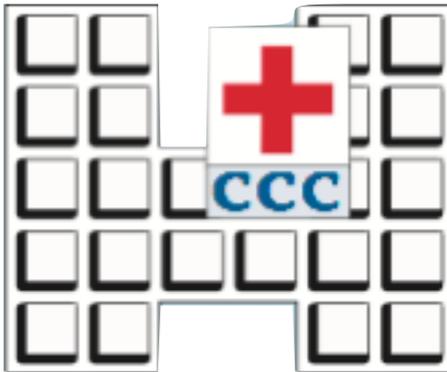


Sacro Cuore
Don Calabria



Cancer Care Center
Negrar - Verona

Incontri di aggiornamento del Dipartimento Oncologico

3° INCONTRO - Sabato 5 novembre 2016

La gestione del paziente oncologico: il follow-up

**Nuovi modelli organizzativi:
follow-up nel carcinoma del colon-retto (I. GENTILE)**



Chirurgia Laparoscopica
WWW.CHIRURGIALAPAROSCOPICA.EU



Follow-up does not improve cancer-related survival, is resource-inefficient, and does not improve quality of life, but may be a frequent source of inconvenience and anxiety [for patients].

—*George J. Chang, MD, MS, FACS, FASCRS*

Early recognition of distant disease is beginning to make a difference. These early, intensive surveillance projects allow us to find those patients.

—*Elin R. Sigurdson, MD, PhD, FACS*



Follow-up nel CCR

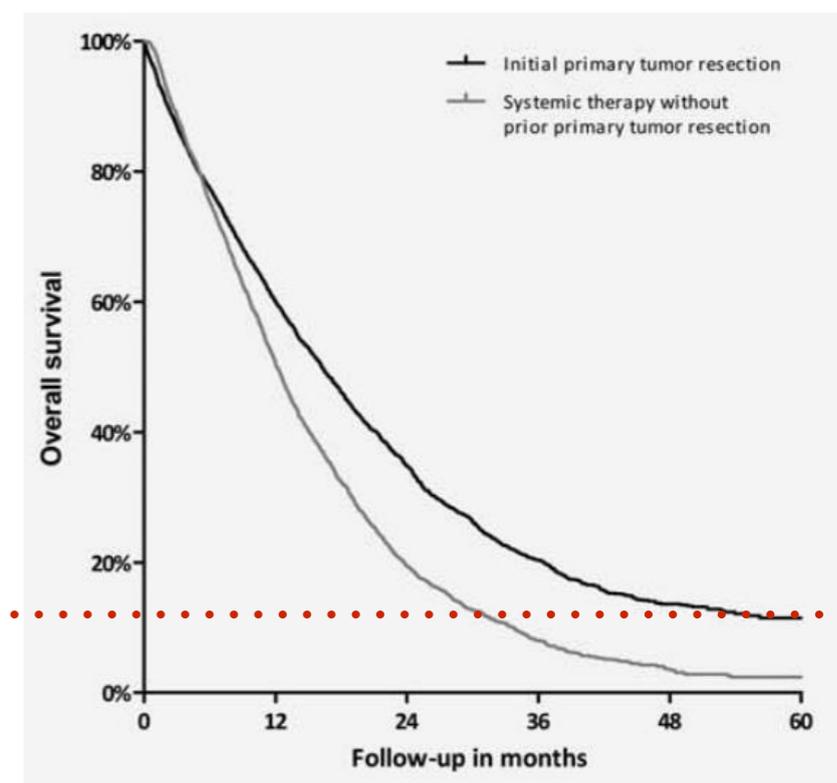
- individuare una riecidiva di malattia potenzialmente resecabile
- identificare seconde neoplasie
- rilevare le possibili sequele delle cure ricevute



Palliative resection of the primary tumor is associated with improved overall survival in incurable stage IV colorectal cancer: A nationwide population-based propensity-score adjusted study in the Netherlands

Jorine 't Lam-Boer¹, Lydia G. Van der Geest², Cees Verhoef³, Marloes E. Elferink², Miriam Koopman^{4*} and Johannes H. de Wilt^{1*}

