

Estat actual del tractament conservador en el càncer de recte un cop obtinguda resposta completa al tractament neoadjuvant

XI CONGRÉS
CATALÀ de CIRURGIA
5 i 6 d'octubre de 2017 · Barcelona, Auditori de l'Acadèmia



CANCER DE RECTO

Gold Standard: **RQT + cirugía ETM** (Estadio II / III)

Objetivo RQT: **disminuir estadio tumor** (RL < 10%)

esterilización del tumor = NO TUMOR examen clínico ypT0



RESPUESTA CLINICA COMPLETA (RCC)

Semin Radiat Oncol 2011;21:234-9

RESPUESTA CLINICA PATOLOGICA (RCP)



NO TUMOR en la pieza quirúrgica ypT0 (**NO BIOPSIA !!!**)

8 – 40 % pacientes con RCP en la pieza quirúrgica después RQT

83% SLE a 5 a.

Ann Surg Oncol 2015;22:3873-80

GANGLIOS LINFATICOS??

Riesgo N+ : 15 – 25% con ypT0

5% N+ Br J Surg 2010; 97:1752-64

Surg Oncol Clin N Am 2010;19:829-45

Pathological complete response!!! 8-24%

	Valentini ⁶	Das ⁸	Rödel ⁵	Kuo ⁷	García-Aguilar ⁴⁵	Glynn-Jones ¹²	Suárez ⁵⁵	Calvo ⁴	Pucciarelli ³	Biondo ³³	Small ¹¹	Theodoropoulos ⁵⁶	Haustermans ⁴⁵	Mohiuddin ⁵⁰
N	862	535	364	248	168	160	119	118	106	103	91	88	73	70
Age (years)	62 (10)	57 (12)	67 (9)	58 (13)	60 (12)	63 (12)	68 (10)	65 (12)	60 (9)	59 (10)	60 (12)	63 (11)	63 (10)	61 (12)
Sex (male)	61% (528/862)	63% (335/535)	71% (259/364)	59% (147/248)	56% (94/168)	70% (112/159)	70% (83/119)	67% (79/118)	63% (67/106)	73% (75/103)	62% (56/91)	72% (63/88)	64% (47/73)	70% (49/70)
pCR	18% (152/862)	17% (90/535)	10% (36/364)	15% (36/248)	13% (21/168)	18% (28/160)	14% (17/119)	8% (10/118)	18% (19/106)	16% (16/103)	24% (22/91)	18% (16/88)	15% (11/73)	14% (10/70)
Follow-up (months)	44 (1-277)	56 (0-168)	91 (3-156)	33 (1-121)	34 (1-114)	37 (0-140)	42 (3-86)	71 (0-143)	61 (9-141)	41 (0-94)	49 (1-162)	33 (2-95)	37 (4-97)	31 (5-140)
Adjuvant chemotherapy	18% (107/582)	73% (375/517)	85% (296/350)	60% (147/245)	21% (32/156)	21% (31/145)	82% (97/119)	62% (73/117)	57% (60/106)	100% (103/103)	NR	56% (49/88)	64% (28/44)	0% (0/70)

Lancet 2010, Mass M.

Resultados clínico-oncológicos de la respuesta patológica completa en el cáncer de recto después de tratamiento neoadyuvante

Antonio Codina Cazador^{a,*}, Ramón Farres Coll^a, Francesc Olivet Pujol^a, Adam Martin Grillo^a, Marcel Pujadas de Palol^a, Nuria Gómez Romeu^a, David Julia Bergkvist^a, Rosa Ortiz Duran^b y Ester Diez Gómez^b

^a Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Girona Dr. J. Trueta, Gerona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Girona Dr. J. Trueta, Gerona, España



Introducción: La radioquimioterapia es el tratamiento de elección en el cáncer de recto para conseguir el control de la enfermedad. Los pacientes con respuesta patológica completa (RPC) presentan mejor pronóstico. El objetivo del trabajo es conocer nuestra incidencia de RPC y analizar los resultados oncológicos.

Métodos: Pacientes con neoplasia de recto estadios II/III, recogidos prospectivamente en el periodo comprendido entre 2007 y 2011. Los pacientes son sometidos a neoadyuvancia y a cirugía radical. Se dividen en 22 grupos según tengan o no RPC y se comparan las variables demográficas, clínicas e histológicas y su relación con la evolución oncológica.

Resultados: Se analizan 162 pacientes (62% varones) con una edad media de 65 a. La incidencia de RPC es del 11,7% (19 pacientes). El 50% de los pacientes son T2, el 46% son T3 y el 3% son T4, mientras que el 25% son N1 y el 53% son N2 antes de la neoadyuvancia. En 25 pacientes (15%) se ha practicado una amputación de recto y en 125 (77%) una resección anterior baja. La morbilidad global es del 26,5% (43 pacientes). Con una mediana de seguimiento de 26 meses, ningún paciente con RPC ha presentado recurrencia tumoral. En el grupo de NO-RPC la recidiva local es del 1,4% ($p = 0,78$) y las metástasis del 8,4% ($p = 0,21$), siendo la supervivencia global y la libre de enfermedad mayor en el grupo con RPC pero sin diferencias significativas ($p = 0,39$, $p = 0,23$).

Conclusión: La presencia de RPC después de tratamiento neoadyuvante se relaciona con mejores resultados oncológicos.

Locally Advanced Rectal Cancer

LAR + TME. Surgical results

	TME
Operative Mortality	4%
Stoma rate	40%
Major morbidity	30%
Local recurrence	<5%
Death from LR	<2.5%
Metastatic disease	5-10%
Overall survival	85-90%

LAR + TME. Functional results

Frequency / irregularity
Incontinence (pad)
Lack of discrimination
Faecal fragmentation
Public WC dependence and “toilette revisiting”
Major LARS score (>25)
Major QoL related issues
<i>Bladder and sexual dysfunction</i>

