

**Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio
Unità operativa di Anatomia e Istologia Patologica**

Direttore: Prof. Walter F. Grigioni

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna - Tel. Segr. 051.6364571 - Fax 051.6364571

Paziente: **PROVA, PROVA**

Esame Autoptico N: **A2011-000000**

Data di nascita: 01 01 01 Sesso

Data accettazione: 01 01 2011

Reparto: **PROVA**

Medico richiedente: **PROVA, Dr. PROVA**

Reparto 2:

Data del decesso:

Ora del decesso:

Reparto 3:

Data autopsia:

Ora autopsia:

Materiale

(autopsia) (autopsia)

Informazioni Cliniche

Descrizione macroscopica

Descrizione microscopica

Diagnosi

Firma

Pinco Dr. Pallo

Pinco Dr.ssa Palla

(Data Firma 01 01 2011)

Esaminatore:

Dr. Pinco Pallo

Specializzando 1:

Specializzando 2:

**Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio
Unità operativa di Anatomia e Istologia Patologica**

Direttore: Prof. Walter F. Grigioni

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna - Tel. Segr. 051.6364571 - Fax 051.6364571

Paziente: **PROVA, PROVA**

Esame Ultrastrutturale N: **E2011-000000**

Data di nascita: 01 01 01 Sesso

Data accettazione: 01 01 2011

Reparto: **PROVA**

Medico richiedente: **PROVA, Dr. PROVA**

Reparto 2:

Reparto 3:

Materiale

(sede campione) (procedura campione)

Informazioni Cliniche

Esame ultrastrutturale

Referto

Firma

Pinco Dr. Pallo

Pinco Dr.ssa Palla

(Data Firma 01 01 2011)

Esaminatore:

Dr. Pinco Pallo

Specializzando 1:

Specializzando 2:

**Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio
Unità operativa di Anatomia e Istologia Patologica**

Direttore: Prof. Walter F. Grigioni

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna - Tel. Segr. 051.6364571 - Fax 051.6364571

Paziente: **PROVA, PROVA**

Esame Istologico N: **I2011-000000**

Data di nascita: 01 01 01 Sesso:

Data accettazione: 01 01 2011

Reparto: **PROVA**

Medico richiedente: **PROVA, Dr. PROVA**

Reparto 2:

Reparto 3:

Materiale

(sede campione) (procedura campione)

Informazioni Cliniche

Descrizione Macroscopica

Descrizione Microscopica

Diagnosi

Firma

Pinco Dr. Pallo

Pinco Dr.ssa Palla

(Data Firma 01 01 2011)

Esaminatore:

Dr. Pinco Pallo

Specializzando 1:

Specializzando 2:

**Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio
Unità operativa di Anatomia e Istologia Patologica**

Direttore: Prof. Walter F. Grigioni

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna - Tel. Segr. 051.6364571 - Fax 051.6364571

Paziente: **PROVA, PROVA**

Esame citologico N: **C2011-000000**

Data di nascita: 01 01 01 Sesso

Data accettazione: 01 01 2011

Medico richiedente: **PROVA, Dr. PROVA**

Reparto: **PROVA**

Reparto 2:

Reparto 3:

Materiale

(sede campione) (procedura campione)

Informazioni Cliniche

Descrizione macroscopica

Descrizione microscopica

Referto

Firma

Pinco Dr. Pallo

Pinco Dr.ssa Palla

(Data Firma 01 01 2011)

Esaminatore:

Dr. Pinco Pallo

Specializzando 1:

Specializzando 2:

**Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio
Unità operativa di Anatomia e Istologia Patologica**

Direttore: Prof. Walter F. Grigioni

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna - Tel. Segr. 051.6364571 - Fax 051.6364571

Paziente: **PROVA, PROVA**

Esame Biologia Molecolare N: **M2011-000000**

Data di nascita: 01 01 01 Sesso

Data accettazione: 01 01 2011

Reparto: **PROVA**

Medico richiedente: **PROVA, Dr. PROVA**

Reparto 2:

Reparto 3:

Materiale

(sede campione) (procedura campione)

Informazioni Cliniche

Descrizione macroscopica

Descrizione microscopica

Referto

Firma

Pinco Dr. Pallo

Pinco Dr.ssa Palla

(Data Firma 01 01 2011)

Esaminatore:

Dr. Pinco Pallo

Specializzando 1:

Specializzando 2:

**Dipartimento di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio
Unità operativa di Anatomia e Istologia Patologica**

Direttore: Prof. Walter F. Grigioni

Via Massarenti, 9 - 40138 Bologna - Tel. Segr. 051.6364571 - Fax 051.6364571

Paziente: **PROVA, PROVA**

Esame Autoptico Fetale N: **F2011-000000**

Data di nascita: 01 01 01 Sesso

Data accettazione: 01 01 2011

Reparto: **PROVA**

Medico richiedente: **PROVA, Dr. PROVA**

Reparto 2:

Data di aborto:

Ora di aborto:

Reparto 3:

Data autopsia:

Ora autopsia:

Materiale

(feto) (autopsia feto)

Informazioni Cliniche

Descrizione macroscopica

Descrizione microscopica

Diagnosi

Firma

Pinco Dr. Pallo

Pinco Dr.ssa Palla

(Data Firma 01 01 2011)

Esaminatore:

Dr. Pinco Pallo

Specializzando 1:

Specializzando 2:



Dipartimento Assistenziale Integrato di Ematologia, Oncologia e Medicina di Laboratorio
Dipartimento Universitario di Ematologia e Scienze Oncologiche "L. e A. Seràgnoli"
UNITA' OPERATIVA DI EMOLINFOPATOLOGIA

Direzione Universitaria: Prof. Stefano A. Pileri

Via Massarenti 9 – Bologna 40138 - telefono 051.6363043 - 4674

Struttura certificata a norma ISO 9001

Esame Istologico Numero: E2011-3006306

Data Accettazione: 10 08 2011

Paziente: PROVA, PROVA

Data di Nascita: 01 01 0999

Sesso: F

Reparto1: PROVA

-
Fax:

Richiedente1: -

Materiale

AUTOPSIA, ALTRO

Informazioni cliniche

Descrizione macroscopica

(ES/es)

Descrizione microscopica

Diagnosi

(es)

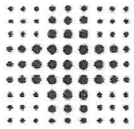
Firma

Dott.ssa Elena Sabattini, Patologo
(Data Firma 10 08 2011)