Con sola chirurgia palliativa

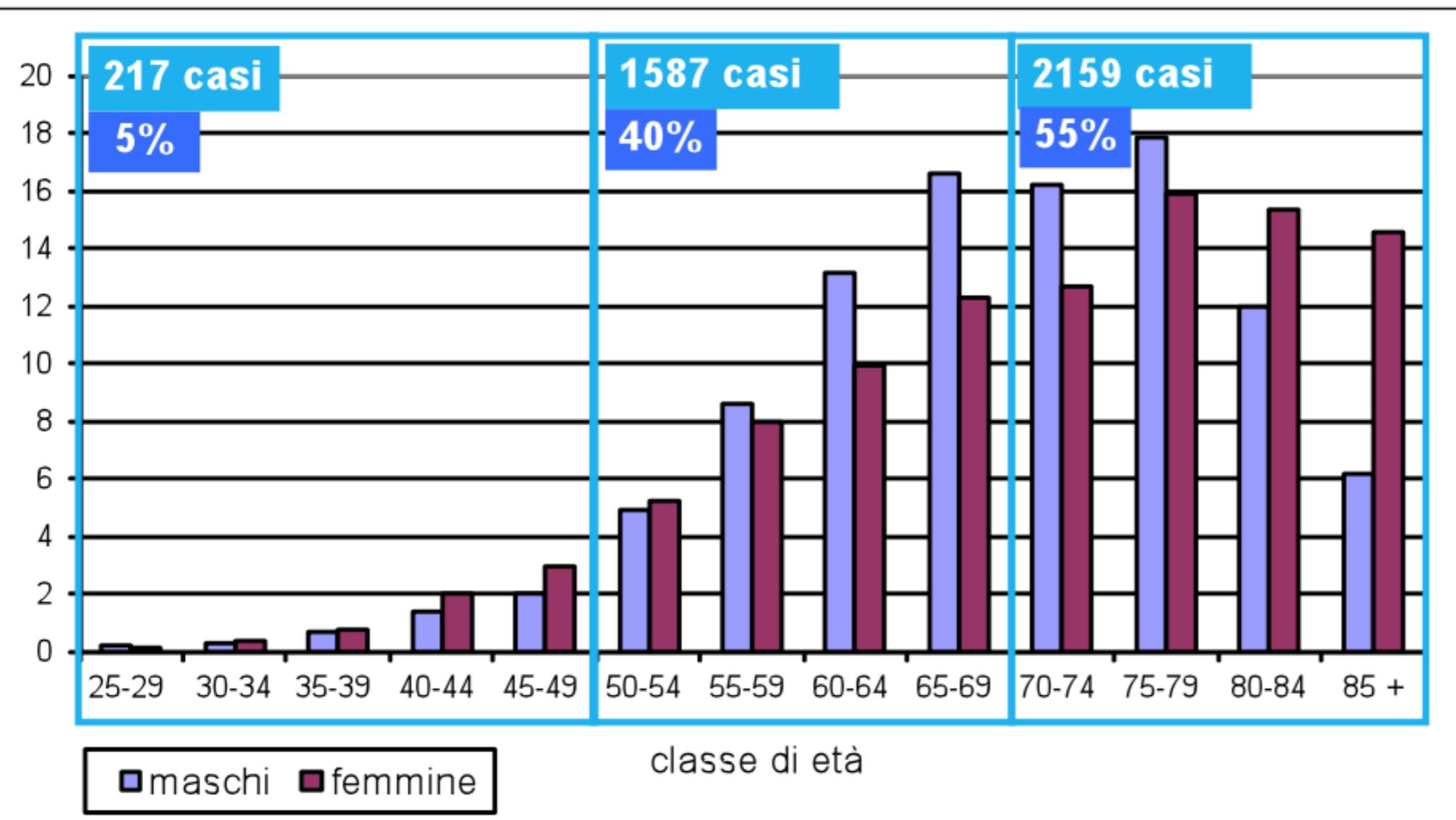


Incidenza CCr

In **USA** rappresenta la terza causa di morte

In Veneto

terzo tumore più frequente negli uomini
secondo tumore più frequente nelle donne





.....L'inizio di una battaglia

Ma quale follow up ?

Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer (Review)

Jeffery M, Hickey BE, Hider PN



Cochrane
Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

heterogeneity between the studies. Analyses demonstrated a mortality benefit for performing more tests versus fewer tests OR was 0.64 (95% CI 0.49 to 0.85), and RD -0.09 (95%CI -0.14 to -0.03) and liver imaging versus no liver imaging OR was 0.64 (95% CI 0.49 to 0.85), and RD -0.09 (95%CI -0.14 to -0.03). There were significantly more curative surgical procedures attempted in the intensively followed arm: OR 2.41(95% CI 1.63 to 3.54), RD 0.06 (95%CI 0.04 to 0.09). No useful data on quality of life, harms or cost-effectiveness were available for further analysis.

Years/months after surgery		1 year		2 years		3 years		4 years		5 years	
3m	6	9	12	3	6	9	12	3	6	9	12

ESMO

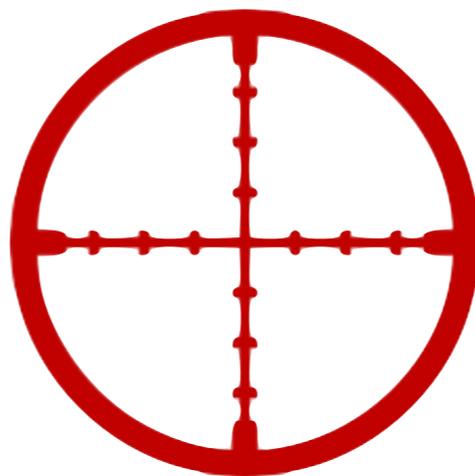
NCCN

ASCO

Recidive:

80% entro 3 anni

95% entro 5 anni



Follow-up CCR mirato a:

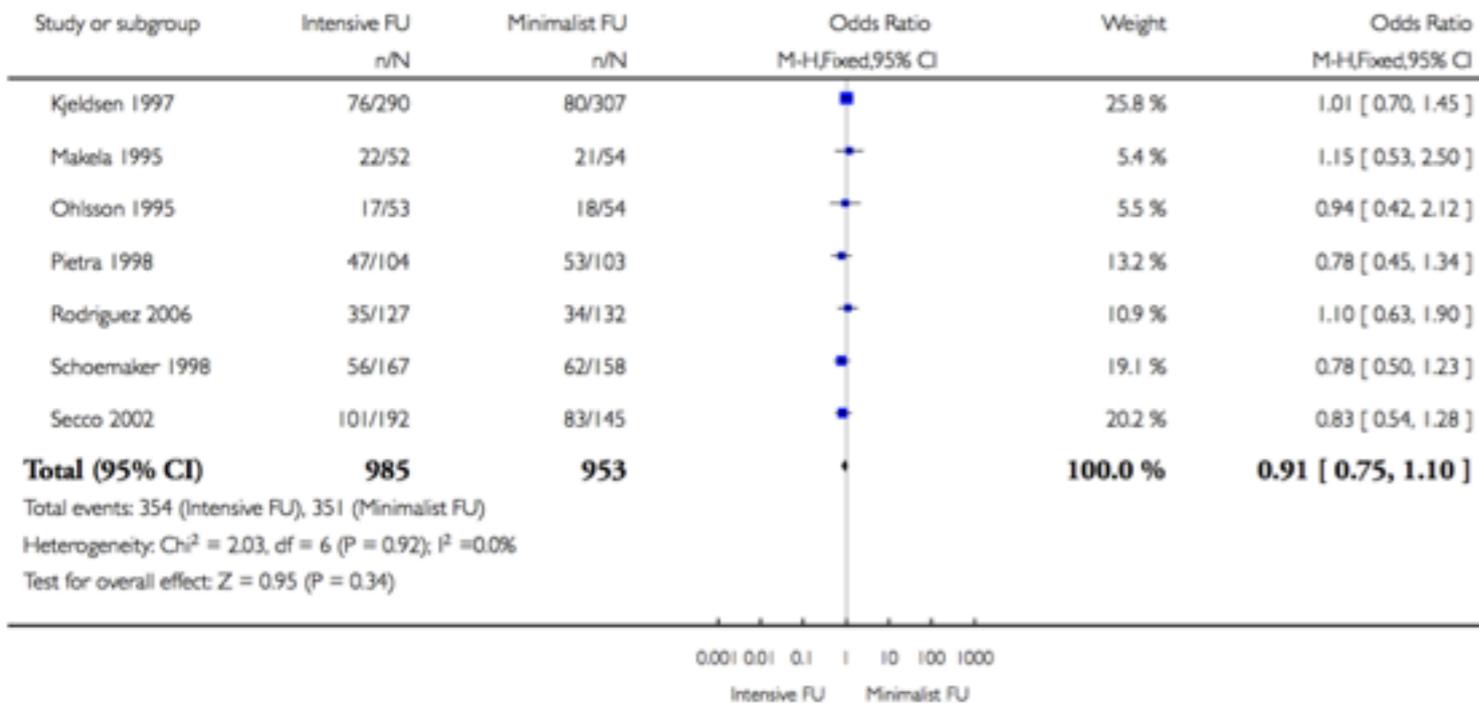
riconoscimento della recidiva *asintomatica*
potenzialmente curativa

Analysis 1.2. Comparison 1 Intensive follow-up versus minimalist follow-up, Outcome 2 Recurrence.

Review: Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer

Comparison: 1 Intensive follow-up versus minimalist follow-up

Outcome: 2 Recurrence



stesso numero di
recidive.....ma

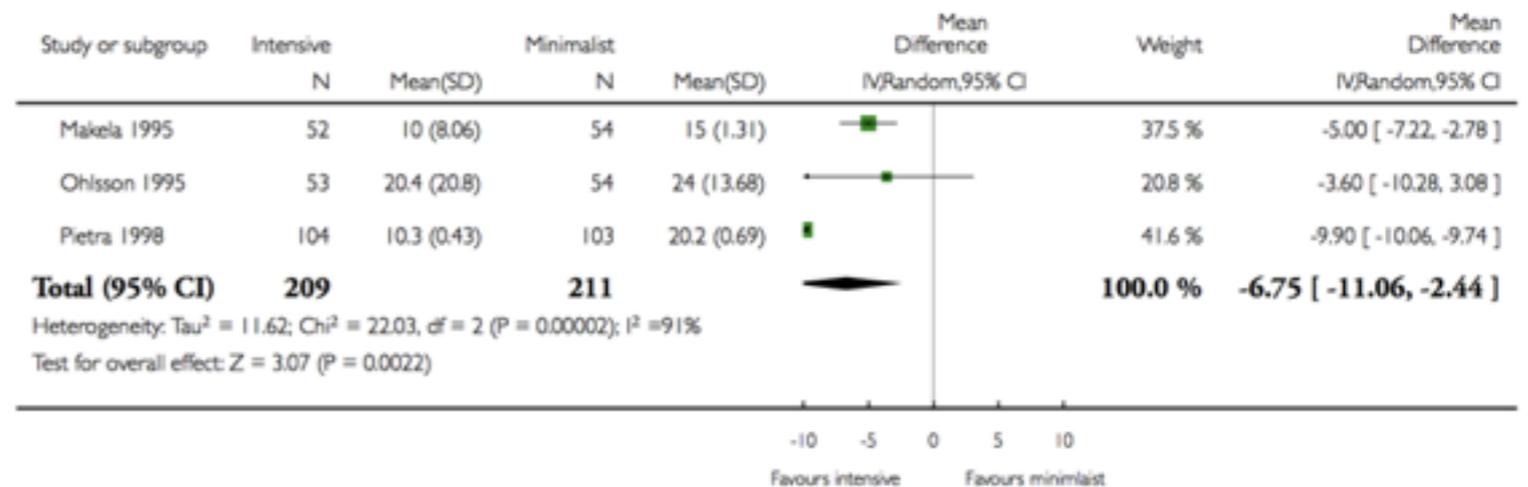
diagnosi più precoce

Analysis 8.1. Comparison 8 Time to recurrence intensive vs time to recurrence minimalist, Outcome 1 Recurrence.

