



POLICLINICO
SAN PIETRO

LA GESTIONE
MULTIDISCIPLINARE
**NELLA DIAGNOSI
E NEL TRATTAMENTO
DEI TUMORI DEL RETTO**

SABATO 13 OTTOBRE 2018
PRESEZZO (BG)

HOTEL SETTECENTO
VIA MILANO, 3

La Total Mesorectal Excision Laparoscopica

Dott. Michele Ciocca Vasino

Secondo Tumore per incidenza

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (18%)	Mammella (29%)	Mammella (14%)
2°	Colon-retto (15%)	Colon-retto (13%)	Colon-retto (14%)
3°	Polmone (14%)	Polmone (8%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (6%)	Prostata (9%)
5°	Fegato (5%)	Utero corpo (5%)	Vescica* (7%)

TABELLA 6. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Stime per l'Italia 2018

* Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti.

** Comprende rene, pelvi e uretere.

Quasi 20 mila vittime ogni anno

Causa iniziale di morte - European Short List	Maschi	Femmine	Totale
TUMORI	99.050	79.182	178.232
Tumori maligni:	94.498	75.228	169.726
di cui tumori maligni delle labbra, cavità orale e faringe	1.889	986	2.875
di cui tumori maligni dell'esofago	1.351	483	1.834
di cui tumori maligni dello stomaco	5.470	3.924	9.394
di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano	10.084	8.851	18.935
di cui tumori maligni del fegato e dei dotti biliari intraepatici	6.351	3.324	9.675
di cui tumori maligni del pancreas	5.528	5.935	11.463
di cui tumori maligni della laringe	1.315	161	1.476
di cui tumori maligni della trachea, dei bronchi e dei polmoni	24.305	9.531	33.836
di cui melanomi maligni della cute	1.136	807	1.943
di cui tumori maligni del seno	107	12.274	12.381
di cui tumori maligni della cervice uterina	.	435	435
di cui tumori maligni di altre parti dell'utero		2.516	2.516
di cui tumori maligni dell'ovaio		3.186	3.186
di cui tumori maligni della prostata	7.196		7.196
di cui tumori maligni del rene	2.237	1.224	3.461
di cui tumori maligni della vescica	4.429	1.212	5.641
di cui tumori maligni del cervello e del sistema nervoso centrale	2.306	1.812	4.118
di cui tumori maligni della tiroide	218	331	549
di cui morbo di Hodgkin e linfomi	2.839	2.319	5.158
di cui leucemia	3.366	2.608	5.974
di cui altri tumori maligni del tessuto linfatico/ematopoietico	1.824	1.758	3.582
di cui altri tumori maligni	12.547	11.551	24.098
Tumori non maligni (benigni e di comportamento incerto)	4.552	3.954	8.506

di cui tumori maligni del colon, del retto e dell'ano

10.084

8.851

18.935

Il miglioramento della sopravvivenza nel Tempo

	Uomini				Donne			
	1990-94 [^]	1995-99 ^{^^}	2000-04 ^{^^^}	2005-09 ^{^^^^}	1990-94 [^]	1995-99 ^{^^}	2000-04 ^{^^^}	2005-09 ^{^^^^}
Colon	52	58	59	66	53	60	61	66
Retto	47%	53%	57%	62%	49%	56%	58%	63%
Colon-retto	50	57	59	65	52	59	60	65

TABELLA 19. Confronto nel tempo della sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) per periodo di incidenza 1990-1994, 1995-1999, 2000-2004 e 2005-2009 (pool AIRTUM)

* Comprende lingua, bocca, orofaringe, rinofaringe, ipofaringe, faringe NAS, laringe.

**Comprende sia tumori infiltranti sia non infiltranti.



The time of TME

Come implementare la Sopravvivenza

Qualità Globale delle evidenze	Raccomandazione	Forza della raccomandazione clinica
*	I pazienti con carcinoma del retto devono essere trattati da gruppi multidisciplinari con adeguata expertise.	Positiva forte
*	La qualità del trattamento migliora con l'aumentare del numero di pazienti gestiti. Un gruppo multidisciplinare ottimale dovrebbe trattare almeno <u>20 casi</u> all'anno. Strutture con casistiche inferiori dovrebbero avere un rapporto di collaborazione sistematica con strutture di riferimento.	Positiva forte

* opinione del Panel

Approccio Multidisciplinare

Operare almeno 20 casi/anno

Qualità Globale delle evidenze	Raccomandazione	Forza della raccomandazione clinica
*	Nei pazienti con carcinoma del retto la posizione della neoplasia rispetto alla riflessione peritoneale deve sempre essere definita prima di intraprendere l'iter terapeutico.	Positiva forte

