Reggiani Bonetti<sup>f</sup>, Alessandro Caputo<sup>g</sup>,  
Francesco Vasuri<sup>h</sup>, Francesca Rosini<sup>h</sup>, Enrico Costantino Falco<sup>i</sup>, Ombretta Luinetti<sup>j,k</sup>,  
Alessandro Vanoli<sup>j,k</sup>, Luca Mastracci<sup>a,c</sup>, Matteo Fassan<sup>d,l,2</sup>, Paola Cassoni<sup>i,m,2</sup>

**Referto Anatomopatologico Strutturato**

# A che punto siamo?

## GRADO DI DIFFERENZIAZIONE

Grading is based on **gland formation** and is assessed in the **least differentiated** component

Un Sistema a due categorie (Alto e Basso Grado) è più riproducibile e rilevante prognosticamente rispetto a G1-G2-G3

Solo adenocarcinomi NOS e mucinosi

PDC Presenti vs Assenti

### Indicazioni pratiche

## INVASIONE LINFOVASCOLARE

**Tumour infiltration of endothelium-lined spaces in the submucosa**

Presente vs Assente

Valutazione in Ematossilina-Eosina (H&E),  
multipli livelli in casi borderline

Colorazioni istochimiche e immunoistochimiche  
solo in casi selezionati

# A che punto siamo?

## Polipo cancerizzato: proposta di un modello di refertazione GIPAD

### TUMOR BUDDING

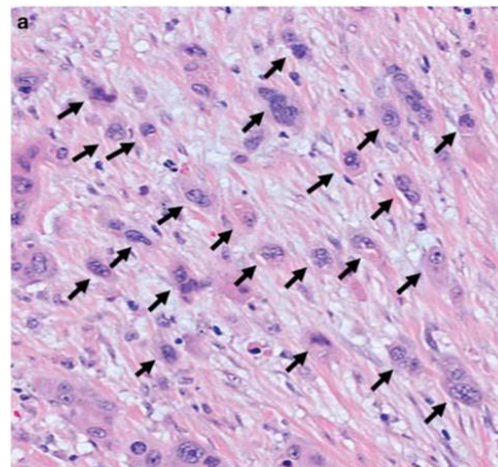
Transizione epitelio-mesenchimale e  
Correlazione con Invasione Vascolare

BD1-BD2-BD3 anzichè Alto/Basso  
grado o Assente/Presente

Valutazione in Ematossilina-eosina

Single cells or clusters of **up to 4 tumour cells**  
at the invasive front of the tumour

Indicazioni  
pratiche



# A che punto siamo?

## Polipo cancerizzato: proposta di un modello di refertazione GIPAD

### MICROSTADIAZIONE

**Semi-quantitative evaluation / Absolute depth of invasion** beyond the muscularis mucosae

### LESIONI SESSILI

Se tonaca muscolare propria assente

Misura diretta di profondità e ampiezza di infiltrazione (cut off 1 e 4 mm)

Tecniche di Resezione Endoscopica avanzate (ESD, EFTR) o Approccio Chirurgico (TEM, colectomia)

