

PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ED ASSISTENZIALI NELLA CURA DEL CANCRO DEL COLON E DEL RETTO

	<i>Nominativo</i>	<i>Funzione</i>	<i>Data</i>	<i>Firma</i>
Gruppo di lavoro	Emma Marchigiano	Dirigente medico SC Chirurgia PO Carmagnola	31-07-2013	
	Marco Cafferati	Dirigente medico SC Chirurgia PO Carmagnola	31-07-2013	
	Francesco Piccoli	Dirigente medico SC Chirurgia PO Chieri	31-07-2013	
	Claudia Monticone	Dirigente medico SC Chirurgia PO Chieri	31-07-2013	
	Francesco Potente	Dirigente medico SC Chirurgia PO Moncalieri	31-07-2013	
	Luca Lorenzin	Dirigente medico SC Chirurgia PO Moncalieri	31-07-2013	
	Carla Barone	Dirigente medico SC Oncologia PO Carmagnola	31-07-2013	
	Palmira Ghidoni	Dirigente medico SSD Anatomia Patologica PO Moncalieri	31-07-2013	
Responsabile della stesura	Emma Marchigiano	Dirigente medico SC Chirurgia PO Carmagnola	31-07-2013	
Verifica / approvazione	Pietro Cumbo	Direttore SC Chirurgia PO Carmagnola, Chieri, Moncalieri	31-07-2013	
	Vincenzo Dongiovanni	Direttore SC Oncologia PO Carmagnola	31-07-2013	
	Francesca Pietribiasi	Direttore SSD Anatomia Patologica PO Moncalieri	31-07-2013	
	Grazia Piola	CPSE SC Chirurgia PO Carmagnola	31-07-2013	
	Rinuccia Abrate	CPSE SC Chirurgia PO Moncalieri	31-07-2013	
	Giovanna Ferrero	CPSE SC Chirurgia PO Carmagnola	31-07-2013	
	Paolo Buffa	Direttore Dipartimento Area Chirurgica	31-07-2013	
Supervisione	Gerardantonio Coppola	Direttore SC OSRU	31-07-2013	
Validazione	Luciano Zardo	Direttore Sanitario d'Azienda	31-07-2013	

INDICE

1. Premessa	4
2. Scopo.....	4
3. Campo di applicazione	4
4. Responsabilità.....	4
5. Definizione e acronimi	7
6. Documenti di riferimento	8
7. Modalità operative.....	8
7.1 Reclutamento dei pazienti.....	8
7.2 PERCORSI NEOPLASIE DEL COLON.....	9
7.2.1 flow chart ENDOSCOPIA-BIOPSIA-INDICAZIONI - COLON	10
7.2.2 flow chart STADIAZIONE-TRATTAMENTO PRIMARIO - COLON	11
7.2.3 flow chart INTERVENTO CHIRURGICO-ISTOLOGICO-TRATTAMENTO SECONDARIO - COLON	12
7.2.4 flow chart RECIDIVE AL FOLLOW UP - COLON.....	13
7.3 PERCORSI NEOPLASIE DEL RETTO.....	14
7.3.1 flow chart ENDOSCOPIA-BIOPSIA-INDICAZIONI - RETTO	15
7.3.2 flow chart STADIAZIONE-TRATTAMENTO PRIMARIO - RETTO	16
7.3.3 flow chart INTERVENTO CHIRURGICO-ISTOLOGICO-TRATTAMENTO SECONDARIO - RETTO	17
7.3.4 flow chart RECIDIVE AL FOLLOW UP - RETTO.....	18
7.4 ENDOSCOPIA.....	19
7.4.1 Indicazioni alla colonscopia totale	19
7.4.1.1 Pazienti sintomatici	19
7.4.1.2 Pazienti a rischio generico	19
7.4.1.3 Pazienti a rischio aumentato	19
7.4.2 Assistenza e sedazione	22
7.4.3 Screening.....	23
7.4.4 Mucosectomia.....	23
7.4.5 Follow up polipi adenomatosi.....	23
7.4.6 flow chart FOLLOW UP POLIPI ADENOMATOSI.....	24
7.4.7 Polipi cancerizzati.....	25
7.4.8 flow chart POLIPI CANCERIZZATI PAZIENTI NON OPERABILI.....	27
7.4.9 Endoprotesi	28
7.5 EREDITARIETÀ - VALUTAZIONE GENETICA.....	28
7.6 CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI - CAS.....	28
7.6.1 CAS oncologico	28
7.6.2 CAS chirurgico.....	28
7.7 STADIAZIONE RADIOLOGICA.....	28
7.8 CHIRURGIA.....	29
7.8.1 Accertamenti preoperatori	29

7.8.2	Preparazione intestinale	29
7.8.3	Profilassi antibiotica	29
7.8.4	Profilassi antitromboembolica	30
7.8.5	Procedure infermieristiche di sala operatoria	30
7.8.6	Tecnica chirurgica.....	31
7.8.7	Atto operatorio.....	31
7.8.8	Controllo del dolore	32
7.8.9	Idratazione e nutrizione postoperatorie	32
7.8.10	Fast track	33
7.9	ANATOMIA PATOLOGICA.....	34
7.9.1	TMN.....	34
7.9.2	Stadi.....	34
7.9.3	Refertazione	35
7.10	GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE - GIC.....	38
7.10.1	Criteri di inclusione.....	38
7.10.2	Modalità	38
7.11	RADIOTERAPIA PER CARCINOMA DEL RETTO.....	39
7.12	CHIRURGIA DELLE METASTASI EPATICHE E/O POLMONARI.....	39
7.13	ONCOLOGIA	41
7.13.1	Chemioterapia neoadiuvante.....	41
7.13.2	Chemioterapia adiuvante.....	41
7.13.3	Chemioterapia associata a radioterapia per carcinoma del retto	42
7.13.4	Chemioterapia palliativa	42
7.13.5	Chemioterapia per recidive	42
7.14	CURE PALLIATIVE	43
7.15	GESTIONE DELLE STOMIE.....	43
7.16	PSICONCOLOGIA.....	43
7.17	FOLLOW UP.....	43
7.17.1	Stadi I e II - follow up chirurgico.....	43
7.17.2	Stadi III e IV - follow up oncologico	44
7.17.3	Schemi di follow up	44
7.18	SINDROME METABOLICA E STILI DI VITA.....	46
7.19	DIFFUSIONE PDTA.....	46
8.	Indicatori di processo e di esito	47
9.	Modalità di verifica degli indicatori	47
10.	Allegati	47

1. Premessa

La stesura del presente percorso diagnostico terapeutico ed assistenziale vede come promotori il Direttore Sanitario dell'ASL Dott. Luciano Zardo, il Direttore della Struttura Complessa di Chirurgia Dott. Pietro Cumbo, il Direttore della Struttura Complessa di Oncologia Dott. Vincenzo Dongiovanni.

Committenti sono il Direttore Generale dell'ASL Dott. Maurizio Dore ed il Direttore della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta Dott. Oscar Bertetto.

Le neoplasie del colon-retto, per incidenza e prevalenza nella popolazione dell'ASL TO5, rappresentano la patologia neoplastica di interesse chirurgico di maggior riscontro, sia in elezione che in urgenza per accesso in pronto soccorso per occlusione, perforazione.

Mentre si trasferiscono alle relative chirurgie di eccellenza i pazienti affetti da neoplasie più rare, è viceversa impensabile non curare negli ospedali di competenza territoriale tali neoplasie coloretali, che per di più colpiscono spesso pazienti di età avanzata, accuditi da parenti non indipendenti negli spostamenti.

2. Scopo

Da gennaio u.s. le tre le chirurgie dell'ASL afferiscono ad un'unica Struttura Complessa, sotto la direzione dello stesso Primario Dott. Pietro Cumbo. Si è pertanto evidenziata la necessità di uniformare i percorsi di diagnosi, terapia, assistenza e follow up nei tre reparti.

La formalizzazione di questi iter diagnostici e di cura, in verità già largamente applicati nei tre ospedali dell'ASL, costituisce difatti il veicolo più efficace per diffondere tra gli operatori sanitari l'approccio alla patologia neoplastica del colon-retto suggerito da linee guida, raccomandazioni di esperti.

La definizione del PDTA permette anche di verificare l'applicazione delle raccomandazioni delle linee guida, tra cui quelle della Regione Piemonte, uniformando il più possibile il trattamento dei pazienti nell'ambito regionale.

Infine un protocollo scritto può facilmente essere pubblicato sul sito aziendale, divulgato tra gli operatori sanitari ospedalieri, trasmesso ai medici di medicina generale (MMG) e presentato alla popolazione, incentivando quella comunicazione tra ospedali e territorio che è di fondamentale importanza per migliorare la qualità di cura, effettiva e percepita, degli utenti dell'ASL.

3. Campo di applicazione

I presenti percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali riguardano tutti i pazienti affetti da neoplasia del colon o del retto, in qualunque stadio, che afferiscano all'ASL TO5.

4. Responsabilità

Chirurgia

Referente: Dott. Emma Marchigiano

In ognuno dei tre ospedali dell'ASL vi è un reparto di chirurgia generale. Tutti e tre fanno capo ad un'unica struttura complessa, il cui Direttore è il Dott. Pietro Cumbo. La chirurgia coloretale in elezione ed in urgenza è eseguita indifferentemente in ciascuno dei tre ospedali, con l'eccezione che i pazienti necessitanti di terapia intensiva postoperatoria non possono essere operati nell'ospedale di Carmagnola, ove questa struttura non è presente.

L'accesso avviene attraverso gli ambulatori di chirurgia o attraverso l'endoscopia, a cui il paziente afferisce con impegnativa mutualistica mediante prenotazione al CUP oppure con impegnativa multiproposta e prenotazione eseguita dal medico.
--

Endoscopia

Referente: Dott. Enrico Seglie

Il referente è responsabile della struttura di endoscopia digestiva.

In ciascuno dei tre ospedali si eseguono esami endoscopici su prenotazione per pazienti esterni e per i pazienti ricoverati. Le endoscopie sono eseguite dai chirurghi, quando la sedazione ordinaria non è sufficiente viene chiamato l'anestesista di guardia.

Il paziente affrisce con impegnativa mutualistica mediante prenotazione al CUP oppure con impegnativa multiproposta e prenotazione eseguita dal medico ospedaliero.

Proctologia

Referente: Dott. Massimo Borello

Le visite proctologiche vengono eseguite presso l'ospedale di Moncalieri e di Carmagnola, all'interno degli ambulatori di endoscopia.

Il paziente affrisce con impegnativa mutualistica mediante prenotazione al CUP oppure con impegnativa multiproposta e prenotazione eseguita dal medico ospedaliero.

Oncologia

Referente: Dott. Carla Barone

L'oncologia opera nel DH multispecialistico dell'ospedale di Carmagnola e nei DH di medicina interna degli ospedali di Chieri e Moncalieri. Il personale medico è nell'organico dell'oncologia, mentre il personale infermieristico fa parte dell'U.O. della medicina interna.

L'accesso avviene mediante prenotazione telefonica al DH, con impegnativa mutualistica per "visita oncologica" o per "visita CAS".

Radiologia

Referente: Dott. Luca Gaydou

Nelle radiologie dei tre presidi si eseguono radiologia convenzionale, contrastogrammi, ETG e TC. Nella radiologia dell'ospedale di Chieri si esegue inoltre la colonscopia virtuale.

Il paziente affrisce con impegnativa mutualistica mediante prenotazione al CUP, con impegnativa multiproposta e prenotazione eseguita dal medico ortopedico oppure con richiesta interna e prenotazione telefonica dal CAS oncologico o dal CAS chirurgico.

Sale operatorie

Referente: IP Pasquale Buonagrazia

La chirurgia coloretale viene eseguita presso le sale operatorie di tutti e tre gli ospedali dell'ASL, escludendo dalle sale operatorie di Carmagnola, unicamente i pazienti ad elevato rischio anestesilogico, quindi con ASA > 3, per l'assenza di un reparto di rianimazione o di terapia intensiva.

Le procedure infermieristiche sono uniformate, rispondendo a protocolli aziendali. Le tecniche chirurgiche e l'utilizzo di strumentazione per coagulazione, dissezione e l'utilizzo di suturatrici automatiche sono in corso di standardizzazione.

Anatomia patologica

Referente: Dott. Palmira Ghidoni

All'anatomia patologica dell'ospedale di Moncalieri affriscono tutti gli esami istologici e citologici dei tre ospedali sia sulle biopsie che sui pezzi operatori.

In orario diurno è possibile inoltre inviare campioni per l'esame estemporaneo al congelatore.

CAS oncologico

Referente: Dott. Carla Barone

I pazienti vengono presi in carico attraverso visita medica e apertura di cartella di DH. Gli ulteriori accertamenti ematochimici e strumentali necessari vengono prenotati attraverso il DH oncologico, che si avvale di percorsi preferenziali con brevissimi tempi di attesa.

Giungono al CAS oncologico i pazienti inviati dal MMG con impegnativa mutualistica, si consiglia con classe B (visita entro 14 giorni). Non si paga il ticket secondo le disposizioni del sito rete oncologica.

CAS chirurgico

Referente: CPSE Grazia Piola

Il chirurgo che riscontra una neoplasia in endoscopia prende in carico il paziente. Raccoglie l'anamnesi, compila la cartella clinica e prescrive gli accertamenti di stadiazione, che vengono eseguiti come in regime di prericovero con impegnative interne.

La capo sala del reparto di chirurgia, organizza modalità e tempistiche dell'iter diagnostico prericovero e contatta telefonicamente i pazienti per comunicare le date degli accertamenti, delle visite ed eventualmente del ricovero.

Il paziente giunge al CAS chirurgico previa esecuzione di colonscopia.

Dietologia

Referente: Dott. Etta Finocchiaro

Lavora presso l'ospedale Molinette di Torino dove i pazienti vengono inviati per consulenza.

Per i pazienti ricoverati, dopo valutazione dietologica e prescrizioni alimentari, il paziente viene seguito dalla dietista per il bilancio calorico.

Parallelamente, per i pazienti seguiti ambulatorialmente, ad una prima visita dietologica per l'impostazione della dieta adeguata, fanno seguito controlli dietistici ambulatoriali.

Nel caso di pazienti ricoverati: vengono inviati alle Molinette con ambulanza per consulenza e con richiesta interna. Dopo dimissione, previa prenotazione telefonica effettuata dal reparto, i pazienti afferiscono a tale servizio mediante richiesta chirurgica di controllo postricovero con impegnativa mutualistica o per prenotazione da parte del medico che compila anche un'impegnativa multiproposta.

Terapia antalgica

Referente: Dott. Silvia Testa

Oltre alla terapia antalgica postoperatoria ed alle consulenze per i pazienti ricoverati, è disponibile un ambulatorio di terapia antalgica per i pazienti esterni, un giorno alla settimana (il giovedì dalle 9 alle 12) previa prenotazione al CUP con impegnativa mutualistica.

Poiché spesso i pazienti necessitano del trattamento del dolore neoplastico invalidante in termini di urgenza, l'anestesista di guardia si rende disponibile ad essere chiamato dai pazienti al dect ospedaliero al fine di eseguire rivalutazione clinica ed eventuale trattamento ambulatoriale o in PS se in orario di chiusura degli ambulatori.

Stoma care

Referente: IP Emanuela Cornaglia

Gli infermieri del reparto di chirurgia sono formati sulla cura delle stomie, seguono pertanto i pazienti durante il ricovero e successivamente presso gli ambulatori.

A questo ambulatorio gli stessi pazienti possono accedere previo accordo telefonico e con impegnativa mutualistica.

Psiconcologia

Nell'ambito dei servizi ospedalieri di psicologia, opera la Dott.ssa psiconcologa Marina Tosco per valutazioni e sostegno ai pazienti oncologici con fragilità personali e/o famigliari.

La prima visita può essere già eseguita durante il ricovero e la presa in carico del paziente e della famiglia viene discussa e condivisa con gli assistenti sociali.

Gruppo di lavoro interdisciplinare per le neoplasie dell'apparato digerente

È costituito da chirurghi dei tre ospedali, da un'oncologa e da un'anatomopatologa:

Emma Marchigiano, Marco Cafferati, Francesco Piccoli, Claudia Monticone, Francesco Potente, Luca Lorenzini, Carla Barone, Palmira Ghidoni.

RISORSE EXTRA-AZIENDALI

Per gli accertamenti diagnostici e le procedure non disponibili nell'ASL, il medico che ha in cura il paziente provvede a prenotare il servizio presso una struttura ospedaliera di altra ASL o presso strutture private accreditate e convenzionate, previa validazione da parte della direzione sanitaria di presidio.

Ciò accade per:

- RM
- TC-PET

- EUS transanale
- escissione endoscopica di polipi grandi o sessili mediante mucosectomia
- posizionamento di protesi endoscopica in pz non operabili affetti da neoplasia stenosante
- radioterapia: visita e trattamento
- radiologia interventistica
- chirurgia epatica
- chirurgia toracica

COORDINAMENTO ED AGGIORNAMENTO

Si occupa del coordinamento del gruppo di lavoro la Dott.ssa Emma Marchigiano, chirurgo generale dell'ospedale San Lorenzo di Carmagnola.

L'aggiornamento del PDTA in oggetto viene eseguito ogni 2 anni a novembre, sulla base delle più accreditate linee guida, delle direttive regionali e delle raccomandazioni delle Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta. L'aggiornamento viene diffuso con le stesse modalità della prima stesura.

5. Definizione e acronimi

AB	Antibiotici
ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
APC	Adenomatous Polyposis Coli
ASA	American Society of Anesthesiologists
ASCO	American Society of Clinical Oncology
BPCO	Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva
CAS	Centro Accoglienza E Servizi
CEA	Antigene Carcinoembrionario
CG	Condizioni Generali
CHT	Chemioterapia
CRC	Carcinoma Coloretale
CUP	Centro Unificato Prenotazioni
CVC	Cannula/Catetere Venoso/o Centrale
CV	Catetere Vescicale
DH	Day Hospital
DMNID	Diabete Mellito Non Insulino-Dipendente
DS	Day Surgery
EBPM	Eparina Basso Peso Molecolare
ECG	Elettrocardiogramma
EGDS	Esofago-Gastro-Duodenoscopia
ELI	Infiltrazione Lamina Elastica
ERCP	Colangiopancreatografia Retrograda Endoscopica
ETG	Ecotomografia
EUS	Ecoendoscopia
ev	Endovenoso
EV	Eventuale
FANS	Farmaci Antinfiammatori Non Steroidei
FAP	Poliposi Adenomatosa Familiare
FC	Frequenza Cardiaca
GIC	Gruppo Interdisciplinare di Cure
G	Grading
HNPCC	Carcinoma Coloretale Ereditario Non Poliposico
IPP	Inibitori di Pompa Protonica
IRCC	Istituto Ricerca e Cura Del Cancro
K	Carcinoma, Cancerizzato
LL	Latero-Laterale
ln	Linfonodi

LT	Latero-Terminale
MA	Margine Anale
mdc	Mezzo Di Contrasto
MMG	Medico di Medicina Generale
MMRS	Mismatch-Repair System
MSI	Instabilità Microsatellitare
mts	Metastasi
NAS	Non Altrimenti Specificato
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
NPT	Nutrizione Parenterale Totale
PA	Pressione Arteriosa
PDTA	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale
PET	Tomografia ad Emissione di Positroni
PS	Pronto Soccorso
pz	paziente
R0	macroscopicamente e microscopicamente radicale, non mts In né a distanza
R1	macroscopicamente radicale, invasione microscopica o mts In o a distanza
R2	residuo neoplastico macroscopico
RCU	Rettocolite Ulcerosa
RM	Risonanza Magnetica
RR	Rischio Relativo
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
rt	radioterapia
Rx	radiografia
SC	Struttura Complessa
sc	sottocute
SNG	Sondino Naso-Gastrico
TC	Tomografia Computerizzata
TIL	Infiltrazione Linfocitaria Tumorale
TL	Termino-Laterale
TT	Termino-Terminale
TVP	Trombosi Venosa Profonda
UO	Unità Operativa
urg	urgenza
VLC	Video-Laparo Colectomia

6. Documenti di riferimento

- Tumori del colon-retto . Linee guida clinico organizzative per la Regione Piemonte. COR CPO 2001
- Linee guida NCCN v.1.2010: Colorectal cancer.
- Linee guida SIGN marzo 2003: Management of colorectal cancer.
- Linee guida AIOM "Tumori del colon-retto", 2005
- Raccomandazioni per la costruzione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) e profili integrati di cura (PIC) nelle aziende sanitarie della Regione Piemonte. ARESS 2007
- Percorso tumore del colon retto - Criteri di riferimento per la verifica di accreditamento istituzionale. ARESS 2009

7. Modalità operative

7.1 Reclutamento dei pazienti

Giungono ad eseguire la colonscopia pazienti inviati dal medico curante con impegnativa mutualistica, pazienti valutati in pronto soccorso con l'impegnativa multiproposta, pazienti che eseguono l'esame in regime di intra-moenia, pazienti inclusi nello screening del colon-retto, pazienti già ricoverati con richiesta interna ed infine

pazienti provenienti dalle case di cura e RSA, solitamente previo contatto telefonico del medico della struttura e comunque con impegnativa mutualistica.

I pazienti che vengono inclusi nel percorso sono coloro che all'esame endoscopico, con esame istologico su biopsia, presentano un carcinoma o un polipo adenomatoso cancerizzato del colon o del retto necessitante di radicalizzazione chirurgica.

