



## Responsabilità

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	MARIO NICOLA FRANCESCO ALPARONE	
Direttore Sanitario	GLORIA CHIOZZA	
Responsabile Aziendale Qualità	ANNA MESTO	
Referente Indicatori R.O.	PATRIZIA BERGESE BOGLIOLO	
Coordinatore CAS aziendale	MIRELLA GAVAZZA	
Referente medico	FEDERICA BRUSA	
Referente infermieristico	MIRELLA GAVAZZA	
Referente amministrativo	CINZIA TREVISANI	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	FRANCO TESTORE	
Rappresentante utenza/ cittadini	<i>Equipe Locale di Empowerment 3° Settore</i> AVO CITTADINANZA ATTIVA VAO	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e Valle d'Aosta	OSCAR BERTETTO	

<b>Data di approvazione</b>	Ottobre 2016 (1°) Novembre 2018 (2°)
<b>Periodicità di revisione</b>	BIENNALE
<b>Data prossima revisione</b>	Novembre 2020
Modalità di diffusione interna	<i>Diffusione ai Componenti GIC, Direttori e Coordinatori delle Strutture coinvolte; Pubblicazione su AREA Intranet aziendale in Sistema Gestione Qualità (SGQ)</i>
Modalità di diffusione esterna	<i>Internet (sito Rete Oncologica); Invio del documento alla Direzione di Distretto e confronto con Responsabili Equipe MMG</i>
Copia cartacea presso la Direzione Dipartimento Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta	

**Composizione GIC**

Indicare con \* le discipline che intervengono al GIC a chiamata, non in modo regolare

Strutture	Componenti	Referenti	e.mail
ORL	Paolo Pisani	<b>Paolo Pisani</b>	<a href="mailto:ppisani@asl.at.it">ppisani@asl.at.it</a>
	Andrea Colombo **		<a href="mailto:AColombo@asl.at.it">AColombo@asl.at.it</a>
	Alberto Costanzo**		<a href="mailto:acostanzo@asl.at.it">acostanzo@asl.at.it</a>
ORL Infermiere	Liliana Imbrenda	<b>Liliana Imbrenda</b>	<a href="mailto:limbrenda@asl.at.it">limbrenda@asl.at.it</a>
	Monica Mori **		<a href="mailto:mmori@asl.at.it">mmori@asl.at.it</a>
Radioterapia	Maria Tessa	<b>Maria Tessa</b>	<a href="mailto:mtessa@asl.at.it">mtessa@asl.at.it</a>
	Francesco Moretto**		<a href="mailto:fmoretto@asl.at.it">fmoretto@asl.at.it</a>
Radioterapia Infermiere *	Antonella Borza *		<a href="mailto:aborza@asl.at.it">aborza@asl.at.it</a>
Oncologia	Franco Testore	<b>Franco Testore</b>	<a href="mailto:ftestore@asl.at.it">ftestore@asl.at.it</a>
Oncologia Infermiere	Laura Mossino*		<a href="mailto:lmossino@asl.at.it">lmossino@asl.at.it</a>
Anatomia Patologica	Luisa Ferrari	<b>Luisa Ferrari</b>	<a href="mailto:lferrari@asl.at.it">lferrari@asl.at.it</a>
	Daniele Ricci**		<a href="mailto:dricci@asl.at.it">dricci@asl.at.it</a>
Chirurgia Maxillo-Facciale*	Mauro Daneo	<b>Mauro Daneo</b>	<a href="mailto:mdaneo@asl.at.it">mdaneo@asl.at.it</a>
Radiologia	Federico Cesarani	<b>Federico Cesarani</b>	<a href="mailto:fcesarani@asl.at.it">fcesarani@asl.at.it</a>
	Renato Mennilli**		<a href="mailto:rmennilli@asl.at.it">rmennilli@asl.at.it</a>
CAS Oncologo	Federica Brusa	<b>Federica Brusa</b>	<a href="mailto:fbrusa@asl.at.it">fbrusa@asl.at.it</a>
CAS Infermiere	Mirella Gavazza	<b>Mirella Gavazza</b>	<a href="mailto:MGavazza@asl.at.it">MGavazza@asl.at.it</a>
	Sara Martina**		<a href="mailto:smartina@asl.at.it">smartina@asl.at.it</a>
Cure Palliative*	Cure palliative	Francesco Pinta*	<a href="mailto:fpinta@asl.at.it">fpinta@asl.at.it</a>
	Cure palliative* Infermiere	Elena Scarrone*	<a href="mailto:EScarrone@asl.at.it">EScarrone@asl.at.it</a>
Dietologia*	Stefania Bianchi*	<b>Stefania Bianchi</b>	<a href="mailto:sbianchi@asl.at.it">sbianchi@asl.at.it</a>
	Giulia Morando**		<a href="mailto:gmorando@asl.at.it">gmorando@asl.at.it</a>
MFR Logopedia*	Simonetta Pinton*	<b>Simonetta Pinton</b>	<a href="mailto:spinton@asl.at.it">spinton@asl.at.it</a>
	Francesca Zappa**		<a href="mailto:fzappa@asl.at.it">fzappa@asl.at.it</a>
Psicologia*	Ilaria Lombardi*	<b>Ilaria Lombardi</b>	<a href="mailto:ILombardi@asl.at.it">ILombardi@asl.at.it</a>

In tutti i GIC, per la gestione dei farmaci "innovativi", i riferimenti sono:

Strutture	Componenti	Referente	e.mail
Farmacia*	Anna Maria Toffano*	<b>Anna Maria Toffano</b>	<a href="mailto:AToffano@asl.at.it">AToffano@asl.at.it</a>
	Michela Colombo **		<a href="mailto:MColombo@asl.at.it">MColombo@asl.at.it</a>

\* Discipline che intervengono al GIC a chiamata

\*\* Componenti supplenti



## GIC - regolamento

Coordinatore	Paolo Pisani, Otorinolaringoiatria, <a href="mailto:ppisani@asl.at.it">ppisani@asl.at.it</a> Tel. 0141/489305 - 9920
Segreteria	Vedi PDTA CAS
Sede dell'incontro	Vedi PDTA CAS
Periodicità dell'incontro e orario	Quindicinale Martedì ore 14,30
Modalità di refertazione	Vedi PDTA CAS
Descrizione sintetica del funzionamento	Vedi PDTA CAS

