

FOLLOW UP TUMORI TESTA-COLLO

A cura del Gruppo di Studio sui Tumori Testa-Collo

Partecipanti:

Mario Airoidi, Maria Enrica Amasio, Gianluca Averono, Fabio Beatrice, Laura Berretta,
Fulvia Blengio, Paolo Boffano, Livia Bugni, Andrea Luigi Cavalot, Stefano Cirillo,
Antonella De Stefani, Elena Delmastro, Nerina Denaro, Riccardo Dosdegani, Silvia Ferrario,
Vittorio Ferrero, Massimiliano Garzario, Fabio Gaspari, Angela Giacalone, Graziella Golisano,
Ruggero Guglielmetti, Walter Lerda, Mauro Magnano, Paolo Maioli, Fabrizio Marola,
Maria Adelaide Mellano, Francesco Moretto, Daniela Nassisi, Marco Pagano, Toni Pazziaia,
Paolo Pisani, David Rondonotti, Maria Claudia Rosmino, Lucianna Maria Russo,
Gian Mauro Sacchetti, Antonio Scotti, Raffaele Sorrentino, Maria Cristina Spada, Silvia Spinazzè,
Riccardo Vergano, Roberta Verna, Raffaele Vitiello

DEFINIZIONE E ASPETTI GENERALI

Per follow up oncologico si intende quel periodo di tempo che decorre dal termine dei trattamenti, e che consiste in una prima fase di monitoraggio delle tossicità acute delle terapie effettuate, in un momento di valutazione dell'efficacia del trattamento stesso e in un periodo successivo di monitoraggio dei sintomi correlati a tossicità tardive, di valutazione del recupero funzionale e di identificazione di un'eventuale ripresa di malattia.

Per quanto attiene strettamente a questo ultimo aspetto, pur in assenza di evidenze sufficienti sull'impatto che la sorveglianza ha sulla prognosi, lo scopo del follow up dovrebbe essere quello di intercettare precocemente una recidiva, al fine di anticiparne il trattamento per massimizzare la sopravvivenza, e questo dipende dal tipo di terapia intrapresa e da quelli che sono i risultati attesi, anche in considerazione degli effetti collaterali del trattamento e delle condizioni generali del paziente.

Ogni individuo e ogni sottosede, istotipo, stadio di malattia, dovrebbero perciò richiedere un protocollo di visite ed esami di follow up personalizzato.

Sarebbe quindi opportuno stabilire un piano di follow up fin dal momento della valutazione multidisciplinare pre- o post-trattamento, identificando una struttura di riferimento per il coordinamento del follow up, e redigendo una time-line che tenga conto degli intervalli di visita negli ambulatori dedicati delle varie specialità coinvolte, evitando inutili sovrapposizioni di accessi ambulatoriali. Sotto questo aspetto potrebbe essere utile un maggior coinvolgimento del Centro di Accoglienza e Servizi (CAS), implementando il suo ruolo nella programmazione delle visite e degli esami. Bisogna però essere consapevoli che tale piano possa variare sulla base dei fattori che possono modificare scopi e intensità della cura e quindi la finalità stessa del follow up.

Non si possono stilare delle vere e proprie linee guida ma piuttosto degli orientamenti ispirati da principi di best practice da suggerire agli operatori, sulla base delle diverse sottosedi e dei fattori di rischio, in quelle situazioni di incertezza e di scarsa evidenza scientifica, tenendo conto anche di quanto emerso negli anni passati nei documenti delle diverse Società che si sono cimentate nello studio di questo aspetto.

L'analisi dei bisogni di follow up dovrebbe avere come iniziale scopo quello della valutazione costo-efficacia, in modo da diminuire il numero degli accertamenti inappropriati prescritti, soprattutto quelli radiologici, limitandone la effettuazione a quelle situazioni in cui il rischio espositivo resta alto (es. pazienti che continuano a fumare), oppure quando la sede di malattia non sia facilmente esplorabile con indagini clinico-endoscopiche a causa di fattori anatomici o condizioni estrinseche (trisma, fibrosi, edema).

ASPETTI ONCOLOGICI

Le linee guida nazionali e internazionali raccomandano esami clinici effettuati a intervalli regolari, mentre non esistono evidenze scientifiche sicure sul timing della sorveglianza radiologica e che questa migliori la prognosi dei pazienti con tumori della regione testa-collo.

