

V sessione

CASI CLINICI SIMULATI

Caso 1:

Pancreas BORDERLINE
RESECABILE

*Paul Voicu
Clelia Di Carlo*



INCONTRO CON GLI ESPERTI XIV EDIZIONE
**APPROPRIATEZZA
DELL'IMAGING
NELLA DIAGNOSTICA
E RADIOTERAPIA
DEI TUMORI
GASTROINTESTINALI**

Presidente Onorario

**Prof. Giampiero
AUSILI CEFARO**

Presidenti del Congresso

**Prof. Antonio
Raffaele COTRONEO**

**Prof. Domenico
GENOVESI**

**23 e 24
FEBBRAIO 2017**

Sala Convegni Ce.S.I.
Fondazione Università
"G. d'Annunzio" Chieti-Pescara
Via Luigi Polacchi, 11 Chieti Scalo

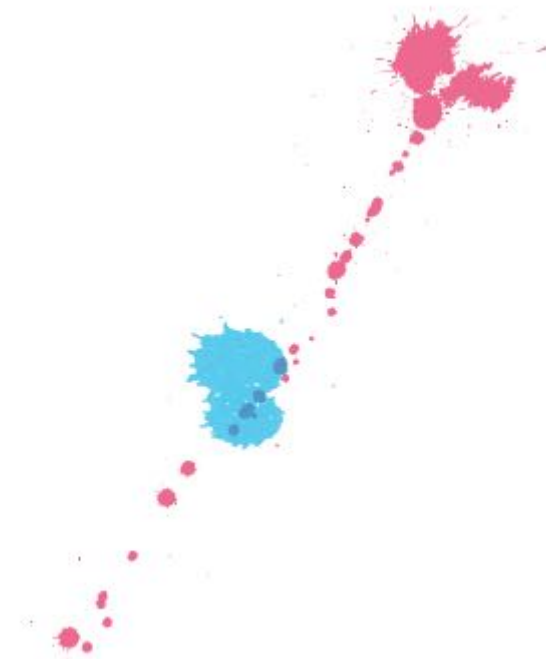


ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA e FAMILIARE

- Uomo di 45 anni
- PS (ECOG): 1
- Fumatore: circa 20 sigarette/die
- Alcol moderato
- Unico intervento: osteosintesi di frattura traumatica dell'omero sinistro
- Nega familiarità per patologie oncologiche

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

- **Ad Aprile 2016 comparsa di prurito irrefrenabile**



ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA


- Ad Aprile 2016 comparsa di prurito irrefrenabile
- MMG: consiglia assunzione di antistaminici senza alcun beneficio

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

- Ad Aprile 2016 comparsa di prurito irrefrenabile
- MMG: consiglia assunzione di antistaminici senza alcun beneficio
- Il pz riferisce calo ponderale di 20 Kg in 40 giorni

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

- Ad Aprile 2016 comparsa di prurito irrefrenabile
- MMG: consiglia assunzione di antistaminici senza alcun beneficio
- Il pz riferisce calo ponderale di 20 Kg in 40 giorni
- **Esami ematochimici: bilirubina= 6,6ng/ml**



Giugno 2016: Il paziente esegue *presso altro centro* una ECOGRAFIA ADDOME ed una Colangiogramma che documentano dilatazione delle vie biliari e del Wirsung, in assenza di litiasi, e aspetto ipertrofico della papilla di Vater.

Viene posta indicazione ad eseguire ERCP nel sospetto di patologia ampollare



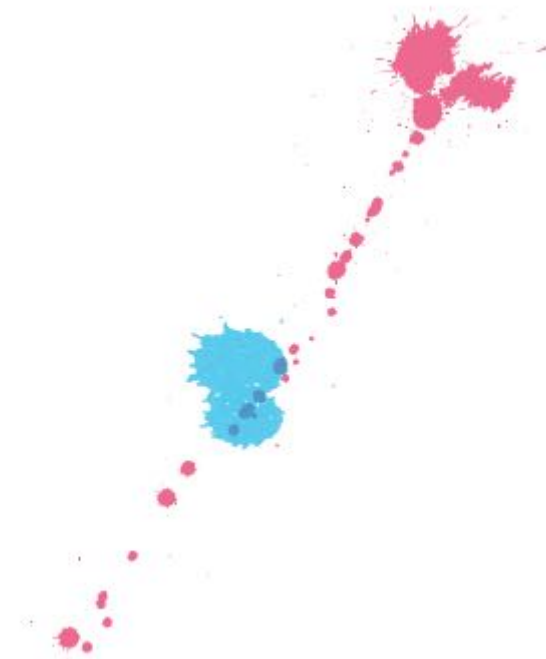
ERCP:

«Stenosi prepapillare con posizionamento di stent biliare e nel Wirsung. Si eseguono prelievi biotici sulla papilla del Vater.»

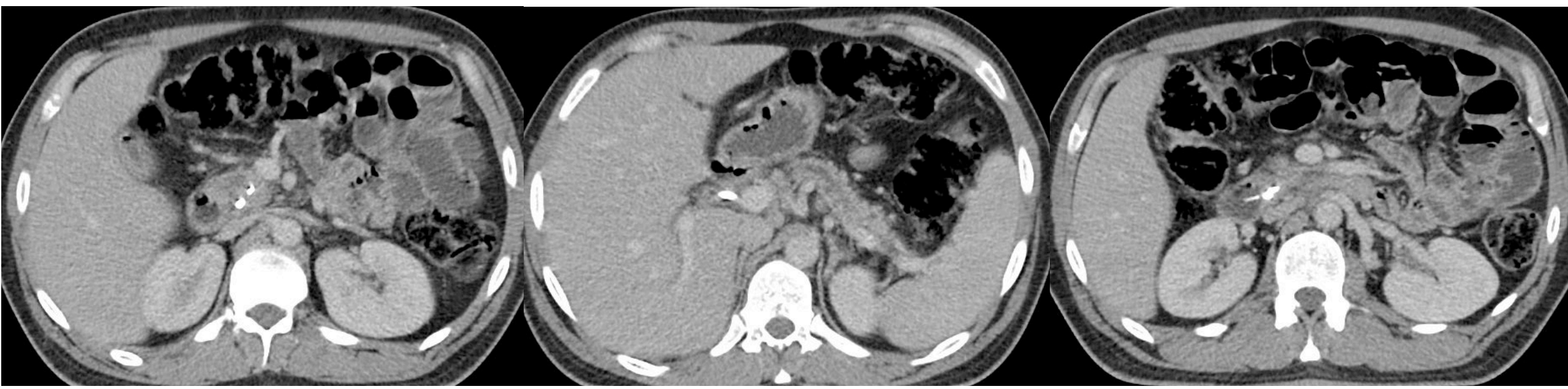
El: adenoma tubulo villosa con displasia di basso grado.

APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA
APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA
APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA

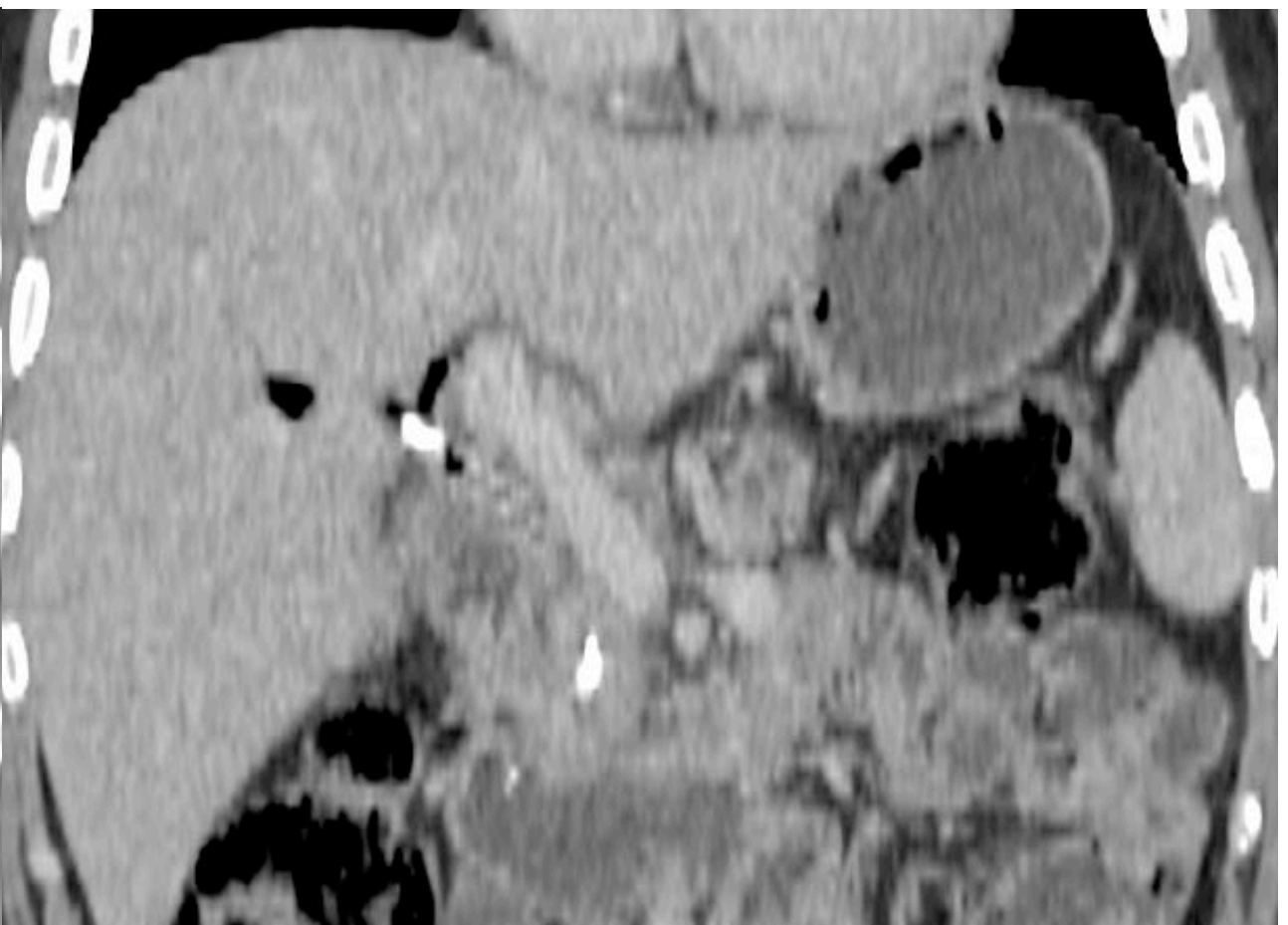
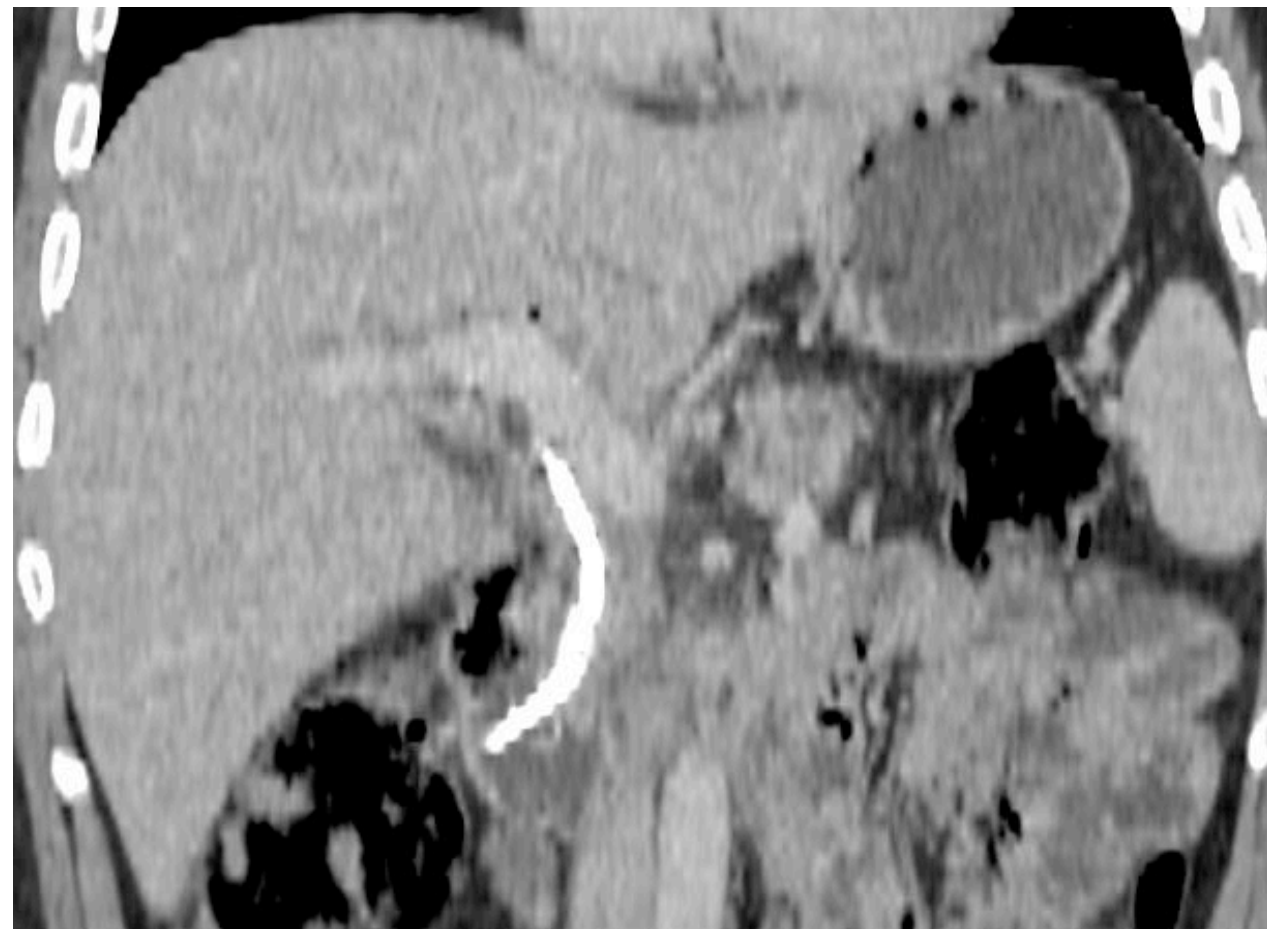
**Per completamento diagnostico il paziente
esegue *presso altro centro* TC TORACE/ADDOME
con mdc**



