

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER IL CARCINOMA DELL'ESOFAGO E DELLA GIUNZIONE ESOFAGO GASTRICA

Redazione:	Verifica:	Approvazione:
Dr Massimo Vecchiato	Dr Roberto Petri Direttore SOC Chirurgia Generale Dott.ssa Giovanna Mulloni Responsabile Dipartimentale dell'Assistenza Dr. Luca Lattuada Direzione Medica di Presidio	Dr. Roberto Petri Direttore DAI Chirurgia Generale
Firma	Firma	Firma

Documento precedente			Causale della modifica
Codifica	Revisione	Data	

Parola chiave 1	Parola chiave 2	Parola chiave 3

INDICE

1. Scopo e campo di applicazione

2. Destinatari

3. Abbreviazioni-Terminologie-Definizioni

4. Contenuti

- 4.1. Epidemiologia
- 4.2. Il modello organizzativo (flow chart)
- 4.3. L'organizzazione della rete e del percorso
 - 4.3.1 La rete oncologica
- 4.4. Accesso al Centro di Riferimento
- 4.5. La diagnosi e la stadiazione
 - 4.5.1 Discussione Meeting Multidisciplinare
- 4.6. Il trattamento
- 4.7. Il follow up
- 4.8. Gli indicatori

5. Responsabilità

6. Documenti collegati

- 6.1 Standard di riferimento delle indagini e dei trattamenti
- 6.2 Schemi e flow chart
- 6.3 GMD Udine
- 6.3 Percorso diagnostico e terapeutico intraospedaliero Udine

7 Riferimenti normativi, bibliografici e sitografici

1. Scopo e campo di applicazione

Lo scopo di un PDTA per le Neoplasie dell'Esofago a valenza non solo intraospedaliera ma Regionale nasce dal fatto che il trattamento di questa patologia deve avvenire di necessità in un Centro di Riferimento Regionale dotato di una Chirurgia ad Alto Volume, di un Servizio di Endoscopia con elevate capacità diagnostico/terapeutiche e capace di una valutazione multidisciplinare con Oncologi e Radioterapisti con esperienza nel trattamento di tali patologie.

L'intervento di esofagectomia è infatti uno dei pochi interventi le cui mortalità e morbidità sono legate in modo significativo al volume chirurgico; la relativa bassa frequenza di questa neoplasia rende perciò necessario un Centro regionale unico che abbia maturato l'esperienza necessaria per un suo trattamento ottimale.

Il documento si applica ai pazienti per i quali vi è una diagnosi sospetta o confermata di neoplasia dell'esofago .

Vengono presentate le caratteristiche relative al percorso in esame:

- le fasi organizzative;
- le strutture e le figure professionali coinvolte;
- le informazioni trasmesse al paziente ed ai familiari;
- i rapporti logistico-amministrativi con altre figure professionali (segreteria-prericoveri).

In ambito intraospedaliero poi vi è la necessità di definire un percorso multiprofessionale dedicato a tutti i pazienti che vengono sottoposti all'intervento chirurgico di esofagectomia.

Il percorso definito è soggetto a revisioni ed aggiornamenti sulla base di nuove acquisizioni conoscitive e nuove soluzioni organizzative.

2. Destinatari

I contenuti del documento sono destinati, per competenza specifica, a tutte le figure professionali che interagiscono per lo svolgimento del suddetto percorso clinico-assistenziale.

Nello specifico sono interessati i professionisti delle seguenti specialità:

- Chirurgia Generale
- Gastroenterologia
- Radiologia
- Anatomia Patologica
- Oncologia
- Radioterapia
- Nutizionista
- Anestesisti
- Operatori del Distretto
- Specialisti dei Dipartimenti suddetti degli Ospedali della Regione FVG e Medici di Medicina Generale
- Gli infermieri del Pre-ricovero del Dipartimento Assistenziale Integrato (DAI) di Chirurgia Generale;
- Gli operatori del reparto di Terapia intensiva/semintensiva, Chirurgia Generale, ambulatorio;

3 Abbreviazioni-Terminologie-Definizioni

ASA Score	American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status
CUP	Centro Unico di Prenotazione
MMG	Medico di Medicina Generale
Day Surgery	Centro Pre/Post Ricovero Chirurgico
NH	Nuovo Ospedale
OSS	Operatore Socio Sanitario
CD	Chirurgia Degenza
NPT	Nutrizione parenterale totale
NAD	Nutrizione artificiale4 domiciliare
RSA	Residenza sanitaria assistita
SNG	Sondino naso gastrico
BMI	Body mass index
RX	Radiografia
ECG	Elettrocardiogramma
EGDS	esofagogastroduodenoscopia
PET TAC	Tomografia ad Emissione di Positroni tomografia assiale computerizzata
ADT	Software per la gestione dei ricoveri ospedalieri
CVC	Catetere venoso centrale
CVP	Catetere venoso periferico
CV	Catetere vescicale
GMD	Gruppo Multidisciplinare

Centro di Riferimento e Gruppo Multidisciplinare

Il Centro di Riferimento Regionale ha al suo interno una Chirurgia ad Alto Volume (≥ 20 esofagectomie/anno) e un Servizio di Endoscopia con elevate capacità diagnostico/terapeutiche, come strumenti con possibilità di visione potenziata (NBI, FICE, High Scan) e magnificazione d'immagine; disponibilità di strumenti ultrasottili e broncoscopi; ecoendoscopia e capacità di esecuzione di un numero adeguato/anno di mucosectomie/submucosectomie dell'esofago.

Il Centro è dotato di un gruppo multidisciplinare dedicato che si riunisce con scadenza settimanale per la discussione dei casi inviati.

4 Contenuti

4.1. Epidemiologia

Il cancro dell'esofago si trova all'ottavo posto al mondo¹ con un'incidenza complessiva di 3-4 casi su 100.000 abitanti e rappresenta la sesta causa di mortalità relata a patologia neoplastica².

Principalmente colpito è il sesso maschile con un rapporto 2-5:1.

Il carcinoma squamoso (SCC) è il più frequente nel terzo medio-superiore dell'esofago, caratterizzato da elevatissima variabilità tra aree ad alta incidenza in Asia, Africa ed Europa meridionale (in particolare Iran, Cina, Kazakhstan, Zimbabwe) e bassa incidenza nei paesi occidentali. In Europa è segnalata una maggiore incidenza del SCC in Normandia, Calvados e Triveneto in Italia.³

Da oltre un decennio il rapporto fra carcinoma squamoso e adenocarcinoma (AD) ha iniziato ad invertirsi con maggior velocità nel Nord Europa e in Nord America⁴ e la mortalità per AD ha ora raggiunto quella per SCC.

Ogni anno in Italia vengono diagnosticati circa 2.100 nuovi casi di tumori dell'esofago: 1600 negli uomini e 500 nelle donne, con una incidenza annuale di 7,5 casi per 100.000 abitanti al Nord e 2.0 casi per 100.000 abitanti al Centro-Sud. Dal 2014 al 2017, in media ogni anno in Friuli-Venezia Giulia è stato diagnosticato un tumore dell'esofago a 66 uomini (età mediana alla diagnosi, 67 anni) e a 23 donne (età mediana alla diagnosi, 73 anni). Il confronto con i dati di tutti i registri tumori italiani, dopo standardizzazione per età, mostra che l'incidenza del tumore dell'esofago negli uomini (9,9 casi/100.000 per anno) e nelle donne (2,5 casi/100.000 per anno) del Friuli-Venezia Giulia è in linea con l'incidenza media nelle altre regioni del Nord Italia (7,5 casi/100.000 per anno in uomini e donne). Il tasso di incidenza standardizzato per età è risultato inferiore negli uomini residenti in provincia di Trieste (8,2 casi/100.000 per anno) rispetto a quanto registrato nelle altre provincie (p.es, 11,5 casi/100.000 per anno in provincia di Gorizia). Tra il 2010 e il 2017, l'incidenza del tumore dell'esofago è aumentata, in media ogni anno, dello 0,7% tra

gli uomini ed è diminuita del 4,1% nelle donne. Dopo un anno dalla diagnosi era vivo il 45% degli uomini ed il 40% delle donne a cui era stato diagnosticato un tumore dell'esofago, una percentuale che, dopo 5 anni dalla diagnosi, scendeva al 13% negli uomini e al 18% nelle donne. Tra le persone che sono sopravvissute almeno 1 anno dopo la diagnosi, la probabilità di essere vivi dopo altri 5 anni è risultata pari al 29% tra gli uomini e al 44% tra le donne. Gli indicatori statistici di sopravvivenza hanno dimostrato un aumento nella probabilità di sopravvivere dopo una diagnosi di tumore dell'esofago soprattutto tra le donne (dopo 5 anni +2,2% per le diagnosi avvenute nel 2010-2013 rispetto al periodo 2005-2009).

Differenze non statisticamente significative sono emerse a livello di provincia di residenza, e le sopravvivenze documentate in FVG sono risultate coerenti con quelle riportate nei registri tumori italiani nel loro complesso⁵ (vedi tabelle 2-1,2-2)

Sesso	Incidenza, persone residenti, diagnosticate negli anni 2014-2017	FVG	TS	GO	UD	PN
-------	--	-----	----	----	----	----



	Numero medio di casi all'anno	66	11	9	31	15
	Tasso grezzo (x100.000 ab./anno)	11,2	9,8	13,1	12,1	9,6
	Tasso standardizzato* per età (x100.000 ab./anno)	9,9	8,2	11,5	10,7	9,3
	Età mediana alla diagnosi	67	67	68	67	68
	Variazione percentuale annua 2010-2017 (IC 95%)	0,7 (-4,7;6,4)	-	-	-	-
	Numero medio di casi all'anno	23	3	3	11	6
	Tasso grezzo (x100.000 ab./anno)	3,7	2,6	3,8	4,1	3,8
	Tasso standardizzato* per età (x100.000 ab./anno)	2,5	1,5	2,6	2,8	2,9
	Età mediana alla diagnosi	73	73	74	72	76
	Variazione percentuale annua 2010-2017 (IC 95%)	-4,1 (-10,9; 3,2)	-	-	-	-
IC= intervallo di confidenza; *Sulla popolazione Europea del 2013						

Tabella 21



Sesso	Incidenza del tumore dell'esofago (ICD-10: C15) in FVG per province e sesso nel 2019.	FVG	TS	GO	UD	PN
	Numero assoluto	70	16	9	29	16
	Tasso standardizzato per età (x100.000 ab)*	10,5	11,9	11,5	10,0	9,9
	Numero assoluto	28	5	6	15	2
	Tasso standardizzato per età (x100.000 ab)*	3,0	2,5	5,2	3,8	1,0
*Sulla popolazione Europea del 2013						

Tabella 22

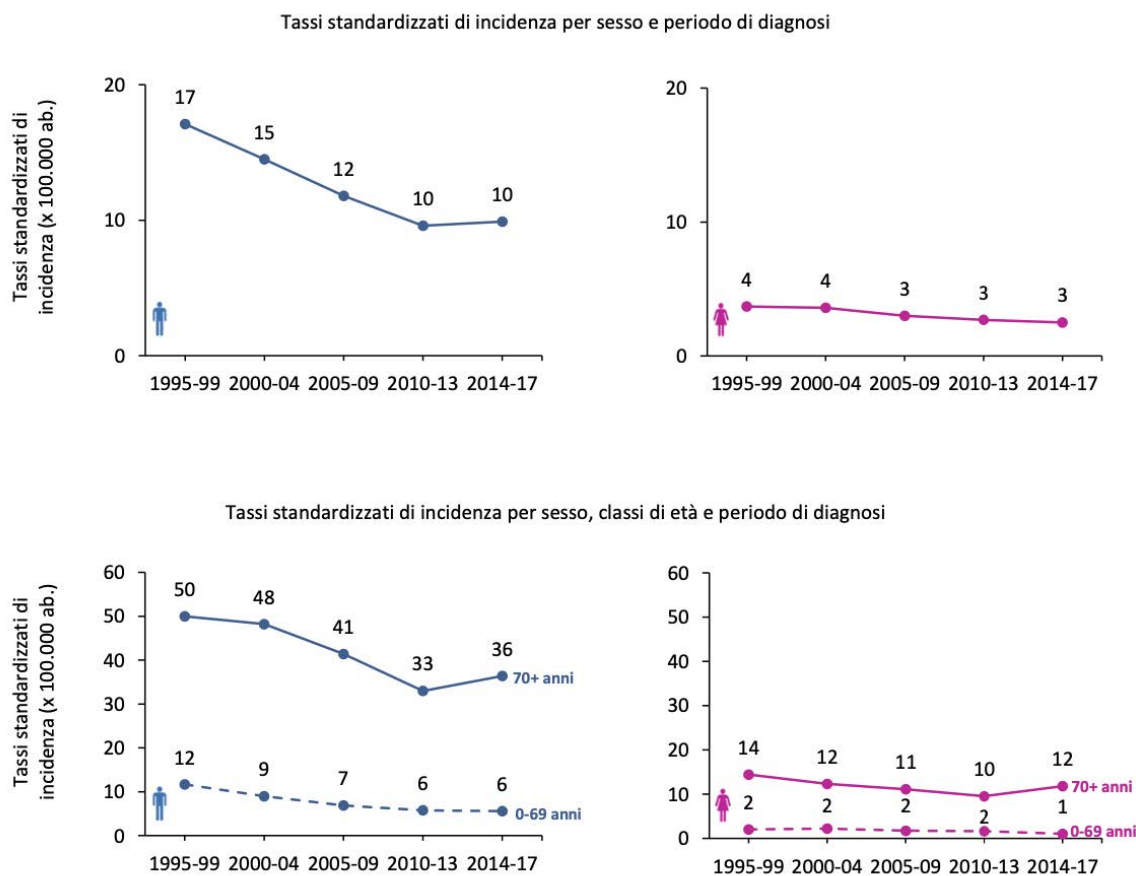


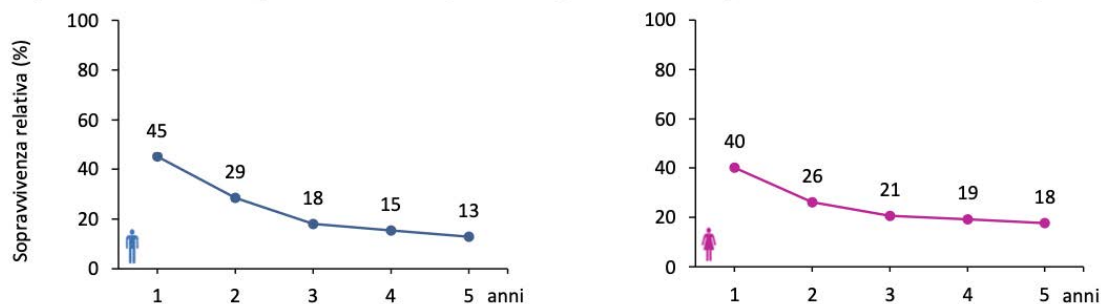
Figura 1 INCIDENZA FVG

Sopravvivenza delle persone residenti, diagnosticate negli anni 2010-2013		Uomini	Donne
a 1 anno dalla diagnosi (%)			
Osservata		44	39
Relativa (IC 95%)		45 (38 - 52)	40 (28 - 52)
a 5 anni dalla diagnosi (%)			
Osservata		12	16
Relativa (IC 95%)		13 (8 - 18)	18 (10 - 28)
Condizionata a sopravvivere almeno 1 anno dalla diagnosi (IC 95%)		29 (19 - 39)	44 (24 - 62)

