

Responsabilità

Nel caso di PDTA di area saranno indicate le Direzioni di tutte le Aziende coinvolte nel percorso

Qualifica	Nome	Firma
Direttore Generale	IDA GROSSI	Firmato In Originale
Direttore Sanitario	EMMA MARIA ZELASCHI	Firmato in Originale
Altri (ad es responsabile Qualità, Direttori di Dipartimento o di SC)	ANNA MESTO (Direttore Ufficio QARM)	
	LUCIANA LAZZARINO PATRIZIA BERGESE BOGLIOLO LOREDANA CORSELLO GRAZIELLA MONTERSINO (Ufficio Qualità)	
Dirigente SITRA	KATIA MOFFA	
Coordinatore GIC aziendale	MATTEO PARADISO	
Referente Aziendale per la Rete Oncologica	ANNA MESTO LUCIANA LAZZARINO	
Direttore Dipartimento Rete Oncologia Piemonte e valle d'Aosta	OSCAR BERTETTO	

Data di approvazione	Ottobre 2016
Periodicità di revisione	Biennale
Data prossima revisione	Ottobre 2018
Modalità di diffusione interna	Ad es intranet aziendale, invio cartaceo, modalità di visualizzazione del PDTA Intranet aziendale AREA QUALITÀ E GESTIONE DEL RISCHIO DOCUMENTI SISTEMA QUALITÀ http://dcmail01.asl19.ad/Apps/QAS_GESDOC.nsf/web_EMESSO_pub?OpenForm&Seq=1
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

GIC TUMORI UROLOGICI

ASL AT - Ospedale Cardinal Massaia

Corso Dante 202 - 14100 Asti

REFERENTE:

Matteo Paradiso – Urologia

MParadiso@asl.at.it

Tel 0141/489201 - 11

COMPONENTI:

Strutture	Componenti	Referente	e.mail	Firma Firmato in Originale
Urologia	Carlo Luigi Negro	Carlo Luigi Negro	CaNegro@asl.at.it	
	Matteo Paradiso**		mparadiso@asl.at.it	
	Giorgio Biamino**		gbiamino@asl.at.it	
	Michele Cussotto**		mcussotto@asl.at.it	
Urologia Infermiere	Franco Cavalotto	CPSE Franco Cavalotto	fcavalotto@asl.at.it	
	Rosella Morra **		RMorra@asl.at.it	
	Marilena Chinelli **		MChinelli@asl.at.it	
	Laura Demaria**		LDemaria@asl.at.it	
	Nadia Gamba**		NGamba@asl.at.it	
Radiodiagnostica	Mattia Macagno	Mattia Macagno	mmacagno@asl.at.it	
Anatomia patologica	Daniele Ricci	Daniele Ricci	dricci@asl.at.it	
	Tania Pannellini**		TPannellini@asl.at.it	
Oncologia	Diego Dongiovanni	Diego Dongiovanni	ddongiovanni@asl.at.it	
Infermiere* Oncologia	Elena Buzzi**		ebuzzi@asl.at.it	
	Silvana Maranzana*		smaranzana@asl.at.it	
Radioterapia	Cristina Origlia	Cristina Origlia	coriglia@asl.at.it	
Radioterapia Infermiere *	Antonella Borza *		aborza@asl.at.it	
CAS Oncologo	Simona Milanese	Simona Milanese	smilanese@asl.at.it	
CAS Infermiere	Elsa Vargiu		evargiu@asl.at.it	
	Gavazza Mirella**		MGavazza@asl.at.it	
Cure palliative*	Giuseppe Parello*	Giuseppe Parello	GParello@asl.at.it	
Infermiere * Cure palliative	Elena Scarrone*		EScarrone@asl.at.it	
Dietologia *	Giulia Morando*	Giulia Morando	gmorando@asl.at.it	
	Stefania Bianchi**		sbianchi@asl.at.it	
Psicologia*	Ilaria LOMBARDI*	Ilaria Lombardi	ILombardi@asl.at.it	

* In tutti i GIC, per la gestione dei farmaci “innovativi” , i riferimenti sono:

Strutture	Componenti	Referente	e.mail	
Farmacia*	Anna Maria Toffano*	Anna Maria Toffano	AToffano@asl.at.it	
	Michela Colombo **		MColombo@asl.at.it	
	Paola Graziano **		PGraziano@asl.at.it	

