

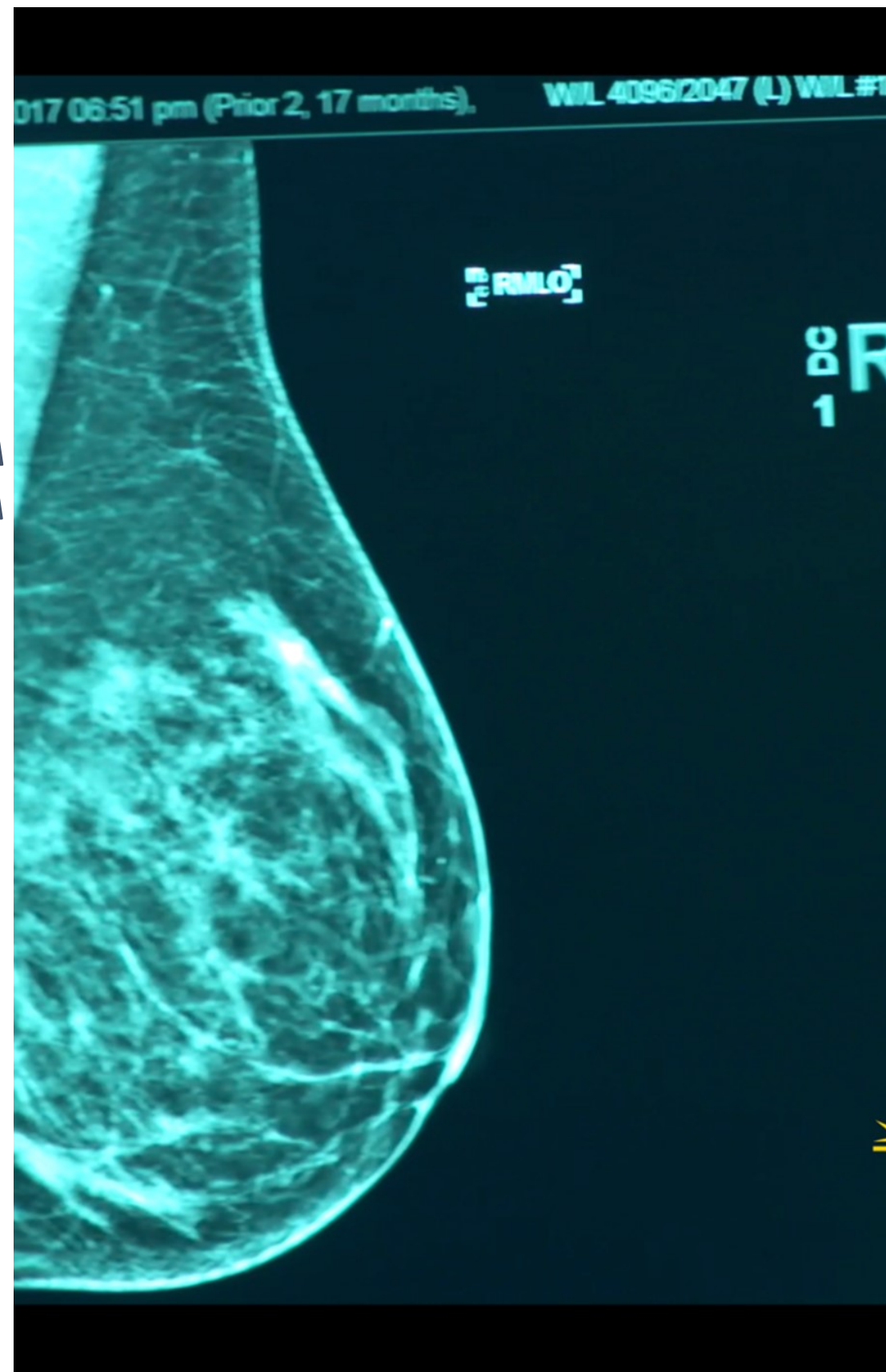
6 DICEMBRE 2023

SALA "20 MAGGIO 2012" TERZA TORRE
VIALE DELLA FIERA 8, BOLOGNA

**PERCORSO PER LA SORVEGLIANZA
A LUNGO TERMINE DELLA DONNA
CON PREGRESSO TUMORE
DELLA MAMMELLA**

**Dott. Fabio Falcini
Dott.ssa Caterina Florescu**

Bologna, 6 dicembre 2023



screening
tumore
colon retto

2023
SEMINARI
REGIONALI

PROGRAMMA

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
IN COLLABORAZIONE CON
L'AUSL DI PIACENZA

Gli screening
oncologici in
Emilia-Romagna
L'ANNO CHE VERRA'

Metodo di lavoro

- Costituzione Gruppo di Lavoro
 - Regione Emilia Romagna
 - Clinici delle Aziende (Radiologi, Oncologi..)
- Condivisione del documento con le Associazioni
- Adozione del Documento da parte della Regione

COMPLETED

Work in Progress
Loading...

