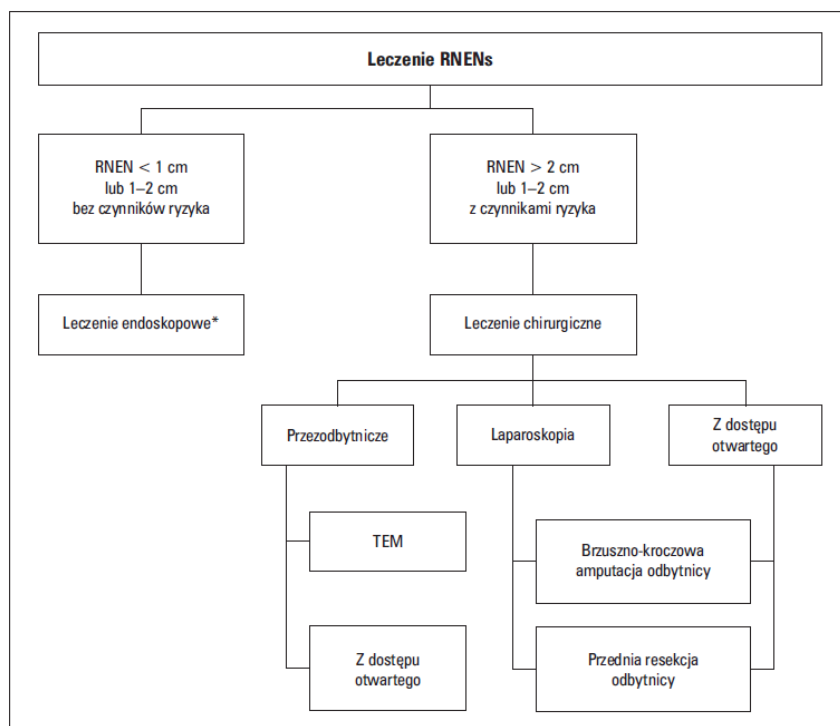


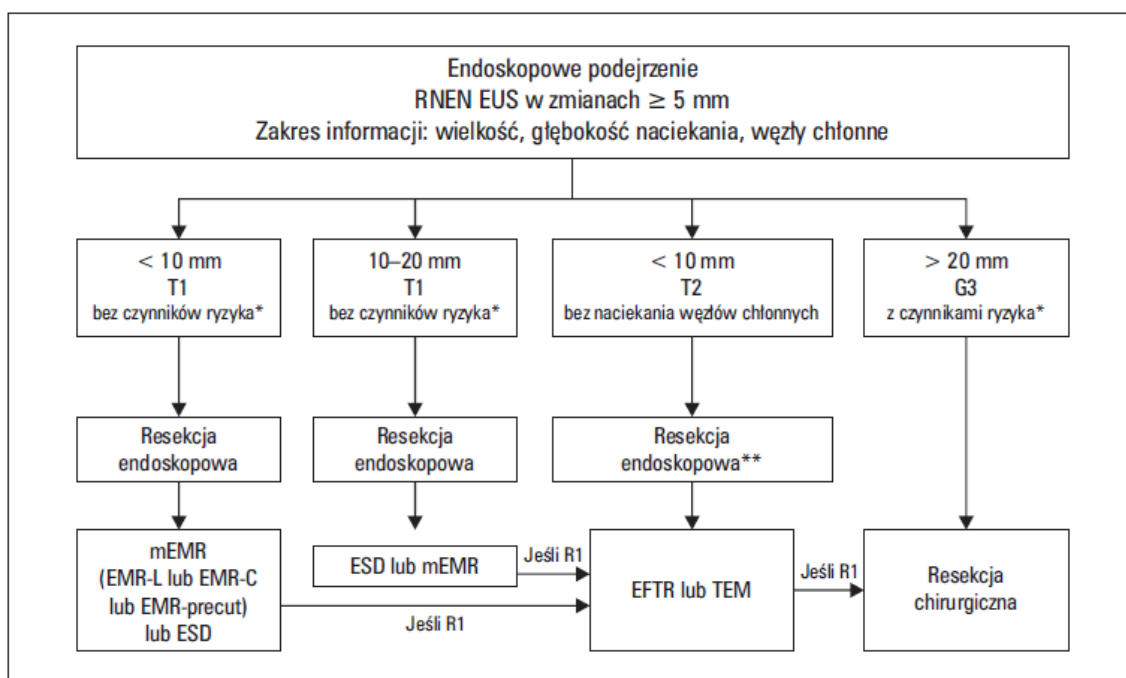
**WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO
U CHORYCH NA NOWOTWORY NEUROENDOKRYNNE JELITA GRUBEGO
PODSUMOWANIE ZALECEŃ**

