

CARCINOMA RETTALE CON METASTASI EPATICHE SINCRONE:

QUALE STRATEGIA CLINICA?

II Congresso Interregionale AIRO
Piemonte-Liguria-Valle d'Aosta
Grinzane Cavour, 8 ottobre 2011

Dimensioni del problema

Dal 23 al 51% dei paz. con ca colon-retto ha mts epatiche sincrone

Solo il 20% di queste sono resecabili d'emblée

La chirurgia R0 su T e su M è l'unica strada per avere buona prognosi

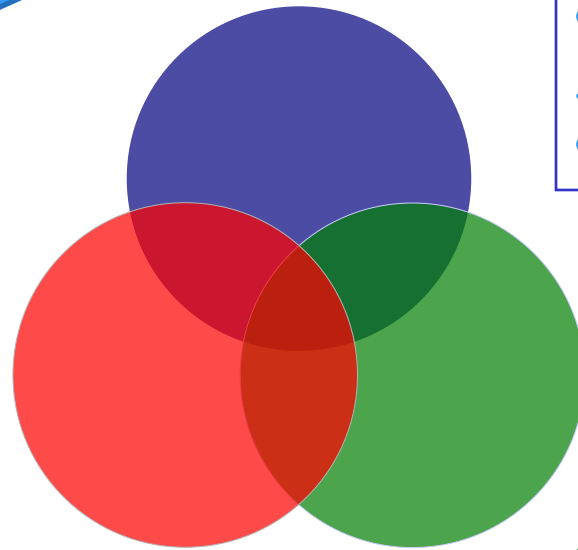


sopravv. 40-58% a 5 aa e 17% a 10 aa



CHIRURGO

- rischio occlusione
- preservazione sfintere
- resecabilità mts



RADIOTERAPISTA

ONCOLOGO



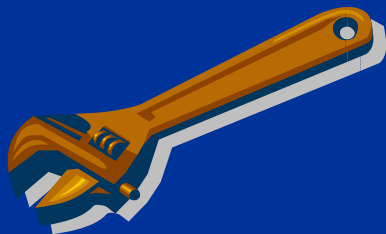
Concordare gli obiettivi secondo una scala di priorità (Q.o.L., resecabilità)

Primo approccio controverso



- mancanza di studi randomizzati fra chirurgia e CT/RTCT neoadiuvante
- bias per selezione negativa dei gruppi di neoadiuvante negli studi comparativi

strumenti



Le linee guida recenti consultabili per la malattia avanzata sono per lo più interventiste e

basate sul giudizio di resecabilità

E' possibile una resezione radicale delle mts epatiche se il parenchima residuo è almeno...

- il 25% se il fegato è sano
- il 30% se è già stata fatta CT neoad.
- il 40% negli epatopatici

Per questo è nata la "Two stage hepatectomy"

Resecabilità?

- sede, numero, dimensioni
- rapporto con l'ospite
- expertise chirurgica

Per non sottostimare M

- Palpazione bimanuale per le piccole mts sottocapsulari e posteriori
- US intraoperatoria per le mts fino a 3 mm



Vantaggio di CH subito

ma, prima della
resezione

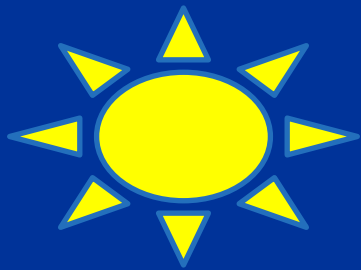


TC-PET

Management of patients with synchronous liver metastases of colorectal cancer. Clinical practice guidelines. Guidelines of the French society of gastrointestinal surgery (SFCD) and of the association of hepatobiliary surgery and liver transplantation (ACHBT). Short version

S. Zalinski, C. Mariette, O. Farges

Journal of Visceral Surgery 2011, vol. 148



raccomandato trattamento
neoadiuvante, compresa RT se
indicata per il T (evidenza C)

Se le mts non sono resecabili, la CT
neoadiuvante ne riconverte il 20%

- La moderna CT con o senza target-therapy ha solo il 10% di complicanze e non ritarda la chirurgia successiva
- testa la chemiosensibilità ed è quindi ottimo indice prognostico
- in studio EORTC fase III su paz resecabili con meno di 4 mts migliora la sopravv. a 3 anni rispetto alla chirurgia d'emblée
- se rischio di occlusione durante CT, si può ricorrere ad endoprotesi

La chirurgia d'emblée sul T

- Mortalità 1-28% Morbidity 20-45%
- Ritarda l'inizio della chemioterapia
- Proponibile solo nel retto se sintomatico, o se T1-T2 stadiato con EUS o RMN

CHIRURGIA SIMULTANEA O DIFFERITA ?

