SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

AZIENDA OSPEDALIERA
SANT' ANDREA

Il trattamento oncologico

CORSO DI FORMAZIONE VOLONTARI OPERANTI NEI COMITATI A.N.D.O.S.

Università La Sapienza,
Facoltà di Medicina e Psicologia,
Aula I, Via dei Marsi, 78 - Roma
Roma, 25 novembre 2017

Carlo Capalbo
Oncologia Medica

369.000 nuovi casi

177.000 (46%)

circa 500 donne ogni giorni ricevono la diagnosi di cancro

25 Novembre 2017

Ricordiamo che i nostri colori sono: il nero della rondine e l'arancione del sole che è la fonte della vita.

A.N.D.O.S. onlus
Associazione Nazionale Donne Operate al Seno

PubMed.gov
US National Library of Medicine
National Institutes of Health

PubMed | Advanced

Format: Abstract | Send to

Cancer Nurs. 2016 Mar-Apr;39(2):87-96. doi: 10.1097/NCC.0000000000000265.

Intimate Partner Violence Among Women Diagnosed With Cancer.

Johnson WA[1], Pieters HC.

Author information

Abstract

BACKGROUND: There is growing evidence that women diagnosed with cancer can experience intimate partner violence (IPV). This combined experience of cancer and abuse can have a profound effect on health and treatment outcomes for these cancer survivors.

OBJECTIVE: The purpose of this literature review was to assess the presence of IPV among female cancer survivors and to provide oncology nurses with clinical guidelines about IPV.

METHODS: A systematic strategy was used to locate original research from 4 databases: CINAHL, PubMed, PsycINFO, and Web of Science. Key words were used to help identify articles that focused on cancer, abuse, treatment decision making, and clinical guidelines.

RESULTS: The 10 selected articles that met the inclusion criteria were published between 2005 and 2014. The reviewed studies provided accounts of abusive partner behaviors toward women throughout their cancer trajectory. Global organizations provided the framework for clinical guidelines.

CONCLUSIONS: Challenges faced by women who are concurrently living with IPV and cancer survivorship can impact treatment decision making and health outcomes. The assessment and recognition of IPV by oncology nurses are essential to help create a clinical environment in which patients feel safe and supported.

IMPLICATIONS FOR PRACTICE: This review includes clinical guidelines and describes legal considerations for oncology nurses to consider when they address and respond to IPV in their practice. The use of clinical guidelines that focus on IPV can provide standardized care in the oncology setting that can further help to meet the needs of these women.

Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Prostata (18%)	Mammella (28%)	Colon-retto (14%)
2°	Colon-retto (16%)	Colon-retto (13%)	Mammella (14%)
3°	Polmone (15%)	Polmone (8%)	Polmone (11%)
4°	Vescica* (11%)	Tiroide (6%)	Prostata (9%)
5°	Rene, vie urinarie** (5%)	Utero corpo (5%)	Vescica* (7%)

TABELLA 6. Primi cinque tumori più frequentemente diagnosticati e proporzione sul totale dei tumori (esclusi i carcinomi della cute) per sesso. Stime per l'Italia 2017.

Rango	Maschi			Femmine		
	Età			Età		
	0-49	50-69	70+	0-49	50-69	70+
1°	Testicolo (12%)	Prostata (22%)	Prostata (20%)	Mammella (41%)	Mammella (35%)	Mammella (22%)

