

CONTROLLO ENDOSCOPICO DEI SOGGETTI SOTTOPOSTI A POLIPECTOMIA

DEFINIZIONI

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

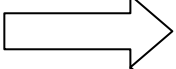
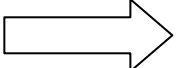
Tutte le indagini eseguite nel percorso di eradicazione di una lesione (es. grosso polipo) e le lesioni multiple o per toilette insufficiente non sono definite esami di follow up.

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.

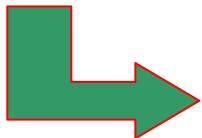
FOBT: (fecal occult blood test) ricerca del sangue occulto

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:

\leq 2 polipi
< 1 cm
tubulare



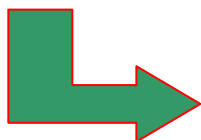
Colonscopia dopo 5 anni Se negativa FOBT a 5 anni

Adenomi a alto rischio:

displasia di alto grado
 \geq 1 cm
Componente villosa > 25%

Adenomi multipli :

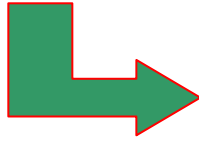
tra 3 e 10 polipi



Ripetere la colonscopia dopo 3 anni Se negativa ripetere la colonscopia dopo 3 anni; se ancora negativa FOBT a 5anni

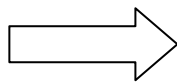
Polipo sessile ≥ 2 cm
(*large sessile polyp*)

Polipectomia incompleta
o “piecemeal”



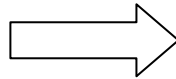
Ripetere la colonscopia dopo 3-6 mesi fino a clearance della lesione e verifica clean colon. Se negativa ripetere la colonscopia dopo 3 anni; se ancora negativa FOBT a 5 anni.

Più di 10 adenomi
Management individuale



Considerare l'ipotesi di una sindrome poliposica

Adenoma con Carcinoma
Intramucoso (TIS)



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 – 1 anno – 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 6mesi – 1 anno – 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”

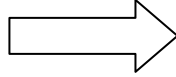
tutti i pazienti con cancro del colon dovrebbero essere sottoposti ad una approfondita anamnesi familiare (necessario escludere HNPCC, FAP e FAP attenuata)

in caso di opzione chirurgica valutare età, comorbidità e rischio chirurgico

MODALITA' DI FOLLOW UP ENDOSCOPICO DEL CR COLO-RETTALE

CR COLON Stadio Dukes A

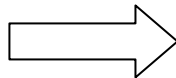
colonscopia a 12 mesi negativa



controllo a 3 e 5 anni

Stadio Dukes B e C

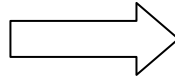
colonscopia a 12 mesi se negativa



controllo a 3 e 5 anni

CR RETTO Stadio Dukes A

rettoscopia (+ eventuale eco-ransrettale/EUS) a 12 mesi se negativa



controllo a 3 anni e 5 anni

colonscopia a 12 mesi negativa

controllo a 3 e 5 anni

rettoscopia (+ ev. eco-transrettale/EUS) ogni 6 mesi per 3 anni colonscopia totale a 1, 3 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

workshop multidisciplinare di Parigi del Novembre 2002

Definizione di lesione neoplastica “**superficiale**” del colon: neoformazione il cui aspetto endoscopico suggerisce una profondità di penetrazione non superiore alla sottomucosa.

lesioni definite di tipo 0 sotto-classificate in

- lesioni di tipo *polipoide* (tipo 0-I)
- lesione *non polipoide* (tipo 0-II).

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

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

- 0-Ip (lesione polipoide pedunculata):

- 0-Is (lesione polipoide sessile) con altezza rispetto al piano mucoso: **superiore a 2,5 mm**

• **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):

- 0-IIa (lesione non polipoide rilevata) con altezza rispetto al piano mucoso, **inferiore a 2.5 mm**

- 0-IIb (lesione non polipoide piatta)

- 0-IIc (lesione non polipoide depressa)

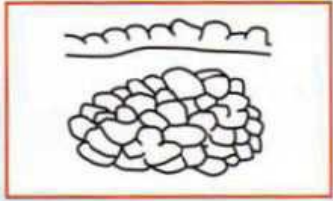

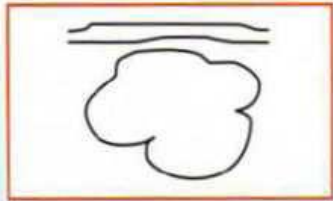
Le lesioni non polipoidi possono poi essere di tipo misto (parte rilevata e parte depressa)

In base alla % di composizione si possono dividere in:

- 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**

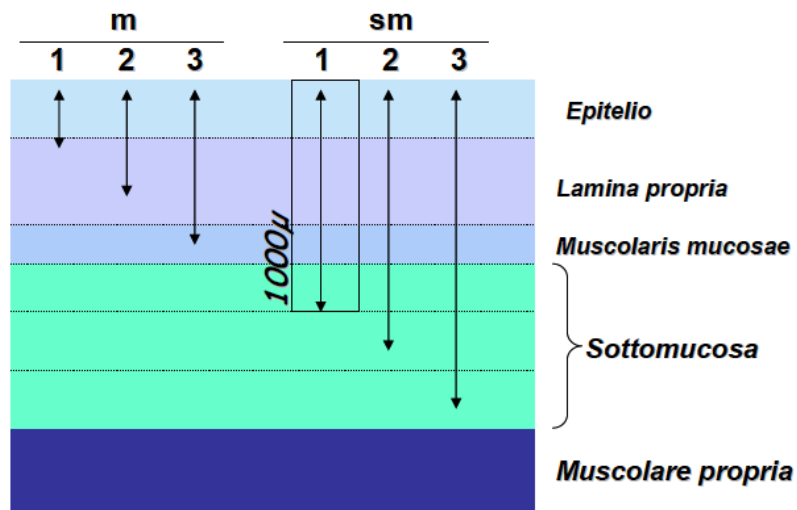
Lesioni di dimensioni superiori a 2 cm, definite con il termine **LST** (*Lateral Spreading Tumor*), caratterizzate dalla presenza di innumerevoli piccoli polipi. In base alle loro caratteristiche tali lesioni si dividono ulteriormente nelle categorie sotto riportate:

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

Le lesioni rilevate (0-IIa) sono quelle più comunemente riscontrate:

- se infiltranti la sottomucosa (< 1000 micron di profondità) hanno una bassa %di aggressività e sono suscettibili di un trattamento endoscopico definitivo;
- se depresse (0-IIc) sono spesso associate a neoplasie con infiltrazione profonda (> 1000 micron), per cui la mucosectomia endoscopica rappresenta un trattamento non definitivo per il rischio di metastasi linfonodali loco-regionali.

Il valore di 1000 micron 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%:



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%:

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.