



FOLLOW-UP

**VG Matarese
UO Gastroenterologia
e Endoscopia Digestiva**

A CHE SERVE LA SORVEGLIANZA DOPO POLIPECTOMIA

- Ridurre morbilità e mortalità da CCR
- Asportare gli **adenomi ad alto rischio**
- Individuare e resecare il cancro in fase precoce

- Rimozione polipi metacroni
- Rimozione polipi “missed”:
 - > 10 mm 2%
 - 5-10 mm 15%
 - < 5 mm 25%

Appropriateness of colonoscopy in Europe (EPAGE II)

Surveillance after polypectomy and after resection of colorectal cancer

Endoscopy 2009;41: 209-217

adenomi basso rischio

- max 2 polipi
- < 1 cm
- istologia tubulare
- displasia basso grado
- no storia familiare di I grado

adenomi alto rischio

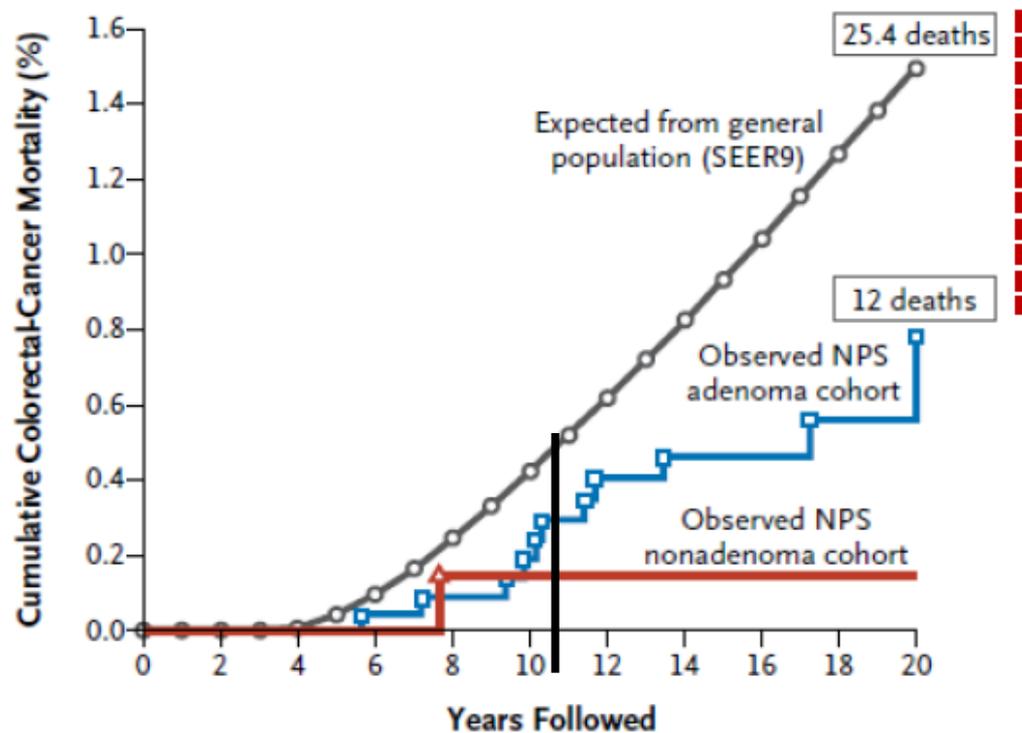
- ≥ 3 adenomi
- ≥ 1 cm
- componente villosa
componente serrata se > 1 cm
- displasia alto grado
- larga base d'impianto

Il gruppo ad **ALTO RISCHIO** ha una probabilità da **3.6 a 6.6 maggiore** di contrarre CCR rispetto alla popolazione generale

Cotter V, GUT 2012

Colonoscopic Polypectomy and Long-Term Prevention of Colorectal-Cancer Deaths

Zauber AG et al. New Engl J Med 2012

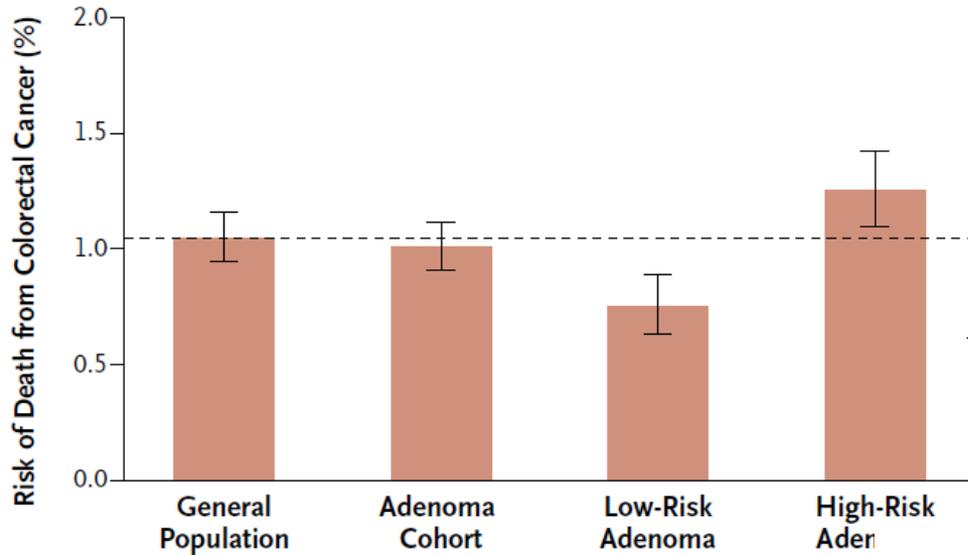


No. at Risk

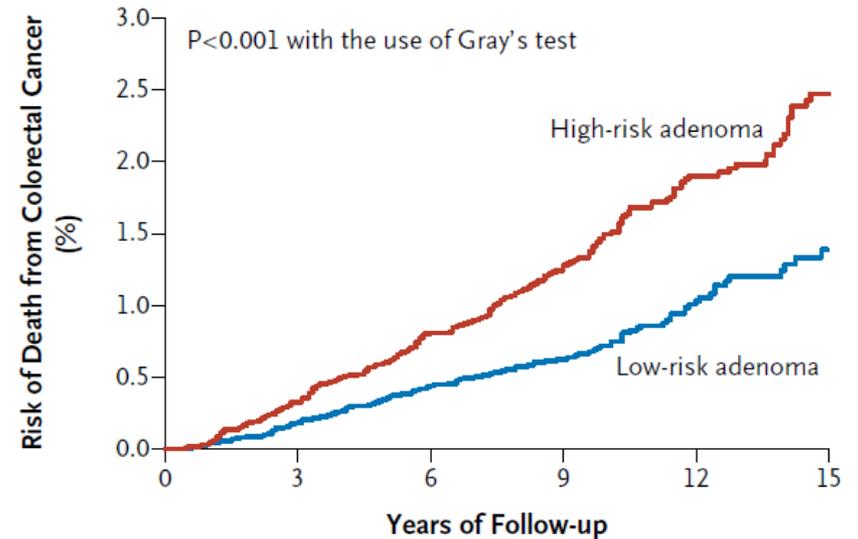
Adenoma	2602	2358	2100	1808	1246	461
Nonadenoma	773	733	678	632	420	164

mortalità dei pz con adenoma < alla pop gen dopo 20 aa di follow-up (53%)

Long-Term Colorectal-Cancer Mortality after Adenoma Removal



← problemi di sorveglianza?