Giugno 2016











**Alla luce degli esami effettuati esegue
valutazione chirurgica che pone indicazione ad
intervento di duodenocefalopancreasectomia
(DCP)**



Giugno 2016

Intervento chirurgico di laparotomia esplorativa:

«Non si repertano segni di carcinosi peritoneale, né di ripetizioni epatiche. A livello della testa del pancreas si apprezza lesione solida occupante la quasi totalità della testa pancreatico(> 3 cm), adesa alla confluenza venosa mesenterico-portale. Sono presenti numerosi linfonodi riuniti in pacchetti localizzati intorno alla testa del pancreas, alcuni dei quali tenacemente adesi al confluente venoso renocavale sinistro.»

Si eseguono prelievi biotici per esame istologico estemporaneo:

El: adenocarcinoma pancreatico moderatamente differenziato confermato anche all'esame definitivo



In considerazione dell'estensione della malattia e dell'impossibilità di ottenere al momento una radicalità oncologica il chirurgo decide di non eseguire DCP e invia il paziente a terapia neoadiuvante.



Luglio 2016

Consulenza oncologica:

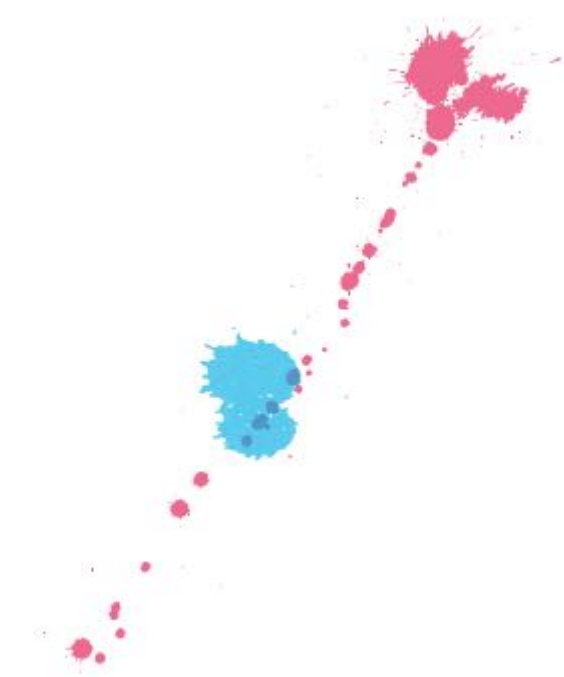
Esegue esami ematochimici:

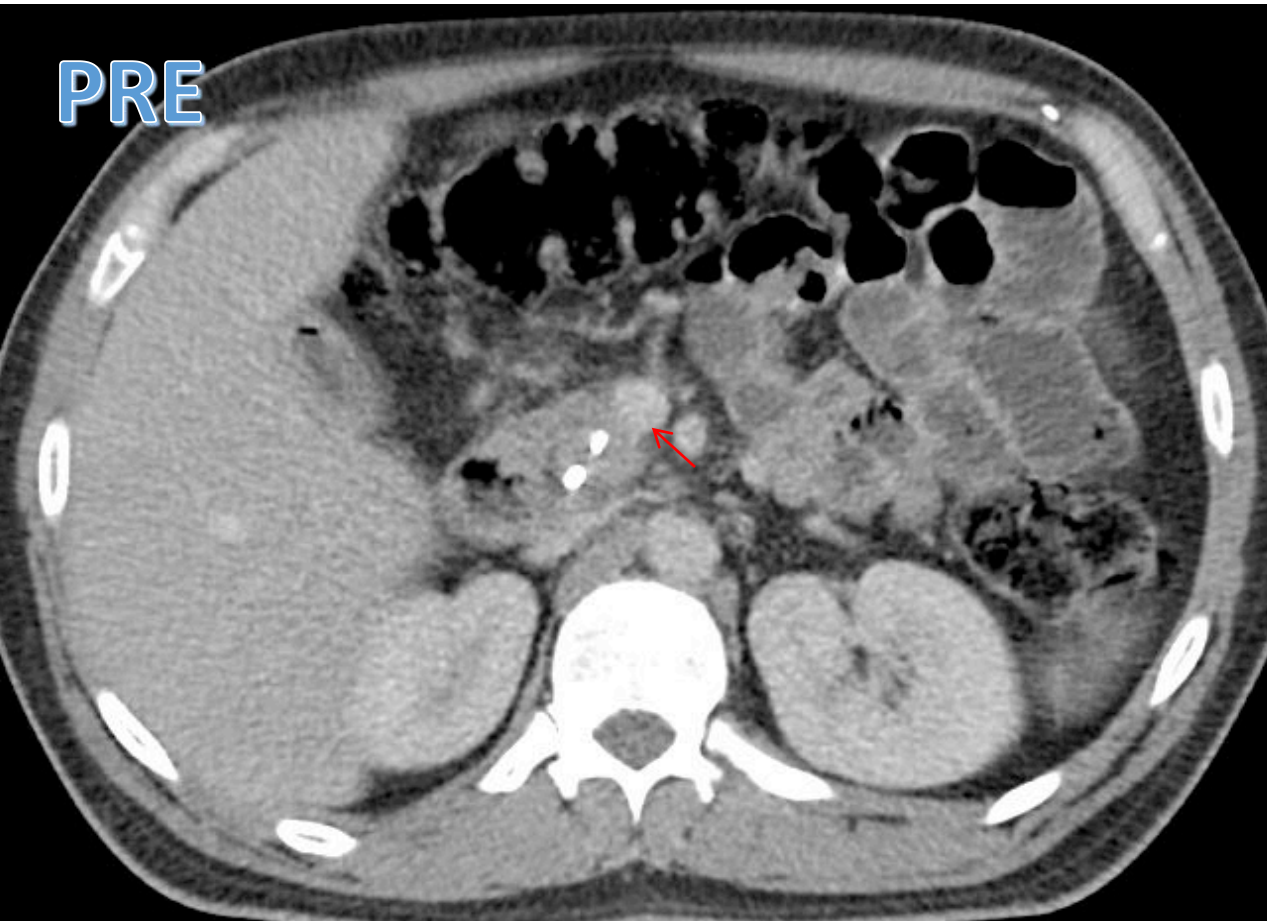
- **bilirubina 1,2 ng/ml**
- **Ca 19,9: 22,8 U/ml**

