

Diagnosi e Stadiazione dei tumori del retto, il ruolo della RMN e della TC

Dottor Ruisi Andrea

Cenni epidemiologici

- Insieme al tumore del colon terzo tumore per incidenza
- Quarto tumore per mortalità
- Incidenza prevalente al di sopra della V decade ma in aumento nelle decadi precedenti
- Origina per oltre il 95% da polipi adenomatosi

Metodiche di imaging utilizzate

- TC – COLON TC
- RM
- TC-PET
- ECOENDOSCOPIA
- ECOGRAFIA

DIAGNOSI

COLON TC

Preparazione analoga alla colonscopia tradizionale

Utilizzata quando non eseguibile colonscopia

Minore invasività rispetto all'indagine endoscopica

Ridotta sensibilità e specificità rispetto alla colonscopia tradizionale

STADIAZIONE : TNM

Classe	Descrizione
TX	Tumore primitivo non definibile
T0	Tumore primitivo non evidenziabile
Tis	Carcinoma in situ: intraepiteliale o invasione della lamina propria [comprende cellule tumorali confinate all'interno della membrana basale ghiandolare (intraepiteliale) o della lamina propria (intramucosa) che non raggiungono la sottomucosa]
T1	Tumore che invade la sottomucosa
T2	Tumore che invade la muscolare propria
T3	Tumore con invasione attraverso la muscolare propria nella sottosierosa o nei tessuti pericolici e perirettali non ricoperti da peritoneo
T4	Tumore che invade direttamente altri organi o strutture e/o perfora il peritoneo viscerale
T4a	Tumore che perfora il peritoneo viscerale
T4b	Tumore che invade direttamente altri organi o strutture

Classe	Descrizione
MX	Metastasi a distanza non accertabili
M0	Assenza di metastasi a distanza
M1	Metastasi a distanza
M1a	Metastasi confinate ad un organo (fegato, polmone, ovaio, linfonodi extraregionali)
M1b	Metastasi in più di un organo o nel peritoneo

Classe	Descrizione
NX	Linfonodi regionali non valutabili
N0	Non metastasi nei linfonodi regionali
N1	Metastasi in 1-3 linfonodi regionali
N1a	Metastasi in 1 linfonodo
N1b	Metastasi in 2-3 linfonodi
N1c	Depositi tumorali satelliti nella sottosierosa o nei tessuti non peritonealizzati pericolici e perirettali senza evidenza di metastasi linfonodali regionali
N2	Metastasi in 4 o più linfonodi regionali
N2a	Metastasi in 4-6 linfonodi
N2b	Metastasi in 7 o più linfonodi

RM

Sequenze a strato sottile ed alta risoluzione mediante utilizzo di bobine di superficie ad alta risoluzione.

Bobine endorettali permettono maggiore definizione delle pareti endorettali; scarsamente utilizzate in relazione a costi e problematiche per i pazienti