In particolare, per quanto riguarda i polipi cancerizzati, vengono presi in carico dal CAS chirurgico, onde eseguire stadiazione ed intervento chirurgico di radicalizzazione, solo i pazienti con adenomi non asportabili endoscopicamente (per dimensioni, sede, morfologia) o non asportati radicalmente o asportati radicalmente, ma con fattori di rischio per diffusione a distanza.

7.2 PERCORSI NEOPLASIE DEL COLON

Si vedano le seguenti flow chart nelle pagine seguenti:

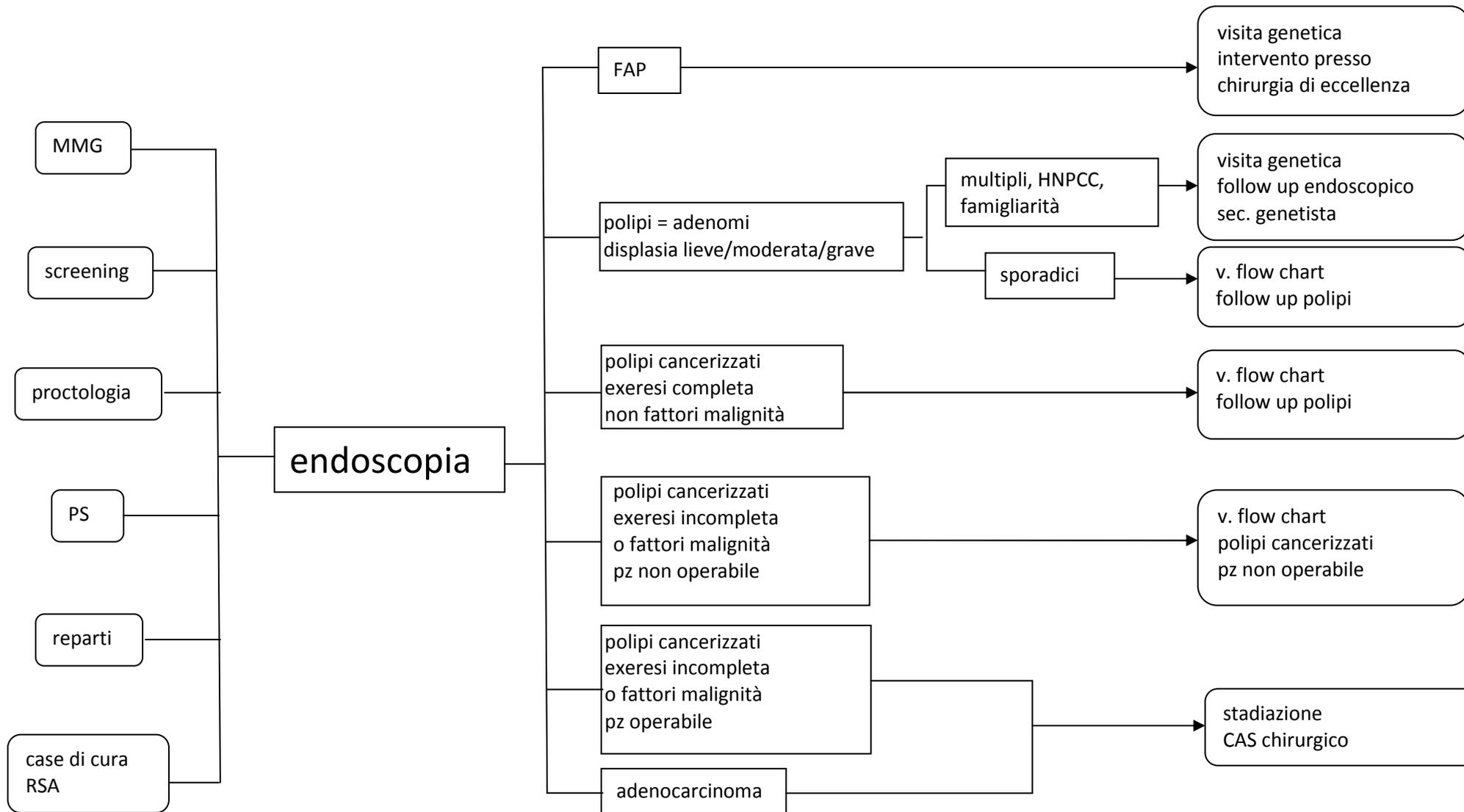
- flow chart endoscopia-biopsia-indicazioni
- flow chart stadiazione-trattamento primario
- flow chart intervento chirurgico-istologico-trattamento secondario
- flow chart recidive al follow up

Il percorso diagnostico-terapeutico del paziente affetto da neoplasia del colon si delinea a partire dall'esito dell'esame istologico sulla biopsia eseguita in endoscopia e giunge fino allo studio delle eventuali recidive locali o a distanza che dovessero emergere al follow up.

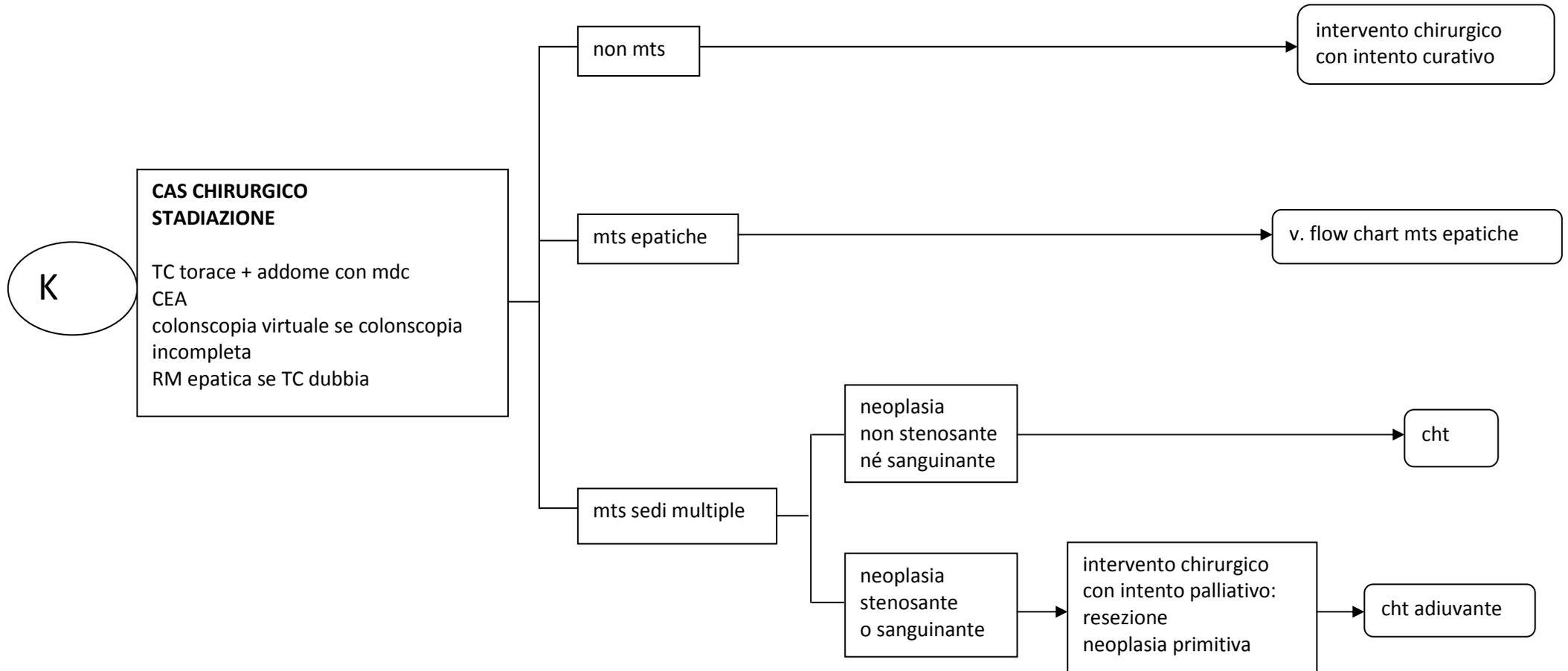
Le fasi decisionali principali sono quindi relative ai 4 fondamentali esiti degli accertamenti endoscopici, strumentali ed anatomopatologici del caso:

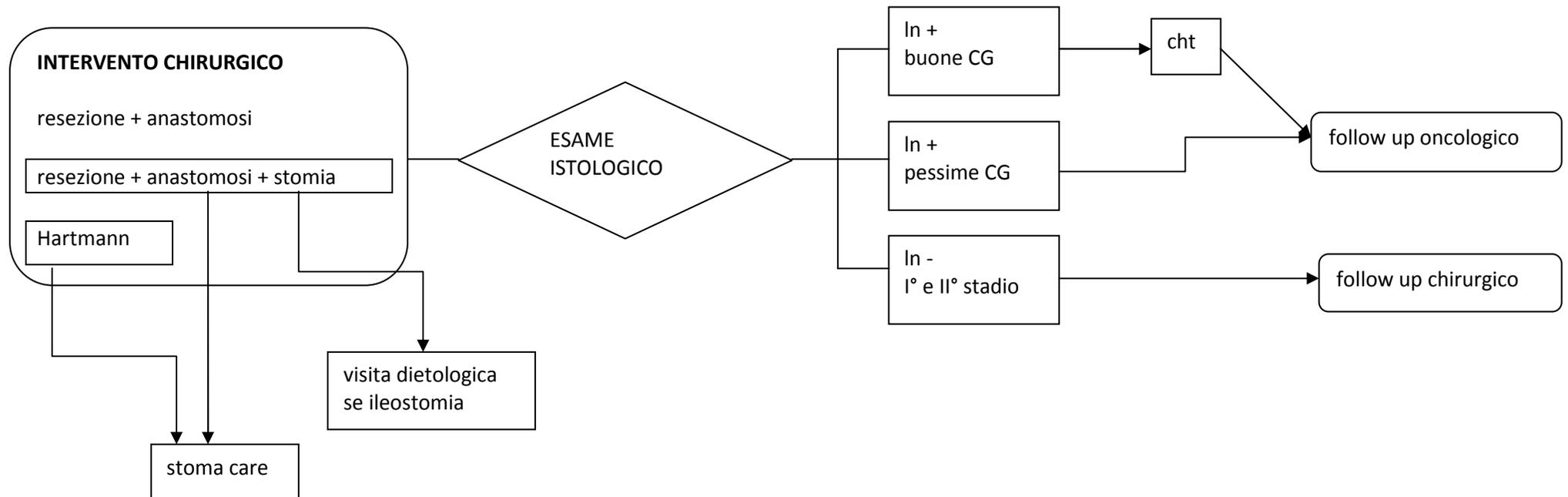
- 1) esito macroscopico e microscopico dell'endoscopia con biopsia
- 2) esito della stadiazione strumentale della neoplasia
- 3) esito dell'esame istologico su pezzo operatorio
- 4) esito del follow up clinico-strumentale.

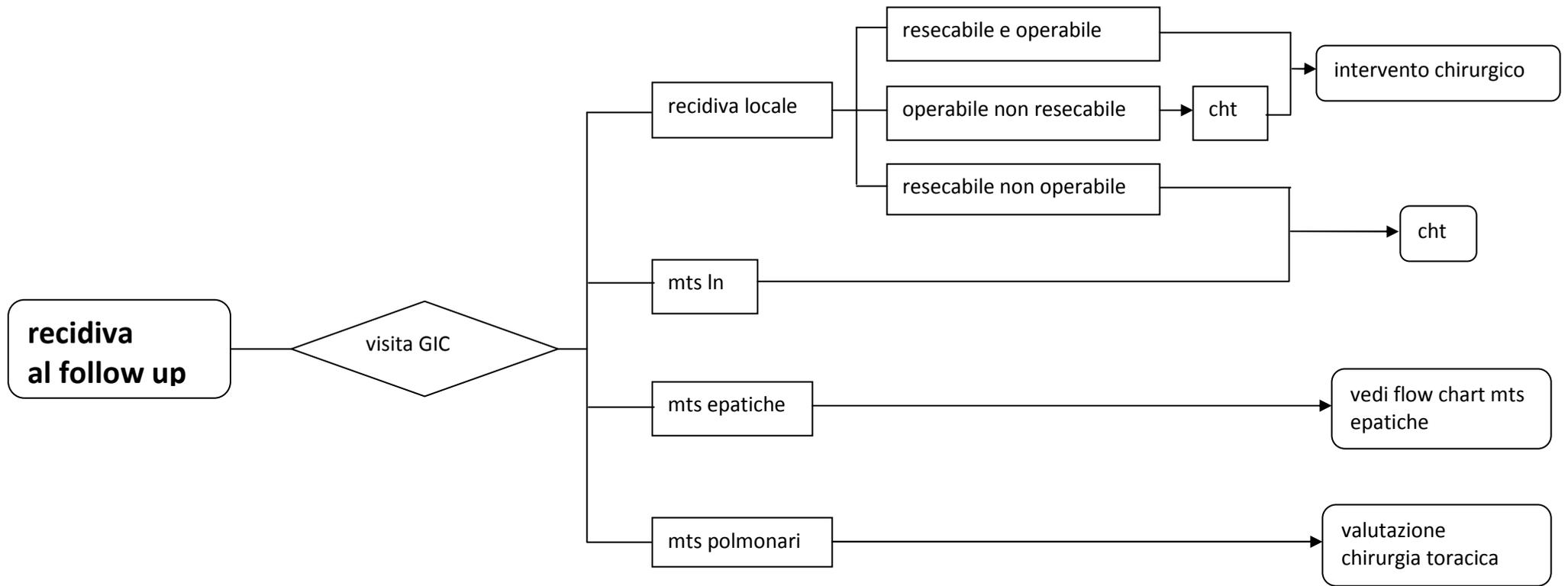
Si sono costruite quindi 4 flow charts nel tentativo di schematizzare e semplificare i suddetti 4 punti nodali diagnostici e decisionali.



7.2.2 flow chart STADIAZIONE-TRATTAMENTO PRIMARIO - COLON







7.3 PERCORSI NEOPLASIE DEL RETTO

Similmente a quanto accade per le neoplasie del colon, il percorso diagnostico-terapeutico del paziente affetto da neoplasia del retto si snoda attorno alle 4 fasi decisionali correlate agli esiti diagnostici e stadiativi:

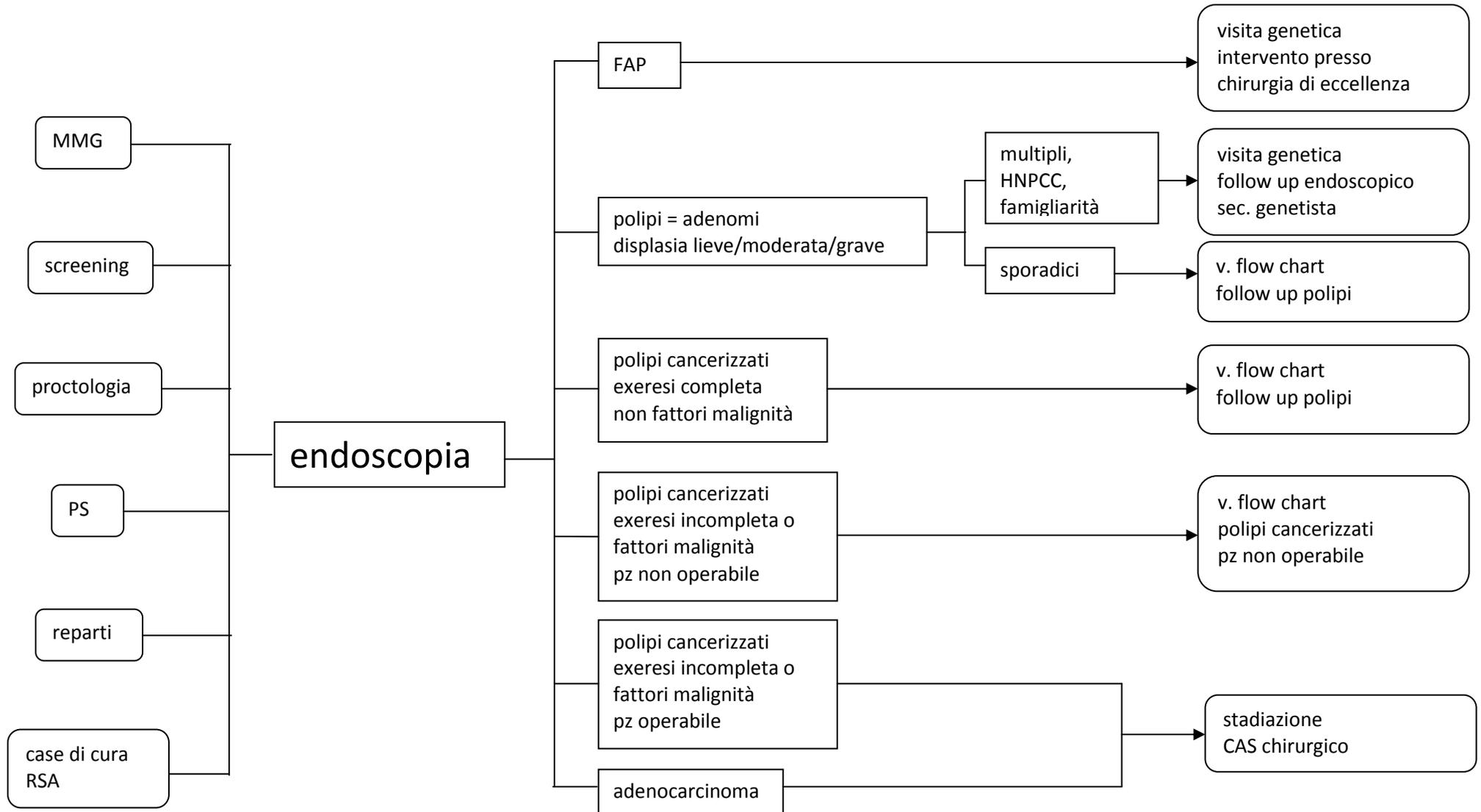
- 1) esito macroscopico e microscopico dell'endoscopia con biopsia
- 2) esito della stadiazione strumentale della neoplasia
- 3) esito dell'esame istologico su pezzo operatorio
- 4) esito del follow up clinico-strumentale.

La principali differenze riguardano l'agevole accessibilità transanale per l'exeresi endoluminale di polipi anche di grandi dimensioni, la possibilità sottoporre la neoplasia a radioterapia neoadiuvante, con lo scopo di ridurre il tasso di recidive locali, ed il costante intento di eseguire una chirurgia conservativa dell'apparato sfinteriale.

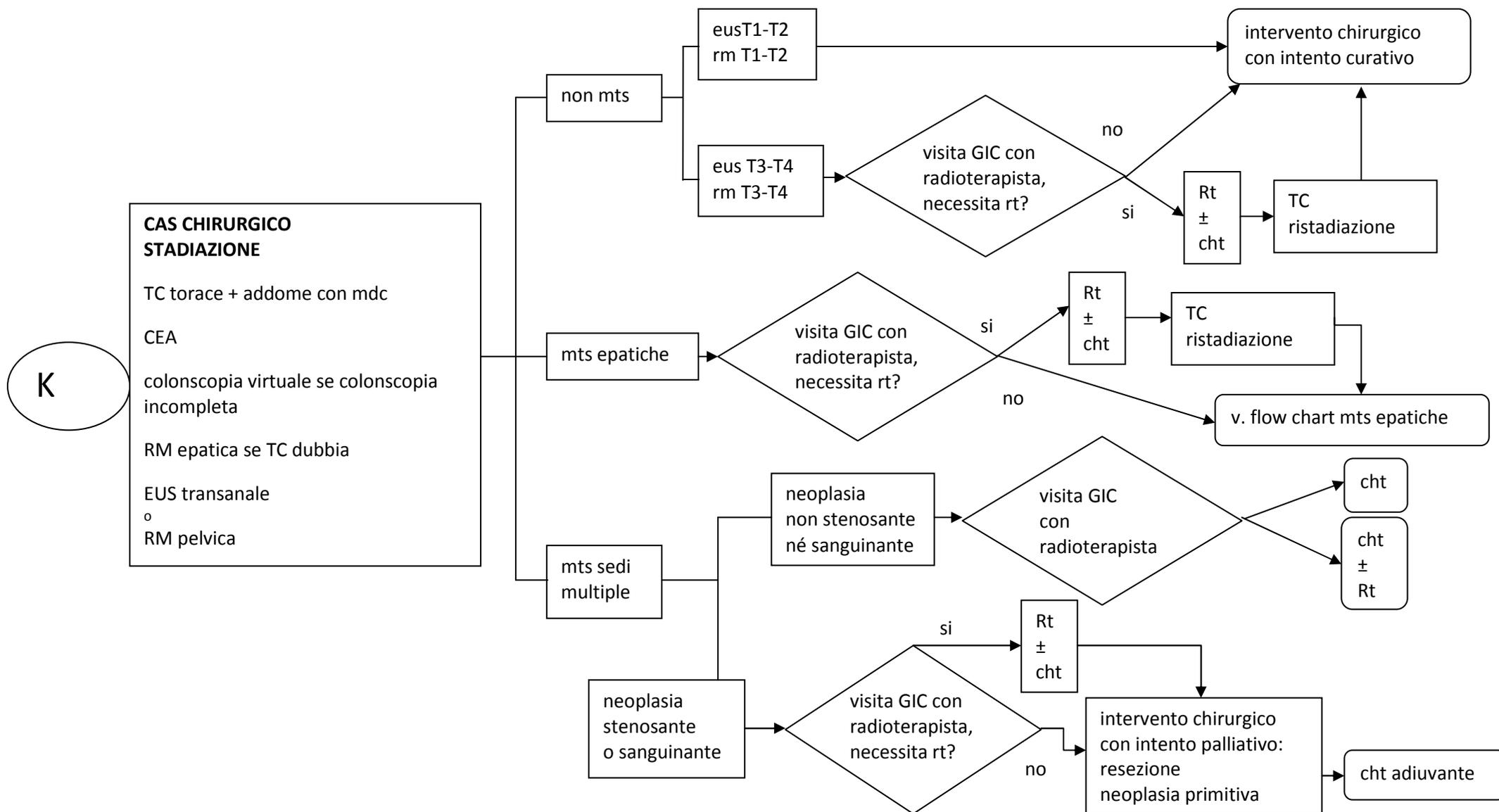
Le seguenti 4 flow charts rappresentano graficamente le opzioni emergenti dai suddetti 4 punti nodali diagnostici e decisionali.

