

La SICO oggi



La Società Italiana di Chirurgia Oncologica ha come missione l'avanzamento della qualità nel trattamento chirurgico delle malattie neoplastiche. Per qualità si intende eccellenza nella terapia, eccellenza nella ricerca oncologica ed eccellenza nella formazione. Attraverso la creazione degli Oncoteams la SICO ha rafforzato la tradizionale propensione alla identificazione di percorsi dedicati alle varie patologie d'organo. Ciò significa anche collaborazione con altre Società Scientifiche sia chirurgiche che mediche di apparato per sviluppare insieme quella parte di conoscenze relativa alla patologia oncologica. Tra queste l'incontro con i gastroenterologi endoscopisti è fondamentale, poiché costituisce il presupposto per l'identificazione di percorsi comuni nella diagnosi e nel trattamento delle patologie tumorali dei visceri cavi. Progetti futuri di raccomandazioni, o ancor meglio linee guida condivise, rappresentano un terreno di confronto su cui migliorare il dialogo e tracciare ambiti di attività specifiche che evitino inutili dispersioni di risorse e soprattutto disagi ai pazienti.

D'altra parte la SICO ha una storia caratterizzata da un'intensa collaborazione con altre società scientifiche come l'AIOM, l'AIRO e la SITILLO, sul trattamento dei tumori solidi, che oggi richiede la costituzione di gruppi interdisciplinari in cui gli oncologi medici ed i radioterapisti rivestono un ruolo fondamentale. È in collaborazione con queste società che abbiamo sviluppato linee guida e percorsi diagnostici terapeutici inseriti nella organizzazione delle reti oncologiche regionali.

I dati statistici mostrano con chiarezza che pur mantenendosi abbastanza costante l'incidenza delle neoplasie nella popolazione italiana, la percentuali delle guarigioni ottenute è in significativo aumento. Questo risultato è stato ottenuto attraverso il miglioramento delle conoscenze, delle professionalità e della organizzazione e della implementazione dei centri di eccellenza. Il contributo della SICO nel raggiungimento di questo risultato è particolarmente rilevante ed auspico che su queste tematiche la condivisione dei colleghi gastroenterologi sia forte e gradita.



Achille Lucio Gaspari
Presidente Società Italiana Chirurgia Oncologica

In copertina



Mosca, 4 dicembre 1866 – Neuilly-sur-Seine, 13 dicembre 1944

Vasilij Vasil'evič Kandinskij, noto come il fondatore dell'arte astratta, compì gli studi liceali a Odessa e si accostò alla musica, che ebbe grande influenza sulla sua visione artistica.

Nel 1912 pubblicò il primo numero dell'"Almanacco del Cavaliere Azzurro", dove afferma una nuova concezione dell'arte come linguaggio universale. Trasferitosi a Mosca, aderì al regime comunista. Nuovamente in Germania nel 1921, compì viaggi in Austria, Svizzera, Belgio, Italia e Medio Oriente. Nel 1933 morì improvvisamente per un ictus a Neuilly-sur-Seine, nei pressi di Parigi.

Editore

Medica
EDITORIA E
DIFFUSIONE
SCIENTIFICA

© 2015 - Medica Editoria e Diffusione Scientifica
C.so Venezia 37 - 20121 Milano
tel. +39 02 76281337 Fax +39 02 93661995
e-mail: info@medicacom.it
http://www.medicacom.it

Direttore responsabile
Paolo Delrio - MD

Creatività e Impaginazione
Medica Editoria e Diffusione Scientifica Srl - Milano

Stampa
A.G.F. Italia - Milano

Registrazione presso il Tribunale di Milano N.459 del 17/07/2008. Tutti i diritti riservati. È vietato riprodurre, tradurre in altra lingua, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza autorizzazione scritta dell'Editore.

