

CARDIONCOLOGIA 2017

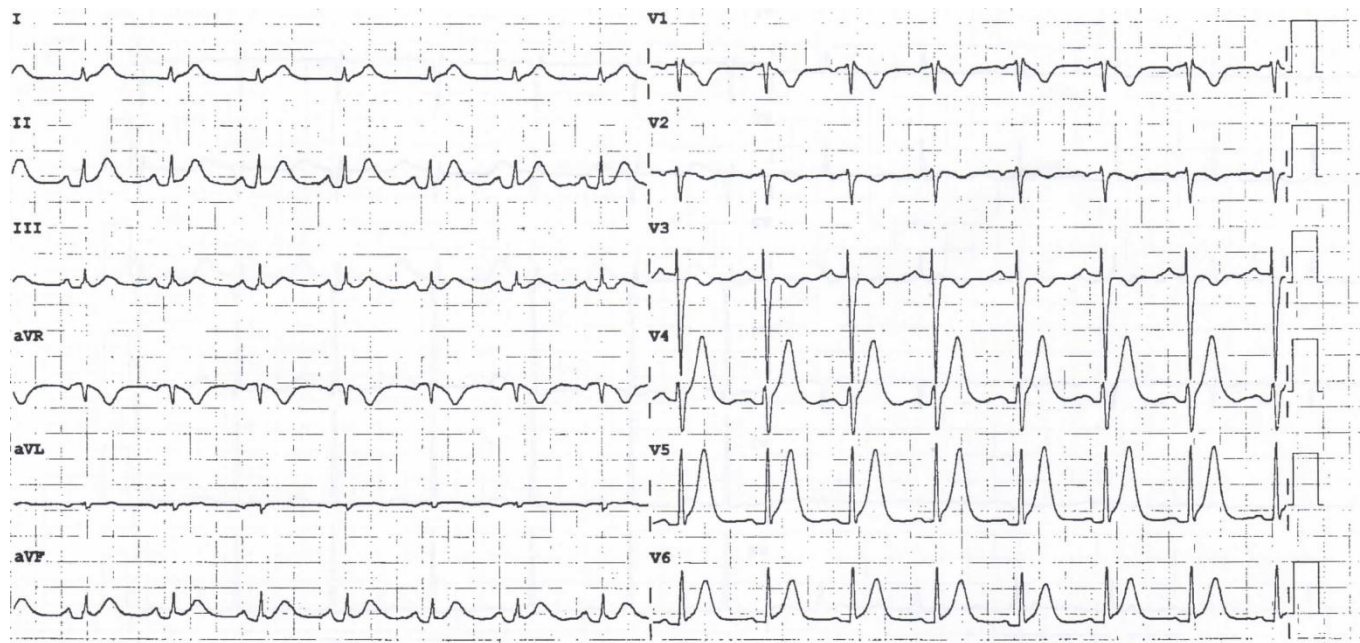
Domande, risposte e...dubbi: confronto con gli esperti
Torino – 1 aprile 2017



- Maria 67 anni
- Nega allergie
- Non fumatrice
- Nessun fattore di rischio cardiovascolare
- Cefalea

- Febbraio 2015: comparsa di rettorragia. Esegue pertanto:
 - ✓ *Colonscopia: condotta sino al cieco; eteroplasia vegetante non stenosante estesa da 8 a 13 cm dalla rima anale. El: adenocarcinoma.*
 - ✓ *TC torace/addome mdc: conferma della lesione rettale. Non sicure lesioni a distanza. Piccole nodularità millimetriche polmonari non tipizzabili.*
 - ✓ *RMN pelvi: cT3N+*
 - ✓ *CEA: 2.3 ng/ml*
 - ✓ *Discussione interdisciplinare GLC: posta indicazione a trattamento chemioradioterapico a scopo neoadiuvante.*
- Marzo 2015: inizia trattamento con capecitabina 825 mg/mq bid concomitante a radioterapia.

