

IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Giovanni Frezza

UO di Radioterapia Oncologica

Ospedale Bellaria. Bologna



DICHIARAZIONE

Relatore: Giovanni Frezza

Come da nuova regolamentazione della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del Ministero della Salute, è richiesta la trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

- Posizione di dipendente in aziende con interessi commerciali in campo sanitario: **NIENTE DA DICHIARARE**
- Consulenza ad aziende con interessi commerciali in campo sanitario: **A&O SPINE, CERISMAS, M&T**
- Fondi per la ricerca da aziende con interessi commerciali in campo sanitario: **NIENTE DA DICHIARARE**
- Partecipazione ad Advisory Board: **NIENTE DA DICHIARARE**
- Titolarità di brevetti in compartecipazione ad aziende con interessi commerciali in campo sanitario **NIENTE DA DICHIARARE**
- Partecipazioni azionarie in aziende con interessi commerciali in campo sanitario: **NIENTE DA DICHIARARE**



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ? Le dimensioni del problema



Regione Emilia-Romagna, anno 2007

Incidenza dei tumori, per sede anatomica

MASCHI						
ICD-10	SEDE	Numero casi	Tassi grezzi x 100.000	Tassi st. I.R. 1998 x 100.000	Tassi st. Europa x 100.000	Rischio cum.-74 aa x 1.000
C01-06,09-14,32	VADS*	551	26,8	27,1	19,6	17,6
C07-08	Gh. salivari	19	1,2	1,2	0,9	0,7
C15	Esofago	92	4,5	4,4	3,0	2,6
C16	Stomaco	804	39,1	37,1	24,1	16,7
C18	Colon	1.609	78,3	76,8	51,3	40,9
C19-21	Retto	678	33,0	32,3	22,1	17,0
C18-21	Colon-retto	2.287	111,3	109,1	73,3	57,2
C22	Fegato	524	25,5	25,0	17,0	14,0
C23-24	Colecisti, v. biliari	117	5,7	5,4	3,4	2,1
C25	Pancreas	438	21,3	21,0	13,6	11,5
C32	Laringe	216	14,0	14,2	10,1	9,1
C33-34	Polmone	2.402	116,9	112,8	72,1	54,8
C40-41	Oso	23	1,1	1,0	1,3	0,8
C43	Melanoma cute	362	17,6	17,2	13,2	10,2
C44	Cute, non melanomi	3.666	178,4	171,3	113,8	82,0
C45	Mesotelioma	68	3,3	3,2	2,2	1,9
C46	Kaposi	41	2,0	1,9	1,4	1,1
C47,49	Tessuti molli	64	3,1	2,8	2,3	1,4
C50	Mammella	37	1,8	1,6	1,0	0,6
C61	Prostata	3.344	162,7	164,9	108,3	99,4
O62	Testicolo	136	6,6	7,3	6,5	4,7
C64-66,68	Rene, v. urinarie	697	33,9	33,3	22,9	18,7
C67, D09,0,30,3,41,4	Vescica	1.665	81,0	78,3	51,2	39,5
C70-72	Sist. Nerv. Centrale	226	11,0	10,7	8,3	6,3
C73	Tiroide	259	12,6	12,7	10,8	8,7
C81	Linfoma di Hodgkin	66	3,2	3,2	3,0	2,1
C82-85,96	Linfomi non-Hodgkin	569	27,7	27,2	19,6	15,4
C88-90	Mieloma	224	10,9	10,4	7,0	4,9
C91	Leucemia linfatica	150	7,3	7,0	5,1	3,6
C92	Leucemia mieloide	148	7,2	7,2	5,0	4,1
C91-95	Leucemie tutte	360	17,5	17,0	12,2	9,5
O&U**	Maldefiniti, metastasi	217	14,1	13,1	8,5	4,9
	Tutti i tumori	19.577	952,6	931,9	629,1	399,7
	Tutti escl. cute C44	15.911	774,2	760,7	515,3	346,1

Regione Emilia-Romagna, anno 2007

Mortalità per tumori, per sede anatomica

MASCHI							
ICD-10	SEDE	Numero casi	Tassi grezzi x 100.000	Tassi st. I.R. 1998 x 100.000	Tassi st. Europa x 100.000	Rischio cum.-74 aa x 1.000	Rapporto M1* x 100
C01-06,09-14,32	VADS*	212	10,3	9,8	6,7	5,4	38,5
C07-08	Gh. salivari	14	0,7	0,6	0,4	0,4	73,7
C15	Esofago	92	4,5	4,3	3,0	2,2	100,0
C16	Stomaco	614	29,9	27,7	17,7	11,9	76,4
C18	Colon	604	29,4	27,1	17,1	11,9	37,5
C19-21	Retto	208	10,1	9,4	6,0	4,1	30,7
C18-21	Colon-retto	812	39,5	36,6	23,1	15,9	35,5
C22	Fegato	417	20,3	19,0	12,0	8,7	79,6
C23-24	Colecisti, v. biliari	134	6,5	6,0	3,7	2,4	114,5
C25	Pancreas	436	21,2	20,1	13,0	10,1	99,5
C32	Laringe	92	4,4	4,2	2,7	2,1	42,6
C33-34	Polmone	2.180	106,1	99,8	63,4	47,5	90,8
C40-41	Oso	18	0,9	0,8	0,6	0,4	78,3
C43	Melanoma cute	58	2,8	2,7	2,0	1,7	16,0
C44	Cute, non melanomi	33	1,6	1,4	0,8	0,4	0,9
C45	Mesotelioma	82	4,0	3,9	2,5	2,0	120,6
C47,49	Tessuti molli	62	3,0	2,8	1,9	1,6	96,9
C50	Mammella	10	0,5	0,4	0,3	0,2	27,0
C61	Prostata	635	30,8	26,8	15,7	6,8	19,0
O62	Testicolo	4	0,2	0,2	0,2	0,2	2,9
C64-66,68	Rene, v. urinarie	224	10,9	10,2	6,4	4,7	32,1
O67	Vescica	399	19,4	17,2	10,4	5,4	24,0
C70-72	Sist. Nerv. Centrale	181	8,8	8,5	6,3	5,0	80,1
C73	Tiroide	21	1,0	0,9	0,5	0,3	8,1
C81	Linfoma di Hodgkin	10	0,5	0,5	0,4	0,3	15,2
C82-85,96	Linfomi non-Hodgkin	195	9,5	8,8	5,7	4,0	34,3
C88-90	Mieloma	113	5,5	5,0	3,1	2,0	50,4
C91	Leucemia linfatica	84	4,1	3,7	2,3	1,3	56,0
C92	Leucemia mieloide	111	5,4	5,0	3,2	2,1	75,0
C91-95	Leucemie tutte	251	12,2	11,1	7,1	4,2	69,7
O&U***	Maldefiniti, metastasi	286	18,6	16,9	10,7	6,7	177,9
	Tutti i tumori	7.620	370,8	343,4	218,7	141,1	38,9
	Tutti escl. cute C44	7.387	369,2	342,0	217,9	140,8	47,7

