



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana
Dipartimento di Chirurgia e Malattie Infettive
U.O. di Chirurgia Generale
Direttore: Piero Buccianti



Servizio
Sanitario
della
Toscana

PRIMO ANNUNCIO

CONGRESSO REGIONALE ACOI TOSCANA 2014

Presidente Dr. Piero Buccianti

9 MAGGIO 2014
PRESSO "SALA CONGRESSI"
ESTAV NORD-OVEST
LOCALITÀ OSPEDALETTO - PISA



Servizio
Sanitario
della
Toscana

PRIMO ANNUNCIO

***"Chirurgia video-laparoscopica del
Carcinoma colorettale in Toscana: una
sfida da vincere"***



Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana
Dipartimento di Chirurgia e Malattie Infettive
U.O. di Chirurgia Generale
Direttore: Piero Buccianti



Servizio
Sanitario
della
Toscana

**Gli approcci combinati
endo-laparoscopici**

Antonio Marioni M.D.

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
Dipartimento di Gastroenterologia e Malattie Infettive
UO Chirurgia Generale

CLINICAL
PRESENTATION^a

WORKUP

FINDINGS

SURGERY

Pedunculated polyp
(adenoma [tubular,
tubulovillous, or
villous]) with invasive
cancer

- Pathology review^{b,c}
- Colonoscopy
- Marking of
cancerous polyp site
(at time of
colonoscopy or
within 2 wks)

Single specimen,
completely removed with
favorable histological
features^d and clear margins

Observe

[See Pathologic
Stage, Adjuvant
Therapy, and
Surveillance
\(COL-3\)](#)

Fragmented specimen or
margin cannot be
assessed or unfavorable
histological features^d

Colectomy^e with en
bloc removal of
regional lymph nodes

Sessile polyp
(adenoma [tubular,
tubulovillous, or
villous]) with invasive
cancer

- Pathology review^{b,c}
- Colonoscopy
- Marking of
cancerous polyp site
(at time of
colonoscopy or
within 2 wks)

Single specimen,
completely removed with
favorable histological
features^d and clear margins

Observe^f
or
Colectomy^e with en
bloc removal of
regional lymph nodes

[See Pathologic
Stage, Adjuvant
Therapy, and
Surveillance
\(COL-3\)](#)

Fragmented specimen or
margin cannot be
assessed or unfavorable
histological features^d

Colectomy^e with en
bloc removal of
regional lymph nodes

^aAll patients with colon cancer should be counseled for family history. Patients with suspected hereditary non-polyposis colon cancer (HNPCC), familial adenomatous polyposis (FAP) and attenuated FAP, see the [NCCN Colorectal Cancer Screening Guidelines](#).

^bConfirm the presence of invasive cancer (pT1). pTis has no biological potential to metastasize.

^cIt has not been established if molecular markers are useful in treatment determination (predictive markers) and prognosis. College of American Pathologists Consensus Statement 1999. Prognostic factors in colorectal cancer. Arch Pathol Lab Med 2000;124:979-994.

^d[See Principles of Pathologic Review \(COL-A\)](#) - Endoscopically removed malignant polyp.

^e[See Principles of Surgery \(COL-B\)](#).

^fObservation may be considered, with the understanding that there is an added 10-15% risk of lymph node metastases. Nivatvongs S, Rojasasakul A, Reiman HM, et al. The risk of lymph node metastasis in colorectal polyps with invasive adenocarcinoma. Dis Colon Rectum 1991;34(4):323-8.

[Back to Other Clinical
Presentations
\(Table of Contents\)](#)

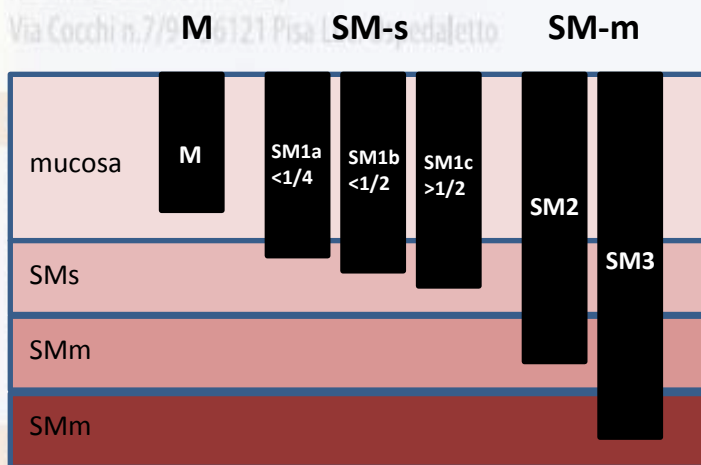
Note: All recommendations are category 2A unless otherwise indicated.