Descrizione del percorso assistenziale	<p><i>Modalità di presa in carico della persona/famiglia nel passaggio dal CAS al GIC ( per la fase precedente fare riferimento al PDTA CAS)</i></p> <p>I referenti infermieristici individuati dalla Struttura, fanno parte del GIC e sono l'interfaccia del CAS centrale/CAS satelliti . Partecipano al GIC segnalando le fragilità del paziente e familiari riscontrate durante la valutazione infermieristica e collaborano per la presa in cura del paziente garantendo la continuità assistenziale. A tal fine curano il passaggio di comunicazioni tra le varie équipe e all'interno della propria équipe assistenziale, garantendo il rispetto delle tempistiche e delle implicazioni previste dallo specifico PDTA. Nel caso di chemioterapia, valutano il patrimonio venoso ed organizzano nei tempi indicati l'impianto di dispositivo più adeguato per tipo di terapia, condizioni e compliance del paziente.</p>
--	---

**Contesto epidemiologico e clinico**

<b>Descrizione del bacino di utenza</b>	<i>ASL AT: n.106 comuni su un totale di 118</i>
<b>Numero di abitanti del bacino di utenza</b>	202.909 ( sito ASL a giugno 2018)

**Neoplasie di pertinenza del GIC**

<b>Neoplasia LARINGE</b>
<b>Neoplasia CAVO ORALE</b>
<b>Neoplasia OROFARINGE</b>
<b>Neoplasia RINOFARINGE</b>
<b>Neoplasia IPOFARINGE</b>
<b>Neoplasia MASSICCIO FACCIALE</b>
<b>Neoplasia GHIANDOLE SALIVARI</b>

**Descrizione sintetica dell'iter diagnostico**

Gli esami essenziali per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM aggiornate.

**NEOPLASIA LARINGE**

Segnalare con A (assistenziale) nelle diverse descrizioni sintetiche, eventuali specificità assistenziali (per es presenza enterostomista, dietista, logopedista, ecc...)

Condizione	Procedure	Modalità di accesso (modalità di prenotazione indicata in PDTA CAS )	Tempi previsti di accesso
Sospetta neoplasia	- <b>Visita</b> - <b>Faringooscopia + eventuale NBI (Narrow Band Imaging)</b> <b>Fibrolaringoscopia</b>	Ambulatorio o Prericovery ORL (A)	Visita ORL 5-7 giorni da richiesta CAS
	<b>Tac Collo Con Mdc Eventualmente OPT</b>	RADIOLOGIA ASL AT	TAC 10 giorni da richiesta
	<b>Biopsia in MLSD in anestesia generale</b>	ORL	▪ 15 gg da richiesta
	<b>Esame istologico</b>	Anatomia Patologica -Istologia ASL AT	10 gg da esecuzione biopsia per refertazione
Stadio III- IV Pazienti selezionati	<b>TC Torace con m.d.c. + Ecografia Epatica</b>	RADIOLOGIA ASL AT	<b>TAC</b> ▪ 10 gg da richiesta ▪ 5 gg refertazione da esecuzione esame
Approfondimenti	<b>RM</b>	RADIOLOGIA ASL AT	RMN 20 gg da richiesta
In casi selezionati con sospetto di malattia metastatica o dopo discussione collegiale GIC	<b>TAC/PET</b>	Centri convenzionati esterni ALESSANDRIA	<b>TAC/PET</b> ▪ 10 gg da richiesta 5 gg refertazione da esecuzione esame

### Descrizione sintetica dei trattamenti

Il caso è discusso in sede GIC che deve valutare il corretto percorso diagnostico terapeutico.

*I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM aggiornate.*

Condizione	Procedure	Modalità di accesso (modalità di prenotazione indicata in PDTA CAS)	Tempi previsti di accesso
I-II	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurgia</li> <li>RT esclusiva</li> </ul>	ORL RT	Intervento chirurgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tempo intercorso tra diagnosi e intervento gg 15-20</li> <li>Tempo intercorso tra intervento ed esame istologico definitivo gg 25 - 35</li> </ul>
III-IVA operabili	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chirurgia * RT ± chemioterapia concomitante</li> <li>RT + chemioterapia concomitante</li> <li>Chemioterapia induzione * RT ± chemioterapia concomitante</li> </ul>	ORL RT Oncologia	Intervento chirurgico: <ul style="list-style-type: none"> <li>Tempo intercorso tra diagnosi e intervento gg 15-20</li> <li>Tempo intercorso tra intervento ed esame istologico definitivo gg 25 - 35</li> </ul>
III-IVA-IVB < 70 anni inoperabili (≥ 70 anni selezionati)	RT + chemioterapia concomitante	RT Oncologia	<b>RADIOTERAPIA</b> Visita 7 gg inizio RT 35 gg da richiesta GIC salvo problematiche cliniche
III-IVA-IVB inoperabili con controindicazioni a chemioterapia	<ul style="list-style-type: none"> <li>RT + cetuximab concomitante</li> <li>RT esclusiva (eventualmente ipofrazionata)</li> </ul>	RT Oncologia	<b>RADIOTERAPIA</b> Visita 7 gg inizio RT 35 gg da richiesta GIC salvo problematiche cliniche
III-IVA-IVB operati con fattori di rischio "minori"	RT adiuvante	RT	Visita 15 gg da richiesta GIC inizio 45-60 gg
III-IVA-IVB operati con ECE o R1-2	RT adiuvante + chemioterapia concomitante	RT Oncologia	<b>RADIOTERAPIA</b> In base ai tempi di guarigione della ferita chirurgica. Si richiede all'interno del GIC la consulenza RT. Tempi: visita RT 8 gg dalla richiesta salvo complicanze chirurgiche

Fattori di rischio: T4, numero di linfonodi coinvolti, infiltrazione perineurale, invasione vascolare

**Trattamento Chirurgico Specifico**

Condizione	Procedure
STADI PRECANCEROSI	Exeresi-biopsia (bioexeresi Laser CO <sub>2</sub> ) in MLSD
STADI I – II Glottici	Cordectomia Laser CO <sub>2</sub> (type I – V) in MLSD
STADI I – II Glottici solo in casi eccezionali	Laringectomie parziali verticali
STADI I – II Sovraglottici	Laringectomia sovraglottica
STADI I – II – III – solo casi selezionati	Laringectomia sovracricoidea (crico-ioido-epiglottopessia, crico-ioidopessia)
STADI I – II – III – solo casi selezionati	Laringectomia sovratracheale (tracheo-ioido-epiglottopessia, tracheo-ioidopessia)
STADI III – IV II solo casi selezionati (paziente anziano)	Laringectomia totale
STADI III – IV	Emifaringolaringectomia totale, faringolaringectomia totale

