

oncologia IN RETE

Giornale di formazione e informazione della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta

Aprile 2012 n. 19
anno 6

Sommario

Editoriale	1
Casi clinici	6
Progetto	10
Novità dalla Rete	14
Congressi	17

■ Filippo Montemurro

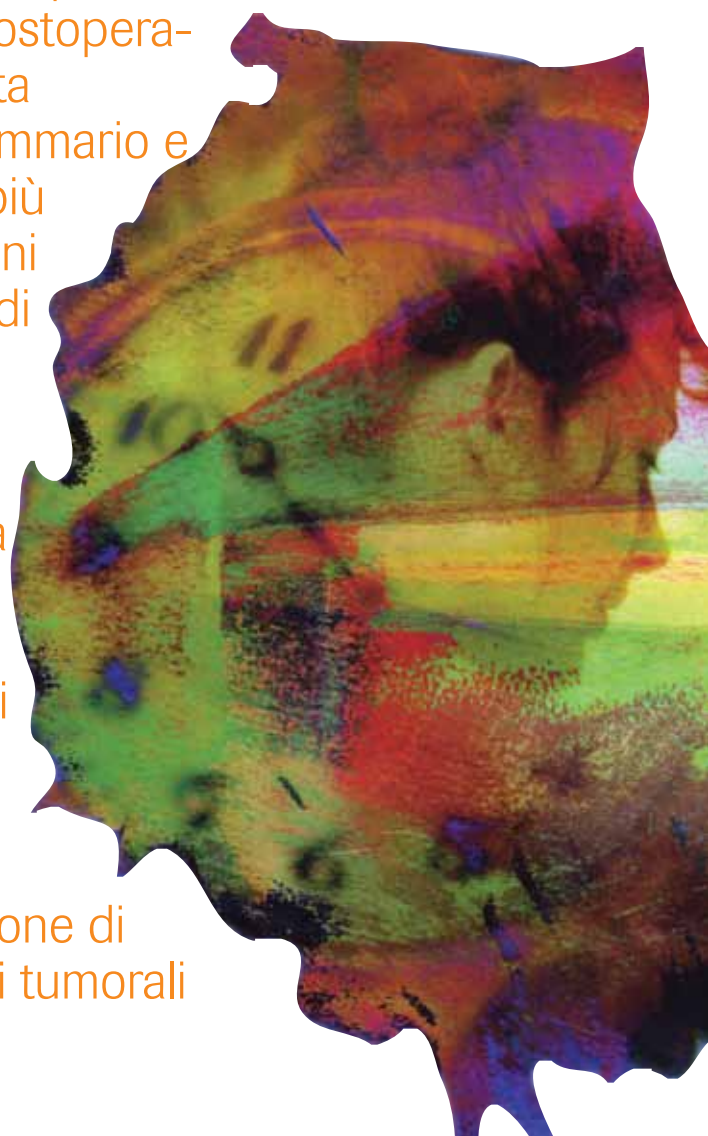
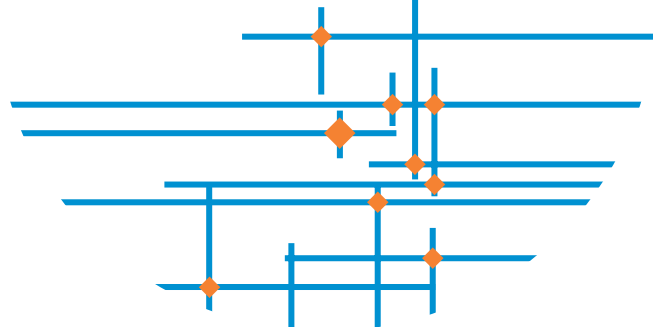
Divisione di Oncologia
Medica, Fondazione del
Piemonte per l'Oncologia,
IRCC, Candiolo

Editoriale

A cura di Giorgio Vellani

Timing che vanno ridefiniti

A circa vent'anni dagli studi che mostrarono un'equivalenza tra un follow up postoperatorio minimalista del tumore mammario e un approccio più aggressivo ai fini della diagnosi di malattia metastatica, si rende oggi necessaria una rivalutazione dell'argomento alla luce sia dei nuovi mezzi diagnostici e terapeutici sia dell'identificazione di diversi sottotipi tumorali



■ Attualmente oltre il 90% delle donne con prima diagnosi di carcinoma della mammella ha un tumore che potrà essere sottoposto con successo a un intervento chirurgico. Immediatamente dopo la chirurgia alcune di queste donne riceveranno un trattamento volto alla riduzione del rischio di ricaduta di malattia (trattamento adiuvante) e tutte avvieranno una serie di controlli periodici che dureranno praticamente per il resto della loro vita. Questo atto medico, definito dal termine anglosassone “follow up”, ha come principale finalità quella di evidenziare eventi di ricaduta in persone peraltro asintomatiche.

■ Benché numerose linee guida nazionali e internazionali definiscano in modo uniforme le modalità del follow up delle donne operate per carcinoma della mammella, l'argomento è soggetto a un continuo dibattito che ha radici antiche.

Globalmente il primo evento di ricaduta è a livello locoregionale in un terzo dei casi, mentre è di tipo metastatico - con coinvolgimento di altri organi e distretti anatomici - nei rimanenti due terzi; le pazienti che hanno già avuto un primo tumore della mammella sono inoltre a rischio di sviluppare un secondo tumore primitivo nel parenchima ghiandolare residuo. Buona parte delle recidive locoregionali e i secondi tumori primitivi costituiscono un evento passibile di chirurgia curativa. È pertanto giustificato e sostenuto dalle linee guida un atteggiamento diagnostico aggressivo, che in linea di massima si traduce nell'effettuazione di una mammografia annuale e nel controllo clinico periodico, più serrato nei primi 5 anni (ogni 3-6 mesi) e quindi annuale a partire dal 6° anno dopo l'intervento chirurgico

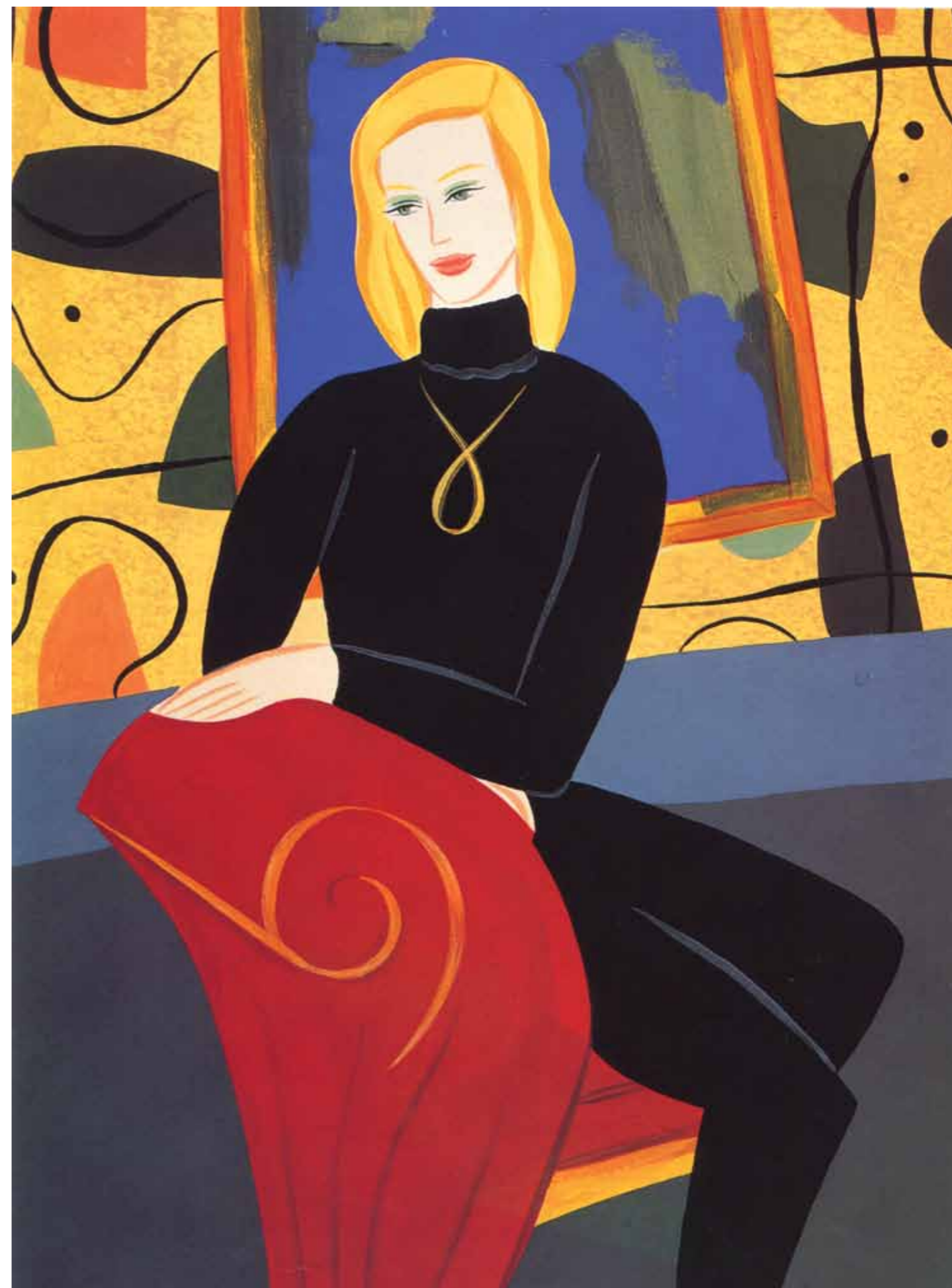
se non sussistono motivi per anticipare queste scadenze (per esempio autoriscontro di una massa palpabile).