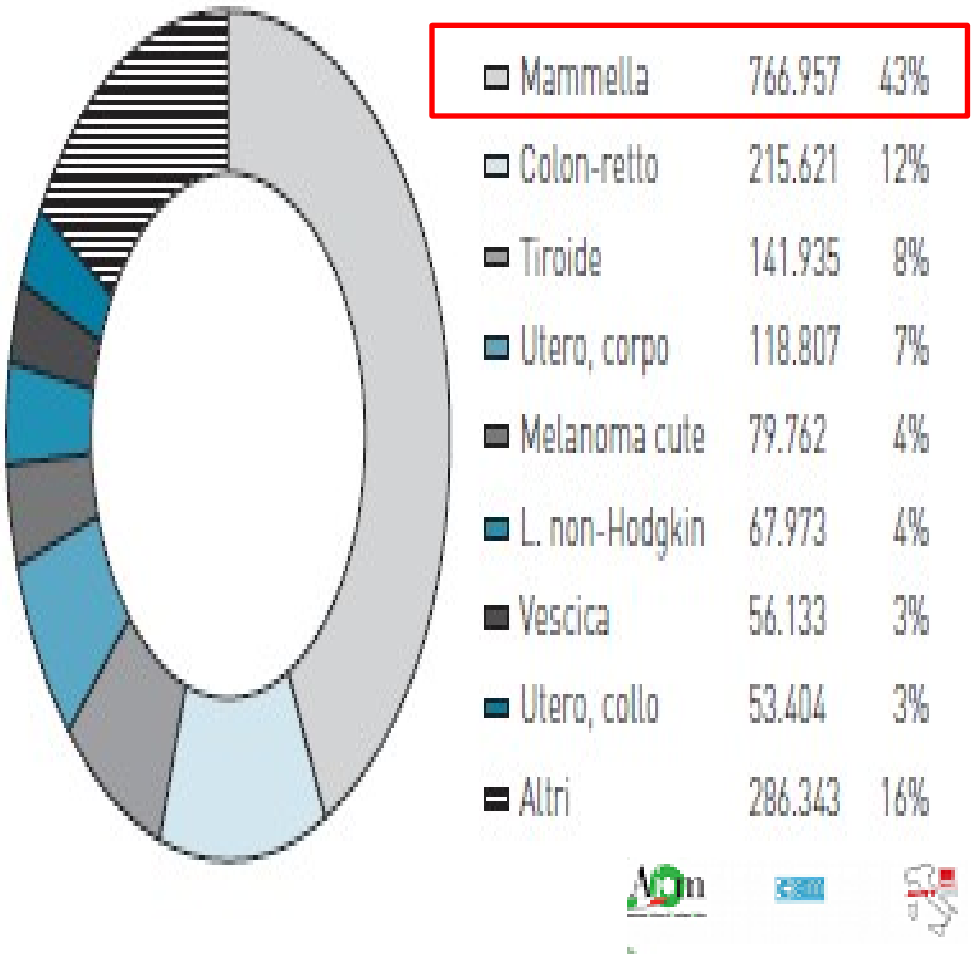
Rango	Maschi	Femmine	Tutta la popolazione
1°	Polmone (27%)	Mammella (17%)	Polmone (20%)
2°	Colon-retto (11%)	Colon-retto (12%)	Colon-retto (11%)
3°	Prostata (8%)	Polmone (11%)	Mammella (8%)
4°	Fegato (7%)	Pancreas (7%)	Stomaco (6%)
5°	Stomaco (6%)	Stomaco (6%)	Pancreas (6%)

TABELLA 9. Prime cinque cause di morte oncologica e proporzione sul totale dei decessi oncologici per sesso. Pool AIRTUM 2008-2013.

Nel 2017, sono oltre **3 milioni e trecentomila (3.304.648)** gli italiani che vivono dopo una diagnosi di tumore, che rappresentano il **5,4% dell'intera popolazione italiana** (uno su 19)

La diagnosi di **tumore della mammella** è di gran lunga la più frequente nelle donne (766.957)

"..le **istituzioni** e i **clinici** devono essere in grado di rispondere alle esigenze di questi pazienti, che guariscono o possono convivere a lungo con la malattia, e che rivendicano il diritto di tornare a un'esistenza "normale"



Sede	Italia[1]	Europa[8]					
		Totale Europa	Paesi scandinavi	Regno Unito e Irlanda	Centro Europa	Sud Europa	Est Europa
Vie aerodigestive superiori	70	59	62	62	61	62	47
Esofago	13	12	11	13	15	10	8
Stomaco	32	25	22	17	28	30	19
Colon	66	57	59	52	61	59	49
Retto	62	56	60	54	60	55	45
Fegato	20	12	8	8	13	15	6
Colecisti e vie biliari	16	17	13	18	17	16	13
Pancreas	8	7	5	5	7	8	6
Polmone	16	13	12	9	15	13	11
Cute (melanomi)	87	83	88	86	88	83	74
Mesotelioma	9	7	6	5	6	7	8
Mammella (donne)	87	82	85	79	84	84	74
Utero cervice	68	62	67	59	65	65	57
Utero corpo	77	76	83	76	79	75	73
Ovaio	40	38	41	31	41	38	34
Prostata	92	83	85	81	88	86	72
Testicolo	91	89	93	92	92	89	80
Rene, vie urinarie	71	61	56	48	65	64	58
Vescica	80	69	73	71	68	75	65
Sistema nervoso centrale	24	20	24	18	23	20	19
Linfoma di Hodgkin	84	81	85	79	83	81	74
Linfoma non-Hodgkin	65	59	63	57	63	59	50
Mieloma	51	39	39	36	41	42	32
Leucemia linfatica acuta	39	39	44	38	42	36	31
Leucemia linfatica cronica	74	70	75	70	74	68	58
Leucemia mieloide acuta	20	17	18	15	17	16	13
Leucemia mieloide cronica	56	53	56	51	58	51	33
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute (uomini)	**54**	49	49	45	51	50	41
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute (donne)	**63**	57	59	53	59	59	51

87%

TABELLA 21. Confronto della sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi in Italia (stima basata su casi diagnosticati nel periodo 2005-2009) e in Europa (stima basata su casi diagnosticati nel periodo 2000-2007). Uomini e donne.