CLINICAL Interview

Anno 2015 - N. 2

IN GASTROINTESTINAL SURGERY



Dr Renato Cannizzaro

Direttore SOC Gastroenterologia Oncologica
Istituto Nazionale Tumori IRCCS
Aviano (PN)

Dr Paolo Delrio

Direttore UOC Oncologia Chirurgica Coloretale
IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori di Napoli
Fondazione "G. Pascale"

DIAGNOSI E TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE NEOPLASIE INIZIALI DEL RETTO: UN CONFRONTO TRA GASTROENTEROLOGO E CHIRURGO

Renato Cannizzaro incontra Paolo Delrio

Introduzione: Negli ultimi anni, è aumentato il numero di tumori coloretali identificati in fase precoce: questo incremento è dovuto alla diffusione delle campagne di screening e alla maggiore sensibilità della popolazione e della classe medica verso la prevenzione secondaria dei tumori. Le neoplasie iniziali del retto, in particolare, costituiscono una peculiare categoria di malattia tumorale nella quale lo sviluppo delle conoscenze sull'evoluzione locale e a distanza ha permesso d'identificare nuove strategie di trattamento. A fronte di interventi demolitivi, che in passato venivano offerti come unica opzione ai pazienti con neoplasie del retto, attualmente sono numerose le opzioni terapeutiche con carattere conservativo, nel rispetto dei principi della radicalità

Per trattare una neoplasia iniziale del retto abbiamo a disposizione numerose opzioni terapeutiche a carattere conservativo, che rispettano i principi della radicalità oncologica.

oncologica e della rigorosa interazione multidisciplinare. Particolare interesse riscuotono le procedure di asportazione locale, che possono essere effettuate dal gastroenterologo endoscopista o dal chirurgo. Ne parliamo quindi con due specialisti del settore che ci aiuteranno a far luce su alcuni aspetti cruciali dell'approccio alle neoplasie del retto (Fig. 1).

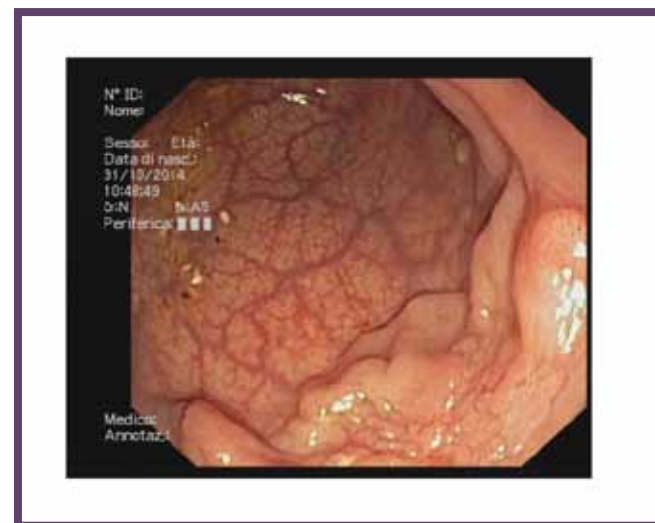


Figura 1. Neoplasia rettale iniziale

L'identificazione di una piccola lesione tumorale del retto è in genere endoscopica. Quali metodiche ha in dotazione il gastroenterologo endoscopista per porre diagnosi di una neoplasia del retto?



Cannizzaro: Quando giunge alla colonscopia un paziente con sangue occulto positivo, nell'ambito dei programmi di screening, o con un'evidente rettoria,

il gastroenterologo endoscopista ha a disposizione diverse tecniche endoscopiche, per poter meglio definire le caratteristiche della lesione rettale tra le quali la magnificazione e le colorazioni elettroniche (cromoendoscopia virtuale).

In particolare, mediante la valutazione del pit pattern e del pattern vascolare, è possibile differenziare le lesioni a basso rischio di cancerizzazione da quelle ad alto rischio (Fig. 2).