È generalmente accettato che la RMN con tecnica di diffusione (DWI) e calcolo del coefficiente apparente di diffusione (ADC) resti la tecnica di elezione, ma laddove questa non sia disponibile o controindicata, la TC con mdc, soprattutto se confrontabile con analogo esame eseguito pre-trattamento, resta un esame valido, così come può essere presa in considerazione l'ecografia del collo eventualmente integrata con agoaspirato (FNA). C'è invece unanimità di consensi nel considerare la PET, da eseguirsi solo in presenza di sintomi o segni suggestivi di ripresa di malattia, come esame con il più elevato valore predittivo negativo per la diagnosi di persistenza / recidiva / metastatizzazione di malattia.

La TC torace annuale è da considerarsi nei pazienti con più di 50 anni che continuino a fumare (> 20 pack/y), nei tumori locally advanced (stadio III/IV) alla diagnosi e nei tumori maligni delle ghiandole salivari.

ASPETTI NON ONCOLOGICI : “SURVIVORSHIP CARE”

Oltre alle considerazioni più strettamente oncologiche, vanno tenuti in debito conto anche quegli altri aspetti che possano rendere un follow up efficace in termini di qualità di vita, come la scelta di un setting adeguato (camera per visita dotata di tutta la strumentazione necessaria e al tempo stesso confortevole), la presenza possibilmente di un team multidisciplinare con personale esperto dedicato, l'individuazione di uno o più case-manager a cui fare riferimento in caso di necessità, la

presa in carico degli aspetti funzionali, con particolare riguardo per mucositi/xerostomia/disfagia (e con la possibilità di indirizzare il paziente a consulenti dietologi, foniatrici, fisiatrici..), un adeguato counseling sulle abitudini voluttuarie, il controllo puntuale del peso corporeo, il monitoraggio dello stato psicosociale del paziente (mediante eventuale collaborazione con psico-oncologo), comprendente l'appoggio ad associazioni di volontariato e il reinserimento lavorativo, oltre all'assistenza su aspetti pratici come il riconoscimento di invalidità e l'accompagnamento.

Di importanza primaria è poi il controllo del dolore, soprattutto neuropatico, da monitorare mediante utilizzo di scale (es. VAS) e la collaborazione con la Struttura di Terapia Antalgica.

TUMORI HPV-CORRELATI

In merito ai carcinomi squamosi dell'orofaringe (OPSCC) HPV+ non vi sono evidenze di efficacia su indicazioni a modifiche dei comportamenti sessuali né alla vaccinazione preventiva del partner né a sottoporre il partner a screening per patologie distrettuali. Potrebbe essere invece utile prendere in considerazione un counseling psico-oncologico in cui illustrare quelli che sono i dati attualmente noti sulle patologie HPV-correlate.

DURATA DEL FOLLOW-UP

Per quanto attiene alla questione su quanto debba protrarsi il follow up specialistico, esso è da considerarsi ragionevolmente concluso dopo 5 anni, termine oltre il quale il paziente può essere affidato all'attenzione del Medico di Medicina Generale (MMG), figura che riveste in ogni caso e sempre, anche nei primi 5 anni, un ruolo centrale nel coordinare i vari momenti e nel promuovere gli aspetti educativi e comportamentali virtuosi. Il MMG deve avere la possibilità di riferirsi alla struttura che ha in cura il paziente attraverso il CAS, non appena si presentassero sintomi sospetti per recidive/secondi tumori, soprattutto in quei pazienti eventualmente esposti a fattori di rischio.

È importante che all'inizio del follow up venga fornita, al paziente e al MMG, una lettera che illustri genericamente le finalità, le modalità e il timing del follow up, documento eventualmente da replicare al termine del percorso di follow up stesso. In allegato (A e B) i modelli di documentazione per il paziente e il MMG.

Al termine del follow up specialistico, al MMG viene richiesto di vedere il paziente una volta all'anno e di rilevare la presenza di sintomi o segni suggestivi di una ripresa di malattia o di un secondo tumore, attraverso l'anamnesi e l'obiettività generale. Al MMG viene inoltre affidato il compito di educazione alla salute e di riduzione dei fattori di rischio.

In pazienti affetti da carcinoma delle ghiandole salivari o da neuroestesiblastoma si consiglia di prolungare il follow up sino a 10 anni per il rischio di recidive tardive.

