

# Is it time to rethink the rule of total mesorectal excision? A prospective radiological and pathological study in 49 consecutive patients with mid-rectal cancer

N. Guedj\*, M. Zappa†, L. Maggiori‡, C. Bertin†, C. Hennequin§ and Y. Panis‡

\*Department of Pathology, Beaujon Hospital, Université Paris VII, Clichy, France, †Department of Radiology, Beaujon Hospital, Université Paris VII, Clichy, France, ‡Department of Colorectal Surgery, Beaujon Hospital, Université Paris VII, Clichy, France and §Department of Oncology and Radiotherapy, Saint Louis Hospital, Université Paris VII, Paris, France

Colorectal Disease © 2016 The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. 18, 0314–0321

**INTRODUZIONE:** si tratta di un articolo pubblicato recentemente su Colorectal Disease dal gruppo di Panis, riconosciuto a livello internazionale per la chirurgia coloretale. Obiettivo dello studio è valutare se una “TME distale parziale” in caso di tumori del retto sottoposti a CRT + chirurgia possa unire identici risultati oncologici a migliori risultati funzionali.

**METODI:** sono stati esaminati 49 pazienti con tumore del retto sottoperitoneale localmente avanzato sottoposti dal gennaio 2012 al luglio 2014 a chemio-radioterapia neoadiuvante + chirurgia. I pazienti sono stati sottoposti a staging post CRT mediante RM pelvica, al fine di individuare pazienti N+ o con depositi tumorali nel mesoretto (OTD), distinguendo tra pazienti N+ o OTD a livello del tumore o prossimalmente ad esso da quelli con sospetta malattia residua distalmente al tumore. I dati sono stati poi confrontati con l’analisi istopatologica dei pezzi operatori.

**RISULTATI:** su 49 “specimen” analizzati, solo il 55% dei pazienti risultavano N+ o OTD alla RM post CRT. E solo il 18% risultava avere sospetto di malattia mesoretale al di sotto del tumore primitivo. All’esame istologico definitivo, il 4,6%, il 9,6% e lo 0% dei linfonodi rispettivamente sopra il tumore, a livello del tumore e sotto il tumore risultarono positivi. Solo il 2% dei pazienti analizzati presentarono OTD al di sotto del tumore. Gli Autori concludono che, essendo eccezionale la persistenza di malattia al di sotto della neoplasia rettale dopo trattamento CRT, una accurata valutazione RM post CRT potrebbe permettere di individuare i pazienti potenzialmente passibili di una “TME distale parziale”.

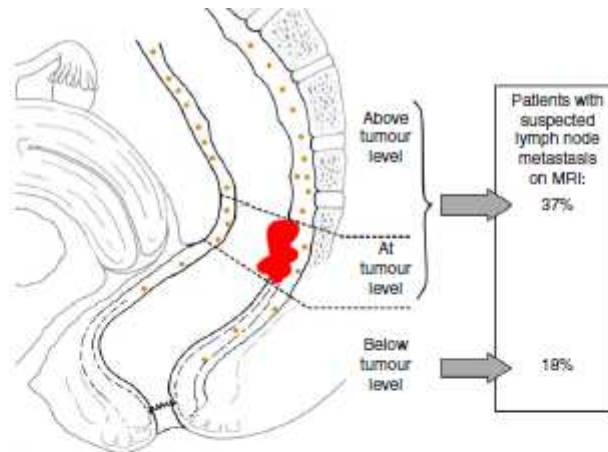


Figure 1 Distribution of suspected lymph node metastasis on the postchemoradiotherapy MRI in the 49 consecutive patients with mid-rectal cancer who underwent a laparoscopic total mesorectal excision after chemoradiotherapy.

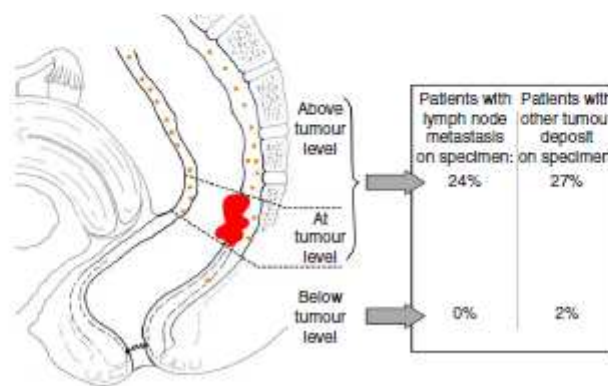


Figure 2 Distribution of lymph node metastasis and other tumour deposit on the pathological specimens of the 49 consecutive patients with mid-rectal cancer who underwent a laparoscopic total mesorectal excision after chemoradiotherapy.

**CONCLUSIONI:** la RM pelvica post CRT neoadiuvante può aiutare a selezionare quei pazienti che, seppur affetti da neoplasia localmente avanzata del retto sottoperitoneale, potrebbero beneficiare di una “resezione distale parziale di mesoretto” in quanto a bassissimo rischio di tumore mesorettale residuo. Potremmo in tal modo limitare le sequele funzionali associate in maggior percentuale ad una resezione mesorettale completa.

**CONSIDERAZIONI PERSONALI:** la prima impressione avuta alla lettura del titolo è stata, lo confesso, quella di pensare ad uno scherzo! Ma come, abbiamo dopo anni finalmente standardizzato un approccio, lo abbiamo accettato anche noi Chirurghi “animali fantasiosi”, ne abbiamo fatto in alcuni casi ragione di vita .....e ora ci dicono che è tutto da ripensare!!?? Poi, in considerazione degli Autori di altissimo livello in materia ed attingendo ai dati di letteratura e all’esperienza personale riguardo alla “morbidity funzionale” post TME, ho stampato il paper. E

l'ho lasciato "sedimentare". E poi l'ho letto. 5 volte. E ci ho ripensato. 100 volte. Mi rimangono tanti dubbi, alcuni dei quali mi piacerebbe condividere con voi anche via mail o alla prima occasione di comune incontro scientifico:

1. Quanto la morbidità funzionale dipende solo da noi Chirurghi e quanto dalla CRT neoadiuvante? (più del doppio nei pazienti sottoposti a CRT+TME rispetto ai pazienti sottoposti a sola TME, in letteratura)
2. Quanto il solo risparmio del mesoretto distale può aiutarci a prevenire insulti neurogeni che possono in realtà avvenire anche ad altri livelli
3. Quanto una RM post CRT, difficile ed ancora oggi "soggettivamente interpretativa", può lasciarci tranquilli di modificare un approccio chirurgico ad oggi ampiamente standardizzato?
4. Allo stesso tempo quanto la CRT neoadiuvante e la terapia adiuvante post TME ci potranno permettere in futuro (ed anche al giorno d'oggi per alcuni di noi che già arruolano le risposte complete in studi clinici "ad hoc") una sempre maggiore preservazione di organo a cui credo, lo confesso, fortemente?

A mio modo di vedere solo i piccoli passi ed un criticismo metodico possono salvarci dalle facili illusioni.

*Stefano Scabini*

*Chirurgia Generale ad Indirizzo Oncologico*

*IRCCS San Martino IST*