

## Predictors for regional lymph node metastasis in T1 rectal cancer: a population-based SEER analysis

Walter Brunner<sup>1</sup> · Bernhard Widmann<sup>1</sup> · Lukas Marti<sup>1</sup> · Ignazio Tarantino<sup>1,2</sup> · Bruno M. Schmied<sup>1</sup> · Rene Warschkow<sup>1,3</sup>

**INTRODUZIONE:** si tratta di un articolo pubblicato il 19 febbraio 2016 su Surgical Endoscopy. Obiettivo dello studio è individuare i fattori predittivi di metastasi linfonodali (LNM) nei tumori rettali T1.

**METODI:** sono stati esaminati 1593 pazienti con tumore del retto in stadio T1 sottoposti a resezione tra il 2004 e il 2012, con asportazione di almeno 12 linfonodi locoregionali e non preventivamente radiotrattati. Tutti i dati sono stati forniti dal *National Cancer Institute*. Solo 260 dei 1593 pazienti presentavano metastasi linfonodali all'esame istologico (N+); i restanti 1333 pazienti non avevano linfonodi positivi all'istologico (N0). Le seguenti variabili sono state analizzate e messe a confronto nei due gruppi di pazienti (N0 vs N+): dimensioni del tumore, istotipo tumorale (adenocarcinoma, carcinoma mucinoso), grading, CEA, etnia, sesso, età.

**RISULTATI:** le dimensioni del tumore, il grading e l'età sono risultati fattori predittivi associati a metastasi linfonodali: il rischio di LNM è significativamente maggiore nei tumori di dimensioni > di 1 cm se confrontati con tumori < 1cm ( $p=0,002$ ); rispetto ai carcinomi ben differenziati (G1), i tumori di grado più elevato (G2 e G3/G4) sono associati ad un maggior rischio di LNM; per quanto riguarda l'età, il rischio di LNM si riduce al crescere dell'età del paziente. La sopravvivenza a 5 anni era del 90% nei pazienti con LNM e del 97% in quelli senza LNM ( $p<0,001$ ).

**DISCUSSIONE:** la sopravvivenza libera da malattia è fortemente condizionata dall'assenza di LNM. L'individuazione di fattori predittivi per LNM è importante per selezionare i pazienti che possono essere sottoposti ad un'escissione locale di malattia che comporta una minor morbilità postoperatoria rispetto ad una resezione radicale del retto, tenendo presente che, nei pazienti non LNM, la sopravvivenza a distanza

non varia in maniera significativa con il trattamento radicale rispetto all'escissione locale.

Tuttavia, la sensibilità e la specificità delle indagini preoperatorie nel definire lo stato dei linfonodi è del 74% per la TC, del 78% per l'EUS e del 76% per la MRI. Non è quindi ancora possibile, nonostante i numerosi progressi tecnologici, stabilire con certezza lo stato linfonodale nei tumori del retto T1 e la diagnosi istopatologica postoperatoria resta il gold standard per lo staging linfonodale. Questa considerazione rende doveroso ricorrere alla resezione locale in caso di ADK del retto T1 solo in casi selezionati.

**CONSIDERAZIONI PERSONALI:** il trattamento del cancro del retto T1, insieme alla gestione delle risposte complete dopo CRT nel cancro del retto avanzato, rappresentano ad oggi i veri campi di interesse su cui dobbiamo rivolgere i nostri sforzi clinici e di ricerca in campo rettale oncologico. La corretta escissione e la grande collaborazione con gli endoscopisti, qualora siano loro per qualche motivo esecutori della manovra, sono fondamentali affinché la chirurgia del T1 non sia sub-ottimale e non diventi la “terra di tutti e di nessuno”. Personalmente crediamo che la gestione sia da riservare al chirurgo. L'impiego di patologi “dedicati”, ai quali dobbiamo fornire “specimen” ben orientati su supporto e non macrobiopsie disordinate, è mandatorio e fattore prognostico per questa “early neoplasia” che tuttavia, se mal gestita, ci darà sicuramente scarse soddisfazioni oncologiche. Il cancro del retto spesso ci concede una sola possibilità per essere curato. Le recidive locali equivalgono spesso alla sconfitta per il chirurgo e soprattutto alla condanna per il paziente

*Emanuela Stratta*

*Stefano Scabini*

*Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico*

*IRCCS San Martino IST*