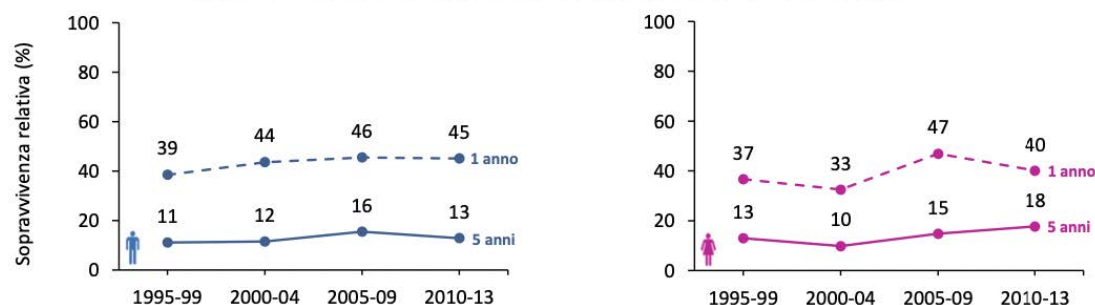
IC intervallo di confidenza.

Tabella 23 SOPRAVVIVENZA FVG (età >18 anni, follow-up al 2018)

Sopravvivenza relativa delle persone residenti, diagnosticate negli anni 2010-2013, per sesso e numero di anni dalla diagnosi



Sopravvivenza relativa a 1 anno e 5 anni dalla diagnosi per sesso e periodo di diagnosi



Sopravvivenza relativa a 5 anni delle persone vive 1 anno dopo la diagnosi per sesso e periodo di diagnosi

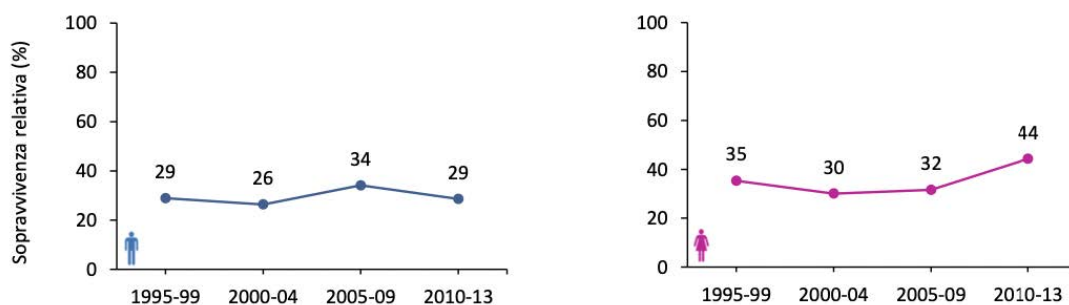
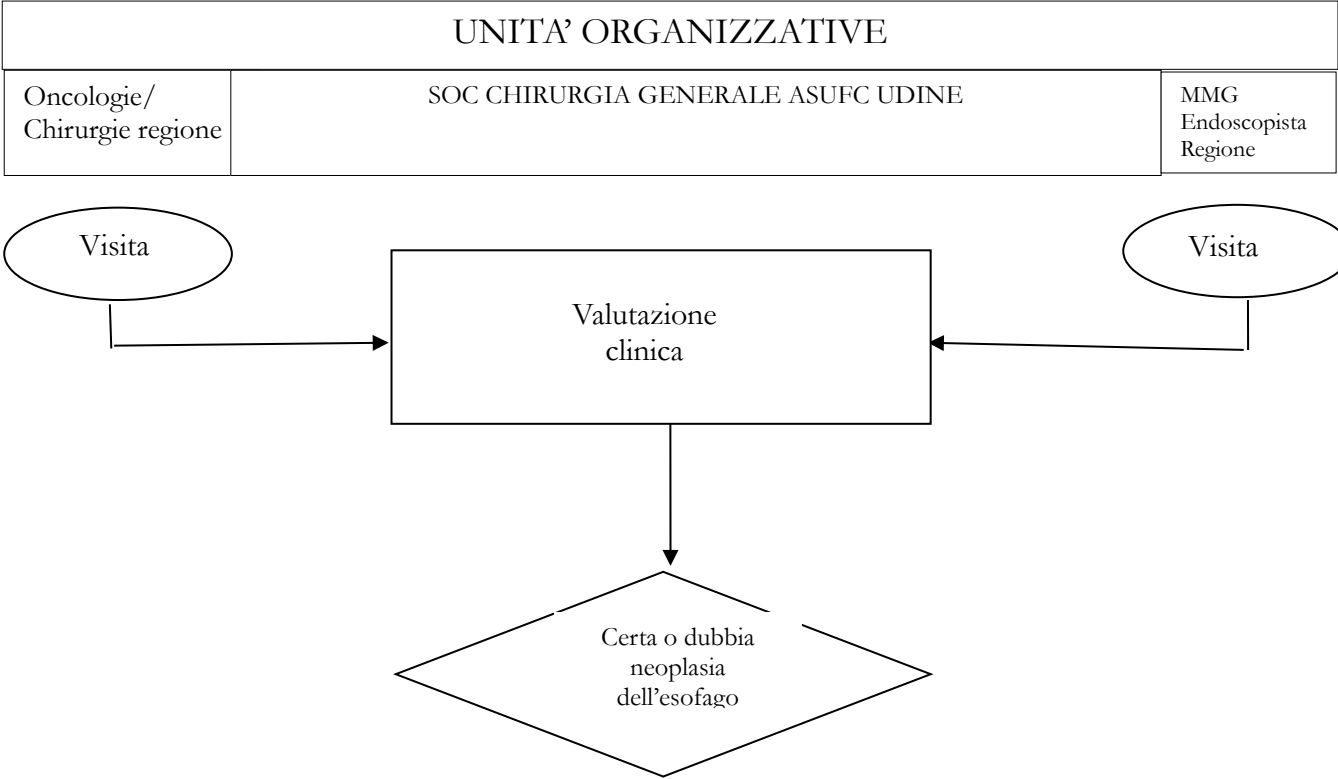


Tabella 24 SOPRAVVIVENZA FVG

Dati preliminari da 17 registri tumori italiani del centro nord e sud della penisola hanno stimato le seguenti probabilità di sopravvivenza per i casi di carcinoma dell'esofago diagnosticati tra il 2010 e il 2014 con follow-up al 31.12.2018: sopravvivenza standardizzata (cioè al netto delle altre cause di morte) ad 1 anno dalla diagnosi: 43.3% uomini e 44.5% donne; a 5 anni dalla diagnosi, 13.1% uomini e 22.4% donne⁶.

Errore: sorgente del riferimento non trovata



4.3 L'organizzazione della rete e del percorso

4.3.1 La rete oncologica

Fanno parte della rete Oncologica le strutture appartenenti all'Area Vasta Udinese,

L'azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC) comprende:

Presidio Ospedaliero Universitario "Santa Maria della Misericordia" (HUB)

Istituto di Medicina Fisica e Riabilitazione "Gervasutta"

Presidio Ospedaliero Latisana e Palmanova (Spoke)

Presidio Ospedaliero San Daniele e Tolmezzo (Spoke)

Presidio Ospedaliero per la Salute di Gemona

Per quanto riguarda l'oncologia, in Azienda sono presenti 3 SOC ed una SOS articolate come di seguito:

SOC di Oncologia del P.O.U. "Santa Maria della Misericordia"

SOC di Oncologia del P.O. di San Daniele e Tolmezzo

SOC di Oncologia del P.O. di Latisana e Palmanova

SOS di Oncologia e cure palliative

Per quanto riguarda la Chirurgia, vi sono

SOC di Chirurgia Generale e SOC Clinica Chirurgica del P.O.U. "Santa Maria della Misericordia"

SOC di Chirurgia Generale del P.O. di San Daniele e Tolmezzo

SOC di Chirurgia Generale del P.O. di Latisana e Palmanova

Il percorso del paziente con neoplasia dell'esofago (certa o dubbia) si articola nelle seguenti fasi clinico-organizzative.

FASE	REGIME	PRESTAZIONE	SEDE	TEMPI PREVISTI
Prenotazione e accesso al Centro	Ambulatoriale	Visita ambulatoriale	ASUFC Udine SOC di Chirurgi Generale	entro 3 giorni lavorativi per esterni ed interni
Stadiazione	Pre-ricovero	Esami di stadiazione	ASUFC Udine SOC di Chirurgi Generale	Entro 20 giorni
Valutazione Gruppo Multidisciplinare	Pre-ricovero	Discussione del percorso diagnostico-terapeutico	ASUFC Udine/Telematica con Oncologie/radioterapie della Regione	
Trattamento	Ricovero/Day Hospital	Trattamento chemio-radioterapico neoadiuvante	ASUFC ASUGI ASFO CRO Aviano	Entro 30 giorni dall'accesso al PDTA
	Ricovero	Intervento chirurgico	ASUFC Chirurgia Generale Udine	
	Ricovero/Day Hospital/Territorio	Palliazione	ASUFC ASUGI ASFO CRO Aviano	
Ristadiazione in caso di neoadiuvante	Pre-ricovero	Esami di ristadiazione	ASUFC Udine SOC di Chirurgi Generale	
Rivalutazione Gruppo Multidisciplinare	Pre-ricovero	Ridiscussione del percorso diagnostico-terapeutico tra gli specialisti coinvolti	ASUFC Udine	
Trattamento	Ricovero	Intervento chirurgico	ASUFC Udine	
	Ricovero/Day Hospital/Territorio	Palliazione	ASUFC ASUGI ASFO CRO Aviano	
Follow up	Ambulatoriale	Visita ambulatoriale rivalutazione e accertamenti	ASUFC ASUGI ASFO CRO Aviano	

4.4 Accesso al Centro di Riferimento

L'accesso al Centro di Riferimento e l'entrata del paziente nel PDTA può avvenire a diversi livelli:

- al momento dell'esecuzione della EGDS che pone il sospetto diagnostico di neoplasia esofagea
- in un qualsiasi momento o al termine dell'iter diagnostico (anche se effettuato in altra Regione)

Selezione dei pazienti	I pazienti vengono inviati all'ambulatorio Chirurgico/Oncologico del Centro di Riferimento, dai MMG o specialisti del SSN del territorio che abbiano individuato un paziente con diagnosi certa o dubbia di neoplasia dell'esofago attraverso uno o più esami diagnostici (EGDS; RX TD; TAC; PET)
Dove e come avviene la prenotazione/modalità previste per il pagamento del ticket/esenzione	<p>L'accesso avviene attraverso gli ambulatori oncologici e chirurgici, tramite richiesta di visita (con impegnativa per visita urgente) da parte del MMG o altro specialista del SSN che ha in carico il paziente con diagnosi (anche dubbia) di neoplasia dell'esofago.</p> <p>Il paziente si reca al CUP prima della prestazione sanitaria per il pagamento del ticket per la visita specialistica secondo il vigente tariffario regionale (se dovuto). Qualora il paziente non abbia già provveduto precedentemente alla compilazione e sottoscrizione del consenso al trattamento dei dati personali (GeCo), il personale dell'ambulatorio si fa carico dell'adempimento di questo impegno chiedendo al paziente di procedere alla compilazione dei moduli specifici.</p> <p>Il medico specialista effettua la visita e fornisce tutte le informazioni sui tempi di attesa e su come procederà il successivo percorso diagnostico/terapeutico.</p> <p>Il paziente viene quindi inserito in lista d'attesa di intervento chirurgico nel sistema G2 clinico tramite la procedura aziendale "Liste di attesa programmazione e registri degli interventi chirurgici".</p>
Documentazioni necessarie per la valutazione	<p>Il paziente, al momento della visita ambulatoriale, deve essere munito di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tessera sanitaria, - impegnativa per visita chirurgica urgente - esami eseguiti prima della valutazione ambulatoriale e che hanno permesso la diagnosi o il sospetto diagnostico [Esofagogramma, EGDS, Tac cervico-toraco-addominale] - elenco dei farmaci assunti a domicilio.
Criteri di priorità previsti	La valutazione ambulatoriale verrà eseguita con priorità Urgente/B.
Informazioni da trasmettere al paziente	<p><u>Informazioni sulla struttura:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Carta dei servizi - Carta degli impegni <p><u>Informazioni sull'iter diagnostico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Il paziente viene informato della necessità di una valutazione multidisciplinare e della necessità di eventuali esami diagnostici e di stadiazione necessari.

4.5 Diagnosi e stadiazione

Vengono definiti esami necessari alla stadiazione.