Review: Follow-up strategies for patients treated for non-metastatic colorectal cancer

Comparison: 8 Time to recurrence intensive vs time to recurrence minimalist

Outcome: 1 Recurrence



NEVER GIVE UP

il riscontro precoce impatta sulla sopravvivenza?

- la riresezione può essere curativa in casi di recidiva localizzata
- la chirurgia può risultare curativa in casi di metastasi limitate

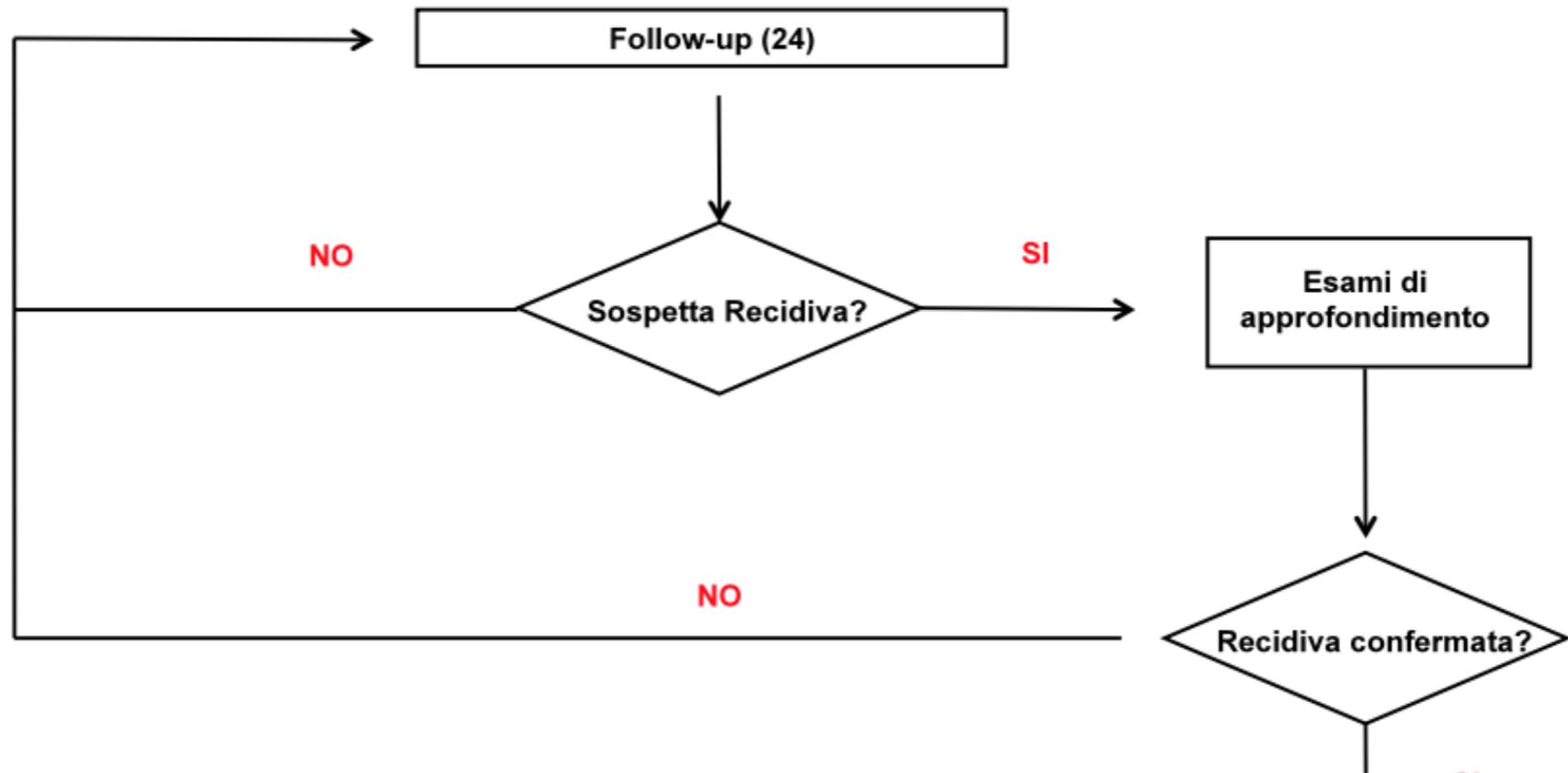


M+ Epatiche Metacrone Operate R0: sopravvivenza a 5 anni del 40%



mappa
4, 6

7. Mappa degli episodi clinici di follow-up del ca. del colon e del retto



24. FOLLOW-UP

Il follow-up dei pazienti sarà effettuato secondo indicazioni AIOM-SIMG (allegato 11)

mappa
6



ESAME CLINICO:

- ogni 4-6 mesi per i primi tre anni (compresa l'esplorazione rettale dell'anastomosi per i pazienti operati per carcinoma del retto), ogni 6 mesi per i due anni successivi
- NB: Non vi sono evidenze su monitoraggio degli enzimi epatici né di altri esami ematochimici

CEA:

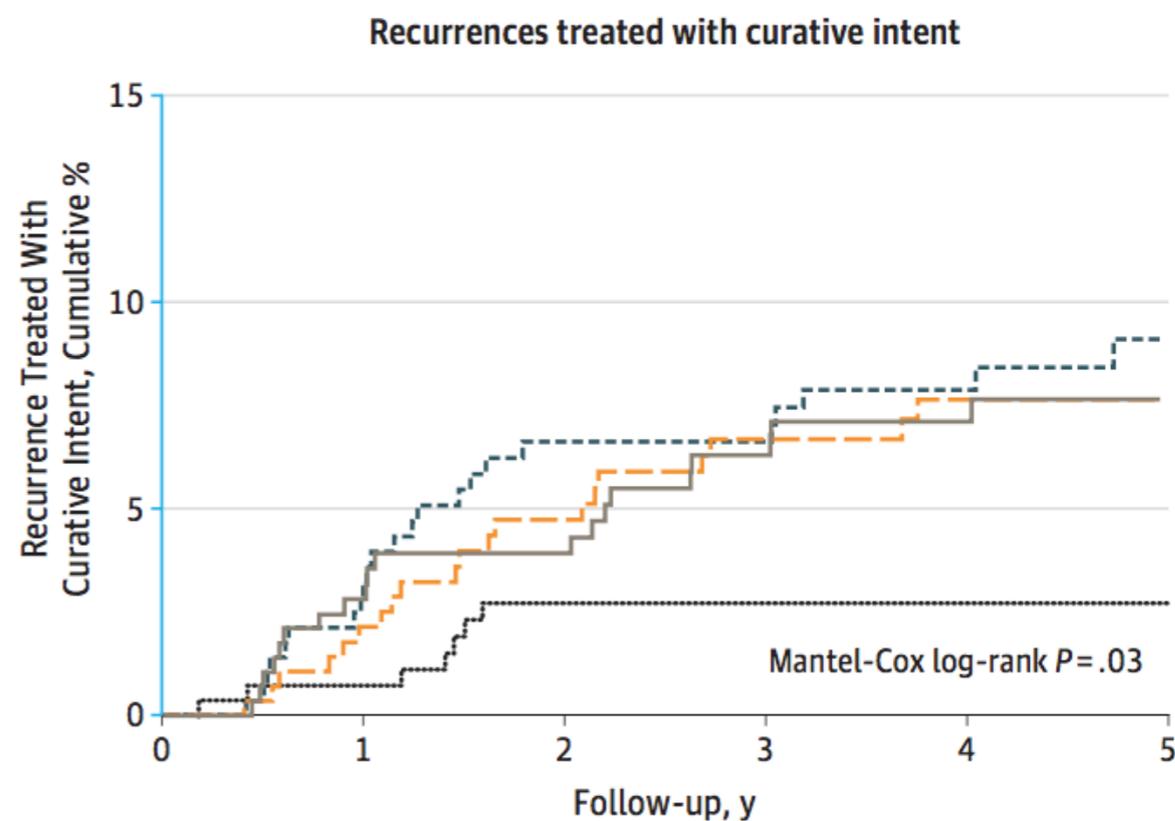
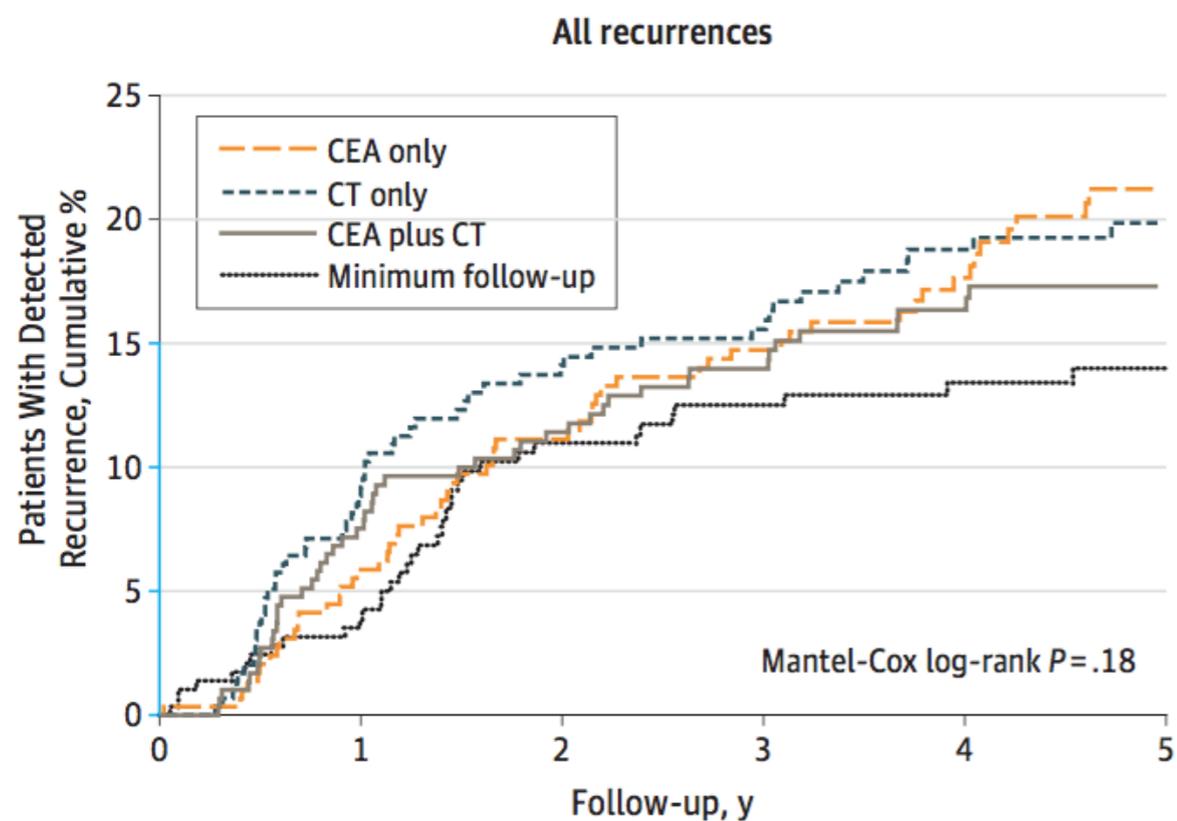
- elevato alla diagnosi ripetere dopo 4-8 settimane dall'intervento per verificarne la negativizzazione.
- ogni 3-4 mesi per i primi 3 anni, ogni 6 mesi per i due anni successivi, anche nei pazienti con CEA preoperatorio nei limiti della norma.