Emilia-Romagna, anno 2007, popolazione di sesso maschile:
19577 casi incidenti, 7620 decessi



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ? Le dimensioni del problema

Regione Emilia-Romagna, anno 2007

Incidenza dei tumori, per sede anatomica

FEMMINE

ICD-10	SEDE	Numero casi	Tassi grezzi x 100.000	Tassi st. I.R.E. 1998 x 100.000	Tassi st. Europa x 100.000	Rischio cas.-74 aa x 1.000
C01-06,09-14,32	VADS*	156	7,2	7,2	4,8	4,0
C07-08	Gh. salivari	17	1,1	1,0	0,8	0,6
C15	Esofago	26	1,2	1,2	0,6	0,6
C16	Stomaco	625	28,8	27,5	13,0	8,8
C18	Colon	1.327	61,2	60,2	32,9	25,3
C19-21	Retto	440	20,3	20,1	11,7	9,5
C18-21	Colon-retto	1.767	81,5	80,3	44,6	34,5
C22	Fegato	260	2,0	11,5	5,4	3,8
C23-24	Colecisti, v. biliari	182	8,4	8,0	3,7	2,5
C25	Pancreas	503	23,2	22,6	11,2	8,9
C32	Laringe	28	2,7	1,8	1,1	0,9
C33-34	Polmone	820	37,8	37,8	21,5	18,0
C40-41	Oso	22	1,0	1,0	0,7	0,6
C43	Melanoma cute	419	19,3	19,3	15,5	11,7
C44	Cute, non melanomi	2.845	131,2	127,8	72,8	54,4
C45	Mesotelioma	35	1,6	1,7	1,0	1,0
C46	Kaposi	24	1,1	1,0	0,5	0,4
C47,49	Tessuti molli	65	3,0	2,9	2,2	1,6
C50	Mammella	3.671	169,3	167,9	121,5	95,1
C53	Utero cervice	169	7,8	7,6	5,6	4,2
C54	Utero corpo	651	30,0	30,8	21,0	18,7
C56	Ovaio	382	17,6	17,6	11,8	9,8
C51-52,57	Altri genit. femminili	90	5,6	5,4	2,6	1,8
C64-66,68	Rene, v. urinarie	397	18,3	18,1	10,3	8,2
C67, D09.0,30,3,4,1,4	Vescia	397	18,3	18,1	9,6	7,9
C70-72	Sist. Nerv. Centrale	217	10,0	10,0	6,5	5,5
C73	Tiroide	800	36,9	37,2	31,3	25,5
C81	Linfoma di Hodgkin	65	3,0	3,2	3,0	2,3
C82-85,96	Linfomi non-Hodgkin	499	23,0	23,0	13,9	11,9
C88-90	Mieloma	199	9,2	9,0	4,9	3,8
C91	Leucemia linfatica	117	5,4	5,2	3,5	2,5
C92	Leucemia mieloide	130	6,0	6,0	3,4	2,8
C91-95	Leucemie tutte	304	14,0	13,7	8,3	6,3
O&U**	Maldefiniti, metastasi	264	16,4	15,1	6,3	3,5
	Tutti i tumori	16.162	745,3	734,9	459,3	307,4
	Tutti escl. cute C44	13.317	614,1	607,0	386,5	267,6

Regione Emilia-Romagna, anno 2007

Mortalità per tumori, per sede anatomica

FEMMINE

ICD-10	SEDE	Numero casi	Tassi grezzi x 100.000	Tassi st. I.R.E. 1998 x 100.000	Tassi st. Europa x 100.000	Rischio cas.-74 aa x 1.000	Rapporto M7* x 100
C01-06,09-14,32	VADS*	80	3,7	3,6	1,9	1,6	51,3
C07-08	Gh. salivari	13	0,6	0,5	0,3	0,1	76,5
C15	Esofago	39	1,8	1,6	0,8	0,6	150,0
C16	Stomaco	423	19,5	17,8	7,5	4,3	67,7
C18	Colon	540	24,9	23,0	10,8	6,5	40,7
C19-21	Retto	163	7,5	6,9	3,2	2,2	37,0
C18-21	Colon-retto	703	32,4	29,8	14,0	8,3	39,8
C22	Fegato	226	10,4	9,5	4,0	2,4	86,9
C23-24	Colecisti, v. biliari	160	7,4	7,0	3,2	2,2	87,9
C25	Pancreas	497	22,9	21,3	9,6	6,5	98,8
C32	Laringe	21	1,0	0,9	0,5	0,4	75,0
C33-34	Polmone	720	33,2	32,1	16,9	13,4	87,8
C40-41	Oso	9	0,4	0,4	0,2	0,2	40,9
C43	Melanoma cute	61	2,8	2,6	1,4	1,1	14,6
C44	Cute, non melanomi	22	1,0	0,9	0,3	0,2	0,8
C45	Mesotelioma	20	0,9	0,8	0,5	0,4	57,1
C47,49	Tessuti molli	59	2,7	2,6	1,4	1,1	90,8
C50	Mammella	978	45,1	43,0	23,9	17,6	26,6
C53	Utero cervice	30	1,4	1,3	0,7	0,4	17,8
C54	Utero corpo	56	2,6	2,5	1,3	1,1	8,6
C56	Ovaio	319	14,7	14,3	8,1	6,5	83,5
C51-52,57	Altri genit. femminili	56	2,6	2,3	1,0	0,6	62,2
C55	Utero NAS	134	6,2	5,9	2,9	2,1	-
C64-66,68	Rene, v. urinarie	128	5,9	5,4	2,4	1,5	32,2
C67	Vescia	11	5,1	4,6	1,7	0,7	2,8
C70-72	Sist. Nerv. Centrale	156	7,2	7,0	4,4	3,6	71,9
C73	Tiroide	26	1,2	1,1	0,5	0,3	3,3
C81	Linfoma di Hodgkin	11	0,5	0,5	0,3	0,2	16,9
C82-85,96	Linfomi non-Hodgkin	206	9,5	8,8	4,3	2,8	41,3
C88-90	Mieloma	139	6,4	6,0	2,7	1,8	69,8
C91	Leucemia linfatica	74	3,4	3,2	1,8	1,1	63,2
C92	Leucemia mieloide	102	4,7	4,5	2,3	1,7	78,5
C91-95	Leucemie tutte	219	10,1	9,5	4,8	3,5	72,0
O&U**	Maldefiniti, metastasi	448	20,4	18,4	7,4	4,0	169,7
	Tutti i tumori	6.052	279,1	261,7	128,9	85,6	37,4
	Tutti escl. cute C44	6.031	278,1	260,8	128,6	85,4	45,3