- Dopo 8 gg dall'inizio dell'assunzione di capecitabina accede in DEA per episodi subentranti a riposo di dolore oppressivo toracico associati a cardiopalmo ed intensa sudorazione. Esegue:
 - ✓ *ECG: T iperacute simmetriche diffuse, maggiormente a sede laterale in concomitanza di sintomatologia anginosa, normalizzate a regressione dei sintomi.*



- ✓ *TnT: 0.16 ng/ml*
- ✓ *Ecocardiogramma: FE 55% con sfumata ipocinesia antero-laterale apicale.*



NSTEMI



- ✓ *Corox: malattia coronarica critica bivasale di Dx e Cx >>> PTCA e impianto di due stent (Avantgard) su Cx media e su Dx media e prossimale.*

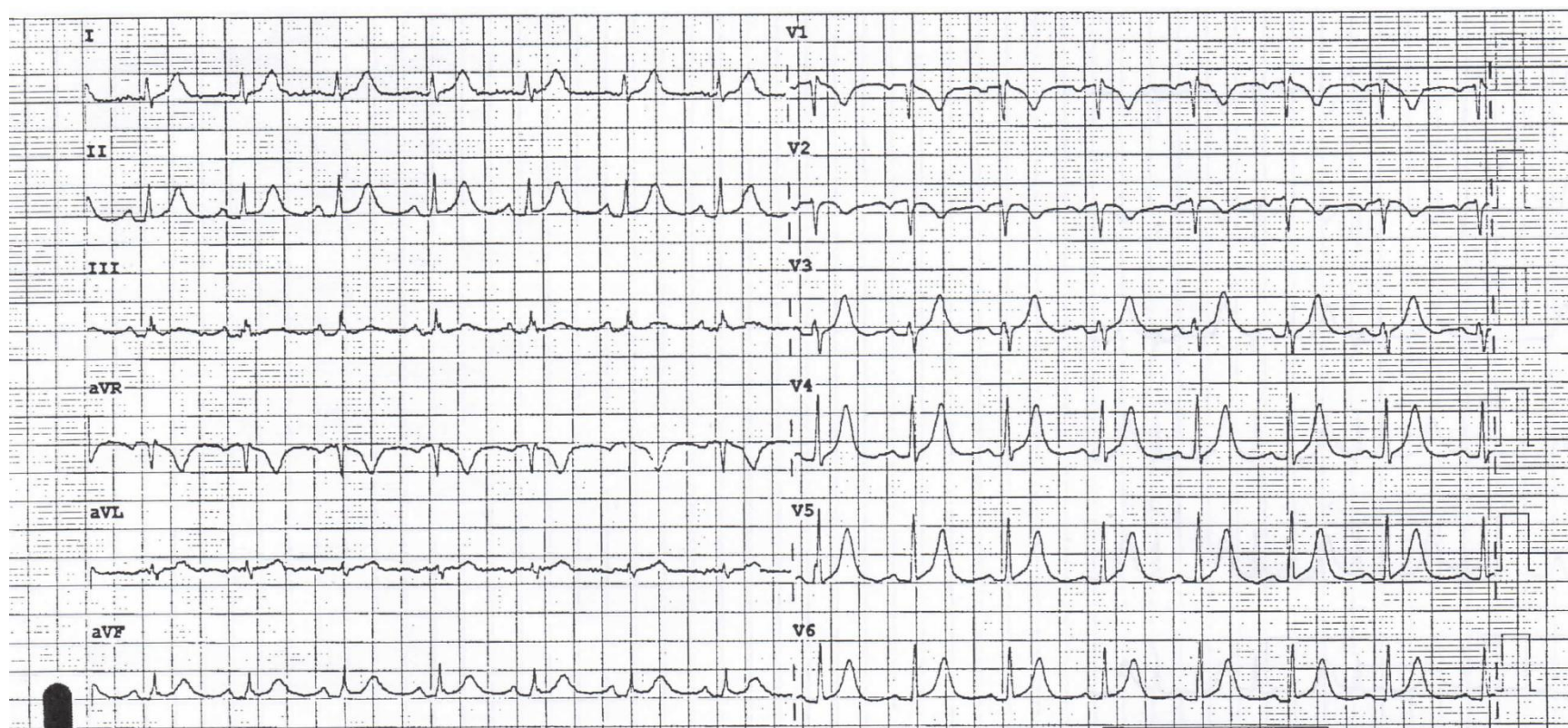


- Decorso successivo regolare.
Maggior frequenza degli episodi di rettorragia (Hb 10.2 g/dl).
- Terapia: cardioASA, clopidogrel 75 mg/die (1 mese), metoprololo 50 mg x 2/die, pantoprazolo 20 mg/die, terapia marziale.
- Sospende la capecitabina.
Continua la radioterapia (terminata ad aprile 2015 – 45 Gy in 25 sedute).