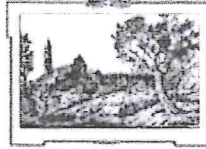
Prof. Stefano A. Pileri

Referto firmato digitalmente ai sensi delle norme vigenti

Referto interni per [REDACTED] (IOR2011-001887)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



**STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA**

Via di Barbiano 1/10 40136 Bologna - TEL. 051/6366593 FAX 051/6366592
Dirigente Responsabile: Dr. Marco Alberghini

Paziente [REDACTED]
Data di Nascita: [REDACTED] Sesso: [REDACTED]
Reperto: 1 **CLINICA**
Data Accettazione: 23 08 2011

Esame interni Numero: **IOR2011-001887**

Medico Richiedente: **ANDREOLI ISABELLA**

Materiale

GAMBA, Pezzo Chirurgico

Informazioni Cliniche

GAMBA SX-RECIDIVA LIPOMA LOGGIA ANT.

Descrizione macroscopica

MASSA DI CM. 8X4X3, PARZIALMENTE AVVOLTA DA TESSUTO MUSCOLARE SCHELETRICO. AL TAGLIO LA MASSA DESCRITTA E' COSTITUITA DA TESSUTO GIALLO LUCENTE.

Diagnosi

1. VELOCI e 2. RANDOM: TUMORE LIPOMATOSO ATIPICO.

Analisi Molecolare

Analisi FISH: Pos per l'amplificazione del gene MDM2(12q14-15)

Codice Istologico: IOR 1887-11 prelievo 2 Materiale: incluso in paraffina

Tipo di sonda: ZytoLight SPEC MDM2/CEN12 Dual Color Probe

LEGENDA FISH:

Firma autografa sostitutiva dall'indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi dell'Art.3 D.lgs del 12/02/1993 n°39.
Originale autografo agli atti del Soggetto Responsabile.

Referto interni per [REDACTED] (IOR2011-001887)

Analisi Molecolare (Continua)

test positivo: rapporto MDM2/CEN 12 maggiore o uguale 2 in almeno il 10% dei nuclei

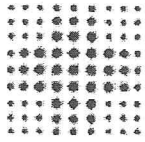
test non valutabile: il risultato non è interpretabile.

Analisi effettuata su almeno 100 nuclei valutabili

Il Patologo

Dr. Marco Alberghini
(Data Firma 25 08 2011)

Firma autografa sostitutiva dall'indicazione a stampa del nominativo del soggetto responsabile ai sensi dell'Art.3 D.lgs del 12/02/1993 n°39.
Originale autografo agli atti del Soggetto Responsabile.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

UNITA' OPERATIVA ANATOMIA
ISTOLOGIA PATOLOGICA E
CITODIAGNOSTICA

Direttore: dott. Roberto Nannini
Vecchio Ospedale Viale Amendola, 8 - 40026 Imola (BO)
Tel. +39 0542 604324 - Fax +39 0542 604322
e-mail: anapat@ausl.imola.bo.it - www.ausl.imola.bo.it

Esame istologico n. 11/19873



Data di nascita: 1/1/1950

Esame richiesto il 02/09/2011 da:

Dott.ssa Francesca Poli

Ambulatori dermatologici Castel S. Pietro

**ESAME ISTOLOGICO
CUTE DELLA SPALLA SINISTRA**

Notizie cliniche:

Nodulo fibromatoso insorto da circa tre anni della spalla sinistra.

Descrizione macroscopica:

Losanga cutanea di cm 1.5 x 0.8 centrata da lesione grigiasta, piana, di cm 0.4 di asse maggiore, cui corrisponde al taglio nodulo giallastro.

Inclusioni:

Ax1, Bx1: a metà p.i.

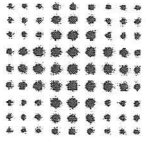
Diagnosi:

Istiocitoma fibroso benigno (c.d. dermatofibroma).

Imola, 14 Settembre 2011

Esaminatore
Dott.ssa Francesca Poli

il Direttore
dott. Roberto Nannini



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

UNITA' OPERATIVA ANATOMIA
ISTOLOGIA PATOLOGICA E
CITODIAGNOSTICA

Direttore: dott. Roberto Nannini
Vecchio Ospedale Viale Amendola, 8 - 40026 Imola (BO)
Tel. +39 0542 604324 - Fax +39 0542 604322
e-mail: anapat@ausl.imola.bo.it - www.ausl.imola.bo.it

Esame citologico n. 11/20417

VIA [REDACTED] BO

Data di nascita: [REDACTED]
Esame richiesto il 13-09-2011 da:
[REDACTED]

PAP TEST *
CERVICE UTERINA

Tecniche speciali adottate:

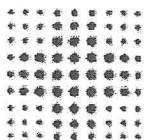
*Strato sottile da fase liquida-ThinPrep;

Reperto citologico:

NEGATIVA LA RICERCA DI CELLULE NEOPLASTICHE.
Alterazioni cellulari reattive o riparative.
Non si reperta la componente cellulare endocervicale.

Imola, 14 Settembre 2011

l'esaminatore
Dott.ssa Licia Caprara



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

UNITA' OPERATIVA ANATOMIA
ISTOLOGIA PATOLOGICA E
CITODIAGNOSTICA

Direttore: dott. Roberto Nannini
Vecchio Ospedale Viale Amendola, 8 – 40026 Imola (BO)
Tel. +39 0542 604324 – Fax +39 0542 604322
e-mail: anapat@ausl.imola.bo.it - www.ausl.imola.bo.it

Esame citologico n. 11/20304

VIA A
BO

Data di nascita: [redacted]

Esame richiesto il 12-09-2011 da:

Dott. [redacted]

CITOLOGICO URINARIO SU TRE CAMPIONI UNIFICATI

Notizie cliniche:

Recente riscontro di neoplasia vescicale. Controllo citologia urinaria su campioni multipli, raccolti in giorni differenti, fra loro miscelati e allestiti in un unico preparato.

Descrizione microscopica:

L'esame citologico del sedimento urinario ha evidenziato cellule uroteliali con alterazioni di tipo flogistico.

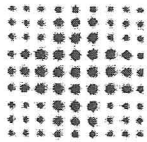
Diagnosi:

NEGATIVA LA RICERCA DI CELLULE NEOPLASTICHE.