Background

Cronicizzazione della malattia

In Italia, il tumore della mammella è la forma di cancro più comune tra le donne, con un'incidenza in costante aumento negli ultimi decenni. Nel 2020, risultano viventi circa 834.200 donne con una precedente diagnosi di tumore della mammella, rappresentando il 43% della prevalenza complessiva del cancro tra le donne.

Tendenza temporale delle recidive

Dopo il trattamento conservativo, si osserva un picco di recidive loco-regionali omolaterali durante i primi 5 anni, in particolare nei primi 2 anni; in seguito, questo rischio diminuisce progressivamente. Questa tendenza temporale è simile a quella che si osserva per lo sviluppo di metastasi a distanza. Il rischio di un nuovo tumore della mammella controlaterale primario aumenta nel tempo, ma la maggior parte si osserva dopo i primi 5 anni di follow-up.

Nonostante il rischio cumulativo di recidiva raggiunga percentuali non trascurabili, è bene ricordare che tale rischio varia nel tempo, in funzione dello stadio alla diagnosi e delle caratteristiche biologiche della malattia.

Obiettivi del documento

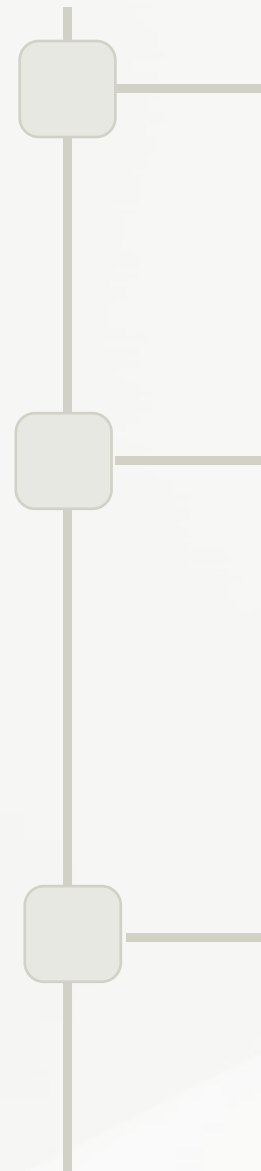
- Raggiungere omogeneità Regionale
- Assicurare continuità della presa in carico e ridurre la probabilità di abbandono del percorso
- Massimizzare il valore dell'assistenza
- Fornire un approccio personalizzato alle donne

Gestione del follow-up nelle donne con diagnosi di tumore in situ

tumore in situ

Le donne con diagnosi di carcinoma in situ di tipo duttale, che non hanno eseguito mastectomia, rientrano a screening dopo 5 anni di follow-up, con periodicità di esame relativa all'età della donna. Le donne con diagnosi di carcinoma in situ di tipo lobulare continueranno invece il percorso di screening, in quanto non necessitano di controlli particolari.

Gestione del follow-up dopo 10 anni dalla dalla diagnosi



Valutazione del rischio dopo 10 anni dalla diagnosi

Il medico oncologo valuta attentamente il rischio individuale di ciascuna paziente in base a fattori come età, familiarità, caratteristiche tumorali e densità mammaria per definire il percorso di follow-up più appropriato.

Screening

Il rientro a screening deve essere basato sul profilo di rischio individuale.

La transizione della presa in cura dall'oncologo al centro screening prevede una visita di chiusura del follow up da parte dell'oncologo. Le modalità di lettura dell'esame radiografico ed i tempi per la refertazione resteranno quelli tipici dello screening: lettura in doppio e referto entro i 21 giorni dall'esecuzione dell'esame.

Follow-up personalizzato

Qualora il medico oncologo non riscontri condizioni adeguate al passaggio di presa in carico presso il servizio screening, la paziente continuerà ad essere seguita con follow up attivo dal Centro di Senologia, fino a successiva rivalutazione per il rientro a screening.