Ugualmente, nei pazienti con OPSCC HPV+ si consiglia di proseguire il follow up sino a 10 anni, anche con imaging total body a cadenza annuale, poiché, pur con una prognosi complessivamente migliore, possono presentare metastasi a distanza tardive e in sedi inconsuete per i tumori testa-collo.

ASPETTI PARTICOLARI

Alcune situazioni tutt'altro che infrequenti possono richiedere una modulazione del follow up e prevedere programmi di intensificazione dei controlli clinici e radiologici o, al contrario, rendere auspicabile una de-intensificazione. Ci si riferisce ad esempio a situazioni cliniche in cui l'esame obiettivo può essere non così affidabile (ricostruzioni con lembi, rischio di metastasi a linfonodi retrofaringei, localizzazioni al basicranio, tumori con diffusione sottomucosa o perineurale...), oppure, al contrario, a casi di alleggerimento del follow up, per esempio nei soggetti anziani e fragili in cui comunque una ripresa chirurgica sarebbe non ipotizzabile.

CAVO ORALE

- Visita specialistica: ogni 1-3 mesi nel primo anno, 2-4 mesi nel secondo anno, 4-5 mesi nel terzo, 6-12 mesi nel quarto e quinto
- Nei pazienti radiotrattati, visite ravvicinate al termine del trattamento sino alla regressione della tossicità acuta
- Esami radiologici nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico: RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni, poi sulla base dei segni e sintomi (richiesta dematerializzata a cura del chirurgo)

- Esami radiologici nei pazienti trattati con RT (+/- CT): PET-TC a 12 settimane, successivo studio RMN massiccio facciale e collo (o TC) nei casi positivi o dubbi (richiesta dematerializzata a cura del radioterapista o dell'oncologo), oppure RMN o TC a 8-12 settimane e, se positive o dubbie, PET a 12 settimane. Se negatività, RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni, poi sulla base dei segni e sintomi. Dosaggio del TSH a 6 mesi, poi annuale (richiesta dematerializzata a cura del radioterapista).

Altri esami vanno presi di volta in volta in considerazione sulla base del sospetto o della presenza di segni di persistenza/recidiva, riservando l'effettuazione della PET-TC ai casi dubbi. La TC del torace annuale può essere indicata nei pazienti forti fumatori e/o con tumore localmente avanzato all'esordio.

OROFARINGE

- Visita specialistica: ogni 1-3 mesi nel primo anno, 2-4 mesi nel secondo anno, 4-5 mesi nel terzo, 6-12 mesi nel quarto e quinto
- Nei pazienti radiotrattati, visite ravvicinate al termine del trattamento sino alla regressione della tossicità acuta
- Esami radiologici nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico (TORS, altro...) +/- RT/CT: RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni (richiesta dematerializzata a cura del chirurgo), poi sulla base dei segni e sintomi
- Esami radiologici nei pazienti trattati con RT (+/- CT): PET-TC a 12 settimane, successivo studio RMN massiccio facciale e collo (o TC) nei casi positivi o dubbi (richiesta dematerializzata a cura del radioterapista o dell'oncologo), oppure RMN o TC a 8-12 settimane e, se positive o dubbie, PET-TC a 12 settimane. Se negatività, RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni, poi sulla base dei segni e sintomi. Dosaggio del TSH a 6 mesi, poi annuale (richiesta a cura del radioterapista).
- Nei tumori HPV+ il follow up va prolungato oltre il 5° anno, fino al 10°, e deve comprendere imaging total body a cadenza annuale
- PET-TC nei casi dubbi

- TC del torace annuale nei pazienti forti fumatori e/o con tumore localmente avanzato all'esordio.

IPOFARINGE

Il rischio di fallimento locale nei primi due anni è significativo.

- ✓ Visita specialistica: ogni 1-3 mesi nel primo anno, 2-4 mesi nel secondo anno, 4-5 mesi nel terzo, 6-12 mesi nel quarto e quinto
- ✓ Nei pazienti radiotrattati, visite ravvicinate al termine del trattamento sino alla regressione della tossicità acuta
- ✓ Esami radiologici nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico +/- RT/CT: RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni (richiesta dematerializzata a cura dell'ORL), poi sulla base dei segni e sintomi
- ✓ Esami radiologici nei pazienti trattati con RT (+/- CT): PET-TC a 12 settimane, successivo studio RMN massiccio facciale e collo (o TC) nei casi positivi o dubbi (richiesta dematerializzata a cura del radioterapista o dell'oncologo), oppure RMN o TC a 8-12 settimane e, se positive o dubbie, PET-TC a 12 settimane. Se negatività, RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni, poi sulla base dei segni e sintomi. Dosaggio del TSH a 6 mesi, poi annuale (richiesta a cura del radioterapista)
- ✓ PET-TC nei casi dubbi
- ✓ TC del torace annuale nei pazienti forti fumatori e/o con tumore localmente avanzato all'esordio.

