

**SIAPEC PIEMONTE
RETE ONCOLOGICA**

2009

**“Concordanza e uniformità di refertazione
diagnostica nelle anatomie patologiche della
Regione Piemonte”**

**Requisiti minimi e standard di
refertazione
per carcinoma della mammella**

Statement 1a.

Invio del campione chirurgico

Per garantire una corretta valutazione dei parametri istocitologici e immunofenotipici indispensabili per la definizione del protocollo terapeutico è necessario che i campioni da exeresi chirurgica giungano nel più breve tempo possibile al laboratorio di Anatomia Patologica.

Statement 1b.

Invio del campione chirurgico

Gli operatori coinvolti nella gestione dei tessuti neoplastici devono concordare tutti gli accorgimenti atti a garantirne una fissazione immediata, adeguata e completa, anche attraverso variazioni degli orari in cui vengono effettuati i prelievi e/o gli interventi chirurgici

Statement 1c

Invio del campione chirurgico

Il pezzo operatorio deve pervenire all' anatomico-patologo accompagnato

- foglio di richiesta con chiara identificazione del paziente e del numero dei prelievi e della sede degli stessi*

- dettagliate notizie cliniche, compresa la diagnosi radiologica ed ecografica e con

- radiogrammi refertati del pezzo operatorio con giudizio sulla distanza dai margini.

*Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – ottobre 2009

Statement 2.

Campionamento della neoplasia

Da ogni neoplasia della mammella si devono ottenere non meno di 3 inclusioni in paraffina se le dimensioni del tumore lo consentono

E' necessario che l' inclusione scelta per la determinazione dei parametri biologici includa anche parenchima mammario non neoplastico in tutti i casi in cui ciò sia possibile.

Statement 3.

Valutazione dei margini

Per la valutazione dei margini il campione va chinato.

La valutazione dei margini va eseguita macroscopicamente con conferma istologica del margine più vicino al tumore invasivo e/o in situ, indicando la distanza in mm.

Nel caso di infiltrazione visibile solo istologicamente si deve riportare l'estensione dell'interessamento neoplastico in mm, riservando il termine focale per infiltrazioni ≤ 1 mm

Statement 4.

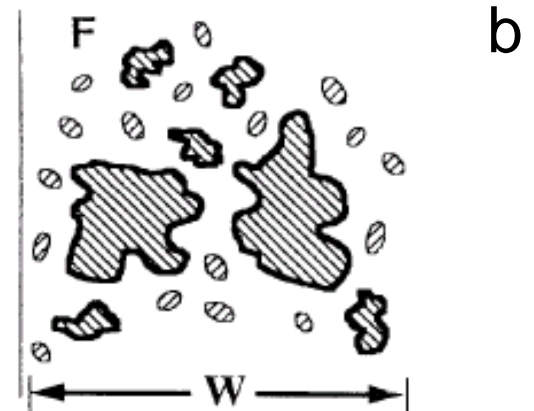
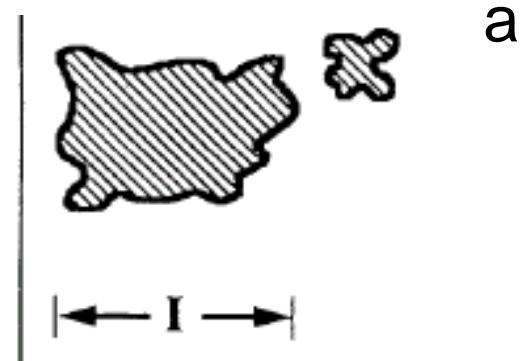
Focolai multipli

Il termine “multicentrico” o “multifocale” deve essere sostituito con il termine “multiplo” (fig a)

Tumori multipli nettamente separati da parenchima normale vanno campionati con le stesse modalità utilizzate per le neoplasie singole.

Focolai multipli di invasione insorti su un carcinoma duttale in situ di alto grado vanno considerati come lesione singola (sec. Linee Guida Europee 2006) (fig b).

In presenza di CDIS di alto grado con necrosi comedonica, devono essere effettuati campionamenti multipli e sezioni multiple delle inclusioni con sospetta invasione



Statement 5.

Diametro del tumore

La dimensione del tumore (2 diametri) è quella macroscopica, a meno che non venga indicata una diversa dimensione microscopica.

In tumori con nodi multipli si misura e si stadia (pT) il nodo di diametro maggiore; le dimensioni degli altri nodi vanno comunque riportate.

Statement 6.

Tipo istologico

La neoplasia deve essere classificata in accordo al tipo istologico previsto da OMS (who 2003).

Segnalare la presenza di estesa componente intraduttale (>25%)

Statement 7.

Grado istologico

Il grado istologico deve essere valutato secondo i criteri di Elston & Ellis, ed applicato a tutti i carcinomi della mammella.

Indicare numero di mitosi/10 hpf (specificando diametro del campo e relativo score)

Per le agobiopsie, si suggerisce di utilizzare i sistemi di grading nucleare quando non è possibile valutare in modo adeguato il grado di Elston & Ellis.

Statement 8.

Invasione vascolare

La presenza o meno di invasione vascolare peritumorale deve essere indicata, e definita come “focale” (un solo spazio vascolare in una sola inclusione) o “estesa” se identificata in 2 o più inclusioni della stessa neoplasia

Statement 9.