*Opinione del Panel

Adeguato Studio Preoperatorio

Studio Preoperatorio

Qualità Globale delle evidenze	Raccomandazione	Forza della raccomandazione clinica
Bassa	L'ecoendoscopia dovrebbe essere considerato l'esame standard per stadiare le neoplasie in stadio iniziale (cT1-T2) in quanto valuta l'infiltrazione della sottomucosa e della muscolare. (5,6)	Positiva forte
Alta	La RM dovrebbe essere considerata l'esame standard per stadiare localmente le neoplasie in stadio localmente avanzato (cT3-T4 e/o N+) in quanto valuta l'invasione del mesoretto, l'infiltrazione della fascia perirettale e degli organi-strutture contigue. (7-8)	Positiva forte
Molto bassa	La RM dovrebbe descrivere la profondità di invasione nel grasso perirettale, la distanza dalla fascia perirettale e il rapporto con gli apparati sfinteriali. (5-8)	Positiva forte
Alta	La RM dovrebbe essere considerato l'esame standard per descrivere l'infiltrazione macroscopica perivascolare (EMVI). (9)	Positiva forte

Endoscopia

RM pelvica

Qualità Globale delle evidenze	Raccomandazione	Forza della raccomandazione clinica
Molto bassa	La TC total-body dovrebbe essere considerato l'esame standard per la stadiazione sistemica. (6)	Positiva forte
Molto bassa	La PET non deve essere considerata l'esame standard per la stadiazione sistemica delle neoplasie rettili, a meno di casi dubbi.(10)	Negativa forte

TC Total Body

NO PET

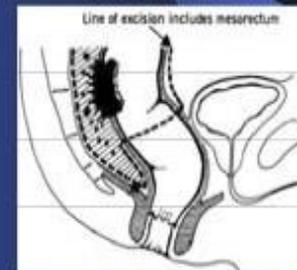
Il problema Storico della chirurgia del Retto

Recidive locali difficili da trattare
Grandi variazioni persino tra i chirurghi più esperti
DAL 4% al 25%



RJ Heald, 1982

- En-bloc resection of the rectum and mesorectum
- Sharp dissection
- “Holy Plane”



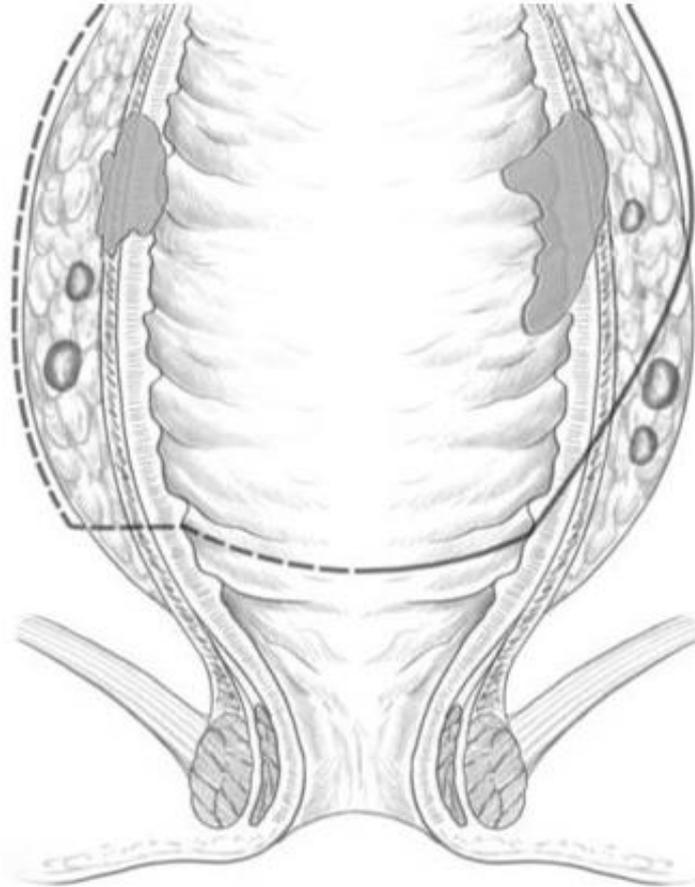
adopted from RJ Heald

Il miglior trattamento è la prevenzione

Per ottenere un buon controllo locale, è obbligatoria una tecnica standardizzata di resezione

***Total Mesorectal Excision:
“Gold Standard”
nella chirurgia del cancro del retto***

Effetto “cono”



La tecnologia al servizio del Chirurgo

Laparoscopia

Conclusioni

Qualità Globale delle evidenze	Raccomandazione	Forza della raccomandazione clinica
Alta	Nei pazienti con carcinoma del retto in stadio I (cT1-T2 cN0) la chirurgia radicale TME dovrebbe essere considerato il trattamento standard. (3)	Positiva forte

Stadio 1 → Chirurgia

Qualità Globale delle evidenze	Raccomandazione	Forza della raccomandazione e clinica
Alta	Nei pazienti con carcinoma del retto extraperitoneale localmente avanzato (cT3-4 e/o N+) è raccomandata la chemioradioterapia preoperatoria seguita da TME e successiva chemioterapia postoperatoria adiuvante rispetto all'utilizzo della chemioradioterapia nel post-operatorio. (10)	Positiva forte