Imola, 14 Settembre 2011

l'esaminatore

dott.ssa Margherita de Lillo,
Margherita de Lillo



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

UNITA' OPERATIVA ANATOMIA
ISTOLOGIA PATOLOGICA E
CITODIAGNOSTICA

Direttore: dott. Roberto Nannini
Vecchio Ospedale Viale Amendola, 8 - 40026 Imola (BO)
Tel. +39 0542 604324 - Fax +39 0542 604322
e-mail: anapat@ausl.imola.bo.it - www.ausl.imola.bo.it

Esame citologico n. 11/19898

VIA [redacted] BO

Data di nascita: [redacted]

Esame richiesto il 06-09-2011 da:

[redacted]

**ESAME CITOLOGICO DI CELLBLOCK
LINFONODO SOPRACLAVEARE**

Notizie cliniche:

Linfoadenopatia sovraclaveare sinistra, dubbia, di cm 1,2.

Cell-block ottenuto da materiale residuo di esame citologico n° 19706/11.

Tecniche speciali adottate:

IIC per CD20, clone L26; IIC per CD3, clone 2GV6; IIC per antigene Ki-67, clone 30-9; IIC per cheratine, clone AE1AE3/PCK26; IIC per proteina S100, clone 4C49;

Descrizione microscopica:

Il campione citologico appare costituito da numerosi linfociti di piccola taglia, ad abito maturo, numerosi blasti del centro-follicolo, macrofagi con corpi tingibili e cellule reticolari dendritiche. Si osservano alcune figure mitotiche. Gli elementi linfocitari sono prevalentemente di immunofenotipo B (la totalità degli elementi blastici sono CD20+).

Non si osservano elementi di significato metastatico (negative le immunolorazioni per Citocheratine ad ampio spettro e S-100).

Diagnosi:

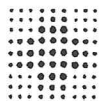
Reperto citologico coerente con linfonodo reattivo.

Non evidenza di elementi metastatici.

Imola, 15 Settembre 2011

l'esaminatore
Dott.ssa Francesca Poli

il Direttore
dott. Roberto Nannini



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



Università degli Studi di Ferrara

Dipartimento di Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio

ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA

Responsabile Prof. Giovanni Lanza

DIAGNOSI ISTOPATOLOGICA

Esame Numero: B2011-006473

Cognome e nome: [REDACTED]

Luogo di Nascita: [REDACTED]

Data di nascita: [REDACTED]

Sesso: F

Ente: Azienda Ospedaliero-Universitaria Ferrara

Ospedale: ARCISPEDALE S. ANNA - FERRARA

Reperto: GASTROENTEROLOGIA

Ambulatorio: ENDOSCOPIA DIGESTIVA

Data: 20 09 2011

Richiedente: [REDACTED]

Materiale Inviato

1. FORMAZIONE POLIPOIDE ANTRO;
LIPOMA? PANCREAS ECTO?

2. ANTRO IPEREMICO

3. FONDO ASSOTTOGLIATO, GASTRITE
ATROFICA?

Diagnosi Istologica

1. Minuto e superficiale frustolo di mucosa antrale con iperplasia foveolare, edema della lamina propria, assenza di Helicobacter Pylori.
2. Gastrite cronica antrale, superficiale, quiescente, in assenza di Helicobacter Pylori.
3. Gastrite cronica del corpo-fondo, superficiale, quiescente, in assenza di Helicobacter Pylori.

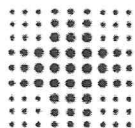
Letto/Controllato: EB

[REDACTED]

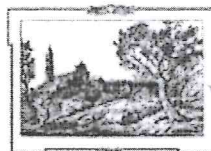
Dot. [REDACTED]
(22 09 2011)

Referto firmato digitalmente ai sensi delle norme vigenti.

Per informazioni sul significato di questa diagnosi si può accedere alla pagina www.ospfe.it/diagnosi-istocitopatologiche



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



**STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE
DI ANATOMIA E ISTOLOGIA PATOLOGICA**

Via di Barbiano 1/10 40136 Bologna - TEL. 051/6366593 FAX 051/6366592

Dirigente Responsabile: Dr. Marco Alberghini

Paziente [REDACTED]
Data di Nascita: [REDACTED] Sesso: M
Reparto: 5 DIVISIONE
Data Accettazione: 05 11 2009

Esame interni Numero: **IOR2009-002053**

Medico Richiedente: **DR. MANFRINI**

Materiale

femore, NOS, Pezzo Chirurgico

Informazioni Cliniche

FEMORE DISTALE SX-OSTEOSARCOMA.

Descrizione macroscopica

RESEZIONE DI FEMORE DISTALE SINISTRO MISURANTE CM.29X6X9, AVVOLTO DA TESSUTO ADIPOSO E MUSCOLARE SCHELETRICO, CON LOSANGA CUTANEA MISURANTE CM.9X1 CENTRATA DA TRAMITE AGOBIOPTICO. AL TAGLIO, A LIVELLO DELLA DIAFISI FEMORALE, CON FOCAL ESTENSIONE ALLA METAFISI, E' PRESENTE UNA LESIONE MISURANTE CM.24X7X6, COSTITUITA DA TESSUTO GRIGIASTRO DI CONSISTENZA OSSEA CON AREE DI COLORITO GRIGIO-GIALLASTRO. LA LESIONE SUPERA LA CORTICALE OSSEA CON ESTENSIONE AI TESSUTI MOLLI PERIOSSEI. LA LESIONE DISTA CIRCA MM.4 DAL MARGINE DI RESEZIONE OSSEO LUNGO IL CANALE MIDOLLARE PROSSIMALE. SI MARCA CON INCHIOSTRO DI CHINA IL MARGINE CHIRURGICO POSTERIORE LUNGO I TESSUTI MOLLI. I RESTANTI MARGINI CHIRURGICI SONO AMPI.

Diagnosi

1. VELOCI: OSTEOSARCOMA OSTEOBLASTICO GRADO 4.

Il Patologo

Dr. Marco Alberghini
(Data Firma 06 11 2009)

Referto aggiuntivo

2.CICATRICE NEGATIVA.

3.MARGINE POSTERIORE TESSUTI MOLLI: MARGINE DI ESCISSIONE, MARCATO CON INCHIOSTRO DI CHINA, FOCALMENTE MARGINALE.

