



Ospedale
"Sacro Cuore - Don Calabria"

Incontri
di aggiornamento
del Dipartimento
Oncologico

Responsabile Scientifico:
Dott.ssa Stefania Gori

11 febbraio - 12 marzo
2 aprile - 8 maggio
2014

SEDE

CENTRO FORMAZIONE

Ospedale "Sacro Cuore - Don Calabria"
Via Don Angelo Sempreboni, 5 - 37024 Negrar (Verona)



4° Incontro STRATEGIE TERAPEUTICHE NEL CARCINOMA DEL COLON- RETTO

BELLO

CHIRURGIA DEL COLON

CASO CLINICO 2

Paziente con carcinoma del retto

ROBERTO ROSSINI



Chirurgia Laparoscopica
WWW.CHIRURGIALAPAROSCOPICA.EU

M.F. 28 ANNI

Nulla di particolare in anamnesi patologica remota

...genitori MEDICI

Per la comparsa di episodi ripetuti di rettorragia in assenza di tenesmo o dolore anale viene sottoposta in altra sede a:

- rettoscopia (06/06/2013)
- ecografia transanale (12/08/2013)
- colonscopia (21/08/2013)
- RM pelvi (01/09/2013)
- TC-PET (01/09/2013)

M.F. 28 ANNI

- **Rettoscopia:** a livello del margine anale è presente neoformazione vegetante, plurilobata ed ulcerata, si eseguono biopsie.
- **Colonscopia:** conferma la presenza di neoformazione vegetante, negativa l'esplorazione del restante colon.
- **Ecografia transanale:** neoformazione del canale anale, diametro massimo di 28 mm, spessore 10 mm sulla parete anteriore. Conservato il setto retto-vaginale. Non supera la tonaca muscolare.
- **RM addome:** conferma la nota lesione rettale non segni di linfadenomegalia.
- **TC-PET:** ipercaptazione solo a livello della neoformazione, negativo il mesoretto

Biopsie: adenocarcinoma ben differenziato

M.F. 28 ANNI

La paziente viene sottoposta in altra sede a:

- **Chemioterapia:** Capecitabina + Oxaliplatino per 5 settimane
- **Radioterapia:** 65 Gy frazionati in 5 settimane di trattamento

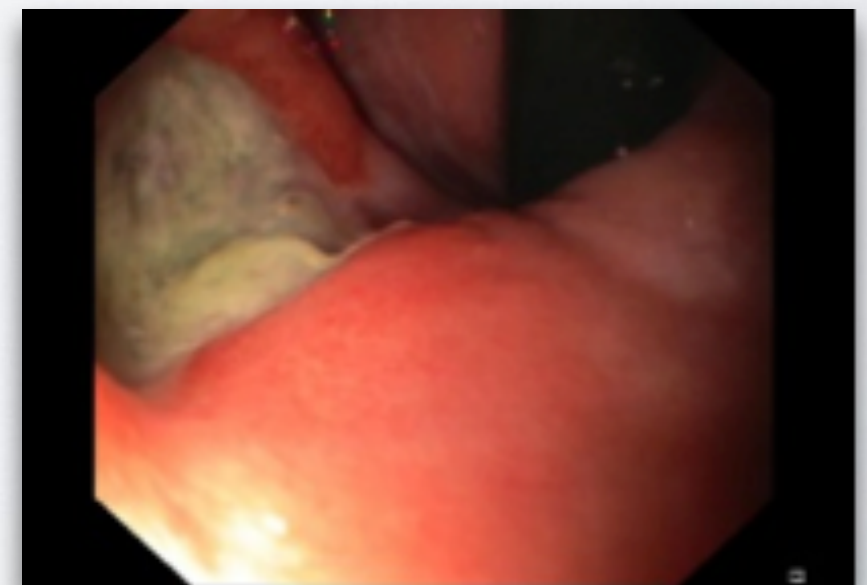
Al successivo controllo RM addome (09/01/2014): *“persiste, in corrispondenza della parete antero-laterale sinistra del retto basso, ispessimento parietale che occupa due quarti della circonferenza del lume, che si estende dalla giunzione retto-anale carnalmente per circa 2,6 cm. Nel contesto della lesione residua, che occupa la parete a tutto spessore, permane area di ristretta diffusione dopo mdc, come per residuo vitale.*

CONCLUSIONI: riduzione di dimensioni, ma non di stadio, della nota neoplasia”.

M.F. 28 ANNI

Giunge quindi alla nostra osservazione e viene sottoposta a:

- Ecoendoscopia transanale (15/01/2014) che evidenzia: *“da 1 cm dalla linea dentata si osserva ulcerazione a margini lisci e regolari e fondo ricoperto da fibrina chiara. Al controllo US l'ulcerazione appare come una depressione di circa 2.5 cm di diametro e 7 mm di spessore. Si notano due linfonodi perilesionali di circa 5 mm. Il setto retto-vaginale è indenne”*.
- TC stadiazione (15/01/2014): negativa per secondarismi epatici e polmonari”



M.F. 28 ANNI

- **Biopsie multiple intraoperatorie** (16/01/2014): frammenti di tessuto necrotico flogistico e lembi di mucosa del grosso intestino con flogosi cronica a carattere erosivo, con modificazioni iperplastico-rigenerativo e con focali modificazioni di tipo indeterminato per displasia (22/01/2014)”

...