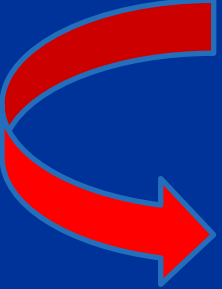


approccio
convenz

chirurgia sul T e dopo 2-3
mesi sul fegato

La chirurgia simultanea

- evita la progressione epatica da immunodepressione post-resez. del T
- rimuove subito M prima che diventi non resecabile
- riduce l'ospedalizzazione del paziente
- non consente exeresi di piccole mts che spesso compaiono nella finestra fra i due interventi
- è molto più praticata nel T del colon, meno nel sigma-retto



- ha alta morbilità e mortalità, a meno di mts uniche < 5 cm di facile accesso (il 60% dei casi riportati)

allora mortalità 1.3% e morbilità 30%

- il T ha rischi di emorragia, perforazione, occlusione
- la resezione epatica è di più di 2 segmenti
- il Centro non ha un' esperienza specifica

Non fare
mai se

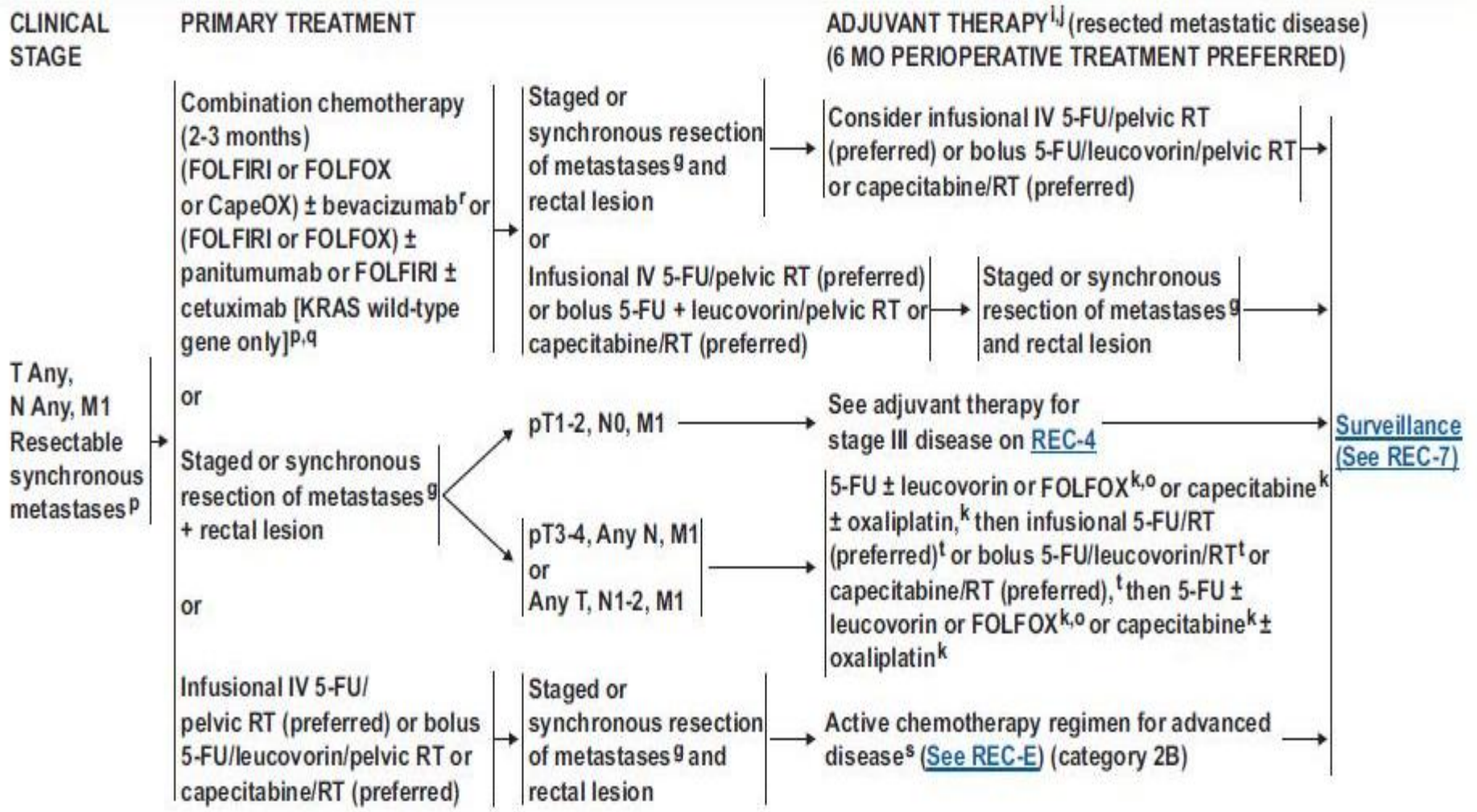
Se terapie neoadiuvanti, quali?