4.RANDOM: OSTEOSARCOMA OSTEOLASTICO GR. 4 CON RESIDUE AREE VITALI.

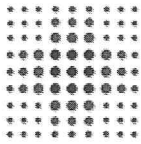
Firmato da: Dr. Marco Alberghini,

(Data Firma 27 11 2009)

5. STUDIO DELLA MAPPA (M1-M29): OSTEOSARCOMA OSTEOLASTICO GRADO 4. NECROSI 80%, GRADO DI HUVOS 2.

Firmato da: Dr. Marco Gambarotti,

(Data Firma 01 12 2009)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**

Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

OSPEDALE MAGGIORE

U.O. ANATOMIA, ISTOLOGIA PATOLOGICA E CITODIAGNOSTICA

direttore dr. Arrigo Bondi

Medici:

dr. Cristina Baldoni
dr. Claudia Bertarelli
dr. Alessandra Cancellieri
dr. Gian Piero Casadei
dr. Guido Collina
dr. Adele Fornelli
dr. Angela Salerno
Biologi:
dr. Silvana Negri
dr. Paola Pierotti
dr. Roberta Rapezzi

Coordinatori:

sig.ra Giuseppina Ferro
sig.ra Maria Loscalzo

Esame istologico n. 11/32927

Bologna, 13 Agosto 2011

nato il 04/08/1971

Esame accettato il 04-08-2011, richiesto da:

- Dott. Jovine Elio

**Stadiazione istopatologica di neoplasia
Pancreas**

Descrizione macroscopica:

Corpo-coda pancreas+ milza: pezzo chirurgico di g 1130 costituito da corpo-coda del pancreas di 12x7x5 cm con adesa milza di cm 14x9x5 e con adeso tessuto adiposo perisplenico e peri pancreatico focalmente emorragico. La superficie anteriore del corpo del pancreas appare emorragica e ulcerata. Al taglio si osserva una lesione a margini policiclici, con aree necrotiche, molle di cm 7 di asse maggiore che interessa la coda e gran parte del corpo pancreatico e che al taglio appare infiltrare diffusamente anche il parenchima splenico. Tale lesione dista 3,5 cm dal margine del corpo del pancreas. I vasi splenici appaiono trombizzati e ripieni di materiale molle grigio-rossastro in prossimità della trancia di resezione.

Omento di g 620, macroscopicamente indenne.

Grasso perirenale di g 125 macroscopicamente indenne.

Surrene e tessuto adiposo peri-surrenalico di g 50 con punteggiature emorragiche.

Colecisti già aperta di cm 5 di lunghezza con parete ispessita e mucosa giallastra.

Linfonodi paraaortici sinistri e ganglio celiaco: alcuni frammenti di tessuto adiposo di complessivi g 6 e il maggiore di cm 4.

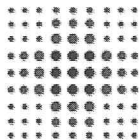
Inclusioni:

Ax1: lesione e superficie anteriore del corpo del pancreas; Bx1: lesione e vasi splenici inglobati; Cx1: lesione e tessuto adiposo peripancreatico (anteriore); Dx1: lesione tessuto adiposo peripancreatico superiore; Ex1: lesione e tessuto pancreatico adiacente; Fx1: tessuto pancreatico adiacente; Gx1: corpo del pancreas e vasi splenici trombizzati; Hx1: trancia di resezione pancreatico; Ix1: tessuti fibro-adiposi peri-pancreatici; Jx1: lesione e milza; Kx1: margine di resezione dei vasi splenici; Lx0, Mx0: noduli neoplastici del tessuto adiposo peripancreatico; Nx1: omento; Ox2: grasso perirenale; Px1: surrene; Qx3: colecisti; Rx0, Sx0, Tx0, Ux0: ganglio e linfonodi in toto

Tecniche speciali adottate:

E: Citocheratina CAM 5.2; E: Cromogranina A; E: Sinaptofisina; E: Ki 67 (Mib1); E: TTF-1; E: Colon specific Antigen (CDX2); E: Ewing sarc. (CD 99 / O13); E: Citocheratina PAN (AE1-AE3 / pck26) E: Citocheratina 20 E: MART 1 E: Citocheratina 7 B: Citocheratina PAN (AE1-AE3 /

Esame istologico n. 11/32927 - pag. 1 - Segue %



pck26) B: Citocheratina 7 B: Vimentina

Diagnosi:

Carcinoma neuroendocrino scarsamente differenziato, a piccole cellule, G3, che infiltra diffusamente il tessuto pancreatico e i tessuti fibro-adiposi peri-pancreatici con estensione diretta alla milza. La neoplasia misura cm 7 di asse maggiore e mostra diffusa necrosi, aree emorragiche e diffusi aspetti di invasione vascolare. Nel tessuto adiposo peripancreatico si osservano linfonodi estesamente metastatici.

Trancia di resezione pancreatica libera da neoplasia.

Omento, tessuto adiposo peri-renale e surrene liberi da neoplasia.

Colecistite cronica.

Ganglio e tessuti adiposi peri-gangliari liberi da neoplasia, sette linfonodi reattivi isolati nei tessuti peri-gangliari.

Le cellule neoplastiche sono risultate positive per sinaptofisina e negative per cromogranina, CAM 5.2, TTF-1, CDX-2 e CD99.

Indice mitotico: >20 mitosi per 10 HPF. Valutazione dell'indice di proliferazione con anticorpo monoclonale Ki67: >20%.

Stadiazione istopatologica: pT3 N1

Il Patologo

Dott.ssa Angela Salerno

L'ANALISI FISH CON SONDE SPECIFICHE PER IL GENE (17q11.2-q12) (KIT PATH VYSION HER-2 VYSIS) HA EVIDENZIATO:

AMPLIFICAZIONE DEL GENE.
DIPLOIDIA DEL GENE HER2
POLISOMIA DEL CROMOSOMA !/

L'analisi FISH e' stata effettuata con sonde specifiche per il gene Her-2 (17q11.2-q12) (Kit Path Vysion Her-2 Vysis).

Il numero medio di segnali relativi al gene Her2 sui 60 nuclei contati e':

Il numero medio di segnali relativi al centromero del cromosoma 17 sui 60 nuclei contati e':

Il rapporto tra i segnali relativi al gene HER2/CEP17 e': nel 50% circa delle cellule neoplastiche, dato compatibile con amplificazione genica.