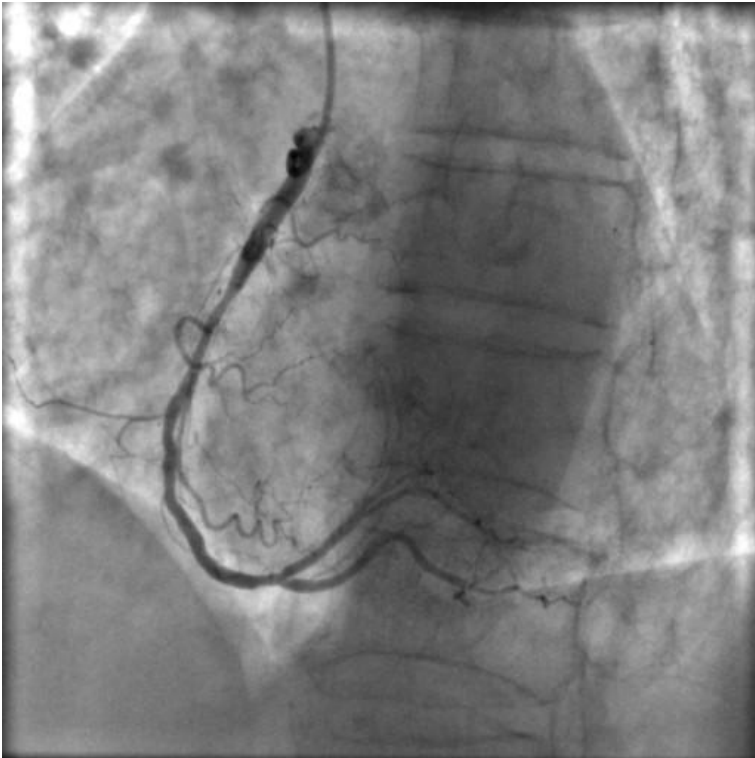
- Maggio 2015: alla TC, ridotta la lesione rettale, stabili le millimetriche lesioni polmonari.
- Maggio 2015: intervento chirurgico di resezione anteriore del retto. Confezionata stomia di protezione.
- ✓ *Adenocarcinoma senza componente mucinosa G2 ypT3N1 (Ind + 3/9 con superamento capsulare) – margini indenni – regressione sec. Mandard IV – RAS mutato (ex 2)*

- Paziente in ottime condizioni generali (PS ECOG 0). Proponibile trattamento chemioterapico adiuvante con oxaliplatino e fluorofolati. Il caso viene portato in discussione collegiale cardio-oncologica.
- Valutazione collegiale: cardiopatia ischemica rivascolarizzata. Paziente asintomatica in buon compenso emodinamico. Non controindicazioni cardiologiche assolute alla terapia secondo schema FOLFOX4 (oxaliplatino + 5-FU bolo e in ic). Nell'impossibilità di introdurre nitrato in terapia per cefalea, si avvia terapia con ranolazina 375 mg x 2/die. Inizia inoltre rosuvastatina 10 mg/die.
- La paziente accetta di sottoporsi al trattamento chemioterapico proposto. Si posiziona CVC tipo Groshong.

- In data 15/07/2016 inizia trattamento chemioterapico secondo schema FOLFOX4.
- In data 17/07/2016 accesso in DEA per dolore toracico insorto da circa 1 ora. Esegue:
 - ✓ *ECG: onde T iperacute in sede anteriore a regressione rapida dopo la cessazione della sintomatologia.*



- ✓ *Ecocardiogramma: FE 55%, ventricolo sn di normali dimensioni e cinesi.*
- ✓ *Corox urgente: ristenosi intrastent di Cx e Dx. Impiantati due nuovi stent medicati.*