M.F. 28 ANNI

- **Asportazione tran-sanale** (27/03/2014): *“con l'utilizzo integrato di strumentazione laparoscopica ed open si procede ad ampia escissione su margine sano della neoformazione nota. Al termine della procedura la neoformazione appare asportata in toto. Integra la parete vaginale a tutto spessore”*

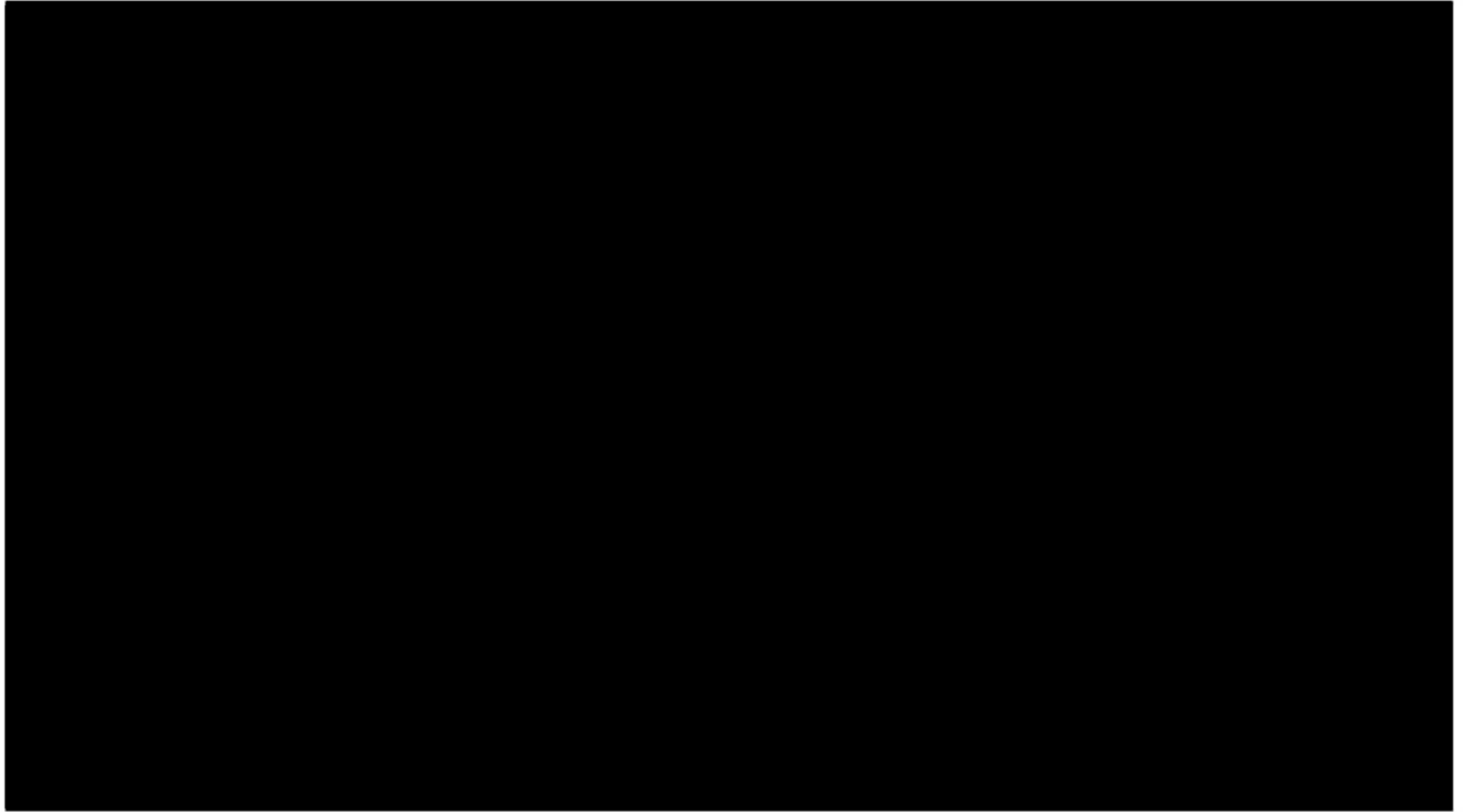
Diagnosi istologica: estesa ulcerazione della mucosa con fenomeni iperplastico rigenerativi dell'epitelio. Riconoscibili strutture ghiandolari nel contesto della parete muscolare che presentano nuclei ipercromici e positività per p53 suggestivi per natura neoplastica. Tali elementi sono in corrispondenza del margine distale

M.F. 28 ANNI

Alla luce del referto anatomico-patologico, del quadro strumentale e della clinica che dimostra la presenza di una fistola retto-vaginale si decide di sottoporre la paziente ad intervento di resezione anteriore ultra-bassa trans-sfinterica di retto con approccio laparoscopico ed esecuzione di pull-through con ileostomia di protezione

