

Workshop

“ PROGRAMMA REGIONALE DI SCREENING
COLORETTALE PREVENZIONE SERENA ”
Workshop 2017

Responsabili scientifici: A Arrigoni, P Cassoni, M Fracchia, L Orione, C Senore
Torino 11 Dicembre 2017

II Sessione: Il trattamento

Moderatori:

La gestione dei pazienti con tumori pT1

Ore 11.45 I risultati della revisione dei casi 2004-2104 nel programma regionale

G Saracco

Ore 12.00 Quali implicazioni per la formazione e la gestione del flusso di questi pazienti

Paola Cassoni Anatomia Patologica Università di Torino e CRR

Oscar Bertetto - Rete Oncologia Piemonte-Valle d'Aosta

Come definire la “qualità” nella diagnostica istopatologica

La diagnosi istologica è l'interpretazione di un immagine

RIPRODUCIBILITÀ:

Concerne l'estensione con cui un esperimento, test, ad ogni procedura di misura porta agli stessi risultati in trials successivi (random error)

CONSISTENZA:

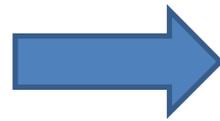
Non lo stesso risultato, ma risultati interpretabili allo stesso modo

ATTENDIBILITÀ:

La tendenza verso la consistenza in misure ripetute dello stesso fenomeno

La diagnosi deve essere:

- **Corretta**
- **Completa**



E dunque nei pT1?

I “tools” per la qualità

Le zone di grigio diagnostico

•**expertise**

•**regole chiare**

•**confronto**

Gli strumenti del confronto

I “tools” per la qualità

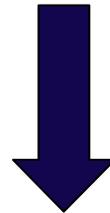
A) Formazione e retraining permanente

B) La second opinion



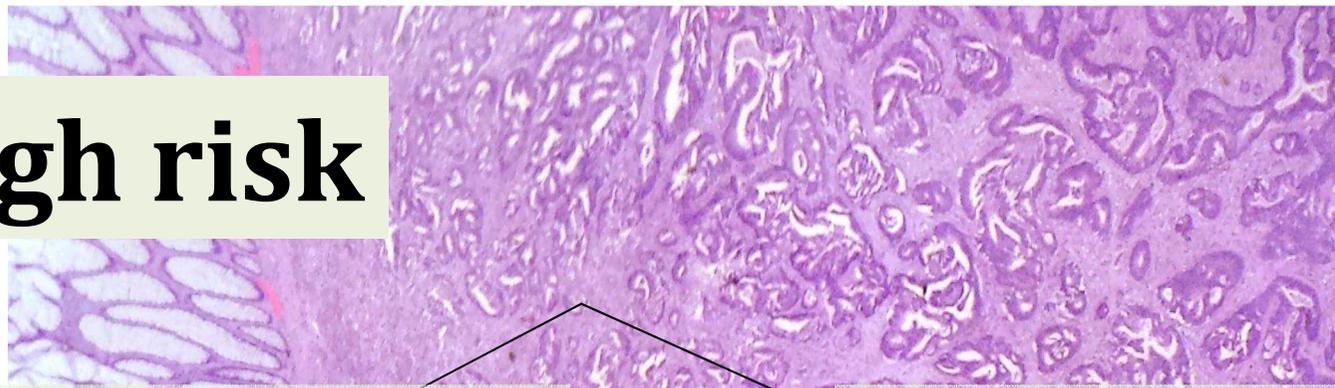
Quality assurance in pathology in colorectal cancer screening and diagnosis—European recommendations

Phil Quirke • Mauro Risio • René Lambert •
Lawrence von Karsa • Michael Vieth



22. Pathologists should attend one refresher training course every year on the pathology of colorectal neoplasia to maintain quality (VI-B).

T1 high risk



C) FRAMMENTI DI ADENOCARCINOMA INIZIALE MODERATAMENTE DIFFERENZIATO (G2), CON AREE DI SCARSA DIFFERENZIAZIONE (G3) DEL GROSSO INTESTINO INSORTO IN ADENOMA TUBULO-VILLOSO (cd ADENOMA CANCERIZZATO) (pT1, sm3).

Grado istologico: Moderatamente differenziato (G2) con campi G3

Profondità di invasione: Tumore che invade la sottomucosa (**pT1**)

Livello di invasione della sottomucosa: sm3 (Sec. Kikuchi).

Profondità di invasione della sottomucosa: > 2 mm.

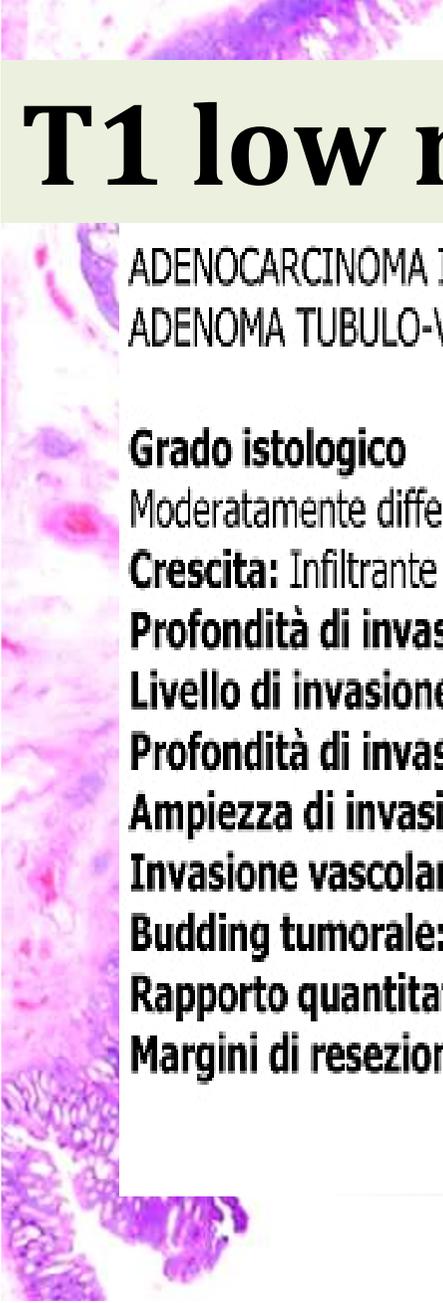
Ampiezza di invasione della sottomucosa: > 4 mm.

Invasione vascolare ematica o linfatica: Non evidente sulle sezioni esaminate

Budding tumorale: alto grado

Rapporto quantitativo tessuto adenomatoso/adenocarcinoma: 60/40

Margini di resezione: margini di resezione chirurgica diffusamente infiltrato da adenocarcinoma



T1 low risk

ADENOCARCINOMA INIZIALE MODERATAMENTE DIFFERENZIATO (G2) DEL GROSSO INTESTINO INSORTO IN ADENOMA TUBULO-VILLOSO (cd ADENOMA CANCERIZZATO) (pT1,sm1).

Grado istologico

Moderatamente differenziato (G2)

Crescita: Infiltrante

Profondità di invasione: Tumore che invade la sottomucosa (pT1)

Livello di invasione della sottomucosa: sm1 (Sec. Kikuchi).

Profondità di invasione della sottomucosa: < 1 mm.

Ampiezza di invasione della sottomucosa: < 2 mm.

