

PDTA
TUMORE COLON-RETTO
2019
Regione Puglia

Coordinatore: Leonardo Vincenti



Gruppo di lavoro

CHIRURGO

- DIONIGI LORUSSO
- GIUSEPPE MANCA
- ANGELA PEZZOLLA
- MICHELE SIMONE

ANATOMO PATOLOGO

- MICHELE PIRRELLI
- ALFREDO ZITO

MEDICINA GENERALE

- LUIGI SANTOIEEMMA

ONCOLOGO

- SILVANA LEO
- EVARISTO MAIELLO
- NICOLA SILVESTRIS

GENETISTA

- CRISTIANO SIMONE

RADIOTERAPISTA

- MICHELE TROIANO

RADIOLOGO

- LUCA MACARINI
- ANNALISA SIMEONE *

ENDOSCOPISTA

- GIUSEPPE
SCACCIANOCE

MEDICO NUCLEARE

- PASQUALE DIFAZIO *

RADIOLOGO

INTERVENTISTA

- PIETRO GATTI

DRAFTER

- ROMINA TORTORA

EPIDEMIOLOGIA tumore del colon retto

- Mortalità: seconda causa di morte per tumore (entrambi i sessi)
- Sopravvivenza: +10% in 5 anni (anziani +10%)
- Prevalenza: nord > sud ; over 75
- Incidenza: in riduzione in entrambi i sessi (2005-2009)

SCREENING

- SOF (3 determinazioni): M, F 50-69 aa
- COLONSCOPIA: familiarità I grado, SOF+
- COLONSCOPIA VIRTUALE (raccomandata da ACR, ESGAR, ESGE *)
 - paziente con controindicazioni alla colonscopia
 - si può eseguire nella giornata o giorno successivo a colonscopia incompleta o dopo resezione endoscopica
 - polipectomia endoscopica per polipo > 6 mm

N.B. : non raccomandata se familiarità I grado

* ACR American College of Radiology
ESGAR European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology
ESGE European Society of Gastrointestinal Endoscopy

PREVENZIONE E DIAGNOSI PRECOCE

MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG)

- INFORMARE SULLO SCREENING E SORVEGLIARE ABITUDINI A RISCHIO
- IDENTIFICARE SEGNI/SINTOMI DI ALLARME

SANGUINAMENTO RETTALE/MODIFICHE DELL'ALVO	TUTTE LE ETÀ
MASSA PALPABILE RETTALE	TUTTE LE ETÀ
SANGUINAMENTO RETTALE SENZA SINTOMI ANALI	TUTTE LE ETÀ
MODIFICHE ALVO E/O AUMENTO FREQUENZA DELLE	> 50 ANNI
EVACUAZIONI SENZA SANGUINAMENTO PER 6 SETTIMANE	> 50 ANNI
ANEMIA SIDEROPENICA SENZA CAUSE EVIDENTI (Hb <11 g/dl M; <10 g/dl F)	(nessun criterio d'età)

Colonscopia: criteri di qualità

- Consenso informato, sedazione
- Sorveglianza:
 - post-polipectomia/resezione CCR; esame negativo in pazienti «average risk»
 - Pazienti affetti da IBD
- Raggiungimento cieco e documentazione tempo di uscita
- «adenoma detection rate» documentabile tramite registro
- Resezione endoscopica tutti i polipi < 2cm (se non resecabili documentare)
- Tatuaggio lesione
- Biopsie: almeno 6 → profiling molecolare
- Incidenza perforazione: operative < 1/500 ; diagnostiche < 1/1000
- Sanguinamento post-polipectomia trattato non chirurgicamente > 90%

Identificazione → Stadiazione

Identificazione → E 048 ASL

Entro **7 giorni** inviare paziente al COro o Gruppo Multidisciplinare

STADIAZIONE

TC torace addome pelvi
RM/PET (M epatiche/polmonari)

STADIAZIONE LOCO-REGIONALE
(Retto medio-basso)

ETG transrettale cT1-2
RM T3-4 (infiltrazione extraparietale
fascia perirettale MRF)

Stadiazione LOCO-REGIONALE (T) RETTO

RM

- Infiltrazione extraparietale <5mm T3 a,b
>5 mm T3 c,d
- Infiltrazione fascia perirettale (MRF) > 2 mm non infiltra
1-2 mm sospetto
<1 mm infiltra
- Infiltrazione peritoneo T4 a
- Infiltrazione organi e strutture T4 b

Infiltrazione sfintere anale e/o perivascolare (EMVI), mesoretto,
componente mucinosa

Stadiazione LOCO-REGIONALE (N) RETTO

RM

Linfonodi sospetti per malignità (mesorettali – extramesorettali)

Criterio DIMENSIONALE/MORFOLOGICO

asse corto \geq 9 mm

asse corto 5-8 mm + almeno 2 criteri morfologici
(rotondeggiante/margini irregolari/segnale disomogeneo)

asse corto < 5 mm + 3 criteri morfologici

+ componente mucinosa

Indicare sempre numero linfonodi e localizzazione e infiltrazione (secondo i criteri infiltrazione MRF)

STADIAZIONE A DISTANZA (M)

TC TORACE ADDOME (M epatiche/polmonari)

RM ADDOME lesioni dubbie epatiche!

contrasto epatospecifico: stadiazione pre-chirurgia

TUMORE DEL RETTO: NO PET !

