



PAZIENTE AFFETTO DA TUMORE DEL COLON RETTO

Redatto da:	Approvato da:	Approvato e validato da:
Gruppo di Lavoro PDTA Colon Retto	Primari U.O. di: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Oncologia ▪ Chirurgia Generale ▪ Gastroenterologia ▪ Endoscopia Digestiva ▪ Anatomia Patologica ▪ Radioterapia Oncologica ▪ Medicina Nucleare ▪ Radiologia ▪ Terapia Intensiva 	Direttore Sanitario Dr. Fabrizio Nicolis 
Firme di approvazione presso la Direzione Sanitaria.		



I percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) sono strumenti di governo clinico che permettono di delineare, rispetto a una patologia o a un problema clinico, il miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione e della rete in cui essa è inserita

Ciascun PDTA viene costruito attraverso mappe che definiscono la storia del paziente, partendo dalla valutazione e stadiazione fino agli aspetti del trattamento, stabilizzazione, follow-up. Nel PDTA regionale, in particolare, viene descritta la sequenza delle attività che il Sistema Sanitario Regionale vuole garantire ai pazienti per dare risposta ai loro bisogni di salute, dall'esordio della malattia fino alla conclusione del follow-up o al fine vita.

1.0 Oggetto:

Il PDTA di seguito illustrato descrive il percorso diagnostico terapeutico assistenziale che il paziente con tumore del colon e retto compie all'interno dell'ospedale Sacro Cuore Don Calabria.

La stesura del presente PDTA ha lo scopo di ottimizzare i tempi di diagnosi e cura e di standardizzare il trattamento del tumore del colon e retto, adeguando al contesto locale il PDTA Regionale “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) di riferimento per pazienti affetti da tumore del colon e retto” (DGR 181/2015) nonché le linee guida proposte dalle principali società scientifiche. Il PDTA costituisce il filo conduttore affinché l'approccio al paziente, dei diversi attori coinvolti, sia altamente integrato.

2.0 Campo di applicazione:

Il PDTA di seguito illustrato è applicato nelle UU.OO.CC. di Anatomia Patologica, Chirurgia, Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva, Oncologia, Radioterapia oncologica, Radiologia e nelle Unità Operative e servizi che hanno in carico pazienti con tali problematiche.

E' facoltà dei singoli operatori, secondo scienza e coscienza e secondo le regole della buona pratica clinica, discostarsi, per singoli pazienti, da quanto indicato nel percorso. In tal caso l'operatore sanitario dovrà indicare nella documentazione del paziente il rationale della mancata aderenza al percorso.

5.0 La valutazione multidisciplinare

L'incontro multidisciplinare è il momento fondamentale per la condivisione delle scelte del trattamento e di cura personalizzata del paziente, e per garantire una adeguata tempistica e integrazione degli interventi dei vari operatori. I membri del *team* partecipano agli incontri multidisciplinari settimanali finalizzati a definire una pianificazione condivisa del percorso diagnostico e terapeutico, per almeno il 90% dei nuovi pazienti presi in carico.