- 1) flow chart endoscopia-biopsia-indicazioni
- 2) flow chart stadiazione-trattamento primario
- 3) flow chart intervento chirurgico-istologico-trattamento secondario
- 4) flow chart recidive al follow up

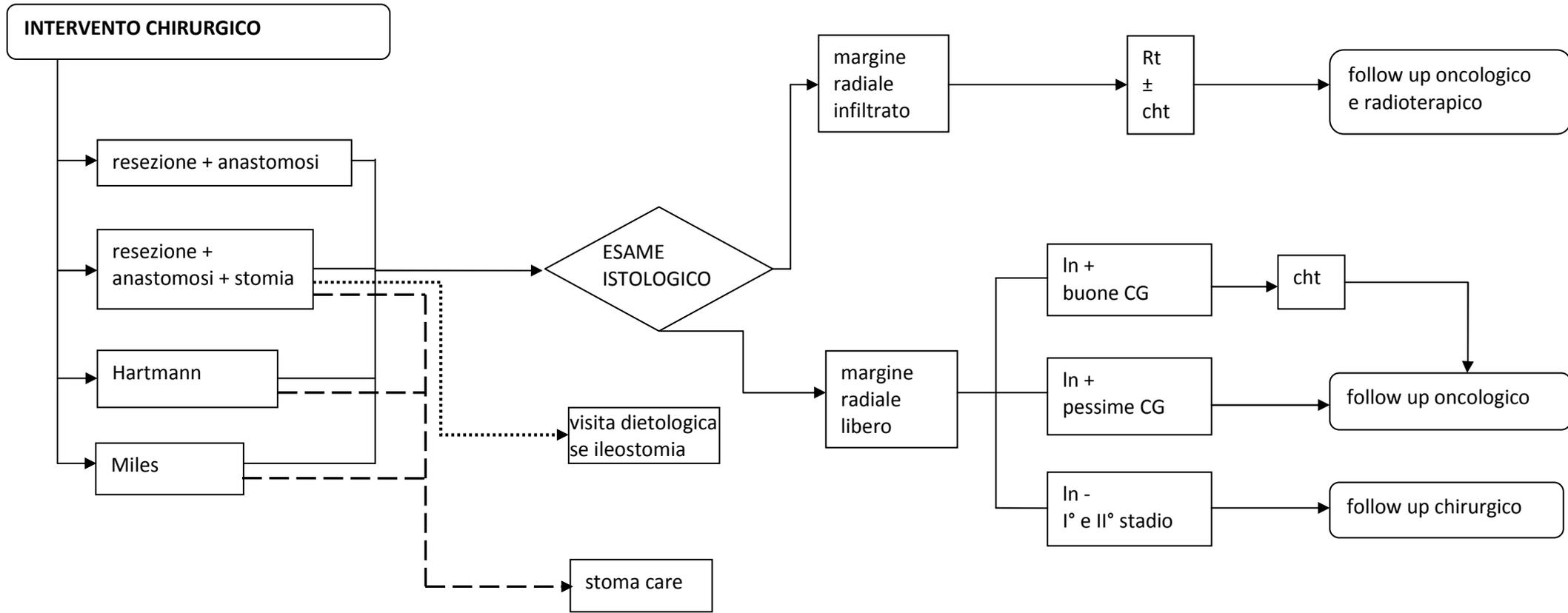
7.3.1 flow chart ENDOSCOPIA-BIOPSIA-INDICAZIONI - RETTO

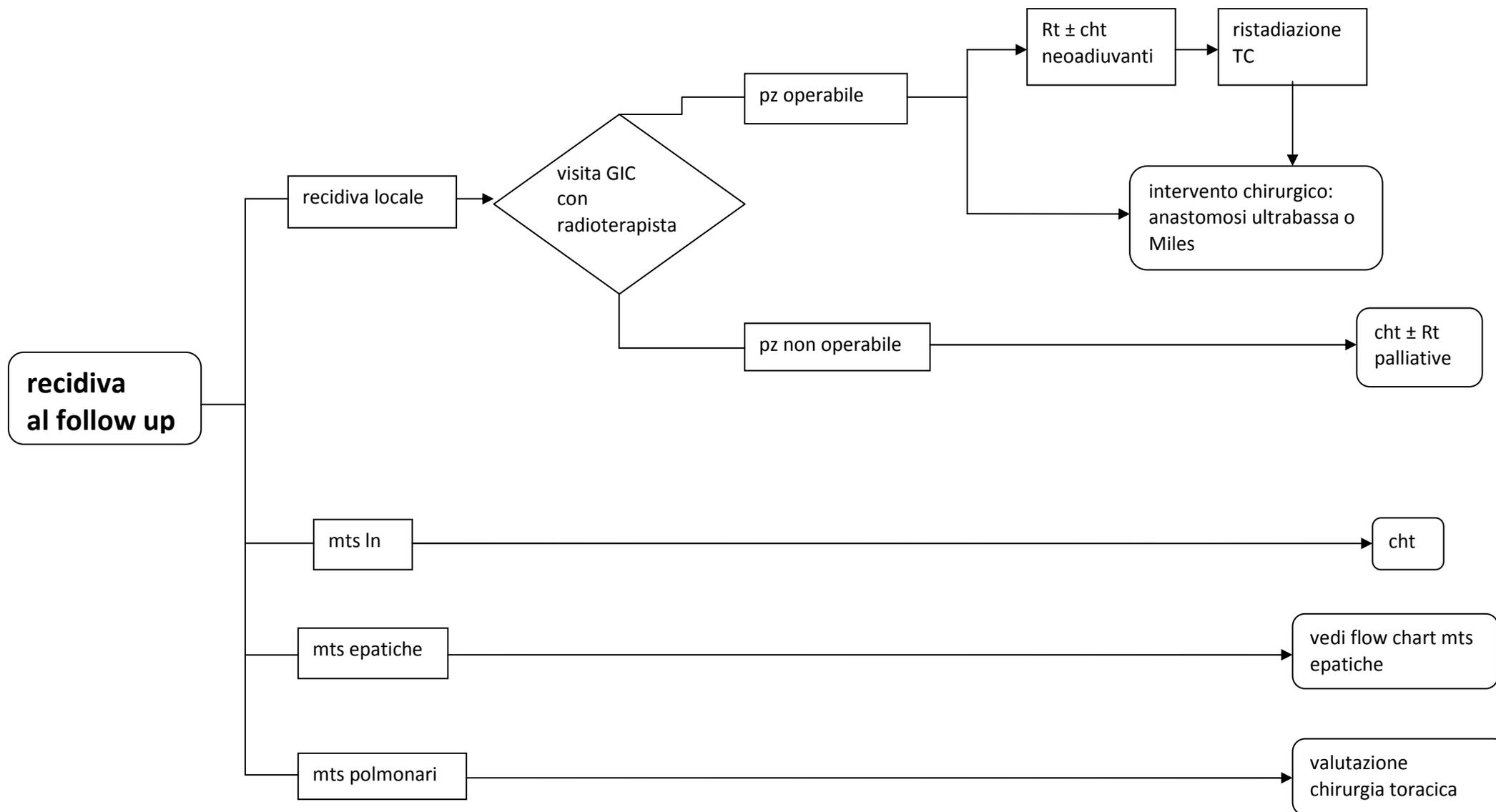


7.3.2 flow chart STADIAZIONE-TRATTAMENTO PRIMARIO - RETTO



7.3.3 flow chart INTERVENTO CHIRURGICO-ISTOLOGICO-TRATTAMENTO SECONDARIO - RETTO





7.4 ENDOSCOPIA

- Indicazioni
- Pazienti sintomatici
- Pazienti a rischio generico
- Pazienti a rischio aumentato
- Assistenza e sedazione
- Screening
- Mucosectomia
- Follow up polipi adenomatosi
- Polipi cancerizzati
- Endoprotesi

Sono presenti ambulatori di endoscopia digestiva nei tre ospedali, attivi tutti i giorni della settimana, in orario mattutino.

7.4.1 Indicazioni alla colonscopia totale

7.4.1.1 pazienti sintomatici

Vi è indicazione ad eseguire la colonscopia totale in tempi brevi (entro un mese dalla prescrizione medica) per i pazienti che presentano:

- sanguinamento colico o rettale in età > 20 anni
- tenesmo
- anemia sideropenica di origine ignota
- massa addominale all'esame obiettivo o rettale all'esplorazione rettale
- alterazioni dell'alvo (stipsi, mucorrea/diarrea, alvo alternante, emissione di scibile nastriformi)
- dolore addominale da causa ignota
- calo ponderale (-10% del peso in 6 mesi)
- riscontro occasionale di massa addominale a ETG o TC eseguita per altri motivi

7.4.1.2 pazienti a rischio generico

Sono i pazienti totalmente asintomatici e senza fattori di rischio genetici né famigliari.

Il rischio cumulativo per cancro del colon-retto è in Italia del 6% ed è sostanzialmente correlato all'età. Diventa rilevante dopo i 50 anni ed il picco di insorgenza della malattia è a 68 anni di età.

Per rischio generico si intende quindi il rischio relativo di una popolazione con età superiore a 50 anni, senza altri fattori di rischio.

Certi gruppi di studio propongono infatti di eseguire la prevenzione secondaria con una colonscopia ogni 4 anni a partire dai 50 anni di età, altri autori, considerando l'aumento dell'incidenza nelle fasce di età più giovanili, consigliano di iniziare con tale prevenzione a 40 anni di età. Tali raccomandazioni di gruppi scientifici sono altra cosa rispetto ai programmi di screening adottati dalle istituzioni sanitarie (questi ultimi sono fondati sul rapporto costo/beneficio, quindi sono indirizzati a quella fascia di popolazione ove è più probabile trovare la neoplasia; le raccomandazioni scientifiche sono volte ad individuare quante più neoplasie possibile e soprattutto precocemente e nella fasce di età più giovani, aumentandone la curabilità e la sopravvivenza globale).

In conclusione, per i pazienti senza sintomi né fattori di rischio, consigliamo una colonscopia ogni 4 anni a partire dai 40 anni di età.

7.4.1.3 pazienti a rischio aumentato

1) sindromi ereditarie

FAP	I pazienti portatori di poliposi adenomatosa famigliare sviluppano CRC nel 100% dei casi, se non sottoposti a proctocolectomia totale preventiva. La diagnosi endoscopica è agevole, poiché la parete di colon, sigma e retto appare
-----	---

	<p>costellata di centinaia di piccoli polipi, prevalentemente peduncolati (criterio diagnostico: > 100 polipi).</p> <p>La trasmissione è autosomica dominante, il gene interessato si chiama APC (Adenomatous Polyposis Coli) ed è coinvolto della proliferazione e migrazione cellulare; quando è colpito da mutazione germinale e l'allele sano smette di sopprimere per mutazione somatica (anche il gene sano APC presenta comunque un punto debole che è la mutation cluster region, zona in cui tendono ad accumularsi mutazioni), compare la malattia.</p> <p>Nel 40-90% dei pazienti sono presenti polipi adenomatosi anche nell'antro gastrico, nel duodeno, nell'ileo terminale, nella regione periampullare: questi ultimi presentano un rischio aumentato di evolvere in carcinomi, pertanto questi pazienti vanno anche sottoposti a periodiche EGDS.</p> <p>I portatori del gene mutato vanno sottoposti a colonscopia ogni 2 anni in assenza di polipi o ogni anno se riscontro di polipi a partire dai 10 anni di età e fino a completo sviluppo corporeo (circa 18 anni di età), quando devono essere sottoposti a proctocolectomia totale con pouch ileale ed anastomosi pouch- anale.</p> <p>Se, per espressa richiesta del paziente e contro il parere dei sanitari, viene lasciata in sede una parte di mucosa colonnare rettale (anastomosi ileo-rettale anziché ileo- anale), tale tratto mucoso a rischio di sviluppare polipi adenomatosi va controllato endoscopicamente ed eventualmente bonificato ogni 6 mesi per tutta la vita.</p>
<p>HNPCC= sindrome di Lynch</p>	<p>Si tratta di pazienti con forte predisposizione a sviluppare CRC in età adulta a causa di una mutazione germinale dei geni del mismatch-repair system (MMRS, sistema di riparazione degli errori di appaiamento del DNA).</p> <p>Quando anche l'allele sano smette di funzionare per mutazione somatica, compare il fenomeno dell'instabilità delle sequenze microsatellitari del DNA, per errori di appaiamento del DNA non riparati.</p> <p>L'ereditarietà è autosomica dominante.</p> <p>Si diagnosticano come portatori di HNPCC i pazienti che rispondono ai criteri di Amsterdam II:</p> <ul style="list-style-type: none"> • almeno 3 parenti con CRC o endometrio, stomaco, uretere, ovaio, ileo • almeno 2 generazioni successive affette • almeno un individuo con diagnosi in età < 50 anni <p>Caratteristiche inoltre della sindrome di Lynch sono anche:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prevalente localizzazione colon dx • tumori colici sincroni o metacroni • frequente associazione con K endometrio, gastrico, ureterale, ovarico, ileale <p>Si consiglia: sorveglianza con colonscopia totale annuale a partire dai 25 anni di età o 5 anni prima del parente più giovane colpito, aspirato endometriale o EUS transvaginale annuale dopo i 25 anni di età.</p>

2) rischio familiare

Nel 10% dei pazienti affetti da CRC è presente una familiarità, poiché i parenti di 1° grado presentano un rischio relativo (RR) di sviluppare la malattia di 3-4 volte rispetto alla popolazione normale.

Si suggerisce pertanto di eseguire controllo colonscopico alle persone che presentino:

- 1 parente di 1° grado affetto da CRC insorto prima dei 50 anni di età (RR 4 volte)
- 2 parenti di 1° grado affetti da CRC (RR 4 volte)
- 1 parente di 1° grado affetto da CRC a qualsiasi età (RR 3 volte)
- 2 parenti di 2° grado affetti da CRC (RR 3 volte)
- 1 parente di 1° grado con polipo adenomatoso (RR 2 volte)

Tali persone dovrebbero eseguire una colonscopia ogni 3 anni a partire dai 40 anni di età o da un'età di 10 anni inferiore all'età di insorgenza del CRC nel parente colpito in età più precoce (es. se il familiare di 1° o di 2° grado colpito in età più giovanile ha manifestato il CRC all'età di 43 anni: i suoi famigliari devono iniziare i controlli colonscopici all'età di 33 anni).

3) RCU

La sorveglianza endoscopica dei pazienti affetti da RCU non si pone tanto l'obiettivo di riscontrare dei polipi adenomatosi, quanto aree di displasia severa o con iniziale cancerizzazione.

L'aumento del rischio di CRC è in relazione alla sede ed alla durata di malattia.

Quando la RCU interessa la porzione anorettale il RR è di 3 volte rispetto alla popolazione normale, ma quando si estende prossimalmente fino alla flessura epatica il RR aumenta fino a 15 volte.

Riguardo la durata di malattia, il rischio di sviluppare CRC comincia ad aumentare dopo 8-10 anni di malattia e si incrementa progressivamente fino al 43% di CRC dopo i 35 anni di malattia.

Ai pazienti con malattia localizzata al colon sinistro si consiglia di eseguire una colonscopia di controllo ogni anno dopo i 15 anni di malattia, mentre nei casi di pancolite tali controlli sono consigliati dopo 8 anni di malattia.

Alla comparsa di CRC il paziente va sottoposto a proctocolectomia totale con pouch ileale ed anastomosi pouch-ale.

Anche in questo caso, come nella FAP, al rifiuto della proctocolectomia totale, rimanendo in sede mucosa colonnare rettale, il paziente va sottoposto a rettoscopia ed ev. polipectomia o mucosectomia ogni 6 mesi per tutta la vita.

4) anamnesi personale di polipi adenomatosi

Il 40% circa dei pazienti che hanno già sviluppato uno o più polipi adenomatosi presenta altri polipi nell'arco di 3 anni dalla polipectomia.

Tali pazienti vanno pertanto sottoposti a follow up, diversificato secondo il riscontro endoscopico, secondo l'esame istologico sulla biopsia e gli eventuali fattori di incremento del rischio.

Nel caso peraltro di polipo singolo, di diametro < 1 cm, tubulare, con displasia lieve o moderata il paziente va sottoposto a colonscopia ogni 3 anni (e non ogni 4 come i pazienti a rischio generico), perché presenta comunque il fattore di rischio di aver già sviluppato un adenoma.

Lo scopo della sorveglianza endoscopica è quello di rimuovere eventuali polipi metacroni, prima che evolvano in carcinomi.

Per l'esposizione dettagliata, si rimanda al capitolo sul follow up dei polipi adenomatosi.

5) anamnesi personale di adenocarcinoma

Il pz segue il follow up oncologico per il tumore già asportato, secondo lo stadio (vedi capitolo 7.17 Follow up)

TABELLA RIASSUNTIVA

Fattori di rischio		1° colonscopia	follow up	intervento	
sintomatici		entro 30 giorni	se colon negativa: ogni 4 anni (salvo rischio aumentato)		
rischio generico		40 anni	ogni 4 anni		
rischio aumentato	sindromi ereditarie	FAP	10 anni	se polipi: ogni anno se negativa: ogni 2 anni	proctocolectomia totale con pouch a 18 anni o alla diagnosi
		HNPCC = sindr Lynch	25 anni (o 5 anni prima rispetto al più giovane con CRC)	ogni anno	quando adenocarcinoma: colectomia subtotale
	rischio familiare		40 anni (o 10 anni prima rispetto al più giovane con CRC)	ogni 3 anni	
	RCU	colon sinistro	dopo 15 anni	ogni anno	quando adenocarcinoma: proctocolectomia totale con pouch
		pancolite	dopo 8 anni	ogni anno	
	anamnesi personale polipi adenomatosi	1 polipo < 1 cm tubulare displasia lieve o moderata	3 anni	ogni 3 anni	
		1÷3 polipi < 1 cm displasia lieve o moderata	1 anno	ogni 3 anni	
		tutti gli altri	3 mesi dopo polipectomia	dopo 1 anno poi ogni 3 anni se clean colon	
	pregresso adenocarcinoma			= follow up oncologico	

7.4.2 Assistenza e sedazione

Viene innanzitutto reperito un accesso venoso periferico con agocannula, quindi si rileva la PA e vengono monitorizzate FC e saturazione di O₂ mediante saturimetro digitale.

Si inizia quindi l'esplorazione endoscopica, introducendo il colonscopio flessibile per circa 15 cm, al fine di valutare l'adeguatezza della preparazione intestinale.

Se il retto si presenta libero da residui fecali, si procede a somministrare per via ev 1 fl di midazolam (15 mg) in bolo lento. Nei pazienti anziani o con gravi comorbidità cardiologiche e/o respiratorie tale dose viene ridotta a ½ fl (7.5 mg).

Nel caso di dolore importante, durante l'esame viene somministrata 1 fl di ketorolac da 30 mg, diluita in 100 cc di soluzione fisiologica.

Al termine dell'endoscopia si somministra una fl di flumazenil da 1 mg diluita in 100 cc di soluzione fisiologica, per antagonizzare l'effetto della benzodiazepina. Per i pazienti a cui è stata somministrata ½ fl di midazolam, è sufficiente ½ fl di flumazenil.

Il paziente viene mantenuto in osservazione in sala d'attesa per circa 20 minuti, prima di lasciare l'endoscopia.

Nel caso di comparsa di crisi vaso-vagale, bradicardia, sanguinamento, importante sindrome dolorosa il paziente viene accompagnato in PS per eseguire gli accertamenti e l'osservazione del caso.

7.4.3 Screening

Le colonscopie di screening vengono eseguite dai chirurghi dei 3 ospedali, ma la gestione del paziente, sia per i successivi controlli che per le eventuali successive cure all'arrivo dell'esame istologico, rimane in carico alla struttura semplice dello screening, il cui responsabile è il Dott. Salvatore Polizzi.

7.4.4 Mucosectomia

In presenza di polipi di diametro superiore ai 2 cm o sessili, riscontrati durante colonscopia o durante rettosigmoidoscopia di screening, se l'aspetto macroscopico depone per possibile cancerizzazione (aree lardacee o necrotiche, friabilità e facile sanguinamento al contatto con la pinza, > 2/3 di circonferenza, fissità sui piani sottomucosi) si tende a non eseguire l'exeresi a frammenti multipli (piecemeal), onde non inficiare l'esito dell'esame istologico. Vi è infatti in questi casi il problema dell'orientamento dei pezzi di exeresi e spesso rimane impossibile escludere l'infiltrazione del peduncolo o misurare il margine profondo libero da neoplasia.

Per tali polipi si eseguono pertanto unicamente delle biopsie e successivamente il paziente viene inviato direttamente ad eseguirne l'asportazione presso endoscopia digestiva con esperienza in mucosectomia.

Il giorno della procedura il paziente viene ricoverato presso la day surgery dell'ospedale di Carmagnola, il trasporto avviene in ambulanza e la dimissione in serata, in assenza di sanguinamento o perforazione intestinale.

