



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI del COLON-RETTO** tenutosi in data **21 settembre 2016**

erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

A.O.U. Maggiore della Carità Novara

A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

A.O. Mauriziano

ASL Alessandria

ASL CN 1

ASL CN 2

ASL Novara

ASL TO 1

ASL TO 2

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL TO 5

ASL VCO

AUSL Valle d'Aosta

Ospedale Cottolengo

Ospedale Humanitas Gradenigo

Si procede secondo ordine del giorno:

1) La Coordinatrice del Gruppo (Dr.ssa Racca) fornisce aggiornamenti sul progetto DMO. Dalla revisione dei dati è emersa la necessità di rilevare i dati relativi ad alcuni quesiti selezionati dal Gruppo di Lavoro per l'anno 2015. L'ASL CN2 ha emesso bando per assumere un Data Manager al quale verrà affidata implementazione del progetto DMO.

2) Viene presentato un modello template di "documento di consenso" che si può reperire sul sito di Rete alla voce documenti del Gruppo Mammella. Tale modello dovrà essere utilizzato per redigere i documenti elaborati dal GdS su singoli argomenti.

3) Come da ordine del giorno vengono presentati da Dr Massucco i risultati della Survey Regionale sul trattamento del carcinoma del Retto



Dei 23 GIC invitati a partecipare 18 hanno risposto alla Survey on line che prevedeva 6 ITEMS : stadiazione; neoadiuvante; chirurgia; adiuvante; follow-up.

Di seguito la sintesi dei risultati della survey (i cui dati in esteso verranno inoltrati a tutti i componenti del gruppo di studio) e le relative proposte di revisione emerse dalla discussione.

	POSSIBILI RISPOSTE AL QUESITO
A	PIENAMENTE D'ACCORDO
B	D'ACCORDO CON RISERVA
C	DISACCORDO PARZIALE
D	DISACCORDO TOTALE
E	NESSUNA RISPOSTA

STADIAZIONE:

Domanda 1.1 Si definisce come rettale ogni tumore situato tra la giunzione sigma-retto (inclusa) e il canale anale (escluso)

Domanda 1.2 I tumori rettali si suddividono, a partire dal bordo inferiore della neoplasia, in superiore (tra la giunzione sigma-retto e ≥ 12 cm dal margine anale), medio (tra < 12 cm a ≥ 5 cm dal margine anale) e inferiore (palpabile all'esplorazione rettale e < 5 cm dal margine anale)

Domanda 1.3

La stadiazione deve comprendere una TC torace-addome

Domanda 1.4

La metodica di scelta per la stadiazione locale è la RM

Domanda 1.5

Il protocollo RM deve comprendere sequenze ad alta definizione e strato sottile (< 4 mm) T2 pesate sagittali, assiali perpendicolari all'asse maggiore della neoplasia e coronali parallele all'asse maggiore della neoplasia

Domanda 1.6

Il referto della RM dovrebbe includere: lunghezza del tumore, distanza tra polo inferiore e margine anale, distanza tra polo inferiore e margine superiore dell'anello sfinterico (giunzione ano-rettale), sede in rapporto alla circonferenza rettale, sconfinamento oltre la tonaca muscolare in mm, presenza e sede di tratti di fascia del mesoretto coinvolta (< 1 mm = MRF+), eventuale infiltrazione del puborettale o degli sfinteri, segni di infiltrazione di strutture limitrofe, caratteristiche e sede delle adenopatie nel mesoretto e regionali

Domanda 1.7

L'ecografia transrettale è la metodica di scelta per la definizione del T nei tumori candidabili ad exeresi locale

DOMANDA	A	B	C	D	E	PROPOSTE
1,1	10	4	4	0	0	Il GdS chiede se sia possibile alla luce di questa survey assumere una posizione univoca ed ergerla a definizione di Rete per neoplasia rettale. Unanimamente si conferma tale definizione
1,2	12	4	2	0	0	
1,3	17	1	0	0	0	
1,4	12	6	0	0	0	A giudizio del GdS risulta essere fondamentale coinvolgere i Radiologi della rete. Assolutamente si rende necessario produrre delle raccomandazioni di refertazione minima. Esistono delle Raccomandazioni recentemente redatte dal gruppo SIRM. La collega Radioterapista fornirà al GdS tale documento in modo da valutare la possibile diffusione, standardizzazione ed applicazione pratica.
1,5	16	2	0	0	0	
1,6	16	2	0	0	0	
1,7	12	6				
	Risposte dei centri coinvolti TOT 18					