Zalecenie	Siła zalecenia*
1. Diagnostyka	
1.1. Minimalny zakres badań biochemicznych	
1.1.1.CgA w surowicy krwi pozostaje markerem biochemicznym w rozpoznaniu CRNENs przed rozpoczęciem leczenia oraz w trakcie dalszego monitorowania.	II, 2A
1.2. Minimalny zakres badań patomorfologicznych	
1.2.1.Minimalny raport histopatologiczny NEN jelita grubego powinien zawierać: — typ histologiczny nowotworu z podziałem na NET, NEC, SCC, LCNC i MiNEN; — stopień histologicznej dojrzałości G odnoszący się do nowotworów wysokodróżnicowanych (G1, G2, G3) i NEC z podziałem na LCNC i SCC; — stopień zaawansowania pTNM według klasyfikacji TNM, AJCC/UICC wyd. 8 z 2017 roku (ważne jest, aby w każdym przypadku podać afiliację klasyfikacji); — ocenę czystości onkologicznej marginesów chirurgicznych i ich położenie od guza;	-
1.2.2.Rozpoznanie histopatologiczne NEN należy obowiązkowo potwierdzić badaniami immunohistochemicznymi, oceniając ekspresję markerów neuroendokrynych synaptofizyny i CgA oraz aktywność proliferacyjną Ki-67 przy użyciu przeciwciała MIB1 (mindbomb homolog 1).	III, 1
1.3. Minimalny zakres badań endoskopowych	
1.3.1.Kolonoskopia „klasyczna” z użyciem światła białego z pobraniem wycinków do oceny morfologicznej (należy zrezygnować z pobierania materiału przy planowaniu leczenia endoskopowego).	I, 1
1.3.2.EUS w RNET \geq 5 mm	IV/V, 2B
1.3.3.Kolonoskopia z zastosowaniem technik wzmocnienia obrazu — NBI lub/i ME (diagnostyka różnicowa NENs i polipów nabłonkowych)	II, 2A
1.4. Minimalny zakres badań obrazowych	
1.4.1.Badanie wielofazowe CT wykonywane w celu detekcji zmian przerzutowych do regionalnych węzłów chłonnych oraz przerzutów odległych, dodatkowo w ocenie infiltracji przez NEN sąsiednich organów	III, 2B
1.4.2.W wykrywaniu przerzutów do wątroby, węzłów chłonnych miednicy, kości i OUN MRI jest badaniem bardziej czułym i swoistym niż CT	III, 2B
1.5. Minimalny zakres badań radioizotopowych	
1.5.1. SRI jest wymagane w celu kwalifikacji chorych do leczenia antyproliferacyjnego SSA oraz PRRT.	III, 2B
1.5.2.Badanie [18F]FDG PET/CT jest wskazane u chorych na NEC.	III, 2B
2. Leczenie	
2.1. Minimalny zakres leczenia chirurgicznego	
2.1.1.CNENs wymagają w większości przypadków leczenia operacyjnego.	IV, 2A

2.1.2.RNENS z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi (niezależnie od wielkości) i guzy średnicy od 2 cm powinny być leczone chirurgicznie	IV, 2A
2.2. Minimalny zakres leczenie endoskopowe	
2.2.1.Leczenie endoskopowe CRNEN dotyczy tylko zmian w odbytnicy.	IV, 2A
2.2.2.RNEN o średnicy do 1 cm, bez naciekanie błony mięśniowej i bez przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych w badaniu EUS, to optymalne wskazanie do leczenia endoskopowego.	II, 1
2.2.3.RNEN średnicy o 1–2 cm można usunąć endoskopowo i po ocenie patomorfologicznej (czynniki ryzyka) zdecydować o dalszym postępowaniu.	IV, 2A
2.2.4.mEMR, ESD i EFTR są preferowanymi metodami.	IV, 2A
2.2.5.EFTR jest najbardziej efektywnym endoskopowym zabiegiem ratującymi po niedoszczętnym lub niepewnym co do doszczętności leczeniu endoskopowym	IV, 2A
2.3. Minimalny zakres dotyczący leczenia farmakologicznego	
2.3.1.U chorych z CRNETs z objawami zespołu rakowiaka SAAs są lekami z wyboru	II, 2A
2.3.2.U chorych z nieoperacyjnymi, zaawansowanymi miejscowo i/lub z przerzutami CRNETs G1, G2 po ocenie dynamiki choroby należy rozważyć ewerolimus (obecnie bez bezpośredniej refundacji w Polsce), PRRT lub samodzielne zastosowanie SSA (leczenie poza wskazaniem rejestracyjnym). U chorych z Ki- 67 > 10% lub w przypadku dalszej dynamicznej progresji uzasadniona jest próba chemioterapii temozolomidem i/lub kapecytabiną.	IV, 2A
2.3.3.U chorych z NEC lub chorych z dynamiczną progresją choroby chemioterapia z zastosowaniem pochodnych platyny jest leczeniem z wyboru	II, 2A
2.4. Minimalny zakres leczenia radioizotopowego	
2.4.1.PRRT należy rozważyć u chorych z rozszanym lub nieresekcyjnym NET G1/G2, z wykazaną zwiększoną ekspresją receptorów dla somatostatyny w SRI	III, 2B
<i>*Klasyfikacja siły zaleceń dostępna w pełnej wersji wytycznych</i>	



Rycina 1 Zmodyfikowany algorytm leczenia nowotworów neuroendokrynych odbytnicy (RNENs) w poszczególnych przypadkach; TEM (transanal endoscopic microsurgery) — przezodbytnicza endoskopowa mikrochirurgia;



Rycina 2 Algorytm leczenia endoskopowego nowotworów neuroendokrynych odbytnicy (RNENs).

EUS (endoscopic ultrasound) — endoskopowa ultrasonografia; ESD (endoscopic submucosal dissection) — endoskopowa dyssekcja podśluzówkowa; mEMR (modified endoscopic mucosal resection) — zmodyfikowana mukozektomia endoskopowa; EMR-C (cap assisted endoscopic mucosal resection) — mukozektomia endoskopowa z użyciem nasadki; EMR-L (endoscopic mucosal resection with ligation) — endoskopowa mukozektomia z użyciem opasek; EMR-precut (endoscopic mucosal resection — precut) — endoskopowa

mukozektomia ze wstępnym nacięciem błony śluzowej wokół zmiany; EFTR (endoscopic full thickness resection) — pełnościenna resekcja endoskopowa; TEM (transanal endoscopic microsurgery) — przezbytnicza endoskopowa mikrochirurgia.

*Inwazja mięśniówki właściwej lub naczyń krwionośnych lub chłonnych; **decyzja indywidualna na podstawie stanu pacjenta (wiek, choroby towarzyszące) i preferencji