TIMING

Entro 1 settimana

valutazione gruppo multidisciplinare

Entro 2 settimane

inizio trattamento

CASI PARTICOLARI

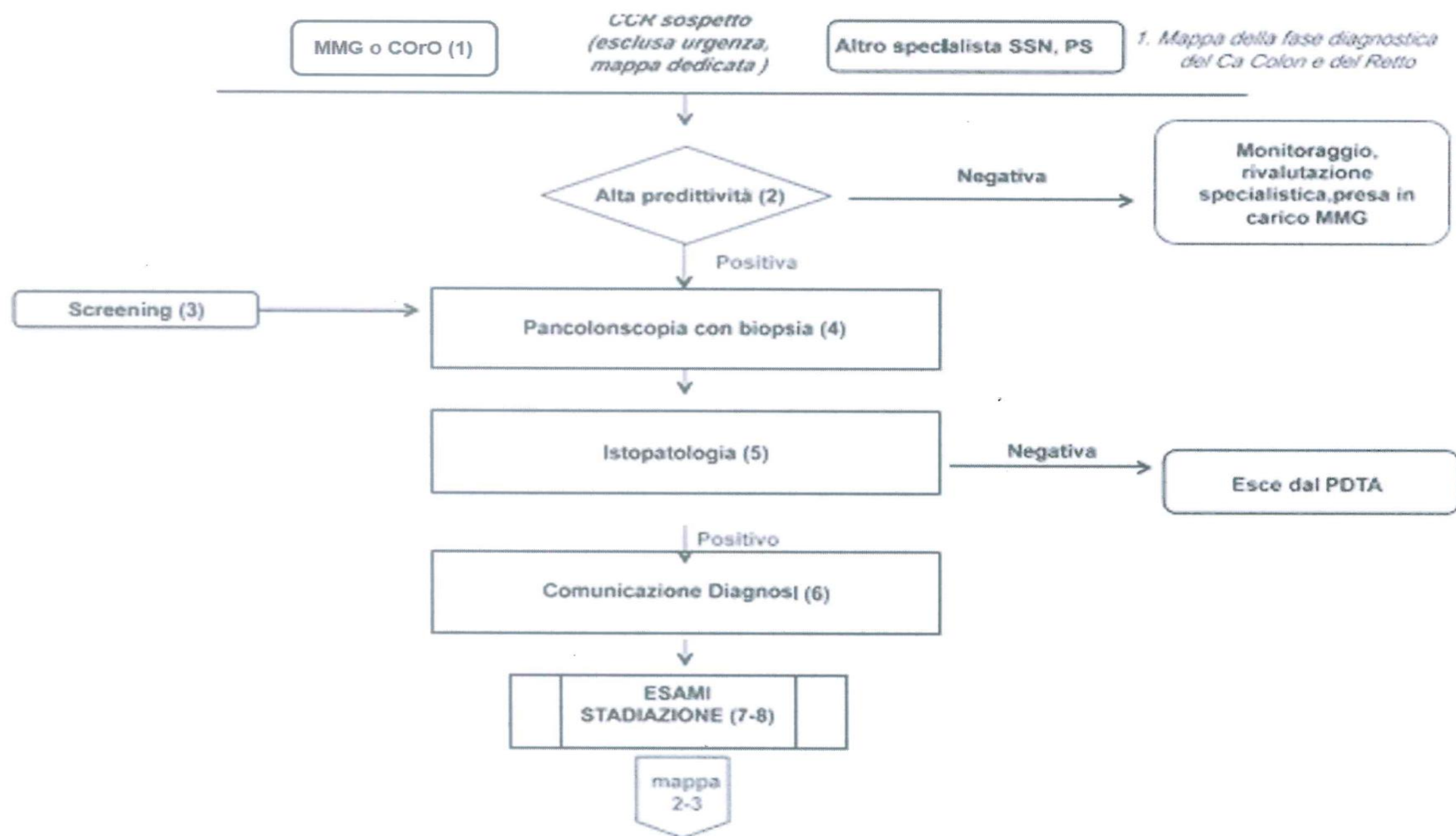
Sdr. Lynch, FAP → genetista (anche i familiari)