Leberg, NEJM 2014

No. at Risk

Low-risk adenoma	19,934	17,701	13,372	8230	4095	1615
High-risk adenoma	20,892	17,947	13,270	8080	4334	1916

FATTORI DI RISCHIO PER LA RICOMPARSA DI UN ADENOMA METACRONO

Il rischio di adenoma avanzato è correlato a

- **numero**
- **dimensioni**
- Correlazione meno evidente con le caratteristiche istologiche

prime considerazioni

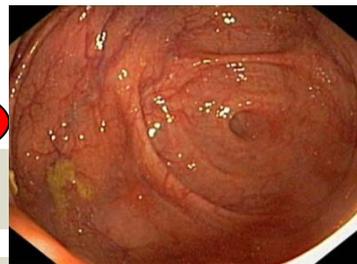
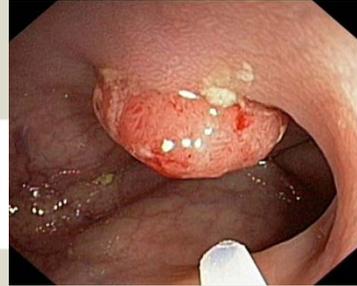
- ~ LA SORVEGLIANZA CON COLONSCOPIA PERMETTE DI RIDURRE LA MORTALITA' PER CANCRO
- ~ UNA SORVEGLIANZA EFFICACE DEVE CONSIDERARE LE CARATTERISTICHE CHE DETERMINANO IL GRADO DI RISCHIO
- ~ UNA BUONA SORVEGLIANZA NON PUO' PRESCINDERE DA UNA **COLONSCOPIA DI QUALITA'** CHE VIENE MISURATA CON SPECIFICI INDICATORI



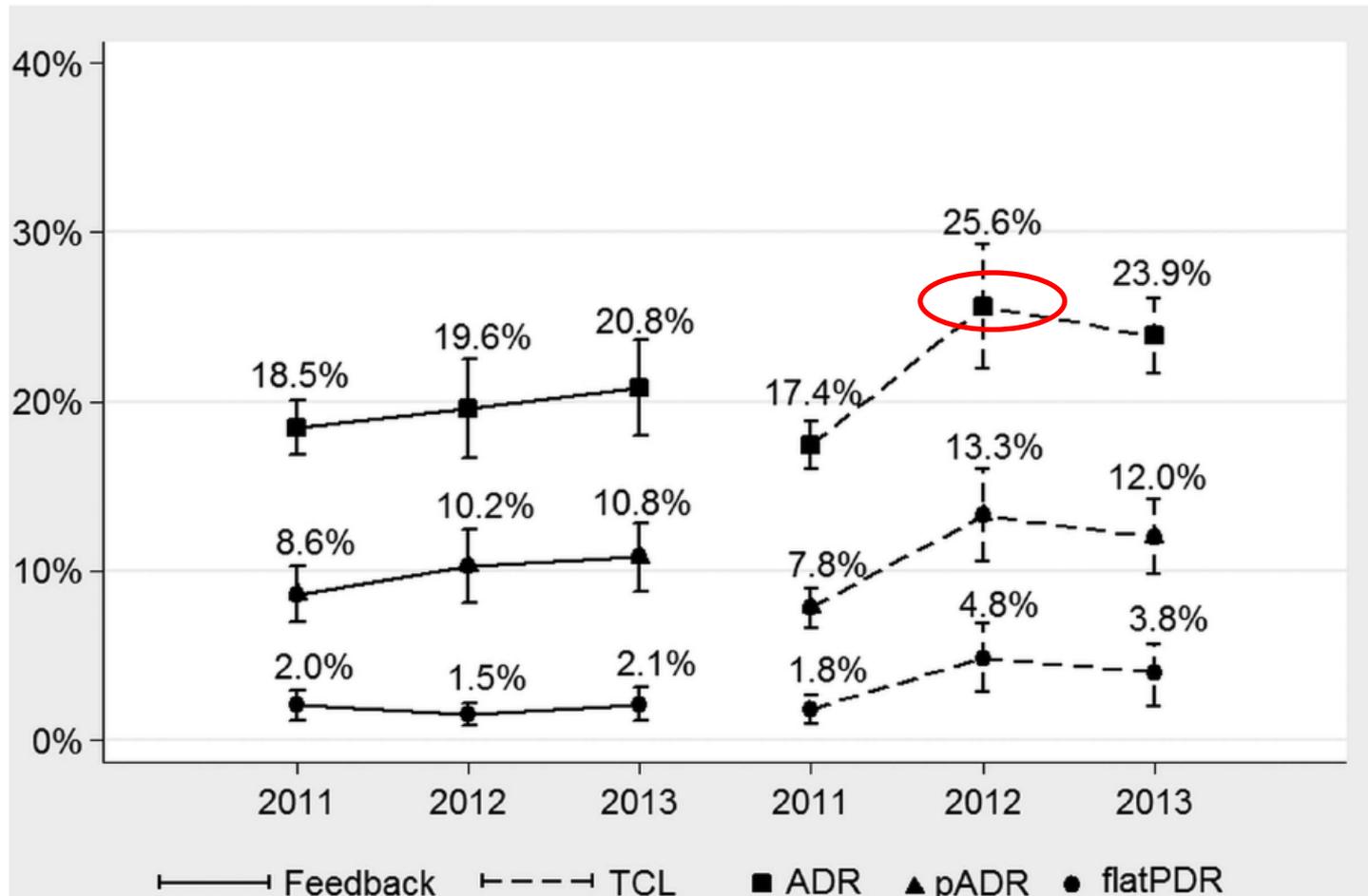
REX
2015

QUALITY INDICATORS FOR GI ENDOSCOPIC PROCEDURES



5. Frequency with which the procedure note documents the quality of preparation	qualità della preparazione	Process > 98
6. Frequency with which bowel preparation is adequate to allow the use of recommended surveillance or screening intervals	esame completo	Process ≥ 85 of outpatient examinations
Cecal intubation rate with photography (all examinations)	esame completo	 ≥ 90
Cecal intubation rate with photography (screening)	esame completo	≥ 95
9b. Average withdrawal time in negative-result screening colonoscopies	tempo adeguato	Process ≥ 6 min
Adenoma detection rate for male/female population	individuazione adenomi	 ≥ 25
Adenoma detection rate for male patients	individuazione adenomi	≥ 30
Adenoma detection rate for female patients	individuazione adenomi	≥ 20
15. Frequency with which appropriate recommendation for timing of repeat colonoscopy is documented and provided to the patient after histologic findings are reviewed	appropriatezza del follow-up	Process ≥ 90