Non necessaria preparazione preesame

Possibile ma generalmente sconsigliato l'utilizzo di gel endocavitario

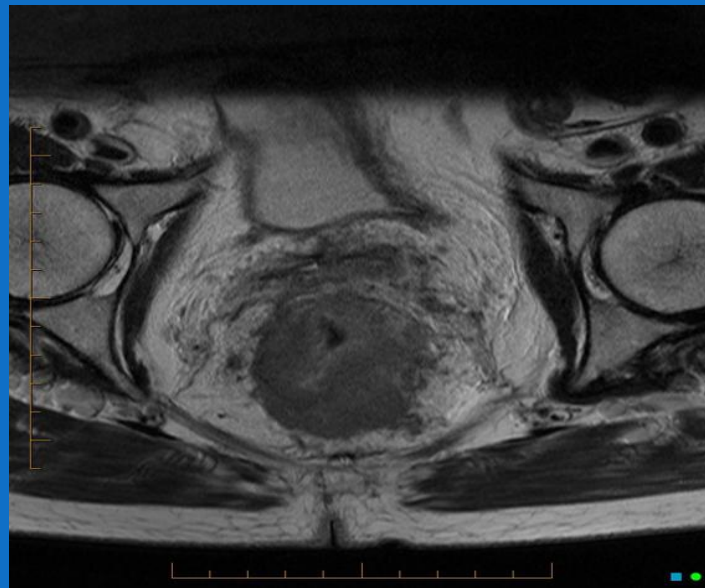
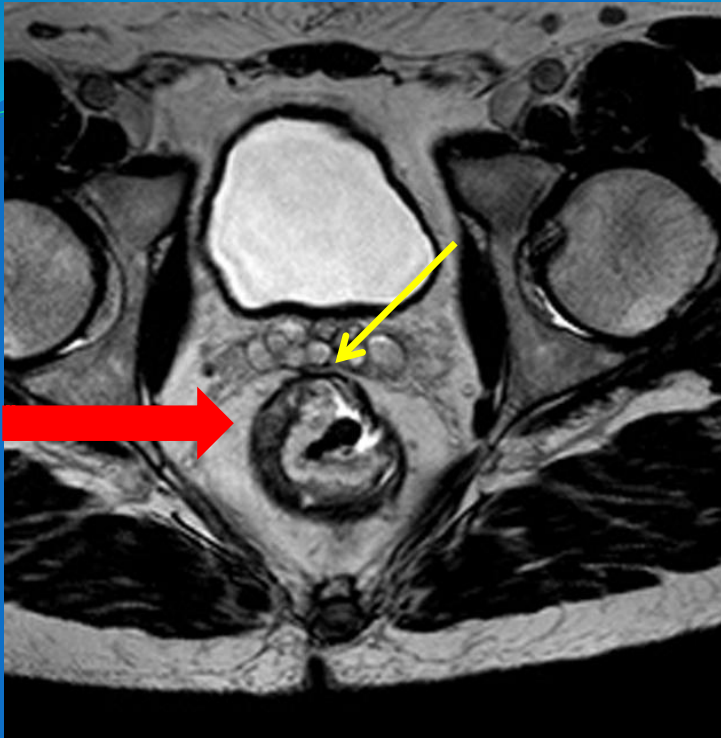
Sequenze utilizzate: T₁ pre e post contrasto, T₂, DWI

STADIAZIONE : T

Metodica di scelta nella stadiazione T dei tumori rettali, buona efficacia nelle forme localmente avanzate.