Diagnosi istologica

- Es. istologico da polipectomia: **entro 14 giorni lavorativi**
 1. ***polipo adenomatoso***: forma, dimensioni, impianto, aspetto (tubulare/villoso), grado displasia, margine di exeresi
 2. ***adenocarcinoma in adenoma***: infiltrazione tonaca sottomucosa/muscularis mucosae, grado malignità, embolizzazione neoplastica linfatica/venosa, budding tumorale, margine di exeresi
(se presenti prognosi sfavorevole → alto rischio → chirurgia
 - Rapporto tessuto adenomatoso/carcinomatoso (%)
 - infiltrazione peduncolo sec. Haggit
 - Infiltrazione sottomucosa (sessili) sec. Kikuchi
 3. ***lesioni polipoidi serrate***: polipo iperplastico/neoplastico, sessile/serrato

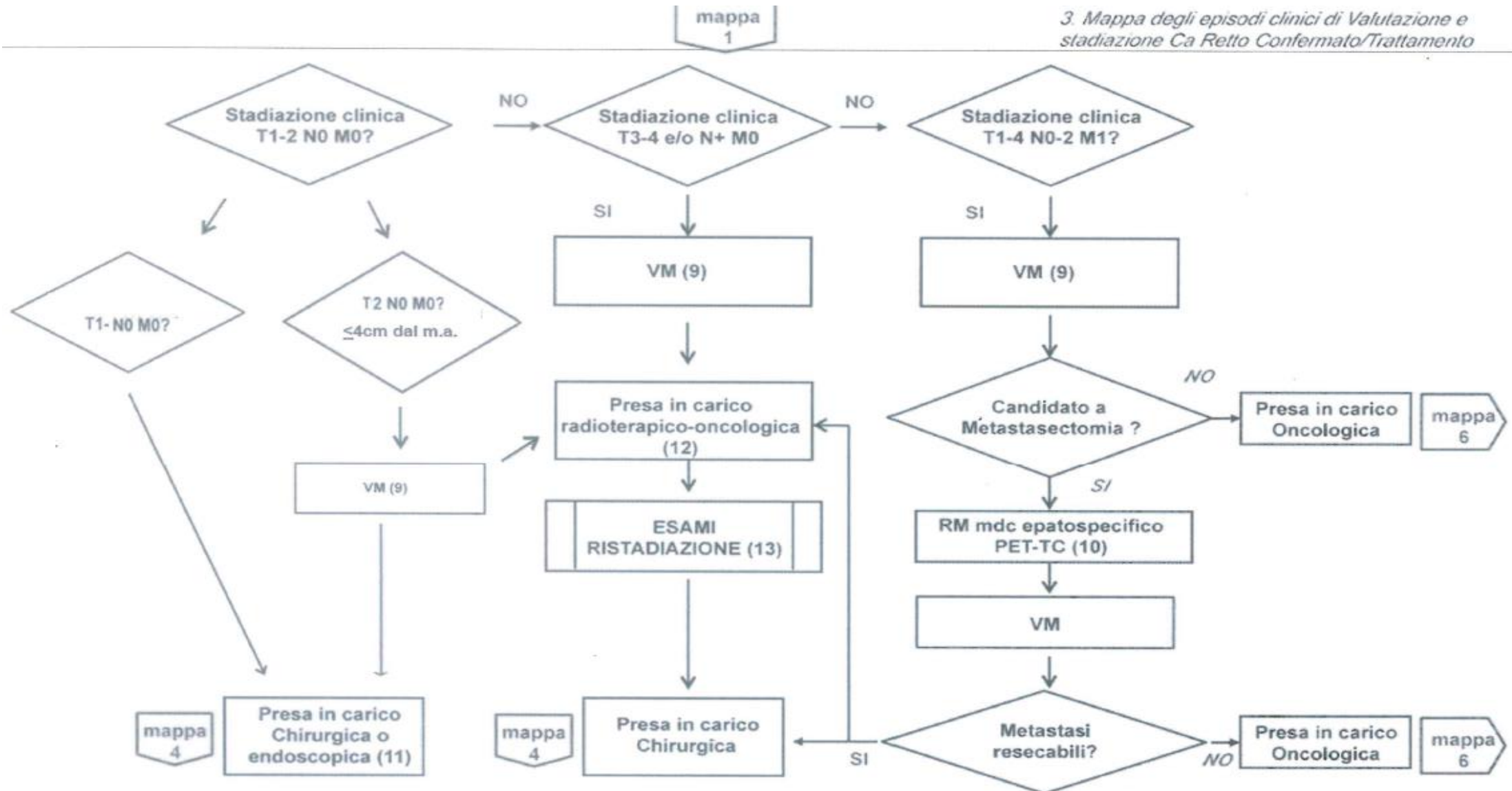
Diagnosi istologica

- Es. istologico da biopsia del tumore primitivo sospetto:
 - almeno 6 biopsie
 - **entro 5 giorni lavorativi** (più giorni se indagini immuno-istochimiche)
 - se ambiguità → immunofenotipo
- Es. istologico da lesioni secondarie sospette:
 - biopsia decisa dal gruppo multidisciplinare
 - **entro 20 giorni**



