

Introduzione

Il programma Blood Films for Morphology è strutturato con esercizi educazionali diretti alla valutazione e certificazione della performance del morfologo che esegue indagini in microscopia ematologica. Per ognuno degli otto esercizi annuali è richiesto il riconoscimento degli aspetti morfologici più significativi con l'intento di ottenere una informazione clinicamente utile.

Le elaborazioni dei risultati contengono una sintesi delle caratteristiche dei casi clinici proposti, riportando cumulativamente le osservazioni dei partecipanti.

A report pubblicato, UK NEQAS invita i partecipanti a riguardare i due vetrini per un'ulteriore analisi retrospettiva.

I due esercizi 2108BF1 e 2108BF2 sono stati inviati a 553 partecipanti di cui 530 (95%) hanno risposto.

Risultati 2108BF1 – 525 partecipanti hanno dichiarato il preparato come soddisfacente

Ordine	Caratteristica morfologica	Partecipanti che hanno scelto la caratteristica (%)
1	Granulazioni tossiche	53
2	Piastrine grandi/giganti	32
3	Anisocitosi piastrinica	31
4	Campione normale	26
5	Linfociti attivati	22

Discussione – *sintesi del commento eseguito dalla Prof. B. J. Bain*

Lo striscio proveniva da una paziente che si era presentata per una visita di routine in seguito ad infezione da herpes zoster. Si presupponeva che il campione fosse normale dal punto di vista ematologico.

135 partecipanti hanno riportato la nota di campione normale ed altri 35 hanno riportato commenti che escludevano la presenza di patologie. Un partecipante ha scritto "striscio normale ma con occasionali linfociti attivati e lievi aspetti di granulazioni tossiche". Un commento di questo tipo ha poco significato e non dovrebbe essere riportato.

359 partecipanti hanno riportato anomalie morfologiche per sospetto di infezione, infiammazione, neoplasia (incluse leucemia LGL, sindrome di Sézary, leucemia a cellule T dell'adulto e patologia mieloproliferativa). Due partecipanti hanno riportato la presenza di malaria.

I campioni NEQAS sono osservati generalmente con molta attenzione, per il timore di tralasciare aspetti significativi. Tuttavia, è importante non dare eccessivo peso alle anomalie con scarso significato, che possono ragionevolmente rientrare in un intervallo di normalità o che comunque non richiedono ulteriori azioni.

Risultati 2108BF2– 529 partecipanti hanno dichiarato il preparato come soddisfacente

Ordine	Caratteristica morfologica	Partecipanti che hanno scelto la caratteristica (%)
1	Piastrinopenia	93
2	Blasti	75
3	Neutropenia	62
4	Eritroblasti	61
5	Dacriociti	34

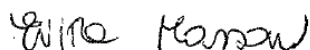
Discussione - *sintesi del commento eseguito dalla Prof. B. J. Bain*

L'interpretazione di questo striscio da parte dei partecipanti è preoccupante, dato che solo il 43% dei centri ha sospettato la diagnosi corretta. Era possibile osservare promielociti atipici, tra i quali occasionali cellule con corpi di Auer, ed altre con multipli corpi di Auer. Si osservavano inoltre altri promielociti atipici che erano meno facilmente identificabili in quanto iperbasofili e con "blebs" citoplasmatiche. Tuttavia, queste cellule apparivano granulate e, anche se potevano apparire simili a megacarioblasti, facevano parte della gamma morfologica della leucemia acuta promielocitica.

Il 75% dei partecipanti ha riportato esclusivamente la presenza di blasti, ma solo il 30% ha riscontrato i promielociti e solo il 28% ha riferito la presenza di corpi di Auer. 228 partecipanti (il 43%) hanno suggerito una diagnosi di leucemia promielocitica acuta, il 13% ha proposto una leucemia mieloide acuta ed il 6% una leucemia acuta. Altre diagnosi ipotizzate includevano: MDS, mielofibrosi, anemia aplastica, linfoma e mieloma. Alla luce della presenza di granuli e di corpi di Auer, una diagnosi generica di "leucemia" o di "leucemia acuta" non è accettabile.

In un caso di questo tipo, la leucemia promielocitica acuta deve essere sospettata e tale ipotesi deve essere immediatamente indirizzata ad una consulenza. La rapida identificazione di una probabile leucemia acuta promielocitica deve portare alla correzione delle anomalie di coagulazione ed alla somministrazione della terapia specifica, anche anticipatamente rispetto alla conferma citogenetica/molecolare della diagnosi. Uno studio recente ha dimostrato che la mancata somministrazione della terapia entro 24 ore dalla presentazione dei sintomi è associata ad una prognosi peggiore. La presenza di una trombocitopenia importante, evidente in questo campione, supporta la diagnosi. Nella vita reale sarebbe auspicabile avere i risultati di uno screening coagulativo, ed il riscontro di una CID supporterebbe la diagnosi. In questo paziente il fibrinogeno era normale ma l'aPTT ridotto ed il D-Dimero molto elevato erano suggestivi per un'attivazione della coagulazione e fibrinolisi. Sarebbe utile anche avere disponibile l'immunofenotipo prima della diagnosi definitiva in FISH. Le caratteristiche più significative sono la negatività per CD34 ed HLADR (analogamente alla LAM con mutazione NPM1). In questo paziente il CD34 era negativo, mentre HLADR era espresso esclusivamente dalla metà dei blasti.

E' necessaria una revisione del preparato da parte dei partecipanti che non hanno formulato una diagnosi di leucemia acuta promielocitica, per prima cosa a piccolo ingrandimento al fine di individuare le cellule patologiche, poi a maggior ingrandimento per identificare con certezza i corpi di Auer.



Dott.ssa Evita Massari
Referente UK NEQAS for General Haematology