

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 1 di 16

1. TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

Percorso diagnostico terapeutico dei sarcomi dei tessuti molli.

1.1 Descrizione sintetica

Il presente documento descrive il percorso diagnostico terapeutico del paziente con sarcoma dei tessuti molli all'interno dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza della città di Torino.

Il presente documento fornisce indicazioni limitatamente all'argomento in oggetto; non esclude l'autonomia e la responsabilità decisionale dei singoli professionisti sanitari e presuppone la corretta esecuzione dei singoli atti nella specifica competenza dei professionisti.

1.2 Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo	firma
S. ALIBERTI	ONCOLOGIA IRCCS DI CANDIOLO	Componente	Firmato in originale
M. BOFFANO	SSD CHIRURGIA ONCOLOGICA ORTOPEDICA	Componente	Firmato in originale
A. BOGLIONE	ONCOLOGIA HUMANITAS GRADENIGO	Componente	Firmato in originale
A. COMANDONE	ONCOLOGIA HUMANITAS GRADENIGO	Componente	Firmato in originale
D. GALIZIA	ONCOLOGIA IRCCS DI CANDIOLO	Componente	Firmato in originale
G. GRIGNANI	ONCOLOGIA IRCCS DI CANDIOLO	Componente	Firmato in originale
A. LINARI	ANATOMIA PATOLOGICA PO S. ANNA	Componente	Firmato in originale
M. OCCELLI	ONCOLOGIA HUMANITAS GRANENIGO	Componente	Firmato in originale
P. LISTA	SC ONCOLOGIA MEDICA 1	Componente	Firmato in originale
M. RAMPINO	SC RADIOTERAPIA U	Componente	Firmato in originale
U. RICARDI	SC RADIOTERAPIA U	Componente	Firmato in originale
R. PIANA	SSD CHIRURGIA ONCOLOGICA ORTOPEDICA	Coordinatore del gruppo di lavoro	Firmato in originale

Verifica contenuti e approvazione	Autorizzazione all'emissione
Prof. U. Ricardi – Direttore Dipartimento Oncologia Firmato in originale Dott. A. Scarmozzino – Direttore S.C. Direzione Sanitaria Presidi Molinette/SGAS Firmato in originale Dott. G. Formero – Direttore S.C. Qualità. Risk Management e Accreditamento Firmato in originale	Dott. M.G. Dall'Acqua Direttore Sanitario A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino Firmato in originale

L'originale firmato del Documento e la versione elettronica sono conservati presso la SSD Chirurgia Oncologica Ortopedica. 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.

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 2 di 16

Contenuti del documento

1.	Titolo, descrizione e gruppo di lavoro	1
1.1	<i>Descrizione sintetica</i>	1
1.2	<i>Gruppo di lavoro</i>	1
2.	Informazioni relative al documento	3
2.1	<i>Periodo di validità e revisione</i>	3
2.2	<i>Obiettivi</i>	3
2.3	<i>Ambito di applicazione</i>	3
2.4	<i>Terminologia e abbreviazioni</i>	3
3.	Contenuti del Documento	4
3.1	<i>Generalità</i>	4
3.2	<i>Diagramma di flusso</i>	4
3.3	<i>Attività</i>	10
3.3.1	<i>Diagnosi istologica e stadiazione</i>	10
3.3.2	<i>Intervento chirurgico</i>	10
3.3.3	<i>Chemioterapia</i>	11
3.3.4	<i>Radioterapia</i>	12
3.3.5	<i>Follow up</i>	13
3.4	<i>Responsabilità</i>	14
3.5	<i>Bibliografia, Fonti e Riferimenti</i>	14
3.6	<i>Aspetti etici</i>	14
4.	Strumenti di Gestione del documento	15
4.1	<i>Documenti correlati</i>	15
4.2	<i>Monitoraggio</i>	15
4.2.1	<i>Attività di controllo</i>	15
4.2.2	<i>Indicatori</i>	15
4.3	<i>Modalità di implementazione</i>	15
5.	Allegati	16
5.1	<i>Moduli</i>	16
5.2	<i>Schede</i>	16

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 3 di 16

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

La revisione del presente documento è prevista entro 3 anni dalla data di emissione, salvo che mutate esigenze dell'Azienda o nuove necessità organizzative non ne richiedano la revisione in tempi più brevi. Per eventuali richieste di modifiche occorre rivolgersi al Coordinatore del Gruppo di Lavoro.

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

Revisioni

<i>Revisione</i>	<i>Emissione</i>	<i>Modifiche apportate</i>
0		Trattandosi della revisione 0 non esistono modifiche da segnalare

2.2 Obiettivi

I principali obiettivi del PDTA sono:

- la definizione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente con sarcoma dei tessuti molli dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza della città di Torino, percorso realizzato nel rispetto di Linee Guida internazionali, nazionali e regionali sull'argomento
- il tentativo di ottimizzare continuamente i processi di diagnosi e cura al fine di ottimizzare il controllo della malattia e migliorare la qualità della vita dei pazienti.