Valutazione dell'eventuale coinvolgimento della fascia mesorettale

Difficile stadiazione T₂-T₃

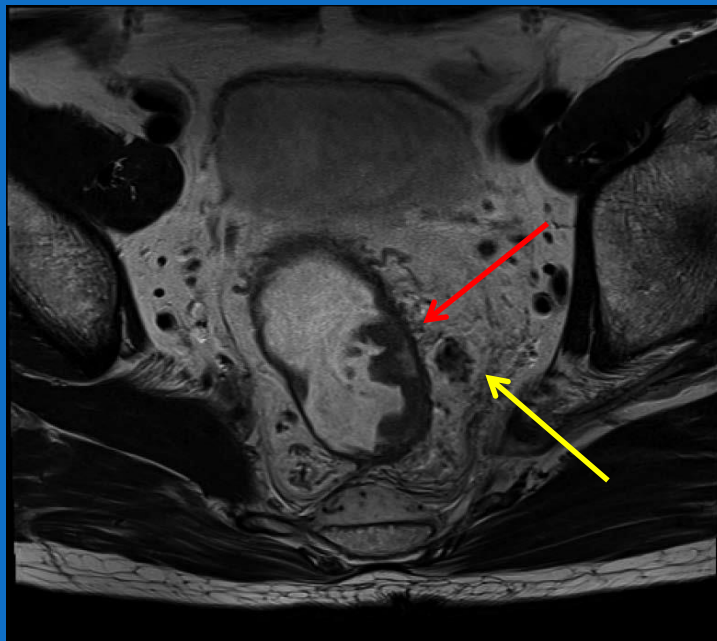


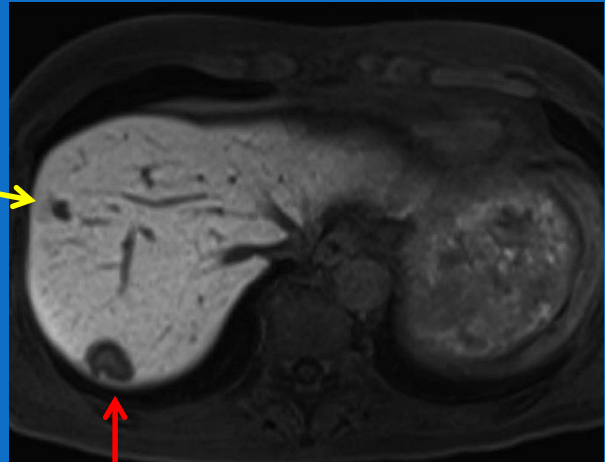
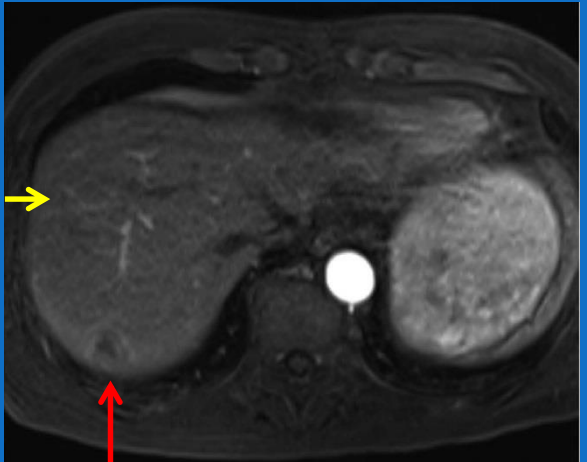
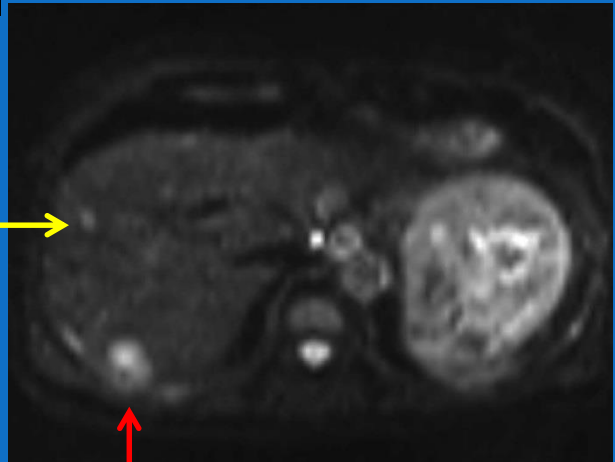
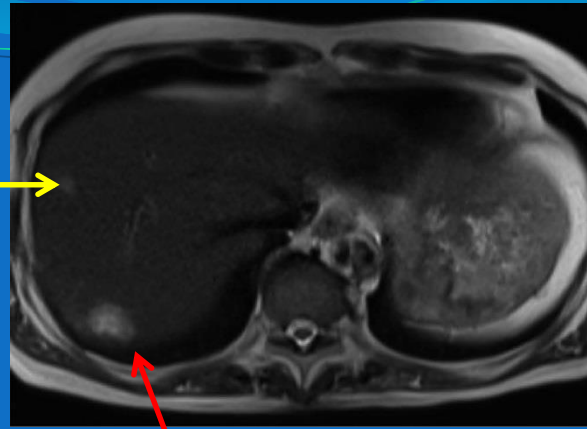
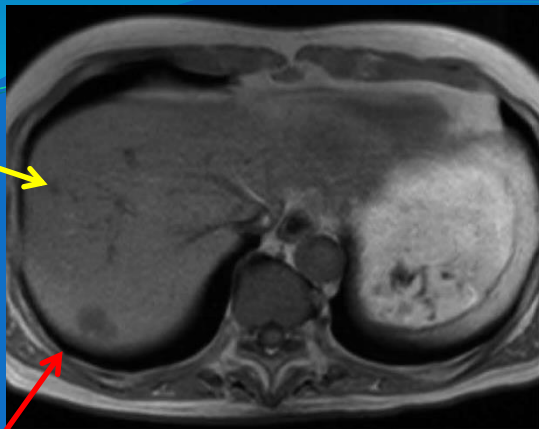
STADIAZIONE : N - M