■ La problematica maggiore che alimenta il dibattito riguarda invece la diagnostica della malattia metastatica. Negli anni settanta e ottanta, con il crescente entusiasmo nei confronti della chemioterapia, si sosteneva che un follow up strumentale aggressivo e volto alla precoce identificazione della ricaduta metastatica potesse essere associato a un miglioramento della prognosi. Malattia più limitata e condizioni globali di salute ottimali erano motivazioni a favore di questo approccio. Peraltro numerosi studi non controllati suggerivano che la scintigrafia ossea, le metodiche di imaging radiologico disponibili e i marcatori tumorali sierici effettivamente permettessero la formulazione di una diagnosi di metastasi sistemiche in una buona quota di pazienti asintomatiche per malattia. Il dibattito tra follow up “minimalista” (mammografia annuale, visite mediche regolari e approfondimenti in caso di sintomi suggestivi di ricaduta) e intensivo (mammografia e visita, emocromo, esami di funzionalità epatica, marcatori tumorali, diagnostica per immagini, scintigrafia) è culminato alla fine degli anni ottanta nella conduzione di due studi randomizzati che hanno paragonato direttamente le due modalità e che costituiscono l'evidenza scientifica su cui ora si fondano le linee guida. Globalmente i due studi mostrarono che il follow up intensivo era associato a una tendenza a una sopravvivenza libera da malattia leggermente inferiore, a causa dell'anticipo diagnostico di malattia metastatica. La sopravvivenza globale tuttavia non risultò differente tra i due gruppi. In più lo studio

Tabella 1

Impatto delle modalità di follow up sullo stato del paziente al momento della diagnosi di ricaduta nello studio GIVIO

Diagnosi di ricaduta	Metodo di follow up	
	Intensivo	Minimalista
Paziente asintomatica	31%	21%
Paziente sintomatica al momento della visita	37%	38%
Paziente sintomatica prima della visita successiva	32%	41%
Durata media dei sintomi	29,3 giorni	30,6 giorni
Tempo medio alla diagnosi di metastasi	53,4 mesi	54,1 mesi



GIVIO evidenziò solo un modesto incremento della proporzione di pazienti con metastasi asintomatiche nel braccio intensivo (Tabella 1, pag. 2); questa percentuale risultò peraltro in linea con gli studi non controllati che venivano portati a sostegno della possibilità, mediante applicazione sistematica di esami di laboratorio e di diagnostica per immagini, di aumentare il tasso di identificazione di metastasi in donne asintomatiche (Tabella 2).

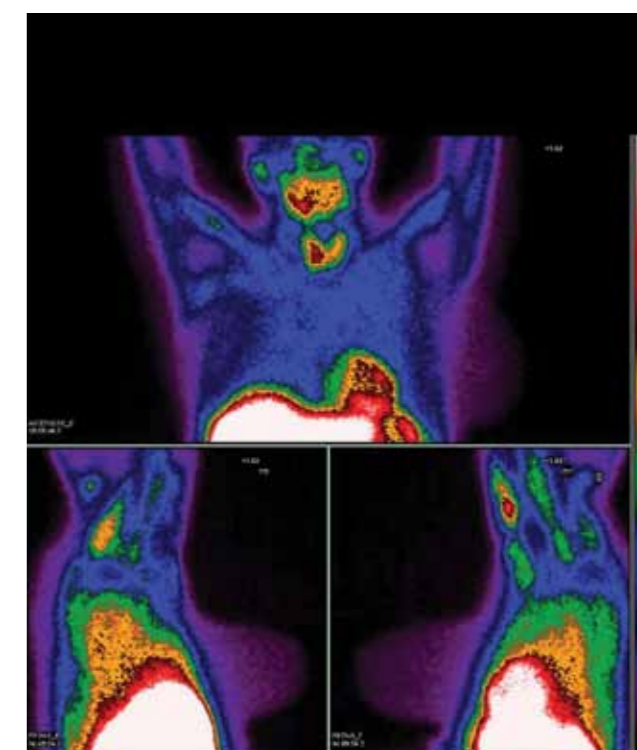
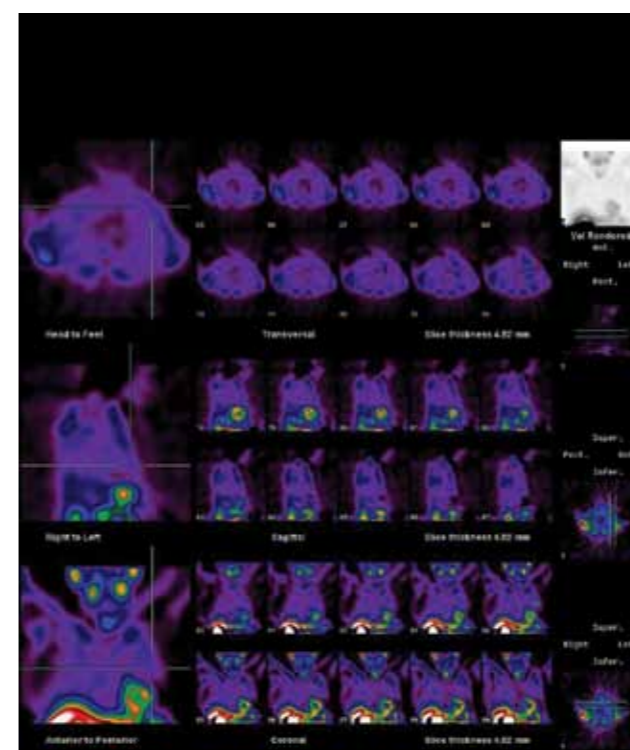
■ La morale di questi studi, tradotta in termini frequentemente utilizzati dalle nostre pazienti, è che “prendere in tempo” un tumore metastatico non si traduce in una maggiore efficacia delle cure. In termini più tecnici, gli studi randomizzati hanno consentito di controllare due noti bias che possono operare in queste circostanze, fornendo stime di efficacia fasulle. Il “length time” bias, in base al quale un monitoraggio periodico identifica più facilmente tumori a lenta crescita e con sopravvivenze post diagnosi più lunghe, e il “lead time bias”, secondo cui un monitoraggio periodico identifica una ricaduta metastatica in un momento più precoce del suo decorso naturale, con un’impressione di prolungata sopravvivenza post diagnosi.

■ Il concetto di “prendere in tempo” tuttavia si arricchisce oggi, a distanza di circa 20 anni dagli studi citati, di nuovi elementi che rendono necessaria una sua rivalutazione attenta. Questi elementi sono essenzialmente tre e per il momento costituiscono solo un’ipotesi su cui costruire studi prospettici. Un primo elemento è rappresentato dalla disponibilità di nuove tecniche di diagnostica strumentale, relative sia all’imaging radiologico sia a quello di medicina

nucleare, che consentirebbero di fare diagnosi ancora più precoci di ricaduta metastatica con potenziali vantaggi terapeutici. Il secondo punto riguarda il notevole arricchimento del bagaglio terapeutico a disposizione per quanto riguarda sia i farmaci sia le tecniche operatorie e radioterapiche; in questo caso l’ipotesi che alcuni di questi farmaci - per esempio gli anticorpi monoclonali - possano agire meglio su un basso carico tumorale va esplorata prospetticamente.

In ultimo le rare ma significative storie di pazienti con malattia oligometastatica rese libere da malattia con approcci integrati fanno pensare che il paradigma “malattia metastatica = malattia inguaribile” possa avere qualche eccezione e che una diagnostica aggressiva durante il follow up le possa identificare.

Un’ulteriore problematica per la quale si rende necessaria una ridefinizione del follow up postoperatorio del carcinoma della mammella è rappresentata dal fatto che, secondo le più recenti acquisizioni, questo tumore è costituito da almeno 4 entità differenti dal punto di vista biologico. Ciascuna di queste entità - tumori luminali A, luminali B, HER2-positivi e tripli negativi - è caratterizzata da un distinto pattern di ricaduta tumorale per quanto riguarda sia gli organi interessati di preferenza sia il rischio, nel tempo, di manifestarsi in forma metastatica. Per esempio quasi la metà dei tumori con recettori ormonali positivi (luminali A e B) che ricadono lo fa dopo i fatidici 5 anni, oltre i quali le maglie del follow up tendono invece ad allentarsi (visite annuali). Al contrario i tumori tripli negativi che ricadono lo fanno spesso entro il 3° anno dall’intervento chirurgico, mentre le recidive tardive sono molto meno frequenti. Inoltre, mentre lo



scheletro è la sede preferenziale di prima ricaduta dei tumori con recettori ormonali positivi, l’interessamento viscerale e del sistema nervoso centrale è frequente nei tumori HER2-positivi e tripli negativi. Pertanto una modalità di follow up unica per tutte le pazienti operate, eredità di un passato in cui il carcinoma della mammella era considerato una sola entità patologica, deve necessariamente essere rivalutata anche nell’ottica del buon uso delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale. A queste tematiche di sicuro interesse pratico e scientifico si deve aggiungere che oggi l’ambulatorio di follow up è l’osservatorio privilegiato per valutare una serie di importanti aspetti della salute delle donne. Esso non solo è fondamentale per il monitoraggio delle tossicità da trattamento (chemioterapia, radioterapia e ormono-

terapia), ma è anche il luogo preferenziale dove incoraggiare l’aderenza ai trattamenti di lunga durata, come l’ormonoterapia, e promuovere quei cambiamenti dello stile di vita che si sono recentemente dimostrati capaci di ridurre l’incidenza di eventi di ricaduta in maniera significativa (dieta ipocolesterolemizzante, raggiungimento e mantenimento di adeguato indice di massa corporea, attività fisica regolare). In base a queste considerazioni non è azzardato affermare che il follow up del carcinoma della mammella operato sia una priorità o, per dirla in termini ancora una volta mediati dal lessico anglosassone, un “unmet medical need”. Lo dimostra se non altro un elemento: se c’è un campo dove gli oncologi medici sono uniformi è nella non applicazione alla lettera delle raccomandazioni sul follow up.

