

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 1 di 13 |

1. TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

NEOPLASIE DELLA PELVI

1.1 Descrizione sintetica

Il presente documento descrive il percorso diagnostico terapeutico secondo il quale sono trattati presso l'AOU Città della Salute e della Scienza della città di Torino i pazienti affetti da neoplasia avanzata primitiva o secondaria della pelvi. Viene inoltre illustrato il protocollo di follow-up seguito durante il monitoraggio post-trattamento.

1.2 Gruppo di lavoro

| Nome e Cognome | Struttura di appartenenza | Ruolo |
|--------------------------|---|-----------------------------------|
| PIERFRANCESCO FRANCO | RADIOTERAPIA ONCOLOGICA | Componente |
| PATRIZIA RACCA | ONCOLOGIA MEDICA | Componente |
| MAURO PAPOTTI | ANATOMIA PATOLOGICA | Componente |
| BEATRICE LILLAZ | UROLOGIA U | Componente |
| PAOLO GONTERO | UROLOGIA U | Componente |
| BRUNO MORELLI | UROLOGIA U | Componente |
| PAOLO DESTEFANIS | UROLOGIA U | Componente |
| ALDO VERRI | CHIRURGIA VASCOLARE | Componente |
| MASSIMILIANO MISTRANGELO | CHIRURGIA COLORETTALE | Componente |
| ALESSANDRO DE PAOLI | DIAGNOSTICA PER IMMAGINI | Componente |
| MARCO FRACCALVIERI | CHIRURGIA PLASTICA | Componente |
| PAOLO ZOLA | GINECOLOGIA ONCOLOGICA | Componente |
| ANNA DE LUCA | CURA PALLIATIVE | Componente |
| MARIA GRAZIA TAMMARO | INFERMIERA AREA GIC | Componente |
| RAIMONDO PIANA | ORTOPEDIA ONCOLOGICA | Componente |
| SERGIO SANDRUCCI | CHIRURGIA SARCOMI E TUMORI RARI VISCERALI | Coordinatore del Gruppo di Lavoro |

| Verifica contenuti e approvazione | Autorizzazione all'emissione |
|--|--|
| Prof. U. Ricardi, Direttore del Dipartimento di Oncologia Firmato in originale Dott. A. Scarmozzino, Direttore Dipartimento Qualità e Sicurezza delle Cure Firmato in originale Dott. G. Fornero, Direttore S.C.: Qualità Risk Management e Accreditemento Firmato in originale | Dott. Giovanni La Valle Direttore Sanitario AOU Città della Salute e della Scienza di Torino Firmato in originale |

L'originale firmato del Documento e la versione elettronica sono conservati presso la S.C. Chirurgia Generale 1U. La diffusione è effettuata per via elettronica in formato non modificabile [es. Adobe Acrobat (*.pdf)]. Sono consentite la visione a terminale e la stampa, ma non la modifica.

Non è consentito diffondere il documento, senza citarne le fonti e gli autori, in quanto i suoi contenuti sono proprietà della AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 2 di 13 |

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Titolo, descrizione e gruppo di lavoro | 1 |
| 1.1 Descrizione sintetica..... | 1 |
| 1.2 Gruppo di lavoro | 1 |
| 2. Informazioni relative al documento | 3 |
| 2.1 Periodo di validità e revisione..... | 3 |
| 2.2 Revisioni | 3 |
| 2.3 Obiettivi..... | 3 |
| 2.4 Ambito di applicazione..... | 3 |
| 2.5 Terminologia e abbreviazioni | 3 |
| 3. Contenuti del Documento | 3 |
| 3.1 Generalità | 3 |
| 3.2 Tabelle riassuntive | 4 |
| 3.2.1 Regolamento GIC..... | 4 |
| 3.2.2 Epidemiologia | 4 |
| 3.2.3 Descrizione sintetica dell'iter diagnostico | 5 |
| 3.2.4 Descrizione sintetica dei trattamenti | 5 |
| 3.2.5 Follow up..... | 6 |
| 3.3 Diagramma di flusso | 6 |
| 3.4 Attività | 7 |
| 3.4.1 Indicazioni radioterapiche..... | 7 |
| 3.4.2 Indicazioni mediche..... | 7 |
| 3.4.3 Indicazioni chirurgiche..... | 7 |
| 3.4.5 Stadiazione e indagini diagnostiche | 8 |
| 3.4.6 Classificazione clinica | 8 |
| 3.4.7 Intervento | 8 |
| 3.4.8 Periodicità dei controlli di follow up | 10 |
| 3.4.9 Interventi riabilitativi..... | 10 |
| 3.4.10 Aspetti assistenziali di competenza infermieristica | 11 |
| 3.4.11 Modalità del passaggio alle Cure Palliative | 11 |
| 3.5 Responsabilità..... | 11 |
| 3.6 Bibliografia, Fonti e Riferimenti..... | 11 |
| 3.7 Aspetti etici | 11 |
| 4. Strumenti di Gestione del documento | 12 |
| 4.1 Documenti correlati | 12 |
| 4.2 Monitoraggio..... | 12 |
| 4.2.1 Attività di controllo..... | 12 |
| 4.2.2 Indicatori | 12 |
| 4.3 Modalità di implementazione | 12 |
| 5. Allegati | 13 |
| 5.1 Moduli | 13 |
| 5.2 Schede..... | 13 |

