

GISCOR2014

TAVOLA ROTONDA

I tumori del retto in ambito di screening
una criticità?

Criticità per i programmi

Paola Cassoni

Università di Torino

UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI TORINO
ALMA UNIVERSITAS
TAURINENSIS



Cosa ci manca: focus on T1

Le due zone di grigio all' inizio del percorso

- **La diagnosi standardizzata dei T1**
- **La gestione “pesata” dei T1: il setting multidisciplinare**

La diagnosi standardizzata dei T1

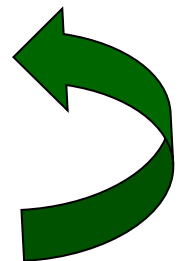
Best practice nel report istologico:

la refertazione utile alla gestione del paziente deve prevedere l'inclusione di tutti i parametri necessari per la scelta chirurgia vs non chirurgia



Alto rischio vs basso rischio

**I requisiti minimi irrinunciabili
della refertazione istologica**



T1 High Risk

Recidiva:

Metastasi LN:

C) FRAMMENTI DI ADENOCARCINOMA INIZIALE MODERATAMENTE DIFFERENZIATO (G2), CON AREE DI SCARSA DIFFERENZIAMENTO (G3) DEL GROSSO INTESTINO INSORTO IN ADENOMA TUBULO-VILLOSO (cd ADENOMA CANCERIZZATO) (pT1, sm3).

Grado istologico: Moderatamente differenziato (G2) con campi G3

Profondità di invasione: Tumore che invade la sottomucosa (**pT1**)

Livello di invasione della sottomucosa: sm3 (Sec. Kikuchi).

Profondità di invasione della sottomucosa: > 2 mm.

Ampiezza di invasione della sottomucosa: > 4 mm.

Invasione vascolare ematica o linfatica: Non evidente sulle sezioni esaminate

Budding tumorale: alto grado

Rapporto quantitativo tessuto adenomatoso/adenocarcinoma: 60/40

Margini di resezione: marginale di resezione chirurgica diffusamente infiltrato da adenocarcinoma

T1 Low Risk

ADENOCARCINOMA INIZIALE MODERATAMENTE DIFFERENZIATO (G2) DEL GROSSO INTESTINO INSORTO IN ADENOMA TUBULO-VILLOSO (cd ADENOMA CANCERIZZATO) (pT1,sm1).

Grado istologico

Moderatamente differenziato (G2)

Crescita: Infiltrante

Profondità di invasione: Tumore che invade la sottomucosa (pT1)

Livello di invasione della sottomucosa: sm1 (Sec. Kikuchi).

Profondità di invasione della sottomucosa: < 1 mm.

Ampiezza di invasione della sottomucosa: < 2 mm.

Invasione vascolare ematica o linfatica: Non evidente sulle sezioni esaminate

Budding tumorale: (basso grado)

Rapporto quantitativo tessuto adenomatoso/adenocarcinoma : 95/5

Margini di resezione: margini di resezione chirurgica -ove valutabile- indenne

Dati screening Torino

Qualità del trattamento

La completezza del referto istologico in relazione alla valutazione dei criteri di rischio metastatico è passata da 65.0% nel periodo 2000-2003 a 88.9% nel periodo 2008-2012 ($p < 0.05$).

La proporzione di casi asportati en bloc all'endoscopia per cui è stato richiesto un secondo parere è passata dal 5.0% al 24.4%.

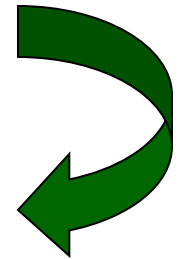
Management and short-term outcome of malignant colorectal polyps in the north of England¹