Tabella 2

Percentuale di pazienti con metastasi in assenza di sintomatologia in studi retrospettivi non randomizzati

Autore	Numero di pazienti		Strategia diagnostica	%
	Totali	Con ricadute		
Tomin R	1.230	248	Radiografia del torace, esami di laboratorio	36%
Rutgers EJ	416	148	Radiografia del torace, esami di laboratorio, radiografia del bacino	23%
Pandya KJ	857	208	Radiografia del torace, esami di laboratorio, scintigrafia ossea	26%

Bianco C et al. Neoplasie della mammella. Archivio 2009, Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) <http://www.aiom.it/Attivit%20Scientifica/Linee+guida/Neoplasie+della+mammella/1,350,0,40/>

Hayes DF. Clinical practice. Follow-up of patients with early breast cancer. *N Engl J Med* 2007; 356: 2505-2513

Lash TL et al. Mammography surveillance and mortality in older breast cancer survivors. *J Clin Oncol* 2007; 25: 3001-3006

Rojas MP et al. Follow-up strategies for women treated for early breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 CD001768

Rosselli Del Turco M et al. Intensive diagnostic follow-up after treat-

ment of primary breast cancer. A randomized trial. National Research Council Project on Breast Cancer follow-up. *JAMA* 1994; 271: 1593-1597

Impact of follow-up testing on survival and health-related quality of life in breast cancer patients. A multicenter randomized controlled trial. The GIVIO Investigators. *JAMA* 1994; 271: 1587-1592

Vigilanze da rafforzare?

Questo caso di carcinoma mammario caratterizzato da una progressione ossea tempestivamente trattata fa riflettere sull'opportunità di attuare follow up più aggressivi, ma soprattutto sulla necessità di ridisegnare nuovi studi che forniscano dati più aggiornati

CASO CLINICO

Carcinoma duttale infiltrante della mammella

Marcello Tucci

Oncologia Medica, Ospedale S. Luigi Orbassano, Torino

■ Donna di 62 anni, giunge alla nostra attenzione ad aprile del 2003 dopo intervento di quadrantectomia dx + linfadenectomia ascellare omolaterale per carcinoma mammario. L'esame istologico definitivo evidenzia: carcinoma duttale infiltrante della mammella pT2, pN1a, GII, ER 90%, PgR 95%, Ki67 32%, c-ERB/B2-neu-negativo. APR: silente; anamnesi allergologica negativa. Gli esami di stadiazione effettuati nel periodo perioperatorio non mostrano secondarietà a livello toraco-addominale e scheletrico.

■ In considerazione delle caratteristiche istologiche della malattia la paziente viene sottoposta, da maggio a settembre del 2003, a chemioterapia adiuvante secondo schema FEC 90 - dimostrando una buona tolleranza al trattamento con esclusivo sviluppo di neutropenia G1 e alopecia G3 -, a cui segue radioterapia adiuvante su mammella residua dx. Inoltre, alla luce della positività per i recettori ormonali, a ottobre la paziente inizia una terapia ormonale adiuvante con tamoxifene 20 mg/die.

■ Dopo circa 3 mesi dall'inizio della terapia con tamoxifene, la donna è sottoposta a visita urgente per comparsa, da circa un mese, di frequenti hot-flashes (6-7/die), a ricorrenza soprattutto notturna, che le compromettono il riposo e le inficiano pesantemente la qualità di vita. In considerazione dell'età della paziente e dell'evidenza di stato menopausale, tamoxifene è sostituito con anastrozolo 1 mg/die, grazie al quale si osserva la scomparsa progressiva della sintomatologia nell'arco di circa 4 mesi.

■ Il follow up risulta regolare fino a novembre del 2005, quando in occasione di una visita di controllo la paziente riferisce la comparsa da circa 3 mesi di algie a carattere urente (2-3 secondo NRS) a livello del cingolo scapolo-omerale, delle articolazioni carpo-metacarpiche bilaterali e dell'articolazione tibio-tarsica bilaterale. Tali algie si

presentano soprattutto al risveglio, sono associate a rigidità mattutina e migliorano con l'attività fisica. All'esame obiettivo si evidenziano lievi algie alla digitopressione a livello dell'articolazione scapolo-omerale bilaterale, assenza di algie alla digitopressione a livello della colonna, dei polsi e delle caviglie, negatività bilaterale alla manovra di Lasegue e assenza di deficit motori e della sensibilità. Il dosaggio dei parametri del metabolismo calcio-fosforico evidenzia livelli di 25(OH) vitamina D ai limiti inferiori di norma, associati a calcemia e fosfatasi alcalina nella norma e a iperparatiroidismo secondario, mentre la densitometria ossea del femore sx risulta nel range di normalità.

Ipotizzando una tossicità osteoarticolare da inibitore dell'aromatasi, anastrozolo è sostituito con letrozolo 2,5 mg/die, a cui viene associato calcio carbonato 600 mg/die + colecalciferolo 400 UI/die.

■ Per il persistere della sintomatologia e del progressivo peggioramento della rigidità mattutina, dopo circa 2 mesi (gennaio del 2006) - a fronte di un'obiettività clinica sostanzialmente invariata - la donna è sottoposta a terapia antalgica di associazione codeina + paracetamolo e sono richiesti indici di flogosi, CA 15-3 e scintigrafia ossea. VES e PCR risultano ai limiti superiori di norma, CA 15-3 è pari a 30 U/ml e la scintigrafia ossea evidenzia un accumulo anomalo dell'indicatore osteotropo a livello di L4-L5 compatibile con patologia secondaria o con crollo recente su base malacica. Viene pertanto eseguita una PET-TC total body che mostra una malattia a elevata attività metabolica a livello di L5, mentre la RM colonna in toto rivela una lesione mista a livello di L5 che si estende medialmente al canale vertebrale, causando una netta riduzione del recesso laterale di dx, riferibile a lesione secondaria, e una deformazione a cuneo di L4 su base osteoporotica.

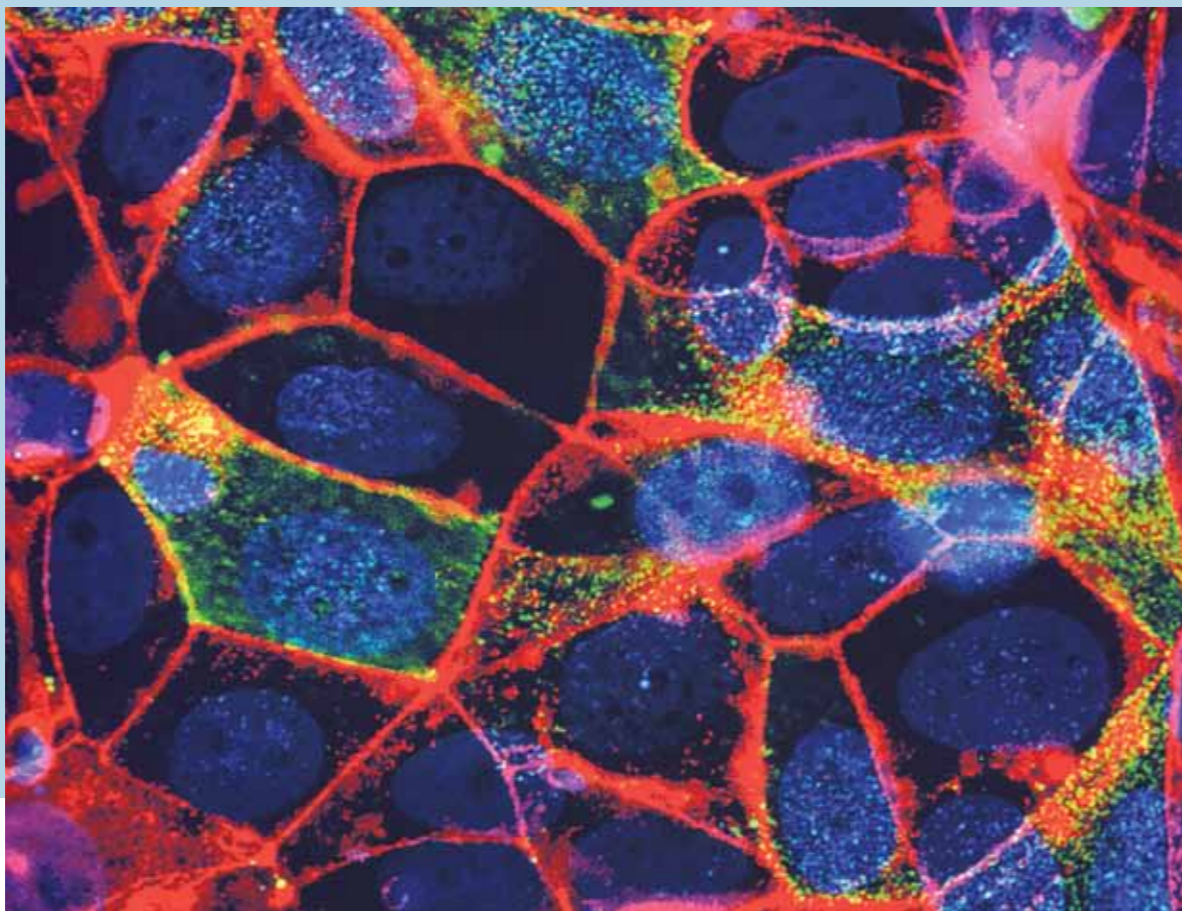
■ In considerazione del quadro di singola lesione ossea con riduzione del recesso laterale di dx e del rifiuto della donna di sottoporsi a visita neurochirurgica, dopo discussione collegiale con l'ortopedico e il radiologo interventista si sottopone la paziente a vertebroplastica su L4-L5 (febbraio del 2006). Successivamente, considerando il quadro di progressione ossea di malattia in corso di terapia ormonale con inibitori dell'aromatasi e la buona tolleranza dimostrata alla precedente chemioterapia, la paziente è sottoposta a chemioterapia di prima linea con docetaxel 30 mg/mq settimanale, 23 somministrazioni da marzo ad agosto (il trattamento è gravato da tossicità cutanea G1). A marzo, previa valutazione odontostomatologica, la donna inizia anche un trattamento con acido zoledronico ev secondo schedula classica (4 mg ogni 21 giorni).

■ A settembre del 2006 la RM colonna in toto evidenzia una risposta parziale di malattia in esiti di vertebroplastica su L4-L5, pertanto si imposta una terapia ormonale di prima linea con exemestane 25 mg/die. La PET-TC total body effettuata a dicembre non mostra più malattia a elevata attività metabolica (CA 15-3: 31 U/ml).