* Discipline che intervengono al GIC a chiamata

**** Componenti supplenti**

GIC - regolamento

Coordinatore	<i>MATTEO PARADISO, Urologia, 0141/489201 - 11</i>
Segreteria	<i>S.O.C. Oncologia Sede e contatti della segreteria che provvede alle prenotazioni dei pazienti Telefono 0141.48.6022 0141.48.6024 Fax 0141.48.6026</i>
Sede dell'incontro	<i>Sala GIC e riunioni S.C. Oncologia (piano 0)</i>
Periodicità dell'incontro e orario	<i>A lunedì alterni</i>
Modalità di refertazione	<i>Cartella clinica informatizzata con software Ok-Dh Oncologia</i>
Descrizione sintetica del funzionamento	Vengono discussi i casi clinici per i quali è necessaria una valutazione collegiale per strategia terapeutica e/o follow-up, che nei giorni precedenti sono stati inseriti dal CAS o dai componenti stessi del GIC in un elenco, condiviso fra tutti tramite e-mail. Se vengono indicati esami di approfondimento, questi vengono prenotati dal CAS e, lo stesso CAS comunica al paziente, che non è mai presente, le date delle visite specialistiche necessarie (chirurgica, radioterapica od oncologica) in base al programma terapeutico stabilito. La relazione del GIC viene consegnata e discussa con il paziente da un componente del GIC designato durante l'incontro (<i>di solito è lo specialista che ha preso in cura il paziente e che ha presentato il caso</i>).
Descrizione del percorso assistenziale	<i>Modalità di presa in carico della persona/famiglia nel passaggio dal CAS al GIC-</i> I referenti infermieristici individuati dalla Struttura, fanno parte del GIC e sono l'interfaccia del CAS centrale. Collaborano per la presa in cura del paziente garantendo la continuità assistenziale. I referenti clinici ed infermieristici segnalano al CAS CENTRALE, tramite registrazione su programma OK DH (registrazione amministrativa), il nominativo dei pazienti, la diagnosi o la sospetta diagnosi, la documentazione clinica già disponibile. Collaborano e vigilano affinché le visite di accoglienza clinica ed infermieristica, effettuate presso la struttura, siano conformi alle indicazioni della Rete oncologica. In collaborazione con il CAS centrale, il referente infermieristico effettuerà l'analisi della fragilità del paziente e del bisogno assistenziale. La visita (codice 89.05), anche se effettuata presso la struttura, risponde ai requisiti: • di accoglienza clinica (prescrizione esami di diagnosi e stadi azione); • di accoglienza infermieristica (valutazione della fragilità sociale, psicologica, geriatrica e dei problemi assistenziali);



	di accoglienza amministrativa (prenotazione degli esami, rapporti con altri CAS quando necessario, rilascio esenzione 048). I referenti garantiscono l'inserimento di tutti i pazienti oncologici nel percorso CAS per la corretta presa in cura con particolare attenzione alla semplificazione del percorso diagnostico e terapeutico. Partecipano al GIC segnalando le fragilità del paziente e familiari riscontrate durante la valutazione infermieristica.
	<i>modalità con cui avviene il monitoraggio in tutto il percorso delle problematiche assistenziali (psicosociali- presenza di fragilità- presenza/necessità CVC – problematiche specifiche)</i> I referenti CAS, identificati in ogni struttura che accoglie pazienti con patologia oncologica, costituiscono la RETE dei Referenti. La valutazione delle problematiche assistenziali viene effettuata al momento dell'accesso alla Struttura di cura (<i>Ambulatorio/Reperto, Oncologia, Radioterapia</i>), segnalata su sistema informatico OK DH. SE IL PAZIENTE È SOTTOPOSTO A CHEMIOTERAPIA, all'accoglienza in Oncologia si effettua la valutazione delle problematiche assistenziali (<i>coordinatore</i>) confrontandola con le eventuali valutazioni precedenti. Ad ogni accesso per chemioterapia e alla dimissione, l'infermiere effettua un breve colloquio per valutare eventuali problematiche specifiche insorte durante il trattamento. Al termine dei cicli di chemioterapia, i Referenti dell'Oncologia inseriti nei GIC specifici (o il Coordinatore dell'Oncologia), effettuano la valutazione infermieristica di dimissione. Tutte le problematiche assistenziali emerse, vengono riportate su sistema informatico OK DH e segnalate al CAS CENTRALE attivando le modalità di risoluzione . SE IL PAZIENTE È SOTTOPOSTO A RADIOTERAPIA, all'accoglienza in Radioterapia, l'infermiere referente CAS effettua la valutazione delle problematiche assistenziali confrontandola con le eventuali valutazioni precedenti. Tutte le problematiche assistenziali emerse, vengono riportate su sistema informatico OK DH e segnalate al CAS CENTRALE attivando le modalità di risoluzione . La presa in carico del paziente viene mantenuta costantemente, anche se con diversa intensità dell'impegno organizzativo a seconda della situazione clinica, senza un termine previsto, salvo in caso di: - Guarigione del paziente dichiarata dai sanitari che ne sono responsabili, e che stabiliscono la conclusione della necessità di ulteriori accertamenti e controlli clinici oncologici. - Decesso del paziente - Trasferimento del paziente al di fuori del territorio della Rete Oncologica - Rifiuto volontario, esplicitato dal paziente, di mantenere le modalità di presa in carico che gli sono state offerte.
	<i>Modalità con cui si mantengono i contatti tra infermiere GIC e le diverse équipe assistenziali coinvolte.</i> Ogni équipe assistenziale coinvolta nel PDTA, ha un referente infermieristico inserito nel GIC che garantisce il passaggio di comunicazioni tra le varie équipe e all'interno della propria équipe assistenziale.

