

**Femmina nata nel 1923. Esente ticket cod 048, vivente**

**1.o ricovero chirurgia 2 / 11 / 2002**

Diagnosi di ricovero :Versamento pleurico bilaterale.

SDO 1749 + 428.0

19 11 2002 8541 Mastectomia semplice monola

19 11 2002 8521 Asportazione locale di lesi

**2.o ricovero chirurgia 2 / 12 / 2002**

Diagnosi di ricovero\_NEOPLASIA MAMMELLA DX E SX :

SDO 1749 + 428.0

. 6 12 2002 8541 Mastectomia semplice monola

12 12 2002 9169 Altri esami microscopici

**3.o ricovero pneumologia 20 / 01 / 2003**

Diagnosi di ricovero Sosp TEP in pz con K mammario e ripetizioni multiple

:

. 4280 INSUF CARD CONGESTIVA

4512 TROMBOFLEB ARTI INF SAI

## **Diagnostica per immagini**

**MAMMOGRAFIA BILATERALE ED ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE  
06/11/02**

Mammella destra pressochè occupata in toto dal almento tre grossolane masse a margini policiclici adiacenti ed in parte sovrapposte di 7 cm,11 cm e 4 cm, ecograficamente disomogenee, a margini ben delineati, con aspetto "cerebroide".

Immagine analoga con margini maggiormente irregolari e policiclici si apprezza a sin di circa 2 cm in sede sovra-parareolare esterna.

Negativi TAC colonna ECT fegato. Dubbio Rx torace a gennaio 2003 (versamento pleurico, addensamento) poi negativo

## **1.o referto istologico 21 / 11 / 2002**

**MATERIALE INVIATO** 1) Neoformazione (tutta la mammella) mammella dx. 2) Neoformazione mammella sn.

### **DIAGNOSI MACROSCOPICA**

1) Perviene fissata mammella non orientabile, senza cavo ascellare, delle dimensioni di 25x20x8 cm. con capezzolo normoestroflesso. Al taglio è presente una neoformazione delle dimensioni di 14x11 cm. che si presenta polilobata, in parte cistica a contenuto emorragico. La neoformazione occupa tutta la mammella e sembra non infiltrare la cute. La neoformazione è posta a 1 cm. dal margine profondo.

2) Perviene fissato e frammentato parenchima mammario, non orientabile, nel complesso di 11x7x2 cm. sovrastato da losanga cutanea di 3.5x1 cm.

Al taglio si evidenzia un'area nodulare biancastra del diametro massimo di 0.8 cm. (A) non valutabili i rapporti di questa con i margini di resezione. Altra area vegetante del diametro massimo di 2 cm. (B) è presente ed è posta a 3 cm. dal lembo cutaneo e 1.5 cm. da un margine laterale.

### **DIAGNOSI CODIFICATA**

Sede 1749

MAMMELLA

Risp 84803

ADENOCARCINOMA MUCINOSO

NEOPLASIA BEN DIFFERENZIATA (GRADO 1)

Sede 1749

MAMMELLA

Risp 80503

CARCINOMA PAPILLARE

NEOPLASIA MEDIAMENTE DIFFERENZIATA (GRADO 2)

## DIAGNOSI IN CHIARO

1) - Voluminoso adenocarcinoma mucinoso G1 secondo Eston e Ellis.

- Aree emorragiche interstiziali. - Cute non infiltrata.

- Margini non infiltrati. - Capezzolo non infiltrato.

- Adenosi e malattia cistica nello scarso tessuto adiacente la neoplasia.

- Assetto recettoriale per estrogeni positivo nel 70% degli elementi.

- Assetto recettoriale per progesterone positivo nel 10% degli elementi.

- La frazione proliferante (KI 67) è pari al 2%.

Immunoreattività di membrana per Her/2 neu (DAKO Herceptest) negativa.

2A) - Ectasia cistica duttale e fibrosi interstiziale.

2B) - Degenerazione in carcinoma papillare G1-2 di voluminoso papilloma intraduttale. - Focale, iniziale area di infiltrazione interstiziale.