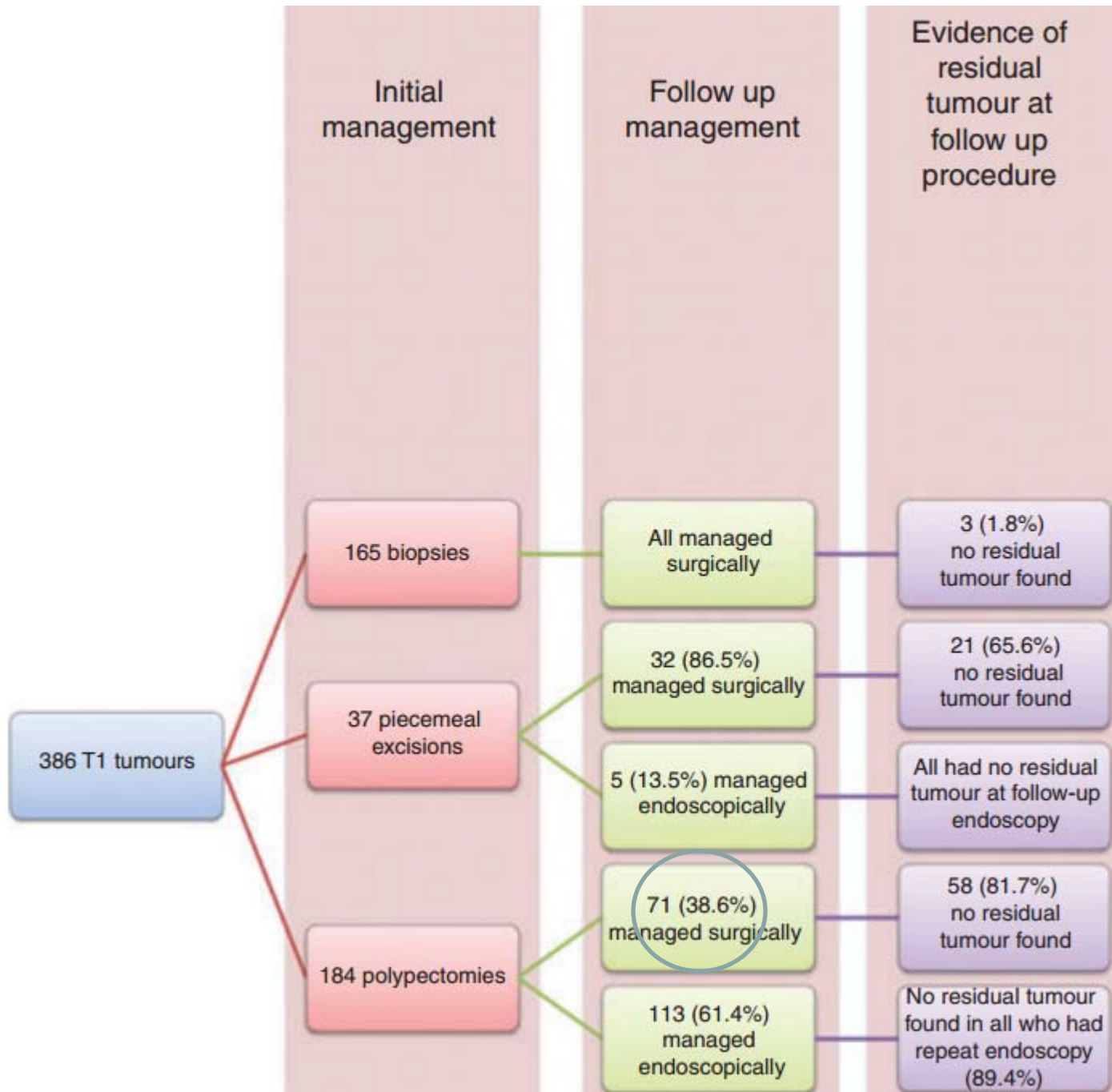
M. D. Gill*†, M. D. Rutter†‡§ and S. J. Holtham*†¶

*NORCCAG (NORthern Colorectal Cancer Audit Group), Wansbeck General Hospital, Northumberland, UK, †NREG (Northern Region Endoscopy Group), UK, ‡University of Durham, Stockton-on-Tees, UK, §Department of Gastroenterology, University Hospital North Tees, Stockton-on-Tees, UK and ¶Department of Surgery, Sunderland Royal Hospital, Sunderland, UK

Received 7 February 2012; accepted 25 April 2012; Accepted Article online 18 June 2012

After initial endoscopic diagnosis, the decision to manage each patient by surgical resection or by endoscopic follow-up alone was made by the MDT. Of the 386 cases, 165 (42.7%) had biopsies taken, with no attempt made to remove the polyp. Of these, all underwent surgery, with 161 (97.6%) resection specimens showing the presence of residual tumour at the site of the biopsy.