Localmente Avanzato

→

CHT-RT Neoadiuvante

→

Chirurgia 8-10 settimane

→

CHT-RT Adiuvante

Qualità Globale delle evidenze	Raccomandazione	Forza della raccomandazione clinica
*	Nei pazienti con carcinoma del retto extraperitoneale in stadio localmente avanzato (cT3-T4 e/o N+) candidabili a chemioradioterapia preoperatoria che presentano un quadro clinico di occlusione/subocclusione o di sanguinamento minore, la chirurgia resettiva immediata non dovrebbe essere generalmente impiegata.	Negativa forte
*	In presenza di sanguinamento maggiore non controllato o stato occlusivo-subocclusivo non palliabile con misure alternative deve essere considerato l'approccio chirurgico upfront.	Positiva forte

CHT-RT Nei sanguinamenti Minori e nelle occlusioni Risolte con terapia medica

Chirurgia nelle occlusioni Non risolvibili e nei Sanguinamenti maggiori

* opinione del Panel

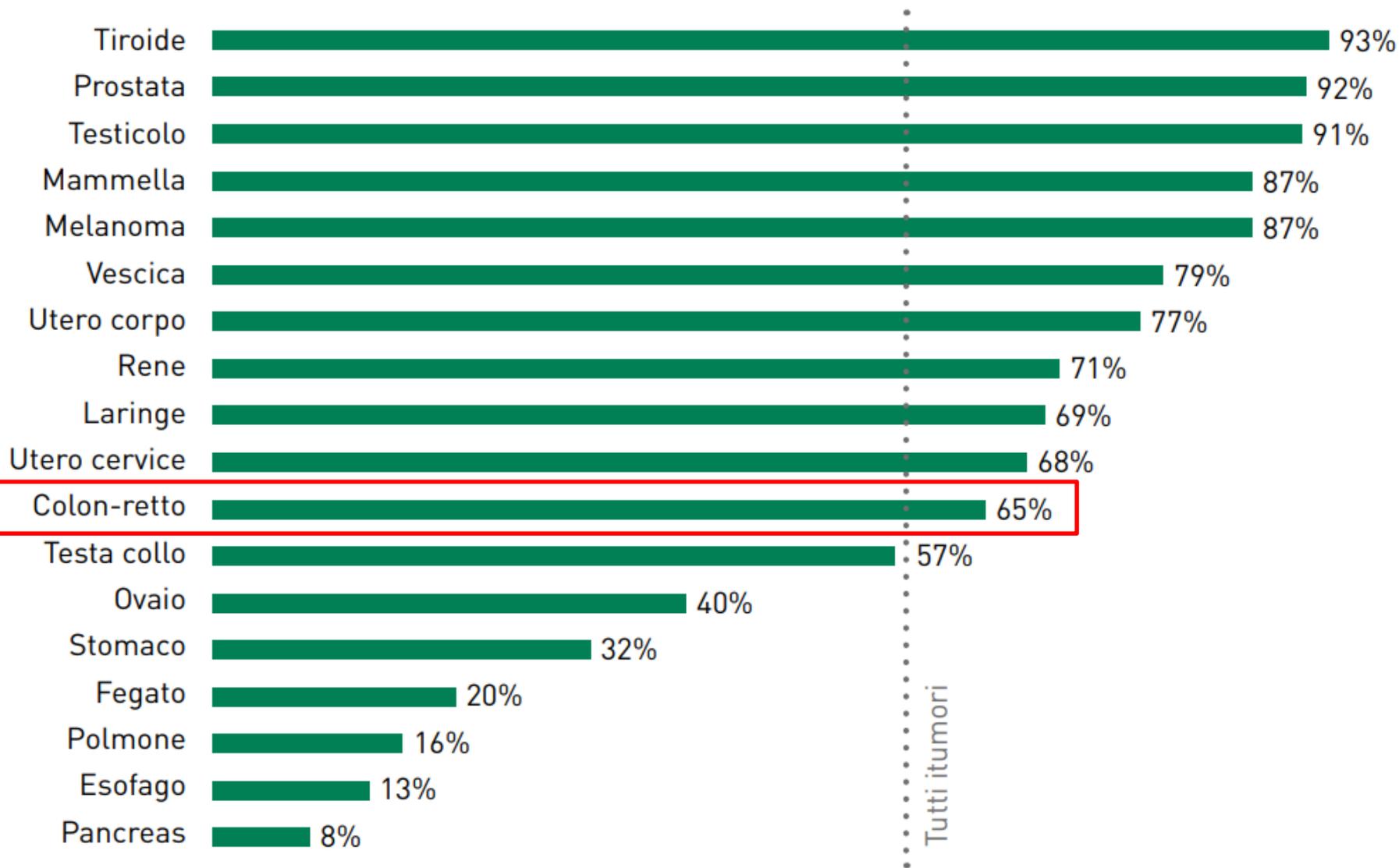


FIGURA 6. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi (standardizzata per età) per il periodo di incidenza 2005-2009 (pool AIRTUM), uomini e donne