Leadership training to improve adenoma detection rate in screening colonoscopy: a randomised trial

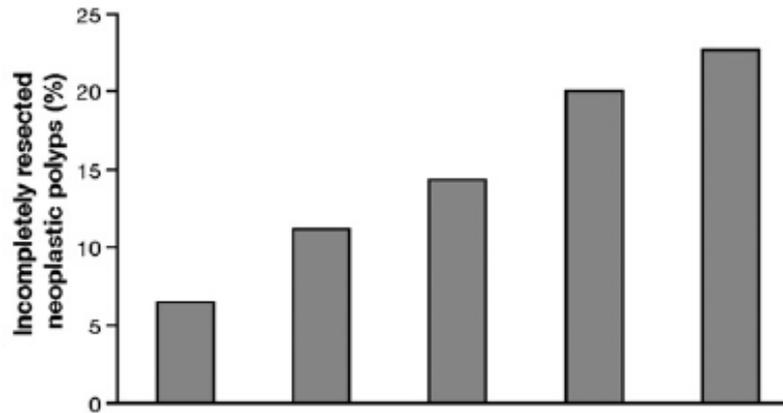


Incomplete Polyp Resection During Colonoscopy—Results of the Complete Adenoma Resection (CARE) Study

211 Patients with
346 neoplastic polyps

58 Patients with
72 other polyps

- **Resezione Incompleta 10.1% (6.9-13.3)**
- **RI polipi > 10 mm 17.3%**
- **RI SSA 47%**



Endoscopist

Polyps resected, n = 418

Neoplastic polyps resected, n = 346

Incompletely resected neoplastic polyps, n = 35

Univariate analysis, RR (95% CI)

Multivariate analysis, RR (95% CI)

	A	B	C	D	E
Polyps resected, n = 418	241 (57.7%)	28 (6.7%)	29 (6.9%)	24 (5.7%)	26 (6.2%)
Neoplastic polyps resected, n = 346	201 (58.1%)	18 (5.2%)	28 (8.1%)	20 (5.8%)	22 (6.4%)
Incompletely resected neoplastic polyps, n = 35	13 (6.5%)	2 (11.1%)	4 (14.3%)	4 (20.0%)	5 (22.7%)
Univariate analysis, RR (95% CI)	1.00 (referent)	1.72 (0.42-7.05)	2.21 (0.77-6.32)	3.09 (1.11-8.61)	3.51 (1.38-8.95)
Multivariate analysis, RR (95% CI)	1.00 (referent)	1.98 (0.51-7.75)	2.87 (1.02-8.03)	2.04 (0.71-5.93)	3.45 (1.35-8.81)

**appropriatezza
del follow-up**

Diagnostic yield of open access colonoscopy according to appropriateness

GIE, 2001

Sergio Morini, MD, Cesare Hassan, MD, Gianmichele Meucci, MD, Anna Toldi, MD, Angelo Zullo, MD, Giorgio Minoli, MD

indicazione	
appropriata (%)	inappropriata (%)
71	29

Table 3. Distribution of “generally not indicated” colonoscopies

Indication	Appropriate	
	No.	%
<u>Surveillance after resection of colonic polyps or cancer at different intervals from those recommended (within 1 y and then at 3- to 5-y intervals)</u>	106	38
Chronic, stable irritable bowel syndrome	89	32
Evaluation of hematochezia when a convincing anorectal source is present	29	10
Routine follow-up for inflammatory bowel disease (except for cancer surveillance in long-standing ulcerative colitis)	18	7
Not indicated screening	15	5
Acute diarrhea	12	4
Metastatic adenocarcinoma of unknown primary site when findings will not influence management	3	1
Upper GI bleeding or melena with a demonstrated upper GI source	3	1
Others	5	2
Overall	280	100

Overutilization of post-polypectomy surveillance colonoscopy in clinical practice: A prospective, multicentre study[☆]

Appropriateness of timing of surveillance according to the risk group (LR: low risk, HR: high risk).

	Global cohort (n = 902)	LR subjects (n = 460)	HR subjects (n = 367)
Correct (%)	330 (36.6)	146 (31.7)	130 (35.7)
Anticipated (%)	490 (54.3)	310 (67.4)	180 (49.0)
Delayed (%)	82 (9.1)	4 (0.9)	56 (15.3)

Adherence to surveillance guidelines after removal of colorectal adenomas: a large, community-based study

van Heijningen E-MB, *et al. Gut* 2015

Table 1 Recommended surveillance intervals and intervals considered appropriate in the presented analysis

	Adenoma findings at index colonoscopy	Surveillance interval recommendation	Interval considered appropriate*
June 1998–2001	≥2 adenomas	12 months (1 year)	9–15 months
	1 adenoma	24–36 months (2–3 years)	18–42 months
Since 2002	≥3 adenomas	36 months (3 years)	30–42 months
	1 or 2 adenomas	72 months (6 years)	66–78 months

*Appropriate interval is ±3 months for a 1-year interval recommendation and ±6 months for longer interval recommendations.

Table 3 Timing of surveillance colonoscopy relative to recommended intervals according to guideline in effect (by period) and adenoma patient group, Kaplan-Meier analysis

Period of index colonoscopy	Recommended interval (year)	Too early (%)	Appropriate* (%)	Delayed or no surveillance (%)	No surveillance† (%)
June 1998–2001					
1 adenoma (n=1676)	2–3	24	24	53	35
2 adenomas (n=397)	1	4	23	73	32
3+ adenomas (n=230)	1	6	30	63	22
Overall (n=2303)		19	24	57	33
In 2002					
1 adenoma (n=417)	6	47	9	44	40
2 adenomas (n=160)	6	57	11	33	33
3+ adenomas (n=117)	3	39	18	43	33
Overall (n=694)		48	11	41	37
Overall, all patients (n=2997)		25	21	53	34

Due to rounding row percentages may not add up to 100%.

*Appropriate interval, before 2002: 1-year plus or minus 3 months, 2–3 years plus or minus 6 months; and in 2002: 3- or 6-years plus or minus 6 months.

†by the end of the study (1 December 2008) or within 90 months, whichever came first.