Emilia-Romagna, anno 2007, popolazione di sesso femminile:
16162 casi incidenti, 6052 decessi



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Le dimensioni del problema

- Gli ultimi due decenni hanno visto un progressivo aumento della sopravvivenza dei pazienti affetti da patologie oncologiche.
- Questo risultato ha determinato un aumento proporzionale del numero dei casi prevalenti, i quali insistono in misura crescente sulle strutture sanitarie (in Emilia Romagna nell'anno 2007: 35739 casi incidenti, 13672 decessi, 22067 casi prevalenti)
- Gran parte di questi pazienti è in età avanzata, e presenta spesso numerose comorbidità, le quali vanno ad aumentare la complessità delle prestazioni cliniche ed assistenziali che un sistema sanitario universalistico quale è quello italiano deve garantire a questa popolazione.



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Le dimensioni del problema

- Questo problema si inserisce in un contesto che vede una progressiva riduzione delle risorse disponibili per il Servizio Sanitario Nazionale.
- Appare quindi evidente la necessità di riconsiderare con una maggiore attenzione le modalità organizzative con le quali garantire la continuità dell'assistenza nei pazienti trattati per patologie oncologiche, concentrandosi sull'**appropriatezza** delle indagini diagnostiche prescritte periodicamente, sulla **periodicità** dei controlli, sulle **figure professionali responsabili** della verifica periodica delle condizioni cliniche del paziente, sul **contesto** in cui vanno organizzate tali prestazioni (ospedaliero vs. territoriale).
- E' indispensabile infine comprendere se una periodica attività di monitoraggio clinico dopo il trattamento rappresenta effettivamente un valore aggiunto per i pazienti trattati



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Obiettivi di un programma di follow up

1. Diagnosticare precocemente una ripresa di malattia, locale o sistemica (a condizione che la si possa trattare con buone probabilità di successo, aumentando le probabilità di sopravvivenza dei pazienti ricaduti)
2. Monitorare i risultati dei trattamenti eseguiti e degli eventuali effetti collaterali da essi determinati, allo scopo di accrescere le conoscenze della comunità clinico assistenziale e di creare una base di dati che, messa a disposizione di tutti i professionisti interessati possa rappresentare il punto di partenza per elaborare nuove strategie terapeutiche
3. Fornire al paziente indicazioni che ne favoriscano il progressivo ritorno ad una piena attività lavorativa e ad una soddisfacente vita di relazione

Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review

Ruth A Lewis, Richard D Neal, Nefyn H Williams, Barbara France, Maggie Hendry, Daphne Russell, Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson

Patients' and healthcare professionals' views of cancer follow-up: systematic review

Ruth A Lewis, Richard D Neal, Maggie Hendry, Barbara France, Nefyn H Williams, Daphne Russell, Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Options for early breast cancer follow-up in primary and secondary care - a systematic review

Frances Taggart^{1*}, Peter Donnelly² and Janet Dunn¹

Follow-up in breast cancer: does routine clinical examination improve outcome? A systematic review of the literature

DA Montgomery^{*1}, K Krupa² and TG Cooke³

¹University Department of Surgery, Level 2, Queen Elizabeth Building, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow G31 2ER, UK; ²Department of Surgery, Royal Alexandra Hospital, Paisley, UK; ³University Department of Surgery, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow, UK

Alternative methods of follow up in breast cancer: a systematic review of the literature

DA Montgomery^{*1}, K Krupa² and TG Cooke³

¹University Department of Surgery, Level 2, Queen Elizabeth Building, Glasgow Royal Infirmary, Glasgow G31 2ER, UK; ²Department of Surgery, Royal Alexandra Hospital, Paisley, UK; ³University Department of Surgery, Glasgow Royal Infirmary, UK



RESEARCH

Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trial

Kinta Beaver, professor of nursing;¹ Debbie Tysver-Robinson, nurse consultant;² Malcolm Campbell, lecturer in statistics;³ Mary Twomey, research associate;¹ Susan Williamson, research fellow;¹ Andrew Hindley, consultant clinical oncologist;³ Shabbir Susnerwala, consultant clinical oncologist;³ Graham Dunn, professor of biomedical statistics;⁴ Karen Luker, professor of nursing⁵



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Patient satisfaction with nurse-led telephone follow-up after curative treatment for breast cancer

Merel L Kimman^{*1,2}, Monique MF Bloebaum^{1,1}, Carmen D Dirksen³, Ruud MA Houben¹, Philippe Lambin^{1,2} and Liesbeth J Boersma^{1,2}

PUBMED: follow up[Title]) AND cancer AND systematic AND "last 5 years"[Pdat] AND Humans[Mesh]AND English[lang]: 95 lavori

Is computed tomography follow-up of patients after lobectomy for non-small cell lung cancer of benefit in terms of survival?

