



TRATTAMENTO DOPO EXERESI LOCALE DI NEOPLASIA COLICA O RETTALE pT1

Gruppo di lavoro versione 2018

Palmira Ghidoni, Carmela Giuffrida, Monica Leutner, Massimiliano Mistrangelo, Francesca Olivero, Giulio Salmè, Mauro Santarelli, Liana Todisco, Elena Silvia Traverso.

Gruppo di revisione 2024

Coordinatore: Massimiliano Mistrangelo

Battaglia Edda, Bellomo Maria Paola, Bonatti Luca, Carrozzo Valentina, Clara Renzo, Desana Benedetta, Giudici Gabriele, Giuffrida Maria Carmela, Millo Paolo, Muratore Andrea, Naddeo Marco, Salmè Giulio, Saracco Roberto, Tava Francesca, Bonatti Luca, Millo Paolo, Naddeo Marco.

Approvato dal gruppo di studio tumori del colon-retto - Anno 2024

Coordinatori: F. Borghi, E. Fenocchio, F. Leone, P. Massucco, C. Piva, M. Santarelli.

Airaldi Claudia, Allaix Marco Ettore, Battaglia Edda, Bellomo Maria Paola, Bellora Paolo, Bonatti Luca, Bustreo Sara, Carrozzo Valentina, Cerutti Stefania, Cinquegrana Armando, Clara Renzo, Comba Andrea, Debernardi Venon Wilma, Delmastro Elena, Desana Benedetta, Di Guardia Giuseppe, Fea Elena, Ferrero Anna, Gibin Enrico, Giudici Gabriele, Giuffrida Maria Carmela, Grammatico Vittoria, Granetto Cristina, Laface Rosa, Lo Tesoriere Roberto, Marino Donatella, Millo Paolo, Mistrangelo Massimiliano, Muratore Andrea, Naddeo Marco, Ottaviani Davide, Panier Suffat Luca, Pozzo Mauro, Rimonda Roberta, Salmè Giulio, Saracco Roberto, Soncini Stefania, Tampellini Marco, Tava Francesca, Tober Nastassja, Traverso Elena Silvia, Volpatto Roberta.

Quesito relativo al documento di consenso

In quali pazienti che hanno ricevuto un'exeresi locale di adenoma cancerizzato del colon\retto, la radicalizzazione chirurgica migliora la prognosi rispetto alla sola osservazione clinica?

Premessa

Si definisce adenoma cancerizzato una lesione che infiltra la sottomucosa, superando la muscularis mucosae ma senza invasione della muscularis propria. In questa patologia, il rischio di metastasi linfonodali varia dal 6-17% e diversi criteri istopatologici vengono presi in considerazione per stimare il rischio di coinvolgimento precoce dei linfonodi. L'obiettivo di questo documento di Rete è di fornire uno strumento di facile accessibilità per il trattamento dei pT1 dopo resezione locale, al fine di uniformare la nomenclatura e standardizzare l'approccio terapeutico. La standardizzazione della fase diagnostico-stadiativa, permette una gestione collegiale più semplice e la conseguente formulazione di proposte di trattamento corrette, sia in funzione delle condizioni cliniche del paziente, sia in funzione dello stadio istologico. In questo modo si riduce al minimo il rischio di sottoporre i pazienti a rischiosi e inutili interventi chirurgici e si evita di precludere, a pazienti in cui è indicato l'intervento, la corretta opzione terapeutica.

Motivazioni e commenti

La gestione del pT1 dopo polipectomia non è ancora standardizzata, ma è un problema crescente, a causa della diffusione dello screening del tumore del colon-retto e del conseguente incremento del numero dei casi. Il punto chiave è il rischio di metastasi linfonodali. La maggior parte della letteratura però si riferisce a pazienti chirurgici, con carenza nel dimostrare, a lungo termine, l'assenza di metastasi linfonodali nei pazienti non operati. Vi è inoltre un elevato grado di difformità di trattamento nei vari centri, laddove vengono operati casi con basso rischio e non operati casi ad alto rischio. Spesso, inoltre, la chirurgia che viene riservata a questi casi risulta essere subottimale dal punto di vista oncologico, con un numero di linfonodi ≥ 12 in meno del 40% dei casi.

