



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# APPROPRIATEZZA DELL'IMAGING NELLA DIAGNOSTICA E RADIOTERAPIA DEI TUMORI GASTROINTESTINALI

## APPROPRIATEZZA DELL'IMAGING NEI TUMORI DEL RETTO

ATTUALITÀ NEI TRATTAMENTI INTEGRATI DEL CARCINOMA DEL RETTO  
LOCALMENTE AVANZATO: VERSO LA PRESERVAZIONE D'ORGANO

## IL PUNTO DI VISTA DEL CHIRURGO

Gemelli



Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli  
Università Cattolica del Sacro Cuore

**PROF. CLAUDIO COCO**

U.O. CHIRURGIA GENERALE 2

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO "A. GEMELLI"

PRESIDIO COLUMBUS

UNIVERSITÀ CATTOLICA S. CUORE - ROMA





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

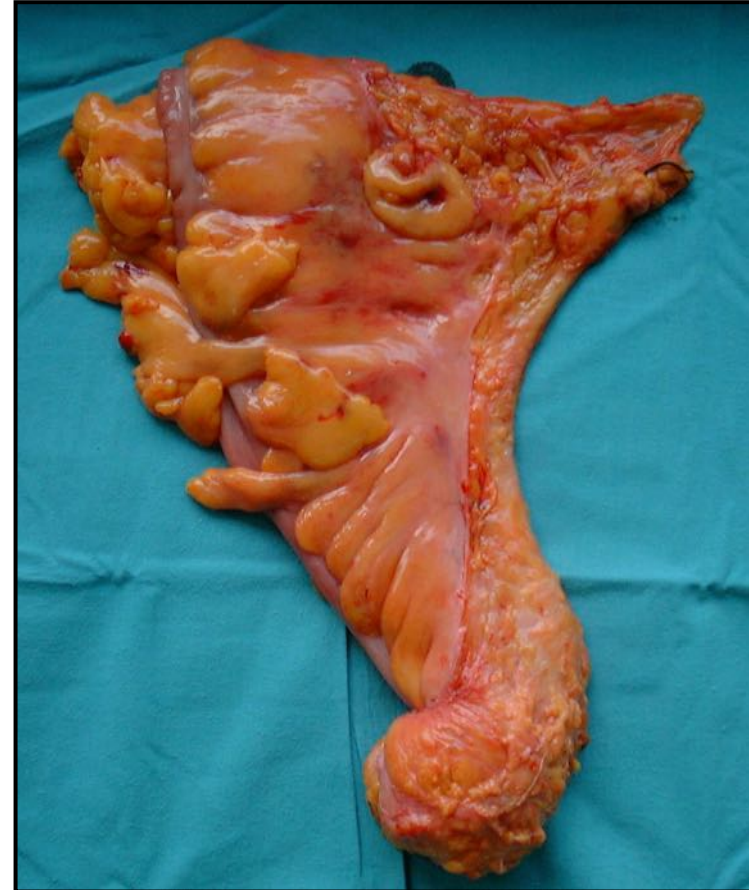
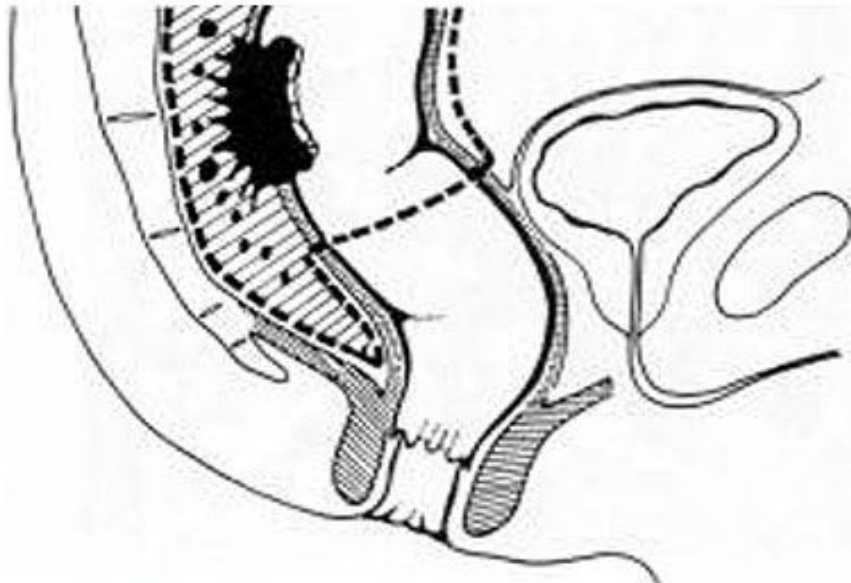
# TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL CANCRO DEL RETTO POST-RCT

## TOTAL MESORECTAL EXCISION: IL GOLD STANDARD

BR J SURG 1982 OCT; 69(10): 613-6

*The mesorectum in rectal cancer surgery - the  
clue to pelvic recurrence?*

Heald RJ, Husband EM, Ryall RD





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# EVOLUZIONE DEI TRATTAMENTI INTEGRATI RCT NEOADIUVANTI

## RISPOSTA COMPLETA POST-RCT: INCIDENZA

<b>AUTORI</b>	<b>N. PZ.</b>	<b>TRATTAMENTO</b>	<b>% pCR</b>
<i>Hiotis, 2002</i>	488	RT + CHT	<b>10</b>
<i>Sauer, 2003</i>	405	RT + CHT	<b>8</b>
<i>Wiltshire, 2004</i>	135	RT + CHT	<b>21</b>
<i>Bosset, 2004</i>	572	RT + CHT	<b>13</b>
<i>Pucciarelli, 2006</i>	235	RT + CHT	<b>24</b>
<i>Coco, 2007</i>	272	RT + CHT	<b>21</b>
<i>Beddy, 2008</i>	126	RT + CHT	<b>21</b>
<i>Belluco, 2011</i>	139	RT + CHT	<b>30</b>
<i>Park, 2013</i>	725	RT + CHT	<b>18</b>
<i>Vallam, 2015</i>	524	RT + CHT	<b>21</b>
<i>Belluco, 2016</i>	226	RT + CHT	<b>29</b>



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# EVOLUZIONE DEI TRATTAMENTI INTEGRATI RCT NEOADIUVANTI

## RISPOSTA COMPLETA POST-RCT: PROGNOSI



**Systematic review and meta-analysis of outcomes following pathological complete response to neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer**

S. T. Martin, H. M. Heneghan and D. C. Winter

**METANALISI DI 16 STUDI CHE HANNO VALUTATO IL RUOLO PROGNOSTICO  
DELLA PCR DOPO RCT PER CANCRO DEL RETTO**

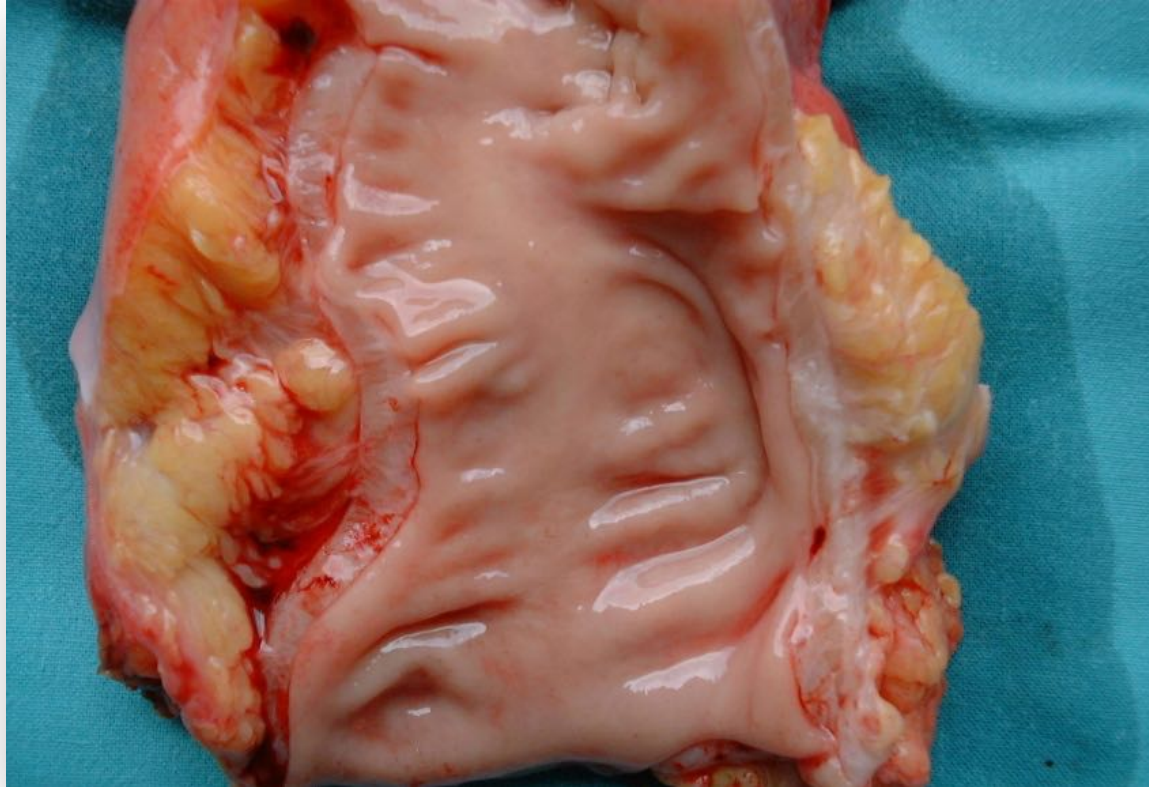
<b>N. PAZIENTI</b>	<b>3363</b>
<b>FOLLOW-UP MEDIO (MESI)</b>	<b>55.5</b>
<b>RECIDIVA LOCALE</b>	<b>0.7%</b>
<b>METASTASI A DISTANZA</b>	<b>8.7%</b>
<b>SVV GLOBALE</b>	<b>90.2%</b>
<b>SVV LIBERA DA MALATTIA</b>	<b>87.0%</b>