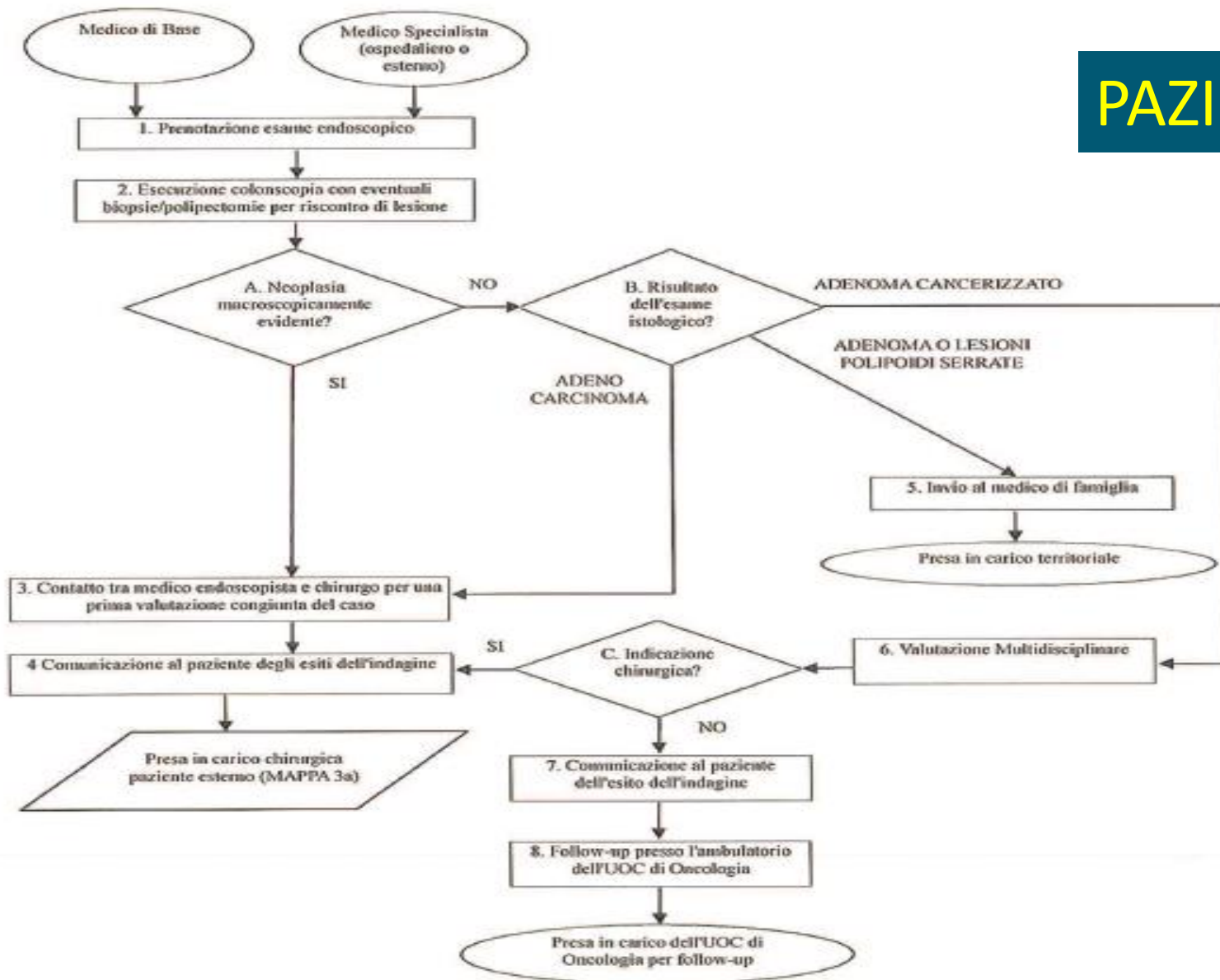
Il *meeting* è il momento in cui avviene la valutazione multidisciplinare della diagnosi e dello stadio di malattia, della tempistica dei trattamenti e rivalutazioni. A questo segue la formulazione della strategia terapeutica con indicazioni precise sull'approccio chirurgico, radioterapico, su terapie oncologiche sistemiche, approcci riabilitativi, cure simultanee, palliative e di *follow-up*, in rapporto alle linee guida precondivise, in particolare per la neoplasia del retto localmente avanzata o metastatica e per la neoplasia del colon e del retto in fase metastatica.

Il *team* fornisce inoltre secondi pareri su richiesta di medici, o di pazienti.

Il "core" del team multidisciplinare è costituito da:

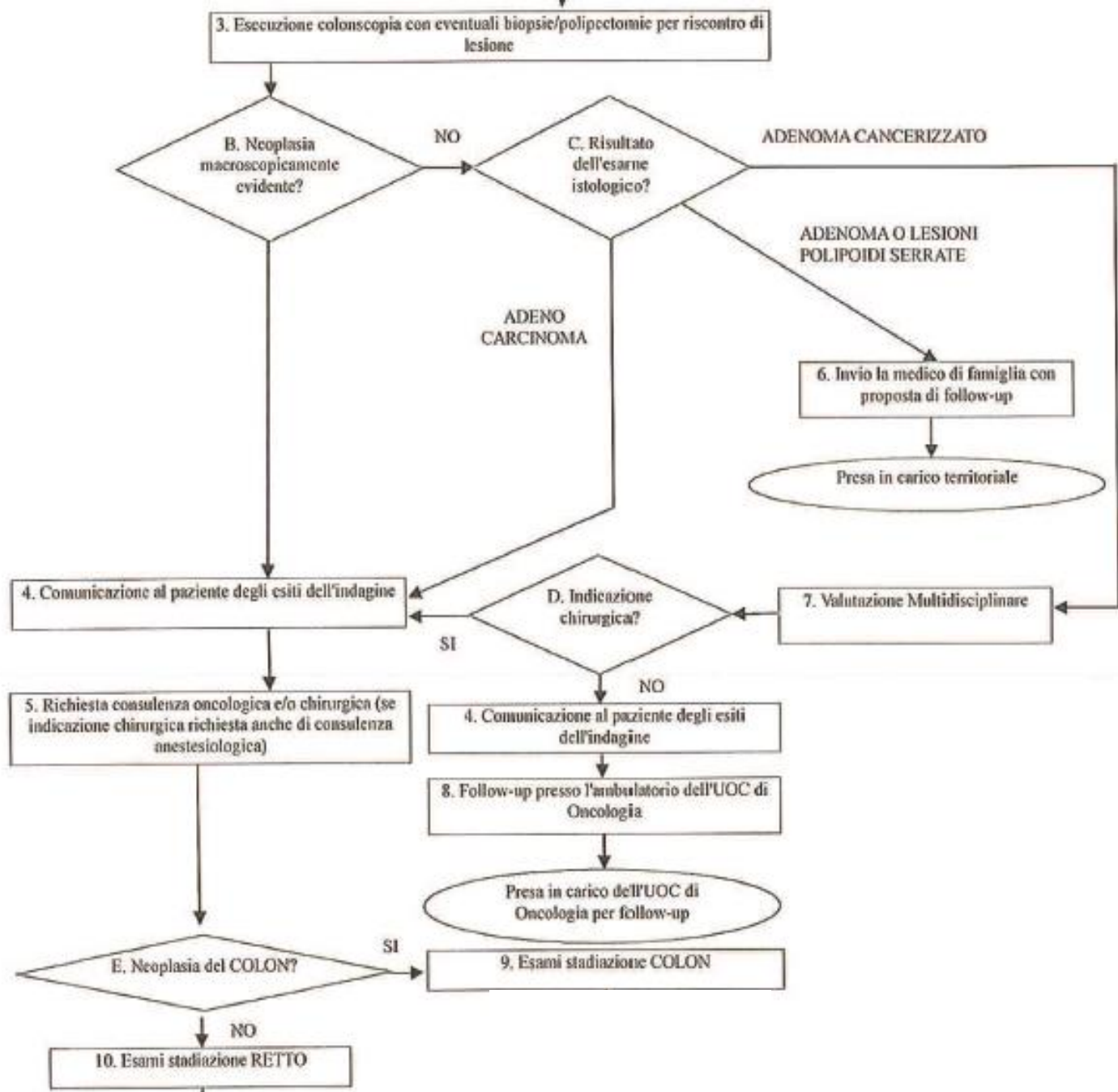
- Chirurgo specializzato nella chirurgia del carcinoma colon-rettale
- Oncologo medico
- Radioterapista oncologo
- Radiologo
- Patologo
- Gastroenterologo
- Endoscopista
- Medico del reparto che ha in cura il paziente

PAZIENTE ESTERNO



6. Invio la medico di famiglia con proposta di follow-up	Il paziente che ha avuto una polipectomia con referto istologico di adenoma, alla dimissione dal reparto viene inviato al Medico di Medicina Generale con l'esito dell'esame istologico e suggerimento di follow-up. Dette indicazioni devono essere riportate nella lettera di dimissione.	Medico che ha in cura il paziente
7. Valutazione Multidisciplinare	Tutti i casi di adenoma cancerizzato vengono portati alla valutazione multidisciplinare da parte del medico che ha in cura il paziente.	Medico che ha in cura il paziente
8. Follow-up presso l'ambulatorio dell'UOC di Oncologia	Nel caso di adenomi cancerizzati senza indicazione chirurgica, il paziente viene preso in carico per i follow-up dall'ambulatorio dell'UOC di Oncologia. Al paziente viene comunicato il primo accesso all'ambulatorio dedicato all'atto della dimissione dal reparto. L'informativa che riporta data e ora di visita viene allegata alla lettera di dimissione assieme al referto istologico.	Coordinatore infermieristico del reparto che ha in cura il paziente.

