

# CANCERUL COLORECTAL

*Traseul pacienților cu cancer colorectal*

*CENTER FOR HEALTH OUTCOMES & EVALUATION*  
*2021*

## METODOLOGIE

### *Traseul pacienții cu cancer colorectal*

Surse de date utilizate:

- Seturi de date individuale anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer colorectal pentru codurile diagnostice C18.x-C19-C20 externate în decursul anului 2019
- Epicrize anonimizate solicitate unităților sanitare publice și private care diagnostichează, tratează și monitorizează cel mai frecvent cancer colorectal pentru codurile diagnostice C18.x-C19-C20 externate în decursul anului 2019
- Input colectat de la actori relevanți implicați în procesul de diagnostic, tratament și monitorizare a pacienților cu cancer colorectal
- Modele de bună practică utilizate la nivel internațional pentru traseul pacientului cu cancer colorectal

Nicio unitate sanitară privată care este implicată în managementul pacientului cu cancer colorectal nu a răspuns solicitării. Astfel, a fost constituit un eșantion aleator pe baza seturilor de date primite de la unitățile sanitare publice pentru a surprinde o imagine cât mai aproape de realitatea managementului pacientului cu cancer colorectal în România. Chiar dacă epicriza pacientului cu cancer colorectal conține informații esențiale pentru stabilirea traseului pacientului cu cancer colorectal, modalitatea variabilă de completare a acestui document medical limitează într-o anumită măsură validitatea și comparabilitatea informației deținute.

## TRASEUL PACIENȚII CU CANCER COLORECTAL ÎN ROMÂNIA

Până în prezent nu este reglementat un traseu cadru al pacientului oncologic pentru nicio patologie specifică, astfel încât există prezumția că din cauza variabilității accesului și a distribuției resurselor materiale și umane necesare diagnosticării, tratării și monitorizării pacienților cu cancer colorectal, impactul negativ în supraviețuire și calitatea vieții acestor pacienți este important.

Principalele probleme asociate lipsei unui traseu specific pentru pacienții cu cancer colorectal sunt următoarele:

- Fragmentarea serviciilor oferite (*servicii indisponibile sau greu accesibile, servicii disponibile dar nu în aceeași unitate sanitară, același centru medical, aceeași localitate sau județ, lipsa unui sistem informațional unic care să gestioneze dosarul pacientului*)
- Timpii de așteptare ridicați (*resurse materiale și umane reduse, tarife necorespunzătoare asociate anumitor servicii în pachetul de servicii, fonduri publice limitate*)
- Abordarea dezechilibrată a principalelor piloni de îngrijire a cancerului (*prevenție primară și depistare precoce, diagnostic, tratament, monitorizare, paleație/reinserție socială*).

Primul pas efectuat în vederea realizării traseului pacienții cu cancer colorectal a fost realizarea unei analize retrospective pe un eșantion aleator reprezentativ de episoade de spitalizare din unitățile sanitare cu cele mai frecvente cazuri de cancer colorectal spitalizate în anul 2019.

Stadializarea pacienților din eșantionul selectat a fost următoarea:

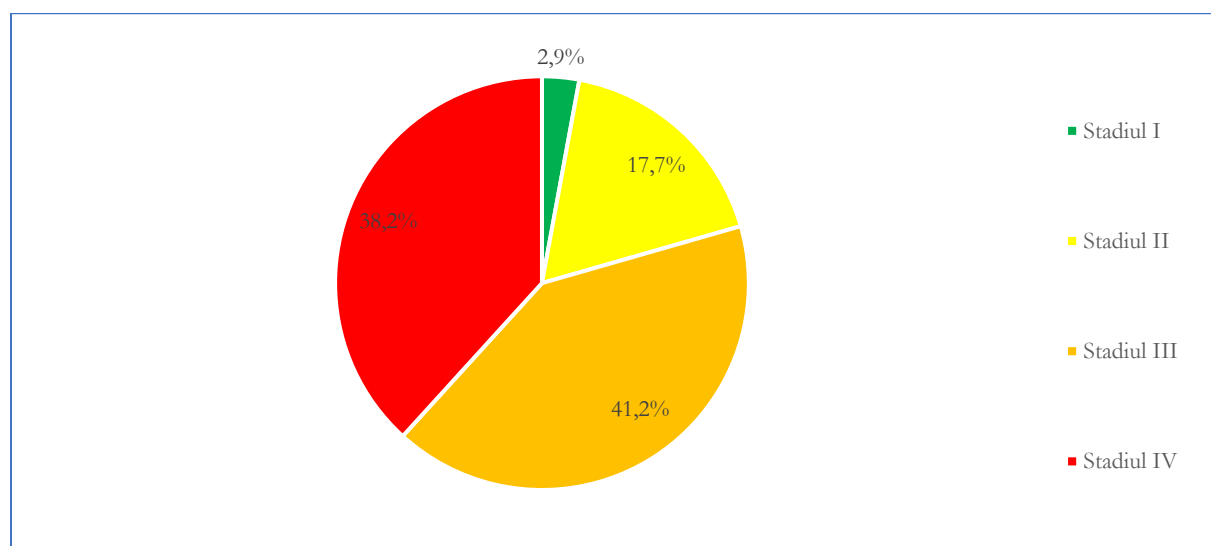
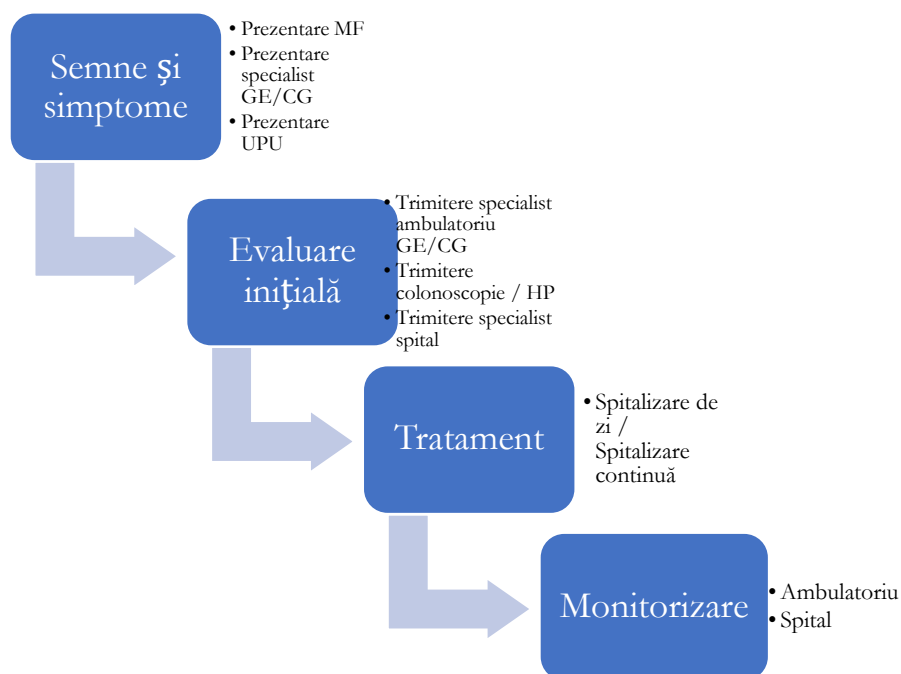


Fig. 28. Distribuția cancerului colorectal pe stadii (*eșantion 2019*)

Peste o treime din cancerele colorectal din eșantionul selectat se găsesc în stadiul IV (38%) și peste 40% sunt diagnosticate în stadiul III. Această “imagine” corespunde într-o mare măsură datelor referitoare la stadializarea cancerului colorectal din Registrul Regional de Cancer Nord Vest. Durata medie de observare a fost de 1.97 ani, iar durata mediană 1.5 ani. Cea mai veche pacientă are 6.5 de ani de la diagnostic, iar cea mai recentă aproximativ 22 zile de la diagnostic. 38% din pacienți au data diagnosticului în 2019, iar un sfert din pacienți au o data a diagnosticului mai veche de 3 ani.

În România, schema de furnizare a serviciilor de sănătate este următoarea:



Această schemă reprezintă traseul ideal al unui pacient asigurat care are o problemă de sănătate și nudescrie obstacolele / timpii de așteptare / distanța parcursă sau lipsa unei proceduri de diagnostic și /sau tratament în traseul de îngrijire specific pentru afecțiunea respectivă.

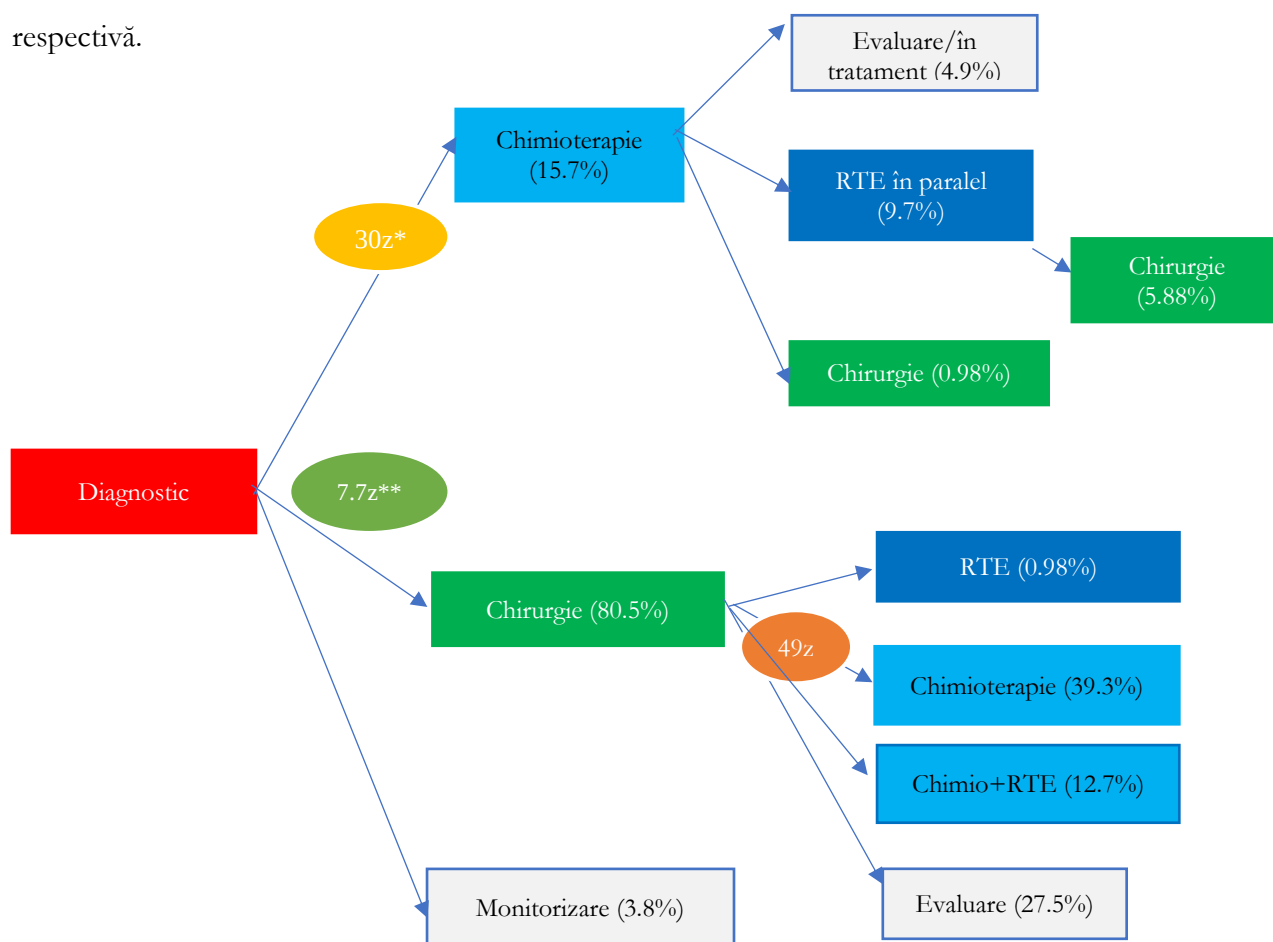


Fig. 29. Traseul pacientului cu cancer colorectal (real world local data)

\*Durata medie de așteptare între diagnostic și debutul Chimioterapiei cu RTE este de 30 zile. Această valoare a fost calculată eliminând un outlier ( $d=105$  zile).

Cei 5.88% din pacienți care urmează traseul diagnostic – Chimioterapie + RTE, fac o recidivă/metastază în medie la 200 de zile de la diagnostic.

\*\*Durata medie de 7.7 zile este calculată considerând toate cazurile pentru care rezultatul HP survine după intervenție cu durata de așteptare  $d=0$  zile.

Dacă imediat după diagnostic conduita terapeutică este urmată de chirurgie, atunci intervenția se efectuează în medie la 7 zile. Pentru 43.9% (36/82) din pacienții care au traseul diagnostic-chirurgie, data diagnosticului este identică cu data intervenției. Pentru 24.4% (20/82) rezultatul HP este confirmat în medie la 2 săptămâni de la intervenție (mediana=8.5 zile). Pentru restul de 31.7% (26/82) din pacienți, intervenția survine în medie la 24 de zile de la diagnostic (mediana=17.5 zile).

Dacă pacientul urmează traseul Diagnostic-Chirurgie urmat de Chimioterapie cu sau fără Radioterapie, durata de așteptare până la începerea chimioterapiei este de 49 de zile (mediana=50 zile).