2.3 Ambito di applicazione

Pazienti affetti da neoplasie del sistema nervoso diagnosticate e trattate presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino o che afferiscono, per una globale presa in carico, dopo la diagnosi eseguita altrove.

2.4 Terminologia e abbreviazioni

Acronimi

Non applicato in quanto gli acronimi sono spiegati nel testo.

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 4 di 16

3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

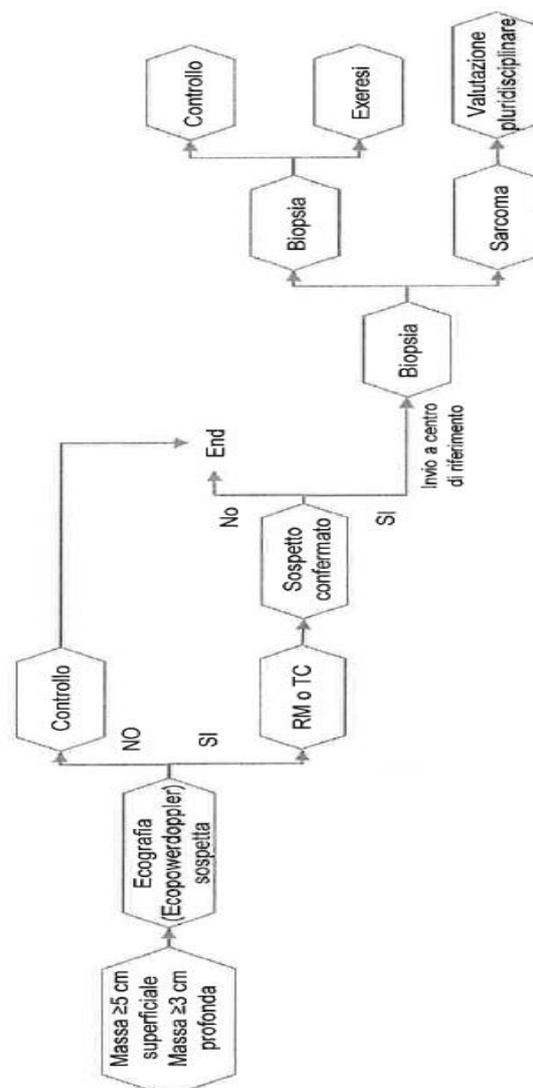
3.1 Generalità

Il PDTA viene attivato dopo l'esecuzione di una visita CAS (Centro Accoglienza Servizi) oncologica o chirurgica. In questa visita il medico raccoglie le informazioni disponibili riguardo la storia clinica, l'anamnesi personale e familiare del paziente. Viene quindi effettuata una visita clinica al fine di valutare nel modo più accurato possibile la sede di malattia (se clinicamente esplorabile) e le condizioni generali del paziente. A questo punto il medico che ha effettuato la visita CAS attiva il PDTA per l'esecuzione degli accertamenti diagnostici e di stadiazione necessari e per la discussione collegiale del caso.

Viene nel contempo attivata la valutazione infermieristica del Paziente secondo protocollo della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta che prevede la valutazione del disagio psico-sociale e dei bisogni del paziente anche in previsione dei possibili successivi trattamenti specifici per la patologia di base.