PAZIENTE INTERNO



9. Esami
stadiazione
COLON

- a. **Anamnesi familiare oncologica:** viene valutata la necessità di azioni di counselling oncogenetico in presenza dei seguenti criteri:
- diagnosi di poliposi familiare (FAP) o "poliposi attenuata" (AFAP);
 - sospetto CRC ereditario non su poliposi (sindrome di Lynch o HNPCC)
- b. **ColonTC:** nel caso la colonscopia sia impossibile o di lesione non tatuata in corso di colonscopia.
- c. **TC stadiazione con e senza mezzo di contrasto.** Per i soggetti con nota allergia al mezzo di contrasto nonostante premedicazione verrà sostituita da PET TC con FDG (La PET con FDG non è prevista di routine per la stadiazione, può essere utile una specifica richiesta del radiologo per discriminare lesioni dubbie alla radiologia).
- d. **Biochimica clinica** comprensiva di emocromo, funzionalità epatica e renale, CEA.
- e. **Ecografia epatica/addominale:** con MDC non è prevista di routine per la stadiazione; può essere utile, su specifica richiesta del radiologo, per discriminare ipodensità dubbie alla TC (cisti/angiomi atipici vs secondarietà).

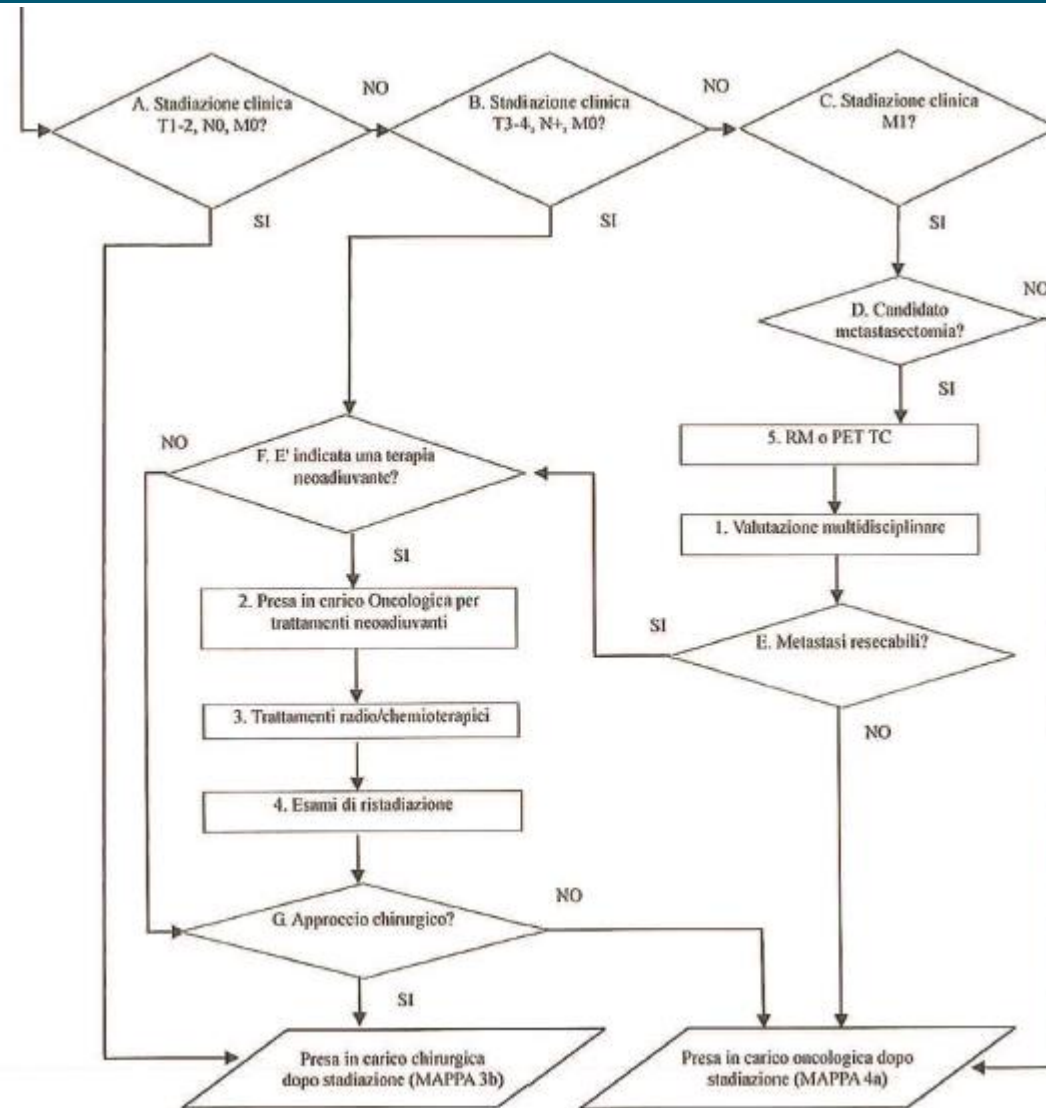
Medico che ha in cura il paziente

10. Esami
stadiazione
RETTO

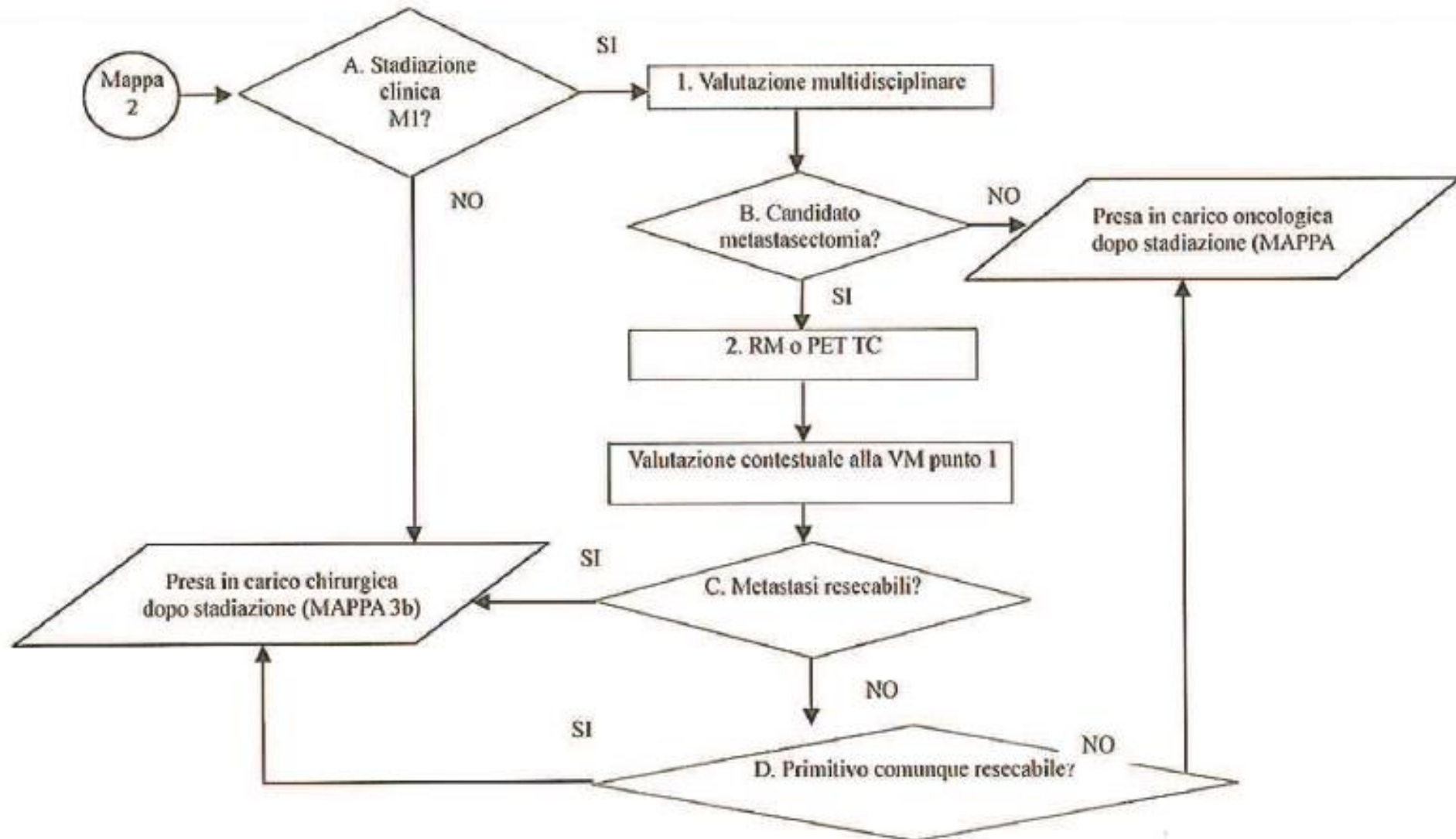
- a. **Anamnesi familiare oncologica:** viene valutata la necessità di azioni di counselling ontogenetico in presenza dei seguenti criteri:
- diagnosi di poliposi familiare (FAP) o "poliposi attenuata" (AFAP);
 - sospetto CRC ereditario non su poliposi (sindrome di Lynch o HNPCC).