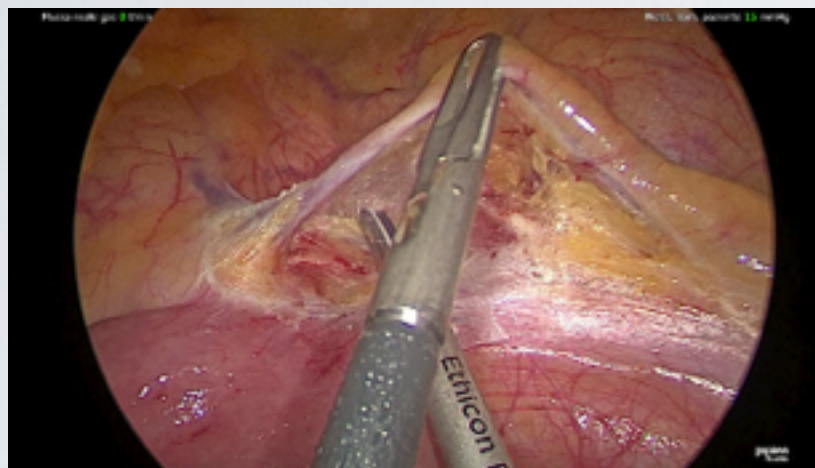
M.F. 28 ANNI

1911-2011/11/11

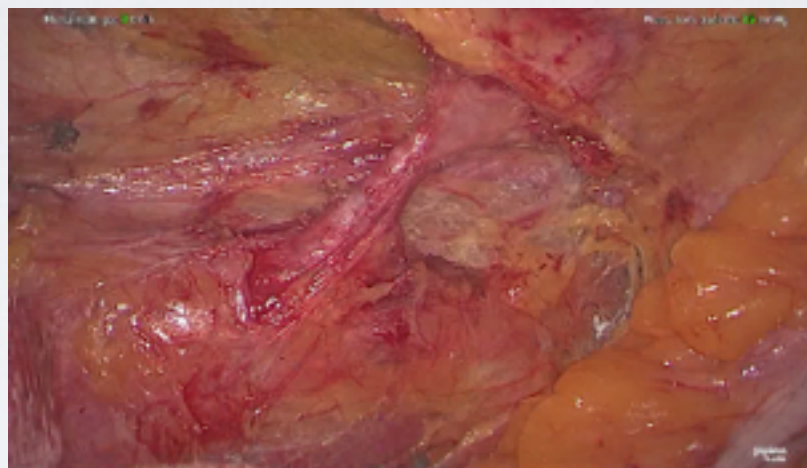


M.F. 28 ANNI

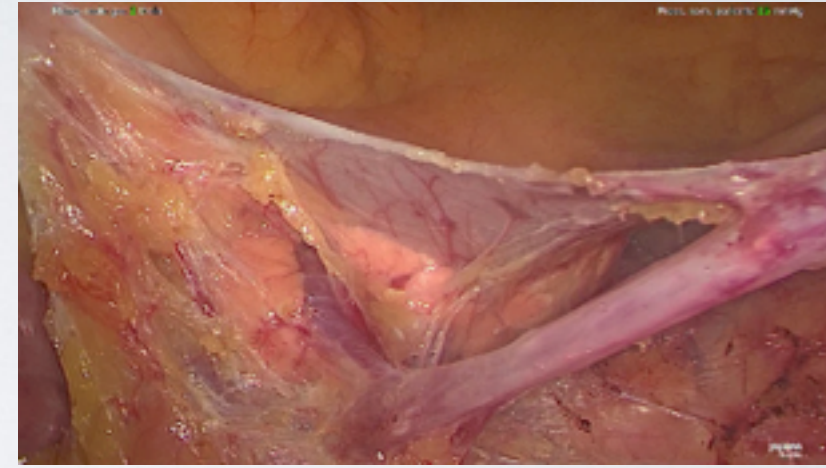
Tempo laparoscopico



Separazione delle fasce di Toldt e Gerota



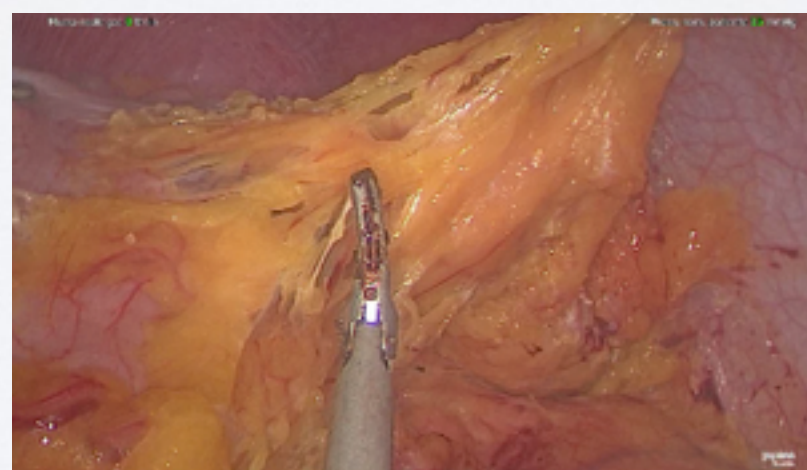
Isolamento Arteria mesenterica inferiore



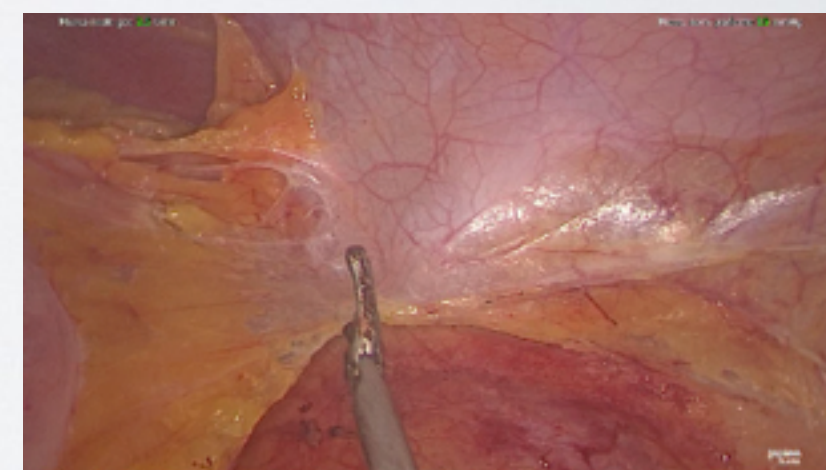
Isolamento della vena mesenterica inferiore