- Estese aree periferiche di carcinoma lobulare in situ G2 adiacenti.

**2.o referto istologico 09/12/02** 1) Mammella sinistra- Mastectomia sec. Madden. 2) Linfonodi del I livello. - K Mammella sn.

1) - Nel parenchima mammario circostante all'area di tumorectomia, focolai residui di malattia fibrocistica con iperplasia duttale atipica.

- Nell'area di tumorectomia è presente reazione cicatriziale fibroblastica con alcune cellule giganti e modesta flogosi cronica. - Presenza di dotti mammari ectasici. - Cute e capezzolo indenni da infiltrazione neoplastica. - Indenni i margini di resezione chirurgica.

2) - Cinque linfonodi indenni da metastasi con iperplasia reattiva e istiocitosi dei seni

**Caso complesso in malattia fibrocistica:**

**da una parte c'è una morfologia con codice maggiore ma a basso grado. Il tumore è di dimensioni ragguardevoli e non infiltra la cute dall'altra una morfologia a codice minore in ICD-9, a maggiore grado e con compresenza di ca lobulare in situ. C'è la retrazione del capezzolo ma non sostenuta da infiltrazione neoplastica (sarebbe stato un cT4 non confermato) La stadiazione, presa sulla base di accertamenti anche successivi al ricovero . Certamente è N0M0.**

**M-8480/3 è l'Adenocarcinoma mucinoso (che nella mammella ha prognosi migliore)**

**M-8503/3 è l'Adenoca intraduttale papillare invasivo, cui va ricondotta la 2.a lesione invasiva; ma va utilizzato il codice morfologico M-8522/3 (Ca duttale infiltrante e lobulare in situ), in quanto più informativo ( il ca papillare è una variante del carcinoma duttale, non va usato 8050/3)**

**Registrare i 2 casi (ambedue le mammelle)**

**Per l'incidenza utilizzare il TNM maggiore (l'Adenocarcinoma mucinoso); se il secondo tumore avesse avuto linfonodi positivi, si sarebbe dovuto prendere quello.**

**Indicare il tumore come bilaterale.**

**Annotare profilo recettoriale e IC**

**Da rilevare come la SDO presenti un errore di codice di malattia e di trattamento**

## **CASO 1 - Femmina di anni 47**

**Biopsia 21/02/2001** ( A.Biopsia superiore centrale sx B.Biopsia superiore centrale sx.

C.Biopsia superiore centrale sx vicina areola. D.Biopsia superiore centrale più vicina al pettorale):

A) B) Frammenti di tessuto mammario con microcalcificazioni intraduttali e isolati dotti con carcinoma duttale in situ moderatamente differenziato di tipo solido e comedonico C) Frammenti di tessuto mammario con microcalcificazioni intraduttali. D) Frammenti di tessuto mammario in cui si repertano rarissimi dotti, con carcinoma duttale in situ moderatamente differenziato di tipo solido e rare cellule atipiche inglobate in materiale ematico.

**Mastectomia sinistra 26/03/2001:** Carcinoma duttale in situ, multifocale, scarsamente differenziato, di tipo solido e comedonico (prelievi A,A3). Il tessuto mammario residuo e circostante mostra focolai di iperplasia fibroadenomatoidi, microcalcificazioni intraduttali e flogosi cronica granulomatosa gigantomacrocitaria reattiva. I tessuti cutanei, il capezzolo, l'areola ed i margini di resezione non sono interessati dalla neoplasia

**Biopsia 03/11/2003** (Losanga di cute mammaria contenente neoformazione nodulare linfonodo ascellare. Punto nel margine mediale. Paziente con pregressa mastectomia per carcinoma nel 2001, Losanga cutanea di cm. 5x2 comprendente punto di reperi come da indicazione del chirurgo. Al taglio nel tessuto sottocutaneo si reperta area giallo-biancastra di consistenza aumentata di cm. 1,5 di asse maggiore. Si esegue un prelievo per estemporanea):

Tessuti cutaneo e muscolare scheletrico infiltrati da carcinoma scarsamente differenziato, morfologicamente compatibile con sede primitiva mammaria. La neoplasia e' presente in corrispondenza del margine profondo di resezione e di a quelli laterali.

