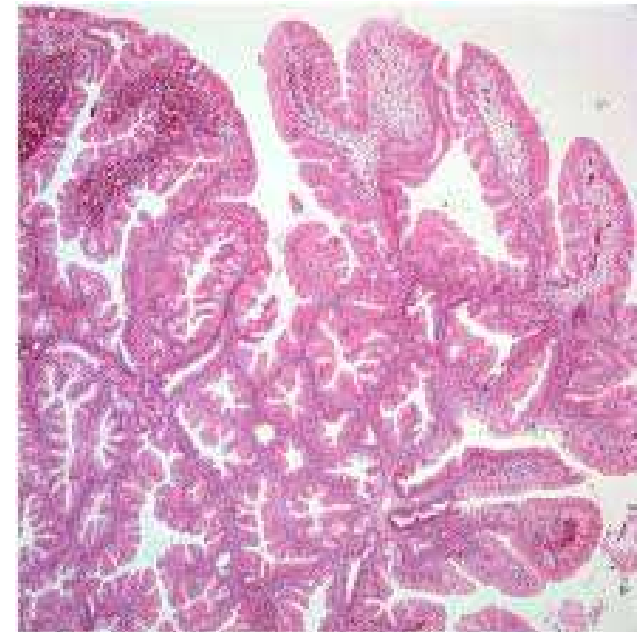
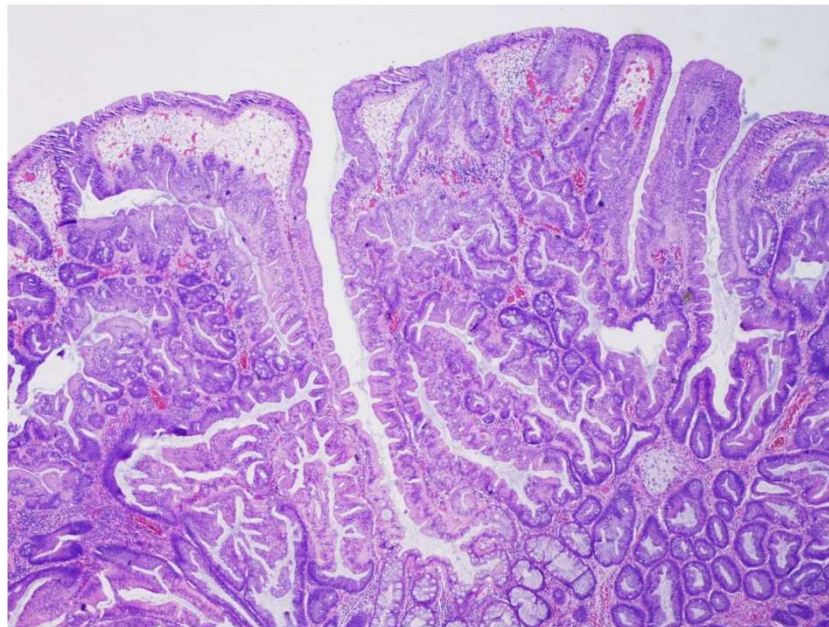


a) Standard di refertazione

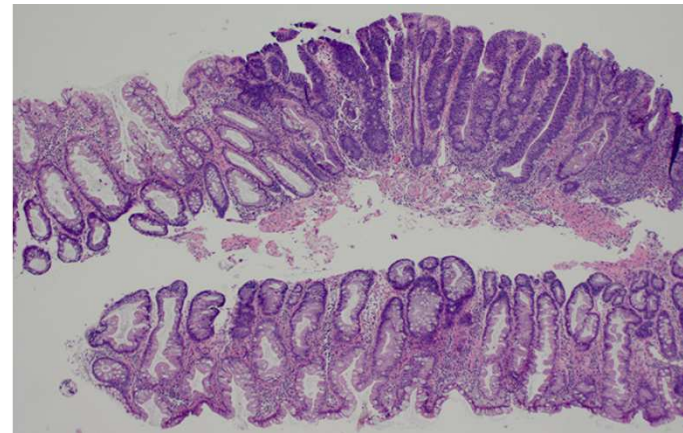
Lesioni serrate

Allo scopo di evitare possibili misinterpretazioni si specifica che:

1) La diagnosi di **Adenoma Serrato Tradizionale NON** richiede la definizione della displasia (intrinseca nell'entità) e viene di per sé gestito come un adenoma avanzato (follow-up a tre anni). Lo stato dei margini deve essere indicato nel referto