7.4.5 Follow up polipi adenomatosi

Nel 40% circa dei pazienti sottoposti a polipectomia endoscopica, si riscontrano altri polipi adenomatosi nell'arco di 3 anni. Tali pazienti vanno quindi controllati nel tempo onde diagnosticare precocemente e rimuovere eventuali polipi metacroni.

La frequenza dei controlli dipende da quanti polipi si sono riscontrati alla prima colonscopia, dalla loro dimensione, dall'esito dell'esame istologico su biopsia e, non da ultimo, dall'eventuale presenza di fattori di rischio famigliari.

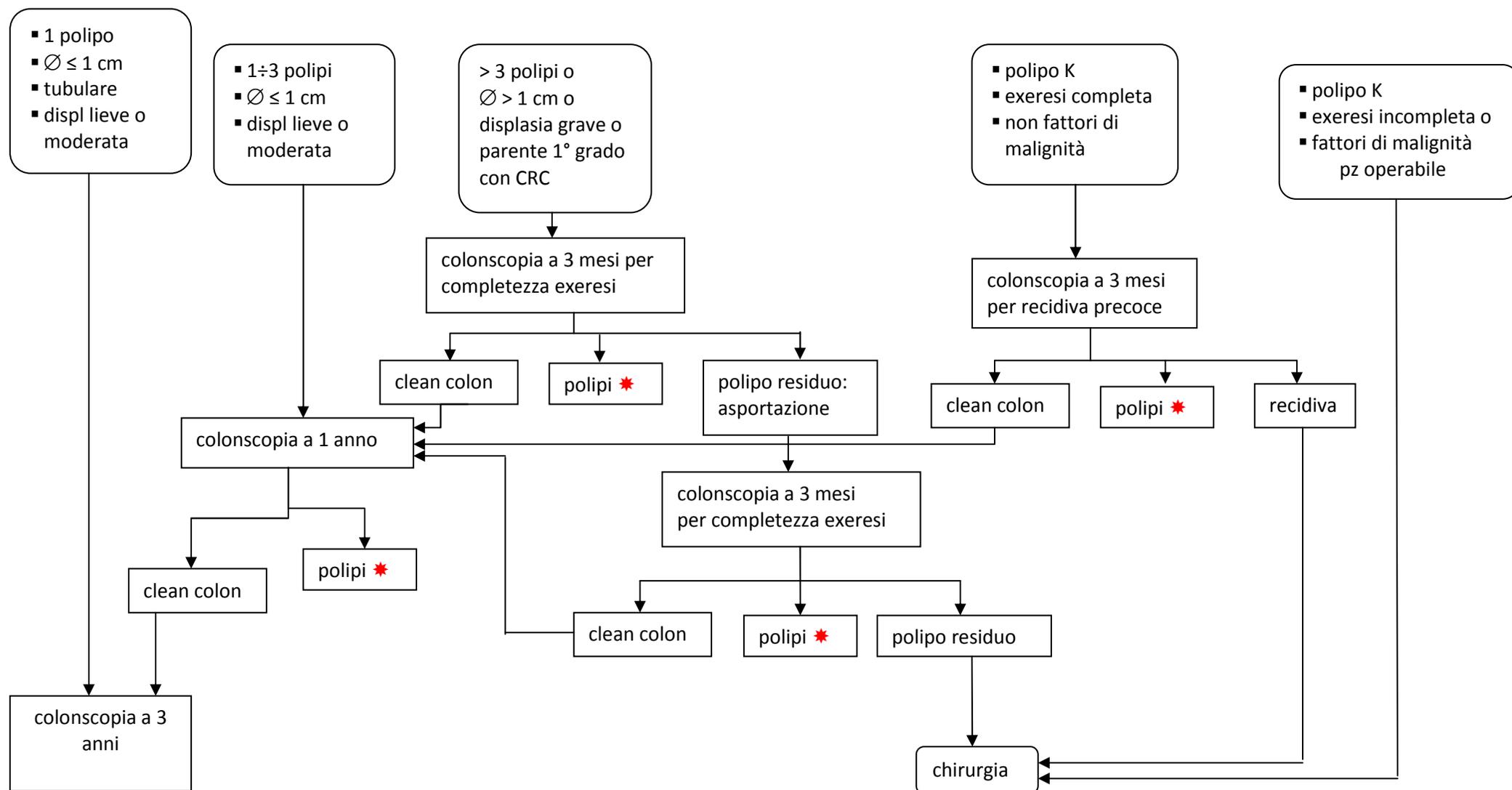
Nello specifico, quando viene riscontrato un unico polipo di diametro < 1 cm, tubulare e non villosa, con displasia lieve o moderata, si consiglia di proseguire con una colonscopia ogni 3 anni. Rispetto ai pazienti a rischio generico, che eseguono una colonscopia ogni 4 anni, tale pz presenta il fattore di rischio di aver già sviluppato un adenoma.

Nel caso in cui i polipi siano da 1 a 3, tutti di diametro < 1 cm e displasia lieve o moderata, tubulari o villosi, si consiglia la colonscopia ad un anno. Se non si riscontrano altri polipi, la successiva a 3 anni.

Quando invece i polipi sono più di 3, oppure anche uno solo presenta diametro > 1 cm o displasia grave, oppure il paziente presenta familiarità, si raccomanda una colonscopia a 3 mesi per controllare la completezza dell'exeresi. Se non vi sono residui adenomatosi nella sede della polipectomia e non sono presenti altri polipi, si può proseguire con una colonscopia ad un anno e, se non si riscontrano nuovi polipi, con la successiva a 3 anni. Qualora invece vi siano residui o ricrescita precoce dell'adenoma asportato, dopo secondo tentativo di asportazione si consiglia ulteriore controllo dopo 3 mesi. A questo punto, se persistono ancora residui di malattia, il paziente va inviato alla chirurgia resettiva. Se invece non vi sono persistenza né recidiva di malattia, si consiglia una colonscopia ad un anno e poi a 3 anni se non vi sono nuovi polipi.

Ovviamente in tutti i controlli, se si riscontrano altri polipi, la decisione sui controlli successivi dipende da quanti sono e dalle loro caratteristiche, esattamente come alla prima colonscopia.

7.4.6 flow chart FOLLOW UP POLIPI ADENOMATOSI

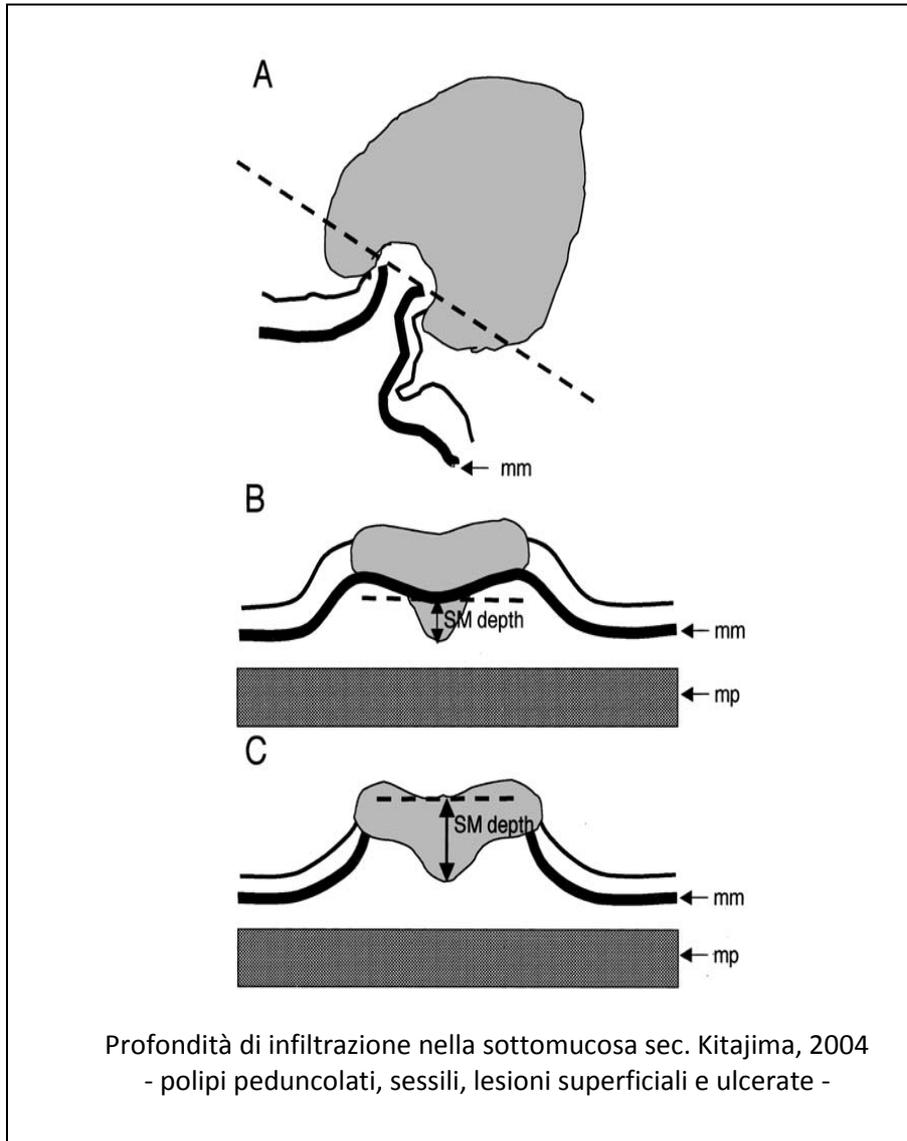


* controlli successivi secondo i polipi riscontrati

7.4.7 Polipi cancerizzati

Nel caso dei polipi cancerizzati, per decidere se il paziente vada sottoposto a resezione chirurgica per radicalizzazione della lesione e/o stadiazione linfonodale, bisogna considerare i seguenti parametri:

- l'exeresi endoscopica si considera completa se il margine libero di resezione è di almeno 1 mm
- solo i polipi classificati istologicamente come pT1m o pT1sm, con profondità di invasione < 3000 µm se peduncolati e < 1000 µm se sessili, hanno lo 0% di mts linfonodali
- sono indici istologici di malignità la scarsa differenziazione, l'infiltrazione linfovaskolare, il budding tumorale di alto grado.



In+ secondo Kitajima

studio retrospettivo multicentrico su 865 pz con adenocarcinoma pT1sm sottoposti a escissione locale poi a chirurgia radicale

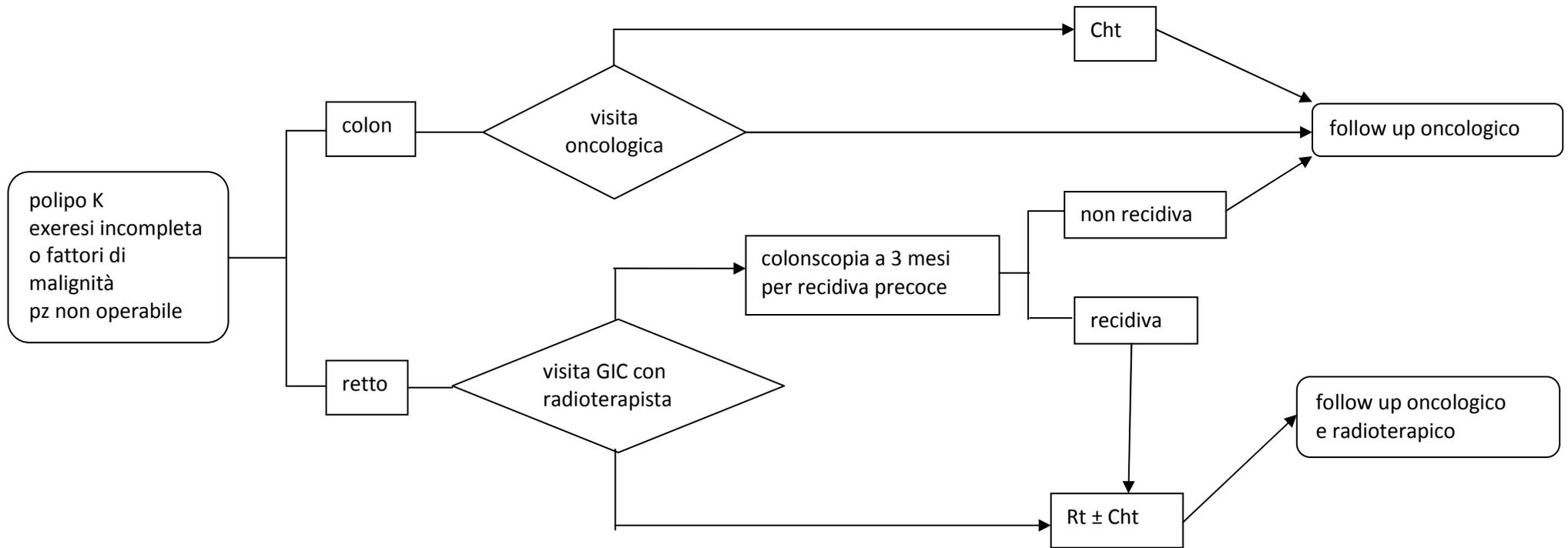
<u>polipi peduncolati</u>	profondità di invasione < 3000 µm	In+ 0%
<u>polipi non peduncolati</u>	profondità di invasione < 1000 µm	In+ 0%

Pertanto solo i polipi cancerizzati sottoposti ad exeresi endoscopica completa, con limitata profondità di invasione nella sottomucosa e senza fattori istologici di malignità possono essere sottoposti a follow up sovrapponibile a quello dei polipi con displasia grave: colonscopia a 3 mesi, per escludere recidiva precoce, poi a 1 anno se non si sono riscontrati recidiva né altri polipi. Il successivo controllo endoscopico può essere eseguito a 3 anni se non si sono riscontrati nuovi polipi. Se un carcinoma pT1 ha recidivato entro i 3 mesi nella sede di exeresi, è consigliabile comunque la resezione chirurgica, poiché la stessa recidiva precoce costituisce un segno di aggressività tumorale. Nel caso di exeresi incompleta (persistenza macroscopica o margine libero < 1 mm) o di presenza di indici istologici di malignità, ogniqualvolta il paziente sia operabile, è consigliabile la resezione chirurgica, sia per il controllo locale che per la stadiazione linfonodale.

Se il paziente non è operabile per elevato rischio anestesiológico o operatorio per comorbidità o per età, nel caso in cui la neoplasia sia localizzata nel colon, l'oncologo valuterà l'eventuale indicazione a cht o a solo follow up.

Se la sede del polipo cancerizzato è invece nel retto, si valuta con il radioterapista l'eventuale indicazione a Rt con o senza Cht concomitante. In assenza di indicazioni Rt e/o Cht, il paziente viene semplicemente seguito al follow up. Se compare di recidiva locale precoce il caso viene discusso con il radioterapista.

7.4.8 flow chart POLIPI CANCERIZZATI - PAZIENTI NON OPERABILI



7.4.9 Endoprotesi

Non è dimostrato un vantaggio nel tasso di complicanze postoperatorie se l'intervento nei pazienti occlusi viene eseguito dopo posizionamento di endoprotesi. A fronte di tale mancanza di beneficio, bisogna sottolineare che solo in mani esperte il rischio di perforazione del colon, durante tale procedura, è accettabile.

Inoltre i chirurghi dell'ASL che eseguono le endoscopie non sono formati sul posizionamento delle endoprotesi, quindi per eseguire tale procedura il paziente dovrebbe essere inviato in ambulanza presso l'endoscopia digestiva di un altro ospedale.

Pertanto, nel caso di occlusione intestinale, inviamo direttamente il paziente ad intervento in urgenza differibile, previa reidratazione e riequilibrio idroelettrolitico.

7.5 EREDITARIETÀ - VALUTAZIONE GENETICA

Vengono inviati a consulenza genetica presso la Genetica Medica dell'ospedale Molinette - Città della Salute - di Torino i pazienti che presentino caratteristiche endoscopiche di poliposi famigliari, neoplasie sincrone del colon oppure che presentino i criteri di Amsterdam II per l'HNPCC o con famigliari di 1° o 2° grado affetti da CRC in età inferiore ai 50 anni.

7.6 CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI - CAS

7.6.1 CAS oncologico

Il centro accoglienza e servizi (CAS) oncologico è ubicato nella struttura complessa di oncologia e viene gestito da un oncologo e da un'infermiera dedicata. I pazienti vi possono accedere con impegnativa mutualistica per "visita oncologica" o per "visita CAS", previa prenotazione telefonica. La prenotazione degli eventuali esami di staging, sia da eseguirsi all'interno dell'azienda che in centri convenzionati, viene eseguita attraverso il DH oncologico, con via preferenziale e tempi di attesa ridotti.

Dopo eventuale chemioterapia neoadiuvante e dopo aver affidato il paziente alle cure specialistiche indicate (radioterapia, intervento chirurgico), riprende in carico il paziente qualora necessiti di chemioterapia adiuvante e/o di follow up oncologico (III e IV stadio).

7.6.2 CAS chirurgico

I pazienti reclutati attraverso l'endoscopia vengono invece seguiti dal CAS chirurgico, che esegue le prenotazioni per gli esami stadiativi in regime di precovero, con le richieste interne del reparto di chirurgia. I pazienti possono inoltre accedere al CAS chirurgico con impegnativa mutualistica per "visita chirurgica per sospetta neoplasia coloretale", qualora il curante formuli tale sospetto clinico, usufruendo quindi delle vie preferenziali di prenotazione degli accertamenti, mediante impegnative multiproposta intra-aziendali.

Qualora alla diagnostica stadiativa, appaiano indicate cure diverse da quella chirurgica (come trattamenti preliminari alla chirurgia o alternativi per palliazione) il paziente viene affidato al CAS oncologico. Se invece la chirurgia appare indicata quale primo atto terapeutico, il paziente viene inviato al CAS oncologico solo se all'esame istologico definitivo appare essere in III o IV stadio. Per gli stadi iniziale viene affidato al follow up chirurgico.

7.7 STADIAZIONE RADIOLOGICA

La stadiazione locale e delle eventuali lesioni a distanza viene eseguita con TC spirale quadrifasica di torace e addome con mezzo di contrasto, sia per le neoplasie del retto che del colon.

Nei casi con lesioni epatiche dubbie, si richiede una TC-PET presso una struttura esterna all'ASL, accreditata e convenzionata. Tale esame viene anche richiesto nel caso di sospette recidive locali al follow up, nel caso in cui la TC con mdc non sia dirimente sulla natura delle lesioni.

Per pazienti allergici al mdc, viene comunemente eseguita una TC basale, e successivamente una TC-PET.

Per quanto riguarda le neoplasie rettali, a seconda della consulenza radioterapica, può essere richiesta o una RM del pavimento pelvico o una EUS transanale, per valutare l'estensione locoregionale sia in senso longitudinale che radiale. La RM, non essendo disponibile nell'ASL, viene richiesta presso strutture diagnostiche accreditate e convenzionate. L'EUS presso ambulatori proctologici dell'ospedale Molinette di Torino o dell'Ospedale Mauriziano di Torino.

La colonscopia virtuale completa lo studio del colon nei pazienti con lesione stenosante, in cui l'endoscopio non abbia potuto valicare la neoplasia. Fino ad alcuni mesi orsono tale esame veniva richiesto all'IRCC di Candiolo, ultimamente viene eseguito presso la radiologia dell'ospedale Maggiore di Chieri. Durante l'acquisizione delle immagini TC per la colonscopia virtuale, è possibile anche ottenere uno studio accurato del fegato e dei linfonodi addominali, per cui tale esame, se eseguito, sostituisce anche la TC addome con mdc.

7.8 CHIRURGIA

7.8.1 Accertamenti preoperatori

Gli accertamenti di stadiazione tumorale sono:

- colonscopia totale con biopsia
- completamento con colonscopia virtuale se colonscopia incompleta
- TC torace e addome quadrifasica con mezzo di contrasto (eccetto che sia stata eseguita contestualmente alla colonscopia virtuale)
- PET-TC se esito dubbio alla TC con mdc
- EUS transanale o RM pelvica con bobina transrettale per neoplasie del retto
- CEA

Gli accertamenti preoperatori, per la valutazione del rischio operatorio e del rischio anestesilogico, sono:

- anamnesi accurata
- ematochimici con emocromo, elettroliti, funzionalità epatica, renale, tests coagulativi, CK per escludere l'ipertermia maligna
- ECG
- (Rx torace non si esegue più da quando si esegue la TC torace per stadiazione tumorale)
- prove di funzionalità respiratoria nei pazienti affetti da BPCO, obesità grave o sottoposti a lobectomia o pneumonectomia
- ev. accertamenti specialistici se richiesto dall'anestesista (ecocardiogramma, visita cardiologica, visita pneumologica o altro)

7.8.2 Preparazione intestinale

Emicolectomia destra, emicolectomia sinistra, resezione del sigma, amputazione addominoperineale del retto secondo Miles:

- dieta senza scorie per 5 giorni (ammessi i carboidrati)
- il giorno precedente dieta senza scorie e senza carboidrati; assumere Onligol 1 bustina sciolta in una bevanda (acqua, succo di frutta liquido, té, tisana, brodo) per 3 volte (in totale 3 buste); bere 2 litri di acqua durante la giornata
- la sera precedente eseguire un clistere evacuativo

Resezione anteriore del retto:

- dieta senza scorie per 5 giorni (ammessi i carboidrati)
- il giorno precedente dieta liquida; assumere Isocolan 2 buste sciolte in 1 litro d'acqua per 3 volte (in totale 6 buste)

7.8.3 Profilassi antibiotica

- a) Per interventi in elezione, con apertura controllata del colon, l'intervento viene classificato **in classe di contaminazione 2b**, pertanto l'antibiotico viene somministrato per via endovenosa per 24 ore. Come da protocollo aziendale, **l'antibiotico di scelta è cefoxitina** alla dose di 2 g, da ripetere in sala operatoria se l'intervento dura più di 3 ore. **Per i pazienti allergici a cefoxitina, si opta per gentamicina 120 g + metronidazolo 500 mg** all'induzione e successivamente **gentamicina 80 mg e metronidazolo 500 mg**.