- b. **Esame obiettivo ed esplorazione rettale.**
- c. **RM addome inferiore e pelvi con mdc:** costituisce l'esame di elezione per la stadiazione locale del tumore rettale (estensione T ed N, interessamento della fascia mesorettale, coinvolgimento degli sfinteri e dei linfonodi loco-regionali).
- d. **Rettoscopia con strumento rigido,** con misurazione della distanza del margine anale.
- e. **Ecografia endorettale,** a giudizio clinico nei tumori in stadio iniziale o se RM non eseguibile.
- f. **Colonscopia,** se non effettuabile in maniera completa fino al cieco per lesione stenotomica o altro, va completata entro 6 mesi dalla chirurgia; **tatuaggio** nelle lesioni del retto medio-alto.
- g. **ColonTC:** in caso di impossibilità ad esecuzione colonscopia, se previsto intervento laparoscopico.
- h. **TC STADIAZIONE** con e senza mezzo di contrasto. Per i soggetti con nota allergia al mezzo di contrasto nonostante premedicazione verrà sostituita da PET TC con FDG (La PET con FDG non è prevista di routine per la stadiazione, può essere utile una specifica richiesta del radiologo per discriminare lesioni dubbie alla radiologia).
- i. **Biochimica clinica:** comprensivi di emocromo, funzionalità epatica e renale, CEA.
- j. **Ecografia epatica/addominale:** con MDC non è prevista di routine per la stadiazione; può essere utile, su specifica richiesta del radiologo, per discriminare ipodensità dubbie alla TC (cisti/angiomi atipici vs secondarietà).