Functional results after LAR after chemoradiotherapy are even worse

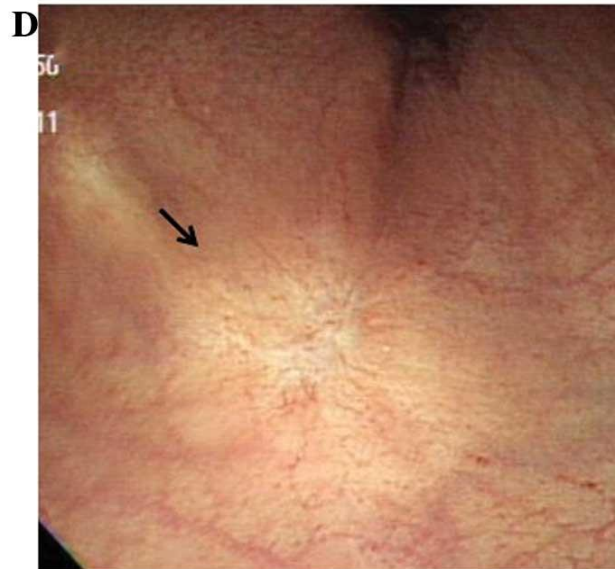
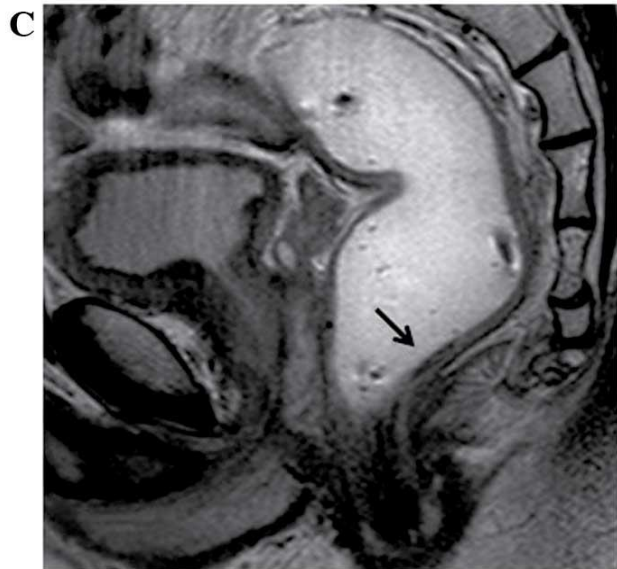
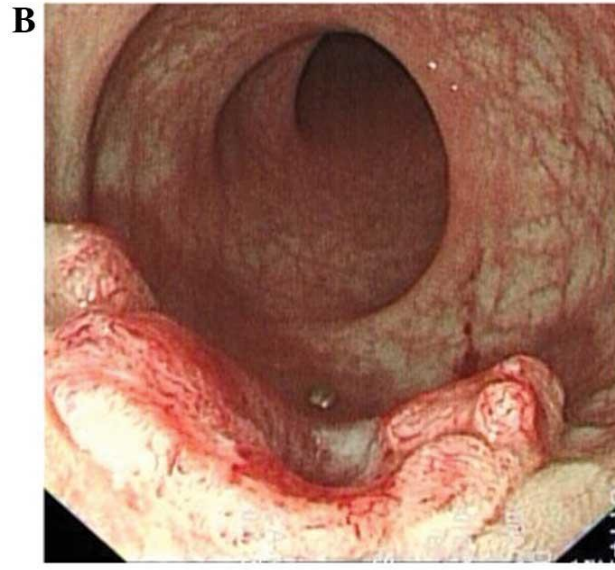
ANNALS OF
SURGERY

A MONTHLY REVIEW OF SURGICAL SCIENCE SINCE 1885

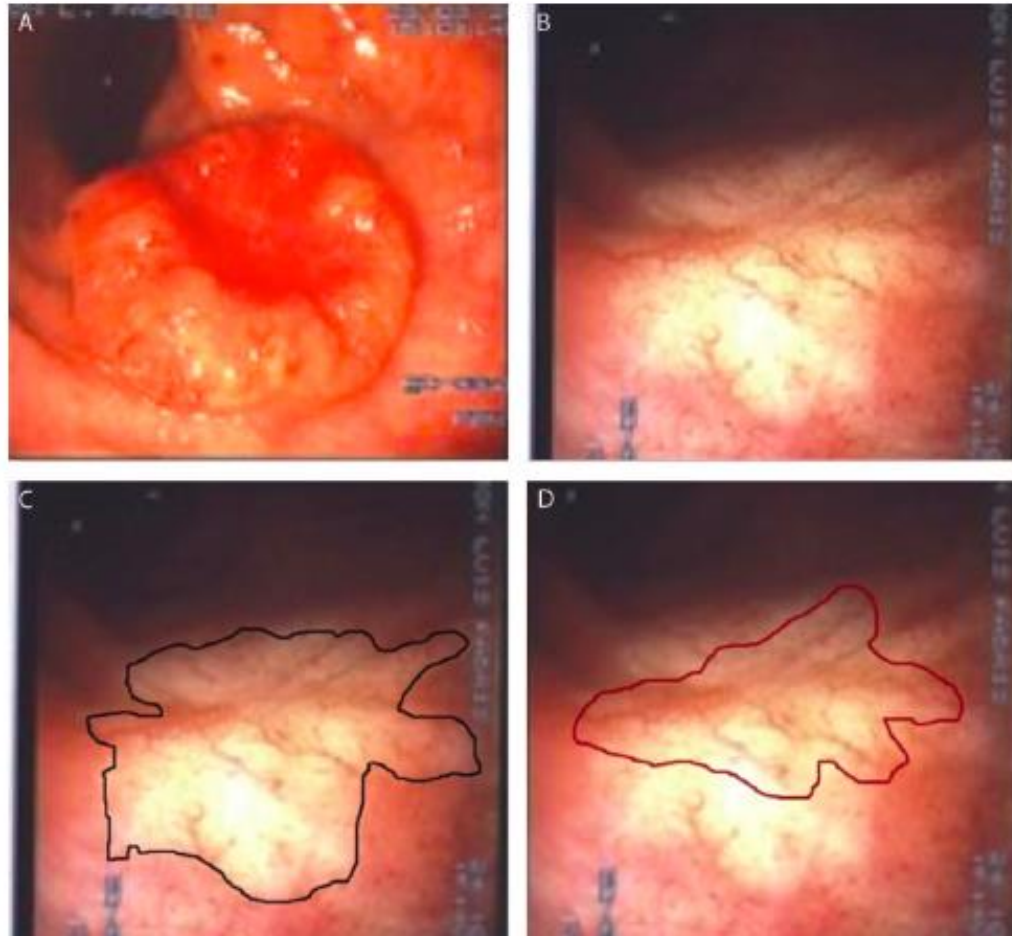
Operative Versus Nonoperative Treatment for Stage 0
Distal Rectal Cancer Following Chemoradiation Therapy
Long-term Results

Angelita Habr-Gama, MD, Rodrigo Oliva Perez, MD,* Wladimir Nadaltn, MD,†
Jorge Sabbaga, MD,† Ulysses Ribetiro Jr, MD,‡ Afonso Henrique Silva e Sousa Jr, MD,*
Fábio Guilherme Campos, MD,* Desidério Roberto Kiss, MD,* and Joaquim Gama-Rodrigues, MD‡*

Annals of Surgery • Volume 240, Number 4, October 2004



RCC: AUSENCIA Ulceración con /sin centro necrótico
Úlcera superficial, irregularidad
Nódulo palpable aún en presencia de mucosa integra
Estenosis impide paso rectoscopia