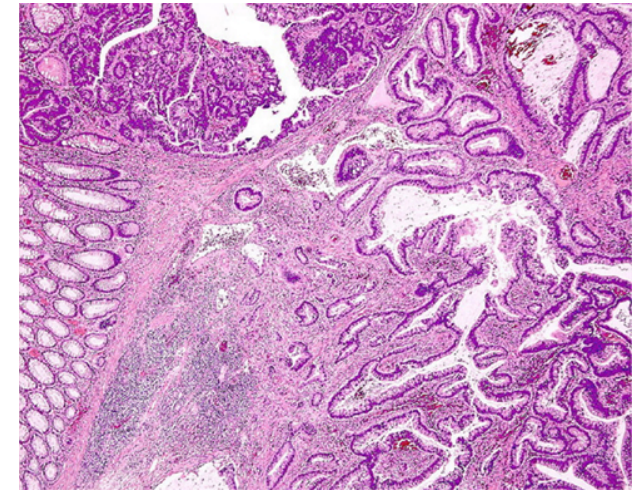
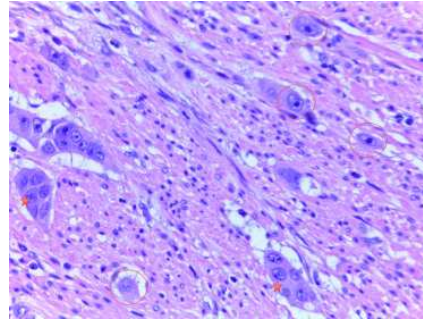


2) Per la diagnosi di **Adenoma Serrato Sessile CON DISPLASIA**, in accordo con quanto definito dalla letteratura internazionale, la *displasia non necessita di venire gradata* in quanto la presenza di displasia (che deve essere esplicitata nel referto) determina di per sè l'inquadramento dell'adenoma come avanzato (follow-up a tre anni). Lo stato dei margini deve essere indicato nel referto.



3) Un **Adenoma Serrato Sessile SENZA DISPLASIA** è sinonimo di **Polipo Serrato Sessile**. Lo stato dei margini deve essere indicato nel referto.

Anatomia Patologica – *Raccomandazioni*

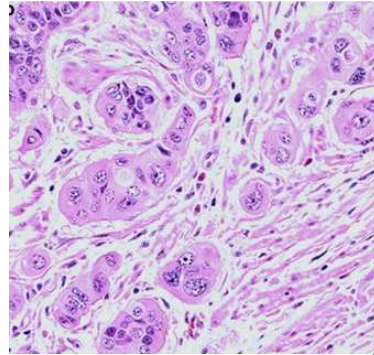
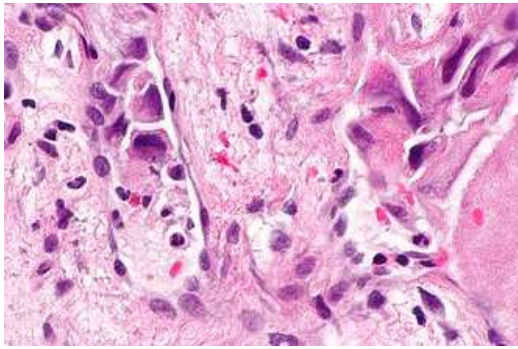


b) Second opinion nei pT1

Nel protocollo regionale, *sulla base delle raccomandazioni contenute nelle linee guida del GISCoR per la diagnosi anatomo-patologica e nelle linee guida Europee*, si raccomanda di prevedere, **per tutti i casi di cancro pT1, una second opinion.**

A partire dal 2019, verrà attivata una procedura di revisione di tutti i casi pT1 centralizzata presso l'AOU Città della Salute, Servizio di AP2U, con creazione di un vetrino digitale

I patologi che refertano questi casi sono tenuti ad inviare i preparati istologici presso Anatomia Patologica 2U, via Santena 7, 10126 Torino



Il patologo referente del CRR **concorre alla second opinion che condivide con il patologo proponente.** In caso di disagreement è prevista la condivisione con un terzo patologo.

Il referto con la *diagnosi di concordanza viene definito entro 14 giorni lavorativi* dal ricevimento del vetrino presso AP2 AOU Città della Salute e della Scienza - Molinette.

Il patologo che ha fatto la prima diagnosi resta comunque il responsabile della diagnosi conclusiva.

