

**TRATTAMENTO DELL'ADENOCARCINOMA
T1
(ADENOMA CANCERIZZATO)**

**Il parere del chirurgo:
*Vincenzo Trapani***



**Azienda USL di Ferrara
Azienda Ospedaliero-Universitaria
di Ferrara**

In collaborazione con:



**LO SCREENING COLO-
RETTALE:
DALLE LINEE-GUIDA
EUROPEE AL
PROTOCOLLO DELLA
REGIONE EMILIA-
ROMAGNA**

Ferrara, sabato 17 novembre 2012

**Aula Magna Nuovo Arcispedale S.Anna
Cona, Ferrara**

Adenoma cancerizzato/Carcinoma colorettales iniziale (pT1)

DEFINIZIONE

Lesione adenomatosa comprendente una componente di adenocarcinoma infiltrante la mucosa

La forma più precoce di carcinoma dotato di potenzialità metastatiche ed il rischio di metastasi linfonodali complessivo è di circa il **10%**

Il timore di metastasi linfonodali può giustificare
Una terapia chirurgica resettiva oncologicamente
Radicale anche per le lesioni T1?

GASTROENTEROLOGY

Management of T1 colorectal carcinoma with special reference to criteria for curative endoscopic resection

Koichi Nakadoi,* Shinji Tanaka,† Hiroyuki Kanao,† Motomi Terasaki,* Sayaka Takata,* Shiro Oka,†
Shigeto Yoshida,† Koji Aribiro,‡ and Kazuaki Chayama*

Ann Surg Oncol

DOI 10.1245/s10434-012-2471-7

Annals of

SURGICAL ONCOLOGY

OFFICIAL JOURNAL OF THE SOCIETY OF SURGICAL ONCOLOGY

of

ORIGINAL ARTICLE – COLORECTAL CANCER

Resection with En Bloc after Endoscopic Resec

GASTROENTEROLOGY 2011;140:1909–1918

Hirotohi Kobayashi, MD¹, Tetsuro I
MD³, Megumi Ishiguro, MD², and K

CLINICAL—ALIMENTARY TRACT

Endoscopic Mucosal Resection Outcomes and Prediction of Submucosal Cancer From Advanced Colonic Mucosal Neoplasia

ALAN MOSS,* MICHAEL J. BOURKE,* STEPHEN J. WILLIAMS,* LUKE F. HOURIGAN,† GREGOR BROWN,§
WILLIAM TAM,|| RAJVINDER SINGH,|| SIMON ZANATI,¶ ROBERT Y. CHEN,# and KAREN BYTH**

Il timore di metastasi linfonodali può giustificare
Una terapia chirurgica resettiva oncologicamente
Radicale anche per le lesioni T1?

J Gastrointest Surg (2012) 16:165–172
DOI 10.1007/s11605-011-1746-9

2011 SSAT PLENARY PRESENTATION

Oncologic Colorectal Resection, Not Advanced Endoscopic Polypectomy, Is the Best Treatment for Large Dysplastic Adenomas

Joon Ho Jang • Emre Balik • Daniel Kirchoff • Wouter Tromp • Anjali Kumar • Michael Grieco • Daniel L. Feingold • Vesna Cekic • Linda Njoh • Richard L. Whelan

JGH Journal of **Gastroenterology**
and **Hepatology**



doi:10.1111/j.1440-1746.2011.06749.x

GASTROENTEROLOGY

Clinical features and prognosis of early colorectal cancer treated by endoscopic mucosal resection

Mi Na Kim,* Jung Mook Kang,[†] Jong In Yang,[†] Byoung Kwon Kim,[‡] Jong Pil Im,* Sang Gyun Kim,* Hyun Chae Jung,* In Sung Song* and Joo Sung Kim*

8.4 Management of pT1 cancers

8.4.1 Primary management

A pT1 cancer can be defined as an invasive cancer that is confined to the submucosa. pT1 cancers are also commonly referred to as polyp cancers because they are generally detected and removed endoscopically. Although the evidence base relating to the management of these lesions is weak (Bentrem et al. 2005; Endreseth et al. 2005; Hahnloser et al. 2005; Floyd & Saclarides 2006; Chok & Law 2007), there has been one narrative review of this subject, and the recommendations given here are derived from the evidence cited in this review (Mitchell & Haboubi 2008).

The primary management of a pT1 cancer is, by definition, identical to that of an adenoma (see Sect. 8.3). In most cases the diagnosis of pT1 cancer is made on histological examination of the endoscopically excised lesion but the following features raise the suspicion of a polyp cancer:

- Lesion is larger than 20 mm;
- Lesion is uncharacteristically hard; or
- Lesion is ulcerated.

Identification of a previous polypectomy site may be difficult and can cause problems for the surgeon in deciding on the anatomical region to be removed if completion surgery (see below) is required. This problem can be overcome by injecting India ink sub-mucosally at the site of a suspected pT1 cancer at the time of its removal (**VI - C**).^{Rec 8.16} India ink tattooing should be performed distal to the lesion and include at least three quadrants of the bowel. Care should be taken to avoid "Indian ink peritonitis" by initial raising of the mucosa with saline.

pT1 cancers can be categorised into **low-risk** and **high-risk** lesions according to their likelihood of being associated with lymph node metastases:

- Low risk: Well or moderately differentiated and no lymphovascular invasion; rate of lymph node metastases <5%
- High risk: Poorly differentiated and/or lymphovascular invasion; rate of lymph node metastases ~35%

The significance of venous invasion is currently unknown.