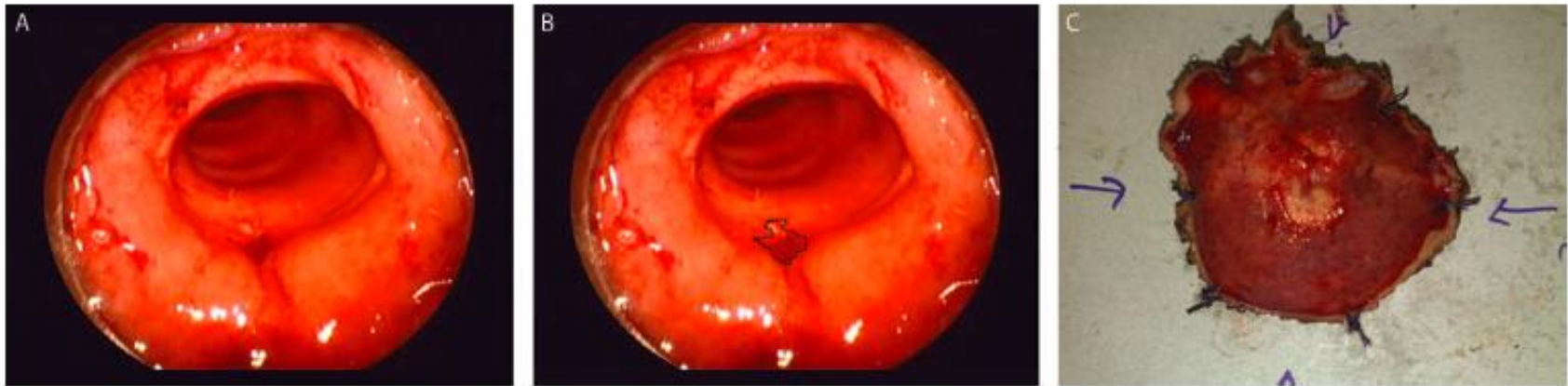


FIGURE 2. A, Endoscopic view of a residual deep ulcer. B, Small deep ulcer outlined. C, Specimen obtained from a TEM-FTLE. Pathology revealed ypT2 residual cancer. TEM = transanal endoscopic microsurgery; FTLE = full-thickness local excision.

Habr-Gama et al. Ann Surg 2004; 240:711-718 RL: 19% 1er año

60% RCC muestran ulceración en el centro

NO hay buena correlación entre aspecto mucosa- respuesta clínica

RCC poco sensible y tumor más allá de la mucosa

Difícil seleccionar pacientes con RCC verdadera

DRC 2014;57:311-5

Br J Surg 2012; 99:993-1001

DETERMINAR EXTENSIÓN RESPUESTA: RESPONDEDORES

RCC: MARCADOR PRONOSTICO = Mejores resultados oncológicos

RCC puede predecir la RCP ??

**RCC No significa RCP: 7% pueden tener RCP a pesar NO tener RCC
8 % RC incompleta tienen RCP**

17% ypT0 tienen N+

Br J Surg 2012;99:918-28

2- 27% ypT0 tienen N+

DCR 2010;53:251-6

IDENTIFICAR PACIENTES RCC que tengan RCP VERDADERA !!

RCC 26.8% (2.8%RL) = EVITAR CIRUGIA ?? Colorectal Dis 2007;9:362-7

Habr-Gama. J Gastrointestinal Surg 2006;10:1319-28

71 p. 5 a. : SG: 100%

SLE: 92%

RL: 3%

**Estrategia NO CIRUGÍA:
¿Es segura ??**

Maas M. J. Clin Oncol 2011;29:4633-40

SG: 100%

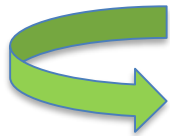
SLE: 89%

CONFIRMA EFICACIA NO CIRUGÍA en CÁNCER RECTO

T 2- 4 N 0- 1: RQT

¿Cómo aumentamos probabilidad RCC después RQT?

¿ Qué método para identificar la RCC ?



NO tumor residual = ycT0

**Pacientes con RCC después RQT:
¿QUÉ DEBO HACER ?**

1-CIRUGIA RESECTIVA : ETM

2-PRESERVACIÓN ÓRGANO: WAIT & SEE

Watch and Wait Protocol for Rectal Cancer

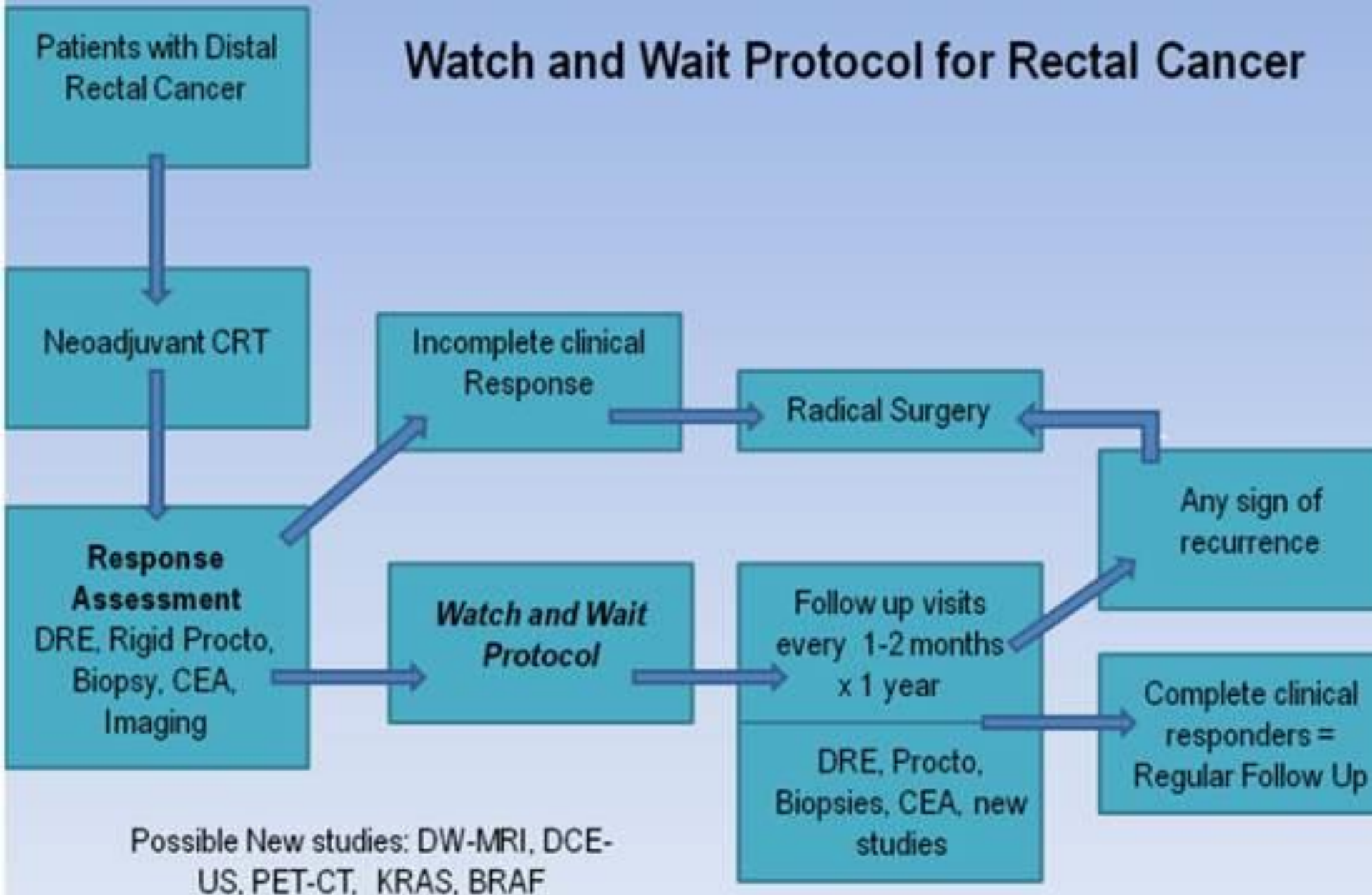


Table 2 Summary of key studies of patients who achieved cCR after CRT who did not proceed to surgery

