

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

Ferrara, sabato 17 novembre 2012

Trattamento dell'adenocarcinoma T1 (adenoma cancerizzato)

R. Sassatelli

Endoscopista Reggio Emilia

Storia del T1 secondo me

- Lo conosco da almeno vent'anni
- Non si riesce a fare un convegno sul CCR senza parlarne (spesso inutilmente)
- Non si riesce a parlarne mai seriamente
- Non si riesce ad incidere realmente sulla sua gestione (almeno mi pare)
- PERCHE' ?

Che cosa è

- Un cancro che si riesce a trattare endoscopicamente
- Un cancro iniziale , splendida performance del programma di screening
- Una lesione sheep/wolf della quale ancora non conosciamo se time-biased/itself-determined
- Una lesione della quale dobbiamo decidere a CHI spetta l'appropriato trattamento

Che cosa è

- Haggit
- Kikuchi
- Microstaging
- Questo per il patologo , ve ne parla Giovanni

CANCERISED ADENOMA: Carcinoma Microstaging

European Guidelines for Quality Assurance
 in Colorectal Cancer Screening



European Commission

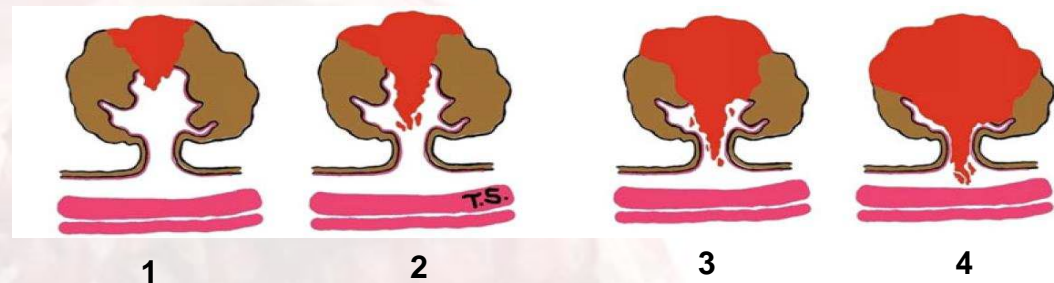
pT1 Cancer
 Substaging

Neither the Kikuchi (for sessile lesions) nor Haggitt (for polypoid tumors) are easy to use in practice. The depth and the width of invasion provides a more objective measure.

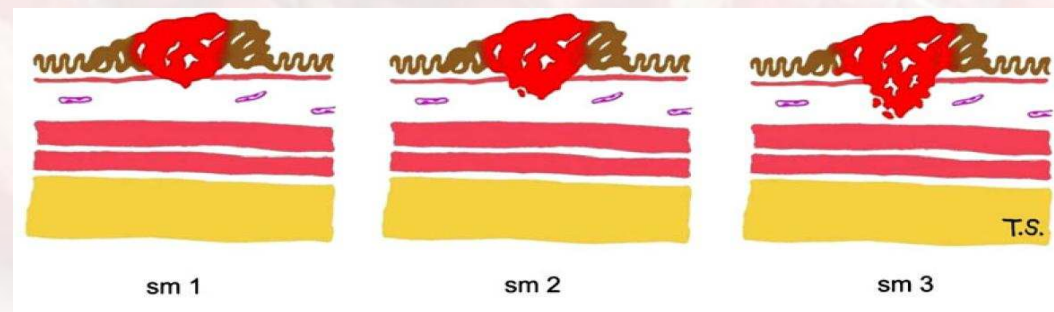
Each classification has advantages and disadvantages.

All three approaches need to be evaluated on large series from screening programmes to derive evidence-based recommendations.

[Quirke, Riso, Lambet, Vieth 2010]