Original Investigation

Effect of 3 to 5 Years of Scheduled CEA and CT Follow-up to Detect Recurrence of Colorectal Cancer

The FACS Randomized Clinical Trial

John N. Primrose, MD, FRCS; Rafael Perera, DPhil; Alastair Gray, BA, PhD; Peter Rose, MD, FRCGP; Alice Fuller, BSc; Andrea Corkhill, BN; Steve George, MD, FRCP; David Mant, FRCGP, FRCP, FMedSci; for the FACS Trial Investigators



No. at risk	0	1	2	3	4	5
CEA only	300	270	249	232	172	122
CT only	299	263	236	226	173	115
CEA plus CT	302	265	246	230	177	123
Minimum follow-up	301	261	235	224	172	119

300	270	249	232	172	122
299	263	236	226	173	115
302	265	246	230	177	123
301	261	235	224	172	119



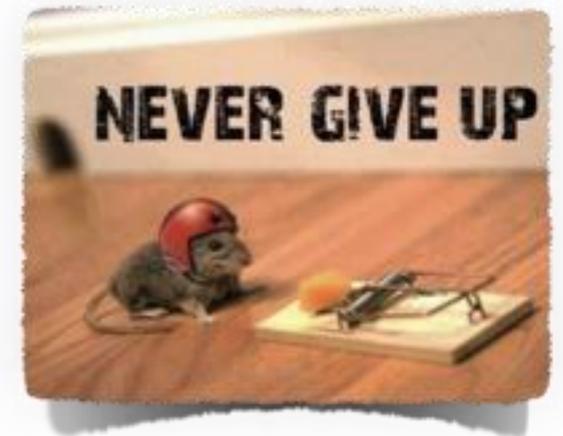
COLONSCOPIA:

- in pazienti senza uno studio preoperatorio: deve essere eseguita appena possibile, comunque entro 6-8 mesi dall'intervento.
- nei pazienti con “colon indenne” in preparatorio: dopo 1 anno dall'intervento, in seguito dopo 3 anni e quindi ogni 5 anni

SIGMOIDOSCOPIA:

- nel carcinoma del retto va eseguita intervalli periodici: ogni sei mesi per i primi due anni.

Identificazione di seconde neoplasie



Ruolo chiave dell'esame endoscopico

Le lesioni metacrone si presentano in una percentuale del 1.5-3% dei pazienti nei primi 3 - 5 anni

(per alcuni sottogruppi rischio elevato fino a 10 anni)

>50% delle lesioni "metacrone" si presentano entro i due anni dalla prima resezione...lesioni sincrone misconosciute alla diagnosi???



TAC TORACE e ADDOME SUPERIORE

- con contrasto: ogni 6-12 mesi per i primi 3-5 anni in funzione dell'entità del rischio.
- L'Ecografia può sostituire la TAC, in caso di difficoltà logistiche e nei pazienti non candidabili ad ulteriore chirurgia

PET????

.nei dubbi diagnostici

é valido in OGNl caso?