Parametri di valutazione: il campione si considera amplificato quando il rapporto fra i segnali relativi al gene HER2/CEP17 è > 2 , oppure quando il numero medio di segnali relativi al gene Her-2 sui 60 nuclei contati e' > 6 (Wolff et al. JCO 2007; 25 (1): 1 - 28; Consensus Workshop AIOM-SIAPEC-IAP Aprile 2010); il campione si considera polisomico quando il numero di segnali relativi al centromero del cromosoma 17 sui 60 nuclei contati e' > 2.2 (Ma et al. Clin Cancer Res 2005;11 (12): 4393-4399).

L'indagine e' stata richiesta da _____ ed e' stata effettuata sul caso _____ (blocchetto)
) precedentemente refertato presso l' U.O. di Anatomia Patologica dell'Ospedale _____ .

DIAGNOSI NEOPLASIE CEREBRALI

NOTIZIE CLINICHE
NEOPLASIA VERMIANA

DESCRIZIONE MACROSCOPICA
FRAMMENTI TESSUTALI DI FORMA IRREGOLARE DI COLORE BRUNASTRO DI
COMPLESSIVI CM 1,5 X 1 X 0,5.
FF/SD

DIAGNOSI
FRAMMENTI DI NEOPLASIA DISCRETAMENTE CELLULATA COSTITUITA DA
CELLULE ASTROCITARIE, CON PATTERN BIFASICO: CELLULE BIPOLARI FRAMMISTE
AD ALTRE MULTIPOLARI CIRCONDATE DA STROMA MIXOIDE.
E' PRESENTE FOCALE PLEOMORFISMO NUCLEARE. I VASI SONO GLOMERULOIDI.
L'INDAGINE IMMUNOISTOCHEMICA E' RISULTATA POSITIVA CON ANTICORPO ANTI-
GFAP (DAKO Z334).
IL 3 % DELLA POPOLAZIONE NEOPLASTICA E' IMMUNOREATTIVO CON ANTICORPO
ANTI-KI67 (DAKO).

QUADRO COMPATIBILE CON ASTROCITOMA PILOCITICO.

ISTOLOGICO

ANALISI MUTAZIONALE DEL GENE:

NON EVIDENZA DI MUTAZIONI.
PRESENZA DELLA MUTAZIONE

Campione per l'analisi molecolare:
resezione chirurgica. Diagnosi precedentemente formulata: _____, Anatomia Patologica -
Ospedale _____, caso _____, blocchetto G.

Cellularità tumorale (valutazione semiquantitativa):
Numero di cellule tumorali >1000/100-1000/<100.
Rapporto cellularità tumorale/non tumorale >50%.
Conclusione: cellularità tumorale adeguata/ai limiti dell'adeguatezza.

Metodica utilizzata (Protocollo AIOM-SIAPEC):
dissezione manuale sotto guida microscopica; estrazione del DNA e sua amplificazione mediante
PCR; sequenziamento diretto del campione (strumento Roche GS-Junior 454) e dei controlli
negativo e positivo (che sono risultati rispettivamente negativi e positivo).

Analisi richiesta da:

Per l'analisi delle mutazioni di _____ vedi caso

CITOLOGICO

ANALISI MUTAZIONALE DEL GENE EGFR:

NON EVIDENZA DI MUTAZIONI.

Campione per l'analisi molecolare:
materiale citologico su vetrino (striscio). Diagnosi precedentemente formulata: _____,
caso: _____ Anatomia Patologica - Ospedale

Cellularità tumorale (valutazione semiquantitativa):
Numero di cellule tumorali >1000/100-1000/<100.
Rapporto cellularità tumorale/non tumorale >50%.
Conclusione: cellularità tumorale adeguata/ai limiti dell'adeguatezza.

Metodica utilizzata :
estrazione del DNA e sua amplificazione mediante PCR; sequenziamento diretto del campione
(strumento Roche GS-Junior 454) e dei controlli negativo e positivo (che sono risultati
rispettivamente negativi e positivo).

Analisi richiesta da:

AUTOPSIA

NOTIZIE CLINICHE

paziente deceduto in data 19/03/2011 alle ore 14:05

riscontro autoptico eseguito il 21/03/2011 alle ore 10:30

anamnesi patologica remota: trauma cranico a 4 anni in seguito ad esposizione bellica. a 22 anni sono iniziate le crisi epilettiche con frequenza variabile da quotidiane a mensili. e' stata precedentemente ricoverata presso la rianimazione dell' ospedale maggiore in agosto 2008 per stato di male convulsivo, da allora è stata seguita presso la neurologia dell'ospedale bellaria e presentava crisi circa settimanali.

anamnesi patologica recente: il giorno 11/3/11 la paziente è stata condotta al pronto soccorso dell'ospedale maggiore per crisi comiziali recidivanti e quindi ricoverata presso la medicina interna dell' ospedale bellaria. nella stessa giornata ha presentato alcune crisi secondariamente generalizzare e numerose crisi focali con l'abituale semeiologia, parzialmente responsive alla terapia anticomiziale. il 12/3 la paziente è stata trasferita alla neurologia dell'ospedale bellaria e quindi il 13/3 presso la rianimazione dell'ospedale bellaria per il persistere di crisi epilettiche focali riguardanti prevalentemente il volto che si susseguono ininterrottamente dopo pochi minuti e per eseguire una burst suppression. durante il ricovero la paziente è stata mantenuta in massiccia sedazione grazie alla terapia antiepilettica con il controllo delle crisi. il 16/3 la paziente ha presentato ipotensione e rumori patologici a destra con sporadici rantoli a grosse bolle; il 17/3 si evidenziavano scambi respiratori compromessi. quindi, dopo un momentaneo miglioramento, la situazione si è aggravata il giorno 19/3 per evidenza di sporadiche crisi nonostante la terapia antiepilettica massimale, pessimi scambi gassosi, febbre ed ipotensione persistente. il peggioramento delle condizioni della paziente ha portato al decesso della stessa il 19/3 alle ore 14:05.