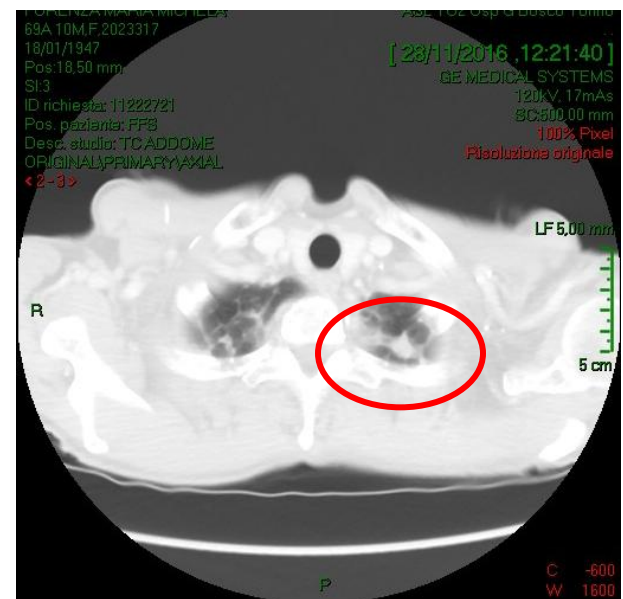
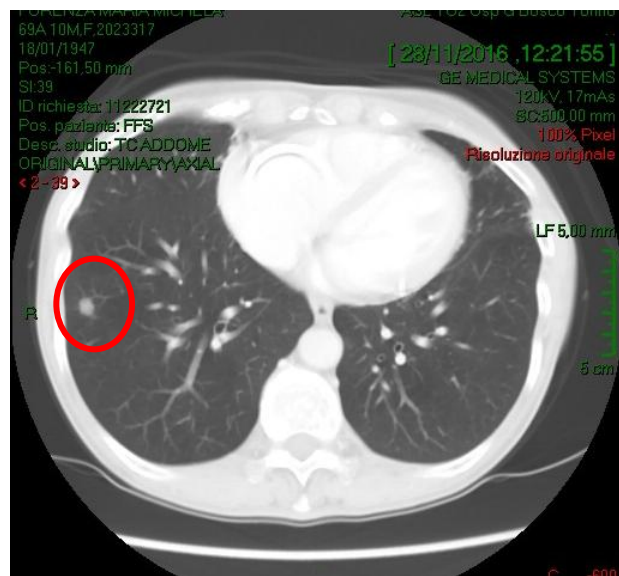
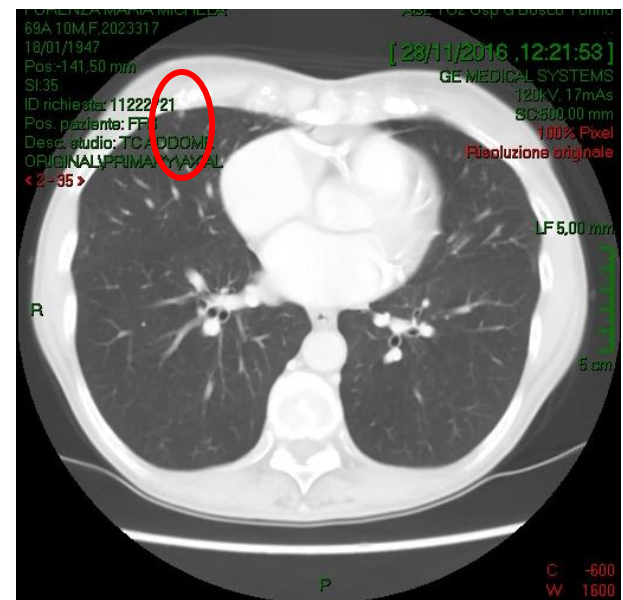
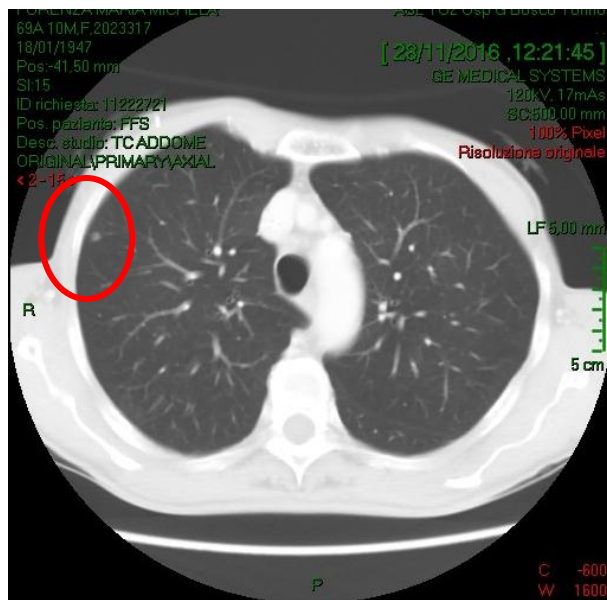