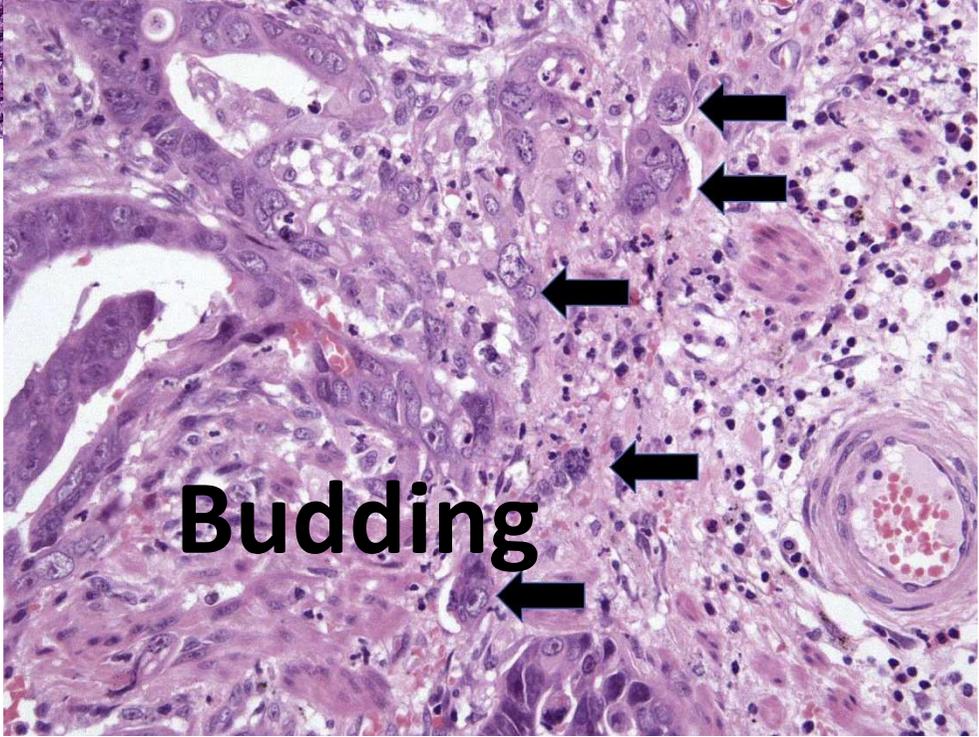
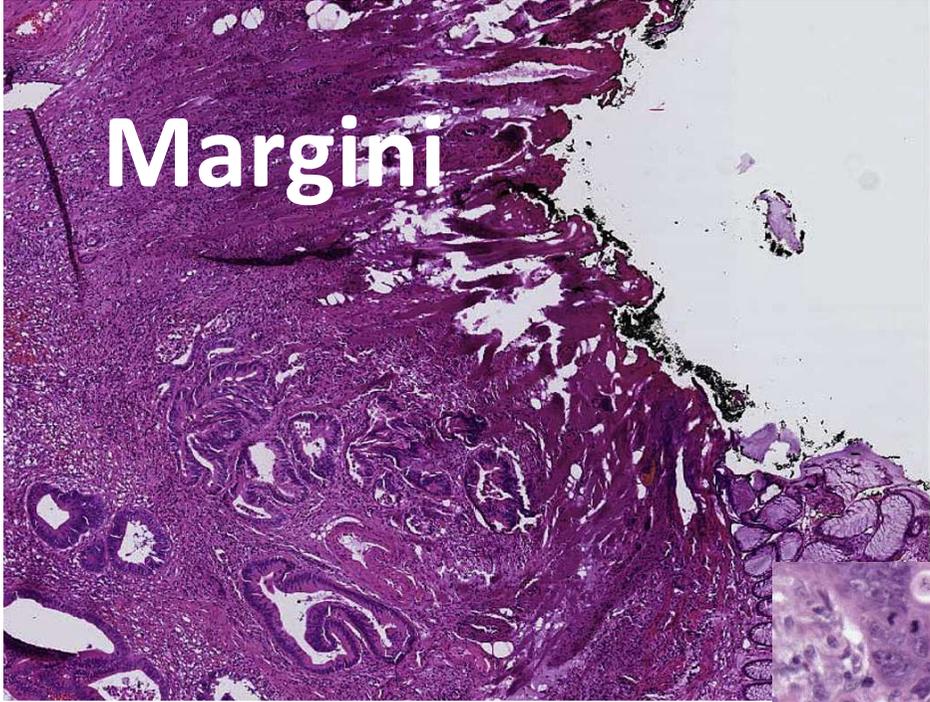
Invasione vascolare ematica o linfatica: Non evidente sulle sezioni esaminate

Budding tumorale: basso grado

Rapporto quantitativo tessuto adenomatoso/adenocarcinoma : 95/5

Margini di resezione: margine di resezione chirurgica -ove valutabile- indenne

Il grigio diagnostico



Il retraining

IstOl - Istologia On Line

Hai dimenticato lo username o la password?

IstOl - Istologia On Line

Moodle community ▾

UniTO ▾

HelpDesk ▾

Italiano (it) ▾

Cerca corsi



Navigazione



Home

Site news

▼ Corsi

- ▶ Il re-training permanente nell'assicurazione della...
- ▶ Il re-training permanente nell'assicurazione della...
- ▶ Corso di Ematopatologia 2016
- ▶ Cito-Istopatologia dei Tumori della Tiroide: Quali...
- ▶ Second Opinion Area

▶ Espandi tutto

▶ **Il re-training permanente nell'assicurazione della qualità diagnostica in A.P. 2017**

▶ **Il re-training permanente nell'assicurazione della qualità diagnostica in A.P. 2016**

▶ **Corso di Ematopatologia 2016**

▶ **Cito-Istopatologia dei Tumori della Tiroide: Quali Novità ?**

▶ **Second Opinion Area**

 **Menu principale** 
Site news

 **Navigazione** 
Home
▪ Dashboard
▶ Pagine del sito

Home Rete Oncologica

La Rete in Rete

Digital networking nella Rete:
nuovo approccio all'assicurazione della qualità nella
diagnostica istologica dei tumori nella Rete Oncologica
Piemonte / Valle d'Aosta

 **Calendario** 
novembre 2017
Lun Mar Mer Gio Ven Sab Dom
1 2 3 4 5
6 7 8 9 10 11 12
13 14 15 16 17 18 19
20 21 22 23 24 25 26

 **Navigazione** 
Home
▪ Dashboard
▶ Pagine del sito
▶ I miei corsi
▼ Corsi
 ▼ **Il re-training permanente nell'assicurazione della...**
 ▪ MAM2017
 ▶ COL2017
 ▶ IBD2017
 ▪ EMATO2017
 ▶ Il re-training permanente nell'assicurazione della...
 ▶ Corso di Ematopatologia 2016
 ▶ Cito-Istopatologia dei Tumori della Tiroide: Quali...
 ▶ Second Opinion Area

 **Amministrazione** 
Categoria: Il re-training permanente nell'assicurazione della qualità diagnostica in A.P. 2017
▲ Quadri di competenze

Categorie di corso:

Il re-training permanente nell'assicurazione della qualità diagnostica in A.P. 2017