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# TRATTAMENTO DEL CANCRO DEL RETTO DOPO RISPOSTA COMPLETA POST-RCT

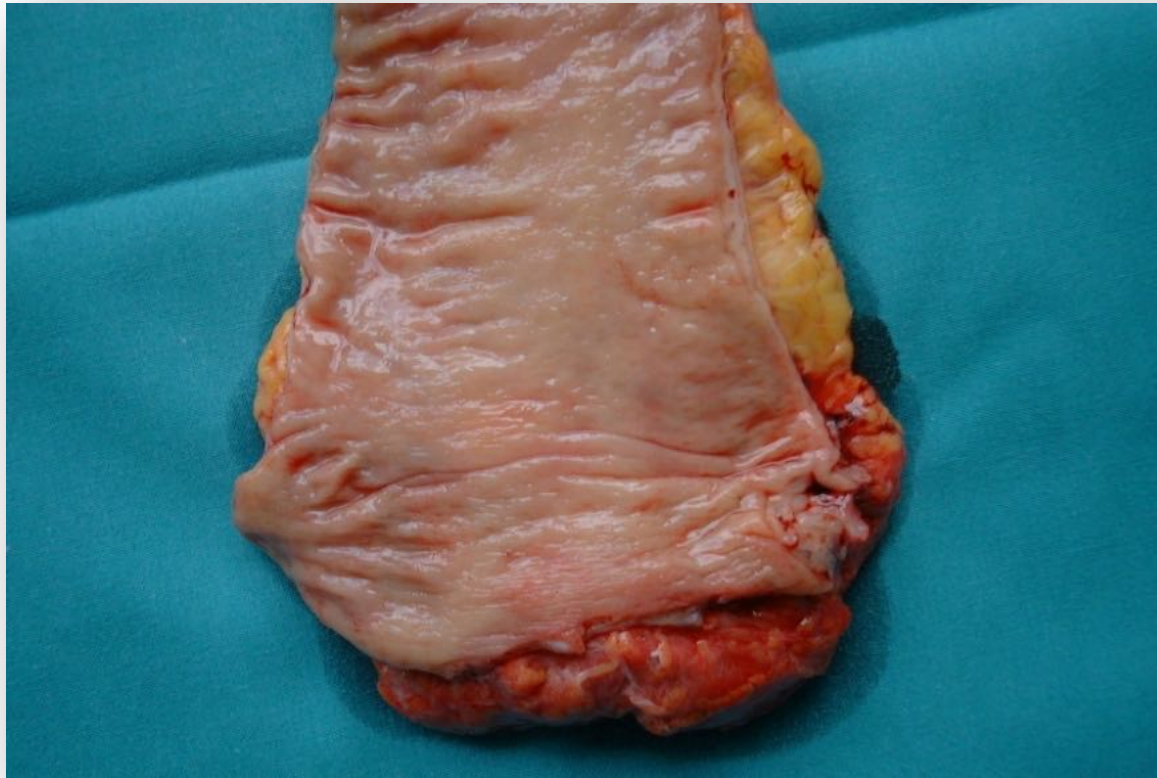


**QUAL È IL CONTRIBUTO DELLA TME NEL MIGLIORAMENTO DEL LC,  
DFS ED OS NEI PAZIENTI CON PCR?**



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# TRATTAMENTO DEL CANCRO DEL RETTO DOPO RISPOSTA COMPLETA POST-RCT



**L'ASPORTAZIONE DI UN ORGANO SANO DETERMINA REALMENTE UN  
MIGLIORAMENTO DELL'OUTCOME ONCOLOGICO?**



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# TME DOPO RCT: MORBIDITÀ & MORTALITÀ A BREVE TERMINE

<b>AUTORI</b>	<b>N. Pz.</b>	<b>MORBIDITÀ P.O.</b>	<b>DEISCENZA ANASTOMOSI</b>
<b><i>PISO, 2004</i></b>	337	35%	9%
<b><i>LAW, 2004</i></b>	396	35%	8%
<b><i>SAUER, 2004</i></b>	415	36%	11%
<b><i>BOSSET, 2006</i></b>	970	23%	-
<b><i>BUJIKO, 2006</i></b>	305	23%	10%
<b><i>GERARD, 2006</i></b>	719	24%	7%
<b><i>FERENSCHILD, 2009</i></b>	210	34%	5%
<b><i>KANG 2010 (LPS)</i></b>	170	21.2%	1.2%
<b><i>DENOST 2012 (LPS)</i></b>	292	37%	13%



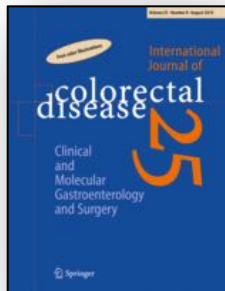
UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# TME DOPO RCT: MORBIDITÀ A LUNGO TERMINE

## Functional results after radiochemotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer

C. Coco • V. Valentini • A. Manno • G. Rizzo •  
M. A. Gambacorta • C. Mattana • A. Verbo •  
A. Picciochi

100 PZ. SOTTOPOSTI RCT PRE-OPERATORIA E  
SUCCESSIVA CHIRURGIA CON TME



PARAMETRI	VALORI
<u>EVACUATION SCORE (MEDIAN)*</u>	16.12 ± 5.12
SENSO DI INCOMPLETO SVUOTAMENTO	58%
NECESSITA' DI RITORNARE IN BAGNO <15 MIN	37%
INCAPACITA' AD EVACUARE COMPLETAMENTE <15 MIN	35%
URGENCY	31%
N. EVACUAZIONI GIORNALIERE >3	23%

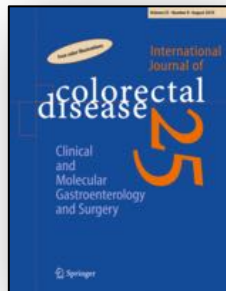
\*: Score variabile da 0 a 28; il valore più alto corrisponde alla funzionalità migliore





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# TME DOPO RCT: MORBIDITÀ A LUNGO TERMINE



## Functional results after radiochemotherapy and total mesorectal excision for rectal cancer

C. Coco • V. Valentini • A. Manno • G. Rizzo •  
M. A. Gambacorta • C. Mattana • A. Verbo •  
A. Picciochi

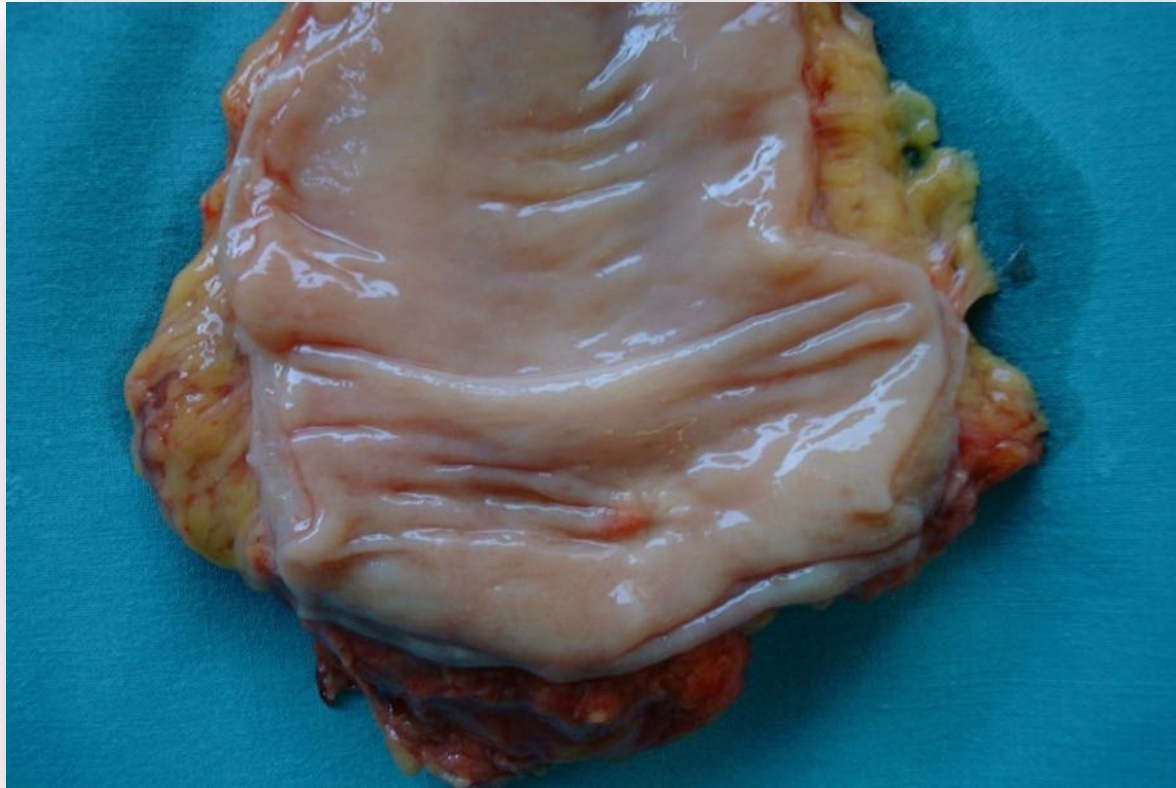
100 PZ. SOTTOPOSTI RCT PRE-OPERATORIA E  
SUCCESSIVA CHIRURGIA CON TME

PARAMETRI	VALORI
<u>CONTINENCE SCORE (MEDIAN)*</u>	6.3 ± 4.79
INCONTINENZA AI GAS	46%
SOILING	19%
INCONTINENZA ALLE FECI SOLIDE	5%
NECESSITA' AD INDOSSARE UN PANNOLONE	14%
MODIFICAZIONI STILE DI VITA	29%

\*: Score variabile da 0 a 20; il valore più alto corrisponde alla funzionalità migliore



# TRATTAMENTO DEL CANCRO DEL RETTO DOPO RISPOSTA COMPLETA POST-RCT

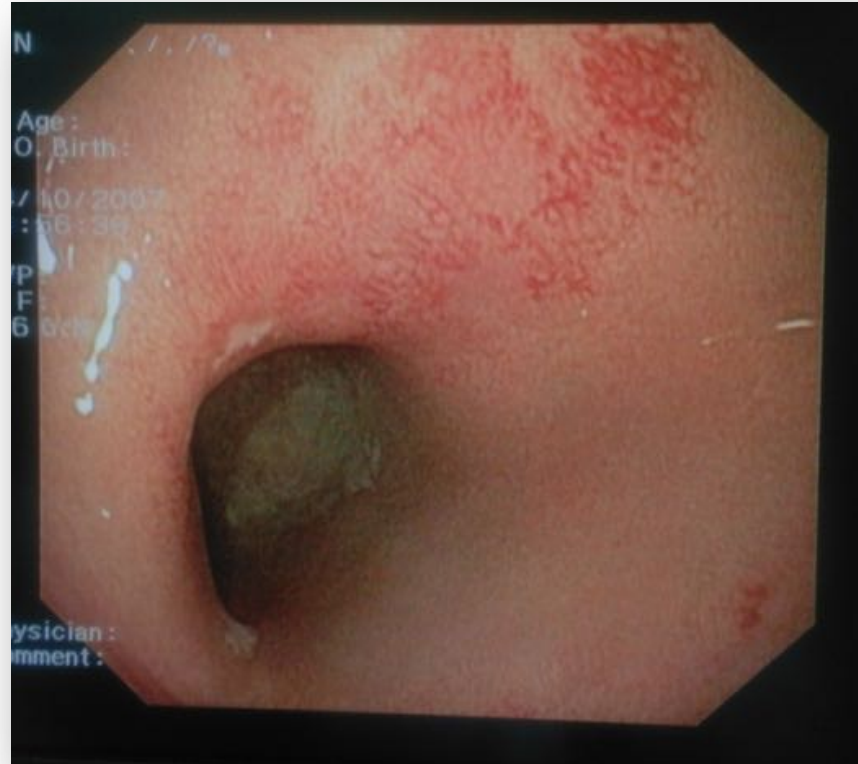


**TOTAL MESORECTAL EXCISION IN CASO DI PCR:  
OVER TREATMENT?**



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# TRATTAMENTO DEL CANCRO DEL RETTO DOPO RISPOSTA COMPLETA POST-RCT



**RISPOSTA CLINICA COMPLETA DOPO RCT:  
E' POSSIBILE IL RISPARMIO D'ORGANO?**



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# TRATTAMENTO DEL CANCRO DEL RETTO DOPO RISPOSTA COMPLETA POST-RCT



WATCH AND WAIT



ESCISSIONE LOCALE





# WATCH & WAIT RISULTATI

	GRUPPO	Pz.	LOC. REGR.	OS	DFS
<b>HABR-GAMA, 2006</b>	W&W	99	6.1%(at 5y)	93%(at 5y)	81%(at 5y)
	CONTROLLO	261	0%(at 5y)	91%(at 5y)	85%(at 5y)
<b>HABR-GAMA, 2013</b>	W&W	39	<b>10%(at 3y)</b>	94%(at 3y)	75%(at 3y)
<b>MAAS, 2011</b>	W&W	21	4.8%(at 2y)	100%(at 2y)	89%(at 2y)
	CONTROLLO	20	0%(at 2y)	91%(at 2y)	93%(at 2y)
<b>SMITH, 2012</b>	W&W	32	<b>18.7%(at 2y)</b>	96%(at 2y)	88%(at 2y)
	CONTROLLO	57	0%(at 2y)	100%(at 2y)	98%(at 2y)
<b>ARAUJO, 2015</b>	W&W	42	<b>11.9%(at 4y)</b>	71.6%(at 4y)	<b>60.9%(at 4y)</b>
	CONTROLLO	69	1.4%(at 4y)	89.9%(at 4y)	<b>82.8%(at 4y)</b>
<b>APPELT, 2015</b>	W&W	40	<b>26%(at 2y)</b>	-	-
<b>RENEHAN, 2015</b>	W&W	129	<b>34.1%(at 33m)</b>	-	-





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# WATCH & WAIT RISULTATI



**Wait and see approach for rectal cancer with a clinically complete response after neoadjuvant concurrent chemoradiotherapy**

## METANALISI

313 PZ. (215 TME vs 98 W&W)

Hyun Jung Kim<sup>1,2</sup> · Jin Ho Song<sup>3,4</sup> · Hyeong Sik Ahn<sup>1,2</sup> · Bong-Hoi Choi<sup>5</sup> ·  
Hojin Jeong<sup>3,4</sup> · Hoon Sik Choi<sup>3</sup> · Yun Hee Lee<sup>3,4</sup> · Ki Mun Kang<sup>3,4</sup> · Bae Kwon Jeong<sup>3,4</sup>

