



Fișe de documentare individuală

De ce este necesară a doua opinie?

Valoarea unei a doua opinii în diagnosticul histopatologic al sarcoamelor osoase și de țesuturi moi – o revizuire sistematică

1. Date generale ale sursei

Titlul documentului	De ce este necesară a doua opinie?
Autor(i) / Organizație emitentă	Jennifer Vu, Claudia Petrucco, Cristina Vargas, Susie Bae, Richard Carey Smith, Jayesh Desai, Andrew Johnston, Marianne Phillips, Stephen Thompson, Smaro Lazarakis, Jasmine Mar, Angela M. Hong, Fiona Maclean
Anul publicării / ediția	Pathology 58 (2026), pp. 1–7
Tipul sursei	Review
Editor / Publicație	Pathology 58 (2026)
DOI	10.1016/j.pathol.2025.09.005
Cuvinte-cheie	sarcom; tumoare osoasă; tumoare de țesuturi moi; second opinion

2. Obiectivul și scopul documentului

Diagnosticul corect al unui sarcom este esențial pentru alegerea tratamentului. Autorii susțin că diagnosticul trebuie stabilit prin integrarea mai multor categorii de informații:

- datelor clinice;
- imagisticii;
- morfologiei histopatologice;
- imunohistochimiei (IHC);
- investigațiilor moleculare.

Având în vedere complexitatea și raritatea sarcoamelor, confirmarea diagnosticului de către un anatomopatolog cu experiență specifică în sarcoame este recomandată pentru toate cazurile suspecte de sarcom, ideal într-un centru specializat, în cadrul unei echipe multidisciplinare.

3. Date relevante și întrebări de studiu

1. De ce este necesară a doua opinie?

Sarcoamele reprezintă aproximativ 1% dintre tumorile solide maligne la adult și sunt foarte heterogene. Clasificarea OMS a tumorilor osoase și de țesuturi moi include peste 70 de subtipuri, iar clasificarea continuă să evolueze odată cu identificarea unor noi caracteristici moleculare.

Această complexitate poate conduce la:

- diagnostic inițial eronat;
- clasificare greșită a subtipului;
- diferențe de grad tumoral;





- confuzie între leziuni benigne și maligne;
- alegerea unei strategii terapeutice necorespunzătoare.

2. Datele principale ale revizuirii

Autorii au identificat 1668 de studii, dintre care 27 au fost incluse în analiza finală. Majoritatea studiilor au fost retrospective.

Rezultatele au fost foarte heterogene deoarece studiile au folosit definiții diferite pentru „a doua opinie” și pentru „discordanță diagnostică”.

Totuși, un rezultat important este că:

5 studii au raportat rate de discordanță majoră >20%

Discordanța majoră era definită, în general, ca o modificare care putea influența tratamentul sau prognosticul.

Exemple raportate:

- 35% discordanță majoră într-un studiu din Pakistan;
- 27% într-un studiu din Noua Zeelandă;
- 25% într-o serie din Marea Britanie;
- 24% într-un studiu american;
- aproximativ 21% într-un studiu japonez.

Aceste procente nu trebuie interpretate ca o rată universală de eroare diagnostică, deoarece populațiile și criteriile studiilor au fost foarte diferite.

3. Ce înseamnă „discordanță majoră”?

Nu a existat o definiție uniformă.

În unele studii, discordanța majoră a însemnat:

- schimbarea diagnosticului benign ↔ malign;
- modificarea diagnosticului care schimbă tratamentul;
- modificarea prognosticului.

În alte studii au fost incluse modificări ale:

- subtipului histologic;
- gradului;
- stadiului TNM;
- marginilor de rezecție.

Prin urmare, comparația directă între ratele de discordanță ale studiilor trebuie făcută cu precauție.

4. Situații diagnostice deosebit de dificile

Revizuirea evidențiază anumite categorii în care apar mai frecvent discrepanțe.

Tumori maligne cu aspect „benign”

Acestea reprezintă un risc important deoarece pot determina subtratamentul unei tumori maligne.

Un exemplu este low-grade fibromyxoid sarcoma, menționat printre diagnosticele frecvent omise.



Leziuni benigne cu aspect „malign”

Și situația inversă este importantă: o leziune benignă poate fi interpretată ca malignă și poate conduce la tratament excesiv.

Este menționat, de exemplu, chondromyxoid fibroma.