Diagnosi - Stadiazione

3. Mappa degli episodi clinici di Valutazione e stadiazione Ca Retto Confermato/Trattamento



Presa in carico CHIRURGICA o ENDOSCOPICA

- cT 1 (RM, Etg endorettale)  resezione endoscopica

Sola resezione endoscopica

- lesione pedunculata, margine indenne
- Lesione sessile, infiltrazione sottomucosa sm1

Radicalizzazione chirurgica

- T1 sm2-3, T2

RADIO-CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE (RETTO)

Indicazioni Carcinoma del retto extraperitoneale

Obiettivi Ridurre recidiva locale

Downstaging tumorale

Aumentare % resecabilità neoplasie avanzate

Preservazione sfintere

- Long course (RT+ capecitabina, 5 fluorouracile)

T3c/T4 N0, TnN+, T2N0 retto basso (casi selezionati)

→ chirurgia **dopo 6-8 settimane (NON oltre 12 sett.)**

- Short course controindicazioni chT, localizzazione retto medio-alto


T3a T3b (MRF indenne), T3-4 M+ [no downsizing - sì riduzione recidive locali]

→ chirurgia **dopo 1-2 settimane**

N.B.: short course + chirurgia **dopo 4-8 settimane** Pazienti che necessitano downstaging, unfit for ChT

RADIO-CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE (RETTO)

1. Malattia inoperabile per estensione locoregionale:

- T4 long course  rivalutazione per chirurgia
 - T3-4 e/o N2 e/o M1 long course, short course come neoadiuvante
(dopo valutazione collegiale)
- ## 2. Malattia in fase iniziale dopo sola escissione chirurgica
- T1-2 alto rischio recidiva (margini+, G3, sm3, invasione linfovaskolare)
 - rifiuto o controindicazioni a chirurgia

Radioterapia

- Volumi di irradiazione: mesoretto + stazioni linfonodali
fosse ischiorettali (se infiltrate o m. infiltrati)
escludere canale anale (quando possibile)
dopo Miles includere il perineo
- Valutare organi a rischio (tenue, vescica, organi genitali, teste femorali)
- Riportare planning target volume sec. ICRU * e dose assorbita per organi a rischio

* ICRU International Commission on Radiation Units and Measurements

Re-staging post terapia neoadiuvante retto

- RM addome pelvi **6 - 8 settimane dopo** fine terapia
- Ecografia endorettale se indicata
- TC torace addome (se TC precedente è antecedente a 90 giorni)
- CEA

PRESCRITTI DAL RADIOTERAPISTA/ONCOLOGO

Se presa in carico chirurgica valutare programmazione rettoscopia

Trattamento chirurgico

- Valutazione chirurgo/anestesista (check list preoperatoria)
- Fase preoperatoria, preparazione, esami, consenso informato
- Fase postoperatoria (protocolli ERAS*)

- Rivalutazione oncologica post trattamento III stadio e oltre

Trattamento radicale colon

- Eemiclectomia destra
- Resezione del trasverso
- Eemiclectomia sinistra (VLS)
- Sigmoidectomia (VLS)
- Resezione segmentaria (tumori con metastasi non resecabili)
- Resezione en-bloc (se infiltrazione di organi limitrofi)

N.B. estensione dell'escissione deve corrispondere al drenaggio linfo-vascolare della neoplasia.

Trattamento radicale retto

- Resezione anteriore retto (VLS) + asportazione totale mesoretto TEM (per tumori retto medio basso)
- **ALMENO 1 cm** margine libero dal tumore + capsula mesorettale integra
- Nerve sparing/ sphincter saving
- Amputazione addomino perineale sec. Miles se coinvolgimento sfinteri

Referto anatomo patologico

- collocazione del tumore e distanze dai margini di resezione
- Valutazione integrità mesoretto (completo/quasi completo..)
- Piano di escissione (per amputazione addomino perineale)
- Valutazione sfinteri e piano degli elevatori
- Caratteristiche macroscopiche (vegetante, ulcerato, perforazioni...)
- Almeno **12** linfonodi
- Tipo istologico
- Grado differenziazione
- TNM
- Invasione vascolare/perineurale
- Valutazioni biomolecolari, mutazionali (braf, ras..)