Dharshika Srikantharajah^a, Abeer Ghuman^b, Myura Nagendran^{a*} and Mahiben Maruthappu^b

^a St John's College, University of Oxford, Oxford, UK

^b Green Templeton College, University of Oxford, Oxford, UK

* Corresponding author. Green Templeton College, University of Oxford, Woodstock Road, Oxford OX2 6HG, UK. Tel: +44-0-7912556717; fax: +44-0-1865 274796; e-mail: myura.nagendran@medschool.ox.ac.uk (M. Nagendran).

British Journal of Cancer (2011) 105, 903–910
© 2011 Cancer Research UK. All rights reserved 0007–0920/11
www.bjcancer.com

Assessment of treatment-induced female sexual morbidity in oncology: is this a part of routine medical follow-up after radical pelvic radiotherapy?

ID White^{*1}, H Allan² and S Faithfull²

World Journal of Surgical Oncology

BioMed

Research

Relapse in resected lung cancer revisited: does intensified follow-up really matter? A prospective study

Dragan Subotic^{*1}, Dragan Mandaric¹, Gordana Radosavljevic¹, Jelena Stojic¹, Milan Gajic² and Maja Ercegovac¹

Address
Serbia

British Journal of Cancer (2009) 100, 1852–1860
© 2009 Cancer Research UK. All rights reserved 0007–0920/09 \$32.00
www.bjcancer.com

of Medicine, Belgrade,

Follow-up care for men with prostate cancer and the role of primary care: a systematic review of international guidelines

HM McIntosh^{1*}, RD Neal², P Rose³, E Watson⁴, C Wilkinson², D Weller¹ and C Campbell¹ on behalf of the Prostate Cancer Follow-up Group

¹Community Health Sciences – General Practice, University of Edinburgh, 20 West Richmond Street, Edinburgh EH9 9DX, UK; ²Department of Primary Care and Public Health, North Wales Clinical School, Cardiff University, Gwenfa Unit 5, Wrexham Technology Park, Wrexham LL13 7YP, UK;

³Department Primary Care, University of Oxford, Old Road Campus, Headington, Oxford OX3 7LF, UK; ⁴School of Health and Social Care, Oxford Brookes University, Jack Straws Lane, Marston, Oxford OX3 0FL, UK



Breast Cancer Follow-Up: Strategies for Successful Collaboration between Cancer Care Specialists and Primary Care Providers

Mary Ann Zalewski,
Susan Beikman,
Shannon Ferrari,
Kathleen Slavish, and
Margaret Rosenzweig

RA Lewis, RD Neal, NH Williams, et al

Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review

Ruth A Lewis, Richard D Neal, Nefyn H Williams, Barbara France, Maggie Hendry, Daphne Russell, Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson

13 lavori riguardano nello specifico il ruolo dei programmi di follow up o la modalità di esecuzione di essi, più spesso nelle pazienti con neoplasia della mammella.



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ? Obiettivo 1

Diagnosticare precocemente una ripresa di malattia, locale o sistemica (a condizione che la si possa trattare con buone probabilità di successo, aumentando le probabilità di sopravvivenza dei pazienti ricaduti)

Intensive diagnostic follow-up after treatment of primary breast cancer. A randomized trial. National Research Council Project on Breast Cancer follow-up.

Rosselli Del Turco M Palli D, Cariddi A, Ciatto S, Pacini P, Distante V.
Breast Unit, Centro per lo Studio e la Prevenzione Oncologica, Florence, Italy
JAMA 1994 May 25;271(20):1593-7.

The GIVIO trial on the impact of follow-up care on survival and quality of life in breast cancer patients. Interdisciplinary Group for Cancer Care Evaluation.

Liberati A

GIVIO Coordinating Center, Laboratory of Clinical Epidemiology, Mario Negri Institute, Milano, Italy.

Ann Oncol 1995;6 Suppl 2:41-6.



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Follow-up strategies for women treated for early breast cancer (Review)



Rojas MPMP, Telaro E, Moschetti I, Coe L, Fossati R, Liberati A, Rosselli MDT

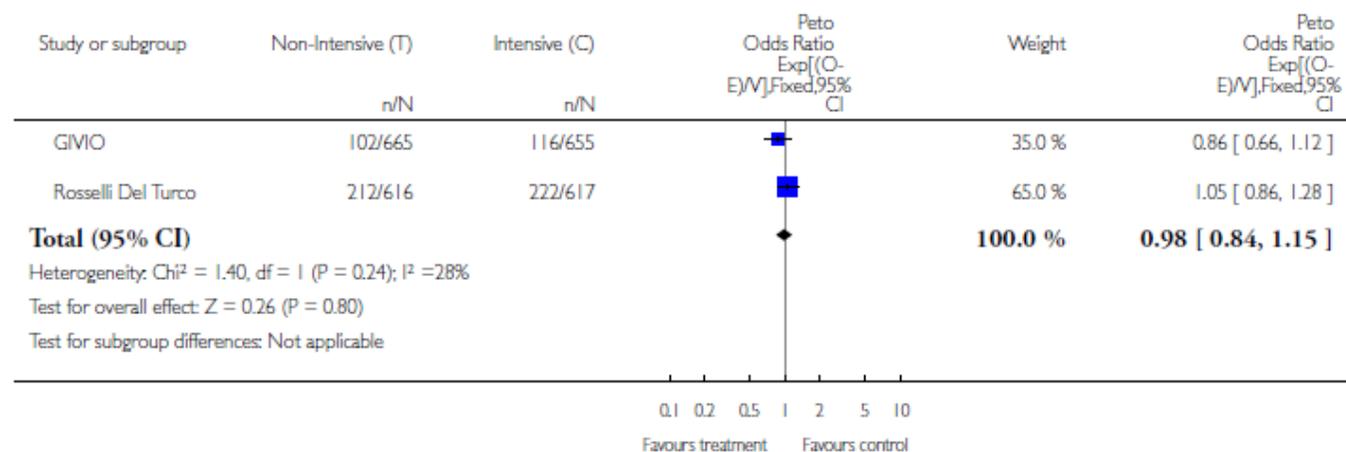
Analysis 1.1. Comparison 1 Clinical follow-up vs intensive follow-up, Outcome 1 Overall Mortality.