Livelli di Kikuchi  
sm1-sm3

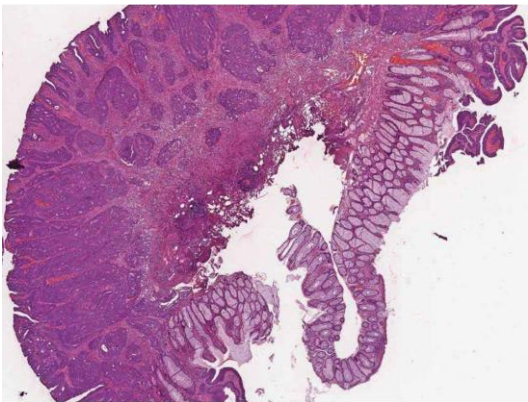
### LESIONI PEDUNCOLATE

Non indicare profondità e ampiezza

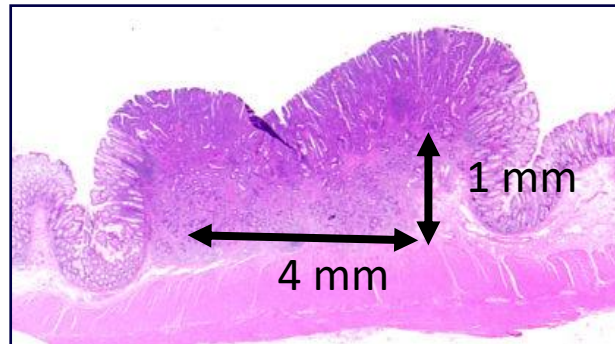
Livelli di Haggitt 1-4

## MICROSTADIAZIONE: Problemi

Misura diretta di profondità e  
ampiezza di infiltrazione richiede  
polipi integri e ben orientati



Ueno et al. (2004)



Se confine con la muscularis mucosae  
non è riconoscibile misuro lo spessore  
della lesione

>1 mm nella maggior parte dei casi

# MICROSTADIAZIONE: Problemi

## JSCCR

International Journal of Clinical Oncology (2020) 25:1–42  
<https://doi.org/10.1007/s10147-019-01485-z>

SPECIAL ARTICLE



Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR)  
guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer

(Table 14) [256, 263]. However, not all cases with submucosal invasion deeper than 1,000 µm necessarily require additional surgery. Approximately, 90% of patients with a depth of invasion of 1000 µm or more did not have lymph node metastasis, and it is important to determine whether additional treatment is indicated after sufficiently considering other factors in addition to depth of SM invasion, such as whether other risk factors for lymph node metastasis are present, the physical and social background of the patient, and the patient's wishes.

## ESGE

Guideline

Thieme

**Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022**



### RECOMMENDATION

27 ESGE suggests that after an en bloc R0 resection of a rectal lesion meeting the single high risk criterion of submucosal invasion deeper than sm1 (well to moderately differentiated with no lymphovascular invasion and no grade 2 or 3 budding), CRT and/or surveillance might be preferred over surgery on an individual basis in a multi-disciplinary approach.

Weak recommendation, very low quality evidence.

**Il solo parametro di Microstadiazione non dovrebbe dare l'indicazione alla chirurgia!**



# A che punto siamo?

## MARGINI di RESEZIONE

### Problemi

Fattore di rischio per **Mts In** o per  
**Malattia residua (ESMO)?**

**<1 mm (ESGE)** o sul margine di  
resezione sottomucoso (**JSCCR**)?

### Indicazioni pratiche

Misura precisa della distanza dal margine di  
resezione profondo e laterale (non solo  $<1$  mm o  $\geq 1$ )

Specificare se cellule tumorali in banda diatermica  
(possibile effetto “terapeutico”)

Se margine interessato è l'unico parametro di rischio:  
valutare sorveglianza più stretta rispetto alla  
chirurgia

## MARGINI di RESEZIONE

**Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2022**



Therefore, we believe that there is no evidence supporting the concept that a tumor-free margin of extent less than 1 mm should be considered a positive margin and, consequently, an indication for surgery. However, we recognize that smaller margins may increase the risk of persistent local disease (that can be recognized in the surveillance endoscopies). Therefore, in the present Guideline ESGE recommends the use of the term “preferably 1 mm,” but if the margin is smaller than 1 mm but free of tumor this should have no consequences for the clinical routine other than a stricter follow-up.

# Raccomandazioni GIPAD 2025

Tutti i pT1 andrebbero valutati e **firmati da due Patologi**, soprattutto se con caratteristiche dubbie

**// GIPAD scoraggia dallo specificare il rischio nel referto istologico, per 2 motivi:**

- (I) Ci sono altre caratteristiche non istologiche ma cliniche da prendere in considerazione (età, comorbidità, sede della lesione,...)
- (II) Si rende necessaria Discussione Multidisciplinare -> specificarlo in fondo al referto!