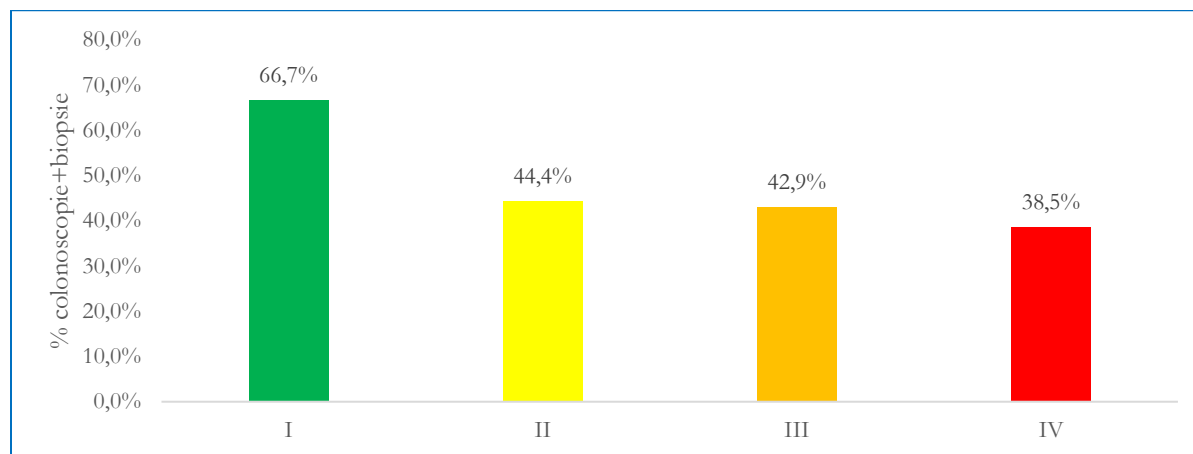


Fig. 30 Ponderea pacienților diagnosticați prin colonoscopie + biopsie pe stadii de boală

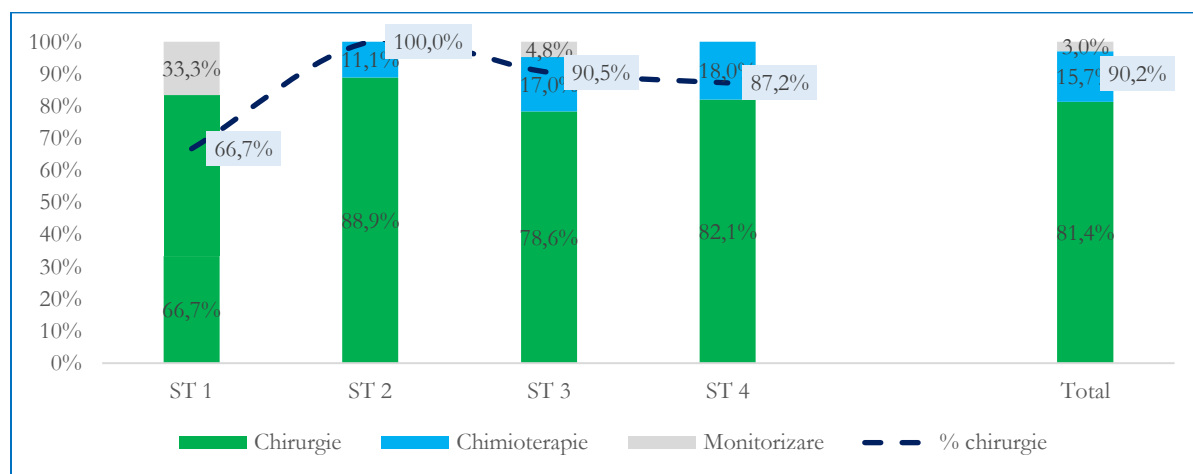


Fig. 31 Structura pacienților pe stadii și tipuri de conduită terapeutică

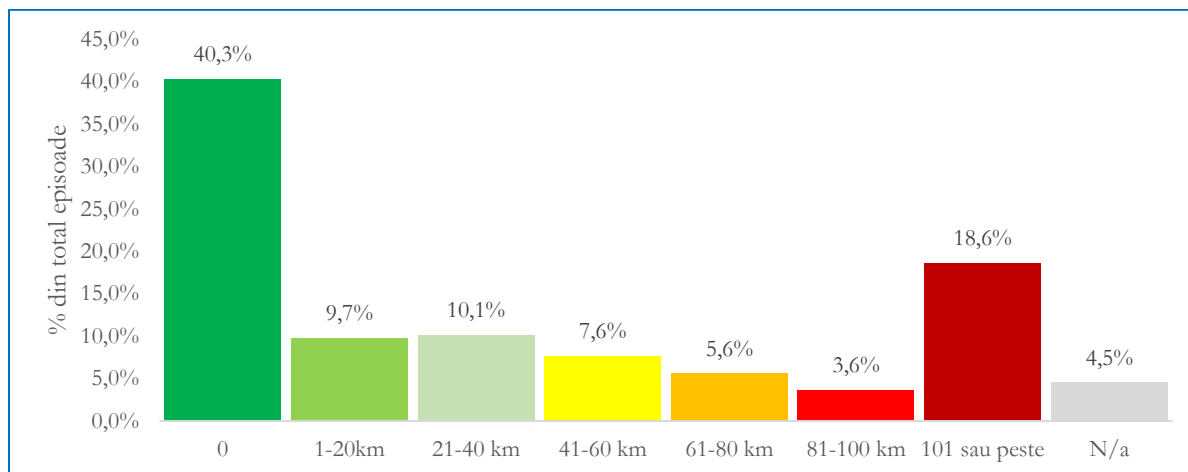
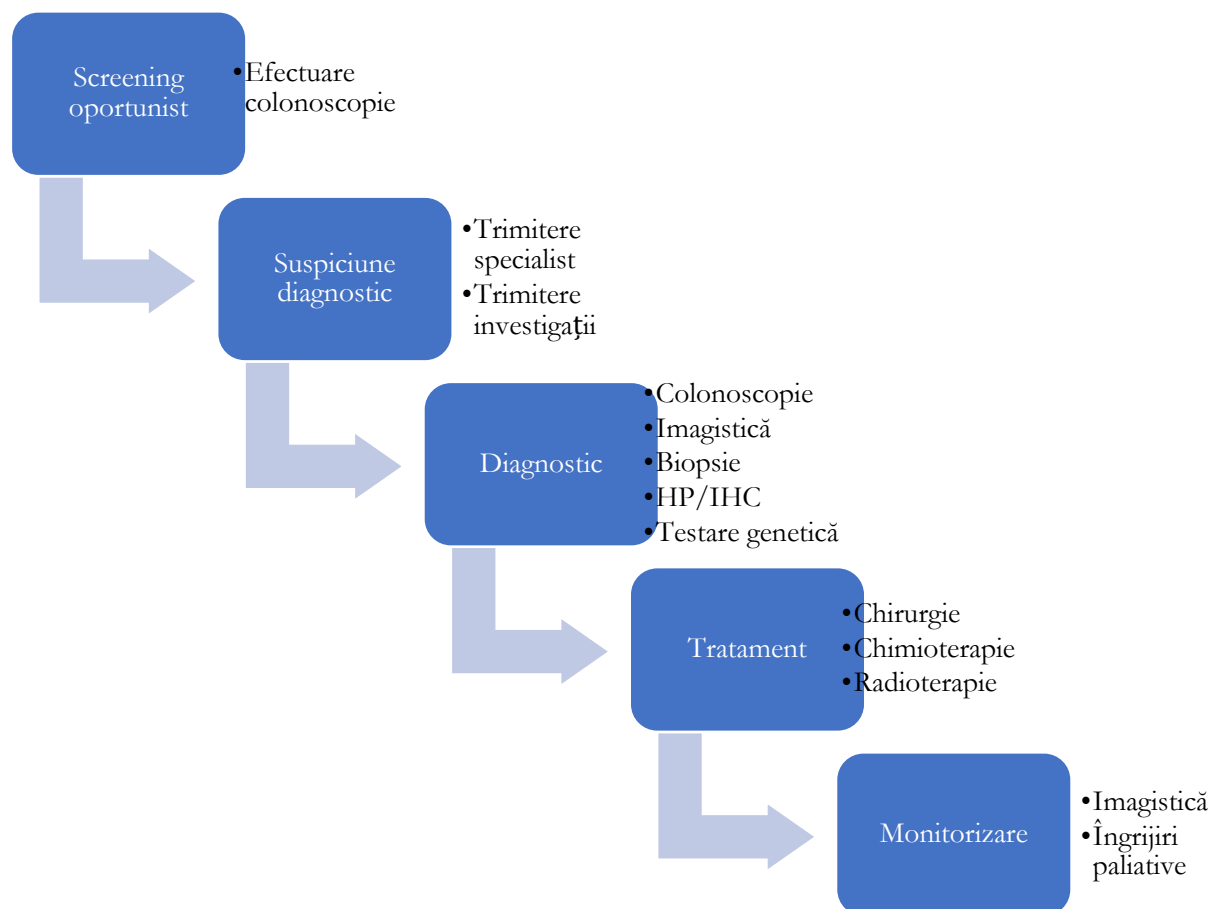


Fig. 32 Distribuția episoadelor de spitalizare în funcție de distanța parcursă a trata un caz de cancer colorectal, 2019

În 2019 distanța medie parcursă a fost de 50.2 de km, iar distanța mediană a fost de 20 km. Aprox. 18.6% din distanțe sunt de peste 100 km. Această pondere este cel mai probabil reprezentată de o bună parte din cazurile care vin din diverse localități pentru a fi tratate în centrele universitare.

În România traseul persoanei cu suspiciune de cancer colorectal / traseul persoanei cu cancer colorectal are următorii pași:



Pentru fiecare din pașii identificați în traseul optim al unei patologii oncologice sunt prezentate disponibilitatea, oportunitățile și constrângerile acestor opțiuni terapeutice în context românesc.

### ❖ Prevenție

În prezent în România nu există un set de activități preventive pentru cancerul colorectal care să fie coordonat de la nivel național și care să aibă obiective și ținte clar stabilite; începând din 2021 se derulează un proiect de screening pentru cancer colorectal în 4 regiuni din România (*B-IF, S, SE, SV*) care constă în administrarea unui chestionar de evaluare a riscului la medicul de familie, testul de sângereări oculte în fecale și dacă e cazul colonoscopie într-un centru de screening specializat. O altă problemă o reprezintă lipsa evaluării riscului a pacienților la risc înalt.

### ❖ Simptomatologie

În prezent, în România se efectuează consult gastro-enterologic, colonoscopie și biopsie dacă este cazul, pacienților cu simptomatologie digestivă specifică.

## ❖ Diagnostic

Procedura diagnostică pentru cancerul colorectal presupune examen clinic, recto/sigmoidoscopie sau colonoscopie, biopsia formațiunii tumorale suspecte și imagistică pentru stadializare (*ex. ecografie abdominală, CT, RMN, scintigrafie*). Această procedură se poate efectua complet în toate centrele universitare medicale regionale dar și în anumite centre medicale județene fapt ce presupune deplasarea pacienților pentru diagnostic la distanță față de domiciliul acestora. Nu sunt singulare cazurile în care pacienții au fost examinați clinic și imagistic într-o unitate publică sau privată și trebuie să efectueze biopsia într-o altă unitate sanitară, de cele mai multe ori într-o altă localitate decât cea de domiciliu;

Disponibilitatea personalului specializat pentru diagnosticul cancerului colorectal este redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de diagnostic este deficitară la nivel regional și național.

Timpii de așteptare pentru procedurile diagnostice sunt variabile și pot varia de la câteva zile până la câteva săptămâni.

O problemă aparte este disponibilitatea redusă a examinării histopatologice, imunohistochimice și genetice, în unitățile publice, fapt pentru care pacientul, de cele mai multe ori, trebuie să efectueze analize suplimentare ale piesei de biopsie la un centru privat de diagnostic histopatologic pentru care plata se efectuează din veniturile pacienților;

La momentul stabilirii diagnosticului pacientul este eligibil să intre în Programul Național de Oncologie, iar în cazul în care nu este asigurat, dacă nu are mijloace de întreținere devine asigurată pe perioada bolii.

De asemenea, în acest moment, datele pacienților trebuie introduse în Registrul Populațional de Cancer și un tumor board trebuie să stabilească opțiunile cele mai adecvate de tratament, fapt care în practică nu este disponibil decât punctual, în câteva centre la nivel național;

Lipsa navigatorului de pacienți și a managerului de caz contribuie și ea la creșterea timpului de așteptare pentru investigații diagnostice și dublarea unora dintre acestea;

Din analiza epicrizelor pacienților din eșantionul selectat nu se poate estima cu exactitate tipul investigațiilor diagnostice efectuate și intervalul dintre aceste investigații. Astfel, data diagnosticului a fost considerată data rezultatului histopatologic, dar investigațiile preliminare pot fi efectuate în decursul ultimilor 30 de zile de la data diagnosticului sau mai mult. Există o variabilitate ridicată a duratei programărilor pentru investigații suplimentare (puncție) și a prelucrării probelor histopatologice.



## ❖ **Tratament**

Din datele analizate, durata medie până la prima intervenție terapeutică este optimă doar pentru chirurgie (7.7 zile) depășește 30 de zile pentru alte intervenții terapeutice (*chimioterapie*).

Având în vedere faptul că marea majoritate a pacienților cu cancer colorectal sunt descoperiți în stadii avansate de boală, de multe ori prima opțiune de tratament este tratamentul chirurgical oferit în urgență; pacienții au opțiunea efectuării acestui tratament de cele mai multe ori într-o unitate publică care poate fi disponibil în localitatea de domiciliu sau la distanță față de aceasta;

Opțiunile chirurgicale sunt relativ extinse la nivel național; în afara Institutelor Regionale de Oncologie, chirurgia cancerului colorectal se efectuează într-o varietate de secții chirurgicale dar nu se cunoaște cu exactitate câte din aceste operații sunt efectuate ca și intervenții chirurgicale oncologice.

Disponibilitatea personalului pentru chirurgia oncologică a colonului este redusă la nivel național și eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de tratament chirurgical este deficitară la nivel regional și național;

Accesul la medicamente specifice este, de asemenea, variabil, pe de o parte din cauza sincopelor în aprovizionarea cu medicamente esențiale pentru tratament, iar pe de altă parte datorită accesului selectiv la medicamente inovative pentru stadiile avansate pentru care și finanțarea poate fi problematică;

Accesul la servicii de radioterapie, chiar dacă a crescut semnificativ în anumite centre universitare mari, este încă o problemă semnificativă pentru o parte importantă dintre pacienții care au nevoie de această procedură de tratament;

Disponibilitatea personalului pentru radioterapie, în special a personalului tehnic (fizicieni medicali), este foarte redusă la nivel național și foarte eterogen distribuită în teritoriu, cu concentrări ale specialiștilor în centrele universitare medicale importante;

Variabilitatea practicii medicale este importantă și asigurarea calității procedurii de radioterapie este deficitară la nivel regional și național;

## ❖ **Monitorizare / Îngrijiri paliative**

Monitorizarea pacienților cu cancer colorectal este variabilă la nivel național și se efectuează la intervale diferite și cu proceduri diferite în diferite centre oncologice din țară;

Există o tendință de supra-prescriere a investigațiilor de monitorizare suplimentare care nu au relevanță clinică dar care au impact negativ în costuri pentru sistemul de sănătate și posibil în statusul fizic (*ex. iradiere suplimentară*) și psihologic (*ex. teamă*) al pacienților;

Disponibilitatea investigațiilor de monitorizare imagistice este variabilă iar calitatea acestora în special pentru monitorizarea pacienților în stadiu metastatic lasă de dorit în lipsa implementării unor criterii standardizate de interpretare imagistică;

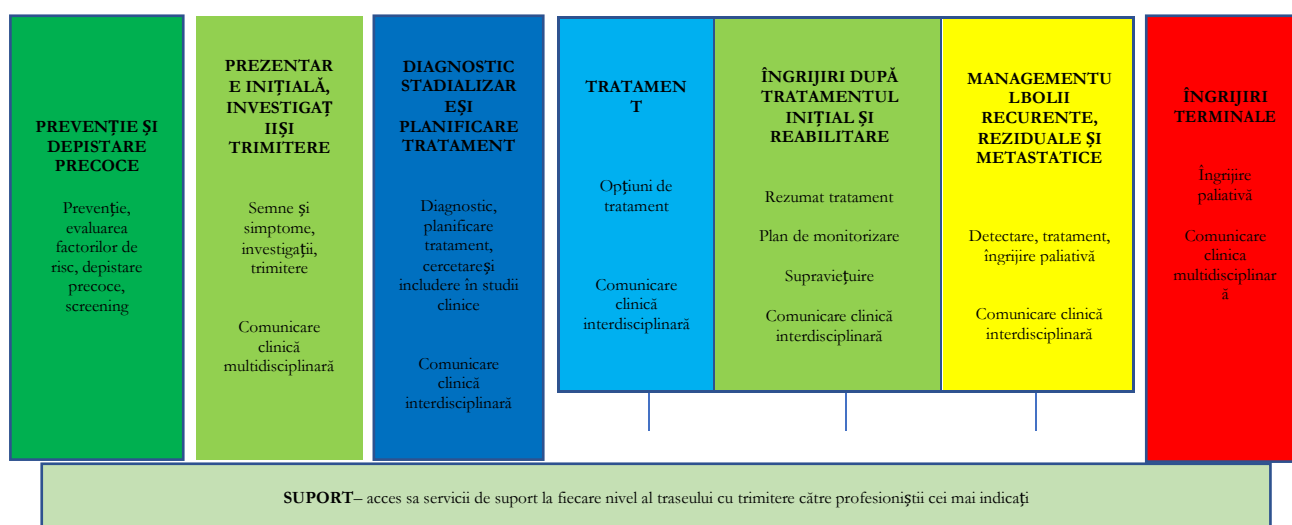
Serviciile de paleație sunt extrem de deficitare la nivel național mai ales în afara spitalelor publice, iar calitatea vieții pacienților în stadia terminale este nesatisfăcătoare deoarece nu sunt implementate protocoale standardizate de terapia durerii și asistență a pacientului terminal.