Clinical Trials: NCCN believes that the best management of any cancer patient is in a clinical trial. Participation in clinical trials is especially encouraged.

Fattori di rischio per metastasi linfonodali

Invasione vascolare
Invasione linfatica
Grading
Invasione della sottomucosa
Margini di resezione

Invasione della sottomucosa



Invasione della sottomucosa rischio di metastasi linfonodali

	Sm1	Sm2	Sm3
Kikuci	0%	10%	39%
Nivatvongs	2,9%	7,5%	23%
Akasu	0%	22%	

Dimensione dell'adenoma e % di malignità

0,6 – 1,5 cm	→ 2%
1,6 – 2,5 cm	→ 19%
2,6 – 3,5 cm	→ 43%
> 3,5 cm	→ 76%

ACCREDITAMENTO ECM

L'evento è stato riconosciuto dal Ministero della Salute con il numero 1579-93...

Age:
I.O.B.:
12/02/2013
18:39:23
Cr:N En:A3



Name :

01/2000
0:40:08

CVP:
D. F:
En:1 Cr:N

Dottor Matteo
Dottor Antonio Marioni a.marioni@ao-pis.it
Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisa
Dipartimento di Gastroenterologia e Malattie del Fegato
U.O. Chirurgia Generale

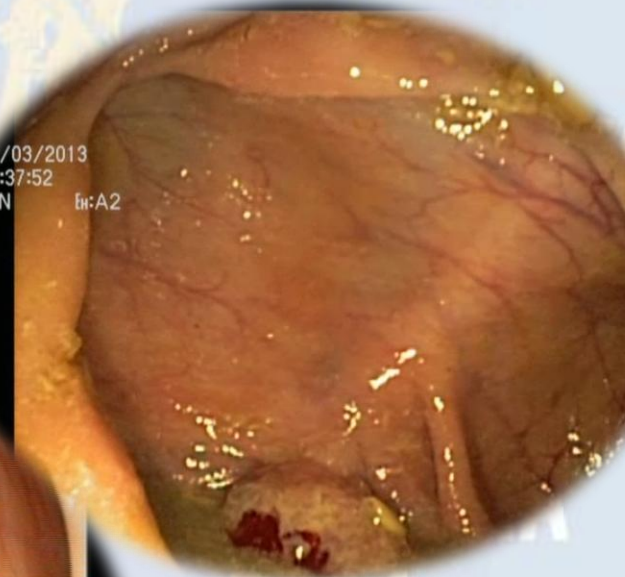
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Via Sauro 3
54033 Marina di Carrara (MS)
TEL. 0585 787858 - FAX. 0585 917456

PRIMO ANNUNCIO

22/03/2013
17:37:52
Cr:N En:A2



2014

Presidente Dr. Piero Bucciatti

direttamente dal sito della segreteria organizzativa al sito www.askservice.it. Iniziative in corso SCHEDA ISCRIZIONE CONVEGNO ACOI TOSCANA 2014.

La scheda potrà essere inoltrata tramite fax allo 0585/917456 o e-mail a info@askservice.it.

Le richieste di partecipazione saranno accettate fino ad esaurimento dei posti disponibili:

MEDICI (chirurgia generale) N° 150

ACCREDITAMENTO ECM

L'evento è stato accreditato presso il Ministero della Salute con il numero 1579-93039 e gli sono stati attribuiti N° 6 crediti ECM. Per informazioni ai partecipanti che ne faranno richiesta solo previa riconsegna di tutta la modulistica alla segreteria organizzativa: verifica del 100% della totale.

SEDE CONGRESSUALE

Azienda Estav Nord Ovest,
Via Cocchi n.7/9 - 56121 Pisa Loc. Ospedaletto

SEGRETERIA SCIENTIFICA

Dottor Matteo Franceschi m.franceschi@ao-pisa.toscana.it

Dottor Antonio Marioni a.marioni@ao-pisa.toscana.it

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

Dipartimento di Gastroenterologia e Malattie Infettive

U.O. Chirurgia Generale

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA



Via Sauro 3

54033 Marina di Carrara (MS)

TEL. 0585 187858 - FAX. 0585 917456



Servizio
Sanitario
della
Toscana

PRIMO ANNUNCIO

FLAT POLYPS non asportabili endoscopicamente e DISPLASIA Cosa fare?