Accesso alla retrocavità degli epiploon

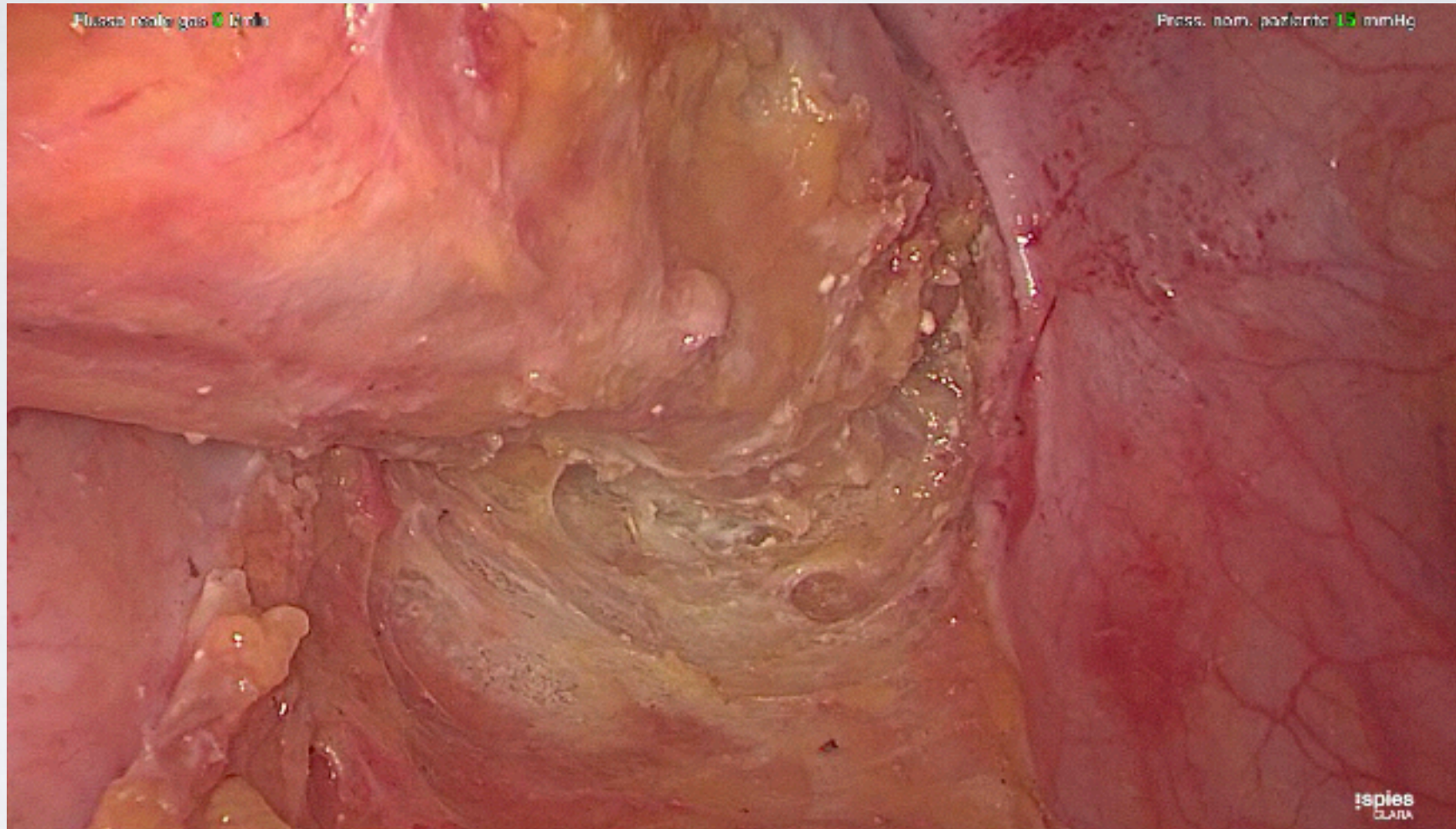


Flessura splenica e scollamento coloepiploico



Mobilizzazione della doccia parietocolica

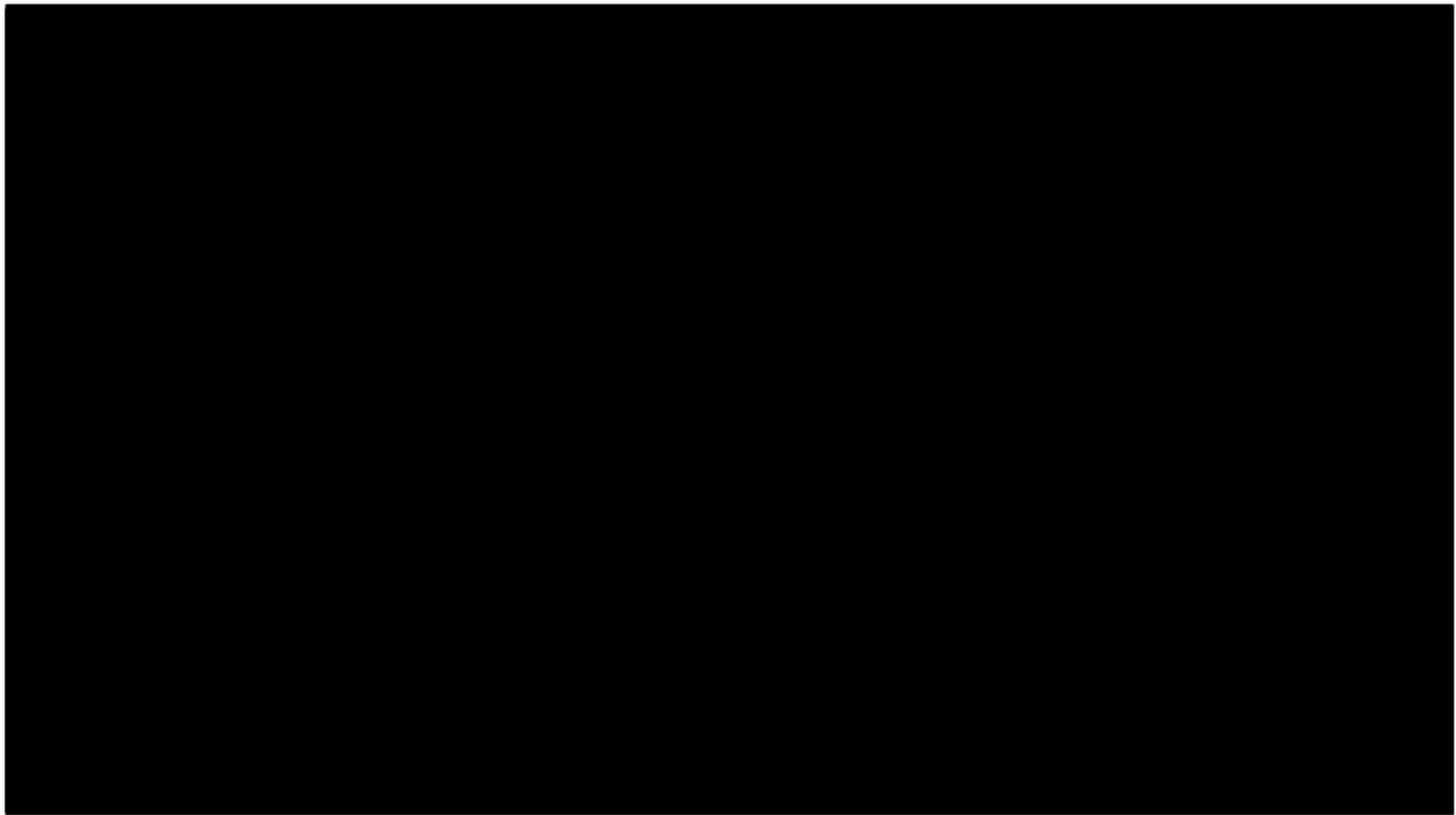
M.F. 28 ANNI



Mobilizzazione del retto

M.F. 28 ANNI

1911-50-11-11

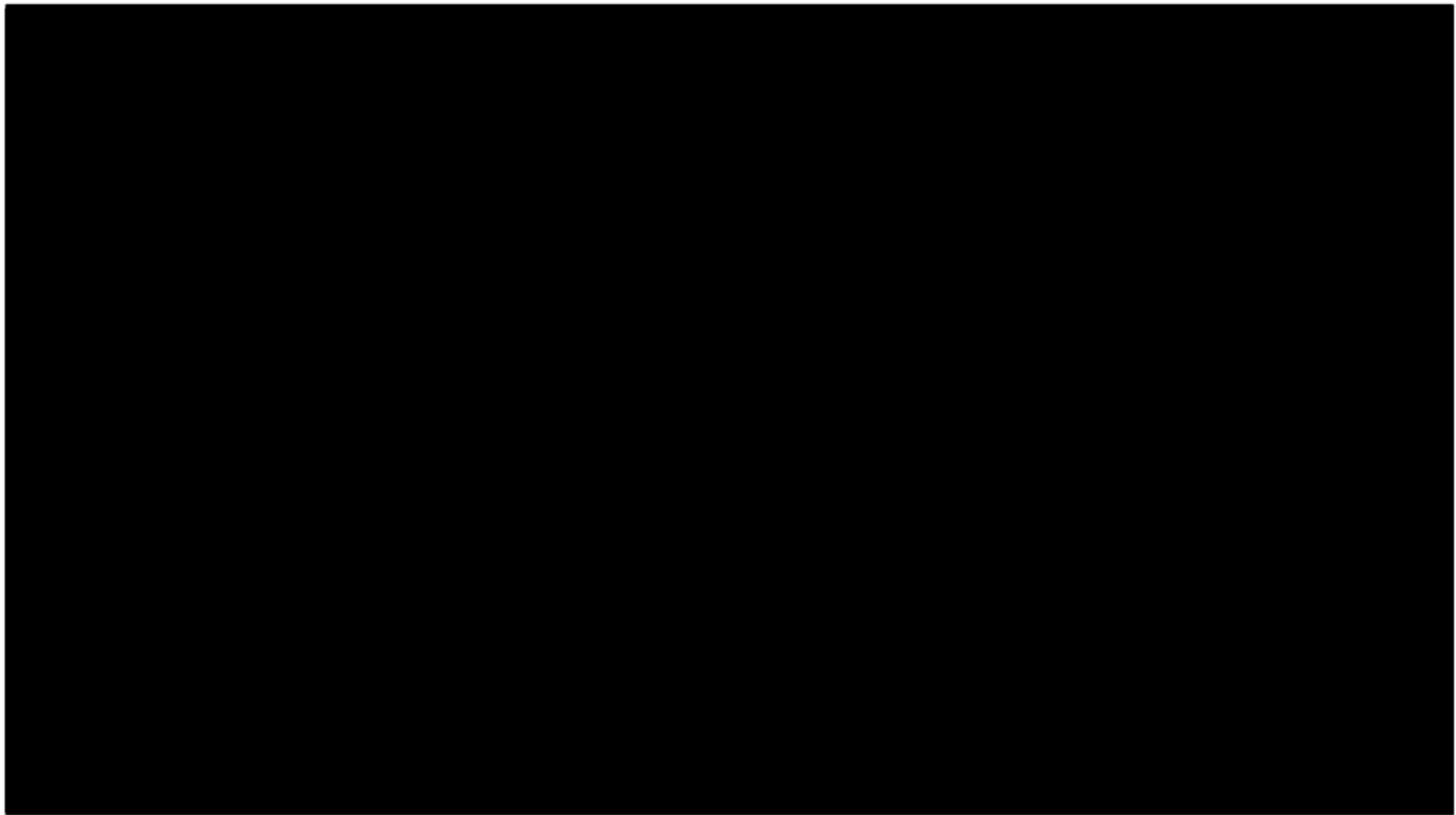


M.F. 28 ANNI

Il decorso post-operatorio è regolare. Dopo una settimana la paziente viene sottoposta al secondo tempo dell'intervento con resezione del moncone colico e confezionamento di anastomosi colo-anale.

M.F. 28 ANNI

1911-2011/11/11



M.F. 28 ANNI

Istologico: “segmento di grosso intestino con flogosi cronica, edema della sottomucosa e flogosi periviscerale talora a carattere granulocitario associata a stentonecrosi.
Tre linfonodi esenti da metastasi”.

KEY POINTS

