



RETE ONCOLOGICA
CAMPANA

Refertazioni condivise di diagnosi anatomopatologiche per tumori.

Si riporta i risultati di un tavolo condiviso di anatomopatologi della regione Campania sulla refertazione macro/micro dei più comuni tumori umani. Si precisa che sono ripostati nel seguente testo le indicazioni di informazioni necessarie, ma anche di quelle opzionali. Si precisa, altresì, che la caratterizzazione immunoistochimica, qualora utilizzata, prevederebbe l'indicazione del clone e della piattaforma utilizzati, secondo la normativa europea UE 2017/746 del 5 aprile del 2017.



ISTITUTO NAZIONALE TUMORI
IRCCS - Fondazione Pascale



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE



Azienda Ospedaliera Universitaria
Seconda Università degli Studi di Napoli



SAN GIUSEPPE MOSCATI - AVELLINO
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE



Azienda Ospedaliera Universitaria
OO.RR. San Giovanni di Dio
e Ruggi d'Aragona
SALERNO



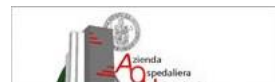
Azienda Ospedaliera
di Caserta
Sant'Anna
e San Sebastiano
di rilievo nazionale
e di alta specializzazione



OSPEDALI DEI COLLI
MONALDI - COTUGNO - C.T.O.
"AZIENDA OSPEDALIERA
SPECIALISTICA DEI COLLI"
Monaldi - Cotugno - C.T.O.



Azienda Ospedaliera
G. Rummo - Benevento



Azienda Ospedaliera
Universitaria
Federico II
Integrata con il Servizio Sanitario Regionale

Refertazione neoplasie del testa/collo

Notizie cliniche: (fumo di sigaretta, precedenti bioptici)

Materiale inviato: (specificare la sede)

Descrizione macroscopica: Misura di tutte le strutture anatomiche presenti nel campione, la sede ed il diametro della neoplasia, massima infiltrazione macroscopica. Distanza dai margini di escissione (OPZIONALE se riportato nella diagnosi/descrizione microscopica).

Diagnosi:

Istotipo:

Sede della neoplasia:

Grado di differenziazione:

Diametro massimo della neoplasia:

Ulcerazione:

Livello di infiltrazione: (corion sub-epiteliale, tessuto muscolare,
tessuto osseo (refertazione differita per i tempi di decalcificazione))

Spessore massimo di infiltrazione (DOI):

Worst pattern of invasion (WPOI):

Infiltrazione perineurale:

Emboli neoplastici:

Infiltrato linfocitario peritumorale:

Margini di escissione: (indicare la distanza minima dai margini di resezione) liberi o sede di neoplasia.

Distanza dai margini di escissione (OPZIONALE se riportato nella descrizione macroscopica).

Linfonodi

Numero e sede linfonodi isolati:

Numero e sede linfonodi sede di metastasi:

Diametro massimo delle metastasi linfonodali:

Estensione extracapsulare:

HPV: p16 o HPV ISH o altra metodica (in caso di neoplasia dell'orofaringe)

Stadiazione patologica:

Refertazione Tiroide

Notizie cliniche: familiarità per K tiroideo, stato ormonale ed autoanticorpi, ecografia, precedenti FNC

Materiale inviato:

Descrizione macroscopica:

Dimensioni tiroide, con dimensione lobi e istmo
Dimensione nodulo/noduli sospetti con/senza estensione extratiroidea
Background tiroideo (parenchimatoso/multinodulare)
Presenza di tessuto adiposo da cui si isolano n.ro linfonodi
Aspetto dei margini di resezione chirurgica

Diagnosi:

Istotipo:
Diametro massimo della neoplasia/e:
Infiltrazione dei tessuti extratiroidei:
Emboli neoplastici:
Infiltrazione perineurale:
Estensione neoplastica extracapsulare:
Margini di escissione:
linfonodi isolati: n.ro, negativi/positivi
Stadio patologico:

Refertazione Melanoma cutaneo

Descrizione macroscopica

Tipo di campione

Biopsia incisionale

Biopsia escissionale (losanga) due dimensioni

Lesione

Aspetto cromatico

Dimensione

Bordi

Distanza dai margini di escissione

Ulteriori lesioni e distanza dalla principale

Descrizione microscopica/diagnosi

Melanoma in situ

Melanoma invasivo superficiale/nodulare/acrale lentiginoso/desmoplastico/nevoide/etc

Tipo di cellule

Spessore di Breslow

Se giunge sul margine profondo, massimo spessore misurabile

Livello di Clark

Ulcerazione si/no

Presenza di satelliti

Mitosi/mmq

Embolia neoplastica

Invasione perineurale

TIL presente/assente brisk/non brisk

Regressione presente/assente

Margini laterali e profondo

Negativo

Distanza dal margine più vicino

positivo

Stadio patologico pT

Refertazione Delle Biopsie Di Endoscopia Digestiva Per Diagnosi Di Neoplasia.

Descrizione macroscopica:

sede dei prelievi come segnalato nel referto endoscopico.

numero di frammenti bioptici.

OPZIONALE misure in mm del frammento maggiore.

Descrizione microscopica:

caratteristiche dei frammenti bioptici (superficialità, orientamento, presenza di artefatti etc ...).

istologia della sede del prelievo (es. mucosa gastrica tipo corpo).

presenza di foci di neoplasia, l'eventuale presenza di istotipi particolari (es. ca. mucinoso, componente a "signet ring cells").

nei limiti del campione bioptico, l'eventuale infiltrazione di parete e la profondità.

Riportare eventuali invasioni linfovaskolari.

Refertazione tumori dello stomaco.

Descrizione macroscopica:

- tipo di intervento chirurgico: gastrectomia parziale/totale; eventuale presenza e lunghezza di un segmento esofageo o duodenale.
- lunghezza totale del campione (in cm) e dei vari segmenti che lo compongono.
- presenza e sede di lesioni macroscopicamente evidenti.
distanza della lesione dai margini di exeresi chirurgica.
dimensioni della lesione cm ...X...
aspetto macroscopico (es. vegetente, ulcerata, etc...).
- infiltrazione massima di parete (es. tonaca muscolare, sottosierosa, sierosa etc...)
eventuali perforazioni e sede.
- numero dei linfonodi distinguendo quelli della piccola curva e quelli della grande curva.
- Descrivere e campionare eventuali altre lesioni presenti (es. lesioni polipoidi, lesioni aftoidi/ulcerative etc...).
- In caso di neoplasia della giunzione gastro-esofagea indicare i rapporti e la distanza della lesione dalla giunzione stessa.

Descrizione microscopica/Diagnosi:

Adenocarcinoma infiltrante dello stomaco.

Tipo istologico: intestinale puro (tubulare, papillare, solido), misto (% delle componenti, diffuso (% di un'eventuale componente a "signet ring cells"); indicare altri eventuali istotipi (es. ca. mucinoso, ca. epatoide etc ...).

Grado di differenziazione: G1-2-3.

Altri istotipi

Infiltrazione massima di parete: mucosa, sottomucosa, sottosierosa, sierosa, superamento della sierosa.

Emboli neoplastici: evidenti/non evidenti.

Infiltrazione perineurale: evidente/non evidente.

Linfonodi: numero e stato dei linfonodi isolati, separando quelli della grande curva da quelli della piccola curva.

Stato dei margini di exeresi chirurgica.

Grado di regressione tumorale (TRG) in caso di terapia neoadiuvante, sec. CAP 2014 in 4 categorie = 0 (risposta completa), 1 (risposta moderata), 2 (risposta minima), 3 (risposta scarsa).

Stadio Patologico: pT pN V0/1 (**y** in caso di t. neoadiuvante, **m** in caso di tumori multipli, **r** in caso di recidiva) sec. AJCC 8° edizione.

Refertazione Polipi del grosso intestino

Descrizione Macroscopica

- Sede indicata sul referto endoscopico (es. cieco, ascendente etc...).
- Integrità del campione (integro o frammentato).
- Dimensione maggiore in cm.
- Configurazione del polipo: peduncolato (dimensioni del peduncolo in cm) o sessile.