- Anamnesi personale e Familiare ed Esame Clinico
- Endoscopia Digestiva e Biopsia se non eseguita
- Esami Ematochimici e Marcatori Tumoriali
- Ecoendoscopia (EUS) se assenza di Metastasi
- La resezione endoscopica (ER) è indicata per l'accurato staging delle lesioni "early" (Tis,T1)

Carcinoma squamoso:

- TAC (collo-torace-addome) con mdc ev
- Ecoendoscopia per tumori early
- Visita ORL
- Tracheobroncoscopia
- PET/CT (da discutere i casi in cui può essere indicata: stadio II-III)

Adenocarcinoma:

- TAC (torace-addome) con mdc ev
- Ecoendoscopia per tumori early
- Test HER2-neu se sospetta/documentata metastasi di adenocarcinoma
- PET/CT (da discutere i casi in cui può essere indicata: stadio II-III)

Gli esami mancanti o dubbi vengono completati presso il centro Hub in regime di Pre Ricovero della SOC di Chirurgia Generale.

Qualora il paziente abbia già esami di secondo livello verrà definito dal gruppo multidisciplinare la necessità di ripetizione/integrazione degli stessi.

4.5.1 Discussione nel Gruppo Multidisciplinare

L'accesso al Centro di Riferimento prevede, completati gli esami stadiativi, la discussione del caso nel Gruppo Multidisciplinare delle neoplasie gastrointestinali.

Professionisti coinvolti	<p>“Core team”</p> <ul style="list-style-type: none"> -Chirurgo di riferimento patologia esofagea (ASUFC, Chirurgia Generale Udine) -Oncologo Medico (ASUFC;) -Radioterapista Oncologo (ASUFC;) -Radiologo (ASUFC;.....) -Endoscopista (ASUFC, Gastroenterologia Udine) -Case manager -Anatomo patologo (ASUFC, Anatomia Patologica Udine) <p>Potrà essere richiesta la presenza di:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Nutrizionista medico/dietista -Medico nucleare -Dietista
Modalità di accesso	<p>Il Gruppo Multidisciplinare si riunisce con scadenza settimanale per la discussione dei casi inviati. I casi vengono presentati a seguito della valutazione ambulatoriale (Oncologica/Chirurgica/Radioterapica) oppure per invio diretto da parte dell'endoscopia del Centro di riferimento.</p> <p>Le riunioni avvengono anche con possibilità di accesso da remoto, allargando la discussione ai professionisti dell'Area Vasta/regionale.</p>
Modalità di lavoro/refertazione	<p>Gli incontri multidisciplinari prevedono l'utilizzo di un apposito data base di raccolta dei pazienti che verranno di volta in volta discussi. Al termine di ogni discussione le informazioni e le decisioni saranno formalizzate in un referto conclusivo che verrà consegnato al paziente e al MMG.</p>

Ogni struttura ha individuato professionisti da dedicare allo studio e alla cura delle neoplasie del tratto gastrointestinale e che quindi fanno parte del costituito GMD.(allegato 6.3)

Dopo la valutazione multidisciplinare alcuni pazienti vengono avviati ad un programma chemio-radioterapico neoadiuvante, per cui vengono ripetuti, al termine del trattamento, gli esami di ristadiazione, la valutazione medica con espressione del consenso informato definitivo e la valutazione infermieristica.

NB.: Se sono trascorsi più di 30 giorni dalla prima valutazione è necessario effettuare nuovamente le valutazioni mediche e infermieristica.

4.6 Il trattamento

A seconda dello stadio del tumore il trattamento di scelta può essere:

- solo resezione endoscopia con mucosectomia o dissezione sottomucosa
- solo chirurgico (con intervento radicale o palliativo);
- chirurgico, preceduto da trattamento neoadiuvante chemio/radioterapico con l'intento di ottenere downstaging
- chirurgico, seguito da chemioterapia \pm radioterapia adiuvanti;
- solo chemioredioterapico esclusivo

- solo chemioterapico palliativo;
- solo radioterapico palliativo (eccezionalmente);
- semplice terapia di supporto.
- trattamento endoscopico con intento palliativo come posizionamento sondini nutrizionali (PEG, etc) o di protesi

I percorsi sono definiti nelle Tavole 1-21 (allegato 6.2)

4.7 Il follow up

Il paziente eseguirà una valutazione oncologica e/o radioterapica in regime di post ricovero o presso la struttura inviante (ASUGI; CRO Aviano...) con l'esito dell'esame istologico, in base al quale verrà definito il successivo trattamento oncologico o pianificato il follow up.

4.8 Gli indicatori

5 Responsabilità

Figure responsabili	CUP	Medico	Infermiere	Dietista	O.S.S.	Segreteria
Attività						
Prestazione ambulatoriale	C	R	C	/	C	C
Preparazione medica al ricovero	/	R	C	/	C	I
Preparazione infermieristica al ricovero	/	I	R	/	C	I
Procedure amministrative per il ricovero	/	I	C	/	C	R
Accoglimento del paziente	/	I	R	/	C	C
Trattamento clinico	/	R	C	C	C	/
Assistenza	/	I	R	C	C	/
Informazioni mediche al paziente alla dimissione	/	R	I	I	I	C
Informazioni assistenziali al paziente alla dimissione	/	I	R	C	I	C

Legenda delle relazioni:

R = Responsabilità generale dell'espletamento dell'attività

C = Collaborazione alla realizzazione dell'attività
I = Informazione sulla realizzazione dell'attività

6 Allegati

6.1 Standard di riferimento delle indagini e dei trattamenti

In un Centro di Riferimento tutte le indagini, le valutazioni mediche/specialistiche e le opzioni terapeutiche devono essere disponibili ed aderire a standard definiti.

Si definiscono qui sotto gli esami, gli standard, le valutazioni e le procedure necessarie.

Sospetta Neoplasia Esofagea	<p>L' esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsie è l'indagine da eseguire nei pazienti che possono essere ricondotti ad una patologia dell'esofago o del giunto gastroesofageo.</p> <p>La diagnosi di carcinoma dell'esofago o della giunzione gastroesofagea può essere il reperto occasionale in corso di endoscopia eseguita per il follow-up di altre patologie come il reflusso gastroesofageo o Barret.</p> <p>La comparsa di sintomi come disfagia, scialorrea, rigurgito, disfonia è indicazione a richiesta di endoscopia digestiva diagnostica</p>
EGDS	<p>L'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) con biopsie rappresenta l'indagine di elezione nella diagnosi, stadiazione, trattamento e sorveglianza dei pazienti affetti da cancro esofageo e della giunzione esofago-gastrica (EGJ).</p> <p>- Le endoscopie diagnostiche e di controllo sono eseguite con l'intento di</p>

	<p>determinare la presenza e la localizzazione di una neoplasia esofagea e di biopsiare ogni lesione sospetta. Per tali motivi un esame endoscopico adeguato deve fornire queste informazioni.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La localizzazione del tumore in rapporto alla distanza dall'arcata dentaria e dalla EGJ, la lunghezza del tumore, l'estensione circonferenziale e il grado di ostruzione devono essere registrati. Se presente, la localizzazione, la lunghezza e l'estensione circonferenziale di un esofago di Barrett devono essere caratterizzate in accordo con i criteri di Praga, ed gli eventuali noduli della mucosa devono essere riportati.¹ - La strumentazione endoscopica con possibilità di visione potenziata (NBI, FICE, High Scan) e magnificazione d'immagine consente un'aumentata capacità di identificazione delle lesioni.² - Biopsie multiple (da sei a otto) devono essere eseguite al fine di fornire materiale sufficiente per l'interpretazione istologica e la valutazione del profilo molecolare nei casi in cui non sia possibile un'asportazione completa.³
Principali Criteri ed indicatori di qualità della EGDS per un centro di I Livello	<ul style="list-style-type: none"> • Consenso informato • Utilizzo di sedazione • Strumentazione endoscopica a luce bianca ad alta definizione • Strumentazione endoscopica con possibilità di visione potenziata (NBI, FICE, High Scan) e magnificazione d'immagine • Disponibilità di strumenti ultrasottili e broncoscopi • Ecoendoscopia • Esecuzione di un numero adeguato/anno di mucosectomie/submucosectomie dell'esofago • Corretta misurazione e descrizione di: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Punti di repere: distanza dall'AD dello sfintere esofageo superiore-SES, sfintere esofageo inferiore-SEI, linea Z, impronta dei pilastri ➤ Inizio e termine della neoformazione rispetto all'AD ➤ Percentuale di riduzione del lume e transitabilità ➤ Sedi anatomiche coinvolte: ipofaringe, esofago cervicale, esofago toracico (1/3 sup., medio, inf.), cardias, stomaco ➤ Classificazione di Seiwert • Rispetto dei protocolli di campionamento biotico in caso di Barret: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Protocollo di Seattle per il Barret semplice ➤ Protocollo di Levine per il Barret con displasia nota ➤ Rispetto dei protocolli di campionamento biotico in caso di Barret ➤ Documentazione iconografica con immagini e video
Resezioni endoscopiche	<ul style="list-style-type: none"> - Le resezioni endoscopiche (ER: EMR-ESD) delle lesioni nodulari eseguite con l'intento di una corretta stadiazione delle malattie in stadio "Early" dovrebbero fornire accuratamente il grado di invasione profonda, il grado di differenziazione e la presenza/assenza di invasione vascolare e/o linfatica.⁴ - Le resezioni endoscopiche possono essere considerate terapeutiche nel caso in cui una lesione non associata ad interessamento linfonodale, minore o uguale a 2

	cm di diametro, sia completamente rimossa e la valutazione istopatologica dimostri la presenza di una buona differenziazione, una invasione non superiore agli strati superficiali della submucosa (Sm1-Sm2), l'assenza di invasione linfovaskolare ed il non coinvolgimento dei margini di resezione laterale e profondo. ^{5,6,7}
Ecoendoscopia	L'ecoendoscopia delle alte vie digerenti (EUS), eseguita in assenza di evidenza di lesioni secondarie, è un importantissimo strumento diagnostico utile nel corretto staging delle neoplasie esofagee, soprattutto negli stadi iniziali (stadio 0-IIIa). Essa fornisce il grado di invasione profonda della neoplasia (T), evidenzia la presenza di linfadenopatie patologiche (N) ed occasionalmente di segni di diffusione a distanza mediante la scoperta di lesioni negli organi adiacenti all'esofago (M). ⁸
Trattamento dei Sintomi	Le dilatazioni endoscopiche con palloncino o bougie possono essere eseguite per risolvere temporaneamente l'ostruzione da parte del tumore o dei restringimenti causati dalla terapia per consentire il proseguo dell'iter terapeutico. La palliazione a lungo termine della disfagia può essere eseguita mediante la disostruzione con ablazione Nd: YAG Laser, PDT e crioablazione, o mediante l'inserzione di stent metallici espandibili o plastici. ^{9,10}
Esame istologico da biopsia endoscopica multipla	In presenza di esofago di Barrett, protocollo di campionamento biotipico secondo Seattle; ulteriori biopsie devono essere ottenute su aree sospette per patologia. L'invio dei campioni biotipici deve essere distinto per sede di prelievo (1 contenitore per sede) e deve essere accompagnato da copia del referto dell'endoscopia, in cui devono comparire le distanze dalla arcata dentaria di: a) linea Z; b) giunzione esofago-gastrica; c) pilastri diaframmatici; d) delle prese biotipiche inviate all'esame istopatologico
Stesura del report istologico	<ul style="list-style-type: none"> - La classificazione delle lesioni pre-neoplastiche secondo classificazione di Padova o classificazione di Vienna - La terminologia secondo classificazione WHO 2010 (i.e., displasia o neoplasia intraepiteliale; non utilizzare il termine neoplasia non-invasiva; basso e alto grado, non esiste più il grado intermedio) - In caso di esofago di Barrett, valutazione dell'estensione della mucosa metaplasia con commento adeguato.
Esame istologico da resezione mucosa endoscopica	I campioni devono giungere all'anatomia patologica sempre orientate e stese su una base di polistirolo, per garantire una corretta valutazione dei margini di resezione. Questo vale anche per campionamenti piccoli, superficiali e/o frammentati. Il tessuto viene inchiostrato al margine profondo dal patologo, che lo esaminerà a sezioni parallele, ogni 3-4 mm perpendicolari all'asse maggiore, inserendo un solo prelievo in ogni blocchetto
Stesura del report istologico	<ul style="list-style-type: none"> - Diametro maggiore della neoplasia (valutazione istologica) - Istotipo della neoplasia secondo classificazione WHO 2010 - Grading della neoplasia secondo classificazione WHO 2010 - Presenza di invasione angiolinfatica

	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di invasione perineurale - Presenza di ulcerazione mucosa - Livello di infiltrazione della neoplasia secondo classificazione TNM - Pattern di crescita della neoplasia secondo Kodama - Stato dei margini (profondo e laterali) - Presenza di neoplasia intra-epiteliale adiacente; se presente definirne il grado, estensione (focale/multifocale/diffusa) e rapporto con i margini laterali della exeresi.
Stesura del report istologico da biopsia di lesione ritenuta metastatica	<ul style="list-style-type: none"> - Istotipo della neoplasia secondo classificazione WHO 2010 - Grading della neoplasia secondo classificazione WHO 2010 - Nell'adenocarcinoma, valutazione immunoistochimica e in ibridazione in situ dello status di HER2 secondo raccomandazioni AIOM-SIAPEC qualora non fosse disponibile campionamento della neoplasia primitiva
Esame istologico da resezione Chirurgica	<p>I campioni dovrebbero giungere sempre in anatomia patologica in modalità "a fresco" per poter permettere al patologo una migliore descrizione macroscopica della neoplasia e migliorare la qualità di fissazione dei preparati.</p> <p>E' consigliabile la dissezione delle stazioni linfonodali in sala operatoria e l'invio delle stesse in contenitori separati.</p> <p>I prelievi macroscopici devono sempre permettere la valutazione dei margini di resezione prossimale, distale e circonferenziale. Almeno tre prelievi di neoplasia devono essere considerati.</p> <p>In caso di neoplasie con ottima risposta alla terapia neoadiuvante, l'intera area precedente neoplastica deve essere esaminata in sezioni seriate.</p>
Stesura del report istologico	<ul style="list-style-type: none"> - Localizzazione macroscopica della neoplasia - Diametro della neoplasia - Istotipo della neoplasia secondo classificazione WHO 2010 - Grading della neoplasia secondo classificazione WHO 2010 - Livello massimo istologico di invasione della neoplasia (riferimento anatomico) - Presenza di invasione di piccoli vasi angiolinfatici - Presenza di invasione di grandi vasi (arterie e vene) - Presenza di invasione peri-neurale - Stato dei margini di resezione (prossimale, distale, omentale e circonferenziale) - Numero e stato dei linfonodi esaminati (indicazione ratio non-metastatici /metastatici) - Neoplasia residua (RO, R1 e R2) - Grado di regressione della neoplasia dopo chemio-radioterapia neoadiuvante (secondo Becker o Mandard-TRG) - Stadio patologico della neoplasia secondo classificazione pTNM (7a ed. 2010) - Presenza di neoplasia intraepiteliale adiacente; se presente definirne il grado, estensione (focale/multifocale/diffusa) e rapporto con i margini della exeresi - Valutazione dello status Hp se comprendente segmento gastrico - Valutazione dello status HER2 secondo raccomandazioni AIOM-SIAPEC.
Valutazione nutrizionale	<p>Il razionale della valutazione nutrizionale nei pazienti con tumore dell'esofago risiede nell'elevata prevalenza di malnutrizione, o cachessia, che si attesta attorno al 50% dei casi. È altresì dimostrato come la malnutrizione influenzi</p>