- Terapia alla dimissione: terapia in atto + clopidogrel 75 mg/die per 1 anno.
- La paziente non vuol “nemmeno più sentire parlare di chemioterapia”. Si sospende il trattamento adiuvante.

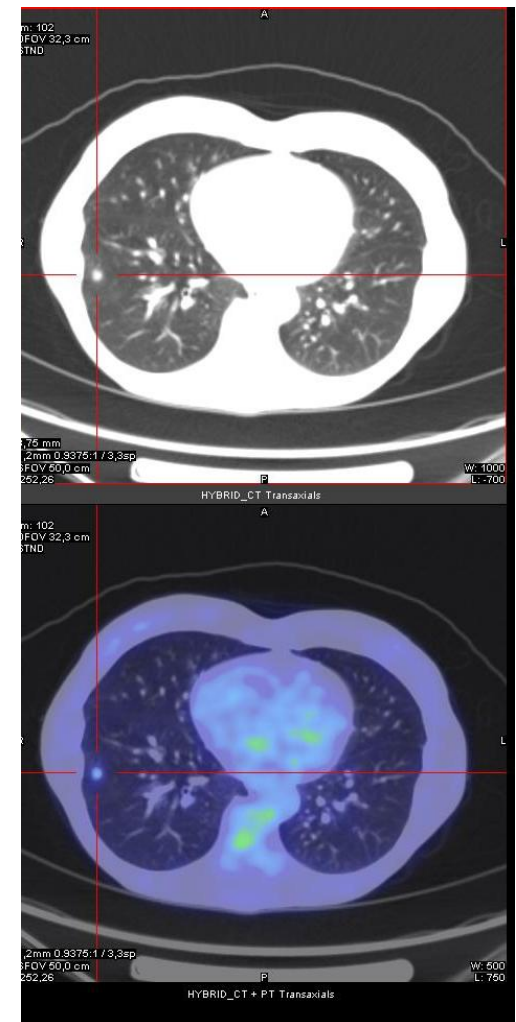
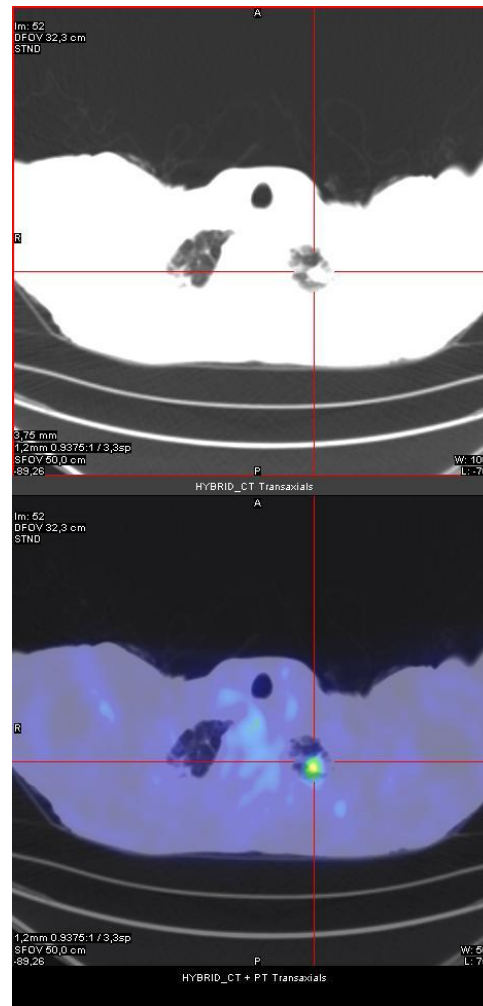
Inizia stretto follow up clinico/strumentale.