- b) Per interventi in cui ci sia contaminazione fecale (**classe 3**) o eseguiti in urgenza per occlusione (**classe 3**) o in pazienti con importanti fattori di rischio (diabete, obesità, età > 75 anni), la profilassi viene eseguita con **cefoxitina 2 g + metronidazolo 500 mg all'induzione e ogni 8 ore per 4 giorni**. Anche in questo caso è necessaria una seconda somministrazione in sala operatoria se l'intervento dura più di 3 ore.
- c) In presenza di perforazione del colon e peritonite stercoracea, localizzata o diffusa, l'intervento è ovviamente classificato di **classe 4**, pertanto la terapia con **cefoxitina + metronidazolo** viene proseguita fintantoché persistono segni obiettivi, emodinamici o ematochimici di sepsi. Alla stessa classe di contaminazione 4 appartiene il cosiddetto "cancro-ascesso", neoplasia di IV stadio con perforazione che da adito a raccolta ascessuale capsulata, coinvolgente o meno organi vicini o semplicemente coperta da omento.
- d) Nel caso di reinterventi per deiscenze anastomosi, quindi con peritonite stercoracea in pazienti già trattati con precedente profilassi antibiotica, le linee guida aziendali prevedono la somministrazione di **piperacillina-tazobactam 4.5 g ogni 6 ore per almeno 5 giorni** e comunque finché persistono segni emodinamici o ematochimici di sepsi.

Il protocollo aziendale è ovviamente puramente indicativo ed orientativo: variazioni alla terapia antibiotica vengono comunemente applicate in caso di infezioni clinicamente resistenti agli antibiotici sopra indicati, preferibilmente in presenza di esami culturali ed antibiogrammi dirimenti.

7.8.4 Profilassi antitromboembolica

Nei pazienti portatori di neoplasie del colon-retto la profilassi anti-tromboembolica viene sempre eseguita con **EBPM sc a partire dalla sera precedente il giorno dell'intervento**.

In ogni paziente esistono infatti almeno due importanti fattori di rischio: la presenza di neoplasia maligna e l'intervento di chirurgia maggiore in sede addominopelvica.

Per i dosaggi e la durata del trattamento si rimanda al protocollo di tromboprofilassi perioperatoria aziendale.

Occorre sottolineare che per i **pazienti operati in urgenza non differibile** (occlusione grave, perforazione con peritonite stercoracea), si somministra **l'Arixtra 12 ore dopo l'intervento e successivamente ogni 24 ore**. Tale farmaco infatti è l'unico per cui è riportata una protezione adeguata contro la tromboembolia anche in assenza di una somministrazione preoperatoria.

7.8.5 Procedure infermieristiche di sala operatoria

All'arrivo al rullo passamalati della sala operatoria, il paziente viene identificato, viene presa in consegna la sua cartella clinica dagli infermieri professionali. Il paziente viene informato delle procedure preliminari a cui sarà sottoposto (posizionamento sul lettino operatorio, reperimento accesso venoso e arterioso, posizionamento cateterino peridurale, posizionamento elettrodi per ECG e saturimetro, trattamento con ossigeno e successivamente con gas anestetici), mentre viene compilata la check list di sala operatoria.

Dopo l'induzione della narcosi, vengono posizionati il catetere vescicale, il SNG, il CVC se necessario ed il tappeto riscaldatore su torace e braccia del paziente.

Durante l'intervento viene compilata una lista del materiale fornito alla strumentista, con particolare riguardo a batuffoli, garze e telini (tutti con filo radiopaco), aghi per suture, aghi cavi, bisturi, cannule per aspirazione, drenaggi. La lista del materiale fornito sul campo e reso agli infermieri di sala viene controllata e firmata dallo strumentista e dall'infermiere di sala operatoria a fine intervento.

Viene inoltre tenuto un registro ove ogni giorno sono elencati i pezzi operatori asportati negli interventi, corredati dei dati del paziente. In tale registro viene annotata la consegna al personale incaricato del trasporto presso l'anatomia patologica.

Negli interventi in laparoscopia il personale di sala operatoria si occupa anche della registrazione (VHS o DVD) dell'intervento, che viene conservata fino alla dimissione del paziente.

7.8.6 Tecnica chirurgica

1. *in laparotomia*

SEDE NEOPLASIA	INTERVENTO
neoplasie del cieco, colon destro, flessura epatica	emicolectomia destra con incisione mediana sovra-sottombelicale o incisione trasversa in fianco destro
neoplasie del trasverso	emicolectomia destra allargata con incisione mediana sovra-sottombelicale
neoplasie della flessura splenica, del colon discendente, neoplasie del sigma	emicolectomia sinistra con incisione xifopubica
neoplasie del giunto sigma-retto, del retto sovra e sottoperitoneale	resezione anteriore del retto con anastomosi secondo Knight Griffen con incisione xifo-pubica in questo caso può essere associato il confezionamento di ileostomia di protezione in presenza di fattori di rischio di deiscenza (anastomosi ultrabassa, paziente denutrito o con pessima perfusione tissutale per comorbidità, obesità patologica, intervento in urgenza per peritonite stercoracea da perforazione)
neoplasie del retto basso a meno di 4 cm dal margine anale	amputazione addominoperineale del retto secondo Miles con incisione mediana xifopubica ed incisione perineale
neoplasie del colon sinistro o sigma o retto in urgenza, in presenza di gravissime comorbidità, malattia neoplastica localmente avanzata con carcinosi peritoneale	resezione del colon sinistro + sigma o sigma o sigma + retto secondo Hartmann con incisione sovra ombelico-pubica e colostomia terminale definitiva

2. *in laparoscopia*

SEDE NEOPLASIA	INTERVENTO
neoplasie del cieco, colon destro, flessura epatica	emicolectomia destra con anastomosi extracorporea e relativa incisione trasversa di 10 cm in fianco destro
neoplasie della flessura splenica, del colon discendente, neoplasie del sigma	emicolectomia sinistra video assistita con incisione ombelico pubica per estrazione del pezzo operatorio e posizionamento della testina della suturatrice per anastomosi trans anale sec. Knight Griffen
neoplasie del giunto sigma-retto, del retto sovra e sottoperitoneale	resezione anteriore del retto video assistita con incisione ombelico pubica per estrazione del pezzo operatorio e posizionamento della testina della suturatrice per anastomosi trans anale sec. Knight Griffen in questo caso, anche con approccio laparoscopico, può essere indicato il confezionamento di ileostomia di protezione, per le stesse ragioni elencate per l'accesso laparotomico

7.8.7 Atto operatorio

L'atto operatorio contiene, oltre ai dati identificativi del paziente e dell'intera équipe operatoria, la diagnosi completa: si riportano l'esito dell'esplorazione addominale, la descrizione della neoplasia e dell'eventuale metastatizzazione per continuità, per contiguità e a distanza. Dopo descrizione delle fasi demolitiva e ricostruttiva, viene infine riportata la presenza di CV, SNG, drenaggi, cateterino peridurale.

In dettaglio le voci da riportare nell'atto operatorio, che potranno essere utili a qualunque successiva rivalutazione chirurgica, oncologica o radioterapica del paziente, sono le seguenti:

- 1) ascite
- 2) carcinosi peritoneale
- 3) mts epatiche
- 4) dimensione della neoplasia primitiva
- 5) per il retto: cm dal margine anale
- 6) capsula integra o discontinua con ascesso (cancro-ascesso)
- 7) neoplasia adesa alle strutture circostanti o mobile
- 8) infiltrazione di organi vicini (vescica, utero, ovaio, prostata, ureteri, muscolo ileopsoas, ileo)
- 9) In del meso o dell'asse lomboaortico palpabili
- 10) livello di legatura e sezione dei vasi
- 11) livello resezione prossimale
- 12) livello resezione distale
- 13) ev. resezioni di organi infiltrati associate
- 14) ev. biopsia di nodi di carcinosi peritoneale
- 15) ev. metastasectomia o biopsia epatica
- 16) ev. esito di esame istologico estemporaneo al congelatore eseguito
- 17) tecnica di anastomosi (manuale/meccanica ed ev. suturatrici automatiche utilizzate)
- 18) tipo di anastomosi (T-T, L-L isoperistaltica o antiperistaltica, T-L, L-T)
- 19) esito prova pneumatica per controllo della tenuta dell'anastomosi
- 20) ev. persistenza di tessuto neoplastico non asportabile (resezione R2)
- 21) ev. applicazione di clips in titanio come repere per Rt su tessuto neoplastico residuo
- 22) per il retto: distanza dell'anastomosi dal margine anale

7.8.8 Controllo del dolore

Nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in elezione ed anche in urgenza ogniqualvolta sia possibile, previa informazione e consenso del paziente, viene posizionato un cateterino peridurale per analgesia nello spazio fra la 11^a e la 12^a vertebra toracica (T11-T12).

Tale accesso viene poi collegato ad **elastomero two-days**, contenente **ropivacaina ed oppiacei** a seconda della tipologia e dell'età del paziente. Tale elastomero, in caso di persistenza di dolore oltre i 2 giorni, può essere ricaricato per ulteriori 2 giorni. Si specifica che tale tipo di analgesia controlla il dolore, senza abolire la reazione peritoneale di difesa nel caso di complicanze (peritoniti) postoperatorie, mantenendo pertanto significativo l'esame obiettivo addominale nel postoperatorio.

In associazione si prevede la somministrazione di farmaci ev secondo necessità (per es. paracetamolo 1gr ogni 8 ore, antiemetici).

Se vi sono controindicazioni all'analgesia peridurale (quali turbe della coagulazione, malattie neurologiche, alterazioni morfologiche importanti della colonna vertebrale ed altre), l'analgesia viene eseguita interamente per via ev, con posizionamento di elastomero (contenente oppiacei e FANS) e somministrazioni di paracetamolo a orario (1g ogni 8 ore).

In cartella clinica è presente una scheda di valutazione del dolore, che si riporta negli allegati.

7.8.9 Idratazione e nutrizione postoperatorie

Normalmente i pazienti in buono stato di nutrizione ed operati in elezione necessitano unicamente di idratazione postoperatoria per circa 4 giorni, quando riprende la canalizzazione intestinale e possono iniziare l'idratazione orale ed il giorno seguente la dieta leggera.

Pertanto l'idratazione postoperatoria viene realizzata con le sacche "Peri-2000", a contenuto bilanciato di elettroliti e con glucosio al 2,75%. Tale concentrazione di glucosio viene ben tollerata abitualmente anche dai pazienti con intolleranza glicidica o con DMNID in trattamento con ipoglicemizzanti orali, senza la necessità di somministrazione di insulina ev.

Solo nel caso di pazienti con grave denutrizione per neoplasia avanzata e/o stenotante, per di più spesso operati in urgenza, vi è indicazione a NPT con le sacche nutrizionali complete, tipo "Oliclinomel". In tal caso, già durante la

stessa narcosi, l'anestesista posiziona un catetere venoso centrale in giugulare o in succlavia. Tali pazienti necessitano di somministrazione contemporanea di insulina ev, con dosaggi variabili a seconda delle glicemie, che vengono controllate inizialmente ogni 2 ore.

Ogni paziente riceve la profilassi antisecretiva gastrica con IPP ev.

7.8.10 Fast track

Il "percorso rapido" nella gestione delle neoplasie del colon-retto prevede una preparazione intestinale meno aggressiva e più prolungata nel tempo, una ripresa in 1° giornata postoperatoria dell'assunzione di liquidi per os (bevande zuccherate), l'abolizione del posizionamento del SNG, una precoce rimozione del CV (in 1° giornata) e dei drenaggi addominali (in 2° giornata) se posizionati.

Contestualmente si inizia a far deambulare il paziente, con assistenza ed appoggio, a circa 12 ore dall'intervento.

In 2° o 3° giornata il paziente può riprendere l'alimentazione orale con dieta leggera, anche se non canalizzato alle feci, ed in 4° giornata può essere dimesso.

Al domicilio l'assistenza deve però essere proseguita dal MMG con visite una o due volte al giorno ed eventuali ematochimici al domicilio, onde diagnosticare precocemente le possibili complicanze (deiscenza anastomosi con peritonismo, infezioni superficiali o profonde del sito chirurgico, ritenzione o infezioni urinarie, infezioni respiratorie, TVP). I chirurghi ospedalieri devono lasciare un numero di telefono a cui siano sempre contattabili (nel nostro caso il PS di chirurgia) per consigli telefonici o per organizzare la rivalutazione clinica o strumentale urgente del paziente.

Tali procedure di fast-track sono applicabili in pazienti selezionati secondo le condizioni generali, le comorbidità, lo stadio della neoplasia e la disponibilità e la formazione del MMG a seguire in modo ravvicinato il paziente dopo la dimissione.

Tali requisiti costituiscono purtroppo delle limitazioni importanti relativamente alla nostra casistica, poiché i pazienti sono spesso anziani e con comorbidità importanti.

La percentuale di neoplasie avanzate è tutt'ora prevalente rispetto alle neoplasie iniziali, tanto che molti pazienti giungono in PS per subocclusione o occlusione e vengono operati in urgenza o urgenza differita.

Inoltre sono necessari incontri con i MMG per individuare coloro interessati ad un tale rapporto di collaborazione, che comporta per gli stessi un inizialmente un training e successivamente un maggior carico di lavoro.

Contemporaneamente però per i pazienti l'applicazione del fast track comporta una più rapida ripresa delle normali attività della vita quotidiana e di relazione e dell'attività lavorativa, la minor esposizione a microrganismi nosocomiali.

Per l'ASL l'applicazione di tale protocollo comporterebbe un più rapido turn over dei ricoveri in chirurgia e quindi una maggior efficienza del sistema, compatibilmente ovviamente con la disponibilità delle sale operatorie.

7.9 ANATOMIA PATOLOGICA

7.9.1 TMN

7th edition, 2009

Tis	carcinoma in situ: intraepiteliale o invasione della lamina propria
T1	invade la sottomucosa
T2	invade la muscolare propria
T3	invade la sottosierosa o i tessuti perirettali (dove non c'è sierosa)
T4	invade direttamente altri organi o strutture e/o perfora il peritoneo viscerale
T4a	perfora il peritoneo viscerale
T4b	invade direttamente altri organi o strutture
N1	metastasi in 1-3 ln regionali
N1a	1 ln
N1b	2-3 ln
N1c	satelliti nella subsierosa, senza ln regionali
N2	metastasi in 4 o più ln regionali
N2a	4-6 ln
N2b	7 o più ln
M1	metastasi a distanza
M1a	un organo
M1b	più di un organo o peritoneo

7.9.2 Stadi

Stadio 0	Tis	N0
Stadio I	T1, T2	N0
Stadio II	T3, T4	N0
Stadio IIA	T3	N0
Stadio IIB	T4a	N0
Stadio IIC	T4b	N0
Stadio III	Any T	N1-2
Stadio IIIA	T1, T2	N1
	T1	N2a
Stadio IIIB	T3, T4a	N1
	T2-T3	N2a
	T1-T2	N2b
Stadio IIIC	T4a	N2a
	T3-T4a	N2b
	T4b	N1-2

Stadio IV	ogni T	ogni N	M1
Stadio IVA	ogni T	ogni N	M1a
Stadio IVB	ogni T	ogni N	M1b

Stadi - tavola sinottica:

	N0	N1/1c	N2a	N2b	M1a	M1b
T1	I	IIIA	IIIA	IIIB	IVA	IVB
T2	I	IIIA	IIIB	IIIB	IVA	IVB
T3	IIA	IIIB	IIIB	IIIC	IVA	IVB
T4a	IIB	IIIB	IIIC	IIIC	IVA	IVB
T4b	IIC	IIIC	IIIC	IIIC	IVA	IVB

7.9.3 Refertazione

Si riportano qui di seguito le raccomandazioni per la refertazione formulate dalla Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta nel 2012, che coincidono con il modello di refertazione da tempo utilizzato dall'anatomia patologica dell'ASL TO5.

La refertazione anatomopatologica dei reperti chirurgici di carcinoma colo rettale (CRC) è di fondamentale importanza per determinare la prognosi e pianificare il trattamento del singolo paziente. Inoltre è importante identificare i tumori ereditari e quelli responsivi a specifiche nuove terapie.

Si elencano i parametri patologici irrinunciabili nel referto: siccome vi è chiara evidenza che l'uso di checklists migliora significativamente lo standard di refertazione del CRC, il loro utilizzo è fortemente raccomandato, come già indicato nel PDTA regionale del carcinoma coloretale attualmente in uso.

Istotipo

I tipi istologici dovrebbero essere valutati secondo la Classificazione WHO 2010 come segue:

- Adenocarcinoma
- Adenocarcinoma mucinoso (>50% della lesione)
- Adenocarcinoma a cellule ad anello con castone (>50% delle cellule)
- Carcinoma a cellule squamose
- Carcinoma adenosquamoso
- Carcinoma midollare
- Adenocarcinoma serrato
- Adenocarcinoma cribriforme, tipo comedonico
- Adenocarcinoma micropapillare
- Carcinoma indifferenziato
- Carcinoma a cellule fusate

Grado di differenziazione

Sebbene diversi sistemi di grading siano applicabili (ben differenziato, moderatamente differenziato, scarsamente differenziato, indifferenziato; grado 1-4) è raccomandabile la distinzione in due categorie:

- basso (ben e moderatamente differenziato)
- alto (scarsamente differenziato, indifferenziato) grado.

Il grading dovrebbe essere basato sulla valutazione dell'area peggiorativa, indipendentemente dalla sua estensione, escludendo dalla valutazione il margine di avanzamento tumorale.

Il grading si applica esclusivamente per gli istotipi: Adenocarcinoma NAS e mucinoso, essendo le altre varianti morfologiche associate ad un loro specifico comportamento prognostico, correttamente precisabile soprattutto se associato alla determinazione dello stato di instabilità micro-satellitare (carcinoma midollare).

Profondità di invasione e stadiazione

La profondità di invasione è valutata come componente pT del sistema TNM e come misura in mm del superamento del bordo esterno della tonaca muscolare propria nel caso di infiltrazione sottosierosa.

La classificazione TNM include nella categoria pTis sia il carcinoma in situ che quello intramucoso: siccome entrambe queste lesioni non hanno potenziale metastatico, è preferibile evitare sia il termine carcinoma che la stadiazione pTis, ed includerle sotto la dizione di neoplasia mucosa oppure di displasia di alto grado, eventualmente precisando la loro categorizzazione secondo la classificazione di Vienna rivisitata.

Stanti le significative differenze tra le varie edizioni del TNM, che possono determinare la migrazione di stadio di una lesione, è mandatario che l'edizione a cui si fa riferimento venga indicata nel referto: a fini pratici è tuttavia auspicabile l'adozione della versione più aggiornata (7°).

Margini di resezione

Devono essere valutati i margini di resezione prossimale, distale, circonferenziale, mesocolico, tenendo conto che:

- i margini distale e prossimale sono eccezionalmente interessati quando il bordo tumorale giunga a più di 2 cm, a meno che il carcinoma non sia scarsamente differenziato
- il margine radiale (circonferenziale) è il fattore predittivo di ricorrenza più efficace nel carcinoma rettale ed è considerato positivo se tessuto tumorale (anche in forma di emboli intravascolari, metastasi linfonodali, depositi secondari) è ad 1 mm o meno dalla superficie non peritonealizzata.

Deve essere valutato macro- (completo, quasi completo, incompleto) e microscopicamente (e definito R1 / R2 se interessato) anche per i segmenti colici incompletamente peritonealizzati: cieco, colon ascendente e discendente. Per la corretta valutazione, la sezione del reperto deve avvenire secondo tagli paralleli e trasversali, condotti ortogonalmente al maggior asse del segmento intestinale attraverso la superficie non peritonealizzata e previamente inchiostrata. È previsto un campionamento limitato alle aree macroscopicamente sospette della superficie non peritonealizzata ed a quelle (generalmente coincidenti con le prime) di maggiore prossimità del tessuto neoplastico ad essa.

Linfonodi regionali

Vengono riportati il numero di linfonodi metastatici ed il numero totale di linfonodi esaminati. L'esame istologico di un reperto di linfadenectomia comprende normalmente almeno 12 linfonodi: se i linfonodi sono negativi, anche se < 12, il tumore viene classificato N0.

Il numero medio di linfonodi reperiti in una serie di dissezioni è considerato, ed utilizzato, come indicatore di qualità del trattamento del CRC e dovrebbe essere compreso tra 12 e 15, escludendo i reperti da pazienti trattati con terapia neoadiuvante.

Allo stato attuale delle conoscenze non vi sono evidenze per considerare e categorizzare separatamente micrometastasi (pN+) ed ITC (pN-) nel CRC: la loro esplicitazione nel referto è pertanto opzionale.

Invasione vascolare

Deve essere segnalato nel referto istopatologico il rilievo di invasione linfo-vascolare intramurale ed è obbligatorio il riconoscimento dell'invasione dei grossi vasi venosi extramurali.

Budding tumorale

Può essere riportato come negativo/positivo o basso/alto grado fino a quando non verrà identificato un metodo elettivo di valutazione. Il metodo impiegato deve comunque essere specificato.