Review: Follow-up strategies for women treated for early breast cancer

Comparison: 1 Clinical follow-up vs intensive follow-up

Outcome: 1 Overall Mortality

Mortalità globale





IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Follow-up strategies for women treated for early breast cancer (Review)



Rojas MPMP, Telaro E, Moschetti I, Coe L, Fossati R, Liberati A, Rosselli MDT

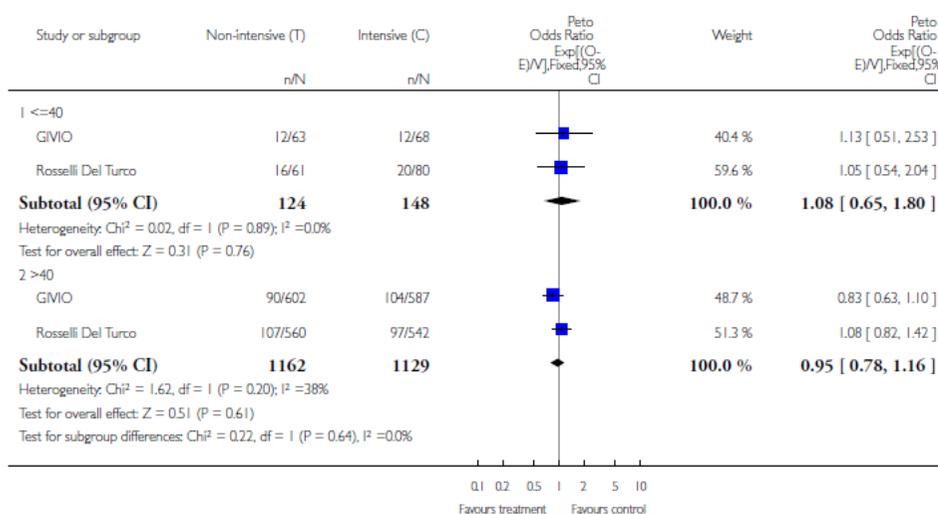
Analysis 1.3. Comparison 1 Clinical follow-up vs intensive follow-up, Outcome 3 Mortality by age.

Review: Follow-up strategies for women treated for early breast cancer

Comparison: 1 Clinical follow-up vs intensive follow-up

Outcome: 3 Mortality by age

Età



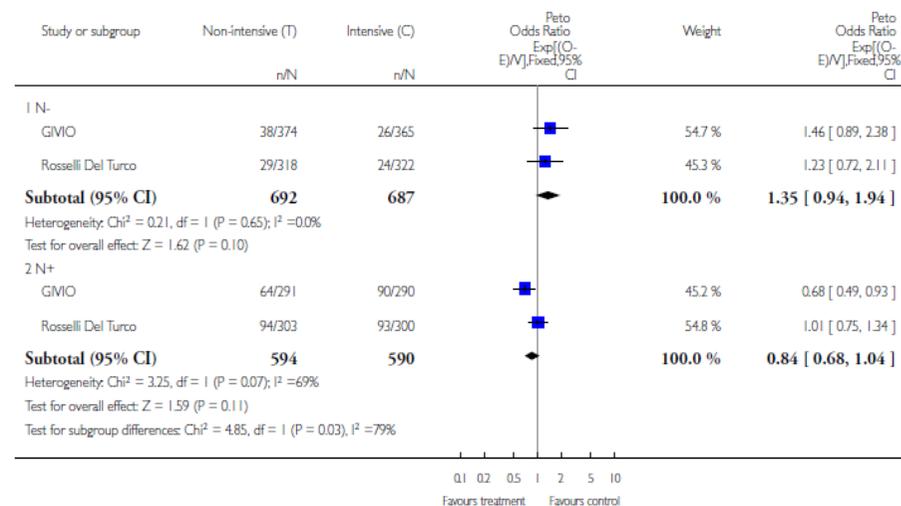
Analysis 1.5. Comparison 1 Clinical follow-up vs intensive follow-up, Outcome 5 Mortality by lymphonodal status.

Review: Follow-up strategies for women treated for early breast cancer

Comparison: 1 Clinical follow-up vs intensive follow-up

Outcome: 5 Mortality by lymphonodal status

Stato linfonodale





IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

VOLUME 30 · NUMBER 14 · MAY 10 2012

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Identifies Five Key Opportunities to Improve Care and Reduce Costs: The Top Five List for Oncology

Lowell E. Schnipper, Thomas J. Smith, Derek Raghavan, Douglas W. Blayney, Patricia A. Ganz, Therese Marie Mulvey, and Dana S. Wollins

4. Don't perform surveillance testing (biomarkers) or imaging (PET, CT and radionuclide bone scans) for asymptomatic individuals who have been treated for breast cancer with curative intent.^{12,20-23}

- Surveillance testing with serum tumor markers or imaging has been shown to have clinical value for certain cancers (e.g. colorectal). However, for breast cancer that has been treated with curative intent, several studies have shown there is no benefit from routine imaging or serial measurement of serum tumor markers in asymptomatic patients.
- False-positive tests can lead to harm through unnecessary invasive procedures, over-treatment, unnecessary radiation exposure, and misdiagnosis.