- Agosto 2015: alla TC non evidenza di ripresa di malattia. Stabili le lesioni polmonari. CEA: 1.4 ng/ml
- Gennaio 2016: reperto TC invariato rispetto al precedente. CEA: 1.3 ng/ml

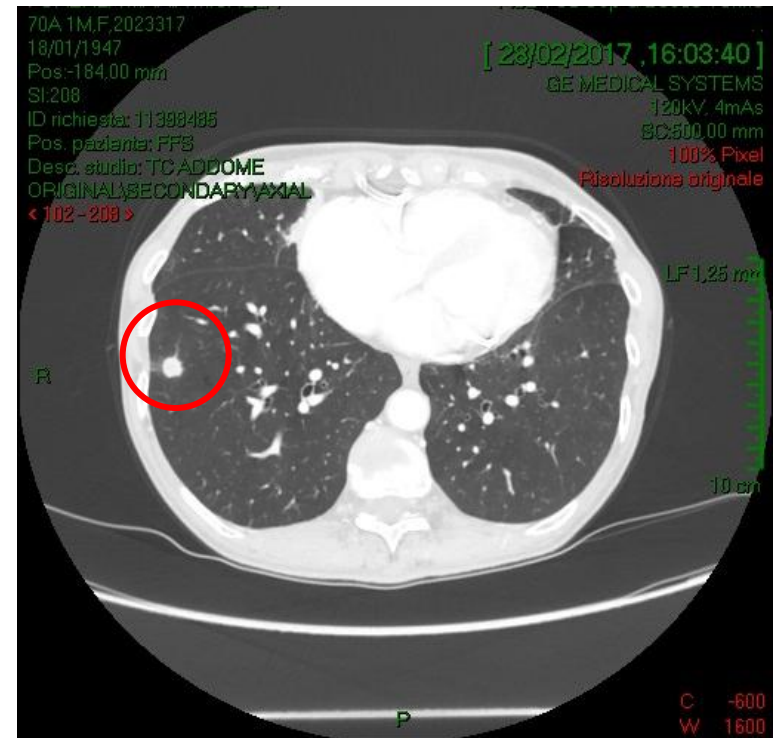
- Luglio 2016: alla TC comparsa di nuove millimetriche lesioni nodulari polmonari (diametro massimo 5-6 mm). CEA: 1.7 ng/ml. Colonscopia regolare. Valutazione oncologica: lesioni polmonari sospette per secondarismi ma che paiono poco evolutive; al momento prosegue con il solo follow up.
- Ottobre 2016: intervento di ricanalizzazione intestinale.
- Novembre 2016: alla TC incremento volumetrico della sola lesione laterobasale lobo inferiore di dx (diametro 9 mm). Stabili le altre sospette localizzazioni polmonari.



- Dicembre 2016:
 ✓ *PET due captazioni polmonari subcentimetriche (una a dx ed una a sn).*
 ✓ *Discussione interdisciplinare GLC: si concorda per esecuzione TC a 3 mesi per valutare l'evolutivezza delle lesioni polmonari; successiva rivalutazione GLC per impostazione di eventuale trattamento di radioterapia.*



- Febbraio 2017:
 - ✓ TC torace/addome mdc: modesto incremento volumetrico della sola lesione polmonare basale dx PET positiva (diametro 10-11 mm).
 - ✓ Discussione interdisciplinare GIC: si concorda per trattamento radioterapico stereotassico delle due lesioni PET positive.
- Marzo 2017:
 - ✓ PES: test precocemente massimale per scarsa tolleranza allo sforzo (fine I stadio). Negativo per angina ed ischemia. Risposta pressoria regolare.
 - ✓ A breve inizierà il trattamento radioterapico. Al termine riprenderà il follow up.



...e quando dovremo iniziare un trattamento chemioterapico palliativo?