■ A maggio del 2007 la paziente accetta l'inserimento in un protocollo internazionale che prevede la somministrazione di acido zoledronico 4 mg ev ogni 3 mesi. Non si rileva ripresa clinica e strumentale di malattia fino a settembre del 2009 quando, per comparsa di algie a livello del passaggio D-L (4-5 secondo NRS che si accentuano con la stazione eretta), viene effettuata una nuova scintigrafia ossea total body che mostra iperaccumuli anomali a carico di D12 e L1 e modesti iperaccumuli a livello di L4-L5. La RM colonna in toto evidenzia secondarietà osteoblastica a livello di D12 (con interessamento del muro posteriore) e di L1, esiti di vertebroplastica a livello di L4 e - a livello di L5 in esiti di vertebroplastica - tessuto patologico che interessa il recesso laterale dx. La TC torace + addome con mdc non mostra ulteriori lesioni secondarie (CA 15-3 42 U/ml).

La paziente è pertanto sottoposta a terapia antalgica con morfina solfato a rilascio prolungato 30 mgx2/die, che ottiene un discreto controllo della sintomatologia algica, e le viene prescritto un posizionamento ortesi. Dopodiché - da ottobre del 2009 a febbraio del 2010 - le vengono somministrati 6 cicli di chemioterapia di seconda linea con vinorelbina 30 mg/mq gg 1 e 8, ogni 21 giorni, in associazione a acido zoledronico ev secondo schedula classica.

■ La scintigrafia ossea total body e la TC torace + addome con mdc eseguite al termine del trattamento chemioterapico mostrano stabilità di malattia (CA 15-3: 40 U/ml), pertanto a marzo del 2010 si imposta un'ormonoterapia di seconda linea con fulvestrant 250 mg/mese, tuttora in corso con stazionarietà di malattia.



COMMENTO

Marcello Tucci

Oncologia Medica, Ospedale S. Luigi Orbassano, Torino

■ Il caso descritto prende in considerazione la storia oncologica di una paziente andata in progressione ossea di malattia durante ormonoterapia adiuvante. La diagnosi di progressione ossea è stata effettuata quando la malattia risultava ancora asintomatica e in maniera assolutamente casuale, mediante cioè l'esecuzione di una scintigrafia ossea effettuata per algie scheletriche non imputabili alla malattia oncologica stessa. La tempestiva applicazione di trattamenti sistemici standard, di terapie target per il tessuto scheletrico e di trattamenti locali non solo ha permesso una remissione completa di malattia, ma ha consentito anche un intervallo libero da progressione di 3 anni circa.

■ È noto che le linee guida nazionali e internazionali che affrontano il tema del follow up postoperatorio del carcinoma mammario consigliano un monitoraggio minimalista, guidato soprattutto dall'esame obiettivo e dalla sintomatologia clinica delle pazienti. L'applicazione di tali linee guida avrebbe consentito la diagnosi di progressione di malattia solo quando la paziente fosse stata sintomatica per questa e verosimilmente in una situazione più avanzata.

■ Considerando tali premesse è opportuno porsi alcuni quesiti.

a) Nel caso presentato, ritardare la diagnosi avrebbe permesso di applicare tutte le terapie a nostra disposizione? E soprattutto tali terapie avrebbero avuto lo stesso impatto sull'outcome?

b) Esistono neoplasie mammarie per le quali anticipare la diagnosi di progressione di malattia avrebbe un impatto significativo sia sulla qualità sia sull'aspettativa di vita? Non va dimenticato che alcuni trattamenti, come per esempio i bisfosfonati, non solo hanno dimostrato un'efficacia nel ritardare la progressione ossea di malattia nel carcinoma mammario, ma risultano tanto più efficaci quanto più precocemente applicati.

È forse arrivato il momento di nuovi studi sull'efficacia di un più stretto follow up soprattutto in determinati setting di pazienti affette da carcinoma mammario, come per esempio quelle destinate a una lenta progressione che potrebbero essere diagnosticate quando la malattia è ancora minima, essendo gli studi relativi all'argomento ormai datati?

Cardoso F et al. ESMO Guidelines Working Group. Locally recurrent or metastatic breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol* 2011; 22(Suppl 6): 25-30

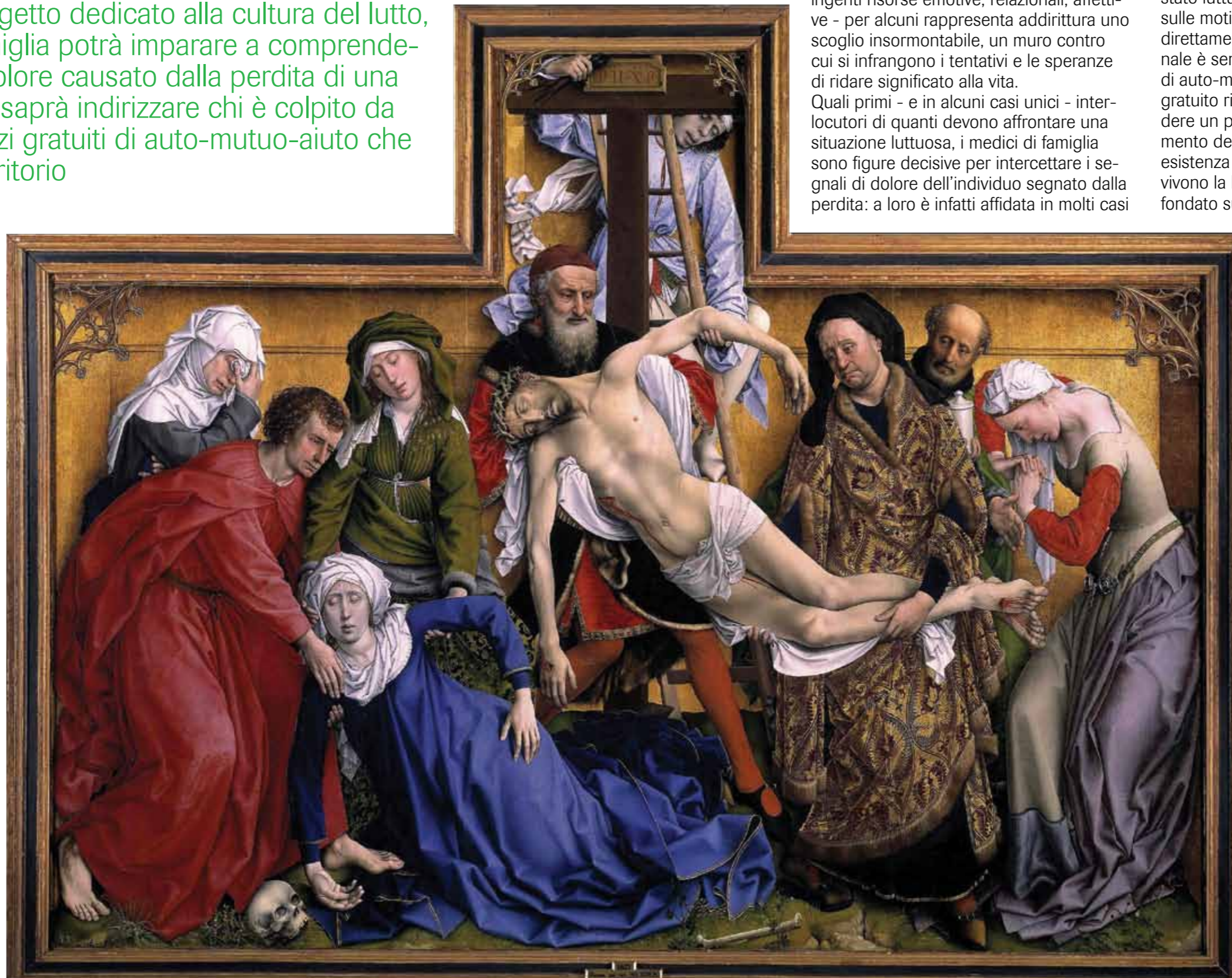
Progetto ■ Comprendere la sofferenza

Grazie a un progetto dedicato alla cultura del lutto, il medico di famiglia potrà imparare a comprendere e gestire il dolore causato dalla perdita di una persona cara e saprà indirizzare chi è colpito da un lutto ai servizi gratuiti di auto-mutuo-aiuto che operano sul territorio

■ **Marina Sozzi**
Fondazione
A. Fabretti ONLUS

Progetto:
Prendersi cura
del lutto

**Responsabile
del progetto:**
Marina Sozzi



■ L'elaborazione del lutto e il ruolo del medico di famiglia

In seguito alla perdita di una persona cara l'universo affettivo e psicologico dell'individuo subisce spesso un tracollo. Se l'elaborazione del lutto è sempre un processo complesso e doloroso - che implica la messa in campo di ingenti risorse emotive, relazionali, affettive - per alcuni rappresenta addirittura uno scoglio insormontabile, un muro contro cui si infrangono i tentativi e le speranze di ridare significato alla vita. Quali primi - e in alcuni casi unici - interlocutori di quanti devono affrontare una situazione luttuosa, i medici di famiglia sono figure decisive per intercettare i segnali di dolore dell'individuo segnato dalla perdita: a loro è infatti affidata in molti casi

l'attivazione del percorso palliativo e la relazione con coloro che restano dopo la morte; a loro spetta il più delle volte identificare le soluzioni ottimali, indirizzando la persona che soffre alle diverse iniziative di supporto presenti sul territorio.

Al pari di altre situazioni di disagio, anche lo stato luttuoso può essere affrontato facendo leva sulle motivazioni e le esperienze dagli individui direttamente coinvolti. Oggi sul territorio nazionale è sempre più diffusa la realtà dei gruppi di auto-mutuo-aiuto, un servizio di sostegno gratuito rivolto ai cittadini interessati a intraprendere un percorso che abbia come fine il superamento del dolore e la ricostruzione di una nuova esistenza insieme ad altri uomini e donne che vivono la loro stessa esperienza; tale sostegno, fondato sulla solidarietà umana, si rivela per molti di estrema efficacia e trova oggi l'ampio riconoscimento di istituzioni sovranazionali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

■ Il progetto torinese

Nel corso del 2008 la Fondazione Fabretti ha dato l'avvio nel capoluogo piemontese a un servizio di sostegno al lutto, finanziato dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Torino (CRT). Il servizio prevedeva (e prevede tuttora) un colloquio di ascolto e orientamento allo sportello e l'inserimento di chi chiede supporto nei gruppi di auto-mutuo-aiuto.