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 3 di 13 |

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

Questo documento ha validità tre anni dalla data di emissione, salvo che la disponibilità di nuove metodiche diagnostiche/terapeutiche si rendano disponibili o nuove necessità organizzative ne richiedano la modifica o la revisione in tempi più brevi. Le richieste di modifica possono essere effettuate dal responsabile di processo o dal coordinatore del gruppo di lavoro. Alla scadenza del quinto anno dalla data di emissione, la revisione del documento viene effettuata dai coordinatori e dal gruppo di lavoro

Il presente documento è comunque valido sino alla rimozione dalle aree di pubblicazione informatica.

2.2 Revisioni

| <i>Revisione</i> | <i>Emissione</i> | <i>Modifiche apportate</i> |
|------------------|------------------|---|
| 0 | 08/11/2018 | Trattandosi di documento di prima stesura non sono presenti modifiche |

2.3 Obiettivi

Definizione del percorso diagnostico-terapeutico multidisciplinare per le neoplasie primitive avanzate o secondarie degli organi pelvici.

2.4 Ambito di applicazione

Gestione clinica multidisciplinare del percorso diagnostico terapeutico di pazienti affetti da neoplasie primitive avanzate o secondarie degli organi pelvici nell'ambito della AOU Città della Salute e della Scienza.

2.5 Terminologia e abbreviazioni

Non applicato.

3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

3.1 Generalità

Il trattamento dei tumori pelvici localmente avanzati o recidivi è caratterizzato da alta complessità clinico/organizzativa. Essendo tale sede anatomica coinvolta da tumori di origine digestiva, ginecologica od urologica la valutazione primaria del trattamento delle singole neoplasie è competenza dei rispettivi GIC.

Al di là di questo aspetto, la necessità di costituire uno specifico gruppo interdisciplinare cure per i tumori pelvici localmente avanzati o recidivi nasce dall'osservazione che una quota rilevante di pazienti con tumore pelvico localmente avanzato o recidivo originante da diversi organi o apparati non giunge a valutazione chirurgica, in quanto in questo particolare aspetto della malattia tumorale avanzata il ruolo della terapia chirurgica non è accettato e definito come in altri campi (es. trattamento delle metastasi epatiche o polmonari)..

Dal 2015, presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino è operativo un Gruppo Interdisciplinare Cure (GIC) per la gestione e il follow-up delle neoplasie primitive avanzate o recidive della pelvi.