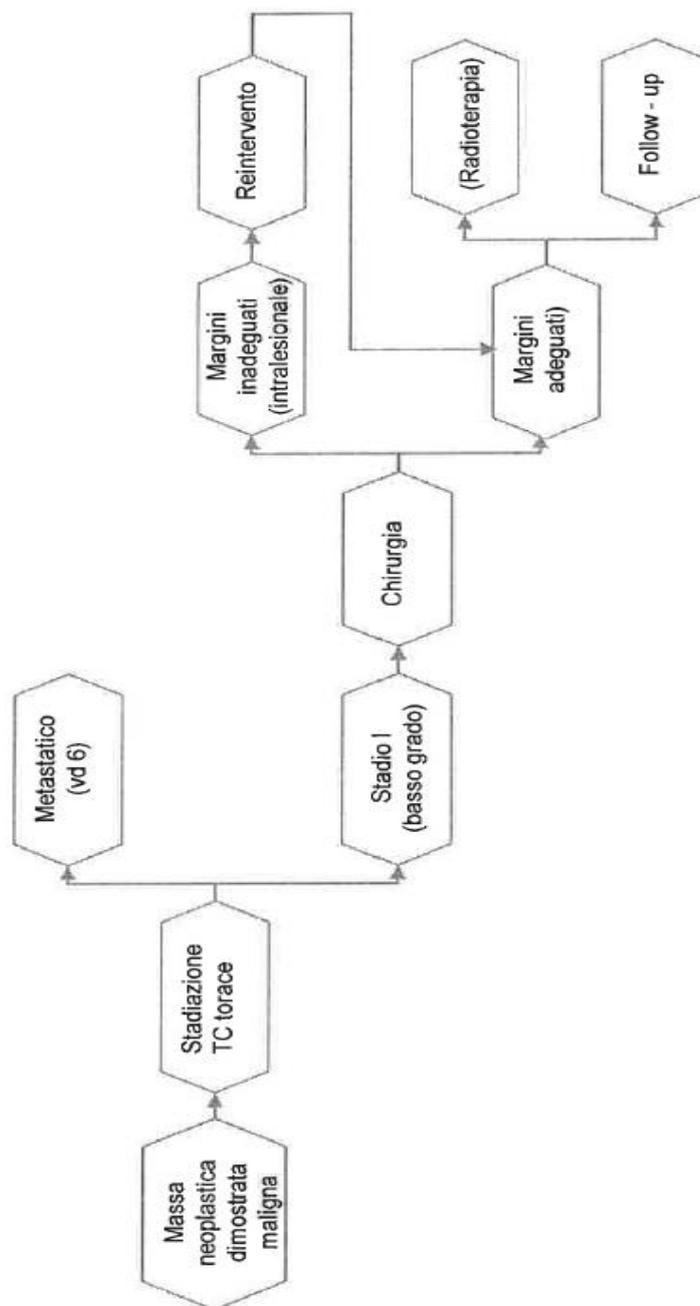
3.2 Diagramma di flusso

FIGURA 1: STM ARTI E CINGOLI



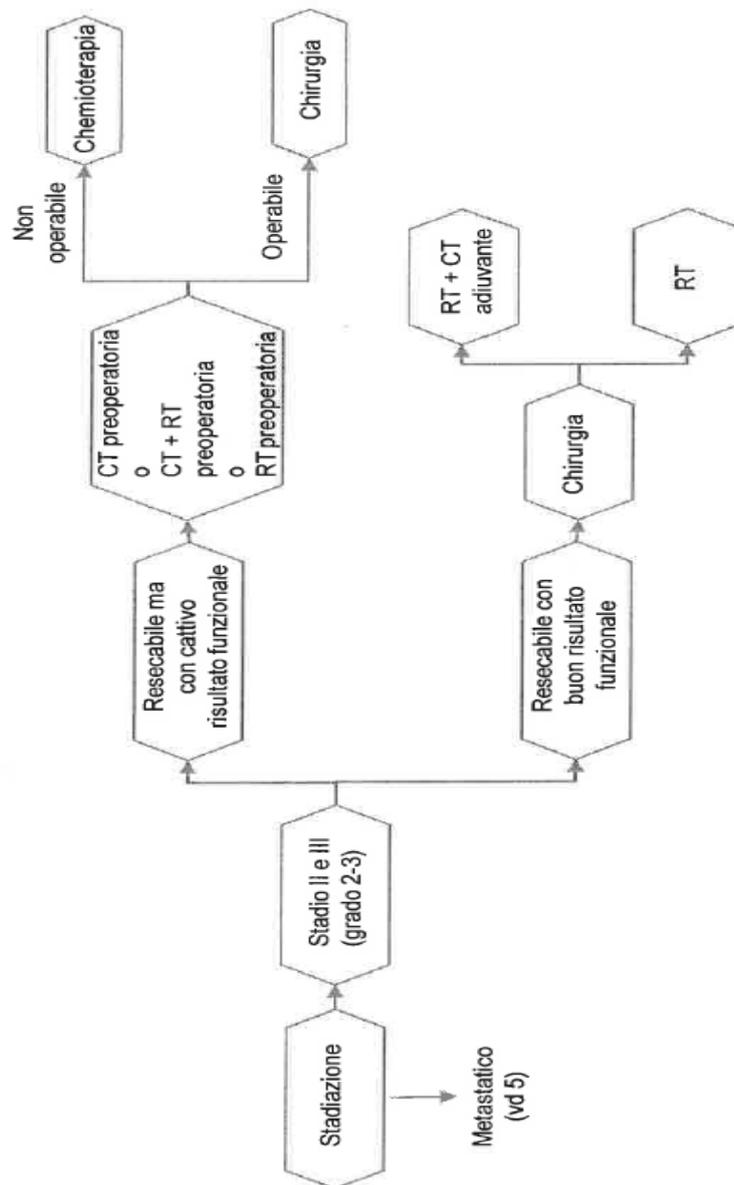
	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 5 di 16

