



Adottata dal DIRETTORE GENERALE in data 15 NOV. 2017

OGGETTO: Approvazione ed adozione "Protocollo Adenocarcinoma Pancreatico"

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire da 15 NOV. 2017 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

IL DIRETTORE GENERALE	Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal	
Direttore Amministrativo	Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario	Dott. Vinicio Atzeni

SU proposta della Direzione Sanitaria Aziendale

PREMESSO che si è reso necessario definire una strategia diagnostico-terapeutica da applicare ai pazienti affetti da adenocarcinoma pancreatico, certo o presunto, che sia uniformemente applicata in tutte le strutture A.O. Brotzu nel rispetto delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti;

CONSIDERATO che su proposta della Dr.ssa Valeria Pollina è stato creato un gruppo di lavoro composto dai Dottori Giovanni Argiolas, Francesco Cabras, Mariangela Cappai, Daniela Capra, Giovanna Demurtas, Francesca Dore, Annamaria Lanzillo, Roberto Moroni, Matteo Runfola, Fausto Zamboni che ha elaborato un Protocollo operativo per il paziente con Adenocarcinoma Pancreatico;

RITENUTO pertanto di dover approvare ed adottare il succitato Protocollo Adenocarcinoma Pancreatico;

CON il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

Per le motivazioni espresse in premessa:

- Di approvare ed adottare il "Protocollo Adenocarcinoma Pancreatico";
- Di darne comunicazione a tutti i Reparti interessati;



AO Brotzu

segue deliberazione n. 2146 del 15 NOV. 2017

- Di pubblicare la presente deliberazione sul Sito Aziendale

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott.ssa Laura Balata

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott. Vinicio Atzeni

IL DIRETTORE GENERALE

Dott.ssa Graziella Pintus

Protocollo Adenocarcinoma Pancreatico

Il presente documento è stato redatto dalla Dott.ssa Valeria Pollino, coordinatrice del “Gruppo Pancreas” dell’Azienda Brotzu.

Scopo e Campo d’applicazione del Protocollo Adenocarcinoma Pancreatico

Scopo del presente documento è quello di definire, in sintesi, una strategia diagnostico-terapeutica, da applicare ai pazienti afferenti alla nostra azienda ed affetti da adenocarcinoma pancreatico, certo o presunto, in modo omogeneo e condiviso, nel rispetto delle linee guida e delle evidenze scientifiche più recenti oltreché delle specificità di ogni paziente.

Il documento è rivolto ai medici di quest’azienda che sono coinvolti in modo diretto, ma anche indiretto nella gestione di pazienti affetti da adenocarcinoma pancreatico.

Il documento è articolato nei seguenti paragrafi:

- Protocollo
- Requisiti di fattibilità o esclusione diagnostico terapeutica
- Collegiale medica multidisciplinare
- Riferimenti bibliografici
- Firmatari del documento

Protocollo

Esami diagnostici di partenza

1. Ecografia addome
2. TC torace e addome multislice
3. RMN addome (solo se necessario)
4. Dosaggio del Ca 19.9

Percorsi nelle diverse situazioni cliniche

1. Adenocarcinoma resecabile

- Verifica dei requisiti di operabilità, cioè assenza di adesione/infiltrazione a carico dell’asse venoso spleno-porto-mesenterico, del tripode celiaco, arteria mesenterica superiore e arteria epatica.
- PET
- EUS +/- mdc in casi particolari di dubbio diagnostico o di stadiazione
- EUS FNA in casi selezionati di dubbio diagnostico
- ERCP in presenza di colangite o, in casi selezionati, di ittero senza colangite
- Trattamento chirurgico con intento curativo radicale, se necessario preceduto da laparoscopia
- Trattamento oncologico adiuvante

2. Adenocarcinoma anatomicamente ma non biologicamente resecabile

- Valutazione collegiale, specifica per ogni paziente, in presenza dei seguenti fattori prognostici negativi: sintomi da oltre 40 giorni e/o Ca 19.9 > 200 U/ml
- Conferma cito-istologica di adenocarcinoma mediante EUS-FNAB (prima scelta)
- ERCP in presenza di ittero colestatico

- Trattamento oncologico neoadiuvante
- Trattamento chirurgico nei pazienti responsivi

3. Adenocarcinoma borderline

- Verifica dei requisiti di lesione borderline, cioè la presenza di adesione/infiltrazione dell'asse venoso spleno-porto-mesenterico < 180° con possibilità di resezione tangenziale o resezione a pieno canale e ricostruzione del vaso, infiltrazione dell'arteria gastroduodenale fino all'origine dall'arteria epatica
- Conferma cito-istologica di adenocarcinoma mediante EUS-FNAB (prima scelta)
- ERCP se ittero colestatico
- Trattamento oncologico neoadiuvante
- Trattamento chirurgico nei pazienti responsivi