Appropriateness of endoscopic surveillance recommendations in organised colorectal cancer screening programmes based on the faecal immunochemical test

Manuel Zorzi,¹ Carlo Senore,² Anna Turrin,³ Paola Mantellini,⁴ Carmen Beatriz Visioli,⁴ Carlo Naldoni,⁵ Priscilla Sassoli de' Bianchi,⁵ Chiara Fedato,³ Emanuela Anghinoni,⁶ Marco Zappa,⁴ Cesare Hassan,⁷ the Italian colorectal cancer screening survey group

Zorzi M, et al. *Gut* 2015;**0**:1–7. doi:10.1136/gutjnl-2015-310139

Diagnosis	Recommended TC	Expected TC according to EU GL	Difference
Negative/non-adenomatous polyp	1,818	0	+1,818
Low-risk adenoma	5,146	0	+5,146
Intermediate-risk adenoma	8,444	8,694	-250
High-risk adenoma	2,452	2,470	-18
Total	17,860	11,164	+6,696 (36%)

EPIDEMIOLOGIA & PREVENZIONE

Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia

Editors: Marco Zappa, Francesca Cerozzi, Livia Giordano,
Romano Sassatelli, Antonio Federici

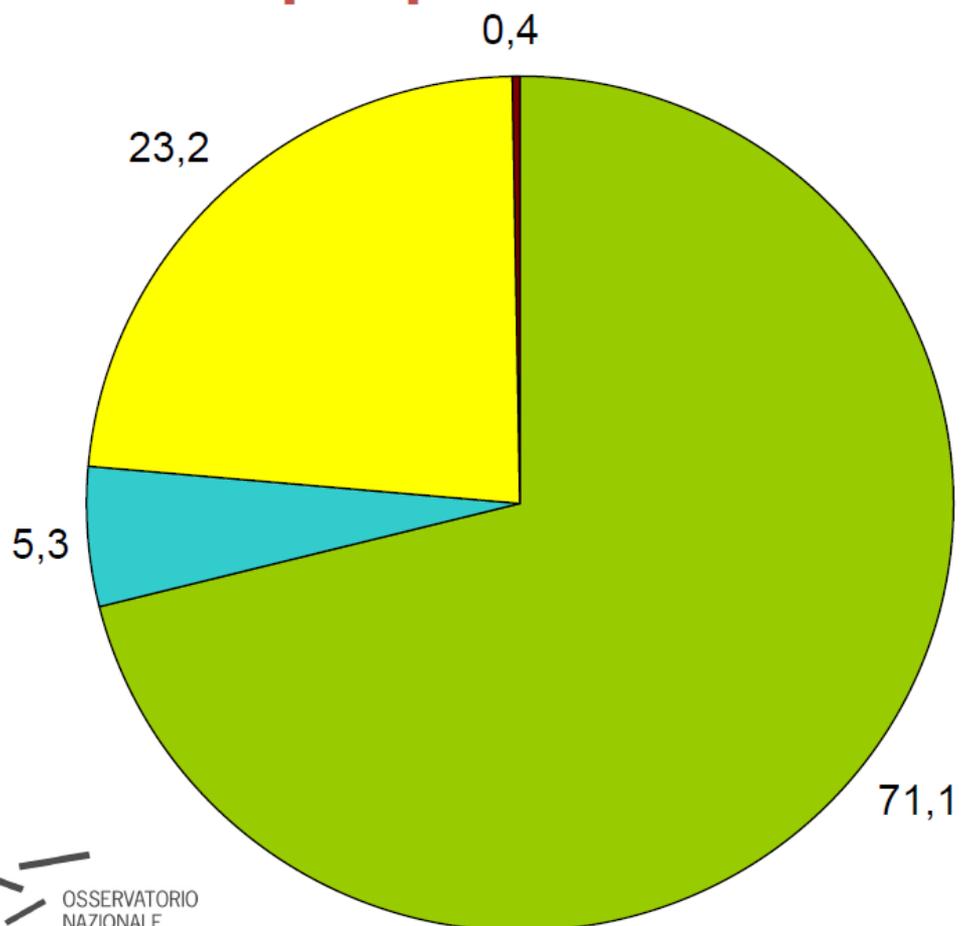
Table 9. Distribution of recommendations after *clean colon*, by diagnosis at colonoscopy in 2011-2012.

Tabella 9. Distribuzione percentuale delle raccomandazioni dopo *clean colon* per diagnosi istologica nel biennio 2011-2012.

Recommendation	Negative (%)	Low-risk adenoma (%)	High-risk adenoma* (%)	Cancerized adenoma (%)
FIT after 5 years	79.6	8.1	1.4	1.9
FIT after 2 years	4.4	2.6	0.6	0.0
colonoscopy after 5 years	7.3	50.8	5.8	0.6
colonoscopy after 3 years	3.3	22.2	48.4	4.0
colonoscopy after 6 months/1 year	2.4	7.9	33.9	16.9
surgery	0.6	1.9	5.7	68.9
other	2.4	6.5	4.2	7.7

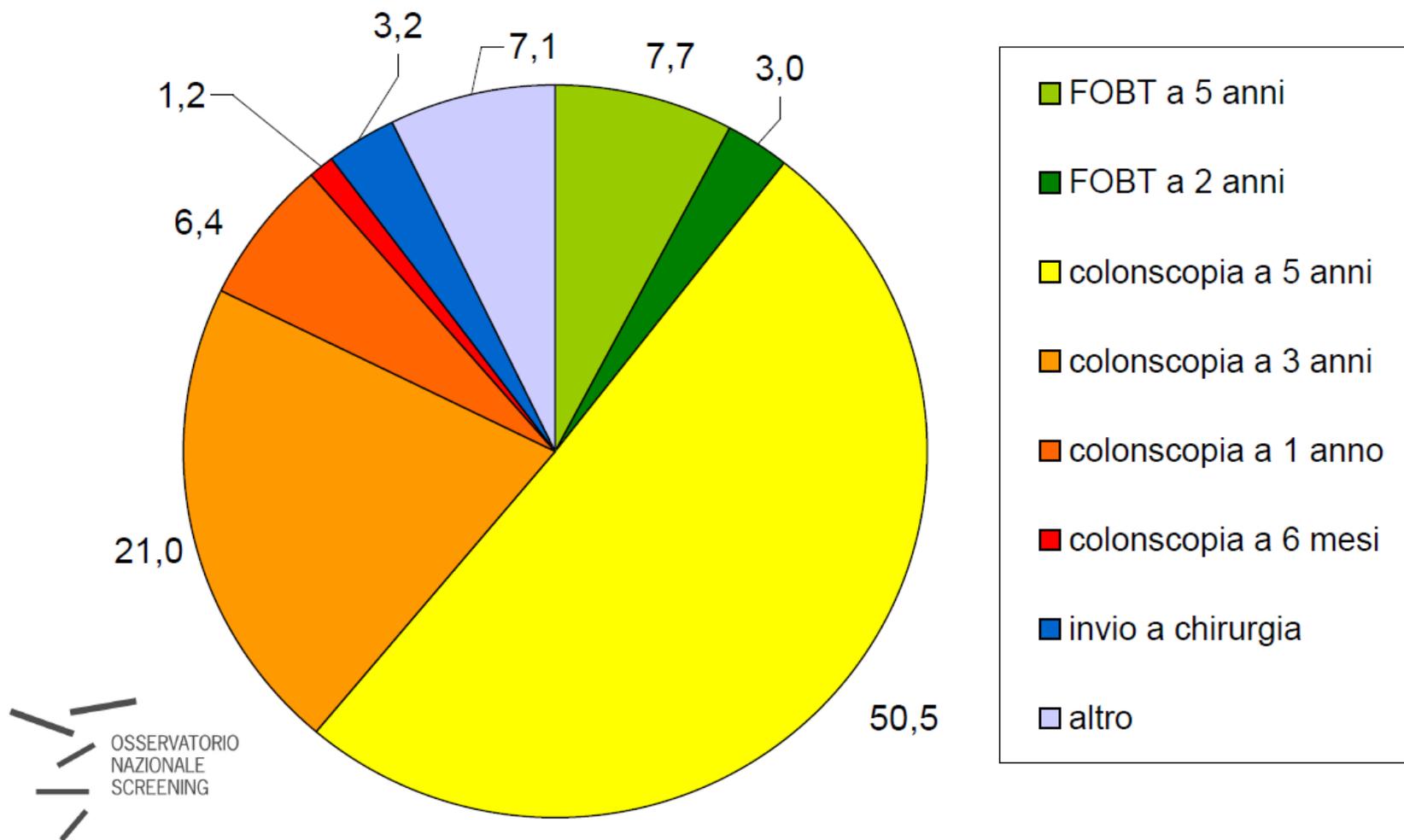
* high-risk adenoma: at least one advanced adenoma (with a diameter ≥ 10 mm, villous/tubulo-villous type, or high-grade dysplasia); 3 or more adenomas with diameter < 10 mm, tubular type, and low-grade dysplasia