Sede tumorale	Italia[1]	Stati Uniti[9]	Australia[10]
Esofago	13	21	18
Stomaco	32	31	27
Colon-retto	65	66	67
Fegato	20	18	16
Colecisti e vie biliari	16	17	19
Pancreas	8	9	6
Polmone	16	19	14
Osso	62	70	67
Cute (melanomi)	87	93	90
Mesotelioma	9	9	6
Sarcoma di Kaposi	85	74	85
Tessuti molli	64	66	66
Mammella (donne)	87	91	90
Utero cervice	68	69	72
Utero corpo	77	83	83
Ovaio	40	46	43
Prostata	92	99	93
Testicolo	91	97	98
Rene, vie urinarie	71	75	73
Vescica	80	79	53.1*
Sistema nervoso centrale	24	35	22
Tiroide	94	98	96
Linfoma di Hodgkin	84	89	87
Linfoma non-Hodgkin	65	73	72
Mieloma	51		45
Leucemia linfatica cronica	74	85	77
Leucemia mieloide acuta	20	27	25
Leucemia mieloide cronica	56	66	
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute (uomini)	54	69	66
Tutti i tumori, esclusi carcinomi della cute (donne)	63	69	68

TABELLA 22. Sopravvivenza netta a 5 anni dalla diagnosi in Italia (stima basata su casi diagnosticati nel periodo 2005-2009),[1] negli Stati Uniti[9] (stima basata su casi diagnosticati nel periodo 2006-2012) e in Australia[10] (stima basata su casi diagnosticati nel periodo 2007-2011).

OncoLine - Il canale di Oncologia

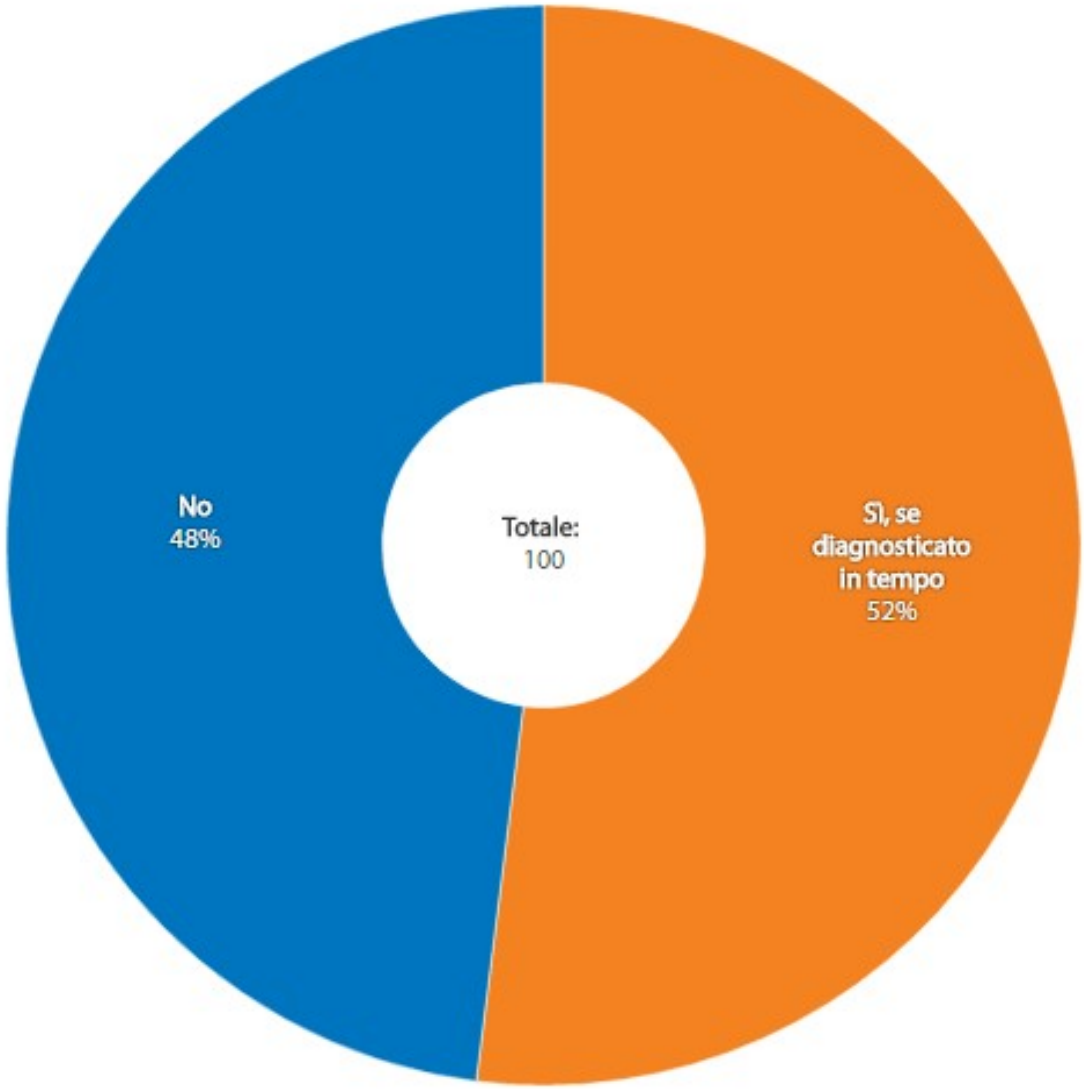
News | Prevenzione | Diagnosi | Terapia | Diritti | Qualità di vita | Testimonianze