FIGURA 2: STM ARTI E CINGOLI



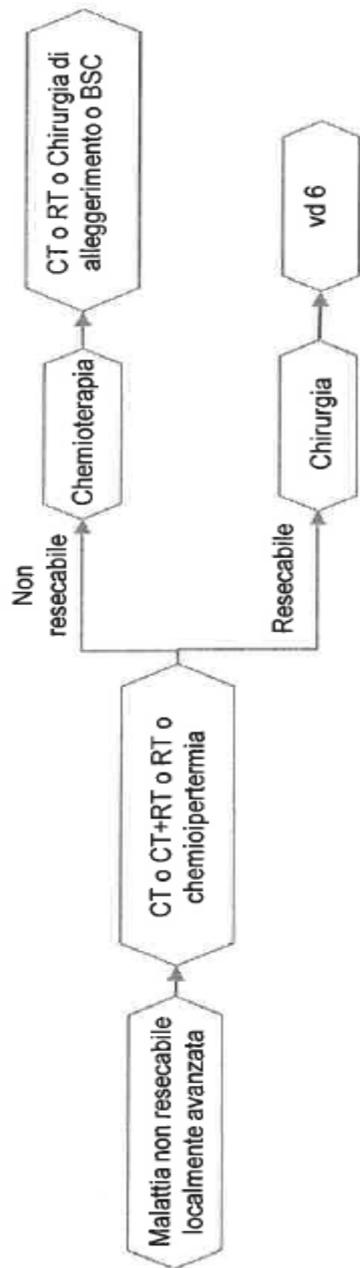
	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 6 di 16

FIGURA 3: STM ARTI E CINGOLI



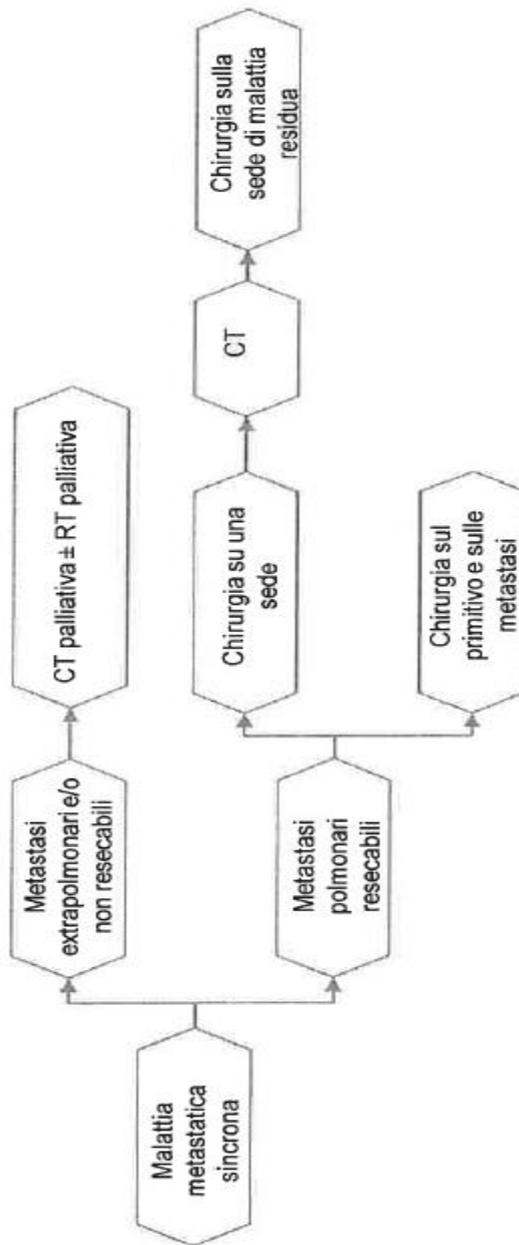
	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 7 di 16

FIGURA 4: STM ARTI E CINGOLI



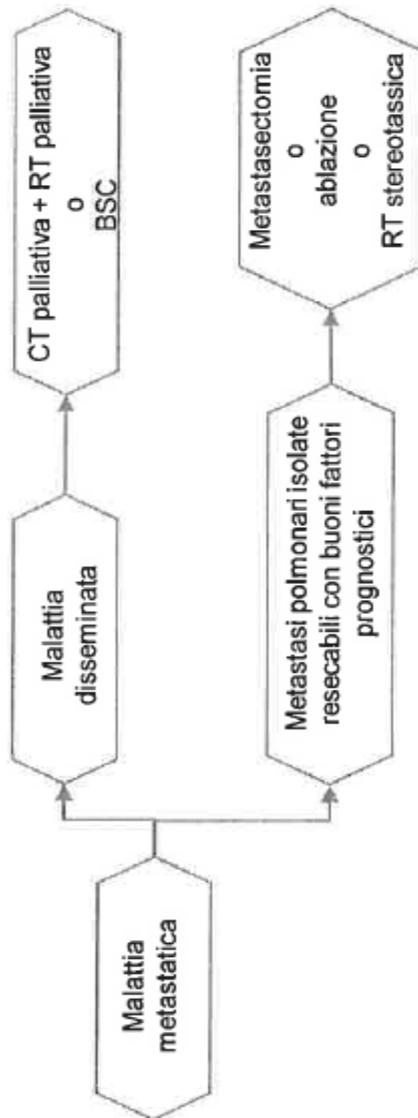
	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
PDTA		28/12/2016	Pagina 8 di 16

FIGURA 5: STM ARTI E CINGOLI



	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 9 di 16

FIGURA 6: STM ARTI E CINGOLI



	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 10 di 16

3.3 Attività

3.3.1 Diagnosi istologica e stadiazione

3.3.1.1 Diagnosi istologica

Il PDTA viene attivato dopo l'esecuzione di una visita CAS (Centro Accoglienza Servizi) oncologica o chirurgica. In questa visita il medico raccoglie le informazioni disponibili riguardo la storia clinica, l'anamnesi personale e familiare del paziente. Viene quindi effettuata una visita clinica al fine di valutare nel modo più accurato possibile la sede di malattia (se clinicamente esplorabile) e le condizioni generali del paziente. A questo punto il medico che ha effettuato la visita CAS attiva il PDTA per l'esecuzione degli accertamenti diagnostici e di stadiazione necessari e per la discussione collegiale del caso.