NEOADIUVANTE

Domanda 2,1 Devono essere discussi nel GIC per valutare l'indicazione alla terapia neoadiuvante tutti i tumori cT \geq 3 o N+ e tutti i tumori del retto inferiore con indicazione a resezione addomino-perineale

Domanda 2,2 Qualora indicata, la RT preoperatoria è sempre da preferirsi alla RT postoperatoria

Domanda 2,3 Nei tumori del retto superiore il trattamento neoadiuvante è indicato solo negli stadi cT4, cN2 o con MRF+

Domanda 2,4 Nei tumori MRF- o quando non è necessario un downsizing preoperatorio può essere utilizzato lo schema short-term

Domanda 2,5 Nei tumori del retto medio con cT3 iniziale (<5mm), cN0 e MRF- può essere omesso il trattamento neoadiuvante

Domanda 2,6 Nei pazienti fragili, quando sia necessario un downsizing preoperatorio, può essere utilizzato la schema short-term + chirurgia differita (dopo 6-8 settimane dal termine della RT)

Domanda 2,7 Il ristaging sistemico (TC torace-addome) è sempre indicato dopo terapia neoadiuvante

Domanda 2,8 Il ristaging locale (RM e/o rettoscopia) è sempre indicato dopo terapia neoadiuvante

Domanda 2,9 Il timing per il ristaging è non prima di 6 settimane dalla fine della terapia neoadiuvante

Domanda 2,10 In caso di risposta clinica completa (endoscopica e radiologica) può essere proposta una strategia watch and wait

Domanda 2,11 ... ma solo nei pazienti fragili

Domanda 2,12 In caso di risposta clinica quasi completa (piccola escara residua) nei pazienti con cN- iniziale può essere proposta una exeresi locale della lesione

Domanda 2,13 ... ma solo nei pazienti fragili

Domanda 2,14 Nei tumori trattati con exeresi locale dopo terapia neoadiuvante e senza fattori di rischio (R0, ypT1, senza invasione vascolare e con TRG1-2) è proponibile una strategia watch and wait

DOMANDA	A	B	C	D	E	PROPOSTE
2,1	16	1	1	0	0	Sulla base della discordanza emersa dalle risposte dei GIC e relativamente al fatto che Le raccomandazioni inerenti alle domande di questo items per lo più non sono inserite nelle raccomandazioni attualmente in uso, emerge la necessità di rivedere le Linee guida di Rete (edite 2012).
2,2	16	2	0	0	0	
2,3	3	10	4	1	0	
2,4	3	10	3	2	0	
2,5	8	8	2	0	0	
2,6	12	5	0	1	0	
2,7	14	2	1	1	0	Pesante disaccordo nei diversi GIC della Rete . Viene proposto dal GdS di creare un Registro di Rete e valutare e standardizzando il successivo follow-up
2,8	13	3	1	1	0	
2,9	15	2	1	0	0	
2,1	1	5	5	7	0	Potrebbe essere preso in considerazione uno studio di Rete.
2,11	5	8	5	0	0	Il Dr Mistrangelo segnala che è stato presentato alla SICR una proposta di studio multicentrico che valuta il referto istologico dopo macrobiopsia della cicatrice: se positiva il paziente va a chirurgia. Se negativa possibile adottare wait and see.
2,12	1	5	5	7	0	
2,13	9	6	3	0	0	
2,14	10	6	2	0	0	
	Risposte dei centri coinvolti TOT 18					

CHIRURGIA

Domanda 3,1 Sono candidabili ad exeresi locale ad intento curativo i tumori uT1, non ulcerati e di piccole dimensioni (<3cm o <1/3 della circonferenza). Sono considerati curati i tumori escissi en-bloc con i seguenti

parametri istologici: R0 pT1, basso grading, senza infiltrazione vascolare e invasione della sottomucosa <2mm in profondità e <4mm in ampiezza

Domanda 3,2 Per i tumori del retto medio-inferiore è indicata la TME. Per i tumori del retto superiore è necessaria l'exeresi di 5cm di mesoretto distalmente alla neoplasia (PME)

Domanda 3,3 Il margine distale di exeresi minimo da ricercare è di 2cm su pezzo non fissato. Nei tumori del retto inferiore, dopo terapia neoadiuvante, è ammesso un margine subcentimetrico, purchè negativo

Domanda 3,4 L'indicazione alla resezione addomino-perineale è l'infiltrazione dello sfintere esterno. In caso di infiltrazione fino allo sfintere interno, in pazienti con buona funzione sfinterica, è proponibile la resezione intersfinterica se eseguibile con margine negativo