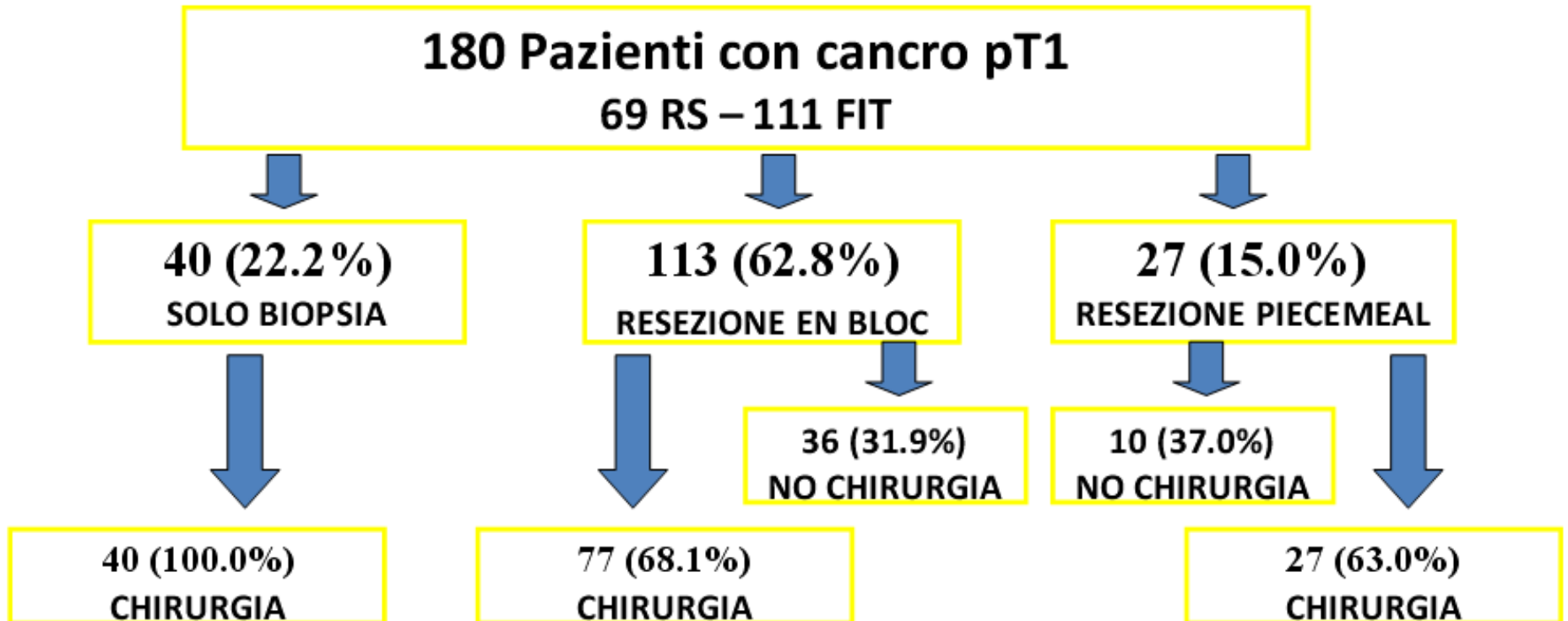




Dati screening Torino

180 CCR pT1 : 69 nel programma RS e 111 nel programma FIT

39% di tutti i CCR diagnosticati nel periodo 2002-2012 screening regionale Piemonte.