Viene nel contempo attivata la valutazione infermieristica del Paziente secondo protocollo della Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta che prevede la valutazione del disagio psico-sociale e dei bisogni del paziente anche in previsione dei possibili successivi trattamenti specifici per la patologia di base.

3.3.1.2 Stadiazione

- L'ecografia permette di misurare le dimensioni della lesione, i rapporti con la fascia profonda, la morfologia, l'ecostruttura (solida, liquida, mista) e, con la tecnica eco-power-doppler, la vascolarizzazione.
- La TC con mdc è l'esame di scelta per la stadiazione della regione toracica ed addominale.
- La RM con mezzo di contrasto, ove fattibile, rappresenta l'esame di scelta per le lesioni degli arti e della parete toracica in quanto permette di definire con precisione le dimensioni, il compartimento, la presenza di pseudocapsula ed i rapporti con le strutture vascolari e nervose.
Non esiste evidenza relativa all'utilità di uno studio TC del cranio o di una PET total body durante la stadiazione al di fuori di uno studio clinico (se non per istotipi particolari come per esempio il sarcoma alveolare delle parti molli)

3.3.2 Intervento chirurgico

3.3.2.1 Malattia localizzata suscettibile di chirurgia

La chirurgia è il trattamento standard per tutti i pazienti affetti da sarcoma dei tessuti molli in fase localizzata. L'intervento deve essere condotto da una équipe esperta con l'obiettivo di ottenere margini adeguati, cercando nel contempo di ridurre i danni funzionali ed estetici. La qualità della chirurgia effettuata si basa sulla definizione da parte del patologo del margine peggiore (=margine con trancia più sottile di tessuto sano) mediante la marcatura con inchiostro di china sul pezzo di resezione delle aree sospette per marginalità. Si definiscono pertanto adeguati i margini chirurgici radicali o ampi; non adeguati quelli marginali oppure intralesionali. In prossimità di strutture critiche (vasi e nervi) non sacrificabili, anche un margine marginale può essere considerato adeguato se valutato in sede di pianificazione operatoria.

Una escissione è definita a margini ampi quando vi è tessuto sano in tutte le direzioni o, in prossimità di strutture critiche non sacrificabili, tessuto di qualità (= resistente all'infiltrazione neoplastica) di qualsiasi spessore purché microscopicamente negativo quale il periostio, il perinervio, l'avventizia dei vasi, le fasce muscolari.

Nei casi in cui il sarcoma insorga in aree anatomiche non compartimentali, dove la resezione radicale non sia possibile, è necessario ottenere un margine chirurgico ampio.

La chirurgia ampia deve essere completata dalla radioterapia locale se il sarcoma è di alto grado e/o a sede profonda e/o di dimensioni >5cm.

Interventi marginali (asportazione in blocco del tumore passando attraverso la sua pseudocapsula reattiva periferica) che possono lasciare in sede digitazioni neoplastiche e satellitosi o resezioni intralesionali (asportazione eseguita attraverso la massa tumorale) che lasciano in sede parti macroscopiche di tumore sono considerati inadeguati e non possono essere sanati dalla radioterapia.

In casi estremamente selezionati è però possibile valutare la pianificazione un margine positivo o marginale nel caso in cui questo non sia migliorabile se non a costo di gravi danni funzionali o estetici come nel caso di contiguità con strutture critiche (vasi o nervi di rilievo). Nelle forme a grado intermedio ed alto dopo una chirurgia marginale dovrebbe essere sempre eseguita la radioterapia. Invece, nelle forme a basso grado di malignità, si può decidere di non effettuare trattamento radiante adiuvante dopo un'attenta discussione interdisciplinare che tenga in considerazione le sequele della radioterapia stessa.

La radicalizzazione chirurgica si impone invece in tutti i casi in cui venga eseguito un intervento intralesionale o completamente marginale con possibilità di ampliamento e di bonifica.

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 11 di 16

3.3.2.2 Malattia localmente avanzata non resecabile

Si definisce malattia localmente avanzata un tumore non operabile neppure con intervento demolitivo o operabile solo a prezzo di un intervento molto demolitivo. Questi casi possono trarre giovamento da un approccio multidisciplinare che si avvale della chemioterapia, della radioterapia o dell'approccio concomitante chemio-radioterapico preoperatorio detto neoadiuvante. La modalità ottimale di associazione tra chirurgia, chemioterapia e radioterapia non è ancora univoca e sono attualmente in corso studi randomizzati per definire quale sia la strategia terapeutica migliore in questo gruppo di pazienti.