Fattori istologici prognostici addizionali

Invasione perineurale, pattern di crescita, infiltrazione linfocitaria al bordo di avanzamento tumorale, TIL, reazione tipo Crohn e superamento della lamina elastica peritoneale (ELI) non sono comunemente impiegati in ambito clinico o in corso di validazione: la loro esplicitazione nel referto è pertanto opzionale.

Risposta alla terapia neoadiuvante

La chemio e la radioterapia preoperatoria per il cancro del retto inducono regressione tumorale e downstaging del tumore. Quest'ultimo viene descritto utilizzando il prefisso y del sistema TNM considerando le cellule tumorali con caratteri morfologici orientativi per il loro stato vitale ed i casi con regressione patologica completa sono identificati come ypT0.

Numerosi sistemi sono stati adottati per graduare la regressione tumorale: tra questi il metodo di Mandard pare quello più frequentemente utilizzato. Tuttavia il sistema proposto dal Royal College of Pathologists è raccomandato da Associazioni Nazionali ed Internazionali in quanto semplifica in tre livelli la valutazione della regressione, aumentandone la riproducibilità: no cellule tumorali residue, minimi residui tumorali, non significativa regressione.

Bisogna riportare comunque nel referto il sistema di gradazione utilizzato.

Stato del "DNA mismatch repair"

Numerosi studi indicano una eccellente correlazione tra i risultati ottenuti mediante la valutazione immunohistochimica delle proteine del mismatch repair e l'analisi genetica dei microsatelliti al fine di identificare i casi di carcinoma coloretale con instabilità microsatellitare (MSI): solo casi eccezionali di mutazione non senso del gene MLH1 determinano la sintesi di proteina funzionalmente inattiva ma con preservata antigenicità.

È raccomandabile effettuare il test MSI (per i centri in cui è disponibile) o l'immunohistochimica delle proteine *hMSH2*, *hMLH1*, *hMSH6*, *hPMS2* sul tessuto tumorale dei pazienti selezionati per alto rischio di Sindrome di Lynch (HNPCC) secondo i criteri delle linee guida di Bethesda che, oltre a criteri anamnestici di competenza clinica, includono anche la presenza di CRC in pazienti di età inferiore ai 60 anni, ma con istologia tipica di alto grado di instabilità microsatellitare (istotipo mucinoso, colon destro, reazione tipo Crohn).

Sebbene vi siano evidenze di più alte percentuali di sopravvivenza per i CRC in stadio II e III con MSI di alto grado e che gli stessi non traggano beneficio dalle chemioterapie adiuvanti basate su 5-fluorouracile, la determinazione dello stato MSI a fini prognostici e predittivi non è ancora compiutamente validata e non è utilizzata nella corrente pratica clinica.

Reperti endoscopici CRC iniziale (pT1)

Si tratta di tutte le lesioni neoplastiche superficiali, polipoidi e non, in cui si identifichi, inequivocabilmente, l'invasione neoplastica della sottomucosa. Il carcinoma intramucoso si comporta come un adenoma benigno, non ha potenziale metastatico e per tale ragione lesioni con carcinoma in situ o intramucoso sono classificabili come displasia, neoplasia mucosa o intramucosa di alto grado (Categorie 4.2-4.4 secondo la classificazione di Vienna).

Per gli adenomi cancerizzati (pT1, polipi maligni) devono essere ricercati e refertati i parametri istologici predittivi del loro potenziale metastatico (linfonodale ed ematogeno: grado istologico del carcinoma, G1-G4 o basso vs alto grado); invasione vascolare, assenza, presenza, non definibile; interessamento del piano di exeresi: < 1mm dal piano di exeresi, presenza di carcinoma nella banda di diatermocoagulazione o entro un campo ad alto ingrandimento da essa; budding tumorale, specificando il metodo usato (suggeribile il metodo di Ueno, Gastroenterology 2004); profondità (> o < di 2 mm) e ampiezza (> o < di 4 mm) della invasione carcinomatosa della sottomucosa.

Sono in corso di validazione, e pertanto non ancora trasferibili alla pratica clinica, i dati relativi alla minima profondità di invasione sottomucosa priva di potenziale metastatico (c.d. *NO Treshold*)

La presenza di tessuto adenomatoso in corrispondenza del piano di exeresi dovrebbe comunque essere segnalata, indipendentemente dalla diffusione del carcinoma, come indicatore di rischio di ricorrenza e di ulteriore trattamento endoscopico.

7.10 GRUPPO INTERDISCIPLINARE DI CURE - GIC

7.10.1 Criteri di inclusione

Vengono valutati con visita collegiale oncologica e chirurgica i pazienti che presentano metastasi sincrone o metacrone, i pazienti affetti da neoplasia del retto dopo radiochemioterapia neoadiuvanti, coloro che presentano recidiva tumorale locale o diffusione a distanza al follow up.

7.10.2 Modalità

Per l'ubicazione dei tre reparti di chirurgia nelle tre sedi ospedaliere, la sede e la data della visita GIC si concordano caso per caso.

Il paziente normalmente non è presente alla discussione del suo caso clinico, viene convocato solo se l'esame obiettivo è in grado di influenzare le decisioni diagnostico-terapeutiche.

Alla visita, a seconda delle necessità del paziente, vengono convocati gli altri componenti del GIC di seguito elencati.

Componenti

Dott. ssa Emma Marchigiano	chirurgo (responsabile GIC)	ASL TO5
Dott. Vincenzo Dongiovanni	direttore SC Oncologia	ASL TO5
Dott. Luca Gaydou	radiologo (su chiamata)	ASL TO5
Dott.ssa Palmira Ghidoni	anatomopatologa (su chiamata)	ASL TO5
Dott. Marco Cafferati	chirurgo endoscopista (su chiamata)	ASL TO5
Dott.ssa Silvia Testa	anestesista, terapia antalgica (su chiamata)	ASL TO5

7.11 RADIOTERAPIA PER CARCINOMA DEL RETTO

Per i carcinomi rettali di stadiazione preoperatoria eusT3-4 eusN0-2 (stadiazione con ecoendoscopia = eus) e/o rmT3-4 rmN0-2 (stadiazione con risonanza magnetica con bobina endorettale) e con margine tumorale inferiore a non più di 10 cm dal margine anale, vi è indicazione ad eseguire radioterapia neoadiuvante, cioè preoperatoria, associata o meno a chemioterapia neoadiuvante (fluoruracile o capecitabina). Questi pazienti vanno poi sottoposti a chemioterapia adiuvante con fluorouracile o capecitabina o FOLFOX.

Rispetto alla chemio-radioterapia postoperatoria, la chemio-radioterapia preoperatoria garantisce un miglior controllo locale della malattia, presenta minor tossicità acuta ed a lungo termine, rende tecnicamente più agevoli le resezioni ultrabasse con conservazione dell'apparato sfinterico anale, ove già indicate alla stadiazione pre-radioterapia. È dimostrato che circa il 20% dei pazienti candidati ad amputazione addominoperineale del retto secondo Miles, per difficoltà tecniche a portare la resezione distale al margine di sicurezza al di sotto della neoplasia (1 o 2 cm secondo gli autori), dopo radioterapia possa essere sottoposto a resezione anteriore con conservazione degli sfinteri.

I pazienti affetti da neoplasia del retto quindi, non essendo disponibile un consulente radioterapista nell'ASL, vengono inviati a visita radioterapica presso altra struttura (ospedale Molinette di Torino o IRCC di Candiolo), come anche i pazienti che presentino recidiva locale dopo resezione anteriore.

Se vi è indicazione chemioterapia concomitante, quest'ultima viene eseguita nei tempi opportuni presso l'oncologia medica degli ospedali di Chieri e Carmagnola.

Alla conclusione della radioterapia o chemio-radioterapia, i pazienti vengono sottoposti a ristadiazione mediante TC e rettoscopia, poi rivalutati mediante visita GIC prima dell'intervento chirurgico.

Negli anni a seguire tali pazienti eseguiranno anche il follow up radioterapico, per la valutazione della tossicità da raggi, oltre al follow up oncologico.

7.12 CHIRURGIA DELLE METASTASI EPATICHE E/O POLMONARI

I pazienti portatori di metastasi epatiche uniche e superficiali (sincrone o metacrone), che possono essere asportate in sicurezza nelle chirurgie dell'ASL, vengono sottoposti ad intervento chirurgico nella nostra ASL.

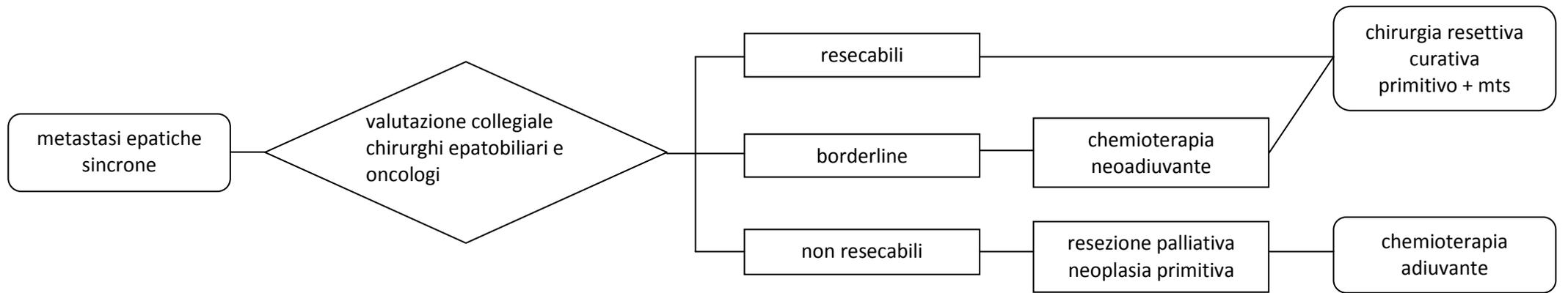
Anche nei casi con indicazioni d'urgenza per stenosi o, raramente, sanguinamento della neoplasia colica, seppure in presenza di metastasi epatiche o polmonari, la resezione della neoplasia primitiva viene eseguita presso la chirurgia. La chemioterapia viene poi somministrata nel periodo postoperatorio come adiuvante e successivamente i pazienti vengono rivalutati per stabilire l'eventuale reseccabilità delle lesioni secondarie.

Per tutti gli altri pazienti portatori di lesioni secondarie epatiche viene richiesta una consulenza presso una chirurgia di eccellenza sulla patologia epatica (generalmente dell'ospedale Mauriziano di Torino) o presso la chirurgia toracica (presso l'ospedale Molinette di Torino o San Luigi di Orbassano) nel caso di metastasi polmonari.

Per il trattamento multimodale delle metastasi epatiche in particolare, vi è un consolidato rapporto di collaborazione tra l'oncologia medica e lo staff di chirurgia epatobiliare del Dott. Lorenzo Capussotti, direttore della chirurgia oncologica ed epato-bilio-pancreatica-digestiva dell'Azienda Sanitaria Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino. Il caso clinico di ciascun paziente viene discusso insieme e collegialmente viene concordata la migliore strategia terapeutica, che pressoché in tutti i casi prevede l'approccio combinato chirurgico e chemioterapico.

In presenza di metastasi epatiche sincrone con indicazione chirurgica resettiva, il paziente viene ovviamente preso in carico dai chirurghi epatobiliari anche per la resezione colica.

Nel caso di metastasi epatiche sincrone il percorso di cura è generalmente quello indicato nella flow chart seguente:



7.13 ONCOLOGIA

La struttura complessa di oncologia prende in carico i pazienti a partire dal CAS fino alle cure palliative, mediante le prime visite, le consulenze intraospedaliere, l'attività diagnostica e decisionale del GIC, la somministrazione dei trattamenti in DH, l'organizzazione di consulenze e trattamenti specialistici, il follow up oncologico.

Viene compilata una relazione clinica, con anamnesi, diagnosi, consulenze e trattamenti, che viene aggiornata ad ogni rivalutazione clinica e che viene consegnata in copia al paziente.

Durante l'iter di diagnosi e cure, il paziente e la famiglia vengono seguiti per tutte le necessità che possano presentare. Sono inoltre disponibili dei mediatori culturali per i pazienti stranieri, il servizio di psico-oncologia e gli assistenti sociali. In tal modo si possono attivare tutti quegli strumenti assistenziali che permettono di superare gli ostacoli alle cure.

L'inizio dei trattamenti si ha in alcuni giorni, per l'assenza di liste d'attesa nel nostro day hospital.

7.13.1 Chemioterapia neoadiuvante

Essendo sempre la chirurgia la cura precipua del cancro del colon-retto e delle sue metastasi, ogniqualvolta sia eseguibile con intento curativo, la chemioterapia neoadiuvante viene eseguita per rendere chirurgicamente resecabili:

- 1) neoplasia primitiva avanzata senza caratteri di urgenza (occlusione intestinale da stenosi, sanguinamento massivo) infiltrante più organi vicini
- 2) mts epatiche sincrone borderline
- 3) mts epatiche metacrone borderline
- 4) recidiva locale infiltrante più organi vicini.

La chemioterapia può essere neoadiuvante difatti sia nei confronti del primo approccio chirurgico che dei reinterventi; viene comunemente chiamata chemioterapia "di conversione", in quanto converte in suscettibili di resezione chirurgica lesioni inizialmente giudicate non resecabili.

Nel caso di lesioni secondarie epatiche, il paziente viene valutato collegialmente dagli oncologi e dai chirurghi di un centro di eccellenza di chirurgia epatica. La chemioterapia viene eseguita presso il DH dell'ospedale di Carmagnola, mentre il trattamento chirurgico, quando prevede la resezione epatica sincrona alla resezione della neoplasia primitiva, o resezione epatica sincrona a resezione di recidiva locale, viene eseguito presso il centro di chirurgia epatobiliare referente.

In caso poi di pazienti affetti da neoplasia avanzata, operabili, senza indicazioni di urgenza e nei quali venga ritenuta possibile la riconduzione alla resecabilità delle lesioni mediante un trattamento chemioterapico d'induzione, viene proposta chemioterapia con FOLFOXIRI (non sono presenti risultati migliori in questo ambito di altre associazioni con biologico, vedi raccomandazioni NCCN 3.2013) o, in alternativa, mFOLFO6. Combinazioni alternative con Capecitabina invece del FU (Xelox, CapOX) sono utilizzati nei casi in cui, per vari motivi, non è possibile posizionare un catetere venoso centrale.

7.13.2 Chemioterapia adiuvante

Circa l'inizio della chemioterapia adiuvante rispetto alla chirurgia, questo è previsto entro 6-8 settimane dall'intervento, essendo comunque accettabile un intervallo fino a 12 settimane nel caso di complicanze post-chirurgiche.

La durata ottimale della chemioterapia adiuvante è di 6 mesi.

I regimi utilizzati sono mFOLFOX6 (minor numero di passaggi in Day Hospital rispetto al FOLFOX4), FLOX (per rifiuto o problemi con il CVC), Capecitabina, Roswell Park (in casi candidabili a trattamento con Capecitabina, ma riscontro di tossicità con la stessa).

Nello stadio III la chemioterapia adiuvante viene sempre proposta al paziente e nello stadio II viene proposta in presenza di fattori prognostici decisamente negativi (pT4, perforazione, occlusione intestinale,

G3, invasione vascolare e/o perineurale, In esaminati <12). In quest'ultimo caso comunque l'indicazione viene discussa con il paziente, informandolo dei risultati non conclusivi degli studi clinici, del fatto che il beneficio di sopravvivenza è inferiore in valore assoluto al 4%, della tossicità dei trattamenti. Non viene proposta chemioterapia con oxaliplatino nei pazienti di età superiore ai 70 anni.

7.13.3 Chemioterapia associata a radioterapia per carcinoma del retto

Si utilizzano fluorouracile in infusione continua (FUic) o capecitabina (FUic 225 mg/m²/die, capecitabina 825 mg/m² x 2 die nei giorni di radioterapia); in questi pazienti il trattamento postchirurgico è costituito da chemioterapia adiuvante per circa 3-4 mesi con FUic o capecitabina o FOLFOX.

Al momento l'oxaliplatino non viene utilizzato nella fase concomitante insieme a capecitabina o FU, per i risultati preliminari negativi di due studi di fase III (Aschele P et al ASCO 2009 e Gerard J et al ASCO 2009) dei quali si attendono i risultati a lungo termine (sono in corso almeno altri 4 studi di fase III di disegno simile).

Nel caso di pazienti che non abbiano effettuato trattamento neoadiuvante e siano pT3-4 pN0-2, viene proposta radioterapia adiuvante concomitante a chemioterapia con gli stessi schemi e con Xeloda/FU.

7.13.4 Chemioterapia palliativa

Nei pazienti con performance status ≥ 3 o con patologie associate severe o molto anziani, viene valutata la possibilità di adottare le sole cure palliative e viene discussa con il paziente tale prospettiva.

Nel caso di pazienti metastatici non riconducibili a reseccabilità chirurgica dopo induzione, viene proposto quale trattamento standard di I° linea mFOLFOX6, poiché equiparabile per sopravvivenza a combinazioni con il biologico (Saltz studio NO 16966); in alternativa FOLFIRI + Bevacizumab. La II° linea è, con cross rispetto alla I° linea, FOLFIRI o in alternativa FOLFOX con o senza Bevacizumab e la III° Irinotecan e Cetuximab nei pazienti K-RAS wild type.

In questi pazienti vengono utilizzati anche schemi con solo fluorofolati e Capecitabina, in casi con controindicazioni assolute o relative a Irinotecan o Oxaliplatino.

7.13.5 Chemioterapia per recidive

È dimostrato che la chemioterapia nel paziente affetto da recidiva tumorale prolunga la sopravvivenza, migliora i sintomi e la qualità di vita e, in casi selezionati, può rendere possibile la resezione chirurgica delle metastasi. È necessario considerare che però la chemioterapia può determinare tossicità tale da peggiorare la qualità di vita e, in casi rari, portare al decesso.

Il trattamento precoce, cioè alla comparsa delle metastasi in paziente asintomatico (es. metastasi polmonari piccole e a lenta evoluzione), è opportuno in base ai dati della letteratura, tuttavia noi ne raccomandiamo la posticipazione alla comparsa dei sintomi o ad accelerazione della progressione della malattia. Seguiamo questi pazienti con controlli di follow up più ravvicinati.

Circa la durata del trattamento chemioterapico, vengono preferiti cicli con intervalli dopo circa 4 mesi di trattamento (sospendendo oxaliplatino o irinotecan e proseguendo con FU o Capecitabina oppure sospendendo del tutto), se la malattia è stabile o in risposta. A progressione di malattia si riprende la chemioterapia.

7.14 CURE PALLIATIVE

I pazienti che necessitano di cure palliative vengono normalmente seguiti presso il DH di oncologia, se non è indicato il ricovero. Attraverso il DH vengono eseguite le consulenze specialistiche, tra cui quella di terapia antalgica.

Coloro che necessitano di ricovero, vengono seguiti e ricoverati in area internistica se presentano problemi di anemia, leucopenia, piastrinopenia, cachessia, problemi respiratori o cardiologici, dolore.

Vengono invece ricoverati in chirurgia i pazienti con neoplasia avanzata o recidiva, che presentano subocclusione intestinale, onde valutare le eventuali indicazioni chirurgiche resettive o derivate.

Le cure palliative in fase terminale di malattia possono proseguire presso case di cura per lungodegenti, previa valutazione dell'assistente sociale e presentazione della relativa domanda, oppure al domicilio, attraverso l'attivazione dell'ADI da parte del MMG o attraverso la presa in carico dalla FARO, le cui richieste vengono inoltrate durante il ricovero.

Per quanto riguarda le cure antalgiche nel dettaglio, attraverso un accesso presso il DH di oncologia, si esegue l'impianto di cateteri venosi centrali a lungo termine come Porth a Cath, Groshong o Hohn in sala operatoria. La dimissione avviene in giornata, dopo controllo radiologico.

Si può anche impiantare un catetere peridurale, con posizionamento di elastomero seven days, contenente oppiacei, FANS, anestetici locali come la ropivacaina ed antiemetici.

In caso di controindicazioni alla manovra, l'elastomero può essere collegato a catetere endovenoso. In tal caso contiene oppiacei, FANS ed antiemetici.

Per i pazienti in cure domiciliari, la ricarica dell'elastomero viene eseguita presso l'ambulatorio di terapia antalgica o presso il DH oncologico.

7.15 GESTIONE DELLE STOMIE

Il paziente ed i suoi conviventi vengono istruiti sul funzionamento della stomia, sull'igiene locale e sulle procedure di sostituzione di placca e sacchetto durante gli ultimi giorni di ricovero dal personale infermieristico dedicato della chirurgia. Tale personale si rende anche disponibile a successivi controlli in reparto o negli ambulatori, previo accordo telefonico.

Alla dimissione viene compilata dal chirurgo la richiesta per la fornitura mensile di placche e sacchetti, da presentare allo sportello dei presidi dell'ASL.

In particolare i pazienti portatori di ileostomia vengono anche sottoposti a visita dietologica pre-dimissione e vengono prenotati per controlli ambulatoriali dietologici e dietistici.

7.16 PSICONCOLOGIA

Il servizio di psiconcologia è disponibile per visita al letto su chiamata e ambulatoriale due volte la settimana. La psiconcologa inoltre integra la propria attività con quella delle assistenti sociali, nel caso di famiglie con disagio economico, con poche relazioni parentali o con necessità assistenziali complesse per presenza di disabili, bambini o anziani. Tale assistenza è protratta anche dopo la dimissione dall'ospedale.

7.17 FOLLOW UP

Il follow up si realizza mediante sorveglianza clinica (visita, esami ematochimici e strumentali) dei pazienti dopo il trattamento primario ed esenti da malattia residua, ma con fattori di rischio per recidiva. Obiettivi sono la diagnosi precoce di recidiva di malattia, onde aumentare la sopravvivenza dopo il suo trattamento, e la diagnosi precoce di eventuali seconde neoplasie primitive coliche.