Tumore del seno: l'80% delle pazienti è vivo a 10 anni dalla diagnosi, ma il 48% pensa che non si possa guarire

Presentato oggi in un convegno nazionale al Ministero della Salute un sondaggio su più di 1.650 donne. Il 57% non sa se e come è possibile trattare la malattia anche in fase avanzata. Il 31% non conosce l'autopalpazione

di IRMA D'ARIA

E' guaribile?



OncoLine - Il canale di Oncologia

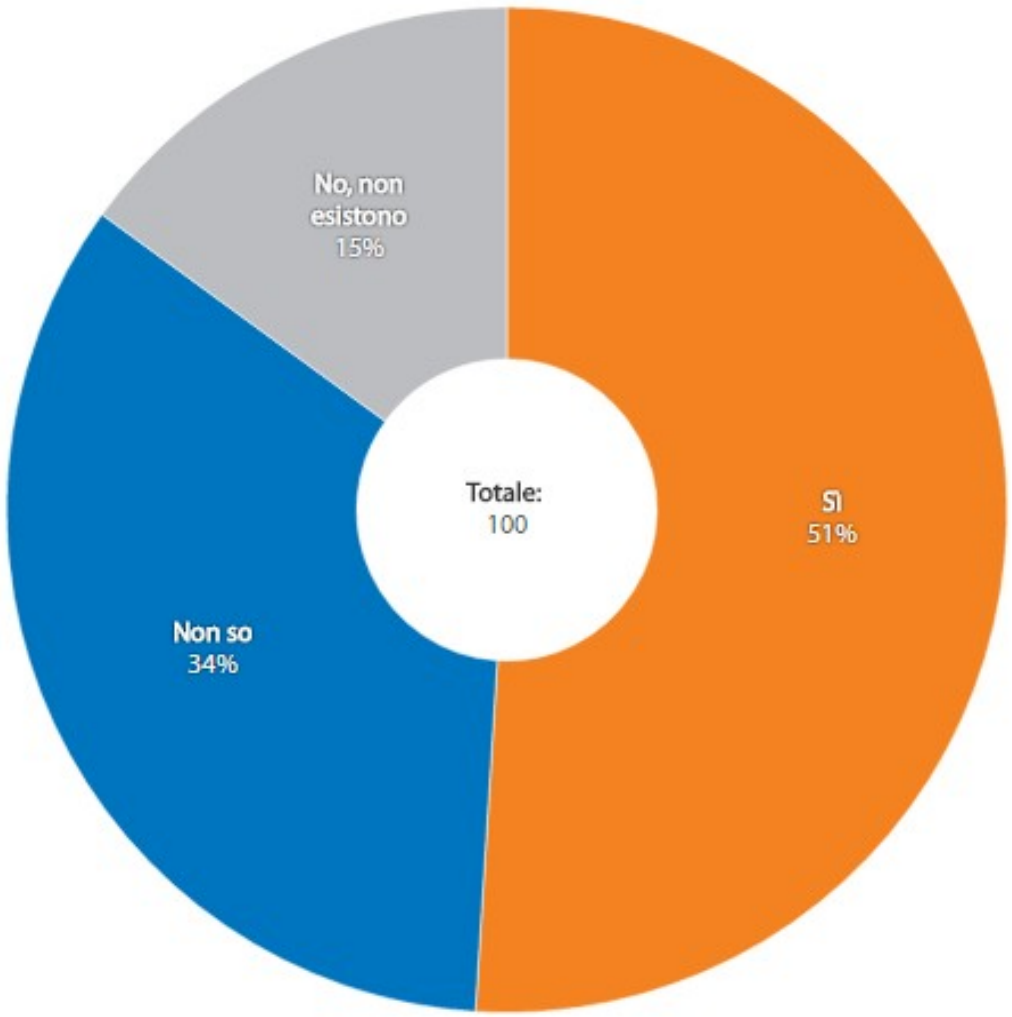
News | Prevenzione | Diagnosi | Terapia | Diritti | Qualità di vita | Testimonianze

