

Introduzione

Il programma Digital Morphology è strutturato con esercizi educazionali diretti alla valutazione e certificazione della performance del morfologo che esegue indagini in microscopia ematologica.

Il programma educa gli operatori di tutti i livelli a valorizzare gli elementi morfologici diagnostici più importanti di ogni caso clinico e permette, nel tempo, la costruzione di un archivio personalizzato di casistica ematologica commentata e consultabile.

Risultati – esercizio distribuito a 1466 partecipanti

Ordine	Caratteristica morfologica	Partecipanti che hanno scelto la caratteristica (%)
1	Piastrinopenia	83.2
2	Blasti	57.6
3	Neutrofili ipogranulati/non granulati	34.8
4	Mielociti	30.9
5	Ipocromia	27.7

Discussione

Questo striscio di sangue proviene dalla clinica ematologica, ma il paziente non è noto.

Globuli rossi: Gli eritrociti per la maggior parte si presentano normali, con occasionali forme atipiche, e sono presenti alcuni detriti che possono essere confusi per inclusi.

Piastrine: Non sono presenti atipie significative, però si nota una marcata piastrinopenia.

Globuli bianchi: Si osservano numerose atipie a carico dei globuli bianchi. I neutrofili presentano numerosi difetti di dimensioni, granulosità, e/o forma nucleare, creando un problema di interpretazione. Sono riconoscibili monociti con morfologia classica, ma si osservano altre cellule che presentano caratteristiche insolite e didattiche, ad esempio un "macropolicita" - una cellula con il nucleo diviso, ma non il citoplasma. Il macropolicita è un elemento piuttosto displastico che combina anomalie di dimensioni, granulazione e nucleo. Altre cellule con caratteristiche morfologiche rilevanti includono forme displastiche quali pseudo-Pelger o cellule con nucleo "ad anello". Per quanto riguarda la maturazione, quando sono presenti anomalie marcate della granulazione e della forma nucleare, è più difficile distinguere tra cellule blastiche, promonociti atipici, mielociti non granulati e forme monocitiche ancora più precoci. Nel preparato, in particolare, si osservano un blasto, neutrofili displasici ed altre cellule piuttosto precoci.

Commento generale: L'esercizio mostrava una marcata displasia principalmente a carico della differenziazione mieloide con molte cellule difficili da classificare, tra cui mielociti/neutrofili non granulati displastici o monociti atipici. Erano presenti anche occasionali blasti. Sebbene il numero di blasti in questa immagine non consenta (da solo) una diagnosi di leucemia mieloide acuta, tuttavia suggerisce una patologia in trasformazione; la marcata piastrinopenia supporta questa ipotesi. Si noti, inoltre, che il conteggio dei globuli bianchi è piuttosto elevato. Raramente in una classica mielodisplasia si riscontra un incremento della quota dei globuli bianchi. In questo caso quindi si potrebbe trattare di una condizione mielodisplastica/mieloproliferativa, e viste le numerose cellule con caratteristiche monocitiche, la diagnosi di CMML in possibile trasformazione potrebbe essere la migliore ipotesi, confermata anche dall'analisi midollare.

Il sistema di punteggio offre diverse opzioni per descrivere i blasti e la displasia, ma riunendo tutte insieme le osservazioni più frequenti sono state piastrinopenia (94%), termini che descrivono blasti (88%), termini che descrivono displasia (65%). I mielociti sono stati riportati nel 35% dei casi. Queste caratteristiche, insieme all'incertezza nell'identificazione delle cellule, si riflettevano nelle diagnosi suggerite. Molti partecipanti hanno fornito più di una risposta e, per coloro che hanno fornito una diagnosi, le scelte più popolari sono state: MDS

(51%) e leucemia acuta/trasformazione (48%). In termini di azioni suggerite, quasi tutti i partecipanti hanno riconosciuto l'importanza di comunicare i risultati entro 24 ore e ciò andrebbe inoltre valutato in base ai precedenti emocromi e dal nuovo riscontro di blasti e piastrinopenia. L'azione maggiormente suggerita dai partecipanti è quella di comunicare immediatamente i risultati (73%), alla luce della marcata piastrinopenia.



Dr. Marco Rosetti
Referente UK NEQAS for General Haematology