

ALLEGATO 1

CONTROLLO ENDOSCOPICO DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A POLIPECTOMIA

DEFINIZIONI

COLONSCOPIA DI FOLLOW UP: “La prima pancoloscopia dopo clean colon”

Tutte le indagini eseguite nel percorso di eradicazione di una lesione (es. grosso polipo) e le lesioni multiple o per toilette insufficiente non sono definite esami di follow up.

POLIPOSI IPERPLASTICA: N° di polipi > di 20 o polipo iperplastico \geq 1 cm

Un polipo non recuperato ai fini della sorveglianza deve essere considerato: se < a 5 mm come un adenoma a basso rischio; se > di 5 mm come adenoma avanzato.

N°E TIPO POLIPO/I	1° CONTROLLO	CONTROLLI SUCCESSIVI
Polipo iperplastico	FOBT a 5 anni	
Poliposi iperplastica	Colonscopia a 5 anni	Se negativa FOBT a 5 anni
Adenoma a basso rischio: <ul style="list-style-type: none">▪ \leq 2 polipi▪ < 1 cm▪ tubulare	Colonscopia dopo 5 anni	Se negativa FOBT a 5 anni
Adenomi a alto rischio: <ul style="list-style-type: none">▪ displasia di alto grado▪ \geq 1 cm▪ Componente villosa > 25% Adenomi multipli : <ul style="list-style-type: none">▪ tra 3 e 10 polipi	Ripetere la colonscopia dopo 3 anni	Se negativa ripetere la colonscopia dopo 3 anni; se ancora negativa FOBT a 5 anni
<ul style="list-style-type: none">▪ Polipo sessile \geq 2 cm (<i>large sessile polyp</i>)▪ Polipectomia incompleta o “piecemeal”	Ripetere la colonscopia dopo 3-6 mesi fino a clearance della lesione e verifica clean colon	Se negativa ripetere la colonscopia dopo 3 anni; se ancora negativa FOBT a 5 anni
Più di 10 adenomi	<ul style="list-style-type: none">▪ Management individuale▪ Considerare l'ipotesi di una sindrome poliposica	
Adenoma con Carcinoma Intramucoso (TIS)	<ul style="list-style-type: none">▪ Come Adenoma ad Alto Rischio	

Note:

- se ai controlli successivi la colonscopia risulta positiva, decidere la modalità del follow up in base al numero e alle caratteristiche del/dei polipo/i;
- i “polipi sessili serrati” seguono lo stesso management dei polipi adenomatosi;
- qualora la polipectomia sia incompleta marcare sempre con inchiostro il sito per l'identificazione nei controlli successivi;
- la durata della sorveglianza endoscopica va rapportata alle condizioni generali del paziente ed alla sua aspettativa di vita.

MANAGEMENT DEL POLIPO MALIGNO

POLIPO PEDUNCOLATO	basso rischio	alto rischio
Differenziazione del carcinoma	alta o moderata (grading 1-2)	scarsa (grading 3-4)
Invasione vascolare o linfatica dell'asse del polipo	assente	presente
Margini di resezione	≥ 2 mm di margini liberi dalla resezione	coinvolti o non definiti
Management	Follow up endoscopico: a 6 mesi – 1anno – 3anni - 5anni	Chirurgia.

POLIPO SESSILE	basso rischio	alto rischio
Differenziazione del carcinoma	alta o moderata (grading 1-2)	scarsa (grading 3-4)
Margini di resezione	≥ 2 mm di margini liberi dalla resezione	≤ 1 mm di margini liberi dalla resezione
Profondità di infiltrazione (Classificazione di Vienna)	< 1000μ (SM 1)	> 1000μ
Management	Follow up endoscopico: a 6 mesi – 1anno – 3anni - 5anni	Chirurgia.

Note:

- per polipo maligno si intende un cancro che attraversa la *muscularis mucosae* fino alla sottomucosa (pT1). pTis non è considerato un “polipo maligno”, perché non ha potenziale biologico a metastatizzare
- per basso ed alto rischio di intende : “di sviluppare metastasi linfonodali loco-regionali”
- tutti i pazienti con cancro del colon dovrebbero essere sottoposti ad una approfondita anamnesi familiare (necessario escludere HNPCC, FAP e FAP attenuata)
- in caso di opzione chirurgica valutare età, comorbidità e rischio chirurgico

Tabella III : MODALITA' DI FOLLOW UP ENDOSCOPICO DEL CR COLO-RETTALE

CR COLON	Stadio Dukes A	colonscopia a 12 mesi → negativa → controllo a 3 e 5 anni
	Stadio Dukes B e C	colonscopia a 12 mesi → negativa → controllo a 3 e 5 anni
CR RETTO	Stadio Dukes A	rettoscopia (+ eventuale eco-ransrettale/EUS) a 12 mesi → negativa → controllo a 3 anni e 5 anni
	Stadio Dukes B e C	rettoscopia (+ ev. eco-transrettale/EUS) ogni 6 mesi per 3 anni → colonscopia totale a 1, 3 e 5 anni