IMPATTO DELLA SORVEGLIANZA: colonscopie per indicazione



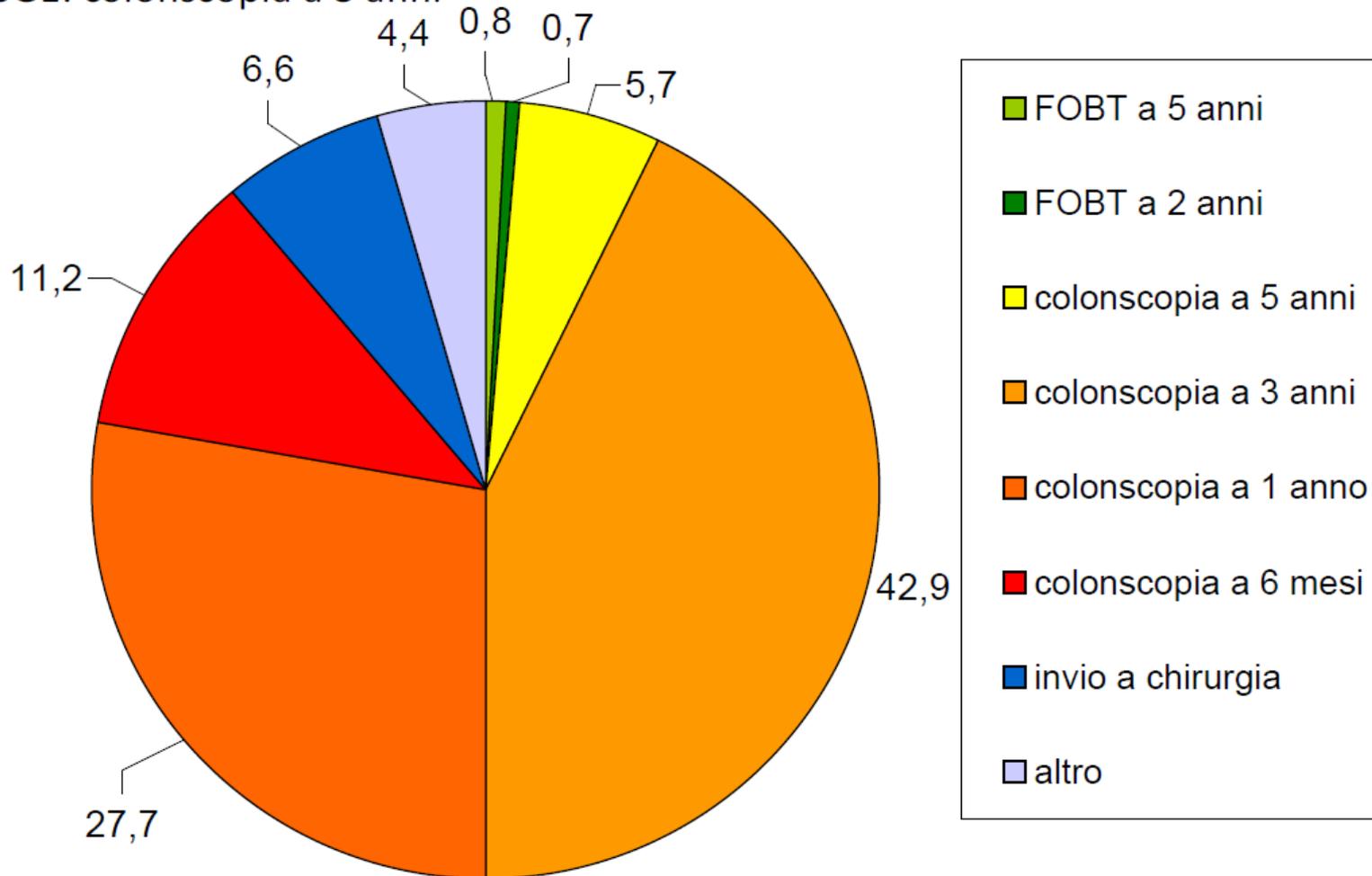
- Approfondimento di secondo livello
- Completamento / ripetizione
- Follow up (dopo clean colon)
- Altro

