DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEI POLIPI COLO-RETTALI: PROBLEMATICHE EMERGENTI NEL PROGRAMMA DI SCREENING

ADENOMI CANCERIZZATI
Aspetti chirurgici

Prof.Luigi Roncoroni

Clinica chirurgica e Terapia chirurgica

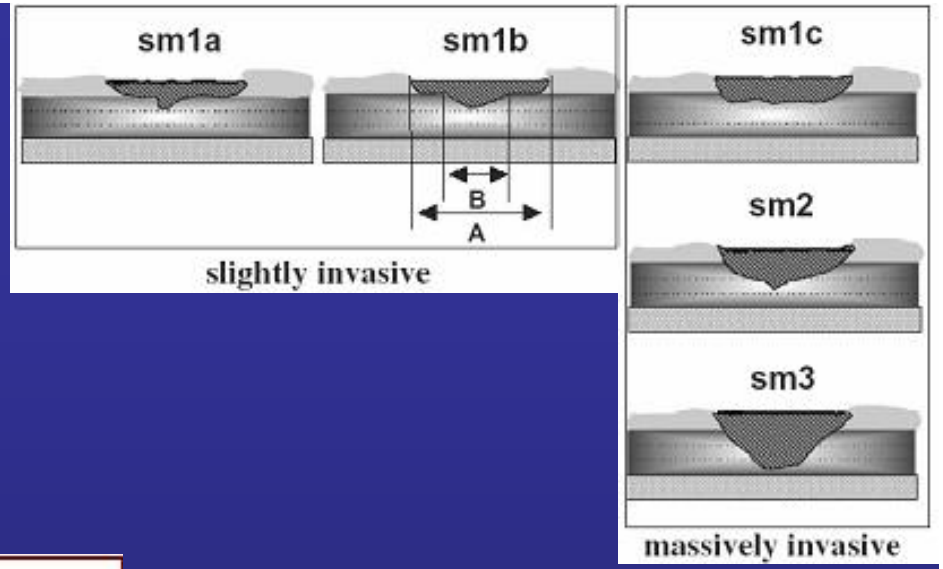
Università degli studi di Parma

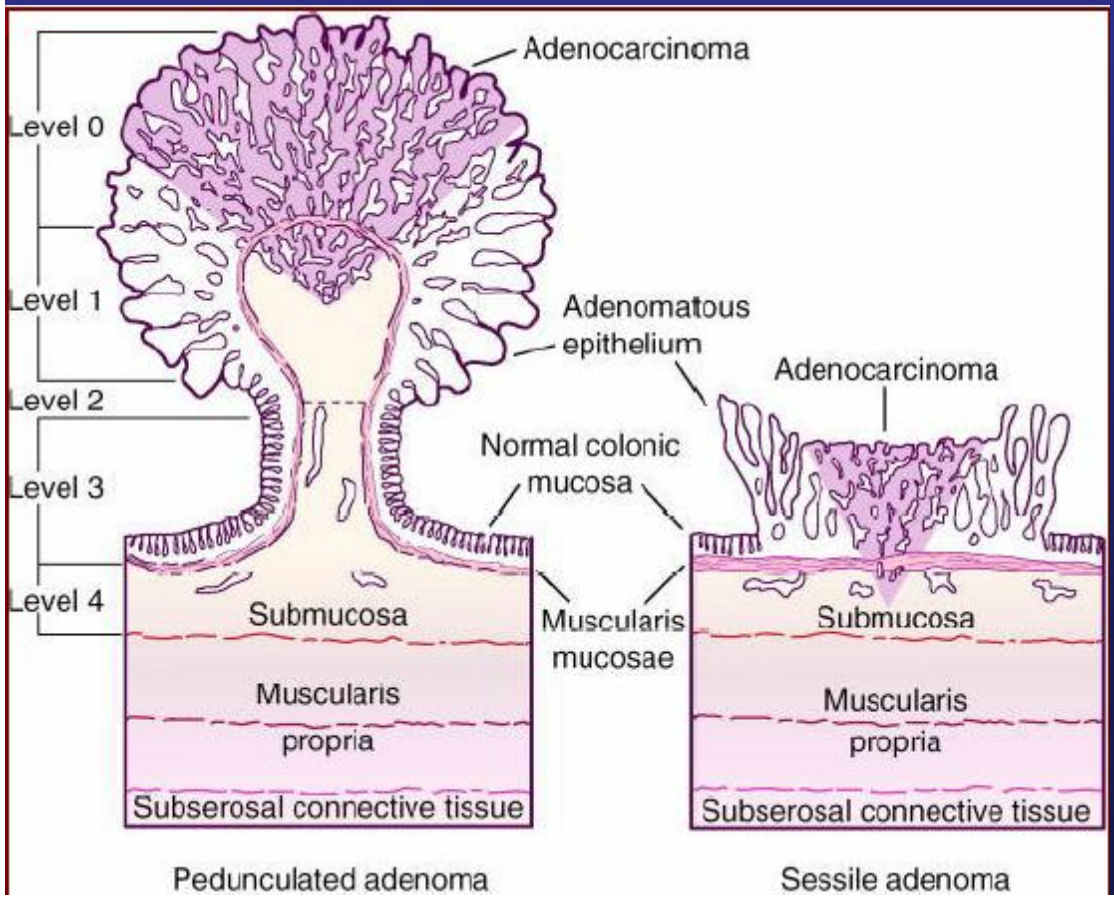
Malignant Polyp: T1 Nx Mx

Polipo maligno ad elevato rischio di polipectomia NON curativa

- **Invasione linfovascolare**
- **Grading poor G2-G3**
- **Margini di resezione <2 mm**
- **% di infiltrazione carcinomatosa del polipo**

- **Haggit level IV/ Sm3** **12% N+**
- **Polipo sessile** **Haggit IV per definizione**





- **Retto inferiore**

•10-34% N+

Nascimbeni DCR 2002

T1 Carcinoma of Colon-rectum

Comparazione tra polipi maligni low-risk e high-risk

Meta-analisi di studi retrospettivi

Hassan et al. **DCR 2005**

	Malattia residua	Recidiva	N+	M+	Mortalità
Low risk	1.2	0	5.1	0.3	*0.7*
High risk	21.4	9.2	11.2	7.1	*7.2*
Odds ratio	**21.5**	**46.5**	2.3	**28.5**	***11***

La distinzione tra polipi maligni low-risk e high-risk non riflette solo il rischio di metastasi linfonodale, **ma anche di metastasi a distanza e il tasso di mortalità.**