ESAME ESTERNO

cadavere di sesso femminile, di età apparente conforme all'età anagrafica, in condizioni di nutrizione discrete. la cute ha colorito pallido. pannicolo adiposo normorappresentato. sono presenti accesso venoso laterocervicale destro ed a livello del polso destro. non linfonodi palpabili nelle stazioni superficiali di repere. rigor mortis in via di risoluzione, macchie ipostatiche fisse alle regioni declivi; rigidità cadaverica in risoluzione

ESAME INTERNO:

la topografia degli organi addominali è conservata. il margine del fegato è regolare. il peritoneo viscerale e parietale appaiono nella norma. l'aria cardiaca è lievemente espansa. il cavo pleurico sinistro presenta aderenze vincibili manualmente; in entrambi i cavi pleurici è presente versamento pleurico minimo.

APPARATO CARDIO-VASCOLARE:

all'apertura del sacco pericardico, si repertano circa 15 ml. di liquido limpido, giallo-citrino. il pericardio parietale, l'epicardio ed il grasso sub-epicardico sono regolari. il decorso delle coronarie è nella norma. la forma del cuore è globosa e il volume aumentato (diametro trasversale 12 cm e diametro longitudinale 8.5 cm). all'apertura le camere cardiache sono lievemente dilatate. l'endocardio valvolare e parietale sono regolari. il miocardio appare di colore brunastro e a livello apicale ha consistenza flaccida. lo spessore del miocardio del ventricolo sinistro è di cm 1.7 dal terzo medio. lo spessore del miocardio al ventricolo destro è di cm 0.6 al terzo medio. il lume delle coronarie è pervio. l'aorta presenta placchette ateromasiche non complicate lungo tutto il suo decorso. la polmonare è pervia all'esplorazione digitale e presenta regolare decorso.

APPARATO RESPIRATORIO:

la trachea di calibro e decorso regolare mostra mucosa regolare. i bronchi presentano mucosa rossastra con secrezioni mucose. i vasi ilari sono regolari. i polmoni presentano pleura opaca; la forma ed il volume sono conservati ed appaiono scarsamente aerati. al taglio sono presenti aree di addensamento grigiastre confluenti localizzate prevalentemente a livello basale sinistro ed apicale destro. al passaggio del tagliente si asporta scarsa quantità di liquido. la prova docimasica è positiva a sinistra.

APPARATO DIGERENTE:

l'esofago di calibro e decorso regolari presenta mucosa nella norma.

lo stomaco di forma e volume regolari presenta mucosa focalmente arrossata.

la mucosa dell'intestino è autolisata.

il pancreas di forma e volume regolari al taglio appare autolisato.

il fegato rivestito da glissoniana liscia ed opaca, è di forma e volume conservati. al taglio mostra aspetto c.d. a noce moscata.

le vie biliari sono pervie con colecisti regolare ripiena di bile fluida.

APPARATO EMOLINFOPOIETICO:

linfadenomegalie ilari bilaterali.

milza di forma e volume conservati con perisplenio liscio e lucente. al taglio la polpa rossa è fluente e la polpa bianca inapparente.

APPARATO URO-GENITALE:

entrambi i reni presentano forma e volume conservati; la capsula si svolge con difficoltà. al taglio i limiti cortico-midollari sono evidenti ed il parenchima mostra colore pallido.

le vie urinarie sono pervie. la vescica di forma e volume conservato presenta mucosa regolare.

l'utero di forma e volume regolare presenta in sede paratubarica sinistra piccola formazione miomatosa di cm 0,6 di diametro ed in sede paratubarica destra formazione miomatosa di cm 0,8 di asse maggiore. all'apertura l'eso-endocervice appaiono regolari e l'endometrio è assottigliato. le ovaie hanno aspetto cerebroide; a destra è presente formazione cistica di cm 0,5 di asse maggiore.

APPARATO ENDOCRINO:

surreni e tiroide nella norma.

SISTEMA NERVOSO CENTRALE:

le leptomeningi sono lisce e lucenti e gli spazi subaracnoidei di normali dimensioni. i vasi del poligono del willis mostrano lieve aterosclerosi. non malformazioni vascolari nè aneurismi. l'emisfero cerebrale sinistro appare ipotrofico rispetto a quello controlaterale, soprattutto a livello del lobo temporale. a tale livello le circonvoluzioni cerebrali risultano assottigliate. non segni di erniazione del giro cingolato, dell'uncus e delle tonsille cerebellari.

la regione ipofisaria e quella pineale sono regolari.

sezioni coronali evidenziano che la corteccia ha spessore diminuito a livello temporale sinistro e la sostanza bianca del centro semiovale è normoconformata. normali il nucleo caudato, il putamen, il globus pallidus ed il talamo. macroscopicamente indenne la capsula interna. il sistema ventricolare è di dimensioni normali.

ponte e midollo allungato nella norma.

il cervelletto ha forma regolare; il verme e gli emisferi cerebellari sono regolari.

PESO DEGLI ORGANI:

cuore: 410gr

polmone destro: 890 gr

fegato: 1700 gr

milza: 130 gr

polmone sinistro:950 gr
rene sinistro: 150 gr

rene destro:180 gr

DIAGNOSI ISTOLOGICA PROVVISORIA

BRONCOPOLMONITE A FOCOLAI CONFLUENTI, DIFFUSA E BILATERALE.

SEGUIRA ' REFERTO AGGIUNTIVO CON LA DIAGNOSI ISTOLOGICA E
NEUROPATOLOGICA.

AUTOPSIA

NOTIZIE CLINICHE

paziente deceduto in data 19/03/2011 alle ore 14:05

riscontro autoptico eseguito il 21/03/2011 alle ore 10:30

anamnesi patologica remota: trauma cranico a 4 anni in seguito ad esposizione bellica. a 22 anni sono iniziate le crisi epilettiche con frequenza variabile da quotidiane a mensili. e' stata precedentemente ricoverata presso la rianimazione dell' ospedale maggiore in agosto 2008 per stato di male convulsivo, da allora è stata seguita presso la neurologia dell'ospedale bellaria e presentava crisi circa settimanali.

anamnesi patologica recente: il giorno 11/3/11 la paziente è stata condotta al pronto soccorso dell'ospedale maggiore per crisi comiziali recidivanti e quindi ricoverata presso la medicina interna dell' ospedale bellaria. nella stessa giornata ha presentato alcune crisi secondariamente generalizzare e numerose crisi focali con l'abituale semeiologia, parzialmente responsive alla terapia anticomiziale. il 12/3 la paziente è stata trasferita alla neurologia dell'ospedale bellaria e quindi il 13/3 presso la rianimazione dell'ospedale bellaria per il persistere di crisi epilettiche focali riguardanti prevalentemente il volto che si susseguono ininterrottamente dopo pochi minuti e per eseguire una burst suppression. durante il ricovero la paziente è stata mantenuta in massiccia sedazione grazie alla terapia antiepilettica con il controllo delle crisi. il 16/3 la paziente ha presentato ipotensione e rumori patologici a destra con sporadici rantoli a grosse bolle; il 17/3 si evidenziavano scambi respiratori compromessi. quindi, dopo un momentaneo miglioramento, la situazione si è aggravata il giorno 19/3 per evidenza di sporadiche crisi nonostante la terapia antiepilettica massimale, pessimi scambi gassosi, febbre ed ipotensione persistente. il peggioramento delle condizioni della paziente ha portato al decesso della stessa il 19/3 alle ore 14:05.

