



PSDTA Neoplasie del pene

Allegato 1 : Stadiazione e requisiti minimi di refertazione

**A cura del Gruppo di Studio Neoplasie del Pene
Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta**

Anno di pubblicazione 2022

Il carcinoma del pene più frequentemente costituito da un carcinoma a cellule squamose (SCC), e tra questi il tipo usuale ne rappresenta più della metà; raramente occorrono i carcinomi basocellulari.

SEDI PIU' FREQUENTI

In particolare il carcinoma del pene origina più frequentemente dall' epitelio di rivestimento della mucosa:

- del glande
- del solco balano-prepuziale
- foglietto viscerale del prepuzio

Risultano estremamente rari i carcinomi della cute del corpo del pene e della superficie cutanea del prepuzio nelle neoplasie in stadio avanzato questa differenziazione risulta impossibile.

PRECURSORI DELLE NEOPLASIE DEL PENE

Tab. 1

<u>Lesioni sporadicamente associate al carcinoma a cellule squamose (SCC) del pene:</u> <ul style="list-style-type: none">• Papulosi bowenoide del pene (correlata all'HPV)• Lichen sclerosus
<u>Lesioni premaligne (fino a un terzo si trasforma in SCC invasivo):</u> <ul style="list-style-type: none">• Lesioni intraepiteliali del pene (PeIN)• Condilomi giganti (Buschke-Löwenstein)• Malattia di Bowen• Malattia di Paget (ADK intradermico)

NEOPLASIE INTRA-EPITELIALI (PeIN)

Tab.2

• PeIN non correlato all'HPV
• o PeIN Differenziato
• PeIN correlato all'HPV
• Basaloide PeIN
• Verrucoso PeIN
• PeIN basaloide verrucoso
• Altri modelli rari di PeIN (pleomorfo, fuso, a cellule chiare, pagetoide)

CLASSIFICAZIONE DEL CARCINOMA A CELLULE SQUAMOSE DEL PENE

Tab. 3

Codice	Non correlato all'HPV	Codice	Correlato all'HPV
8070	SCC tipo usuale/NAS	8083	SCC basaloide
8074	Carcinoma a cellule squamose sarcomatoide	8054	Carcinoma verrucoso
8075	Carcinoma pseudoghiandolare	8084	Carcinoma a cellule squamose a cellule chiare
8051	Carcinoma verrucoso	8082	Carcinoma simil-linfoepitelioma
8052	Carcinoma squamoso papillare NAS		
8560	Carcinoma adenosquamoso		
8070	Carcinoma a cellule squamose miste		

HPV = papillomavirus umano; SCC = carcinoma a cellule squamose.

REQUISITI MINIMI PER IL CAMPIONAMENTO

Valutazione macroscopica con misurazione, sede della neoplasia con riferimento all' eventuale interessamento delle sedi stadianti.

In rapporto al reperto operatorio , opportuna la chinatura, (meglio se con diversi colori) delle sedi anatomiche di particolare importanza per lo stadio quali l' uretra, la superficie del glande e la superficie interna del prepuzio/solco coronale. Naturalmente la chinatura deve interessare anche il margine di exeresi che spesso viene inviato in estemporanea.

Se la neoplasia non e' vasta e' consigliata una inclusione in toto della stessa.

REFERTAZIONE/STADIAZIONE

Requisito primario e' una completa resezione della neoplasia la quale fornisce la certezza di poter valutare tutti i parametri istologici fondamentali quali il grado, il tipo istologico e le strutture anatomiche coinvolte.

Al fine di valutare lo stadio si valuta:

-Sede della neoplasia.

-Tipo istologico (tab. 3) L' istotipo sarcomatoide sposta lo stadio 1 da T1a a pT1b

-Grado istologico (sec. WHO/ISUP) (tab 5) considerando che la sola presenza di cellule anaplastiche, indipendentemente dalla loro proporzione e' sufficiente per adottare il grado 3. Quest' ultimo sposta lo stadio 1 da T1a a pT1b

Il grado istologico in molti studi e' stato dimostrato rappresentare un fattore prognostico importante per esempio come correlazione con la localizzazione ai linfonodi.

- Invasione linfovaskolare: LV1 fondamentale fattore prognostico per le localizzazioni secondarie e sposta lo stadio 1 da T1a a pT1b. SecondoAJCC (ottava edizione) e' identificata come emboli tumorali in spazi delimitati da endotelio posti almeno ad una distanza di 1 campo HPF dalla neoplasia primaria.

- Invasione peri-neurale (PNI): parametro importante per la prognosi sposta lo stadio 1 da T1a a pT1b.

- Linfonodi loco-regionali: deve essere indicato il numero dei linfonodi isolati, il numero dei linfonodi metastatici, con indicazione di eventuale superamento capsulare che sposta lo stadio da pN2 a pN3.

Tabella 4

T - Tumore primario
<p>TX Il tumore primitivo non può essere valutato</p> <p>T0 Nessuna evidenza di tumore primitivo</p> <p>Tis Carcinoma in situ Ta Carcinoma verrucoso non invasivo*</p> <p>T1 Il tumore invade il tessuto connettivo sottoepiteliale</p> <p>T1a Il tumore invade il tessuto connettivo sottoepiteliale senza invasione linfovascolare e non è scarsamente differenziato</p> <p>T1b Il tumore invade il tessuto connettivo sottoepiteliale con invasione linfovascolare o è scarsamente differenziato</p> <p>T2 Il tumore invade il corpo spugnoso con o senza invasione dell'uretra</p> <p>T3 Il tumore invade il corpo cavernoso con o senza invasione dell'uretra</p> <p>T4 Il tumore invade altre strutture adiacenti</p>
Classificazione patologica
<p>Le categorie pT corrispondono alle categorie T cliniche .</p> <p>Le categorie pN si basano su biopsia o escissione chirurgica</p>
pN - Linfonodi regionali
<p>pNX I linfonodi regionali non possono essere valutati</p> <p>pN0 Nessuna metastasi linfonodale regionale</p> <p>pN1 Metastasi in uno o due linfonodi inguinali</p> <p>pN2 Metastasi in più di due linfonodi inguinali unilaterali o linfonodi inguinali bilaterali</p> <p>pN3 Metastasi nei linfonodi pelvici, extranodali unilaterali o bilaterali o estensione di metastasi linfonodali regionali</p>
pM - Metastasi a distanza
<p>pM1 Metastasi a distanza confermate al microscopio</p>

Tabella 5

G - Classificazione istopatologica
<p>GX Il grado di differenziazione non può essere valutato</p> <p>G1 Ben differenziato</p> <p>G2 Moderatamente differenziato</p> <p>G3 Scarsamente differenziato</p> <p>G4 Indifferenziato</p>

Caratteristica	Grado 1	Grado 2	Grado 3	Sarcomatoide
Atipie citologiche	Blande	Moderate	Anaplastiche	Sarcomatoidi
Cheratinizzazione	Di solito abbondante	Meno abbondante	Può essere presente	Assente
Ponti intercellulari	Evidenti	Occasionali	Pochi	Assenti
Attività mitotica	Rara	Aumentata	Abbondante	Assente
Margine tumorale	Pulito/ben definito	Infiltrativo/mal definito	Infiltrativo/mal definito	Infiltrativo/mal definito