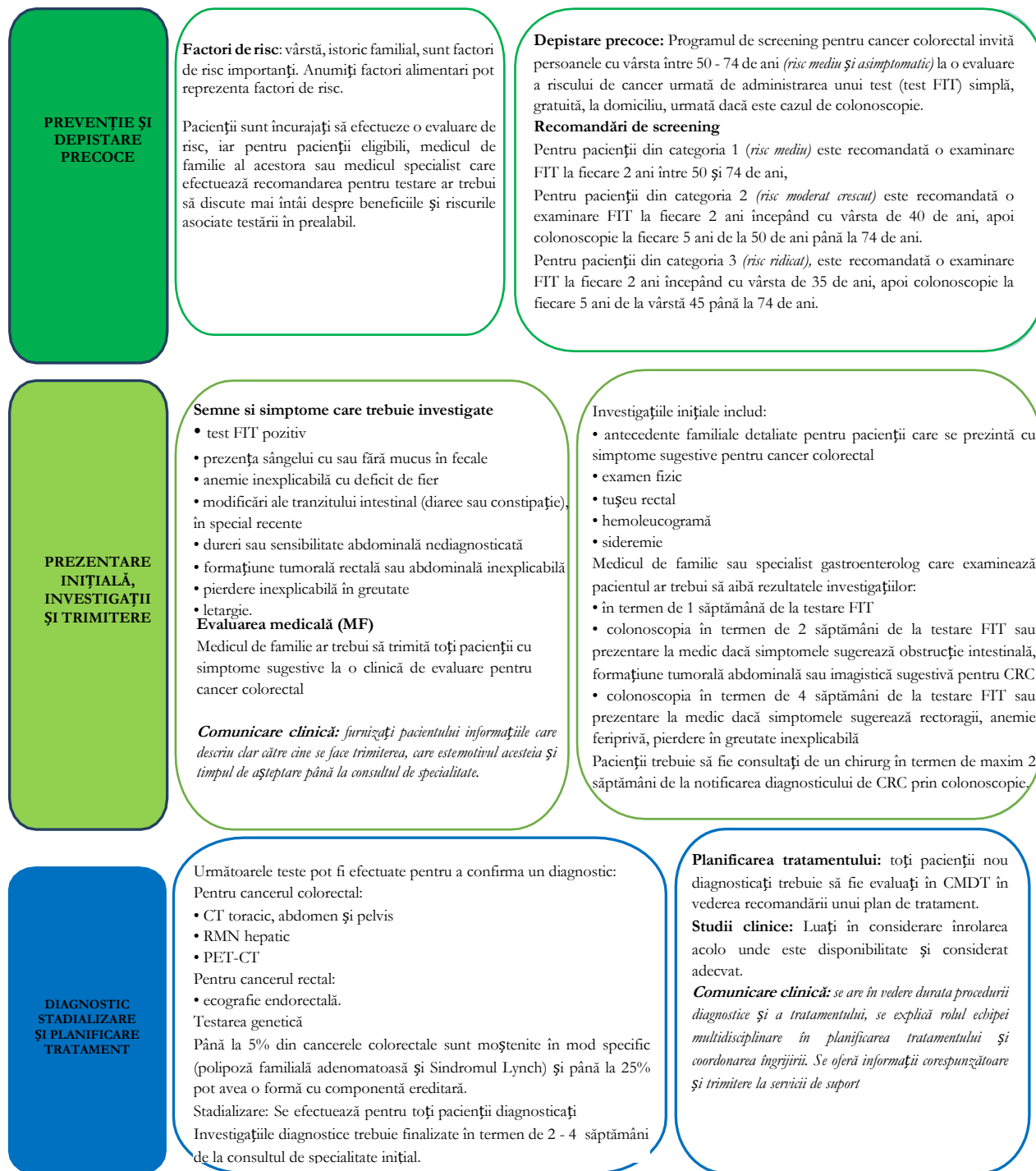
## TRASEUL OPTIM AL PACIENȚILOR CU CANCER COLORECTAL

Scopul traseului optim de îngrijire a cancerului colorectal are în vedere îmbunătățirea rezultatelor pacienților, prin facilitarea unei îngrijiri consistente, sigure, de înaltă calitate și bazată pe dovezile cele mai actuale referitoare la managementul cancerului colorectal.

Principiile care au stat la baza dezvoltării traseului optim de îngrijire a cancerului colorectal sunt următoarele:

- Îngrijiri centrate pe pacient (*respect, responsivitate, preferințe, nevoi și valori ale pacienților*);
- Îngrijiri sigure și de calitate (*furnizate de profesioniști instruiți corespunzător în unități sanitare care au echipamentul și personalul adecvat pentru furnizarea acestora*);
- Îngrijiri multidisciplinare (*activități integrate furnizate de echipe medicale și servicii conexe și care iau în considerare toate opțiunile de tratament și dezvoltă împreună un plan de îngrijiri și tratament personalizat pentru fiecare pacientă*);
- Îngrijiri de suport (*servicii generale sau specializate care pot fi solicitate de către pacienții cu cancer colorectal*);
- Coordonarea îngrijirii (*abordare comprehensivă prin care se realizează continuarea îngrijirii pentru pacienții cu cancer colorectal*);
- Comunicare
- Cercetare și studii clinice (*oportunitățile de participare trebuie prezentate pacienților în orice punct al traseului de îngrijire*).





#### Comunicare clinică

- discutați cu pacientul despre opțiunile de tratament, inclusiv intenția tratamentului și rezultatele preconizate
- comunicați planul de tratament al pacienților medicului de familie

#### TRATAMENT

Stabiliți intenția de tratament:  
Curativ

Terapie anti-cancer pentru  
îmbunătățirea calității vieții și /  
sau supraviețuire fără așteptarea  
remisiei

Simptomatică / paliativă

**Chirurgie** Chirurgia este recomandată unui număr ridicat de pacienți cu cancer colorectal.

- Echipa chirurgicală ar trebui să aibă un nivel adecvat calificări și expertiză, în special pentru intervențiile chirurgicale rectale.

Intervenția chirurgicală trebuie efectuată în decurs de 5 săptămâni de la investigații și decizia comisiei multidisciplinare dacă nu este necesară terapia neoadjuvantă pentru pacienții cu cancer colorectal.

Intervenția chirurgicală trebuie efectuată la 8-12 săptămâni după terapia neoadjuvantă pentru pacienți cu cancer rectal.

#### Radioterapie (RTE)

Radioterapia neoadjuvantă este recomandată pacienților cu cancer rectal cu caracteristici de risc înalt.

- Radioterapia poate fi administrată cu intenție paliativă în cancer colorectal simptomatic, avansat local, nerecubil.
- Radioterapia poate fi adecvată pentru pacienții cu cancer de colon la care tumora a penetrat o structură fixă.

Iradierea neoadjuvantă și chimioterapia neoadjuvantă ar trebui să fie inițiate în termen de până la 3 săptămâni de la decizia comisiei multidisciplinare.

#### Chimioterapie

Terapia sistemică poate fi benefică pentru pacienții cu:

- un risc ridicat de recidivă și care pot beneficia de terapie adjuvantă
  - cancer rectal avansat local (cu caracteristici de risc ridicat) tratat cu chimioradioterapie concomitentă
  - cancer nerecubil, avansat local sau boală metastatică.
- Chimioterapie adjuvantă ar trebui să înceapă în termen de până la 8 săptămâni de la intervenția chirurgicală.

#### ÎNGRIJIRI DUPĂ TRATAMENTUL INIȚIAL ȘI REABILITARE

Supraviețuitorilor de cancer li se vor furniza următoarele informații care să le ghideze după tratamentul inițial

**Rezumatul tratamentului** (furnizați o copie a documentului medical pacientului și medicul de familie) conținând:

- teste diagnostice efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tipul și data tratamentului (tratamentelor)
- intervenții și planuri de tratament din partea celorlalți specialiști în sănătate
- servicii de sprijin oferite
- informații de contact pentru principalii furnizorii de servicii medicale pentru cancerul colorectal

Planul de îngrijire de urmărire (furnizați o copie pacientei și medicului de familie) conținând:

- Monitorizarea medicală necesară (teste, supraveghere)
- planuri de îngrijire pentru gestionarea efectelor tardive ale tratamentului
- un proces de re-admitere rapidă la serviciile medicale specializate pentru apariția recăderilor.

#### Comunicare clinică:

- explicați pacientului rezumatul tratamentului și planul de monitorizare / îngrijire
- informați pacientul despre prevenția secundară și un stil de viață sănătos
- discutați planul de monitorizare / îngrijire cu MF

#### MANAGEMENTUL BOLII REZIDUALE RECURENTE ȘI METASTATICE

**Detectare:** unele cazuri de recidivă vor fi detectate prin monitorizarea de rutină la pacienții asimptomatici. Unele cazuri de boală metastatică va fi detectate în același timp cu prezentarea pentru cancerul colorectal primar inițial (boala metastatică „de novo”).

**Tratament:** când este posibil trimiteți pacientul la consult la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va ține cont de locație, extinderea recurenței, managementul clinic anterior al bolii și managementul și preferințele pacientului

**Îngrijirea paliativă:** Luați în considerare recomandarea și trimiterea la îngrijire paliativă. Asigurați-vă că există un plan de îngrijiri terminale.

#### Comunicare clinică:

- explicați pacientului opțiunile de tratament, rezultatele așteptate și reacții adverse
- inițiați o discuție cu privire la planificarea îngrijirilor terminale dacă este cazul.

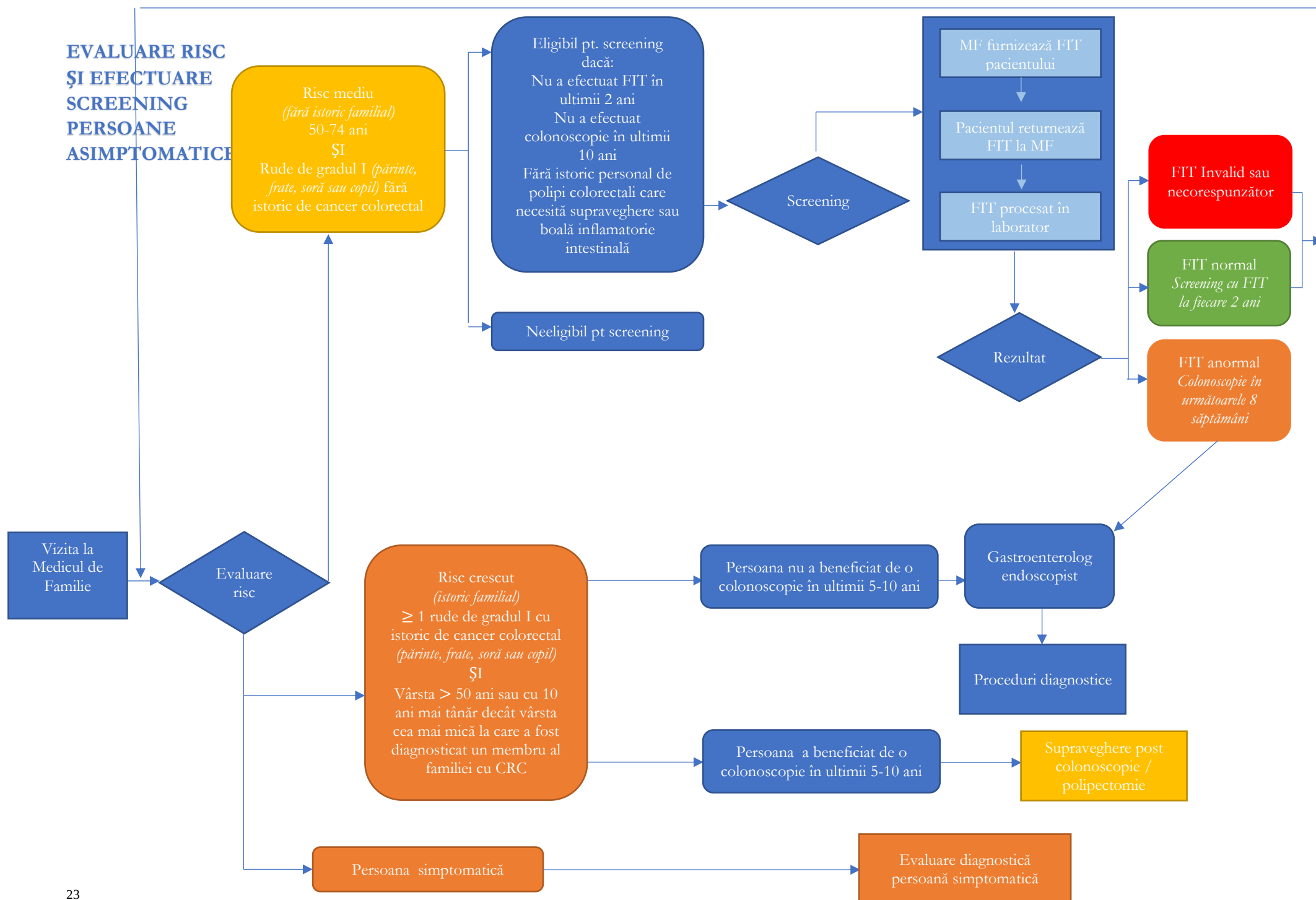
#### ÎNGRIJIRI TERMINALE

Îngrijirea terminală: Luați în considerare recomandarea și trimiterea la îngrijire paliativă. Asigurați-vă că există un plan de îngrijiri terminale.