OUTCOME	TME	W&W	P-VALUE
RECIDIVE LOCALI/ LOCAL REGROWTH	4/215 (1.8%)	11/98 (11.2%)	<b><u>0.003</u></b>
METASTASI A DISTANZA	13/215 (6.0%)	5/98 (5.1%)	1.00
LOCAL REGROWTH + METASTASI A DISTANZA	3/69 (4.3%)	3/42 (7.1%)	0.53
RIPRESE DI MALATTIA TOTALI	20/215 (9.3%)	19/98 (19.4%)	0.08



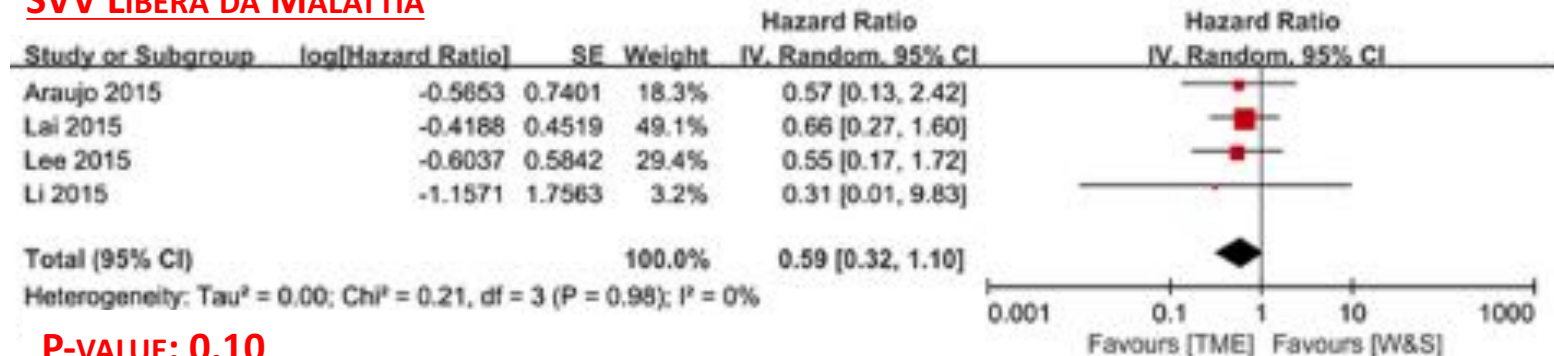
## Wait and see approach for rectal cancer with a clinically complete response after neoadjuvant concurrent chemoradiotherapy

Hyun Jung Kim<sup>1,2</sup> · Jin Ho Song<sup>3,4</sup> · Hyeong Sik Ahn<sup>1,2</sup> · Bong-Hoi Choi<sup>5</sup> ·  
Hojin Jeong<sup>3,4</sup> · Hoon Sik Choi<sup>3</sup> · Yun Hee Lee<sup>3,4</sup> · Ki Mun Kang<sup>3,4</sup> · Bae Kwon Jeong<sup>3,4</sup>

### METANALISI

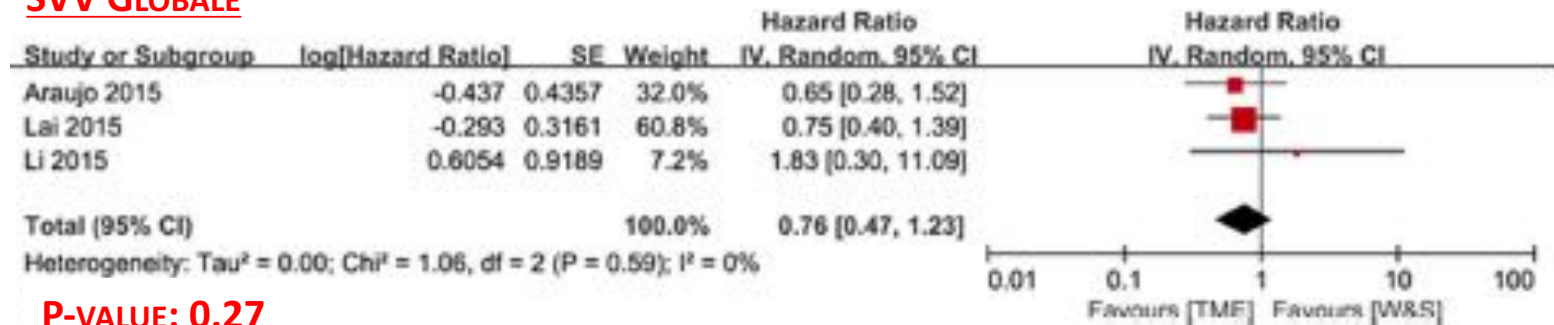
313 pz. (215 TME vs 98 W&W)

#### SVV LIBERA DA MALATTIA

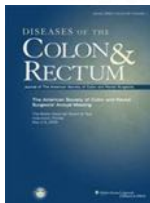


**P-VALUE: 0.10**

#### SVV GLOBALE



**P-VALUE: 0.27**



## Outcome and Salvage Surgery Following “Watch and Wait” for Rectal Cancer after Neoadjuvant Therapy: A Systematic Review

Joseph C. Kong, M.S., F.R.A.C.S.<sup>1,2,3</sup> • Glen R. Guerra, M.B.B.S., F.R.A.C.S.<sup>1,2,3</sup>  
Satish K. Warriar, M.S., F.R.A.C.S.<sup>1,3</sup> • Robert G. Ramsay, Ph.D.<sup>2,3</sup>  
Alexander G. Heriot, M.D., M.B.A., F.R.A.C.S.<sup>1,3</sup>

**370 PZ CON CCR DOPO RCT PER CANCRO DEL RETTO SOTTOPOSTI A W&W**

**105 (28.4%) PZ. CON RICRESCITA LOCALE**

**7 (1.9%) PZ. CON SOLE METASTASI A DISTANZA**

**88 (83.8%) PZ. SOTTOPOSTI A  
CHIRURGIA DI SALVATAGGIO**

**17 (16.2%) PZ. NON SOTTOPOSTI  
A CHIRURGIA DI SALVATAGGIO**

**4 (3.8%) PER CONCOMITANTI M+**  
**4 (3.8%) PERCHÉ UNFIT FOR SURGERY**  
**3 (2.6%) PER RIFIUTO PAZIENTE**  
**6 (5.7%) PER ALTRI MOTIVI**





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# WATCH & WAIT ON-GOING TRIALS

## Timing and Deferral of Rectal Surgery Following a Continued Response to Pre-operative Chemoradiotherapy



FROM LESSON OF WALKER M, BATTERSBY N AND TAIT D DURING «BEATING BOWEL CANCER. PATIENT DAY 2016»  
[HTTPS://WWW.BEATINGBOWELCANCER.ORG/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/04/PD2016-WALKER-BATTERSBY-TAIT.PDF](https://www.beatingbowelcancer.org/wp-content/uploads/2016/04/PD2016-WALKER-BATTERSBY-TAIT.PDF)

**PZ. ARRUOLATI: 47**

**RICRESCITA LOCALE: 12 (25.5%)**

**RESEZIONI R0: 10/12 (83.3%)**

**Consultant in Charge** Dr. DM Tait, Consultant Clinical Oncologist, RMH NHS Trust

**Investigators**

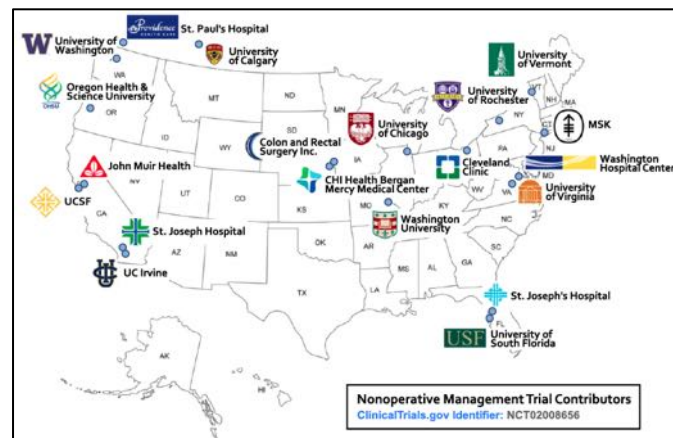
- Prof RJ Heald, Director of Surgery, Pelican Cancer Foundation
- Prof Cunningham, Department of Medicine, RMH NHS Trust
- Dr.G.Brown, Department of Radiology, RMH NHS Trust
- Dr Sue Chua, Department of Nuclear Medicine & Radiology, RMH NHS Trust
- Prof A Darzi, Director of Surgery, St Mary's Hospital NHS Trust
- Dr Ian Chau, Department of Medicine, RMH NHS Trust
- Dr Gary Cook, Department of Nuclear Medicine, RMH NHS Trust
- Dr Andrew Wotherspoon, Consultant Pathologist, RMH NHS Trust
- Dr SKT Yu, Clinical Research Fellow, RMH NHS Trust



**Organ Preservation in Rectal Adenocarcinoma:**  
a phase II randomized controlled trial evaluating 3-year disease-free survival in patients with locally advanced rectal cancer treated with chemoradiation plus induction or consolidation chemotherapy, and total mesorectal excision or nonoperative management

J. Joshua Smith<sup>1</sup>, Oliver S. Chow<sup>2</sup>, Marc J. Gollub<sup>1</sup>, Garrett M. Nash<sup>1</sup>, Larissa K. Temple<sup>1</sup>, Martin R. Weiser<sup>1</sup>, José G. Guillem<sup>1</sup>, Philip B. Paty<sup>1</sup>, Karin Avila<sup>2</sup>, Julio Garcia-Aguilar<sup>1\*</sup> and on behalf of the Rectal Cancer Consortium

**SMITH JJ ET AL. BMC CANCER 2015; 15:767-779**





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# WATCH & WAIT THE W&W DATABASE

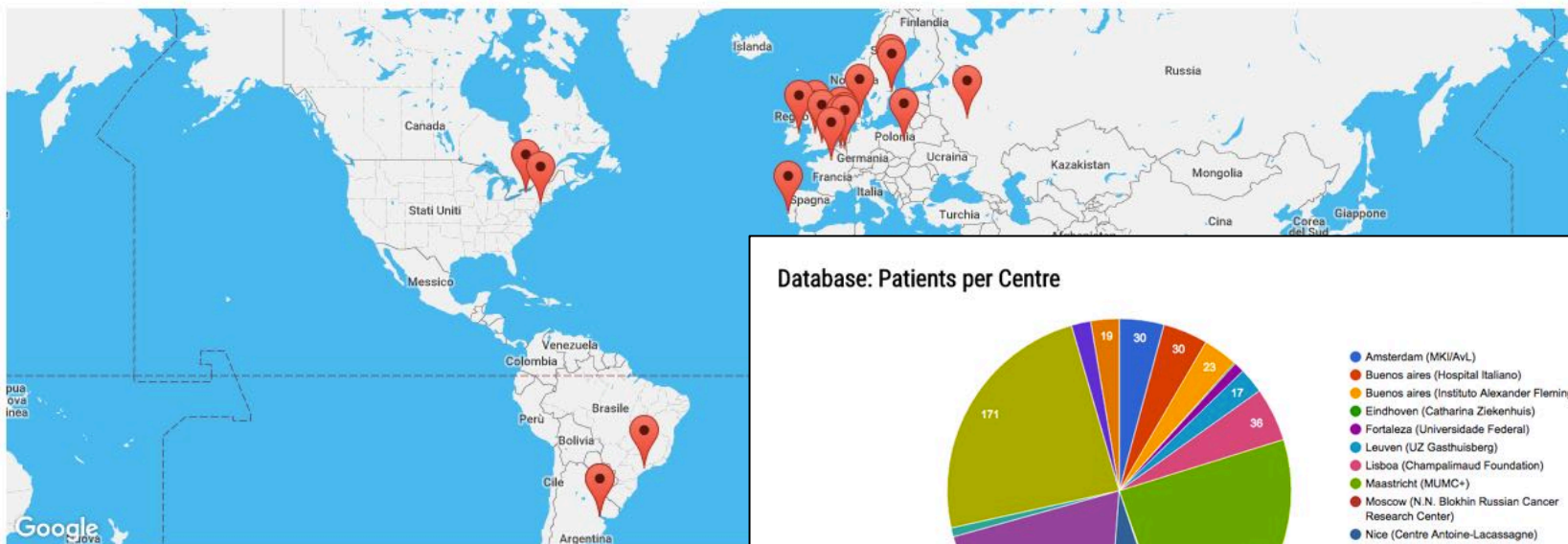


International Watch & Wait database



Champalimaud  
Foundation

## Participating Centres



[www.iwwd.org](http://www.iwwd.org)