INDICAZIONI CHIRURGICHE

- **Polipectomia NON "teoricamente" curativa**
- **Referto istologico del polipo NON completo**
- **Polipo NON asportabile endoscopicamente**

INDICAZIONI CHIRURGICHE

- **Polipectomia completa:**
  - Low risk: follow Up
  - High risk: chirurgia (sempre?)
- **Referto istologico "dubbio" o "non completo":**
  - Low risk: chirurgia (sempre?)
  - High risk: chirurgia
- **Polipo <u>NON asportabile</u> endoscopicamente:**
  - Chirurgia escissionale
  - Chirurgia resettiva

SITUAZIONE ANATOMO-PATOLOGICA BORDER LINE

COSA FARE?

Rischio di recidiva locale
e metastasi linfonodale

Storia della malattia

Aspettativa di vita

Rischio chirurgico

PROBLEMATICHE CHIRURGICHE

- Reperimento della lesione asportata o meno
- Polipo non asportabile endoscopicamente
- Management del polipo cancerizzato del retto

REPERIMENTO DELLA SEDE

Tatuaggio endoscopico

Hyman et al. 1991 *GastroIntest Endosc*

Clips metalliche ed ecografia intraoperatoria

Montorsi et al. *DCR 1999*

Il tatuaggio endoscopico di **routine,** anche per le lesioni più piccole e per le lesioni asportate endoscopicamente.

