



## Qualità di escissione del mesoretto

### **Gruppo di Studio sui Tumori del Colon-retto**

**Coordinatori:** Paolo Massucco, Patrizia Racca, Lucia Turri

### **Comitato Estensore:**

Monica Leutner, Roberto Saracco, Alberto Serventi, Mario Solej, Luisa Ferrari, Francesca Cravero

### **Componenti del Gruppo di Studio che hanno approvato il documento:**

Adamo Vincenzo, Arcadipane Francesca, Balbo Mussetto Annalisa, Bellomo Paola, Bellora Paolo, Bima Carlo, Borraccino Chiara, Cauda Simona, Clara Renzo, Cravero Francesca, Cucchi Mariella, Fanchini Laura, Ferrari Luisa, Ferrero Anna, Forti Laura Giovanna, Garino Mauro, Gatti Matteo, Genco Chiara, Gerbino Alex Luca, Ghidoni Palmira, Giuffrida Carmela, Grammatico Vittoria, Granetto Cristina, Lattuada Sara, Leone Francesco, Leutner Monica, Lo Tesoriere Roberto, Marino Donatella, Mellano Alfredo, Mistrangelo Massimiliano, Monsellato Igor, Moro Francesco, Negru Maria Emanuela, Nicolosi Filadelfio Massimiliano, Oliva Cristiano, Olivero Francesca, Panier Suffat Luca, Paris Myriam Katja, Perinotti Roberto, Piva Cristina, Priora Fabio, Ribero Dario, Rimonda Roberto, Salmè Giulio, Santarelli Mauro, Sapone Nicoletta, Saracco Roberto, Sarli Franco, Serventi Alberto, Solej Mario, Spandre Mauro, Spinelli Andrea, Todisco Liana, Traverso Elena Silvia, Zago Marcello

Data 31/10/2019

### Quesito relativo al documento di consenso

L'intervento di total mesorectal excision (TME) ha ridotto il tasso di recidiva locale di neoplasia nei pazienti con carcinoma del retto (CR).

In particolare, la TME rappresenta il gold standard in tumori del retto extraperitoneale. La resezione parziale del mesoretto (PME) può essere indicata per la chirurgia di tumori del retto intraperitoneale, ma tale indicazione non sarà argomento di questo gruppo di studio.

La valutazione del mesoretto consente di documentare: - l'estensione di malattia sul pezzo operatorio (PO) (come già indicato dalla valutazione radiologica), in particolare rispetto al margine di resezione circonferenziale (CRM), che può essere raggiunto da tumori avanzati; - la radicalità di escissione chirurgica (parametro R). Si sottolinea quanto una incompleta escissione del mesoretto possa essere dovuta a diversi fattori in parte relativi al tipo di paziente, in parte al tipo di tumore (1), e non sia necessariamente indicativa di scarsa perizia chirurgica.

L'escissione incompleta del mesoretto può tuttavia comportare un maggiore tasso di recidiva anche in tumori poco estesi localmente e con CRM negativo (5). Numerosi studi hanno confermato la correlazione tra prognosi e integrità del mesoretto valutata macroscopicamente, ma non è stato tuttora raggiunto un consenso sulle modalità di valutazione e di refertazione. Si tratta di una procedura che deve essere eseguita dall'anatomopatologo e diversi schemi o metodi sono stati proposti, alcuni più schematici, altri di maggiore complessità che richiederebbero un notevole impegno di tempo.

Si vuole raccomandare:

- che la valutazione macroscopica di TME è mandatoria;
- quali modalità di valutazione della TME seguire, tali che risultino applicabili in ogni servizio di anatomia patologica, riproducibili e non eccessivamente dispendiose di tempo.

### Statement su adesione a Linee Guida Nazionali e/o internazionali sul tema

Da una revisione della letteratura, a partire dai lavori originari di Quirke e Nagtegaal (7,9), numerosi altri studi hanno dimostrato una correlazione tra la prognosi di pazienti operati per CR e l'integrità del mesoretto valutata macroscopicamente (2,4,6,7). La valutazione macroscopica della qualità di TME viene raccomandata dalle linee guida correnti ESMO (European Society for Medical Oncology)(3).

### Statement di consenso del Gruppo di Studio

Benché siano stati proposti schemi elaborati di difficile applicabilità alla routine (10), appare potersi raccomandare l'originaria suddivisione in tre gradi qualitativi (8), come più di recente ben rappresentato e codificato con l'acronimo MAME, "macroscopic assessment of mesorectal excision" (11). Appare inoltre di maggiore completezza una valutazione separata anche della qualità di escissione del complesso sfinterico (1) (vedi Tabella in Allegati).