Trattamento chirurgico Metastasi

Metastasectomia R0 unico mezzo terapeutico per CRC metastatico

Metastasi epatiche

- Sincrone →
- Metacrone →

team multidisciplinare

biopsia nodulo epatico

entro 7 giorni



team multidisciplinare

Malattia resecabile

- CRITERI RESECABILITÀ:
- margine resezione negativo
 - almeno 2 segmenti intatto afflusso vascolare/biliare
 - FLR: 20% funzionalità epatica normale
30% danno epatico da chemioterapia
40% fibrosi/cirrosi epatica
(ALPPS se epatectomie maggiori con FLR inadeguato)
 - malattia extraepatica limitata e resecabile
 - progressione limitata dopo chemioterapia preoperatoria
 - condizioni generali del paziente

Se possibile sempre tecnica parenchymal sparing!

Malattia non resecabile

Tumore primario sintomatico

1. Resezione tumore primario
2. Chemioterapia sistemica (**2 mesi**)
3. Rivalutazione downstaging

Tumore primario asintomatico

1. Chemioterapia sistemica
2. Rivalutazione periodica
3. Sospendere trattamento non appena risulti resecabile

Malattia diffusa non resecabile

- Sintomatica → chirurgia a finalità palliativa
- Asintomatica → chemioterapia sistemica

Metastasi polmonari

- Metastasi singola (non necessaria pneumonectomia)
- Metastasi multiple - unilaterali: (non necessaria pneumonectomia)
 - bilaterali: res atipiche o lobectomia con risparmio
 - linfonodi: mediastinici positivi: casi selezionati

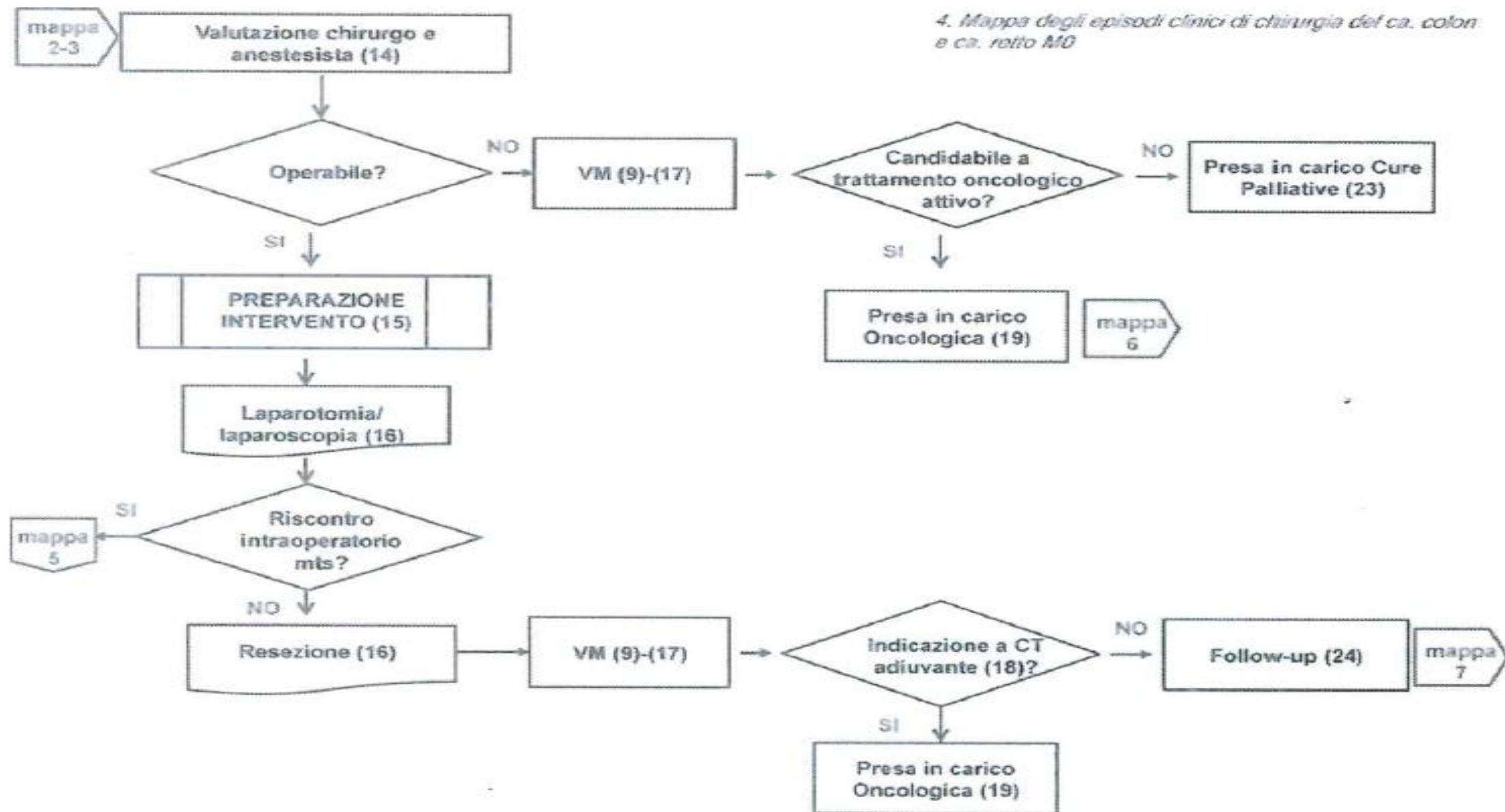
Sincrone: ChT se stabilità **3 mesi** → chirurgia