**Possibili interventi sulle stazioni linfonodali laterocervicali**

Condizione	Procedure
N <sub>0</sub> N <sub>1</sub>	Selective neck dissection (livelli II-III-IV secondo Robbins)
N <sub>1</sub> N <sub>2</sub>	Modified radical (functional) neck dissection
N <sub>2</sub> N <sub>3</sub>	Radical neck dissection

**Follow up**

*Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM aggiornate*

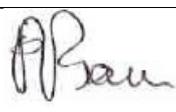
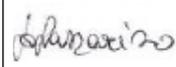
Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Identificazione del TUTOR di trattamento e del follow-up	All'interno delle riunioni del GIC	
Visita ORL + fibrolaringoscopia	<b>Primi 2 anni:</b> con cadenza ogni 2-3 mesi. <b>Dal 3° al 5° anno</b> con cadenza ogni 4/6 mesi, <b>poi con cadenza annuale.</b>	ORL
TC COLLO con MDC (casi dubbi o stadio > II)	<b>Primi 2 anni</b> a 12 e 24 mesi	Radiologia ASL ASTI
Visita ORL + fibrolaringoscopia	<b>Dopo 2 anni:</b> con cadenza ogni 4-6 mesi.	
TC TORACE con MDC	<b>1 volta all'anno</b>	
Valutazione della funzionalità tiroidea	<b>1 volta all'anno</b>	

**Altre procedure correlate al follow up**

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI/ MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Consegna lettera informativa per il paziente all'inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI/ MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Consegna della programmazione del follow up	SI/ MODELLO COMUNE predisposto dalla Rete Oncologica
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI/ Il CAS, ricevuta la richiesta (da MMG o dal Paziente), attiva i contatti con gli specialisti. In alternativa il paziente può rivolgersi direttamente all'oncologia o al reparto in cui è stato maggiormente seguito, per richiedere una visita specialistica.

**Si allega il percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale dell' ASL AT****PA 2304 PDTA PAZIENTE CON CARCINOMA LARINGEO**

 <b>A.S.L. AT</b> Azienda Sanitaria Locale di Asti	Sistema di Gestione per la Qualità	<b>PA 2304</b>
	<b>PDTA</b> <b>PAZIENTE CON CARCINOMA LARINGEO</b>	 Pagina 9 di 26 Ed.01 Rev.00

Rev.	Data	Descrizione delle Modifiche	Redazione	Approvazione	Emissione
00	13/07/2015	Stesura profilo "Percorso del paziente con <b>CARCINOMA LARINGEO</b> "	P. PISANI SOC ORL		
	Ottobre 2015	EMISSIONE		R. GERBI Direzione Sanitaria 	L. LAZZARINO Ufficio Qualità 

**IL GRUPPO DI LAVORO**

<b>PAOLO PISANI</b>	<b>DIRETTORE SOC ORL</b>
ELA FEYLES	DIRETTORE SOC ANATOMIA ISTOLOGIA
MARIA TESSA	DIRETTORE SOC RADIOTERAPIA
FRANCESCO MORETTO	DIRIGENTE MEDICO RADIOTERAPIA
FRANCO TESTORE	DIRETTORE SOC ONCOLOGIA
ELSA VARGIU	INFERMIERE CAS
SIMONA MILANESE	ONCOLOGO CAS
SIMONETTA GIUNIPERO	COORDINATORE ORL
MARIA LUISA AMERIO	DIRETTORE SOC DIETOLOGIA
MARIA GRAZIA SARACCO	COORDINATORE LOGOPEDISTA
SIMONETTA PINTON	LOGOPEDISTA
FRANCESCA ZAPPA	LOGOPEDISTA
PATRIZIA BERGESE BOGLIOLO	RAD CHIRURGIA
RAFFAELLA MARMO	RAD RRF



## INDICE

1.	<b>SCOPO DELLA PROCEDURA.....</b>	<b>13</b>
2.	<b>GENERALITA'.....</b>	<b>13</b>
	INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA.....	13
3.	<b>DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....</b>	<b>15</b>
4.	<b>INDICATORI.....</b>	<b>25</b>
5.	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>27</b>
6.	<b>ALLEGATI (PO – IO – FC – MD – AL ).....</b>	<b>27</b>

## SCOPO DELLA PROCEDURA

### SCOPO DEL PDTA

Lo scopo del presente documento è la descrizione delle attività mirate ad una gestione del CARCINOMA LARINGEO basata su un approccio MULTIDISCIPLINARE INTEGRATO.

#### *Obiettivi specifici*

**Fornire una assistenza di elevata qualità in termini di:**

- *impiego di trattamenti di provata efficacia*
- *personalizzazione delle terapie*
- *sicurezza per il paziente*
- *appropriatezza degli interventi*

**Ottimizzare i tempi del trattamento, come:**

- *riduzione dei tempi di attesa*
- *rispetto dei tempi utili per le diverse fasi di terapia*

**Semplificare le procedure burocratiche e ridurre i disagi per i pazienti**

**Favorire l'umanizzazione delle cure**

### ABBREVIAZIONI USATE NEL TESTO

Acronimo	Descrizione
<b>CAS</b>	CENTRO ACCOGLIENZA E SERVIZI
<b>GIC</b>	GRUPPO INTERDISCIPLINARE CURE
<b>NBI</b>	NARROW BAND IMAGING

## GENERALITA'

### *INQUADRAMENTO DELLA PATOLOGIA*

Il cancro della laringe è il più comune tumore del distretto testa – collo (25%-28%), con un'incidenza stimabile in Italia tra 6 e 10 nuovi casi/anno/100.000 abitanti ed una mortalità complessiva del 25%-30%. È prevalente nel sesso maschile rispetto al sesso femminile, con un rapporto di 10/1; l'età più colpita è tra i 50-60 anni. I principali fattori di rischio sono il fumo ed il consumo di alcol; patologie da reflusso, processi infiammatori cronici e le c. d. precancerosi (leucoplachie, eritroplachie, papillomatosi) possono costituire altrettanti fattori predisponenti.