Contesto epidemiologico, clinico e servizi disponibili

Descrizione del bacino di utenza	Tutta la provincia di Asti
Numero di abitanti del bacino di utenza	COMUNE DI ASTI: 76 673 abitanti PROVINCIA DI ASTI: 218 933 Dati 2015
Distribuzione dei CAS nel bacino di utenza	Asti ASL AT – OSPEDALE CARDINAL MASSAJA C. Dante 202 CAS CENTRALE CAS UROLOGICO
Distribuzione dei GIC nel bacino di utenza (GIC di riferimento)	GIC - Ospedale Cardinal Massaia ASL AT

Neoplasie di pertinenza del GIC

Neoplasia RENE
Neoplasia PROSTATA
Neoplasia VESCICA e VIA ESCRETRICE
Neoplasia TESTICOLO
Neoplasia PENE

Descrizione sintetica dell'iter diagnostico

Il carcinoma renale si presenta alla diagnosi come confinato al rene nel 55% dei casi, localmente avanzato nel 19% dei casi oppure con metastasi sincrone nel 25-30% dei casi.

Il 60% circa delle neoplasie renali sono diagnosticate casualmente, come diretta conseguenza dell'impiego, sempre più estensivo, della diagnostica per immagini in pazienti non sospetti in senso oncologico.

Per tale motivo, la classica triade composta da ematuria, dolore lombare e presenza di una massa palpabile a tale livello, appare assai meno frequente che nel recente passato.

Il carcinoma renale può essere associato a tutta una serie di sindromi paraneoplastiche usualmente aspecifiche quali ipertensione, poliglobulia, sindrome anoressia/cachessia e sindrome di Stauffer (quest'ultima è caratterizzata da alterazioni epatiche in assenza di metastasi a carico del fegato, febbre, dolore addominale, epatosplenomegalia e perdita di peso, alterazioni laboratoristiche quali aumento delle transaminasi, della fosfatasi alcalina, della γ GT, dell'attività protrombinica, delle gammaglobuline e della bilirubina).

Ad oggi, non esistono *markers* tumorali di una qualsivoglia utilità per il carcinoma renale.

In caso di sospetto clinico di carcinoma renale (in genere ETG), il paziente va inviato a visita urologica urgente.

L'obiettivo della prima visita (visita CAS) è quello di ottenere nel più breve tempo possibile (indicativamente: entro due settimane) una conferma della diagnosi, attivando nel contempo le procedure atte ad iniziare tempestivamente la terapia se la diagnosi viene confermata. L'esame gold-standard per la diagnosi e la stadiazione è la **TC torace + addome completo**. La RMN addominale è da considerare solo in caso di controindicazioni alla TC oppure come indagine di II livello qualora la TC non risultasse dirimente (ad esempio in caso di lesioni cistiche dubbie). Esami di laboratorio complementari (eccetto per indici di funzionalità renale necessari prima dell'esecuzione dell'imaging radiologico) o ulteriori approfondimenti diagnostici alla ricerca di altre sedi metastatiche oltre surrene e polmone sono guidati dalla clinica e non sono eseguiti in maniera standardizzata a tutti i pazienti.

