



PSDTA Tumori Colorettali

Allegato 6 : Sintesi dei programmi di terapia neoadiuvante del tumore rettale

**A cura del Gruppo di Studio Colon-retto
Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta
Anno di pubblicazione 2022**

Sintesi programmi di terapia neoadiuvante

<p>Terapia neoadiuvante, adiuvante e trattamento fasi avanzate - retto</p>	<p>La terapia neoadiuvante deve iniziare entro 4 settimane dalla visita GIC</p> <p>1 Malattia localmente avanzata - Terapia neoadiuvante (vedi documento di Rete 2018)</p> <p>1.1 Indicazioni e schemi terapia neoadiuvante</p> <table border="1" data-bbox="434 680 1297 1585"> <tr> <td>cT3 (a/b) MRF - retto medio-alto</td> </tr> <tr> <td>- TME upfront Se paziente fragile o rifiuto chirurgia: - CRT long course o RT short e rivalutazione a 6-8 settimane per W&W o exeresi locale (vedi <u>Sezioni 3.1.8 e 3.1.9</u>)</td> </tr> <tr> <td>cT3 (a/b) MRF - retto basso, non rischio Miles</td> </tr> <tr> <td>- CRT long course e TME oppure - RT short e TME</td> </tr> <tr> <td>cT\geq2 retto basso a rischio Miles oppure cT3 (c/d), cT4, MRF+, cN+ ogni sede</td> </tr> <tr> <td>- CRT long course e TME oppure - TNT (total neoadjuvant therapy) se necessita di downsizing massimale <ul style="list-style-type: none"> • RT short + CT di consolidamento con CAPOX o FOLFOX4 • CT di induzione (doppietta o tripletta) + CRT long course oppure - RT short e chirurgia differita se controindicazioni a CT - IORT (opzionale) ☒ se dubbio R+ e solo all'interno di specifici programmi che prevedano forme strutturate di informazione del paziente e follow-up</td> </tr> </table> <p>1.2 Preservazione fertilità - indicazioni sul sito della Rete Oncologica</p> <p>2 Malattia resecata con intento curativo dopo t. neoadiuvante - Terapia adiuvante (vedi documento di Rete 2018)</p> <p>Indicazioni e schemi terapia adiuvante</p>	cT3 (a/b) MRF - retto medio-alto	- TME upfront Se paziente fragile o rifiuto chirurgia: - CRT long course o RT short e rivalutazione a 6-8 settimane per W&W o exeresi locale (vedi <u>Sezioni 3.1.8 e 3.1.9</u>)	cT3 (a/b) MRF - retto basso, non rischio Miles	- CRT long course e TME oppure - RT short e TME	cT\geq2 retto basso a rischio Miles oppure cT3 (c/d), cT4, MRF+, cN+ ogni sede	- CRT long course e TME oppure - TNT (total neoadjuvant therapy) se necessita di downsizing massimale <ul style="list-style-type: none"> • RT short + CT di consolidamento con CAPOX o FOLFOX4 • CT di induzione (doppietta o tripletta) + CRT long course oppure - RT short e chirurgia differita se controindicazioni a CT - IORT (opzionale) ☒ se dubbio R+ e solo all'interno di specifici programmi che prevedano forme strutturate di informazione del paziente e follow-up
cT3 (a/b) MRF - retto medio-alto							
- TME upfront Se paziente fragile o rifiuto chirurgia: - CRT long course o RT short e rivalutazione a 6-8 settimane per W&W o exeresi locale (vedi <u>Sezioni 3.1.8 e 3.1.9</u>)							
cT3 (a/b) MRF - retto basso, non rischio Miles							
- CRT long course e TME oppure - RT short e TME							
cT\geq2 retto basso a rischio Miles oppure cT3 (c/d), cT4, MRF+, cN+ ogni sede							
- CRT long course e TME oppure - TNT (total neoadjuvant therapy) se necessita di downsizing massimale <ul style="list-style-type: none"> • RT short + CT di consolidamento con CAPOX o FOLFOX4 • CT di induzione (doppietta o tripletta) + CRT long course oppure - RT short e chirurgia differita se controindicazioni a CT - IORT (opzionale) ☒ se dubbio R+ e solo all'interno di specifici programmi che prevedano forme strutturate di informazione del paziente e follow-up							

ypT0N0
- Follow up oppure - CT ☑ Capecitabina per 4 mesi (6 cicli)
ypT2N0
- CT ☑ Capecitabina per 4 mesi (6 cicli)
ypT3N0 basso rischio*
- CT ☑ Capecitabina per 4 mesi (6 cicli) oppure - CT ☑ FOLFOX per 4 mesi (10 cicli)
ypT3N0 alto rischio* o ypT4N0 o ypN+ o cN+
- CT ☑ XELOX/FOLFOX4 per 4 mesi (10 cicli)

*Fattori di rischio: R2, CRM+ (margine < 1 mm), exeresi mesoretto incompleta sec. Quirke, inf vasc/perin, G3.

3 Malattia resecata con intento curativo senza t. neoadiuvante - Terapia adiuvante

Indicazioni e schemi terapia adiuvante

Stadio I (pT1-2, N0, M0)
- No terapia adiuvante
Stadio II (pT3-4, N0, M0) con fattori di rischio* e stadio III (ogni T, N1-2, M0)
- CT ☑ XELOX/FOLFOX4 per 6 mesi (8 cicli / 12 cicli)
Se CRM+ (marg <1mm), N2 o mesoretto incompleto sec Quirke
- RT adiuvante con tecnica sandwich (XELOX/FOLFOX4 alternata a CRT) In presenza di margini positivi o R2 può essere prevista una dose maggiore di RT (fino a 54 Gy)

*Fattori di rischio: R2, CRM+ (margine < 1 mm), exeresi mesoretto incompleta sec. Quirke, inf vasc/perin, G3, <12 lfn analizzati, presentaz in urgenza (perforazione/occlusione)

4 Malattia non resecabile cT4b

- CRT long course prima opzione terapeutica ☑ riconsiderare resezione chirurgica se possibile R0 +/- IORT
- oppure
- CT di induzione (FOLFOX4/XELOX) 2-3 mesi (4-6 cicli) ☑ CRT ☑ riconsiderare resezione chirurgica se possibile R0 +/- IORT (opzionale)
- Valutare eventuale derivazione intestinale se stato occlusivo
- CT palliativa se non possibilità di resezione R0 (vedi Chemioterapia palliativa)