Raccomandazione dopo Adenoma a basso rischio



Raccomandazione dopo Adenoma ad alto rischio

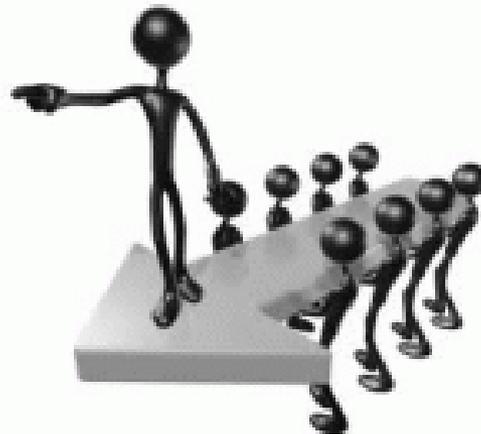
ESGE: colonscopia a 3 anni

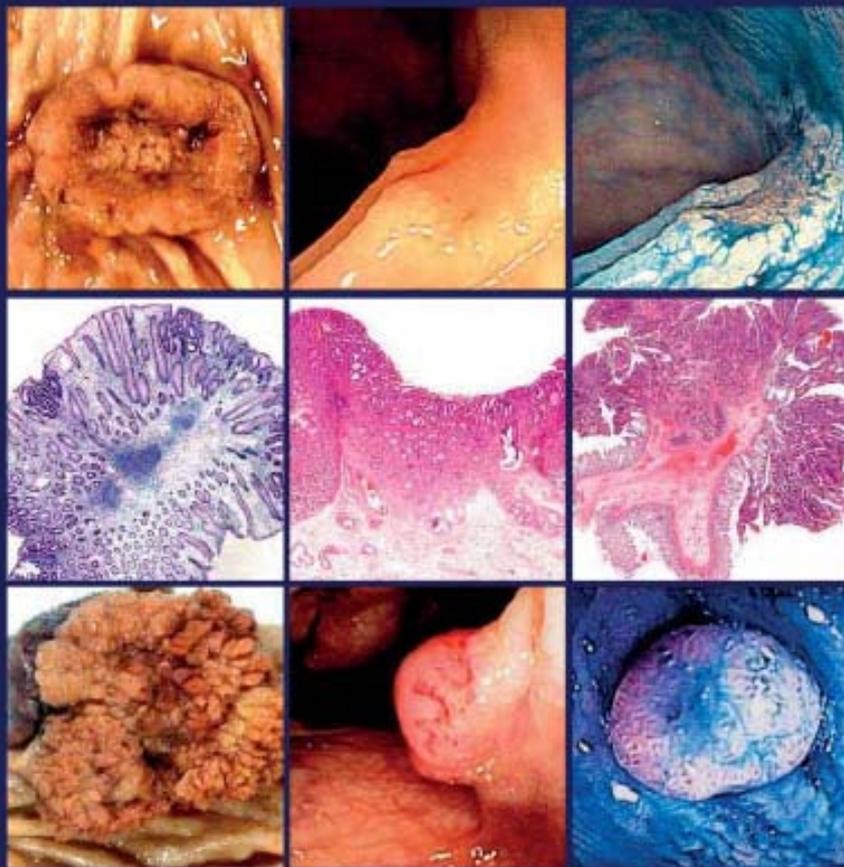




NECESSITA' DI
INDICAZIONI

LINEE-GUIDA





European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis *First Edition*



European Commission

Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline



Authors

Cesare Hassan¹, Enrique Quintero^{1,2}, Jean-Marc Dumonssier³, Jaroslaw Jagalski⁴, Catarina Brandão⁵, Stanislav Chausade⁶, Eadon Dekker⁷, Mario DiTro-Ribeiro⁸, Montika Forstsch⁹, Antonio Gimeno-García¹⁰, Yark Hazewinkel¹¹, Rodrigo Jover¹², Morte Kaloger^{13,14}, Magnus Leberg^{15,16}, Christian Fox¹⁷, Bjorn Rasmussen¹⁸, David Lieberman¹⁹

Institutions

Institutions are listed at the end of article.

submitted

1 January 2001

accepted after revision

1 January 2001

Bibliography

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0013-1344548>
 Published online: 12.9.2013
 Endoscopy 2013; 45: 842–853
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0013-726X

Corresponding author

Cesare Hassan, MD
 Digestive Endoscopy Unit
 Catholic University
 Largo F. Vito 1
 00168 Rome
 Italy
 Fax: +39-6-80158381
 cesareh@tuttnet.com

e reprint for personal use

This Guideline is an official statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). The Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) system was adopted to define the strength of recommendations and the quality of evidence.

Main recommendation: The following recommendations for post-polypectomy endoscopic surveillance should be applied only after a high quality baseline colonoscopy with complete removal of all detected neoplastic lesions.

1 In the low risk group (patients with 1–2 tubular adenomas < 10 mm with low grade dysplasia), the ESGE recommends participation in existing national screening programmes 10 years after the index colonoscopy, if no screening programme is available, repetition of colonoscopy 10 years after the index colonoscopy is recommended (strong recommendation, moderate quality evidence).

2 In the high risk group (patients with adenomas with villous histology or high grade dysplasia or ≥ 10 mm in size, or ≥ 3 adenomas), the ESGE recommends surveillance colonoscopy 3 years after the index colonoscopy (strong recommendation, moderate quality evidence). Patients with 10 or more adenomas should be referred for genetic counselling (strong recommendation, moderate quality evidence).

3 In the high risk group, if no high risk adenomas are detected at the first surveillance examination, the ESGE suggests a 5-year interval before a second surveillance colonoscopy (weak recommendation, low quality evidence); if high risk adenomas are detected at first or subsequent surveillance examinations, a 3-year repetition of surveillance colonoscopy is recommended (strong recommendation, low quality evidence).

4 The ESGE recommends that patients with serrated polyps < 10 mm in size with no dysplasia should be classified as low risk (weak recommendation, low quality evidence). The ESGE suggests that patients with large serrated polyps (≥ 10 mm) or those with dysplasia should be classified as high risk (weak recommendation, low quality evidence).

5 The ESGE recommends that the endoscopist is responsible for providing a written recommendation for the post-polypectomy surveillance schedule (strong recommendation, low quality evidence).



Il protocollo diagnostico-terapeutico
dello screening per la diagnosi precoce
del tumore del colon-retto

Emilia-Romagna
II edizione - anno 2012



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

per il II livello (Colonscopia):

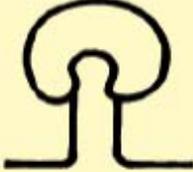
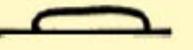
Romano Sassatelli (Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia)

Omero Triossi (AUSL di Ravenna)

Vincenzo Matarese (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara)

Patrizia Landi (AUSL Bologna)

Paris classification of endoscopic lesion morphology

Endoscopic appearance	Paris class	Appearance	Description
Protruded lesions	Ip		Pedunculated polyps
	Ips		Subpedunculated polyps
	Is		Sessile polyps
Flat elevated lesions	Ila		Flat elevation of mucosa
	Ila/Ilc		Flat elevation with central depression
Flat lesions	Ilb		Flat mucosal change
	Ilc		Mucosal depression
	Ilc/Ila		Mucosal depression with raised edge

COLONOSCOPIC SURVEILLANCE FOLLOWING ADENOMA REMOVAL (EU 2010)



Baseline colonoscopy (CS)¹

Low risk
1-2 adenomas
AND
both small (<10 mm)
AND tubular AND low grade neoplasia²

A

Routine Screening³

Intermediate risk
3-4 small adenomas
OR
at least 1 ≥10 mm/<20mm
OR villous OR high grade neoplasia²

