

NEN PRECEPTORSHIP

LA PRATICA CLINICA NELLE NEOPLASIE NEUROENDOCRINE

5/6 Aprile 2018 | IEO, Istituto Europeo di Oncologia - Milano

NEN  Preceptorship

 IEO
Istituto Europeo di Oncologia



NEN PRECEPTORSHIP

LA PRATICA CLINICA NELLE NEOPLASIE NEUROENDOCRINE

5/6 Aprile 2018 | IEO, Istituto Europeo di Oncologia - Milano

NEN  Preceptorship

 IEO
Istituto Europeo di Oncologia



GEP NEN: Criteri di scelta della terapia e strategia terapeutica.
Francesca Spada

Caso clinico

Tumore neuroendocrino dell'ileo

Presentazione clinica

- M, 48 aa
- Fumatore (20 sigarette/die da 20 anni)
- **Anamnesi patologica:** negativa
- **Familiarità oncologica:**
 - padre con neoplasia vescicale di basso grado
 - nonna paterna con liposarcoma
 - zia paterna con neoplasia uterina non specificata

Ottobre 2017:

dolore addominale ricorrente → PS → ricovero ospedaliero.

Work-up diagnostico

→ TC addome con mdc

→ TC torace

→ Ecografia addome con mdc + FNAB

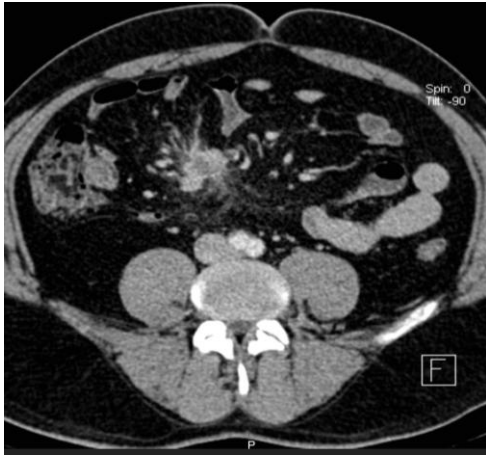
→ Esami ematochimici

→ Ecocardiogramma

→ PET-TC con Gallio⁶⁸-Dotatoc

→ PET-TC con FDG¹⁸

→ Ecografia collo



Work-up diagnostico

→ TC addome con mdc

→ TC torace

→ Ecografia addome con mdc + biopsia

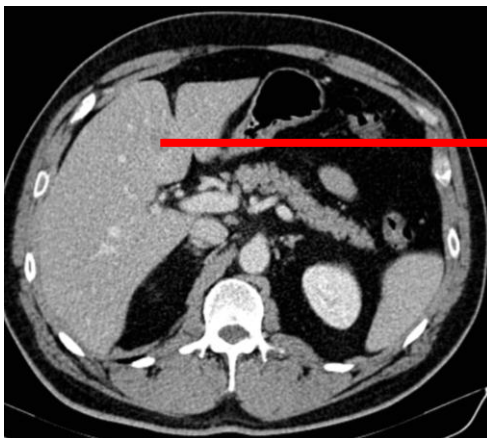
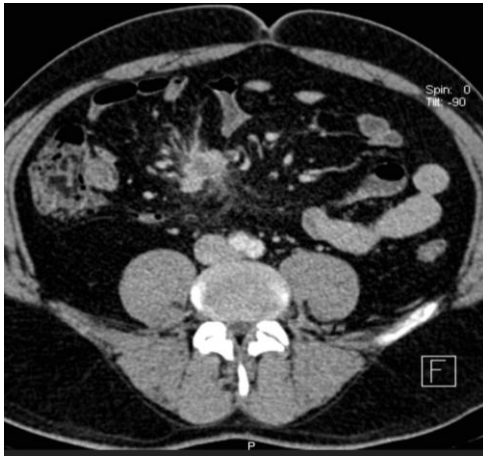
→ Esami ematochimici

→ Ecocardiogramma

→ PET-TC con Gallio⁶⁸-Dotatoc

→ PET-TC con FDG¹⁸

→ Ecografia collo



Biopsia epatica:
*Metastasi di tumore
neuroendocrino, Ki-67 1% (G1
sec. WHO 2010)*