Il carcinoma squamocellulare è l'istotipo più frequente (95%).

Considerazioni di ordine embriologico e funzionale consentono di individuare nella laringe 3 sottosedimenti anatomiche ben distinte: il piano glottico, la regione sovraglottica e la regione sottoglottica.

La sottosedede sovraglottica è interessata nel 40% - 45% dei casi; la sottosedede glottica è interessata nel 50%-55% dei casi; la sottosedede sottoglottica è sede di tumori in un 2% – 3% dei casi.

Le strutture sovraglottiche hanno una ricca rete linfatica e drenano nei livelli II,III e IV, mentre la rete linfatica è meno sviluppata nella regione sottoglottica con un drenaggio prevalentemente verso i linfonodi dei livelli III e IV e paratracheali. Le corde vocali vere sono prive di capillari linfatici per cui la diffusione metastatica linfonodale si ha per interessamento della regione sovra-sottoglottica.

Lo stadio di T e di N rappresentano i fattori prognostici più importanti.

Pazienti portatori di carcinomi glottici T1 hanno percentuali di sopravvivenza a 5 anni pari al 95%, valori che tendono a scendere progressivamente in funzione della stadiazione.

Le lesioni della regione sottoglottica hanno usualmente una prognosi peggiore.

## DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

### ATTIVITÀ

#### PROVENIENZA DEI PAZIENTI

I pazienti afferiscono alla consulenza O.R.L da:

- DEA : il paziente che si presenta al DEA con sintomi sospetti per patologia laringea viene sottoposto a visita del medico del DEA, ad esami ematochimici e visita ORL.
- AMBULATORI SPECIALISTICI: paziente che si presenta con richiesta di visita specialistica urgente (effettuata dal MMG) \* la visita viene effettuata entro 72 ore dalla data della impegnativa .
- Strutture Ospedaliere

Segni/sintomi potenzialmente sospetti per una neoplasia della laringe sono:

- disfonia ingravescente da almeno 15-20 giorni in paziente con fattori di rischio positivi (fumo, alcol etc);
- dispnea lieve o moderata dopo sforzo o a riposo fino a giungere a gravi estremi con tirage o corange;
- disfagia ad alimenti solidi o liquidi con riduzione o perdita del peso corporeo.

L'iter diagnostico deve prevedere la ricerca e la raccolta di tutte le informazioni relative alla neoplasia ed alle condizioni generali del paziente che sono indispensabili per la programmazione terapeutica e per la definizione della prognosi.

In particolare vanno segnalate l'estensione della neoplasia, le eventuali limitazioni funzionali (della deglutizione, della motilità cordale) ad essa correlate, le sedi e sottosedimenti interessate, il numero, il livello, le dimensioni e le caratteristiche (consistenza, forma, mobilità) delle adenopatie.

La fibroscopia faringo-laringea è un esame indispensabile e routinario: deve essere eseguito in tutti i pazienti con sospetto di patologia laringea.

Laringostroboscopia ed endoscopia N.B.I. sono indagini complementari da eseguire in casi selezionati.

### MICROLARINGOSCOPIA DIRETTA (MLSD) con BIOPSIA

Tutti i pazienti portatori di una patologia laringea sospetta per malignità devono essere sottoposti ad una microlaringoscopia diretta con finalità diagnostiche.

Una prelievo biptico in MLSD deve essere condotto con tecnica exeretica in presenza di lesioni < 0,5 cm e con prelievi marginali nelle lesioni di dimensioni maggiori.

La conferma istologica della malattia discrimina i casi da sottoporre a valutazione preoperatoria.

## ESAME ISTOLOGICO

In caso di lesione tumorale maligna, il carcinoma spinocellulare rappresenta l'istotipo di gran lunga più frequente (>95% dei casi). Il grading tumorale e le caratteristiche di invasività della lesione sono indispensabili al fine della programmazione terapeutica.

La ricerca di HPV non è indicata di routine.

In rari casi possono essere presenti lesioni di tipo sarcomatoso (condrosarcoma, fibrosarcoma...), carcinomi adenoidocistici, schwannomi maligni...

Le precancerosi laringee sono rappresentate da displasie di vario grado (LIN I, LIN II, LIN III) e dal carcinoma in situ. Displasie gravi (LIN III) e carcinomi in situ vengono abitualmente gestite come precancerosi "obbligatorie".

Tumori benigni della laringe sono poco frequenti; tra questi vanno ricordati adenomi pleomorfi, emangiomi, schwannomi, localizzazioni di amiloidosi...

## DIAGNOSTICA PER IMMAGINI

La diagnostica per immagini rappresenta un passaggio imprescindibile nella diagnostica pre-trattamento di un tumore della laringe.

La TC del collo con mdc rappresenta l'indagine di elezione.

In pazienti selezionati in stadio I e II ed in tutti i pazienti in stadio III e IV è indicata l'esecuzione di una stadiazione con TC Torace con m.d.c. + ecografia epatica.

La RMN può essere molto utile nei casi in cui precisare l'entità di un interessamento cartilagineo o dello spazio paraglottico può cambiare l'approccio terapeutico, ed escludere o confermare la possibilità di conservazione d'organo.

Una PET/TC viene richiesta in casi selezionati con sospetto di malattia metastatica o dopo discussione collegiale: l'esame è effettuato in Centri convenzionati esterni.

## INDAGINI COMPLEMENTARI

In tutti i pazienti in stadio avanzato (III-IV) e nei casi in cui è stata programmata una chirurgia subtotale/ricostruttiva, sono indicate una valutazione nutrizionistica ed una presa in carico logopedica.

## PRESA IN CARICO CAS

Tutti i pazienti con quadro clinico fortemente significativo o con esame istologico positivo per carcinoma della laringe vengono inviati al CAS per presa in carico.

## VISITA GIC

In tutti i casi in cui l'esame istologico confermi la diagnosi di carcinoma della laringe il paziente viene direttamente contattato dallo specialista ORL per la comunicazione della diagnosi e la programmazione degli esami di stadiazione.

Viene dunque eseguita discussione collegiale GIC per definire un iter terapeutico sulla base di protocolli procedurali condivisi; il riferimento è alle Linee Guida AIOCC (allegate) e a quelle NCCN.