- Lo studio preoperatorio e la diagnostica strumentale
- La risposta alla chemio-radioterapia
- La scelta dell'intervento e le indicazioni alla laparoscopia

STUDIO PREOPERATORIO, DIAGNOSTICA STRUMENTALE E STADIAZIONE

Il comportamento peculiare del tumore del retto extraperitoneale rispetto a quello del colon ne condiziona lo studio preparatorio.

L'identificazione del rapporto con la riflessione peritoneale rappresenta un punto cruciale sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico.

STUDIO PREOPERATORIO, DIAGNOSTICA STRUMENTALE E STADIAZIONE

La coloncopia o la retto-sigmoidoscopia rappresentano i principali strumenti per una diagnosi iniziale

Nel caso di tumori del terzo medio e distale, lo studio successivo ha lo scopo di individuare il rapporto con la riflessione peritoneale, il grado di stenosi e la penetrazione della neoplasia nel contesto della parete viscerale.

STUDIO PREOPERATORIO, DIAGNOSTICA STRUMENTALE E STADIAZIONE

Valutazione del parametro "T" e "N"

Lesioni iniziali cT1-2

E' sufficiente una
ecoendoscopia transanale
associata a TC pelvi

Lesioni localmente avanzate cT3-4

E' indicato lo studio
mediante RM pelvica

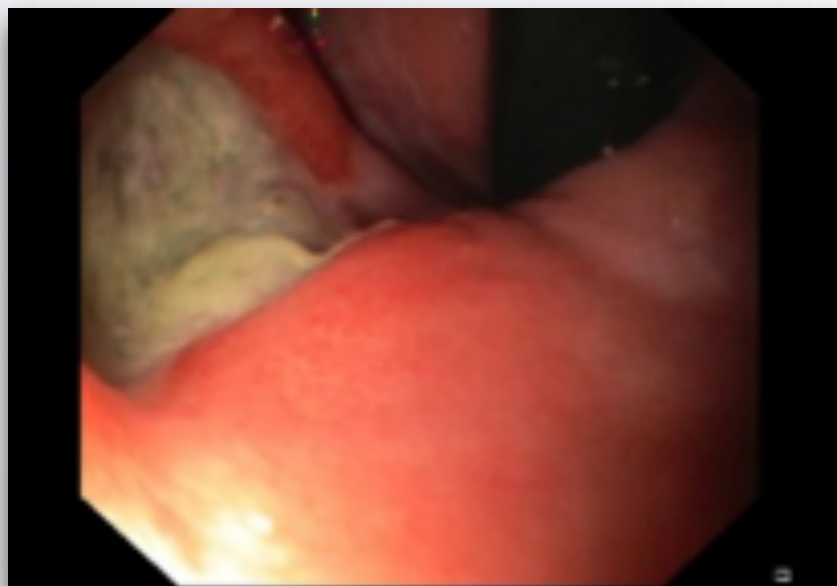
STUDIO PREOPERATORIO, DIAGNOSTICA STRUMENTALE E STADIAZIONE

Valutazione del parametro "M"

E' indicato lo studio mediante TC stadiazione

Non vi sono attualmente linee guida che pongano indicazione all'utilizzo routinario della PET. Questa può però essere considerata nel caso vi siano lesioni secondarie metastatiche

LA RISPOSTA ALLA CHEMIO-RADIOTERAPIA



?

LA RISPOSTA ALLA CHEMIO-RADIOTERAPIA

Dis Colon Rectum, 2010 Dec;53(12):1692-8. doi: 10.1007/DCR.0b013e3181f42b89.