Hot topics nel carcinoma della mammella

Teacher: *Isabella Castellano*

Hot topics nel carcinoma del colon

Teacher: *Paola Cassoni*

Lesioni preneoplastiche nella malattia infiammatoria intestinale

Teacher: *Gabriella Canavese*

Teacher: *Paola Cassoni*

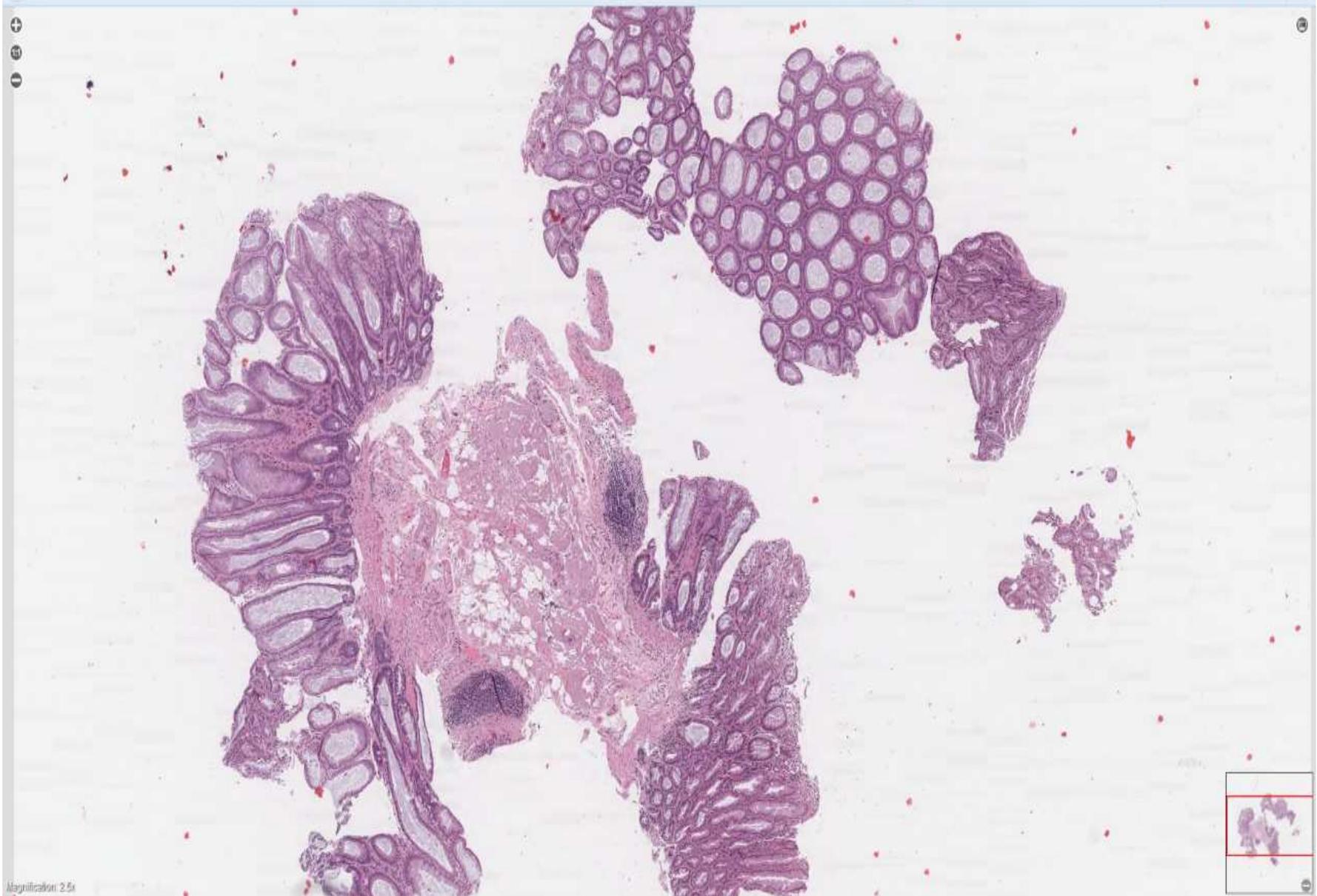
Teacher: *Vincenzo Villanacci*

Hot topics in ematopatologia

dnovero@cittadellasalute.to.it:

Domenico Novero

 **I miei corsi** 
Hot topics nel carcinoma del colon
Lesioni preneoplastiche nella malattia infiammatoria intestinale
Hot topics nel carcinoma del colon
Tutti i corsi ...



Magnification: 2.5x



Caso n.8

1

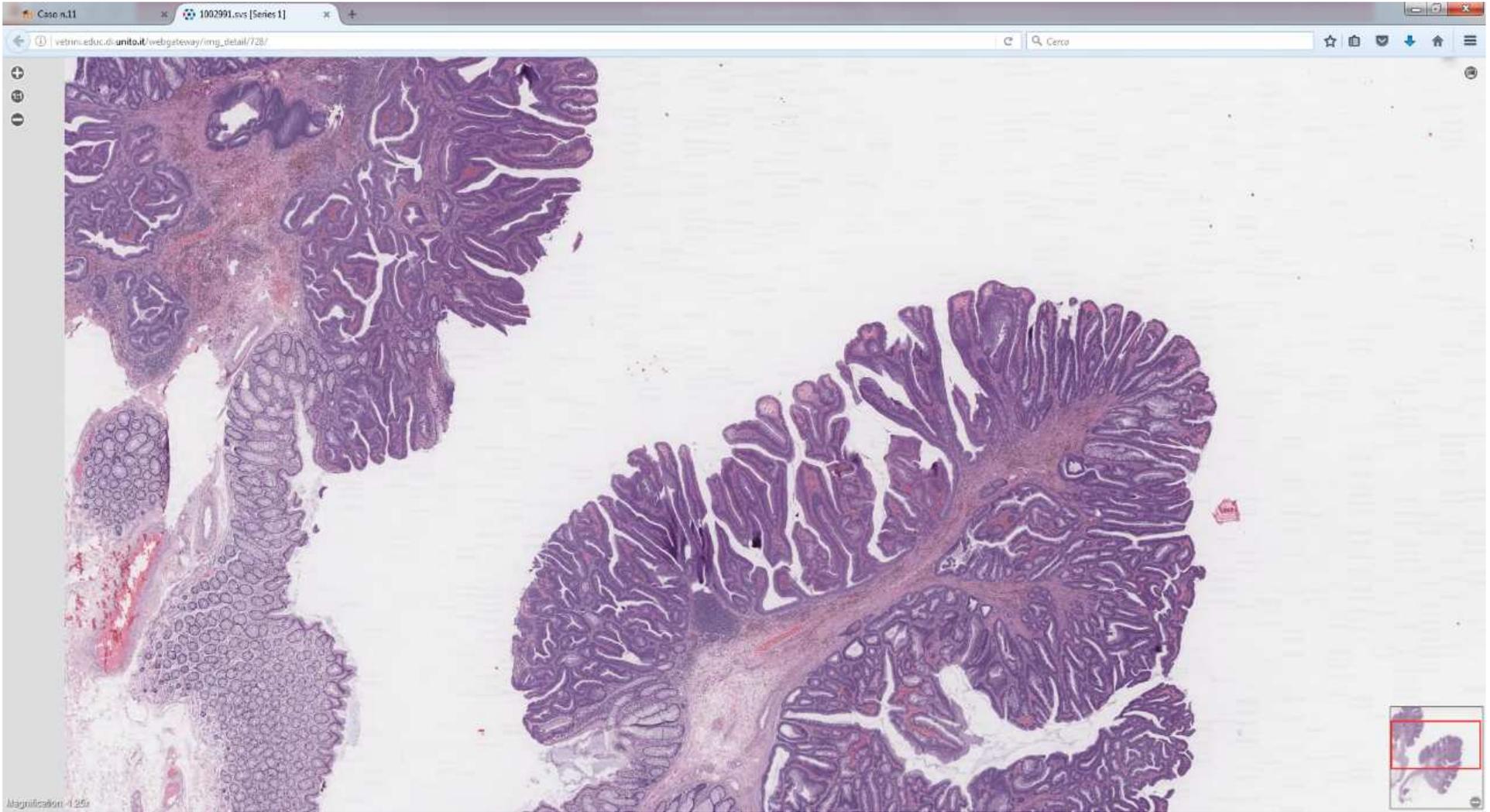
Identifica la diagnosi tra le opzioni proposte:

Risposta	Media	Totale
POLIPO IPERPLASTICO	6%	1
ADENOMA SERRATO SESSILE SENZA DISPLASIA	76%	13
ADENOMA SERRATO SESSILE CON DISPLASIA DI BASSO GRADO	18%	3

2

Stato del margine di resezione:

Risposta	Media	Totale
INDENNE	18%	3
NON VALUTABILE	82%	14



Caso n.11

1

Identifica la diagnosi tra le opzioni proposte:

Risposta	Media	Totale
ADENOMA TUBULOVILLOSO CON DISPLASIA DI BASSO GRADO	 6%	1
ADENOMA TUBULOVILLOSO CON DISPLASIA DI ALTO GRADO	 50%	8
ADENOMA VILLOSO CON DISPLASIA DI BASSO GRADO	 6%	1
ADENOMA VILLOSO CON DISPLASIA DI ALTO GRADO	 31%	5
ALTRO, INSERISCI LA DIAGNOSI NELLO SPAZIO SOTTOSTANTE	 6%	1

2

Inserisci la tua diagnosi alternativa alle proposte:

Partecipante	Risposta
daniela enrica luisa antonini	ADENOMA VILLOSO CON DISPLASIA DI ALTO GRADO. Sono presenti aspetti di cosiddetta pseudoinvasione da torsione del peduncolo. PEDUNCOLO E MARGINE DI EXERESI CHIRURGICA INDENNI.
donata bellis	ADENOMA VILLOSO DEL GROSSO INTESTINO CON DISPLASIA DI ALTO GRADO. SEGNI DI PSEUDOINVASIONE DELLA LAMINA PROPRIA (siderosi e pseudoinfiltrazione della muscolaris mucosae) PEDUNCOLO RIVESTITO DA MUCOSA COLICA REGOLARE
Adele Cassenti	PRESENZA DI ASPETTI DI PSEUDOINVASIONE CON CAMPI DI PREGRESSA EMORRAGIA.
Luigi Chiusa	CAMPI DI cd PSEUDOINVASIONE
Mirella Fortunato	Prima di concludere la diagnosi come adenoma, avrei richiesto un' alfa-actina e fatto altre sezioni seriate, perché, benché presenti fenomeni da torsione del peduncolo, in un punto, in rapporto all'infiltrato infiammatorio, non si vedono chiaramente in fasci di muscolaris mucosae.
Francesca Mercalli	Evidenza di focolaio di pseudoinvasione accompagnato da esiti di pregressa emorragia.
RENATO PARENTE	avrei fatto altre sezioni e una Actina ML
Poliana Santos Pereira	PRESENZA DI MICROFOCOLAI DI PSEUDOINVASIONE CON AREE DI PREGRESSA EMORRAGIA. Aspetti di pseudoinvasione in rapporto a depositi di emosiderina (da verosimile torsione del peduncolo)

Valeria Emma Luisa antonini	Sono presenti aspetti di cosiddetta pseudoinvasione da torsione del peduncolo. PEDUNCOLO E MARGINE DI EXERESI CHIRURGICA INDENNI.
	ADENOMA VILLOSO DEL GROSSO INTESTINO CON DISPLASIA DI ALTO GRADO.
donata bellis	SEGNI DI PSEUDOINVASIONE DELLA LAMINA PROPRIA (siderosi e pseudoinfiltrazione della muscolaris mucosae) PEDUNCOLO RIVESTITO DA MUCOSA COLICA REGOLARE
Adele Cassenti	PRESENZA DI ASPETTI DI PSEUDOINVASIONE CON CAMPI DI PREGRESSA EMORRAGIA.
Luigi Chiusa	CAMPI DI cd PSEUDOINVASIONE
Mirella Fortunato	Prima di concludere la diagnosi come adenoma, avrei richiesto un' alfa-actina e fatto altre sezioni seriate, perché, benché presenti fenomeni da torsione del peduncolo, in un punto, in rapporto all'infiltrato infiammatorio, non si vedono chiaramente in fasci di muscolaris mucosae.
Francesca Mercalli	Evidenza di focolaio di pseudoinvasione accompagnato da esiti di pregressa emorragia.
RENATO PARENTE	avrei fatto altre sezioni e una Actina ML
Poliana Santos Pereira	PRESENZA DI MICROFOCOLAI DI PSEUDOINVASIONE CON AREE DI PREGRESSA EMORRAGIA.
Rebecca Senetta	Aspetti di pseudoinvasione in rapporto a depositi di emosiderina (da verosimile torsione del peduncolo).

3

Stato del margine di resezione:

Risposta	Media	Totale
INDENNE	 100%	16



Le difficoltà nei pT1

Caso n.7

1 Tipo istologico

Risposta	Media	Totale
* Adenoma cancerizzato	57%	12
Adenocarcinoma senza componente mucinosa	43%	9

2 Profondità di invasione

NB: se scegli pT1 dettaglia nella domanda successiva il microstaging

Risposta	Media	Totale
pT1	100%	21

3 Microstaging solo se hai risposto pT1

Spuntare la casella scale bar sulla sinistra per attivare la barra micrometrica per effettuare la misurazione

Risposta	Media	Totale
Profondità di invasione della sottomucosa <1mm	5	5
Profondità di invasione della sottomucosa >1mm	16	16
Ampiezza di invasione <4mm	5	5
Ampiezza di invasione >4mm	16	16
SM1	9	9
SM2	1	1
SM3	1	1
Haggitt 1	9	9
Haggitt 2	4	4
Haggitt 3	2	2

4

Tipo di invasione

Risposta	Media	Totale
Infiltrante	76%	16
Espansiva	24%	5

5

Grado istologico

Risposta	Media	Totale
Ben differenziato G1	29%	6
* Moderatamente differenziato G2	71%	15

6

Invasione vascolare

Risposta	Media	Totale
Presente	5%	1
Assente	71%	15
Dubbia	24%	5

7

Invasione perineurale

Risposta	Media	Totale
Assente	100%	21

8

Budding tumorale

Risposta	Media	Totale
* Basso grado	100%	21

9 Infiltrato linfocitario perineoplastico

Risposta	Media	Totale
Assente	19%	4
Presente scarso	76%	16
Presente cospicuo	5%	1

10 Margini di resezione

Risposta	Media	Totale
Negativi	100%	21

11 Se pT1 definisci sulla base dei parametri analizzati il livello di rischio

Risposta	Media	Totale
pT1 ad alto rischio di mts linfonodale	40%	8
pT1 a basso rischio di mts linfonodale	60%	12
pT1 ad alto rischio di recidiva	10%	1
pT1 a basso rischio di recidiva	90%	7

12 Commento

Partecipante	Risposta
	Avrei fatto una pancitocheratina. Con il sistema dello scanner non riesco a fare una valutazione corretta delle misurazioni presenza già di metastasi linfonodali in 2 linfonodi nel tessuto adiposo pericolico.
	MTS LN
	Nel tessuto adiposo si osservano due minute strutture di tessuto linfo-reticolare riferibili a linfonodi con infiltrazione da adenocarcinoma.
	depositi neoplastici in tessuto adiposo pericolico. (N1c)
	depositi neoplastici in tessuto adiposo pericolico. (N1c)

Caso n.3

Le difficoltà nei non-pT1

1

TIPO DI LESIONE:

Risposta	Media	Totale
ADENOMA TUBULARE	 6%	1
ADENOMA TUBULOVILLOSO	 28%	5
ADENOMA VILLOSO	 28%	5
ADENOMA SERRATO SESSILE CON DISPLASIA	 6%	1
ADENOMA SERRATO TRADIZIONALE	 22%	4
ADENOMA CANCERIZZATO (solo se scegli questa risposta completa la domanda successiva)	 6%	1
ADENOMA TUBULOVILLOSO SERRATO	 6%	1

2

SOLO SE HAI SCELTO ADENOMA CANCERIZZATO RISPONDI A QUESTA DOMANDA:

Risposta	Media	Totale
Profondità di invasione della sottomucosa >1mm	 20%	
Ampiezza di invasione <4mm	 20%	
Budding tumorale basso grado	 20%	
Invasione vascolare assente	 20%	
G2	 20%	

3

STATO DEL MARGINE:

Risposta	Media	Totale
Indenne	 22%	4
Interessato	 22%	4
Non valutabile	 56%	10

4

GRADO DI DISPLASIA:

Risposta	Media	Totale
Basso grado	 67%	12
Alto grado	 33%	6



Hot topics nel carcinoma del colon

Teacher: Paola Cassoni

2016

1 round: 10 casi, K statistica <0.6

Maggiori criticità: lesioni serrate, grado del budding nei T1, margini

Incontro residenziale a giugno 2016: analisi casi e discussione sulle criticità

2 round: 10 casi, focus su lesioni serrate e T1

K statistica: 0.7

Miglioramento concordanza su lesioni serrate e margini

Incontro residenziale dicembre 2016: analisi casi e discussione sulle criticità

Gli incontri residenziali del 2016 si sono svolti con revisione dei casi on line

Caso n.2

1

TIPO DI LESIONE:

Risposta	Media	Totale
ADENOMA TUBULOVILLOSO	88%	15
ADENOMA VILLOSO	12%	2

2

SOLO SE HAI SCELTO ADENOMA CANCERIZZATO RISPONDI A QUESTA DOMANDA:

Nessuna risposta per questa domanda

3

STATO DEL MARGINE:

Risposta	Media	Totale
Indenne	100%	17

4

GRADO DI DISPLASIA:

Risposta	Media	Totale
Basso grado	24%	4
Alto grado	76%	13



Hot topics nel carcinoma del colon

Teacher: Paola Cassoni

2017

1 round: 10 casi, K statistica >0.7

Maggiori criticità: lesioni serrate

Incontro residenziale a giugno 2017: analisi casi e discussione sulle criticità al microscopio

2 round: 10 casi, focus su lesioni serrate e T1

K statistica: da definire

Incontro residenziale 14 dicembre 2017: analisi casi e discussione sulle criticità al microscopio

Qualità del referto istologico

Considerando le lesioni reseccate endoscopicamente, la **completezza del referto istologico** in relazione alla valutazione dei criteri di rischio metastatico è passata a Torino dal

65.0% nel periodo 2000-2003

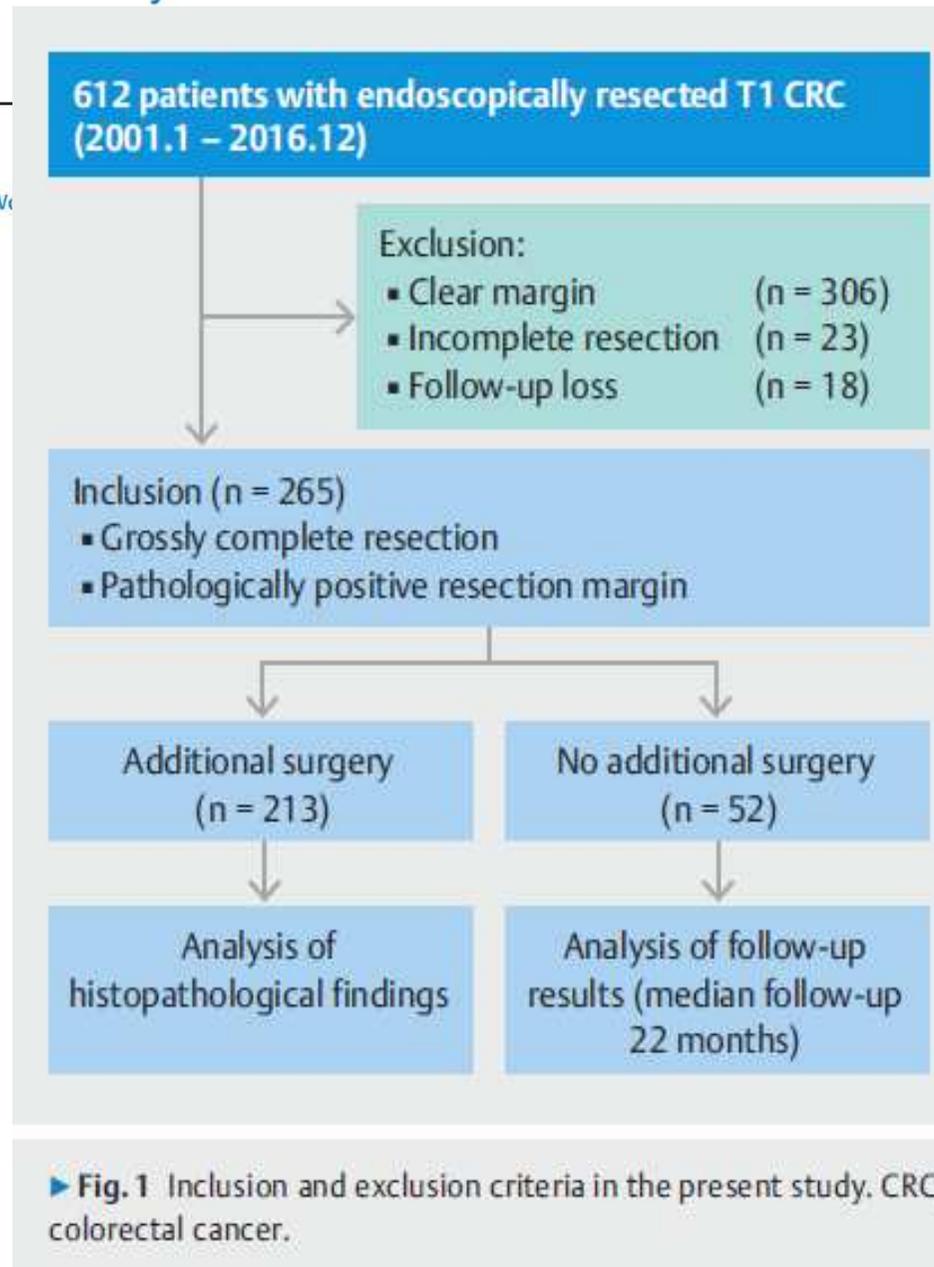
87.6% nel periodo 2002-2014

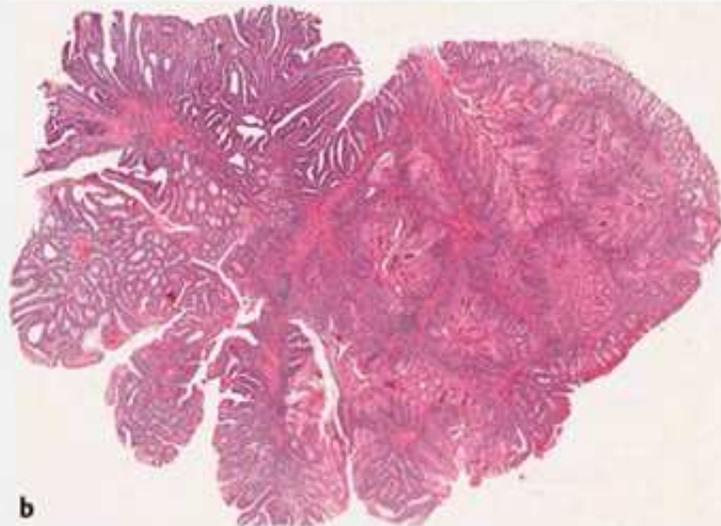
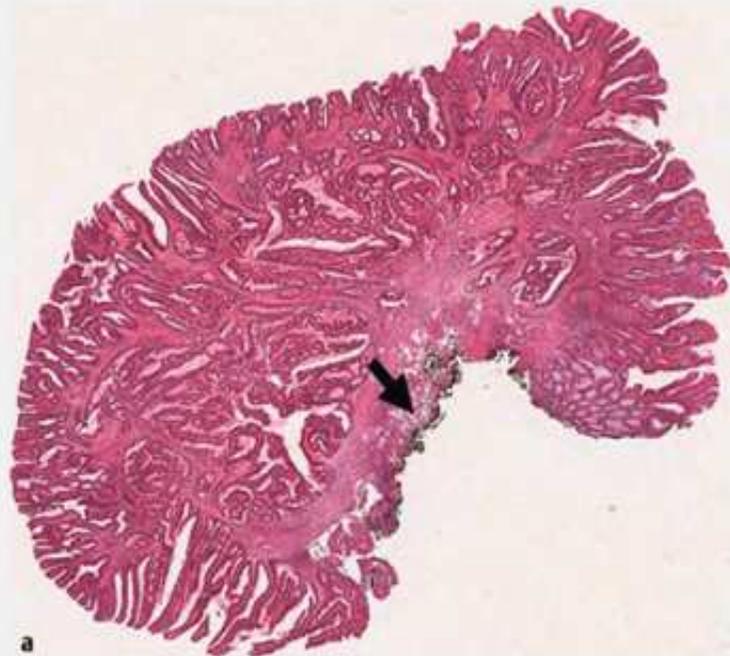
Nel resto del Piemonte è pari al **79.7%**

