

Surgical timing after chemoradiotherapy for rectal cancer, analysis of technique (STARRCAT): results of a feasibility multi-centre randomized controlled trial

J. D. Foster^{1,2} · P. Ewings³ · S. Falk⁴ · E. J. Cooper⁵ · H. Roach⁴ · N. P. West⁶ ·
B. A. Williams-Yesson⁷ · G. B. Hanna² · N. K. Francis^{1,8} · STARRCAT Investigators

INTRODUZIONE: si tratta di un articolo pubblicato nell'agosto 2016 su *Techniques in Coloproctology*. Obiettivo dello studio è quello di valutare l'impatto sulla performance chirurgica dell'intervallo di tempo intercorso tra il trattamento chemioradioterapico e la chirurgia resettiva.

METODI: sono stati esaminati 60 pazienti con diagnosi pre-operatoria di adenocarcinoma del retto localmente avanzato, tra il giugno 2012 e il maggio 2014. Criteri di esclusione erano la presenza di malattia metastatica, controindicazioni all'esecuzione di risonanza magnetica e in anamnesi storia di malattia infiammatoria intestinale, ASA IV. 31 dei 60 pazienti osservati soddisfacevano i criteri di inclusione; 15 pz hanno osservato un intervallo di 6 settimane (gruppo 1), 16 un intervallo di 12 settimane (gruppo 2). Tutti i pazienti sono stati sottoposti pre e post trattamento a RM pelvica e TC total body. I pazienti del gruppo 2 hanno eseguito ulteriore TC total body e RM pelvi a 6 settimane dal trattamento. La performance chirurgica nei due gruppi è stata valutata utilizzando la tecnica OCHRA (Observational Clinical Human Reliability Assessment). Tutti i pazienti hanno eseguito follow-up specifico di 30 giorni dal trattamento chirurgico; la morbilità perioperatoria è stata valutata mediante la classificazione di Clavien Dindo. Sono stati analizzati i seguenti parametri: distanza del tumore dalla rima anale (valutata tramite risonanza magnetica pelvica), regressione del tumore, risposta patologica completa, margini di resezione, integrità degli anelli della parete intestinale, età, sesso, BMI, performance status.

RISULTATI: 6 pazienti (40%) del primo gruppo e 7 pazienti (50%) nel secondo gruppo hanno presentato un "down-staging" del T; 10 pazienti del primo gruppo (67%) e 9 pazienti (64%) del secondo gruppo hanno presentato un "down-staging" linfonodale; 7 pazienti (70%) del primo gruppo e 8 pazienti (62%) del secondo gruppo presentavano mesoretto integro all'esame istologico. Non è stato osservato nessuna progressione strumentale di malattia tra le 6 e le 12 settimane. La mortalità

peri-operatoria è stata dello 0% in entrambi i gruppi. L'errore chirurgico più comune osservato nello studio (valutato mediante tecnica OCHRA) è stato rappresentato dalla dissezione chirurgica su un piano anatomico errato. In media sono stati osservati 12.3 errori nel gruppo 1, 10.7 errori nel gruppo 2 ($p=0.401$).

DISCUSSIONE: la tecnica OCHRA è risultata fattibile ed affidabile. Il trattamento chirurgico dopo 12 settimane dalla radiochemioterapia è risultato sicuro ed affidabile. I risultati di questo studio suggeriscono che l'intervallo di tempo dopo il trattamento radiochemioterapico potrebbe non influenzare la performance della tecnica chirurgica. E' tuttavia necessario reclutare un maggior numero di. Da un lato l'intervallo intercorso tra il trattamento radiochemioterapico e la chirurgia potrebbe favorire la crescita tumorale, dall'altro potrebbe massimizzare l'efficacia del trattamento radiochemioterapico, incrementando la morte cellulare. E' necessaria cautela nell'interpretare tali risultati in studi che presentano campioni troppi esigui.

CONSIDERAZIONI PERSONALI: numerosi studi dimostrano ad oggi come l'intervallo di tempo di 12 settimane tra il trattamento radiochemioterapico e la chirurgia abbia permesso una riduzione dell'edema e dell'infiammazione perilesionale, favorendo così una migliore performance chirurgica. A mio avviso è tuttavia necessario avere un campione più ampio ma nello stesso tempo considerando Centri dedicati al cancro del retto in cui chirurgia, stadiazione radiologica e valutazione patologica siano standardizzate e costantemente monitorizzate. Solo così si potranno estrapolare conclusioni che minimizzino bias di selezione e conduzione.

Antonio Martino

Stefano Scabini

Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico - IRCCS San Martino IST