	<p>negativamente la tolleranza ai trattamenti chemio e/o radioterapici, l'outcome chirurgico, la sopravvivenza e la qualità di vita.</p> <p>Si raccomanda pertanto che tutti i pazienti siano sottoposti a screening nutrizionale al momento della presa in carico indipendentemente dal BMI. Anche i pazienti in sovrappeso/obesi possono, infatti, presentare un quadro di malnutrizione proteico-calorica, deficit di micronutrienti e/o sarcopenia.</p> <p>Gli strumenti per lo screening e la valutazione nutrizionale dovranno comprendere alcuni parametri fondamentali quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Andamento del peso e % di calo ponderale, Body Mass Index (BMI) - Parametri biochimici utili per valutare il grado di malnutrizione (es. albumina, pre-albumina) - Introiti e loro adeguatezza rispetto ai fabbisogni <p>Individuati i pazienti a rischio di malnutrizione/malnutriti, questi andranno inviati per una valutazione nutrizionale completa e/o ad un intervento nutrizionale. La valutazione nutrizionale andrà ripetuta regolarmente durante tutte le fasi terapeutiche e quindi modificata in base al cambiamento delle condizioni cliniche.</p> <p>Le indicazioni in ambito nutrizionale sono le stesse che per gli altri tipi di tumore.</p> <p>Il supporto nutrizionale e la scelta della via di somministrazione devono essere impostati in base allo stato nutrizionale, ai fabbisogni, alle condizioni cliniche e devono tener conto dei trattamenti programmati.</p> <p>L'Intervento nutrizionale può essere effettuato mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Counseling</i> nutrizionale con o senza uso di supplementi nutrizionali orali - Nutrizione enterale mediante SNG o digiunostomia <p>Nutrizione parenterale cercando di preferire sempre la via naturale a quella artificiale e la enterale alla parenterale</p> <p>Durante la stadiazione, l'oncologo o il chirurgo, potrebbero valutare la necessità, data l'importante disfagia del paziente, di attivare attraverso il servizio di nutrizione clinica/dietiste, una presa in carico domiciliare con Nutrizione Artificiale Domiciliare (vedi "Procedura della corretta gestione della persona con problemi di malnutrizione").</p>
Presa In Carico Radioterapico- Oncologica	<p>La scelta del regime chemioterapico più appropriato, la sua somministrazione e il controllo degli effetti collaterali, soprattutto in associazione alla radioterapia, rientra nei processi complessi che devono essere gestiti in modo multidisciplinare da personale sanitario esperto. Le evidenze scientifiche anche italiane dimostrano che il risultato migliora in rapporto all'esperienza del centro.</p> <p>La scelta del regime più opportuno deve considerare in primis la situazione generale del paziente e gli obiettivi del trattamento.</p> <p>Lo stato nutrizionale del paziente influenza in modo significativo la tolleranza e l'efficacia del trattamento stesso, è quindi necessaria una valutazione nutrizionale basale e un monitoraggio del peso, appetito, transito esofageo e intestinale,</p>

	<p>astenia e attività fisica durante Il trattamento stesso, soprattutto nella CRT con intento definitivo. Nei pazienti fumatori devono essere messe in atto tutte le misure possibili perché cessino di fumare almeno durante il trattamento, in considerazione della maggiore tossicità e minore efficacia dello stesso in chi continua a fumare.</p>
Esami di Ristadiazione	<p>Nella ristadiazione la ripetizione di alcuni esami è ritenuta essenziale. Altri esami di approfondimento saranno richiesti in base al quadro clinico e alla valutazione multidisciplinare:</p> <p>Adenocarcinoma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAC (Torace-Addome completo) con mdc ev - EGDS + biopsia - Ca19.9, CEA - Eco collo se indicata - PET/CT* (vedi indicazioni sottostanti). <p>Carcinoma squamoso</p> <ul style="list-style-type: none"> - TAC (Collo-Torace-Addome superiore) con mdc ev - EGDS + biopsia - visita ORL + tracheobroncoscopia su indicazione clinica - PET/TC a discrezione <p>*Indicazioni alla PET/CT:</p> <ul style="list-style-type: none"> - consigliata per valutare il grado di risposta metabolica ai trattamenti chemio o chemioradioterapico sia dell'adenocarcinoma sia dello squamocellulare solo qualora sia stata eseguita una PET/CT prima dei trattamenti oppure per la valutazione di reperti dubbi all'imaging morfologico - non è consigliata/raccomandata negli adenocarcinomi mucinosi ben differenziati, specie se risultata poco dirimente in fase di stadiazione. <p>TIMING dell'imaging metabolico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - almeno dopo 4 settimane dal termine del trattamento chemio e/o radioterapico, qualora la schema terapeutico pianificato preveda la chirurgia radicale - almeno tre mesi dopo il trattamento chemio-radioterapico sia definitivo.
Chirurgia	<p>Oltre-alla valutazione degli esami di stadiazione/ristadiazione della neoplasia, bisogna valutare la capacità dei pazienti di tollerare l'anestesia generale e un intervento di chirurgia maggiore addominale e/o toracica. L'intervento di esofagectomia deve essere eseguito da chirurghi esperti, in centri ad alto volume specializzati in chirurgia esofagea.</p> <p>In genere l'intervento di esofagectomia viene eseguito con intenti curativi, ma in casi altamente selezionati, in presenza di fistolizzazione della neoplasia l'intervento può avere intenti palliativi (by-pass). Comunque, le resezioni palliative devono essere evitate qualora il tumore sia chiaramente non resecabile o metastatico e/o il paziente sia affetto da comorbilità severa, soprattutto di tipo respiratorio e cardiaco, in quanto questi pazienti possono trarre maggiori benefici</p>

	<p>dal trattamento palliativo non invasivo.</p> <p>L'intervento di esofagectomia/resezione esofago-gastrica deve essere preso in considerazione per tutti i pazienti fisiologicamente idonei per la chirurgia con una neoplasia localizzata e resecabile (T1b-T4a) dell'esofago toracico (> 5 cm dal SES) o della giunzione esofago-gastri ca (Tipo I e II di Siewert):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ai pazienti con un tumore cTis deve essere inizialmente proposto un trattamento di resezione endoscopica; <p>qualora si riscontri la positività del margine profondo dell'exeresi endoscopica o un tumore T1b o più avanzato, deve essere proposta l'esofagectomia</p> <ul style="list-style-type: none"> - ai pazienti con un tumore cT1a può essere proposto un trattamento di resezione endoscopica; qualora si riscontri la positività del margine profondo dell'exeresi endoscopica o un tumore T1b o più avanzato, deve essere proposta l'esofagectomia - i pazienti con tumore cT1b-T3 vanno considerati come potenzialmente resecabili, anche in presenza di metastasi ai linfonodi locoregionali. La maggior parte dei pazienti con metastasi linfonodali voluminose e/o in più stazioni linfonodali devono essere considerati come non resecabili, previa valutazione preliminare anche di altri parametri come il performance status, l'età e la risposta ai trattamenti neoadiuvanti - selezionati pazienti con tumore in stadio III possono essere resecabili, per esempio le neoplasie cT4a con interessamento della pleura, pericardio o diaframma <p>I tumori in stadio IV per la presenza di metastasi a distanza o di metastasi linfonodali non locoregionali, comprese le neoplasie della giunzione esofago-gastri ca con metastasi linfonodali sovraclavari, e i tumori cT4b per interessamento del cuore, grossi vasi, albero tracheo-bronchiale e organi adiacenti come fegato, milza, pancreas e polmone, devono essere considerati come non resecabili.</p> <p>Le neoplasie dell'esofago cervicale e cervico-toracico che iniziano a meno di 5 cm dal SES devono essere trattate con chemio-radioterapia esclusiva, riservando la chirurgia di salvataggio per i pazienti con persistenza di malattia o recidiva locale esofagea resecabile, in assenza di metastasi a distanza.</p>
Tipo di resezione	<p>Il tipo di resezione esofagea si deve basare non solo sulle dimensioni, sede e stadio della neoplasia e gli organi disponibili per la ricostruzione della via alimentare, ma anche sulle preferenze/esperienza del chirurgo e sulle preferenze del paziente.</p> <p>Svariate tecniche operatorie sono accettabili per le neoplasie dell'esofago toracico e del cardias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - resezione esofago-gastrica secondo Ivor-Lewis (laparotomia + toracotomia destra) - resezione esofago-gastrica secondo McKeown (toracotomia destra + laparotomia + anastomosi cervicale) - resezione esofago-gastrica secondo Ivor-Lewis eseguita con tecnica mini-invasiva (laparoscopia + Toracosopia + mini-toracotomia destra) - resezione esofago-gastrica secondo McKeown eseguita con tecnica mininvasiva (Toracosopia + Laparoscopia/mini-laparotomia + anastomosi cervicale) - resezione esofago-gastrica transjatale (laparotomia + anastomosi cervicale)

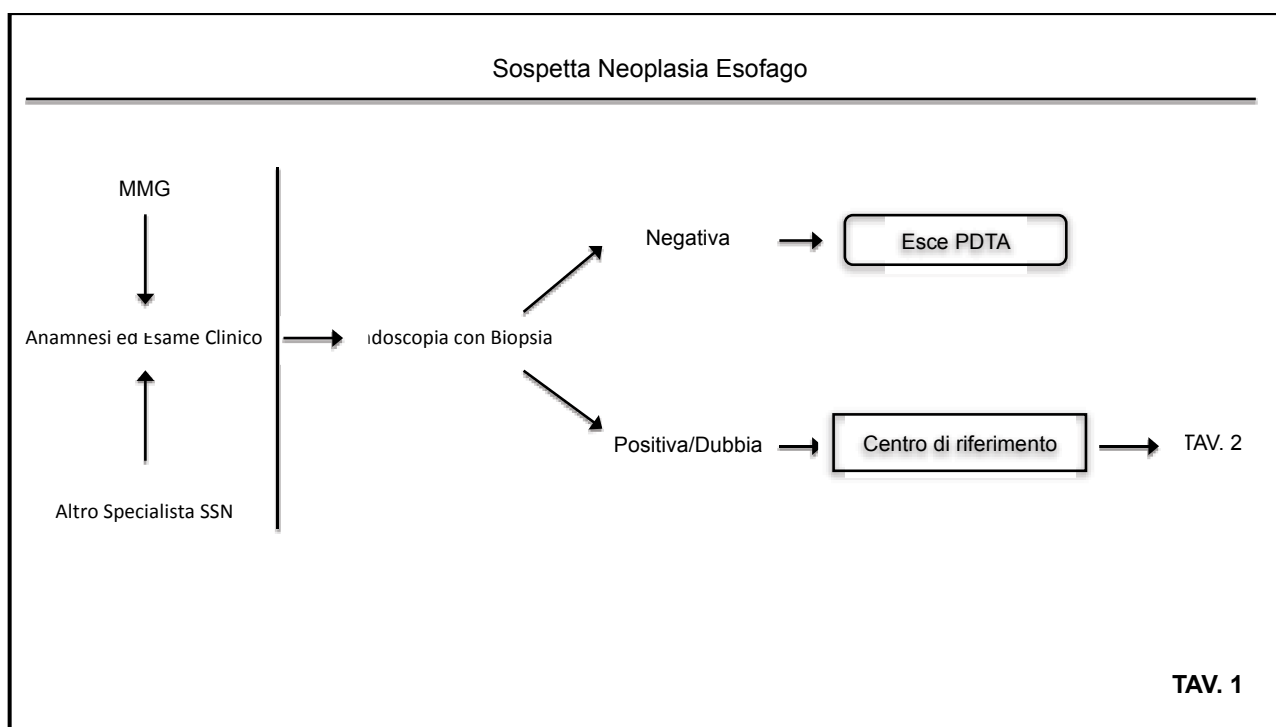
	<ul style="list-style-type: none"> - resezione esofago-gastrica mini-invasiva robotica - resezione esofago-gastrica con accesso toracotomico sinistro o toraco-addominale sinistro e anastomosi intratoracica o cervicale <p>I possibili visceri da utilizzare per la ricostruzione della via digestiva sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lo stomaco (preferibile) - il colon - il digiuno
Linfoadenectomia	<p>I tipi di linfoadenectomia accettabili sono i seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tecnica di linfoadenectomia standard - tecnica di linfoadenectomia estesa en-bloc. <p>Svariati studi retrospettivi hanno dimostrato che il numero di linfonodi asportati e' una variabile prognostica indipendente per i pazienti sottoposti ad intervento di esofagectomia; pertanto, nei pazienti operati senza trattamenti neoadiuvanti, devono essere asportati almeno 15 linfonodi per ottenere una stadiazione linfonodale adeguata.</p> <p>Analogamente, anche se il numero ottimale di linfonodi da asportare nei pazienti operati dopo chemio-radioterapia neoadiuvante non e' noto, si raccomanda che vengano asportati almeno 15 linfonodi anche nei pazienti sottoposti a trattamenti neoadiuvanti</p> <p>I pazienti che dopo chemio-radioterapia con intento definitivo sviluppano una recidiva locale esofagea possono essere considerati per una chirurgia di salvataggio qualora la recidiva sia resecabile, non vi siano metastasi a distanza e il rischio anestesiológico-chirurgico sia accettabile</p>
Follow up	<p>Se asintomatico ogni 3-6 mesi per 1-2 anni, ogni 6-12 mesi per 3-5 anni, successivamente ogni anno:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Esame clinico ➤ Esami Ematochimici ➤ Imaging Radiologico ➤ EGDS e biopsia ➤ Valutazione e counseling nutrizionale
Cure Simultanee	<p>Per cure simultanee si intende l'integrazione precoce delle cure palliative concomitanti alle terapie antitumorali, al fine di garantire al paziente e alla sua famiglia la migliore qualità di vita. Sono cure che vengono attuate quando la malattia è inguaribile, in fase metastatica ma non ancora in fase terminale, e prendono in carico il malato e la famiglia. In una fase in cui sono contestualmente praticate terapie antitumorali finalizzate al controllo della malattia. Dalla letteratura si evince che l'approccio palliativo precoce comporta benefici in tutti i parametri relativi alla qualità della vita, quali l'ansia, la depressione, il dolore e i sintomi, e migliora la sopravvivenza.</p> <p>I malati da avviare ad un programma di cure simultanee rispondono ai seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malattia avanzata, non terminale - Terapie antitumorali in corso - Presenza di quadri clinici complessi, quali: - Dolore