Nel varare il progetto il punto di partenza è stato la considerazione che i cittadini sofferenti per una perdita quasi sempre si recano dal loro medico di base, magari accusando mal di testa, insonnia, depressione. Il piano di comunicazione del nuovo servizio è stato pertanto indirizzato innanzitutto ai medici, le figure professionali dalle quali ci si aspetta il maggior numero di invii allo sportello. La notizia dell'iniziativa è stata diffusa da uno studio medico a un'altro attraverso l'impiego di pieghevoli e locandine contenenti spiegazioni dettagliate sulle procedure del servizio e sul funzionamento dei gruppi di auto-mutuo-aiuto. Lo sportello è stato inaugurato e



si è tenuta traccia dei colloqui a partire dall'apertura. Dalle schede compilate è risultato evidente che le persone sono venute a conoscenza dello sportello dai pieghevoli trovati in biblioteca, attraverso il passaparola, talvolta dai servizi sociali o dall'ospedale. Viceversa sono stati ben pochi gli invii da parte dei medici di famiglia; talvolta si è scoperto addirittura che il materiale consegnato ai medici, anziché in sala d'aspetto a disposizione dei pazienti, giaceva sepolto da altri opuscoli o documenti nell'ambulatorio.

■ Il modello teorico di John Bowlby

La strategia di comunicazione adottata ha probabilmente risentito di un errore di valutazione: non si è tenuto conto del fatto che, con poche eccezioni, i medici non affrontano facilmente il tema del lutto con i loro pazienti. La difficoltà



è legata da un lato all'imbarazzo del medico, dall'altro all'incapacità di molti assistiti di comunicare il loro stato d'animo o alla tendenza a occultare la sofferenza con manifestazioni somatiche. Il colloquio con alcuni medici particolarmente sensibili e attenti ha messo in luce la necessità di formare alla relazione con chi soffre della perdita di una persona cara.

Dal punto di vista teorico si è fatto riferimento a un modello oggi molto utilizzato nei programmi di supporto alle persone che hanno perso un familiare o una persona cara: quello dello psichiatra statunitense John Bowlby, la cui riflessione risale agli ultimi decenni del novecento. L'autore muove dal paradigma freudiano di «lavoro» del lutto, contaminando l'argomentazione clinica di quest'ultimo con l'etologia, la biologia, la teoria dei sistemi e la psicologia clinica. Egli individua quattro fasi che caratterizzano l'evento luttuoso: "lo stordimento", "la ricerca e lo struggimento", "la disorganizzazione e la disperazione" e infine la "riorganizzazione".



Queste fasi non necessariamente si susseguono in maniera sequenziale, né si presentano sempre e comunque. Dal punto di vista di Bowlby infatti i tempi e i modi con cui un individuo affronta la perdita di una persona cara sono unici, mai sovrapponibili a quelli di altri.

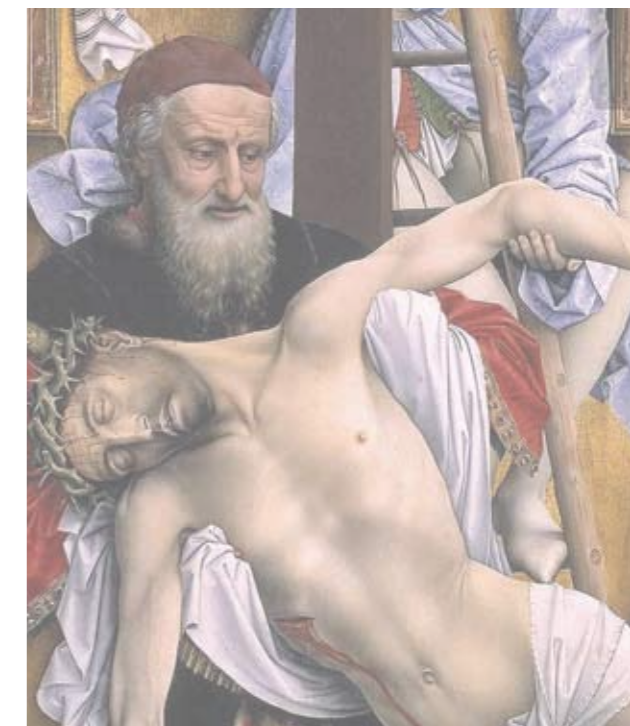
Etichettare come "lutto patologico" un processo di elaborazione che non rispetti l'idea consueta che si ha di esso comporta il rischio di incasellare un insieme di sensazioni, stati d'animo e fragilità in categorie rigide e creatrici di emarginazione. Ciò a maggior ragione in una società

come la nostra, poco propensa a riconoscere e accettare l'insorgere di eventi dolorosi o devastanti, che sospendano il ruolo degli individui come produttori e soprattutto come consumatori spensierati.

■ Uno strumento per la formazione

Dal punto di vista pratico si è pensato di realizzare uno strumento di utilizzo veloce ed efficace, che fosse in grado di fornire indicazioni teoriche e pratiche ai medici di base: un DVD accompagnato da un libretto illustrativo. Ottenuto il finanziamento della Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta, nel 2009 è stato costituito un comitato scientifico e operativo ristretto - composto da Adriana Novara, Silvana Quadrino e Marina Sozzi - che si è dedicato allo studio delle più moderne teorie psicologiche e sociali sul lutto, alla ricerca dei dati di mortalità e morbilità, al reperimento di spezzoni di film e di brani letterari, alla realizzazione di interviste a medici e all'analisi dei colloqui allo sportello di supporto al lutto della Fondazione Fabretti.

Il DVD è stato realizzato ed è attualmente in fase di distribuzione: è suddiviso in capitoli collegati tra loro ma fruibili anche singolarmente, secondo lo specifico interesse di chi ne fa uso. Il filo conduttore è rappresentato dalle testimonianze di alcuni medici di famiglia, che parlano delle loro esperienze con i pazienti in lutto e introducono



gli interventi degli esperti: una tanatologa, un medico e una psicologa.

Accanto alle interviste vi sono le simulazioni di colloqui tra il medico e l'assistito, che suggeriscono esempi di come mettersi in relazione con il dolore del paziente, in modo professionale ma attento. Completano il DVD le performance di due attori che recitano brani tratti da opere letterarie e alcuni spezzoni cinematografici.

Novità dalla Rete ■ È tempo di tirare le somme

A circa un anno e mezzo dalla nascita del Dipartimento Interaziendale e Interregionale, il direttore del dipartimento Oscar Bertetto fa il punto delle attività svolte, che hanno riguardato soprattutto gli incontri periodici dei referenti dei GIC

■ Intervista a: Oscar Bertetto

Dipartimento Interaziendale Interregionale
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle
d'Aosta

di Vittorio Fusco

Dipartimento Onco-Ematologico, Azienda
Sanitaria Ospedaliera, Alessandria

■ Poco più di un anno fa - a gennaio del 2011 - iniziavano le riunioni dei gruppi interdisciplinari cure (GIC) regionali, strutturate come incontri dei rappresentanti dei GIC periferici della Rete (aziendali, di polo, eccetera). Che giudizio ne dà oggi rispetto alle aspettative?

Il risultato è stato addirittura superiore alle aspettative. Le riunioni hanno infatti avuto un'ampia partecipazione e hanno portato alla sede del Dipartimento centinaia di specialisti di tutte le discipline e da tutte le sedi del Piemonte e della Valle d'Aosta. Gli intervenuti hanno discusso con grande impegno i percorsi diagnostici e terapeutici relativi alle neoplasie di loro competenza, hanno evidenziato le principali criticità presenti nelle strutture della Rete e hanno redatto raccomandazioni su come affrontarle e migliorare l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni (Tabella 1).

I gruppi stanno inoltre censendo le ricerche in corso rivolte alle diverse patologie a cui partecipano i centri della Rete. Sono infine in fase di progettazione momenti formativi, basati anche su metodologie innovative quali la formazione a distanza; a questo proposito vale la pena citare il programma promosso dal gruppo di osteoncologia, che si propone di sensibilizzare tutti i servizi di radiologia della Rete - pubblici e convenzionati - sui temi relativi alla diagnostica radiologica delle metastasi ossee e alla capacità di identificare tempestivamente quelle a rischio di frattura.

■ Quali sono le patologie per cui sono stati attivati i GIC? E con quali differenze organizzative?

Tutte le aziende hanno attivato i GIC per le neoplasie della mammella e del colon-retto. Nella maggioranza delle realtà sono presenti GIC per tutte le neoplasie più frequenti: toracopolmonari, urologiche, della testa e del collo, cutanee, ginecologiche e gastriche. In alcuni centri sono presenti GIC per neoplasie a trattamento più complesso, quali i tumori del sistema nervoso centrale e i sar-

GIC per le neoplasie toracopolmonari

Elaborazione di indicazioni dettagliate sull'agobiopsia transparietale toracica di lesioni polmonari sospette, sulla corretta refertazione radiologica e sui requisiti per l'accreditamento dei servizi broncologici

GIC per le neoplasie del colon-retto

Esame critico di tutti i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) predisposti dalle aziende sanitarie per l'accreditamento; proposta di refertazione per le visite del GIC

GIC per le neoplasie urologiche

Elaborazione delle raccomandazioni per le corrette procedure della biopsia prostatica e della sua refertazione anatomopatologica; proposta di uno studio regionale sulla sorveglianza attiva dei pazienti affetti da tali patologie in forma non biologicamente aggressiva

GIC per le neoplasie della mammella

Raccolta della documentazione relativa a centinaia di casi clinici riguardanti l'interessamento micro e macrometastatico del linfonodo sentinella e l'eventuale coinvolgimento dei linfonodi asportati con la dissezione ascellare

Tabella 1

Alcuni esempi di attività dei diversi GIC

comi. Si sta valutando anche la possibilità - per esempio per i tumori neuroendocrini - di istituire un GIC virtuale di Rete che permetta la discussione dei casi clinici tra esperti di ciascuna disciplina operanti in aziende diverse. A livello centrale sono stati inoltre costituiti gruppi di studio per quelle patologie più rare o complesse per le quali non erano presenti GIC, se non in realtà particolari: epatocarcinoma, tumori esofagei, tumori del pancreas, neoplasie delle vie biliari o particolari problemi clinici (pazienti oncologici anziani, cure palliative, osteoncologia).