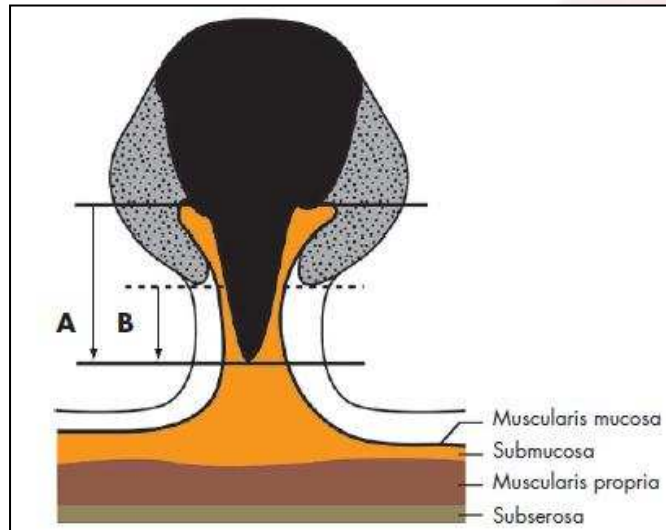


Haggitt Levels

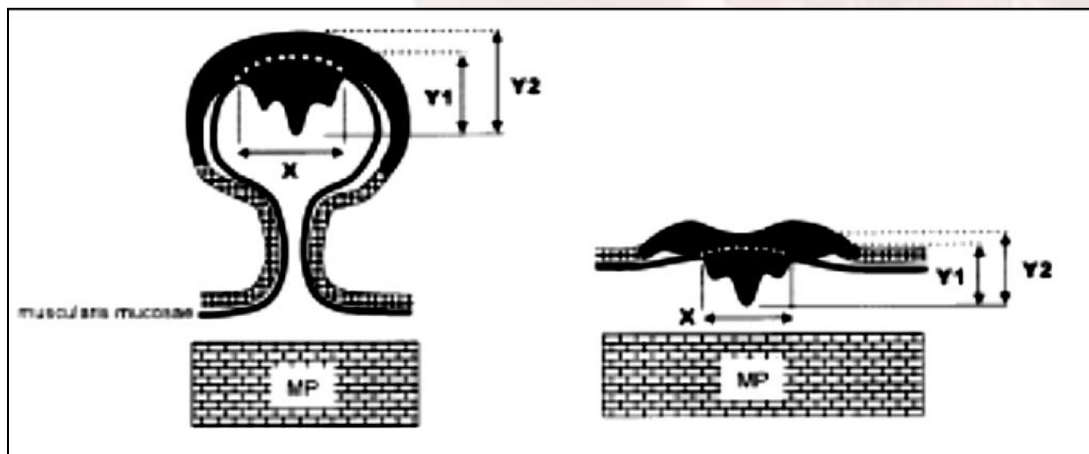


Kikuchi Levels

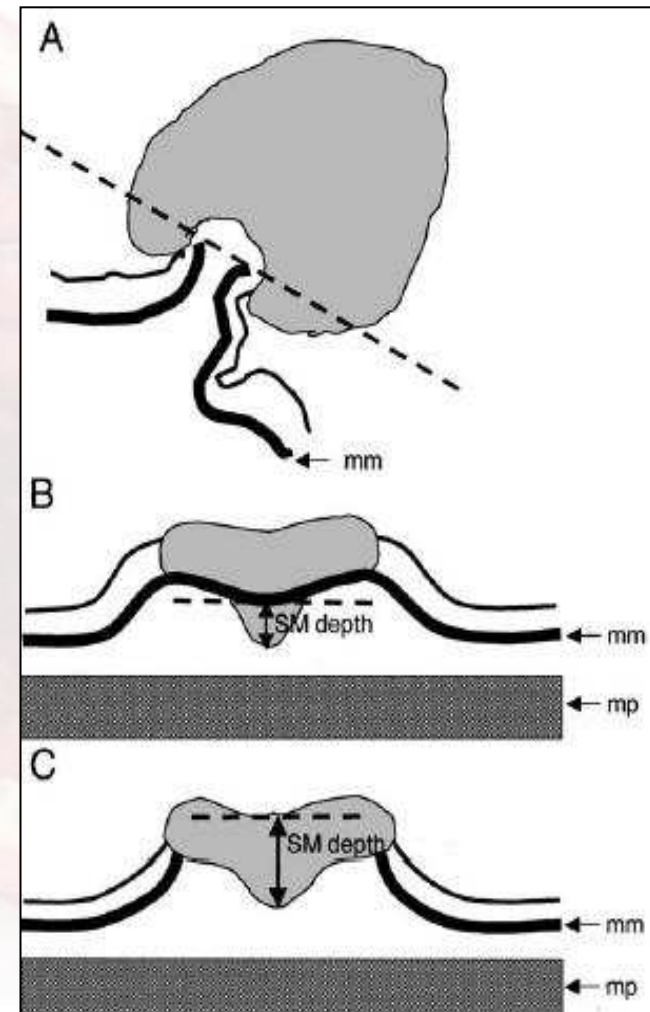
CANCERISED ADENOMA: Carcinoma Microstaging



[Sohn et al, 2007]



[Ueno et al, 2004]



[Kitajima et al, 2004]