Stadio I

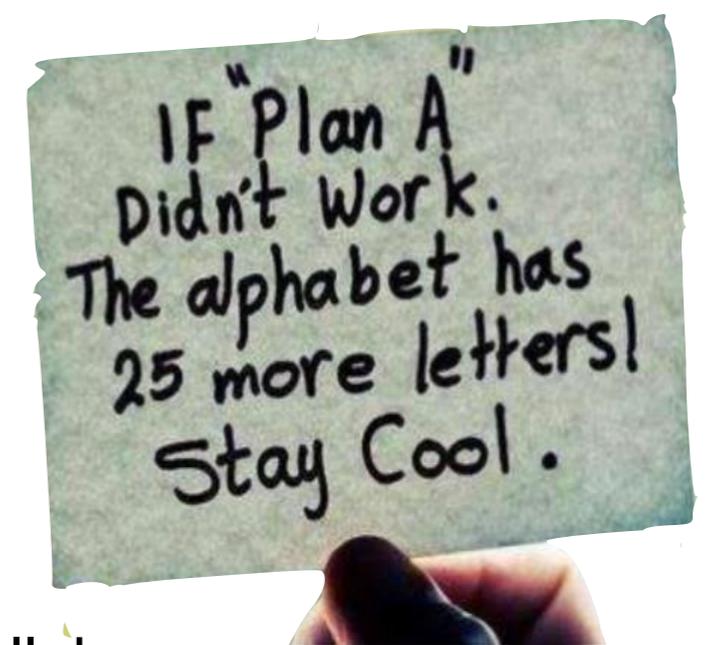


Paziente Anziano



Biologia Della Malattia

Ruolo del MMG



- 1) Conoscere I protocolli di follow-up proposti dagli specialisti e collaborare con essi
- 2) Promuovere l'adesione del paziente ai controlli seriatati previsti dal protocollo nel quale è inserito
- 3) Mantenere un atteggiamento di sorveglianza vigile nei confronti di segni o sintomi sospetti di recidiva che si possono presentare tra un controllo di follow-up e quello successivo e mettere in atto gli accertamenti atti a diagnosticare precocemente una eventuale recidiva
- 4) Informare il paziente sulla inutilità, in assenza di nuovi eventi clinici, di ulteriori controlli ematochimici o strumentali non previsti dal follow-up
- 5) Gestire le ansie connesse alla possibilità di una nuova manifestazione di malattia

Lettera per il paziente

Gentile Signora/e,

Sebbene nella maggior parte dei casi le cure effettuate permettano una completa guarigione, rimane la possibilità che il tumore possa ripresentarsi nel tempo; è possibile, inoltre, che si manifestino conseguenze sulla salute dei trattamenti eseguiti.

Per queste ragioni è utile eseguire dei controlli periodici mediante gli accertamenti che, secondo le conoscenze scientifiche attuali, sono considerati appropriati nella sua situazione. Gli accertamenti consigliati le saranno illustrati dallo specialista di riferimento. Altri esami potranno essere suggeriti sulla base della sua specifica situazione o delle terapie in atto.

In caso di disturbi persistenti o comunque di segnali sospetti di ripresa della malattia, saranno richiesti ulteriori esami di approfondimento. Per questo è **molto importante che, in occasione delle visite Lei riferisca al medico la presenza di sintomi o, qualora essi compaiano tra una visita e la successiva, li segnali al suo Medico di Famiglia per una più completa valutazione.**

Al termine di un primo periodo in cui sarà seguito/a dagli specialisti dell'ospedale, i controlli saranno proseguiti presso il suo Medico di Famiglia.

Al fine di preservare il più possibile una buona condizione di salute le consigliamo di mantenere uno stile di vita corretto, che comprenda l'astensione dal fumo e dagli eccessi di alcool, una dieta equilibrata e una regolare attività fisica.

Data _____

Il medico specialista _____

Al Medico di Assistenza Primaria

Dott. _____

Gentile Collega,

il/la Signor/a _____, per il/la quale ti alleghiamo una relazione clinica dettagliata, ha terminato le cure primarie e inizia la fase di sorveglianza attiva, finalizzata alla diagnosi precoce delle riprese di malattia e al pieno recupero delle eventuali conseguenze della malattia o dei trattamenti eseguiti. Saranno stabiliti appuntamenti periodici per la visita specialistica che avranno la funzione di rilevare sintomi o segni sospetti e di programmare gli accertamenti considerati necessari. In caso di sintomi intercorrenti ti chiediamo di valutare il/la paziente e di stabilire la necessità di un approfondimento con esami di laboratorio o strumentali o di inviarlo alla nostra attenzione.

Al termine della fase specialistica il/la paziente sarà inviato/a alla tua attenzione per la prosecuzione dei controlli periodici. Anche in questa fase, in caso di sospetto potrai inviarci il/la paziente per un approfondimento.

Gli esami che ti consigliamo di richiedere sono i seguenti:

Esame	Ogni quanto	Fino a

E' altresì importante rilevare periodicamente un eventuale disagio emozionale per inviare, in caso di significativa sofferenza, la paziente al Servizio di Psico-oncologia; anche la necessità eventuale di trattamenti riabilitativi va precocemente affrontata.

Infine è utile che anche da parte tua sia sottolineata l'importanza di un corretto stile di vita e in particolare l'astensione dal fumo, l'uso moderato dell'alcool, una dieta equilibrata e una regolare attività fisica dove possibile.