LARINGE

Il rischio di fallimento locale nei primi due anni è significativo e la possibilità di trattamenti di salvataggio a intento curativo è concreta.

Ciò rende importante la diagnosi precoce di persistenza/recidiva, per consentire un trattamento di recupero, che in taluni casi può ancora essere chirurgico conservativo.

- Visita specialistica (fibroscopia, eventualmente laringostroboscopia e NBI): nei casi in stadio iniziale, ogni 2-3 mesi nel primo anno, 2-4 mesi nel secondo anno, 4-5 mesi nel terzo, 6-12 mesi nel quarto e quinto
- Negli stadi avanzati o nei casi dubbi, TC o RMN ogni 6 mesi nei primi 2 anni (richiesta dematerializzata a cura dell'ORL). La RMN può essere considerata preferibile nel follow up dei pazienti trattati con laser e nei pazienti sottoposti a RT
- Nei pazienti radiotrattati, visite ravvicinate al termine del trattamento sino alla regressione della tossicità acuta
- Esami radiologici nei pazienti trattati con RT (+/- CT): PET-TC a 12 settimane, successivo studio RMN del collo (o TC) nei casi positivi o dubbi (richiesta dematerializzata a cura del radioterapista o dell'oncologo), oppure RMN o TC a 8-12 settimane e, se positive o dubbie, PET-TC a 12 settimane. Se negatività, RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni, poi sulla base dei segni e sintomi. Dosaggio del TSH a 6 mesi, poi annuale (richiesta a cura del radioterapista)
- PET-TC nei casi dubbi
- TC del torace annuale nei pazienti forti fumatori e/o con tumore localmente avanzato all'esordio
- In particolare, vanno considerati ad alto rischio di recidiva superficiale, con conseguente aumento della frequenza delle visite di controllo, le situazioni di neoplasie con multifocalità, la presenza di displasia sui margini, le recidive superficiali su pregresse neoplasie
- Alcune situazioni (esiti RT per $T \geq 2$) e alcune aree anatomiche (sottocommissura, spazio paraglottico e preepiglottico) sono da considerarsi critiche per un aumentato rischio di recidiva profonda e portare ad un aumento della frequenza di prescrizione di esami di imaging
- Tumori estesi alla sovra- o sottoglottide determinano un aumentato rischio di recidiva linfonodale, che può essere intercettata incrementando la frequenza degli esami di imaging anche con l'effettuazione di ecografia.

RINOFARINGE

- ❖ Visite RT ravvicinate, anche settimanali, al termine del trattamento sino alla regressione della tossicità acuta
- ❖ PET-TC a 12 settimane, successivo studio RMN massiccio facciale e collo (o TC) nei casi positivi o dubbi (richieste dematerializzate a cura del radioterapista o dell'oncologo), oppure RMN o TC a 8-12 settimane e, se positive o dubbie, PET-TC a 12 settimane. Se negatività, RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni, poi sulla base dei segni e sintomi, e PET-TC nei casi dubbi
- ❖ Nei tumori localmente avanzati si consiglia comunque un follow up annuale con TC total body (richiesta dematerializzata a cura dell'oncologo)
- ❖ Visita specialistica: ogni 3 mesi circa nel primo anno, 4 mesi circa nel secondo anno, 6-12 mesi dal terzo al quinto
- ❖ La prima valutazione della risposta al trattamento può essere anticipata in caso di grosse adenopatie in scarsa regressione clinica
- ❖ Dosaggio del TSH a 6 mesi, poi annuale (richiesta dematerializzata a cura del radioterapista)
- ❖ Utile determinazione del tasso sierico dell'EBV-DNA, entro 1 mese dalla fine del trattamento e poi a cadenza annuale (richiesta a cura dell'oncologo).