Nonostante la cachessia neoplastica e la malnutrizione siano osservate raramente nei pazienti affetti da sarcoma degli arti, il paziente che viene candidato a trattamento integrato viene valutato dal medico anche dal punto di vista nutrizionale per individuare eventuali fattori di rischio e/o situazioni borderline che potrebbero essere scompenstate dal trattamento chemio-radioterapico. Nel corso del trattamento, il nutrizionista viene interpellato in presenza di riduzione significativa degli introiti alimentari e/o di calo ponderale > 5%. Tutti i pazienti candidati a chemioterapia ricevono inoltre informazioni riguardo le norme nutrizionali e igienico/comportamentali da osservare nel corso del trattamento.

3.3.3 Chemioterapia

3.3.3.1 Malattia localizzata suscettibile di terapia integrata

a) *Chemioterapia neoadiuvante*

La Chemioterapia neoadiuvante è un trattamento proponibile in tutte le presentazioni, anche potenzialmente resecabili ab initio, ma in cui sia consigliato un trattamento preoperatorio per migliorare il risultato chirurgico. Sono esempi la valutazione pluridisciplinare di resecabilità dubbia (sarcomi dei tessuti molli delle estremità e del tronco ad alto grado di malignità con dimensioni >5 cm) o nei casi in cui si preveda un intervento marginale. La terapia neoadiuvante ha il vantaggio di valutare *in vivo* la reale attività dei farmaci, di ridurre la massa tumorale o cambiarne le caratteristiche morfologiche/strutturali per facilitare un intervento conservativo e di sterilizzare gli eventuali microfoci metastatici, causa di ricomparsa della malattia a distanza. Generalmente viene utilizzata un'associazione, per 3 cicli, di un'antraciclina con l'ifosfamide. L'adozione di un trattamento combinato chemio-radioterapico neoadiuvante deve essere discussa in gruppo multidisciplinare se clinicamente indicato.

b) *Chemioipertermia*

La perfusione ipertermico-antiblastica con TNF (tumor necrosis factor) o con farmaci antiblastici tradizionali, ha come finalità esclusiva la citoriduzione della massa neoplastica primitiva con l'obiettivo di permettere un intervento conservativo. Tale trattamento deve essere proposto nell'ambito di una decisione multidisciplinare e richiede una specifica attrezzatura ed una adeguata expertise degli operatori.

c) *Chemioterapia adiuvante*

Le evidenze scientifiche sull'efficacia della chemioterapia adiuvante nel trattamento dei sarcomi dei tessuti molli sono limitate e parzialmente discordanti. Può essere proposta in casi selezionati, specie nei pazienti ad alto rischio (sarcoma ad alto grado, sede profonda, dimensione maggiore di 5 cm) a seguito di attenta valutazione interdisciplinare e discutendo approfonditamente con il paziente i benefici e le tossicità prospettabili. Non è ad oggi indicato un trattamento chemioterapico adiuvante nel caso in cui sia stato eseguito un trattamento chemioterapico preoperatorio.

3.3.3.2 Malattia metastatica potenzialmente resecabile

Quando localizzazioni secondarie di sarcoma dei tessuti molli si presentano in fase sincrona o metacrona rispetto al tumore primitivo, va presa in considerazione con decisione multidisciplinare la possibilità di resecare le metastasi polmonari. Infatti circa il 20% di questi pazienti è lungo sopravvissuto a 10 anni dopo resezione radicale. La decisione va presa sulla base del numero di metastasi, posizione e dimensioni delle stesse, performance status del Paziente e comorbidità.

Non è dimostrata l'efficacia di una chemioterapia adiuvante dopo resezione.

Non vi sono evidenze di utilità di resezione di metastasi epatiche o ossee o cerebrali.

3.3.3.3 Malattia avanzata non resecabile o metastatica

La chemioterapia standard in prima linea si basa sull'utilizzo di antracicline. Non vi sono ad oggi evidenze che schemi di associazione determinino un vantaggio in termini di sopravvivenza globale, ma permettono di ottenere un miglior tasso di risposte obiettive e un miglioramento della sopravvivenza libera da progressione di malattia. Gli schemi polichemioterapici più utilizzati sono basati sulle antracicline con o senza ifosfamide (sarcomi con differenziazione

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 12 di 16

adipocitaria, sarcoma sinoviale) o dacarbazina (leiomirosarcoma). Nei pazienti affetti da angiosarcoma l'impiego dei taxani può rappresentare una buona scelta basata sulla specifica sensibilità di questo istotipo.