Alte categorii cu discordanță crescută

Autorii menționează în special:

- tumorile adipoase;
- tumorile din categoria fibrohistiocitară;
- GIST;
- low-grade fibromyxoid sarcoma;
- angiomatoid fibrous histiocytoma.

5. De ce diagnosticul sarcoamelor este dificil?

A. Raritatea

Un anatomopatolog generalist poate întâlni relativ puține sarcoame în practica curentă. Experiența limitată cu aceste tumori rare poate contribui la dificultăți diagnostice.

B. Clasificarea se modifică rapid

Unele diagnostice utilizate frecvent în trecut nu mai sunt recunoscute ca entități distincte.

Autorii dau ca exemplu malignant fibrous histiocytoma, diagnostic care nu mai reprezintă o entitate distinctă în clasificarea actuală.

C. Suprapunerea morfologică

Tumori cu origini biologice diferite pot prezenta aspecte histologice similare, de exemplu categoria tumorilor „small round blue cell”.

6. Importanța imunohistochimiei și a diagnosticului molecular

Diagnosticul modern al sarcomului nu mai poate fi bazat întotdeauna pe morfologie.

Pot fi necesare:

- FISH;
- PCR;
- RT-PCR;
- comparative genomic hybridisation;
- next-generation sequencing;
- teste pentru fuziuni genice;
- alte metode moleculare.

Într-un studiu citat în revizuire, testarea moleculară ținută a determinat modificarea diagnosticului față de diagnosticul bazat exclusiv pe histologie în 13,8% dintre probele tumorale.

Un alt studiu bazat pe secvențiere whole-genome a raportat diagnostice revizuite la aproximativ 14% dintre pacienți, iar aproape 10% au avut și modificarea tratamentului.





Consecință practică

Testarea moleculară nu înlocuiește expertiza anatomopatologului.

Rezultatele moleculare trebuie interpretate în contextul:

morfologie + IHC + clinică + imagistică + biologie moleculară.

O anomalie moleculară poate apărea în mai multe tipuri tumorale, astfel încât rezultatul genetic nu trebuie interpretat izolat.

7. Conservarea materialului de biopsie

Acesta este un aspect foarte practic.

Biopsiile moderne sunt adesea realizate prin core needle biopsy, iar cantitatea de țesut este limitată.

Autorii recomandă ca, atunci când este anticipată o a doua opinie de specialitate:

- să se evite consumarea inutilă a materialului;
- să se efectueze local doar investigațiile IHC necesare;
- să se păstreze suficient țesut pentru testare specializată ulterioară, inclusiv moleculară.

8. Influența asupra tratamentului

Dintre cele 27 de studii:

- 11/27 (42%) nu au raportat modificări ale managementului;
- în studiile care au evaluat acest aspect, discordanțele diagnostice relevante au fost asociate cu modificarea conduitei terapeutice.

Modificările pot privi:

Chirurgia

- extensia rezecției;
- strategia chirurgicală;
- indicația intervenției.

Radioterapia

- indicația;
- momentul administrării;
- strategia terapeutică.

Tratamentul sistemic

- indicația tratamentului;
- alegerea terapiei în funcție de subtipul histologic/molecular.

Autorii subliniază explicit posibilitatea ca revizuirea diagnosticului să influențeze extensia rezecției chirurgicale, radioterapia și terapia sistemică adjuvantă.

9. Există dovadă că a doua opinie îmbunătățește supraviețuirea?

Nu există dovezi suficiente.



Niciunul dintre cele 27 de studii nu a evaluat în mod adecvat impactul discordanței diagnostice asupra supraviețuirii ca obiectiv principal sau secundar.

Un studiu a raportat totuși:

- supraviețuire globală la 5 ani: 59,2% vs 70,2%;
- supraviețuire specifică bolii la 5 ani: 72,9% vs 81,2%,

la pacienții cu modificări diagnostice majore comparativ cu cei fără astfel de modificări.

Dar aceste date provin dintr-o populație heterogenă și nu permit stabilirea unui beneficiu specific pentru sarcoame.

Concluzie: există argumente solide pentru îmbunătățirea diagnosticului și a managementului, dar beneficiul direct asupra supraviețuirii nu este demonstrat de această revizuire.

11. Cui ar trebui solicitată a doua opinie?

Autorii recomandă în special:

1. toate diagnosticele de sarcom;
2. cazurile în care este necesar un panel IHC extins sau testare moleculară;
3. tumorile cunoscute pentru rate mari de discordanță;
4. leziunile aparent benigne, dar asociate cu morbiditate importantă.