Tutti i casi per cui sia stato necessario ricorrere ad un terzo parere verranno ridiscussi nel corso di incontri trimestrali (con ECM) di discussione dei casi complessi (vedi punto c.2).

c) Formazione

1. Corso Blended Annuale (terza edizione, Rete On

Re-training permanente nell'assicurazione

A.P. Hot topics nel tumore del

cadenza mensile e discussioni

e18 dicembre , 14 e

Santena 7, pi

verranno istituiti incontri trimestrali di
pressi presso Città della Salute, Molinette. La

residentiale, con visione al microscopio multiplo e
ste un verbale post riunione che terrà traccia dei casi condivisi.

Tali incontri hanno valenza sia di retraining su diagnosi già poste che di
discussione pre-diagnosi di casi ancora in attesa di refertazione.

Previsti ECM

I criteri diagnostici evolvono:
l'importanza del confronto e del retraining



Pe

As

Koen

Blink

N. G

de V

Gees

M.D.

H.J.

ACCEPTED MANUSCRIPT









1 pedunculated vs non-pedunculated T1CRCs (0.8% vs 2.9%, $P=.38$; 1.5% vs 0%,
2 $P=.99$; 1.5% vs 0%; $P=.99$). However, incomplete resection and recurrence were
3 significantly lower for high-risk pedunculated vs non-pedunculated T1CRCs (6.5% vs
4 12.5%; $P=.007$; 4.4% vs 8.6%; $P=.03$).

5 CONCLUSION: In a retrospective study of patients with T1CRC, we found
6 pedunculated morphology to be independently associated with a decreased risk of
7 adverse outcome in a T1CRC population at high risk of adverse outcome.
8 Incorporating morphologic features of tumors in risk assessment could help predict
9 outcomes of patients with T1CRC and help identify the best candidates for surgery.

Histologic Factors Associated With Need for Surgery in Patients With Pedunculated T1 Colorectal Carcinomas



Yara Backes,¹ Sjoerd G. Elias,² John N. Groen,³ Matthijs P. Schwartz,⁴ Frank H. J. Wolfhagen,⁵ Joost M. J. Geesing,⁶ Frank ter Borg,⁷ Jeroen van Bergeijk,⁸ Bernhard W. M. Spanier,⁹ Wouter H. de Vos tot Nederveen Cappel,¹⁰ Koen Kessels,¹¹ Cornelis A. Seldenrijk,¹² Mihaela G. Raicu,¹² Paul Drillenburg,¹³ Anya N. Milne,¹⁴ Marjon Kerkhof,¹⁵ Tom C. J. Seerden,¹⁶ Peter D. Siersema,^{1,17} Frank P. Vleggaar,¹ G. Johan A. Offerhaus,¹⁸ Miangela M. Lacle,^{18,§} and Leon M. G. Moons;^{1,§} on behalf of the Dutch T1 CRC Working Group

Histologic Model For Pedunculated T1 Colorectal Carcinomas					
					
		AUC	Low-risk T1 CRC	High-risk T1 CRC	Missed metastasis
 Hospitals: 13					
 Pedunculated T1 CRC: 708	Conventional model 1 (ASGE/ESGE)	0.67	43%	57%	1.3%
 Metastasis: 5.2%	Conventional model 2 (JSCCR)	0.64	35%	65%	1.2%
	Our new model	0.83	68%	32%	1.3%

Gastroenterology

May 2018

Histologic Model for Pedunculated T1 CRC 1653

Table 4. Example of the LASSO-Derived Predicted Probability of Metastasis in Pedunculated T1 CRC for LASSO Model 2 Based on Histologic Risk Factors

Variable	MM type A, %		MM type B, %	
	Absence of any kind of budding	Presence of any kind of budding	Absence of any kind of budding	Presence of any kind of budding
Haggitt level 1-3				
LVI-	0.3	0.6	2.1	3.7
LVI +	1.2	2.2	7.4	12.3
Haggitt level 4				
LVI-	1.4	2.4	8.2	13.6
LVI +	5.0	8.5	24.8	36.8

NOTE. For example, a pedunculated T1 CRC with MM type A, Haggitt level 4 invasion, no LVI, and no budding (PDC or tumor budding) has a 1.4% risk of metastasis. The diagnostic accuracy for different thresholds can be found in [Table 5](#). LVI, lymphovascular invasion.