Sources:

- Locker GY, Hamilton S, Harris J, et al: ASCO 2006 update of recommendations for the use of tumor markers in gastrointestinal cancer. *J Clin Oncol* 24:5313-5327, 2006.
- Desch CE, Benson AB 3rd, Somerfield MR, et al: Colorectal cancer surveillance: 2005 update of an American Society of Clinical Oncology practice guideline. *J Clin Oncol* 23:8512-8519, 2005.
- Carlson RW, Allred DC, Anderson BO, et al: Breast cancer. *J Natl Compr Canc Netw* 7:122-192, 2009.
- Khatcheressian JL, Wolff AC, Smith TJ, et al: American Society of Clinical Oncology 2006 update of the breast cancer follow-up and management guideline in the adjuvant setting. *J Clin Oncol* 24:5091-5097, 2006.
- Harris L, Fritsche H, Mennel R, et al: American Society of Clinical Oncology 2007 update of recommendations for the use of tumor markers in breast cancer. *J Clin Oncol* 25:5287-5312, 2007.



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Recommended Breast Cancer Surveillance	Description
History/physical examination	Every 3 to 6 months for the first 3 years after primary therapy; every 6 to 12 months for years 4 and 5; then annually
Patient education regarding symptoms of recurrence	Clinicians should counsel patients about the symptoms of recurrence, including new lumps, bone pain, chest pain, abdominal pain, dyspnea, or persistent headaches; helpful web sites for patient education include www.plwc.org and www.cancer.org .
Referral for genetic counseling	Criteria include <ul style="list-style-type: none"> • Ashkenazi Jewish heritage • History of ovarian cancer at any age in the patient or any first- or second-degree relatives • Any first-degree relative with a history of breast cancer diagnosed before age 50 years • Two or more first- or second-degree relatives diagnosed with breast cancer at any age • Patient or relative with diagnosis of bilateral breast cancer • History of breast cancer in a male relative
Breast self-examination	All women should be counseled to perform monthly breast self-examination.
Mammography	First post-treatment mammogram 1 year after the initial mammogram that leads to diagnosis, but no earlier than 6 months after definitive radiation therapy; subsequent mammograms should be obtained as indicated for surveillance of abnormalities.
Coordination of care	The risk of breast cancer recurrence continues through 15 years after primary treatment and beyond. Continuity of care for breast cancer patients is encouraged and should be performed by a physician experienced in the surveillance of cancer patients and in breast examination, including the examination of irradiated breasts. If follow-up is transferred to a PCP, the PCP and the patient should be informed of the long-term options regarding adjuvant hormonal therapy for the particular patient. This may necessitate re-referral for oncology assessment at an interval consistent with guidelines for adjuvant hormonal therapy.
Pelvic examination	Regular gynecologic follow-up is recommended for all women. Patients who receive tamoxifen should be advised to report any vaginal bleeding to their physicians.
<i>Not recommended</i>	
Routine blood tests	Complete blood counts (CBCs) and liver function tests are not recommended.
Imaging studies	Chest x-ray, bone scans, liver ultrasonography, computed tomography (CT) scans, fluorodeoxyglucose (FDG)-positron emission tomography (PET) scans, and breast magnetic resonance (MR) images are not recommended.
Tumor markers	CA 15-3, CA 27.29, and CEA are not recommended.



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

VOLUME 30 · NUMBER 14 · MAY 10 2012

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ASCO SPECIAL ARTICLE

American Society of Clinical Oncology Identifies Five Key Opportunities to Improve Care and Reduce Costs: The Top Five List for Oncology

Lowell E. Schnipper, Thomas J. Smith, Derek Raghavan, Douglas W. Blayney, Patricia A. Ganz, Therese Marie Mulvey, and Dana S. Wallius

The majority of patients with breast cancer diagnosed today present with early-stage, node-negative disease that is found on screening mammography.⁵⁴ As a result of earlier diagnosis and the efficacy of adjuvant therapies (chemotherapy, radiation, endocrine therapy), most of these women have a normal life expectancy and a low risk for recurrence. Surveillance for breast cancer recurrence in this setting is particularly low yield given the low prevalence of recurrence. For a surveillance or screening test to be considered useful, it must have high sensitivity and specificity, as well as a significant positive predictive value, the latter being highly dependent on the prevalence of the condition. Furthermore, screening tests need to add value through detecting early-stage disease for which treatment will improve survival outcomes. To date, there is no evidence from randomized trials that earlier detection of asymptomatic breast cancer recurrence (outside of the breast, as a local recurrence, or new primary) improves survival outcomes.^{22,23,69-71} In addition, these studies suggest that most breast cancer recurrence is detected through clinical symptoms and not through screening. Thus, making patients aware of the potential symptoms of a breast cancer recurrence (eg, pain, new lumps, dyspnea) is an important strategy in breast cancer surveillance.



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Obiettivo 2

Monitorare i risultati dei trattamenti eseguiti e degli eventuali effetti collaterali da essi determinati, allo scopo di accrescere le conoscenze della comunità scientifica e di creare una base di dati che, messa a disposizione di tutti i professionisti interessati possa rappresentare il punto di partenza per elaborare nuove strategie terapeutiche

TAME: development of a new method for summarising adverse events of cancer treatment by the Radiation Therapy Oncology Group



Andy Trotti, Thomas F Pajak, Clement K Gwede, Rebecca Paulus, Jay Cooper, Arlene Forastiere, John A Ridge, Deborah Watkins-Bruner, Adam S Garden, K Kian Ana, Wallu Curran

CLINICAL INVESTIGATION

Normal Tissue

INCREASING THE RATE OF LATE TOXICITY BY CHANGING THE SCORE? A COMPARISON OF RTOG/EORTC AND LENT/SOMA SCORES

ULRIKE HOELLER, M.D., SILKE TRIBIUS, M.D., ANTJE KUHLMHEY, M.D., KAI GRADER, FABIAN FEHLAUER, M.D., AND WINFRIED ALBERTI, PH.D.