Linfonodo sentinella

E' opportuno indicare il protocollo utilizzato per la valutazione del linfonodo sentinella.

La diagnosi istologica su linfonodo sentinella deve essere riportata secondo la definizione TNM (ultima edizione).

Nuovi metodi di analisi molecolare devono essere utilizzati secondo protocolli condivisi e dopo accurata selezione delle pazienti, utilizzando per la stadiazione le linee guida europee

Statement 10.

Stato linfonodale

Lo stato linfonodale, comprendente il numero di linfonodi esaminati e delle eventuali metastasi, deve essere sempre riportato nel referto.

Segnalare la presenza di superamento capsulare e l'invasione del tessuto adiposo peri-linfonodale nelle metastasi

Statement 11.

Stadiazione TNM

La stadiazione TNM deve essere sempre riportata
Ed aggiornata secondo l'ultima edizione

Statement 12.

Referto nel Carcinoma in situ

Nelle neoplasia in situ va indicato il tipo istologico, il grado nucleare (secondo gli stessi criteri utilizzati per il pleomorfismo dell'invasivo), la presenza di necrosi comedonica e la relativa classificazione DIN/LIN



Intraductal proliferative lesions

Traditional terminology	Ductal intraepithelial neoplasia (DIN) terminology
Usual ductal hyperplasia (UDH)	Usual ductal hyperplasia (UDH)
Flat epithelial atypia	Ductal intraepithelial neoplasia, grade 1A (DIN 1A)
Atypical ductal hyperplasia (ADH)	Ductal intraepithelial neoplasia, grade 1B (DIN 1B)
Ductal carcinoma in situ, low grade (DCIS grade 1)	Ductal intraepithelial neoplasia, grade 1C (DIN 1C)
Ductal carcinoma in situ, intermediate grade (DCIS grade 2)	Ductal intraepithelial neoplasia, grade 2 (DIN 2)
Ductal carcinoma in situ, high grade (DCIS grade 3)	Ductal intraepithelial neoplasia, grade 3 (DIN 3)

Statement 13.

Margini nel Carcinoma in situ

Per la definizione dell'estensione della lesione e dei margini il campione chirurgico va esaminato in toto, se possibile con macrosezioni, nel caso di ampie escissioni.

Nelle quadrantectomie vanno esaminati istologicamente tutti i margini chirurgici

Statement 14.

Scelta del campione per la determinazione dei fattori prognostico predittivi

La valutazione dei parametri biologici (assetto recettoriale, stato di HER2 e Ki-67) deve essere effettuata sulle biopsie pre-operatorie solo se è prevista terapia neo-adiuvante e sulle biopsie di recidive e metastasi se richiesto dal medico oncologo

Statement 15.

**Scelta del campione per la
determinazione dei fattori prognostico
predittivi**

Nel caso di neoplasie multiple, la determinazione dei parametri biologici va effettuata su tutte le lesioni solo se di diverso istotipo o grado

Statement 16.

**Determinazione sulle neoplasie in situ
fattori prognostico predittivi**

La determinazione dell'assetto recettoriale (ER/PR) deve essere effettuata anche su neoplasie intraduttali

Statement 17.

Determinazione dei recettori ormonali

Il referto deve riportare il clone utilizzato per la determinazione Immunocitochimica dei recettori

La valutazione dell'assetto dei recettori ormonali deve essere espressa in valori percentuali indipendentemente dalla intensità di colorazione

Statement 18.

Determinazione dei recettori ormonali

La valutazione dell'assetto recettoriale deve corrispondere alla espressione media di recettori dell'intera sezione esaminata

Statement 19.

Determinazione dei recettori ormonali

Il controllo positivo interno deve mostrare una colorazione eterogenea delle cellule luminali normali, con cellule non colorate accanto a cellule debolmente colorate e a cellule intensamente colorate.

Una colorazione limitata a poche cellule e di uguale intensità può essere dovuta ad una scarsa sensibilità della reazione. Le cellule mioepiteliali, fibroblasti rappresentano un utile controllo negativo interno: una loro colorazione per quanto debole è segno di aspecificità della reazione

Statement 20.

Determinazione indice di proliferazione

Ki67 va determinato in ogni carcinoma primitivo invasivo della mammella.

La valutazione della frazione di cellule proliferanti dovrebbe essere espressa come percentuale di cellule positive per Ki-67 indipendentemente dalla intensità di colorazione e deve essere effettuata alla periferia della neoplasia.

Statement 21.

Determinazione di HER2

L'iperespressione/amplificazione di HER2 deve essere valutata in ogni carcinoma invasivo mammario primitivo all'atto della prima diagnosi o della recidiva.

La refertazione deve indicare le linee guida di riferimento Utilizzate per la definizione degli score

Statement 22.

Integrazione dei parametri morfologici e biologici

Il patologo è responsabile della congruità dei parametri diagnostici, prognostici e predittivi

Statement 23.

Controlli di qualità

E' fortemente raccomandata la partecipazione a programmi di controllo esterno della qualità (VEQ) per la determinazione di ER, PR, HER2 e Ki67