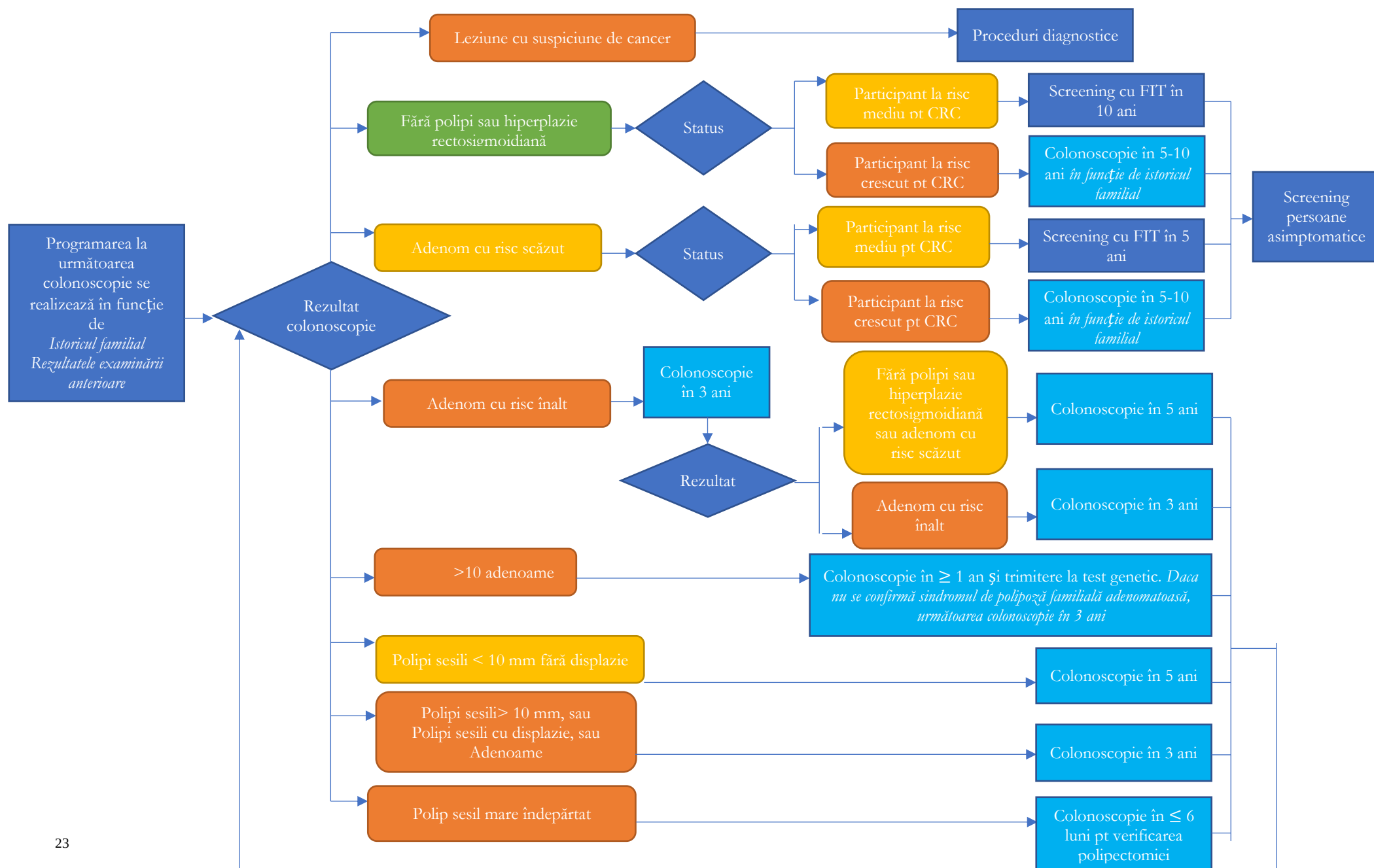
#### Comunicare clinică:

- discutați deschis cu privire la prognostic despre opțiunile de îngrijire paliativă cu pacientul și familia acestuia
- stabiliți planuri de tranziție pentru a vă asigura că nevoile și obiectivele pacientului sunt abordate corespunzător