La processazione del PO può essere quella riportata (11) (cfr. Allegati). Si sottolinea che il PO deve pervenire integro; è consentita un parziale apertura, ove necessaria al chirurgo, sull'estremo distale, che non alteri l'integrità del mesoretto. L'acquisizione di foto macro del pezzo operatorio viene fortemente raccomandata, poiché può risultare assai informativa in corso di discussione multidisciplinare, anche in vista di un possibile miglioramento della qualità di trattamento. La disponibilità oramai diffusa di apparati fotografici su telefono cellulare può agevolare questa manovra.

Si raccomanda di indicare la posizione della neoplasia rispetto alla riflessione peritoneale e, dopo avere sezionato il PO, la distanza minima della neoplasia dal CRM.

Si ritiene indispensabile che il PO pervenga in anatomia patologica corredato dei dati essenziali che siano di riferimento e confronto con il quadro clinico, per allineare il patologo al percorso che ne ha preceduto l'accettazione; in particolare, appare fondamentale che il chirurgo comunichi il tipo di intervento, in particolare se TME sia o meno stata eseguita, la stadiazione clinica, se sia stata eseguita terapia neoadiuvante e quale, la sede della neoplasia (retto alto/medio/basso, posizione in senso antero-posteriore e lateralità), la distanza dal margine anale, l'eventuale interessamento del CRM radiologico.

Ciò consente di identificare in modo più corretto eventuali problematiche che si possano riscontrare, e di poter coinvolgere eventualmente il chirurgo nella valutazione prima che il PO venga sezionato.

#### **Motivazioni ed eventuali commenti**

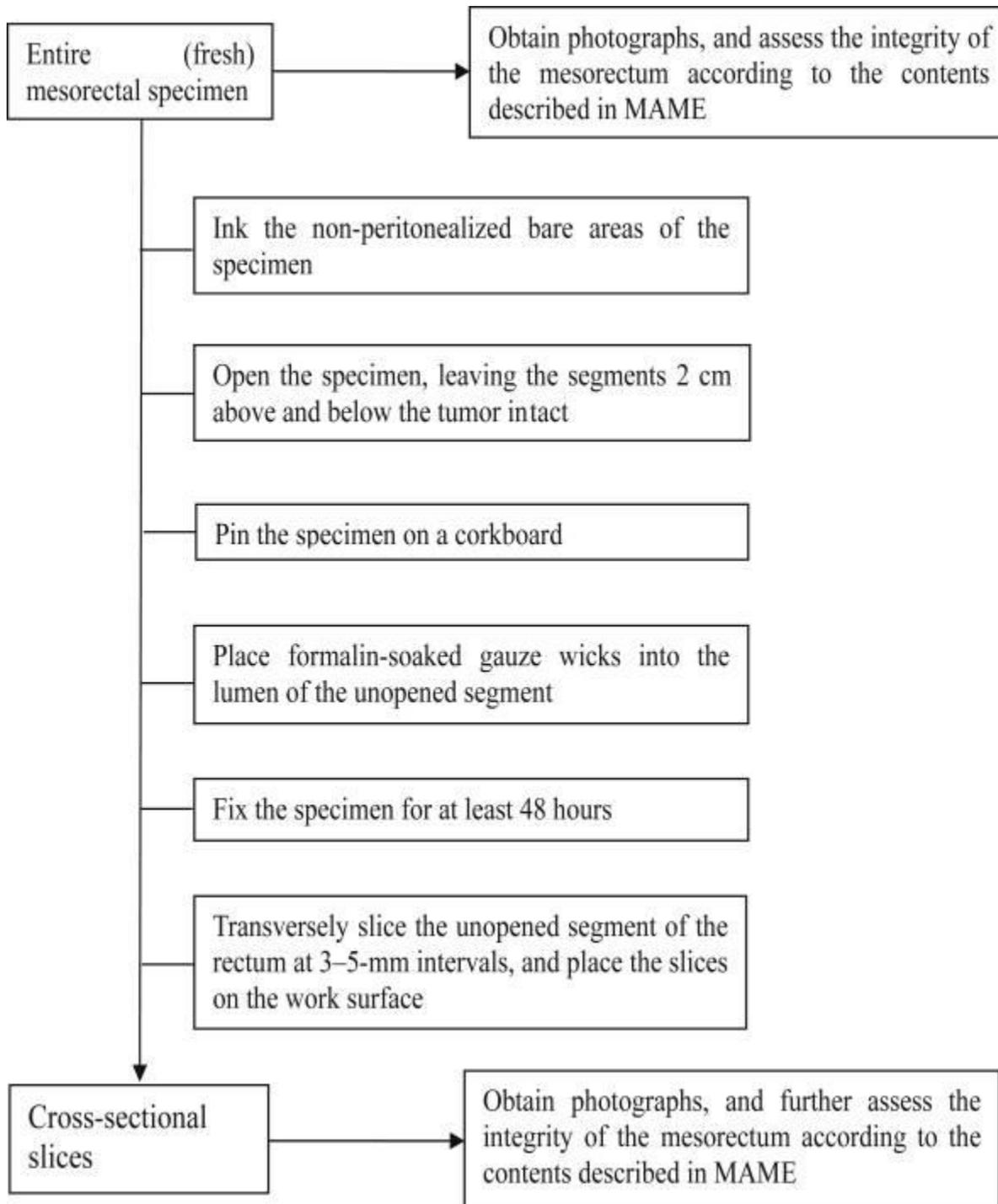
Questo documento di consenso raccomanda che, al fine migliorare e uniformare la qualità di trattamento nei centri in cui viene operato il CR, la completezza del referto anatomico-patologico debba comprendere la valutazione macroscopica del mesoretto e che questa debba seguire le modalità suggerite e comprendere il set minimo di parametri riportati.