Valutazione delle stazione linfonodali locali:

- dimensioni > 1cm
- morfologia
- irregolarità dei bordi
- intensità di segnale irregolare

Sensibilità e specificità intorno al 90% nella deteazione delle metastasi epatiche





FOLLOW - UP

Miglior metodica per la valutazione di eventuali recidive extraluminali dopo trattamento.

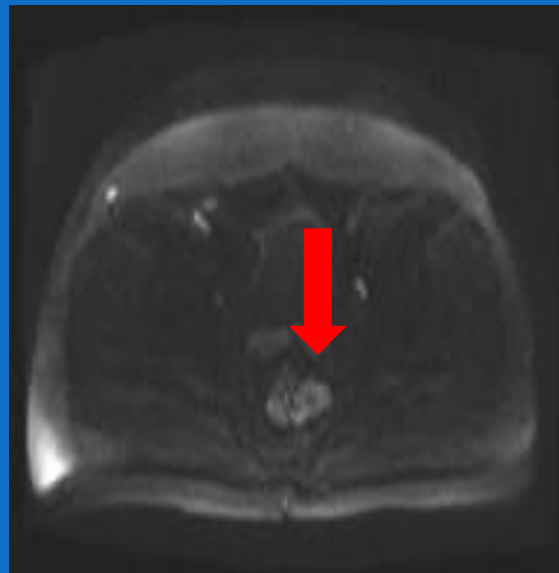
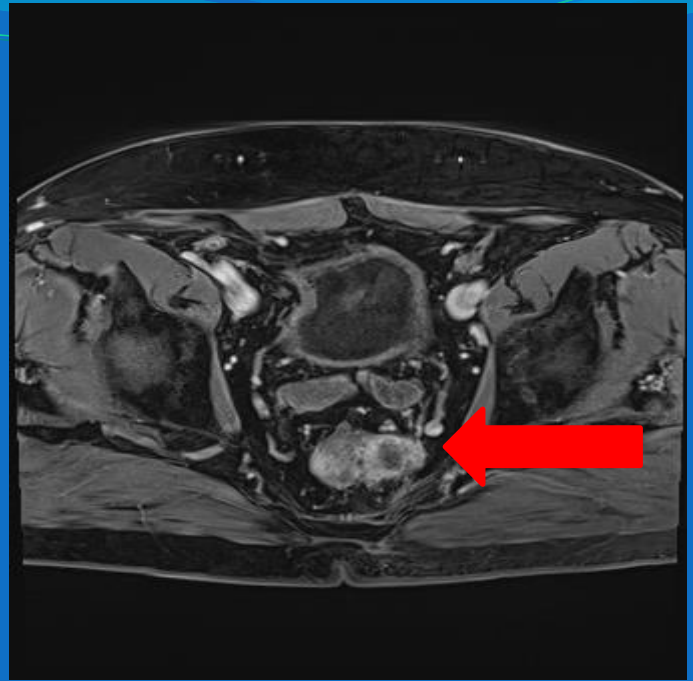
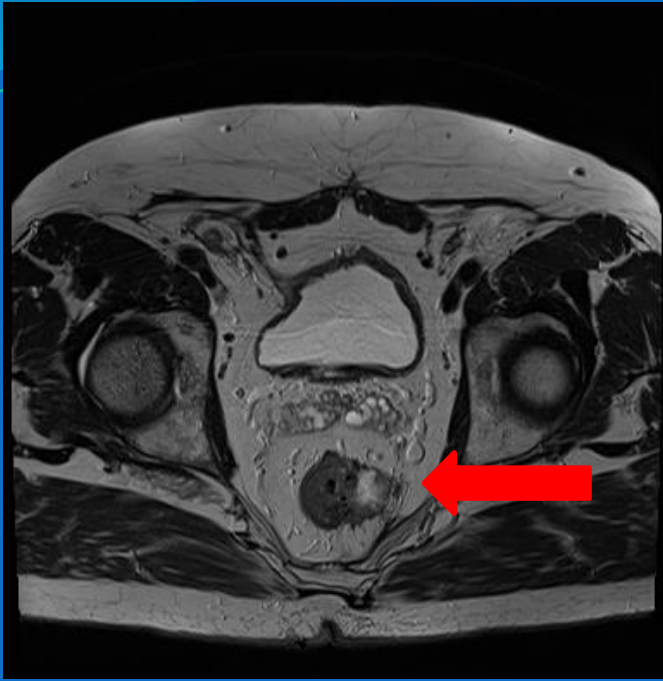
Utilizzata in fase di ristadiazione dopo terapia neoadiuvante in caso di tumori del retto ultrabasso.