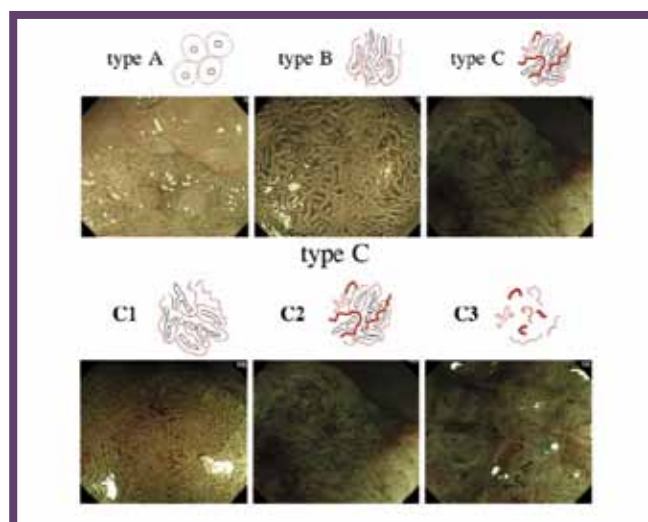


Figura 2. Pit pattern

In quest'ambito anche l'endomicroscopia può aiutare a stabilire se si è di fronte a un adenoma displastico o a un adenocarcinoma: di certo

però, con questa metodica, non è possibile stabilire con la semplice visione il grado d'infiltrazione della lesione neoplastica.

Quindi, se la diagnosi endoscopica non ci aiuta a definire l'infiltrazione, quando un tumore del retto può essere definito "iniziale"?



Delrio: Nella letteratura internazionale, la definizione di neoplasia iniziale del retto è molto variabile. Vi sono prima di tutto differenze nella descrizione anatomica e

quindi nella sede d'insorgenza della neoplasia. Nelle scuole chirurgiche orientali, il retto viene suddiviso in due parti (sovr/sotto peritoneale); negli Stati Uniti, ha il limite superiore misurato con rettoscopia rigida a 12 centimetri, nelle linee guida dell'ESMO questo limite è a 15 centimetri. È ovvio che tali differenze comportano approcci diversi, soprattutto per le strategie di exeresi locale.

Ma nonostante le differenze "anatomiche" e quindi della sede d'insorgenza, possiamo definire una neoplasia rettale come iniziale se le cellule tumorali non hanno superato la sottomucosa, il che coincide con un tumore T1 nella classificazione TNM. Vorrei sottolineare tuttavia che la stessa classificazione include nelle neoplasie in stadio I sia le lesioni T1 che T2: queste ultime, a causa dell'elevata incidenza di metastasi linfonodali, non possono essere considerate a mio avviso neoplasie iniziali.

A oggi solo un tumore T1 nella classificazione TNM può essere definito una neoplasia iniziale.

In caso di lesioni "minime" del retto quale strategia endoscopica può essere usata?

Cannizzaro: Di fronte a una lesione del retto, il gastroenterologo endoscopista può immediatamente effettuare un'ecoendoscopia per valutare il grado di infiltrazione e quindi procedere all'asportazione endoscopica con una polipectomia, una mucosectomia o una dissezione sottomucosa.

Con queste tecniche, nei pazienti a basso rischio di cancro infiltrante, è possibile fornire all'anatomopatologo il tessuto sufficiente per una corretta diagnosi istologica e per valutare il grado d'infiltrazione.

Il trattamento endoscopico sarà adeguato qualora ricorrano le seguenti condizioni: il grading istologico è 1-2; il carcinoma è in situ o con infiltrazione confinata agli strati iniziali della sottomucosa (T1 sm1); non vi è invasione linfatica o vascolare; l'escissione è ritenuta completa dall'anatomopatologo.

Che cosa succede se queste condizioni non sono rispettate?

Delrio: È un'evenienza da considerare, e questo comporta la necessità di ricorrere a un atto chirurgico, non necessariamente demolitivo. È fondamentale però che il gastroenterologo endoscopista marchi la sede della sua exeresi con un tatuaggio.

Ciò permetterà di controllare l'eventuale presenza di un residuo e di guidare l'atto chirurgico di ampliamento della exeresi, che, come dicevo, non dev'essere necessariamente caratterizzato dall'asportazione dell'organo.

DIAGNOSI E TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE NEOPLASIE INIZIALI DEL RETTO: UN CONFRONTO TRA GASTROENTEROLOGO E CHIRURGO

Renato Cannizzaro incontra Paolo Delrio

L'approccio endoscopico alla resezione può variare con lo spessore della lesione?