La completezza dei parametri indicati appare necessaria per una reale valutazione di estensione della malattia e di radicalità oncologica, necessari per le scelte terapeutiche successive e per migliorare la qualità chirurgica attraverso un confronto costruttivo con le effettive caratteristiche del PO asportato.

#### **Bibliografia**

- 1) M. Campa-Thompson et al. – Pathologic Processing of the Total mesorectal Excision. *Clin Colon Rectal Surg* 2015, 28 :43-52;
- 2) E. García-Granero et al. – Macroscopic assessment of mesorectal excision in rectal cancer: a useful tool for improving quality control in a multidisciplinary team. *Cancer* 2009, 115:3400-3411;
- 3) R. Glynne-Jones et al. (ESMO Guidelines Committee) – Rectal cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2017, 28(suppl 4):iv22-iv40;
- 4) P. Hermanek et al. – The pathological assessment of mesorectal excision: implications of further treatment and quality management. *Int J Colorectal Dis* 2003, 18:335-341;
- 5) A. Hoorens et al. - Pathological assessment of the rectal cancer resection specimen *BJMO* 2009, Vol 3, 6:251-260;
- 6) D. Leonard et al. (PROCARE) - Scoring the quality of total mesorectal excision for the prediction of cancer-specific outcome. *Colorectal Dis* 2015, 17:O115-O122;
- 7) I.D. Nagtegaal et al. - Circumferential Margin Involvement Is Still an Important Predictor of Local Recurrence in Rectal Carcinoma. Not One Millimeter but Two Millimeters Is the Limit. *American J Surgical Pathol* 2002, 26(3): 350–357;
- 8) I.D. Nagtegaal and P. Quirke - What Is the Role for the Circumferential Margin in the Modern Treatment of Rectal Cancer? *J Clin Oncol* 2008, 26:303-312;
- 9) P. Quirke et al. - Local recurrence of rectal adenocarcinoma due to inadequate surgical resection. Histopathological study of lateral tumor spread and surgical excision. *Lancet* 1986;2:996-9.
- 10) M.R. Simunovic et al. – Product analysis and initial reliability testing of the total mesorectal excision-quality assessment instrument. *Ann Surg Oncol* 2014, 21:2274-2279;
- 11) S. Shi-Bo et al. – The quality of total mesorectal excision specimen: A review of its macroscopic assessment and prognostic significance. *Chronic Diseases and Translational Medicine* 2018, 4:51-58.

## Processazione del Pezzo Operatorio



## Tabella

<b>Qualità del mesoretto</b>	
COMPLETEA (buono)	<p>Mesoretto intatto con superficie liscia.</p> <p>Minime irregolarità; difetti <math>\leq 5</math> mm di profondità.</p> <p>Profilo del mesoretto sulla macrosezione liscio</p>
QUASI COMPLETEA (intermedio)	<p>Mesoretto con superficie irregolare.</p> <p>Difetti <math>&gt; 5</math> mm di profondità, con tonaca muscolare propria non visibile (eccetto musc. elevatore)</p> <p>Profilo del mesoretto sulla macrosezione con irregolarità intermedia</p>
INCOMPLETEA (scarso)	<p>Mesoretto con superficie molto irregolare.</p> <p>Difetti marcati estesi alla tonaca muscolare propria.</p> <p>Profilo del mesoretto sulla macrosezione con irregolarità marcata</p>
<b>Qualità del complesso sfinterico</b>	
EXTRAELEVATORE (buono)	<p>Pezzo Operatorio (PO) cilindrico</p> <p>Escissione in blocco dell'elevatore</p>
PIANO SFINTERICO (intermedio)	<p>PO lievemente rastremato</p> <p>Non alterazioni significative o perforazioni</p>
PIANO INTRASFINTERICO/SOTTO MUCOSO (scarso)	<p>PO marcatamente rastremato</p> <p>Perforazione o focale assenza della tonaca muscolare propria</p>