8.4.2 Completion surgery

Patients with a histologically confirmed, completely removed low-risk pT1 cancer do not require additional surgery, due to their low risk of lymph node metastases. In patients with a high-risk polyp cancer with clear margins (RO), the multidisciplinary team should be consulted on whether completion surgery involving removal of the part of the large bowel in which the polyp was situated, along with radical lymphadenectomy, for both rectal cancer (II - A) and colon cancer (VI - A) is recommended.

^{Rec 8.17} If surgical resection is recommended, consideration should be given to obtaining an opinion from a second histopathologist, as variation exists in evaluating high risk features (See also Ch. 7, Sect. 7.5.3 and Rec. 7.7) (VI - B).^{Rec 8.17} The precise nature of the surgery will of course depend on the site of the pT1 cancer. It may be difficult to precisely locate the site of the previous polypectomy and for this reason inking of the site at the time of initial polypectomy is advised when there is any clinical suspicion of polyp cancer (see above).

It should be noted that if a suspected pT1 cancer has been *incompletely* removed, lack of invasion beyond the submucosa cannot be guaranteed, and thus even in the situation where the lesion is well or moderately differentiated with no lymphovascular invasion, further treatment is required. This will usually take the form of completion surgery, although repeat endoscopic excision may be possible and appropriate in some situations.

In summary, current consensus would classify a pT1 cancer as high-risk requiring completion surgery in the following circumstances:

- When invasive cancer is seen at or within 1 mm of the resection margin;
- Where the cancer is poorly differentiated; or
- Where there is evidence of lymphovascular invasion within the resected specimen.

OPZIONI TERAPEUTICHE

La Polipectomia Endoscopica rappresenta l'opzione terapeutica di primo livello

La chirurgia rimane il trattamento di scelta in caso sia impossibile la rimozione completa della lesione per via endoscopica

Qualora la lesione non fosse stata marcata in fase diagnostica il tatuaggio andrà eseguito indicativamente entro le 2 settimane

Adenoma cancerizzato/Carcinoma colorettaie iniziale (pT1)

RISCHIO DI SVILUPPARE METASTASI LINFONODALI

Alto rischio

- Alto grado istologico della componente invasiva (scarsa differenziazione)
- Invasione vascolare
- Interessamento del margine di resezione



Radicalizzazione chirurgica

Basso rischio

- ✓ Ben/moderatamente differenziato
- ✓ Assenza di invasione vascolare
- ✓ Margine di resezione indenne (> 1 mm)



Follow-up standardizzato
Clinico-endoscopico

Adenoma cancerizzato/Carcinoma coloretale iniziale (pT1)

RISCHIO DI SVILUPPARE METASTASI LINFONODALI

Ulteriori parametri prognostici

- ❖ Budding tumorale (presenza di cellule carcinomatose isolate o in piccoli gruppi)
- ❖ Spessore dell'infiltrazione della sottomucosa
- ❖ Ampiezza dell'infiltrazione della sottomucosa

Ruolo ancora non ben definito

Adenoma cancerizzato/Carcinoma colorettale iniziale (pT1)

TERAPIA CHIRURGICA

La terapia chirurgica deve rispettare i parametri di radicalità oncologica

la sola escissione locale è accettabile per i T1 a basso rischio (sm1)

paziente non candidabile alla chirurgia radicale

La chirurgia delle neoplasie colo-rettali si fonda su concetti di tipo oncologico e presupposti anatomici e prevede tecniche chirurgiche differenti in funzione della sede

Adenoma cancerizzato/Carcinoma colorettales iniziale (pT1)

TERAPIA CHIRURGICA

La terapia chirurgica deve rispettare i parametri di radicalità oncologica

la sola escissione locale è accettabile per i T1 a basso rischio (sm1)

paziente non candidabile alla chirurgia radicale

Il colon, anatomicamente distinto in 7 segmenti:

- Cieco
- colon ascendente
- flessura epatica
- colon trasverso
- flessura splenica
- colon discendente
- colon sigmoideo

da un punto di vista di anatomia chirurgica, per motivi di vascolarizzazione e drenaggio linfatico, viene suddiviso in **colon destro** e **colon sinistro**.

Adenoma cancerizzato/Carcinoma coloretale iniziale (pT1)

TERAPIA CHIRURGICA

La terapia chirurgica deve rispettare i parametri di radicalità oncologica

la sola escissione locale è accettabile per i T1 a basso rischio (sm1)

paziente non candidabile alla chirurgia radicale

Il retto, il cui margine superiore viene definito anatomicamente dalla III vertebra sacrale e chirurgicamente dal promontorio sacrale, rappresenta gli ultimi 15-18 cm dalla linea anorettale al giunto retto-sigma e viene suddiviso in tre parti di uguali dimensioni (superiore o alto, medio ed inferiore o basso).

