

I NETs: A CHE PUNTO SIAMO?

**La terapia: approccio
multidisciplinare di una
patologia complessa. CASO
CLINICO**

Milano 20/06/2008

Laura Catena

*S.C. Oncologia Medica 2
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori Milano*



Anamnesi

- **Paziente di 34 anni**
- **Maschio**
- **Non familiarità oncologica**

Anamnesi

- **Tonsillectomia nell'infanzia**
- **Da due anni gastrite cronica con ernia jatale in trattamento farmacologico con inibitore di pompa protonica**

Sintomi

**Comparsa di ipertensione arteriosa
di n.d.d.**



**Sospetta ipertensione nefro-
vascolare**

Indagini basali

- **Ecografia addome completo → Due lesioni epatiche Ø max 10 mm (V e VI segmento) sospette per secondarismi.**
- **EGDs: Nota gastrite cronica antrale.**
- **Colonscopia: negativa**

Indagini basali

- **TAC Torace e Addome:** Conferma delle lesioni epatiche (V seg. 10 mm, VI seg. 13 mm) . Espanso paramediano di ds nel contesto del grasso mesenterico (regione cecale).
- **MKS (CEA, Ca19.9):** Negativi

Come procedere?

- Biopsia delle lesioni epatiche



- Laparoscopia/laparotomia esplorativa



- Ulteriori indagini diagnostiche (PET, Octreoscan?)





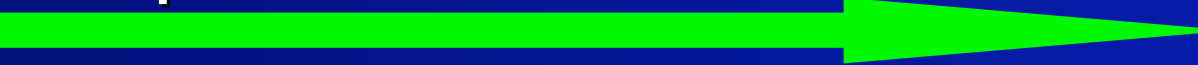
Diagnosi

- **Laparotomia esplorativa** con appendicectomia + biopsia epatica + exeresi di neoformazione del grasso pericecale + ricerca della neoplasia primitiva.
- E.I.: **Carcinoma neuroendocrino ben differenziato metastatico** a livello epatico, appendicite cronica, nodulo fibroialino a livello cecale. Mib-1 < 2%.

Diagnosi

Carcinoma neuroendocrino ben differenziato metastatico al fegato a sede primitiva ignota.

Come procedere?

- Attivazione di trattamento medico.
■ ■ 
- Ulteriore approfondimento diagnostico per la ricerca del tumore primitivo.
■ ■ 
- Trattamento loco-regionale delle lesioni epatiche.
■ ■ 

Diagnosi

- Octreoscan: Iperaccumulo del tracciante a carico delle due note lesioni epatiche. Negativi i restanti distretti.
- Clisma del tenue: Negativo.
- Ecoendoscopia pancreatica: Negativa.

Terapia

- Osservazione fino a PRO.



- Analogo della somatostatina.



- Chemioterapia.



Terapia

**Inizia Octreotide LAR 30 mg ogni
28 giorni.**

Decorso

- Tac Torace Addome dopo 3 mesi: **SD**.
- Tac Torace Addome dopo 6 mesi: **RP**
(scomparsa di una delle due lesioni epatiche).

Decorso

- Laparotomia esplorativa per ricerca della neoplasia primitiva. Reperto intra-operatorio, alla palpazione, di massa in prossimità della valvola ileo-cecale.
- E.I.: Carcinoma neuroendocrino dell'ileo multifocale Mib-1 2%.

Come procedere?

- Proseguire l'analogo della somatostatina.



- Effettuare un trattamento loco-regionale della lesione epatica residua.



- Proporre chirurgia resettiva vs trapianto.



Decorso

- Prosegue Octreotide LAR 30 mg ogni 28 giorni.
- Dopo ulteriori 6 mesi conferma di **RP**

Rivalutazione chirurgica

- Resezione della lesione epatica.



- Trattamento loco-regionale
(chemioembolizzazione vs radiofrequenza).



- Trapianto di fegato.



Chirurgia

- **Resezione della lesione epatica del VI segmento, all'esplorazione intraoperatoria non evidenza di ulteriori lesioni secondarie.**
- **E.I.: Carcinoma neuroendocrino metastatico a livello epatico. Margini indenni. MIB-1 4%.**

