

**(21291) - RECORRÊNCIA PÓS-MUCOSECTOMIA *PIECEMEAL* DE LARGE LATERAL SPREADING TUMORS NUM HOSPITAL NÃO TERCIÁRIO - NOVO MODELO PREDITOR?**

Sofia Bragança<sup>1</sup>; Ana Catarina Garcia<sup>1</sup>; Ana Maria Oliveira<sup>1</sup>; David Horta<sup>1</sup>; Gonçalo Alexandrino<sup>1</sup>; Luís Carvalho Lourenço<sup>1</sup>; Mariana Nuno Costa<sup>1</sup>

1 - Gastreenterologia, Hospital Professor Doutor Fernando FONSECA

**Introdução:** A identificação de lesão residual após mucosectomia em *piecemeal* de *large* (> 20 mm) *lateral spreading tumors* (LST) colorretais ocorre, em média, em 25% das lesões. Por sua vez, a recorrência tardia (após primeira colonoscopia negativa, identificação de lesão em colonoscopias de vigilância subsequentes), é rara e ocorre em 4% dos casos. Existem vários fatores de risco descritos para a lesão residual e recorrência de LST, que se encontram relacionados com: 1) a técnica endoscópica: ressecção em *piecemeal*, não aplicação de terapêutica ablativa nas margens e em lesões residuais macroscópicas; 2) a lesão: tamanho (>40mm), localização (cólon direito) e o difícil acesso (ângulo hepático/esplénico, reto distal/linha dentada, fundo cecal, periapendicular/diverticular, envolvimento da válvula ileocecal). Os scores SMSA (tamanho, morfologia, localização, acesso) e SERT (tamanho, hemorragia intraprocedimento, displasia de alto grau), permitem identificar LST com risco acrescido de lesão residual/recorrência, no entanto apresentam limitações, a subjetividade inerente ao “*access*” e o viés de seleção, respetivamente. Mais recentemente, o *BCM model* (tamanho>40mm, mucosectomia [EMR] *piecemeal*, localização, histologia), criado em 2023, aparentou ser superior aos scores prévios na predição da recorrência na população americana.

**Objetivo:** 1) Analisar a taxa de lesão residual e recorrência tardia associadas à mucosectomia em *piecemeal* de *lateral spreading tumors* colorretais superiores a 20mm; 2) Relacionar as características das LST, da técnica de EMR e os scores preditores com a ocorrência de lesão residual e recorrência tardia.

**Material e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, a partir de uma base de dados colhida prospectivamente, relativo a um período de 6 anos (janeiro 2014 a dezembro

2019). Incluídos doentes submetidos a mucosectomia em *piecemeal* de LST colorretais grandes (>20mm). Analisaram-se dados demográficos, as características das LST, da técnica de EMR, da primeira vigilância endoscópica (3-12 meses após colonoscopia index) e segunda vigilância endoscópica (12 meses após primeira vigilância). Definiu-se lesão residual (LR) como a identificação de lesão na primeira colonoscopia de vigilância e definiu-se recorrência tardia (RT) como a identificação de lesão na 2ª colonoscopia de vigilância após uma primeira vigilância negativa. Análise estatística realizada com SPSS®.

**Resultados:** Foram incluídos 108 doentes e analisadas 108 LST e respetiva EMR em *piecemeal*. A maioria dos doentes era do sexo masculino (68%) e a média de idade de 56,74 anos (40-87 anos). Cerca de 53% eram LST Não Granular Plana com dimensão média de 32,28 mm (22-55mm). A primeira colonoscopia de vigilância foi realizada, em média, 11 meses após EMR (IQR 16-3) e a taxa de LP/LR residual foi de 22%. Apenas 68 doentes realizaram segunda colonoscopia de vigilância, em média, 13 meses após a 1ª vigilância (IQR 16-12) e a taxa de RT foi de 8%. No que diz respeito à **LR**, na análise univariada, o score SERT elevado ( $\chi^2[1] = 13,026$ ,  $p$ -value 0,007) associou-se a risco de lesão residual. Identificaram-se outros fatores de risco, mas sem significado estatístico, como a dimensão superior a 40mm, localização no cólon direito, histologia túbulo-vilosa, acesso difícil e a ocorrência de hemorragia intraprocedimento. A termoablação de margens/lesão residual macroscópica, com argon plasma e/ou coagulação, não se associou a uma redução da lesão residual na primeira vigilância ( $p$ -value >0,05). Na análise multivariada, o score SERT e o modelo BCM correlacionaram-se positivamente com ocorrência de lesão residual ( $p$ -value <0,05). As curvas ROC mostraram que a AUC para o score SERT, score SMSA e BCM model foram, respetivamente, de 0,731; 0,627; 0,668. Relativamente à **RT**, na análise univariada, mostrou que a localização no cólon direito e modelo BCM elevado associam-se a risco de recorrência tardia ( $p$ -value <0,05). Na análise multivariada, o modelo BCM, a dimensão superior a 40mm, a localização no cólon direito e o score SMSA correlacionaram-se positivamente com a ocorrência de RT ( $p$ -value <0,05). As curvas ROC mostraram que a AUC para o score SERT, score SMSA e BCM model foram, respetivamente, de 0,638; 0,685; 0,801.

**Discussão/Conclusão:** As taxas de LR e RT pós EMR em *piecemeal* de LST colorretais aproximaram-se dos valores reportados por trabalhos internacionais. O score SERT, seguido do modelo BCM, aparentaram ter papel importante na identificação de lesões com risco de LR. A termoablação de margens/lesões residuais macroscópicas não aparentou associar-se a redução do risco de LR. O modelo BCM, que integra a localização no cólon direito e a dimensão superior a 40mm, aparentou ser superior ao score SERT e SMSA na identificação de lesões com risco acrescido de recorrência tardia.

**Palavras-chave : recorrência pós-mucosectomia piecemeal ; fatores de risco ; BCM model ;**