Metacrone: chirurgia + ChT → follow up

Carcinosi peritoneale

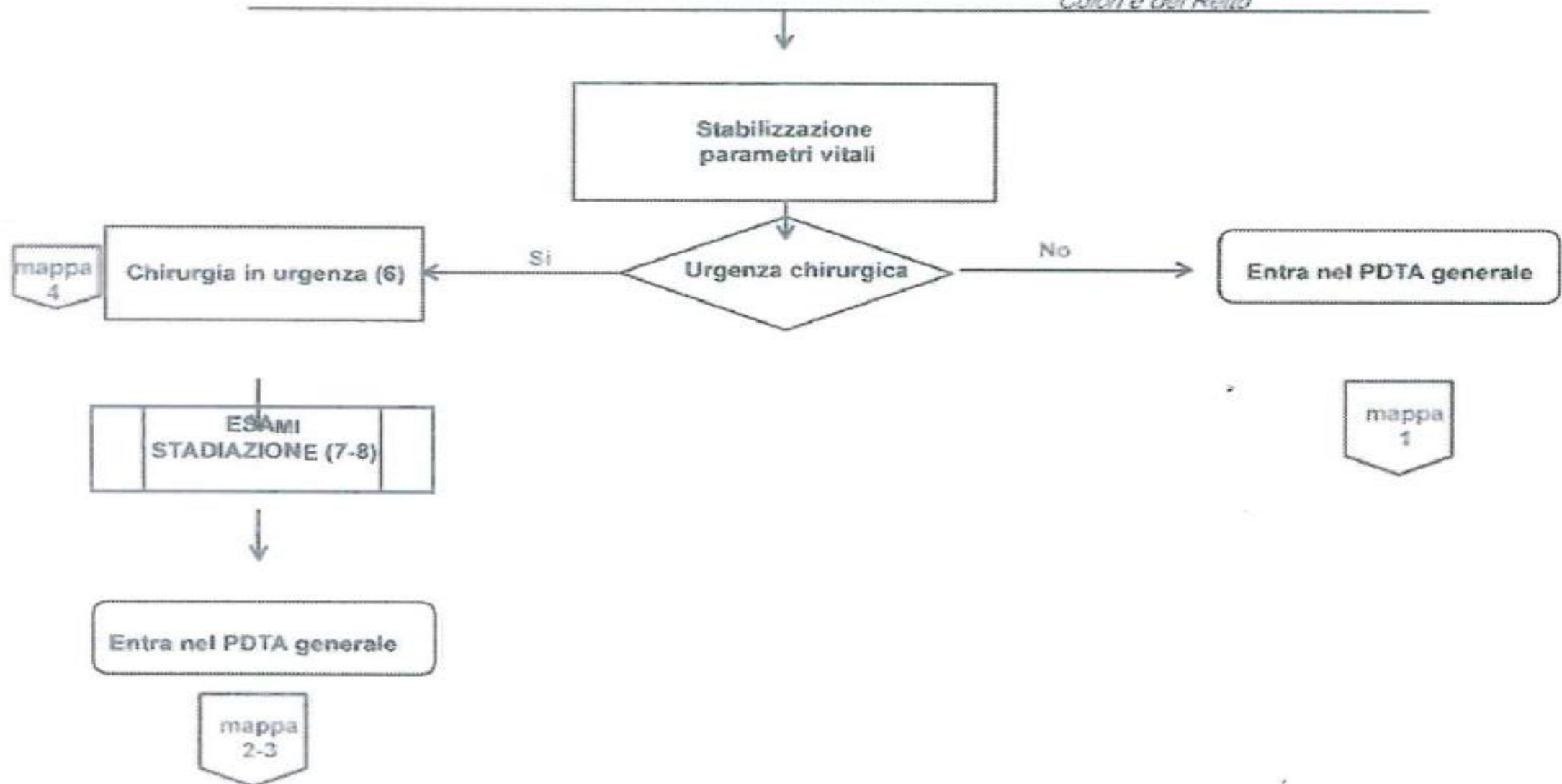
- Limitrofa al primitivo: chirurgia associata a peritonectomia
 second look dopo 1 anno
- Non limitrofa: astensione chirurgica