Dati screening Torino

DISTRIBUZIONE DEI PARAMETRI DI RISCHIO METASTATICO

Rischio istologico						
CHIRURGIA	No	★ non valutabile / valutato	budding / % ca*	profondità invasione	3** parametri	Totale
SI	7 (29,2%)	19 (73,1)	4 (66,7%)	7 (33,3%)	57 (90,5%)	94 (67,1%)
NO	17 (70,8%)	7 (26,9%)	2 (33,3%)	14 (66,7%)	6 (9,5%)	46 (32,9%)
Totale	24(17,1%)	26 (18,6%)	6 (4,3%)	21(15,0%)	63 (45,0%)	140

★ 14 DEI 26 CASI NON VALUTATI ERANO STATI ASPORTATI CON RESEZIONE PIECEMEAL

Dati screening Torino

Qualita'del trattamento

In 21 (15.7%; IC95%:10.18-23.19) dei 134 pazienti operati sono state registrate **complicanze chirurgiche**, che hanno comportato un reintervento in 7 casi (5.3%; 33% dei casi con complicanza).

**Il numero di linfonodi asportati risulta < 7 in 59 casi (44.4%)
nessun linfonodo in 12 di questi casi.**

Management of Malignant Colonic Polyps: A Population-Based Analysis of Colonoscopic Polypectomy Versus Surgery

Cancer 2012

Gregory S. Cooper, MD^{1,2}; Fang Xu, MS^{1,3}; Jill S. Barnholtz Sloan, PhD^{2,3}; Siran M. Koroukian, PhD^{2,3}; and Mark D. Schluchter, PhD^{2,3}

2077 patients aged > 66 years with an initial diagnosis of stage T1N0M0 malignant polyp from 1992-2005.

Postprocedure complications were documented **in 6.2%** of patients, including **8.8%** in the surgical group and **1.4%** in the polypectomy group ($P < .001$).

more than one-third of patients with malignant polyps were treated with colonoscopic polypectomy.

Outcomes were similar to surgical patients with comparable clinical characteristics and could be offered to patients who meet appropriate clinical criteria.

Not all patients need to be discussed in a colorectal cancer MDT meeting

J. Ryan and I. Faragher

Department of Surgery, Colorectal Unit, Western Health, Melbourne, Victoria, Australia

Received 19 September 2013; accepted 9 December 2013; Accepted Article online 7 February 2014

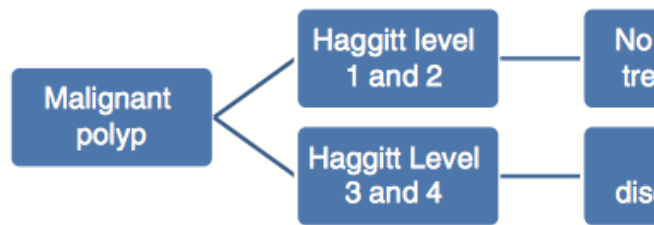
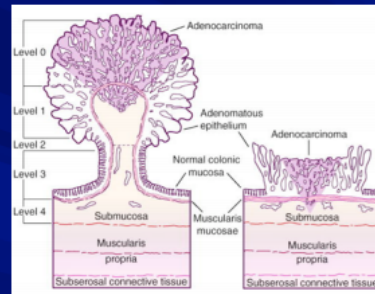


Figure 3 Proposed standard of care pathway: malignant polyps.

Polipi cancerizzati e rischio linfonodale

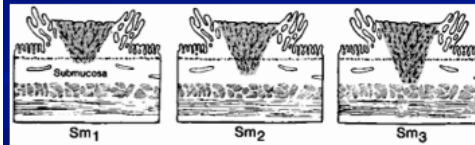


Classificazione di Haggitt

Livello 1-2-3 basso rischio (<1%)
 Livello 4 alto rischio (30%)

Classificazione di Kudo

Sm1, Sm2 basso rischio (3-8%)
 Sm3 alto rischio (23%)



Classificazione di Okabe

Sm1,sm2 <1000 μm (2%)
 Sm3 >1000 μm (12%)