Tumore del seno: l'80% delle pazienti è vivo a 10 anni dalla diagnosi, ma il 48% pensa che non si possa guarire

Presentato oggi in un convegno nazionale al Ministero della Salute un sondaggio su più di 1.650 donne. Il 57% non sa se e come è possibile trattare la malattia anche in fase avanzata. Il 31% non conosce l'autopalpazione

di IRMA D'ARIA

Sai se esistono terapie innovative in grado di sconfiggere la malattia?



OncoLine - Il canale di Oncologia

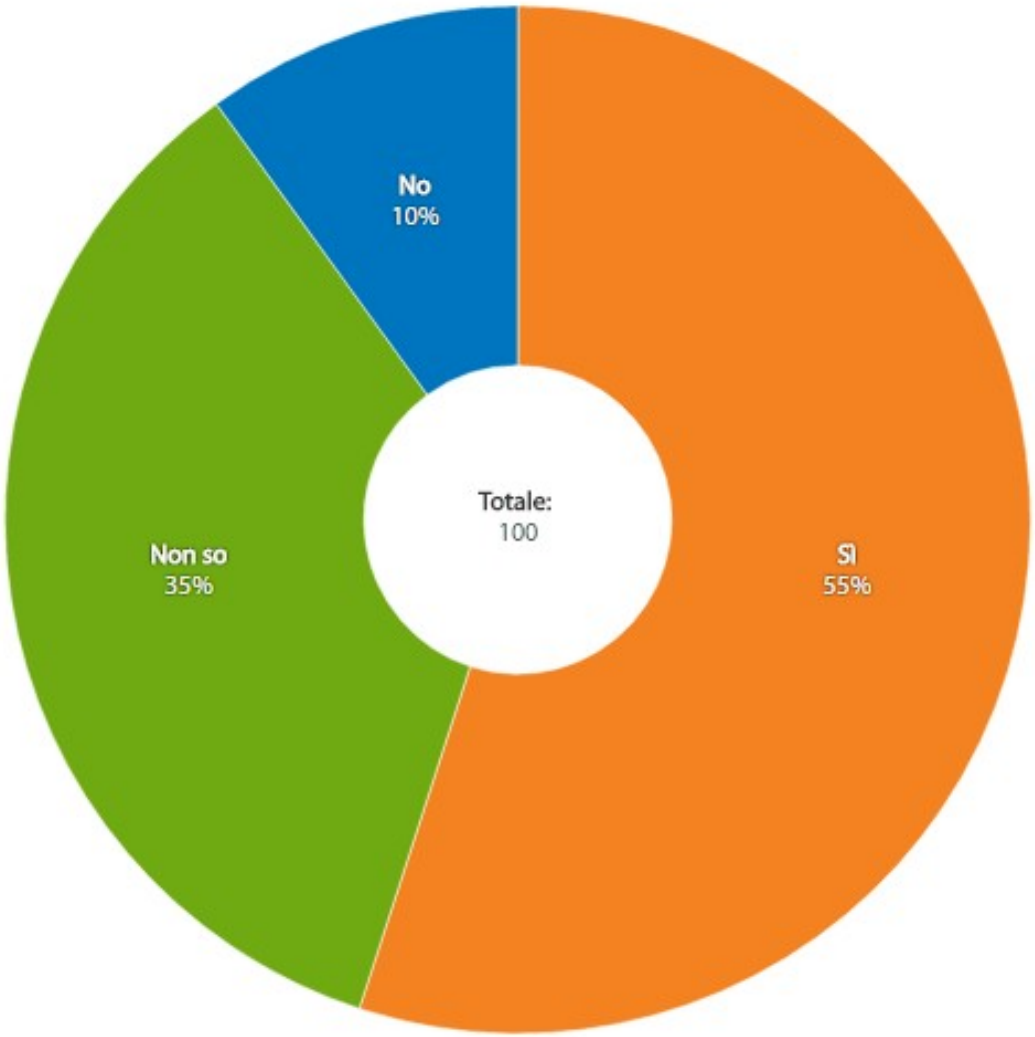
News | Prevenzione | Diagnosi | Terapia | Diritti | Qualità di vita | Testimonianze