Work-up diagnostico

→ TC addome con mdc

→ TC torace

→ Ecografia addome con mdc + biopsia

→ Esami ematochimici

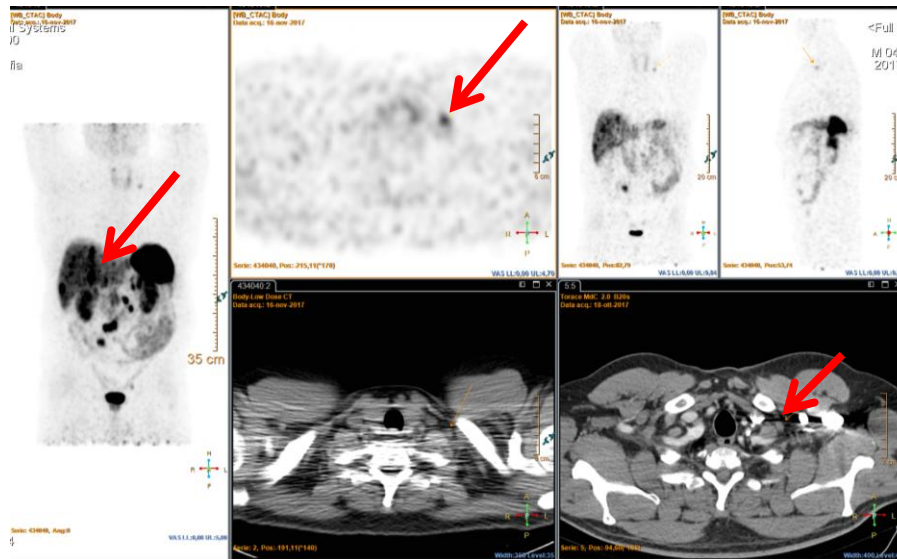
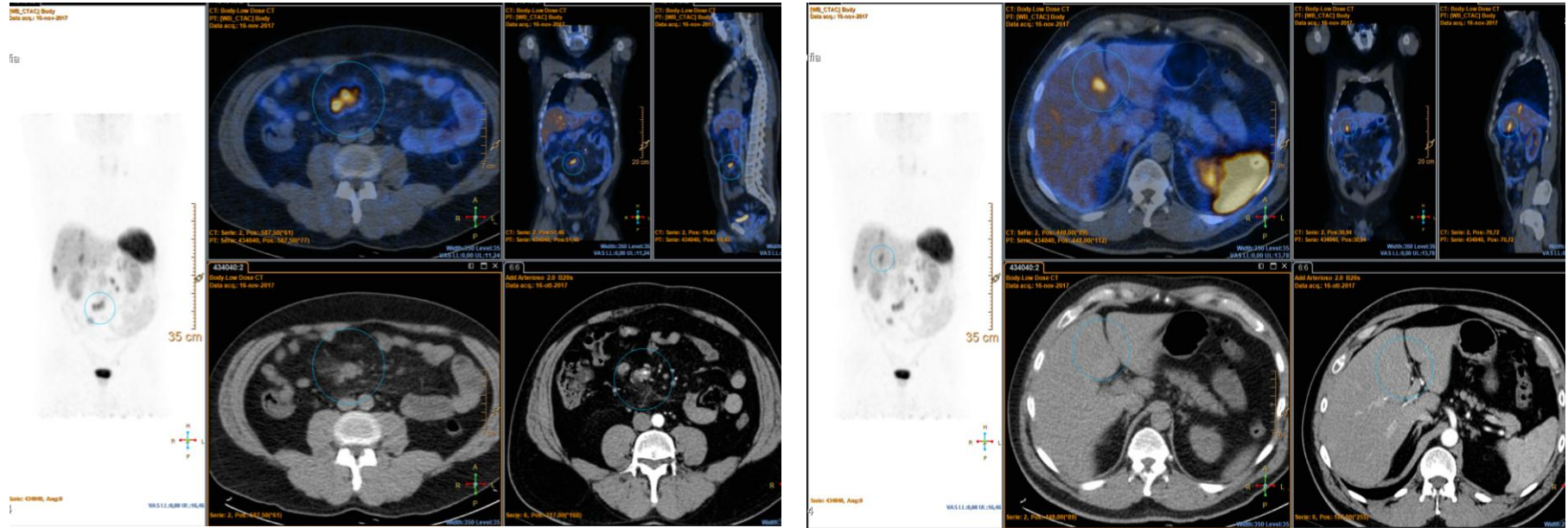
→ Ecocardiogramma

→ PET-TC con Gallio⁶⁸-Dotatoc

→ PET-TC con FDG¹⁸

→ Ecografia collo

PET-TC con Gallio68-DOTATOC



Work-up diagnostico

→ TC addome con mdc

→ TC torace

→ Ecografia addome con mdc + biopsia

→ Esami ematochimici

→ Ecocardiogramma

→ PET-TC con Gallio⁶⁸-Dotatoc

→ PET-TC con FDG¹⁸

→ Ecografia collo

Ecografia collo:

micronodulo iso-ipoecogeno della tiroide, non
linfadenopatie sospette nelle logge
sottomandibolari, latero-cervicali, sopraclaveari.