Department of Radiation Oncology, University Hospital Eppendorf, Hamburg, Germany



Radiotherapy and Oncology 35 (1995) 17-60



LENT SOMA Tables

Evaluation of Early and Late Toxicities in Chemoradiation Trials

Soren M. Bentzen and Andrea Trotti

Patient versus clinician symptom reporting using the National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events: results of a questionnaire-based study



Ethan Basch, Alexia Iasonos, Tiffani McDonough, Allison Barz, Ann Cukin, Mark G Kris, Howard I Scher, Deborah Schrag

CTCAE v3.0: Development of a Comprehensive Grading System for the Adverse Effects of Cancer Treatment

Andy Trotti, A. Dimitrios Colevas, Ann Setser, Valerie Rusch, David Jaques, Volker Budach, Corey Langer, Barbara Murphy, Richard Cumberlin, C. Norman Coleman, and Philip Rubin

Normal Tissue Effects: Reporting and Analysis

Soren M. Bentzen, Wolfgang Dörr, Mitchell S. Anscher, James W. Denham, Martin Hauer-Jensen, Lawrence B. Marks, and Jacqueline Williams



Pergamon

Int. J. Radiation Oncology Biol. Phys., Vol. 31, No. 5, pp. 1341-1346, 1995
Copyright © 1995 Elsevier Science Ltd
Printed in the USA. All rights reserved
0360-3016/95 \$9.50 + .00

0360-3016(95)00060-7

● Editorial

TOXICITY CRITERIA OF THE RADIATION THERAPY ONCOLOGY GROUP (RTOG) AND THE EUROPEAN ORGANIZATION FOR RESEARCH AND TREATMENT OF CANCER (EORTC)

JAMES D. COX, M.D.,¹ JOANN STEITZ, B.S.² AND THOMAS F. PAJAK, PH.D.²

¹University of Texas M.D. Anderson Cancer Center, Houston, Texas and ²Radiation Therapy Oncology Group, Philadelphia, PA

CLINICAL INVESTIGATION

Normal Tissue

IMPROVING THE CAPTURE OF ADVERSE EVENT DATA IN CLINICAL TRIALS: THE ROLE OF THE INTERNATIONAL ATOMIC ENERGY AGENCY

SUSAN E. DAVIDSON, M.D.,* ANDY TROTTI, M.D.,† ÖZLEM U. ATAMAN, M.D., PH.D.,‡ JINSIL SEONG, M.D., PH.D.,§ FEN NEE LAU, M.D.,|| NEIRO W. DA MOTTA, M.D., PH.D.,¶ AND BRANISLAV JEREMIC, M.D., PH.D.¶



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Obiettivo 2

Monitorare i risultati dei trattamenti eseguiti e degli eventuali effetti collaterali da essi determinati, allo scopo di accrescere le conoscenze della comunità scientifica e di creare una base di dati che, messa a disposizione di tutti i professionisti interessati possa rappresentare il punto di partenza per elaborare nuove strategie terapeutiche

- Grande eterogeneità dei sistemi di classificazione della tossicità
- Grande eterogeneità negli end points di efficacia
- Impiego sistematico solo nell'ambito di studi clinici
- Difficoltà nel tradurre i risultati degli studi clinici nella pratica quotidiana
- Registri di patologia? Sistemi informatici relativi all'assistenza ospedaliera o territoriale?



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Obiettivo 2

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 MARCH 14, 2013 VOL. 368 NO. 11

Risk of Ischemic Heart Disease in Women after Radiotherapy for Breast Cancer

Sarah C. Darby, Ph.D., Marianne Ewertz, D.M.Sc., Paul McGale, Ph.D., Anna M. Bennett, Ph.D., Ulla Blom-Goldman, M.D., Dorthe Brønnum, R.N., Candace Correa, M.D., David Cutter, F.R.C.R., Giovanna Gagliardi, Ph.D., Bruna Gigante, Ph.D., Maj-Britt Jensen, M.Sc., Andrew Nisbet, Ph.D., Richard Peto, F.R.S., Kazem Rahimi, D.M., Carolyn Taylor, D.Phil., and Per Hall, Ph.D.

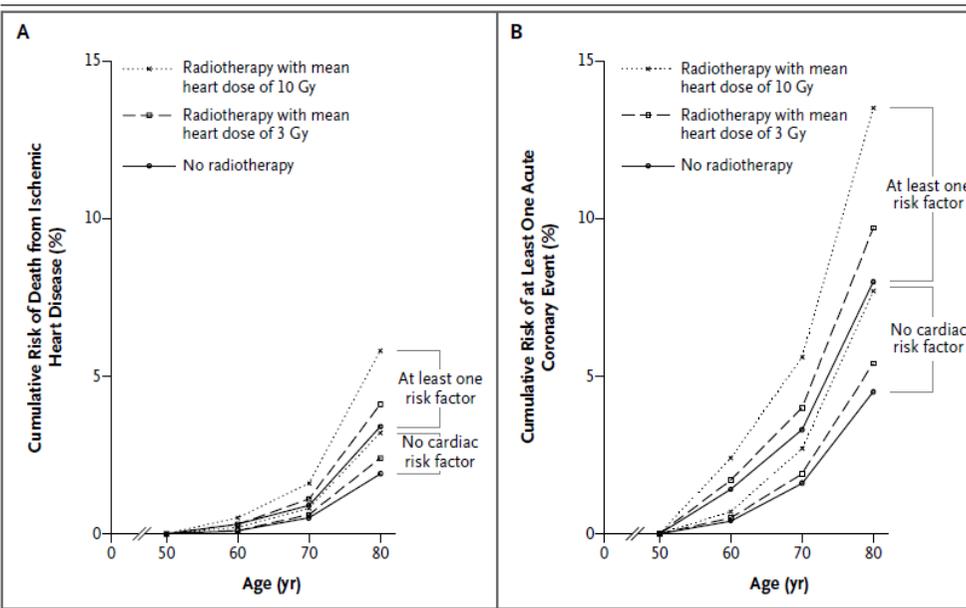


Figure 2. Cumulative Risks of Death from Ischemic Heart Disease and of at Least One Acute Coronary Event.

METHODS

We conducted a population-based case-control study of major coronary events (i.e., myocardial infarction, coronary revascularization, or death from ischemic heart disease) in 2168 women who underwent radiotherapy for breast cancer between 1958 and 2001 in Sweden and Denmark; the study included 963 women with major coronary events and 1205 controls. Individual patient information was obtained from hospital records. For each woman, the mean radiation doses to the whole heart and to the left anterior descending coronary artery were estimated from her radiotherapy chart.