	<ul style="list-style-type: none"> - Disfagia - Fistolizzazione tracheo-esofagea - Dispnea - Occlusione alte vie digerenti - Denutrizione - Distress psicologico - Necessità di ricevere cure continuative - Dal punto di vista organizzativo, ove possibile, si raccomanda l'attivazione di un ambulatorio di cure simultanee all'interno del Dipartimento Oncologico, a cui afferisce il paziente. Il team è costituito da: <ul style="list-style-type: none"> - Medico Palliativista - Oncologo Medico - Psicologo - Infermiere - Nutrizionista <p>L'attivazione degli ambulatori di cure simultanee facilita il graduale passaggio dalle terapie attive alle cure palliative, evitando il ritardo della presa in carico a domicilio e garantendo il più appropriato setting di cura per i malati in fase avanzata-terminale di malattia. Gli incontri hanno l'obiettivo di evidenziare i bisogni del paziente, condividere gli strumenti per una corretta valutazione del dolore e degli altri sintomi, condividere all'interno della rete le informazioni sul paziente e le successive decisioni. Il database così ottenuto potrà costituire l'elemento di valutazione del numero di pazienti proposti per le cure simultanee, dell'unità operativa di afferenza dei pazienti, delle caratteristiche dei pazienti, le decisioni prese e l'eventuale scostamento dalle decisioni stesse nel percorso successivo, compresi gli accessi al PS.</p> <p>Come da normativa regionale, la continuità delle cure al domicilio e nelle residenze protette previste deve essere garantito dalla rete territoriale delle cure palliative. La decisione di sospendere le terapie antitumorali è una competenza dell'oncologo</p>
Cure Palliative	<p>Come "Cure Palliative" si intende l'insieme degli interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti nei quali il tumore non risponde più a trattamenti oncologici attivi.</p> <p>Per i pazienti neoplastici in fase avanzata di malattia, una volta esclusa la terapia antitumorale, si raccomanda l'attivazione di un programma di cure palliative con l'intento di garantire la migliore qualità di vita possibile, nel setting appropriato e nel rispetto dei valori e dei desideri del malato e dei familiari.</p> <p>I criteri generali per la definizione di malattia terminale al fine di attivare un programma di cure palliative sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terapeutico: esaurimento/assenza o inutilità delle terapie oncologiche per la cura del tumore, o rifiuto da parte del malato. - Clinico: presenza di un quadro clinico che comporta limitazioni dell'autonomia e un frequente bisogno di cure mediche, caratterizzato da un Indice di Karnofsky

	<p>< 50.</p> <p>- Prognostico: previsione di sopravvivenza < a 3 mesi.</p>
Percorsi e flow chart condivise	<p>Il percorso di completamento stadiativo e il trattamento Oncologico/Chirurgico sono definiti e condivisi dal Gruppo Multidisciplinare secondo le indicazioni attualmente validate in letteratura a livello internazionale (vedi tavole allegate)</p>

6.2 Tavole e flow chart

Tavole 1- 21



Centro di Riferimento Valutazione Multidisciplinare

- Anamnesi personale e Familiare ed Esame Clinico
- Endoscopia Digestiva e Biopsia se non eseguita
- Esami Ematochimici e Marcatori Tumorali
- TAC Toraco Addominale con MDC orale e EV
- PET-TAC se sospetto di Malattia Metastatica (M1)
- Biopsia delle lesioni sospette per metastasi se indicato
- Test HER2-neu se sospetta/documentata metastasi di adenocarcinoma
- Ecoendoscopia (EUS) se assenza di Metastasi
- La resezione endoscopica (ER) è essenziale per l'accurato staging delle lesioni "early" (Tis,T1)
- Broncoscopia se il tumore è a livello o superiormente alla carena tracheale se assenza di metastasi
- Classificazione Siewert
- Valutazione e counseling nutrizionale

Stadio Clinico

Classificazione Istologica

Stadio I-III
(malattia Locoregionale, M0)

Carcinoma Squamocellulare → AV. 4

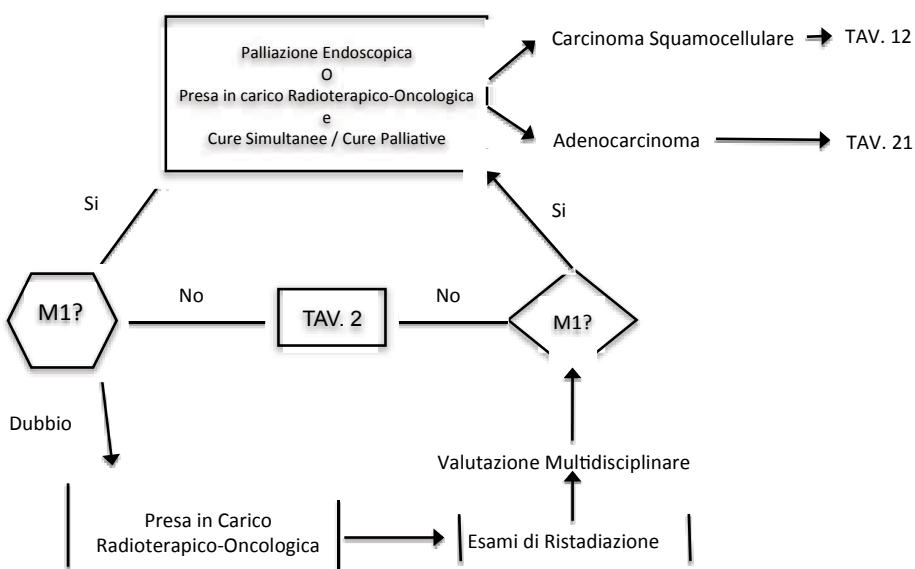
Adenocarcinoma → TAV. 13

Stadio IV
(malattia Metastatica, M1)

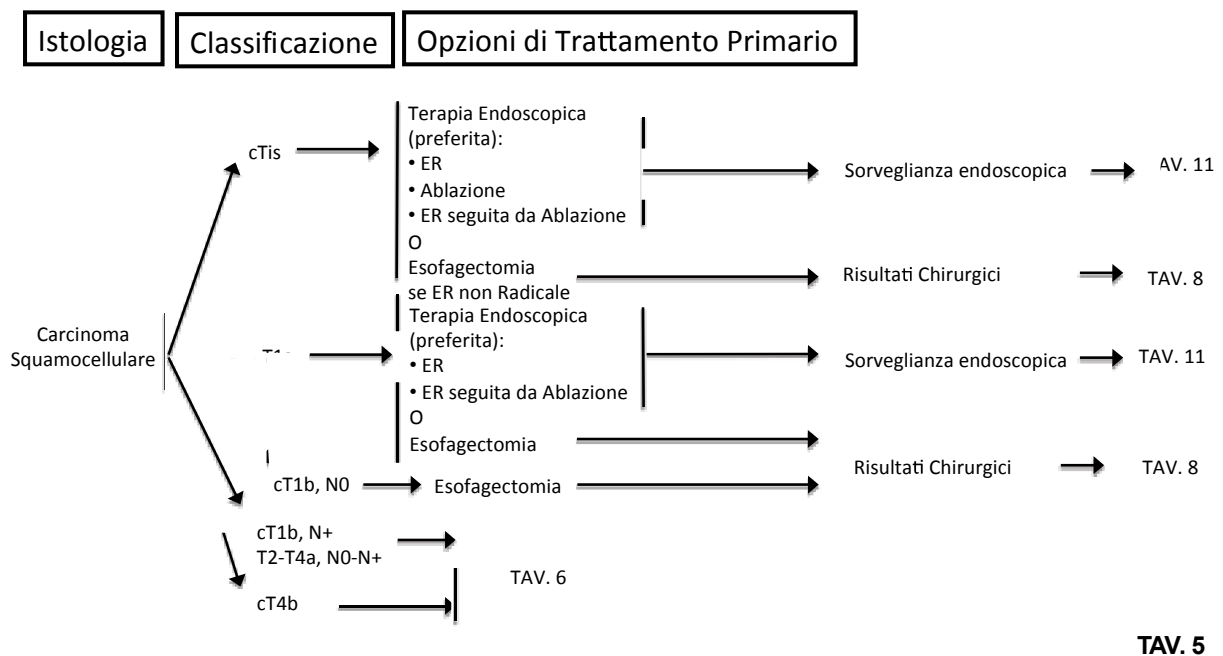
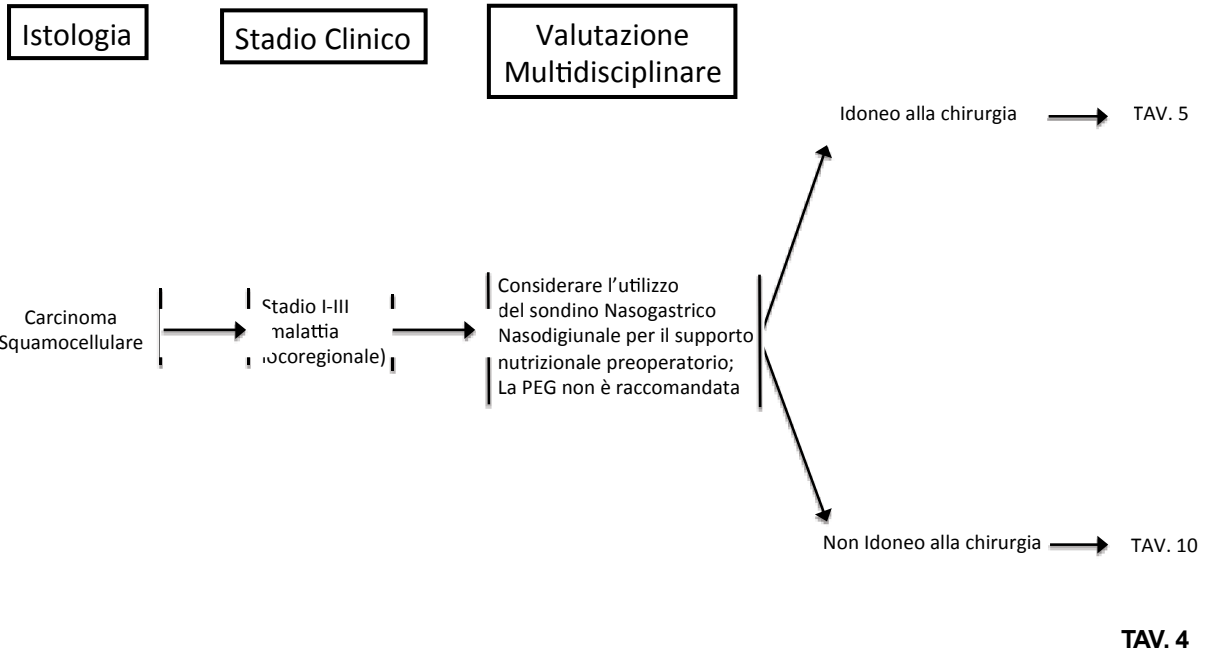
TAV. 3