4. Mappa degli episodi clinici di chirurgia del ca. colon e ca. retto MO



CCR sospetto
presentazione in urgenza

8. Mappa della presentazione in urgenza di Ca del
Colon e del Retto



FOLLOW UP

Ogni 4 – 6 mesi per 3 anni → 6 mesi nei 2 anni successivi

- Visita oncologica
- Visita chirurgica; colon: solo su indicazione clinica, retto: **ogni 3 mesi**
- CEA ogni 4 mesi (se elevato alla diagnosi ripetere a 4-8 sett da intervento)
- Colonscopia **1 anno** dall'intervento → a 3 anni se negativa per adenomi
→ ogni 5 anni
- TC torace addome **ogni 6-12 mesi** per 3-5 anni
- Ecografia addome + RX torace
- RM pelvi per tumore retto **ogni 6-12 mesi** per 2 anni e ogni anno per 3 anni
- PET non è indicata: usare solo nei casi dubbi!

CURE PALLIATIVE

- Paziente con malattia avanzata non terminale
- Sintomi complessi
- Occlusione intestinale
- Dolore
- Denutrizione
- Distress psicologico

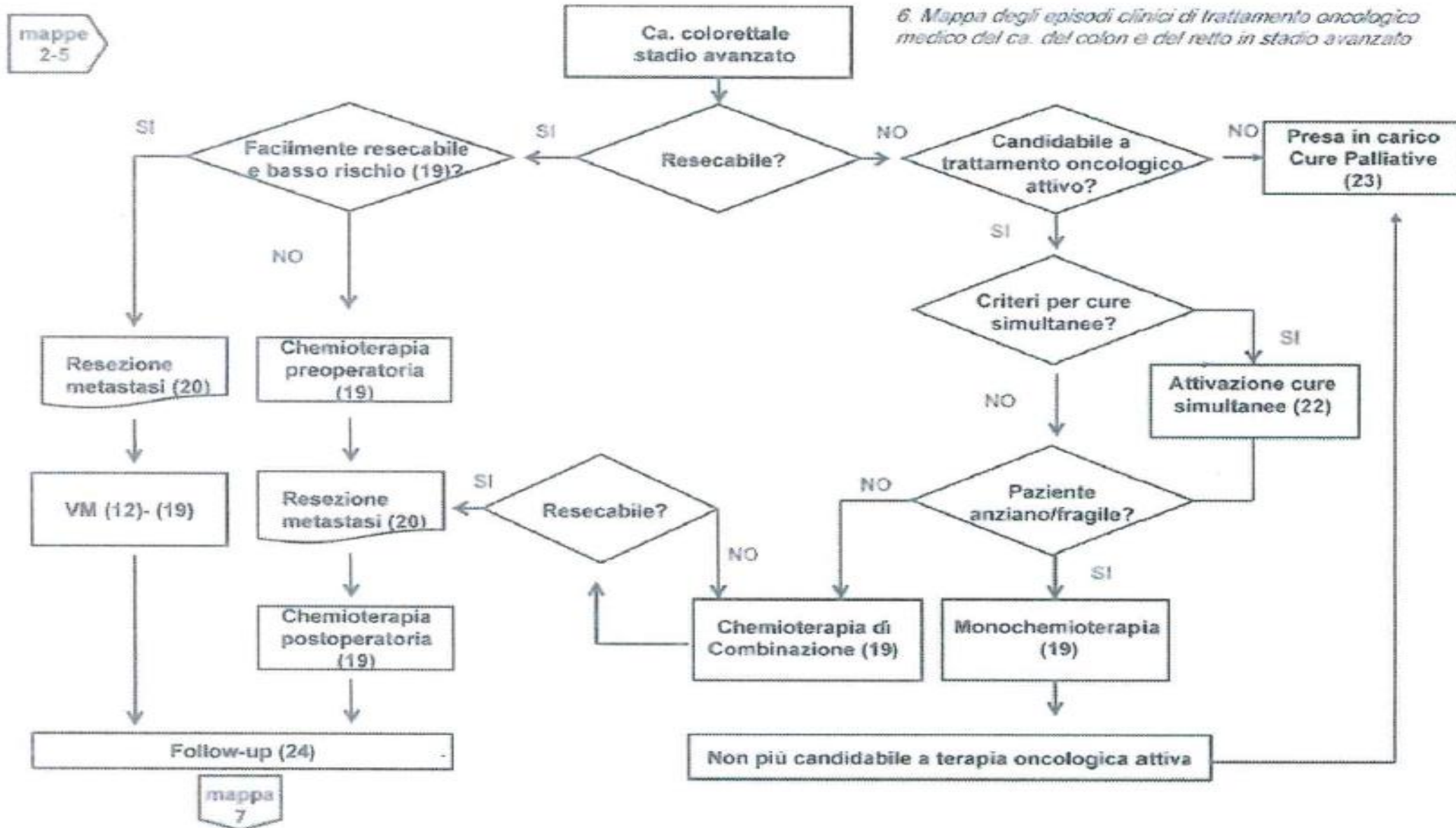
Ambulatorio oncologia di cure simultanee