Come lo vediamo

- Con “antichi criteri britannici”
(firmness, easy bleeding..)
- Rinnovati (non-lifting sign...)
- Il PIT , l'EUS...
- La variabilità individuale
(setting, competence, paziente)

essenzialmente

*Una lesione che abbiamo trattato
endoscopicamente con intento radicale
e della quale abbiamo appreso
dall'esito istologico che era infiltrante*

ma il problema principale è
*scoprire che non è stata
asportata adeguatamente*

60/85 (70.5%) con margine libero < 1 mm
per 33/85 (38.82%) unico fattore di rischio (no Is-H)

casistica SEC-GiSCoR

86/221 polipectomie (38.9%)
con margine interessato o incerto

Gill MD et al, 2012

Table 7 Comparison between performer treatment (clinical surveillance vs. surgical radicalization) and preoperative risk profile

Risk profile	Clinical surveillance (%)	Surgical radicalization (%)	Total (%)
Low risk	32 (86.5)	5 (13.5)	37 (100)
High risk	10 (12)	73 (88)	83 (100)
Total	42 (35)	78 (65)	120

Table 8 Surgical procedures and preoperative risk profile in recruiting center

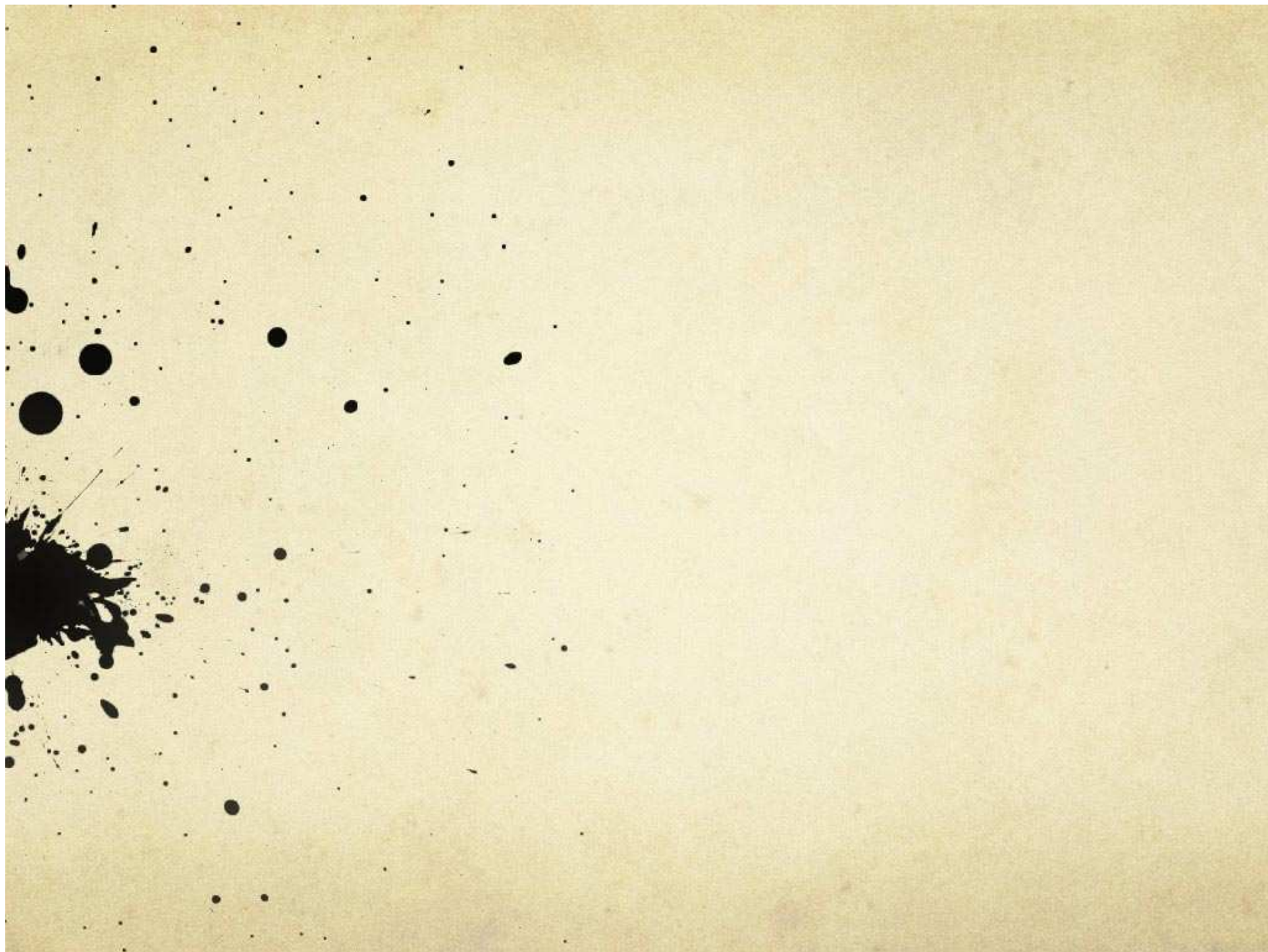
	Total	Surgery	
		High risk (%)	Low risk (%)
A	86	100	0
B	30	92.3	7.7
C	4	0	100

cosa ci aiuta per guidare il trattamento endoscopico?

