

# Riunione Annuale Screening Colorettale



ISTITUTO  
ONCOLOGICO  
VENETO  
I.R.C.C.S.



## Il lavoro dei gruppi Regionali

## CHIRURGIA

Relatore e  
Coordinatore  
Dr. Mario Godina

**Padova**  
**21 Novembre 2017**





**ALLEGATO 6. Linee guida per l'intervento chirurgico**

**1. Tecnica operatoria:**  
L'estensione dell'ascisione colica dovrebbe corrispondere al sito di drenaggio linfo-vascolare della neoplasia.  
**Livello di evidenza: Classe II, Grado B**

Il fattore determinante per un'adeguata resezione intestinale per cancro è rimuovere il vaso arterioso principale che nutre la sede di malattia e tutto il drenaggio linfatico corrispondente. Non è stato dimostrato che estendere la resezione porti ad una sopravvivenza maggiore. Le neoplasie localizzate in zone di confine dovrebbero essere resestate insieme ai tessuti linfatici limitrofi per contenere tutte le possibili direzioni di espansione della malattia.

La lunghezza della porzione resestata è comunemente correlata alla vascolarizzazione del segmento stesso. Legare l'arteria primaria all'origine assicura l'asportazione dei linfonodi apicali, che può comportare una prognosi più accurata per il paziente. Un lavoro comparativo ha mostrato che i pazienti che presentavano i linfonodi apicali coinvolti dalla malattia avevano una mortalità superiore di 2,5 volte rispetto ai pazienti con linfonodi apicali negativi. Legare l'arteria all'origine, che si traduce in una linfoadenectomia più ampia, non comporta un aumento della sopravvivenza.

**2. Cancro del colon sinistrono:**  
Neoplasie sinistrono del colon possono essere trattate con due resezioni distinte o con una colectomia subtotali.  
**Livello di evidenza: Classe II, Grado B**

L'incidenza degli adenocarcinomi sinistrono del colon è del 2-8%. Se resestate le due lesioni separatamente o se compiere una colectomia subtotali è una decisione che si basa sul sito delle neoplasie e sulle caratteristiche del paziente. Non vi sono evidenze chiare che differenzia i due approcci per quanto riguarda il tasso di complicità e l'outcome oncologico. È stato visto che le resezioni intestinali sinistrono possono essere eseguite con lo stesso tasso di decessi anastomotici e di mortalità dei pazienti che vanno incontro ad una singola resezione intestinale.

**3. Infiltrazione di organi limitrofi:**  
Le neoplasie del colon che invadono strutture adiacenti dovrebbero essere asportate en bloc.  
**Livello di evidenza: Classe II, Grado A**

Il 15% dei pazienti con cancro del colon avranno una lesione che invade organi adiacenti. All'intervento chirurgico è spesso impossibile distinguere il tessuto tumorale da aderenze infiammatorie. Poiché è stato dimostrato che in queste aderenze risiedono cellule tumorali in almeno il 40% dei casi, è necessario un'escissione en bloc per ottenere una resezione con margini liberi da malattia.

In una serie di 121 pazienti con coinvolgimento multi organo, la sopravvivenza a 5 anni era simile per le resezioni en bloc nonostante le aderenze fossero infiammatorie o maligne. La sopravvivenza però diminuiva del 17% se il chirurgo inadvertitamente aveva un'aderenza maligna.

**4. Ruolo della ovariectomia:**  
La ovariectomia bilaterale è consigliata quando una o entrambe le ovaie sono enormemente ingrossate o coinvolte. La resezione coinvolge dall'estensione del cancro colico. Tuttavia l'ovariectomia profilattica non è raccomandata.  
**Livello di evidenza: Classe II, Grado B**

L'incidenza di metastasi sincrone all'ovaio nel cancro del colon è del 2-6%. Le ovaie dovrebbero sempre essere valutate durante l'intervento chirurgico. Se le ovaie sono enormemente ingrossate o coinvolte dalla diffusione del tumore, dovrebbero essere rimosse en bloc, opportunamente agli altri organi. Tuttavia non vi è nessun vantaggio in termini di sopravvivenza associato alla ovariectomia profilattica nelle pazienti con cancro del colon poiché il rischio di metastasi occulte sembra essere molto basso. Se un'ovaio è coinvolto, si comunque consiglia l'ovariectomia bilaterale perché vi è il rischio che anche l'ovario controllateralmente presenti metastasi. La possibilità di eseguire un'ovariectomia bilaterale dovrebbe essere accuratamente discussa con la paziente prima dell'intervento.