Le resezioni endoscopiche possono prevedere la mucosectomia (EMR) o anche la dissezione sottomucosa (ESD).

Cannizzaro: Per quanto riguarda l'approccio endoscopico, le tecniche utilizzate sono principalmente due: la mucosectomia (EMR) e la dissezione sottomucosa (ESD). La prima è impiegata per le lesioni "piatte" o scarsamente rilevate sul piano mucoso, non facilmente aggredibili con la semplice ansa diatermica. La mucosectomia consiste nell'infiltrazione della sottomucosa con sostanze specifiche (soluzione fisiologica, glucosata ipertonica, acido ialuronico, ecc.) in modo da "scollare" la lesione dai piani sottostanti. Si crea così un cuscinetto di tessuto che può essere incarcerato con l'ansa e asportato con una (*en bloc*) o più sezioni (*piecemeal*). Tale tecnica, in mani esperte, consente la rimozione di vasti adenomi (oltre i 5 centimetri). La dissezione sottomucosa (ESD), invece, consiste nel taglio della mucosa, con strumenti endoscopici dedicati e nell'asportazione in toto di grossi polipi piatti. La tecnica ha il vantaggio di inviare all'istopatologo la lesione per intero. Per l'ESD sono disponibili numerosi accessori che permettono di lavorare in sicurezza (Figg. 3 e 4).

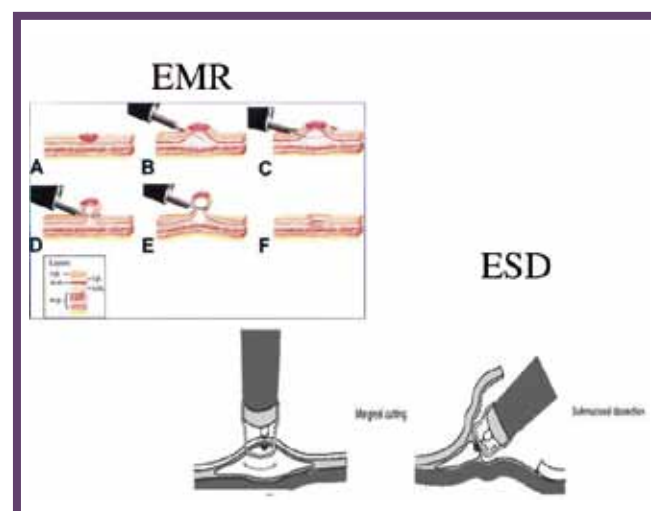


Figura 3. Metodiche exeresi endoscopica

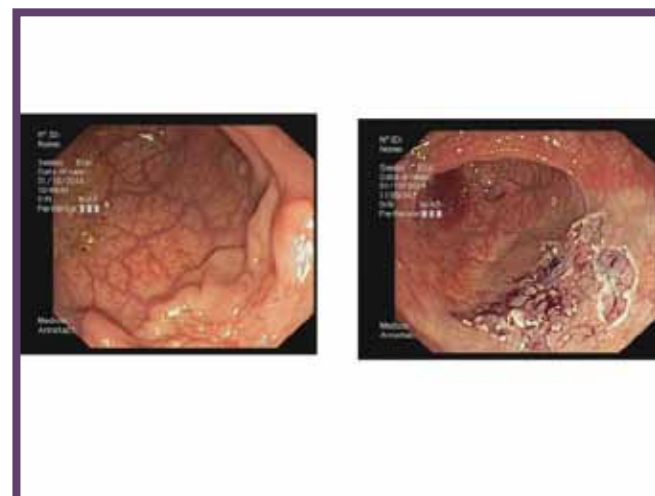


Figura 4. EMR

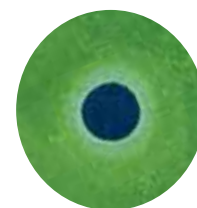
Quali complicanze possono verificarsi?

Cannizzaro: Le complicanze sono il sanguinamento e la perforazione, ma una recente review ha sottolineato che, nel caso di exeresi di lesioni del retto, le complicanze dell'ESD sono intorno all'1%, quindi con buon profilo di sicurezza per il paziente.