Una differenza terapeutica e di follow-up andrebbe prevista per i pT1 ad alto rischio del retto medio inferiore, nei quali, l'intervento di radicalizzazione risulta gravato da un tasso di mortalità e morbidità perioperatoria non trascurabili.

Raccomandazioni del Gruppo di Studio

- ➔ Per un adeguato approccio terapeutico è fondamentale una corretta ed esaustiva definizione istopatologica, per tale ragione è stato proposto uno standard di **refertazione anatomopatologica** che prenda in considerazione tutti fattori di rischio (tabella 1). Sarebbe consigliabile in questi casi la doppia firma, in modo che vi sia già all'emissione della diagnosi una definizione concorde.
- ➔ Sulla base dei dati di letteratura attualmente disponibili, **la presenza anche solo di un fattore prognostico sfavorevole per metastasi linfonodale, impone una radicalizzazione chirurgica**, che deve essere condotta in modo adeguato dal punto di vista oncologico (asportazione di almeno 12 linfonodi). Si attendono ulteriori studi per comprendere se esistono differenze di predittività tra i diversi fattori di rischio nel prevedere la probabilità di metastasi linfonodale.
- ➔ In previsione di una possibile radicalizzazione chirurgica si raccomanda, contestualmente alla polipectomia (o appena disponibile l'esame istologico), di eseguire un **tatuaggio** a valle della lesione.
- ➔ La **pianificazione terapeutica** dopo exeresi endoscopica, deve essere multidisciplinare, discussa all'interno del **GIC** e tenere conto non solo degli aspetti anatomopatologici ma anche di quelli clinici (performance status, comorbidità) e della sede della lesione (colon vs retto). Infatti, se per le lesioni del colon ad alto rischio l'opzione chirurgica è l'unica scelta terapeutica, per le lesioni del retto, in casi selezionati (pazienti ad alto rischio anestesilogico o ad alto rischio di complicanze o di stomia definitiva) si possono prevedere terapie alternative quali la RCT (conoscendo però i limiti dei dati retrospettivi della letteratura).
- ➔ Il **follow-up** di queste lesioni dovrebbe essere standardizzato sulla base della strategia terapeutica e della sede della lesione (tabella 2). Nei pazienti sottoposti alla successiva resezione chirurgica si fa invece riferimento al protocollo già in uso della Rete Oncologica.

Tabella 1.**Fattori di rischio anatomopatologici adenocarcinoma coloretale pT1****REPERTO MACROSCOPICO**

Lesione pervenuta integra o in frammenti

REPERTO MICROSCOPICO**GRADO ISTOLOGICO**

- G1-G2 (basso grado)
- G3-G4 (alto grado)

PROFONDITA' DI INVASIONE SOTTOMUCOSA *

- <1 mm (basso grado)
- >1 mm (alto grado)

**POSSIBILMENTE MISURARE LA PROFONDITA' ESATTA*

Sec. Kikuchi:[§] Sm 1 (basso grado)
 Sm 2-3 (alto grado)

§ OPZIONALE E SOLO PER LESIONI SESSILI

Sec Haggitt:[§] livello 1-2 (basso grado)
 livello 3-4 (alto grado)

§OPZIONALE E SOLO PER LESIONI PEDUNCOLATE

AMPIEZZA DI INVASIONE SOTTOMUCOSA*

- <4 mm
- >4 mm

**POSSIBILMENTE MISURARE L'AMPIEZZA ESATTA*

INVASIONE VASCOLARE EMATICA O LINFATICA

- Non evidente (basso rischio)
- Presente (alto rischio)

BUDDING TUMORALE

- Assente (basso grado)
- Presente (alto grado)

PIANO DI EXERESI (margine rispetto alla componente invasiva)

- Indenne (> 1mm)
- Interessato

Alto e basso grado fanno riferimento al rischio di metastasi linfonodale,
gli altri parametri al rischio di recidiva locale

Tabella 2.**Schema di follow-up per le lesioni a basso rischio sottoposte a sola exeresi locale**