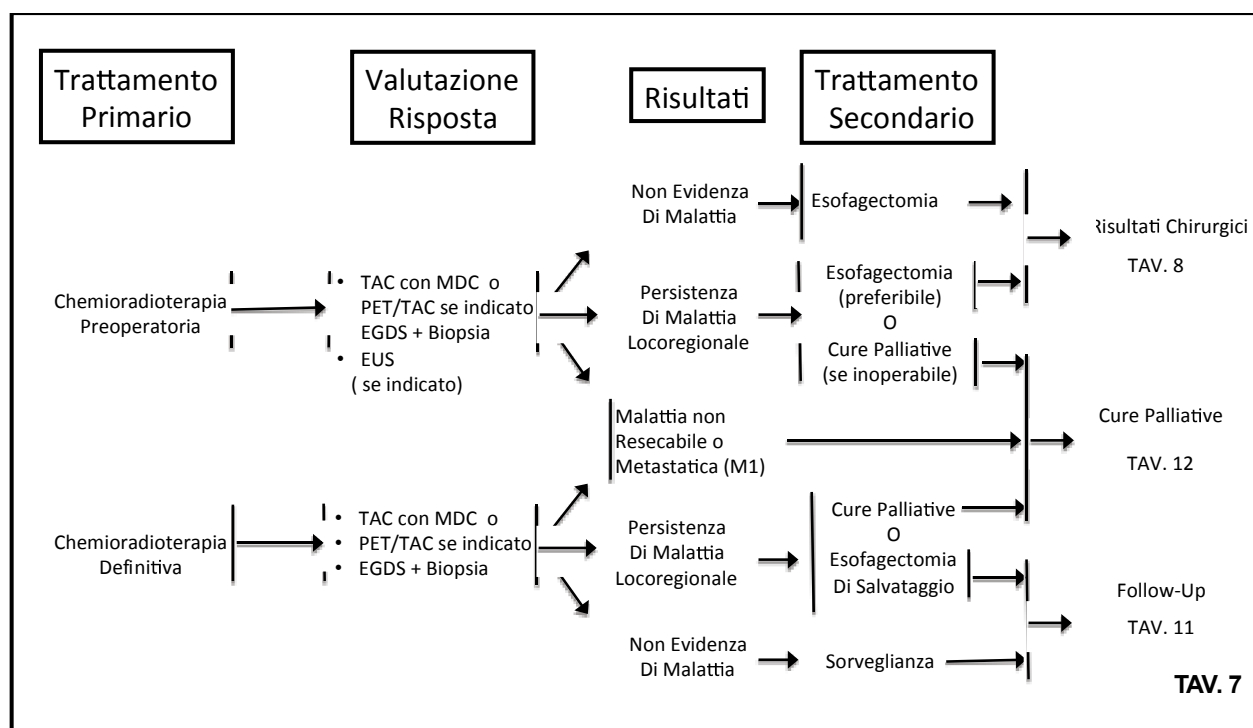
TAV. 2

Centro di Riferimento Valutazione multidisciplinare



TAV. 3

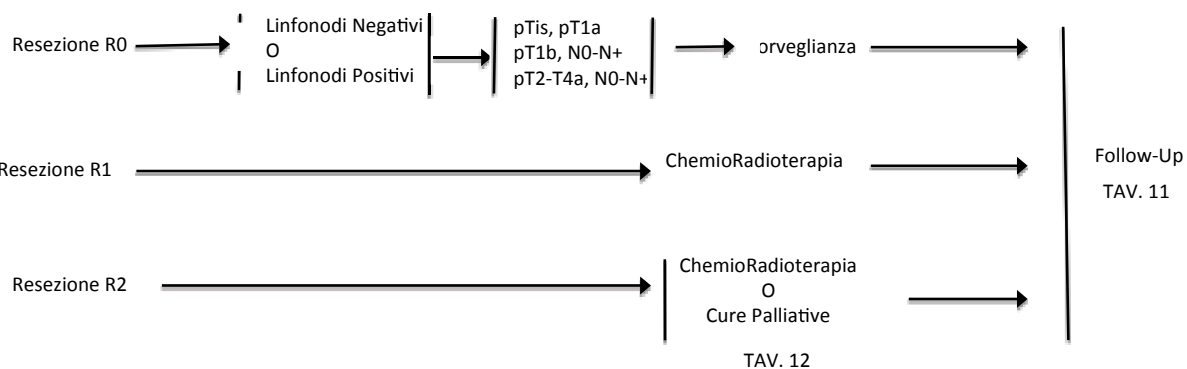




Risultati chirurgici
 nel Carcinoma Squamocellulare
 in pazienti **non sottoposti** a
 Radiochemioterapia/Chemioterapia
Neoadiuvante

Stadio

Management
 Postoperatorio

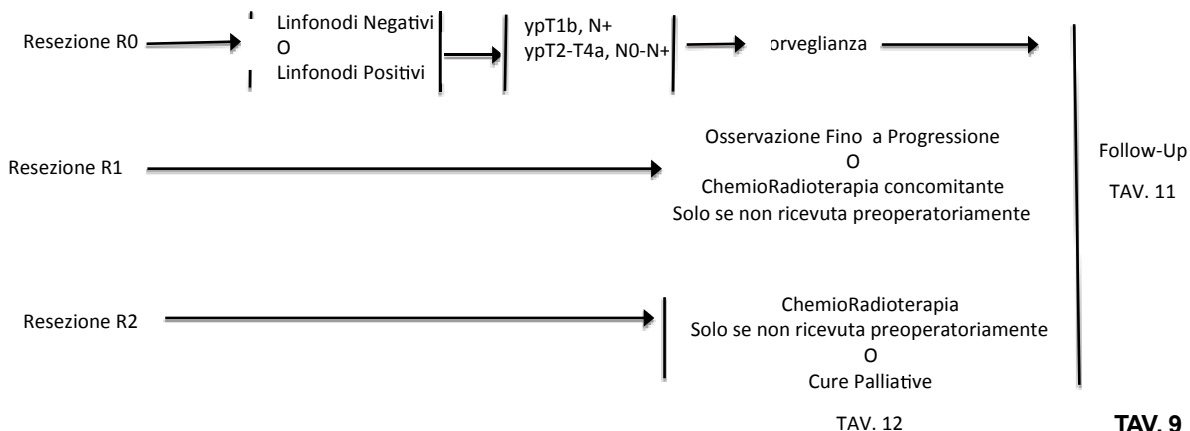


TAV. 8

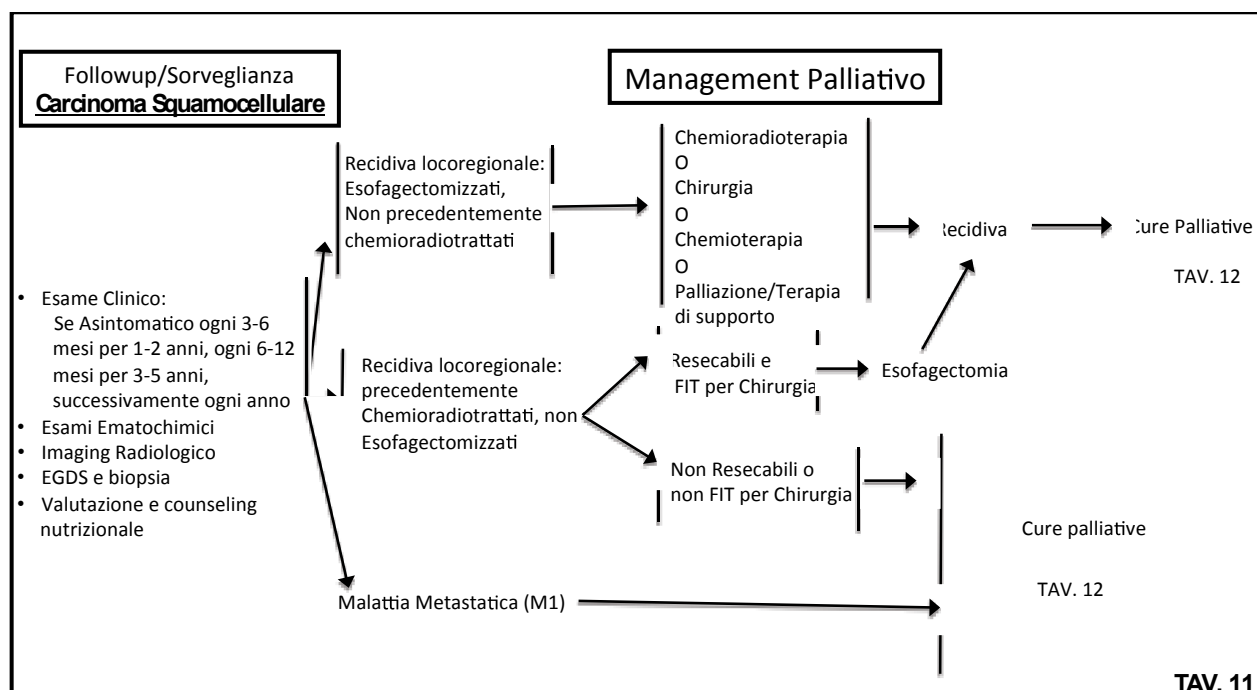
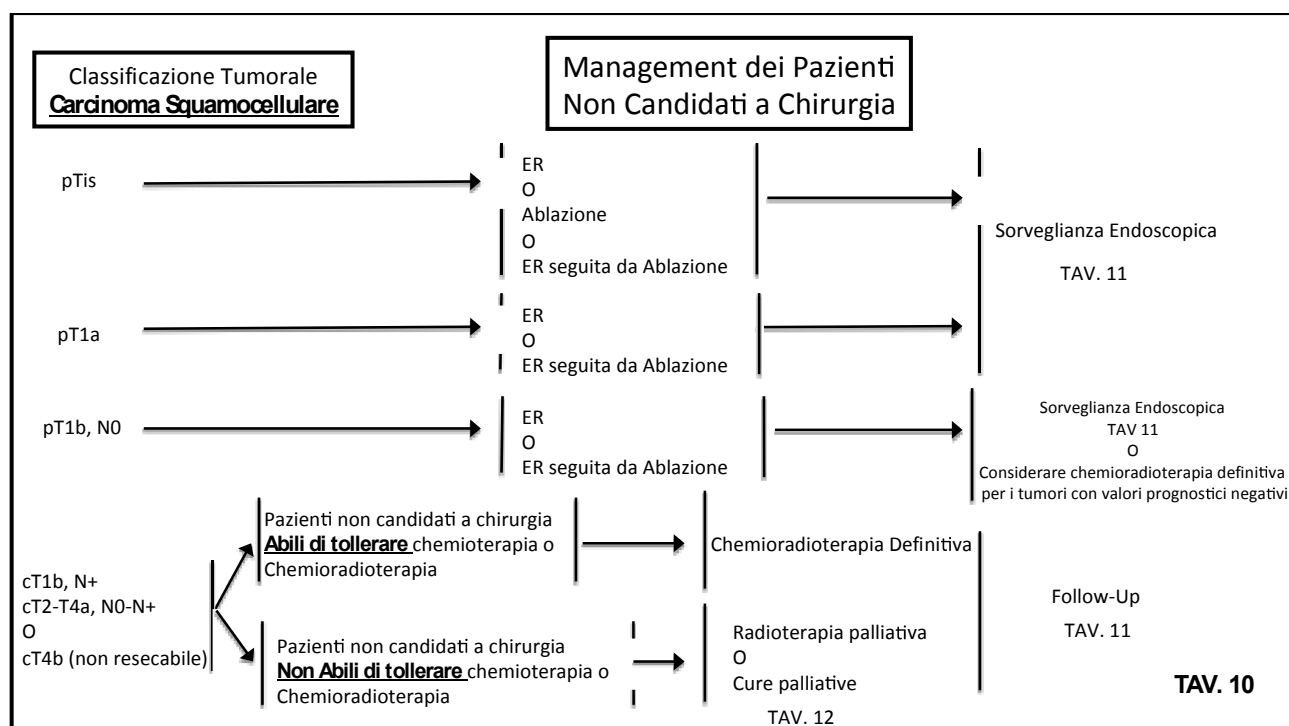
Risultati chirurgici
 nel Carcinoma Squamocellulare
 in pazienti **sottoposti** a
 Radiochemioterapia/Chemioterapia
Neoadiuvante

Stadio

Management
 Postoperatorio

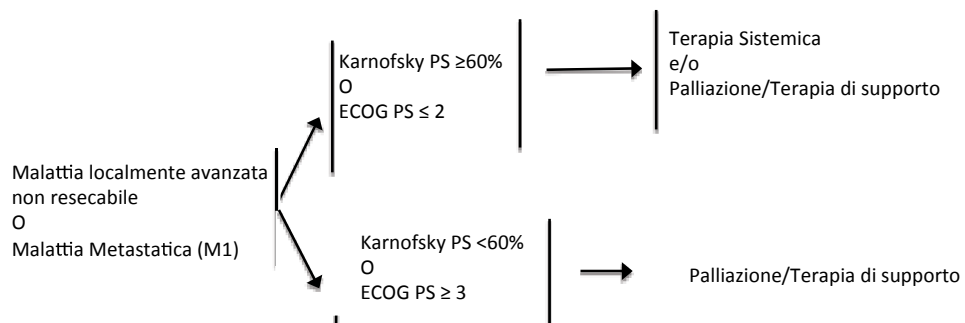


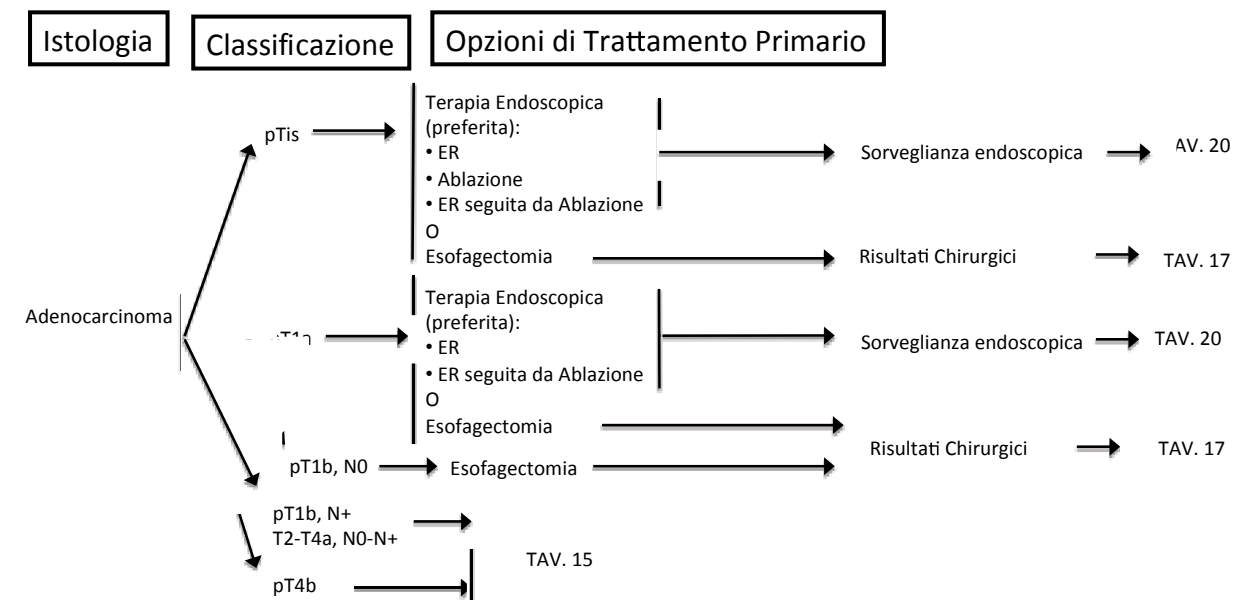
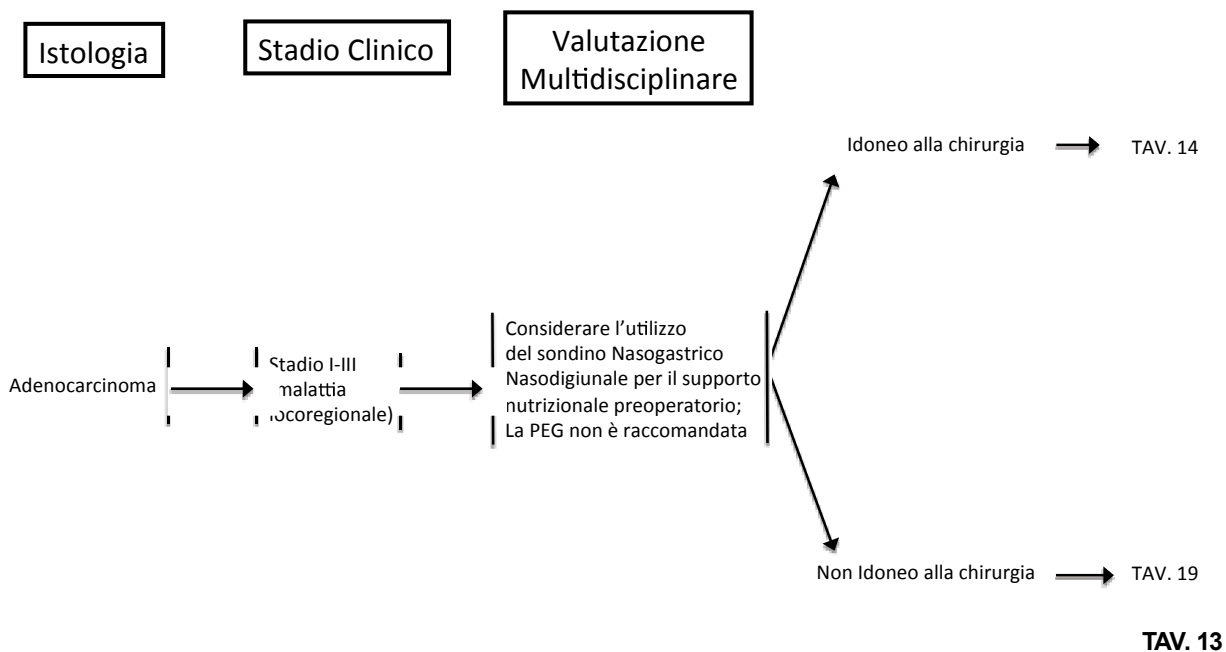
TAV. 9