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# APPROCCIO WATCH & WAIT

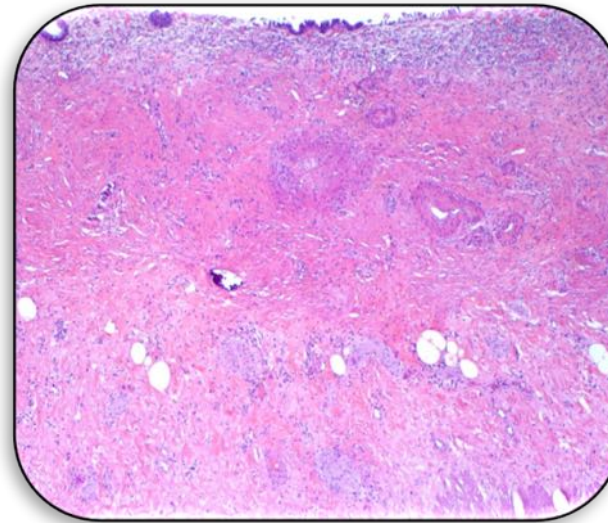
## CRITICITÀ

**COME IDENTIFICARE UN RISPOSTA PATOLOGICA  
COMPLETA SENZA SOTTOPORRE IL PAZIENTE A TME?**



**cCR**

=



**pCR**



**“QUESTO E’ IL PROBLEMA!”**

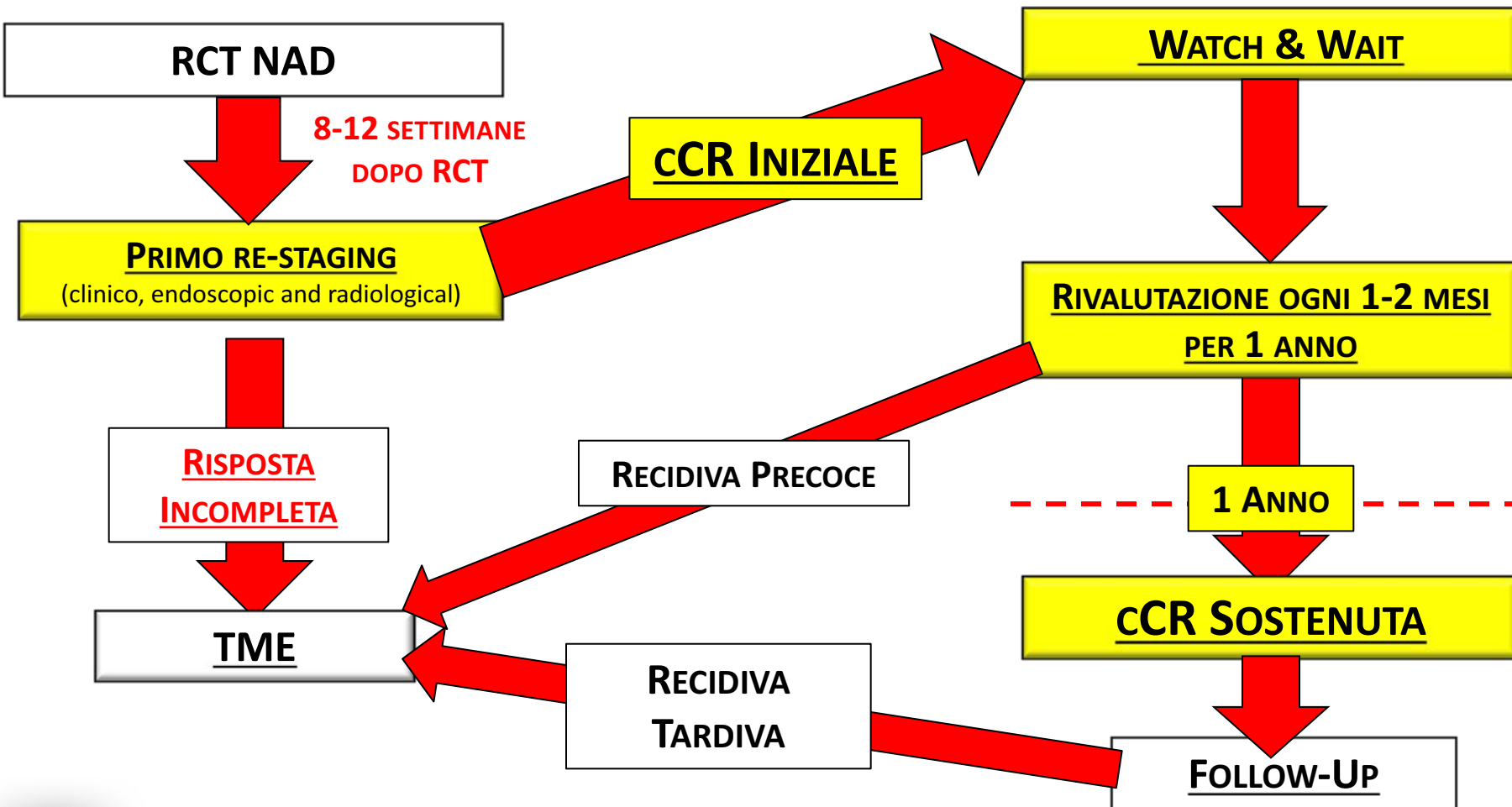


## DEFINIZIONE DI RISPOSTA CLINICA COMPLETA

**ESISTONO ESAMI DIAGNOSTICI IN  
GRADO DI STABILIRE CON CERTEZZA  
LA RISPOSTA COMPLETA DEL TUMORE  
ALLA RCT?**



### DEFINIZIONE DI RISPOSTA CLINICA COMPLETA – ESPERIENZA BRASILIANA





### DEFINIZIONE DI RISPOSTA CLINICA COMPLETA – ESPERIENZA OLANDESE

RISTADIAZIONE CLINICA 6-8 SETTIMANE DOPO IL TERMINE DELLA RCT MEDIANTE **RM**,  
**ENDOSCOPIA** (QUALORA IL TUMORE NON FOSSE VISIBILE ALLA RM POST-RCT) ED  
**ESPLORAZIONE RETTALE**



### DEFINIZIONE DI CCR

- (1) SOSTANZIALE DOWNSIZING DELLA NEOPLASIA CON ASSENZA DI RESIDUO NEOPLASTICO O SOLO FIBROSI RESIDUA ALLA **RM POST-RCT**
- (2) NON EVIDENZA DI LINFONODI SOSPETTI ALLA **RM POST-RCT**
- (3) ASSENZA DI RESIDUO NEOPLASTICO ALL'**ENDOSCOPIA** O SOLAMENTE UNA PICCOLA ULCERA O CICATRICE CON MUCOSA ERITEMATOSA
- (4) NEGATIVITÀ DELLE **BIOPSIE** IN CORRISPONDENZA DELLA CICATRICE, DELL'ULCERA O NELLA SEDE DEL PREGRESSO TUMORE
- (5) NON EVIDENZA DI RESIDUO NEOPLASTICO PALPABILE ALL'**ESPLORAZIONE RETTALE**



### CORRISPONDENZA TRA RISPOSTA CLINICA E RISPOSTA PATOLOGICA COMPLETA

<b>AUTORI</b>	<b>Pz.</b>	<b>cCR</b>	<b>pCR (%)</b>
<b>KIM, 2001</b>	95	22/95 (23%)	<b>17/22 (77%)</b>
<b>ONAITIS, 2001</b>	141	30/141 (21%)	<b>18/30 (60%)</b>
<b>SCHELL, 2002</b>	74	11/74 (15%)	<b>8/11 (73%)</b>
<b>HIOTIS, 2002</b>	488	93/488 (19%)	<b>23/93 (25%)</b>
<b>ZMORA, 2004</b>	109	47/109 (43%)	<b>15/47 (33%)</b>
<b>BELLUCO, 2011</b>	139	15/139 (11%)	<b>11/15 (73%)</b>

<b>AUTORI</b>	<b>Pz.</b>	<b>pCR</b>	<b>iCR (%)</b>
<b>HIOTIS, 2002</b>	488	50	<b>27/50 (54%)</b>
<b>HABR GAMA 2006</b>	360	123	<b>24/123(20%)</b>
<b>BUJKO, 2009</b>	44	18	<b>10/18 (56%)</b>
<b>SMITH, 2014</b>	238	61	<b>45/61 (74%)</b>





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# CANCRO DEL RETTO DOPO RCT

## *RUOLO DELL'ESCISSIONE LOCALE*

### TRANSANAL ENDOSCOPIC MICROSURGERY



ENDOSCOPY. 1985 JAN; 17 (1): 31-5.

ENDOSCOPIC SURGERY IN THE RECTUM.

*BUESS G, THEISS R, GUNTHER M, HUTTERER F, PICHLMAIER H.*

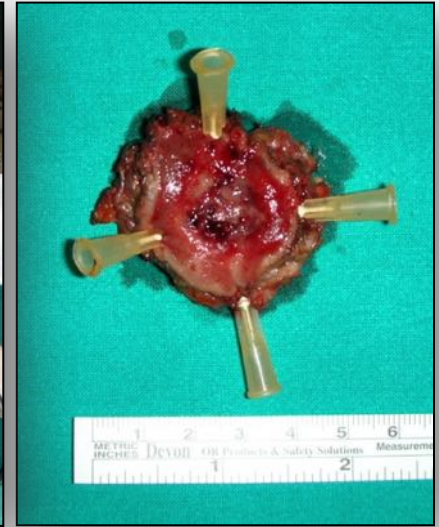




# RISPOSTA CLINICA COMPLETA DOPO RCT

## *RUOLO DELL'ESCISSIONE LOCALE*

Nell'ambito dei pz. che hanno ottenuto una risposta maggiore/completa dopo RCT, dovremmo considerare la TEM, **NON COME UN'OPZIONE TERAPEUTICA** ma come **IL PIÙ ACCURATO STRUMENTO DIAGNOSTICO ATTUALMENTE A NOSTRA DISPOSIZIONE** per confermare anche da un p.d.v. anatomo-patologico la risposta completa al trattamento RCT neoadiuvante.





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# EL/TEM POST-RCT NAD RISULTATI



## A Systematic Review of Local Excision After Neoadjuvant Therapy for Rectal Cancer: Are ypT0 Tumors the Limit?

Sally Hallam, B.Med.Sci., M.B.Ch.B., M.R.C.S.  
David E. Messenger, B.Med.Sci., M.B.Ch.B., F.R.C.S  
Michael G. Thomas, B.Sc., M.S., F.R.C.S.