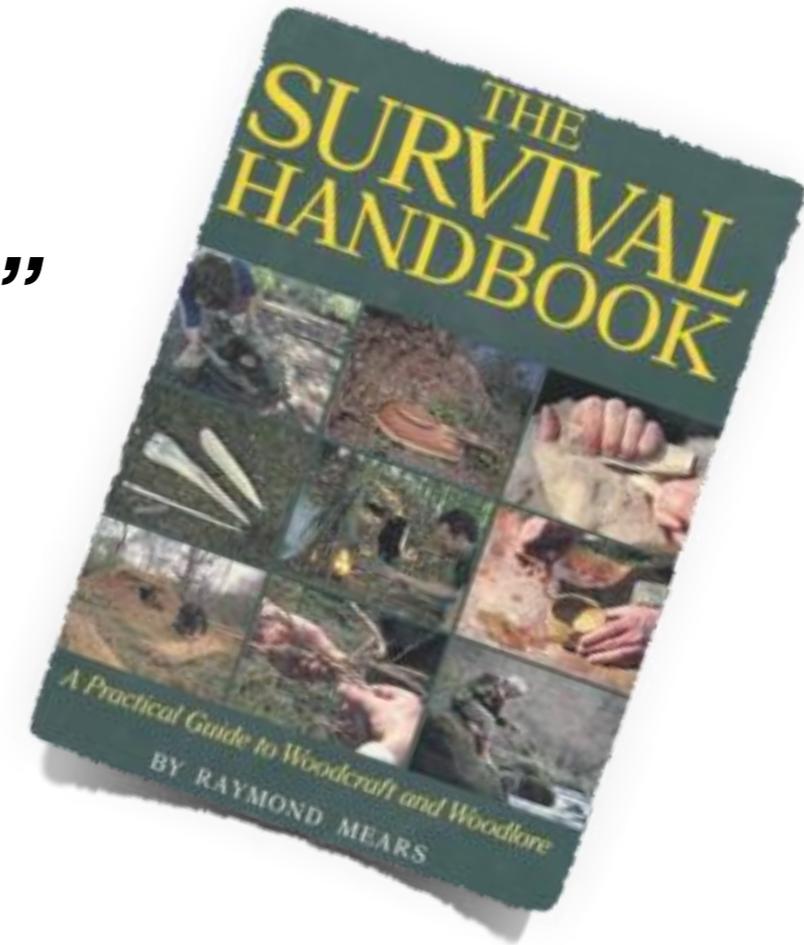
I nostri servizi rimangono in ogni caso a disposizione sia per la valutazione/discussione di singoli aspetti sia per la presa in carico nel caso di sospetta o confermata recidiva di malattia.

Data _____

Il medico specialista _____

“Solo” un problema di “Sopravvivenza?”

Quale futuro?



American Cancer Society Colorectal Cancer Survivorship Care Guidelines

Khaled El-Shami, MD, PhD¹; Kevin C. Oeffinger, MD²; Nicole L. Erb, BA^{3*}; Anne Willis, MA⁴; Jennifer K. Bretsch, MS, CPHQ⁵;
Mandi L. Pratt-Chapman, MA⁶; Rachel S. Cannady, BS⁷; Sandra L. Wong, MD, MS⁸; Johnie Rose, MD, PhD⁹;
April L. Barbour, MD, MPH, FACP¹⁰; Kevin D. Stein, PhD¹¹; Katherine B. Sharpe, MTS¹²; Durado D. Brooks, MD, MPH¹³;
Rebecca L. Cowens-Alvarado, MPH¹⁴

American Cancer Society Colorectal Cancer Survivorship Care Guidelines

Khaled El-Shami, MD, PhD¹; Kevin C. Oeffinger, MD²; Nicole L. Erb, BA^{3*}; Anne Willis, MA⁴; Jennifer K. Bretsch, MS, CPHQ⁵;
Mandi L. Pratt-Chapman, MA⁶; Rachel S. Cannady, BS⁷; Sandra L. Wong, MD, MS⁸; Johnie Rose, MD, PhD⁹;
April L. Barbour, MD, MPH, FACP¹⁰; Kevin D. Stein, PhD¹¹; Katherine B. Sharpe, MTS¹²; Durado D. Brooks, MD, MPH¹³;
Rebecca L. Cowens-Alvarado, MPH¹⁴



“survivorship care plan”

Monitoraggio di effetti collaterali tardivi

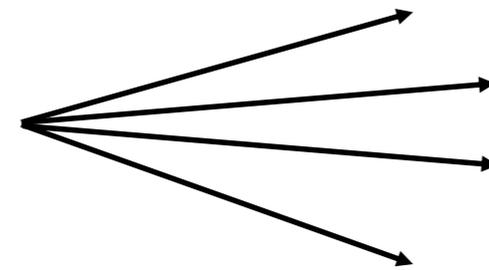


Modificazioni dello stato di benessere

pianificazione di interventi riabilitativi

gestione di aspetti psicologici

Prevenzione di secondi tumori



Diarrea Cronica

Incontinenza

Disfunzioni Sessuali

Tossicità Neurologica Periferica



24. FOLLOW-UP

Il follow-up dei pazienti sarà effettuato secondo indicazioni AIOM-SIMG (allegato 11)

Fanno parte integrante di un corretto follow-up le seguenti raccomandazioni:

- Mantenimento di un adeguato stile di vita (corretta alimentazione, regolare attività fisica, astensione dal fumo) poiché esso impatta positivamente sul rischio di ricaduta e sullo sviluppo di seconde neoplasie;
- Aderenza agli screening previsti per altri tipi di tumore, in particolare sorveglianza per l'insorgenza di tumori mammari, della cervice uterina, del polmone, della prostata e della cute (melanomi e non melanomi), ove indicato.

Conclusioni

I follow-up intensivo nel carcinoma colo-rettale può comportare un beneficio in termini di sopravvivenza

è necessario non trascurare la valutazione degli effetti collaterali tardivi, delle alterazioni funzionali e delle problematiche psico-sociali che possono emergere alla fine del percorso di cura

Il MMG, avendo una visione continuativa e globale del paziente, riveste un ruolo chiave nell'identificazione di percorsi sempre più personalizzati



Le recidive anastomotiche si presentano nel 2-4% dei pazienti con cancro del colon e in una percentuale maggiore nei pazienti con cancro del retto, soprattutto se sottoposti a chirurgia incompleta (non TME) o in assenza di RT