Studies	Patients (n)	Follow-up (months)	LRR (%)	OS (%)	DFS (%)
Habr-Gama <i>et al.</i> (11)	122	60	6	5-year: 93	5-year: 85
Maas <i>et al.</i> (14)	21	25	5	2-year: 100	2-year: 89
Smith <i>et al.</i> (15)	32	28	19	2-year: 97	2-year: 88

cCR, clinical complete response; CRT, chemoradiation therapy; LRR, locoregional recurrence; OS, overall survival; DFS, disease-free survival.

Table Clinical Studies of the Watch-and-Wait Approach to Management of Rectal Cancer

Study	No. of Patients Treated With Chemoradiation	No. of Patients Managed With Watch-and-Wait (%)	Mean/Median Follow-up (mo)	Results
Habr-Gama et al[17,18]	361	99 (27%)	60	5% LR, 85% DFS, 93% OS
Maas et al[19]	192	21 (11%)	25	5% LR, 89% DFS, 100% OS
Yu et al[20]		19		53% persistent complete remission
Dalton et al[21]	49	6 (12%)	25.5	100% DFS
Smith et al[22]		32	28	21% LR, 96% OS
Hughes et al[23]		10		60% LR, 20% OS
Nakagawa et al[24]	52	10 (19%)		80% LR
Rossi et al[25]	16	6 (38%)	24	83% LR
Seshadri et al[26]		23	72	30% LR

DFS = disease-free survival; LR = local recurrence; OS = overall survival.

SELECCIÓN PACIENTES PARA “ NO CIRUGÍA ”



LOCALIZACIÓN TUMOR

TR: tumores < 7 cm. Margen anal Surg Oncol Clin N Am 2010;19:829-45

¿Cuál es el mejor método para confirmar RCC?

TR/ endoscopia/ ECO/ TC/ RMN/ PET-TC

¿Cómo podemos determinar clínicamente quien tiene RCP ?

50% con RCC tienen tumor residual

7% con RCP no tienen RCC

-NO EXISTE UN METODO PARA DETERMINAR ypT después RQT

(Ann Surg Oncol 2011;18:2224-3)

-NO CORRELACION ENTRE RCC Y RCP

(Radiother Oncol 2004;72:15-24)

ATENCION !!

-Enfermedad residual después RQT en el recto??

-tumor residual en ganglios y depósitos perirrectales ??

WAIT and SEE

1-SELECCIÓN PACIENTES que no precisen CIRUGÍA:

¿CÓMO?

¿CUANDO ?

¿QUANTOS?

2-ESQUEMA SEGUIMIENTO PARA DETECTAR RECIDIVA:

PUEBAS

PERIODICIDAD

3-SELECCIÓN TRATAMIENTO PERSONALIZADO:

RCC marcador pronóstico ?

Mayor agresividad en pacientes con RCC ?

Detener la Neoadyuvancia si no hay respuesta ?

SELECCIÓN DE PACIENTES:

-**CLINICA:** sintomáticos más raro tengas RCC

-**TACTO RECTAL:**

Normal (induración regular y suave)

Irregularidad residual pared rectal (inflamación-fibrosis: 21%) J Clin Oncol 2005;23:3475-9

Masas, Ulceraciones, Estenosis, Tumor residual

-**EVALUACIÓN ENDOSCÓPICA :**

RC: No tumor residual (mucosa blanquecina-cicatriz- con/sin telangiectasias)

RC potencial: úlcera plana bordes lisos sin tejido polipoideo residual

Tumor residual **59% concordancia**

Ann Surg Oncol 2007;14:455-6

No masa residual, úlceras o estenosis

Mucosa blanquecina

Telangiectasias DCR 2010;53:1692-8

-**BIOPSIAS** (Colorectal Dis 2012;14:714-20):

Tumor en capas profundas sin tumor en la mucosa

VPN de las biopsias: 21%

Excisión transanal de la cicatriz (TEM)

ULCERA

NODULO = NO RCC

ESTENOSIS

SELECCIÓN DE LOS PACIENTES para IDENTIFICAR RCC

-ULTRASONIDOS: problema cicatríz

correcta T : 54%

N : 75% DCR 2011;54:1141-6

-RMN – RM DW (Diffusion Weighted) especificidad 85%

sensibilidad 84% Eur Radiol 2012;22:821-31

Cambios en el Coeficiente de difusión aparente (ADC): pre, durante y post RQT

-Área de baja intensidad de señal reemplazando el área tumoral previa

-Ausencia de anomalías en RM estándar

-Ausencia de restricción en la difusión en la RM potenciada de difusión

Radiology 2013;269:101-12

RCC en RMN-DW:

-señal baja en la pared recto = fibrosis

-ausencia ganglios

especificidad: 60-97%

sensibilidad: 77-80%

VPN 80-90%

Ann Surg 2011;253:539-45

Identificar RCC:

logística local

experiencia: limitada – variabilidad observador

RCC: Ausencia tumor TR

No lesión visible endoscopia

Ausencia tumor RM

Oncotarget 2015;6:42354-61

Wait and See

RCC

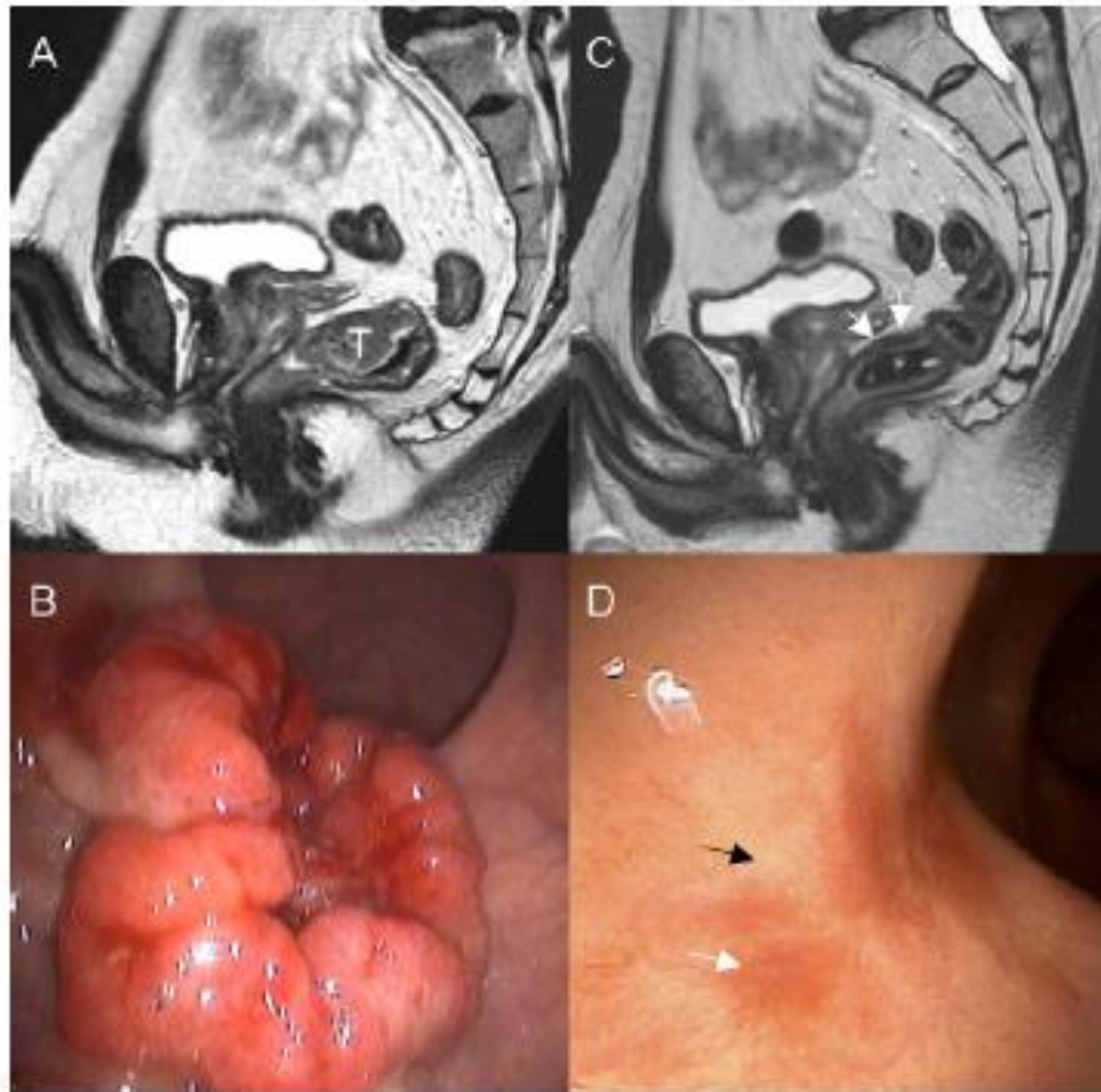


Figure 1. Example of a patient included for wait-and-see policy. 1A: Sagittal T2-weighted image of the primary distally located tumour (T) before treatment. 1B: Tumour at endoscopy before treatment. 1C: Post-chemoradiation sagittal T2-weighted image with the arrows indicating a slightly thickened hypo-intense bowel wall, suggesting fibrosis. 1D: Residual scar after chemoradiation. The black arrow indicates a pale, white area, typical of a clinical complete response. The white arrow marks teleangiectasia, also a typical sign of a clinical complete response.

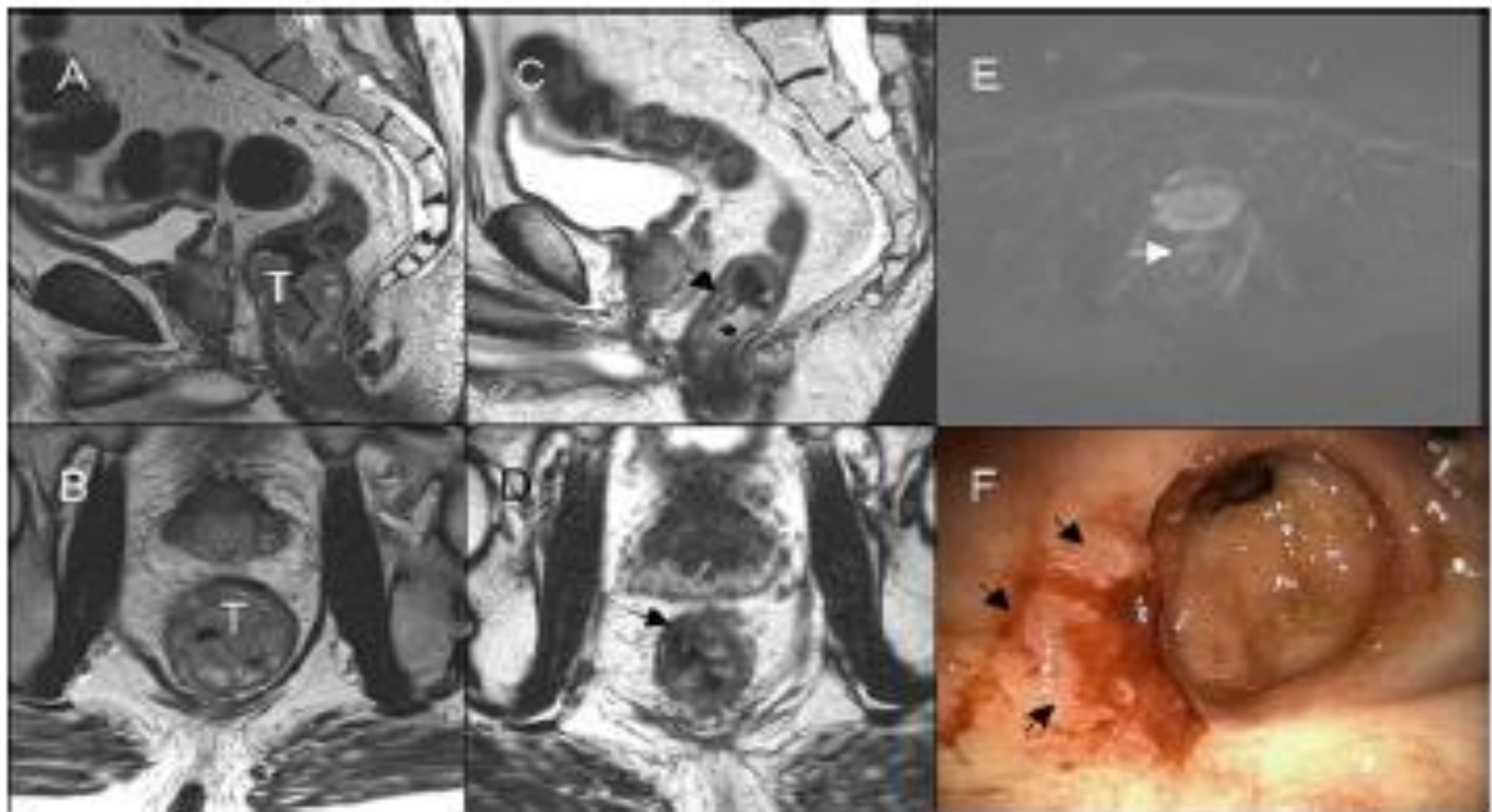


Figure 3. Example of a patient not eligible for wait-and-see policy despite remarkable response on MRI. 3A: Distal tumour (T) before treatment at a T2-weighted sagittal image. 3B: The tumour at an axial T2-weighted image before treatment. 3C: Post-chemoradiation image with edema (*) and a hypointense fibrotic area (black arrow, also on image 3D) at the former tumour location. At high b-value diffusion-weighted imaging (3E) the distinction a small area with higher signal is visible (white arrow), suggestive of residual tumour. 3F: Obvious residual tumour at endoscopy after chemoradiation (black arrows). After total mesorectal excision, histology revealed a ypT2N0 tumour.