7.17.1 Stadi I e II - follow up chirurgico

I pazienti affetti da neoplasia del colon o del retto di I e II stadio, non necessitanti quindi di chemioterapia, vengono seguiti per il follow up dai chirurghi dell'ospedale in cui sono stati operati. La sede della visita è rappresentata dagli ambulatori e la prenotazione viene effettuata dal chirurgo stesso in una visita per la seguente.

Per la periodicità dei controlli strumentali, endoscopici ed ematochimici si applicano le raccomandazioni della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, riportate in allegato, insieme alla lettera informativa per il medico curante.

All'eventuale comparsa di recidiva locale o a distanza, il caso clinico viene portato dal chirurgo a valutazione multidisciplinare con gli oncologi in visita GIC.

7.17.2 Stadi III e IV - follow up oncologico

I pazienti affetti da neoplasia del colon o del retto di III stadio eseguono, oltre alla chemioterapia, anche il follow up in oncologia.

Anche in questo caso si applicano le raccomandazioni della Rete Oncologica e si rivaluta collegialmente il paziente nel caso di ripresa di malattia.

Gli accertamenti sono da prenotare a cura del paziente, con l'impegnativa mutualistica con esenzione per neoplasia.

I pazienti in stadio IV non eseguono il follow up come comunemente inteso per diagnosticare precocemente la ripresa di malattia, in quanto per definizione presentano persistenza di malattia. Sono comunque pazienti in trattamento oncologico, che vengono sottoposti a controlli clinico-strumentali per valutare la risposta o meno alla terapia, con timing variabile e personalizzato in base alla storia clinica.

7.17.3 Schemi di follow up

colon I stadio

t	visita	CEA	ETG addome	TC addome	colonscopia
6 mesi	✓	✓	✓		
1 anno	✓	✓	✓		✓
1 anno e ½	✓	✓	✓		
2 anni	✓	✓	✓		
2 anni e ½	✓	✓	✓		
3 anni	✓	✓	✓		
3 anni e ½					
4 anni	✓	✓	✓		✓
4 anni e ½					
5 anni	✓	✓	✓		
a seguire					ogni 5 anni

colon II e III stadio

t	visita	CEA + emocromo	ETG addome	TC addome + torace	colonscopia
3 mesi	✓	✓			
6 mesi	✓	✓	✓		
9 mesi	✓	✓			
1 anno	✓	✓		✓	✓
1 anno e 3 mesi	✓	✓			
1 anno e 6 mesi	✓	✓	✓		
1 anno e 9 mesi	✓	✓			
2 anni	✓	✓		✓	
2 anni e 3 mesi	✓	✓			
2 anni e 6 mesi	✓	✓	✓		
2 anni e 9 mesi	✓	✓			
3 anni	✓	✓		✓	
3 anni e ½	✓	✓			
4 anni	✓	✓	✓		✓
4 anni e ½	✓	✓			
5 anni	✓	✓		✓	

a seguire	ogni anno dal MMG				ogni 5 anni
-----------	----------------------	--	--	--	-------------

retto I stadio

t	visita + esplorazione rettale	CEA	ETG addome	TC addome	rettoscopia	colonscopia
6 mesi	✓	✓	✓		✓	
1 anno	✓	✓	✓			✓
1 anno e ½	✓	✓	✓		✓	
2 anni	✓	✓	✓		✓	
2 anni e ½	✓	✓	✓			
3 anni	✓	✓	✓			
3 anni e ½						
4 anni	✓	✓	✓			✓
4 anni e ½						
5 anni	✓	✓	✓			
a seguire	ogni anno dal MMG					ogni 5 anni

retto II e III stadio

t	visita + esplorazione rettale	CEA + emocromo	ETG addome	TC addome + torace	rettoscopia	colonscopia
3 mesi	✓	✓				
6 mesi	✓	✓	✓		✓	
9 mesi	✓	✓				
1 anno	✓	✓		✓		✓
1 anno e 3 mesi	✓	✓				
1 anno e 6 mesi	✓	✓	✓		✓	
1 anno e 9 mesi	✓	✓				
2 anni	✓	✓		✓	✓	
2 anni e 3 mesi	✓	✓				
2 anni e 6 mesi	✓	✓	✓			
2 anni e 9 mesi	✓	✓				
3 anni	✓	✓		✓		
3 anni e ½	✓	✓				
4 anni	✓	✓	✓			✓
4 anni e ½	✓	✓				
5 anni	✓	✓		✓		
a seguire	ogni anno dal MMG					ogni 5 anni

7.18 SINDROME METABOLICA E STILI DI VITA

Si definisce affetto da sindrome metabolica il paziente che presenta 3 o più dei seguenti indicatori:

- e) glicemia a digiuno ≥ 100 mg/dl o in terapia farmacologica
- f) colesterolo HDL ≤ 50 mg/dl e/o in terapia farmacologica
- g) trigliceridi ≥ 150 mg/dl e/o in terapia farmacologica
- h) PA $\geq 130/85$ mmHg e/o in terapia farmacologica
- i) circonferenza addominale ≥ 88 cm nella donna e ≥ 102 cm nell'uomo

E' dimostrato che i pazienti affetti da sindrome metabolica sono a maggior rischio di insorgenza e di recidiva di varie neoplasie, fra cui quelle del colon-retto. La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta pertanto sta eseguendo uno studio sull'efficacia dell'indirizzare i pazienti, seguiti al follow up oncologico, ad uno stile di vita volto a ridurre il peso corporeo e la dislipidemia e ad aumentare l'attività fisica, valutando anche la percentuale di recidive della malattia neoplastica.

L'ASL TO5 partecipa a questo studio, consegnando ed illustrando ai pazienti in follow up la brochure relativa e controllando i vari indicatori riportati nella scheda raccolta dati (vedi allegato).

7.19 DIFFUSIONE PDTA

Oltre a pubblicazione sul sito aziendale, il presente PDTA è da diffondere attraverso l'e-mail aziendale ai Direttori di Dipartimento, ai Direttori di Struttura Complessa, ai Coordinatori Infermieristici, affinché informino il personale sanitario interessato.

Inoltre può essere inviato, sempre per e-mail, ai Medici di Medicina Generale, ai Medici della Guardia Medica ed alle Case di Cura e RSA del comprensorio dell'ASL.

Il gruppo di lavoro interdisciplinare per le neoplasie dell'apparato digerente prevede tra le sue funzioni preminenti quella di rendersi disponibile ad incontrare i medici attivi sul territorio e la popolazione per illustrare le varie fasi del percorso e per accogliere le eventuali richieste ed esigenze dell'utenza.

All'interno del PDTA, i nodi cruciali da affrontare in stretta collaborazione con i MMG riguardano segnatamente:

- la diagnosi precoce (vedi "raccomandazioni per individuare i pazienti a rischio" negli allegati)
- lo studio genetico dei famigliari nei casi di tumori ereditari
- la gestione combinata dei pazienti inclusi nel fast track
- il follow up chirurgico o oncologico ed il seguito oltre i 5 anni (vedi "fogli informativi follow up colon" e "fogli informativi follow up retto" negli allegati)
- sindrome metabolica e stili di vita

8. Indicatori di processo e di esito

PATOLOGIA	INDICATORE	PROFESSIONISTI DI RIFERIMENTO PER LA RACCOLTA DEI DATI
colon + retto	% drops out = pz che dopo colonscopia si fanno operare in altra ASL	Anatomo patologi
colon + retto	% drops out = pz che dopo screening si fanno operare in altra ASL	Anatomo patologi
colon + retto	% di pz con colonscopia totale o colonscopia incompleta + idrocolon-TC o colonscopia virtuale	Oncologi
colon + retto	% di pz con diagnosi e stadiazione entro 4 settimane	MMG
colon + retto	% di pz con TC torace (anziché Rx)	Oncologi
colon + retto	% di pz con solo CEA preoperatorio	Oncologi
colon + retto	% di pz con solo CEA al follow up	Oncologi
retto	% di pz con visita radioterapica preoperatoria	Oncologi
retto	% di pz sottoposti a radioterapia postoperatoria	Oncologi
colon + retto	durata della degenza preoperatoria	Chirurghi
colon + retto	durata della degenza postoperatoria in assenza di stomia	Chirurghi
colon elezione	% di pz con deiscenza anastomosi	Chirurghi
retto elezione	% di pz senza ileostomia con deiscenza anastomosi	Chirurghi
colon + retto elez	% di pz sottoposti a Hartmann	Chirurghi
colon + retto urg	% di pz con deiscenza sottoposti a resezione + anastomosi senza stomia	Chirurghi
colon + retto	% di pz con mts e neoplasia non stenosante sottoposti a chemioterapia neoadiuvante	Oncologi
adenoma K	% di radicalizzazione chirurgica dopo escissione endoscopica non radicale o fattori di rischio per malignità	Endoscopisti
follow up	% di pz sottoposti a colonscopia entro 1 anno	Oncologi

9. Modalità di verifica degli indicatori

Si propone di raccogliere i dati a febbraio, eseguire un audit ogni anno, a maggio, coinvolgendo i chirurghi delle 3 sedi ospedaliere che eseguono anche il follow up delle neoplasie del colon-retto, gli oncologi, gli anatomo patologi ed altri professionisti individuati di volta in volta.

Durante gli audit si valuteranno gli indicatori proposti e verranno discussi retrospettivamente i casi clinici che più si sono discostati dalla normale routine chirurgica e oncologica.

Un verbale deve riportare le osservazioni, le discussioni ed i propositi emersi dall'incontro e la scheda di verifica riportata negli allegati, debitamente compilata

10. Allegati

Vedere pagine seguenti

Raccomandazioni per i MMG per individuare i pazienti a rischio

Raccomandazioni per il Medico Curante per una accurata anamnesi di rischio

Domande da sottoporre al paziente per la valutazione del rischio di CCR:

COGNOME, NOME: _____

Nella Sua famiglia ci sono stati casi di tumore del colon-retto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se Si: <input type="checkbox"/> quanti famigliari ? <input type="checkbox"/> grado di parentela ? <input type="checkbox"/> età alla diagnosi ? <input type="checkbox"/> ci sono in famiglia casi di tumori extra-intestinali (Utero, Ovaio,...) ?	_____ _____ _____	
Le è stato mai diagnosticato un polipo nel colon-retto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se Si: <input type="checkbox"/> quanti ? <input type="checkbox"/> istologia ?	_____	
E' affetto da Malattia Infiammatoria Cronica (M. Crohn, Retto-Colite Ulcerosa) ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se Si: <input type="checkbox"/> da quanti anni ? <input type="checkbox"/> che estensione ha la malattia ?	_____	
Ha una storia personale di tumore del colon-retto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se Si: <input type="checkbox"/> età della diagnosi ?	_____	

Per il Medico Curante

Valutazione storia famigliare	
<input type="checkbox"/> Storia Famigliare per cancro coloretale	<input type="checkbox"/> Età di insorgenza <input type="checkbox"/> Grado di parentela <input type="checkbox"/> Numero di parenti affetti <input type="checkbox"/> Eventuale presenza di tumori multipli <input type="checkbox"/> Sindromi note all'interno della famiglia (Poliposi Famigliare, Cancro ereditario non poliposico, Peutz-Jaegers, Poliposi giovanile) <input type="checkbox"/> Presenza in famiglia di malformazioni quali osteomi mandibolari, iperpigmentazione retinica, cisti desmoidi, pigmentazione muco-cutanea, pigmentazione degli organi genitali
<input type="checkbox"/> Storia Famigliare per tumori dell'apparato digerente (In particolare Stomaco, Intestino tenue, Pancreas)	<input type="checkbox"/> Età di insorgenza <input type="checkbox"/> Grado di parentela <input type="checkbox"/> Numero di parenti affetti <input type="checkbox"/> Eventuale presenza di tumori multipli
<input type="checkbox"/> Storia Famigliare per tumori dell'apparato genito-urinario (Endometrio, Ovaio, Testicolo, Vescica, Uretere)	<input type="checkbox"/> Età di insorgenza <input type="checkbox"/> Grado di parentela <input type="checkbox"/> Numero di parenti affetti <input type="checkbox"/> Eventuale presenza di tumori multipli
<input type="checkbox"/> Storia Famigliare per tumori di qualsiasi insorgenza ad esordio in età inferiore ai 40 anni	
<input type="checkbox"/> Storia Famigliare di primo grado per Polipi Adenomatosi del colon-retto	

Valutazione storia personale	
<input type="checkbox"/> Storia Personale di cancro coloretale	<input type="checkbox"/> Età di insorgenza <input type="checkbox"/> Stadiazione <input type="checkbox"/> Presenza di Tumori multipli <input type="checkbox"/> Indagare sul follow-up consigliato/praticato
<input type="checkbox"/> Storia Personale di tumori dell'apparato digerente (in particolare: Stomaco, Intestino tenue, Pancreas)	<input type="checkbox"/> Età di insorgenza <input type="checkbox"/> Presenza di Tumori multipli <input type="checkbox"/> Indagare sul follow-up consigliato/praticato
<input type="checkbox"/> Storia Personale per tumori dell'apparato genito-urinario (Endometrio, Ovaio, Testicolo, Vescica, Uretere)	<input type="checkbox"/> Età di insorgenza <input type="checkbox"/> Stadiazione <input type="checkbox"/> Presenza di Tumori multipli <input type="checkbox"/> Indagare sul follow-up consigliato/praticato
<input type="checkbox"/> Storia Personale per tumori di qualsiasi insorgenza ad esordio in età inferiore ai 40 anni	
<input type="checkbox"/> Storia di:	<input type="checkbox"/> osteomi mandibolari, <input type="checkbox"/> iperpigmentazione retinica, <input type="checkbox"/> cisti desmoidi, <input type="checkbox"/> pigmentazione muco-cutanea, <input type="checkbox"/> pigmentazione degli organi genitali
<input type="checkbox"/> Storia Personale di Polipi	<input type="checkbox"/> Istologia Adenomi (Tubulare, Tubulo Villosa, Villosa) Iperplastici Infiammatori Amartomi <input type="checkbox"/> Numero dei polipi <input type="checkbox"/> Sede <input type="checkbox"/> Età di insorgenza <input type="checkbox"/> Indagare sul follow-up consigliato/praticato
<input type="checkbox"/> Storia Personale di Malattie Infiammatorie croniche	<input type="checkbox"/> Morbo di Crohn Durata della malattia Estensione della malattia Interventi chirurgici (cause) Terapia in atto Presenza di malattie associate <ul style="list-style-type: none"> • Altre malattie autoimmuni • Malattia che coinvolge altri distretti <input type="checkbox"/> Rettocolite Ulcerosa Durata della malattia Estensione della malattia Interventi chirurgici (cause) Terapia in atto Presenza di malattie associate <ul style="list-style-type: none"> • Altre malattie autoimmuni • Malattia che coinvolge altri distretti <input type="checkbox"/> Indagare sul follow-up consigliato/praticato

Data:

Firma del compilatore:

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

DATI

IDENTIFICATIVI _____

_____ *Cognome e nome del paziente*

_____ *Luogo e data di nascita*

INFORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____ dichiara di aver fornito
al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente: _____

- alla sua situazione clinica _____
- all'atto sanitario proposto: _____

Tramite: colloquio personale e consegna scheda informativa scritta

Data ___/___/___

_____ *Timbro e firma del medico*

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io sottoscritto/a _____

dichiaro:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
 - sul mio stato di salute
 - sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica propostami
 - sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
 - sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
 - sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche
- di sapere che nell'immediata prossimità della procedura (e comunque prima della procedura stessa, mi sarà comunicato il nome del primo operatore, designato dal Dott. Direttore della S.C. di Chirurgia dell'Ospedale.....
- di essere a conoscenza della possibilità di **REVOcare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento

di **ACCETTARE** **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza l'atto sanitario proposto e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, sia apportata la seguente variazione _____

Data ___/___/___

_____ *Firma*

_____ *Firma del medico*

Il/la sottoscritto/a _____
in data ___/___/___ **dichiara di REVOcare il consenso**

_____ *Firma*

_____ *Firma del medico*

Protocollo preparazione intestinale

PREPARAZIONE INTESTINALE

INTERVENTI PROCTOLOGICI	Enemac 1 clistere la sera precedente e uno la mattina 3 ore prima dell'intervento.
VLC, APPENDICITE CRONICA	Nessuna preparazione
LISI ADERENZE, LAPAROCELI VOLUMINOSI, SPLENECTOMIA	Dieta senza scorie per 5 giorni (ammessi pane, grissini, pasta, patate, riso, polenta).
GASTRECTOMIA, GEA, PANCREAS, VIE BILIARI	Dieta senza scorie per 5 giorni (ammessi carboidrati). Il giorno precedente dieta senza scorie e senza carboidrati.
EMICOLECTOMIA DX, EMICOLECTOMIA SX, RESEZIONE DEL SIGMA, MILES	Dieta senza scorie per 5 giorni (ammessi carboidrati). Il giorno precedente dieta senza scorie e senza carboidrati. Assumere Onligol 1 bustina sciolta in una bevanda (acqua, succo di frutta liquido, té, tisana, brodo) per 3 volte (tot. 3 buste). Bere 2 litri di acqua durante la giornata. Enemac 1 clistere la sera precedente.
RESEZIONE ANTERIORE DEL RETTO	Dieta senza scorie per 5 giorni (ammessi carboidrati). Il giorno precedente dieta liquida. Assumere Isocolan 2 buste sciolte in 1 litro d'acqua per 3 volte (tot. 6 buste).
CHIUSURA ILEOSTOMIA	Enterolusi ansa efferente il pomeriggio precedente.
CHIUSURA COLOSTOMIA	Dieta senza scorie per 5 giorni (ammessi carboidrati). Il giorno precedente dieta senza scorie e senza carboidrati. Enterolusi ansa efferente il pomeriggio precedente.
RICANALIZZAZIONE DI HARTMANN	Dieta senza scorie per 5 giorni (ammessi carboidrati). Il giorno precedente dieta liquida. Assumere Isocolan 2 buste sciolte in 1 litro d'acqua per 2 volte (tot. 4 buste). La sera precedente lavaggio del moncone rettale con Betadine acquoso 10 cc in 100 cc di acqua tiepida a bassa pressione.

Protocollo profilassi antibiotica

PROFILASSI ANTIBIOTICA

FATTORI DI RISCHIO	ASA ≥ 3 diabete età > 75 anni obesità
DURATA	
extra-short-term	all'induzione
short-term	24 ore

INTERVENTO	PROFILASSI	TERAPIA
ernia, tiroide, procto	no	
VLC	no	ampicillina-sulbactam 3 g x 4 per 24 ore
K mamm	cefazolina	
ernia pz a rischio	cefazolina	
colecistectomia open	cefazolina 0+3	ampicillina-sulbactam 3 g x 4 per 24 ore
stomaco	cefazolina 0+6	
pancreas	cefazolina 0+6	
ileo	cefazolina 0+6	
appendice	cefoxitina 0+2	cefoxitina 2 g x 4
colon-retto	cefoxitina 0+3	
splenectomia	cefazolina 0+6	
plastica parete	cefazolina 0+6	
ernia strozzata	cefoxitina 0+3	
perforazioni peptiche o traumatiche		ampicillina-sulbactam 3 g x 4 per 24h
peritonite localizzata		ampicillina-sulbactam 3 g x 4 per 5 gg
perforazione in pz già trattati con AB ev per 5 gg = peritonite diffusa		piperacillina-tazobactam 4.5 g x 4 per almeno 5 gg
ERCP	ciprofloxacina 500 mg x os 2 ore prima	

dose di rinforzo: se l'intervento dura più di 2 o 3 o 6 ore o se emorragia

se allergia a cefazolina:	clindamicina 600 mg in 250 cc
se allergia a cefoxitina:	gentamicina 120 mg + metronidazolo 500 mg all'induzione gentamicina 80 mg + metronidazolo 500 mg all'8° e 16° ora
se allergia ad ampicillina-sulbactam:	gentamicina 120 mg x 2 e metronidazolo 500 mg x 4

ampicillina-sulbactam è **sostituibile** con amoxicillina-ac. clavulanico

Protocollo ematochimici postoperatori

EMATOCHIMICI POSTOPERATORI PER INTERVENTI SUL COLON-RETTO

giorno 0	ore 16	emocromo, PT-INR, PTT
giorno 1	ore 8	emocromo, creatinina, Na, K, AST, ALT, PCR, PT-INR, PTT

giorni seguenti: secondo evoluzione clinica



Foglio informativo e consenso per chemioterapia

CONSENSO INFORMATO PER CHEMIOTERPIA

La chemioterapia rappresenta il trattamento medico dei tumori in vari momenti della malattia:

- prima di un intervento chirurgico per ottenere la riduzione volumetrica del tumore e facilitare la chirurgia
- a scopo preventivo dopo l'intervento chirurgico per aumentare la possibilità di guarigione
- come trattamento esclusivo nei casi in cui non sia indicato l'intervento chirurgico allo scopo di controllare nel tempo la malattia oppure, in alcuni casi, per ottenere la guarigione.

La chemioterapia è generalmente somministrata a cicli per via endovenosa oppure per via orale con farmaci, tempi e modalità diverse a seconda della malattia, e ci si può avvalere di strumenti particolari come ad esempio pompe d'infusione, cateteri venosi o arteriosi centrali.

Gli effetti collaterali della chemioterapia variano a seconda dei farmaci utilizzati, alla loro associazione, alle dosi e alle modalità di somministrazione. Tali effetti nella maggior parte dei casi sono moderati e transitori e possono anche non verificarsi.