CAVITA' NASALI / SENI PARANASALI

- ✓ Visita specialistica ogni 3 mesi nei primi 2 anni, poi a cadenza semestrale negli anni dal terzo al quinto
- ✓ Nei pazienti radiotrattati, visite ravvicinate al termine del trattamento sino alla regressione della tossicità acuta
- ✓ Esami radiologici nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico +/- RT/CT: RMN ± TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni (richiesta dematerializzata a cura del chirurgo), poi sulla base dei segni e sintomi

- ✓ Esami radiologici nei pazienti trattati con RT (+/- CT): PET a 12 settimane, successivo studio RMN massiccio facciale e collo (\pm TC) nei casi positivi o dubbi (richiesta dematerializzata a cura dell'oncologo), oppure RMN \pm TC a 8-12 settimane e, se positive o dubbie, PET a 12 settimane. Se negatività, RMN \pm TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni, poi sulla base dei segni e sintomi. Dosaggio del TSH a 6 mesi, poi annuale (richiesta a cura del radioterapista)
- ✓ PET-TC nei casi dubbi.

La durata del follow up deve prolungarsi a 10 anni (e, secondo alcuni autori, anche oltre) nei neuroesthesioblastomi.

GHIANDOLE SALIVARI

- Visita specialistica ogni 3 mesi nei primi 2 anni, poi a cadenza di 4-6 mesi negli anni dal terzo al quinto
- Esami radiologici nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico +/- RT/CT: RMN o TC ogni 6 mesi nei primi 2 anni (richiesta dematerializzata a cura del chirurgo), poi sulla base dei segni e sintomi
- PET-TC nei casi dubbi
- TC torace a cadenza annuale nei primi due anni con un'ecografia addome superiore a cadenza annuale
- Nelle istologie ad alto rischio di diffusione a distanza una TC torace a cadenza annuale è raccomandata anche oltre il secondo anno, con un'ecografia addome superiore sempre a cadenza annuale
- Per il rischio di recidive tardive, può essere preso in considerazione un prolungamento del follow up sino a 10 anni.

In alcuni istotipi (per esempio carcinomi adenoido-cistici e mucoepidermoidi) i risultati della PET nel rivelare recidive loco-regionali o localizzazioni a distanza possono non essere significativi.

METASTASI LINFONODALI CERVICALI DA SEDE PRIMITIVA IGNOTA

Il programma di follow up è sovrapponibile a quello generico per le VADS:

- Controlli clinici ogni 3 mesi nei primi 3 anni, poi ogni 6-12 mesi
- Visite RT ravvicinate, anche settimanali, al termine del trattamento sino alla regressione della tossicità acuta
- Esami radiologici (RMN o TC) ogni 6 mesi nei primi 2 anni (richiesta dematerializzata a cura del case manager), poi sulla base dei segni e sintomi
- Dosaggio del TSH a 6 mesi, poi annuale (richiesta a cura del radioterapista)
- PET-TC nei casi dubbi
- TC torace a cadenza annuale.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Associazione Italiana di Oncologia Medica – *AIOM. Linee Guida. Tumori della testa e del collo*. Ed. 2016.
- Associazione Italiana Oncologia Cervico-Cefalica – *AIOCC. Percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale per i tumori di testa e collo*. Ed. 2017
- Associazione Italiana di Oncologia Medica - *AIOM. Il follow up*. Ed. 2014.
- National Comprehensive Cancer Network. *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology – Head and Neck Cancers*. Version 1.2018.
- EORTC Quality of Life Study Group. *EORTC QLQ - H&N35*. Ed. 1994.
- Vandecaveye V, Dirix P, De Keyzer F et al. *Diffusion-weighted magnetic resonance imaging early after chemoradiotherapy to monitor treatment response in head-and-neck squamous cell carcinoma*. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2012; 82: 1098–1107.
- McDermott M, Hughes M, Rath T et al. *Negative predictive value of surveillance PET/CT in head and neck squamous cell cancer*. *AJNR* 2013, 34 (8) 1632-1636.
- Reich M, Licitra L, Vermorken JB et al. *Best practice guidelines in the psychosocial management of HPV-related head and neck cancer: recommendations from the European Head and Neck Cancer Society's Make Sense Campaign*. *Ann Oncol*. 2016 Oct;27(10):1848-54.
- Ruhlmann V, Poeppel TD, Veit J, et al. *Diagnostic accuracy of 18F-FDG PET/CT and MR imaging in patients with adenoid cystic carcinoma*. *BMC Cancer*. 2017; 17: 887.
- Su W, Miles BA, Posner M et al. *Surveillance imaging in HPV-related oropharyngeal cancer*. *Anticancer Research* March 2018 vol. 38 no. 3 1525-1529
- Rimmer J, Lund VJ, Beale T et al S, FRCS(Ed) *Olfactory Neuroblastoma: A 35-Year Experience and Suggested Follow-up Protocol*. *Laryngoscope*, 124:1542–1549, 2014.