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines™ Version 1.2012
Rectal Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Rectal Cancer Table of Contents](#)
[Discussion](#)



- se si sceglie CT sistemica sola, poi CTRT e chirurgia, andrebbe evitata la CT adiuvante
- l'aggiunta di target-therapy migliora i risultati nella malattia non resecabile, nella quale i cicli più efficaci sono FOLFOX e FOLFIRI
- la RT associata a 5FU o capecitabina non preceduta da CT è scelta nei casi di M unico e resecabile, specie se T basso e sintomatico
- la RT ipofrazionata (5 sedute preoperatorie) è ancora impiegata dopo CT per non dilatare troppo i tempi
- la radioterapia preoperatoria classica in questi casi è una strada relativamente recente, ma sta fornendo ottimi risultati

Primo caso

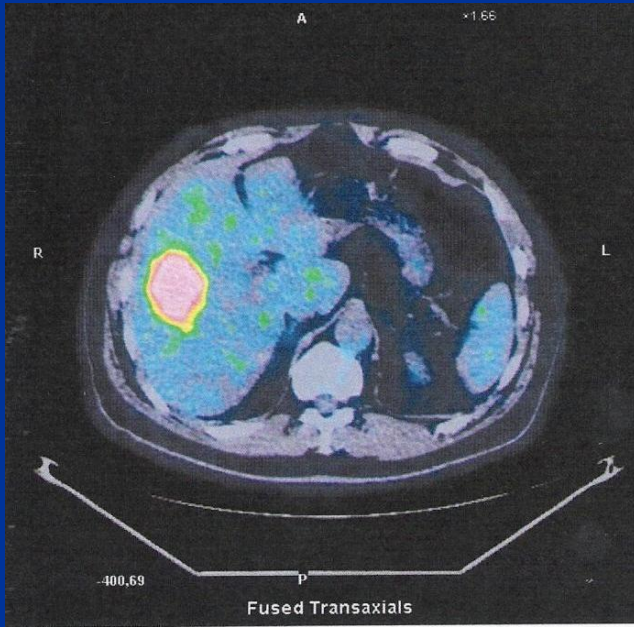
Il paziente...

- Uomo di 71 anni
- Ipertensione in scarso compenso
- TURB nel 2006 per pT1G1 vescica
- ottime condizioni generali

La neoplasia...

- Adenoca G3
a 6 cm dall'ano
- Stadio cT3N0
- Mts epatica
unica V segmento
- Diagnosi luglio
2008

La scelta in prima istanza...



- chirurgia
su T e M



simultanea
differita

- radiochemiot.
neoadiuvante

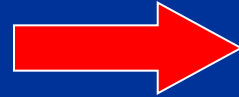


concomitante
sequenziale

- chemioterapia
neoadiuvante da sola

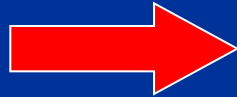
Cosa abbiamo fatto?

