

GISCoR

gruppo italiano screening colorettale

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


Enrico Costantino Falco

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!

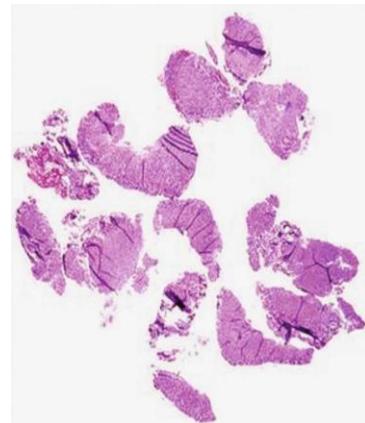
- Iстотипо
- Grading G1-2-3, alto/basso grado, PDC
- Invasione vascolare
- Budding presente/assente, alto/basso grado, BD1-2-3
- Staging, profondità, ampiezza, livelli di Haggitt 1-2-3-4 e sm1-2-3
- Margini profondo e laterali <1 mm, >1 mm, interessati

Confusione nell'interpretazione del
rischio di metastasi linfonodali

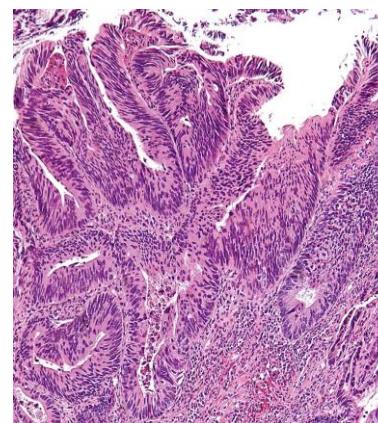
Il punto di vista del patologo

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
morbilità 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 ¹	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	Haggitt 4 (pedunculated) No clear recommendation for sessile and flat lesions	No risk ²	Budding grade 2/3
ESGE-ESDO 2019 [11]	Yes	Poorly differentiated	≥1000 µm Haggitt 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

¹ Positive vertical margin is defined as carcinoma exposed at the submucosal margin of the resected specimen by JSCCR guidelines. ² 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?



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Digestive and Liver Disease

journal homepage: 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 ^{a,1}, Paola Parente ^{b,1}, Federica Grillo ^{a,c,*}, Michele Paudice ^{a,c},
Valentina Angerilli ^d, Giuseppe Di Cioccio ^e, Luca Reggiani Bonetti ^f, Alessandro Caputo ^g,
Francesco Vasuri ^h, Francesca Rosini ^h, Enrico Costantino Falco ⁱ, Ombretta Luinetti ^{j,k},
Alessandro Vanoli ^{j,k}, Luca Mastracci ^{a,c}, Matteo Fassan ^{d,l,2}, Paola Cassoni ^{i,m,2}

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

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

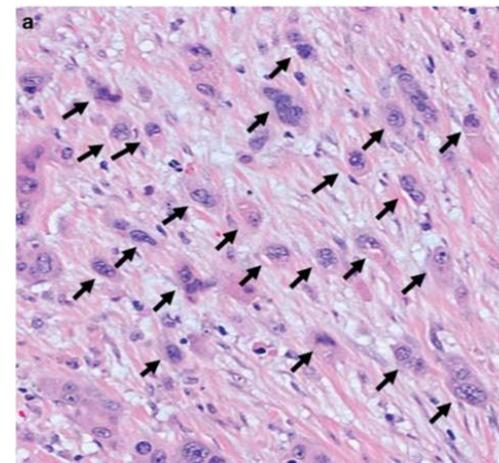
Transizione epitelio-mesenchimale e
Correlazione con Invasione Vascolare

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**

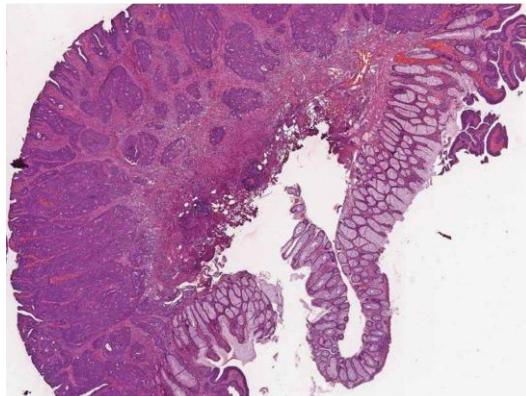
LESIONI PEDUNCOLATE

Non indicare profondità e ampiezza

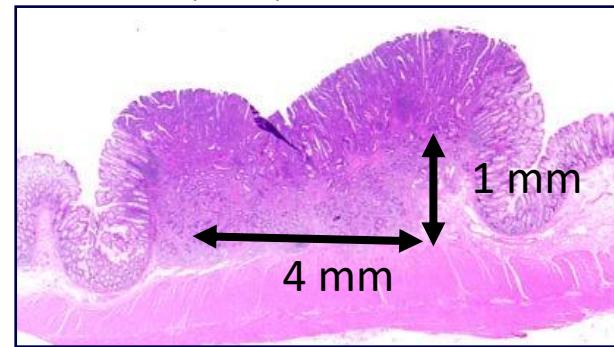
Livelli di Haggitt 1-4

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 μ m necessarily require additional surgery. Approximately, 90% of patients with a depth of invasion of 1000 μ m 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 multidisciplinary 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 ≥ 1)

Specificare se cellule tumorali in banda diatermica (possible 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

Il 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, comorbilità, sede della lesione,...)
- (II) Si rende necessaria Discussione Multidisciplinare -> specificarlo in fondo al referto!

Conclusioni

- **Lesione peduncolata**
- **Lesione sessile**

NON Profondità in mm

NON Livello sec Kikuchi se
manca tonaca muscolare

Livello sec Haggitt: 1-2-3 vs 4

Misura diretta della
profondità di invasione

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

- **Budding tumorale**
- **Discussione
Multidisciplinare**
- **Doppia firma**

NON Assente/Presente –
basso/alto grado

BD1 vs BD2-BD3

NON Invio diretto a chirurgia
(stt se solo profondità)

Sempre, per una valutazione
complessiva del paziente

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 colorettale

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 **Saluti e introduzione: presentazione obiettivi e modalità di lavoro**
Presidente GISCoR: *R. Fasoli*

- 15:40-16:00 **Il punto di vista dell'endoscopista: caratterizzazione morfologica delle lesioni del colon**
M. F. Savarese

- 16:00-16:20 **Il punto di vista dell'endoscopista: trattamento endoscopico delle lesioni del colon**
O. Tarantino

Grazie per l'Attenzione

Save the date:

Webinar GISCoR 2025

GISCoR

16:20-16:40

Il punto di vista del patologo: approccio diagnostico e criticità delle lesioni serrate

P. Cassoni

16:40-17:00

Il punto di vista del patologo: interpretazione e refertazione dei pT1

E. C. Falco

17:00-18:25

Discussione interattiva sui casi: revisione condivisa dei casi selezionati nella Fase 1

Tutti i relatori

18:25-18:30

Conclusioni e saluti finali: invito al Congresso Nazionale GISCoR 2025