

Colon

Morfologia: solitamente nessun problema

Usanza dei patologi di usare le parole “trasformazione o degenerazione carcinomatosa, carcinoma intraepiteliale, intramucoso, etc.” senza specificare il pT, che richiede l’attenta lettura della descrizione dell’infiltrazione.

L’uso di mucoproduttore/mucosecerno che se >50% è mucinoso (8480 invece che il codice più alto 8481).

8140 va benissimo e per me patologo va benissimo anche 8010

MSI (instabilità microsatelliti) attualmente si valuta con due metodi

immunoistochimica (MLH1, PMS2, MSH2, MSH6)

Pcr con sequenziamento

Risultato **Instabile** Sindrome di Lynch

Spontaneo con ipermetilazione prognosi migliore

Metastatico immunoterapia

Stabile terapia più aggressiva in stadio II

Geni: **K-ras** mutati o wild Type cambia la terapia

N-ras

BRAF

(EGFR) già superato

per tutti i geni inserirei i risultati in modo che i registri possano inserire un campo con voci condivise (mutato/non mutato/mancante)

su biopsia o pezzo operatorio, tra i due più affidabile il pezzo operatorio

CASO 1: tumori maligni del sigma

Scheda del carcinoma



Informazioni Generali

Tipo di cancro: Carcinoma del colon e del retto **Anno di prima diagnosi:** (*) 2018
Sottotipo: (*) Carcinoma del colon **Ospedale inviante:** (*) Bressanone
Diagnosi principale: [153.3] - Tumori maligni del sigma

1. Dati anagrafici del paziente 2. Anamnesi 3. Diagnostica 4. Tumorboard 5. Istologia 6. Terapia 7. Follow-Up

Istologia



Dati paziente

Data: 05/01/2018 (*)

Tipo: AdencoCA

Esito:

05.01.2018 Biopsia epatica: Il quadro morfologico ed immunohistochemico depone per metastasi epatica da parte di adenocarcinoma moderatamente differenziato originato dal colon (vedi biopsia 18-00073-I).
05.01.2018 Biopsia sigma: adenocarcinoma moderatamente differenziato G2. Sono state eseguite indagini immunohistochemiche che hanno confermato positività per CD-X2, CK20 e CD19, negatività per CK7 (vedi anche prelievo 18-00077).

31.01.2018 Die molekularpathologische Analyse ergab: keine Mutationen (wild type)
31.01.2018 Positivität aller vier Antikörper Anti-MLH1, Anti-MSH2, Anti-MSH6 und Anti-PMS2. Ein Lynch-Syndrom/Mikrosatelliteninstabilität erscheint somit unwahrscheinlich.

pTNM

- T - N - (/) M - G - R - V - L -

Altro

UICC: Info -

Grado di regressione tumorale (Dvorak):

-

Molec.:

Rilevamento immunohistochemico delle proteine del MMR: Sì No Sconosciuto

Positivität Antikörper Anti-MLH1, Anti-MSH2, Anti-MSH6 und Anti-PMS2.

Ein Lynch-Syndrom/Mikrosatelliteninstabilität erscheint somit unwahrscheinlich.

Documentazione **MMR** è riportata anche nella sezione istologia in quanto il documento PDF generato con firma digitale riprende il campo "Esito", mentre indicazione del rilevamento delle proteine del MMR è una indicazione che serve per la certificazione oncologica e non viene riportata sul protocollo del tumorboard.

CASO 2: tumori maligni della colecisti

Informazioni Generali			
Tipo di cancro:	Neoplasie del sistema epato-bilio-pancreatico	Anno di prima diagnosi:	2018
Organo:	(*) Vie biliari - Colecisti	Ospedale inviante:	(*) Bressanone
Diagnosi principale:	[156.0] - Tumori maligni della colecisti		

1. Dati anagrafici del paziente 2. Anamnesi 3. Diagnostica/Staging 4. Tumorboard 5. Terapia 6. Istologia 7. Follow-Up

Istologia



Data: 09/08/2018 (*)

Tipo: Altro Secondary tumour

Esito:

Adenocarcinoma da bene a moderatamente differenziato dalla colecisti ulcerato estesamente necrotico infiltrante diffusamente dalla parete con estensione al tessuto perimuscolare.

Presenza di infiltrazione perineurale. Non chiari segni di angioinvasione. Margine di resezione libero da neoplasia.