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 4 di 13 |

3.2 Tabelle riassuntive

3.2.1 Regolamento GIC

| | |
|---|--|
| Coordinatore | <i>Prof. Sergio Sandrucci, S.C. Chirurgia Generale 1U – SSD Chirurgia dei Sarcomi e dei Tumori Rari Viscerali</i> |
| Segreteria | <i>Sede e contatti della segreteria che provvede alle prenotazioni dei pazienti</i> |
| Sede dell'incontro | <i>AMBULATORI CAS Città della Salute e della Scienza presidio Molinette</i> |
| Periodicità dell'incontro e orario | <i>Giovedì 16- 18 ogni 15 giorni</i> |
| Modalità di refertazione | <i>Verbale, cartella clinica, cartella informatizzata (in questo caso precisare il nome del software) ecc</i> |
| Descrizione sintetica del funzionamento | <i>Viene descritta la storia del paziente con presa visione degli esami istologici biotici e degli esami di stadiazione. Decisione collegiale sulla prescrizione di ulteriori esami e sul percorso terapeutico</i> |
| Descrizione del percorso assistenziale | <i>Le Infermiere presso il CAS effettuano al termine della prima visita CAS la presa in carico infermieristica. Saranno individuate le eventuali fragilità sociali, familiari (vedi modulo allegato "protezione famiglia") e psicologiche oltre alla compilazione del questionario G8 (vedi modulo allegato "G8"). Potranno essere programmati i consulti presso gli assistenti sociali, potrà essere attivato il progetto protezione famiglia e potranno essere richieste le visite psico-oncologiche. I Pazienti con G8 score inferiore a 14 saranno inviati a visita onco-geriatrica.</i> |

3.2.2 Epidemiologia

| | |
|--|--|
| DESCRIZIONE DEL BACINO DI UTENZA | CITTÀ DI TORINO E PROVINCIA |
| NUMERO DI ABITANTI DEL BACINO DI UTENZA | ASL TO Città di Torino = 882.523 |
| DISTRIBUZIONE DEI CAS NEL BACINO DI UTENZA | AOU CdSS – CAS UNIFICATO PRESSO IL P.O. MOLINETTE C/O EX MEDICINA D'URGENZA – PIANO TERRA – INGRESSO C.SO BRAMANTE 88/90 |
| DISTRIBUZIONE DEI GIC NEL BACINO DI UTENZA | AOU CDSS |

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 5 di 13 |

3.2.3 Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

| Condizione | Procedure | Modalità di prenotazione e sede | Tempi previsti di accesso |
|-----------------------|----------------------------|---|---------------------------|
| Sospetto di carcinoma | Visita ambulatoriale/CAS | Medico di medicina Generale – DEMA e prenotazione telefonica presso il CAS ¹ | 7 gg |
| | | Medico di Pronto Soccorso – invio diretto presso ¹ | Immediato |
| | | Medico Specialista – DEMA e prenotazione telefonica presso il CAS ¹ | 7 gg |
| | Biopsia | Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ² | 10 gg |
| Carcinoma accertato | TC torace e addome con MDC | Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ³ | 15 gg |
| | PET scan (facoltativa) | Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ⁴ | 30 gg |
| | RM pelvica (eventuale) | Prenotazione dal CAS tramite TrakCare presso ³ | 20 gg |
| | Visita GIC | Il CAS prenota la visita GIC tramite agenda cartacea presso ¹ | 7 gg |

1 CAS Centralizzato – Padiglione Pensionanti piano terra

2 SC Radiologia 1 U – Palazzina Patologia Medica 2° piano;

SC Radiologia 2 – Palazzina Pensionanti piano seminterrato e Padiglione DEA piano terra;

SC Radiologia 3 U – Palazzina Clinica Medica piano seminterrato

4 SC Medicina Nucleare – Palazzina Ciocatto seminterrato;

3.2.4 Descrizione sintetica dei trattamenti

| Condizione | Procedure | Modalità di prenotazione e sede | Tempi previsti di accesso |
|--|---------------------|--|---------------------------|
| Patologia conclamata locale/superficiale | Chirurgia resettiva | Lo specialista del GIC prenota l'intervento presso ¹ | Immediato |
| | Radioterapia | Il GIC prenota il trattamento di radioterapia tramite TrakCare presso ² | 10 gg |
| | Chemioterapia | Il GIC prenota il ciclo di chemioterapia tramite TrakCare ¹ | 10 gg |
| Tumore metastatico | Cure palliative | Il GIC prenota la visita tramite TrakCare ³ | 10 gg |

1 SC Chirurgia Generale 1U degenza – SSD Chirurgia dei Sarcomi e dei Tumori Rari Viscerali – Palazzina Abegg Chirurgia 3° piano

2 SC Radioterapia U ambulatorio – Palazzina Radioterapia piano seminterrato

3 SC Terapia del Dolore e Cure Palliative – Padiglione Patologia Chirurgica quarto piano

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 6 di 13 |

3.2.5 Follow up

| Procedura | Periodicità | Dove viene svolta |
|------------------------------------|--|---|
| Visita di controllo con TC pelvica | Ogni 4 mesi per i primi 2 anni, una volta all'anno fino a 5 anni | Ambulatorio SSD Chirurgia dei Sarcomi e dei Tumori Rari Viscerali – Palazzina Clinica Chirurgica 2° piano |

3.3 Diagramma di flusso

Non applicato.