Sequenze con MDC e DWI

Sensibilità - > 91%

Specificità -> 83%

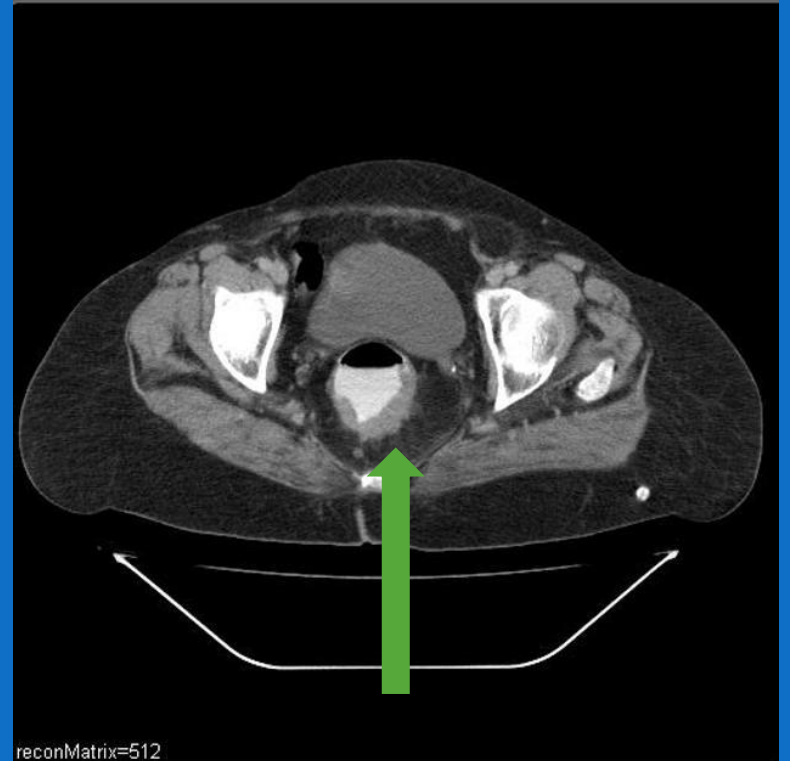
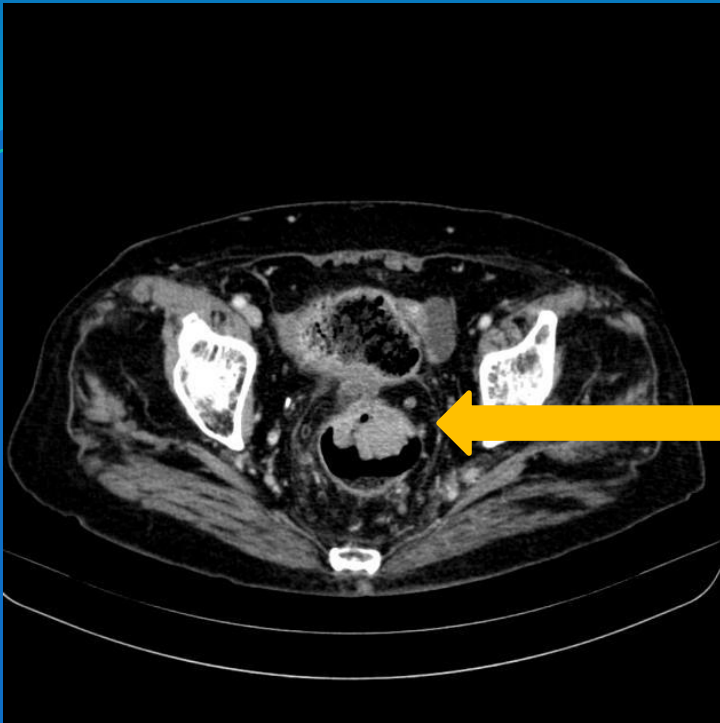
Non eseguita di routine in relazione ai costi elevati