I più frequenti sono:

- Nausea e/o vomito
- Alopecia (perdita dei capelli temporanea)
- Diminuzione dei globuli bianchi (con rischio di infezioni)
- Diminuzione delle piastrine (con rischio di emorragie)
- Stanchezza/inappetenza
- Mucosite (infiammazione della bocca)
- Diarrea e/o stitichezza
- Dolori articolari/dolori muscolari
- Reazioni allergiche (difficoltà a respirare, febbre, prurito, eruzioni cutanee)
- Formicolio o "punture di spillo" alle dita delle mani e dei piedi
- Alterazione della funzionalità renale
- Alterazione della funzionalità epatica
- Alterazione della funzionalità del cuore

Il medico prescriverà la terapia appropriata per ridurre il più possibile l'entità di questi effetti e per aumentare la tolleranza alla chemioterapia.

Nel corso della chemioterapia verranno effettuati tutti gli esami e i controlli periodici necessari per verificarne l'efficacia e la tossicità.

Si ricorda che la chemioterapia può modificare, di solito in modo temporaneo, la quantità/qualità degli spermatozoi con conseguente rischio di infertilità; nella donna in età fertile si possono verificare amenorrea (perdita del ciclo mestruale) o alterazioni del ciclo mestruale, solitamente temporanee, anche se in alcuni casi esiste la possibilità di menopausa definitiva.

E' sconsigliata la procreazione per tutta la durata del trattamento e nei 2 anni successivi alla chemioterapia.

Alcuni farmaci, qualora accidentalmente fuoriescano dalla vena, possono danneggiare, anche gravemente, i tessuti circostanti; questo evento è solitamente raro.

Posso revocare il consenso al trattamento in qualsiasi momento, e mi sarà sempre assicurata la continuità assistenziale e la migliore terapia di supporto/palliativa da parte dei medici della struttura che mi ha preso in carico.

- Sono stato informato/a circa la natura della malattia di cui sono affetto/a (diagnosi), sulla prevedibile evoluzione nel tempo della mia malattia (prognosi), sul piano specifico di trattamento chemioterapico previsto per la mia malattia e sui benefici e potenziali rischi ad esso legati;
- Sono stato/a inoltre informato circa le possibili alternative terapeutiche disponibili in termini di eventuali benefici e tossicità.
- Ho letto e compreso le informazioni sulla chemioterapia, elencate nell'allegato.
- Conosco la prevedibile evoluzione della mia malattia in assenza delle cure proposte.

Data.....

Firma del paziente

Firma del medico.....

Bibliografia:

1. Jefford M, Moore R. **Improvement of informed consent and the quality of consent documents.** Lancet Oncol 2008 May;9(5):485-93.
2. Kirby R, Challacombe B, Hughes S, et al. **Increasing importance of truly informed consent: the role of written patient information.** BJU Int. 2013 Feb 18.
3. Mallardi V. **The origin of informed consent.** Acta Otorhinolaryngol Ital. 2005 Oct;25(5):312-27.
4. Richardson V. **Patient comprehension of informed consent.** J Perioper Pract. 2013 Jan-Feb;23(1-2):26-30.
5. Sankar P. **Communication and miscommunication in informed consent to research.** Med Anthropol Q. 2004 Dec; 18(4):429-46.
6. Santillan-Doherty P, Cabral-Castaneda A, Soto-Ramirez L. **Informed consent in clinical practice and medical research.** Rev Invest Clin. 2003 May-Jun; 55(3):322-38.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO INFORMATO

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e nome del paziente _____

Luogo e data di nascita _____

INFORMAZIONE:

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara di aver fornito al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla sua situazione clinica _____
- all'atto sanitario proposto: _____

Tramite colloquio personale e consegna di scheda informativa scritta

Data ___/___/20___

Timbro e firma del medico

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io, sottoscritto/a _____, dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

- sul mio stato di salute
- sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica propostami
- sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
- sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
- sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche

di sapere che nella immediata prossimità della procedura (e comunque prima della procedura stessa) mi sarà comunicato il nome del primo operatore, designato dal dr....., Direttore della S.C..... dell'ospedale

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOcare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento

di **ACCETTARE** / **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, sia apportata la seguente variazione: _____

Data ___/___/20___

Firma

Timbro e firma del medico

Io sottoscritto/a _____

in data ___/___/20___ **dichiaro di REVOcare il consenso**

Firma

Timbro e firma del medico

CONSENSO INFORMATO PER IL MINORE

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e nome del paziente _____ *Luogo e data di nascita* _____

Cognome e nome del madre _____ *Cognome e nome del padre* _____

INFORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara di aver fornito ai genitori una completa ed esauriente informazione relativa:

- alla situazione clinica del minore : _____
- all'atto sanitario proposto: _____

tramite colloquio personale e consegna di scheda informativa scritta

Data _____ *Timbro e Firma del medico* _____

Espressione e Acquisizione del Consenso Informato

Noi sottoscritti **madre** **padre** _____ dichiariamo di non essere decaduti dalla potestà parentale e di non essere sottoposti, da parte dell'autorità giudiziaria, a procedimenti limitativi sul minore e:

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
 - sul suo stato di salute
 - sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica proposta
 - sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
 - sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
 - sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche
- di sapere che nella immediata prossimità della procedura (e comunque prima della procedura stessa) mi sarà comunicato il nome del primo operatore, designato dal dr....., Direttore della S.C.dell'ospedale
- di essere a conoscenza di poter **REVOcare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento

di **ACCETTARE** / **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, sia apportata la seguente variazione: _____

Data _____

Firma del padre _____ Firma della madre _____

Timbro e firma del medico _____

Io sottoscritto/a _____
in data _____ **dichiaro di REVOcare il consenso**

Firma del/i genitore/i _____ *Timbro e firma del medico* _____



**CONSENSO INFORMATO IN PRESENZA DI AMMINISTRATORE
DI SOSTEGNO O TUTORE**

DATI IDENTIFICATIVI

Cognome e nome del paziente _____
Luogo e data di nascita

Cognome e nome dell'amministratore di sostegno o Tutore _____
Decreto o Sentenza di nomina n.

INFORMAZIONE

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____ dichiara di aver fornito sia al
paziente, sia al/alla suo/a **amministratore di sostegno** **tutore**
una adeguata e completa informazione relativamente:

- alla situazione clinica del paziente: _____
 - all'atto sanitario ritenuto opportuno: _____
- Tramite colloquio personale e consegna di scheda informativa scritta

Data _____ _____
Timbro e Firma del medico

ESPRESSIONE E ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

Io, sottoscritto/a _____ unitamente all'**amministratore di sostegno**,
dichiaro: in qualità di **tutore**

- di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:
- sullo stato di salute del paziente
 - sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica proposta
 - sui benefici, le complicità, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati
 - sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta
- di sapere che nella immediata prossimità della procedura (e comunque prima della procedura stessa) mi sarà comunicato il nome del primo operatore, designato dal dr....., Direttore della S.C.....dell'ospedale

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOcare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'intervento

di **ACCETTARE / RATIFICARE** **NON ACCETTARE/NON RATIFICARE** l'atto sanitario proposto dai sanitari e che qualora si renda necessario nel corso della procedura, il ricorso alla seguente variazione
Data _____

Firma del paziente *Firma dell'amministratore* _____
Timbro e firma del medico

Firma del Tutore

Io sottoscritto/a _____ unitamente all'amministratore di sostegno,
 in qualità di tutore
in data _____ **dichiaro di REVOcare/NON RATIFICARE il consenso**

Firma del paziente _____
Firma dell'amministratore _____
Timbro e firma del medico

Scheda raccolta dati per follow up e stili di vita

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC COLON-RETTO

T0: PRIMA VISITA di follow-up dopo chirurgia ± chemioterapia ± radioterapia

NOME: _____ COGNOME: _____

SESSO: M: _____ F: _____ DATA DI NASCITA: __/__/____

LUOGO DI NASCITA: _____ (Provincia _____)

RESIDENZA: _____

Codice identificativo paziente: _____

	RIDOTTO	AUMENTATO
Insaccati e salumi		
Verdure escluse le patate		
Frutta		
Dolci compresi gelati e cioccolato		
Bibite gassate e succhi di frutta		
Alcolici		
Grassi come olio e burro		
Sale		
Formaggi		
Pasta e/o riso – cereali - integrali		
Legumi		
Carni rosse		
Carni bianche		
Pesce		

Situazione attuale: **Vive solo?** SI NO

Se no: quante persone vivono con lei? _____

STATO CIVILE: celibe/nubile coniugato/a-convivente

separato/a- divorziato/a vedovo/a

PROFESSIONE: occupato/a disoccupato/a pensionato/a

studente/essa casalinga altro

TITOLO DI STUDIO: nessuno lic. elementare lic. media. inf

diploma/maturità laurea/post laurea

ANAMNESI PROSSIMA

DIAGNOSI: _____ STADIO alla DIAGNOSI: pT__pN__M__
DATA: _____ SCREENING: SI NO
MENOPAUSA: SI NO se si indicare l'anno: _____
CHIRURGIA: SI NO CHEMIOTERAPIA: SI NO
RADIOTERAPIA: SI NO

TERAPIE FARMACOLOGICHE IN ATTO

ANTIPERTENSIVI: SI NO CARDIOLOGICI: SI NO
IPOGLICEMIZZANTI: SI NO INSULINA: SI NO
IPOCOLESTEROLEMIZZANTI: SI NO
Altro: _____

Scheda raccolta dati per follow up e stili di vita

PROGETTO Follow up e Stili di Vita:

GIC COLON-RETTO

Dati da rilevare ad ogni visita

Pz. REGOLARMENTE DEAMBULANTE: SI NO (se no motivare _____)

PESO DI RIFERIMENTO (anno precedente la diagnosi) _____

PESO ATTUALE (misurato) _____

ALTEZZA (misurata): _____

BMI (Kg/h²): _____

GIRO VITA (misurato) _____

PAO (misurata): _____

GLICEMIA: _____

COL TOT/HDL/TG: ____./____./____

SE EFFETTUATI: insulinemia _____ testosteronemia _____ Hb glicata _____

CONSEGNATO MATERIALE INFORMATIVO:

SI

NO

SUGGERITA ADESIONE AD UN PROGRAMMA

SI

NO

SE SI

PROGRAMMA DI INTERVENTO STILE ALIMENTARE:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ASS. VOLONTARIATO ALTRO **PROGRAMMA DI**

INTERVENTO ATTIVITA' FISICA:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ASS. VOLONTARIATO ALTRO **PROGRAMMA**

COMBINATO: ALIMENTAZIONE E ATTIVITA' FISICA:

Nome o Breve Descrizione:

Sede: c/o OSPEDALE ASS. VOLONTARIATO ALTRO

GIC di RILEVAZIONE: _____

DATA: ____/____/____

Responsabile della compilazione: _____

Scheda raccolta dati per follow up e stili di vita

PROGETTO Follow up e Stili di Vita: GIC COLON-RETTO

TX: visita di follow-up successiva alla 1^a

CODICE IDENTIFICATIVO PAZIENTE: _____

VISITA DI FOLLOW-UP numero: _____ Data: ____/____/____

Condizione lavorativa invariata? SI NO

(specificare _____)

Insorgenza di altra patologia/malattia : NO

IPERTENSIONE CARDIOPATIA ICTUS DIABETE

ALTRO: _____

PROGRESSIONE/RECIDIVA di malattia: SI NO

SEDE di recidiva/progressione:

recidiva colon-rettale pelvi peritoneo linfonodi
 polmone fegato osso encefalo

ALTRO: _____

Data progressione/recidiva ____/____/____

II TUMORE: SI NO

SEDE : _____

Data diagnosi ____/____/____

(SE PROGRESSIONE O II TUMORE -> STOP)

Scheda raccolta dati per follow up e stili di vita

PROGETTO Follow up e Stili di Vita:

GIC COLON-RETTO

Dati da rilevare ad ogni visita

Pz. REGOLARMENTE DEAMBULANTE: SI NO (se no motivare _____)

PESO DI RIFERIMENTO (anno precedente la diagnosi) _____

PESO ATTUALE (misurato) _____

ALTEZZA (misurata): _____

BMI (Kg/h²): _____

GIRO VITA (misurato) _____

PAO (misurata): _____

GLICEMIA: _____

COL TOT/HDL/TG: ____./____./____

SE EFFETTUATI: insulinemia _____ testosteronemia _____ Hb glicata _____

1. Dopo l'ultima visita di follow-up ha seguito le attività previste dal programma

SEGNALATO DA NOI?

Quale progetto? _____

SI NO

Quale progetto? _____

SI NO

Quale progetto? _____

SI NO

1b. Se SI con QUALE FREQUENZA ?

Adesione occasionale

Adesione a meno della metà

Adesione a più della metà

Adesione completa

2. Ha seguito attività presso ALTRI centri e/o programmi NON SEGNALATI DA NOI?

SI NO

3a. Il tempo da lei dedicato all'ATTIVITÀ FISICA è:

RIDOTTO

AUMENTATO

NE' RIDOTTO NE' AUMENTATO

3b. Se ha AUMENTATO il tempo dedicato all'ATTIVITÀ FISICA STRUTTURATA (corsi programmati, palestra...) indichi quanto tempo dedica all'attività fisica ogni settimana e che tipo di attività fisica esercita.

meno di 1 ora/settimana

1-3 ore /settimana

3-5 ore/settimana

più di 5 ore

Tipo di attività fisica _____

3c. Ha modificato le sue **ABITUDINI MOTORIE QUOTIDIANE E NEL TEMPO LIBERO?**

SI NO

3d. Se ha risposto sì, quali tra le attività segnalate nella tabella sottostante ha ridotto o aumentato in modo significativo? (crocettare nell'apposito spazio)

	RIDOTTO	AUMENTATO
Salire le scale		
Utilizzo dell'automobile		
Utilizzo della bicicletta		
Passeggiate/Escursioni		
Giardinaggio		
Altro		

4a. Dopo l'ultima visita di follow-up ha modificato le sue **ABITUDINI ALIMENTARI?**

SI NO

4b. Se ha risposto sì, quali tra le categorie di alimenti segnalate nella tabella sottostante ha ridotto o aumentato in modo significativo? (crocettare nell'apposito spazio)

	RIDOTTO	AUMENTATO
Insaccati e salumi		
Verdure (escluse le patate)		
Frutta		
Dolci (compresi gelati e cioccolato)		
Bibite gassate o succhi di frutta		
Alcolici		
Grassi (come olio e burro)		
Sale		
Formaggi		
Pasta e/o riso – cereali - integrali		
Legumi		
Carni rosse		
Carni bianche		
Pesce		

GIC di RILEVAZIONE: _____

DATA: ___/___/___

Responsabile della compilazione: _____

Fogli informativi follow up colon

Al/la Signor/a,

con la presente vogliamo informarLa che inizia ora il programma di follow-up (visite ed esami programmati di controllo) per la Sua malattia secondo le raccomandazioni del Gruppo di Lavoro del Dipartimento "Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta".

Desideriamo con questa comunicazione scritta ricordarLe le scadenze di visite ed esami, illustrarLe tutto il programma previsto, con il comune percorso delle varie tappe.

STADIO I DI MALATTIA DEL COLON:

VISITA: ogni 6 mesi nei primi 3 anni
ogni 12 mesi il 4° e 5° anno poi stop

ECO addome: ogni 6 mesi nei primi 3 anni
ogni 12 mesi il 4° e 5° anno poi stop

CEA: ogni 6 mesi nei primi 3 anni
ogni 12 mesi il 4° e 5° anno poi stop

ENDOSCOPIA: entro 12 mesi dalla chirurgia; se clean colon dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione al

n°

o all'indirizzo e-mail

Ringraziando per l'attenzione porgiamo cordiali saluti.

Al/la Signor/a

con la presente vogliamo informarLa che inizia ora il programma di follow-up (visite ed esami programmati di controllo) per la Sua malattia secondo le raccomandazioni del Gruppo di Lavoro del Dipartimento "Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta".

Desideriamo con questa comunicazione scritta ricordarLe le scadenze di visite ed esami, illustrarLe tutto il programma previsto, con il comune percorso delle varie tappe.

STADIO II DI MALATTIA DEL COLON:

VISITA: ogni 3 mesi per i primi 3 anni
ogni 6 mesi il 4° e il 5° anno
oltre il 5 anno visite annuali presso il MMG

CEA ad ogni visita

Emocromo ad ogni visita

RX TORACE *non* raccomandato

TC addome (+ torace) alternata a **ECT addome:** ogni 6 mesi per i primi 3 anni
annuale al 4° e 5° anno

ENDOSCOPIA: colonscopia: entro 12 mesi dalla chirurgia; se clean colon dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni

PET *non* raccomandata di routine;

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione al

n°

o all'indirizzo e-mail.....

Ringraziando per l'attenzione porgiamo cordiali saluti.

Al/la Signor/a

con la presente vogliamo informarLa che inizia ora il programma di follow-up (visite ed esami programmati di controllo) per la Sua malattia secondo le raccomandazioni del Gruppo di Lavoro del Dipartimento "Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta".

Desideriamo con questa comunicazione scritta ricordarLe le scadenze di visite ed esami, illustrarLe tutto il programma previsto, con il comune percorso delle varie tappe.

STADIO III DI MALATTIA DEL COLON

VISITA ogni 3 mesi per i primi 3 anni
ogni 6 mesi il 4° e il 5° anno
oltre il 5 anno visite annuali presso il MMG

CEA ad ogni visita

Emocromo ad ogni visita

RX TORACE *non* raccomandato

TC addome (+ torace) alternata a ECT addome: ogni 6 mesi per i primi 3 anni
annuale al 4° e 5° anno

ENDOSCOPIA: colonscopia: entro 12 mesi dalla chirurgia; se clean colon dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni

PET *non* raccomandata di routine;

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione al

n°

o all'indirizzo e-mail.....

Ringraziando per l'attenzione porgiamo cordiali saluti.

Fogli informativi follow up retto

Al/la Signor/a,

con la presente vogliamo informarLa che inizia ora il programma di follow-up (visite ed esami programmati di controllo) per la Sua malattia secondo le raccomandazioni del Gruppo di Lavoro del Dipartimento “Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta”.

Desideriamo con questa comunicazione scritta ricordarLe le scadenze di visite ed esami, illustrarLe tutto il programma previsto, con il comune percorso delle varie tappe.

STADIO I DI MALATTIA DEL RETTO:

VISITA: ogni 6 mesi nei primi 3 anni
ogni 12 mesi il 4° e 5° anno poi stop

ECO addome: ogni 6 mesi nei primi 3 anni
ogni 12 mesi il 4° e 5° anno poi stop

CEA: ogni 6 mesi nei primi 3 anni
ogni 12 mesi il 4° e 5° anno poi stop

ENDOSCOPIA: rettoscopia a 6, 18 e 24 mesi
colonscopia entro 12 mesi dalla chirurgia; se clean colon dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni .

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione al

n°

o all'indirizzo e-mail

Ringraziando per l'attenzione porgiamo cordiali saluti.

Al/la Signor/a

con la presente vogliamo informarLa che inizia ora il programma di follow-up (visite ed esami programmati di controllo) per la Sua malattia secondo le raccomandazioni del Gruppo di Lavoro del Dipartimento "Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta".

Desideriamo con questa comunicazione scritta ricordarLe le scadenze di visite ed esami, illustrarLe tutto il programma previsto, con il comune percorso delle varie tappe.

STADIO II DI MALATTIA DEL RETTO:

VISITA ogni 3 mesi per i primi 3 anni
ogni 6 mesi il 4° e il 5° anno
oltre il 5 anno visite annuali presso il MMG

CEA ad ogni visita

Emocromo ad ogni visita

RX TORACE *non* raccomandato

TC torace+addome (alternata a ECT addome): ogni 6 mesi per i primi 3 anni
annuale in 4° e 5° anno

ENDOSCOPIA:

Rettoscopia : a 6, 18 e 24 mesi dalla chirurgia per i primi 2 anni.

Colonscopia: entro 12 mesi dalla chirurgia; se clean colon dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia),
poi ogni 5 anni

PET *non* raccomandata di routine;

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione al

n °

o all'indirizzo e-mail.....

Ringraziando per l'attenzione porgiamo cordiali saluti.

Al/la Signor/a

con la presente vogliamo informarLa che inizia ora il programma di follow-up (visite ed esami programmati di controllo) per la Sua malattia secondo le raccomandazioni del Gruppo di Lavoro del Dipartimento "Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta".

Desideriamo con questa comunicazione scritta ricordarLe le scadenze di visite ed esami, illustrarLe tutto il programma previsto, con il comune percorso delle varie tappe.

STADIO III DI MALATTIA DEL RETTO:

VISITA ogni 3 mesi per i primi 3 anni
ogni 6 mesi il 4° e il 5° anno
oltre il 5 anno visite annuali presso il MMG

CEA ad ogni visita

Emocromo ad ogni visita

RX TORACE *non* raccomandato

TC torace+addome (alternata a ECT addome): ogni 6 mesi per i primi 3 anni
annuale in 4° e 5° anno

ENDOSCOPIA:

Rettoscopia : a 6, 18 e 24 mesi dalla chirurgia per i primi 2 anni.

Colonscopia: entro 12 mesi dalla chirurgia; se clean colon dopo 3 anni (a 48 mesi dalla chirurgia), poi ogni 5 anni

PET *non* raccomandata di routine;

Rimaniamo a disposizione per qualsiasi ulteriore informazione al

n°

o all'indirizzo e-mail.....

Ringraziando per l'attenzione porgiamo cordiali saluti.