NO RCC = NO WAIT and SEE

Resonancia magnética nuclear alta resolución:

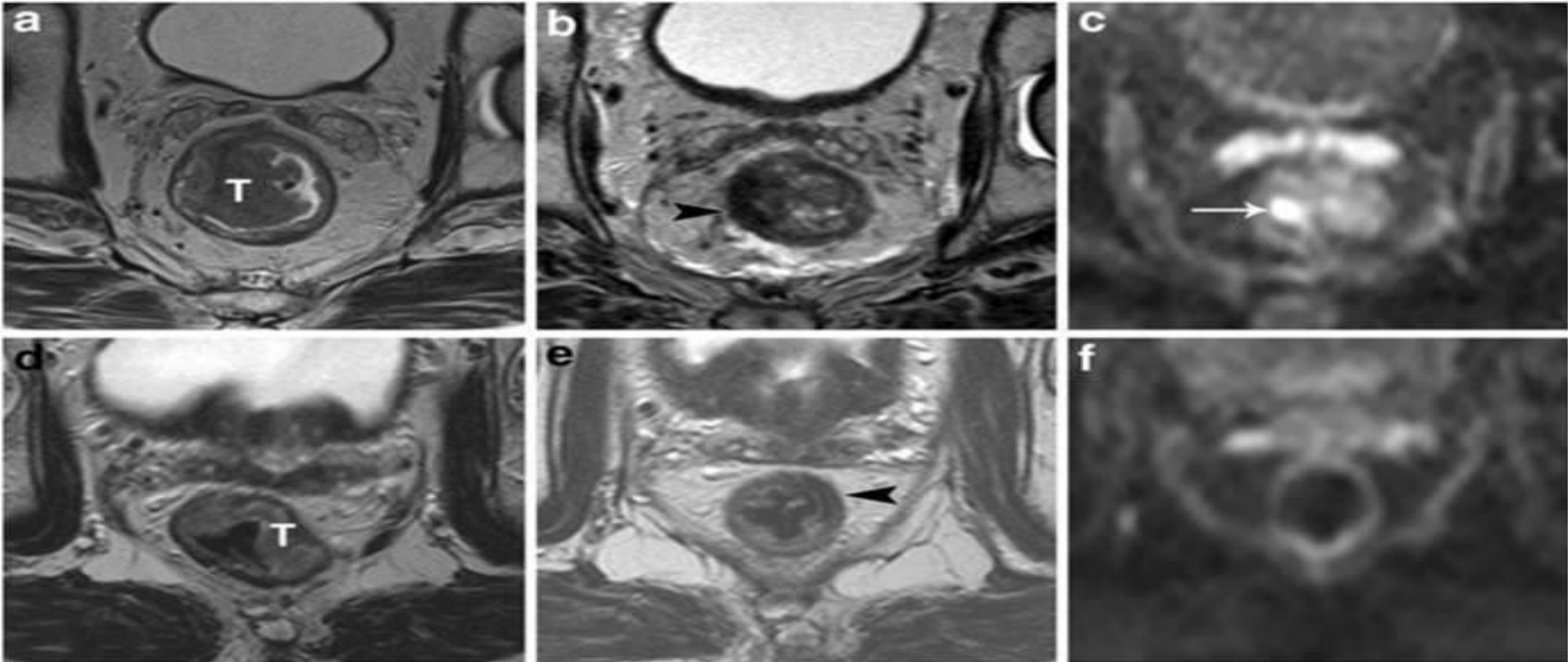
- Respondedores vs. no-respondedores: Fibrosis vs. Enfermedad residual

ORIGINAL CONTRIBUTION

Disease Colon Rectum, 2016

Magnetic Resonance Tumor Regression Grade and Residual Mucosal Abnormality as Predictors for Pathological Complete Response in Rectal Cancer Postneoadjuvant Chemoradiotherapy

Jemma Bhoday, M.R.C.S.¹ • Fraser Smith, F.R.C.S.² • Muhammed R. Siddiqui, M.R.C.S.
Svetlana Balyasnikova, Ph.D.¹ • Robert I. Swift, F.R.C.S.³ • Rodrigo Perez, Ph.D.⁴
Angelita Habr-Gama, M.D.⁴ • Gina Brown, F.R.C.R.¹



“Detecta 10 veces más pacientes con respuesta que los criterios clínicos”
Uso RMN en lugar Clínica

CONFIDENCE LEVEL SCORES

TABLE 1 Definitions of confidence level scores for assessment of complete response for every modality

CL	Clinical assessment	T2W-MRI findings	DWI findings
CL 0	Positive biopsy result or gross residual tumor at endoscopy with or without palpable mass at DRE	Gross residual isointense mass and/or involved nodes	Marked hyperintense signal at former tumor location on b1000 images with low ADC
CL 1	Visible (with or without palpable) mass or polypoid tissue with negative biopsy	Small residual isointense mass and/or involved nodes	Small but obvious area of hyperintense signal at former tumor location on b1000 images with low ADC
CL 2	Ulcer with irregular borders and small palpable ridge, ulcer or wall thickening with negative biopsy	Irregular wall thickening with both hypointense and isointense signal	Possible foci of hyperintense signal on b1000 images at former tumor location with low ADC in an area of irregular wall thickening
CL 3	Small nonpalpable ulcer with regular borders and negative biopsy	Pronounced hypointense wall thickening without isointense signal and no involved nodes	No clear areas of residual hyperintense signal on b1000 images at former tumor location
CL 4	White scar with teleangiectasia, no palpable lesions and negative biopsy	Normalized rectal wall or only subtle wall hypointense wall thickening and no involved nodes	No residual hyperintense signal on b1000 images or low ADC at former tumor location

CL confidence level, *T2W-MRI* T2-weighted MRI, *DWI* diffusion-weighted imaging, *DRE* digital rectal examination, *ADC* apparent diffusion coefficient

**DWI-MRI: cada 3 meses durante 1er año
cada 6 m. Durante 2º año**

UTILIDAD DE LA IMPLANTACIÓN DE LA TÉCNICA DE DIFUSIÓN PARA EL ESTADIAJE POSTNEOADYUVANCIA EN EL CÁNCER DE RECTO

Autores: Pere Planellas, Franco Marinello, Clara Codony, Marcel Pujadas, Helena Salvador, Núria Gómez, David Julià, Jose Ignacio Rodríguez, Ramon Farrés y Antoni Codina Cazador.