CONGRESSO
REGIONALE
ACOI
TOSCANA
2014

Presidente Dr. Piero Buccianti

CELS (Combined Endoscopic and Laparoscopic Surgery

Casistica 2012-2014 → 30 pazienti (follow-up 26 mesi)

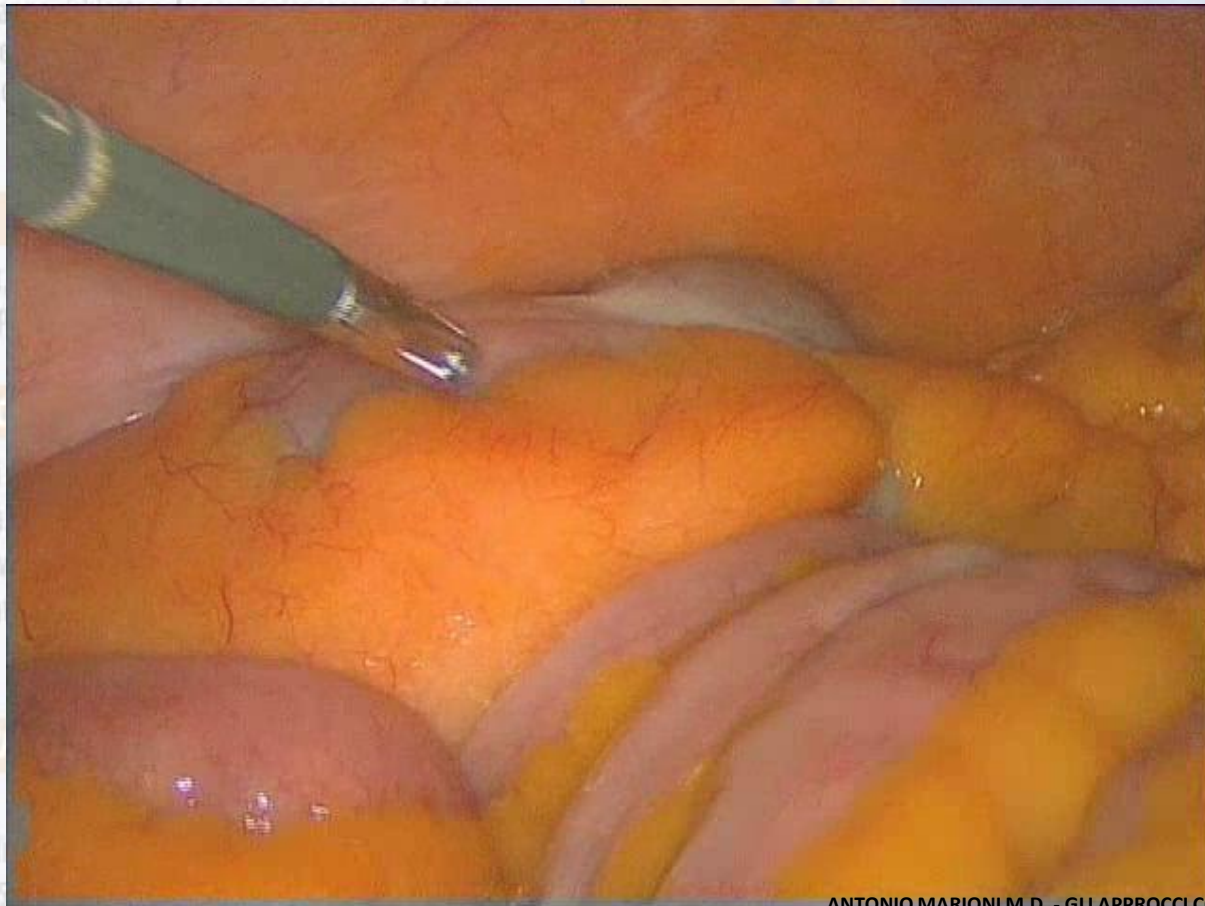
CRITERI di INCLUSIONE per CELS

Polipectomia difficile per sede del polipo
Tortuosità del colon

Polipectomia endoscopica laparoassistita → 19 pazienti

Resezione parziale parete colon laparoscopica endoassistita → 11 pazienti

Resezione del colon laparoscopica/open → 18 pazienti



CELS (Combined Endoscopic and Laparoscopic Surgery)

Casistica 2012-2014 → 30 pazienti (follow-up 26 mesi)

Polipectomia endoscopica laparoassistita → 19 pazienti (8 cieco, 7 colon dx, 3 trasverso, 1 colon sn)