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 7 di 13 |

3.4 Attività

Un piano di cura adeguato per le neoplasie pelviche localmente avanzate richiede la valutazione multidisciplinare del GIC al fine di integrare le diverse modalità terapeutiche nella strategia più appropriata per il singolo caso e per definire indicazioni e timing alla terapia chirurgica. Le indicazioni terapeutiche del GIC possono essere mediche, chirurgiche e radioterapiche.

Il paziente chirurgico necessita di una tipologia di intervento (c.d. eviscerazione pelvica) con un estensivo impiego di risorse e la contemporanea presenza di competenze plurispecialistiche, che può impattare in maniera rilevante sulla qualità di vita del paziente.

3.4.1 Indicazioni radioterapiche

La valutazione radioterapica dovrà comprendere l'indicazione a trattamenti preoperatori anche in caso di eventuale pregressa radioterapia, in presenza di documentazione adeguata. In tutti i casi di estensione oltre il compartimento viscerale (sacro o pareti laterali pelviche) dovrà essere considerata ove indicata la radioterapia intraoperatoria (IORT) o tecniche radioterapiche adiuvanti equivalenti

3.4.2 Indicazioni mediche

I pazienti che pervengono al GIC Neoplasie della pelvi, devono essere già stati valutati dal GIC di competenza della neoplasia primitiva per quanto riguarda il trattamento medico alternativo alla chirurgia. Una volta espresso il giudizio di operabilità sarà responsabilità del GIC di competenza la valutazione all'indicazione a trattamenti medici adiuvanti.

3.4.3 Indicazioni chirurgiche

L'indicazione alla resezione chirurgica dovrebbe essere valutata tenendo conto delle condizioni generali, della storia di malattia e della volontà del paziente, dopo adeguata informazione riguardo prognosi ed esiti funzionali attesi. L'intervento chirurgico dovrebbe essere considerato nell'ambito di un piano di cura multidisciplinare, valutando tutte le possibili opzioni terapeutiche (incluse chemioterapia e/o radioterapia).

3.4.3.1 Intento curativo

Dato che il parametro R (completezza della resezione e negatività dei margini) è la variabile che influenza maggiormente la prognosi, l'intento è da definirsi curativo quando sulla base dell'imaging preoperatorio sia ipotizzabile una resezione en-block con margini negativi. Per i tumori ginecologici persistenti o recidivi, un diametro superiore a 5 cm riduce significativamente le chances di cura.

INDICAZIONI:

Sfera ginecologica

Carcinoma cervice persistente o recidivo dopo RT (50%)

Carcinoma vagina (25%)

Carcinoma vulva (10%)

Carcinoma/sarcoma utero (10%)

Sfera digestiva

Adenocarcinoma retto localmente avanzato e recidivo

Carcinoma ano

Sfera urologica

Carcinoma uretra

Carcinoma vescica

Carcinoma prostata (raro)

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 8 di 13 |

3.4.3.2 Intento palliativo

Esistono situazioni cliniche in cui è accettabile un'eviscerazione pelvica ad intento palliativo. Si tratta di:

1. pazienti sintomatici con malattia non trattabile radicalmente ma prognosi superiore a 6 mesi
2. pazienti in assenza di malattia visibile ma con esiti di precedenti trattamenti chirurgici o radioterapici
3. dolore pelvico-sacrale, emorragia ricorrente, fistole o infezione cronica, con elevato impatto sulla QoL, non controllabili efficacemente con terapia antalgica o altre forme di trattamento chirurgico palliativo

In questi casi la sopravvivenza mediana può raggiungere i 20 mesi, con migliorata QoL.