Centro: Hospital Dr. Josep Trueta de Girona – Unidad de Cirugía Colorectal

XX

Reunión Nacional

Fundación Asociación Española de

COLOPROCTOLOGÍA

Sección de Coloproctología de la AEC



Elche

Alicante

Hotel Huerto del Cura

18 - 20 de mayo

2016

www.rnaec2016.com



RESULTADOS

- Correlación yT RMN post con A.P.

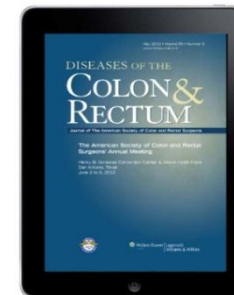
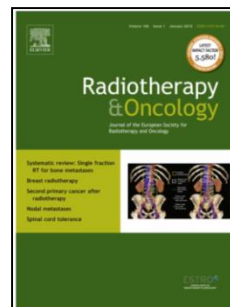
T	Concord.
Pre-Difusión	53%
Post-Difusión	64%

- Correlación yN RMN post con A.P.

N	Concord.
Pre-Difusión	59%
Post-Difusión	28%

Predicción RPC (12% – 15%)	Sensib.	Especif.
RMN Pre-Difusión	9%	98%
RMN Post-Difusión	33%	100%

BIBLIOGRAFIA



	Año	yT	yN
Chen et al	2005	52 %	68 %
Kulkamy et al	2008	43 %	78 %
Lee et al	2014	65 %	57 %
Kim et al	2015	62%	43 %
Estudio pre-Difusión	2014	53 %	59 %
Estudio post-Difusión	2015	64%	28%

Conclusión: RM-DW pobre correlación con los resultados patológicos

-PET/ TC (18 fluoro-deoxy-glucosa FDG)

Disminución captación FDG por el tumor si hay respuesta

PET: pre - **durante** - post RQT

- Valor predictivo bajo
Dificultad distinguir cáncer residual – actividad post tratamiento
Estado Ganglios ??

NO rutina **19% RCC**

Ann Surg 2013;258:289-95

-MARCADORES TUMORALES

CEA < 5 ng/dl pre – post RQT

P53 (-), p21 (+) : mejor respuesta

Wild K-ras; EGFR + ; VEGF : respuesta

CD133 elevado: peor respuesta

MARCADORES HIPOXIA TUMORAL: HIF-1 / GLUT-1 = peor respuesta

-PERFILES EXPRESIÓN GENETICA: estudio biopsia pretratamiento

¿CUÁNDO EVALUAMOS la RCC ?

RE-ESTADIAR
RMN

6 – 8 semanas post RT Habr-Gama DCR 2009;52:1927-34

8 - 11 semanas como predictor de RCC

Ann Surg 2009;250:582-589

DCR 2010;53:692-698

“ MAYOR INTERVALO == MAS RCC “

Ann Surg 2011;254:97-102

6 semanas post RQT: 18% RCP

11 semanas post RQT: 25% RCP

	RCP intervalo corto	RCP intervalo largo
Garcia Aguilar	18%	25%
Campos Lobato	16%	31%
Evans	5.5%	17.8%
Wolthuis	15.9%	28.5%
Tulchinsky	17%	35%
Moore	12%	19%

CIRUGIA: 8 - 12 semanas

RETRASO CIRUGIA HASTA 12 SEMANAS : MEJORES RESULTADOS ONCOLOGICOS

SEGUIMIENTO PACIENTES CONSERVACIÓN ÓRGANO

AÑO	CEA meses	TR meses	ENDOSCOPIA	RM	TC
1	2	2	3	3	6
2	3	3	6	6	12
3	3	6	6	6	12
4	6	6	6	6	12
5	6	6	6	6	12

ESTRICTO ESQUEMA SEGUIMIENTO: a partir 12 meses !!

Pérdida pacientes durante seguimiento !!

Recurrencia media: 28 meses Colorectal Dis 2012;14:567-71

Fallo W-S: 11.5%  34.5% Cirugía Rescate R0 !!

**Tratamiento NO quirúrgico: es real ??
es experimental ??
es riguroso ??**

¿ ES LA OPCIÓN WAIT & SEE VÁLIDA ?

- ✓ Tasa de “local regrowths” ?
- ✓ Posibilidades de rescate ?
- ✓ Resultados a largo plazo ?

“Regrowth”: Posibilidades de rescate

Serie de W&W de Habr-Gama y cols.

90 casos con cCR (cT_{2-4} , cN_{0-2}); el 78% eran estadio I ó II (20% $cN+$)

62 ptes (68%) sin RL (8 p, 13%, MT)

28 ptes con RL (31%) con FU de 60m (5 p, 18% ,mt)

26 resecables (89%); 2 irresecables (11%)

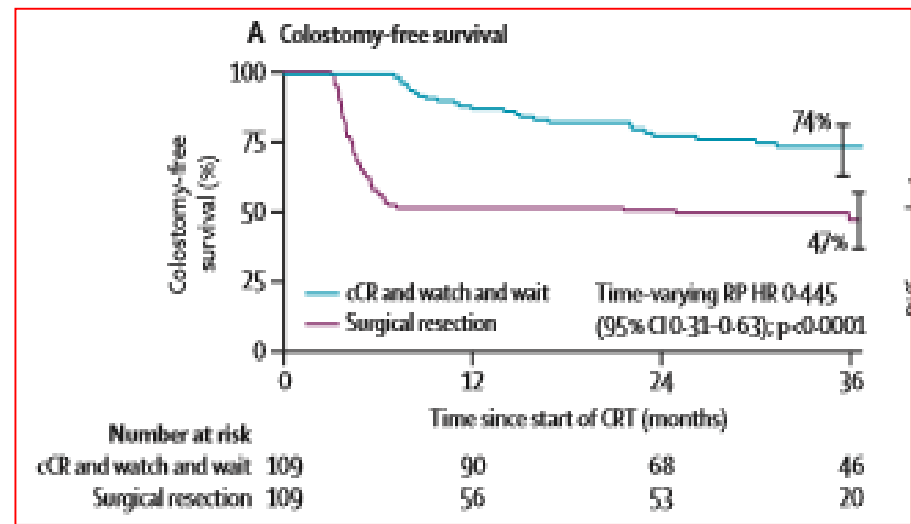
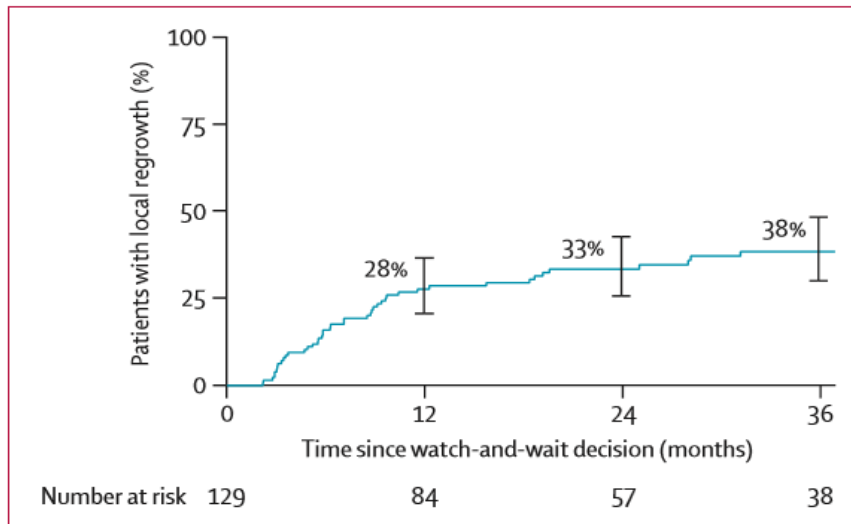
4 ptes re-RL (15%) (todas irresecables)