Risk of recurrence after endoscopic resection of early colorectal cancer with positive margins

Authors

Je-Wook Shin, Kyung Su Han, Jong Hee Hyun, Sang Jae Lee, Bun Kim, Chang Wo Sohn, Hee Jin Chang, Min Jung Kim, Sung Chan Park, Jae Hwan Oh





► **Fig. 2** Histopathological characteristics of positive specimen margins. **a** Involved margin. The margin clearly contains tumor cells (black arrow). **b** Uncheckable margin. The status of the margin cannot be assessed because of tangential cutting.

► **Table 1** Relationship between clinical parameters and the presence of residual tumor in patients who underwent additional surgery.

Variables	No residual tumor (n=200)	Residual tumor (n=13)	P value
Age, mean ± SD, years	59.86 ± 10.60	62.46 ± 8.21	0.39
Sex, n (%)			
• Male	120 (60.0)	9 (69.2)	0.57
• Female	80 (40.0)	4 (30.8)	
Location, n (%)			
• Colon	138 (69.0)	2 (92.3)	0.06
• Rectum	62 (31.0)	1 (7.7)	
Tumor size, mean ± SD, mm	18.15 ± 10.75	15.92 ± 7.19	0.46
Endoscopic type, n (%)			
• Polypoid	56 (28.0)	2 (15.4)	0.26
• Nonpolypoid	144 (72.0)	11 (84.6)	
Resection type, n (%)			
• En bloc	163 (81.5)	10 (76.9)	0.46
• Piecemeal	37 (18.5)	3 (23.1)	
APC apply, n (%)			
• No	167 (83.5)	8 (61.5)	0.06
• Yes	33 (16.5)	5 (38.5)	

APC, argon plasma coagulation.

study. Among the 265 included patients, 213 underwent addi-

► **Table 2** Relationship between pathological parameters and the presence of residual tumor in patients who underwent additional surgery.

Variables	No residual tumor (n=200)	Residual tumor (n=13)	P value
Margin status, n (%)			
• Both positive	123 (61.5)	10 (76.9)	0.61
• Deep positive	37 (18.5)	2 (15.4)	
• Lateral positive	40 (20.0)	1 (7.7)	
Histological grade, n (%)			
• Low	194 (97.0)	12 (92.3)	0.36
• High	6 (3.0)	1 (7.7)	
Tumor budding, n (%)			
• Negative	159 (79.5)	13 (100)	0.08
• Positive	41 (20.5)	0 (0.0)	
Vascular invasion, n (%)			
• Negative	100 (50.0)	7 (53.8)	> 0.99
• Positive	100 (50.0)	6 (46.2)	
Depth of submucosal invasion, n (%)			
• sm1	36 (18.0)	3 (23.1)	0.71
• sm2/sm3	164 (82.0)	10 (76.9)	

► **Table 3** Relationship between margin status (uncheckable or involved) and the presence of residual tumor in patients who underwent additional surgery.

Margin status	No residual tumor (n=200)	Residual tumor (n=13)	P value
Both positive (n=133), n (%)			
• Both uncheckable	56 (45.5)	3 (30.0)	0.59
• Uncheckable +involved	34 (27.6)	4 (40.0)	
• Both involved	33 (26.8)	3 (30.0)	
Deep positive (n=39), n (%)			
• Involved	29 (78.4)	1 (50.0)	0.41
• Uncheckable	8 (21.6)	1 (50.0)	
Lateral positive (n=41), n (%)			
• Involved	21 (52.5)	1 (100)	> 0.99
• Uncheckable	19 (47.5)	0 (0.0)	

► **Table 4** Clinicopathological characteristics of patients with residual tumor.

Sex/Age, years	Risk factors for LNM	Location	Endoscopic type	Resection type	APC	Margin status
M/70	No	Rectum	Nonpolypoid	En bloc	No	Both positive
M/53	Vascular, sm3	Colon	Nonpolypoid	En bloc	Yes	Deep positive
M/52	No	Colon	Nonpolypoid	En bloc	No	Both positive
M/56	sm2	Rectum	Nonpolypoid	En bloc	Yes	Both positive
M/67	Vascular, sm3	Colon	Nonpolypoid	En bloc	No	Deep positive
M/66	sm2	Colon	Nonpolypoid	Piecemeal	No	Both positive
F/79	sm2	Colon	Nonpolypoid	Piecemeal	No	Both positive
F/60	Vascular, sm3	Rectum	Polypoid	Piecemeal	No	Both positive
M/63	Vascular, sm3	Colon	Polypoid	En bloc	No	Lateral positive
F/70	sm3	Colon	Nonpolypoid	En bloc	Yes	Both positive
F/58	sm3	Colon	Nonpolypoid	En bloc	Yes	Both positive
M/52	Vascular, sm2	Colon	Nonpolypoid	En bloc	Yes	Both positive
M/66	High grade	Colon	Nonpolypoid	En bloc	No	Both positive

M, male; F, female; LNM; lymph node metastasis, APC, argon plasma coagulation.

► **Table 5** The histopathological risk factors associated with lymph node metastasis.

Variables	Univariate		Multivariate	
	OR (95%CI)	P value	OR (95%CI)	P value
Histological high grade	7.82 (1.67 – 36.71)	0.01	6.88 (1.41 – 33.57)	0.02
Vascular invasion	2.84 (1.28 – 6.28)	0.01	2.70 (1.21 – 6.05)	0.02
Deep submucosal invasion	1.06 (0.40 – 2.75)	>0.99	0.88 (0.32 – 2.45)	0.80
Budding	1.65 (0.71 – 3.88)	0.24	1.75 (0.72 – 4.25)	0.21