Domanda 3,5 La laparoscopia è un'opzione valida anche per la chirurgia del retto

Domanda 3,6 La taTME è un'opzione valida per i tumori del retto inferiore

Domanda 3,7 Il miglior timing della chirurgia dopo terapia neoadiuvante è 6-8 settimane dalla fine della terapia neoadiuvante

Domanda 3,8 Il miglior timing della chirurgia dopo terapia neoadiuvante è 10-12 settimane dalla fine della terapia neoadiuvante

DOMANDA	A	B	C	D	E	PROPOSTE
3,1	12	6	0	0	0	
3,2	17	1	0	0	0	
3,3	11	4	1	2	0	
3,4	7	8	2	1	0	Discordanza legata alla necessità di valutare paziente per paziente
3,5	15	3	0	0	0	
3,6	11	6	0	1	0	
3,7	10	4	2	2	0	Incongruenze tra queste due risposte da parte dei GIC,
3,8	6	1	5	6	0	verosimilmente dovuta al fatto che le settimane sono state divise in 6-8 settimane e 10-12 settimane, quando esiste un Survey dekk'AIRO che parla di >0< 8 settimane
	Risposte dei centri coinvolti TOT 18					

ANATOMIA PATOLOGICA

Domanda 4,1 Dopo terapia neoadiuvante deve essere sempre valutato il TRG sec. Mandard

Domanda 4,2 Devono sempre essere valutati il margine radiale (CRM) e la distanza della neoplasia dalla fascia del mesoretto

Domanda 4,3 Deve essere sempre valutata la qualità della TME sec. Quirke (completa, parzialmente completa, incompleta)

DOMANDA	A	B	C	D	E	PROPOSTE
4,1	17	1	0	0	0	Grande concordanza tra i patologi, tuttavia nelle linee guida di rete la metodica raccomandata per valutare la regressione tumorale non è sec Mandard ma quella del Royal College of Pathology (ritenuta più semplice e più riproducibile)!!! Necessario valutare se rivedere le raccomandazioni di rete o incentivare i patologi ad utilizzare la scala del Royal College of Pathology per valutare la regressione tumorale
4,2	17	1	0	0	0	
4,3	13	4	1	0	0	Attualmente questo punto non è presente nella check list dei patologi, secondo il GdS varrebbe la pena discutere relativamente all'inserimento di questo punto all'interno dello staff degli anatomo-patologi di Rete
Risposte dei centri coinvolti TOT 18						

ADIUVANTE

Domanda 5,1 L'indicazione alla chemioterapia adiuvante dopo terapia neoadiuvante e resezione rettale si dovrebbe basare sullo stadio iniziale (cTN)

Domanda 5,2 ... sull'esame istologico definitivo (ypTN)

Domanda 5,3 ... sul grado di risposta alla terapia (TRG)

Domanda 5,4 La terapia adiuvante dopo terapia neoadiuvante e resezione rettale non è indicata in caso di pCR

Domanda 5,5 La radioterapia adiuvante è indicata per tutti i tumori al II-III stadio se non irradiati in precedenza

Domanda 5,6 La radioterapia adiuvante è indicata per i tumori non irradiati in precedenza solo se ad alto rischio di recidiva locale (perforazione area tumorale, pT3 >5mm, pN2, CRM+ o TME inadeguata)

DOMANDA	A	B	C	D	E	PROPOSTE
5,1	9	7	1	1	0	Esiste molto disaccordo in presenza di scarse evidenze disponibili in letteratura.
5,2	7	4	5	2	0	



5,3	2	8	4	4	0	Proposta di studio: il Dr Fusco di occuperà di ideare DB in previsione di studio retrospettivo di real life	
5,4	3	5	9	1	0		
5,5	6	7	3	2	0	Per l'importante disaccordo tra i GIC necessario rivedere le Raccomandazioni di Rete.	
5,6	9	3	4	2	0		
		Risposte dei centri coinvolti TOT 18					

FOLLOW UP

Domanda 6,1

Per il follow up dovrebbe essere utilizzato lo schema della Rete Oncologica

DOMANDA	A	B	C	D	E	PROPOSTE	
6,1	15	3	0	0	0		
		Risposte dei centri coinvolti TOT 18					

A conclusione della discussione dei dati della Survey il GdS manifesta la forte necessità della revisione delle Raccomandazioni di Rete circa il follow-up.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **16 novembre 2016**, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.