3.4.3.3 Controindicazioni assolute

Malattia metastatica (metastasi a distanza o nei linfonodi lombo-aortici)

Esteso interessamento dei piani ossei (pareti laterali pelvi o sacro), tale da precludere un intervento ad intento radicale

3.4.3.4 Controindicazioni relative

Sciatalgia da infiltrazione nervo sciatico

Edema arto inferiore da occlusione vena iliaca

Infiltrazione monolaterale dei vasi iliaci

Fissità alla parete pelvica al di sotto dei vasi iliaci

Estensione sacrale craniale a S3

3.4.5 Stadiazione e indagini diagnostiche

Palpazione ed esplorazione (bimanuale nella donna).

Biopsia: se diagnosi clinica in dubbio.

Imaging radiologico per:

-Escludere malattia metastatica

-Descrivere gli elementi utili per la stima della resecabilità

- Valutare gli organi coinvolti per programmare la strategia chirurgica.

TC torace-addome con MDC e studio angiografico dei vasi pelvici. Utile l'estensione al cranio (specie per i tumori del retto).

PET scan (facoltativa). La sensibilità e sepecificità sono variabili a seconda dell'istotipo

RM pelvica (se TC non dirimente nella valutazione dell'interessamento di organi o strutture ossee)

3.4.6 Classificazione clinica

Ai fini della programmazione della strategia terapeutica e per un più efficace confronto dell'outcome, la stadiazione di Leeds appare la più utile sul piano clinico.

1. Centrale Coinvolgimento organi con piano di clivaggio conservato nei confronti della fascia pelvica
2. Sacrale Infiltrazione sacrale
3. Laterale (mono o bilaterale) Infiltrazione pareti laterali pelviche
4. Mista Infiltrazione sacrale e pareti laterali pelviche

3.4.7 Intervento

3.4.7.1 Preparazione

La fase preoperatoria, oltre alla valutazione clinica generale e al processo informativo, deve comprendere:

- Mappaggio della sede delle stomie, tenendo conto dell'eventuale necessità di lembi addominali
- Valutazione necessità assistenza psicologica

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 9 di 13 |

- Valutazione necessità socio-assistenziali e programmazione eventuale dimissione protetta

3.4.7.2 Classificazione interventi

Gli interventi dovrebbero essere classificati seguendo la terminologia riportata nella Scheda 1. L'equipe operatoria dovrebbe essere allestita in modo da garantire le competenze richieste dal tipo di resezione (fase demolitiva e ricostruttiva) programmata sulla base della stadiazione preoperatoria.

3.4.7.3 Fase demolitiva

L'intervento con intento radicale deve essere svolto secondo i principi prima enunciati. La decisione di procedere all'atto operatorio deve essere preceduta dall'esclusione di diffusione metastatica macroscopica ai linfonodi lombo-aortici, al peritoneo (non pelvico) o ai visceri, anche mediante l'impiego di esami istologici intraoperatori. - L'intervento con intento radicale deve mirare a un'exeresi 'compartimentale'. Si dovrà cioè evitare di isolare la massa neoplastica dagli organi macroscopicamente coinvolti, ma si dovrà mirare all'exeresi dei compartimenti pelvici viscerali coinvolti en-block (retto e mesoretto, utero e mesometrio, compartimento anteriore), cercando di mantenere un margine su tessuto sano.

Possibili resezioni estese oltre i compartimenti viscerali pelvici:

- Exeresi segmenti intestinali infiltrati -
- Nefrectomia per idronefrosi associata a scarsa funzione renale -
- Resezione sacrale (fino a S3) transaddominale per laminectomia -
- Resezione limitata via posteriore (paziente prono) per resezioni estese -
- Resezione sacrale alta (craniale a S3) (Indicazione rara in pazienti molto selezionati)
- Exeresi S2 e radici nervose. Comporta deficit motorio minore ma danno delle funzioni sfinteriche.
- Exeresi S1 e radici nervose. Comporta deficit flessione plantare e richiede intervento di stabilizzazione ortopedica.
- Resezioni estese ad un lato della parete pelvica, con possibile exeresi di:
 - sistema venoso iliaco interno, muscolo otturatorio o piriforme
 - vasi iliaci esterni (con ricostruzione o meno)
 - nervo otturatorio (comporta deficit dell'adduzione e della rotazione interna dell'arto inferiore)
 - singole componenti del nervo sciatico (in genere comporta danno sensitivo, raramente piede cadente)
 - segmenti ossei (sinfisi pubica, ischio o ramo ischio-pubico)

In casi estremamente selezionati, quando sia presente infiltrazione monolaterale delle radici del nervo sciatico, in centri specialistici di alto livello, può essere considerata l'emipelvectomia.