3.3.3.4 Malattia avanzata dopo fallimento della prima linea di trattamento sistemico

Il trattamento sistemico di seconda linea si basa sull'istotipo, sulle condizioni generali e sulla richiesta del paziente e su eventuali comorbidità. Ad oggi sono stati approvati in linee successive alla prima i seguenti farmaci: trabectedina, ifosfamide, gemcitabina ± docetaxel, gemcitabina ± dacarbazina e pazopanib. E' possibile valutare per questi pazienti l'arruolamento in protocolli clinici sperimentali con nuovi farmaci o combinazioni. Talvolta, a scopo palliativo e antalgico, può essere presa in considerazione la radioterapia su una sede fragile o dolente di malattia nell'ambito di una valutazione multidisciplinare. In pazienti fortemente pretrattati o con un decadimento delle condizioni generali deve essere proposta la terapia di supporto e antalgica esclusiva con continuità assistenziale ospedale-territorio.

3.3.4 Radioterapia

L'utilizzo di planning di trattamento ad alto gradiente di dose con modulazione di intensità (IMRT) sono consigliati per migliorare il rapporto rischio/beneficio, riducendo le dosi alle strutture critiche.

3.3.4.1 Malattia localizzata suscettibile di chirurgia

a) La radioterapia preoperatoria

La radioterapia neoadiuvante è indicata per garantire un approccio chirurgico più conservativo, preservando la funzionalità motoria, in caso di lesioni di grandi dimensioni, o in caso di lesioni in stretta vicinanza con strutture critiche quali vasi o nervi. L'approccio preoperatorio consente di irradiare volumi ridotti rispetto al trattamento postoperatorio e potrebbe ridurre l'inseminamento intraoperatorio e determinare l'ispessimento della pseudo capsula reattiva intorno alla neoplasia e la sua sterilizzazione da cloni neoplastici. La radioterapia sembrerebbe facilitare l'asportazione chirurgica e ridurre il rischio di recidiva. Il vantaggio di approccio radioterapico neoadiuvante sarebbe particolarmente evidente in istotipi radiosensibili quali il liposarcoma mixoide, con possibilità di ottenere elevate percentuali di necrosi della lesione.

Le dosi consigliata è di 50 Gy/25 frazioni.

In casi selezionati si può valutare l'esecuzione di un "boost" postoperatorio su volumi preferibilmente individuati da clips chirurgiche, con dosi di 16-18 Gy per malattia residua microscopica e di 20-26 Gy per residuo macroscopico.

Nella pianificazione dei volumi di trattamento, il Planning Target Volume (PTV) è ottenuto: - dall'espansione del GTV (GTV: GrossTumor Volume), costituito dalla malattia macroscopica valutabile con l'imaging radiologico, per ottenere il Clinical Target Volume (CTV). I margini, necessari a coprire il rischio di malattia microscopica perilesionale vanno definiti in base ai dati clinici in modo personalizzato, e sono compresi in modo anisotropico tra 0.3 e 2 cm

Nella dimensione longitudinale sono consigliati margini sino a 4 cm da valutare in base ai dati clinico-radiologici.

- dalla espansione del CTV a PTV con ulteriori margini, definiti in funzione dei dati di set-up sviluppati presso ogni centro radioterapico e delle modalità di simulazione. La disponibilità di tecniche di IGRT può consentire l'utilizzo di margini più stretti CTV-PTV. Non è in genere raccomandata l'irradiazione profilattica di regioni linfonodali adiacenti anche in considerazione del basso numero di metastasi linfonodali locoregionali.

Dai dati di letteratura emerge che la radioterapia neoadiuvante causa una maggiore morbilità nella guarigione della ferita chirurgica con una più alta incidenza di deiscenza o di infezione della cicatrice. Pertanto viene consigliato un intervallo di 3-6 settimane fra la fine della radioterapia e la chirurgia.

La somministrazione concomitante di radio-chemioterapia preoperatoria aumenta la tossicità attesa e pertanto dovrebbe essere utilizzata preferibilmente nel contesto di studi clinici e/o in situazioni cliniche particolari discusse in gruppo multidisciplinare e condivise con il paziente in relazione alla presentazione clinica ed all'istotipo.

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 13 di 16

b) La radioterapia postoperatoria

La radioterapia adiuvante non costituisce un sostituto di una chirurgia inadeguata ed il reintervento sino ad ottenere margini idonei è sempre auspicabile.

La Radioterapia post-operatoria viene proposta a completamento della chirurgia ampia o marginale non radicalizzabile nei sarcomi di alto grado e di grado intermedio, ove pare offrire da studi prospettici un incremento della DFS senza modificazione certa della OS. E' consigliata in caso di margini chirurgici uguali o inferiori ad 1 cm e senza un piano fasciale intatto (raccomandazione categoria 2B per i T1a-1b e categoria 1 per i T2a-2b).

Può essere omessa, previa valutazione multidisciplinare, in alcune situazioni a basso rischio di ricaduta (dimensione inferiore di 5 cm, basso grado, superficialità della lesione, tumori di basso grado profondi che siano stati operati con chirurgia ampia; alcuni tumori a basso grado sottoposti a chirurgia marginale).

L'opzione della sola osservazione può essere proposta per casi T1a-1b con margini chirurgici uguali od inferiori ad 1 cm e con un piano fasciale intatto.