TC - STADIAZIONE

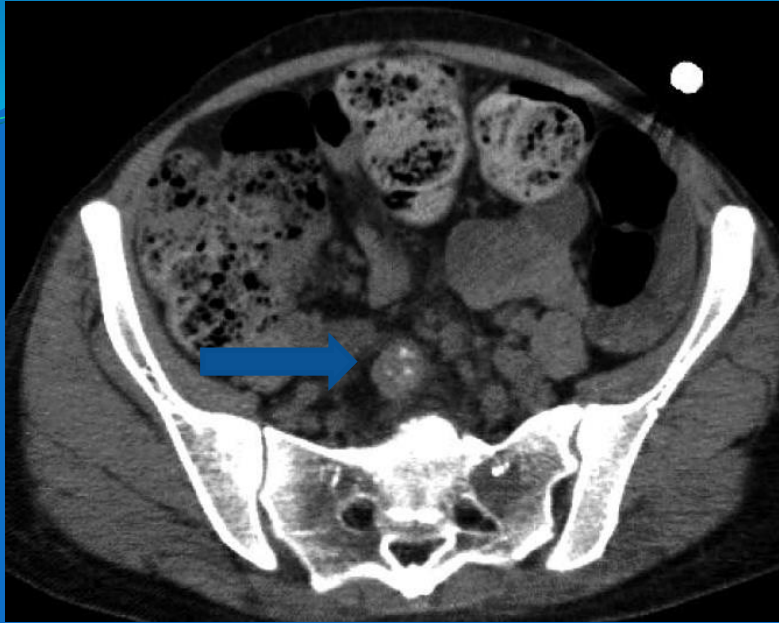
La colon TC può essere utilizzata in mancanza di altre possibilità per la stadiazione T del tumore primitivo, pur presentando valori nettamente inferiori per sensibilità e specificità rispetto alla RM (Accuratezza complessivamente stimata tra 73-83%)

Metodica di scelta per la valutazione delle strutture vascolari e dei loro rapporti rispetto alle eventuali lesioni eteroproduttive documentate