Figure professionali presenti:

- Chirurgo otorinolaringoiatra
- Chirurgo maxillo-facciale
- Radiologo
- Radioterapista oncologo
- Oncologo medico
- Anatomo-patologo
- Infermiere.

Oltre alle figure indicate possono partecipare occasionalmente alla discussione collegiale, in casi selezionati, lo psico-oncologo, il palliativista, il nutrizionista e il logopedista. Lo psico-oncologo è disponibile per pazienti ricoverati o ambulatoriali su segnalazione dello specialista.

## CHIRURGIA

La chirurgia deve comprendere il trattamento sia della neoplasia primitiva che della sua possibile diffusione regionale. Il trattamento delle aree linfatiche deve essere contemporaneo o successivo a quello del primitivo. Deve essere garantita la radicalità oncologica. Per questo è fondamentale che i margini di exeresi siano sempre liberi da neoplasia e che quindi sia rispettato un adeguato margine di sicurezza

Possibili interventi di chirurgia laringea oncologica:

- Exeresi-biopsia (bioexeresi Laser CO<sub>2</sub>) in MLS
- Cordectomia Laser CO<sub>2</sub> (type I – V) in MLS
- Laringectomie parziali verticali
- Laringectomia sovraglottica
- Laringectomia sovracricoidea (crico-ioido-epiglottopessia, crico-ioidopessia)
- Laringectomia sovratracheale (tracheo-ioido-epiglottopessia, tracheo-ioidopessia)
- Laringectomia totale
- Emifaringolaringectomia totale, faringolaringectomia totale

Possibili interventi sulle stazioni linfonodali laterocervicali:

- Selective neck dissection (livelli II-III-IV secon Robbins)
- Modified radical (functional) neck dissection
- Radical neck dissection

## VALUTAZIONE PRE-OPERATORIA

La valutazione pre-operatoria del paziente consente di quantificare il rischio correlato all'intervento chirurgico. Alla definizione del rischio operatorio concorrono una serie di parametri che riguardano il paziente, la neoplasia, la terapia.

- Fattori legati al paziente: età, patologie concomitanti (patologie cardiovascolari, respiratorie, renali, epatiche e metaboliche), stato nutrizionale.
- Fattori legati alla neoplasia: estensione loco-regionale (metastasi bilaterali, o infiltranti la vena giugulare interna), neoplasie recidivate a pregressa chirurgia o radioterapia.
- Fattori legati alla terapia: durata dell'intervento e dell'anestesia.

## RADIOTERAPIA

Radioterapia ESCLUSIVA:

-T1-2, N0: 66-70 Gy frazionamento convenzionale

-T2-3, N0-1:

66-70 Gy frazionamento convenzionale a livello del tumore primitivo e delle adenopatie patologiche

54 Gy frazionamento convenzionale a livello delle adenopatie sede di possibile malattia subclinica.

Radiochemioterapia INTEGRATA:

RT: 66-70 Gy frazionamento convenzionale a livello del tumore primitivo e delle adenopatie patologiche

54 Gy frazionamento convenzionale a livello delle adenopatie sede di possibile malattia subclinica.

CT: Cisplatino 100mg/mq q21 per 2-3 cicli, o cisplatino settimanale concomitante alla RT

Se pz unfit eventuale associazione con Cetuximab

Radioterapia POST-OPERATORIA (entro 6 settimane dall'intervento chirurgico).

60-66 Gy frazionamento convenzionale se fattori di rischio (es. margini positivi, estensione extracapsulare)

54 Gy frazionamento convenzionale a livello delle adenopatie sede di possibile malattia subclinica.

## CHEMIOTERAPIA

La chemioterapia viene utilizzata in fasi diverse del percorso terapeutico; la sua prescrizione implica, da parte dell'oncologo, una valutazione approfondita del performance status del paziente e della reale possibilità di effettuare il trattamento con dosi e tempi di somministrazione adeguati.

### TRATTAMENTO INTEGRATO NEO-ADIUVANTE

#### TRATTAMENTO INTEGRATO ESCLUSIVO IN PAZIENTI NON CANDIDATI ALL'INTERVENTO CHIRURGICO

Alla radioterapia neo-adiuvante possono essere associate le seguenti terapie, con effetto radiosensibilizzante :

- **monochemioterapia con Cisplatino settimanale**, in assenza di controindicazioni rispetto alla funzionalità renale e ad eventuale polineuropatia periferica.

- **terapia biologica a bersaglio molecolare con Cetuximab settimanale** nei casi in cui il Cisplatino è controindicato; il Cetuximab non si impiega in presenza di lesioni superficiali ulcerate o comunque ogni volta che la cute nel campo di irradiazione presenti alterazioni che ne aumentano la fragilità.

Le terapie suddette vengono somministrate in concomitanza con la radioterapia, sincronizzando l'inizio e al conclusione dei due trattamenti.

### TRATTAMENTO ESCLUSIVO NEO-ADIUVANTE

Il trattamento polichemioterapico standard, per i paziente non candidati a Radioterapia neo-adiuvante a causa dell'estensione della neoplasia, è costituito dall'associazione di **Cisplatino e Docetaxel settimanali con 5-Fluorouracile in infusione continua (DCF)**, con l'eventuale aggiunta di **Cetuximab**.

La valutazione della fattibilità del trattamento suddetto deve essere effettuata con estrema accuratezza dall'oncologo, tenendo conto delle condizioni generali e nutrizionali del paziente e dell'obiettivo terapeutico realistico.

In caso di pazienti fragili o non eleggibili per un trattamento completo, a causa di co-morbidity o età avanzata, si prendono in considerazione riduzioni dei dosaggi standard o del numero dei farmaci impiegati nel trattamento.

### TRATTAMENTO DELLA MALATTIA AVANZATA

I farmaci e gli schemi di trattamento impiegati nel trattamento di prima linea della malattia avanzata sono gli stessi già riportati per la terapia neo-adiuvante.

In casi molto selezionati (risposta almeno parziale alla linea di trattamento precedente, con tempo a progressione prolungato oltre 3-6 mesi) si possono considerare ulteriori linee di trattamento, con **Carboplatino e Paclitaxel, o Fluorouracile** in infusione continua.

La decisione sulla proposta di una linea di chemioterapia ulteriore presuppone la valutazione di un possibile beneficio significativo per il paziente, e di un'aspettativa di vita superiore a sei mesi in caso di risposta al trattamento.