Viene quindi prenotata una successiva valutazione uro-oncologica con gli esami richiesti per valutare il successivo iter terapeutico.

In caso di lesioni renali piccole (< 4 cm) in pazienti non candidabili ad intervento chirurgico si valuterà la possibilità di eseguire una biopsia renale ETG o TC guidata al fine di ottenere una diagnosi istopatologica ed avviare il paziente ad una terapia minimamente invasiva oppure ad una sorveglianza attiva.

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

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
Indipendentemente dalla stadiazione	TC addome + torace	- S.O.C. Radiologia (piano -1) - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione telefonica al paziente(A)	
In caso di controindicazioni alla TC addome o in caso in cui la TC non sia dirimente (es. lesioni cistiche complesse)	RMN addome con mdc	- S.O.C. Radiologia (piano -1) - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione telefonica al paziente(A)	
Solo in caso di segni/sintomi neurologici suggestivi di MTS	TC cranio	- S.O.C. Radiologia (piano -1) - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione telefonica al paziente(A)	
Solo in caso di segni/sintomi suggestivi di MTS ossee	Scintigrafia ossea T.B.	- Medicina Nucleare – ASO SS Antonio e Biagio e Cesare Arrigo (AL) - Richiesta cartacea (informatizzata) di prestazione esterna con trasporto incluso(A) - Prenotazione da parte del CAS e comunicazione telefonica al paziente(A)	
Masse renali piccole e/o non passabili di trattamento chirurgico	Biopsia renale ETG/TC guidata	- S.O.C. Radiologia (piano -1) - Autoimpegnativa - Prenotazione da parte del CAS/Urologo Curante e comunicazione telefonica al paziente(A)	



Descrizione sintetica dei trattamenti

I trattamenti per la singola patologia sono quelli riportati dalle linee guida AIOM versione 2015. Indicare solo le procedure considerate essenziali e le modalità di accesso. Non è richiesto di specificare i dettagli dei trattamenti (ad es tipo di chirurgia, schedula di radioterapia o schema di chemioterapia). Nella colonna “condizione” è possibile ma non necessario specificare lo stadio o le caratteristiche del paziente in cui la procedura viene richiesta. Nella colonna “modalità di accesso” vanno indicate la sede in cui si effettua la procedura e le modalità di prenotazione (telefonica, richiesta cartacea, ecc.). Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

L'approccio chirurgico rappresenta l'unico trattamento curativo disponibile nella malattia localizzata.

Il termine “nephrectomia radicale” (NR) indica classicamente l'asportazione del rene, della fascia perirenale contenente la ghiandola surrenalica, dopo legatura all'origine dell'aorta dell'arteria renale e alla confluenza in vena cava inferiore della vena renale, e l'asportazione dei linfonodi regionali.

La conservazione d'organo, obiettivo della chirurgia attuale al fine di ridurre la morbidità correlata all'intervento d'organo radicale, può essere ottenuta con metodiche *nephron-sparing* (NP: nephrectomia parziale; NSS: *nephron-sparing surgery*) e con la limitazione dell'accesso chirurgico (chirurgia laparoscopica classica o robot-assistita).

Tali tecniche chirurgiche prevedono l'asportazione della sola lesione tumorale con una rima di parenchima sano circostante. A tutt'oggi è oggetto di discussione lo spessore di parenchima peritumorale da asportare al fine di garantire la negatività dei margini chirurgici. Non esiste al momento uno spessore identificato come sicuro tanto che anche le linee guida europee identificano con un termine specifico “una minima quantità di tessuto parenchimale sufficiente ad evitare il rischio di recidiva locale”.

L'enucleazione semplice, dove l'asportazione della lesione per definizione è senza tessuto sano circostante, garantendo margini chirurgici e risultati oncologici sovrapponibili alle altre procedure, costituisce l'esempio limite dove i margini chirurgici sono negativi seppur in assenza di una rima di tessuto sano peritumorale volontariamente rimosso.

Indicazioni all'intervento di NSS:

- indicazioni di necessità: monorene chirurgico o funzionale
- indicazioni di necessità relative: rene controlaterale funzionante ma affetto da una patologia che potrebbe compromettere la sua funzionalità o far sviluppare una neoplasia.
- indicazioni di elezione: RCC monolaterale localizzato in presenza di un rene controlaterale sano

Controindicazioni all'intervento di chirurgia NSS:

- tumore localmente avanzato
- impossibilità tecnica per la posizione della neoplasia
- Importanti comorbidità del paziente

La surrenectomia omolaterale contestuale alla chirurgia radicale o parziale del rene per tumore renale, non è eseguita a meno di anomalie della ghiandola evidenziate all'imaging preoperatorio (TC, RMN).