- **Indicazione ad eseguire 6 cicli di FOLFIRINOX**

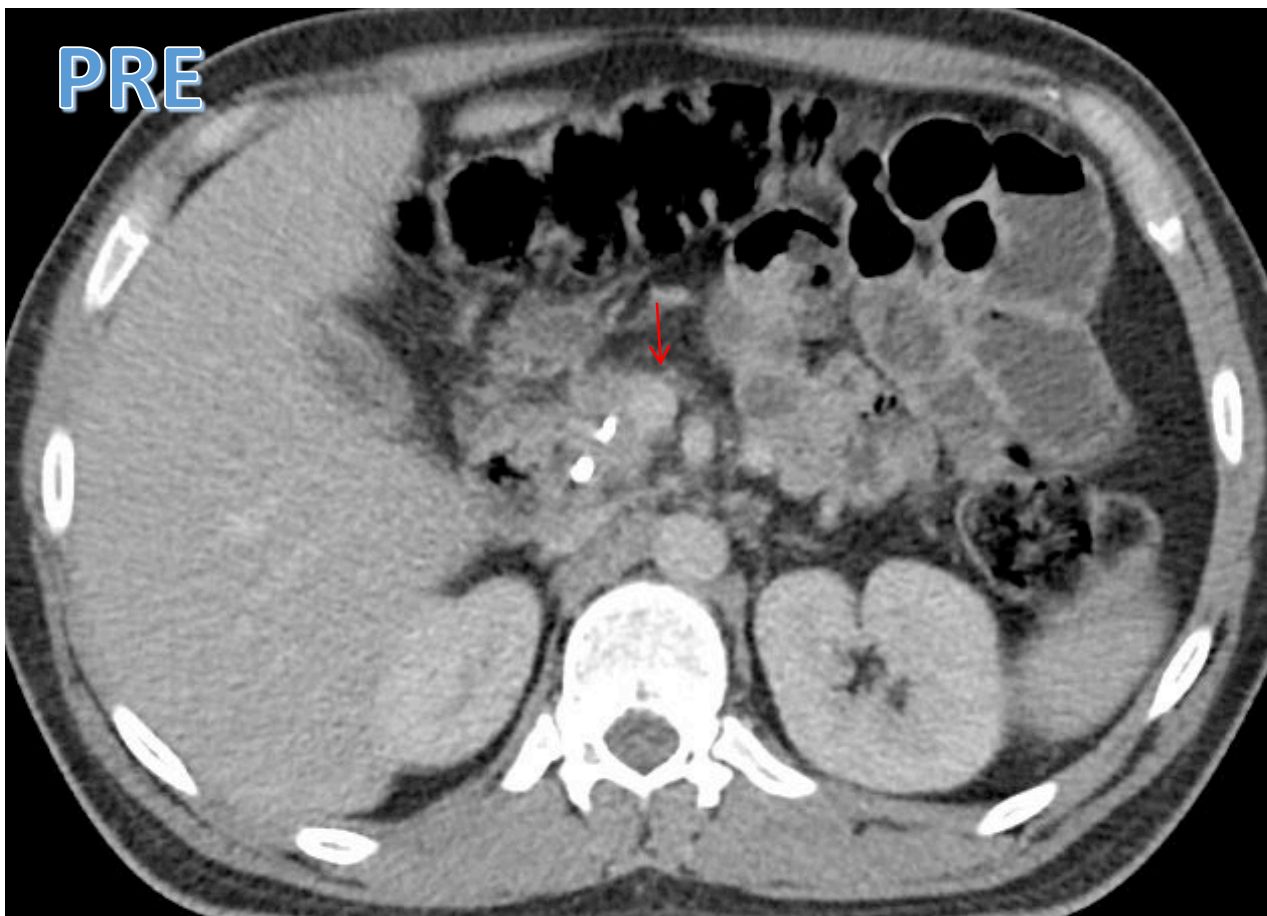


Ottobre 2016 TC di rivalutazione *presso il nostro centro:*

