

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

*Lorenzo Camellini*

T Hotel, Cagliari  
6-7 Novembre 2025

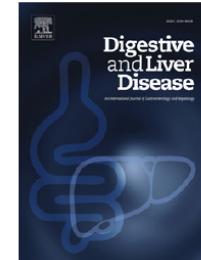
**XVIII CONGRESSO  
NAZIONALE 2025**



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

## Digestive and Liver Disease

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/dld](http://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<sup>a,1</sup>, Paola Parente<sup>b,1</sup>, Federica Grillo<sup>a,c,\*</sup>, Michele Paudice<sup>a,c</sup>, Valentina Angerilli<sup>d</sup>, Giuseppe Di Cioccio<sup>e</sup>, Luca Reggiani Bonetti<sup>f</sup>, Alessandro Caputo<sup>g</sup>, Francesco Vasuri<sup>h</sup>, Francesca Rosini<sup>h</sup>, Enrico Costantino Falco<sup>i</sup>, Ombretta Luinetti<sup>j,k</sup>, Alessandro Vanoli<sup>j,k</sup>, Luca Mastracci<sup>a,c</sup>, Matteo Fassan<sup>d,l,2</sup>, Paola Cassoni<sup>i,m,2</sup>

**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
<b>Alta</b>	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)	<b>Condizionata a favore</b>
<b>Moderata</b>	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)	<b>Condizionata a favore</b>
<b>COI: nessun conflitto dichiarato</b>		

***Ma quali pazienti sono realmente in stadio I?***

**PATHOLOGIC STAGE****SURVEILLANCE<sup>b</sup>**

**NCCN Guidelines Version 4.2025**  
**Colon Cancer**

Stage I →

- Colonoscopy<sup>a</sup> at 1 y after surgery
  - If advanced adenoma, repeat in 1 y
  - If no advanced adenoma,<sup>ff</sup> repeat in 3 y, then every 5 y<sup>gg</sup>

Stage II, III<sup>ee</sup> →

- History and physical examination every 3–6 mo for 2 y, then every 6 mo for a total of 5 y
- CEA<sup>hh</sup> 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<sup>a</sup> 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,<sup>ff</sup> repeat in 3 y, then every 5 y<sup>gg</sup>
- 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 colonoscopia ad 1, 3, 5 anni  
se retto anche retto-sigmoidoscopia a 6 e 18 mesi
  - **Stadio III:** - colonoscopia 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.**