Descrizione Microscopica

- Tipo istologico del polipo (es. p. iperplastico, p. amartomatoso, adenoma)
displasia epiteliale basso o alto grado
- Nel caso di cancerizzazione del polipo
Grado di differenziazione istologica (non determinabile, basso-moderato, alto)
Livello d'infiltrazione sec. Haggit.
eventuali istotipi particolari (es. ca. mucinoso, ca. signet ring cells etc...).
- Stato dei margini: per le lesioni polipoidi lo stato della base d'impianto; per i campioni di mucosectomia indicare il margine profondo sottomucoso ed i margini laterali della mucosa.
- Eventuale invasione linfo-vascolare.
- Reperti patologici addizionali (es. malattia infiammatoria cronica consensuale).

Refertazione Del Carcinoma Del Colon-Retto.

Descrizione macroscopica:

tipo di campione: cieco, ascendente, sigma, retto, eventuale presenza dell'appendice etc...

tipo di procedura chirurgica: emicolectomia dx/sn, colectomia totale, resezione addomino-perineale etc...

lunghezza totale del campione (in cm) e dei vari segmenti che lo compongono.

presenza e la sede di lesioni macroscopicamente evidenti.

dimensioni della lesione cm ...X...

aspetto macroscopico (es. vegetente, ulcerata, etc...).

distanza della lesione dai margini di exeresi chirurgica.

infiltrazione massima di parete (es. tonaca muscolare, sottosierosa, sierosa etc...)

eventuali perforazioni e la sede (versante mesenterico/antimesenterico).

In caso di resezione del retto basso indicare i rapporti della lesione con la riflessione peritoneale (al di sopra, al di sotto o a cavallo) e distanza della lesione dal margine di resezione circonferenziale (m. mesorettale).

numero dei linfonodi dal grasso pericolico; in caso di resezioni del retto basso,

i linfonodi isolati dal tessuto adiposo mesorettale, devono essere comprensivi del margine circonferenziale.

eventuali altre lesioni presenti (es. lesioni polipoidi, lesioni aftoidi/ulcerative etc...).

Descrizione microscopica:

Adenocarcinoma infiltrante del colon-retto.

Grado di differenziazione: G1-2-3.

Altri istotipi

Infiltrazione massima di parete: mucosa, sottomucosa, sottosierosa, sierosa, superamento della sierosa.

Emboli neoplastici: evidenti/non evidenti.

Infiltrazione perineurale: evidente/non evidente.

Tumor budding: evidente/non evidente ed eventuale grandig (basso/alto grado)

Depositi tumorali: evidenti/non evidenti.

Linfonodi: numero e stato dei linfonodi isolati.

Stato dei margini di exeresi chirurgica.

Margine di resezione circonferenziale (CRM): R0, R1(<2mm), R2 (<1mm o infiltrato) in caso di resezioni del retto basso.

Grado di regressione tumorale (TRG): sec. Mandard in caso di terapia neoadiuvante.

Stadio Patologico: pT pN V0/1 (y in caso di t. neoadiuvante) sec. AJCC 8° edizione.

Refertazione del pancreas esocrino

Descrizione macroscopica

Tipo di campione

duodenopancreasectomia con pancreasectomia parziale
pancreasectomie parziali

Sede del tumore

Testa
Corpo
coda

dimensioni del tumore

almeno la dimensione massima

Descrizione microscopica

Istotipo

grado
estensione
confinato al pancreas
estensione all'ampolla di Vater
estensione alla parete duodenale
estensione ai tessuti molli peripancreatici
estensione ad altri organi

Margini (parenchimale, dotto biliare, prossimale gastrico/duodenale, distale duodenale)

Negative

Distanza inmm/cm dal più vicino

Positivi

Eventuali effetti da terapia neoadiuvante

Presente

+ nessuna cellula tumorale vitale
+ single cellule tumorali
+ regression, ma presenza di aree tumorali (score 2)