Istologia preoperatoria →

10 displasia di basso grado
2 displasia moderata
7 displasia focalmente severa

Istologia postoperatoria →

4 displasia di basso grado
5 displasia moderata
8 displasia focalmente severa
2 adenocarcinoma

(emicolectomia dx 2 casi)

Resezione parziale parete colon laparoscopica endoassistita → 11 pazienti (8 cieco – 2 colon dx - 1 trasverso)

Istologia preoperatoria →

4 displasia di basso grado
7 displasia focalmente severa

Istologia postoperatoria →

3 displasia di basso grado
6 displasia focalmente severa
2 adenocarcinoma (T2)

(emicolectomia dx 2 casi)

Resezione del colon laparoscopica/open → 18 pazienti (5 cieco – 8 colon dx - 1 trasverso – 4 sigma)

Istologia preoperatoria →

5 displasia di basso grado
3 displasia moderata
10 displasia focalmente severa

Istologia postoperatoria →

1 displasia di basso grado
6 displasia focalmente severa
11 adenocarcinoma (61,1%)

CELS (Combined Endoscopic and Laparoscopic Surgery)

Casistica 2012-2014 → 30 pazienti (follow-up 26 mesi)

VALUTAZIONI RETROSPETTIVE

Successo della procedura

% di recidiva

% di malignità

Dimissione

Complicanze

% di malignità → 4/30 (13,3%)

% di recidiva → 2/30 (6,6%) trattate con successiva bonifica endoscopica

Dimissione → polipectomia E-L: 1-2 gg (media 1,1) – resezioni parziali L-E: 2-6 gg (media 3,2)

Complicanze → polipectomia E-L: perforazioni cieco 2/19 (10,5%) – sanguinamento p.o. 2/19 (10,5%)
resezioni parziali L-E: 2/11 ileo-paralitico (18,1%)

Successo della procedura → 24/30 (80%)

PRIMO ANNUNCIO

CONGRESSO
REGIONALE
ACOI
TOSCANA
2014

Presidente Dr. Piero Buccianti

CELS (Combined Endoscopic and Laparoscopic Surgery)

Casistica 2012-2014 → 30 pazienti (follow-up 26 mesi)

PROBLEMATICHE

1. Necessario eseguire procedura endo-laparoscopica in anestesia generale
2. Necessario preparazione preoperatoria del colon
3. Rischio di doppia procedura (4\30 casi 13,3%)
4. Rischio di perforazione del viscere con necessità di resezione immediata (2\19 casi 10,5%)
5. Rischio di distensione colon ed anse del tenue
6. Necessità di colonscopia con CO2

CONCLUSIONI

Combined endolaparoscopic surgery appears to be a safe and effective alternative to colectomy in all parts of the colon in patients who have benign polyps not removable with colonoscopy alone

References:

1. Laparoscopic-assisted colonoscopic polypectomy. Indication and results. Ommer A et al. - Zentralbl Chir 2003
2. Laparoscopy-assisted endoscopic mucosal resection in the colon: a preliminary report. Filograna MA et al. - Chir Ital 2008
3. Combined laparoscopic-endoscopic resection of colorectal polyps: 10-year experience and follow-up. Wilhelm et.al. - Surg Endosc 2009
4. Laparoscopic-monitored colonoscopic polypectomy: a multimodality method to avoid segmental colon resection. Grunhagen et.al. - Colorectal Dis 2011
5. The "FLEX" procedure: a new technique for full-thickness laparo-endoscopic excision in the colon - Kennedy RH - Endoscopy 2011
6. Treatment for right colon polyps not removable using standard colonoscopy: combined laparoscopic-colonoscopy approach. Yan et.al. - Dis Colon Rectum 2011
7. Combined endoscopic-laparoscopic resection of colon polyps. Hahnloser D et.al - Dig Dei 2012
8. Combined endoscopic and laparoscopic surgery may be an alternative to bowel resection for the management of colon polyps not removable by standard colonoscopy. Lee MK et.al - Surg Endosc 2013
9. Long term outcomes of patients undergoing combined endolaparoscopic surgery for benign colon polyps. Lee SW et.al. - Dis Colon Rectum 2013
10. Endolaparoscopic removal of colon polyps. Goh C. - Colorectal disease 2014
11. Risk analysis of submucosal invasive rectal carcinomas for lymph node metastasis to expand indication criteria for endoscopic resection. Shiro O. et.al. Digestive Endoscopy 2013