**5. Ruolo della laparoscopia:**  
La resezione laparoscopica può essere eseguita con gli stessi outcomes oncologici della tecnica open quando è eseguita da chirurghi esperti.  
**Livello di evidenza: Classe I, Grado B**

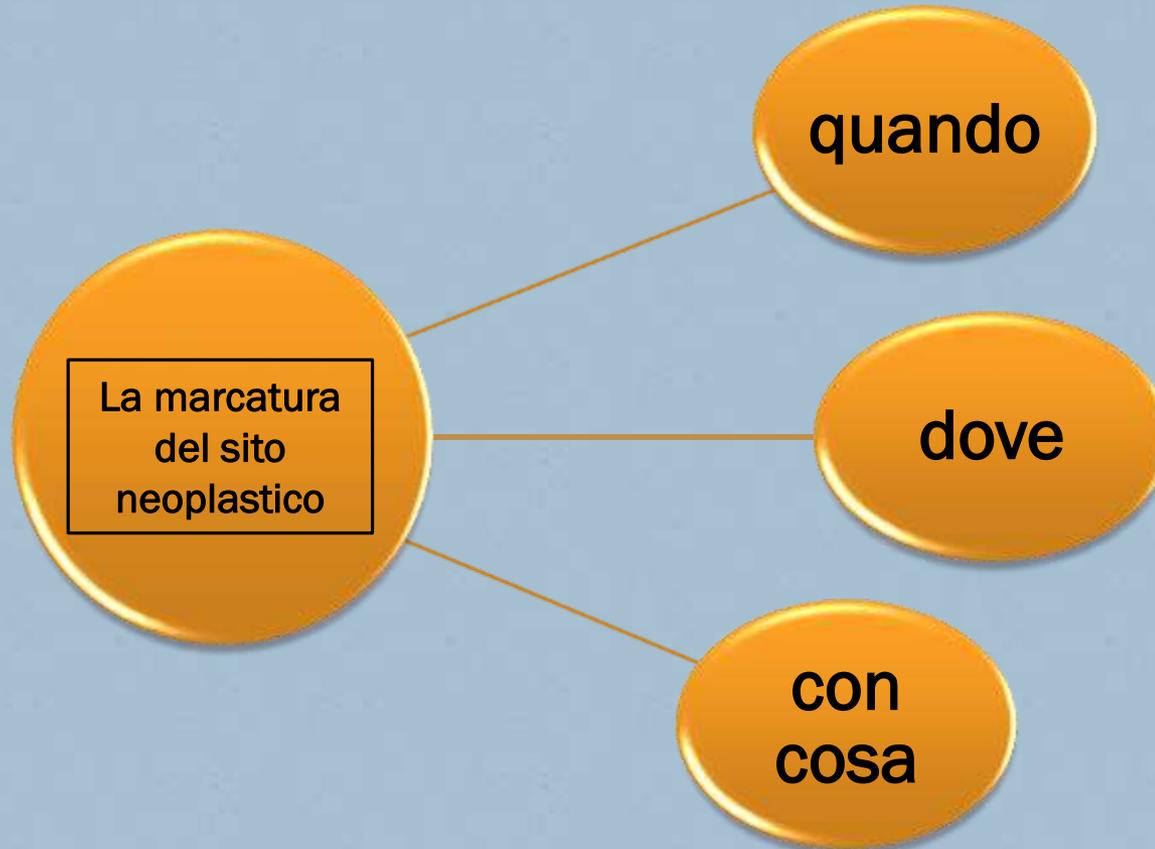
Sebbene molti trials clinici randomizzati hanno stabilito la sicurezza e la fattibilità della colectomia laparoscopica nel cancro del colon con tassi di recidiva equivalenti alla chirurgia open, un tale grado di evidenza non esiste ancora per il cancro del retto. Solo il trial CLARINO ha riportato dati a lungo termine in pazienti con cancro del retto randomizzati per l'approccio laparoscopico. Un più alto tasso di coinvolgimento del margine radiale è stato riportato nel gruppo di pazienti operati con tecnica laparoscopica rispetto ai pazienti operati con tecnica open, anche se ciò non era statisticamente significativo e non si traduceva in una differenza di recidiva a 5 anni tra i due gruppi. I chirurghi che pianificano un intervento laparoscopico per il trattamento del cancro del retto dovrebbero aver acquisito sufficiente esperienza prima di offrire questo approccio ai pazienti. Pur in assenza di evidenze cliniche è raccomandabile evitare l'approccio laparoscopico per i tumori che, alla stadiazione preoperatoria, siano giudicati T4.