Assente

+ scarsa risposta (score 3)

Invasione vascolare

Invasione perineurale

Linfonodi regionali

Nro di linfonodi coinvolti/totale linfonodi isolati

Refertazione Rene

Biopsia renale

Descrizione macroscopica

Agobiopsia o biopsia incisionale dimensioni

Descrizione microscopica/Diagnosi

Istotipo

+/- aspetti sarcomatoidi o rabdoidi (%)

Grading sec. ISUP 2014

Necrosi evidente/non evidente

Invasione vascolare

Campione chirurgico

Descrizione Macroscopica

Nefrectomia parziale/totale/radicale dimensioni rene, uretere, surrene

Lesione/lesion

Sede

Dimensioni (almeno la maggiore)

Rapporto macroscopico con capsula e grasso perirenale e del seno renale

Descrizione microscopica

Istotipo

+/- aspetti sarcomatoidi o rabdoidi (%)

Grading sec. ISUP 2014

Necrosi evidente/non evidente (%)

Invasione vascolare

Estensione

Limitato al rene

Al grasso perirenale

Al seno renale

Alla fascia di Gerota

Ai vasi renali

Alla pelvi e al sistema caliceale

Al surrene (diretta o non contigua)

Margini di resezione

Eventuali linfonodi

n.ro totale

deposito metastatico maggiore

linfonodo metastatico maggiore

pTNM

Refertazione Orchifunilectomia

Notizie cliniche

- valori ematici di LDH, AFP e β hCG

Descrizione Macroscopica

Dimensione di didimo, epididimo e funicolo
Lesione/lesioni alla sezione del campione
Dimensione
Aspetto
Rapporti macroscopici con epididmo e funicolo

Diagnosi Microscopica

istotipo (secondo classificazione WHO 2016)

percentuale delle componenti istologiche nel caso di tumori misti
presenza di componente intratubulare (IGCN) associata
Presenza di invasione vascolare linfatica e/o ematica peritumorale focale/diffusa
Presenza di infiltrazione della tonaca albuginea
Presenza di infiltrazione della rete testis, pagetoide/stromale
Presenza di infiltrazione dell'epididimo
Presenza di infiltrazione del funicolo
In caso di invio della linfadenectomia: numero dei linfonodi metastatici
estensione perilinfonodale delle metastasi, se presente
pTNM

Refertazione vescica

Biopsia e TURB

Descrizione macroscopica

N. frammenti

Descrizione microscopica/Diagnosi

Istotipo

Transizionale papillare/non papillare/in situ

Presenza di differenziazione divergente (squamosa, ghiandolare, etc) (%)

OPZIONALE)

Adenocarcinoma

Carcinoma squamoso

C. Neuroendocrino

Grado

Connettivo sub-epiteliale sede di infiltrazione/esente da infiltrazione

Tonaca muscolare presente/assente, presenza/assenza da infiltrazione

Embolia tumorale

Eventuale neoplasie associate (papillomi, etc)

Cistectomia

Descrizione Macroscopica

Dimensioni del campione operatorio (eventuali rapporti con altre strutture anatomiche: cistoprostatectomia, cistectomia parziale, totale)

Numero grandezza e sede delle lesioni neoplastiche

Architettura delle lesioni (papillare, sessile, piatta)

Eventuale presenza di infiltrazione microscopica dell'infiltrazione al grasso perivescicale o a strutture adiacenti

Descrizione Microscopica

istotipo (secondo classificazione WHO 2016) (*v. prc*)

grado

Estensine dell'infiltrazione

Presenza di invasione vascolare linfatica e/o ematica, perineurale

In caso di invio della linfadenectomia: numero dei linfonodi metastatici

Deposito tumorale maggiore

Linfonodo metastatico maggiore

Estensione extratumorale

Eventuali altre lesioni vescicali o extravescicali (es. prostata)

Margini radiali

pTNM

Refertazione Prostata

Agobiopsie prostatiche

Notizie cliniche:

precedenti (biopsie o TURP o precedenti neoplasie in altre sedi):