STADIAZIONE : N

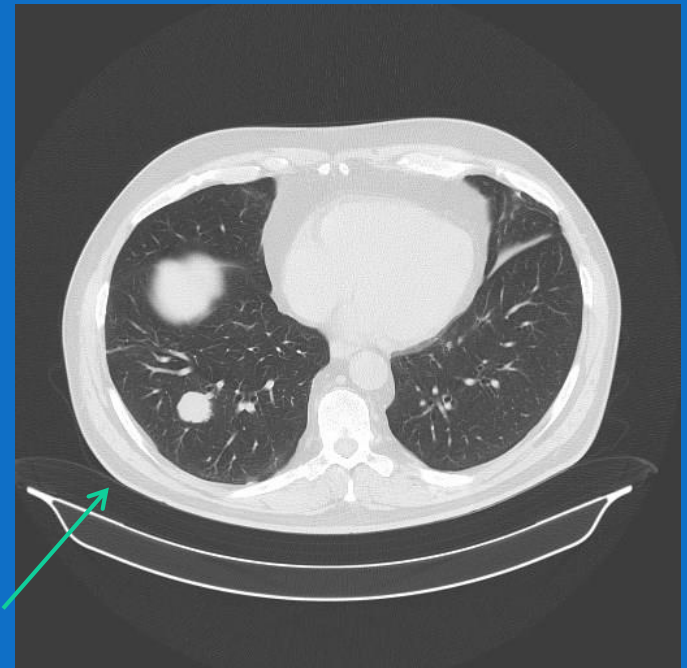
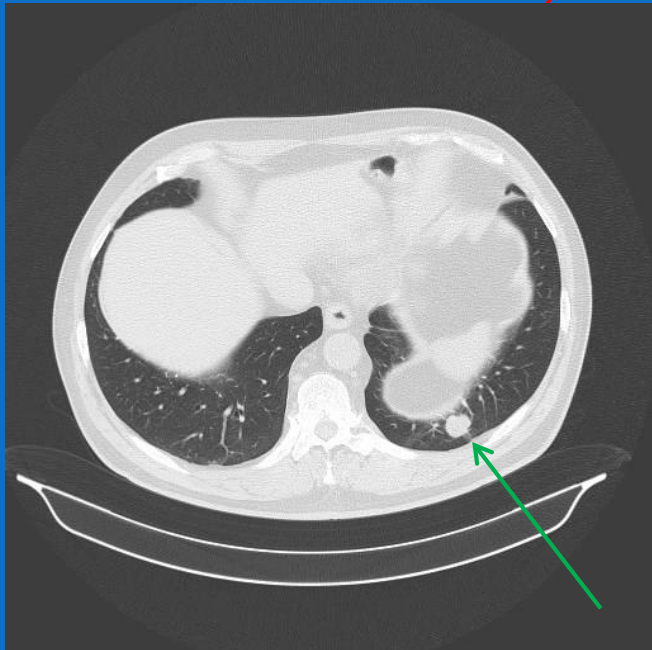
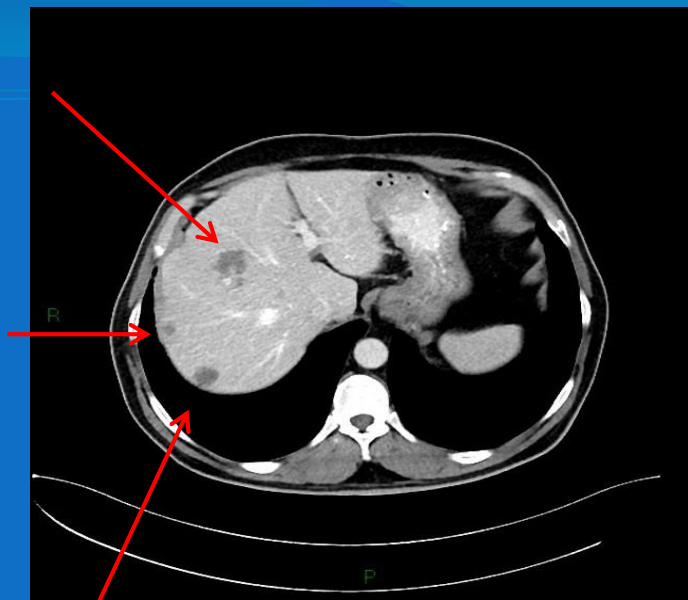
Buona sensibilità nella detezione delle metastasi linfonodali (N) con una migliore capacità rispetto alla metodica RM di stimarne l'eventuale malignità in base a dimensioni, margini, densità ed eventuale presenza di calcificazioni



STADIAZIONE A DISTANZA

Metodica di prima scelta nella stadiazione a distanza:

- Elevate sensibilità e specificità nella detezione delle metastasi epatiche
- Detezione di noduli polmonari di possibile significato ripetitivo



FOLLOW - UP

Metodica di scelta per il follow-up post-operatorio
(ogni 6-12 mesi per i primi 5 anni)

In caso di immagini non dirimenti in sede addominale
utile integrazione diagnostica RM.