- Le dimensioni: no
- Il PIT: direi di si
- L'EUS: direi di no

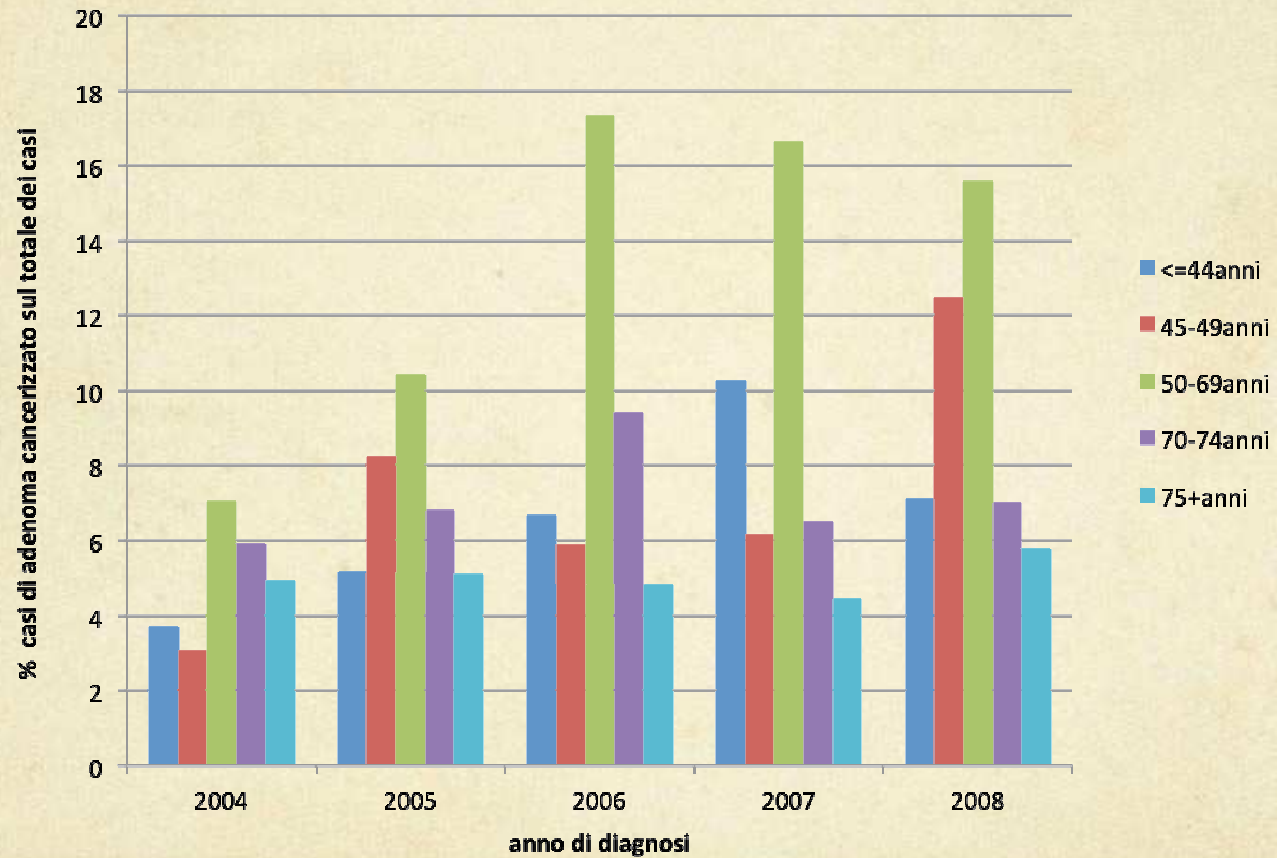
Saito, 2011

- 1111 colorectal ESD
- significativa dispersione centri
- 356 TA, 519 KiM (!), 112 sm1, 101 sm2-3
- En-bloc 88%, R0 89%
- Perforazioni 4.9% (54 pts)
- Sanguinamento 1.5%
- Ma alla fine della fola ... operati per complicanze **5 pts**