4. Adenocarcinoma localmente avanzato e/o metastatico

- Verifica dei requisiti di lesione localmente avanzata e/o metastatica: presenza di infiltrazione > 180° dell'asse venoso spleno-porto-mesenterico, trombosi portale, infiltrazione del tripode celiaco, arteria mesenterica superiore, arteria epatica, vena cava inferiore, aorta, infiltrazione di visceri extrapancreatici ad eccezione di via biliare principale e duodeno. presenza di metastasi a distanza (es. fegato, peritoneo, polmone/pleura), presenza di metastasi linfonodali in stazioni linfonodali distanti dal "campo chirurgico" (es. linfonodi mediastinici o sovraclaveari, linfonodi interaortocavali/periaortici)
- Conferma cito-istologica di adenocarcinoma mediante EUS-FNAB (prima scelta)
- ERCP se ittero colestatico
- Trattamento oncologico e/o multimodale palliativo

Requisiti di fattibilità o esclusione diagnostico terapeutica

1. Requisiti necessari per poter essere sottoposti a EUS FNA di lesioni solide del pancreas

- Fattibilità tecnica da valutare caso per caso
- PT < 1.5
- PLT > 50.000
- Sospensione delle eventuali terapie antitrombotiche, tranne la cardioaspirina

2. Criteri generali di esclusione al trattamento oncologico

- Performance Status
 - o Karnofsky Score < 70 e > 50: è possibile la monochemioterapia con gemcitabina, ma non la polichemioterapia
 - o Karnofsky Score < 50: non è possibile alcuna chemioterapia
- Alterazione della funzionalità epatica
 - o Bilirubina > 1.5 volte il valore normale, AST e ALT > 2.5 volte il valore normale (in presenza di metastasi epatiche > 5)
- Alterazioni dell'emocromo
 - o Neutrofili < $1.5 \times 10^9 / l$
 - o Piastrine < $100 \times 10^9 / l$
- Gravi comorbidità (da valutare caso per caso)
- Eterozigosi o omozigosi per allele mutato della DPYD (se previste fluoropirimidine)
-

Collegiale medica multidisciplinare

Una volta acquisite le informazioni clinico-strumentali sopra indicate e compilata l'apposita "scheda paziente" (vedi allegato), ogni caso verrà discusso negli incontri periodici della collegiale medica multidisciplinare "Gruppo Pancreas" (vedi sotto), dove verrà valutata e definita la strategia diagnostico-terapeutica più appropriata per ogni singolo paziente e poi riportata nella relativa scheda paziente. Gli specialisti, anche al di fuori del Gruppo Pancreas, interessati e/o coinvolti nella discussione dei casi, sono invitati a partecipare agli incontri periodici multidisciplinari.

Riferimenti bibliografici

1. Pancreatic Adenocarcinoma: NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, 2016 – NCCN.org
2. Cancer of the Pancreas: ESMO Clinical Guidelines – Annals of Oncology 2016
3. Carcinoma del Pancreas Esocrino - Linee Guida AIOM 2016

Firmatari del documento

Il presente documento è stato approvato dal team multidisciplinare "Gruppo Pancreas", costituito da medici dell'Azienda Brotzu di Cagliari, specialisti nelle diverse discipline che si occupano, a vario titolo, di patologia pancreaticata.

Coordinatore del gruppo:

Valeria Pollino (Endoscopia Digestiva Ospedale S Michele)

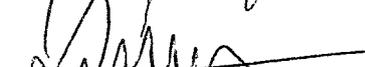
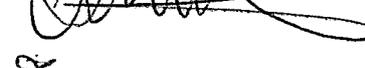
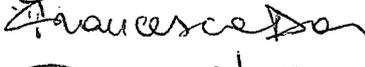
Componenti del gruppo:

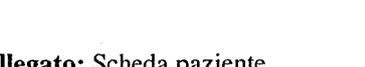
Giovanni Argiolas (Radiologia Ospedale S Michele)
Francesco Cabras (Gastroenterologia Ospedale S Michele)
Mariangela Cappai (Anatomia Patologica Ospedale S Michele)
Daniela Capra (Oncologia Medica Ospedale Businco)
Giovanna Demurtas (Radiologia Ospedale S Michele)
Francesca Dore (Gastroenterologia Ospedale S Michele)
Annamaria Lanzillo (Oncologia Medica Ospedale Businco)
Enrico Moroni (Chirurgia Ospedale S Michele)
Matteo Runfola (Chirurgia Ospedale S Michele)
Fausto Zamboni (Chirurgia Ospedale S Michele)

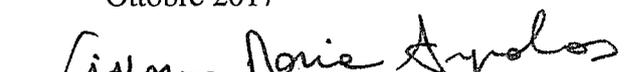
Ottobre 2017

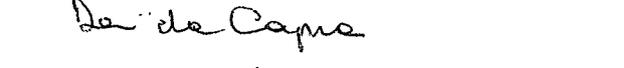
Per accettazione (firme)

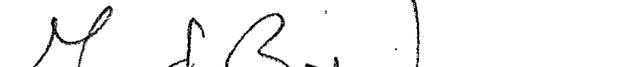










Allegato: Scheda paziente