TC torace con mdc: nella norma

CgA e 5-HIAA: nella norma

Ecocardiogramma: lieve insufficienza mitralica e tricuspidalica

PET-TC FDG¹⁸: non captante

Visita chirurgica: prescritta RM addome con mdc epatospecifico + SSA e successiva discussione

Stato basale

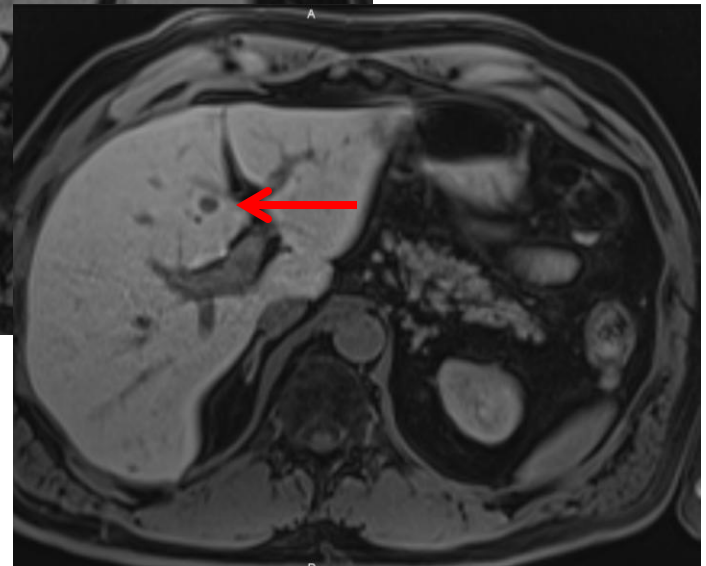
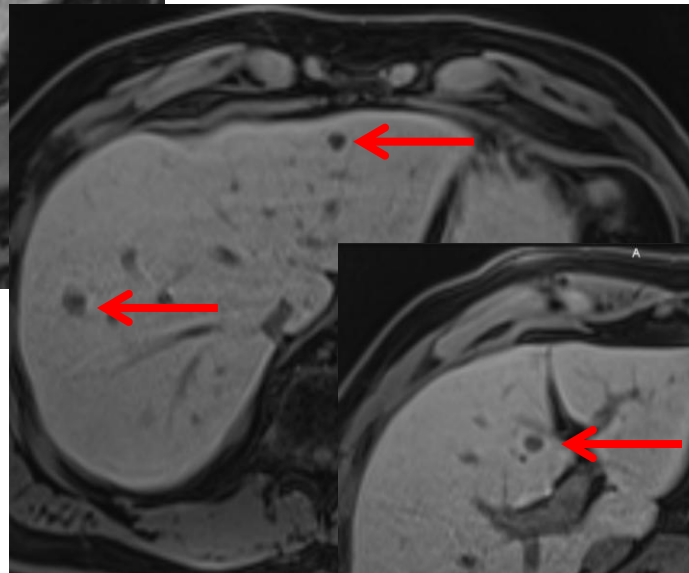
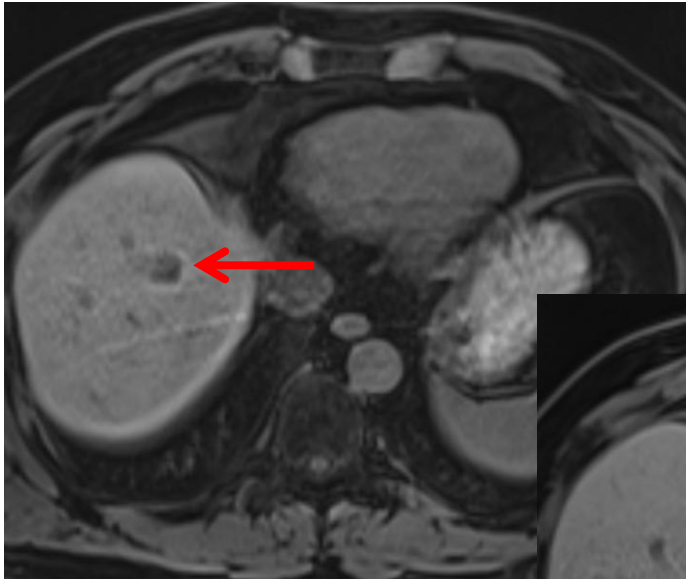
- M, 48 aa
- **Peso corporeo:** 108 Kg (stabile)
- **Asintomatico:** da ottobre assenza di dolore
- **Alvo:** dopo la 1° SSA, multiple scariche di feci poco formate per 3 settimane consecutive
- **Terapia in corso:** SSA

Revisione preparati istopatologici (IEO):

Metastasi epatica di tumore neuroendocrino
ben differenziato Ki67 5% G2 (sec. WHO 2010).