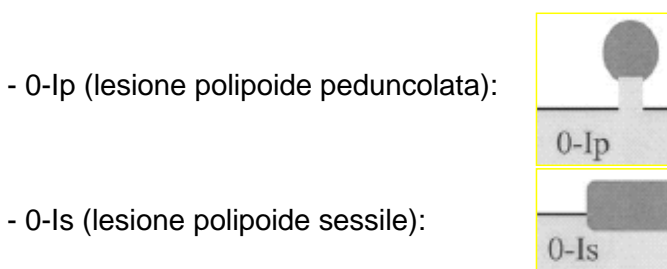
NUOVA CLASSIFICAZIONE ENDOSCOPICA DELLE LESIONI POLIPOIDI E NON POLIPOIDI DEL COLON

Nel workshop multidisciplinare di Parigi del Novembre 2002 si definisce una nuova classificazione delle lesioni polipoidi e non polipoidi del colon, comprendente anche le lesioni neoplastiche superficiali del colon, frequentemente rilevate grazie alla diffusione dello screening del carcinoma del colon-retto.

Definizione di lesione neoplastica **“superficiale”** del colon: neof ormazione il cui aspetto endoscopico suggerisce una profondità di penetrazione non superiore alla sottomucosa. Tali lesioni definite di tipo 0, vengono ulteriormente sotto-classificate in lesioni di tipo *polipoidi* (tipo 0-I) e *non polipoidi* (tipo 0-II).

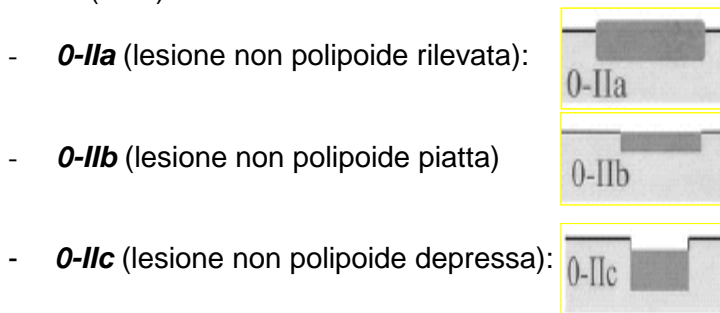
- **Lesioni superficiali polipoidi (tipo 0-I)**

Le lesioni superficiali polipoidi si distinguono in peduncolate (0-Ip) e sessili (0-Is)

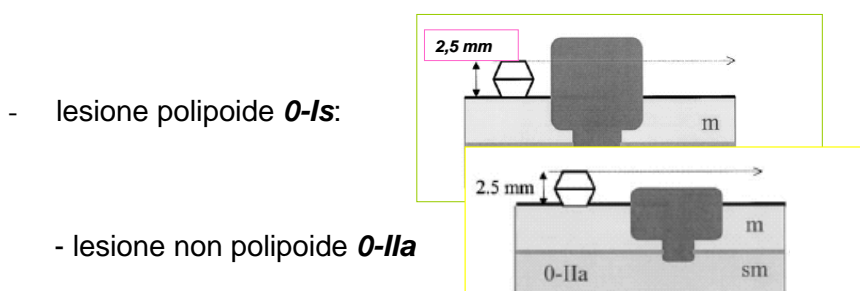


- **Lesioni superficiali non polipoidi (tipo 0-II)**

Le lesioni superficiali non polipoidi si distinguono in lievemente rilevate (0-IIa), piatte (0-IIb) e depresse (0-IIc):

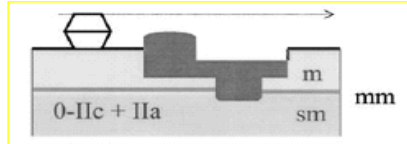


La differenza tra la lesione polipoidi sessile (0-Is) e la lesione non polipoidi rilevata (0-IIa) è data dall'altezza rispetto al piano mucoso: **superiore a 2,5 mm** (l'altezza delle valve chiuse della pinza bioetica) nel primo caso, **inferiore a 2.5 mm** nel secondo caso:

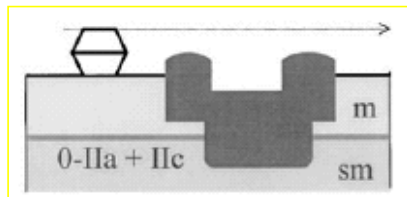


Le lesioni non polipoidi possono poi essere di tipo misto, con parte rilevata e parte depressa rispetto al piano della mucosa. A seconda dell'importanza delle due componenti si possono quindi ulteriormente dividere:

- Lesioni non polipoidi miste con componente depressa quantitativamente maggiore di quella rilevata: **0-IIc + IIa**



- Lesioni non polipoidi miste con componente rilevata quantitativamente maggiore di quella depressa: **0-IIa + IIc**