In assenza di evidenze cliniche all'imaging pre-operatorio la linfadenectomia non è eseguita. In caso di evidenze di linfonodi ingrossati può essere presa in considerazione la linfadenectomia, quando tecnicamente fattibile, con il solo scopo stadiale, tenendo presente che solo il 20% dei linfonodi clinicamente sospetti sono risultano positivi per ripetizione all'analisi istopatologica.

Nei pazienti affetti da neoplasia renale metastatica, candidati a terapia sistemica e suscettibili di trattamento chirurgico la nephrectomia citoreduttiva è eseguita prima del trattamento medico.

La nephrectomia citoreduttiva nel paziente anziano, pur essendo associata ad una maggior morbidità e mortalità, sembra essere comunque in grado di determinare un vantaggio in termini di sopravvivenza globale simile a quanto osservato nella popolazione generale. La nephrectomia radicale va sempre perseguita nei pazienti con buon PS, assenza di comorbidità di rilievo e neoplasia renale di diametro superiore ai 4.0 cm; nello stesso gruppo di pazienti, ma con neoplasia di piccole dimensioni (< 4.0 cm) la *nephron sparing surgery* sembra un approccio praticabile.

I pazienti anziani e/o i pazienti con importanti comorbidità, piccole masse renali (< 4 cm) e non candidabili a trattamento chirurgico possono essere avviati alla terapia focale crioablativa/con radiofrequenze/con microonde percutanea quando tecnicamente fattibile (in base a dimensione della malattia ed alla posizione



della massa in relazione alle strutture vascolari ed alle vie escrettrici). In alternativa è proponibile un programma di *active surveillance*.

L'invasione del tumore della vena renale rappresenta un fattore prognostico negativo; la chirurgia aggressiva di tali tumori localmente avanzati rappresenta un cardine della terapia chirurgica, così come la nefrectomia a scopo citoreducente nei pazienti metastatici.

La rimozione completa delle lesioni secondarie contribuisce a migliorare la prognosi dei pazienti con carcinoma renale metastatico. Non vi sono conclusioni definitive sull'indicazione alla metastasectomia sebbene sia utile quando le lesioni siano resecabili.

Per le metastasi ossee e cerebrali un'alternativa è fornita dalla radioterapia stereotassica.

Condizione	Procedure	Modalità di accesso	Tempi previsti di accesso
T1a	Nefrectomia parziale LPS/open/robotica (enucleoresezione - NSS)	- S.O.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione telefonica al paziente della data di pericovero. (A) - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a pericovero completato (A)	
T1b	Nefrectomia parziale LPS/open/robotica (NSS) se tecnicamente fattibile	- S.O.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione telefonica al paziente della data di pericovero. (A) - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a pericovero completato (A)	
T1b	Nefrectomia radicale LPS/open/robotica se non tecnicamente fattibile NSS	- S.O.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione telefonica al paziente della data di pericovero. (A) - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a pericovero completato (A)	
T2-T3a	Nefrectomia radicale LPS/open/robotica	- S.O.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione telefonica al paziente della data di pericovero. (A) - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a pericovero completato (A)	
T3b-T4	Nefrectomia radicale open (/LPS/robotica) +/- surrenalectomia	- S.O.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione telefonica al paziente della data di pericovero. (A) - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a pericovero completato (A)	



T1a	Crioablazione/microonde/radiofrequenze percutanea ETG/TC guidata	- S.O.C. Radiologia - Prenotazione informatizzata attraverso S.O.C. Urologia con degenza in S.O.C. Urologia - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. (A) - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato (A)	
M+	Metastasectomia sincrona alla nefrectomia citoriduttiva (se M+ polmonare/addominale)	S.O.C. Urologia - Prenotazione informatizzata da parte dell'equipe Urologica - Comunicazione telefonica al paziente della data di prericovero. (A) - Comunicazione telefonica al paziente della data dell'intervento a prericovero completato (A)	
M + (ossea/cerebrale)	Radioterapia stereotassica	- S.O.C. Radioterapia (A.S.O. Città della Salute e della Scienza – Torino) - Prenotazione da parte del CAS/Urologo Curante e comunicazione telefonica al paziente (A)	

Il 20-25% dei pazienti con neoplasia renale si presenta alla diagnosi con malattia avanzata, mentre circa un terzo dei soggetti sottoposti ad escissione (quasi sempre nephron sparing) del tumore primitivo svilupperà una recidiva a distanza nel corso della propria vita: la scelta della migliore terapia medica per la malattia avanzata è quindi cruciale.