Nella pianificazione dei volumi di trattamento, il Planning Target Volume (PTV) è ottenuto: -dall'espansione del letto chirurgico, in base a dati clinico radiologici, mediante margini sino circa 2 cm per ottenere il CTV

-dall'espansione del CTV a PTV con ulteriori margini, definiti in funzione dei dati di set-up sviluppati presso ogni centro radioterapico e delle modalità di simulazione

Nella dimensione longitudinale sono consigliati margini sino a 4 cm da valutare in base ai dati clinico-radiologici.

Nel setting adiuvante la Radioterapia si avvale di elevati dosaggi (60-66 Gy, normalmente suddivisi in 30-33 frazioni) rappresentati da una dose di 50 Gy su ampi volumi e da un boost con dose di 10-16 Gy in caso di margini negativi. La dose boost è di 16-18 Gy in caso di margini microscopicamente positivi e di 20-26 Gy in caso di residuo macroscopico

L'approccio adiuvante è gravato da una aumentata percentuale di complicanze a distanza di tempo (fibrosi sottocutanea, linfedema, fratture ossee). e pertanto la scelta fra un approccio pre o postoperatorio richiede una attenta valutazione in visita **collegiale**

3.3.4.2 Malattia avanzata non resecabile

La radioterapia esclusiva di neoformazioni non operabili per estensione locale e/o comorbilità del paziente ricopre un ruolo di sola palliazione non potendosi ottenere, in genere, neppure con dosi elevate, il controllo definitivo della malattia.

3.3.5 Follow up

I pazienti trattati per sarcomi dei tessuti molli devono essere seguiti in follow up per almeno 10 anni, differenziando il calendario ed il tipo di esame sulla base dell'istotipo e del grado istologico

Gli esami proposti e la tempistica dei medesimi provengono da esperienze limitate e non da studi randomizzati. Vi è comunque evidenza che l'asportazione con chirurgia radicale di recidive locali o di metastasi polmonari può prolungare la sopravvivenza del paziente. Al contrario, metastasi polmonari diffuse o multiorgano (osso, fegato) non si giovano di un anticipo diagnostico.

Nei sarcomi dei tessuti molli a basso grado vi è consenso nel raccomandare controlli ogni 4-6 mesi per 5 anni e successivamente ogni 12 mesi fino a 10 anni.

Nelle forme ad alto grado vi è consenso nel raccomandare controlli ogni 3-4 mesi per 2 anni e poi ogni 4-6 mesi fino al 5° anno. Successivamente la tempistica può essere annuale fino al 10° anno.

Per il follow up del tumore primitivo si raccomanda l'effettuazione di una visita clinica supportata dalla ecografia e/o dalla RM della sede anatomica. Per quanto riguarda il follow up di sedi sistemiche di malattia è necessario un imaging del torace. Non vi è attualmente accordo su quale sia la metodica da preferire tra TC e radiografia. Nel caso venga impiegata la radiografia del torace, la TC viene considerata esame di approfondimento in caso di dubbio. Alcune istituzioni consigliano invece, soprattutto nelle forme ad alto grado, l'esecuzione della TC torace sempre con l'obiettivo di individuare precocemente lesioni metastatiche potenzialmente operabili in modo radicale.

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 14 di 16

3.4 Responsabilità

Non applicato.

3.5 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

Non applicato.

3.6 Aspetti etici

Il presente documento permette di definire un approccio integrato al trattamento dei pazienti con sarcomi dei tessuti molli che tenga comunque conto sia delle diverse situazioni cliniche che delle aspettative dei pazienti senza omettere l'impatto sulla qualità della vita.

Ovviamente 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.

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 15 di 16

4. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

4.1 Documenti correlati

Non applicato.

4.2 Monitoraggio

4.2.1 Attività di controllo

Monitoraggio durante l'anno 2017 dell'aderenza alle procedure per mezzo di indagini a campione con valutazione di alcuni indicatori che saranno condivisi all'interno del gruppo GIC.

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 sarcomi afferiti al PO e prese in carico al CAS	N	Numero di accessi al CAS	Database	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affetti da sarcoma trattati	Database	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affetti da sarcoma 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 sarcoma trattati	Database	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affetti da sarcoma afferiti al PO e discusse in riunione GIC per la gestione della recidiva	N	Numero di accessi al GIC per Recidiva	Database	Coordinatore GIC	≥ 90%
	D	Numero di pazienti affetti da recidiva di sarcoma	Database	Coordinatore GIC	
Percentuale di pazienti affetti da sarcoma afferiti al PO che non hanno seguito il PDTA nell'iter diagnostico e terapeutico	N	Numero di pazienti affetti da sarcoma che non hanno seguito i PDTA	Database	Coordinatore GIC	≤ 10%
	D	Numero totale di pazienti affetti da sarcoma afferiti al PO	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.

	SARCOMI DEI TESSUTI MOLLI	PDTA.A909.0032	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 16 di 16

5. ALLEGATI

5.1 Moduli

Non applicato.

5.2 Schede

Non applicato.