SYSTEMATIC REVIEW DI 20 STUDI  
(14 DI COORTE, 5 COMPARATIVI AND 1 RANDOMIZZATO)

1068 PZ., TUTTI SOTTOPOSTI AD  
EL DOPO RCT (1004)/RT (64)

STADIO YPT	N. PZ.	RECIDIVE LOCALI
YPT0	277	4.0%
YPT1	82	12.1%
YPT2	83	23.6%
YPT3	23	59.6%
YPT≥1	239	21.9%

FU  
MEDIANO: 54  
MESI

DFS MEDIANO:  
95%

DFS MEDIANO:  
68%



# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT CRITICITA' – QUESTIONE LINFONODALE

<b>AUTORI</b>	<b># YPT0</b>	<b># N+</b>	<b>% N+</b>
<b>CRANE, 2004</b>	84	1	<b>1.2%</b>
<b>READ, 2004</b>	42	1	<b>2.3%</b>
<b>BEDROSIAN, 2004</b>	45	4	<b>8.8%</b>
<b>PUCCIARELLI, 2005</b>	56	1	<b>1.8%</b>
<b>COCO, 2007</b>	56	1	<b>1.8%</b>
<b>GUILLEM, 2008</b>	37	1	<b>2.7%</b>
<b>MAAS, 2010</b>	509	26	<b>5.1%</b>
<b>YEO, 2010</b>	333	29	<b>8.7%</b>
<b>JANG, 2012</b>	91	6	<b>6.6%</b>
<b>PARK, 2013</b>	143	13	<b>9.1%</b>
<b>BELLUCO, 2016</b>	40	4	<b>10%</b>
<b><u>TOTALE</u></b>	<b>1436</b>	<b>87</b>	<b>6.06%</b>





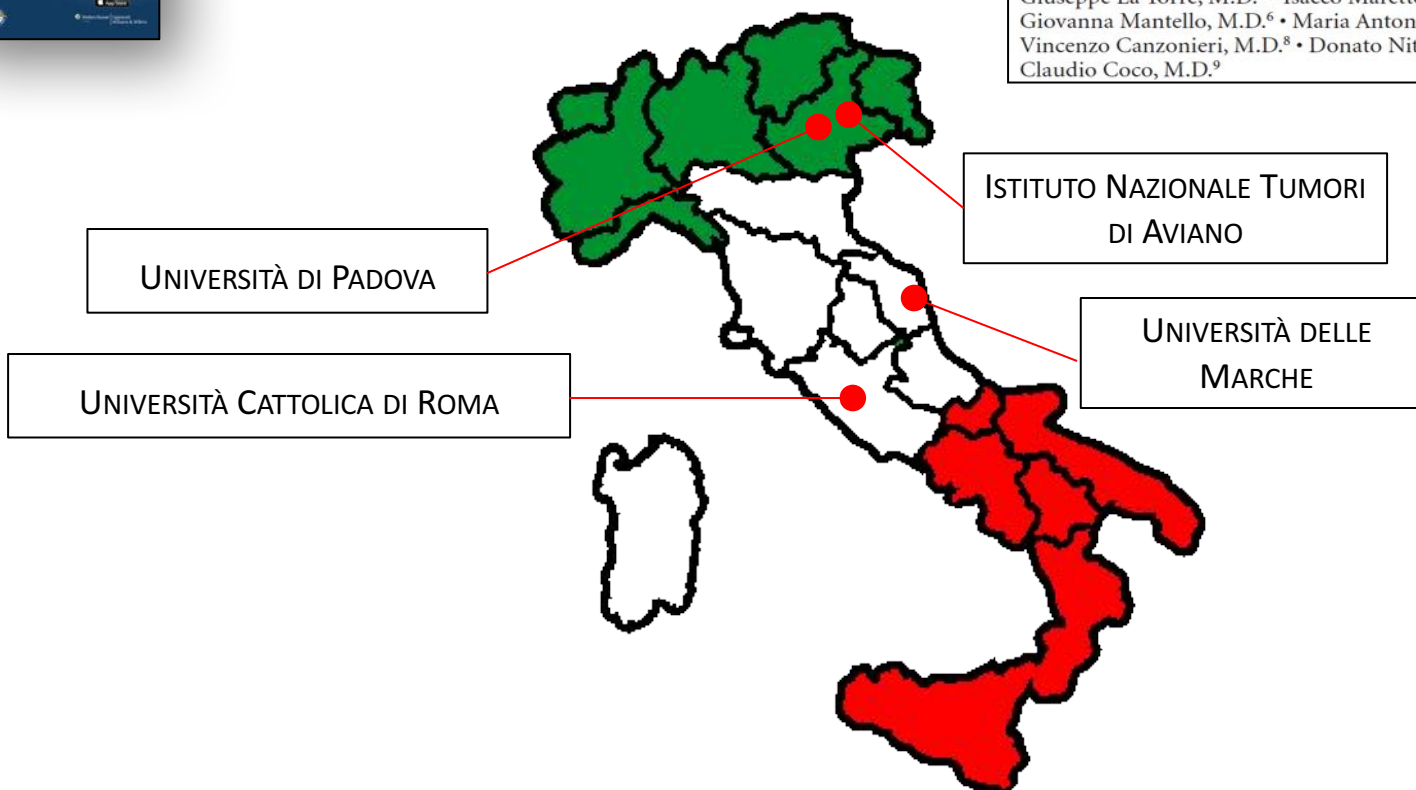
UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT LEADER

## Local Excision After Preoperative Chemoradiotherapy for Rectal Cancer: Results of a Multicenter Phase II Clinical Trial



Salvatore Pucciarelli, M.D.<sup>1</sup> • Antonino De Paoli, M.D.<sup>2</sup> • Mario Guerrieri, M.D.<sup>3</sup>  
Giuseppe La Torre, M.D.<sup>4</sup> • Isacco Maretto, M.D.<sup>1</sup> • Francesco De Marchi, M.D.<sup>5</sup>  
Giovanna Mantello, M.D.<sup>6</sup> • Maria Antonietta Gambacorta, M.D.<sup>7</sup>  
Vincenzo Canzonieri, M.D.<sup>8</sup> • Donato Nitti, M.D.<sup>1</sup> • Vincenzo Valentini, M.D.<sup>7</sup>  
Claudio Coco, M.D.<sup>9</sup>







# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT LEADER

**63 PZ. CON RISPOSTA CLINICA MAGGIORE/COMPLETA POST-RCT SOTTOPOSTI A EL**

**43 PCR (YPT0)**

**20 NO PCR (3 YPT1-15 YPT2- 2 YPT3)**

**OSSERVAZIONE**

**11 TME**

**9 RIFIUTANO TME  
(OUT OF PROTOCOL)**

**54 PZ. (FU MEDIANO: 36 MONTHS)**

**0% RECIDIVE LOCALI**

**4% METASTASI A DISTANZA**

**1 DECESSO**

**TUTTI I 63 PZ.:**

**3YR-OS 91%**

**3YR-DFS 91%**

**STOMA-FREE RATE: 90.5%**



## CARTS TRIAL – TRIAL PROSPETTICO MULTICENTRICO NON RANDOMIZZATO



**Chemoradiation therapy for rectal cancer in the distal rectum followed by organ-sparing transanal endoscopic microsurgery (CARTS study)**

M. Verseveld<sup>1,2</sup>, E. J. R. de Graaf<sup>1</sup>, C. Verhoeft<sup>2</sup>, E. van Meerten<sup>3</sup>, C. J. A. Punt<sup>5</sup>, I. H. J. T. de Hingh<sup>6</sup>, I. D. Nagtegaal<sup>7</sup>, J. J. M. E. Nuyttens<sup>4</sup>, C. A. M. Marijnen<sup>9</sup> and J. H. W. de Wilt<sup>8</sup>, on behalf of the CARTS Study Group\*

51 PZ. CON CANCRO RETTALE CT1-3 NO MO SOTTOPOSTI A RCT (25x2GY & CAPECITABINA)

47 PZ. SOTTOPOSTI A **TEM** DOPO 8-10 SETTIMANE DALLA RT IN QUANDO **MAJOR OCOMPLETE CLINICAL RESPONDERS**

30 **ypT0-1**

17 **ypT>1**

FU: 17 MESI

RECIDIVE LOCALI: **3.3%**

9 PZ. RIFIUTANO TME

8 PZ. TME

FU: 17 MESI

RECIDIVE LOCALI: **33.3%**



# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT TRIAL POLACCO



Preoperative radiotherapy and local excision of rectal cancer with immediate radical re-operation for poor responders: A prospective multicentre study <sup>☆</sup>

Krzysztof Bujko <sup>a,\*,1</sup>, Piotr Richter <sup>b,1</sup>, Fraser M. Smith <sup>c,1</sup>, Wojciech Polkowski <sup>d,1</sup>, Marek Szczepkowski <sup>e,1</sup>, Andrzej Rutkowski <sup>a,1</sup>, Adam Dzikowski <sup>f,1</sup>, Lucyna Pietrzak <sup>a,1</sup>, Milena Kołodziejczyk <sup>a,1</sup>, Jerzy Kuśnierz <sup>a,1</sup>, Tomasz Gach <sup>b,1</sup>, Jan Kulig <sup>b,1</sup>, Grzegorz Nawrocki <sup>a,1</sup>, Jakub Radziszewski <sup>a,1</sup>, Ryszard Wierzbicki <sup>d,1</sup>, Teresa Kowalska <sup>g,1</sup>, Wiktor Meissner <sup>h,1</sup>, Andrzej Radkowski <sup>i,1</sup>, Krzysztof Paprota <sup>j,1</sup>, Marcin Polkowski <sup>k,1</sup>, Anna Rychter <sup>l,1</sup>

89 PZ. CON CANCRO DEL RETTO G1-2, T1-3 N0 (2003-2010) SOTTOPOSTI A RT NAD

EL/TEM DOPO 6-8 SETTIMANE

63 z.

YPT0-1 - NO FATTORI DI RISCHIO

FU: 24 MESI

RECIDIVE LOCALI: 7.9%

METASTASI A DISTANZA: 3.2%

26 z.

YPT>1 E/O FATTORI DI RISCHIO

18 PZ. RIFIUTANO TME

8 TME

FU: 24 MONTHS

RECIDIVE LOCALI: 44.4%

METASTASI A DISTANZA: 22.2%



2000 – 2014 (FU: 68 MESI)

36 PZ. CON RISPOSTA CLINICA MAGGIORE/COMPLETA DOPO RCT NAD PER  
CANCRO DEL RETTO LOCALMENTE AVANZATO

**TEM**

23 YPT0 TRG1  
4 YPT1 TRG2

2 YPT2 TRG2  
6 YPT2 TRG3

1 YPT3 TRG2

PROPOSTA CHIRURGIA RADICALE CON TME

**OSSERVAZIONE**

TME RIFIUTATA (3 PZ.)

**TME (6 PZ.)**  
SPHINCTER-SAVING: 6/6

**ORGAN-SPARING RATE: 83.3%**  
**SPHINCTER-SAVING RATE: 100%**



## MORBIDITÀ & MORTALITÀ P.O.

VARIABILI	RISULTATI
N. Pz.	36
MORTALITÀ P.O.	0%
MORBIDITÀ P.O. COMPLESSIVA	15 (41.7%)
MORBIDITÀ P.O. GRADO I*	9 (25%)
MORBIDITÀ P.O. GRADO II*	6 (16.7%)
MORBIDITÀ P.O. GRADO III*	0%
DEISCENZA LINEA DI SUTURA	10 (27.8%)
RE-RICOVERO ENTRO 30 GIORNI	0%

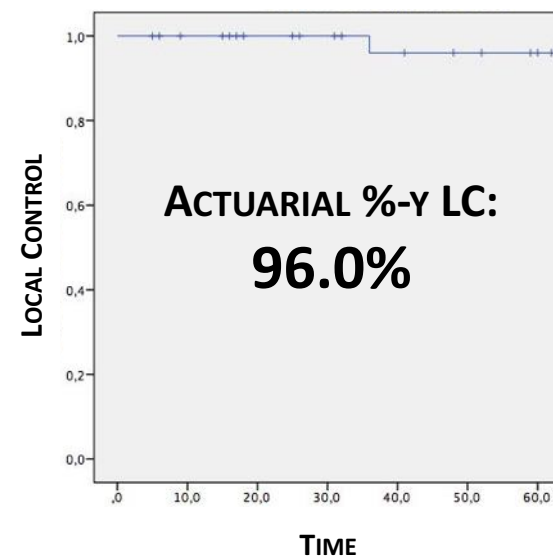
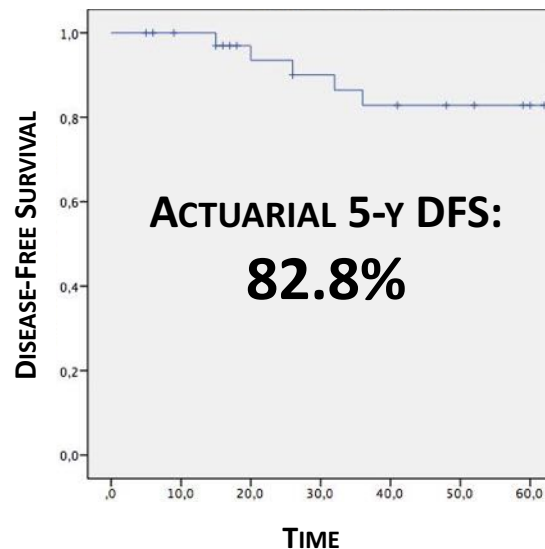
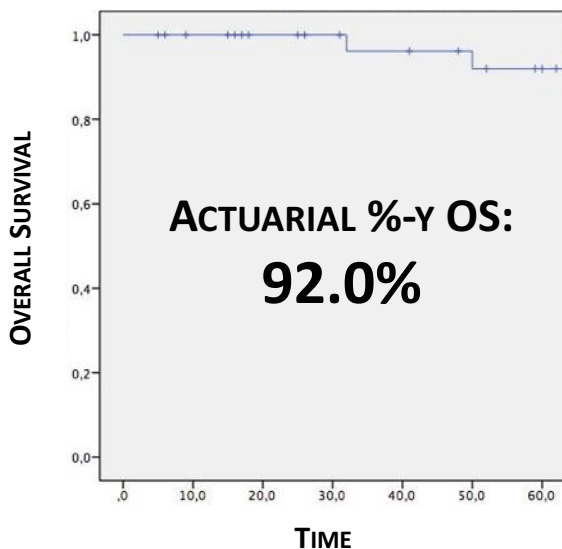
\*: SEC. CLASSIFICAZIONE DI CLAVIEN