PSA:

EDR:

US transrettale:

Materiale inviato/macroscopica: Per ogni prelievo bioptico specificare la sede riferita e la lunghezza in mm

Diagnosi:

Per ogni frustolo interessato da neoplasia specificare:

Istotipo

Dimensione in mm della neoplasia *oppure*

% di interessamento neoplastico del frustolo

Eventuale presenza di: infiltrazione perineurale, emboli neoplastici, infiltrazione neoplastica dei tessuti extraprostatici, PIN di alto grado

Valutazione complessiva-conclusione:

Lunghezza totale dei frustoli a destra:

Quota tumorale a destra (%)

Lunghezza totale dei frustoli a sinistra:

Quota tumorale a sinistra (X%)

Lunghezza complessiva dei frustoli:

Quota tumorale complessiva (X%)

Grade Group sec. Epstein:

Prostatectomia

Notizie cliniche:

precedenti biopsie:

stadiazione clinica:

PSA:

EDR:

US transrettale / RMN:

Descrizione macroscopica:

Dimensioni ed aspetto della prostata:

Dimensioni ed aspetto delle vescichette seminali:

Dimensioni ed aspetto dei dotti deferenti:

Dimensioni ed aspetto della vescica (in caso di cistoprostatectomia):

Dimensione ed aspetto di 'noduli particolari'

Numero e dimensioni dei linfonodi:

Diagnosi:

Istotipo:

Grading sec. Gleason combinato:

Grade Group sec. Epstein:

Localizzazione della neoplasia: (un lobo, due lobi)

% di infiltrazione neoplastica dei lobi:

Diametro del nodulo maggiore (dominante):

Infiltrazione neoplastica perineurale:

Emboli neoplastici:

Infiltrazione neoplastica alla base prostatica:

Infiltrazione neoplastica all'apice prostatico:

Infiltrazione extraprostatica con estensione massima extraprostatica (EPE)

Margini di escissione: (apice, base, margini laterali, margine uretrale) negativi/positivi

Estensione della positività del margine

Linfonodi : numero complessivo positivi/negativi

Stadio patologico sec. TNM

Referto Carcinoma Invasivo Della Mammella

NOTIZIE CLINICHE

Notizie relative ad esami pregressi cito-istologici

DIAGNOSI MACROSCOPICA

Tipo di campione:

1. Biopsia Escissionale

- Campione di cm # (comprensivo di losanga cutanea di cm #)
- in sezione lesione/lesioni di cm # aspetto #
- distanza dal margine di exeresi più vicino cm #.

2. Quadrantectomia

- Campione di quadrantectomia (orientata dal chirurgo con punti di repere/non orientata) di cm # (comprensivo di losanga cutanea di cm #; comprensivo/privo di fascia muscolare/tessuto muscolare)
- in sezione lesione/lesioni di cm #, di aspetto #
- distanza :
 - a. cm # dalla cute (eventualmente margine sottocutaneo)
 - b. cm # dal margine profondo/fascia
 - c. cm # dal margine superiore
 - d. cm # dal margine inferiore
 - e. cm # dal margine mediale
 - f. cm # dal margine laterale

3. Mastectomia

- Campione di mastectomia # (orientabile per la presenza del cavo ascellare/ orientata dal chirurgo con punti di repere/non orientata) di cm #, comprensivo di losanga cutanea di cm #; comprensivo di fascia muscolare/tessuto muscolare (comprensiva di capezzolo di aspetto #) con/senza cavo ascellare (inviato a parte);
- in sezione lesione/lesioni di cm #, di aspetto #
- distanza:
 - a. cm # dalla cute (eventualmente margine sottocutaneo)
 - b. cm # dalla fascia muscolare/tessuto muscolare