Alla fine della fase demolitiva è obbligatoria la valutazione della radicalità macroscopica (parametro R) considerando eventuali residui neoplastici macroscopici non precedentemente pianificati e eventuali violazioni del tessuto neoplastico (exeresi in più parti con possibile spandimento di tessuto neoplastico). Le aree dubbie per coinvolgimento marginale devono essere mappate, quando tecnicamente possibile, con biopsia intraoperatoria ed eventualmente delimitate da clip chirurgiche per delimitare l'eventuale campo di irradiazione postoperatoria secondo le indicazioni precedentemente concordate in fase di valutazione multidisciplinare. Tutte queste informazioni devono essere riportate nell'atto operatorio

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|-----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 10 di 13 |

3.4.7.4 Tecniche ricostruttive

Esiste un ampio spettro di possibilità: da tecniche più semplici (es. uro o colostomia), rapide e a minor morbilità a tecniche più complesse (pouch urinaria), a maggior morbilità ma miglior QoL. La scelta è definita tenendo presenti:

1. radicalità dell'intervento (più indicate tecniche complesse se bassa probabilità di recidiva locale)
2. pregressa radioterapia (maggior probabilità di complicanze con ricostruzioni complesse)
3. condizioni generali (tecniche più complesse comportano maggior morbilità)
4. possibilità di gestione di eventuali complicanze tardive cliniche o funzionali (più frequenti con tecniche più complesse)
5. desiderio del paziente (miglior QoL o immagine corporea con tecniche più complesse)

3.4.7.4.1 Possibili tecniche ricostruttive per sede

1) Vagina - Flap (di più frequente utilizzo il miocutaneo del retto addominale - c.d. VRAM)

2) Tratto urinario

1. Urostomia Ureterocutaneostomia
2. Condotto ileale eterotopico (sec. Bricker)
3. Pouch eterotopica cateterizzabile Richiede buona compliance del paziente per gestire correttamente la derivazione.

3) Tratto digestivo

- Colostomia terminale
- Anastomosi colorettales o coloanale (con o senza pouch)

4) Ferita perineale. Ricostruzione e oblitterazione spazio morto (prevenzione ernia perineale) tramite:

1. Tessuti autoctoni: omento o colon dx
2. Flaps
 - Gracile
 - Pudendo interno (Singapore flap)
 - VRAM (di scelta in caso di contestuale ricostruzione vaginale)
 - Gluteo muscolare o miocutaneo mono o bilaterale (indicati per difetti larghi, specie dopo sacrectomia), fasciocutaneo perforante regione glutea mono o bilaterale
 - protesi biologiche o double mesh

3.4.8 Periodicità dei controlli di follow up

La periodicità dei controlli di follow-up sarà concordata con il responsabile del GIC di organo via via trattato. In linea di massima non esistono dati supportati da evidenza relativi alla intensità del follow up richiesta da questo particolare tipo sarà prevista una TC pelvica di controllo ogni 4 mesi per i primi due anni seguita da una TC ogni anno sino a 5 anni. Tale schema sarà interrotto dalla comparsa di una recidiva.

3.4.9 Interventi riabilitativi

Gli eventuali interventi riabilitativi saranno proporzionati alle demolizioni effettuate ed alle relative invalidità indotte. I principali interventi riguarderanno la gestione delle derivazioni cutanee fecali ed urinarie tramite interazione con il Centro Stomizzati di questa azienda, ed eventuali percorsi riabilitativi motori conseguenti ad estese demolizioni pelviche.