MMG attiva ADP, ADI, ADO

Stadio avanzato

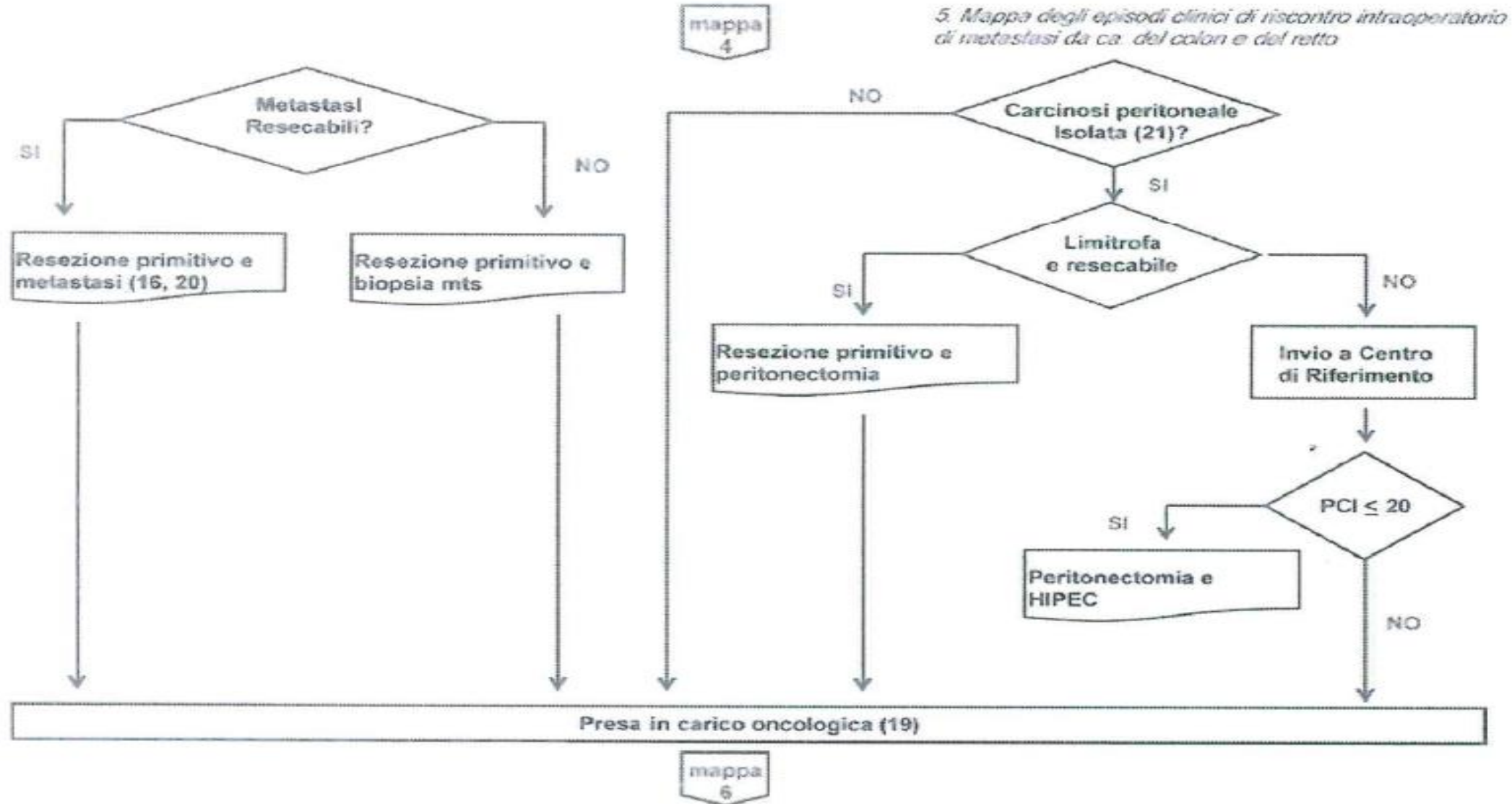
mappe
2-5

6. Mappa degli episodi clinici di trattamento oncologico medico del ca. del colon e del retto in stadio avanzato



mappa
7

Stadio avanzato, metastasi a distanza



Al medico di medicina generale (MMG)

- Documentazione su scelte diagnostico terapeutiche team multidisciplinare
- Informazioni su trattamenti chemioterapici (sorveglianza effetti collaterali!)
- Integrazione programma follow-up breve e lungo termine, comorbidity, gestione psicologica e sociale paziente e familiari
- Comunicazione tramite canali dedicati con team multidisciplinare
- Canale dedicato prenotazione diagnostica clinica strumentale
 - garantire tempistica diagnostica e del follow-up