Precisazioni

- Le donne con precedente tumore mammario e alto **rischio eredo-familiare**, con e senza mutazione BRCA1 e 2, rientrano, fino a nuova revisione, nel percorso di sorveglianza attivo presso il Centro Spoke, definito dal protocollo per il rischio ereditario di tumore della mammella e/o ovaio della Regione Emilia-Romagna (DGR 220/2011 con relativo aggiornamento del 2016).
- Presso il Centro di Senologia continueranno ad essere seguite le donne con alcune condizioni cliniche che richiedono un percorso specifico di sorveglianza effettuata con visita medica ed ecografia annuale (fino ai 74 anni di età).
- Se al momento della valutazione da parte dell'oncologo (trascorsi i 10 anni in follow up), la donna ha superato l'età da screening (>74 anni), farà riferimento al proprio Medico di Medicina Generale, per esecuzione di mammografia ogni 2 anni se l'aspettativa di vita non è inferiore/uguale a 5 anni.
- Si sottolinea il ruolo centrale dell'oncologo di riferimento in merito a una corretta, chiara e completa comunicazione. Inoltre dovrà essere coinvolto attivamente, lungo tutto il percorso, il **Medico di Medicina Generale** della paziente.

Precisazioni

Presso il Centro di Senologia continueranno ad essere seguite le donne con alcune condizioni cliniche che richiedono un percorso specifico di sorveglianza effettuata con visita medica ed ecografia annuale (fino ai 74 anni di età).

- donne con mastectomia bilaterale per patologia (tumori invasivi e in situ) con o senza protesi mammarie;
- donne con mastectomia bilaterale profilattica con o senza protesi mammarie.

Per le donne con mastectomia monolaterale per patologia invasiva e in situ con o senza protesi mammaria si prevede ecografia sulla mammella operata e mammografia controlaterale.

Tabella 3a. Gestione della diagnosi precoce e follow-up per tumore della mammella dopo 10 anni dalla diagnosi

| POPOLAZIONE femminile con pregresso K mammario | RISCHIO EREDO-FAM | MASTECTOMIA | TIPO TUMORE | DENS 4 | rientro a SCREENING | 45-49 | 50-69 | 70-74 |
|--|----------------------|--------------|-------------------------------|-----------|---------------------|---|---|-------|
| infiltrante | Rischio 1/2 | no | CA lobulare/ multifocale/ECIS | qualsiasi | sì | M/T like SCR-A | | |
| | | | altro tipo | 4 | | M/T like SCR-A con densità 4 alla valutazione iniziale qualora la densità diminuisse, adeguare successivo follow up | | |
| | | | | 1-2-3 | | M/T like SCR-A | M/T like SCR-B | |
| qualsiasi | Rischio 3 non mutata | no | qualsiasi | qualsiasi | 70-74 anni | protocollo rischio eredo-familiare | M/T like SCR-B | |
| | | monolaterale | qualsiasi | qualsiasi | no | protocollo rischio eredo-familiare | M/T VE-B | |
| | mutata | no | qualsiasi | qualsiasi | no | protocollo rischio eredo-familiare | prosegue sorveglianza precedente, sostituendo la RMN con M/T | |
| | | monolaterale | qualsiasi | qualsiasi | no | protocollo rischio eredo-familiare | prosegue sorveglianza precedente, sostituendo la RMN con M/T VE-A | |
| | qualsiasi | bilaterale | qualsiasi | qualsiasi | no | VE-A | | |
| | Rischio 1/2 | monolaterale | qualsiasi | qualsiasi | qualsiasi | no | M/T VE-A | |

Legenda

A-B: annual /biennale

M/T like SCR: mammo /tomo like screening

MVE: mammo con visita ed ecografia

Conclusioni

- La necessaria integrazione tra Centri di Senologia e Servizi di Screening deve essere funzionale a assicurare la massima accessibilità al percorso diagnostico terapeutico assistenziale e di follow-up del tumore della mammella.
- Le Aziende sanitarie potranno avvalersi delle misure organizzative più conformi alla propria organizzazione e funzionalità dei servizi collegati al CdS, a condizione che siano rispettate le finalità del documento, le modalità e le tempistiche esplicitate nella tabella 3b, nonché il necessario monitoraggio.
- Le Aziende sanitarie dovranno valutare l'impatto del nuovo percorso di rientro a screening, riorientando l'offerta dei servizi diagnostici dedicati alla sorveglianza di queste pazienti verso l'attività di screening.