Questa scelta è resa complessa da due ordini di fattori: 1) l'abbondanza di efficaci opzioni terapeutiche rese disponibili dalla ricerca nel corso di questi ultimi anni; 2) la scarsa confrontabilità dei risultati disponibili per questi farmaci dovuta all'eterogeneità delle popolazioni di pazienti inseriti negli studi, di endpoints variabili e alla rapidissima evoluzione dei trattamenti associata, ovviamente, a follow up estremamente brevi

Al momento attuale sono disponibili, e rimborsabili in Italia, 4 possibili opzioni terapeutiche di prima linea: sunitinib, pazopanib, bevacizumab+interferone- α 2a e temsirolimus (quest'ultimo, con indicazione ristretta all'uso nei casi definibili *poor risk*, vale a dire pazienti con valutazione prognostica negativa). Sorafenib, sempre in accordo alla registrazione, può essere impiegato nei pazienti definibili *unsuitable* (cioè non appropriati) per un trattamento iniziale con citochine.

Opzioni terapeutiche successive alla prima linea dopo inibitori di VEGF/VEGFR : everolimus, Axitinib, Sorenafib.

Follow up

Le procedure indicate e la loro periodicità devono essere quelle delle linee guida AIOM versione 2015.

E' necessario inserire non soltanto le procedure finalizzate alla diagnosi di ripresa di malattia ma anche gli interventi utili alla riabilitazione, al controllo delle tossicità tardive e all'educazione alla salute. Se il GIC comprende più patologie dovrà essere compilata una tabella per patologia.

Il follow-up del carcinoma del rene sottoposto a chirurgia radicale ha come obiettivi monitorare o identificare:

- complicanze post-operatorie
- funzionalità renale
- recidive loco-regionali
- recidive/nuove lesioni nel rene controlaterale
- sviluppo di metastasi

L'importanza del follow-up dopo chirurgia radicale è determinata dal fatto che circa il 50% dei pazienti va incontro ad una ricaduta di malattia (due terzi dei pazienti entro il primo anno dalla diagnosi).

La ricomparsa della malattia deve essere identificata precocemente per la possibilità progressivamente ridotta con il tempo di poter procedere a resezione chirurgica della recidiva o della/e metastasi (specie nel caso di recidiva in un'unica sede).

Per quanto riguarda il monitoraggio della funzionalità renale a lungo termine (2-3 anni), questo è indicato nei pazienti con insufficienza renale già presente al momento dell'intervento chirurgico ed in coloro che nel post-intervento hanno manifestato un aumento dei valori serici di creatinina. In questi ultimi è utile una determinazione dei valori di creatinina già a 4-6 settimane dall'intervento chirurgico.

Non ci sono *trial* prospettici randomizzati in letteratura che indichino con precisione il *timing* dei controlli da eseguire e il *setting* di pazienti candidati.

Viene quindi utilizzato un approccio *risk-adapted* secondo diversi protocolli attualmente non validati da studi clinici con elevati livelli di evidenza e decisi a discrezione dello specialista di riferimento.

Rischio basso	Rischio Intermedio	Rischio elevato
pT1, G1-2	pT1 G3 oppure pT2 G1-4	pT3-4, G1-4
ECOG 0	ECOG 1-3	ECOG 0-3

Per i pazienti sottoposti a chirurgia *nephron-sparing* il follow-up previsto è lo stesso adottato nel caso di nefrectomia radicale poiché gli *outcome* delle due metodiche chirurgiche sono sovrapponibili. Per quanto concerne le metodiche mini-invasive i dati sono pochi ed i pareri controversi.