ESAME ESTERNO

cadavere di sesso femminile, di età apparente conforme all'età anagrafica, in condizioni di nutrizione discrete. la cute ha colorito pallido. pannicolo adiposo normorappresentato. sono presenti accesso venoso laterocervicale destro ed a livello del polso destro. non linfonodi palpabili nelle stazioni superficiali di repere. rigor mortis in via di risoluzione, macchie ipostatiche fisse alle regioni declivi; rigidità cadaverica in risoluzione

ESAME INTERNO:

la topografia degli organi addominali è conservata. il margine del fegato è regolare. il peritoneo viscerale e parietale appaiono nella norma. l'aria cardiaca è lievemente espansa. il cavo pleurico sinistro presenta aderenze vincibili manualmente; in entrambi i cavi pleurici è presente versamento pleurico minimo.

APPARATO CARDIO-VASCOLARE:

all'apertura del sacco pericardico, si repertano circa 15 ml. di liquido limpido, giallo-citrino. il pericardio parietale, l'epicardio ed il grasso sub-epicardico sono regolari. il decorso delle coronarie è nella norma. la forma del cuore è globosa e il volume aumentato (diametro trasversale 12 cm e diametro longitudinale 8.5 cm). all'apertura le camere cardiache sono lievemente dilatate. l'endocardio valvolare e parietale sono regolari. il miocardio appare di colore brunastro e a livello apicale ha consistenza flaccida. lo spessore del miocardio del ventricolo sinistro è di cm 1.7 dal terzo medio. lo spessore del miocardio al ventricolo destro è di cm 0.6 al terzo medio.

il lume delle coronarie è pervio. l'aorta presenta placchette ateromasiche non complicate lungo tutto il suo decorso. la polmonare è pervia all'esplorazione digitale e presenta regolare decorso.

APPARATO RESPIRATORIO:

la trachea di calibro e decorso regolare mostra mucosa regolare. i bronchi presentano mucosa rossastra con secrezioni mucose. i vasi ilari sono regolari. i polmoni presentano pleura opaca; la forma ed il volume sono conservati ed appaiono scarsamente aerati. al taglio sono presenti aree di addensamento grigiastre confluenti localizzate prevalentemente a livello basale sinistro ed apicale destro. al passaggio del tagliente si asporta scarsa quantità di liquido. la prova docimasica è positiva a sinistra.

APPARATO DIGERENTE:

l'esofago di calibro e decorso regolari presenta mucosa nella norma.

lo stomaco di forma e volume regolari presenta mucosa focalmente arrossata.

la mucosa dell'intestino è autolisata.

il pancreas di forma e volume regolari al taglio appare autolisato.

il fegato rivestito da glissoniana liscia ed opaca, è di forma e volume conservati. al taglio mostra aspetto c.d. a noce moscata.

le vie biliari sono pervie con colecisti regolare ripiena di bile fluida.

APPARATO EMO-LINFOPOIETICO:

linfadenomegalie ilari bilaterali.

milza di forma e volume conservati con perisplenio liscio e lucente. al taglio la polpa rossa è fluente e la polpa bianca inapparente.

APPARATO URO-GENITALE:

entrambi i reni presentano forma e volume conservati; la capsula si svolge con difficoltà. al taglio i limiti cortico-midollari sono evidenti ed il parenchima mostra colore pallido.

le vie urinarie sono pervie. la vescica di forma e volume conservato presenta mucosa regolare.

l'utero di forma e volume regolare presenta in sede paratubarica sinistra piccola formazione miomatosa di cm 0,6 di diametro ed in sede paratubarica destra formazione miomatosa di cm 0,8 di asse maggiore. all'apertura l'eso-endocervice appaiono regolari e l'endometrio è assottigliato. le ovaie hanno aspetto cerebroide; a destra è presente formazione cistica di cm 0,5 di asse maggiore.

APPARATO ENDOCRINO:

surreni e tiroide nella norma.

SISTEMA NERVOSO CENTRALE:

le leptomeningi sono lisce e lucenti e gli spazi subaracnoidei di normali dimensioni. i vasi del poligono del willis mostrano lieve aterosclerosi. non malformazioni vascolari nè aneurismi. l'emisfero cerebrale sinistro appare ipotrofico rispetto a quello controlaterale, soprattutto a livello del lobo temporale. a tale livello le circonvoluzioni cerebrali risultano assottigliate. non segni di erniazione del giro cingolato, dell'uncus e delle tonsille cerebellari.

la regione ipofisaria e quella pineale sono regolari.

sezioni coronali evidenziano che la corteccia ha spessore diminuito a livello temporale sinistro e la sostanza bianca del centro semiovale è normoconformata. normali il nucleo caudato, il putamen, il globus pallidus ed il talamo. macroscopicamente indenne la capsula interna. il sistema ventricolare è di dimensioni normali.

ponte e midollo allungato nella norma.

il cervelletto ha forma regolare; il verme e gli emisferi cerebellari sono regolari.

PESO DEGLI ORGANI:

cuore: 410gr

polmone destro: 890 gr

fegato: 1700 gr

milza: 130 gr

polmone sinistro:950 gr
rene sinistro: 150 gr

rene destro:180 gr

ESAME ISTOLOGICO

Polmoni: raccolte di granulociti prevalentemente intra-alveolari e depositi di fibrina diffusi.

Cuore: microfocolai di fibrosi del ventricolo sinistro

Apparato genito-urinario: leiomiomi sottosierosi uterini

Stasi poliviscerale cronica.