- ✓ *...5-FU/capecitabina previa rivalutazione cardiologica? Corox?*
- ✓ *...mai più fluorofolati? ...e allora cosa?*
- ✓ *...e che dire di bevacizumab e aflibercept (RAS mut)?*
- ✓ *...5-FU solo a bolo?*
- ✓ *...5-FU (bolo + infusione continua) in regime di ricovero?*
- ✓ *...raltitrexed?*

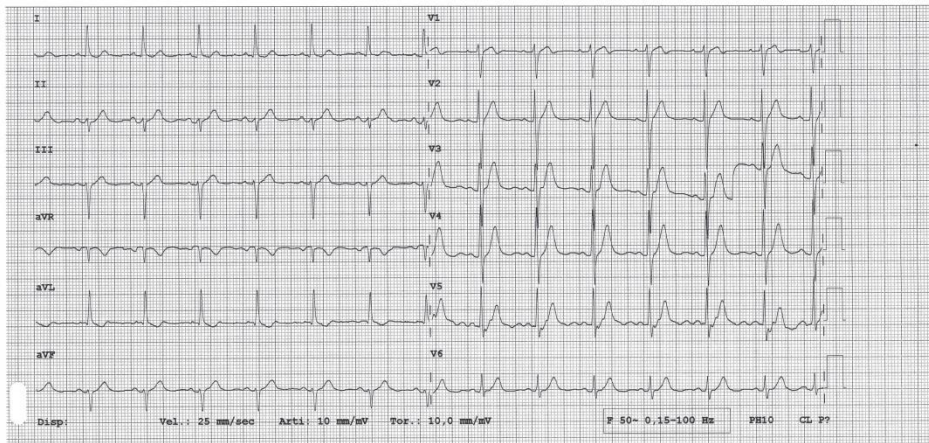
...la parola agli esperti

...vi rubo ancora 3 minuti

- Tommaso 71 anni.
- Fumatore (5 sigarette/die da circa 50 anni). Iperteso. Sovrappeso. Lieve IRC (creatinina 1.3 mg/dl). TD cardiologica: irbesartan
- Maggio 2016: resezione colica sec. Hartmann per carcinoma scarsamente differenziato del retto G3 pT3N2b con estesi aspetti neuroendocrini (Ki67: 40%). M+ sincrono (polmone/fegato). RAS mutato.
- 06/07/2016 – 18/11/2016: trattamento chemioterapico secondo schema FOLFOX6 con RP alla TC del 09/2016 e PD alla TC del 12/2016.
- Proposta II linea secondo schema FOLFIRI + aflibercept (mai iniziata).

...vi rubo ancora 3 minuti

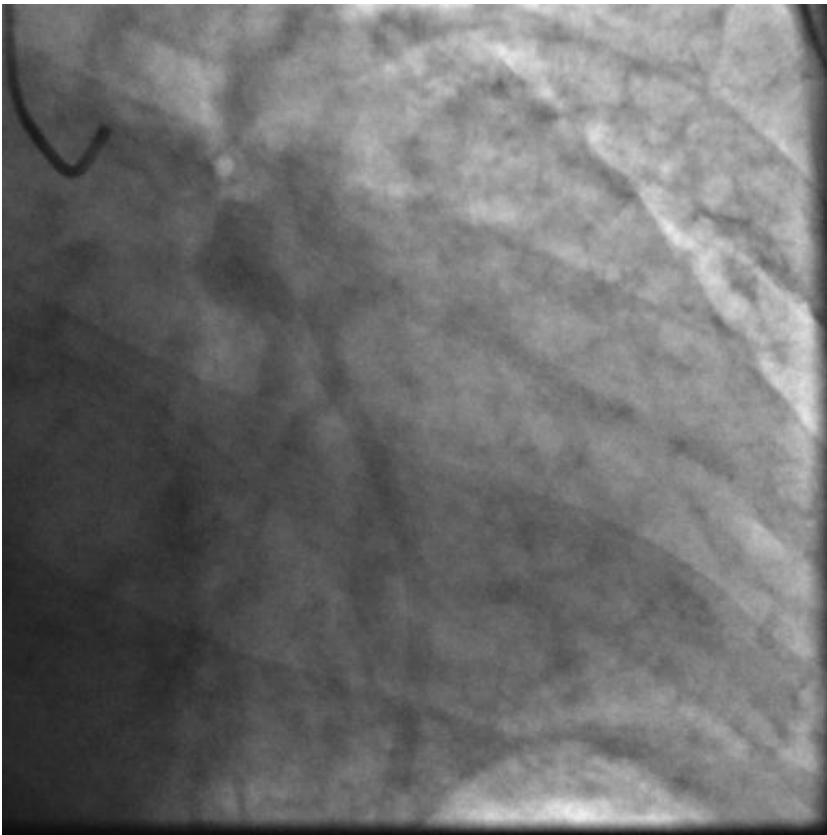
- In data 19/12/2016 accesso in PS c/o altro Ospedale per toracoalgia, insorta in posizione accovacciata, associata a sudorazione algida della durata di circa 15 minuti. Dimesso con TnT : 0.11 ng/ml. Episodi simili nei giorni precedenti.
 - Dieci giorni più tardi, ricovero c/o Cardiologia OSGB per sospetta sindrome coronarica acuta (sintomatologia insorta durante la visita ambulatoriale).
- ✓ *ECG: T iperacute/difasiche in sede antero/laterale.*