Negli aspetti organizzativi i GIC presentano differenze tra loro: in alcuni la discussione dei casi è svolta sempre in assenza del paziente, in altri sempre in sua presenza, in altri ancora secondo la situazione clinica. Anche la composizione è varia, per quanto riguarda sia il numero delle discipline coinvolte (che non sempre sono presenti in tutte

le realtà), sia la scelta di far intervenire alcuni specialisti (per esempio gli anatomopatologi e i radiologi) solo per discutere casi critici. Diversi sono pure i modelli adottati per la refertazione, la registrazione dei casi, l'informatizzazione e le procedure organizzative dei controlli di follow up. Appare dunque evidente che è auspicabile adottare raccomandazioni che indichino soluzioni uniformi per tutta la Rete, pur nel rispetto delle procedure adottate localmente e dopo un'attenta valutazione delle peculiarità della singola realtà.

■ Sono in corso eventi di educazione medica continua (ECM) mirati alle singole patologie: come si svolgono?

Sono stati effettuati 6 incontri ECM nella seconda metà dello scorso anno. È stata scelta una formula organizzativa secondo cui i docenti venivano selezionati o tra chi aveva lavorato nei GIC o tra le figure di riferimento della Rete per l'argomento trattato, con la presenza di un opinion leader esterno; l'evento doveva inoltre garantire la possibilità di partecipazione ai membri di tutti i GIC e di tutte le aziende interessate



allo specifico tema trattato.

Le riunioni hanno registrato una grande partecipazione dal punto di vista sia numerico sia di attenzione ai problemi discussi. Le relazioni sono state di grande interesse scientifico e pratico, con spunti per una valutazione critica di alcune pratiche cliniche e scelte organizzative. Un limite è stato quello di avere previsto un numero eccessivo di argomenti, non sempre di facile comprensione per tutti i diversi specialisti presenti e con un tempo ancora una volta insufficiente per gli approfondimenti e la discussione, una valutazione critica che dobbiamo tenere presente per la programmazione delle attività formative future. L'intera documentazione relativa a tali incontri è disponibile sul sito della Rete, consentendo così una rapida consultazione e un possibile aggiornamento anche per chi non ha potuto essere presente.

■ Quali sono le prospettive per il 2012?

Per quest'anno il Dipartimento prevede un ulteriore coinvolgimento di tutti gli operatori della Rete nel determinare i percorsi diagnostico-te-

rapeutici delle diverse neoplasie. Occorrerà uno sforzo affinché sia garantita anche la partecipazione infermieristica, per non tralasciare gli aspetti assistenziali. Saranno definite le raccomandazioni per gli esami diagnostici e di stadiazione e le indicazioni al trattamento, verranno stabilite le procedure di follow up e sarà rivolta una particolare attenzione alla riabilitazione dei pazienti (non solo fisica). Si sceglieranno concordemente gli indicatori con cui monitorare i momenti potenzialmente più critici dei percorsi e si concorrerà, nel nostro ruolo di interlocutori tecnici, all'attuazione della riorganizzazione prevista dalla nuova programmazione regionale, in particolare con proposte che individuino - nel nuovo modello hub-spokes - i momenti del percorso di cura da accentrare e quelli invece da destinare a una gestione locale. È infine previsto un piano di comunicazione interna alla Rete - facilitando lo scambio di opinioni e informazioni al fine di rendere più vivo lo spirito di gruppo - e uno di comunicazione esterna per far conoscere meglio le potenzialità e la qualità dei nostri servizi ai cittadini e alle istituzioni.

A cura di Marcella Occelli

Congressi in Italia ■ Verso la cura e oltre

XIII Congresso Nazionale AIOM

Bologna 5-7 novembre 2011

Il congresso AIOM che si è svolto nel capoluogo emiliano ha offerto un'ampia panoramica sui temi più attuali dell'oncologia medica nell'ottica di un approccio globale al cancro, che rivolga le proprie energie non solo alla terapia ma anche alla prevenzione e alla diagnosi

■ Ornella Garrone, Marcella Occelli

Oncologia Medica, Ospedale Santa Croce e Carle, Cuneo

■ All'inizio di novembre si è svolto a Bologna il XIII congresso nazionale dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM), l'annuale appuntamento degli oncologi italiani per fare il punto sugli aspetti più rilevanti della ricerca e della clinica oncologica. La formula utilizzata quest'anno ha previsto un cambiamento rispetto alle edizioni passate: la definizione del programma è stata infatti scelta dal direttivo nazionale, che ha costituito il comitato scientifico e scelto due esperti per ciascuna patologia, chiamati poi a moderare. Ciò ha permesso di individuare gli argomenti più importanti e di apportare modifiche dell'ultima ora, per consentire l'illustrazione dei risultati di studi importanti presentati a congressi internazionali. Quello che segue è un breve resoconto di alcuni temi selezionati tra quelli più interessanti presentati nelle sessioni educative dedicate ai tumori mammario, coloretale e del testa-collo e dei risultati di alcuni studi clinici randomizzati dedicati al carcinoma polmonare non a piccole cellule (NSCLC) e al carcinoma corticosurrenale.

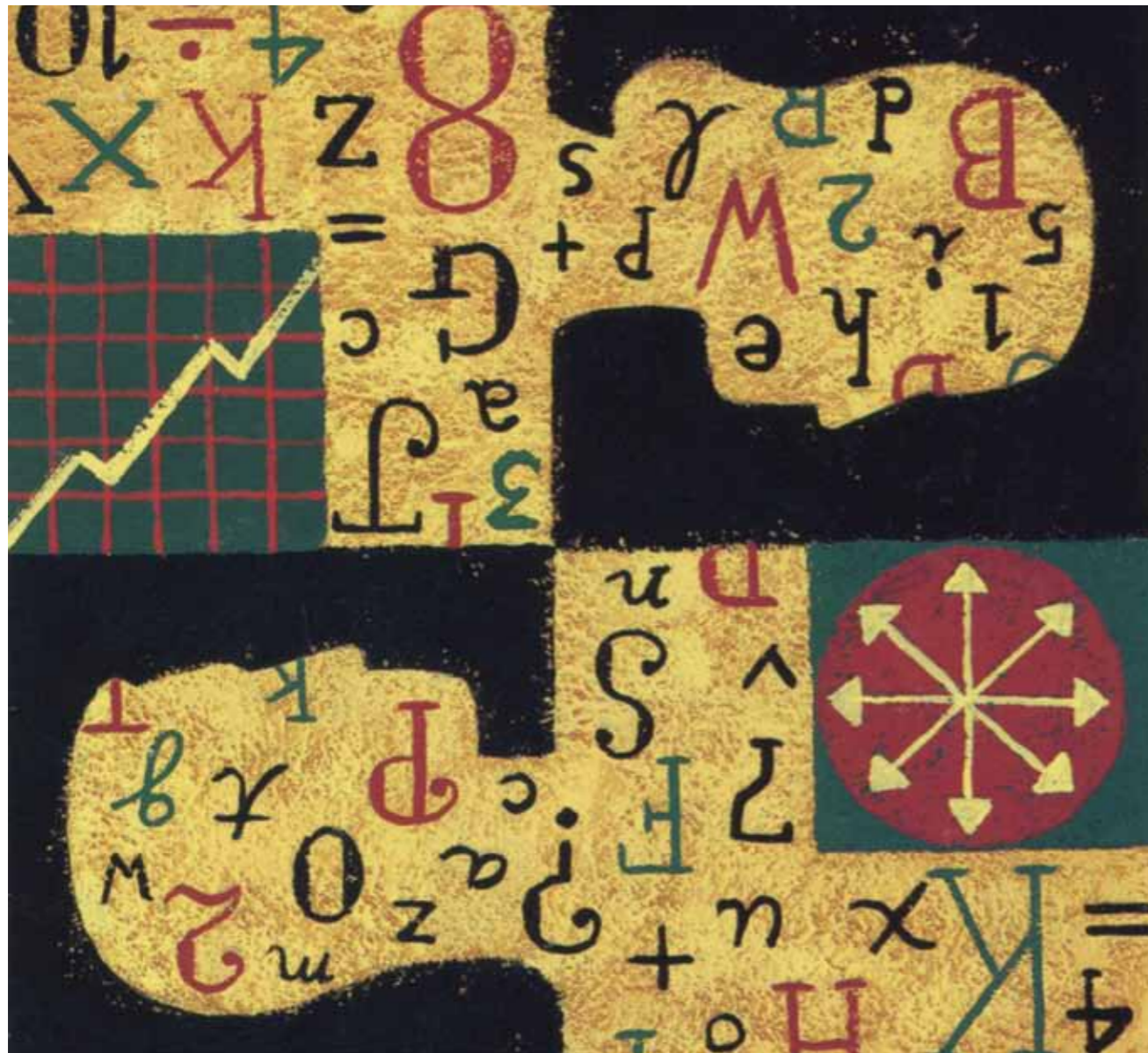
■ Tumore mammario

■ In merito al carcinoma della mammella HER2-positivo, è stato sottolineato come trastuzumab rappresenti tuttora lo "standard of care" e

come una recente metanalisi abbia confermato i vantaggi significativi derivanti dall'aggiunta dell'agente biologico ai regimi chemioterapici classici rispetto alla sola chemioterapia in termini di sopravvivenza libera da progressione (PFS) e sopravvivenza globale (OS). Da non sottovalutare alcune problematiche tuttora aperte, come quella legata alla resistenza intrinseca o acquisita a trastuzumab o la definizione del miglior partner possibile dell'anticorpo in prima linea. Per quanto riguarda il trattamento delle pazienti dopo progressione e il ruolo dei nuovi regimi anti-HER2 è stato menzionato TDM1, il primo di una nuova classe di farmaci anticorpo-coniugati che combina le proprietà di trastuzumab con quelle di un chemioterapico (DM1) che viene internalizzato dalle cellule tumorali HER2-positive e qui rilasciato, bloccandone la duplicazione.