B

3 years

High risk
≥ 5 small adenomas
OR
At least one ≥20 mm

C

Within 1 year⁴

Findings at surveillance CS

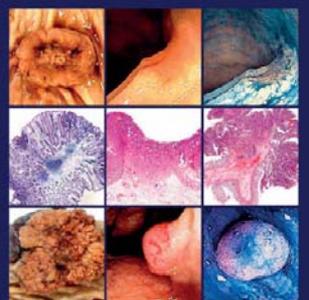
Findings at surveillance CS

- One negative exam → **5 yearly**
- Two consecutive negative exams → **Routine Screening³**
- Low or intermediate risk adenomas → **B**
- High risk adenomas → **C**

- Negative, low or intermediate risk adenomas → **3 yearly**
- Two consecutive negative exams → **5 yearly**
- High risk adenomas → **C**

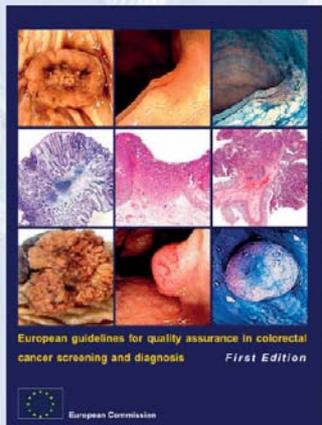
Notes:

- ¹ Baseline colonoscopy must be complete in order to accurately assess risk.
- ² Optional additional criteria
- ³ Other consideration: age, family history, accuracy and completeness of examination
- ⁴ Clearing colonoscopy to check for missed lesions



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





BASSO RISCHIO

Pazienti con 1-2 adenomi di dimensioni inferiori ai 10 mm,
*e tubulari e con displasia a basso grado**

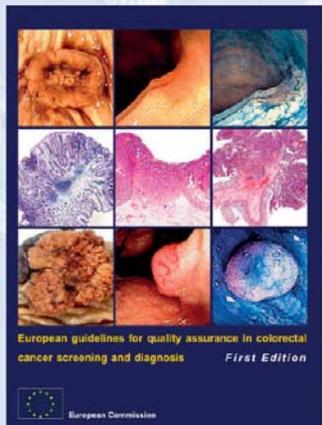
Continuare con screening (FOBT biennale)#

NEL 2009 COLONSCOPIA A 5 ANNI, SE NEGATIVA FOBT

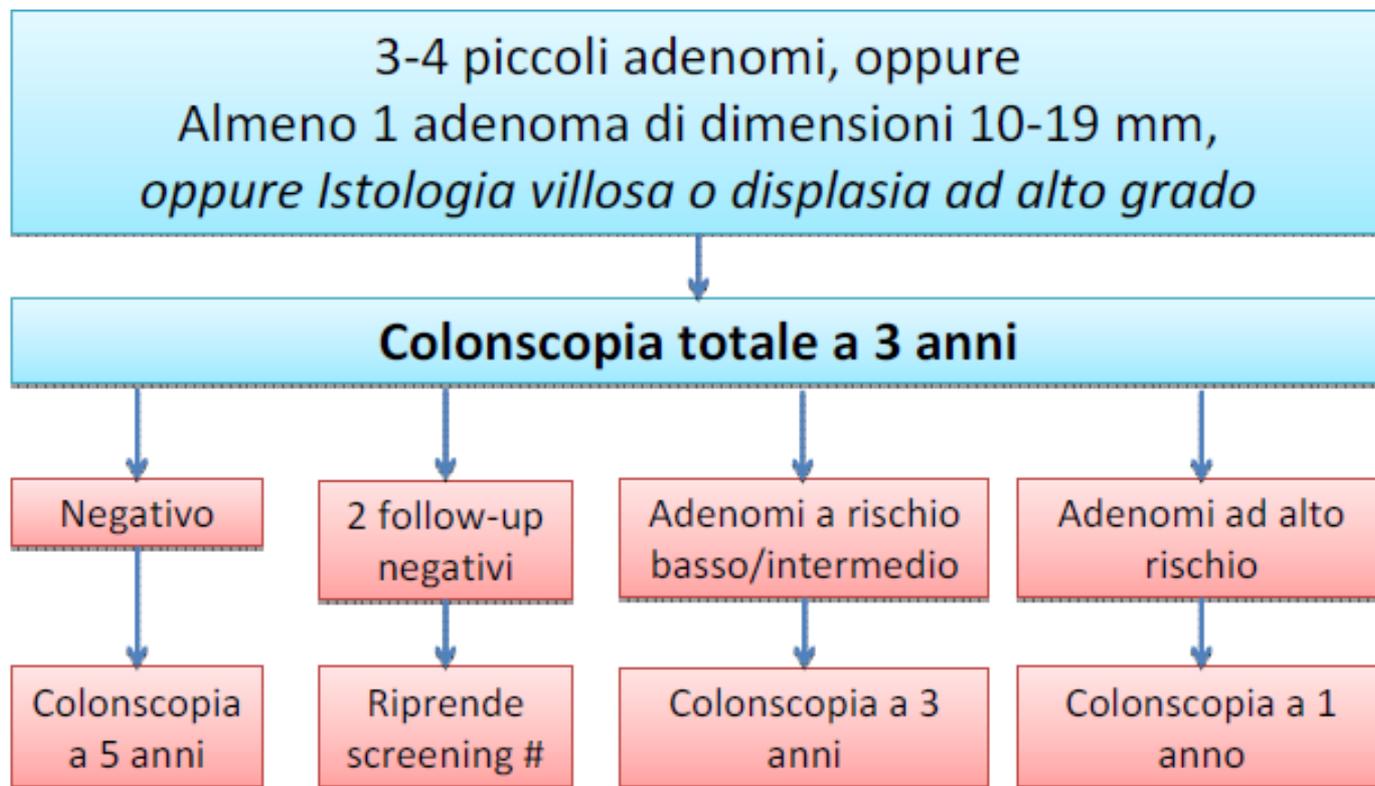
1. La baseline colonscopia deve essere completa per una corretta valutazione del rischio

*Sono considerati a basso rischio gli adenomi tubulari con displasia di basso grado di dimensioni < 10mm in numero di 1-2.

considerare età, storia familiare ed accuratezza/completezza della colonscopia



RISCHIO INTERMEDIO



considerare età, storia familiare ed accuratezza/completezza della colonscopia

ALTO RISCHIO

NEL 2009 3 O PIU' ADENOMI COLON A 3 ANNI

...nel 2012...