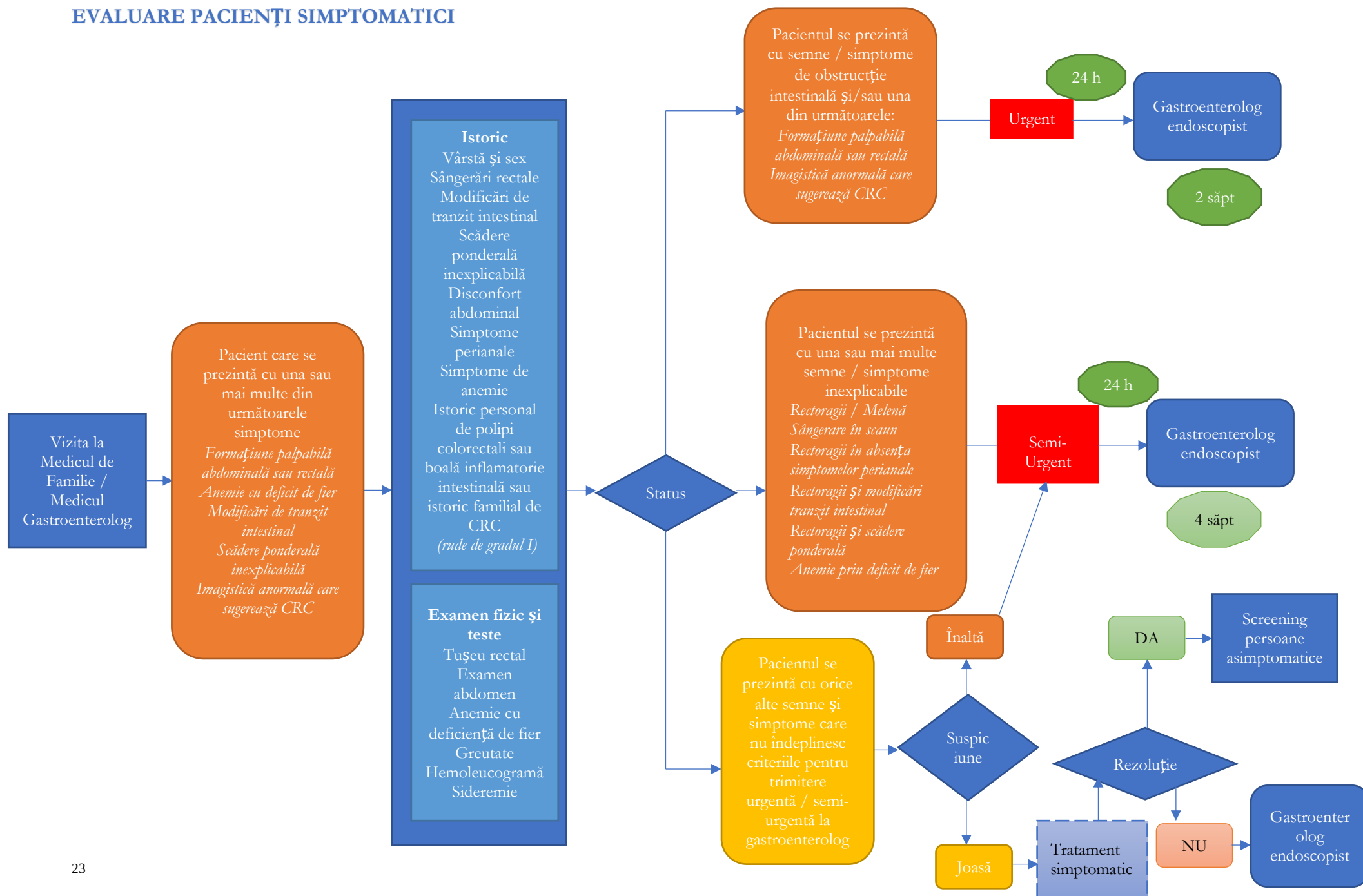
# EVALUARE RISC ȘI EFECTUARE SCREENING PERSOANE ASIMPTOMATICE



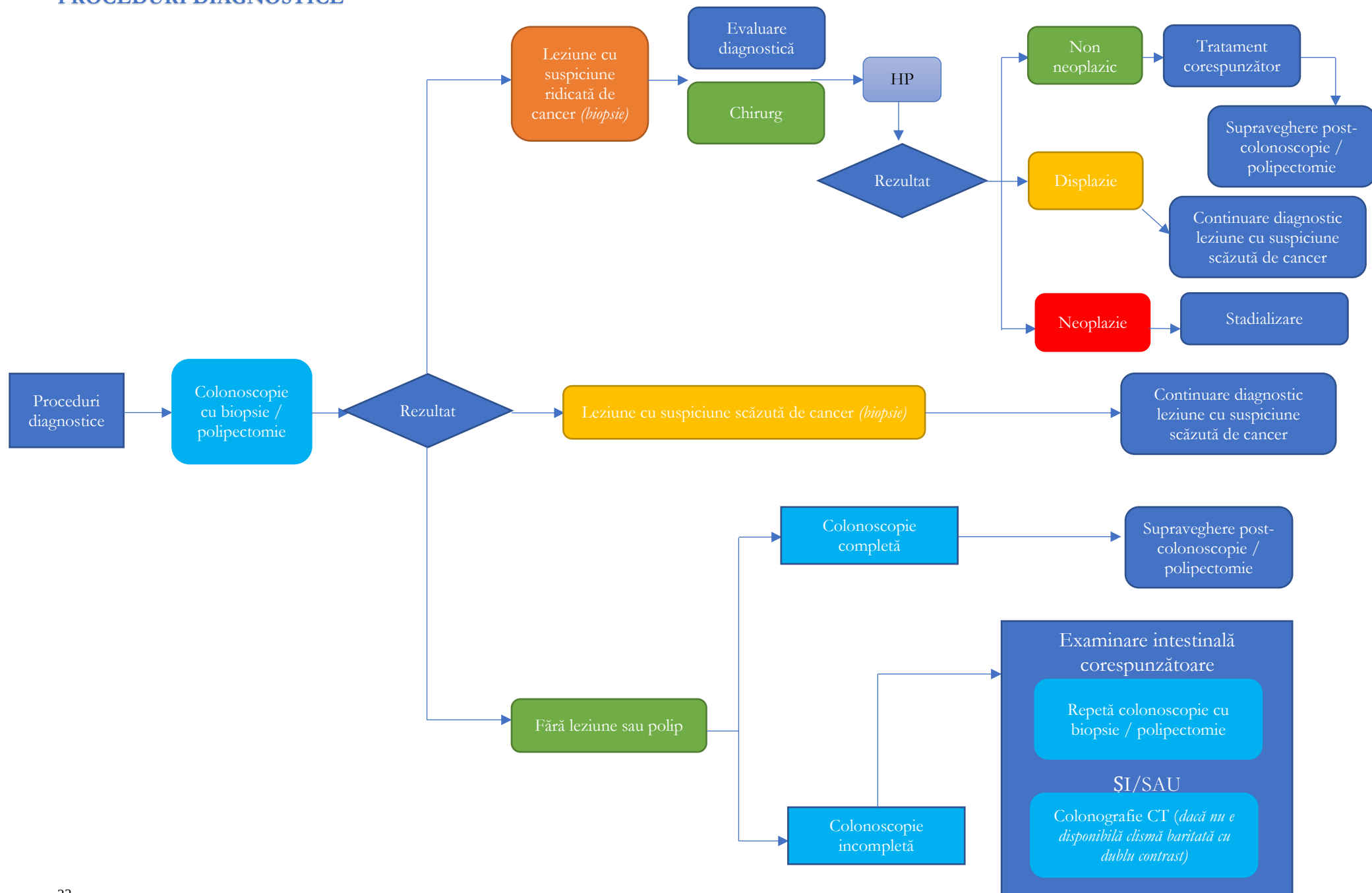
## SUPRAVEGHERE POST COLONOSCOPIE / POLIPECTOMIE



## EVALUARE PACIENȚI SIMPTOMATICI

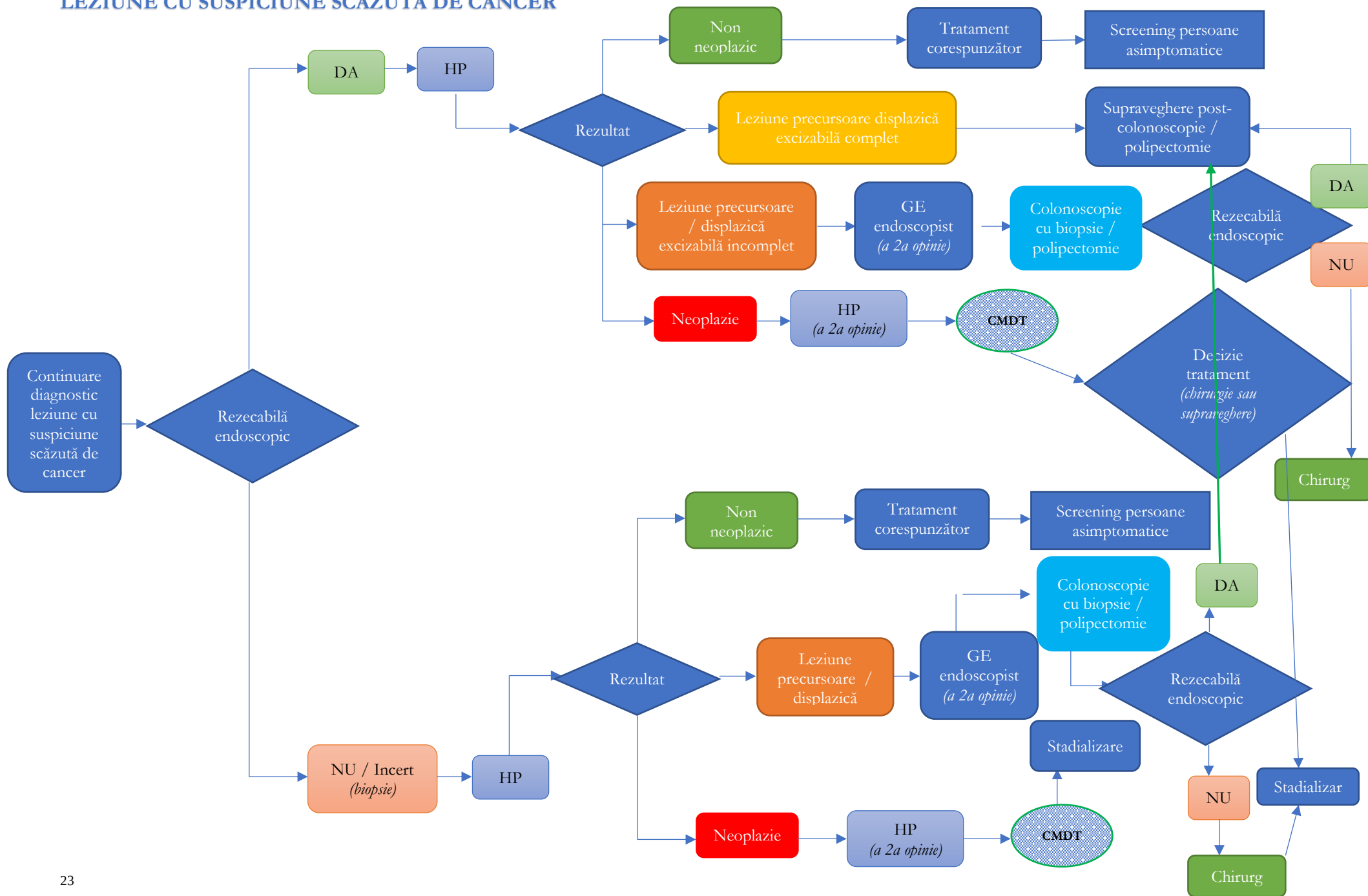


## PROCEDURI DIAGNOSTICE

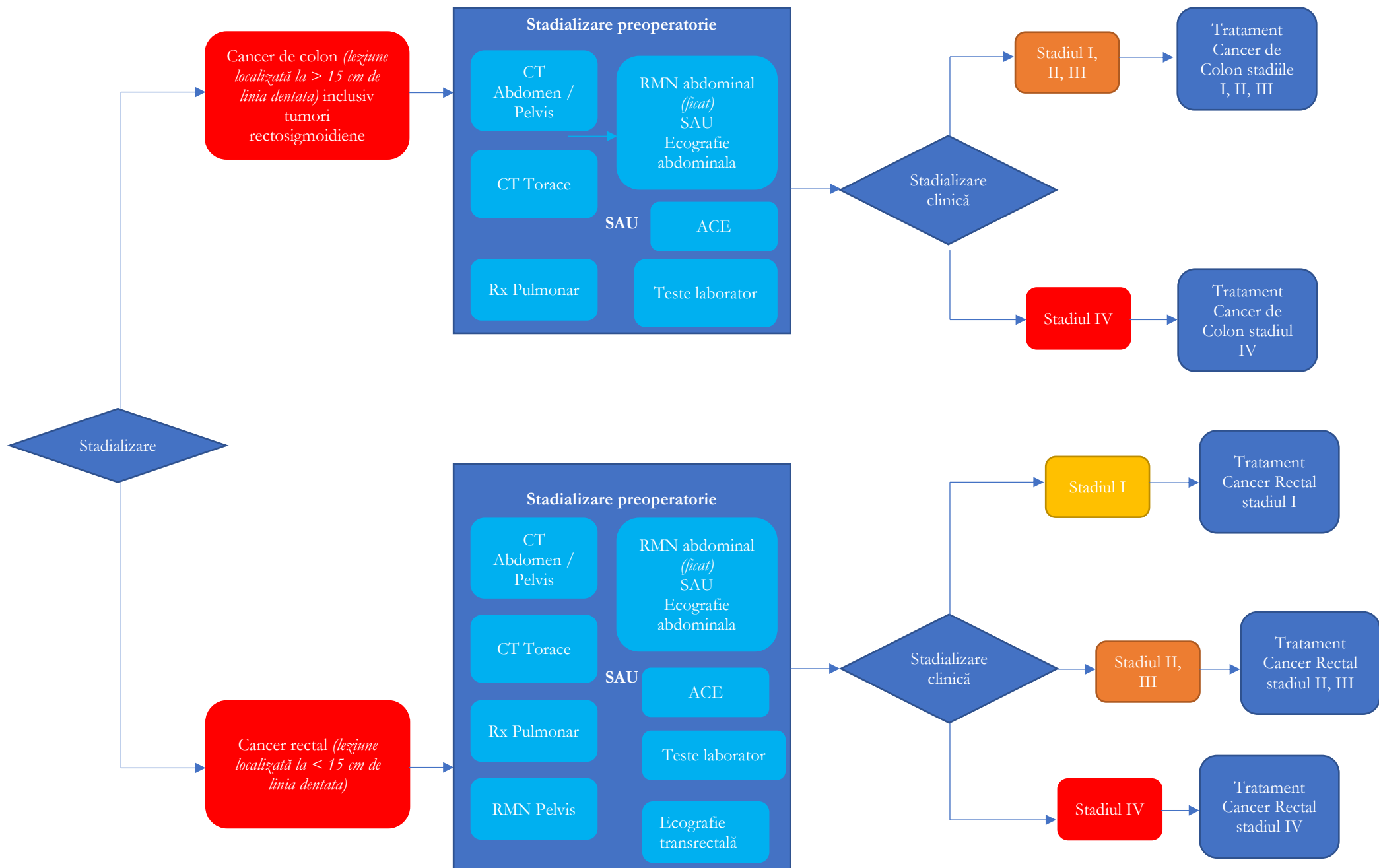




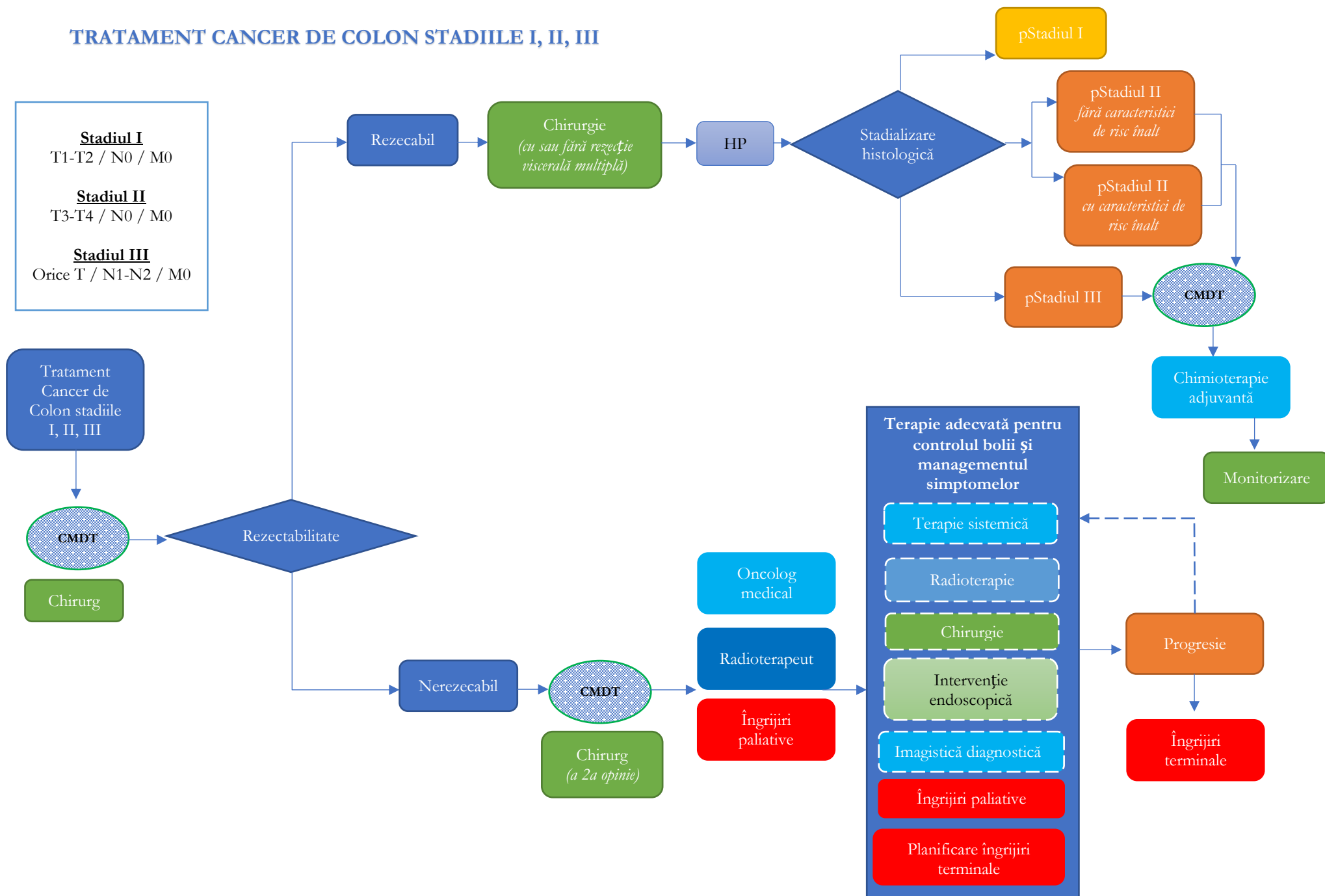
## LEZIUNE CU SUSPICIUNE SCĂZUTĂ DE CANCER



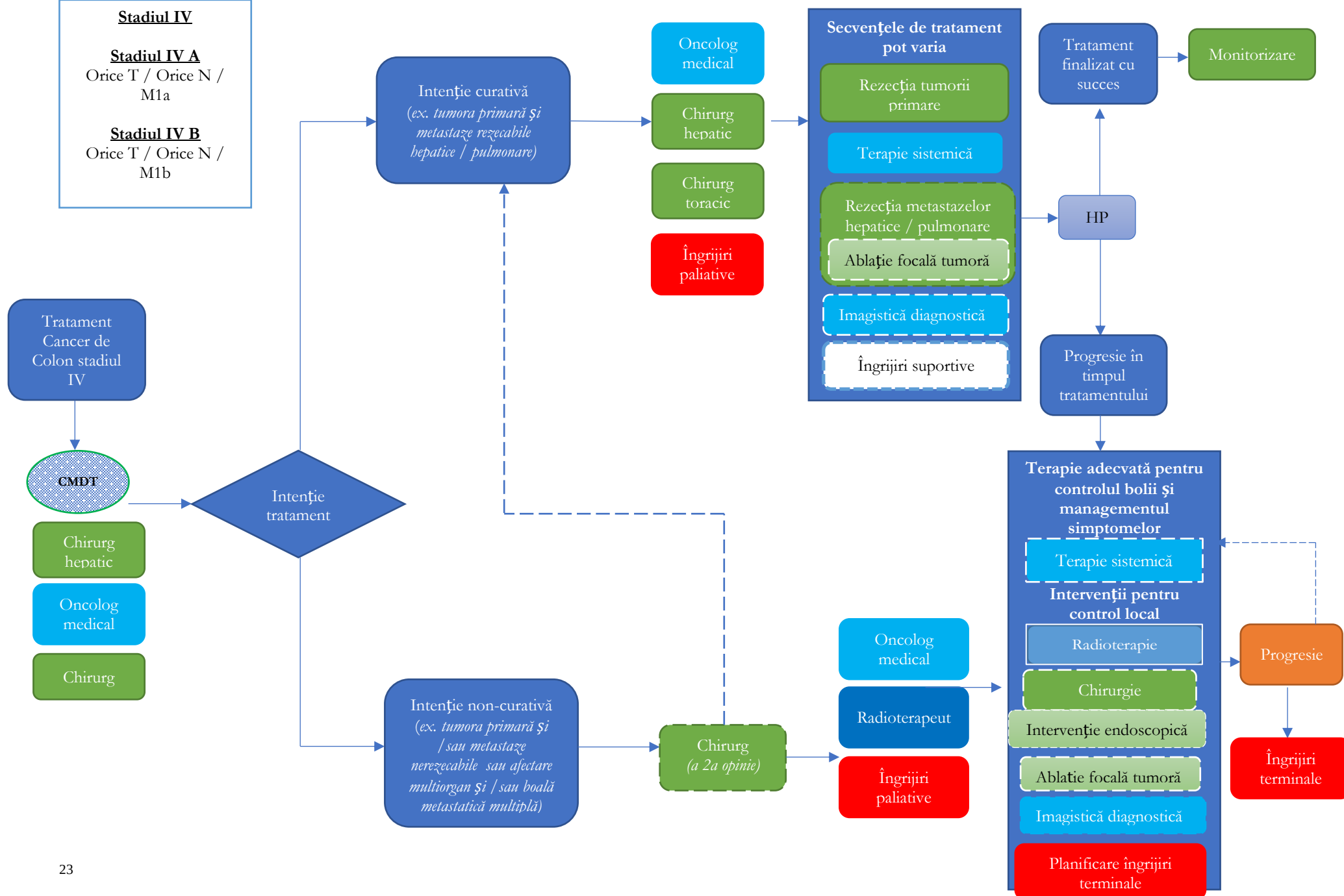
## STADIALIZARE



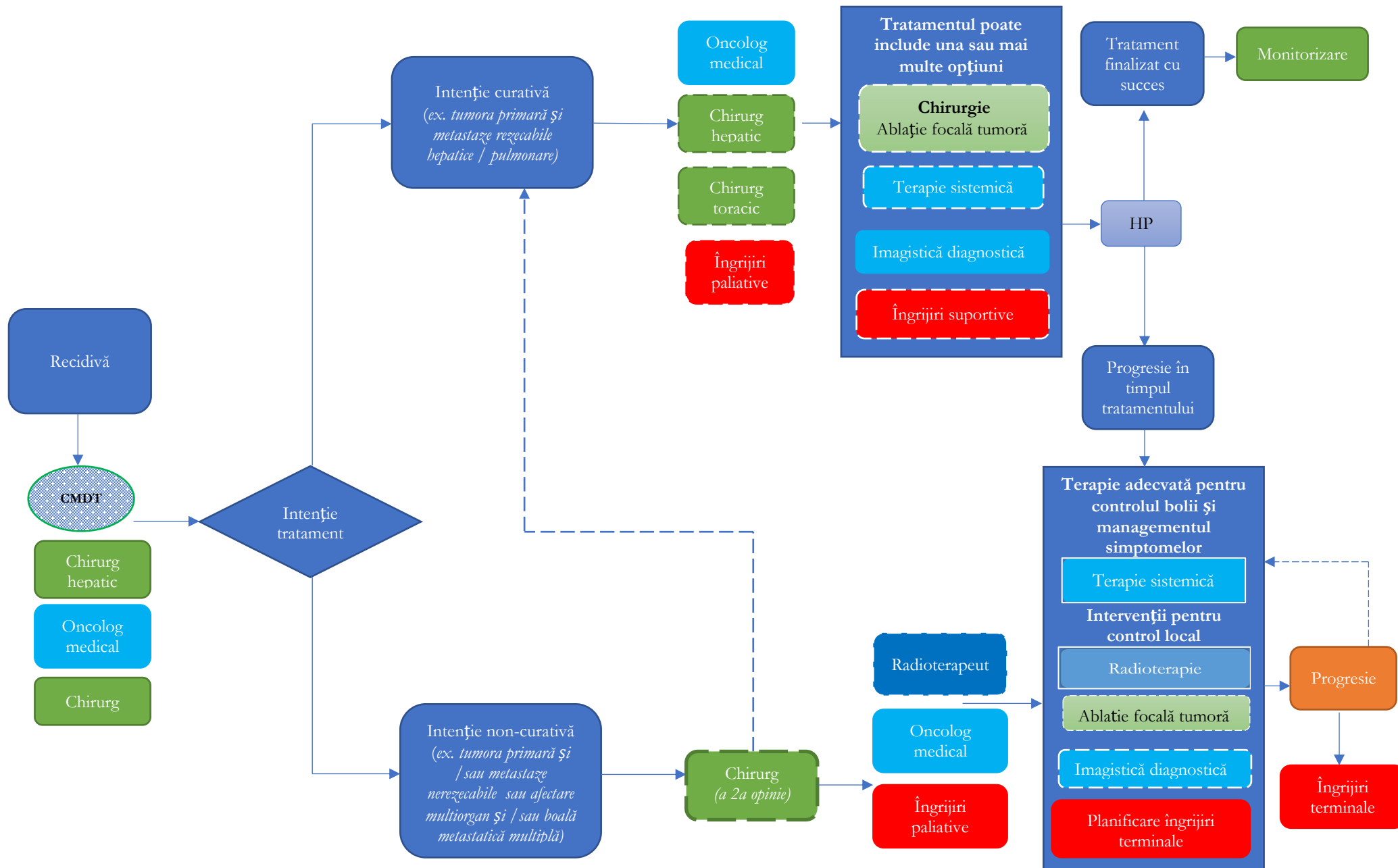
## TRATAMENT CANCER DE COLON STADIILE I, II, III