CgA e Sin +, TTF-1 -

RM addome con mdc epatospecifico

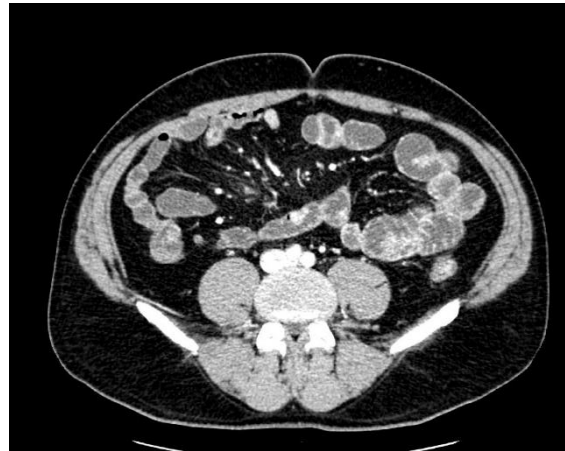
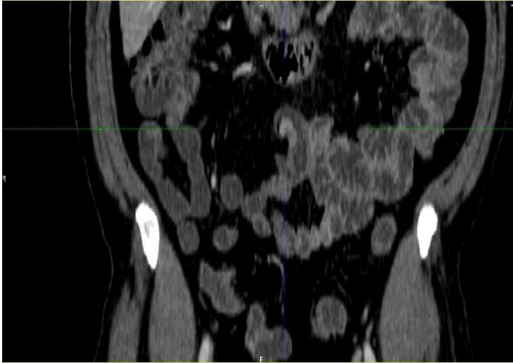


**Almeno 9
lesioni
epatiche!!!**

Quale terapia?

- Sequenza delle terapie sistemiche
- Ricerca del primitivo ed eventuale chirurgia
- PRRT a scopo di debulking epatico
- Chirurgia sulle metastasi epatiche
- TAE/TACE/TARE sulle metastasi epatiche
- Altro

Entero-TC



T3 down → neoplasia resecabile

L'obiettivo del trattamento globale può cambiare la scelta terapeutica?

Il riscontro del tumore primitivo può cambiare la scelta terapeutica?

Il sospetto di malattia a distanza può cambiare la scelta terapeutica?

La conferma istologica della malattia metastatica extraepatica può cambiare la strategia terapeutica?

Qual è l'obiettivo immediato?

- **Rimozione del tumore primitivo**
- Controllo della crescita tumorale nel tempo e buona QoL

Qual è l'obiettivo **tardivo**?

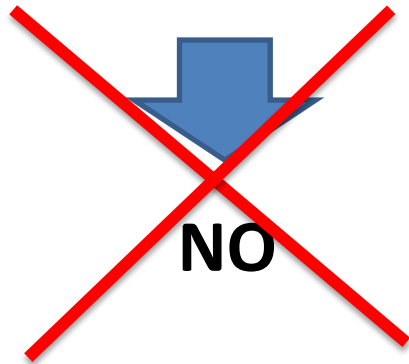
- **Debulking delle metastasi epatiche**
- **Controllo della crescita tumorale nel tempo e buona QoL**

Quali possibili strategie terapeutiche?

- **Piano A** → Chirurgia sul tumore primitivo + chirurgia/radiologia interventistica delle metastasi epatiche.
- **Piano B** → Sequenza di terapie sistemiche, da cambiare a PD

PIANO A: se l'obiettivo primario è la radicalizzazione della malattia quale strategia adattereste?

Il tumore primitivo è resecabile?



SI



Chirurgia d'emblée o dopo terapia sistemica? Quale terapia sistemica?

PIANO A: se il tumore primitivo è resecabile e un futuro debulking chirurgico epatico è plausibile, quale terapia scegliereste per ottenere una citoriduzione?

- Analogo della somatostatina
- Everolimus
- Chemioterapia (quale?)
- PRRT
- Altro

PIANO A: quale approccio proporreste per l'adenopatia sovraclaveare sinistra?

- Nessuno
- Analogo della somatostatina
- Radioterapia

PIANO B: se l'obiettivo primario è il controllo della crescita tumorale nel tempo con terapia medica sistemica, quale terapia medica scegliereste ?

- Analogo della somatostatina
- Everolimus
- Chemioterapia (quale?)
- PRRT
- Altro

NEN PRECEPTORSHIP

LA PRATICA CLINICA NELLE NEOPLASIE NEUROENDOCRINE

5/6 Aprile 2018 | IEO, Istituto Europeo di Oncologia - Milano

NEN  Preceptorship

 IEO
Istituto Europeo di Oncologia