Complete clinical response after neoadjuvant chemoradiation therapy for distal rectal cancer: characterization of clinical and endoscopic findings for standardization.

Habr-Gama A¹, Perez RO, Wynn G, Marks J, Kessler H, Gama-Rodrigues J.

Una cCR prevede al massimo

**Sbiancamento della mucosa, teleangiectasie
con mucosa integra**

Ulcerazioni, irregolarità del viscere e noduli devono essere valutati per
un approccio chirurgico

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

THE LANCET **Oncology**

Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial

Sung-Bum Kang MD ^a, Ji Won Park MD ^e, Seung-Yong Jeong MD ^g, Byung Ho Nam PhD ^f, Hyo Seong Choi MD ^e, Duck-Woo Kim MD ^a, Seok-Byung Lim MD ^h, Taek-Gu Lee MD ^a, Dae Yong Kim MD ^e, Prof Jae-Sung Kim MD ^b, Hee Jin Chang MD ^e, Hye-Seung Lee MD ^c, Sun Young Kim MD ^e, Kyung Hae Jung MD ⁱ, Yong Sang Hong MD ⁱ, Jee Hyun Kim MD ^d, Dae Kyung Sohn MD ^e, Dae-Hyun Kim MD ^e, Dr Jae Hwan Oh MD ^e 

2010

170 LAPS vs 170 OPEN

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

	Open (n=170)	Laparoscopic (n=170)	p value
Proximal resection margin (cm)	13.0 (10.0-18.1)	13.0 (9.3-17.0)	0.442*
Distal resection margin (cm)	2.0 (1.0-3.5)	2.0 (1.0-3.5)	0.543*
Radial resection margin (cm)	0.8 (0.4-1.2)	0.9 (0.5-1.3)	0.307*
CRM			
Positive (≤ 1 mm)	7 (4.1%)	5 (2.9%)	0.770†
Negative (> 1 mm)	163 (95.9%)	165 (97.1%)	..
Macroscopic quality of TME specimen			
Complete	127 (74.7%)	123 (72.4%)	0.414†
Nearly complete	23 (13.5%)	33 (19.4%)	..
Incomplete	11 (6.5%)	8 (4.7%)	
Unknown	9 (5.3%)	6 (3.5%)	..

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

	Open (n=170)	Laparoscopic (n=170)	p value
Time to pass first flatus (h)	60.0 (43.0-73.0)	38.5 (23.0-53.0)	<0.0001*
Time to resume liquid diet (h)	68 (50.0-89.0)	48 (42.0-69.0)	<0.0001*
Time to resume normal diet (h)	93.0 (86.0-121.0)	85.0 (66.0-95.0)	<0.0001*
Time to first defecation (h)	123 (94.0-156.0)	96.5 (70.0-125.0)	<0.0001*
Postoperative hospital stay (days)	9 (8.0-12.0)	8 (7.0-12.0)	0.056*
Perioperative complications	40 (23.5%)	36 (21.2%)	0.603†
Anastomotic leakage	0	2 (1.2%)	0.499‡
Pelvic abscess	1 (0.6%)	0	1.000‡
Ileus§	22 (12.9%)	17 (10.0%)	0.395†
Wound discharge	11 (6.5%)	2 (1.2%)	0.020‡
Chylous ascites	1 (0.6%)	0	1.000‡
Acute voiding difficulty	7 (4.1%)	17 (10.0%)	0.034†
Bleeding	3 (1.8%)	1 (0.6%)	0.623‡
Stoma-related complication¶	0	1 (0.6%)	1.000‡
Bacteraemia	1 (0.6%)	1 (0.6%)	1.000‡
Nerve injury	1 (0.6%)	1 (0.6%)	1.000‡
Reoperation			1.000‡
Yes	3 (1.8%)	3 (1.8%)	..
No	167 (98.2%)	167 (98.2%)	..

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

Br J Surg. 2013 Jan;100(1):75-82. doi: 10.1002/bjs.8945. Epub 2012 Nov 6.

Long-term follow-up of the Medical Research Council CLASICC trial of conventional versus laparoscopically assisted resection in colorectal cancer.

Green BL¹, Marshall HC, Collinson F, Quirke P, Guillou P, Jayne DG, Brown JM.

2013

METHODS: A total of 794 patients from 27 UK centres were randomized to laparoscopic or open surgery in a 2:1 ratio between 1996 and 2002. Long-term follow-up data were analysed to determine differences in survival outcomes and recurrences for intention-to-treat and actual treatment groups.

RESULTS: Median follow-up of all patients was 62.9 (interquartile range 22.9 - 92.8) months. There were no statistically significant differences between open and laparoscopic groups in overall survival (78.3 (95 per cent confidence interval (c.i.) 65.8 to 106.6) versus 82.7 (69.1 to 94.8) months respectively; $P = 0.780$) and disease-free survival (DFS) (89.5 (67.1 to 121.7) versus 77.0 (63.3 to 94.0) months; $P = 0.589$). In colonic cancer intraoperative conversions to open surgery were associated with worse overall survival (hazard ratio (HR) 2.28, 95 per cent c.i. 1.47 to 3.53; $P < 0.001$) and DFS (HR 2.20, 1.31 to 3.67; $P = 0.007$). In terms of recurrence, no significant differences were observed by randomized procedure. However, at 10 years, right colonic cancers showed an increased propensity for local recurrence compared with left colonic cancers: 14.7 versus 5.2 per cent (difference 9.5 (95 per cent c.i. 2.3 to 16.6) per cent; $P = 0.019$).