# Conclusioni

- **Lesione pedunculata**

**NON Profondità in mm**

**Livello sec Haggitt: 1-2-3 vs 4**

- **Lesione sessile**

**NON Livello sec Kikuchi se  
manca tonaca muscolare**

**Misura diretta della  
profondità di invasione**

**Il solo parametro di Microstadiazione non dovrebbe dare l'indicazione alla chirurgia!**

- **Budding tumorale**

**NON Assente/Presente –  
basso/alto grado**

**BD1 vs BD2-BD3**

- **Discussione  
Multidisciplinare**

**NON Invio diretto a chirurgia  
(stt se solo profondità)**

**Sempre, per una valutazione  
complessiva del paziente**

- **Doppia firma**

**Sempre raccomandata,  
soprattutto nei casi dubbi**

# Report Istologico pT1 CRC: Raccomandazioni GIPAD

- Histological type (high risk for signet-ring cell, mucinous and micropapillary)
- Grade of differentiation: *low-grade (G1-G2) vs high-grade (G3)*
- Lymphovascular invasion: *absent vs present*
- Tumor budding: *BD1 vs BD2-BD3*
- Microstaging (submucosal invasion):
  - Pedunculated polyp: Haggitt levels: *levels 1-2-3 vs level 4*
  - Sessile polyp:
    - depth of submucosal invasion: *<1 mm vs >1 mm\**
    - width of submucosal invasion: *<4 mm vs >4 mm\**     *\*exact measurement*
- Resection margins:
  - Vertical margin: *cancer cells at the submucosal margin vs >0,1 mm but <1 mm vs >1 mm \**     *\*exact measurement*
  - Lateral margins
  - MMR tumour status (mandatory for rectal polyps)
- Specimen type
- Site of tumour
- Specimen size
- Presence of a precursor adenoma
- Tils
- Block index

**Necessaria Discussione Multidisciplinare**

# Grazie per l'Attenzione

Save the date:



**Webinar GISCoR 2025**

**SCREENING CARCINOMA DEL COLON-RETTO**  
Connubio endoscopista-patologo

*Diretta LIVE*  
*Giovedì 11 dicembre 2025 ore 15:30-18:30*

**GISCoR**  
gruppo italiano screening coloretale

## Struttura del corso

- **Fase 1: fino al 7 dicembre 2025 – Visione casi caricati su Piattaforma online**
- **Fase 2: 11 dicembre 2025, 15.30-18.30 – Webinar conclusivo online**



# Grazie per l'Attenzione

Save the date:

Webinar GISCoR 2025

**GISCoR**

## Programma del corso

- |             |  |
|-------------|--|
| 15:30-15:40 | <b>Saluti e introduzione: presentazione obiettivi e modalità di lavoro</b><br>Presidente GISCoR: <i>R. Fasoli</i>          |
| 15:40-16:00 | <b>Il punto di vista dell'endoscopista: caratterizzazione morfologica delle lesioni del colon</b><br><i>M. F. Savarese</i> |
| 16:00-16:20 | <b>Il punto di vista dell'endoscopista: trattamento endoscopico delle lesioni del colon</b><br><i>O. Tarantino</i>         |

# Grazie per l'Attenzione

Save the date:

Webinar GISCoR 2025

**GISCoR**

- |             |   |
|-------------|---|
| 16:20-16:40 | <b>Il punto di vista del patologo: approccio diagnostico e criticità delle lesioni serrate</b><br><i>P. Cassoni</i> |
| 16:40-17:00 | <b>Il punto di vista del patologo: interpretazione e refertazione dei pT1</b><br><i>E. C. Falco</i>                 |
| 17:00-18:25 | <b>Discussione interattiva sui casi: revisione condivisa dei casi selezionati nella Fase 1</b><br>Tutti i relatori  |
| 18:25-18:30 | <b>Conclusioni e saluti finali: invito al Congresso Nazionale GISCoR 2025</b>                                       |