## OUTCOME ONCOLOGICO

- **FU MEDIO: 68 MESI**
- **RECIDIVE LOCALI: 1 (2.7%)** (yPT0; DOPO 36 MONTHS; METASTASI A DISTANZA CONCOMITANTI; DECESSO PER MALATTIA DOPO 50 MESI)
- **METASTASI A DISTANZA: 3 (8.3%)** (2 yPT0, SINGOLA E RIMOSSA RADICALMENTE, E 1 yPT1 TRG2, IN PZ. CON PREGRESSA NEOPLASIA, TRATTATA CHIRURGICAMENTE, DEL COLON ASCENDENTE AL III STADIO)





### RISULTATI FUNZIONALI A 1 ANNO DALL'INTERVENTO

VARIABILI	TEM (30 PZ.)	TME (100 PZ.)*
<b>EVACUATION SCORE MEDIANO (RANGE)</b>	<b>24.1±2.82</b>	<b>16.12 ± 5.12</b>
N. EVACUAZIONI/DIE >3	3.3%	23%
SENSAZIONE DI INCOMPLETO SVUOTAMENTO	10%	58%
NECESSITÀ DI TORNARE IN BAGNO ENTRO 15 MIN	0%	37%
INCAPACITÀ DI EVACUAZIONE COMPLETA ENTRO 15 MIN	0%	35%
URGENCY	10%	31%
<b>CONTINENCE SCORE MEDIANO (RANGE)</b>	<b>1.97±3.02</b>	<b>6.30 ± 4.79</b>
INCONTINENZA AI GAS	13.3%	46%
SOILING	3.3%	19%
INCONTINENZA ALLE FECI SOLIDE	0%	5%
NECESSITÀ DI INDOSSARE UN PANNOLONE	3.3%	14%
MODIFICAZIONI DELLO STILE DI VITA	3.3%	29%



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT CRITICITA' – QUESTIONE LINFONODALE



## Clinicopathological characteristics predict lymph node metastases in ypT0-2 rectal cancer after chemoradiotherapy

Steven L Bosch,<sup>1</sup> Thomas A Vermeer,<sup>2</sup> Nicholas P West,<sup>3</sup> Hendrik A M Swellengrebel,<sup>4</sup> Corrie A M Marijnen,<sup>5</sup> Annemieke Cats,<sup>4</sup> Cornelis Verhoef,<sup>6</sup> Ineke van Lijnschoten,<sup>7</sup> Johannes H W de Wilt,<sup>8</sup> Harm J Rutten<sup>2,9</sup> & Iris D Nagtegaal<sup>1</sup>

675 PZ. CON CANCRO DEL RETTO LOCALMENTE AVANZATO SOTTOPOSTI A RCT (45-50 GY PLUS 5-FU OR OXALIPLATIN)

210 PZ. CON YPT0-2 -> YPN+: 44 (21%)

### FATTORI INDIPENDENTI PREDITTIVI DI YPN+:

- PRE-TRATTAMENTO YPN+ (OR: 2.79; p:0.042)
- SCARSO GRADO DI DIFFERENZIAZIONE (G3) POST-RCT (OR: 6.46; p:0.028)
- DIAMETRO RESIDUO TUMORALE  $\geq 10$  MM (OR: 2.54; p:0.036)



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

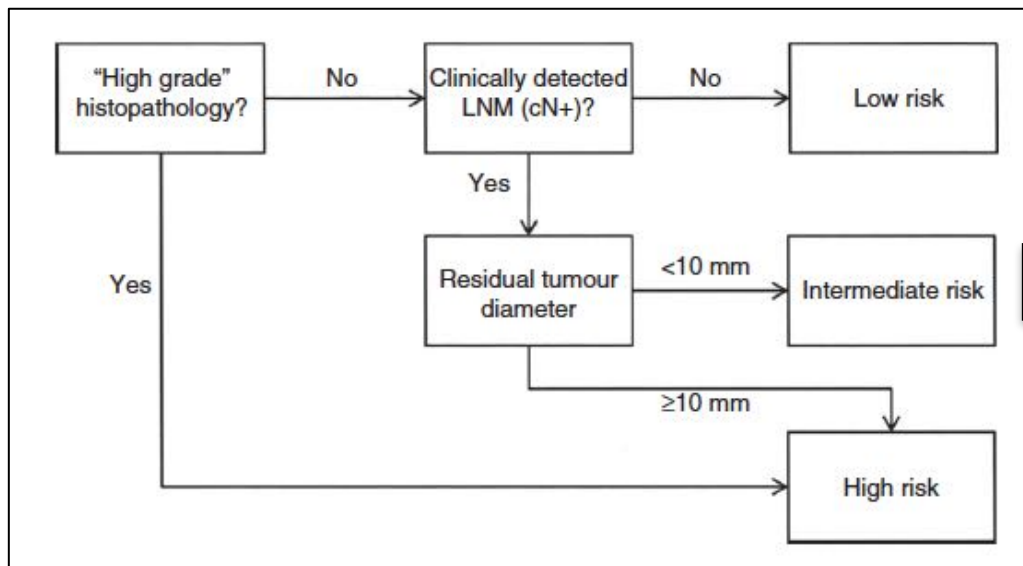
# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT CRITICITA' – QUESTIONE LINFONODALE



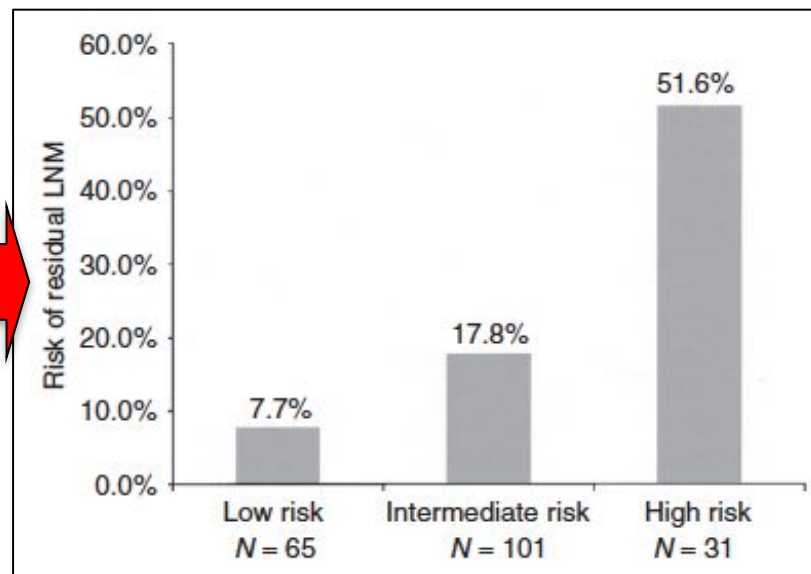
## Clinicopathological characteristics predict lymph node metastases in ypT0-2 rectal cancer after chemoradiotherapy

Steven L Bosch,<sup>1</sup> Thomas A Vermeer,<sup>2</sup> Nicholas P West,<sup>3</sup> Hendrik A M Swellengrebel,<sup>4</sup> Corrie A M Marijnen,<sup>5</sup> Annemieke Cats,<sup>4</sup> Cornelis Verhoef,<sup>6</sup> Ineke van Lijschoten,<sup>7</sup> Johannes H W de Wilt,<sup>8</sup> Harm J Rutten<sup>2,9</sup> & Iris D Nagtegaal<sup>1</sup>

### PROPOSTA DI ALGORITMO PER LA STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO DI N+



### RISCHIO DI N+ IN RELAZIONE ALL'ALGORITMO PROPOSTO





## A Nomogram to Predict Lymph Node Positivity Following Neoadjuvant Chemoradiation in Locally Advanced Rectal Cancer

Andrew D. Newton, M.D.<sup>1</sup> • Jiaqi Li, M.S.<sup>2</sup> • Arjun N. Jeganathan, M.D.<sup>1</sup>  
Najjia N. Mahmoud, M.D.<sup>1</sup> • Andrew J. Epstein, Ph.D., M.P.P.<sup>3</sup>  
E. Carter Paulson, M.D., M.S.C.E.<sup>1,4</sup>

8984 PZ. CON CANCRO DEL RETTO LOCALMENTE AVANZATO SOTTOPOSTI A RCT NAD E TME

TASSO DI YPN+ IN YPT0-2: 35.6% (IN YPT0: 15%; IN YPT1: 17%; IN YPT2: 25%)

### FATTORI PREDITTIVI INDIENDENTI DI YPN+:

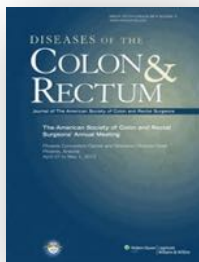
- CEA ELEVATO (OR: 1.21; P:0.018)
- ISTOLOGIA MUCINOSA (OR: 2.01; P<0.001)
- PRESENZA DI LVI (OR: 6.29; P<0.001)
- G3 (OR:1.73; P<0.001)
- CN+ (OR: 2.28; P<0.001)
- CHARLSON SCORE 2+ (OR: 0.66; P:0.018)
- GIOVANE ETÀ (OR:0.99; P<0.001)





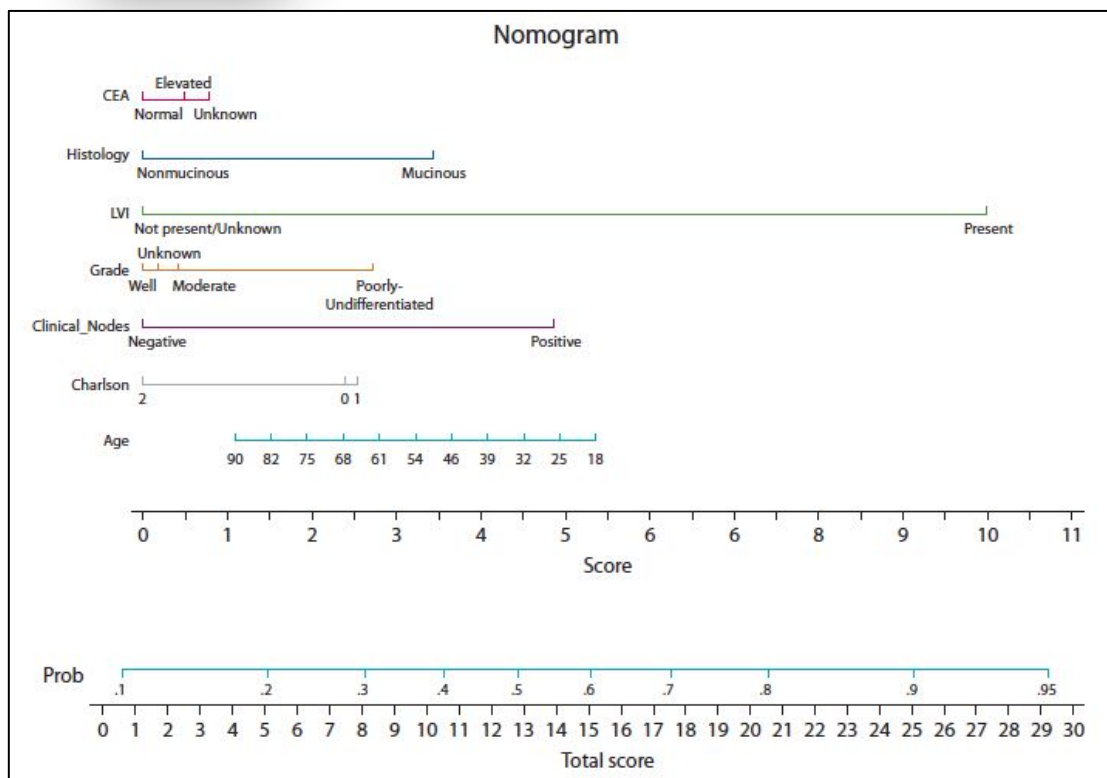
UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT CRITICITA' – QUESTIONE LINFONODALE