Recomandarea finală ANZSA este și mai clară:

Diagnosticul oricărui sarcom suspect trebuie confirmat de un anatomopatolog cu expertiză în tumorile osoase și ale țesuturilor moi.

Dacă diagnosticul a fost stabilit în afara unui centru specializat, cazul ar trebui revizuit într-o echipă multidisciplinară specializată în sarcoame, împreună cu istoricul clinic și investigațiile imagistice.

11. Limitările dovezilor

Trebuie ținut cont de faptul că:

- majoritatea studiilor au fost retrospective;
- definițiile pentru „a doua opinie” au fost diferite;
- definițiile pentru „discordanță majoră/minoră” au fost diferite;
- unele studii au inclus cazuri selectate tocmai pentru dificultatea lor;
- datele privind supraviețuirea sunt insuficiente.

Prin urmare, ratele de discordanță de 20–30% din unele studii nu trebuie extrapolate ca rată generală de eroare a diagnosticului de sarcom.

4. Recomandări practice pentru practica clinică

Mesaj practic pentru clinician

La suspiciunea de sarcom:

Suspiciune clinică/imaging





Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Biopsie corect planificată



Anatomopatolog cu experiență în sarcoame



Morfologie + IHC ± teste moleculare



Revizuire imagistică și clinică



Tumor board/MDT specializat



Tratament definitiv

„Take-home message”

Un diagnostic de sarcom nu ar trebui considerat definitiv doar pe baza unui raport histopatologic nespecializat atunci când este disponibilă evaluarea într-un centru de sarcoame. A doua opinie expertă poate identifica modificări diagnostice cu impact asupra chirurgiei, radioterapiei și terapiei sistemice.

Nivelul dovezilor este însă limitat, iar revizuirea demonstrează mai convingător valoarea pentru acuratețea diagnosticului și management decât un beneficiu demonstrat asupra supraviețuirii.

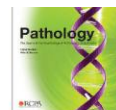
5. Sursa articolului

Imaginea articolului inclusă în fișa inițială:



Pathology

journal homepage: www.pathologyjournal.rcpa.edu.au



REVIEW

The value of a second expert opinion in histopathological diagnosis of bone and soft tissue sarcoma: a systematic review



Jennifer Vu¹, Claudia Petrucco², Cristina Vargas³, Susie Bae⁴, Richard Carey Smith⁵, Jayesh Desai⁴, Andrew Johnston⁶, Marianne Phillips⁷, Stephen Thompson^{8,9}, Smaro Lazarakis¹⁰, Jasmine Mar¹¹, Angela M. Hong^{12,13,*}, Fiona Maclean^{2,14}

¹ Faculty of Medicine and Health, Sydney Medical School, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia

² Franklin, Sydney, NSW, Australia

³ Douglas Hanly Moir Pathology, Macquarie Park, NSW, Australia

⁴ Department of Medical Oncology Peter MacCallum Cancer Centre, Melbourne, Vic, Australia

⁵ The University of Western Australia, Perth, WA, Australia

⁶ Auckland District Health Board, Auckland, New Zealand

⁷ Department Oncology, Haematology and Tissue & Cellular Therapy, Perth Children's Hospital, Perth, WA, Australia

⁸ Faculty of Medicine, University of New South Wales, Randwick, NSW, Australia

⁹ Department of Radiation Oncology, Prince of Wales Hospital, Randwick, NSW, Australia

¹⁰ Health Sciences Library, Royal Melbourne Hospital, Parkville, Vic, Australia

¹¹ Australia and New Zealand Sarcoma Association, Parkville, Vic, Australia

¹² Central Clinical School, Faculty of Medicine and Health, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia

¹³ Department of Radiation Oncology, Chris O'Brien Lifehouse, Camperdown NSW, Australia

¹⁴ Faculty of Medicine and Health Sciences, Macquarie University, Macquarie Park, NSW, Australia

ARTICLE INFO

Key words:
sarcoma
bone tumour
soft tissue tumour
second opinion

ABSTRACT

Accurate subtype diagnosis of sarcoma is crucial for optimal patient management, requiring integration of clinical, radiological, morphological, immunohistochemical, and molecular findings. This systematic review examines the value of expert second opinions in the histopathological diagnosis of bone and soft tissue sarcomas. The review was conducted using the population, intervention, comparison, and outcome model over a 32-year timeframe. Notably, five studies reported major discrepancy rates exceeding 20%, impacting patient management or prognosis. Given these findings, we recommend referring all suspected sarcoma cases to specialised