14% (13/90) mttts en el total de la serie

21% (6/28) ó 6% (6/90) de las RL no fueron rescatados

SPV G. y L.E. a 5a. : 91% y 68%

RESULTADOS REGROWTH



- Tasa actuarial de “regrowth” a 3a. 38%, 95%IC 30-48%
- 3a “colostomy free” fué 74% (64-82) vs. 47% (37-57)
- La SPV global y LE a 3 a. (y de mts) fue similar en ambos grupos
- 95% de los “regrowth” fueron mucosos y un 5% sm. ó mesorectales.
- Sólo el ser varón y fumador se asoció a regrowth (no el T ó N basal)
- En más del 90% la cirugía de rescate fué R0.

“Regrowth”: Posibilidades de rescate

Outcome and Salvage Surgery Following Watch and Wait for Rectal Cancer after Neoadjuvant Therapy: A Systematic Review

Kong, Joseph C. M.S., F.R.A.C.S.; Guerra, Glen R. M.B.B.S., F.R.A.C.S.; Warriar, Satish K. M.S., F.R.A.C.S.; Ramsay, Robert G. Ph.D.; Heriot, Alexander G. M.D., M.B.A., F.R.A.C.S

Diseases of the Colon & Rectum:
March 2017 - Volume 60 - Issue 3 - p 335–345
doi: 10.1097/DCR.0000000000000754

- Revisión sistemática de 4 estudios observacionales (registros)
- 370 pts con W&W: 256 (69%) con cCR mantenida y 114 con RL (31%)
- La cirugía de rescate fue posible en el 80%
- No dif. SG y SLE
- Insuficiente evidencia para sacar conclusiones oncológicas firmes

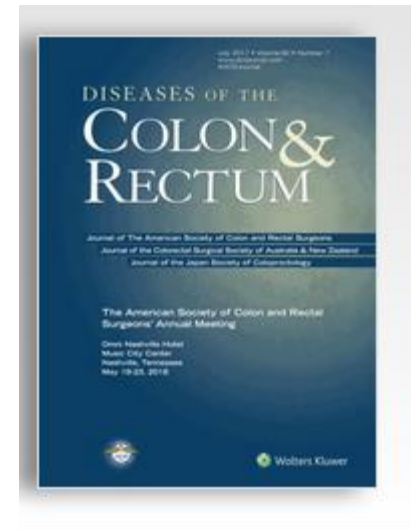
Hospital Universitario Girona “Dr. J. Trueta “

Edad	ASA	Recidiva	Seguimiento	Estado
86	IV	no	12 m.	Vivo
79	IV	no	48 m.	Vivo
84	IV	no	18 m.	Vivo
82	IV	12 m	16 m.	vivo

PRACTICE PARAMETERS

Practice Parameters for the Management of Rectal Cancer (Revised)

J. R. T. Monson, M.D. • M. R. Weiser, M.D. • W. D. Buie, M.D. • G. J. Chang, M.D.
J. F. Rafferty, M.D.; Prepared by the Standards Practice Task Force of the American Society of Colon and Rectal Surgeons



Patients with an apparent complete response to neoadjuvant therapy should be offered a definitive resection. Strong recommendation based upon moderate quality evidence, 1B.

A policy of observation should be reserved for patients who are not fit or who refused radical surgery.

DCR 2013;56:535-550

Association of Coloproctology of Great Britain & Ireland (ACPGBI): Guidelines for the Management of Cancer of the Colon, Rectum and Anus (2017) – Multidisciplinary Management



Watch and Wait

In selected patients with complete clinical response (cCR) after preoperative long course CRT, a watch and wait approach can be considered.

A defined surveillance protocol, such as used in OnCoRe, is necessary to identify local disease regrowth at the earliest stage possible.

Recommendation grade C

Colorectal Dis 2017; 19: 1 - 97

Watch & Wait in Rectal Cancer



- In patients with a clinical Complete Response (cCR)
- Introduced in 2004
- Several studies on W&W available
- However, small sample size and heterogeneous



presented at **2017 Gastrointestinal Cancers Symposium** | #GI17

Presented by: C.J.H. van de Velde

Slides are the property of the author. Permission required for reuse.

Conclusion

- The rationale of 'wait and see' policy when complete clinical response status is achieved relies on retrospective observations which are insufficient to support such policy. *EXCEPT*
- In patients who are recognised as unfit or refused surgery

ACTITUD: “WAIT and SEE “

FAVOR

Mejores resultados oncológicos respecto ETM
Menor morbimortalidad
No estoma

EN CONTRA

Resultados NO reproducibles
Inexacta correlación RCC - RCP
Falta identificar factores predictivos RCP
Falta información evolución pacientes
Falta evidencia clínica

CIRUGIA LOCAL alternativa CIRUGIA RADICAL:

Pacientes No aceptan Cirugía Radical / religión

Pacientes NO tributarios Cirugía Radical

Cirugía local se hace “ por defecto”

“ Wait and See “ tendrá lugar tratamiento CR distal

Transanal Total Mesorectal Excision

International Registry Results of the First 720 Cases

Marta Penna, MRCS,¶ Roel Hompes, MD,* Steve Arnold, FRCS,† Greg Wynn, FRCS,‡ Ralph Austin, FRCS,‡ Janindra Warusavitarne, PhD,§ Brendan Moran, FRCS,† George B. Hanna, PhD,¶ Neil J. Mortensen, FRCS,* and Paris P. Tekkis, FRCS||, on behalf of the TaTME Registry Collaborative*



TaTME appears to be an oncologically safe and effective technique for distal mesorectal dissection with acceptable short-term patient outcomes and good specimen quality.

Ongoing structured training and the upcoming randomized controlled trials needed to assess the technique further.

Ann Surg 2017;266:111-7

ESTADO ACTUAL

- FALTAN GUIAS CLINICAS respecto uso RCC para predecir RCP**
- FALTA evaluar : pacientes respondedores RQT
esquemas terapeuticos**
- FALTAN esquemas seguimiento: clínico
endoscópico
radiológico**
- W-S debe compararse con ETM mediante ECR pero:
definir pacientes tributarios
muestra grande y seguimiento largo plazo
rechazo pacientes WS (preferencia ETM ??)
distinta percepción calidad vida médico-paciente**