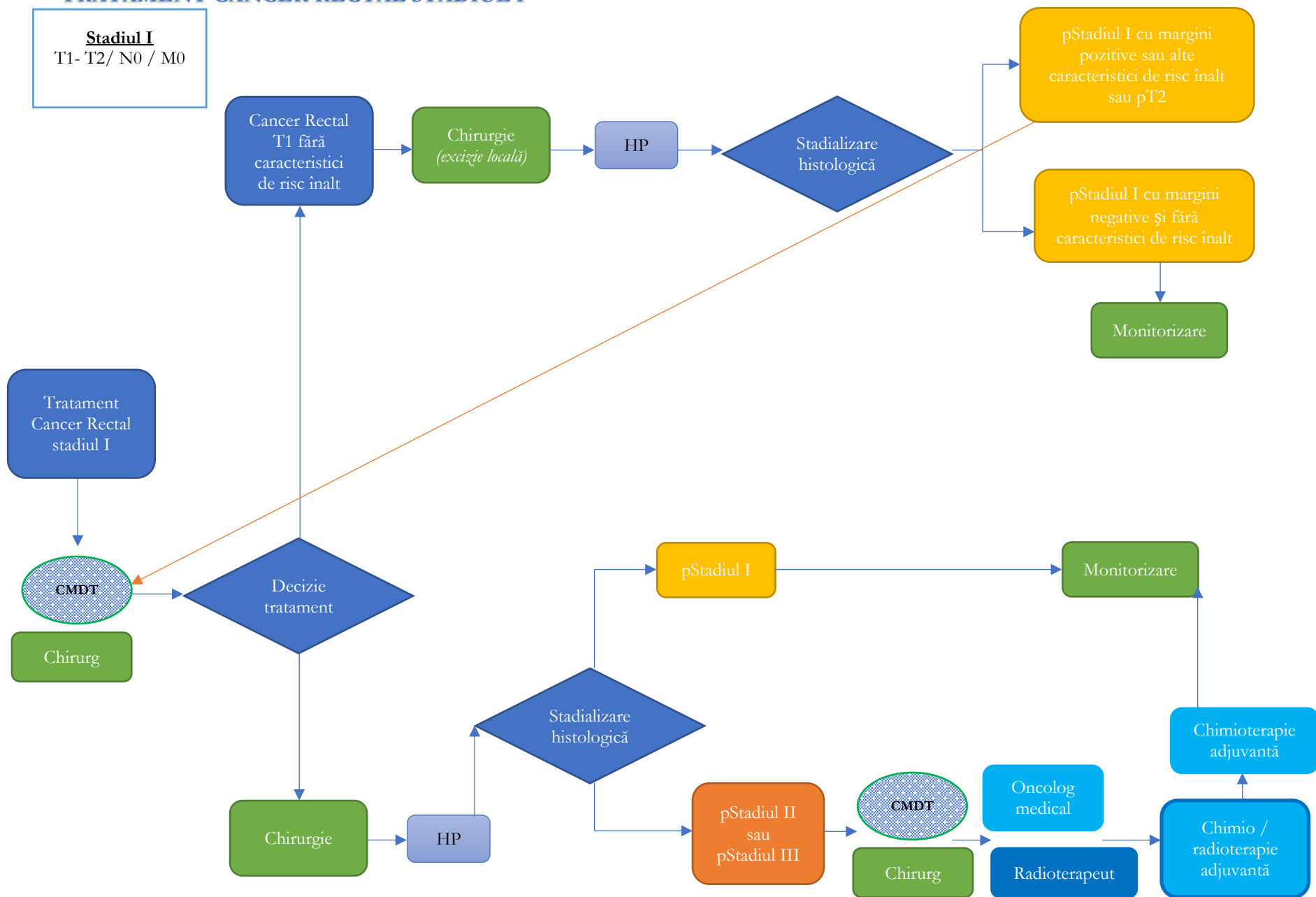
## TRATAMENT CANCER DE COLON STADIUL IV (TUMORĂ PRIMARĂ IN SITU)