## STRATEGIA DI TRATTAMENTO

Le strategie di trattamento sono formulate secondo le indicazioni riportate nelle linee guida AIOCC 2012 (vedi tabelle allegate **IO 2304 -1\_STRATEGIE TRATTAMENTO\_LG AIOCC 2012**)

## FOLLOW UP

Primi 2 anni:

Visita ORL + fibrolaringoscopia con cadenza ogni 2-3 mesi.

TC collo con mdc a 12 e 24 mesi (casi dubbi o stadio > II)

Dopo 2 anni **per ulteriori 3 anni:**

Visita ORL + fibrolaringoscopia con cadenza ogni 4-6 mesi.

TC torace con m.d.c. annuale

Valutazione della funzionalità tiroidea ogni 12 mesi.

Rieducazione logopedica se clinicamente indicato.

Nella maggior parte dei casi, in assenza di quadri evolutivi inconsueti, si consiglia un primo controllo a 2-3 mesi dalla fine del trattamento, mediante visita ORL e fibrolaringoscopia; nei casi dubbi è indicata l'esecuzione di laringostroboscopia, NBI e imaging diagnostico (TC, MRI). Nei casi dubbi ci si può avvalere della PET. Il sospetto di persistenza o di recidiva può portare alla prescrizione di ulteriori accertamenti.

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 di effettuazione di ecografia, mentre situazioni con aumentato rischio di diffusione sistemica (T $\geq$ 3; ogni T con N+) richiedono esami di ristadiazione generale (TC total body, PET-TC).

## INTERVENTO NUTRIZIONALE NEL PAZIENTE CON NEOPLASIA CAPO-COLLO

Il trattamento del tumore testa-collo necessita di una buona collaborazione tra le diverse figure mediche coinvolte affinché la realizzazione dei trattamenti avvenga in modo ottimale.

I pazienti con tumore testa-collo rappresentano una popolazione ad incidenza di malnutrizione tra le più elevate.

L'eziologia della malnutrizione è dovuta a meccanismi multifattoriali e complessi (Hébuterne X et al, 2006 E. Van Cutsem et al, 2005). Numerosi pazienti risultano malnutriti o a rischio di malnutrizione al momento della diagnosi e prima dell'inizio del trattamento a causa del loro stile di vita, essendo forti fumatori e bevitori.

Con l'evoluzione della malattia le mucositi, le dermatiti, la disfagia ed una progressiva riduzione dell'introito calorico e dell'assunzione di liquidi determinano un progressivo ulteriore deterioramento dello stato nutrizionale. La malnutrizione interferisce con il performance status, determina un aumento di morbilità, pregiudica la continuità del trattamento ed è inversamente correlata alla prognosi. Poiché in una discreta percentuale di casi, la causa prima di morte in pazienti neoplastici, sembra essere sostanzialmente dovuta a problemi metabolici/nutrizionali, senza un interessamento evidente di organi vitali, la valutazione dello stato nutrizionale del paziente deve avvenire all'inizio della sua storia clinica e proseguire durante tutte le fasi terapeutiche modulandosi a seconda delle esigenze e delle nuove condizioni cliniche del paziente.

Prima di qualsiasi terapia, lo screening per la malnutrizione permette di individuare i soggetti a maggior rischio nutrizionale che richiedono particolare attenzione tenuto conto che una perdita di peso superiore al 15 % è costantemente associata ad un peggioramento della prognosi. (Senesse P. et al, 2008). Inoltre la perdita di peso limita di oltre il 10% il recupero periodo post operatorio, i risultati delle terapie e il trattamento del dolore.

Il supporto nutrizionale per i pazienti affetti da neoplasia dovrà tener conto delle alterazioni metaboliche indotte dalla patologia ed essere in grado di soddisfare i fabbisogni calorico-proteici, vitaminici e minerali. L'intervento nutrizionale deve inoltre essere personalizzato sulla base dei fabbisogni, dello stato nutrizionale, delle condizioni cliniche presenti o in previsione dei trattamenti terapeutici a cui il paziente dovrà essere sottoposto.

### **1) Pazienti con malattia oncologica in atto candidati a chirurgia**

Lo stato attuale delle conoscenze (linee guida ESPEN, Società Europea di Nutrizione Enterale e Parenterale) raccomanda per i pazienti neoplastici da sottoporre ad un intervento di chirurgia maggiore del collo (laringectomia e faringectomia) una nutrizione enterale preoperatoria addizionata con immunonutrienti (arginina, acidi grassi  $\omega$ -3 e nucleotidi), per una durata di almeno 5-7 giorni, indipendentemente dallo stato nutrizionale del soggetto (raccomandazione di grado A) in quanto recenti studi hanno dimostrato come l'immuno-nutrizione preoperatoria sia in grado di migliorare non solo lo stato nutrizionale dei pazienti, ma anche l'incidenza di complicanze postoperatorie con indubbi vantaggi clinici e di farmaco-economia.

La SOC di Dietetica e Nutrizione Clinica dell'Ospedale Cardinal Massaia di Asti, ha attivato da alcuni anni, in accordo con la SOC di Otorinolaringoiatria, un programma di nutrizione preoperatoria, eseguita in concomitanza con la visita anestesiologicala.

I pazienti candidati ad un intervento chirurgico del collo per neoplasia vengono inviati dall'ambulatorio del pre-ricovero presso il nostro ambulatorio dedicato all'immunonutrizione.

Durante la visita nutrizionale, vengono rilevati alcuni fondamentali parametri nutrizionali, quali il Body Mass Index (BMI), la % di calo ponderale rispetto alle condizioni precedenti l'insorgenza della malattia; viene eseguita un'anamnesi alimentare per monitorare l'intake calorico e proteico e l'apporto idrico; valutata l'eventuale presenza di sintomatologia e le eventuali variazioni ponderali legate alla patologia e/o alla preparazione dei diversi esami diagnostici e quindi la presenza di malnutrizione (calo ponderale >5% in un mese o >10% in 6 mesi).

Dopodichè presa visione della cartella clinica e degli esami ematochimici, si prescrive la terapia immunonutrizionale.

E' ormai ampiamente dimostrato che i maggiori costi dovuti alla immunonutrizione sono compensati dalla riduzione della morbilità.