CONCLUSION: Long-term results continue to support the use of laparoscopic surgery for both colonic and rectal cancer.

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

IL PULLTHROUGH

D. Patsouras, N. A. Yassin, R. K. S. Phillips. Clinical outcomes of colo-anal pull-through procedure for complex rectal conditions, Colorectal Disease 2013; 16: 253–258

2013

1955

Romualdi è il primo a proporre una dissezione extramucosa del retto

Anni '60-'70

Cutait-Turnbull standardizzano la tecnica, Sir Edward Hughes e Alan Cuthbertson la modificano nel modo in cui la conosciamo oggi

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

2013

Treatment for early ultralow rectal cancer: pull-through intersphincteric stapled transection and anastomosis (PISTA) versus low anterior resection

C. G. Fu · X. H. Gao · H. Wang · Z. Q. Yu ·
W. Zhang · E. D. Yu · L. J. Liu · R. G. Meng

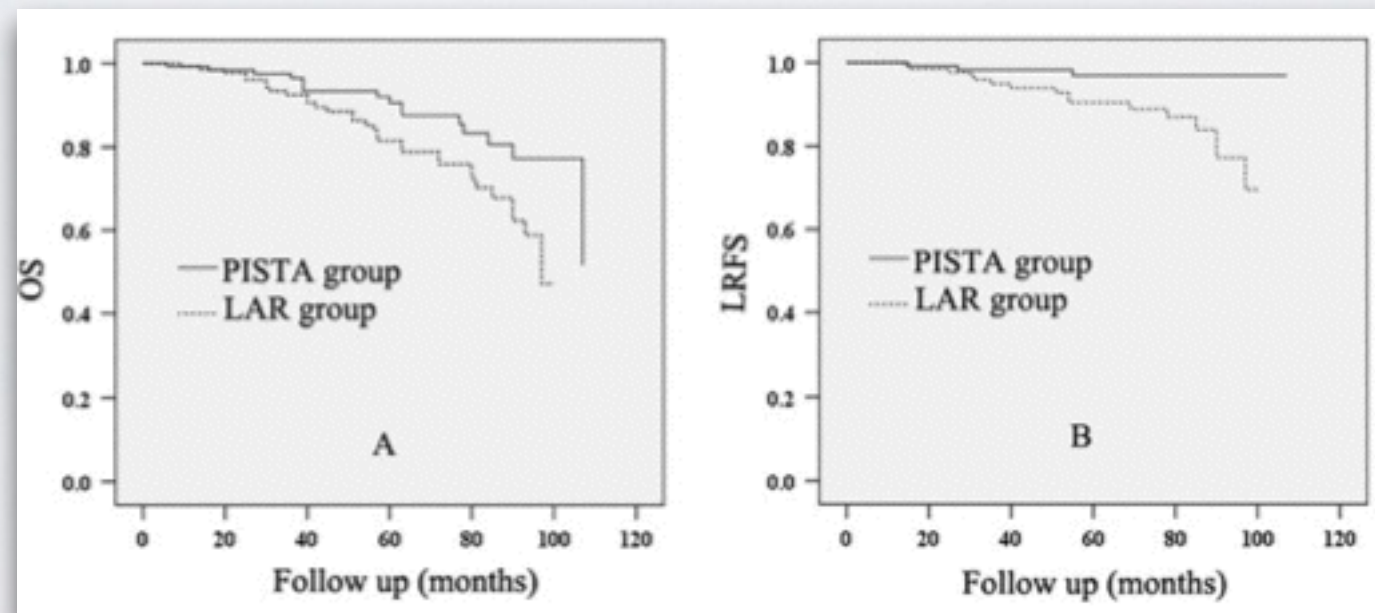
136 Pull Through vs 142 RAB

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

	PISTA group	LAR group	<i>p</i> value
No. of cases	136	142	
Length of operation (min)	180 (150–210)	190 (156–210)	0.240
Anastomotic leakage	5.1 % (7/136)	7.7 % (11/142)	0.379
Distal cutting margin (cm) ^a			
Median (range)	1.5 (1.2–1.8)	1.6 (1.0–2.0)	0.823
Mean ± SD	1.50 ± 0.42	1.48 ± 0.74	
Distal resection margin ≤0.2 cm	0.7 % (1/136)	4.9 % (7/142)	0.037
Distal resection margin ≤1 cm	5.9 % (7/136)	21.8 % (31/142)	<0.001
Anastomosis height ^b	0.5 (0.3–0.8)	0.6 (0.1–1.1)	0.243
Anastomotic line below the dentate line	8.1 % (11/136)	22.5 % (32/142)	0.001
Follow-up period (m)	56 (30–81)	54 (30–80)	0.982
Daily fecal frequency	6 (5–7)	8 (7–9)	<0.001
Wexner continence score	13 (10–14)	14 (13–16)	<0.001
Rate of satisfactory fecal continence	97.1 % (132/136)	90.8 % (129/142)	0.043
Local recurrence	2.2 % (3/136)	11.3 % (16/142)	0.003
Distant metastasis	14.7 % (20/136)	12.0 % (17/142)	0.502

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

Overall survival



$p=0.018$

$p=0.004$

Local recurrence
free survival

LA SCELTA DELL'INTERVENTO CHIRURGICO E L'UTILIZZO DELLA LAPAROSCOPIA