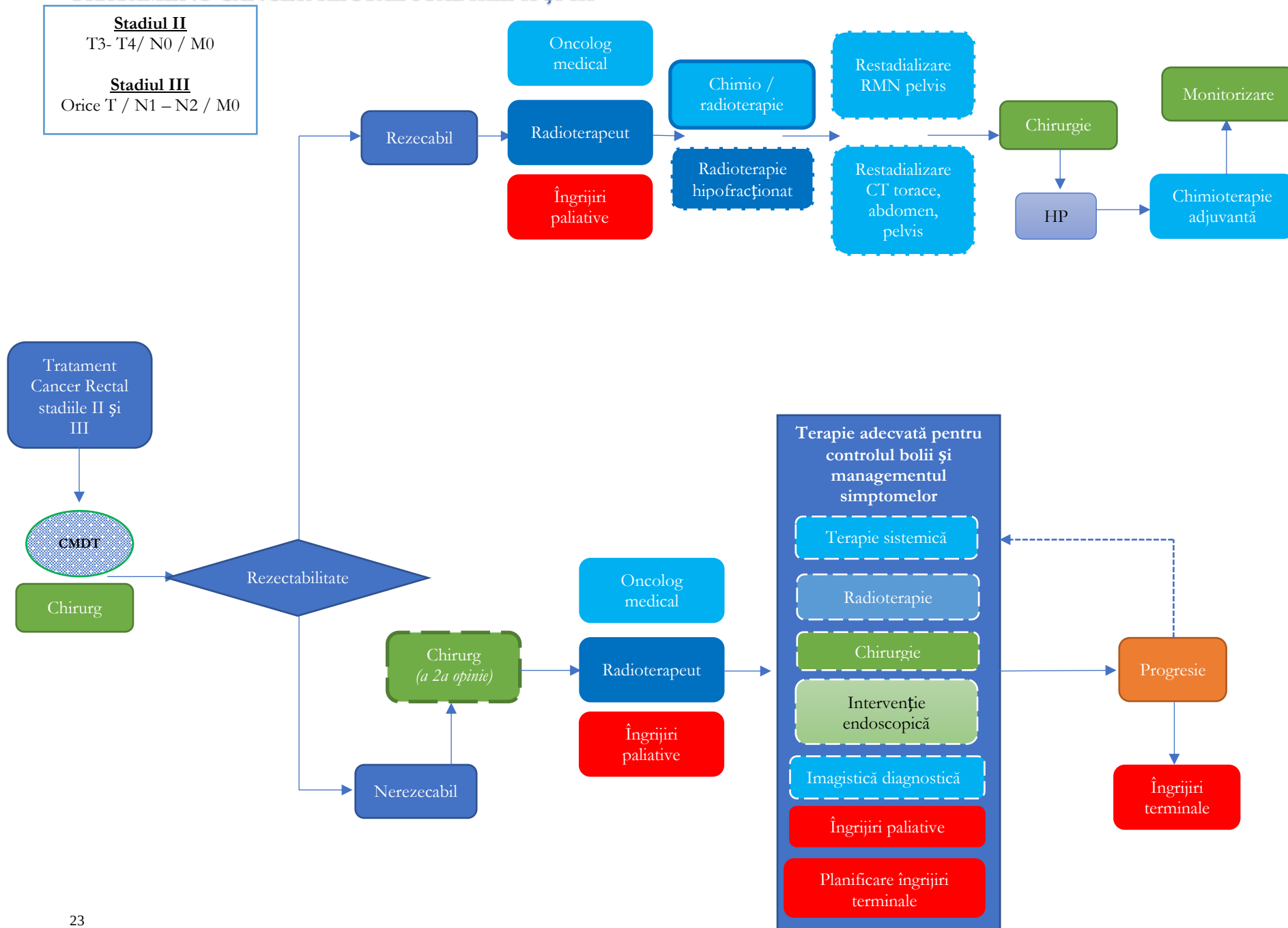
## TRATAMENT CANCER DE COLON BOALĂ METASTATICĂ



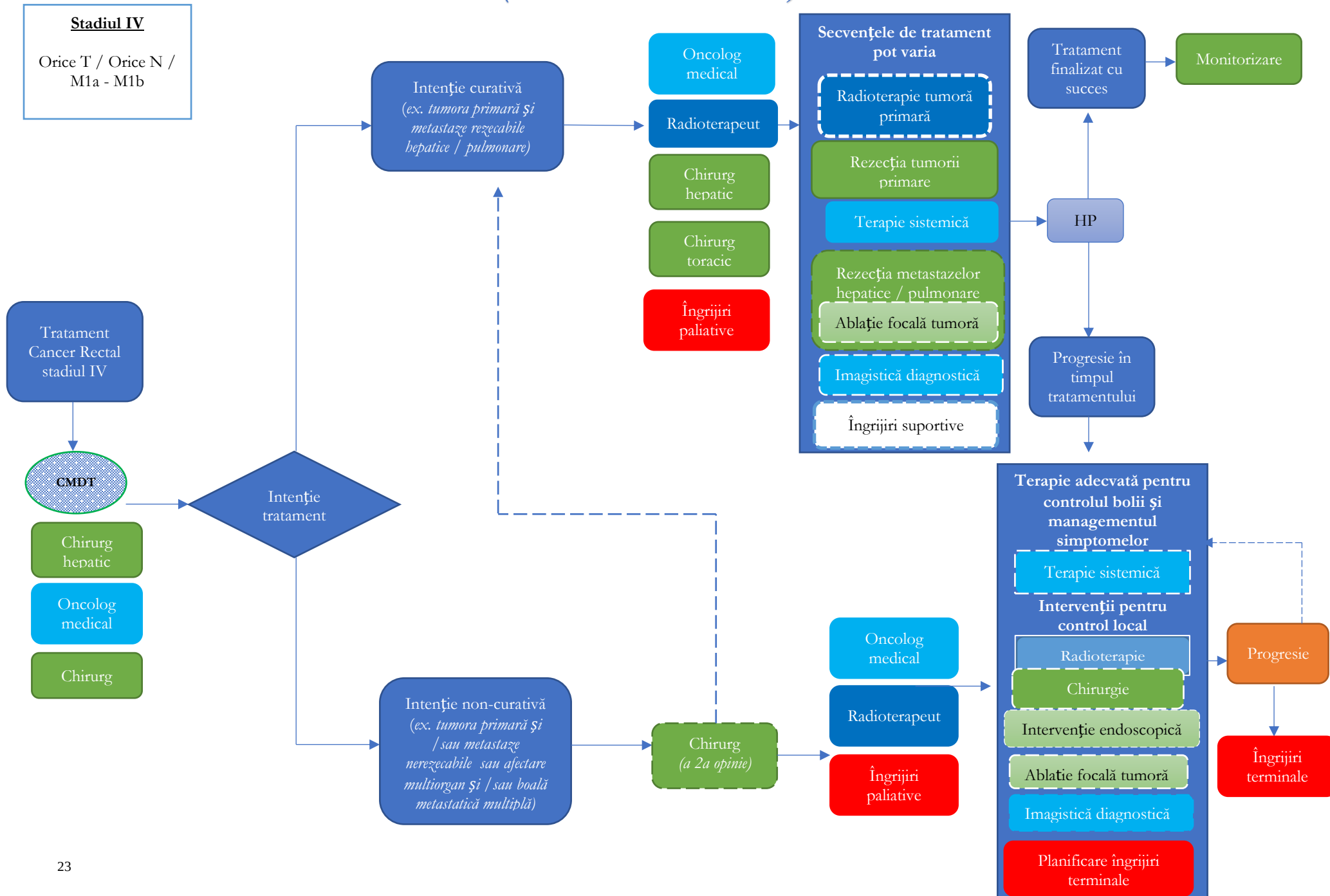
## TRATAMENT CANCER RECTAL STADIUL I



## TRATAMENT CANCER RECTAL STADIILE II ȘI III

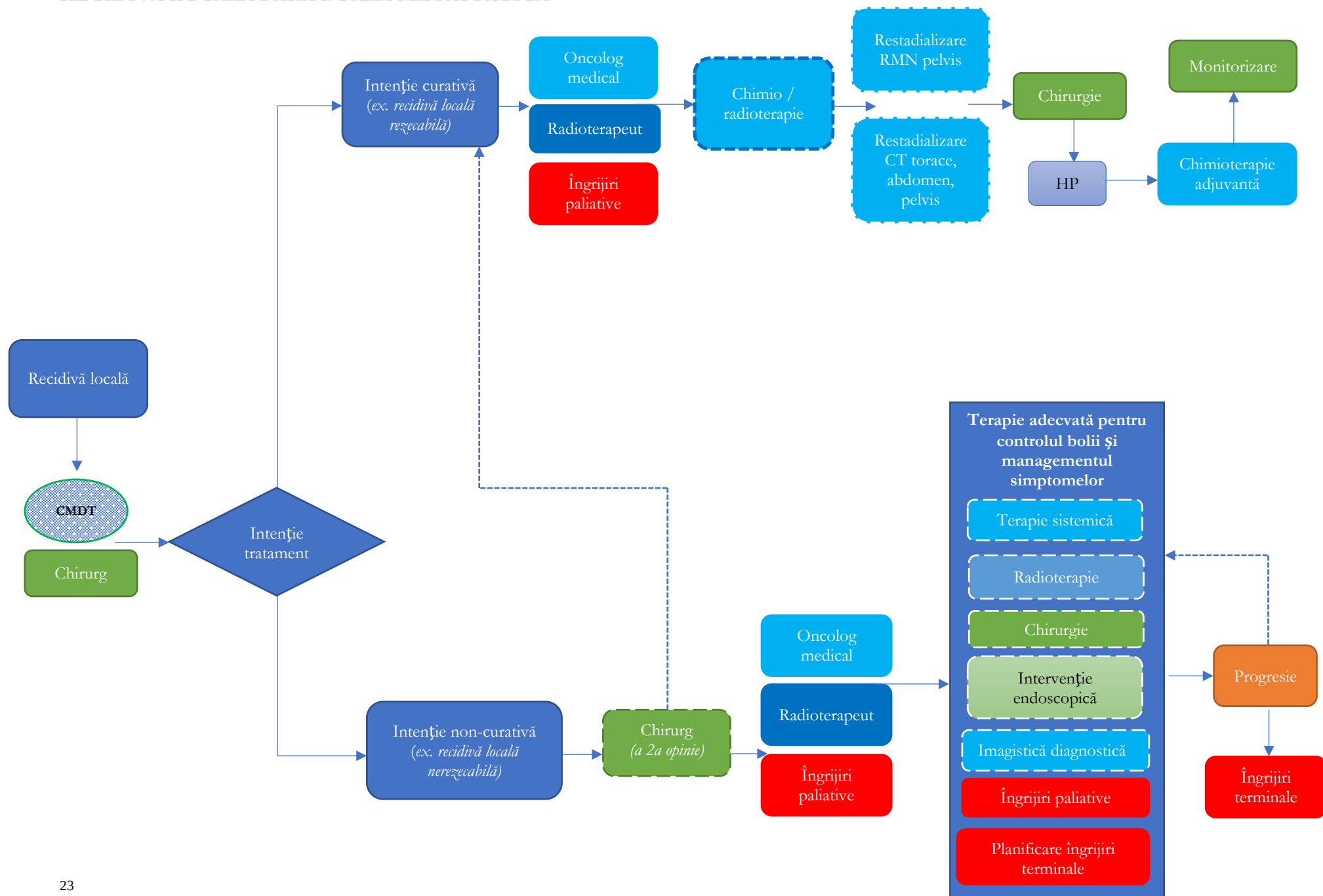


## TRATAMENT CANCER RECTAL STADIUL IV (TUMORA PRIMARĂ IN SITU)

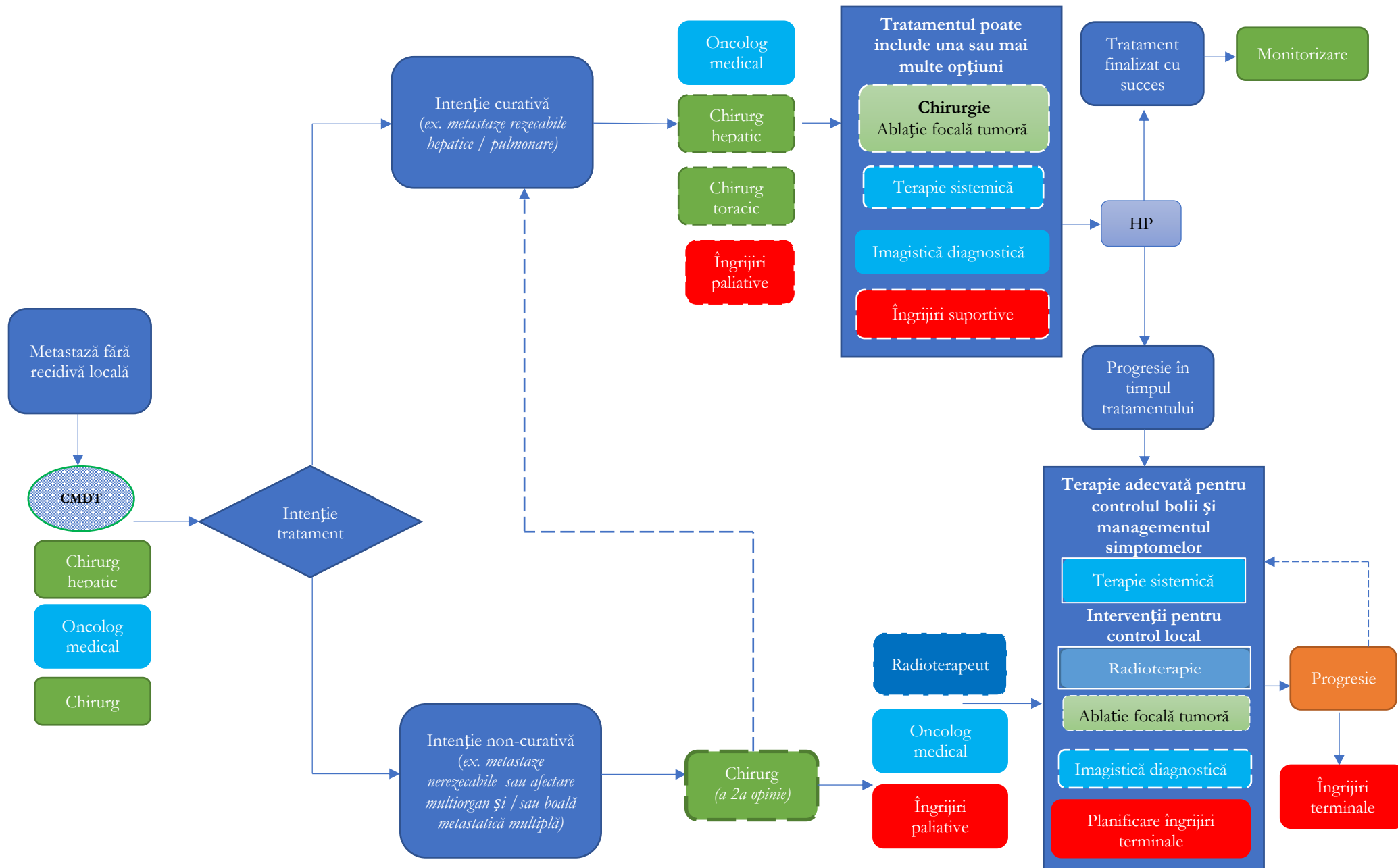




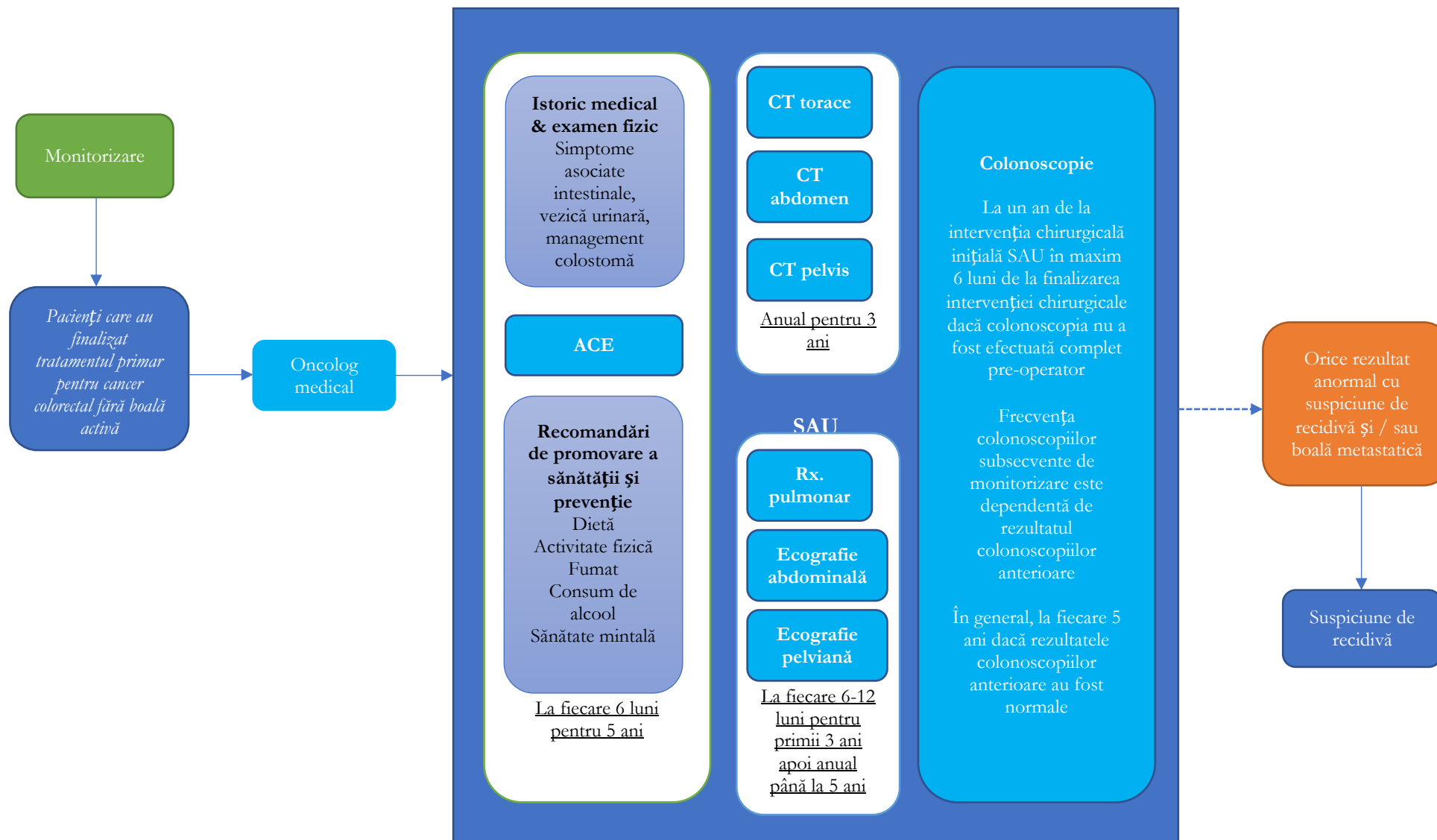
## RECIDIVĂ LOCALĂ FĂRĂ BOALĂ METASTATICĂ



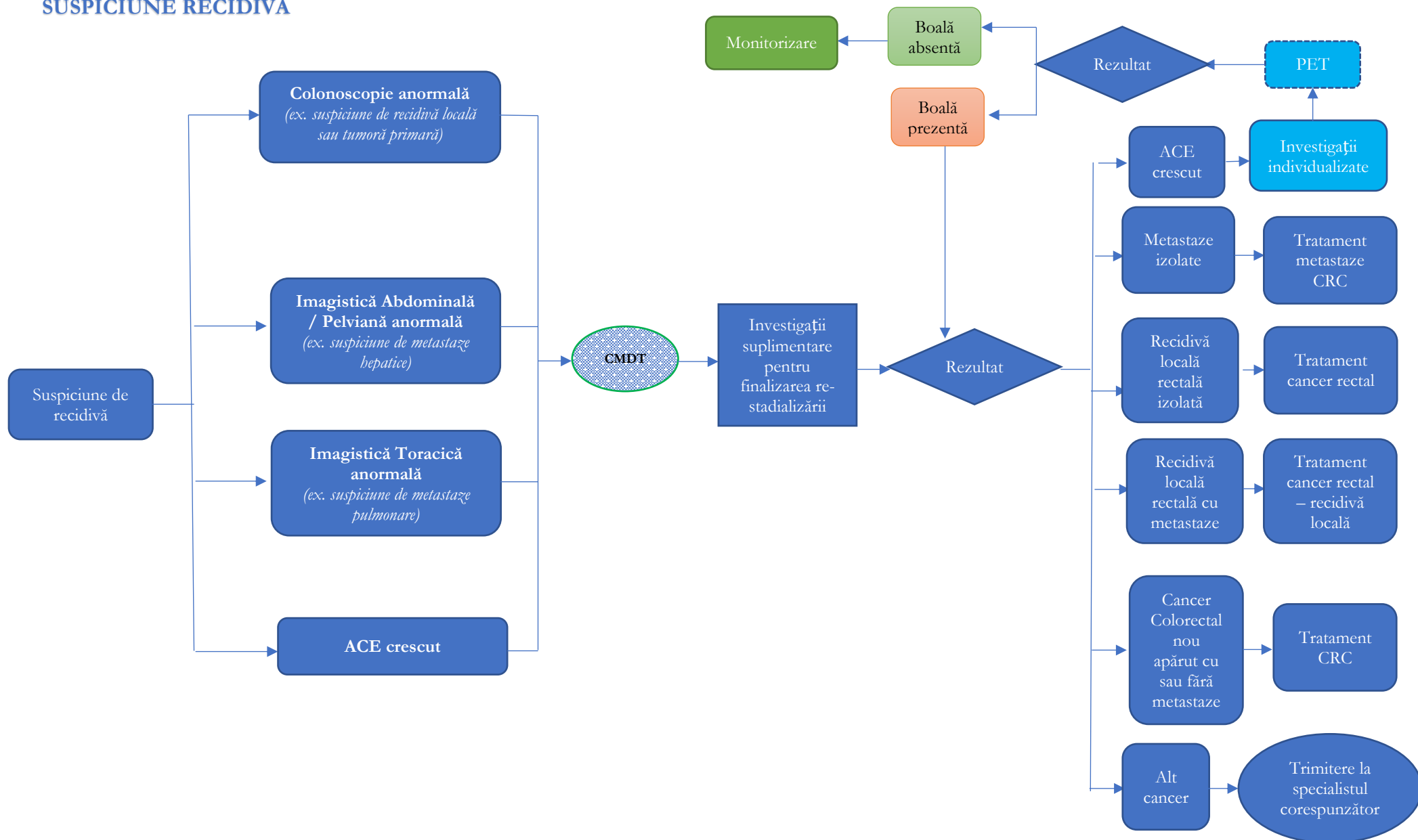
## TRATAMENT CANCER RECTAL BOALĂ METASTATICĂ FĂRĂ RECIDIVĂ LOCALĂ

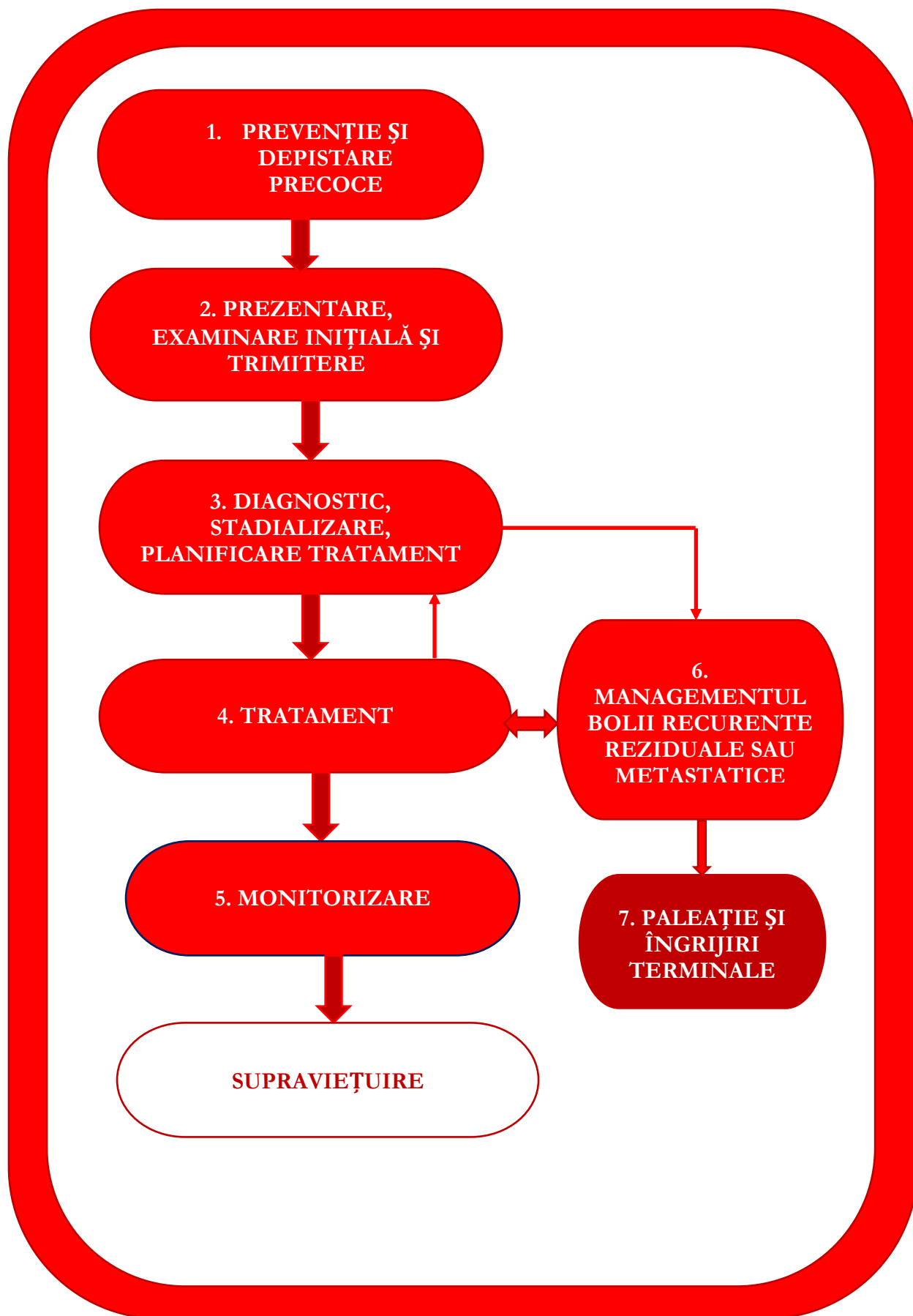


## MONITORIZARE CANCER COLORECTAL



## SUSPICIUNE RECIDIVĂ





## 1. PREVENȚIE ȘI DEPISTARE PRECOCE

### Prevenție

Cauzele cancerului colorectal nu sunt pe deplin înțelese și până în prezent nu există nicio strategie clară de prevenție.

