



INTRODUÇÃO

Os pólipos malignos (PM) contêm adenocarcinoma até à submucosa. Com o aumento do número de PM removidos endoscopicamente, a decisão (vigilância vs cirurgia) após ressecção endoscópica (RE) permanece um desafio, dado o risco de tumor residual.

Objetivos: Avaliar o *outcome* oncológico numa coorte de doentes após RE de PM.

MATERIAL/MÉTODOS

Estudo retrospectivo incluindo doentes com PM enviados à consulta multidisciplinar de cancro colo-rectal (CCR) entre 2010-2018. Análise: aspetos endoscópicos/anatomopatológicos; evolução.

Fatores de alto risco (FAR) para cancro residual definidos como: margem de ressecção <1mm, baixo grau de diferenciação, RE incompleta ou em *piecemeal*, invasão linfovascular (ILV).

RESULTADOS

Incluídos 120 doentes (65,0% homens; idade:64.5±10,6 anos; follow-up:26,8 ± 16,4 meses

- Características dos pólipos malignos

Localização	Sigmóide e recto: 83.4%
Dimensão	≥10mm: 87.5%
Morfologia	Séssil ou plano: 68.3%
Ressecção endoscópica completa	80.0% (Em bloco: 69.2%)
Características histológicas*	
Margem de ressecção <1mm	69.2% (n=83)
Invasão linfovascular	4.2% (n=5)
Baixo grau de diferenciação	5.0% (n=6)

* Ausência de dados em 7 doentes

Decisão terapêutica

- Doentes com PM de baixo risco (n=28) → Vigilância [nenhuma recorrência de CCR; 1 óbito (causa desconhecida (CD))]
- Doentes com pelo menos um fator de alto risco (n=92):



As razões subjacentes foram:

- localização no recto baixo (n=12)
- idade avançada / comorbilidades (n=5)
- cicatriz de polipectomia não identificada (n=3)
- polipectomia >12semanas (n=3)
- margem próxima de 1mm (n=6)

→ Follow-up: nenhuma recorrência de CCR; 1 óbito (CD)

Doze doentes com PM rectal fizeram tratamento antes da vigilância:

- Quimiorradioterapia: 4
- Ressecção transanal: 8

- Nos doentes com PM com ≥ 1 fator de alto risco (n=92):

✓ *Follow up*: 3 recorrências de CCR; 3 mortes por CCR/CD

✓ Não houve diferenças estatisticamente significativas nas taxas de recorrência ou morte por CCR/CD entre doentes submetidos a cirurgia ou vigilância (p=0,276), mesmo quando excluídos aqueles com tratamento prévio à vigilância

- Nos doentes submetidos a cirurgia(n=60):

✓ Detetado tumor residual na peça cirúrgica em 25,0% [parede intestinal (n=10), nódulos linfáticos positivos (n=6), ambos (n=1)].

✓ Análise univariada: RE incompleta associou-se significativamente com tumor residual na parede(p=0,025).

✓ Análise multivariada: ILV associou-se com presença de qualquer tumor residual(p=0,042) e com gânglios positivos(p=0,047).

✓ Nenhum dos outros FAR se associou de forma significativa com a presença de tumor residual, recorrência de CCR ou mortalidade

CONCLUSÕES

Nesta coorte, a ressecção endoscópica incompleta e invasão linfovascular foram os únicos fatores de alto risco associados significativamente à presença de tumor residual.

Uma margem de ressecção livre (ainda que <1mm) poderá ser oncológica segura.

REFERÊNCIAS

Bartel MJ et al. Management of colorectal T1 carcinoma treated by endoscopic resection from the Western perspective. *Dig Endosc.* 2016 Apr;28(3):330-41.

Cancer Council Australia Surveillance Colonoscopy Guidelines Working Party. Clinical practice guidelines for surveillance colonoscopy. Sydney: Cancer Council Australia.

Dekker E et al. Colorectal cancer. *Lancet* 2019; 394: 1467–80

National Collaborating Centre for Cancer (UK). Colorectal Cancer: The Diagnosis and Management of Colorectal Cancer. Cardiff: National Collaborating Centre for Cancer (UK); 2011 Nov

Williams JG et al. Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland. Management of the malignant colorectal polyp: ACPGIBI position statement. *Colorectal Dis.* 2013 Aug;15 Suppl 2:1-38