DIAGNOSI MICROSCOPICA

- Istotipo (sec. WHO 2012)
- Diametro massimo della componente invasiva (espresso in mm)
- Dimensioni totali (componente invasiva più componente in situ) (OPZIONALE)
- Grado istologico: # differenziato (G#), score # sec. Elston-Ellis (Formazione di tubuli: score #; Pleomorfismo nucleare: score #; Mitoi: score #)
 - Carcinoma in situ peritumorale: istotipo, grado #, >25% o <25% del diametro massimo della componente invasiva
 - Invasione vascolare peritumorale (non evidente/presente Focale/massiva)
 - Invasione perineurale peritumorale (non evidente/presente)
 - Presenza o assenza di necrosi (OPZIONALE) (necrosi assente, necrosi presente centrale tipo comedo; necrosi presente focale)
 - Valutazione microscopica dei margini di resezione con le seguenti definizioni:
- MARGINE POSITIVO (presenza di china sulla lesione):
 - focolaio unico/multiplo di invasione,
 - estensione in mm
 - componente in situ/invasiva.
- MARGINE/I INDENNE/I DA INVASIONE (non si osserva china sulla lesione)
 - distanza della lesione dai margini se a meno di 1 cm in situ/invasiva
- Capezzolo, dotti retro-areolari, cute e parete toracica: indenni da invasione/sede di infiltrazione
- Microcalcificazioni (stromali/endoluminali) (OPZIONALE)
- Linfonodo sentinella negativo/positivo per macro/micrometastasi/ITC
 - Invasione extracapsulare OPZIONALE
- Linfonodectomia n.ro linfonodi isolati, n.ro linfonodi positivi per metastasi
 - Dimensione massima linfonodo OPZIONALE
- Staging (pTNM sec. AJCC 2017/VIII edizione)

Refertazione Fattori Prognostico/Predittivi Determinati Con Immunoistochimica

ER: +/- nel %% delle cellule neoplastiche (clone # ditta #)

PgR: +/- nel %% delle cellule neoplastiche (clone # ditta #)

Ki67: +/- nel %% delle cellule neoplastiche (clone # ditta #)

HER2 (c-erbB2) (clone-kit-ditta) è risultata (sec. ASCO/CAP 2013; Consensus AIOM/Siapec 2014):

Refertazione Agobiopsia Mammaria

1. Numero di frustoli diagnostici
2. Istotipo

3. Grado istologico (se non è possibile, valutare il grado nucleare)
4. Presenza o assenza di invasione vascolare
5. Presenza di carcinoma in situ
6. Valutazione fattori prognostico/predittivi (ER, PgR, Ki-67 ed HER2) (*v. prc*)
7. In presenza di frustoli con cute indicarne l'eventuale infiltrazione, ulcerazione, invasione vascolare dermica

Refertazione Carcinoma Ovarico

Refertazione Macroscopica

1. Ovariectomia: ovaio destro/sinistro di cm #; superficie esterna di aspetto #. In sezione, sede di lesione di cm # di aspetto #. Capsula
2. Salpingo-Ovariectomia: ovaio destro/sinistro di cm #; superficie esterna di aspetto #. In sezione, ovaio destro/sinistro sede di lesione solida di cm # di aspetto #/ cistico mono/pluri-concamerato a contenuto # e sede di #. Adesa/a parte, salpinge destra/sinistra di cm # di lunghezza, sede di #/ di aspetto #
3. Annessiectomia bilaterale:
 - a. ovaio destro di cm #; superficie esterna di aspetto #. In sezione, ovaio sede di lesione solida di cm # di aspetto #/ cistico mono/pluri-concamerato a contenuto # e sede di #. Adesa/a parte, salpinge destra di cm # di lunghezza, sede di #/ di aspetto #.
 - b. ovaio sinistro di cm #; superficie esterna di aspetto #. In sezione, ovaio sede di lesione solida di cm # di aspetto #/ cistico mono/pluri-concamerato a contenuto # e sede di #. Adesa/a parte, salpinge sinistra di cm # di lunghezza, sede di #/ di aspetto #.
4. Isterectomia radicale: campione costituito da utero di cm #, ovaio destro di cm # tuba destra di cm # di lunghezza, ovaio sinistro di cm # tuba sinistra di cm # di lunghezza. All'apertura, cavità endometriale di aspetto #, endometrio di aspetto #, miometrio #.
In sezione ovaio destro/sinistro sede di lesione solida di cm # di aspetto #/ cistico mono/pluri-concamerato a contenuto # e sede di #.
Tuba destra/sinistra sede di/di aspetto #.