Recettori per ESTROGENI (MoAb 6F11): 90%. Recettori per PROGESTERONE (MoAb 1A6): 02%. Attivita' citoproliferativa (MoAb MIB-1): 20%. p53 (MoAb D07): 03%. c-erbB2 (MoAb CB11) score: 1+.

**04/11/2003** El pacchetto linfonodale sinistro: metastasi di carcinoma verosimilmente mammario (5/5)

Da Lettera ricovero in divisione Oncologica (**13/11/2003**): “Paziente sottoposta a mastectomia semplice nel marzo 2001, per carcinoma duttale in situ multifocale, di tipo comedonico. Successivo intervento di ricostruzione mammaria. Comparsa di nodulo di circa 1 cm in stretta prossimità della cicatrice chirurgica, recentemente asportato. La diagnosi istologica è compatibile con carcinoma infiltrante scarsamente differenziato, di origine mammaria, recettori estrogenici positivi (90%), Mib1 20%, esteso a 1 mm dal margine chirurgico e con linfangiosi. Interessamento secondario di 5 linfonodi ascellari asportati, con estensione i tessuti perinodali.

**Orientamento diagnostico: recidiva cutanea e sottocutanea della parete toracica di eteroplasia mammaria.**

**Ultimo follow-up** in data **22/06/05**: non segni di ripresa di malattia.

**Problemi proposti:** considerare il caso incidente nel 2001 e recidiva 2003 (ma in questo caso non rientrerebbe nell'incidenza in quanto diagnosticato come carcinoma in situ) o incidente nel 2003 perchè diagnosticato come infiltrante?



*La definizione istologica del tumore, per quanto esaustiva se su pezzo operatorio, non può essere considerata valida al 100 %, come la storia clinica di questo caso insegna.*

*Lo scenario deve essere valutato in base ai seguenti criteri:*

- \* congruenza della diagnosi istologica*
- \* congruenza di sede*
- valutazione clinica.*

*Congruenza della diagnosi istologica*

*Nel caso il 1 ed il 2 tumore per morfologia e grading sono corrispondenti. Però la migliore definizione di tumore in situ è quella data dal fatto che l'approccio terapeutico chirurgico sia risolutivo nel tempo, perché non vi è stata possibilità di diffusione extra organo.*

*Congruenza di sede.*

*Nel caso il tumore è insorto su cicatrice chirurgica, il che fa propendere per una ripresa di malattia da un focolaio rimasto in situ, dato che è stata effettuata una mastectomia.*

*Se fosse stata effettuata una quadrantectomia, sarebbe stata possibile l'insorgenza su mammella residua e quindi sarebbe stato un caso diverso (anche se potenzialmente correlabile a mancata diagnosi e trattamento, data la possibile multifocalità della lesione cancerosa)*

## ***Valutazione clinica***

***La definizione di recidiva, o di ripresa di malattia, esclude la separazione tra la storia del 2001 e quella del 2003, e tale valutazione non è confutabile dai registri, se non a seguito di prove incontrovertibili.***

***Il caso va quindi considerato come caso incidente nel 2001 da classificare /3 nel 2001 ( riclassificare da /2 a /3 nel 2001 se già stato registrato ).***

***Trattandosi di periodo a scavalco tra 2 cicli diversi di Cancer Incidence, il problema sta se il primo periodo fosse stato già chiuso ( invio allo IARC).***

***Si ritiene che la riclassificazione debba comunque essere operata sulla casistica anche pregressa, perché la banca dati è unica e vive nel tempo.***

***Buona regola è che i dataset inviati (a IARC o altri soggetti) siano archiviati in modo univoco e non cancellabile e non vengano più toccati: servono per controllare i dati inviati e non per la Banca dati.***

***Se non si facesse così e l'incidenza venisse attribuita al 2003, la sopravvivenza verrebbe alterata in maniera significativa***

***L'informazione raccolta è esaustiva. Sarebbe stato utile sapere se la prima diagnosi è stata posta a seguito di screening***