Esistono infine lesioni di dimensioni superiori a 2 cm, definite con il termine **LST (Lateral Spreading Tumor)**, caratterizzate dalla presenza di innumerevoli piccoli polipi. In base alle loro caratteristiche tali lesioni si dividono ulteriormente nelle categorie sotto riportate:

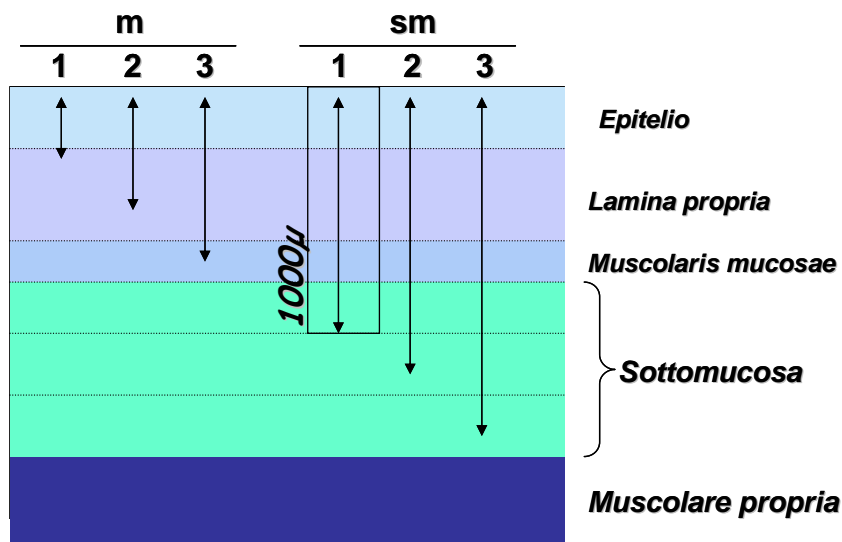
CLASSIFICAZIONE MACROSCOPICA DEI LATERALLY SPREADING TUMOURS (LST)	
Tipologia	Schema
Granulare uniforme	
Granulare mista	
Non-granulare	

Significato e finalità della nuova classificazione:

1. Permette una descrizione universale delle lesioni riscontrate nel colon, uniformando il linguaggio dei centri endoscopici
2. Molte lesioni riscontrate durante lo screening del carcinoma del colon sono di tipo superficiale

3. Correla l'aspetto endoscopico con il grado di infiltrazione neoplastica (grado di invasione della sottomucosa secondo la classificazione di Parigi). Infatti le lesioni rilevate (*0-IIa*), quelle più comunemente riscontrate, presentano una bassa percentuale di neoplasie infiltranti la sottomucosa (< 1000 μ di profondità) e sono quindi suscettibili di un trattamento endoscopico definitivo mentre quelle depresse (*0-IIc*) sono spesso associate a neoplasie con infiltrazione profonda (> 1000 μ), per cui la mucosectomia endoscopica rappresenta un trattamento non definitivo per il rischio di metastasi linfonodali loco-regionali.

Per la valutazione di efficacia della mucosectomia endoscopica il parametro di riferimento condiviso è dato dal grado di infiltrazione in profondità dell'eventuale carcinoma. Infatti, tanto maggiore è il grado di infiltrazione a livello della sottomucosa, tanto maggiore sarà il rischio di concomitanti metastasi linfonodali loco-regionali. Il valore di 1000 μ è considerato il limite massimo di infiltrazione a livello della sottomucosa (corrispondente a sm1) per considerare sicura e definitiva la mucosectomia endoscopica:



In caso di infiltrazione sino a sm1 l'incidenza di metastasi linfonodali è trascurabile, in caso di infiltrazioni più profonde l'incidenza è oltre il 15%:

	Metastasi Inn (%)
sm1	0 - 2
sm2	0 - 11
sm3a	0 - 15
sm3b	0 - 15
sm3c	21

BIBLIOGRAFIA

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Colorectal Cancer Screening. Version 1.2010.
- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Colon Cancer. Version 1.2010.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Ann Intern Med.* 2008;149:627-637.
- Douglas K. Rex, Charles J. Kahi, Bernard Levin, et al. Guidelines for Colonoscopy Surveillance after Cancer Resection: A Consensus Update by the American Cancer Society and US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *CA Cancer J Clin* 2006;56:160–167.
- David A. Lieberman. Screening for Colorectal Cancer. *N Engl J Med* 2009;361:1179-87.
- Participants in the Paris Workshop. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointestinal Endoscopy* 2003, vol. 58 (suppl) pag.S3-S22
- Update on the Paris classification of superficial neoplastic lesions in the digestive tract. Endoscopic Classification Review Group. *Endoscopy.* 2005 Jun;37(6):570-8.
- Yasuda et al. Risk factors for occult lymph node metastasis of colorectal cancer invading the submucosa and indications for endoscopic mucosal resection. *Dis Colon Rectum.* 2007 Sep;50(9):1370-6.