Procedura	Periodicità	Dove viene svolta
Visita clinica	• Annualmente nei pazienti a rischio basso, intermedio ed alto rischio (dopo i primi 3 anni) • Annualmente nei pazienti sottoposti a terapia focale • Ogni 6 mesi nei pazienti a rischio elevato per i primi 3 anni	• S.O.C. Urologia per T1-T3 N0 M0 per i primi 5 anni quindi MMG • S.O.C. Oncologia per T4 e/o N+ e/o M+ per sempre
TC torace + addome con mdc	• Annualmente nei pazienti a rischio intermedio ed alto rischio (dopo i primi 3 anni) • Annualmente nei pazienti sottoposti a terapia focale • Ogni 2 anni nei pazienti a basso rischio • Ogni 6 mesi nei pazienti a rischio elevato per i primi 3 anni	• S.O.C. Urologia per T1-T3 N0 M0 per i primi 5 anni quindi MMG • S.O.C. Oncologia per T4 e/o N+ e/o M+ per sempre
ETG addome completo	Ogni 2 anni nei pazienti a basso rischio	S.O.C. Urologia per i primi 5 anni poi MMG
RX torace	Ogni 2 anni nei pazienti a basso rischio	S.O.C. Urologia per i primi 5 anni poi MMG
Indici di funzionalità renale	• Annualmente nei pazienti sottoposti a NS • Semestralmente nei pazienti sottoposti a nefrectomia	• S.O.C. Urologia per i primi 5 anni poi MMG se funzione renale di norma • S.O.C. Nefrologia se funzionalità renale alterata

Altre procedure correlate al follow up

Consegna lettera informativa per il curante con le indicazioni sulle procedure indicate	SI Allegato1
Consegna lettera informativa per il paziente all’inizio e/o al termine del follow up specialistico	SI Allegato2
Consegna della programmazione del follow up	SI Allegato1
Disponibilità alla valutazione urgente in caso di sospetto diagnostico e modalità di contatto diretto con il centro specialistico	SI: - se già in carico dal CAS attraverso agenda elettronica settimanale denominata “CAS”. Prenotazione diretta in tale agenda da parte del CAS e comunicazione telefonica al paziente - se prima diagnosi attraverso accesso diretto all’ambulatorio del “Tempo Zero” con impegnativa del MMG recante l’indicazione Classe I

Allegato 1

Lettera Informativa per il CURANTE con le indicazioni sulle procedure indicate

Illustre Collega

La stadiazione clinica / patologica della neoplasia renale è risultata:

Pertanto, ringraziandoti per la collaborazione ti inviamo il follow up relativo al trattamento terapeutico ricevuto dal Tuo assistito

Sig.

Il paziente è stato informato della necessità di seguire questo programma di controlli.

Come potrai notare, alla fine del follow up sono riportati anche i criteri per sospettare una ripresa di malattia. Nel caso il paziente dovrà essere rivalutato dal GIC per la definizione di eventuali ulteriori esami e/o terapie del caso.

Siamo comunque a disposizione per ogni eventuale problema.

FIRMA

Contatti per eventuali comunicazioni

CAS Urologia, telefono 0141.48.9201 - 0141.48.92011

CAS Oncologia Telefono 0141.48.6022 - 0141.48.6024 - Fax 0141.48.6026

(allegato il capitolo di follow up relativo al caso specifico)

Allegato2

Lettera Informativa per il PAZIENTE all'inizio e/o al termine del follow up specialistico

Gentile Signora/Signore

Il trattamento a cui è stato sottoposto era finalizzato a curare la patologia neoplastica del rene. Com'è noto, tuttavia, rimane nel tempo un rischio che la neoplasia si ripresenti e pertanto è indispensabile eseguire dei controlli periodici che riportiamo qui di seguito e che sono ritagliati appositamente per il tipo di trattamento da lei ricevuto.

Questi controlli sono anche finalizzati al monitoraggio di possibili conseguenze, non tumorali, legate al trattamento ricevuto, di cui era stato comunque informato preventivamente al momento della scelta terapeutica.

Abbiamo predisposto una lettera anche per il suo medico curante, dov'è riportato lo stesso programma di esami e visite di controllo, per una completa condivisione. Tuttavia, in caso di comparsa di sintomi o segni che possano destare sospetti, al di là di questo programma di controlli, non esiti a contattarlo. Questo gli consentirà di valutare l'opportunità di richiedere esami o contattarci per una visita specialistica.

FIRMA

Contatti per eventuali comunicazioni

CAS Urologia, telefono 0141.48.9201 - 0141.48.92011

CAS Oncologia Telefono 0141.48.6022 - 0141.48.6024 - Fax 0141.48.6026

(allegato il capitolo di follow up relativo al caso specifico)