## A Nomogram to Predict Lymph Node Positivity Following Neoadjuvant Chemoradiation in Locally Advanced Rectal Cancer

Andrew D. Newton, M.D.<sup>1</sup> • Jiaqi Li, M.S.<sup>2</sup> • Arjun N. Jeganathan, M.D.<sup>1</sup>  
Najjia N. Mahmoud, M.D.<sup>1</sup> • Andrew J. Epstein, Ph.D., M.P.P.<sup>3</sup>  
E. Carter Paulson, M.D., M.S.C.E.<sup>1,4</sup>



## ACCURATEZZA PREDITTIVA:

**70.9%**

$$p(\text{positivity}) = \frac{e^{XB}}{1 + e^{XB}}$$

Let  $XB = -0.92 - (0.01 \times \text{age}) - (0.06 \text{ if Charlson score of } 1) - (0.42 \text{ if Charlson score of } 2+) + (0.82 \text{ if clinical nodes positive}) + (0.04 \text{ if moderately differentiated}) + (0.55 \text{ if poorly/undifferentiated}) + (0.16 \text{ if unknown grade}) + (1.84 \times \text{LVI present}) + (0.70 \text{ if mucinous histology}) + (0.11 \text{ if CEA elevated}) + (0.19 \text{ if CEA unknown})$ .



# PROSPETTIVE FUTURE DI ORGAN-SPARING W&W AND SELECTIVE LE IN cCR AFTER RCT



## Long-term Outcome of an Organ Preservation Program After Neoadjuvant Treatment for Rectal Cancer

Milou H. Martens, Monique Maas, Luc A. Heijnen, Doenja M. J. Lambregts, Jeroen W. A. Leijtens, Laurents P. S. Stassen, Stephanie O. Breukink, Christiaan Hoff, Eric J. Belgers, Jarno Melenhorst, Rob Jansen, Jeroen Buijsen, Ton G. M. Hoofwijk, Regina G. H. Beets-Tan, Geerard L. Beets

**100 PTS WITH M0 RECTAL CANCER TREATED BY RCT**

**61 PTS WITH cCR  
AT FIRST ASSESSMENT**

21 PTS FROM NCT 00939666  
MAAS ET AL. - J CLIN ONCOL 2011;29:4633-40

**W&W POLICY (85 PTS)**

**39 PTS WITH "NEAR cCR"  
AT FIRST ASSESSMENT**

**24 WITH cCR AFTER  
SECOND ASSESSMENT  
(AFTER 3 MONTHS)**

**15 UNDERWENT TEM**

9 YPT0

1 YPT1

5 YPT2

**TEM PLUS W&W (15 PTS)**



# PROSPETTIVE FUTURE DI ORGAN-SPARING W&W AND SELECTIVE LE IN CCR AFTER RCT



## Long-term Outcome of an Organ Preservation Program After Neoadjuvant Treatment for Rectal Cancer

Milou H. Martens, Monique Maas, Luc A. Heijnen, Doenja M. J. Lambregts, Jeroen W. A. Leijtens, Laurents P. S. Stassen, Stephanie O. Breukink, Christiaan Hoff, Eric J. Belgers, Jarno Melenhorst, Rob Jansen, Jeroen Buijsen, Ton G. M. Hoofwijk, Regina G. H. Beets-Tan, Geerard L. Beets

### W&W (85 PZ.)

61 PZ. CON CCR AL  
PRIMO RE-STAGING

RL: 11.5%  
M+: 3.3%

24 PZ. CON CCR AL  
SECONDO RE-STAGING

RL: 20.8%  
M+: 4.2%

### TEM & W&W (15 PZ.)

9 YPT0

1 YPT1

5 YPT2

RL: 0%  
M+: 10%

RL: 60%  
M+: 20%

	TOTALE (100)	W&W (85)	TEM+W&W (15)	P-VALUE
3-Y SVV SENZA RL	84.6%	85.8%	80.0%	NS
3-Y SVV SENZA M+	96.8%	97.4%	93.0%	NS
3-Y SVV GLOBALE	96.6%	100%	96.0%	NS



# PROSPETTIVE FUTURE DI ORGAN-SPARING W&W AND SELECTIVE LE IN cCR AFTER RCT



Organ preservation with local excision or active surveillance following chemoradiotherapy for rectal cancer

B Creavin<sup>1,2</sup>, E Ryan<sup>1,2</sup>, ST Martin<sup>1,2</sup>, A Hanly<sup>1,2</sup>, PR O'Connell<sup>1,2,3</sup>, K Sheahan<sup>1,2</sup> and DC Winter<sup>\*,1,2</sup>

362 PZ. CON CANCRO DEL RETTO SOTTOPOSTI A RCT NAD

302 RISPOSTA PARZIALE

10 cCR

50 RISPOSTA MAGGIORE (<3 CM)

**TME**

W&W

ESCISSIONE LOCALE

35 YPT<2 E MARGINI (-)

15 YPT≥2 O MARGINI (+)

**ORGAN-SPARING (45 PZ.)**

**TME DI SALVATAGGIO**





UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# PROSPETTIVE FUTURE DI ORGAN-SPARING W&W AND SELECTIVE LE IN CCR AFTER RCT



**Organ preservation with local excision or active surveillance following chemoradiotherapy for rectal cancer**

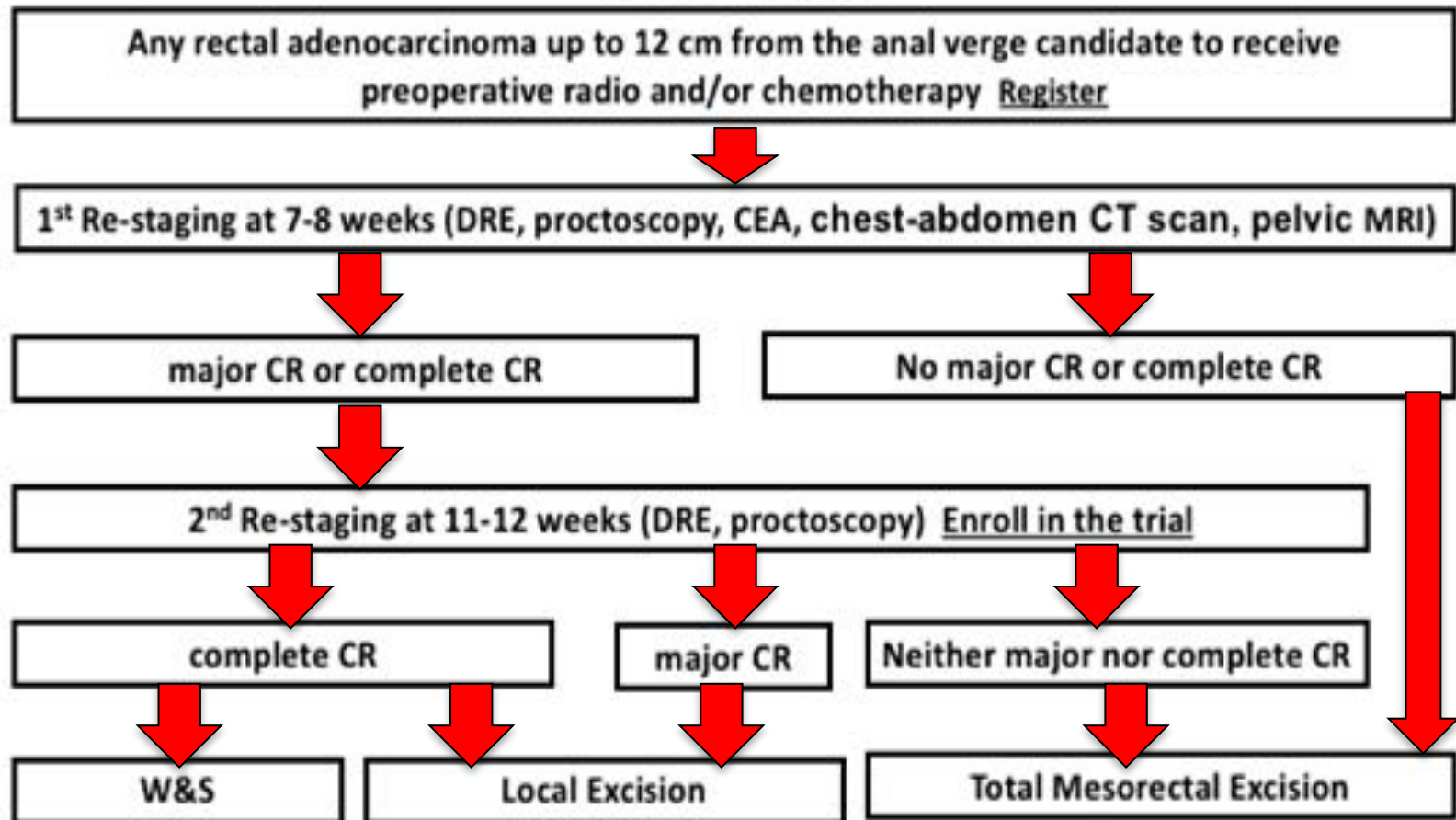
B Creavin<sup>1,2</sup>, E Ryan<sup>1,2</sup>, ST Martin<sup>1,2</sup>, A Hanly<sup>1,2</sup>, PR O'Connell<sup>1,2,3</sup>, K Sheahan<sup>1,2</sup> and DC Winter<sup>\*,1,2</sup>

	TME	W&W	EL	TME SALVATAGGIO
<b>SVV GLOBALE</b>	85.6%	90%	94.3%	86.6%
<b>SVV LIBERA DA MALATTIA</b>	78.2%	80%	80%	60%
<b>RECIDIVA LOCALE</b>	19 (6.3%)	1 (10%)	3 (8.6%)	1 (6.7%)
<b>METASTASI A DISTANZA</b>	47 (15.6%)	1 (10%)	5 (14.3%)	5 (33.3%)





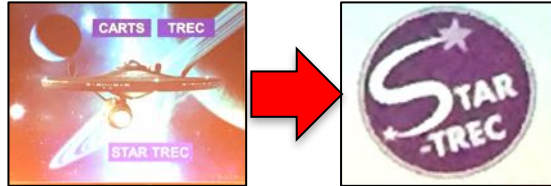
## RESEARCH TRIAL (ON-GOING)





# PROSPETTIVE FUTURE DI ORGAN-SPARING W&W AND SELECTIVE LE IN CCR AFTER RCT

## STARTREC PHASE II/III TRIAL (ON-GOING)



**CANCRO DEL RETTO cT1-3b N0**

**WEEK 1-5**

**CHIRURGIA RADICALE  
(TME)**

**ORGAN SAVING  
(5x5 Gy)**

**ORGAN SAVING  
(RCT)**

**WEEK 11-13**

**NO MALATTIA RESIDUA**

**BUONA RISPOSTA  
RESIDUO MALATTIA**

**SCARSA RISPOSTA**

**WEEK 16-20**

**CCR**

**No CCR**

**W&W**

**LOW  
RISK**

**TEM**

**HIGH  
RISK**

**TME**

**RIVALUTAZIONE**



- Negli ultimi anni è progressivamente aumentata l'incidenza di risposte complete di tumori del retto dopo RCT (intorno al 30%)
- I pazienti che ottengono una pCR rappresentano un gruppo con outcome oncologico estremamente favorevole in cui, probabilmente un intervento chirurgico radicale, con le conseguenze in termini di morbidità p.o. a breve e lungo termine, costituisce un overtreatment.
- L'approccio watch & wait e l'escissione locale rappresentano 2 modalità di salvataggio d'organo adottabili in questo gruppo di pazienti
- Il principale problema dell'approccio W&W è la non completa corrispondenza tra la cCR e la pCR, variabile tra il 25 ed il 90% e dovuto all'impossibilità diagnostica di stabilire con certezza la risposta completa della neoplasia post-RCT
- L'escissione locale mediante TEM garantisce la massima affidabilità nella stadiazione dell'ypT e, per via riflessa, fornisce indicazioni sul rischio di metastasi linfonodali che, in caso di ypT0 è estremamente basso
- Approcci combinati di W&W ed EL, basati anche su modelli predittivi di metastasi linfonodali, sono attualmente in valutazione



