

Pubbligate le linee-guida della European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) e della European Society of Digestive Oncology (ESDO) sulla sorveglianza endoscopica dopo resezione chirurgica o endoscopica del Cancro Colo-Rettale.

Dott. Leonardo Frazzoni, Prof. Lorenzo Fuccio

UOC Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva – Prof. F. Bazzoli

Policlinico S. Orsola - Malpighi

Università degli Studi di Bologna

Sono state appena pubblicate sulla rivista *Endoscopy* le linee guida congiunte della ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) ed ESDO (*European Society of Digestive Oncology*) sulla sorveglianza endoscopica del paziente sottoposto a resezione chirurgica o endoscopica per cancro colo-rettale (CCR) (1). Questa pubblicazione è degna di nota per almeno tre ragioni: in primis, il CCR ha una elevata incidenza, con oltre 1,8 milioni di nuovi casi stimati nel 2018, classificandosi al terzo posto tra tutti i tumori ed essendo responsabile di circa 1 nuova neoplasia su 10 (2). In secondo luogo, questa è la prima linea guida europea pubblicata congiuntamente da gastroenterologi e oncologi sull'argomento. Infine, le raccomandazioni sono basate sulle più aggiornate evidenze della letteratura internazionale, tra cui una recente revisione sistematica di studi osservazionali endoscopici che ha evidenziato un maggior rischio di nuovi cancri del colon-retto nei primi 3 anni dopo l'intervento chirurgico, con successiva significativa riduzione dell'incidenza di neoplasie evidenziabili endoscopicamente (3).

ESGE ed ESDO sottolineano il ruolo fondamentale della colonscopia peri-operatoria di elevata qualità, da eseguire prima della chirurgia del CCR primitivo o entro 6 mesi dall'intervento in caso di neoplasia stenotante non transitabile (1). Le ragioni sono molteplici: da un lato, la maggior parte del rischio di CCR post-operatorio evidenziabile endoscopicamente si concentra nei primi 2-3 anni (3), ed è stato inoltre stimato che circa la metà dei CCR metacroni deriva da lesioni non evidenziate alla colonscopia peri-operatoria (4); dall'altro lato, la qualità della colonscopia, definita da alcuni parametri tra cui l'esplorazione completa di tutti i segmenti colici, un opportuno tempo di retrazione e un *adenoma detection rate* (ADR) adeguato, è strettamente associata al rischio di CCR intervallare (5).

Si raccomanda l'esecuzione della prima colonscopia post-operatoria un anno dopo l'intervento chirurgico. La seconda colonscopia dovrà essere eseguita a 3 anni dalla prima, e la terza colonscopia andrà effettuata a 5 anni dalla seconda, se non vengono riscontrate lesioni ad

alto rischio (1); in caso contrario, possono essere considerati intervalli più brevi. **Non si raccomanda una sorveglianza endoscopica “intensiva”, i.e. annuale**, poiché non vi è evidenza scientifica che questa sia associata ad un significativo guadagno in termini di sopravvivenza (6). **Analoghe raccomandazioni in termini di sorveglianza endoscopica si applicano al CCR in stadio pT1 a basso rischio resecato endoscopicamente, per il quale tale approccio si sia rivelato curativo** (1).

Il testo completo della linea guida può essere consultato al seguente link:

<https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-0831-2522>

References

1. Hassan C, Wysocki PT, Fuccio L, et al. Endoscopic surveillance after surgical or endoscopic resection for colorectal cancer: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society of Digestive Oncology (ESDO) Guideline. *Endoscopy*. 2019 Feb 14;
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries: *Global Cancer Statistics 2018*. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018 Sep 12 [cited 2018 Sep 17]; Available from: <http://doi.wiley.com/10.3322/caac.21492>
3. Fuccio L, Rex D, Ponchon T, et al. New and Recurrent Colorectal Cancers After Resection: a Systematic Review and Meta-analysis of Endoscopic Surveillance Studies. *Gastroenterology*. 2018 Dec 13;
4. le Clercq CMC, Winkens B, Bakker CM, et al. Metachronous colorectal cancers result from missed lesions and non-compliance with surveillance. *Gastrointest Endosc*. 2015 Aug;82(2):325-333.e2.
5. Kaminski MF, Regula J, Kraszewska E, et al. Quality Indicators for Colonoscopy and the Risk of Interval Cancer. *N Engl J Med*. 2010 May 13;362(19):1795–803.
6. Jeffery M, Hickey BE, Hider PN, et al. Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016;(11). Available from: <http://doi.org/10.1002/14651858.CD002200.pub3>