Refertazione Microscopica

Istotipo # sec. WHO 2014

Grado di differenziazione: # differenziato (G#)

Impianto peritoneale: non evidente/presente di tipo invasivo/non invasivo

(Eventuale) Coinvolgimento di altri organi o strutture: #

Embolia neoplastica vascolare: presente / non evidente

Liquido ascitico: negativo/positivo per cellule maligne

Linfonodi # (specificare la sede): # linfonodi liberi da infiltrazione / # linfonodi sede di metastasi \leq / $>$ 10mm di diametro massimo (su # linfonodi isolati)

Stadio patologico: pTNM sec. AJCC VIII ed./ sec. FIGO

Refertazione Carcinoma Endometriale

Refertazione Macroscopica

- 1) Biopsia endometriale: # Frammenti biotici
- 2) Raschiamento endometriale: # Frammenti biotici complessivamente di cm #
- 3) Isterectomia radicale: campione costituito da utero di cm, ovaio destro di cm # tuba destra di cm # di lunghezza, ovaio sinistro di cm # tuba sinistra di cm # di lunghezza.

All'apertura, cavità endometriale di aspetto #, sede di neoformazione di cm # che interessa la parete # dell'utero ed che infiltra la parete miometriale per cm #.

Si osserva inoltre #/Restante campione di aspetto #.

Ovaio destro/sinistro di aspetto #, tuba destra/sinistra di aspetto #.

Altro.

Refertazione Microscopica

- 1) Materiale biotico:
Frammento di mucosa endometriale sede di/infiltrato da # (istotipo), di grado #.
Miometrio (se presente) libero/sede di infiltrazione.

- 2) Su campione isterectomia:

Istotipo: # sec. WHO 2014

Grading: # differenziato (G#)

Infiltrazione miometriale: presente, infiltrante > o < della metà lo spessore del miometrio

mm spessore di infiltrazione

(OPZIONALE)

mm spessore miometriale (OPZIONALE)

Sierosa uterina: sede di infiltrazione/ indenne

Infiltrazione mucosa/ Stroma cervicale: presente/assente

Embolia neoplastica vascolare: presente / non evidente

Ovaio # / Tuba #: sede di infiltrazione / indenne

Linfonodi # (specificare la sede): # linfonodi liberi da infiltrazione / # linfonodi sede di macrometastasi e/o # linfonodi sede di micrometastasi / # linfonodi sede di cellule tumorali isolate (ITC) (su # linfonodi isolati)

Altro

Stadio patologico: pTNM sec. AJCC VIII ed. / sec. FIGO.

Refertazione Carcinoma Della Cervice Uterina

Referto Macroscopico

- 1) Campione di LEEP/conizzazione, di cm # orientato con filo di repere (ore #), presentante tra le ore # e le ore # lesione di aspetto # che dista cm # dal margine ad ore #.
Si marca con inchiostro di china il margine chirurgico di exeresi.
- 4) Isterectomia radicale: campione costituito da utero di cm #, cervice di cm #, ovaio destro di cm # tuba destra di cm # di lunghezza, ovaio sinistro di cm # tuba sinistra di cm # di lunghezza.
All'apertura, a livello cervicale si reperta lesione di cm #, di aspetto #, che appare infiltrare #.
Cavità endometriale di aspetto #, endometrio di aspetto #, miometrio di aspetto #.
Ovaio destro/sinistro di aspetto #, tuba destra/sinistra di aspetto #.
Altro

Referto Microscopico

1. Su LEEP/ CONIZZAZIONE

Ad ore # si reperta:

- Carcinoma #(istotipo) infiltrante della cervice sec. WHO 2014 (*vedi nota*)
- Grado di differenziazione: # differenziato (G#)
- Infiltrazione radiale/longitudinale: mm #
- Infiltrazione stromale verticale: mm #
- Margine endocervicale: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione
- Margine esocervicale: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione (presenza di china sulla lesione) ad ore #
- Margine profondo di exeresi: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione (presenza di china sulla lesione) ad ore #
- Stadio patologico: pTNM sec. AJCC VIII ed. / sec. FIGO

Nota

Ad ore # si reperta:

- Displasia di basso grado (CIN1) / Displasia di alto grado (CIN2-3) / Adenocarcinoma in situ
- Margine endocervicale: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione
- Margine esocervicale: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione ad ore #

2. Su ISTERECTOMIA:

Ad ore # si reperta:

- Carcinoma #(istotipo) infiltrante della cervice sec. WHO 2014 (*vedi nota*)
- Grado di differenziazione: # differenziato (G#)
- Infiltrazione radiale/longitudinale: mm #
- Infiltrazione stromale verticale: mm #
- Margine endocervicale: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione
- Margine esocervicale: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione (presenza di china sulla lesione) ad ore #
- Margine profondo di exeresi: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione (presenza di china sulla lesione) ad ore #
- Embolia neoplastica vascolare: presente/non evidente
- Linfonodi # (specificare la sede): # linfonodi liberi da infiltrazione/ # linfonodi (su #) sede di metastasi / # linfonodi sede di cellule tumorali isolate (ITC) (su # linfonodi isolati)
- Ovaio#/Tuba#/altro: indenne/sede di infiltrazione
- Stadio patologico: pTNM sec. AJCC VIII ed. / sec. FIGO

Nota

Ad ore # si reperta:

- Displasia di basso grado (CIN1) / Displasia di alto grado (CIN2-3) / Adenocarcinoma in situ
- Margine endocervicale: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione
- Margine esocervicale: indenne (distanza dal margine OPZIONALE)/sede di infiltrazione ad ore #

Refertazione polmone

1. *Biopsia*

Descrizione macroscopica

Nro frammenti

Descrizione microscopica

Istotipo

Grado eventuale

2. *Campione operatorio*

Descrizione Macroscopica

Tipologia di campione/intervento chirurgico

Misura del campione con tre dimensioni

Dimensione della lesione/delle lesioni

Sede (centrale/periferica; lobo; relazione con bronchi)

Linfonodi

DIAGNOSI

Istotipo

Grado WHO 2015

Nel caso di adenocarcinoma riportare il pattern prevalente

Livello di infiltrazione della pleura

Eventuale estensione all'ilo

Eventuale estensione ad altre strutture

Invasione vascolare

Margini di resezione

Linfonodi

Liberi da neoplasia

Sede di metastasi con o senza estensione extranodale

Stadio patologico

Diagnostica Molecolare

I referti di diagnostica molecolare dovrebbero essere effettuati nelle strutture di Anatomia Patologica. Laddove non esiste questa possibilità, la diagnosi deve essere comunque condivisa e confermata da un patologo responsabile nell'ambito di una struttura interdipartimentale.

1) Carcinoma mammario

Descrizione di metodica ISH con indicazione di reattivi ed eventualmente di piattaforme

Diagnosi

HER2 (ERBB2) (ISH)

- Negativo
- Equivocal
- Amplificato
- Indeterminato

Conta delle cellule

- Dual probe assay
- Numero di segnali *HER2* per cell: _____
- HER2/CEP17 ratio: _____

Eterogeneo/non eterogeneo

1) Carcinoma del colon-retto

- a) Kras, Nras, Braf mutazione del codone
- b) Instabilità dei microsatteliti
metodica utilizzata (IHC con cloni o metodiche molecolari) e piattaforma
Risultati

2) Melanoma

- Metodica utilizzata e piattaforma per identificazione delle mutazioni di braf (Nras e cKit)
- Risultati

3) Polmone

- Mutazioni di EGFR metodica utilizzata e piattaforma
- Risultati
- Mutazioni di ALK (ROS) metodica utilizzata
- Risultati
- Espressione di PDL1, metodica, clone immunohistochimico e piattaforma
- Risultati