■ Per quanto concerne i tumori triplo negativi, l'aggiunta di bevacizumab non risulta vincente in termini di sopravvivenza: i dati di una recente metanalisi non evidenziano infatti un vantaggio significativo nella OS.

Anche l'impiego dei composti del platino non sembra essere giustificato in questo sottogruppo, così come per gli inibitori della ADP-ribosio polimerasi (PARP) non sono confermate le



evidenze emerse dagli studi di fase II. È stata invece ribadita l'importanza dell'ottenimento della risposta completa patologica quale indicatore di buona prognosi a lungo termine.

■ Per quanto riguarda i tumori di piccole dimensioni - quali T1a e T1b N0 - è stato ribadito che la sopravvivenza libera da ricaduta (RFS) a 10 anni è di circa l'80% e che l'associazione con alcuni fattori biologici (G3, invasione linfovaskolare, Ki-67 elevato, positività per HER2 e negatività per ER) ne peggiora significativamente la prognosi. Il trattamento sistemico dovrebbe pertanto essere valutato in base a fattori indicativi di scarsa prognosi (giovane età alla diagnosi, maggiore diametro del tumore).

■ Tumore coloretale

■ L'approfondimento sul "big killer" del secolo, il carcinoma del colon-retto, è iniziato con la definizione dello stato dell'arte sugli aspetti biomolecolari: lo stato mutazionale di KRAS è l'unico fattore predittivo di resistenza validato agli anti-EGFR.

A questo proposito è stata condotta una survey per valutare l'impatto del test di KRAS nella pratica clinica italiana che ha coinvolto un centinaio di oncologi ospedalieri o universitari. Per il 74% degli intervistati la determinazione dello stato di KRAS è un elemento fondamentale per decidere la strategia terapeutica nel paziente con carcinoma del colon-retto metastatico. Emerge tuttavia il timore di una lunga attesa dei risultati: secondo il 75% del campione per un paziente in prima linea un tempo superiore a 15 giorni causerebbe una limitazione delle opzioni di trattamento; mediamente viene stimato come accettabile un periodo di attesa massimo di 10 giorni. Inoltre il 72% degli intervistati ha dichiarato che è utile anticipare il test nei pazienti ad alto rischio di ricaduta: è emerso che il momento più appropriato per richiederlo è dopo resezione radicale del carcinoma per disporre del dato all'insorgenza di metastasi.

■ Per quanto riguarda il significato della mutazione G13D di KRAS, i dati retrospettivi del consorzio europeo mostrano che i pazienti con questa mutazione rispondono a cetuximab in maniera simile a quelli con KRAS wild type. Tale dato non è stato però confermato da una recente analisi dei risultati dello studio PRIME, condotto con panitumumab, presentata al congresso ECCO-ESMO 2011.



■ Accertato il forte significato prognostico della mutazione di BRAF, molti lavori ne hanno indagato il ruolo quale possibile fattore predittivo nel trattamento con farmaci anti-EGFR. Negli studi di prima linea OPUS e CRYSTAL i pazienti con KRAS wild type e BRAF mutato trattati con chemioterapia e cetuximab presentano (sebbene in maniera non statisticamente significativa) un migliore outcome clinico rispetto al trattamento senza l'anticorpo. Gli stessi risultati non si osservano invece nei soggetti pretrattati: i dati del consorzio europeo mostrano infatti che i pazienti con KRAS wild type e BRAF mutato non rispondono a cetuximab/panitumumab in monoterapia o in associazione con irinotecan. Tale discordanza potrebbe essere legata a un meccanismo di resistenza.

■ Un intervento dedicato all'ottimizzazione della scelta terapeutica nei pazienti con carcinoma del colon-retto in stadio avanzato ha ribadito l'importanza di selezionare i soggetti con diversa aggressività di malattia, identificando innanzitutto quelli con metastasi epatiche potenzialmente resecabili da sottoporre a chemioterapia di conversione. A questo proposito è stato discusso il ruolo non solo di fattori prognostici molecolari, ma anche di alcuni parametri clinici, quali la lattato-deidrogenasi e il numero di piastrine, come emerso dalla rivalutazione degli studi clinici di fase III condotti sinora.

Per quanto riguarda la scelta della terapia nei pazienti da indirizzare a chemioterapia di conversione per una successiva resezione di metastasi epatiche, la valutazione dello stato di KRAS resta comunque lo spartiacque fondamentale: nei soggetti con KRAS wild type è indicato un trattamento chemioterapico con una doppietta in associazione a un anticorpo monoclonale anti-EGFR come cetuximab o panitumumab, mentre quelli con KRAS mutato beneficiano di un trattamento a base di una tripletta (FOLFOXIRI) associata a bevacizumab. Invece nei pazienti con malattia lenta e/o con malattia per la quale è indicata unicamente una terapia di tipo palliativo e può essere presa in considerazione una strategia chemioterapica di tipo sequenziale.

■ Per quanto riguarda la chemioradioterapia preoperatoria del carcinoma del retto localmente avanzato, è stato sottolineato come i regimi a base di 5-fluorouracile o capecitabina rappresentino lo standard del trattamento, migliorando il controllo locale, ma non quello a distanza e la sopravvivenza. In questa fase l'impiego dell'o-

xaliplatino non determina un sostanziale miglioramento delle risposte patologiche e non ha pertanto indicazione nella pratica clinica.

■ Tumore testa-collo

■ Per indagare le esperienze, i bisogni e la qualità di vita dei pazienti con tumore testa-collo localmente avanzato la European Head and Neck Society ha condotto un sondaggio - denominato *About face 2* - tra 104 pazienti provenienti da 6 nazioni europee tra cui l'Italia. Questa survey rappresenta il seguito dell'indagine *About Face 1* precedentemente condotta, che indagava le conoscenze della popolazione generale sulla malattia, sui suoi sintomi e sui fattori di rischio a essa associati.

La popolazione intervistata in *About face 2* ripropone la tipologia di pazienti affetti da tumore cervico-cefalico, comprendendo fumatori (72%), bevitori (62%) e pazienti con positività per HPV (8%). La survey ha indagato le varie fasi del percorso compiuto dal malato, dal periodo antecedente alla diagnosi al momento della diagnosi e della terapia, per arrivare alla fase successiva al trattamento. L'indagine ha evidenziato come questi pazienti necessitino di una maggiore informazione, così come di più empatia e supporto emozionale da parte del personale sanitario che interagisce con loro.

Le aree d'azione identificate dai malati come prioritarie sono:

- una migliore educazione sanitaria rivolta alla popolazione per facilitare la diagnosi precoce
- informazioni più comprensibili sulla malattia e sulle opzioni di trattamento disponibili
- un supporto che aiuti a coltivare un atteggiamento positivo al fine di combattere la patologia
- un sostegno al singolo paziente nel momento in cui deve indicare le sue preferenze riguardo al trattamento da ricevere
- maggiori supporto e consulenza da parte del team medico - possibilmente integrato - per aiutare i malati ad affrontare le molteplici sfide della malattia.

Le informazioni raccolte permetteranno ai professionisti sanitari di capire, interpretare e soddisfare nel miglior modo possibile le esigenze dei pazienti.

■ Tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC)

■ Sono stati presentati i risultati preliminari di uno studio di fase III, in cui 153 pazienti sono stati randomizzati a ricevere un trattamento di prima linea con erlotinib o chemioterapia a base

di platino. Lo studio ha mostrato che nel gruppo trattato con erlotinib la PFS e la OS sono state maggiori rispetto a quelle del gruppo in chemioterapia, con una significatività statistica per la PFS che era l'obiettivo primario (9,4 vs 5,2 mesi).

■ Ampio spazio è stato dedicato alla discussione dei dati dello studio PARAMOUNT, il cui obiettivo era valutare se un trattamento di mantenimento con pemetrexed determinasse un miglioramento nella PFS dopo terapia di induzione con cisplatino associato a pemetrexed in pazienti affetti da NSCLC a istologia non squamosa.

Quasi un migliaio di pazienti è stato sottoposto a trattamento di induzione con quattro cicli di cisplatino e pemetrexed; coloro che non progredivano e che avevano un PS 0/1 sono stati randomizzati a continuare il trattamento di mantenimento con pemetrexed + best supportive care (BSC) o con placebo + BSC. L'obiettivo primario è stato raggiunto, con una riduzione significativa del 36% del rischio di progressione del braccio di mantenimento rispetto al placebo e con un buon profilo di tollerabilità.

■ Carcinoma corticosurrenale

Sono stati presentati i dati del primo trial randomizzato di fase III relativo al trattamento del

tumore corticosurrenale. Il disegno dello studio prevedeva un confronto fra l'associazione di etoposide, doxorubicina, cisplatino (EDP) e mitotane (M) vs streptozotocina (Sz) e M. I risultati hanno evidenziato una tendenza a un maggior vantaggio in termini di OS a favore del braccio EDP-M e un miglioramento significativo in termini di tempo alla progressione (TTP). Si tratta di un risultato importante in quanto lo schema EDP-M deriva da un'esperienza italiana effettuata all'ospedale San Luigi di Orbassano.

■ Sempre a proposito del regime EPD-M, sono stati illustrati i risultati di un altro trial internazionale nel quale i pazienti venivano randomizzati a ricevere il trattamento EDP-M o Sz-M. L'endpoint primario dello studio era l'OS; endpoint secondari: il TTP e la risposta alla seconda linea di trattamento. Anche questo trial ha mostrato un vantaggio a favore di EDP-M vs Sz-M sia per OS (14,8 e 12 mesi) sia per TTP mediana (5,0 vs 2,1 mesi).

Lo studio è stato commentato favorevolmente dagli esperti in statistica, che hanno evidenziato il rigore dell'approccio metodologico e l'importanza delle ricerche effettuate nell'ambito di gruppi internazionali di lavoro, che permettono di ottenere risultati di alta qualità anche in patologie rare come il carcinoma corticosurrenale.