Standardizzare, alla luce dei più recenti risultati della Letteratura, le indicazioni chirurgiche in patologia coloretta

**Analizzare e definire le tecniche chirurgiche a disposizione del  
chirurgo colorettaie**



# Standardizzare le tecniche per la localizzazione della neoplasia



Standardizzare la gestione dei polipi del retto  
asportabili endoscopicamente



Colonscopia  
operativa subito

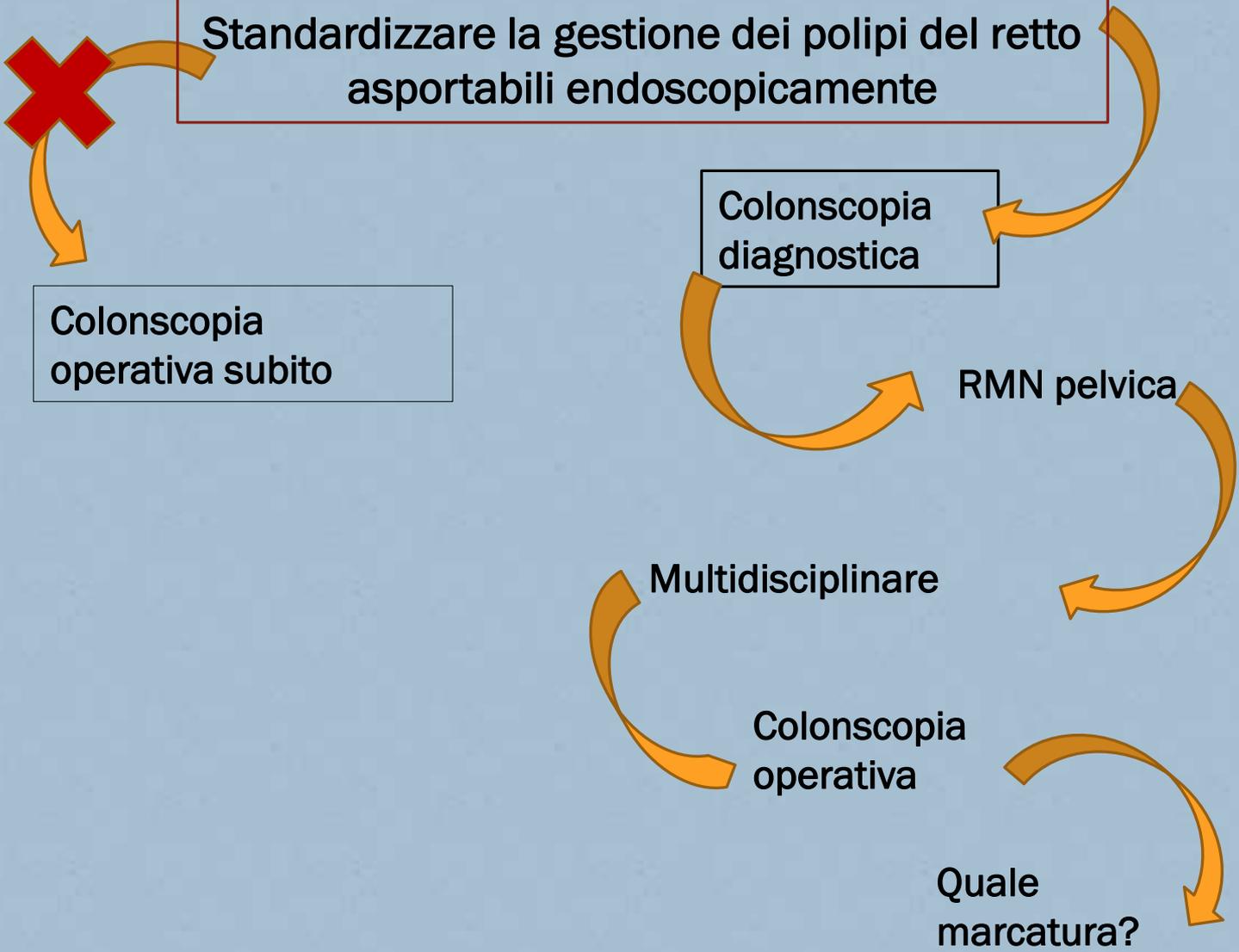
Colonscopia  
diagnostica

RMN pelvica

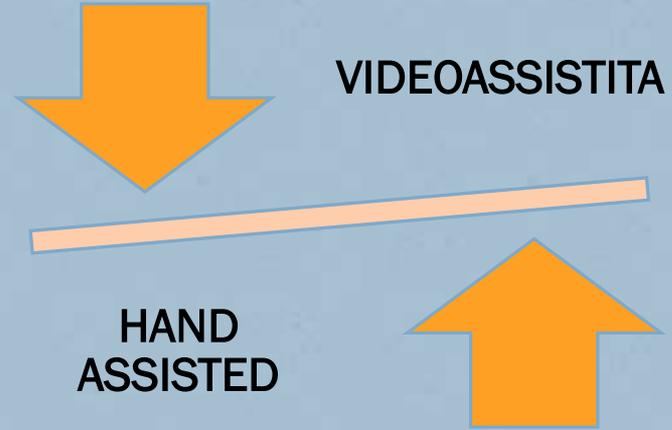
Multidisciplinare

Colonscopia  
operativa

Quale  
marcatatura?



**Standardizzare  
il concetto  
di laparoscopia**



**Definire**

# Check list

Parametri	Colon	Retto
<b>Valutazione preoperatoria</b>		
Intervallo fra diagnosi e intervento (gg)		
Esame istologico ufficiale che identifica la presenza di carcinoma invasivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' stato riportato il rischio operatorio (ASA score)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sono state riportate comorbidità e precedenti interventi chirurgici	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' stata riportata familiarità/ereditarietà neoplastica	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata eseguita una valutazione completa del colon	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata valutata la posizione del tumore (dal MA o sede del colon)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E' stata tatuata la lesione (se laparoscopia)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata valutata/documentata lo stato della continenza fecale e della funzione intestinale	-	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata valutata/documentata la funzionalità sessuale	-	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata eseguita la stadiazione clinica per il tumore primitivo	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata eseguita la stadiazione per metastasi a distanza	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stato dosato il CEA pre-operatorio o peri-operatorio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Per tumori >T2 e/o N+, il caso è stato discusso da un team multidisciplinare	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Se prevista una stomia, il sito è stato marcato prima dell'intervento	-	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Valutazione intra-operatoria</b>		
È stata eseguita un' esplorazione completa dell'addome	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata eseguita una TME o resezione tumore-specifica con linfoadenectomia totale <i>en bloc</i>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Il margine di resezione distale e il suo rapporto con il tumore è stato considerato prioritario per la resezione rettale		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Gli organi adiacenti coinvolti sono stati asportati <i>en bloc</i>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
E stata valutata l'integrità dei nervi pelvici		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata valutata la radicalità della resezione (R0-1-2)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Il tipo di ricostruzione era noto prima dell'intervento (anastomosi manuale Vs meccanica)	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È noto il sito dell'anastomosi	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
È stata valutata l'integrità dell'anastomosi	-	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Valutazione post-operatoria</b>		
Il paziente con stomia è stato preso in carico da uno stomatoterapista	-	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Sono state riportate le complicanze intra e postoperatorie	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Il paziente ha avuto un colloquio con una dietista	-	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Per  
Giungere  
A compilare  
Una check  
list  
univoca

Grazie