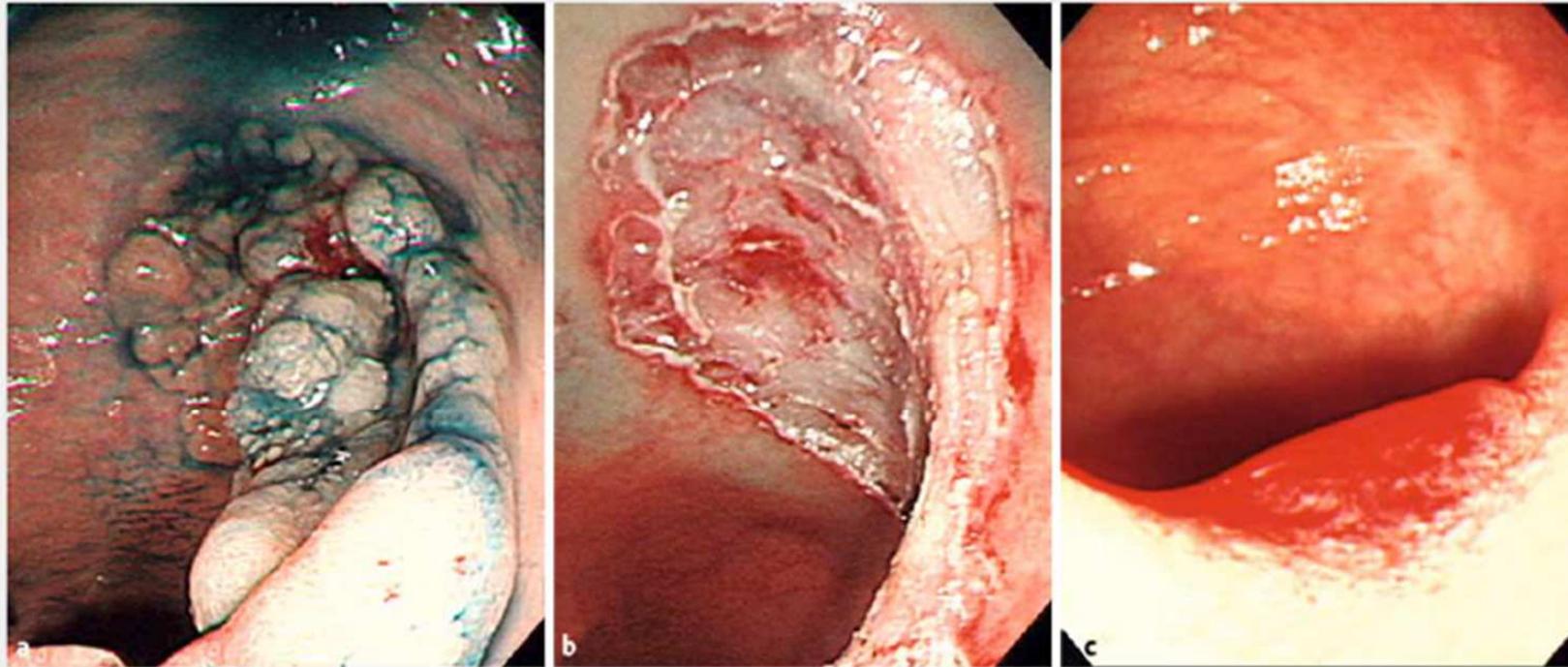
OR, odd ratio; CI, confidence interval.

Recurrence in patients with endoscopically resected T1 CRC with positive margins

Among the 52 patients who did not undergo additional surgery, recurrence was detected in four patients (7.7%) during the follow-up period (median 22 months, range 1–110 months). The times to recurrence for each patient were 11, 14, 50, and 53 months, respectively (► Fig. 3). Among the four patients with recurrence, three patients had no risk factors for LMN and recurrence was at the previous resection site; the pathology of salvage surgery was high grade dysplasia, rpT3N0M0, and rpT1N0M0, respectively. The other patient had risk factors (deep submucosal invasion and vascular invasion), distant metastasis with seeding, and the pathology of salvage surgery was rpT3N2M1. Details of the four patients with recurrence are shown in ► Table 6.

► **Table 6** Clinicopathological characteristics of patients with recurrence who did not undergo additional surgery.

Sex/ Age, years	Resection type	Risk factors for LNM	Recurrence site	TTR, months	Salvage surgery	rpTNM
F/79	Piecemeal	sm2 vascular invasion	Seeding	53	Anterior resection TAH, BSO	rpT3N2M1
F/64	En bloc	No	Previous resection site	14	LAR	high grade dysplasia

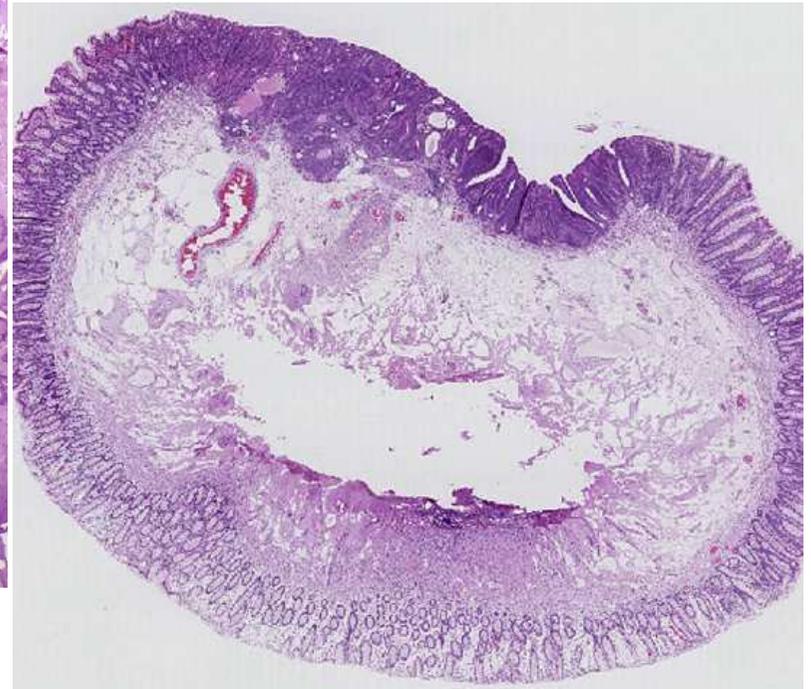


► **Fig. 3** Recurrence of a previously resected tumor. **a** A laterally spreading tumor at the sigmoid colon. **b** Endoscopic mucosal resection (EMR; pathology – well differentiated adenocarcinoma, sm1, negative deep margin, uncheckable lateral margin, no other histopathological risk factor). **c** A recurrence at the previous EMR site 14 months later (pathology after salvage surgery – high grade dysplasia).

I “tools” per la qualità

A) Formazione e retraining permanente

B) La second opinion



Qualità del referto istologico

La proporzione di casi asportati en bloc all'endoscopia per cui è stato richiesto un **secondo parere** è passata a Torino dal