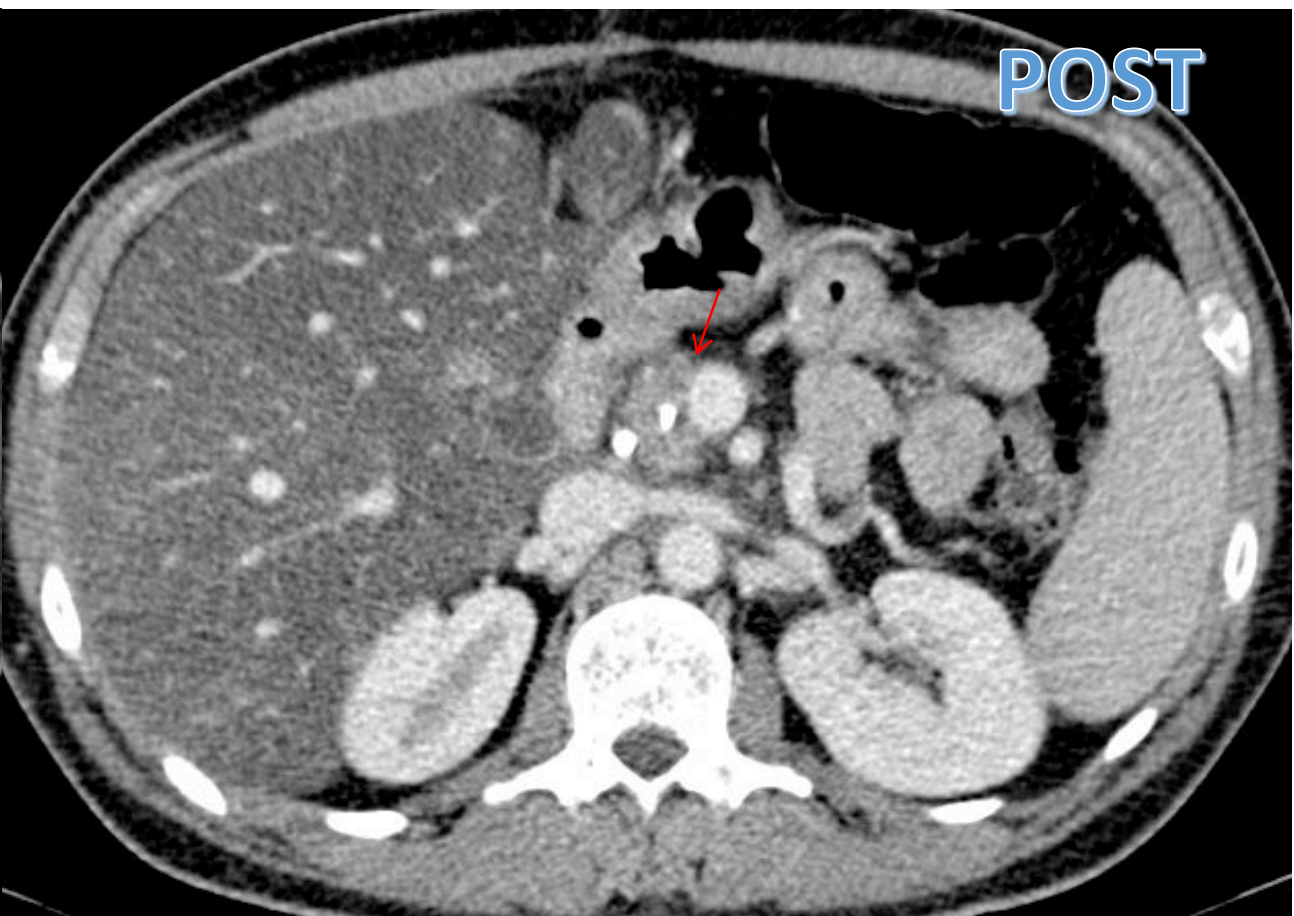




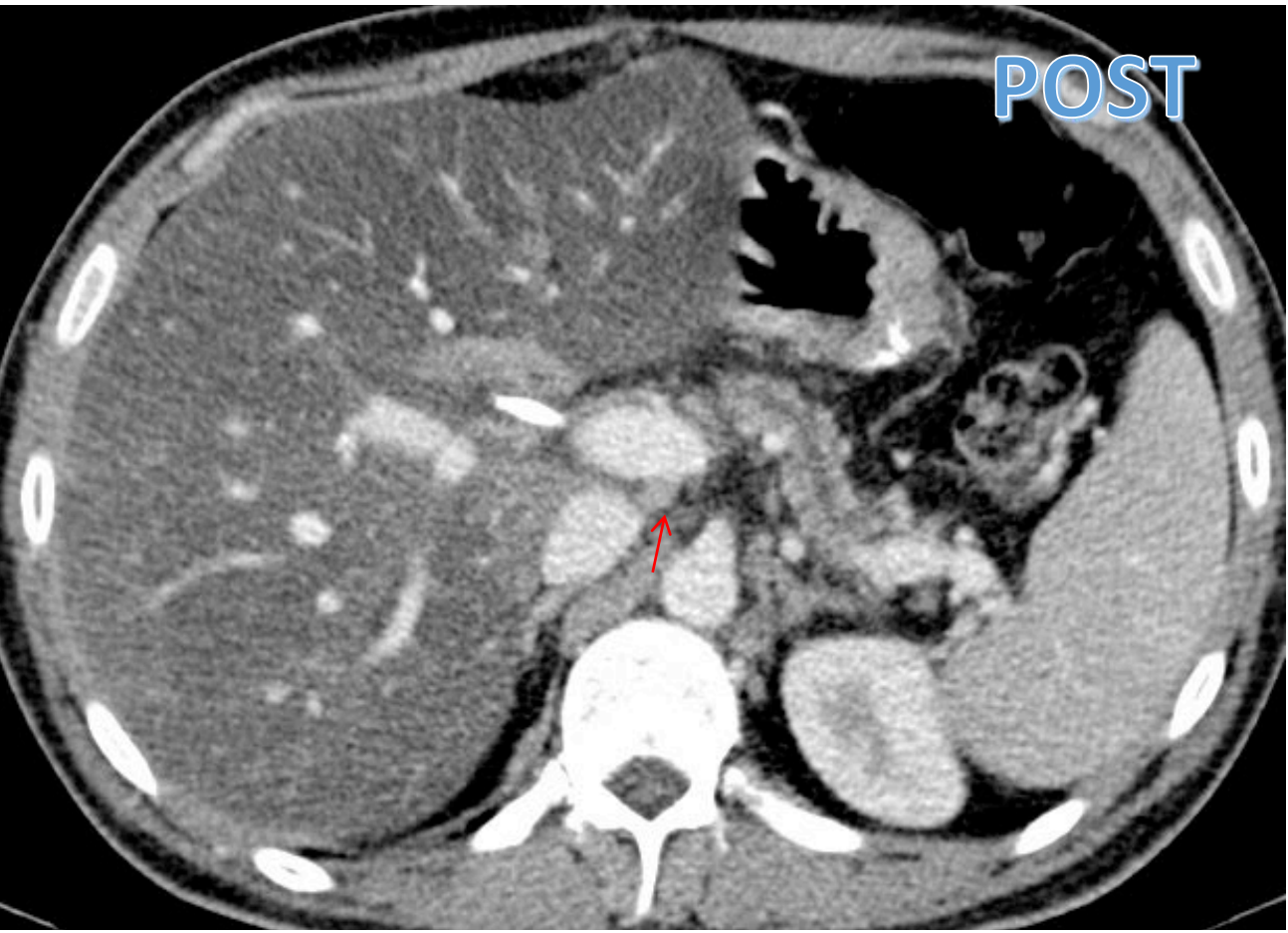
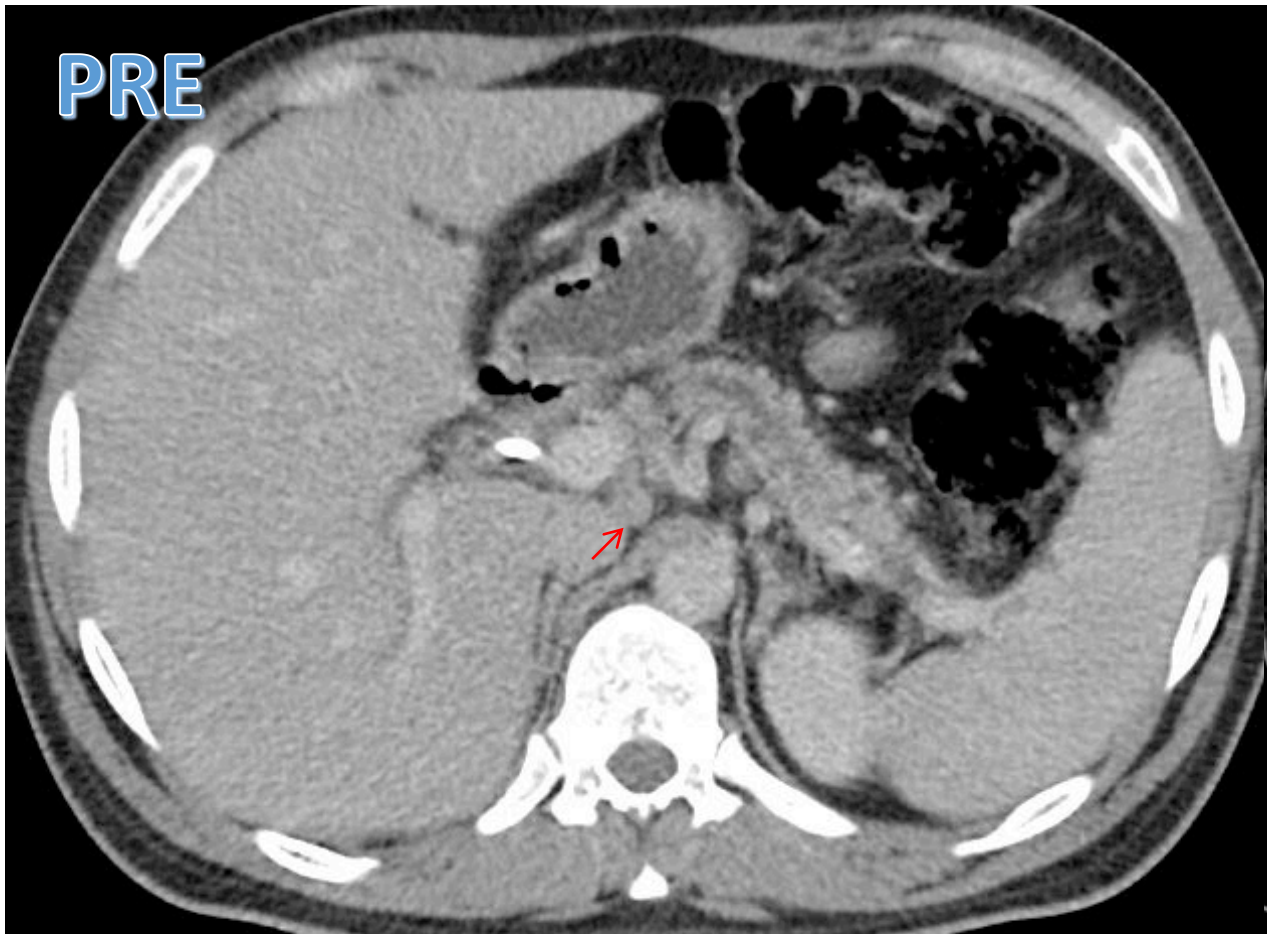
PRE



