



GISCoR

gruppo italiano

Il follow up dei polipi maligni ***Una questione non risolta***

Lorenzo Camellini

T Hotel, Cagliari
6-7 Novembre 2025

XVIII CONGRESSO
NAZIONALE 2025



Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Digestive and Liver Disease

journal homepage: www.elsevier.com/locate/dld



Position Paper

Pathology of the malignant colorectal polyp: Issues in morphologic criteria and recommendations from the Italian Group of Gastrointestinal Pathologists

Alessandro Gambella^{a,1}, Paola Parente^{b,1}, Federica Grillo^{a,c,*}, Michele Paudice^{a,c},
Valentina Angerilli^d, Giuseppe Di Cioccio^e, Luca Reggiani Bonetti^f, Alessandro Caputo^g,
Francesco Vasuri^h, Francesca Rosini^h, Enrico Costantino Falcoⁱ, Ombretta Luinetti^{j,k},
Alessandro Vanoli^{j,k}, Luca Mastracci^{a,c}, Matteo Fassan^{d,l,2}, Paola Cassoni^{i,m,2}

DLD, 2025

Rischio di neoplasia sincrona 0,7-7%.

**Rischio di neoplasia metacrona:
incidenza cumulativa 0,3-0,35% per anno.**

USMSTF

Colonscopia pre o perioperatoria

Colonscopia ad un anno

Colonscopia a 3 quindi a 5 anni

**Rettoscopia o EUS ad intervalli brevi per 2-3 nei pazienti
con carcinoma del retto non trattati TME.**

Qualità globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Alta	Nel carcinoma del colon-retto in stadio II e III può essere impiegato un programma di follow-up “intensivo” dimostratosi capace di identificare precocemente le ricadute e potenzialmente in grado di migliorare la sopravvivenza rispetto all’esecuzione di indagini solo alla comparsa dei sintomi (1-6)	Condizionata a favore
Moderata	Per i pazienti in stadio I, visto il rischio molto limitato di ricaduta, può essere raccomandato un programma di sorveglianza che preveda la sola colonscopia (1-6)	Condizionata a favore
COI: nessun conflitto dichiarato		

Ma quali pazienti sono realmente in stadio I?

**NCCN Guidelines Version 4.2025
Colon Cancer**

PATHOLOGIC STAGE

SURVEILLANCE^b

Stage I →

- Colonoscopy^a at 1 y after surgery
- If advanced adenoma, repeat in 1 y
- If no advanced adenoma,^{ff} repeat in 3 y, then every 5 y^{gg}

Stage II, III^{ee} →

- History and physical examination every 3–6 mo for 2 y, then every 6 mo for a total of 5 y
- CEA^{hh} every 3–6 mo for 2 y, then every 6 mo for a total of 5 y
- C/A/P CT every 6–12 mo (category 2B for frequency <12 mo) from date of surgery for a total of 5 y
- Colonoscopy^a in 1 y after surgery except if no complete preoperative colonoscopy, then colonoscopy in 3–6 mo
 - ▶ If advanced adenoma, repeat in 1 y
 - ▶ If no advanced adenoma,^{ff} repeat in 3 y, then every 5 y^{gg}
- FDG-PET/CT is not indicated

Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2019 for the treatment of colorectal cancer

International Journal of Clinical Oncology (2020) 25:1–42

- For follow-up observation of pT1 cancer, a search not only for local recurrence but also lymph node recurrence and distant metastasis recurrence is necessary, with follow-ups including endoscopic examinations, image diagnoses such as CT examinations and tumor markers (CQ-3).

Profilo di rischio LNM	Valutazione dopo chirurgia	% Stadio dopo chir.	Rischio recidiva dopo chirurgia	Follow up
ALTO (69-80%)	operati, stadio III	10-16%	2,1-3,7%	Come stadio III
	operati, stadio I*	84-90%		Come stadio I
	non operati (Nx) (12-34,8%)		3,6-20,1%	?
Basso (20-31%)	operati, stadio III	0-1,8%	0%	Come stadio III
	operati, stadio I*	98-100%		Come stadio I
	non operati (Nx) (77,9-86,5%)		0,4-2,3%	?