E se la lesione non viene definita come asportabile per via endoscopica, vi sono dei requisiti minimi per una corretta stadiazione di una neoplasia rettale?

Delrio: Attualmente, un paziente con sospetta o accertata diagnosi di tumore del retto che non sia resecabile per via endoscopica con una ragionevole certezza di trovarsi di fronte a una lesione "minima" dev'essere sottoposto a uno staging completo che permetta di definire lo stadio della neoplasia con la maggiore precisione possibile. Prima di tutto è necessaria una diagnosi istologica accurata con la definizione precisa del grading della neoplasia e dell'eventuale presenza di invasione linfatica e vascolare.

La selezione dei pazienti candidati a un'asportazione locale deve prevedere un percorso diagnostico completo.



Oltre all'istologia, l'esame ormai considerato imprescindibile è la risonanza magnetica nucleare (RMN) ad alta risoluzione. È un esame capace di definire le principali caratteristiche di una neoplasia rettale e quindi orientare la scelta terapeutica personalizzata.

In particolare, la RMN fornisce informazioni sull'aspetto (circolare, polipoide o ulcerato) della lesione, la sede anatomica (con la distanza tra il margine inferiore della neoplasia e la giunzione anorettale), la profondità d'invasione della parete, la presenza di linfonodi, il rapporto con il margine mesorettale e l'eventuale invasione vascolare extramurale, il rapporto con gli altri organi pelvici. Tali informazioni possono essere integrate da quelle ottenute dall'ultrasonografia endorettale che studia, in maniera molto precisa, le neoplasie che interessano gli strati superficiali della parete (T1-T2) e possono aiutare a definire lo stato linfonodale supportando una citologia su eventuali lesioni sospette (FNAB ecoguidato). A questi esami è necessario aggiungere la TC *whole body* (fondamentale per lo studio delle eventuali lesioni secondarie) e in alcuni casi la PET, utile a dirimere alcuni dubbi diagnostici sulla diffusione sistemica, ma ormai utilizzata anche per monitorare la risposta a trattamenti integrati.

Si tratta quindi di un percorso diagnostico complesso ma che garantisce al paziente l'accuratezza nella definizione del suo stato di malattia. Questo comporta sicuramente un incremento dei costi, ma proprio da tale accuratezza deriva la possibilità di selezionare quei pazienti che sono suscettibili di un trattamento meno aggressivo come l'escissione locale.

E quali sono, quindi, le attuali indicazioni all'escissione locale, cioè alla sola asportazione del tumore senza necessità di rimuovere l'intero organo?

Delrio: Prima di definire le attuali indicazioni mi fa piacere chiarire un concetto: la riduzione dell'aggressività chirurgica è un tema in generale molto sentito dai chirurghi oncologi, e soprattutto da coloro che s'interessano di patologia rettale. L'asportazione del retto, anche con metodiche mininvasive, con la successiva ricostruzione della continuità intestinale, pur garantendo una cura locale della malattia tumorale, non ha un impatto positivo sulla funzione e la "sindrome da resezione anteriore" che ne deriva può influenzare negativamente la qualità di vita del paziente. Nel caso di procedure chirurgiche che non prevedano la ricostruzione ma il ricorso a una colostomia definitiva, l'impatto negativo sulla vita quotidiana può essere ancora maggiore. Per questi motivi, l'escissione locale è una proposta chirurgica "affascinante": il presupposto è quello di non alterare la funzione poiché non si asporta l'organo.

L'escissione locale è una proposta chirurgica "affascinante": non asportare l'organo vuol dire non alterare la funzione.