POST







Ottobre 2016: Rivalutazione chirurgica

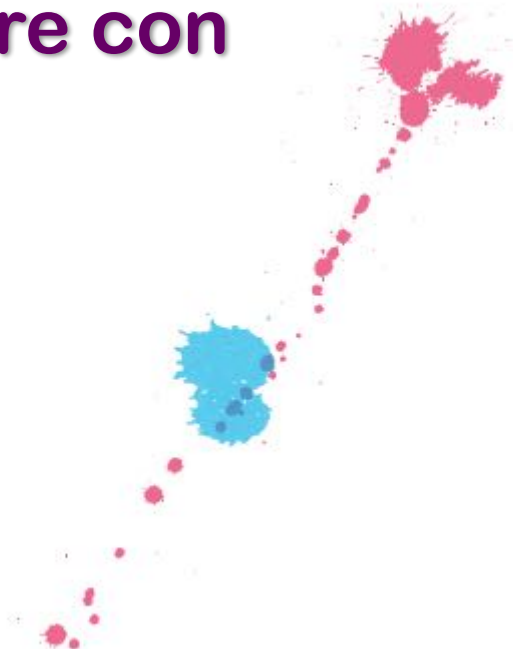
«...riduzione dimensionale dopo trattamento neoadiuvante tuttavia non sufficiente a garantire una radicalità oncologica post-intervento. Si consiglia prosecuzione terapia neoadiuvante con rivalutazione a 3 mesi»

Rivalutazione oncologica:

Esami ematochimici:

➤ **Ca 19,9: 18,7 U/ml**

- **In considerazione della tossicità riscontrata al termine dei 6 cicli di FOLFIRINOX si decide di proseguire con trattamento combinato chemio-radioterapico.**



NCCN Guidelines Version 2.2016 Pancreatic Adenocarcinoma

Neoadjuvant Resectable/Borderline Resectable:

- No standard treatment regimen currently exists for neoadjuvant resectable or borderline resectable pancreatic cancer. Neoadjuvant therapy for patients with resectable tumors should ideally be conducted in a clinical trial. Generally, use similar paradigms as for locally advanced unresectable disease.
 - ▶ Upfront fluoropyrimidine (CI-5-FU or capecitabine-based) chemoradiation.^{2,3}
 - ▶ Upfront gemcitabine-based chemoradiation.⁴
 - ▶ Induction chemotherapy (2–6 cycles) followed by 5-FU- or gemcitabine-based chemoradiation.⁵
- Ideally, surgical resection should be attempted 4–8 weeks following chemoradiation. Surgery can be performed >8 weeks following chemoradiation; however, radiation-induced fibrosis may potentially make surgery more difficult.



Seminars in Oncology

Volume 42, Issue 1, February 2015, Pages 144–162

Pancreatic Cancer



The Role of Radiation Therapy in Pancreatic Ductal Adenocarcinoma in the Neoadjuvant and Adjuvant Settings ☆

Aaron J. Franke^a, Lauren M. Rosati^a, Timothy M. Pawlik^b, Rachit Kumar^a, Joseph M. Herman^a  

NCCN

National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 2.2016 Pancreatic Adenocarcinoma

Neoadjuvant Resectable/Borderline Resectable:

- No standard treatment regimen currently exists for neoadjuvant resectable or borderline resectable pancreatic cancer. Neoadjuvant therapy for patients with resectable tumors should ideally be conducted in a clinical trial. Generally, use similar paradigms as for locally advanced unresectable disease.
 - ▶ Upfront fluoropyrimidine (CI-5-FU or capecitabine-based) chemoradiation.^{2,3}
 - ▶ Upfront gemcitabine-based chemoradiation.⁴
 - ▶ Induction chemotherapy (2–6 cycles) followed by 5-FU- or gemcitabine-based chemoradiation.⁵
- Ideally, surgical resection should be attempted 4–8 weeks following chemoradiation. Surgery can be performed >8 weeks following chemoradiation; however, radiation-induced fibrosis may potentially make surgery more difficult.