## **2) Pazienti con patologia oncologica in atto e candidati a radioterapia/chemioterapia**

I danni da chemio-radioterapia (CRT) a livello delle mucose dell'apparato digerente sono ben note e possono recare notevole disagio al paziente, creando, o peggiorando, difficoltà all'alimentazione spontanea. Le problematiche che si presentano con maggior frequenza sono l'alterazione o la perdita del gusto, la mucosite, la xerostomia, la nausea e il vomito, con conseguente peggioramento della Malnutrizione.

La complessità e la gravità del quadro delle complicanze osservate nel paziente con mucosite orale possono determinare un'interruzione del programma terapeutico e la necessità di una riduzione dei dosaggi e/o dell'intensità della dose della CT e della RT.

In questa situazione la finalità del supporto nutrizionale è di evitare o minimizzare la compromissione dello stato di nutrizione durante il ciclo terapeutico, favorendone il corretto e completo espletamento. A questo proposito, è stato dimostrato che durante RT o CT il 55% dei pazienti può perdere un ulteriore 10% o più del peso corporeo. Le linee guida internazionali suggeriscono che il counseling nutrizionale (NC) e la supplementazione orale nutrizionale (ONS) dovrebbero essere utilizzati per aumentare le ingestie e per prevenire la perdita di peso associata alla terapia e l'interruzione della radioterapia nei pazienti sottoposti a tale trattamento per tumori capo-collo. L'evidenza è il risultato di studi che hanno dimostrato che il counselling nutrizionale (costruzione di un programma alimentare adeguato al singolo individuo) induce andamenti significativamente migliori, rispetto alla dieta "libera", per quanto riguarda le ingestie calorico-proteiche, la perdita di peso, la qualità di vita, l'ospedalizzazione e la "dose intensity" e la "dose density" delle terapie programmate.

Inoltre il miglioramento ottenuto persiste sino a 3 mesi dal termine della terapia oncologica.

Un recente studio prospettico di van den Berg ha ulteriormente confermato che una precoce ed intensiva consulenza dietetica individualizzata produce effetti clinicamente rilevanti in termini di diminuzione di perdita di peso e malnutrizione a fronte di consulenza nutrizionale standard. Le linee guida internazionali suggeriscono anche l'avvio precoce di un supporto nutrizionale per via enterale, previa posizionamento di gastrostomia percutanea nei paz malnutriti o disfagici al fine di prevenire il deterioramento dello stato nutrizionale e della qualità della vita.

I pazienti con calo ponderale sviluppano generalmente una maggiore tossicità al trattamento chemioterapico, rispetto ai controlli non malnutriti; questo limita la quantità totale di chemioterapico somministrabile e di conseguenza la risposta oncologica e la sopravvivenza.

Il “percorso parallelo metabolico- nutrizionale” nei paziente con tumore capocollo che avviene attraverso la presa in carico durante il ricovero nei reparti di degenza o nel day hospital oncologico permette di effettuare :

- la valutazione dell'andamento ponderale e dell'eventuale calo di peso.
- il calcolo della percentuale di copertura dei fabbisogni calorico-proteici teorici con l'alimentazione orale
- la rilevazione della presenza di una sintomatologia legata all'ingestione degli alimenti ed ad eventuale disturbi gastrointestinali
- di fornire al paz strategie ed indicazioni per riuscire ad alimentarsi il più correttamente ed adeguatamente possibile.
- di attuare una nutrizione artificiale enterale e/o parenterale .

### **3) Pazienti con malattia incurabile in atto**

Si tratta di pazienti spesso definiti “terminali”, pazienti cioè che hanno esaurito tutte le possibili terapie oncologiche convenzionali e pertanto non sono più suscettibili di un trattamento oncologico, tuttavia la loro attesa di vita può variare da poche settimane a diversi mesi.

Il supporto nutrizionale in questi pazienti è molto controverso per motivi etici, economici, ma soprattutto per la mancanza di studi clinici randomizzati. Il supporto nutrizionale in questi pazienti è indicato nelle situazioni in cui il problema nutrizionale è prioritario, il paziente rischia di morire per malnutrizione e non per la patologia oncologica, e la nutrizione può essere proseguita al domicilio. La nutrizione artificiale deve avere come obiettivo il miglioramento della qualità della vita e della sopravvivenza.

### **4) Pazienti con esiti di trattamenti oncologici e liberi da malattia neoplastica**

Rientrano in questo gruppo i pazienti che hanno effettuato terapie oncologiche con successo, ma con effetti collaterali o conseguenze tali da limitare l'autonomia nutrizionale. In particolare sono pazienti che hanno subito trattamenti chirurgici e/o radioterapici a livello delle prime vie digestive, con successiva comparsa di disfagia. In questo gruppo di pazienti il supporto nutrizionale deve essere generalmente protratto per periodi medio-lunghi e pertanto deve essere avviata una nutrizione artificiale domiciliare. In presenza di disfagia ma di tratto intestinale funzionante è indicata una nutrizione enterale .

### **indicatori di efficacia dell'intervento nutrizionale**

*(vedi paragrafo INDICATORI )*

INTERVENTO LOGOPEDICO PDTA testa/collo				
Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
1	<b>Segnalazione alla SOC RRF</b> _____	<p><b>Perché:</b> Per organizzare l'intervento logopedico</p> <p><b>Come:</b> telefonata al servizio di logopedia per l'eventuale necessità di valutazione e intervento logopedico post chirurgico.</p> <p><b>Quando:</b> durante il prericovero</p> <p><b>chi:</b> il medico otorino o infermiera del prericovero</p>	Prenotazione telefonica in orario dedicato al coordinatore logopedista	Inserimento in lista d'attesa con urgenza prioritaria
2	<b>Valutazione logopedica</b>	<p><b>perché:</b> presa in carico del paziente</p> <p><b>come:</b> modulo di richiesta interna C4 di valutazione logopedica</p> <p><b>quando:</b> dopo 7 giorni dall'intervento</p> <p><b>chi:</b> il logopedista settore ospedaliero</p> <p><b>dove:</b> nel reparto ORL / maxillo</p>	<p>Il logopedista effettua dopo 7 gg dall'intervento :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- anamnesi</li> <li>- esame obiettivo ( presenza di dispositivi per l'alimentazione , PEG,SNG, tipo di cannula tracheale)</li> <li>- valutazione delle performances residue dell'atto deglutitorio con prove indirette di deglutizione e e competenze fono-articolatorie</li> <li>- informazione al paziente e ai familiari sul percorso riabilitativo</li> <li>- eventuale individuazione del caregiver di riferimento</li> <li>- eventuale proposta di esami ( ffoo – Fibrolaringoscopia, radiografia del transito o VFG)</li> <li>- definizione del problema: disfagia/disfonia/deficit articolatori</li> </ul>	- refertazione in cartella informatizzata del reparto e programma dedicato RRF ( Dshop RRF