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Obiettivo 3:

Fornire al paziente indicazioni che ne favoriscano il progressivo ritorno ad una piena attività lavorativa e ad una soddisfacente vita di relazione

Il punto di vista dei pazienti e dei professionisti

Patients' and healthcare professionals' views of cancer follow-up:

systematic review

*Ruth A Lewis, Richard D Neal, Maggie Hendry, Barbara France, Nefyn H Williams, Daphne Russell,
Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson*

- Revisione sistematica di 19 studi
- 4 studi: punto di vista del medico ospedaliero e dell'infermiere
- 4 studi. punto di vista del MMG
- 15 studi: punto di vista dei pazienti su follow up ospedaliero
- 3 studi: “nurse led” follow up
- 2 studi: follow up condotto dal MMG
- Focus group, interviste, questionari

British Journal of General Practice, July 2009



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ? Il punto di vista dei pazienti

- Il timore di una ricaduta è il motivo principale di ansietà e determina il bisogno di essere rassicurati.
- Il follow up aumenta paradossalmente l'ansia e il bisogno di rassicurazione
- Gli elementi percepiti come fondamentali sono la disponibilità di conoscenze mediche specialistiche e un rapido accesso ai test diagnostici
- I pazienti ritengono di non aver ricevuto informazioni sufficienti sull'efficacia del follow up
- I pazienti ritengono di non ricevere informazioni adeguate durante le visite di follow up

**Patients' and healthcare
professionals' views of
cancer follow-up:**
systematic review

*Ruth A Lewis, Richard D Neal, Maggie Hendry, Barbara France, Nefyn H Williams, Daphne Russell,
Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson*



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Il punto di vista dei pazienti e dei professionisti

- E' ritenuto importante vedere sempre lo stesso medico e poter avere tempo per fare domande
- E' ritenuto importante che vi sia la possibilità di ricevere un supporto psico-sociale in occasione delle visite
- Non si ritiene che il MMG possa essere un riferimento adeguato nell'intervallo tra le visite
- Vengono riferiti importanti problemi di comunicazione tra specialista e MMG

**Patients' and healthcare
professionals' views of
cancer follow-up:**
systematic review

*Ruth A Lewis, Richard D Neal, Maggie Hendry, Barbara France, Nefyn H Williams, Daphne Russell,
Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson*



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ?

Il punto di vista dei professionisti

- Si ritiene che un programma di follow up condotto da infermieri di oncologia possa essere in grado di soddisfare meglio i bisogni dei pazienti, ma si percepisce un'ostilità a questa soluzione da parte degli altri professionisti sanitari
- Non si ritiene che il MMG abbia la volontà o l'esperienza sufficiente per farsi carico del follow up.
- Le opinioni sul “patient-initiated” follow up sono contrastanti

**Patients' and healthcare
professionals' views of
cancer follow-up:**
systematic review

*Ruth A Lewis, Richard D Neal, Maggie Hendry, Barbara France, Nefyn H Williams, Daphne Russell,
Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson*



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ? Raccomandazioni

- Proporre al paziente al termine del trattamento un programma di follow up discusso con lui (preferenze del paziente): “nurse led”, “patient-initiated”, telefonico ecc.
- Fornire ai pazienti informazioni chiare e complete su:
 - ✓ rischio di recidiva e come ridurlo
 - ✓ efficacia dei test diagnostici richiesti
 - ✓ effetti collaterali del trattamento e loro gestione
 - ✓ segni e sintomi di una possibile ricaduta: cosa fare
- Dedicare alle visite il tempo necessario e incoraggiare i pazienti a fare domande

**Patients' and healthcare
professionals' views of
cancer follow-up:**
systematic review

*Ruth A Lewis, Richard D Neal, Maggie Hendry, Barbara France, Nefyn H Williams, Daphne Russell,
Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson*



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ? Raccomandazioni

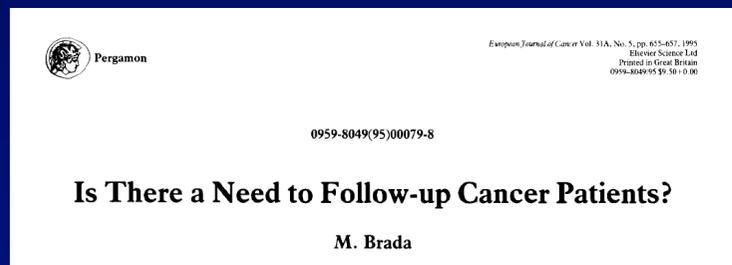
- Fornire ai pazienti la possibilità di un supporto psicologico
- Richiedere esami solo quando vi sono evidenze scientifiche che ciò vada fatto o se vi è un motivo clinico
- Indicare al paziente chi contattare in caso di bisogno e come
- Prevedere un sistematico scambio di informazioni tra team specialistico e MMG
- Fornire al paziente informazioni sul supporto che può ricevere fuori dall'ospedale

**Patients' and healthcare
professionals' views of
cancer follow-up:**
systematic review

*Ruth A Lewis, Richard D Neal, Maggie Hendry, Barbara France, Nefyn H Williams, Daphne Russell,
Dyfrig A Hughes, Ian Russell, Nicholas SA Stuart, David Weller and Clare Wilkinson*



IL FOLLOW UP IN ONCOLOGIA CLINICA: QUALE RUOLO ? Conclusioni



- Pur assorbendo il follow up una grande quantità di risorse non vi è evidenza che a tale investimento corrisponda il raggiungimento degli obiettivi proposti
- In particolare non vi è evidenza che permetta un miglioramento della sopravvivenza, se non in casi selezionati, che consenta l'acquisizione di informazioni utili a migliorare le strategie terapeutiche, che sia in grado di favorire il ritorno dei pazienti ad una normale vita sociale e di relazione
- E' indispensabile una personalizzazione del modello di presa in carico dopo il trattamento, discutendo con il paziente le diverse opzioni e scegliendo insieme quella più appropriata
- E' necessario che al di fuori degli studi clinici si sviluppino modalità di integrazione tra i diversi data base informatici esistenti, allo scopo di acquisire in maniera automatica le principali informazioni su esiti e tossicità