Adenomi cancerizzati

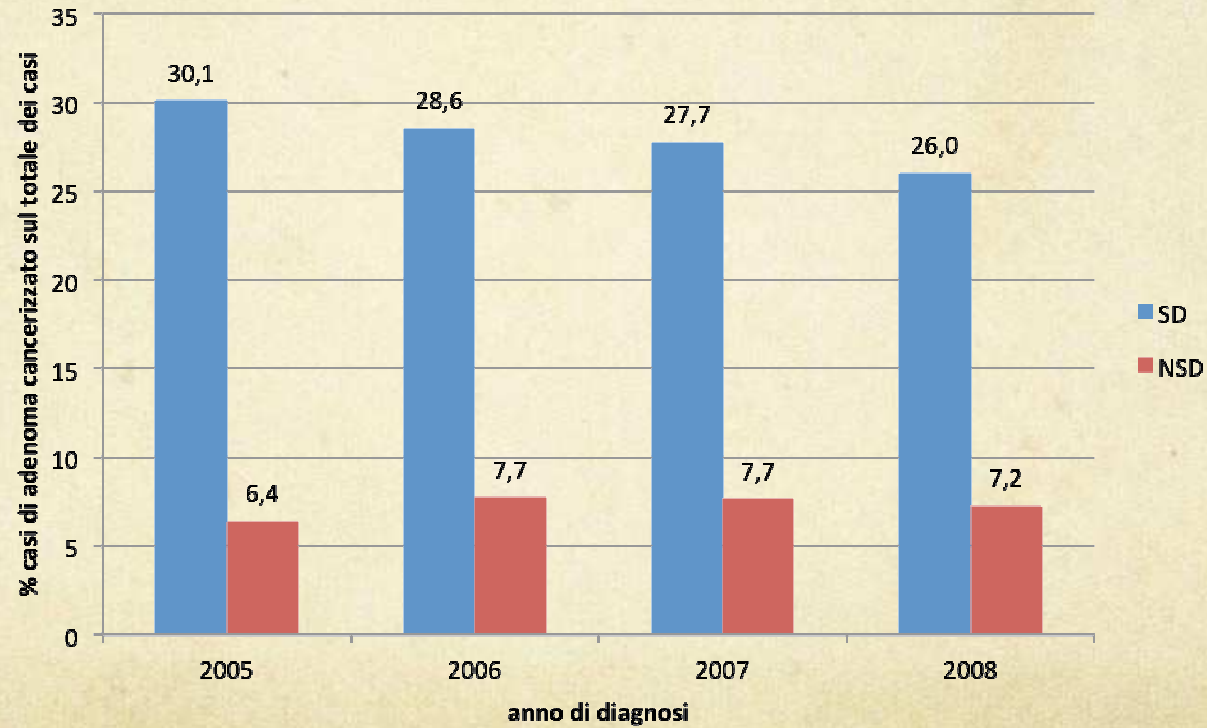
Distribuzione percentuale degli adenomi cancerizzati sul totale dei casi



Adenomi cancerizzati

Distribuzione percentuale degli adenomi cancerizzati sul totale dei casi per stato di screening e anno di diagnosi

Età 50-69 anni
2005 - 2008



In fine follow-up...

Basso rischio: valutazione locale ad un anno...

Table 2 Endoscopy arm: follow-up schedule for low-risk malignant polyps

Examination	MOs 0	MOs 3	MOs 6	MOs 12	MOs 18	MOs 24	MOs 36	MOs 48	MOs 60
Visit ^a	×	×	×	×	×	×	×		×
CEA ^b	×		×	×	×	×	×		×
Abdomen US/CT	×			×		×			×
Endoscopy (rectum only)	×	×		×				×	
Echoendoscopy (rectum only) ^c	×			×					
Chest X-ray	×			×					×

^a Clinical examination (at least phone call) is compulsory, while diagnostic examinations may be programmed differently according to the clinician's opinion, so long as they are duly registered

^b CEA assessment during follow-up is left to the clinician's choice, based on the baseline values

^c Echoendoscopy may be replaced by pelvic CT scan or MRI. Baseline echoendoscopy (month 0) has to be performed before surgery in the "Surgery" arm, after polypectomy in the "Endoscopic surveillance" arm

question time per la TR (et al)

- Quanti gestiscono i T1 con MDT?
- Ci sono novità evidenti nella MS/caratterizzazione dei T1?
- Abbiamo strumenti, competence, concordanza per il PP?
- Come identificare e mettere in rete la competence per ESD?
- Quali percorsi portano a radicalizzazione chirurgica i T1LR?
- Chi tiene in follow-up i T1LR?