

12 MAGGIO 2022

ORE 14:30-18:00



2022
WEBINAR
REGIONALI

PROGRAMMA

REGIONE EMILIA-ROMAGNA
IN COLLABORAZIONE CON
AUSL DI PIACENZA

Gli screening oncologici femminili
in Emilia-Romagna:
dalla ripartenza alle
novità

Avanza il percorso per il “follow up a 10 anni” e si aggiorna il PDTA del tumore della mammella

Gianni Saguatti
Centro di Senologia AUSL di Bologna



«Percorso per la sorveglianza della
donna con pregresso tumore
mammario dopo 10 aa. dalla
diagnosi»

Autori: D.Canuti, R.De Palma, A.Frassoldati,
L.Gianni, P.Giorgi Rossi,D.Santini,



1996-1998: partenza dei programmi aziendali di screening mammografico

2010: estensione della fascia di età dai 45 ai 74 anni. (residenti e domiciliate)

2012: partenza del percorso di identificazione e sorveglianza delle donne a rischio eredo-familiare per i tumori della mammella e dell'ovaio

2018: definizione della Rete Regionale dei Centri di Senologia

2018: protocollo regionale diagnostico-terapeutico-assistenziale per il carcinoma mammario.

2021: Costituzione Rete dei Centri di Senologia



Sottogruppo di Rete

Gruppo di professionisti (radiologi, oncologi e referenti RER) *18 giugno 2021*

1° obiettivo del gruppo di lavoro:

Definire i criteri di rientro a screening dopo 10 anni dalla diagnosi di tumore della mammella

Uniformare a livello regionale i percorsi di sorveglianza dopo 10 anni dalla diagnosi

Il Follow-Up secondo il PDTA mammella Emilia-Romagna

- Il follow-up costituisce parte integrante della presa in carico del PDTA senologico e deve essere trattato per i 10 anni successivi al trattamento primario all' interno della Breast Unit.
- La gestione del follow-up è in carico allo specialista designato del Gruppo multidisciplinare.
- Lo specialista condivide le informazioni con il MMG sul decorso del periodo post-operatorio delle pazienti.
- Dopo 1-2 anni e in accordo con la paziente, la gestione del follow-up può essere trasferita al Medico di Medicina Generale, dopo adeguata formazione e assicurando la continuità informativa con il PDTA.
- Terminati i 10 anni di follow-up la paziente torna in carico al MMG e verrà inserita nello screening mammografico, se rientra ancora nella fascia di età target.

Perché 10 anni di follow up?

- I primi 5 anni dopo la diagnosi sono gli anni a maggior rischio di ricaduta loco-regionale e sistemica per i sottotipi triplo negativi e per le pazienti HER2-enriched e in percentuale minore per i tumori luminal B (sia HER2 positive che negative).
- Dal 5° al 10° anno si riduce progressivamente il rischio di un eventuale ricaduta

Evidenze disponibili

- Il follow up inizia 6/12 mesi dopo la diagnosi o il trattamento
- Prevede mammografia annuale per 10 anni dopo la diagnosi
- In alcune LL.GG. si specifica di valutare un intervallo biennale dopo 5 anni o dopo i 60 (rientro a screening)
- Termina a 75 anni
- No Eco
- No RM
- Visita senologica per mastectomia con ricostruzione

Follow-Up  Rientro a screening

Il rientro a screening: le finalità

- Assicurare presa in carico sistematica
- Ridurre probabilità di perdita del follow up a lungo termine
- Sollevare la donna da oneri burocratici e logistici
- Ridurre le diseguaglianze di accesso
- Garantire seconda lettura
- Assicurare un percorso di sorveglianza personalizzato sulla base del profilo di rischio individuale

- Gli elementi che caratterizzano le modalità di rientro a screening sono strettamente correlate al concetto di rischio
- Transizione della presa in carico dall'oncologo al centro screening

Rischio di recidive locali o di secondi tumori nella stessa mammella o in quella controlaterale e variazione temporale del rischio.

- La ripresa di malattia si presenta nel 20% circa dei casi sotto forma di carcinoma in situ, nel restante 80% dei casi di nuovo come invasivo
- Il rischio di secondi tumori, in particolare controlaterali, è di circa lo 0,5%/anno, cumulativamente pari circa al 6% a 20 anni.
- I tumori HER2positivi e Triplo negativi hanno una probabilità di ricaduta di norma nettamente più elevata nei primi 2-3 anni, mentre i tumori luminali hanno una probabilità di ripresa minore ma più prolungata nel tempo.
- Altri fattori legati ad un rischio aumentato sono la presenza di mammella densa (circa 1,8 volte maggiore), di istologia non duttale (1,84 volte) e di Indice di massa corporea (BMI) > 25 (1,04 volte).