TC Torace-Addome	entro 1 mese dalla diagnosi, poi vedi follow up pT1 sec giudizio clinico
Colonscopia totale	a 12 mesi
Esame Clinico + CEA	alla diagnosi, poi vedi follow up pT1 sec giudizio clinico
RMN Pelvica nel retto	a 3/4 mesi, poi in base a giudizio clinico

Bibliografia

1. Linee Guida AIOM 2021.
2. NCCN Guidelines Version 1.2024. Rectal Cancer.
3. Practice parameters for early colon cancer management: Italian Society of Colorectal Surgery. SICCR guidelines. Tech Coloproctol 2015.
4. British Society of Gastroenterology/Association of Coloproctologists of Great Britain and Ireland guidelines for the management of large non-pedunculated colorectal polyps Rutter MD, et al. Gut 2015
5. Long-term Recurrence-free Survival After Standard Endoscopic Resection Versus Surgical Resection of Submucosal Invasive Colorectal Cancer: A Population-based Study Clinical Gastroenterology and Hepatology 2017
6. Meta-analysis of Predictive Clinicopathologic Factors for Lymph Node Metastasis in Patients with Early Colorectal Carcinoma J Korean Med Sci 2015
7. Predicting lymph node metastasis in pT1 colorectal cancer: a systematic review of risk factors providing rationale for therapy decisions Endoscopy 2013
8. Management of colorectal T1 carcinoma treated by endoscopic resection Yusuke Saitoh Digestive Endoscopy 2016
9. Systematic review and meta-analysis of histopathological predictive factors for lymph node metastasis in T1 colorectal cancer J Gastroenterol 2015
10. Pathologic predictive factors for lymph node metastasis in submucosal invasive (T1) colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis Surg Endosc 2013
11. Adjuvant chemoradiotherapy instead of revision radical resection after local excision for high-risk early rectal cancer. Jeong, Radiation Oncology 2016
12. Meta-analysis of oncological outcomes after local excision of pT1-2 rectal cancer requiring adjuvant (chemo)radiotherapy or completion surgery. Borstlap, BJS 2016
13. Diagnosis and management of adenomas with invasive carcinoma: an Italian experience. F.P. Rossini A. Ferrari M. Spandre. F. Scevola, M. Cavallero, N. Risio, S. Coverlizza, Raven Press. 1985 Torino.
14. Transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer: T1 and beyond? An evidence-based review. M.E. Allaix A. Arezzo M. Morino Surg Endosc 2016
15. Hashiguchi, Y.; Muro, K.; Saito, Y.; Ito, Y.; Ajioka, Y.; Hamaguchi, T.; Hasegawa, K.; Hotta, K.; Ishida, H.; Ishiguro, M.; et al. Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer. Int. J. Clin. Oncol. 2020, 25, 1–42.
16. Argilés, G.; Tabernero, J.; Labianca, R.; Hochhauser, D.; Salazar, R.; Iveson, T.; Laurent-Puig, P.; Quirke, P.; Yoshino, T.; Taieb, J.; et al. Localised colon cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann. Oncol. 2020, 31, 1291–1305.
17. Hassan, C.; Wysocki, P.T.; Fuccio, L.; Seufferlein, T.; Dinis-Ribeiro, M.; Brandão, C.; Regula, J.; Frazzoni, L.; Pellise, M.; Alfieri, S.; et al. Endoscopic surveillance after surgical or endoscopic resection for colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Digestive Oncology (ESDO) Guideline. Endoscopy 2019, 51, 266–277.
18. Benson, A.B.; Venook, A.P.; Al-Hawary, M.M.; Arain, M.A.; Chen, Y.J.; Ciombor, K.K.; Cohen, S.; Cooper, H.S.; Deming, D.; Farkas, L.; et al. Colon Cancer, Version 2.2021, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J. Natl. Compr. Canc. Netw. 2021, 19, 329–359
19. Shaikat, A.; Kaltenbach, T.; Dominitz, J.A.; Robertson, D.J.; Anderson, J.C.; Cruise, M.; Burke, C.A.; Gupta, S.; Lieberman, D.; Syngal, S.; et al. Endoscopic Recognition and Management Strategies for Malignant Colorectal Polyps: Recommendations of the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Gastroenterology 2020, 159, 1916–1934.e2.