Follow-up

**Libero da malattia dopo 18 mesi
dalla chirurgia, senza trattamento
medico.**

GASTROENTEROLOGO

ANATOMO-PATOLOGO

ONCOLOGO

MEDICO N

URGO

ENDOCRINOLOGO

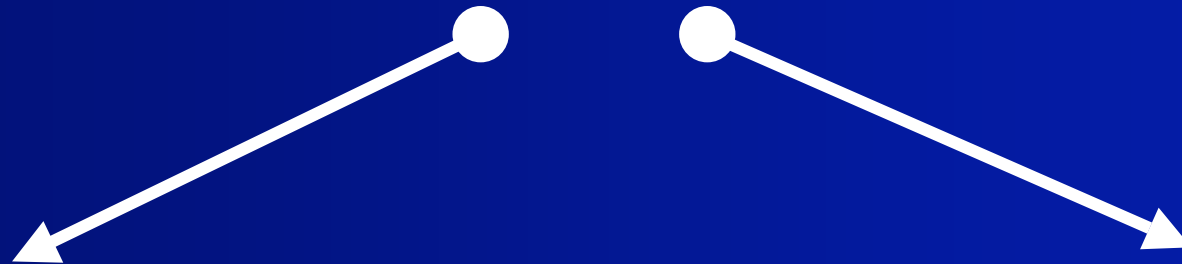
RADIOLOGO

ENDOSCOPISTA

APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

1. Perché la ricerca del primitivo?

Sopravvivenza a 5 aa



NET SPI
40%

NET PRIMITIVO
GEP ⇒ 60%

A parità di estensione di malattia

2. Perché la ricerca del primitivo?

Rischio di complicanze locali:

- ostruzione
- perforazione
- sanguinamento
- dolore

3. Perché la ricerca del primitivo?

- **Valutazione prognostica** (polmone vs ileo vs pancreas).
- **Debulking** ⇒ controllo del sintomo. Non significativo impatto su OS.
- **Modifica della strategia terapeutica farmacologica**: Chemioterapia vs bioterapia
- **Modifica dell'eventuale secondo tempo chirurgico** (chirurgia delle metastasi)

Il secondo tempo chirurgico

Malattia esclusivamente epatica

RESEZIONE

TRATT. LOCOREG.

TRAPIANTO

RESEZIONE

NET BEN DIFFERENZIATI TRATTO GEP

- Sopravvivenza a 5 aa dopo resezione radicale ⇒ 45-85%
- Sopravvivenza a 5 aa con M+ in sede ⇒ 20-40%

TRAPIANTO

Sopravvivenza a 5 aa \Rightarrow **36-90%**



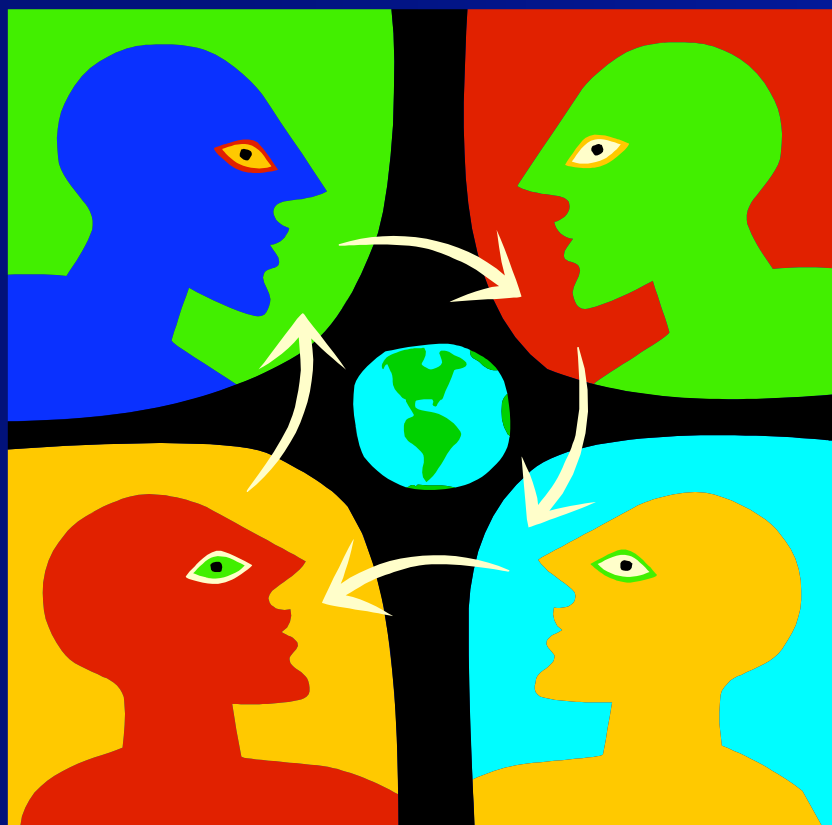
SELEZIONE DELLA CASISTICA:

1. SEDE NPL
2. ETA'
3. ESTENSIONE DI MALATTIA

TRATTAMENTI LOCO-REGIONALI

- **CHEMOEMBOLIZZAZIONE**
- **RADIOFREQUENZE**

DISCUSSIONE ...



G
R
A
N
-
E