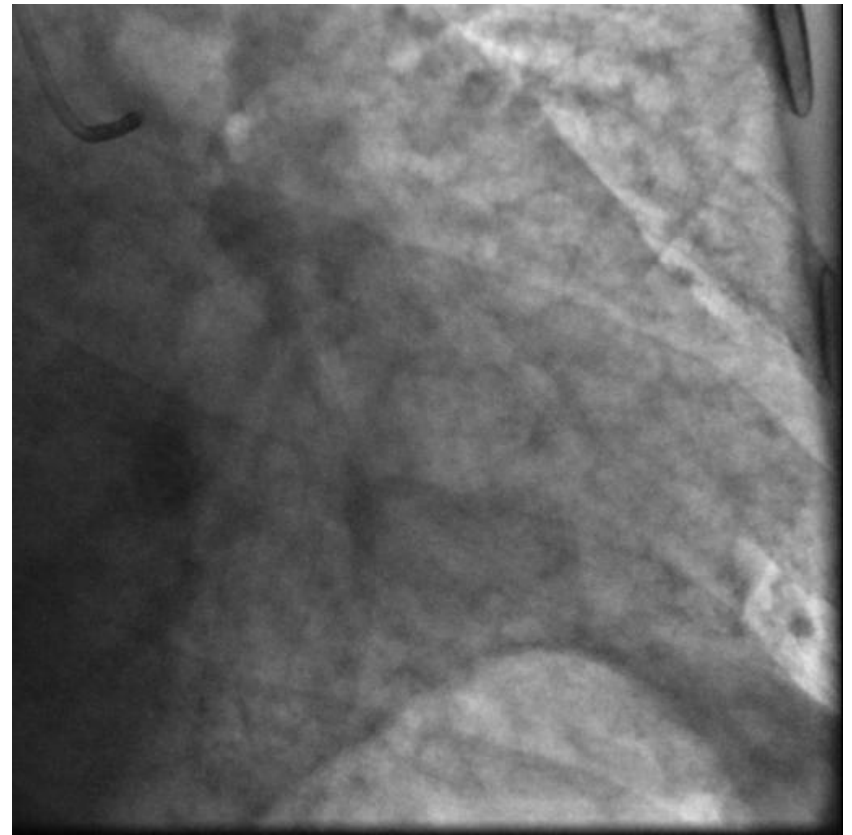
✓ *Ecocardiogramma: lieve ipocinesia apicale con FE: 60%*

✓ *TnT: 0.05 ng/ml*

✓ *Corox: coronarie epicardiche esenti da lesioni con stenosi severa (95%) al tratto medio di IVA causata da spasmo coronarico serrato (in tratto a decorso intramiocardico) risolto spontaneamente dopo iniezione di nitrati.*



Stenosi serrata IVA



Risoluzione spasmo dopo TNT

...vi rubo ancora 3 minuti

- Alla dimissione impostata terapia con cardioASA, diltiazem, nisoldipina, nitrato transdermico. Mantenuto irbesartan.
- Spasmo da 5-Fluorouracile sospeso circa un mese prima ?!



... grazie

