

SOMMARIO

BIOPSIE PROSTATICHE SEDI MULTIPLE.....	1
CAMPIONAMENTO	1
REFERTAZIONE.....	1
ISTRUZIONE OPERATIVA	2
PROSTATECTOMIA RADICALE	3
CAMPIONAMENTO	3
REFERTAZIONE.....	3
ISTRUZIONE OPERATIVA	3

BIOPSIE PROSTATICHE SEDI MULTIPLE

CAMPIONAMENTO

All'atto del prelievo, indipendentemente dalla modalità di esecuzione, ciascuna biopsia viene distesa in una cassetta da inclusione tra due specifiche spugnette e inviata in Anatomia Patologica.

In tal modo ciascuna biopsia può essere inclusa singolarmente ben distesa e ciò permette di esaminare in maniera ottimale tutto il tessuto prostatico prelevato, senza sprechi di materiale.

Dopo processazione e inclusione si effettuano due livelli di taglio per biopsia che vengono raccolti su un singolo vetrino.




Le sezioni per l'immunoistochimica, ove necessarie, si producono in un secondo momento.

La richiesta istologica viene effettuata tramite l'ORDER-Entry aziendale, oppure con richiesta cartacea e impegnativa per pazienti ambulatoriali.

REFERTAZIONE

Il referto delle biopsie prostatiche sedi multiple deve riportare:

- numero dei frustoli
- presenza o meno del tumore nel frustolo in esame
- Grading di Gleason (ISUP 2015-WHO 2016) con la percentuale di Gleason score 4 nei Gruppi Prognostici 2 e 3 corrispondenti ai Pattern di Gleason 3+4 e 4+3, mentre l'indicazione della percentuale dello score 4 non è necessaria nel Gruppo Prognostico 5 (4+5, 5+4, 5+5) in quanto tutti i pazienti del gruppo 5 sono da ritenersi ad alto rischio e ulteriori specifiche non comportano attualmente variazioni nelle scelte terapeutiche.
- Tipo istologico
- estensione in mm della lesione sul totale dei mm della lunghezza del frustolo
- eventuale presenza di:
 1. grado terziario 5
 2. aspetti cribriformi

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA – ASL NUORO S.C. Anatomia Patologica – Direttore ff: dr.ssa Luisa Canu	IO_AnP_001
PATOLOGIE PROSTATICHE - REFERTAZIONE ANATOMO PATOLOGICA		

3. carcinoma intraduttale (IDC-P)
4. infiltrazione perineurale

Immunoreazione del focolaio neoplastico nel caso in cui ci si avvalga di colorazioni immunoistochimiche quali la Racemasi (che marca le cellule displastiche/ neoplastiche), p63 e CK34BetaE12 (che marciano le cellule basali)

ISTRUZIONE OPERATIVA

La procedura dell'esame comprende le seguenti fasi:

FASE PRE-ANALITICA

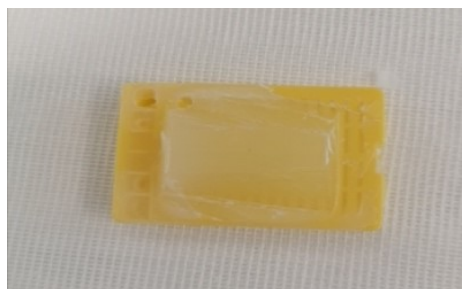
(a cura del personale Infermieristico):

- Accettazione del campione e controllo corrispondenza dati paziente richiesta-prelievi;
- Controllo congruità volume fissativo-campioni (pervengono in reparto in contenitori preriempiti di fissativo)
- Inserimento nel sistema informatico e attribuzione del numero istologico corrispondente che viene applicato al contenitore preriempito.