5.0% nel periodo 2000-2003

24.4% nel periodo 2008-2012

La pratica non è adottata nel resto del Piemonte

Telepathology at the Armed Forces Institute of Pathology

Table 3. Cases With Major Disagreements

Department	Reason for Disagreement*	Contributor Diagnosis	AFIP Diagnosis	Final Diagnosis (If Applicable)
Dermatopathology	A	Malignant melanoma	Atypical compound nevus, inflamed	X
Cellular pathology	A	TCC	Nondiagnostic for TCC	X
Cellular pathology	A	Markedly dysplastic, suspicious for malignancy	Atypical bronchial epithelial cells, favor reactive, no conclusive evidence of malignancy	X
Dermatopathology	A	Skin adnexal tumor	Benign keratosis c/w seborrheic keratosis	Seborrheic keratosis
Dermatopathology	A	Skin appendix tumor of uncertain malignant potential	Cellular proliferation with hemorrhage	X
Dermatopathology	B	Squamous cell carcinoma	Epidermal hyperplasia, tangential sectioning hampers evaluation	X
Dermatopathology	A	Rule out melanoma versus dysplastic nevus	Atypical melanocytic proliferation, suggestive of Spitz nevus	Spitz nevus
Dermatopathology	A	Kaposi sarcoma	Vascular malformation	Dermal scar and focal granuloma formation
Hematopathology	A	Malignant neoplasm	Atypical lymphoblastic hyperplasia	Florid atypical immunoblastic hyperplasia, c/w infectious mononucleosis
Dermatopathology	A	Punctate keratoderma	Lichenoid dermatitis	Lichenoid dermatitis
Dermatopathology	A	Malignant melanoma	Atypical compound nevus, inflamed	Malignant melanoma
Gynecologic and breast pathology	A	Fibrocystic changes with epithelial hyperplasia and microcalcifications	Atypical intraductal proliferation with a suggestion of intraluminal necrosis, worrisome for IDC	Intraductal carcinoma, grade 2, cribriform pattern with intraluminal necrosis; microcalcifications
Dermatopathology	A	Actinic keratosis versus SCC	Pseudoepitheliomatous hyperplasia	Pseudoepitheliomatous hyperplasia
Soft tissue pathology	A	Lobular capillary hemangioma?	Myxoid sarcoma	X
Gynecologic and breast pathology	A	Suspicious for VIN1	Hyperkeratosis, acanthosis, and hyperplasia, with mild atypia of the basal layers; mild atypia is present but falls short of the criteria of dysplasia	Hyperkeratosis, acanthosis, and hyperplasia, with mild atypia of the basal layers; mild atypia is present but falls short of the criteria of dysplasia
Genitourinary	A	Low-grade papillary	Papillary cystitis	Transitional cell carcinoma,
Hepatic and gastrointestinal pathology	A	Villous adenoma, suspicious for invasion	Villous adenoma with HGD, unable to assess for invasion	Villous adenoma with HGD, no invasion identified



Imparare da modelli efficaci già in essere: lo studio START

Per assicurare un elevato standard diagnostico ai pazienti che rientrano nei criteri clinici di elegibilità nello studio START è stata predisposta una procedura che consente, **su iniziativa del patologo che ha ricevuto la biopsia da refertare**, di **richiedere una rivalutazione** del grading (Gleason Score) da parte di un panel di patologi regionali composto da 2 patologi identificati dalla Rete Oncologica come "referenti regionali per la patologia prostatica" (revisori fissi) e da un *team di patologi "dedicati" alla patologia prostatica operanti in ciascuna delle sedi di anatomia patologica aderenti allo studio (revisori variabili)*.

La **responsabilità del referto resta comunque solo del patologo responsabile del caso** che può avvalersi del giudizio espresso dai colleghi coinvolti nella revisione inserendo in nota nel referto "**caso sottoposto a revisione collegiale nell'ambito dello studio START**".

Imparare da modelli efficaci già in essere: lo studio START

La procedura di **revisione è stata organizzata con modalità telematica** nel seguente modo: il centro dotato di **apparecchiatura per la scansione (Ospedale Molinette) funge da "hub"** ed i vetrini pervengono dai vari centri mediante **corriere ospedaliero** (è stato aperto un conto con un corriere privato per raggiungere i centri impossibilitati ad usare i canali istituzionali in tempi ragionevoli), i vetrini vengono numerati con numeri progressivi e l'etichetta viene oscurata in modo da garantire l'anonimato sul server di raccolta ed una volta scannerizzati viene caricato il link ipertestuale all'immagine digitale sul portale dedicato allo studio START gestito tramite accessi controllati e che comprende i dati sensibili protetti e la parte interattiva che il patologo deve compilare per il consulto.

Hai dimenticato lo username o la password?

Navigazione

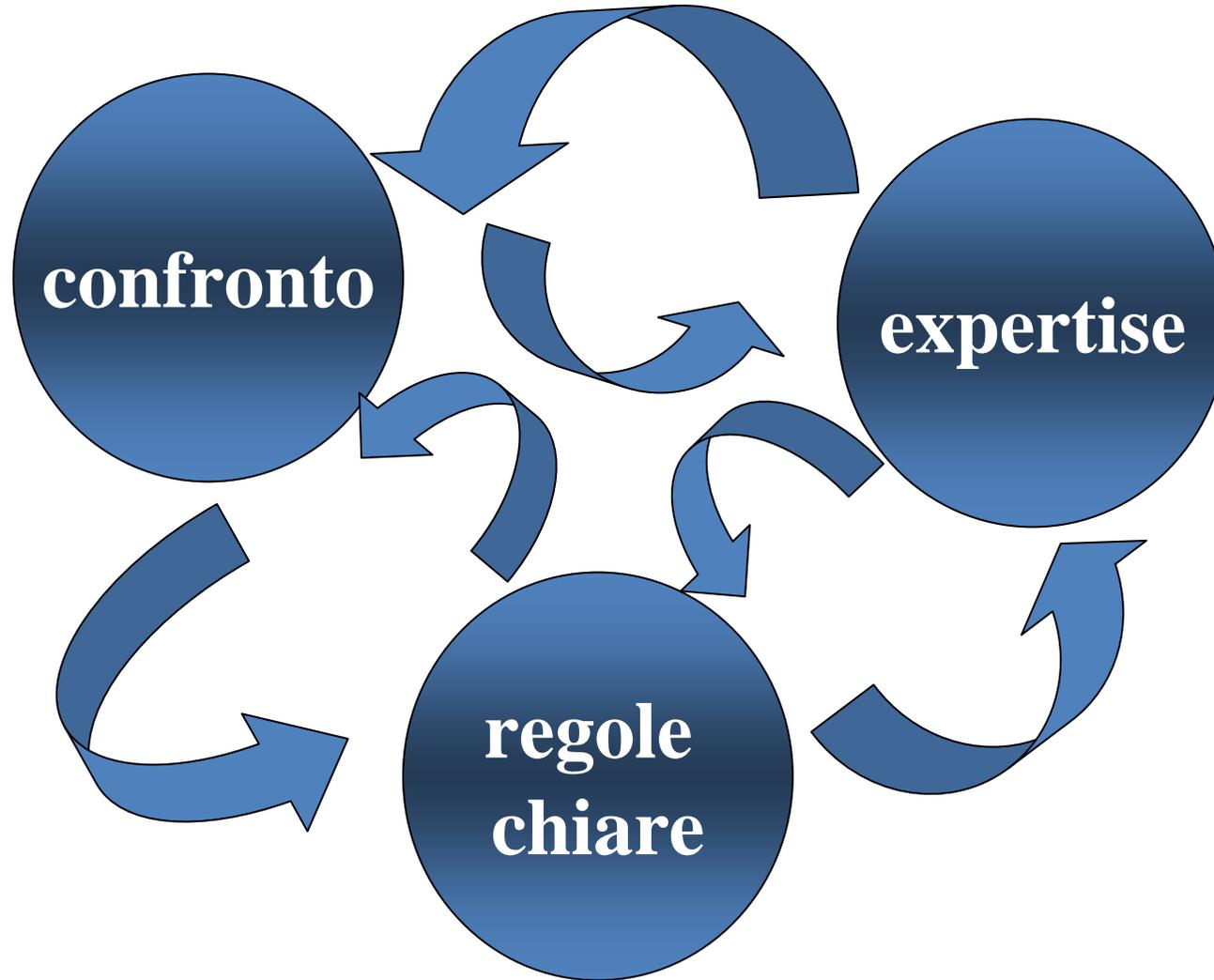
- Home
- Site news
- Corsi**
 - Il re-training permanente nell'assicurazione della...
 - Il re-training permanente nell'assicurazione della...
 - Corso di Ematopatologia 2016
 - Cito-Istopatologia dei Tumori della Tiroide: Quali...
 - Second Opinion Area

▶ Espandi tutto

- ▶ **Il re-training permanente nell'assicurazione della qualità diagnostica in A.P. 2017**
- ▶ **Il re-training permanente nell'assicurazione della qualità diagnostica in A.P. 2016**
- ▶ **Corso di Ematopatologia 2016**
- ▶ **Cito-Istopatologia dei Tumori della Tiroide: Quali Novità ?**
- ▶ **Second Opinion Area**



Dove investire:



And Update!