≥ 5 piccoli adenomi
oppure
Almeno 1 adenoma ≥ 20 mm

Colonscopia entro 1 anno #

Negativa, oppure
adenomi a
basso/intermedio rischio

Colonscopia a 3 anni

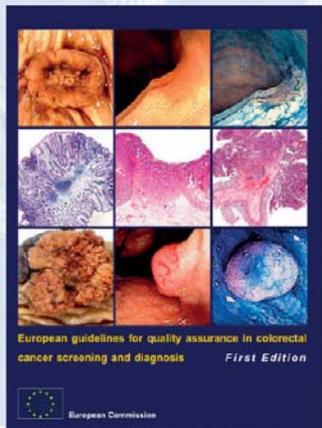
2 follow-up negativi

Colonscopia a 5 anni

Adenomi ad alto
rischio

Colonscopia a 1 anno

ottenere clean colon



È auspicabile che i polipi serrati vengano inseriti nel rischio intermedio ed i polipi piatti (vedi Classificazione di Parigi) nell'alto rischio” (Emilia-Romagna II edizione-anno 2012)

9.5.2 Serrated adenomas

For surveillance purposes, serrated adenomas (i.e., traditional serrated adenomas and mixed polyps with at least one adenomatous component; see Chapter 7 [65], Section 7.2.4.4 and 7.2.4.5) should be dealt with like any other adenoma; there are no data to suggest that surveillance intervals different from those in

► **Fig. 9.1** are required (VI–C).^{Rec 9.17}

9.5.3 Hyperplastic polyps and other non-neoplastic serrated lesions

Patients found to have a large (≥ 10 mm) hyperplastic polyp or other non-neoplastic serrated lesion anywhere in the colon or multiple lesions of these types in the proximal colon may be at increased risk, but there are no data available to indicate appropriate surveillance intervals (VI–B).^{Rec 9.19}

Polipi non recuperati → adenomi ad alto grado

Polipi iperplastici → screening

Familiarità per CRC → come in familiarità negativa

Emilia-Romagna
II edizione - anno 2012

9.2.3.2 Family history

after adjustment for adenoma characteristics at baseline [52]. Similarly, in the recent US pooled analysis, the risk of developing advanced neoplasia during surveillance was not influenced by family history [51].

Thus there is no consistent evidence to suggest that recommendations on adenoma surveillance should differ for patients with a family history, unless it is suspected that they have one of the dominantly inherited conditions (III – B).^{Rec 9.13}

ADENOMA CANCERIZZATO

ALTO RISCHIO

Alto grado istologico della componente invasiva

Invasione vascolare

Coinvolgimento del margine di resezione



chirurgia → controllo a 1, 3, 5 aa. Nei pz senza uno studio preoperatorio completo colonscopia entro 12 mesi

BASSO RISCHIO

FU ad 1 anno con valutazione accurata dell'area di resezione e valutazione per lesioni metacrone

LA PREPARAZIONE INTESTINALE

- **PoliEtilenGlicole (PEG o Macrogol):** soluzioni iso-osmotiche non assorbibili bilanciate con soluzioni elettrolitiche. Non causano irritazione macro-micro della mucosa. Indicate nei pz con epatopatie, IR, scompenso
- **Soluzioni iperosmolarari:** agiscono per sequestro di liquidi nel lume con incremento della motilità intestinale. Sono a **base di sodio-fosfato** (Fosfo-soda fleet, Phospho-lax) a basso volume ma per la loro natura **iperosmolare** possono causare ipovolemia, disidratazione, squilibri idroelettrolitici(>sodio, <K, <Ca). Uso solo in casi selezionati.

LA PREPARAZIONE INTESTINALE

In conclusione, è raccomandabile:

- l'utilizzo di soluzioni a base di PEG, ad alto volume o a basso volume, tenendo presente che le soluzioni a basso volume sono ugualmente efficaci rispetto alle soluzioni ad alto volume e hanno una maggiore accettabilità da parte dei pazienti.
- utilizzare lo schema di preparazione "split-dose" rispetto allo schema "single-dose"
- eseguire la colonscopia tra le 4 e le 7 ore dalla fine della preparazione intestinale
- limitare l'utilizzo di soluzioni iper-osmolari a casi particolari (es. difficoltà ad assumere grandi quantità di liquidi), a causa del loro inferiore profilo di sicurezza rispetto alle soluzioni iso-osmolari a base di PEG.

osservazioni

- Il FU è utile per la riduzione della mortalità da CCR
- La colonscopia iniziale determina la stratificazione del rischio
- Numero e dimensione dei polipi sono gli aspetti più significativi per la determinazione del rischio
- Il basso rischio non deve più prevedere la C di FU ma ritorna a FOBT biennale
- L'alto rischio prevede un FU più ravvicinato
- Ulteriori sforzi per la condivisione delle più recenti LG in quanto le C di FU rappresentano una quota rilevante del carico endoscopico dei Servizi di Endoscopia

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione	Forza della raccomandazione clinica
A	Il follow-up nel carcinoma colorettaale comporta un beneficio in termini di sopravvivenza.	Positiva forte
D*	ESAME CLINICO: ogni 4-6 mesi per i primi tre anni (compresa l'esplorazione rettale dell'anastomosi per i pazienti operati per carcinoma del retto), ogni 6 mesi per i due anni successivi. Non vi sono evidenze che indichino l'utilità del monitoraggio degli enzimi epatici né di altri esami ematochimici (ad eccezione del CEA).	Positiva forte
D*	Se CEA elevato alla diagnosi ripetere dopo 4-8 settimane dall'intervento per verificarne la negativizzazione.	Positiva forte
D*	CEA: ogni 3-4 mesi per i primi 3 anni, ogni 6 mesi per i due anni successivi, anche nei pazienti con CEA preoperatorio nei limiti della norma.	Positiva forte
D*	COLONSCOPIA: nei pazienti senza uno studio preoperatorio completo del colon deve essere eseguita appena possibile, comunque entro 6-8 mesi dall'intervento.	Positiva forte
D*	COLONSCOPIA: nei pazienti in cui l'esame endoscopico evidenzi "colon indenne" la ripetizione dell'esame endoscopico è consigliata dopo <u>1 anno dall'intervento</u> , in seguito dopo <u>3 anni in assenza di adenomi e quindi ogni 5 anni valutando eventuali comorbidità e l'età</u> .	Positiva forte
D*	SIGMOIDOSCOPIA: nel carcinoma del retto vi è indicazione all'esecuzione di sigmoidoscopia ad intervalli periodici. Si consiglia di eseguirla <u>ogni sei mesi per i primi due anni</u> .	Positiva debole
D*	TAC TORACE e ADDOME SUPERIORE con contrasto: ogni 6-12 mesi per i primi 3-5 anni in funzione dell'entità del rischio. L'Ecografia ha una minore sensibilità e può sostituire la TAC, preferibilmente con l'impiego di contrasti ecografici, in caso di difficoltà logistiche e nei pazienti non candidabili ad ulteriori programmi chirurgici.	Positiva debole
D*	Per i pazienti in Stadio I, visto il rischio estremamente limitato di ricaduta può essere raccomandato un programma di sorveglianza che preveda soli esami endoscopici in accordo a quanto sopra specificato.	Positiva debole
D*	Nei pazienti sottoposti a metastasectomia TAC TORACE ADDOME con mezzo di contrasto ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e successivamente ogni 6-12 mesi fino al quinto anno.	Positiva debole

Linee guida

TUMORI DEL COLON RETTO

Edizione 2015

AIOM