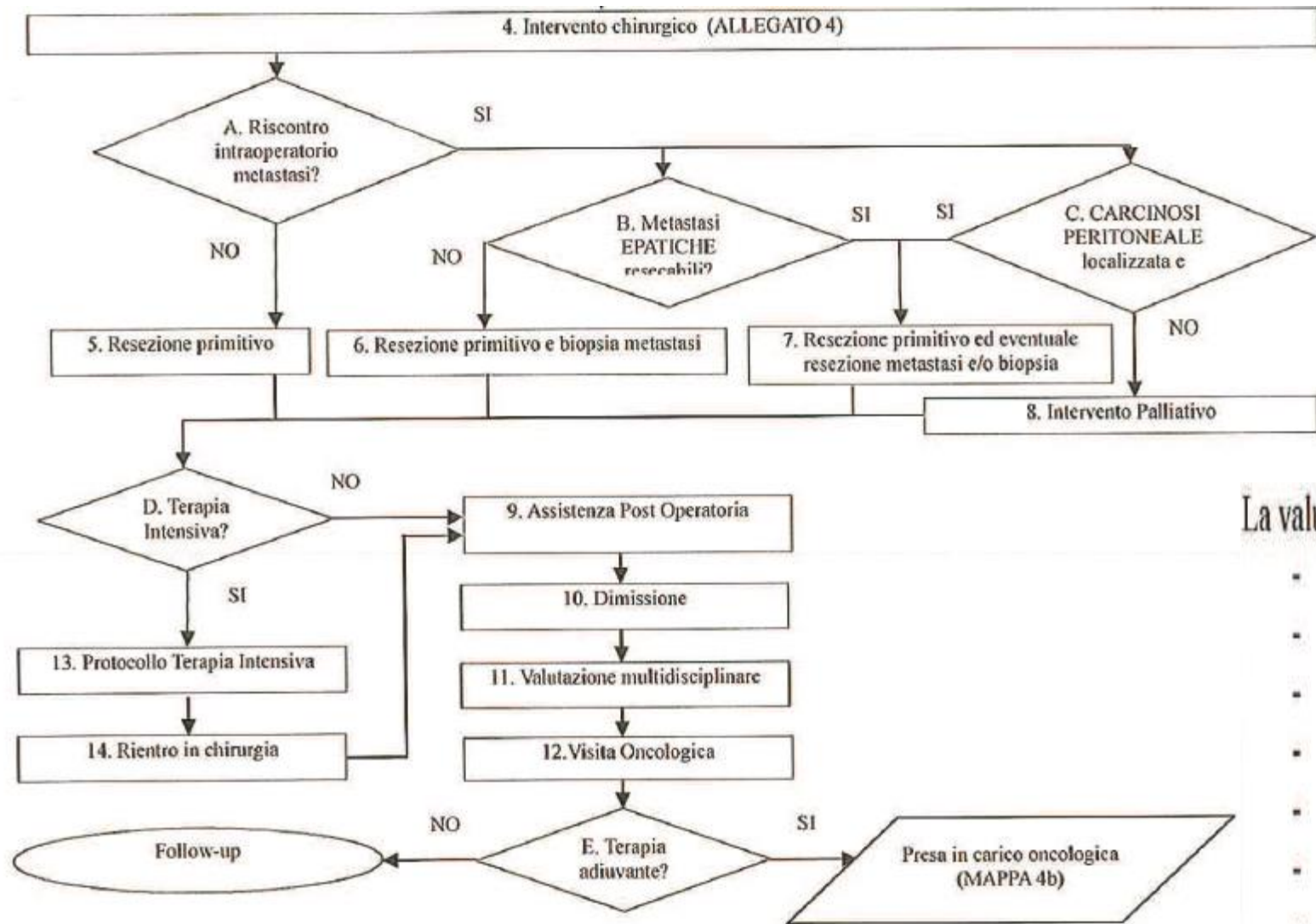
Medico che ha in cura il paziente

Diagnosi di neoplasia del Retto



Diagnosi di neoplasia del Colon



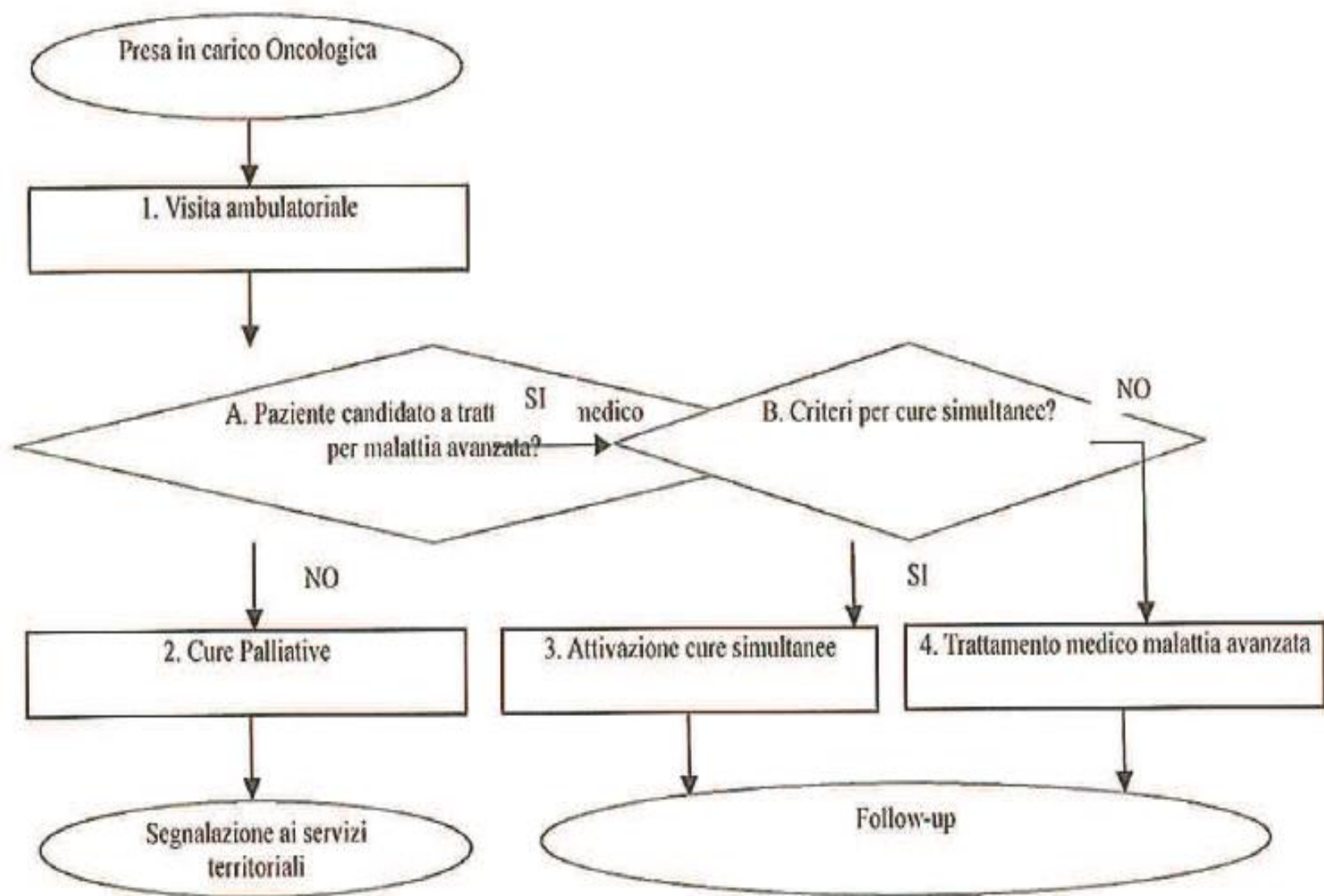


La valutazione chirurgica iniziale comprende:

- Verifica corretta indicazione all'intervento,
- Anamnesi accurata
- Visita ed esame obiettivo
- Richiesta di indagini preoperatorie di routine
- Richiesta di esami specialistici (visita cardiologica etc.)
- Valutazione del rischio operatorio e anestesiologicalo
- Compilazione profilassi antitrombotica e antibiotica
- Informazione del paziente sulla procedura che si intende eseguire

Azione	DESCRIZIONE ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE	Responsabilita
Presa in carico Oncologica	La presa in carico oncologica avviene mediante segnalazione tra medico che ha in cura il paziente (chirurgo e medico di altro reparto) e l'oncologo di riferimento. Consigliabile un contatto diretto da parte del medico che ha in cura il pz e l'Oncologo per una prima valutazione del caso e un passaggio di informazioni cliniche sul caso.	Medico Oncologo
1. Visita ambulatoriale	<p>Se la presa in carico oncologica non avviene con ricovero presso l'UOC di Oncologia, prima della dimissione dal reparto che ha in cura il paziente (chirurgia o altro reparto) viene