Piscatelli et al. *Arch Surg 2005*

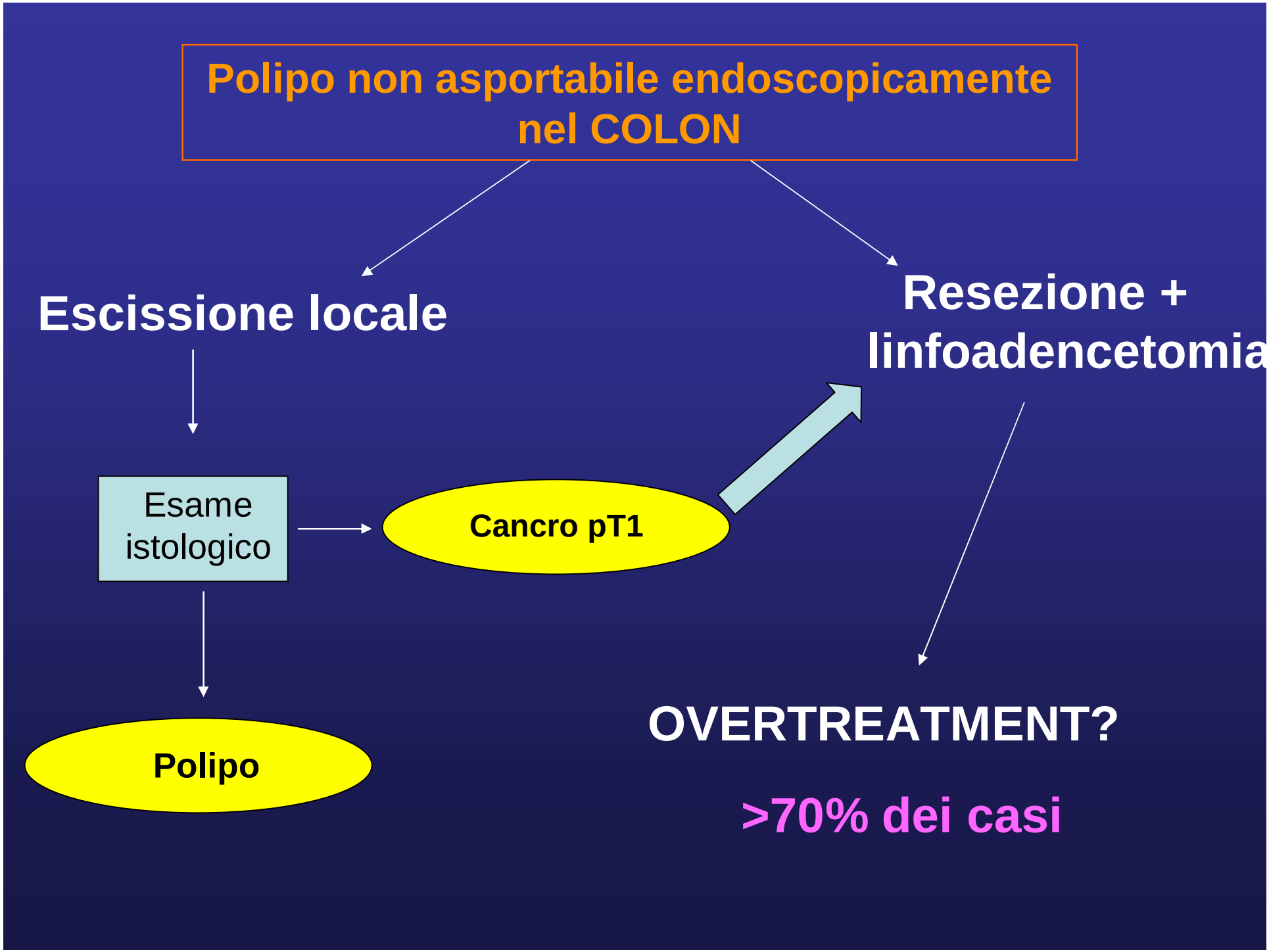
Marcatura con inchiostro **entro due settimane,** se l'istologia risulta positiva.

Jerome et al. *UpToDate 2005*

REPERIMENTO DELLA SEDE

Localizzazione palpatoria

Colonscopia intraoperatoria?!?


Polipo non asportabile endoscopicamente nel COLON
Escissione locale
Resezione + linfoadencetomia
Esame istologico
Cancro pT1
Polipo
OVERTREATMENT?
>70% dei casi

Management del polipo cancerizzato del RETTO

Escissione locale

Cancro pT1

CURATIVA?

SI

T1
<3 cm
Ben differenziato (G1)

NO

>T1
>3 cm
Non differenziato (G2-3)
Invasione linfovascolare
Sm3 (terzo inferiore della SM)

Resezione radicale

RECIDIVA LOCALE
dopo ESCISSIONE LOCALE di CA retto T1

		n.casi
Mellgren 2000	**18%**	69
Paty 2002	14%	67
Nascimbeni 2004	**7%**	70
Madbouly 2005	17%	52

Immediate vs Salvage resection

	N.patients	Cancer free-survival	
Immediate radical resection	37	79% 5yr	**Mayo clinic DCR 2005**
Salvage radical resection	21	56% 5yr	**Cleveland clinic DCR 2005**
	49	53% 5yr	**Memorial DCR 2005**
	24	50% 3yr	**Univ Minn DCR 2000**

MANAGEMENT DELLE LESIONI DEL RETTO

RISULTATI su 144 Polipi T1 SESSILI DEL RETTO MEDIO-INFERIORE

	Escissione locale N=70		Resezione +linfoadenectomia N=74		*p*
	% 5 aa	% 10 aa	% 5 aa	% 10 aa	
Recidiva locale	6.6	12.2	2.8	6.2	*0.26*
Metastasi a distanza	14.2	20.5	6.9	10.2	*0.13*
Sopravvivenza totale	72.4	**44.3**	90.4	**72.0**	***0.008***
Sopravvivenza libera da malattia	66.6	**39.6**	83.6	**69.8**	***0.003***