Cervello: Ippocampo sinistro con deplezione neuronale moderata a livello di CA1 e lieve a livello di CA3 ed end folium. Si osserva gliosi e la fascia dentata mostra aspetti di dispersione delle cellule granulari.

I prelievi condotti a livello della corteccia temporale sinistra mostrano tessuto cerebrale con significativa gliosi, assottigliamento ed aspetti di alterata laminazione degli strati della corteccia. Non evidenza di neuroni dismorfici, nè di cellule balloniformi.

DIAGNOSI ISTOLOGICA:

SI CONFERMA LA PRESENZA DI BRONCOPOLMONITE A FOCOLAI CONFLUENTI, DIFFUSA E BILATERALE. MODESTA MIOCARDIOSCLEROSI; LEIOMIOMI UTERINI SOTTOSIEROSI.

ESAME NEUROPATOLOGICO: L'ESAME DELLE STRUTTURE TEMPORO-MESIALI DI SINISTRA MOSTRA QUADRO ISTOLOGICO COMPATIBILE CON SCLEROSI DEL CORNO DI AMMONE ASSOCIATA AD ASPETTI RIFERIBILI A DISPLASIA CORTICALE DI TIPO ARCHITETTURALE.

REFERTAZIONE CA MAMMELLA

NOTIZIE CLINICHE

RECIDIVA SU MASTECTOMIA SN

DESCRIZIONE MACROSCOPICA

CONT 1" CUTE E SOTTOCUTE MUSCOLO SU MASTECTOMIA SINISTRA":
LOSANGA CUTANEA DI CM 14X6,5 SORMONTANTE PORZIONE DI TESSUTO SOTTOCUTANEO E MUSCOLARE SCHELETRICO DI COMPLESSIVI 15 X 7 CM. LA CUTE E' PERCORSO DA CICATRICE LINEARE CONSOLIDATA ED E' CONTRASSEGNA AD UN APICE DA FILO DI REPERE INDICANTE DIREZIONE ASCELLA. LA CICATRICE SOTTENDE AREA BIANCASTRA FOCALMENTE STEATONECROTICA CON MULTIPLE ZONE DI CONSISTENZA AUMENTATA CHE SI ESTENDE NEI TESSUTI ADIPOSI SOTTOCUTANEI E NEL TESSUTO MUSCOLARE SOTTOSTANTE. L'AREA DESCRITTA MISURA CIRCA CM 5 DI ASSE MAGGIORE. SI CONTRASSEGNA I MARGINI CHIRURGICI CON INCHIOSTRO DI CHINA. SI ESEGUONO FOTO MACROSCOPICHE.
CONT 2:"ALLARGAMENTO LATERALE": FRAMMENTO DI TESSUTO FIBROADIPOSO DI CM 4,5X3,5X2 GIUNTO MARCATO SU DI UN LATO DA FILO DI REPERE INDICANTE IL MARGINE VERO CHE VIENE MARCATO CON CHINA
CONT 3: "ALLARGAMENTO INFEROMEDIALE":FRAMMENTO DI TESSUTO FIBROADIPOSO DI CM 4 X 2 X 0,7 GIUNTO MARCATO SU DI UN LATO DA FILO DI REPERE INDICANTE IL MARGINE VERO CHE VIENE MARCATO CON CHINA
CONT 4: "ALLARGAMENTO SUPERIORE":FRAMMENTO DI TESSUTO FIBROADIPOSO DI CM 4,5 X 2,7 X 1 GIUNTO MARCATO SU DI UN LATO DA FILO DI REPERE INDICANTE IL MARGINE VERO CHE VIENE MARCATO CON CHINA
IB/SD

DIAGNOSI

CONT 1" CUTE E SOTTOCUTE MUSCOLO SU MASTECTOMIA SINISTRA":
CARCINOMA DUTTALE INFILTRANTE GRADO 3 (CADERINA POSITIVO), A FOCOLAI MULTIPLI. LA NEOPLASIA INFILTRA IL TESSUTO SOTTOCUTANEO E MUSCOLARE SCHELETRICO, SEDE DI FIBROSI CICATRIZIALE. IL NODULO NEOPLASTICO DI MAGGIORI DIMENSIONI MISURA ISTOLOGICAMENTE 3 CM DI ASSE MAGGIORE. SONO PRESENTI IMMAGINI DI LINFANGITE NEOPLASTICA PERILESIONALI E NEI PRELIEVI A DISTANZA DALLA LESIONE PRINCIPALE (PRELIEVO I). IL TESSUTO NEOPLASTICO E' PRESENTE A LIVELLO DEL MARGINE PROFONDO DI RESEZIONE E GIUNGE FOCALMENTE A MENO DI 1 MM DAL MARGINE INFERIORE DI RESEZIONE (PRELIEVO A). CUTE INDENNE.
LIBERI DA NEOPLASIA GLI ALTRI MARGINI DI RESEZIONE ESAMINATI.
IN CORSO DETERMINAZIONE RECETTORIALE DI CUI SEGUIRA' REFERTO.

CONT 2:"ALLARGAMENTO LATERALE" E CONT 3: "ALLARGAMENTO INFEROMEDIALE":
SEZIONI DI TESSUTO FIBROADIPOSO E MUSCOLARE SCHELETRICO LIBERE DA NEOPLASIA.:
CONT 4: "ALLARGAMENTO SUPERIORE":
SEZIONI DI TESSUTO FIBROADIPOSO E MAMMARIO LIBERE DA NEOPLASIA.

REFERTO AGGIUNTIVO CON BIOMARCATORI (18/04/2011):

IL 90 % DELLA POPOLAZIONE NEOPLASTICA E' POSITIVO CON ANTISIERO ANTI RECETTORI ESTROGENICI (Ventana, SP1).

L' 80 % DELLA POPOLAZIONE NEOPLASTICA E' POSITIVO CON ANTISIERO ANTI RECETTORI PROGESTINICI (Ventana, 1E2).

IL 20 % DELLA POPOLAZIONE NEOPLASTICA E' POSITIVO CON ANTISIERO ANTI Ki-67 (Ventana, 30-9).

IL 15 % DELLA POPOLAZIONE NEOPLASTICA PRESENTA DEBOLE POSITIVITA' DI MEMBRANA CON ANTISIERO ANTI C-ERB-B2 (DiaPath, SP3) (SCORE DAKO 2+). IN CORSO VALUTAZIONE MEDIANTE FISH DI CUI SEGUIRA' REFERTO.