Allegato 1

Lettera per il paziente

Data,

Gentile Sig.ra/Sig.r

i trattamenti che sono stati eseguiti per la sua malattia hanno avuto lo scopo di portare alla regressione della patologia, con la possibilità che ciò comporti la guarigione definitiva. Non si può tuttavia escludere che la malattia tumorale possa ripresentarsi nel tempo; inoltre, è possibile che i trattamenti eseguiti possano comportare delle conseguenze a breve o a lungo termine sul suo stato di salute.

Per questi motivi consideriamo utile, in accordo con le conoscenze scientifiche attualmente disponibili, che vengano eseguite delle visite periodiche, a intervalli crescenti nel tempo, e gli esami strumentali che di volta in volta saranno ritenuti appropriati.

Altri esami potranno essere consigliati sulla base della sua specifica situazione, in caso di disturbi persistenti o qualora vi fossero dubbi. Per questo è molto importante che, durante le visite specialistiche in Ospedale, Lei riferisca al medico la presenza eventuale di sintomi o, se questi sintomi si presentassero tra una visita e la successiva, Lei li segnali al suo medico di base in modo da poter eventualmente anticipare la visita programmata.

Al termine di un primo periodo, che può avere una durata compresa tra 5 e 10 anni, in cui Lei verrà seguito dagli specialisti dell'Ospedale, lei potrà riferirsi al suo Medico di base per i successivi controlli. In ogni caso, anche durante questo primo periodo di follow up specialistico, il suo Medico di base riveste un ruolo centrale e una figura a cui rivolgersi in caso di necessità nei periodi di tempo che intercorreranno tra le visite specialistiche programmate.

Al fine di preservare il più possibile una buona condizione di salute, che tra le altre cose può condizionare il successo dei trattamenti eseguiti, le raccomandiamo infine di mantenere uno stile di vita corretto, evitando il fumo e limitando il consumo di alcolici, e adottando corretti regimi di dieta e una regolare attività fisica, qualora possibile.

Restiamo comunque a Sua completa disposizione in caso di dubbi o necessità.

Cordiali saluti



Allegato 2 Lettera per il Medico di Medicina Generale

Data,

Gentile collega,

il/la Sig.r/a....., del quale alleghiamo relazione clinica dettagliata frutto della valutazione multidisciplinare del caso, ha terminato le cure primarie e inizia la fase di sorveglianza attiva, finalizzata al monitoraggio delle eventuali sequele della malattia e dei trattamenti eseguiti e alla diagnosi precoce della possibile recidiva di malattia.

Saranno stabiliti di volta in volta appuntamenti periodici di visite specialistiche, allo scopo di rilevare segni o sintomi sospetti e programmare gli accertamenti ritenuti appropriati.

Nel caso si presentassero alla tua attenzione sintomi intercorrenti, chiediamo la tua collaborazione per valutare il/la paziente e inviarlo/a alla nostra attenzione al più presto, eventualmente anche attraverso il canale del Centro Accoglienza e Servizi, per gli approfondimenti del caso.

Al termine della fase specialistica di follow up, il/la paziente sarà affidato/a alla tua attenzione per proseguire nei controlli periodici, e, anche in questo caso, potrai inviarci il/la paziente per eventuali accertamenti, qualora lo ritenessi necessario.

È importante che venga posta molta attenzione ad aspetti non strettamente oncologici correlati al paziente, alla malattia e alle cure eseguite, come il disagio psico-sociale, i disturbi funzionali, con particolare riguardo per la disfagia, il controllo del peso corporeo, il monitoraggio del dolore, l'invito a osservare un corretto stile di vita (e in particolare l'invito all'astensione dal fumo e al consumo moderato di alcoolici, a adottare una dieta equilibrata e a svolgere una regolare attività fisica, qualora possibile).

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

Cogliamo l'occasione per ringraziarTi per la collaborazione e porgere

Cordiali saluti