Nascimbeni et al. *DCR 2004*

T1 Carcinoma del Retto

Escissione locale vs Resezione + Linfoadenectomia

You YN, Baxter NN, Steward A, Nelson H (**ACOSOG**)

National Data Base 1994-1996 Follow up 6.3 yr

	Escissione locale	Resezione radicale	*p*
N. Pazienti	601	493	
Sopravvivenza totale 5 aa	77%	82%	*0.09*
Sopravvivenza libera da malattia 5 aa	**93%**	**97%**	*0.004*
Recidiva locale 5 aa	**13%**	**7%**	*0.003*

I dati che emergono dalla letteratura depongono a favore della chirurgia radicale, ma non escludono tra le opzioni terapeutiche l'escissione locale che rimane una scelta ragionevole in pazienti <u>accuratamente selezionati</u>.

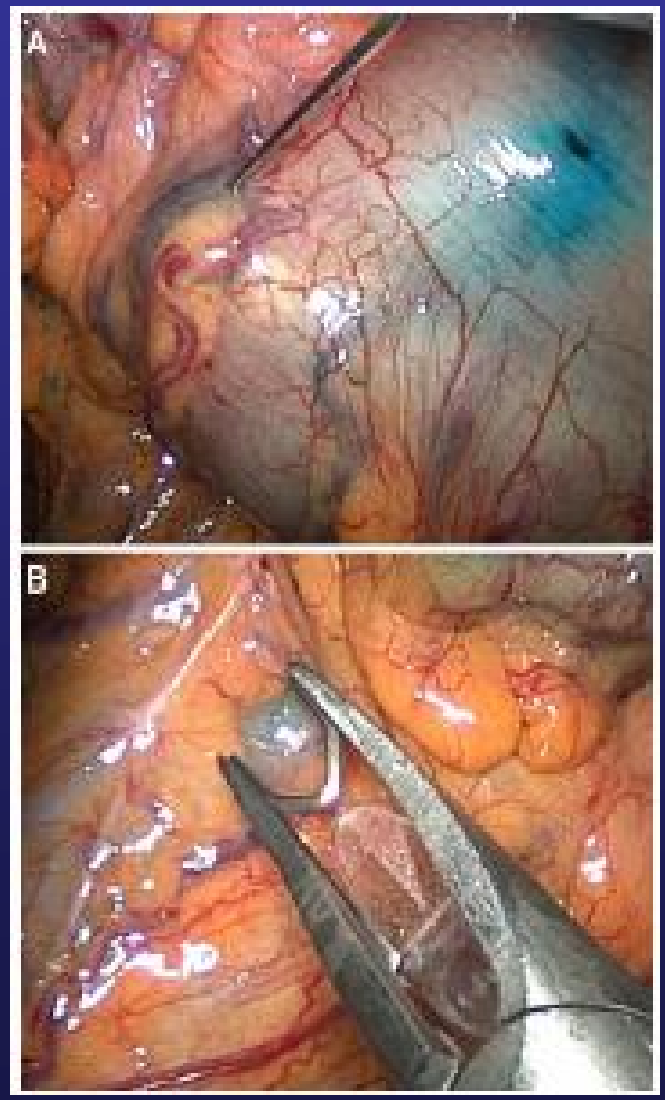
Bentrem DJ et al. *Ann Surg 2005*

PROSPETTIVE IN CORSO DI VALIDAZIONE

RESEZIONE LOCALE + MAPPING LINFONODALE ?

- Range di Falsi negativi 0-60%
- Tecnica NON standardizzata e NON validata
- Non sempre attuabile *in vivo*
- Learning-curve non ancora definita

Montorsi et al. Surg End 2007



ESCISSIONE LOCALE TRANSANALE + RADIOTERAPIA

French guidelines
ENDOCAVITARY RADIOTHERAPY

- Controllo del **90%** dei casi
- **Strettissima selezione** uT1 N0

STUDI MULTICENTRICI IEO IN CORSO

SEC GISCoR: **Sorveglianza Endoscopica vs Chirurgia di radicalizzazione dopo polipectomia completa di un polipo maligno**

Fine prevista per Giugno 2008

SN GISCoR: **Valore predittivo linfonodo sentinella prelevato con procedura miniinvasiva o laparotomica nella stadiazione del carcinoma colorettale iniziale**

Fine prevista per Giugno 2007