#### Recomandări pentru reducerea riscului de cancer colorectal

- consumul unei diete sănătoase, inclusiv legume, fructe și cereale integrale din abundență reducând în același timp aportul de carne roșie, carne la grătar și carne prelucrată
- menținerea unei greutate corporale sănătoase
- desfășurarea activității fizice regulate
- evitarea sau limitarea consumului de alcool
- stoparea fumatului.
- *administrarea de aspirină (100-300 mg pe zi) ca măsură de prevenire pentru persoanele care au 50-70 de ani, inclusiv cei de la un risc mediu de cancer colorectal, împreună cu alte co-morbidități.*

#### Detectarea precoce

Programul de screening pentru cancer colorectal invită persoanele cu vârsta între 50 - 74 de ani (*risc mediu și asimptomatic*) la o evaluare a riscului de cancer urmată de administrarea unui test (test FIT) simplă, gratuită, la domiciliu, urmată dacă este cazul de colonoscopie.

#### Recomandări de screening

Pentru pacienții din categoria 1 (*risc mediu*) este recomandată o examinare FIT la fiecare 2 ani între 50 și 74 de ani,

Pentru pacienții din categoria 2 (*risc moderat crescut*) este recomandată o examinare FIT la fiecare 2 ani începând cu vârsta de 40 de ani, apoi colonoscopie la fiecare 5 ani de la 50 de ani până la 74 de ani.

Pentru pacienții din categoria 3 (*risc ridicat*), este recomandată o examinare FIT la fiecare 2 ani începând cu vârsta de 35 de ani, apoi colonoscopie la fiecare 5 ani de la vârsta 45 până la 74 de ani.

### CHECKLIST

- ☐ Beneficiile și riscurile asociate depistării precoce /screeningului sunt discutate cu pacientul
- ☐ Riscul individual de cancer colorectal este evaluat
- ☐ Testul FIT este administrat regulat persoanelor eligibile
- ☐ Modificări recente ale greutății corporale sunt discutate și greutatea pacientului este înregistrată
- ☐ Consumul de alcool este discutat și înregistrat și este oferit suport pentru reducerea consumului de alcool dacă este cazul
- ☐ Statutul de fumător este discutat și înregistrat și este oferită consiliere pentru renunțare la fumat fumătorilor
- ☐ Activitatea fizică este înregistrată
- ☐ Este efectuată trimiterea / recomandarea către dietetician, dacă este cazul
- ☐ Este efectuată trimiterea / recomandarea către un kinetoterapeut / antrenor de fitness, dacă este cazul

## 2. PREZENTARE, EXAMINARE ÎNIIĂLĂ ȘI TRIMITERE

Următoarele **semne și simptome** trebuie investigate:

- test FIT pozitiv
- prezența sângelui cu sau fără mucus în fecale
- anemie inexplicabilă cu deficit de fier
- modificări ale tranzitului intestinal (diaree sau constipație), în special recente
- dureri sau sensibilitate abdominală nediagnosticată
- formațiune tumorală rectală sau abdominală inexplicabilă
- pierdere inexplicabilă în greutate
- letargie.

Investigațiile inițiale includ:

- antecedente familiale detaliate pentru pacienții care se prezintă cu simptome sugestive pentru cancer colorectal
- examen fizic
- tușeu rectal
- hemoleucogramă
- sideremie

### Opțiuni de trimitere la specialist

Medicul de familie sau specialist (gastroenterolog, chirurg) care a evaluat pacientul trebuie să îi comunice opțiunile de trimitere, timpii de așteptare, expertiza echipei, probabilitatea suportării unor costuri suplimentare (*out of pocket*) și gama de servicii disponibile. Acest lucru va permite pacienților să facă o alegere informată a specialiștilor și a serviciilor de sănătate specifice.

### Comunicare

Responsabilitățile medicului de familie includ:

- explicarea oferită pacientului și / sau aparținătorilor către cine se realizează trimiterea și de ce

### CHECKLIST

- ☐ Semne și simptome înregistrate
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Opțiunile de trimitere sunt discutate cu pacientul și / sau aparținătorii inclusiv implicațiile costurilor personale

### INTERVAL DE TIMP

Medicul de familie sau specialist gastroenterolog care examinează pacientul ar trebui să aibă rezultatele investigațiilor:

- în termen de **1 săptămână** de la testare FIT
- colonoscopia în termen de **2 săptămâni** de la testare FIT sau prezentare la medic dacă simptomele sugerează obstrucție intestinală, formațiune tumorală abdominală sau imagistică sugestivă pentru CRC
- colonoscopia în termen de **4 săptămâni** de la testare FIT sau prezentare la medic dacă simptomele sugerează rectoragii, anemie feriprivă, pierdere în greutate inexplicabilă

Pacienții trebuie să fie consultați de un chirurg în termen de maxim **2 săptămâni** de la notificarea diagnosticului de CRC prin colonoscopie.

### 3. DIAGNOSTIC, STADIALIZARE, PLANIFICARE TRATAMENT

#### Diagnostic și stadializare

Următoarele teste pot fi efectuate pentru a confirma un diagnostic:

Pentru cancerul colorectal:

- CT toracic, abdomen și pelvis
- RMN hepatic
- PET-CT

Pentru cancerul rectal:

- ecografie endorectală.

Testarea genetică

Până la 5% din cancerul colorectal sunt moștenite în mod specific (polipoză familială adenomatoasă și Sindromul Lynch) și până la 25% pot avea o formă cu componentă ereditară.

#### Planificarea tratamentului

Echipa multidisciplinară ar trebui să discute toți pacienții nou diagnosticați cu cancer colorectal înainte de începerea tratamentului și cât mai curând posibil după consultul de specialitate inițial.

Echipa multidisciplinară ar trebui să evalueze toți pacienții nou diagnosticați în termen de 2 săptămâni de la diagnostic și stadializare.

Anumite cazuri de cancer colorectal se prezintă ca urgențe și necesită îngrijire acută adecvată urmată de management asigurat de o echipă

#### Cercetare și studii clinice

Luată în considerare înscrierea acolo unde este disponibilitate și eligibilitate.

#### Comunicare

Responsabilitățile oncologului responsabil de caz includ:

- discutarea unui interval de timp pentru diagnostic și opțiuni de tratament cu pacientul și / sau aparținători
- explicarea rolului echipei multidisciplinare în planificarea tratamentului și continuitatea îngrijirii
- încurajarea discuțiilor despre diagnostic, prognostic, planificarea îngrijirii paliative odată cu clarificarea așteptărilor, nevoilor pacientului, precum și evaluarea capacității acestora de a înțelege comunicarea
- furnizarea de informații adecvate și trimiterea către servicii de suport, în funcție de necesități
- comunicarea cu medicul de familie al pacienții despre diagnostic, planul de tratament și recomandări din partea comisiei multidisciplinare

#### CHECKLIST

- ☐ Diagnostic confirmat
- ☐ Rezultatul histopatologic complet este disponibil
- ☐ Trimitere la un consult genetic dacă este cazul
- ☐ Statusul de performanță (ECOG) și comorbiditățile sunt evaluate și înregistrate
- ☐ Pacientul a fost discutat în CMDT și deciziile au fost furnizate pacientului și / sau aparținătorilor
- ☐ Înscrierea la studii clinice este luată în considerare
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Pacientul a fost trimisă către serviciile de suport dacă este necesar
- ☐ Costurile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii

#### INTERVAL DE TIMP

Investigațiile diagnostice trebuie finalizate în termen de **2 - 4 săptămâni** de la consultul de specialitate inițial.



## 4. TRATAMENT

**Scopul tratamentului** pentru cancerul colorectal și tipurile de tratament recomandate depind de tipul, etapa și localizarea cancerului, cât și de vârsta, starea de sănătate și preferințele pacienților.

Stabiliți **intenția tratamentului**

- Curativ
- Terapia anti-cancer pentru îmbunătățire calitatea vieții și / sau longevitate fără așteptarea vindecării
- Paliativ
- **Chirurgie**
- Chirurgia este recomandată unui număr ridicat de pacienți cu cancer colorectal.
- Echipa chirurgicală ar trebui să aibă un nivel adecvat calificări și expertiză, în special pentru intervențiile chirurgicale rectale.
- **Radioterapie (RTE):**
- Radioterapia neoadjuvantă este recomandată pacienților cu cancer rectal cu caracteristici de risc înalt.
- Radioterapia poate fi administrată cu intenție paliativă în cancer colorectal simptomatic, avansat local, nerezecabil.
- Radioterapia poate fi adecvată pentru pacienții cu cancer de colon la care tumora a penetrat o structură fixă.

### Chimioterapie

Terapia sistemică poate fi benefică pentru pacienții cu:

- un risc ridicat de recidivă și care pot beneficia de terapie adjuvantă
- cancer rectal avansat local (*cu caracteristici de risc ridicat*) tratat cu chimioradioterapie concomitentă
- cancer nerezecabil, avansat local sau boală metastatică.

### Comunicare

Responsabilitățile oncologului și ale echipei includ:

- discutarea opțiunilor de tratament cu pacientul și / sau aparținătorii, inclusiv intenția tratamentului precum și riscurile și beneficiile
- explicarea rolului CMDT în planificare, tratament și coordonarea îngrijirii
- discutarea planificării prealabile a îngrijirilor terminale cu pacientul și / sau aparținătorii, unde este necesar
- comunicarea planului de tratament către medicul de familie al pacientului

### CHECKLIST

- ☐ Intenția de tratament este stabilită
- ☐ Riscurile și beneficiile tratamentului au fost discutate cu pacientul și / sau aparținătorii
- ☐ Planul de tratament a fost discutat cu pacientul și / sau aparținătorii
- ☐ Planul de tratament a fost furnizat medicului de familie al pacientului
- ☐ Specialiștii implicați au calificări adecvate, experiență și expertiză
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Planificarea în avans a îngrijirilor terminale a fost discutată cu pacientul și / sau aparținătorii

### INTERVAL DE TIMP

Intervenția chirurgicală trebuie efectuată **în decurs de 5 săptămâni** de la investigații și decizia comisiei multidisciplinare dacă nu este necesară terapia neoadjuvantă pentru pacienții cu cancer colorectal.

Intervenția chirurgicală trebuie efectuată la **8-12 săptămâni după terapia neoadjuvantă** pentru pacienți cu cancer rectal.

Iradieră neoadjuvantă și chimioterapia neoadjuvantă ar trebui să fie inițiate **în termen de până la 3 săptămâni** de la decizia comisiei multidisciplinare.

Chimioterapie adjuvantă ar trebui să înceapă **în termen de până la 8 săptămâni** de la intervenția chirurgicală.

## 5. MONITORIZARE

Oferiți un rezumat al tratamentului și monitorizării pacienții, aparținătorilor și medicului de familie care conține:

- diagnosticul, inclusiv testele efectuate și rezultate
- caracteristicile tumorii
- tratamentul efectuat (tipuri și dată)
- toxicitate și efecte adverse actuale (severitate, management și rezultatele așteptate)
- intervenții și planuri de tratament de la alți profesioniști din domeniul sănătății
- potențiale efecte pe termen lung și efecte întârziate ale tratamentului și îngrijirea acestora
- servicii de suport oferite
- un program de monitorizare, inclusiv teste necesare și calendarul de efectuare a acestora
- informații de contact pentru furnizorii de servicii care pot oferi sprijin pentru modificarea stilului de viață
- o modalitate de acces rapidă la specialist în cazul apariției unei recidive, recurențe sau metastaze

### Comunicare

Responsabilitățile oncologului curant includ:

- explicarea rezumatului tratamentului și a planului de îngrijire și monitorizare pentru pacient și / sau aparținători
- informarea pacientului și / sau a aparținătorilor despre prevenția secundară și stil de viață sănătos
- discutarea planului de îngrijire și monitorizare cu medicul de familie al pacientului

### CHECKLIST

- ☐ Rezumatul tratamentului și monitorizării pacienții este furnizat către pacient și / sau aparținători și medicul de familie al pacienții
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Rezultatele raportate de pacienți sunt înregistrate

## 6. MANAGEMENTUL BOLII RECURENTE REZIDUALE SAU METASTATICE

### Detectare

Marea majoritate a formațiunilor recurente la nivel local sau metastatice vor fi detectate prin monitorizarea de rutină sau de către pacientul simptomatică.

### Tratament

Evalueați pentru fiecare pacientă opțiunea de trimitere la evaluare la echipa multidisciplinară inițială. Tratamentul va lua în considerare localizarea și extinderea bolii, managementul anterior al afecțiunii și preferințele pacienții.

### Planificarea în avans a îngrijirilor terminale

Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este importantă pentru toți pacienții dar mai ales pentru pacienții cu boală avansată.

### Supraviețuirea și îngrijirea paliativă

Supraviețuirea și îngrijirea paliativă ar trebui să fie discutate și oferite din timp. Recomandarea optimă pentru îngrijirea paliativă poate îmbunătăți calitatea vieții și în unele cazuri supraviețuirea. Recomandarea ar trebui să se bazeze pe nevoie, nu pe prognosticul bolii.

### Comunicare

Responsabilitățile oncologului și echipei acestuia includ:

- explicarea intenției tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare pacienții și / sau aparținătorilor și medicului

### CHECKLIST

- ☐ Intenția tratamentului, rezultatele așteptate și efectele secundare sunt explicate pacienții și / sau aparținătorilor și comunicate medicului de familie al pacienții.
- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Planificarea în avans a îngrijirilor terminale este discutată cu pacientul și / sau aparținătorii
- ☐ Pacientul este transferat la îngrijiri paliative, dacă este cazul
- ☐ Vizitele de monitorizare de rutină sunt programate

## 7. PALEATIE ȘI ÎNGRIJIRI TERMINALE

### Îngrijire paliativă

Luați în considerare recomandarea și transferul către îngrijirea paliativă.

### Comunicare

Responsabilitățile oncologului includ:

- prezentarea corectă a prognosticului și discutarea opțiunilor de îngrijire paliativă cu pacientul și aparținătorii, dacă este cazul
- stabilirea planurilor de tranziție astfel încât nevoile și obiectivele pacientului sunt luate în considerare

### CHECKLIST

- ☐ Evaluarea nevoilor de îngrijire de suport este finalizată și înregistrată iar recomandările pentru serviciile de sănătate conexe sunt efectuate după cum este necesar
- ☐ Pacientul este transferat la îngrijiri paliative