A oggi però la letteratura e le linee guida ci inducono a essere molto cauti nel porre indicazione a un'exeresi locale: in particolare, attualmente possiamo sottoporre a un intervento ultraconservativo solo i pazienti che abbiano una neoplasia T1 senza infiltrazione dello strato profondo della sottomucosa (sm1/sm2), che sia mobile, non superiore ai 4 cm e che non comprenda oltre il 40% della circonferenza rettale, localizzata entro 10 cm dal margine anale, non abbia linfadenopatie visibili alla ultrasonografia e alla RMN, mostri una istologia favorevole (G1-2) senza invasione linfovaskolare. Tali lesioni sono riscontrate di frequente in corso di esame endoscopico effettuato nell'ambito di uno screening o per vaghi sintomi rettali. È per tali lesioni che l'escissione locale sta diventando uno standard di trattamento nelle istituzioni con un'attività di chirurgia coloretale dedicata. È fondamentale soprattutto l'interazione e la collaborazione con i gastroenterologi: ciò allo scopo di definire insieme le indicazioni a un trattamento

DIAGNOSI E TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLE NEOPLASIE INIZIALI DEL RETTO: UN CONFRONTO TRA GASTROENTEROLOGO E CHIRURGO

Renato Cannizzaro incontra Paolo Delrio



endoscopico o il ricorso a una delle tecniche di escissione locale attualmente disponibili.

Perché parlare di tecniche, al plurale? Non esiste una sola tipologia di asportazione locale?

L'exeresi locale di una neoplasia rettale può essere approcciata con varie metodiche adattabili alle caratteristiche della lesione.

Delrio: L'approccio all'exeresi locale di una neoplasia rettale è molto cambiato negli ultimi vent'anni. Come per l'endoscopia, abbiamo a disposizione vari approcci. Possiamo ricorrere alla tradizionale exeresi transanale (TAE, *transanal excision*) che viene effettuata con divaricatori anali dedicati e ha ancora un diffuso utilizzo per le neoplasie molto vicine alla linea dentata. Dal 1984, anno in cui il prof. Buess la introdusse nella pratica clinica, abbiamo a disposizione la tecnica TEM (*transanal endoscopic microsurgery*) (Fig. 5).



Figura 5. TEM

Essa prevede l'utilizzo di una tecnologia 3D che, grazie a un'insufflazione regolata del retto e quindi alla creazione di una camera di lavoro adeguata, permette l'utilizzo di strumenti dedicati introdotti attraverso un anoscopio di lunghezza variabile. Ciò favorisce l'esecuzione di exeresi ampie e, soprat-

tutto, la chiusura del difetto che ne deriva. L'evoluzione tecnologica ha permesso di sviluppare anche una nuova procedura chirurgica definita TAMIS (*transanal minimally invasive surgery*) che sfrutta la tecnologia laparoscopica (anche 3D) ma soprattutto una porta di accesso singola (*single port*) (Fig. 6)

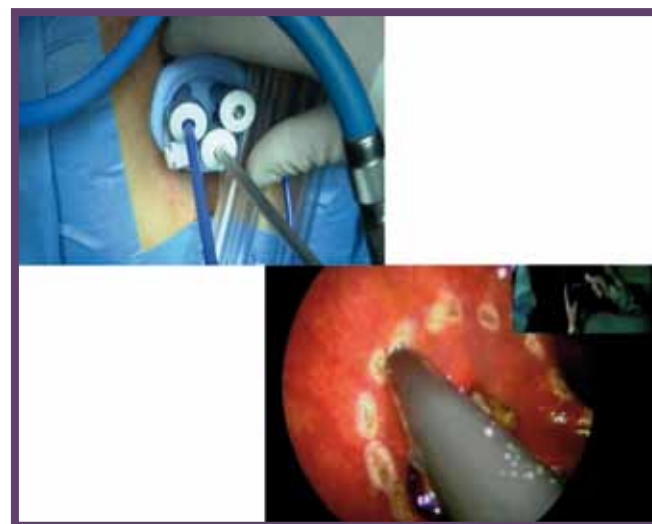


Figura 6. TAMIS

attraverso la quale introdurre strumenti e *device* laparoscopici tradizionali. Con questo approccio si possono riprodurre le tecniche utilizzate nella TEM riducendo i costi e anche la curva di apprendimento della procedura.

Ma può essere definita una procedura curativa? Quali sono le possibili complicanze?

