Adenoma cancerizzato:
Apa su escissione completa parametri prognostici:
Margine libero?
Mucosa, sottomucosa (no tonaca muscolare propria) pT1
Grading G1-2 VS G3-4
Risk di mts linfatiche:
Basso 2-18%
Alto 20%

Tutti parametri basso rischio: basta la resezione endoscopica

ANCHE UNO SOLO DEI PARAMETRI AD ALTO RISCHIO È INDICAZIONE Chirurgica entro 4 settimane

In caso di mts non resecabili o di Adenoma cancerizzato
L'intervento di scelta è la RESEZIONE SEGMENTARIA

Conferma istologica nelle neoformazioni del colon dovrebbe essere sempre disponibile prima dell’intervento chirurgico ma può essere (in rari e ben selezionati casi) omessa in caso di neoformazioni coliche non facilmente raggiungibili con l’endoscopia e con iconografia inequivocabile.

è indicazione ad effettuare la determinazione del CEA preoperatorio dato il suo ruolo prognostico e il suo possibile utilizzo nel follow-up (dopo 4 settimane dall'intervento)

ColonTC virtuale +rettosigmoidoscopia se impossibile colonscopia.

TC torace e addome preop

La descrizione operatoria del chirurgo dovrebbe includere l’iter diagnostico, la descrizione del quadro intraoperatorio, i dettagli tecnici dell’intervento e il livello di radicalità dell’intervento.

un’analisi Cochrane del 2011 su 18 trials randomizzati ed oltre 5.800 pazienti ha dimostrato l’equivalenza tra preparazione intestinale meccanica e non, in termini di deiscenze anastomotiche, mortalità perioperatoria, reinterventi chirurgici ed infezioni della ferita

Pz con k colorettale: l'uso di EBPM
deve essere effettuato per 30 GIORNI dopo l'intervento

La sede della stomia deve essere SEMPRE segnata precedentemente all’intervento sulla cute del paziente in PIEDI ANCHE SE SOLO IPOTETICA

Criteri di radicalità oncologica k colon:
Margine prossimale e distale libero di resezione minimo 2 cm

Linfoadenectomia:

Colon dx
legatura a ileo colica all'origine

Colon sx
Legatura dei peduncoli colico sinistro e sigmoidei

K sigma
la legatura dell’arteria mesenterica inferiore dopo l’origine della colica sin. è ritenuta sufficiente per la radicalità.

Prediligere sempre resezione enbloc se infiltrazioni.
Fare sempre bio su MTS

pazienti in stadio III sono sempre candidati a CHT ADIUVANTE, a meno che non sussistano specifiche controindicazioni

Instabilità dei microsatelliti:
CONDIZIONE MUTAGENA A PROGNOSI MIGLIORE
15% circa dei casi sporadici di cancro del colon, ma rappresenta la principale alterazione genetica ( >95%) nella sindrome di Lynch

L’instabilità cromosomica (CIN)
APC, KRAS, BRAF, PTEN,...

metilazione aberrante del DNA

Pz con tumore del colon-retto metastatico,  fare valutazione mutazione KRAS ed NRAS (che sarebbero un meccanismo di resistenza alla tp con anticorpi monoclonali anti-EGFR)

chemioterapia è NECESSARIA dal III  stadio, ma nel II stadio esiste l'eccezione :

Ai pazienti in stadio II con fattori prognostici sfavorevoli (occlusione, perforazione, pT4, G3-4, inadeguato numero di linfonodi esaminati, invasione vascolare e/o linfatica e/o perineurale) è corretto proporre una terapia adiuvante anche al di fuori di studi controllati

La CHT Cmq
deve essere iniziata preferenzialmente entro 6-8 settimane dall’intervento chirurgico o al più tardi 12 settimane

l'incidenza di un secondo tumore del colon-retto primario presenta un rischio cumulativo crescente del 3% ogni 6 anni, un programma personalizzato di screening per seconde neoplasie intestinali deve essere proseguito ad intervalli regolari oltre i 5 anni

CEA (ogni 3 mesi per il primo anno, ogni 6 mesi per il secondo anno e successivamente ogni anno) e della TC (eseguita a 12 e 24 mesi)

corretta strategia endoscopica:
(adatta anche per lo stadio II e III):
effettuare la prima colonscopia ad un anno dal trattamento e qualora l’esito sia nella norma, le colonscopie successive potranno essere eseguite una volta ogni tre o cinque anni.
Anticipazioni ammesse nelle FAP e Linch.

Stesso follow up nei pz con mts polmonare e epatico operati radicalmente

Pz con k colon prima dei 60 anni hanno alta % di un secondo tumore al colon e/o utero e/o ovaio

Il follow up di 5 aa trova il 95% delle recidive

Un adeguato programma di follow-up prevede:

- Esame Clinico
ogni 4-6 mesi per i primi 3 anni;
ogni 6 mesi per i due anni successivi

- CEA
ogni 4 mesi per i primi 3 anni,
ogni 6 mesi per i due anni successivi

- Colonscopia:
Se “colon indenne” la ripetizione è dopo 1 anno dall’intervento, dopo 3 anni in assenza di adenomi e quindi ogni 5 anni, qualora età e comorbidità non lo controindichino

Le colonscopie saranno da interrompere solo quando vengano meno le condizioni per poter prospettare al paziente un programma chirurgico con finalità curative.

- TC Torace-Addome con contrasto: ogni 6-12 mesi per i primi 3-5 anni in funzione dell’entità del rischio.

- Ecografia Addome e Rx Torace possono rappresentare un opzione alternativa alla TC considerando però la minore sensibilità.

sulla base delle solide evidenze derivate da studi prospettici e dati di registro, si può concludere che la maggior parte delle recidive e seconde neoplasie metacrone avviene nei primi 2-3 anni successivi alla chirurgia. E’ pertanto ragionevole intensificare il programma di follow-up endoscopico in tale periodo. Sulla base delle medesime osservazioni, data l’attenuazione del rischio con il passare degli anni, è ragionevole dopo i primi 2-3 anni eseguire una colonscopia ogni 5 anni da interrompere solo quando vengano meno le condizioni per poter prospettare al paziente un programma chirurgico con finalità curative.

Se il CEA è elevato alla diagnosi, va ripetuto dopo 4-8 settimane dall’intervento per verificarne la negativizzazione

La colonscopia nei pazienti senza uno studio preoperatorio completo dell’intestino, deve essere eseguita appena possibile, comunque entro 6-8 mesi dall’intervento.

pazienti sottoposti a metastasectomia epatica e polmonare è indicata una TC torace-addome con contrasto ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e successivamente ogni 6-12 mesi fino al quinto anno.

Sanguinamento pz >50 aa: cancro fino a prova contraria
Pz <50 aa: sorveglianza x 4 settimane poi visita specialistica

Screening RSO dai 50 ai 69, ogni 2 anni

In caso di stenosi che renda impossibile la colonscopia totale questa deve essere prevista entro 6-12 mesi dall’intervento oppure una colon TAC

Operare cancro entro 4 settimane dalla diagnosi