La gestione “pesata” dei T1: il setting multidisciplinare

WANTED

The missing GIC



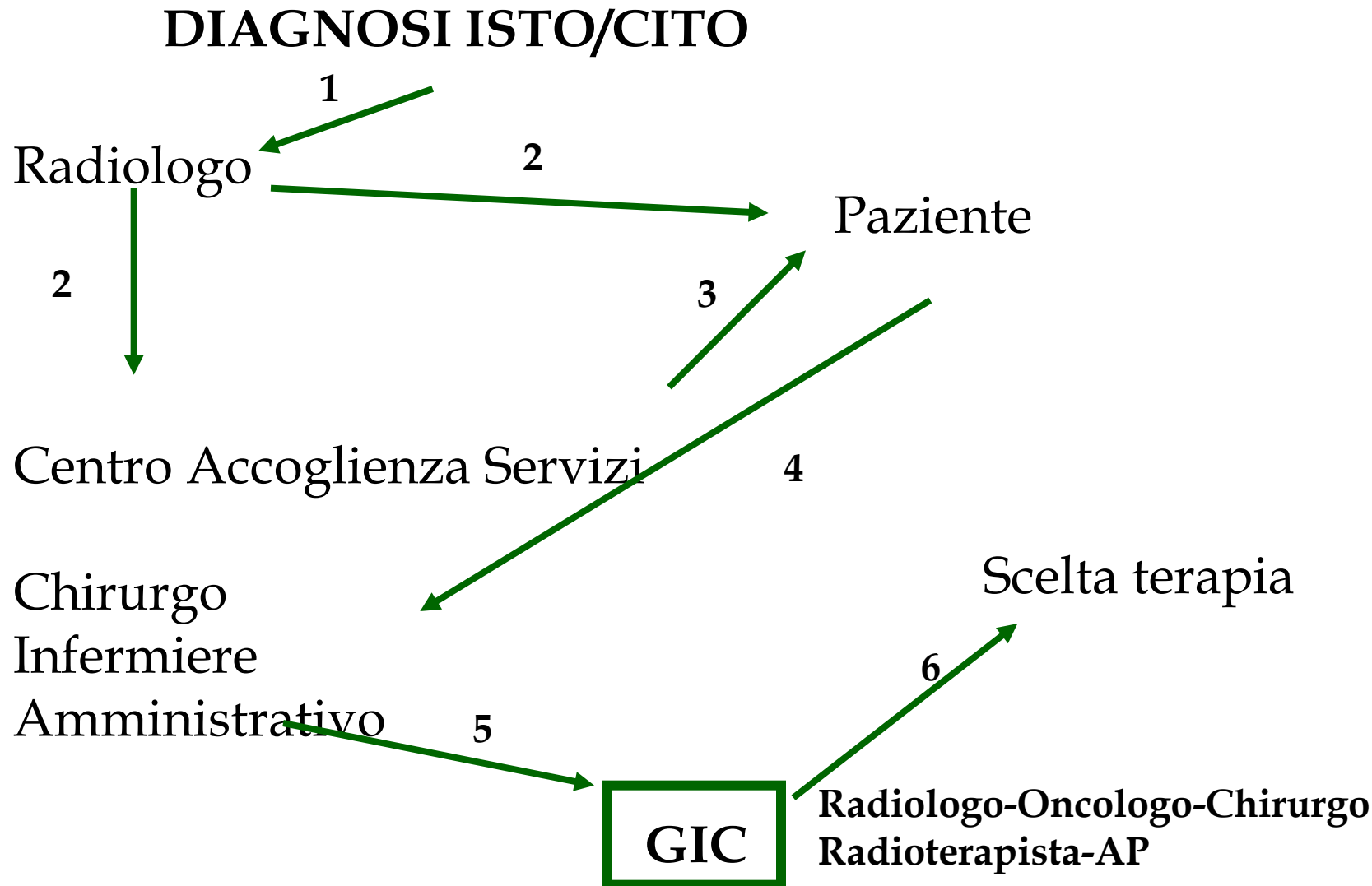
T1:

- Surgery si o no
- Quale surgery
(TEM per LR?)

Altri stadi:

- Best practice
colon vs rectum
(TEM in T2 +RT?)

Il modello breast cancer screening (Torino, Città della Salute e della Scienza)



Il grigio alla fine del percorso

- **Quale follow-up per T1?**
 - Quando
 - Chi
 - Come