Associata diffusa colecistite acuta recidivante. Linfonodo del dotto cistico non evidente

pTNM	
- T 2 N x (/) M 1 G 2 R 0 V 0 L 0	
UICC: Info IVB	
pTNM definitivo	
Data:	
- T - N - (/) M - G - R - V - L -	
UICC: Info -	

CASO 3: tumori maligni del corpo dello stomaco

Informazioni Generali			
Tipo di cancro:	Carcinoma gastrico e dell'esofago	Anno di prima diagnosi:	(*) 2018
Organo:	(*) Stomaco	Ospedale inviante:	(*) Bressanone
Diagnosi principale:	[151.4] - Tumori maligni del corpo dello stomaco		

1. Dati anagrafici del paziente 2. Anamnesi 3. Diagnostica 4. Tumorboard 5. Istologia 6. Terapia 7. Follow-Up

Istologia



Dati paziente	
Data:	22/08/2018 (*)
Tipo:	8140/3 Adenocarcinoma
Esito:	
22.08.2018 Der Befund ist hochgradig verdächtig auf das Vorliegen eines schlecht differenzierten gastralen Adenokarzinoms vom diffusen Typ. 31.08.2018 Numerosi frammenti di mucosa gastrica di tipo antro-corpale, in parte infiltrati da adenocarcinoma scarsamente differenziato, sia di tipo intestinale che di tipo diffuso, ulcerato.	
pTNM	
- T - N (/) M G R V L	
Altro	
UICC: Info	
Biologia tumorale	
Her2: -	
Altro:	

CASO 4: carcinoma del colon

Informazioni Generali			
Tipo di cancro:	Carcinoma del colon e del retto	Anno di prima diagnosi:	(*) 2017
Sottotipo:	(*) Carcinoma del colon	Ospedale inviante:	(*) Bressanone
Diagnosi principale:			

1. Dati anagrafici del paziente 2. Anamnesi 3. Diagnostica 4. Tumorboard 5. Istologia 6. Terapia 7. Follow-Up

Istologia



Dati paziente

Data: 22/11/2017 (*)

Tipo: AdencoCA

Esito:

15/11/2017 Hemikolektomie rechts, Adcr mod dif G2, mucinoso con meta epatica del V segm pT4b, N2a (4/18)M1a Liver G2R1 V1 L1 Etp Stomaco: Histologie del 20/10/2017 Gastrosc eseguita a Vipiteno: Carcin diff. tipo Diffuso sec. Lauren
30.11.2017 Positivität aller vier Antikörper (anti-MSH6, anti-MSH2, anti-MLH1 und anti-PMS2). Ein Lynchsyndrom erscheint somit unwahrscheinlich.
05.12.2017 KRAS mutiert im Kodon 12ASP (c.35G>A)
05.12.2017 BRAF nicht mutiert

pTNM

- T 4b - N 2a (4 (*) / 18 (*)) M 1 HEP G 2 R 1 V 1 L 1

Tipo resezione: Sconosciuto

Distanza minima del tumore verso il margine distale/aborale (mm):

Distanza minima del tumore verso il margine mesoretale (mm):

Altro

UICC: Info IV

Grado di regressione tumorale (Dvorak):

-

Molec.:

Rilevamento immunohistochimico delle proteine del MMR: Si No Sconosciuto

Positivität aller vier Antikörper (anti-MSH6, anti-MSH2, anti-MLH1 und anti-PMS2). Ein Lynchsyndrom erscheint somit unwahrscheinlich

Fattori prognostici / Markers tumorali

CEA (ng/ml): 3.5

CA19-9: 50.7

Altro:

06.09.2018 valore indicato sopra 27.07.2018 CEA: 4.88; CA19-9: 219.8

Conservazione della fascia mesoretale: Si No Sconosciuto

Presenza di difetti nella fascia mesoretale: Si No Sconosciuto

CASO 5: tumori maligni del sigma

Informazioni Generali			
Tipo di cancro:	Carcinoma del colon e del retto	Anno di prima diagnosi:	(*) 2018
Sottotipo:	(*) Carcinoma del colon	Ospedale inviante:	(*) Bressanone
Diagnosi principale:	[153.3] - Tumori maligni del sigma		

1. Dati anagrafici del paziente 2. Anamnesi 3. Diagnostica 4. Tumorboard 5. Istologia 6. Terapia 7. Follow-Up

Istologia



Dati paziente

Data: 14/09/2018 (*)

Tipo: AdencoCA

Esito:

Colon-Rettumresektat mit ausgedehntem geringgradig differenziertem Adenokarzinom mit kribriformem Wachstumsmuster und Komedonekrosen, bei Z.n. Chemotherapie.