**INTERVENTO LOGOPEDICO PDTA testa/collo**

Fase	Attività	Perché/Come/Quando/Chi	Istruzioni specifiche	Documenti/Registrazioni
3	<b>Trattamento logopedico</b>	<p><b>perché:</b> migliorare le prestazioni residue</p> <p><b>Come:</b> con frequenza in relazione al caso (concordata con medico otorino)</p> <p><b>Quando:</b> durante la degenza</p> <p><b>Chi:</b> il logopedista</p>	<p>Il logopedista</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- individua le criticità e formula un piano di trattamento specifico.</li> <li>- Addestramento del paziente alla propria igiene della cannula tracheale e del cavo orale.</li> <li>- Addestramento del paziente o del caregiver alle manovre di aspirazione della cannula.</li> <li>- Addestramento del care giver alla supervisione al rispetto delle eventuali posture compensative individuate durante il trattamento.</li> <li>- concorda con la soc di Nutrizione clinica la tipologia dei generi alimentari con cui stimolare la rieducazione della disfagia in previsione dallo svezzamento dell'enterale in corso.</li> <li>- concorda con lo specialista ORL la tempistica dei cambi cannula in funzione degli obiettivi riabilitativi.</li> </ul>	<p>Refertazione in cartella clinica informatizzata e programma dedicato RRF ( Dshop RRF del trattamento eseguito</p> <p>Relazione alla dimissione per famiglia, medico curante.</p>
4	<b>Prosecuzione trattamento ambulatoriale</b>	<p><b>Perché:</b> nel caso il percorso riabilitativo debba proseguire.</p> <p><b>Come:</b> prenotazione per trattamento ambulatoriale</p> <p><b>Chi:</b> il logopedista in accordo con il medico otorino</p>	<p>Prenotazione tramite segnalazione interna al coordinatore logopedista in orario dedicato</p>	<p>Inserimento in lista d'attesa ambulatoriale</p>

**INDICATORI**

Per valutare l'efficacia e l'efficienza del profilo si fa riferimento agli indicatori di seguito riportati.

**INDICATORI DI STRUTTURA**

INDICATORI DI STRUTTURA	Criterio	Indicatore (Formula)	Standard o soglia di allarme Atteso
PRESENZA GIC DI RIFERIMENTO	FORMALIZZAZIONE GIC IN CIASCUNA ASL	DELIBERAZIONE GIC SI / NO	Si
Riferimento normativo/bibliografico Requisiti Rete oncologica	Struttura responsabile CAS		

**INDICATORI DI PROCESSO**

Indicatori	Criterio	indicatore	standard
TEMPISTICA E APPROPRIATEZZA	INTERVALLO TRA VALUTAZIONE MULTIDISCIPLINARE E INIZIO TRATTAMENTO DI INDUZIONE	N° pazienti che iniziano il trattamento di induzione entro <= 21 g dalla valutazione GIC / n° totale di pazienti in trattamento	80%
Riferimento normativo/bibliografico Linee Guida AIOM 2009 Livello di evidenza Ia Forza di raccomandazione A	Struttura responsabile ORL		
COMPLETEZZA DEL REFERTO ANATOMO-PATOLOGICO	Rispetto dei criteri indicati da LG	(Parametri anatomico-patologici indicati su referto/Totale parametri da indicare)*100	
Riferimento normativo/bibliografico	Struttura responsabile Anatomia		

*INDICATORI DI ESITO PER I SOGGETTI ASSISTITI (RICADUTA IN TERMINI DI SALUTE. RICOVERI RIPETUTI, MORTALITÀ, ...)*

Indicatori di esito	Criterio	indicatore	standard

#### **INDICATORI DI EFFICACIA DELL'INTERVENTO NUTRIZIONALE**

Il supporto nutrizionale ha un'efficacia variabile nel paziente con malattia oncologica:

i risultati migliori si verificano in condizioni di ipofagia, ma nei casi di cachessia franca i risultati sono molto limitati. Un risultato realistico che ci si può aspettare dal trattamento con nutrizione artificiale è la prevenzione di un ulteriore deterioramento dello stato nutrizionale ed un lento e parziale recupero di alcuni indici nutrizionali, la cui entità è condizionata dalla durata del supporto, dall'aggressività biologica del tumore e dalla disponibilità di un trattamento oncologico efficace. Gli indicatori di efficacia del trattamento devono essere considerati separatamente secondo l'indicazione al trattamento ed in particolare:

- Nel paziente malnutrito con malattia in atto candidato a chirurgia maggiore sul tratto aereo-digestivo il trattamento nutrizionale deve essere considerato efficace se permette l'espletamento dell'intervento con un tasso di morbilità e mortalità paragonabile a quello del paziente non malnutrito.
- Trattamento nutrizionale in pazienti malnutriti e/o ipofagici candidati a chemioterapia o a radioterapia, deve essere considerato efficace se previene un ulteriore deterioramento e permette di effettuare lo schema terapeutico programmato.
- Nei pazienti con malattia incurabile, afagici, il supporto nutrizionale deve essere considerato efficace se vi è una sopravvivenza superiore a tre mesi, con una qualità di vita accettabile.

**BIBLIOGRAFIA****LINEE GUIDA**

- *Linee guida multidisciplinari AIOCC-AIRO-AIOM TUMORI DELLA TESTA E COLLO* Algoritmi diagnostico-terapeutici versione 2 (aprile) 2012

**NORME INTERNE****ALLEGATI (PO – IO – FC – MD – AL )**

<b>Codice</b>	<b>Descrizione</b>
PO	
IO	IO 2304-1_STRATEGIE TRATTAMENTO_LG AIOCC 2012)
FC	FC 2304 -1 CARCINOMA LARINGE_(Flow ASL AT-Tumore capo-collo)
MD	
AL	