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



# 7° CONGRESSO NAZIONALE Società Italiana di Chirurgia Coloretta

*Presidenti del Congresso: Claudio Coco, Claudio Mattana, Carlo Ratto*

ROMA 1-3 OTTOBRE 2017



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



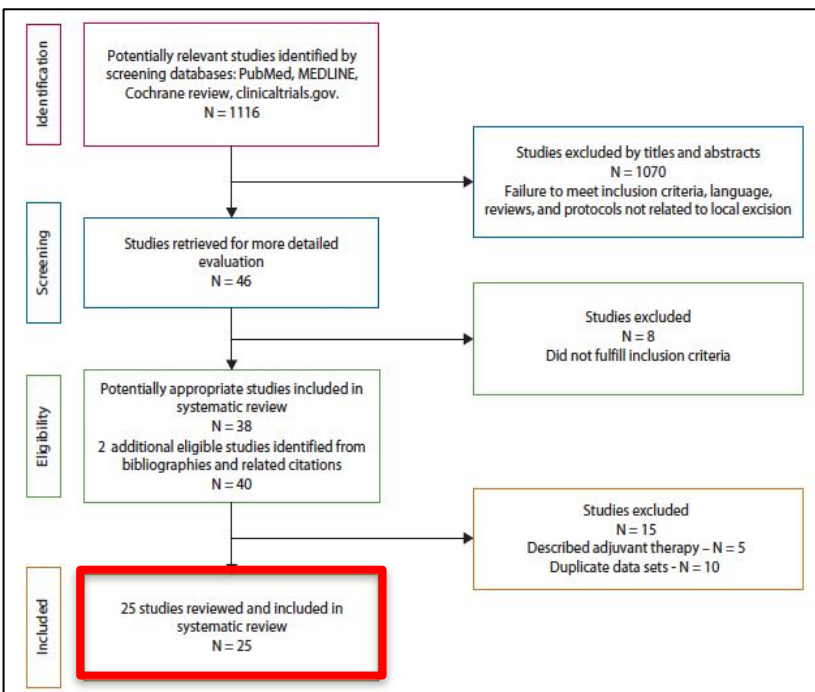


# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT COSA STIAMO FACENDO?



## Local Excision Techniques for Rectal Cancer After Neoadjuvant Chemoradiotherapy: What Are We Doing?

Fraser McLean Smith, M.D., F.R.C.S.I.<sup>1</sup> • Abdul Ahad, M.R.C.S.<sup>2</sup>  
Rodrigo Oliva Perez, M.D.<sup>3</sup> • John Marks, M.D.<sup>4</sup> • Krzysztof Bujko, M.D.<sup>5</sup>  
Richard J. Heald, F.R.C.S.<sup>6</sup>



Author	Date	Reference No.	Country of origin	Study type	No. of patients	Patient types
Mohiuddin et al	1994	13	US	Retro	48	Mixed
Kim et al	2001	14	US	Retro	26	Mixed
Ruo et al	2002	15	US	Retro	10	Mixed
Caricato et al	2006	16	Italy	Pro	8	Fit for surgery
Park et al	2007	17	South Korea	Retro	7	Mixed
Nair et al	2008	18	US	Retro	44	Mixed
Huh et al	2008	19	South Korea	Retro	9	Refusal/not fit
Callender et al	2010	20	US	Retro	47	Mixed
Kundel et al	2010	21	Israel	Retro	14	Mixed
Yeo et al	2010	22	South Korea	Retro	11	Refusal/not fit
Burger et al	2010	23	Netherlands	Retro	1	Fit for surgery
Tennyson et al	2012	24	US	Retro	32	Refusal/not fit
Issa et al	2012	25	Israel	Retro	23	Mixed
Kennelly et al	2012	26	Ireland	Retro	10	Refusal/not fit
Garcia-Aguilar	2012	27	US	Pro	77	Fit for surgery
Marks et al	2013	28	US	Retro	47	Mixed
Yu et al	2013	29	South Korea	Retro	40	Mixed
Bujko et al	2013	30	Poland	Pro	89	Mixed
Pucciarelli et al	2013	31	Italy	Pro	63	Mixed
Perez et al	2013	32	Brazil	Pro	27	Mixed
Noh et al	2014	33	South Korea	Retro	17	Refusal/not fit
Guerrieri et al	2014	34	Italy	Retro	233	Mixed
Stipa et al	2014	35	Italy	Retro	43	Refusal/not fit
Verseveld et al	2015	36	Netherlands	Pro	55	Fit for surgery
Arezzo et al	2015	37	Italy	Pro	14	Fit for surgery



# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT COSA STIAMO FACENDO?



## Local Excision Techniques for Rectal Cancer After Neoadjuvant Chemoradiotherapy: What Are We Doing?

Fraser McLean Smith, M.D., F.R.C.S.I.<sup>1</sup> • Abdul Ahad, M.R.C.S.<sup>2</sup>  
Rodrigo Oliva Perez, M.D.<sup>3</sup> • John Marks, M.D.<sup>4</sup> • Krzysztof Bujko, M.D.<sup>5</sup>  
Richard J. Heald, F.R.C.S.<sup>6</sup>

*“[...] LE of rectal cancers after neoadjuvant therapy is being performed under significant variability, breaking most of the principles of TME, and showing so-called total mesorectal neglect, 43 without any real level 1 study or standardization.*

*We propose that, to more fully understand the role and capabilities of LE after CRT, additional pathological study of how a tumor manifests itself after neoadjuvant therapy is needed, and, going forward, certain minimum quality standards should be incorporated into additional studies in this area to allow meaningful comparison among studies in the future [...]*”



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# EL/TEM DOPO CCR POST-RCT COSA STIAMO FACENDO?



## Local Excision Techniques for Rectal Cancer After Neoadjuvant Chemoradiotherapy: What Are We Doing?

Fraser McLean Smith, M.D., F.R.C.S.I.<sup>1</sup> • Abdul Ahad, M.R.C.S.<sup>2</sup>  
Rodrigo Oliva Perez, M.D.<sup>3</sup> • John Marks, M.D.<sup>4</sup> • Krzysztof Bujko, M.D.<sup>5</sup>  
Richard J. Heald, F.R.C.S.<sup>6</sup>

### CHECKLIST DEI PARAMETRI DA UTILIZZARE NEL RIPORTARE I RISULTATI DELL'EL DOPO RCT

Topic	Description
Pretreatment entry criteria	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostic methods for staging</li><li>• cT category, in case of cT3 report depth of mesorectal infiltration in millimeters</li><li>• cN category, state the criteria for cN+ diagnosis</li><li>• Tumor size in maximal diameter</li><li>• Percentage of circumferential involvement</li><li>• Whether tattoos/markings of mucosa around tumor were done</li><li>• State whether patients were fit or unfit for total mesorectal excision</li></ul>
Interval from completion of chemo(radio)therapy and local excision in weeks; median and range	
Posttreatment entry criteria if any	<ul style="list-style-type: none"><li>• ycT, category</li><li>• ycN, state the criteria for ycN+ diagnosis</li><li>• Residual mucosal abnormality size in maximal diameter</li><li>• Percentage of circumferential involvement</li></ul>
Technique of local excision	<ul style="list-style-type: none"><li>• Surgical technique (eg, transanal endoscopic microsurgery, transanal excision)</li><li>• Surgical lateral excision margins, cm</li><li>• Extent of mesorectal excision: none, partial, up to mesorectal fascia</li></ul>
Pathology	<ul style="list-style-type: none"><li>• Lateral margin: tumor at margin, ≤1 mm from margin, &gt;1 mm from margin (R status)</li><li>• Deep margin (mesorectal): tumor at margin, ≤1 mm from margin, &gt;1 mm from margin (R status)</li><li>• Presence of lymphovascular involvement</li></ul>
Criteria for conversion to total mesorectal excision if any	
Results	<ul style="list-style-type: none"><li>• Report separately results in subgroup of patients fit and unfit for total mesorectal excision at baseline</li><li>• Report pathology and long-term results of rescue surgery</li><li>• Report anorectal function</li></ul>

The list is incomplete and includes only the items that are often not reported.

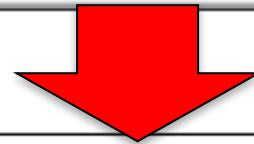




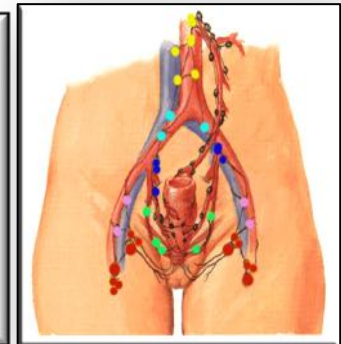
**EL DOPO CCR POST-RCT**



**ACCURATEZZA STADIAZIONE  
DELL'YPT PARI AL 100%**



**QUESTIONE  
LINFONODALE?**

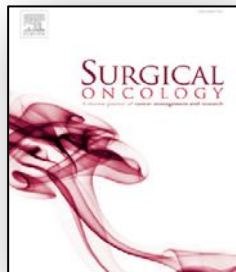




## QUESTIONE LINFONODALE

**ESISTONO ESAMI DIAGNOSTICI IN  
GRADO DI STABILIRE CON  
CERTEZZA L'ASSENZA DI  
METASTASI LINFONODALI DOPO  
RCT NAD?**





## The role of local excision in rectal cancer after complete response to neoadjuvant treatment

C. Coco<sup>a</sup>, A. Manno<sup>a,\*</sup>, C. Mattana<sup>a</sup>, A. Verbo<sup>a</sup>, G. Rizzo<sup>a</sup>, V. Valentini<sup>b</sup>,  
M.A. Gambacorta<sup>b</sup>, F.M. Vecchio<sup>c</sup>, D. D'Ugo<sup>a</sup>

YPT	N. Pz.	% LFN METASTATICI
ypT0	56 (20.6%)	1.8
ypT1	16	6.3
ypT2	83	18.1
ypT3	108	45.4
ypT4	9	66.7

2/72 (2.7%)



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore

# WATCH & WAIT VANTAGGI



## Impact of Organ-Preserving Strategies on Anorectal Function in Patients with Distal Rectal Cancer Following Neoadjuvant Chemoradiation

Angelita Habr-Gama, M.D., Ph.D.<sup>1,2</sup> • Patricio B. Lynn, M.D.<sup>2</sup>  
J. Márcio N. Jorge, M.D., Ph.D.<sup>2</sup> • Guilherme P. São Julião, M.D.<sup>2</sup>  
Igor Proscurshim, M.D.<sup>2</sup> • Joaquim Gama-Rodrigues, M.D., Ph.D.<sup>1,2</sup>  
Laura M. Fernandez, M.D.<sup>2</sup> • Rodrigo O. Perez, M.D., Ph.D.<sup>2,3,4</sup>

VARIABILI	W&W	EL	P-VALUE
N. PZ.	53	29	-
INTERVALLO DAL TRATTAMENTO (MESI)	35.7	33.9	0.64
TONO SFINTERICO A RIPOSO (MMHG)	51	31	<u>&lt;0.001</u>
TONO MASSIMALE SOTTO-SFORZO (MMHG)	146	102	<u>0.004</u>
CAPACITÀ RETTALE	145	103	<u>0.002</u>
CONTINENCE SCORE (WEXNER'S)	2.3	6.5	<u>&lt;0.001</u>



### PCR – VALORE PREDITTIVO DELLA CCR

**238 PZ. CON CANCRO DEL RETTO TRATTATI CON TME  
DOPO RCT PRE-OPERATORIA**

61/238 (25%) YPT0

22/238 (9.2%) cCR\*

**RUOLO DELLA CCR NEL PREDIRE YPT0**

		YPT0	
		Y	N
CCR	Y	16	6
	N	45	171

- SENSIBILITÀ: 26%
- SPECIFICITÀ: 97%
- PPV: 73%
- NPV: 80%
- ACCURATEZZA: 78.6%