Una exeresi oncologicamente corretta prevede:

- asportazione in blocco del tumore con margini longitudinali e radiali integri e liberi da malattia
- legatura vascolare all'origine o a livello di rami di primo ordine per una linfadenectomia adeguata: l'esame istologico dovrà documentare **almeno 12 linfonodi**
- asportazione di almeno 5 cm di mesoretto caudale al limite inferiore della neoplasia del retto superiore ed escissione totale del mesoretto (TME) per neoplasie del retto medio-inferiore.

QUALE APPROCCIO?

Increasingly, laparoscopic surgery is being used to treat colon cancer, and screen-detected colon cancer is often amenable to this approach. The evidence suggests that advantages of laparoscopic surgery are related to short-term rather than long-term outcomes, but randomised controlled trials indicate that it is oncologically safe (Kuhry et al. 2008). Thus where appropriate, laparoscopic colorectal surgery should be considered **(I - A)**.^{Rec 8.22} However, it is essential that if laparoscopic surgery is employed, the oncological principles outlined above are adopted. It is also essential that the surgeons carrying out laparoscopic surgery be fully trained in this technique.

European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis - First edition

La chirurgia laparoscopica del colon-retto, sotto il profilo oncologico, deve rispettare gli stessi parametri di cui sopra. Il chirurgo la può praticare quando è in grado di garantire la stessa radicalità oncologica della tecnica laparotomica

Chirurgia Laparoscopica vs laparotomica nel cancro del Colon

	COST	CLASSIC	COLOR	Barcellona	Braga	Milsom	Liang
T. per la canalizzazione		=	-	-	-	-	-
Dolore						-	-
Uso di analgesici	-		-			-	
Degenza	-	-	-	-	-	=	
Tempi operatori	+	+	+	+	+	+	+
Perdite ematiche			-	-	-	=	
N. linfonodi asportati	=	=	=	=	=	=	=
Margini di resezione + Morbosità post operatoria	=	=	=	-	-	=	=
Mortalità post operatoria	=	=	=	=	-	=	
Qualità di vita	=	=			+		
Sopravvivenza globale	=	=	=	=	=		
T. libero da malattia	=	=	=	=	=		
Recidiva Locale	=	=	=				
Recidiva a distanza	=	=	=	=			=
Recidiva su parete/port	=	=	=	=	=	=	=

Risultati a breve ed a lungo termine degli studi randomizzati controllati su vasta scala che confrontano la tecnica laparoscopica con quella tradizionale nella chirurgia del colon. (legenda: - minore, = equivalente + maggiore rispetto alla tecnica laparotomica)

Chirurgia Laparoscopica vs laparotomica nel cancro del Retto

	Araujo	CLASICC	Ng(45)	Ng(44)	Leung
T per la canalizzazione			-	-	-
Dolore			=		
Uso di analgesici			-	-	-
Degenza	=		=	-	-
Tempi operatori	-		+	+	+
Perdite ematiche	=		=	=	-
N. linfonodi asportati	-		=	=	=
Margini resezione +		=	=	=	
Morbosità postoperatoria	=		=	=	=
Mortalità postoperatoria			=	=	=
Sopravvivenza globale		=	=	=	=
Periodo libero da malattia		=	=	=	=
Recidiva locale	=	=	=	=	=
Recidiva a distanza		=			=

Risultati dell'outcome a breve e a lungo termine riscontrati nei trials randomizzati controllati che hanno comparato la tecnica laparoscopica a quella tradizionale nella chirurgia del cancro del retto

Azienda USL di Ferrara
Azienda Ospedaliero-Universitaria
di Ferrara

In collaborazione con:



**LO SCREENING COLO-
RETTALE:
DALLE LINEE-GUIDA
EUROPEE AL
PROTOCOLLO DELLA
REGIONE EMILIA-
ROMAGNA**

Ferrara, sabato 17 novembre 2012

Aula Magna Nuovo Arcispedale S.Anna
Cona, Ferrara

Azienda USL di Ferrara
Azienda Ospedaliero-Universitaria
di Ferrara

In collaborazione con:



**LO SCREENING COLO-
RETTALE:
DALLE LINEE-GUIDA
EUROPEE AL
PROTOCOLLO DELLA
REGIONE EMILIA-
ROMAGNA**

Ferrara, sabato 17 novembre 2012

Aula Magna Nuovo Arcispedale S.Anna
Cona, Ferrara



Azienda USL di Ferrara
Azienda Ospedaliero-Universitaria
di Ferrara

In collaborazione con:



**LO SCREENING COLO-
RETTALE:
DALLE LINEE-GUIDA
EUROPEE AL
PROTOCOLLO DELLA
REGIONE EMILIA-
ROMAGNA**

Ferrara, sabato 17 novembre 2012

Aula Magna Nuovo Arcispedale S.Anna
Cona, Ferrara

PARERE DELL' A.PATOLOGO

PARERE DELL'ENDOSCOPISTA



PARERE DEL CHIRURGO sm 3