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|-----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 11 di 13 |

3.4.10 Aspetti assistenziali di competenza infermieristica

Gli aspetti infermieristici comprendono essenzialmente due aspetti:

1. La gestione delle medicazioni avanzate postoperatorie in caso di difetti perineali o di ferita addominale portati a guarigione per seconda intenzione
2. Il counseling preoperatorio relativo alla gestione delle stomie ed il coordinamento con il centro stomizzati sia nel pre che nel postoperatorio

3.4.11 Modalità del passaggio alle Cure Palliative

La presenza di un palliativista nel GIC assicurerà il coordinamento con gli altri GIC di organo per il passaggio alle cure palliative.

Attivazione dei programmi di cure palliative per tutti i pazienti che presentino i seguenti criteri:

- Diagnosi di neoplasia metastatica
- Presenza di sintomi non controllati
- Avvio a trattamenti chemioterapici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo

Tale attivazione è prevista in tre momenti del percorso di cura del paziente oncologico:

1. al momento della visita presso Centro Accoglienza Servizi (CAS) attraverso la compilazione della scheda di segnalazione del paziente alle cure palliative (in allegato)
2. al momento della visita interdisciplinare GIC
3. al momento delle visite specialistiche ambulatoriali ed in regime di ricovero ordinario o diurno

Inoltre la richiesta a

SC Terapia del Dolore e Cure Palliative, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio Molinette

Modalità di accesso e prenotazione

TrakCare

Invio di fax allo 0116335152

3.5 Responsabilità

La responsabilità dell'attuazione delle attività descritte è attribuita a tutte le figure professionali componenti il GIC, ad ognuna secondo le proprie competenze professionali specifiche

3.6 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

Non applicato.

3.7 Aspetti etici

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|-----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 12 di 13 |

Il presente documento permette di definire un approccio integrato e multidisciplinare al trattamento dei pazienti affetti da neoplasie avanzate della pelvi che tenga comunque conto sia delle diverse situazioni cliniche che delle aspettative dei paziente in termini di guarigione ma sempre con attenzione alla qualità di vita.

In caso di protocolli sperimentali ogni procedura sarà sottoposta al comitato etico interaziendale al fine di garantire la miglior pratica clinica con le migliori garanzie di sicurezza sia in termini di efficienza che di efficacia.

4. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

4.1 Documenti correlati

Non applicato.

4.2 Monitoraggio

4.2.1 Attività di controllo

Valutazione tramite sistema trackcare del numero di pazienti con diagnosi di neoplasia localmente avanzata della pelvi comparata al numero di pazienti effettivamente sottoposti a visita/valutazione GIC nell'arco di un anno.

4.2.2 Indicatori

| <i>indicatore</i> | | <i>N/D</i> | <i>fonte dati</i> | <i>responsabile</i> | <i>standard</i> |
|--|----------|--|-------------------|---------------------|-----------------|
| Percentuale di pazienti affetti da neoplasia avanzata primitiva o recidiva della pelvi afferiti al PO e presi in carico al CAS | N | Numero di accessi al CAS | Database | Coordinatore GIC | ≥ 90% |
| | D | Numero di pazienti affetti da neoplasia avanzata primitiva o recidiva della pelvi trattati | Database | Coordinatore GIC | |
| Percentuale di pazienti affetti da neoplasia avanzata primitiva o recidiva della pelvi afferiti al PO e discusse in riunione GIC per la terapia primaria | N | Numero di accessi al GIC per la terapia primaria | Database | Coordinatore GIC | ≥ 90% |
| | D | Numero di pazienti affetti da neoplasia avanzata primitiva o recidiva della pelvi trattati | Database | Coordinatore GIC | |

4.3 Modalità di implementazione

Sarà cura di tutti i partecipanti al gruppo di lavoro che ha provveduto alla stesura del presente documento diffonderlo all'interno delle strutture sanitarie aziendali di appartenenza.

Pubblicazione sul portale aziendale

| | | | |
|---|-----------------------------------|----------------|-----------------|
|  | PDTA NEOPLASIE DELLA PELVI | PDTA.A909.E006 | Rev. 0 |
| | PDTA | 08/11/18 | Pagina 13 di 13 |

5. ALLEGATI

5.1 Moduli

Modulo 1. Score per la segnalazione alla struttura di cure palliative del paziente oncologico.

5.2 Schede

Scheda 1. Descrizione interventi chirurgici.