A cura di Marcella Occeci

Congressi in Italia ■ Un appuntamento da non perdere

Osteonecrosi dei mascellari ONJ: il ruolo della Rete Oncologica di Piemonte e Valle d'Aosta. Update

Alessandria 19 novembre 2011

Il successo del convegno annuale dedicato alla osteonecrosi dei mascellari conferma il ruolo del Centro di Documentazione e di Prevenzione alessandrino quale punto di riferimento per la ricerca e lo studio di questa patologia

■ Vittorio Fusco

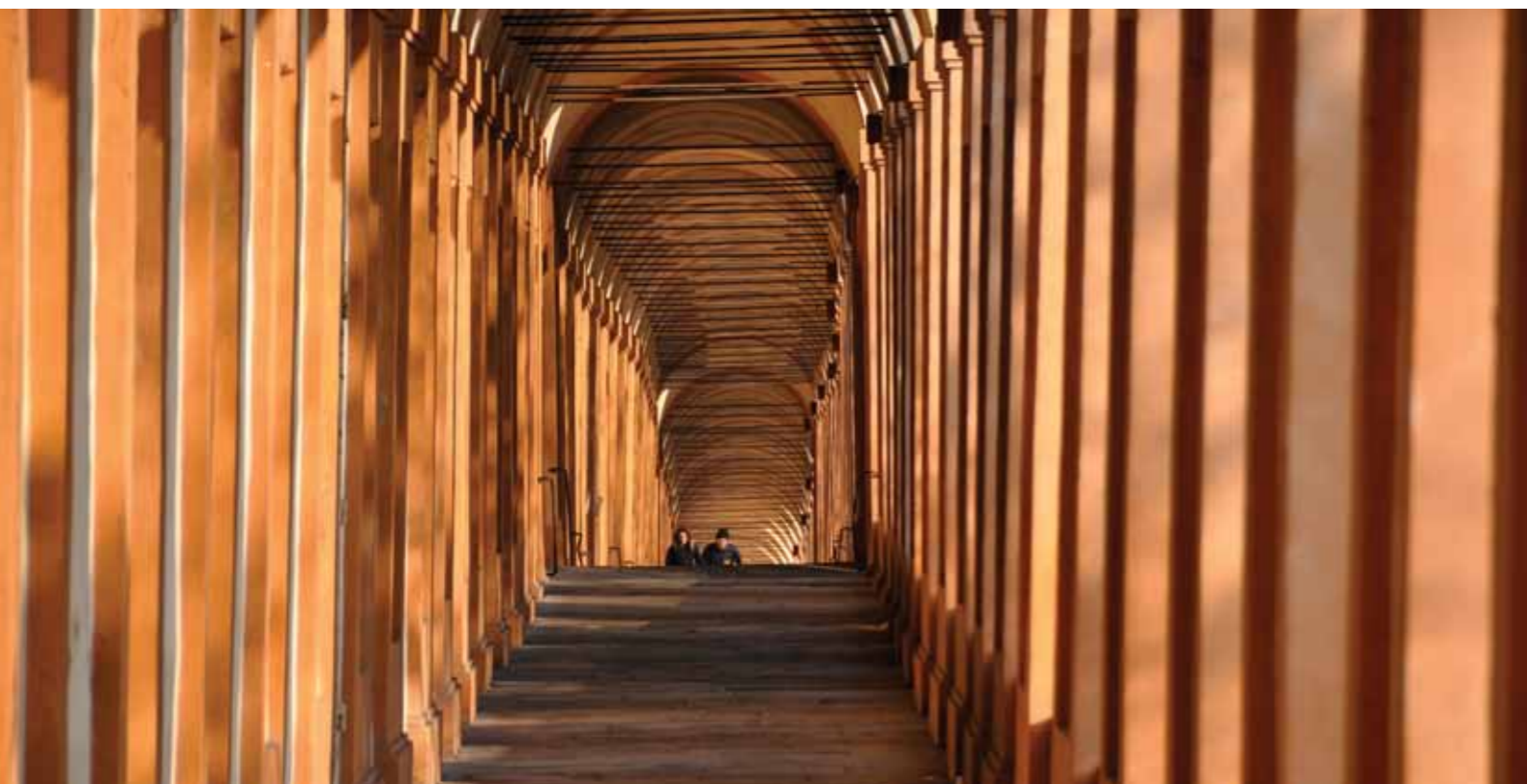
Dipartimento Onco-Ematologico, Azienda Sanitaria Ospedaliera, Alessandria

■ Nel mese di novembre si è tenuto ad Alessandria il convegno annuale promosso dal Centro di Documentazione e Prevenzione della Osteonecrosi da Bifosfonati, un organismo che fa riferimento al gruppo multidisciplinare per lo studio e il trattamento dei pazienti affetti da osteonecrosi dei mascellari (osteonecrosis of the jaws o ONJ). Al convegno hanno partecipato circa 120 specialisti di varie discipline - medici oncologi, internisti, epidemiologi, ematologi, odontoiatri, igienisti dentali, biologi, farmacisti e infermieri - provenienti da diverse regioni italiane, a conferma dell'importanza dell'evento nell'ambito della ricerca e dello studio di questa patologia. Questo appuntamento rappresenta infatti, ormai da cinque anni, un'occasione di approfondimento e di aggiornamento sugli strumenti di diagnosi precoce e di prevenzione, sui dati epidemiologici, sui fattori di rischio, sulla terapia e sulle misure preventive della ONJ.

■ La ONJ è una patologia invalidante che colpisce i pazienti oncologici ed ematologici e che solo recentemente - nel 2003 - ha ottenuto un riconoscimento dalla comunità medica internazionale. La malattia è stata associata dalla letteratura internazionale all'utilizzo dei bifosfonati, farmaci impiegati nel trattamento di alcune patologie ossee come l'osteoporosi, delle metastasi ossee causate da neoplasie che hanno origine in altre sedi - per esempio la mammella,

la prostata o il polmone - e del mieloma. Alcune particolari condizioni patologiche (coagulopatie e infezioni) e lesioni a livello del cavo orale (parodontopatie, estrazioni dentarie, decubiti da protesi incongrue) sembrano rientrare tra i fattori che favoriscono l'insorgenza del disturbo. Seppure in grado minore, anche i farmaci biologici di nuova generazione (per esempio bevacizumab e sunitinib) potrebbero avere un ruolo nella genesi della malattia.

■ Il Centro di Documentazione, grazie alla collaborazione della Biblioteca Biomedica dell'Azienda Ospedaliera e della Biblioteca Virtuale del Piemonte, ha provveduto in questi anni alla raccolta e alla classificazione di tutto il materiale inerente l'argomento pubblicato su riviste scientifiche dal 1990 a oggi, nonché su PubMed e Internet, e di quello prodotto attraverso i contatti con gli esperti, i centri e gli operatori sanitari che si occupano o si interessano del tema, creando un archivio dettagliato di dati relativi alla ricerca e ai percorsi di cura e diventando in breve tempo un riferimento nazionale sia per i medici sia per i pazienti.



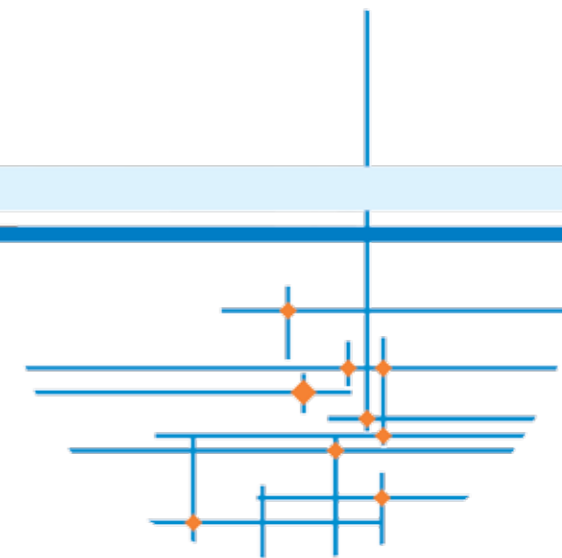
■ Le relazioni di aggiornamento presentate al convegno hanno riguardato diversi aspetti della malattia, quali la prevenzione, i fattori di rischio e il trattamento medico e chirurgico. Numerosi giovani operatori e ricercatori di varie sedi piemontesi hanno poi illustrato dati originali ed esperienze personali.

L'interesse dell'assemblea si è focalizzato in particolare:

- sulla relazione della Commissione della Rete Oncologica di Piemonte e Valle d'Aosta per il corretto uso dei bifosfonati, le cui raccomandazioni usciranno a breve, dopo 3 anni di lavoro
- sui risultati del lavoro di un panel di esperti, istituito dalla Società di Chirurgia Maxillo-Facciale (SICMF) e della Società di Patologia e Medicina Orale (SIPMO) allo scopo di elabo-

rare linee guida italiane per la prevenzione e la cura della patologia, oltre che per la definizione e lo staging, che rappresentino un'alternativa a quelle attuali dell'American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS).

■ Il convegno si è concluso con un ringraziamento particolare alla Lega Tumori, che ha condiviso con il Centro le finalità e gli obiettivi, e alla Fondazione Cassa di Risparmio di Alessandria che sostiene l'iniziativa con un finanziamento. Si è infine ricordato l'importante contributo della Rete Oncologica del Piemonte e Valle d'Aosta, che negli anni ha permesso di consolidare il ruolo del Centro quale punto di riferimento per la comunità scientifica nazionale.



**Semestrale della Rete Oncologica
del Piemonte e della Valle d'Aosta**

Direttore responsabile:

Oscar Alabiso

Direttore scientifico:

Oscar Alabiso

Comitato scientifico ed editoriale:

Vittorio Fusco, Emanuela Negru,
Anna Novarino, Marcella Occelli,
Marcello Tucci, Giorgio Vellani

Coordinamento editoriale e redazionale:

Aretré srl - via Savona 19/A - 20144 Milano

Responsabile della redazione:

Grazia Tubiello - g.tubiello@aretre.com

Impaginazione:

Gianluca Tacchini - g.tacchini@aretre.com

Editore:

Aretré srl - via Savona 19/A - 20144 Milano

Stampa:

Jona srl - Paderno Dugnano, Milano

Autorizzazione del Tribunale di Milano:

n. 426 del 2 luglio 2007