Das Karzinom infiltriert das perirektale-kolische Fettgewebe ohne eindeutiges Erreichen der Serosaoberfläche.

Der minimale Abstand zum mesorektalen Absetzungsrand beträgt 1,5 mm, in toto exzidiert.

Fokal in Organisation befindlicher venöser Tumorembolus. Keine Tumorbudding, minimales chronisches Begleitinfiltrat.

Mehrfache Perineuralscheideninfiltration. Keine nennenswerte Tumorregression.

Insgesamt 21 Lymphknotenmetastasen auf 69 isolierte Lymphknoten, wobei 9 davon regressive Veränderungen aufweisen im Sinne von Fibrose und Nekrosen. Tumorfreier distaler und proximaler Resektatrand.

Appendizitis ab externis

Peritonealstück mit Tumorformationen des unter B (Colon-Rettumresektat) beschriebenen Adenokarzinoms hier nicht in die Serosaoberfläche erreichend. Zudem regelrecht Anteile des Samenstranges.

pTNM

y T 3 - N 2b (69 (*) / 21 (*)) M 1 HEP G 3 R 0 V 1 L 1

Tipo resezione: -

Distanza minima del tumore verso il margine distale/aborale (mm): 40.0

Distanza minima del tumore verso il margine mesorettale (mm):

Altro

UICC: Info IV

Grado di regressione tumorale (Dvorak):

Grado 0 (nessuna regressione)

Molec.:

Rilevamento immunostochimico delle proteine del MMR: Si No Sconosciuto

Fattori prognostici / Markers tumorali

CEA (ng/ml): 1.59

CA19-9: 5.7

Altro:

GIST (Gastrointestinal stromal tumor)

Morfologia	problema:	8936/0	
		8936/1	low grade
		8936/3	high grade

In realtà come in molti tumori di tipo mesenchimale per definizione anatomo patologica non esiste il benigno

Mutazioni con Pcr o meno terapia possibile con Glivec

Neuroendocrini

Neuroendocrino alto grado / scarsamente differenziato	G3	82463
Neuroendocrino con grado minore / carcinoide	G1-G2	82403

Tumori cerebrali gliali

MGMT	ipermetilazione
IDH2	pcr per mutazione
LOH 1-19	fish

Mammella

Morfologia: problema delle lesioni papillari

8260/3 Adenocarcinoma papillare (Tiroide e Rene)

8503/2 Carcinoma papillare della mammella (in situ per definizione)

8503/3 se infiltra previsto in ICD-O tuttavia solitamente infiltra come duttale (quindi si trova spesso 8500/3)

variante micropapillare infiltrante 8507/3 non previsto per la mammella

Regola F 8131/3 vescica 8460/3 ovaio

Le forme pure (a prognosi migliore) sono codificate con codici più bassi dei duttali (che sono ≥ 8500), esempio “carcinoma tubulare” mentre le forme composite (se specificato nel referto) sono codificate con 8523/3 codici “duttali”.

Un codice fuorviante è il 8201/3 che è la forma pura cribriforme dove però è usata la parola duttale (“carcinoma duttale, di tipo cribriforme”) secondo me è un refuso

Unico caso di corrispondenza tra la morfologia /3 e pTis è per i codici Paget+/-intraduttale 8540/3 e 8543/3.

Accennare al caso di un carcinoma con “differenziazione” aprocrina?

8401/3 check IARC wording

Polmone

Morfologia:	“Microcitoma”/piccole cellule	8041/3
	Adenocarcinoma	8140/3
	Squamoso	8070/3
	Ex Bronchiolo alveolare (lepidico)	8250/3
	Anaplastico (carcinoma NAS)	8021/3

In ICDO-3 “carcinoma indifferenziato” è 8020/3 e “carcinoma anaplastico” è 8021/3 (da noi 8010/3) sono progressivamente diminuiti e si tende a inserirli o negli adenocarcinomi o negli squamosi G3

Neuroendocrino alto grado / scarsamente differenziato	82463
Large cell neuroendocrine	80133
Large cell	80123
Neuroendocrino con grado minore / carcinoide	82403

PD-L1 (recente e importante per Immunoterapia si o no): percentuale

Geni

K-Ras tutti e 2 mutati o wild Type cambia la terapia

EGFR

Riarrangiamento con Fish o con Pcr cambia terapia

ROS-1

MET

ALK

per tutti i geni inserirei i risultati in modo che i registri possano inserire un campo con voci condivise (mutato/non mutato/mancante)