Cure Palliative
Carcinoma Squamocellulare

Management Palliativo

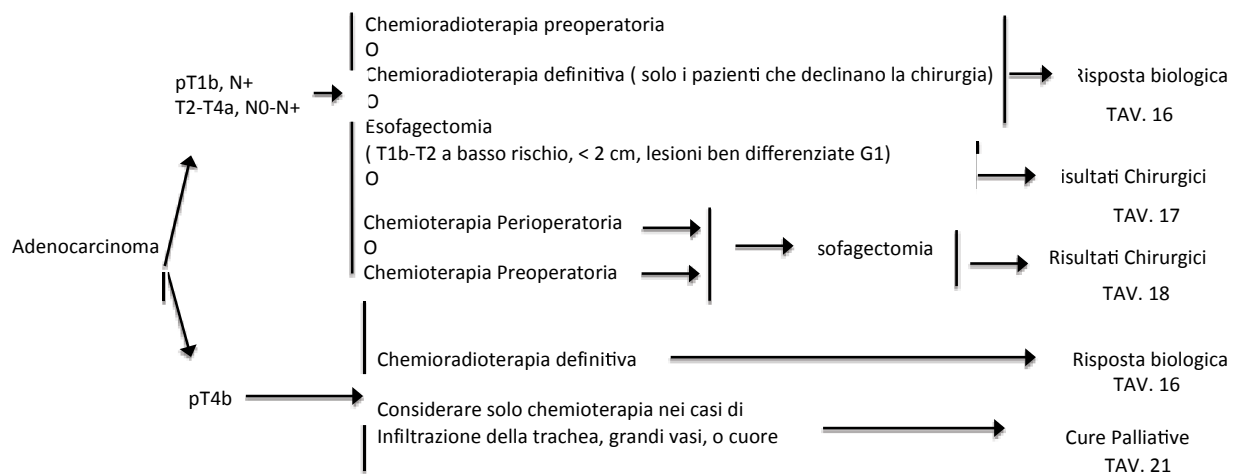




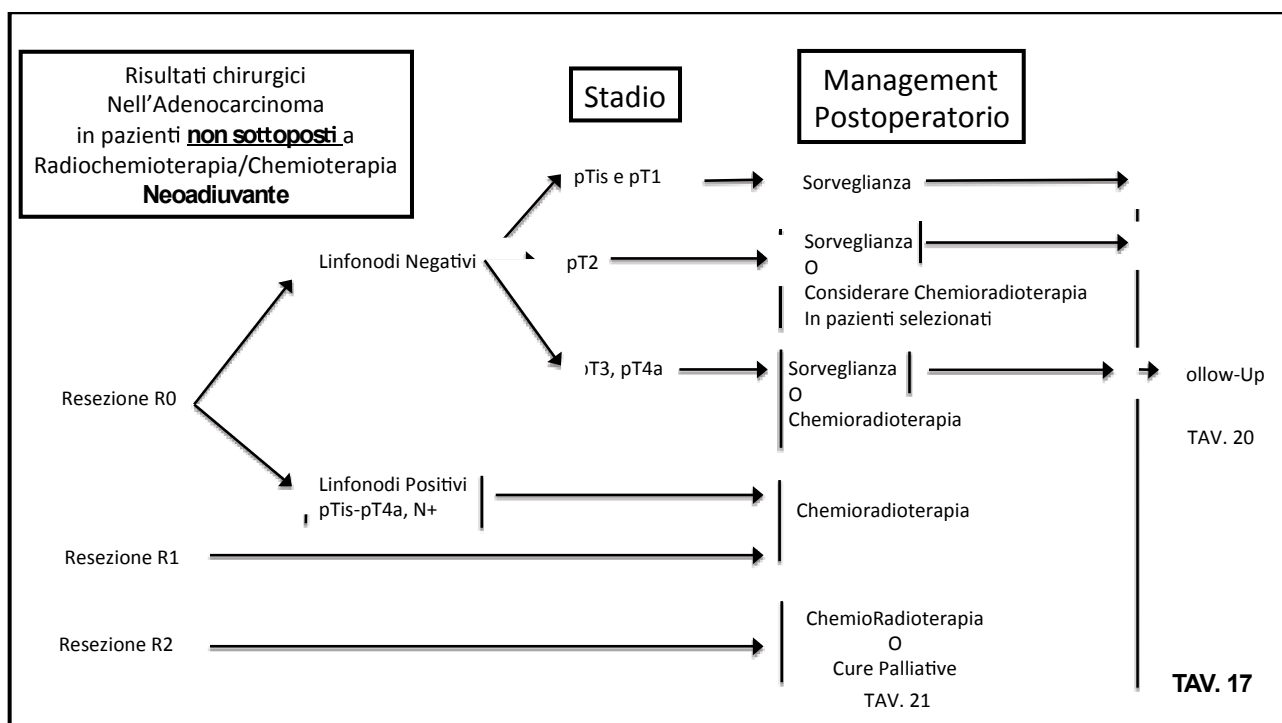
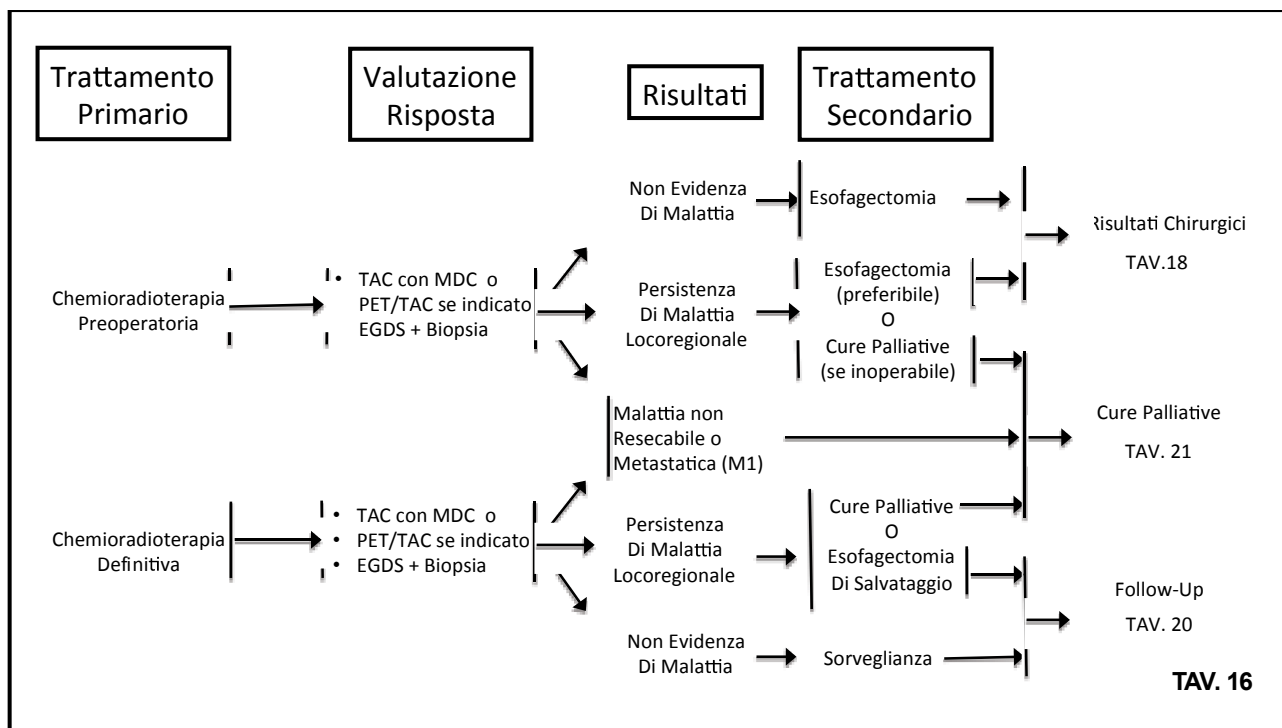
Istologia