*** Nel caso non si osservi malattia residua in sede locale, lo stadio resta I in considerazione della pregressa polipectomia. Anche se si osserva malattia residua in sede locale, di solito il paziente resta Stadio I, ma teoricamente potrebbe anche divenire Stadio II.**

Andreoni B, et al. (Sec-Giscor), Update Surg, 2011 (non utilizzato per la valutazione del rischio di recidiva).
 Yoshii S, et al. Clin Gastroenterol Hepatol, 2014
 Oka S, et al. Am J Gastroenterol, 2021.

Principali outcome dei pazienti sottoposti a polipectomia con riscontro di CCR T1

Livello di rischio LMN		Intervento chirurgico		Stadio dopo intervento		Incidenza recidiva	Chirurgia di salvataggio	DFS	OS
Alto		Si		Stadio III					
				Stadio I (II)					
		No		Nx					
Basso		Si		Stadio III					
				Stadio I (II)					
		No		Nx					

Purtroppo non ci risultano studi che forniscano tutte queste informazioni

Inoltre:

- *La definizione del livello di rischio dovrebbe essere sulla base di criteri moderni, condivisi e se possibile validati (Giscor? JSCCR? GIPAD)*
- *È fortemente auspicabile una revisione dei preparati istologici (SEC-Giscor concordanza 88,5% nella diagnosi di cancro)*
 - *La numerosità dovrebbe essere sufficiente.*
- *La sorveglianza dovrebbe essere condotta secondo schemi definiti (confronto tra schemi diversi?)*
 - *Il follow-up non dovrebbe essere inferiore a 5 anni.*

Proposta

Studio osservazionale, prospettico, multicentrico.

Neoplasie T1, dopo resezione endoscopica apparentemente completa

Follow-up almeno 5 anni

Due gruppi ad alto e basso rischio LMN secondo GIPAD

Outcome primario: disease free-survival

Outcome secondari:

- **Validazione criteri GIPAD**
- **Validazione JSCCR con infiltrazione sm < 1800**
- **Percentuale radicalizzazione chirurgica dopo endoscopia**
- **Concordanza diagnosi anatomo-patologica**
- **Ricorso a ritrattamento endoscopico
(FRTD o ESD o altro: R0? R1?)**
- **Percentuale LNM + (negli operati)**
- **Percentuale di malattia residua (R1, negli operati)**
- **Recidiva di malattia**
- **Ricorso a chirurgia di salvataggio (per recidiva)**
- **Overall survival**

Modalità di sorveglianza:

- **Pazienti operati: secondo lo stadio secondo linee guida AIOM**
 - **Stadio I: solo colonscopia ad 1, 3, 5 anni**
se retto anche retto-sigmoidoscopia a 6 e 18 mesi
 - **Stadio III: - colonscopia come sopra**
 - **TC addome ogni 6-12 mesi per i primi 3-5 anni**
(proporrei più ravvicinata all'inizio)
 - **visita e CEA ogni 3-6 mesi per 3 anni; ogni 6 mesi per i due anni successivi.**
- **Pazienti ad alto rischio non operati: conservativamente proporrei sorveglianza come da stadio III secondo AIOM, purché fit for surgery.**

E per i pazienti a basso rischio non operati e fit for surgery?

- **Studio clinico randomizzato:**
 - **Braccio 1: sorveglianza solo endoscopica**
 - **Braccio 2: sorveglianza intensiva (come per stadio III)**

Quindi due studi:

- **Osservazionale. Tutti pazienti meno T1 non operati.**
- **Randomizzato, innestato sullo studio precedente.
Sorveglianza pazienti T1 non operati.**