FASE ANALITICA

(a cura del personale Tecnico di Laboratorio):

- Presa in carico del materiale con ulteriore controllo corrispondenza dei dati paziente-prelievi;
- Preparazione tramite stampante per biocassette, di cassette da inclusione con il numero identificativo del campione istologico, una per ciascuna delle prese inviate (es. presa Dx 1- A1 lobo destro 1, presa Dx 2- A2 lobo destro 2 etc.) e trasferimento sulle biocassette siglate delle prese inviate dal Radiologo/Urologo;
- Avvio alla "Processazione" (spesso in modalità "over night"): fase in cui dalla formalina (fissativo) si arriva al bagno di paraffina liquida, in appositi apparecchi automatici detti "processatori". Questa fase comporta vari bagni in reattivi specifici, passando dalla formalina, poi agli alcoli a 70°, 80°, 95° e puro, per eliminare completamente l'acqua dal tessuto, di seguito in solventi organici (Histosafe) compatibili con alcoli e paraffine, e infine in un bagno di paraffina liquida a 65° C.
- Fase detta "Inclusione" in cui si ottiene un blocchetto paraffinico, contenente il prelievo tessutale (la paraffina dallo stato liquido viene raffreddata intrappolando il prelievo e formando quindi un "blocchetto paraffinico"; vd. foto).



- Taglio: il blocchetto paraffinico raffreddato in piastre refrigeranti a -5° C, viene posto nel Microtomo, apparecchiatura fornita di lame affilate, da cui si ottengono sezioni paraffiniche dell'ordine dei 3/4 micron, su due livelli a distanza di circa 50 micron. Tali sezioni vengono trasferite in vetrino portaoggetto anch'esso provvisto di numero identificativo del campione.
- Colorazione: i vetrini così ottenuti si avviano alla colorazione di routine in Ematossilina- Eosina, tramite "coloratori automatici". Il vetrino con le sezioni in paraffina, tramite passaggi in solventi, alcoli, e montaggio, in balsamo sintetico, con vetrino copri-oggetto che viene consegnato al patologo per la refertazione.

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	REGIONE SARDEGNA – ASL NUORO S.C. Anatomia Patologica – Direttore ff: dr.ssa Luisa Canu	IO_AnP_001
PATOLOGIE PROSTATICHE - REFERTAZIONE ANATOMO PATOLOGICA		

PROSTATECTOMIA RADICALE

CAMPIONAMENTO

La ghiandola prostatica giunge in anatomia-patologica, di norma, in monoblocco con le vescicole seminali, ciò permette un adeguato e semplice orientamento.

REFERTAZIONE

Il referto della prostatectomia radicale deve includere:

- Istotipo della neoplasia;
- Grading sec. Gleason (anche grado terziario quando presente) con indicazione del gruppo prognostico;
- Lateralità della lesione;
- Invasione della capsula;
- Embolizzazione vascolare;
- Infiltrazione perineurale;
- Eventuale infiltrazione dell'apice prostatico;
- Eventuale infiltrazione dei tessuti periprostatici;
- Eventuale infiltrazione delle vescichette seminali e/o degli organi adiacenti;
- Stato dei margini di resezione chirurgica.
- Stadio Patologico

ISTRUZIONE OPERATIVA

- orientare la ghiandola
- separare le vescicole seminali
- pesare la prostata
- colorare la superficie di resezione chirurgica con inchiostro di china
- misurare la prostata riportando i diametri apice-base, destro-sinistro e antero-posteriore (da questi parametri può essere calcolato il volume prostatico, applicando la formula di calcolo del volume di un elissoide).
- viene amputato l'apice e la base prostatica, si affetta in un piano verticale para-sagittale centrale, per facilitare la visione microscopica della superficie ghiandolare, cioè del margine chirurgico di resezione.
- il corpo della prostata deve essere affettato ad intervalli di 3 o 4 mm in un piano perpendicolare alla superficie rettale.
- il lato (destro o sinistro) della prostata va segnato al momento del campionamento, perché non riconoscibile microscopicamente.
- tutte e due le vescicole seminali vengono incluse dopo averle sezionate a libro.
- tutti i linfonodi inviati vengono esaminati in toto.

Vengono utilizzate per l'inclusione cassette di dimensioni tradizionali.