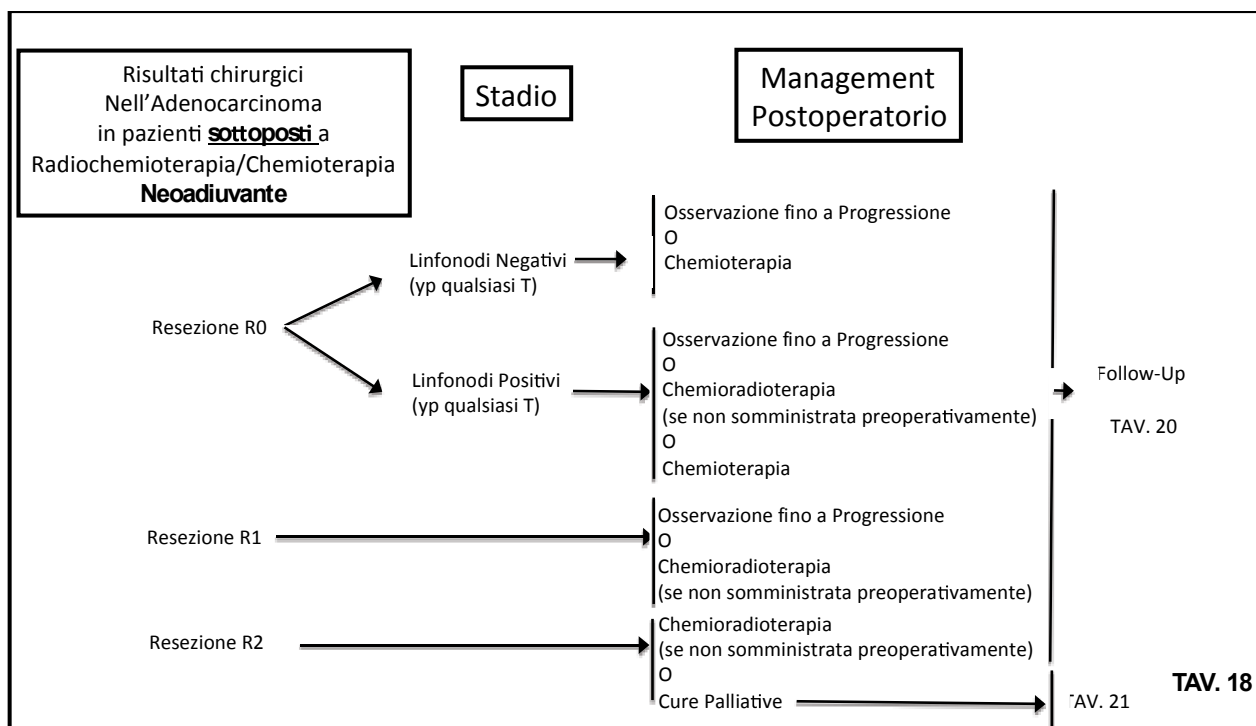
Classificazione

Opzioni di Trattamento Primario

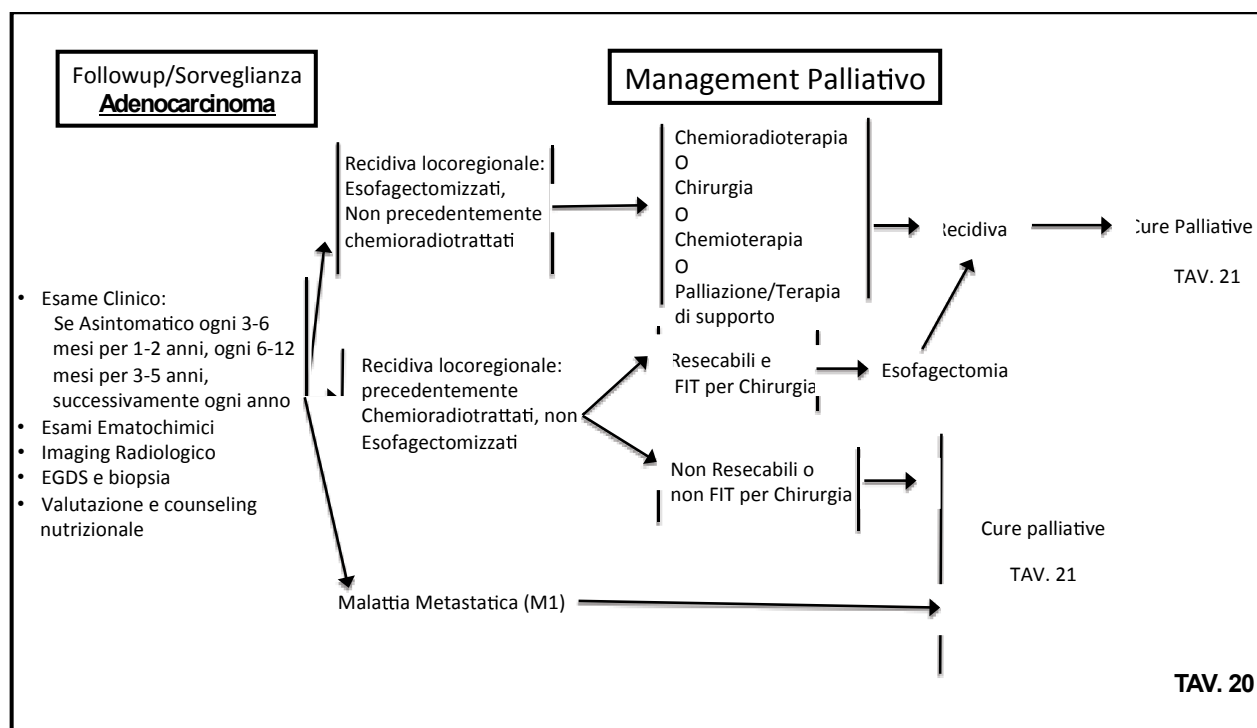
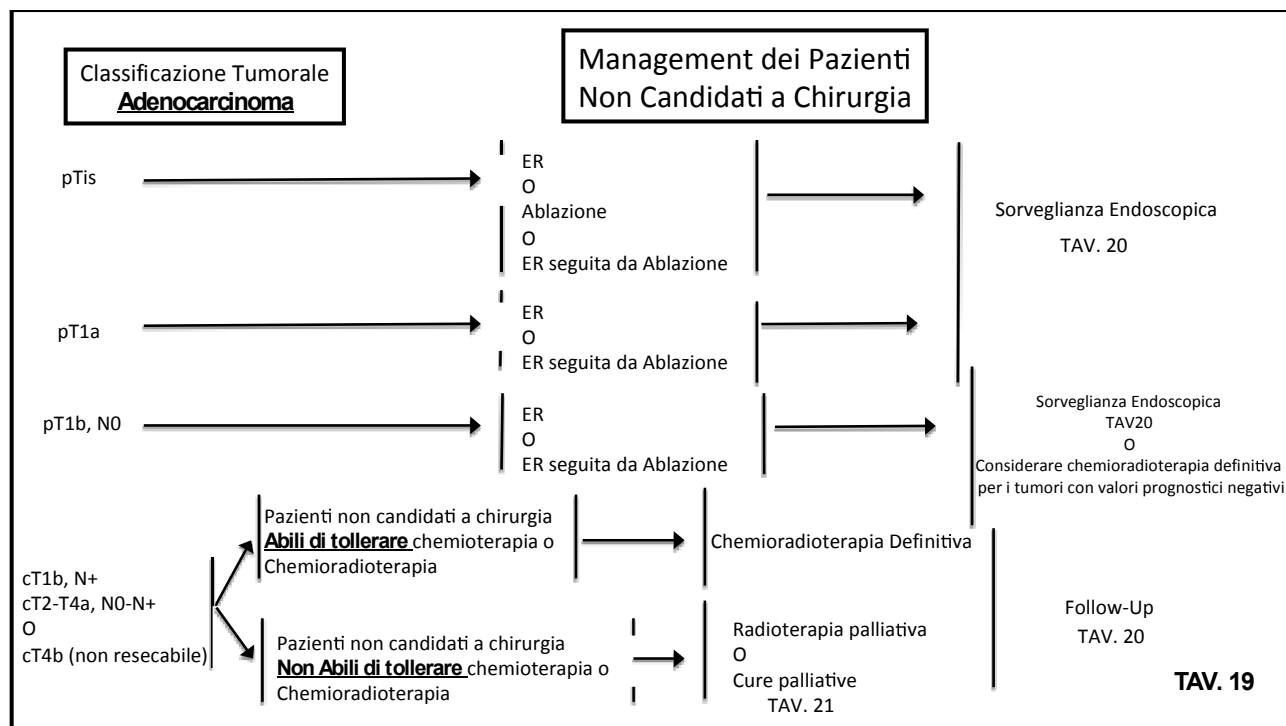


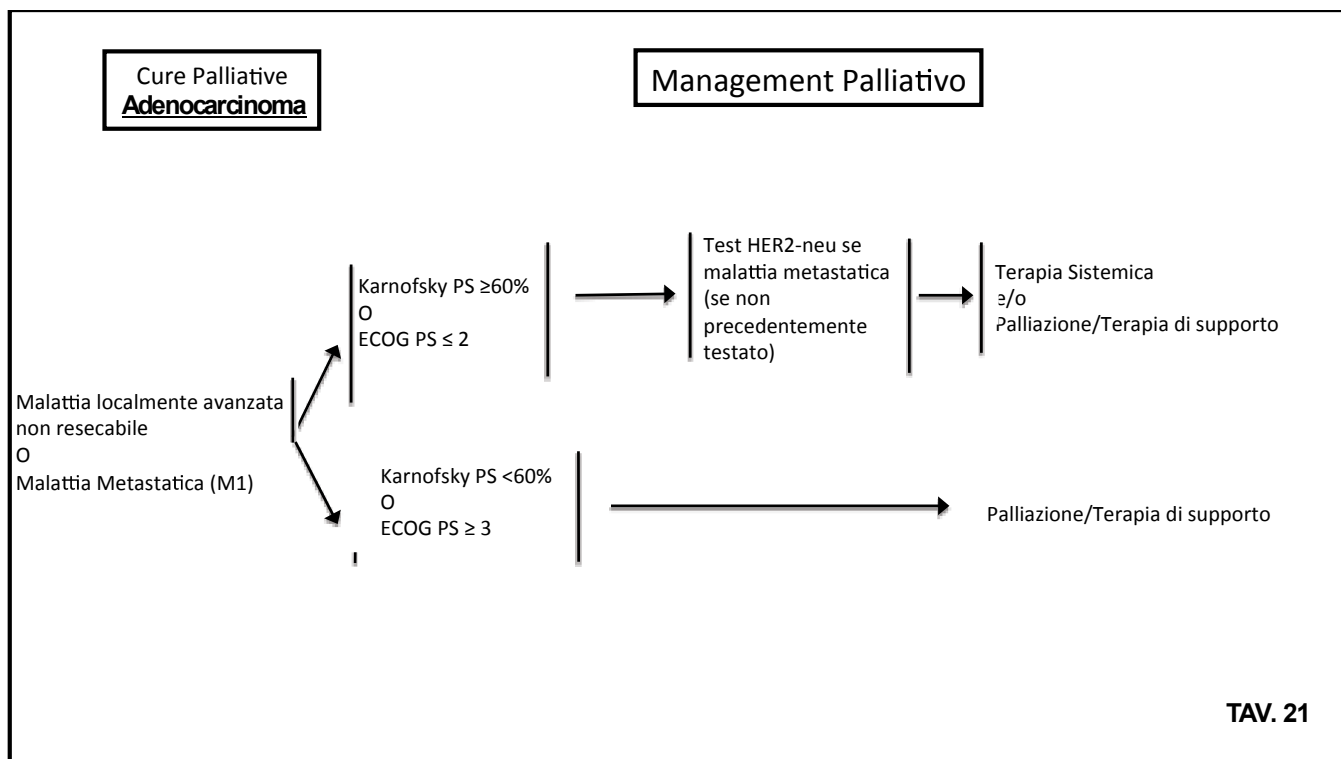
TAV. 15





TAV. 18





6.3 GMD Udine

N°	Cognome Nome	Struttura	N°	Cognome e nome	Struttura
1	BACCHETTI STEFANO	Clinica chirurgica	10	PASQUAL ENRICO MARIA	Clinica Chirurgica
2	BATTISTA SERENA	SOC anatomia patologica	11	PULLINI SERENA	Radiologia
3	BERRETTI DEBORA	Gastroenterologia	12	ROSSIT LUCA	Soc Chirurgia Generale
4	CARDELLINO GIOVANNI GERARDO	Oncologia	13	SIGNOR MARCO ANDREA	SOC Radioterapia
5	CHIAULON GERMANA	Radioterapia	14	UZZAU ALESSANDRO	Chirurgia Generale
6	D'ELIA ANGELA VALENTINA	SOC GENETICA	15	VASCIABEO ANNAROSA	Radiologia
7	DI GREGORIO FERNANDO	Medicina nucleare	16	VECCHIATO MASSIMO	Soc Chirurgia Generale
8	FOLLIERO CRISTINA	Chirurgia Generale	17	ZICCARELLI ANTONIO	Chirurgia Generale
9	D'ALI' LORENZO	Istituto di Anatomia Patologica			

Gruppo GMD – regolamento

Coordinatore	Drssa Nicoletta Pella
Segreteria	Segreteria dell'Oncologia
Sede, periodicità e orario dell'incontro	Incontro il mercoledì, c/o Biblioteca Oncologia e in modalità telematica con collegamento Unità del territorio
Modalità di refertazione	Refertazione scritta mediante G2 Clinico e copia stampata e firmata dai presenti
Descrizione sintetica del funzionamento	Discussione collegiale di casi clinici riguardanti neoplasie Gastriche

6.3 Percorso diagnostico e terapeutico intraospedaliero Udine

**CARTELLA ARRIVA DALLA VISITA AMBULATORIALE AI PRE
PERCORSO PRE RICOVERO
PERCORSO RICOVERO
DIMISSIONE**

7 Riferimenti normativi , bibliografici e sitografici

1. Sharma P, Dent J, Amstrong D, et al. : The development and validation of an endoscopic grading system for Barrett's esophagus: The Prague C & M Criteria. *Gastroenterology* 2006;131:1392-1399
2. Mannath J, Subramanian V, Hawkey CJ, Ragnath K. Narrow band imaging for characterization of high grade dysplasia and specialized intestinal metaplasia in Barrett's esophagus: a meta analysis. *Endoscopy* 2010;42:351-359
3. Graham DY, Schwart Jt, Cain GD et al. Prospective evaluation of biopsy number in the diagnosis of esophageal and gastric carcinoma. *Gastroenterology* 1982 Feb;82:228-231
4. Thomas T, Singh R, Ragnath K. Trimodal imaging-assisted endoscopic mucosal resection of early Barrett's neoplasia. *Surg Endosc* 2009;23:1609-1613
5. Westertep M, Koppert LB, Buskens CJ et al. Outcome of surgical treatment for early adenocarcinoma of the esophagus or gastro-esophageal junction. *Virchows Arch* 2005;446:497-504
6. Ancona E et al. Prediction of lymph node status in superficial esophageal carcinoma. *Ann Surg Oncol* 2008;15(11):3278-88
7. Pennathur A, Farkas A, Krasinskas AM, et al. Esophagectomy for T1 esophageal cancer: outcomes in 100 patients and implications for endoscopic therapy. *Ann Thorac Surg* 2009;87:1048-1054
8. Barbour AP, Rizk NP, Gerdes H. et al. Endoscopic ultrasound predicts outcomes for patients with adenocarcinoma of the esophageal junction. *J Am Coll Surg* 2007;205:593-601
9. Lightdale CJ, Heier SK, Marcon NE et al. Photodynamic therapy with porfimer sodium versus thermal ablation therapy with Nd: YAG laser for palliation of esophageal cancer: a multicentre randomized trial. *Gastrointest Endosc* 1995;42:507-512
10. Vakil N, Morris AI, Marcon N et al. A prospective, randomized, controlled trial of covered expandable metal stents in the palliation of malignant esophageal obstruction at the gastroesophageal junction. *Am J gastroenterol* 2001;96:1791-1796
- Minimally invasive esophagectomy: thoracoscopic esophageal mobilization for esophageal cancer with the patient in prone position. R. Petri et al. *Surgical Endoscopy* April 2012, Volume 26, Issue 4, pp 1102-1107
- K. Kremer, W. Lierse, W. Platzer, H.W. Schreiber, S. Well, "Grande atlante di tecnica chirurgica" Edizione italiana a cura di Giuseppe Zannini 2000.
- American college of Physicians-american Society of International Medicine (ACP_ASIM) – Medical Specialità Society.
- Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze (A.N.I.N.) Assistenza Infermieristica Specialistica procedure, protocolli e linee guida. Casa Editrice Masson 2006.
- Zampieron A. L'evoluzione del piano di assistenza: Case Management e Clinical Pathway. Case Management e Clinical Pathway. Corso di Scienze Infermieristiche, Scuola per Dirigenti e Docenti in Scienze Infermieristiche, Università degli Studi di Padova, Facoltà di Medicina e Chirurgia.
- Wieczorek P. Developing critical pathways for the operative room. *AORN Journal* 1995; 63(6): 925-9.
- L. Pagliaro, "A proposito di Evidenza. Commento", *Medic*, 1, 1999.
- L. Pagliaro, "Medicina basata sulle evidenze", *Recenti progressi in medicina*, 3, 1998.
- M.-L. Perälä, *Evidence-Based Practice and Clinical Effectiveness*, Ufficio Europeo dell'OMS, 2000.

- P.G. Shekelle, S.H. Woolf, M. Eccles, J. Grimshaw, “Clinical guidelines: Developing guidelines”. BMJ, 318, 1999: pp. 593-596.
- D. Sackett, “Guidelines and killer Bs”, Evidence-Based Medicine, 4, 1999.
- D. Sniderman, “Clinical trials, consensus conference and clinical practice”, Lancet, 354, 1999: pp. 327-330.
- S.H. Woolf, R. Grol, A. Hutchinson, J. Grimshaw, “Clinical guidelines: Potential benefits, limitations and harms of clinical guidelines”, BMJ, 318, 1999: pp. 527-530.
- DRG 4241; 4242; 4252; 3421; 5421
- Legge Regionale Friuli Venezia Giulia n.7 del 06/04/2009 “Disposizione in materia di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie nell’ambito del servizio Sanitario.
- DPCM 29/11/2011 “Definizione dei Livelli di Assistenza”, Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 febbraio 2002, n. 33, S.