Seminars in Oncology

Volume 42, Issue 1, February 2015, Pages 144–162

Pancreatic Cancer



The Role of Radiation Therapy in Pancreatic Ductal Adenocarcinoma in the Neoadjuvant and Adjuvant Settings ☆

Aaron J. Franke^a, Lauren M. Rosati^a, Timothy M. Pawlik^b, Rachit Kumar^a, Joseph M. Herman^a  

- From 2004 to 2013: 13 retrospective studies.
- Following treatment with neoadjuvant CRT, patients with BRCP, demonstrated a median rate of resection and R0 resection of **68%** and **89%** respectively.

NCCN

National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 2.2016 Pancreatic Adenocarcinoma

Neoadjuvant Resectable/Borderline Resectable:

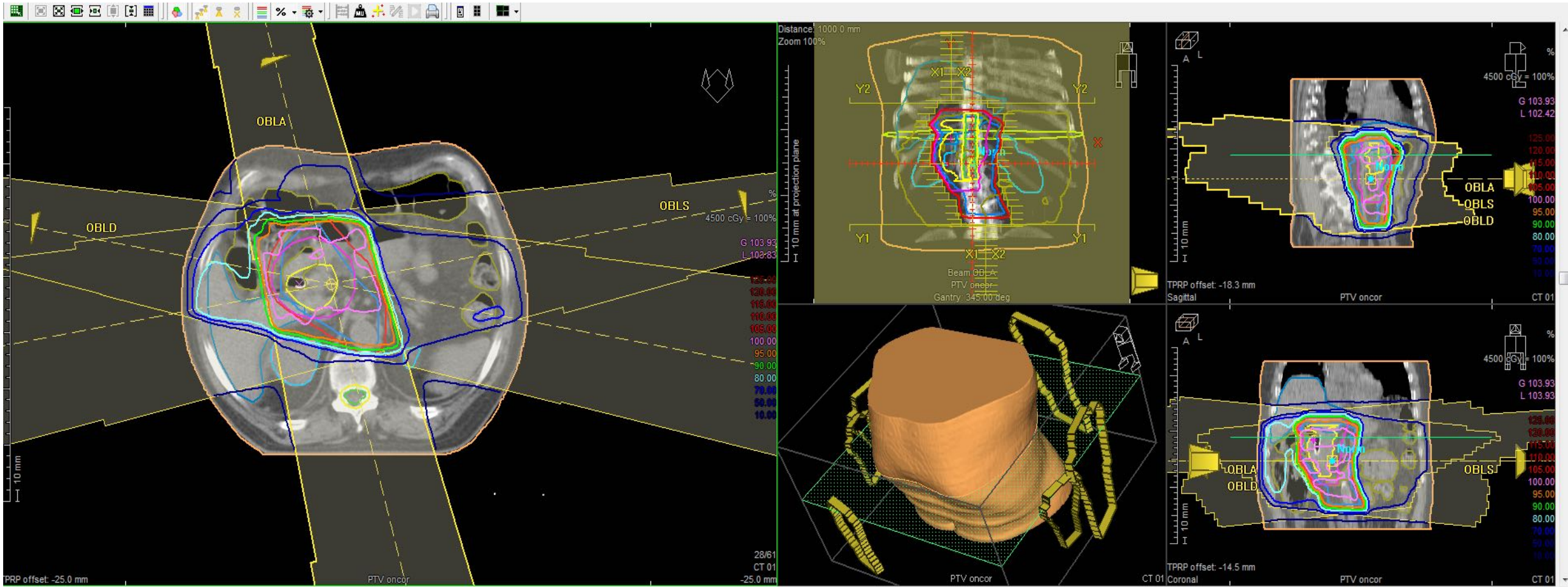
- No standard treatment regimen currently exists for neoadjuvant resectable or borderline resectable pancreatic cancer. Neoadjuvant therapy for patients with resectable tumors should ideally be conducted in a clinical trial. Generally, use similar paradigms as for locally advanced unresectable disease.
 - ▶ Upfront fluoropyrimidine (CI-5-FU or capecitabine-based) chemoradiation.^{2,3}
 - ▶ Upfront gemcitabine-based chemoradiation.⁴
 - ▶ Induction chemotherapy (2–6 cycles) followed by 5-FU- or gemcitabine-based chemoradiation.⁵
- Ideally, surgical resection should be attempted 4–8 weeks following chemoradiation. Surgery can be performed >8 weeks following chemoradiation; however, radiation-induced fibrosis may potentially make surgery more difficult.

Consulenza radioterapica:

- **Indicazione al trattamento radiante:**
 - **DOSE: 50,4 Gy (180 cGy/frazione x 5 giorni alla settimana)***
 - **TECNICA: 3D conformazionale**

**Linee guida AIRO GI 2014*

APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA APPROPRIATEZZA



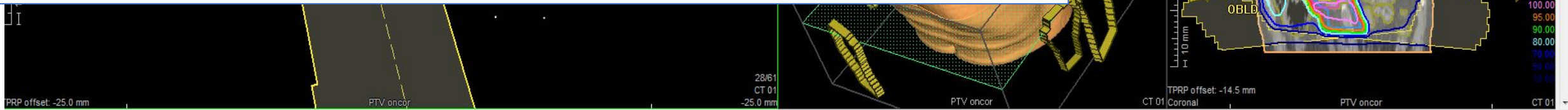
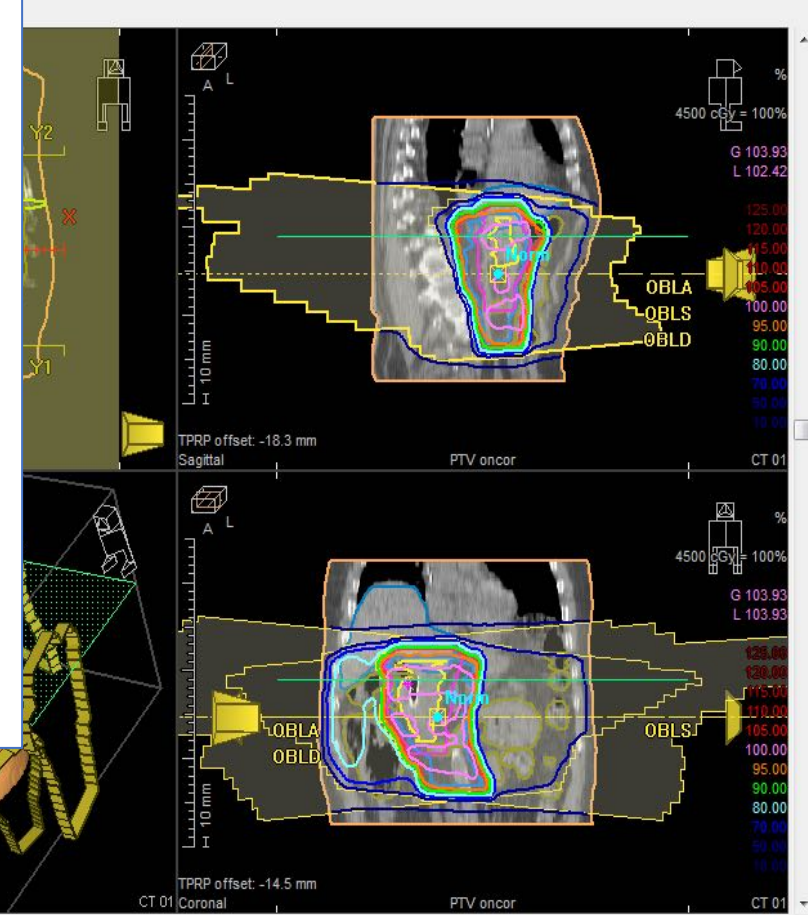
• VOLUMI:

GTV: malattia macroscopicamente visibile agli esami di staging pretrattamento

CTV : GTV + margine di 1,5 cm + stazioni di drenaggio linfatico (stazioni: 6-8-9-12-13-14-16 a2,b1-17)*

PTV: CTV + margine

*Caravatta et al. Clinical target volume delineation including elective nodal irradiation in preoperative and definitive radiotherapy of pancreatic cancer. Radiat Oncol. 2012 Jun 12;7(1):86.



• VOLUMI:

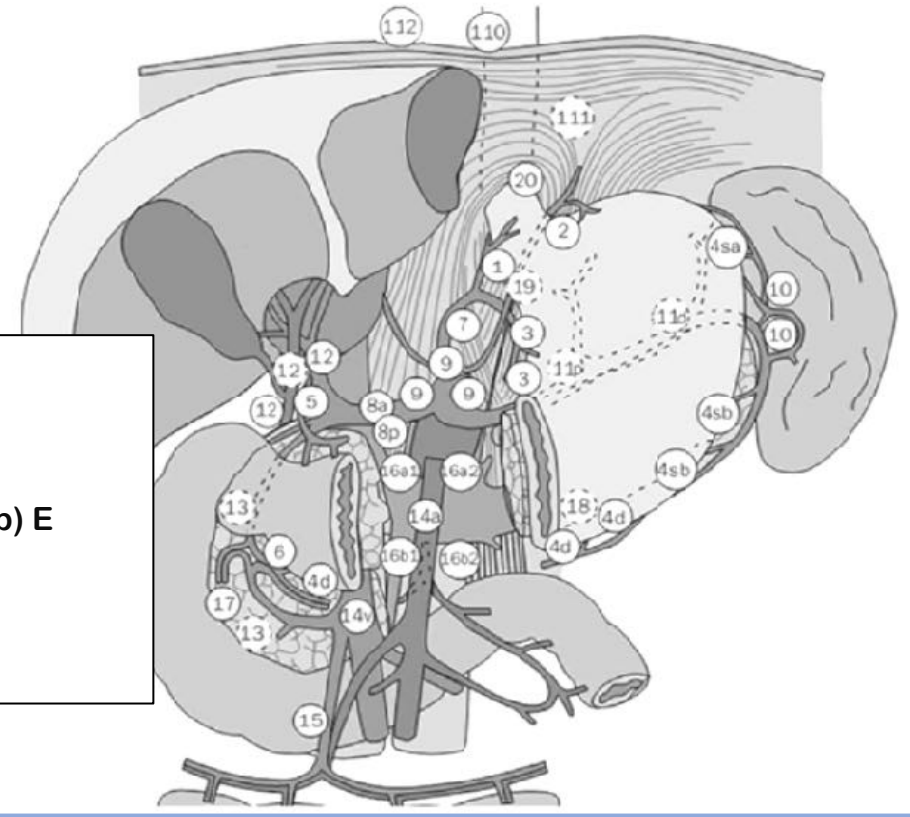
GTV: malattia macroscopicamente visibile agli esami di staging pretrattamento

CTV : GTV + margine di 1,5 cm + stazioni drenaggio linfatico (stazioni: 6-8-9-12-13-14-16 a2,b)

PTV: CTV +

*Caravatta et al. Clinical target volume pancreatic cancer. Radiat Oncol. 201

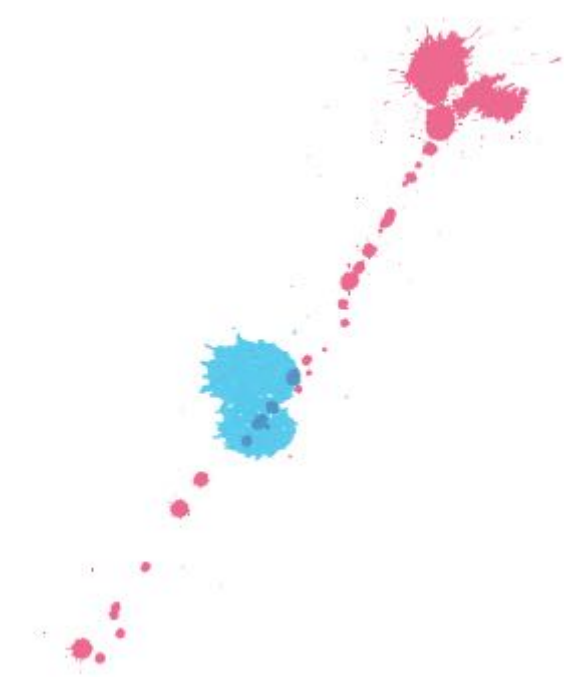
- LN INFRAPILORICI (6)
 - LN ARTERIA EPATICA COMUNE (8)
 - LN DEL TRIPODE (9)
 - LN DEL LEGAMENTO EPATODUODENALE (12)
 - LN PANCREATICO DUODENALI POSTERIORI (13a, 13b) E ANTERIORI (17a, 17b)
 - LN ARTERIA MESENTERICA SUPERIORE (14)
 - LN PARA AORTICI (16 tra tripode e AMI)
- JPS Classification



TEZZA
ZZA APPROPRIATEZZA



- **Chemioterapia: GEMCITABINA settimanale**





Febbraio 2017: Rivalutazione TC morfologicamente sovrapponibile all'esame di Ottobre 2016.

- **Ca 19,9: 14,2 U/ml**
 - **Viene posta indicazione all'intervento chirurgico**
 - **Attualmente siamo in attesa del risultato istologico**
- 