Chemioradio
neoadiuvante



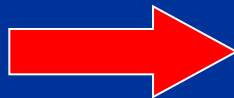
4 cicli FOLFOX,
poi RT 50.4 Gy

Chirurgia



TME:
pT3pN1(3/24), poi
segment. epatica

Chemio
adiuvante



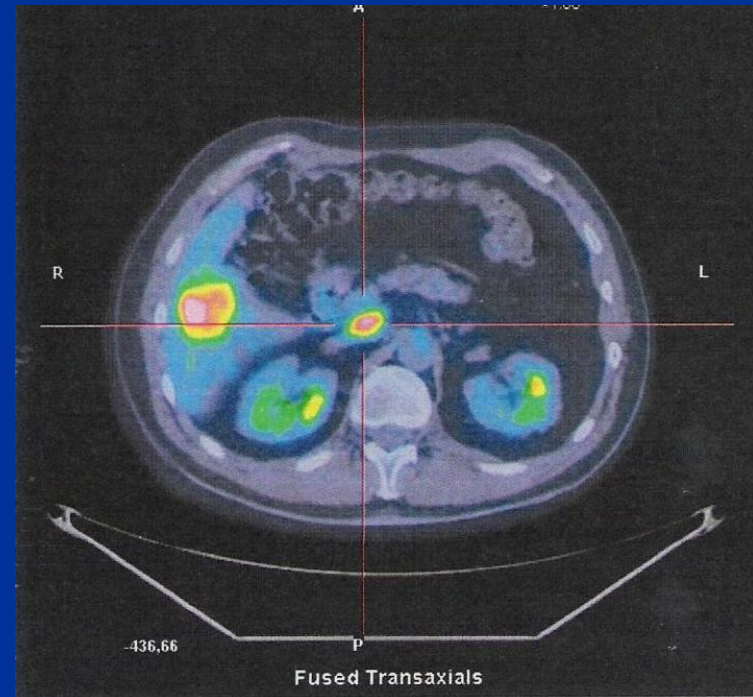
altri 6 cicli
FOLFOX

No bevacizumab per scarso controllo ipertensione

Follow-up

Off-therapy da fine marzo 2009, TC e Ca19.9 nella norma

TC giugno 2010
dubbia su fegato,
PET settembre
2010 con M 4 cm
e linfonodo
interportocavale



Folfiri 10 cicli

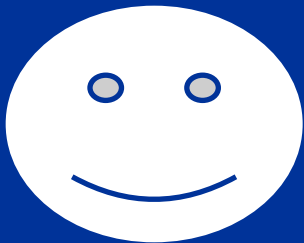
Follow-up

nuova PET febbraio 2011: RP della mts epatica
e RC del linfonodo



Marzo 2011: nuova resezz. epatica +
linfadenectomia regionale; ricerca mutazione k-ras

Il 70% dei paz. entro 10-12 mesi dalla
prima resezione presentano una recidiva;
importante individuarla presto



*attualmente NED
con ottimo P.S.*

Cetuximab?

Secondo caso

Il paziente...

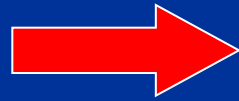
- Uomo di 85 anni
- Ipertensione in buon compenso
- Anemizzazione, dolore
- Precarie condizioni generali

La neoplasia...

- Adenoca G3
a 10 cm dall'ano,
molto sanguinante
- Stadio cT3N0
- Mts epatica di 2
cm, VII segmento
- Diagnosi maggio
2011

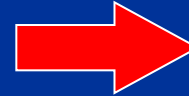
La scelta in prima istanza...

- chirurgia
su T e M,
no terapie
neoadiuv.



Non indicata per
le condizioni del
paziente

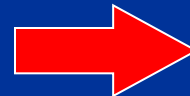
- radioterapia sola



RT palliativa o
neoadiuvante

- radioterapia associata
a 5FU o capecitabina

- chemioterapia sola



poi RT e/o CH
secondo risposta

Cosa abbiamo fatto?

Chemioterapia sola

FOLFIRI a dose
ridotta al 75%

rivalutazione con TC dopo 3 mesi di
terapia

Chirurgia

RT preope
ratoria

Sola RT
palliativa

No bevacizumab per sanguinamento

Ricerca mutazione k-ras

Panitumumab,
cetuximab ?

*attualmente buona tolleranza
alla CT, riduzione dei sintomi,
aumento di peso*

Grazie per l'attenzione!