fissata una visita ambulatoriale (comunicata al paziente nella lettera di dimissione)</p> <p>La valutazione del paziente in ambulatorio avviene sulla base:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dei dati clinico anamnestici - stadio patologia (TNM) - fattori di rischio 	Medico Oncologo
5. Informazione del paziente sul trattamento medico adiuvante e avvio del trattamento	<p>In funzione dell'esito della visita ambulatoriale viene definito il piano terapeutico, secondo le indicazioni di seguito riportate, e informato il paziente del programma definito.</p> <p>Va intrapresa dopo 4 e comunque appena possibile, sino ad un massimo di 8 settimane dopo la chirurgia (solo nel caso di ritardato recupero da chirurgia fino ad un massimo di 10 settimane), per una durata complessiva di circa 6 mesi, secondo i seguenti schemi (Allegato 10 del PDTA Regionale):</p>	Medico Oncologo
	<p>Neoplasia del retto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - I pazienti operati dopo radiochemioterapia neoadiuvante, a prescindere dallo stadio iniziale, vengono rivisti in ambito multidisciplinare per programmare il proseguo terapeutico sulla base della stadiazione patologica. Qualora fosse indicata una terapia adiuvante, essa andrà proseguita per 6 mesi complessivi considerando anche la terapia pre-operatoria. <p>Al termine del programma terapeutico, il paziente proseguirà con le visite di controllo.</p>	

6.6.1. MAPPA 4a Presa in carico oncologica per ca colon-rettale stadio avanzato



Follow-up	<p>Programmazione follow-up. Il follow-up dei pazienti sarà effettuato secondo indicazioni AIOM-SIMG (allegato 5)</p> <p>Fanno parte integrante di un corretto follow-up le seguenti raccomandazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Mantenimento di un adeguato stile di vita (corretta alimentazione, regolare attività fisica, astensione dal fumo) poiché esso impatta positivamente sul rischio di ricaduta e sullo sviluppo di seconde neoplasie;<input type="checkbox"/> Aderenza agli screening previsti per altri tipi di tumore, in particolare sorveglianza per l' insorgenza di tumori mammari, della cervice uterina, del polmone, della prostata e della cute (melanomi e non melanomi), ove indicato.	Medico Oncologo
-----------	---	-----------------

Do Multidisciplinary Team (MDT) processes influence survival in patients with colorectal cancer? A population-based experience

Munro et al. *BMC Cancer* (2015) 15:686
DOI 10.1186/s12885-015-1683-1

Studio osservazionale su 586 pts diagnosticati tra il 2006 e 2007

Casi Discussi :411 (70.1%)

Casi non discussi 175 (29.9%)

