



## Trattamento dopo exeresi locale di neoplasia colica o rettale pT1

### **Gruppo di Studio sui Tumori del Colon-Retto**

**Coordinatori:** Paolo Massucco, Racca Patrizia

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

**Componenti del Gruppo di Lavoro che hanno approvato il documento:** Vincenzo Adamo, Marco Allaix, Marco Francesco Amisano, Francesco Battafarano, Paola Bellomo, Paolo Bellora, Paolo Bertoli, Carlo Bima, Paola Buscaglia, Sara Bustreo, Simona Cauda, Mariella Cucchi, Mauro Garino, Matteo Gatti, Alex Luca Gerbino, Palmira Ghidoni, Carmela Giuffrida, Cristina Granetto, Mario Grassini, Pietro La Ciura, Sara Lattuada, Francesco Leone, Monica Leutner, Roberto Lo Tesoriere, Monsellato Igor, Marco Naddeo, Maria Emanuela Negru, Cristiano Oliva, Francesca Olivero, Luca Panier Suffat, Myriam Katja Paris, Roberto Perinotti, Paolo Pochettino, Roberto Rimonda, Giulio Salmè, Mauro Santarelli, Roberto Saracco, Franco Sarli, Piera Bernadetta Sciacero, Mauro Spandre, Maria Rosaria Telesca, Liana Todisco, Elena Silvia Traverso, Lucia Turri, Marcello Zago

Versione Numero 6, Data 30/11/2018

<p><b>Quesito relativo al documento di consenso</b></p>
<p>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?</p>
<p><b>Premessa</b></p>
<p>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.</p>
<p><b>Statement su adesione a Linee Guida Nazionali e/o internazionali</b></p>
<p>Dopo revisione della letteratura di riferimento e recensione delle linee guida selezionate</p>
<p><b>Motivazioni e commenti</b></p>
<p>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 comunque, la chirurgia che viene riservata a questi casi risulta essere subottimale dal punto di vista oncologico, con un numero di linfonodi <math>\geq 12</math> in meno del 40% dei casi.</p> <p>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 morbilità perioperatoria non trascurabili.</p>
<p><b>Raccomandazione del Gruppo di Studio</b></p>
<p>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 (allegato 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 però deve essere condotta in modo adeguato dal punto di vista oncologico (asportazione di almeno 12 linfonodi). In previsione di una possibile radicalizzazione chirurgica si raccomanda, contestualmente alla polipectomia (o appena disponibile l'esame istologico), eseguire un</p>

tatuaggio a valle della lesione.

Si attendono ulteriori studi per comprendere se esistono differenze di predittività tra i diversi fattori di rischio nel prevedere la probabilità di metastasi linfonodale.

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 anestesiológico 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).

Anche 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 COLORETTALE INIZIALE (pT1)**

#### REPERTO MACROSCOPICO

Lesione pervenuta integra o in frammenti

#### REPERTO MICROSCOPICO

ISTOTIPO *tumori mucinosi*

#### 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:<sup>§</sup> Sm 1 (basso grado)  
Sm 2-3 (alto grado)*

<sup>§</sup>OPZIONALE E SOLO PER LESIONI SESSILI

*Sec Haggitt:<sup>§</sup> livello 1-2 (basso rischio)  
livello 3-4 (alto rischio)*

<sup>§</sup>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 grado)
- Presente (alto grado)

### BUDDING TUMORALE

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

### PIANO DI EXERESI (MARGINE rispetto alla componente invasiva)

- Indenne (>/< 1 mm)
- 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**

<b>TC Torace-Addome</b>	entro 1 mese dalla diagnosi
<b>Colonscopia</b>	a 12 mesi
<b>Esame Clinico + CEA</b>	alla diagnosi e a 12 mesi
<b>RMN Pelvica nel Retto</b>	a 4 mesi

### **Bibliografia essenziale**

- Linee Guida AIOM 2017
- Practice parameters for early colon cancer management: Italian Society of Colorectal Surgery (Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale; SICCR) guidelines Tech Coloproctol (2015)
- Comparative clinicopathological characteristics of colon and rectal T1 carcinoma ONCOLOGY LETTERS 13: 805-810, 2017
- 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
- 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
- Meta-analysis of Predictive Clinicopathologic Factors for Lymph Node Metastasis in Patients with Early Colorectal Carcinoma J Korean Med Sci 2015
- Predicting lymph node metastasis in pT1 colorectal cancer: a systematic review of risk factors providing rationale for therapy decisions Endoscopy 2013
- Management of colorectal T1 carcinoma treated by endoscopic resection Yusuke Saitoh Digestive Endoscopy 2016
- Systematic review and meta-analysis of histopathological predictive factors for lymph node metastasis in T1 colorectal cancer J Gastroenterol 2015
- Pathologic predictive factors for lymph node metastasis in submucosal invasive (T1) colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis Surg Endosc 2013
- NCCN Guidelines Version 1.2018 Rectal Cancer
- Adjuvant chemoradiotherapy instead of revision radical resection after local excision for high-risk early rectal cancer. Jeong, Radiation Oncology 2016
- Meta-analysis of oncological outcomes after local excision of pT1-2 rectal cancer

requiring adjuvant (chemo)radiotherapy or completion surgery. Borstlap, BJS 2016

- Diagnosis and management of adenomas with invasive carcinoma: an Italian experience. F.P. Rossetti, A. Ferrari, M. Spandre, F. Scevola, M. Cavallero, N. Risio, S. Coverlizza, Raven Press. 1985 Torino
- Transanal endoscopic microsurgery for rectal cancer: T1 and beyond? An evidence-based review. M. E. Allaia, A. Arezzo, M. Morino Surg Endosc 2016