Delrio: L'escissione locale può essere considerata curativa se la lesione asportata si conferma essere all'esame istologico una neoplasia "iniziale". In questo caso le percentuali di successo terapeutico sono elevate e il tasso di recidiva locale è basso. Sono pertanto fondamentali la selezione dei pazienti, un'accurata scelta della tecnica chirurgica appropriata e una rigorosa esecuzione tecnica. A questo va aggiunta ovviamente una precisa analisi anatomopatologica che definisca al meglio le caratteristiche di malattia e guidi scelte chirurgiche aggiuntive o terapie adiuvanti in caso di neoplasie più avanzate.

L'approccio chirurgico videoassistito transanale ha permesso di ampliare le indicazioni all'exeresi locale a lesioni rettali "più alte".

Uno dei problemi legati a un'ineadeguata selezione dei pazienti è la necessità di eventuali re-interventi in pazienti sottoposti a un'escissione locale. Le procedure chirurgiche "di salvataggio" possono essere più complesse e soprattutto gravate da un tasso maggiore di complicanze e di stomie intestinali. Sul tema delle complicanze dell'exeresi locale, mi sembra opportuno ricordare che proprio un'adeguata tecnica chirur-

gica permette di limitarne l'incidenza e la gravità. Escissione locale non significa chirurgia meno complessa o scevra da rischi. La magnificazione dell'immagine offerta dalle tecnologie videoendoscopiche e l'utilizzo di dispositivi di dissezione e sintesi vascolare avanzati riducono il rischio di complicanze emorragiche. La chiusura del difetto residuo facilita la guarigione, la ripresa funzionale e soprattutto il dolore post-operatorio.



Per un'unità endoscopica, esistono dei requisiti minimi per poter trattare con sicurezza le lesioni rettali "iniziali"?

Cannizzaro: Come per tutte le tecniche di endoscopia avanzata è necessario un periodo di apprendimento. È inoltre opportuno effettuare queste metodiche in centri ad alto volume, con provata esperienza e, soprattutto, con un elevato grado d'interazione con le altre branche specialistiche.

E per la chirurgia? Chi può trattare queste lesioni?

Delrio: Anche le exeresi locali è opportuno che siano condotte presso strutture ad alto volume e con una dedicata attività coloretale e oncologica. Questo non vuol dire che non possano essere effettuate da chirurghi generali, ma il confronto con i gastroenterologi endoscopisti, la costante collaborazione

con gli anatomopatologi e l'interazione con gli specialisti dell'*imaging* sono fondamentali e devono costituire il presupposto per il corretto approccio ai pazienti con lesioni del retto, anche se iniziali.

Possiamo immaginare in futuro un incremento delle procedure di escissione locale? Quali tecnologie potrebbero ridurre il ricorso alla chirurgia e permettere un numero maggiore di resezi endoscopiche o di chirurgia poco aggressiva?

Cannizzaro/Delrio: Il miglioramento costante delle strategie di prevenzione e soprattutto le campagne di screening porteranno di sicuro a identificare un numero maggiore di lesioni rettali iniziali e quindi trattabili con un approccio meno aggressivo, endoscopico o chirurgico. Lo scenario più interessante che possiamo ipotizzare è quello del trattamento locale delle

neoplasie rettali avanzate dopo terapia neoadiuvante. Sempre maggiore è infatti il ricorso a strategie terapeutiche integrate (chemioradioterapia) che permettono di ottenere una riduzione sensibile delle dimensioni e dello stadio di tumori rettali inizialmente suscettibili di un trattamento chirurgico demolitivo. In alcuni casi assistiamo addirittura alla scomparsa della neoplasia, al posto della quale ritroviamo un residuo fibroso minimo. In ambito di trial dedicati stiamo già verificando la possibilità di procedere a una sola exeresi locale. La conferma della fattibilità di questo approccio amplierà ovviamente l'indicazione a una chirurgia molto conservativa, che risparmi l'organo e quindi la funzione. Il futuro, e in parte il presente, sono caratterizzati da questa prospettiva chirurgica intrigante che avrà un grande impatto sulla qualità di vita dei pazienti. La collaborazione tra gli specialisti, e in particolare tra chirurghi e gastroenterologi endoscopisti, è sicuramente necessaria per raggiungere quest'obiettivo.

In futuro potremmo ipotizzare un trattamento locale delle neoplasie rettali avanzate dopo terapia neoadiuvante.