Fattori di rischio istopatologici

- dimensione del tumore: le donne che hanno un tumore al seno più grande hanno un rischio maggiore di recidiva (dimensioni del tumore iniziale superiori ai 5 cm, per alta probabilità che sia associata un'eterogeneità microscopica);
- coinvolgimento dei linfonodi ascellari (pN+);
- multifocalità, multicentricità o bilateralità (per possibile presenza di predisposizione genetica)
- Istotipo Lobulare infiltrante (focolai multicentrici);
- estesa componente intraduttale ECIS (possibilità di malattia residua anche con margini negativi);
- presenza di evidente invasione linfovaskolare (LVI – per aumentata possibilità di diffusione peritumorale ed a distanza dalla neoplasia);
- stato dei margini: l'interessamento dei margini di resezione ha evidenziato in molti studi un rischio di recidiva due o tre volte superiore rispetto alla presenza di margini indenni
- grado istologico (in particolare G3);
- profilo biologico del tumore: il rischio di ripresa locale di malattia varia in rapporto alla aggressività del tumore (i tumori HER2 positivi e triplo negativi si associano a rischio di recidiva, soprattutto a distanza, più elevato).

Altri fattori di rischio

- giovane età di comparsa della prima neoplasia;
 - donne con alto rischio eredo-familiare, con e senza mutazione BRCA1 e 2 accertate;
 - donne con seno denso.
-
- *In caso di pazienti con protesi mammarie o con mastectomia bilaterale devono essere previsti protocolli personalizzati di sorveglianza.*

Periodicità della mammografia

Mammografia annuale:

- storia familiare di tumore mammario
- età alla diagnosi < 40 anni
- quadro radiografico persistente di “mammella densa”
- diagnosi di carcinoma multicentrico
- diagnosi iniziale di carcinoma lobulare infiltrante
- Per le donne con **alto rischio eredo-familiare**, con e senza mutazione BRCA1 e 2 accertate, resta valido il percorso di sorveglianza attivo definito dal Protocollo assistenziale nelle donne a rischio ereditario di tumore della mammella e/o ovaio della Regione Emilia-Romagna (2016).

Casi «particolari»:

Alcuni casi particolari necessitano di un percorso specifico di sorveglianza:

- donne con protesi mammarie;
- donne con mastectomia bilaterale per patologia;
- donne con mastectomia bilaterale profilattica, in carico allo spoke con eco annuale sino a 69 aa, cosa si prevede ai 70 aa??
- donne con mastectomia monolaterale per patologia cosa si prevede? (una mammella può fare solo l'eco)

Modalità organizzative

- Le donne coinvolte nel rientro a screening dovranno avere un'età compresa tra i 45 e i 74 anni (età massima alla diagnosi di tumore 64 anni). In seguito, la donna verrà seguita dal medico curante con indicazione fino a 80 anni di effettuare mx biennale
- esecuzione di mammografia presso i centri senologici di competenza territoriale in sedute dedicate
- contestuale lettura della mammografia da parte di un Radiologo senologo che, in caso di test dubbio/positivo, organizza gli esami clinici di approfondimento necessari.
- Ogni donna al termine del FU avrà una valutazione del proprio rischio mediante una definizione radiologica della densità mammografica.
- La transizione della presa in carico dall'oncologo al centro screening prevede una visita di chiusura del follow up da parte dell'oncologo per stabilire la modalità dell'affidamento al Centro screening oltre al timing dei controlli strumentali in rapporto alle classi di rischio identificate

Requisiti di qualità dei percorsi di FU: organizzativi, dotazione tecnologica, risorse umane.

- È mandatorio che tutti gli apparecchi mammografici siano dotati di programmi di calcolo in automatico della densità per evitare giudizi soggettivi ; il calcolo densitometrico sarà eseguito ad ogni incontro mammografico.
- E' preferibile la creazione di agende con sedute dedicate per questo sottogruppo di pazienti, affinché il Centro Screening abbia spazi orari dedicati in gestione per gli inviti relativi a questo percorso e perché il Centro di Senologia assicuri contestualmente la presenza del Medico Radiologo

Descrizione delle 3 diverse modalità di follow-up in base alla fascia di rischio.

Livelli di rischio	Sorveglianza indicata	Condizioni particolari	Centro di riferimento
Basso	Mammografia biennale	Fasce di età.....	Centro screening competente
Medio	Mammografia annuale	Profilo 2 rischio eredo-familiare,	Centro screening competente
Alto	Mammografia annuale + esame clinico-strumentale +	Profilo 3 rischio eredo-familiare, pazienti con TN, età alla diagnosi <40 anni, densità mammella Bi-Rads C e D)	UO Oncologia

Prossimamente

- Il documento passa al vaglio del tavolo dei Radiologi (incontro in presenza)
- Classificazione del rischio ed attribuzione di valori di uno score ai diversi livelli
- Adozione di un impianto organizzativo che risponda alle necessità segnalate ed ai criteri di fattibilità: scelte operative, dotazione tecnologica, definizione dei tempi di realizzazione.

Grazie a tutti per la attenzione .

Grazie a Rossana e Debora per la vicinanza.