Tumore del seno: l'80% delle pazienti è vivo a 10 anni dalla diagnosi, ma il 48% pensa che non si possa guarire

Presentato oggi in un convegno nazionale al Ministero della Salute un sondaggio su più di 1.650 donne. Il 57% non sa se e come è possibile trattare la malattia anche in fase avanzata. Il 31% non conosce l'autopalpazione

di IRMA D'ARIA

Pensi che si possa prevenire?



MAMMELLA	
Incidenza	Si stima che nel 2017 verranno diagnosticati in Italia circa 50.500 nuovi casi di carcinomi della mammella femminile (dati AIRTUM).
Mortalità	Anche per il 2014 il carcinoma mammario ha rappresentato la prima causa di morte per tumore nelle donne, con 12.201 decessi (dati ISTAT).
Sopravvivenza a 5 anni	Risulta in Italia essere pari all'87%.
Sopravvivenza a 10 anni	La sopravvivenza dopo 10 anni dalla diagnosi è pari all'80%.
Fattori di rischio	Le donne sopra i 50 anni d'età hanno un maggior rischio di sviluppare un tumore mammario. Sono stati identificati altri fattori di rischio legati a **fattori riproduttivi** (menarca precoce e una menopausa tardiva; nulliparità, una prima gravidanza a termine dopo i 30 anni, il mancato allattamento al seno), **fattori ormonali** (terapia ormonale sostitutiva assunta durante la menopausa), **fattori dietetici e metabolici** (elevato consumo di alcool e di grassi animali e basso consumo di fibre vegetali), **pregressa radioterapia** (a livello toracico e specialmente se prima dei 30 anni d'età) e **precedenti displasie o neoplasie mammarie**. Inoltre, il 5%-7% dei tumori mammari risulta essere legato a **fattori ereditari**, 1/4 dei quali determinati dalla mutazione di due geni, BRCA 1 e/o BRCA 2.

-40%

Il 40% dei casi di tumore può essere evitato seguendo uno stile di vita sano, e con la prevenzione

Generare risparmi e liberare risorse

Ruolo del volontariato

Blocco pagina facebook per le foto delle donne operate al seno

06 novembre 2016 *A.N.D.O.S. onlus Nazionale*

Carissimi,

facebook ha bloccato la nostra pagina e rimosso alcune foto ritraenti delle donne operate al seno perché "non conformi alle regole della comunità". Ci siamo attivati per risolvere questo ridicolo problema. Non commentiamo nemmeno

Results

Nov 12 → May 13

487 referrals

213 qualified for testing (44%)

29 *BRCA1/2* carriers (6%)

146,000$ for referrals
213,000$ for testing

The Angelina effect

May 13 → Nov 13

916 referrals — 90%

437 qualified for testing (48%) — 105%

61 *BRCA1/2* carriers (7%) — 110%

275,000$ for referrals
437,000$ for testing

Presented at the BREAST CANCER SYMPOSIUM

Presented by: Jacques Raphael

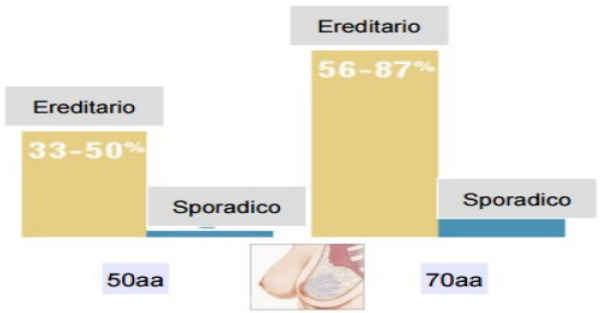
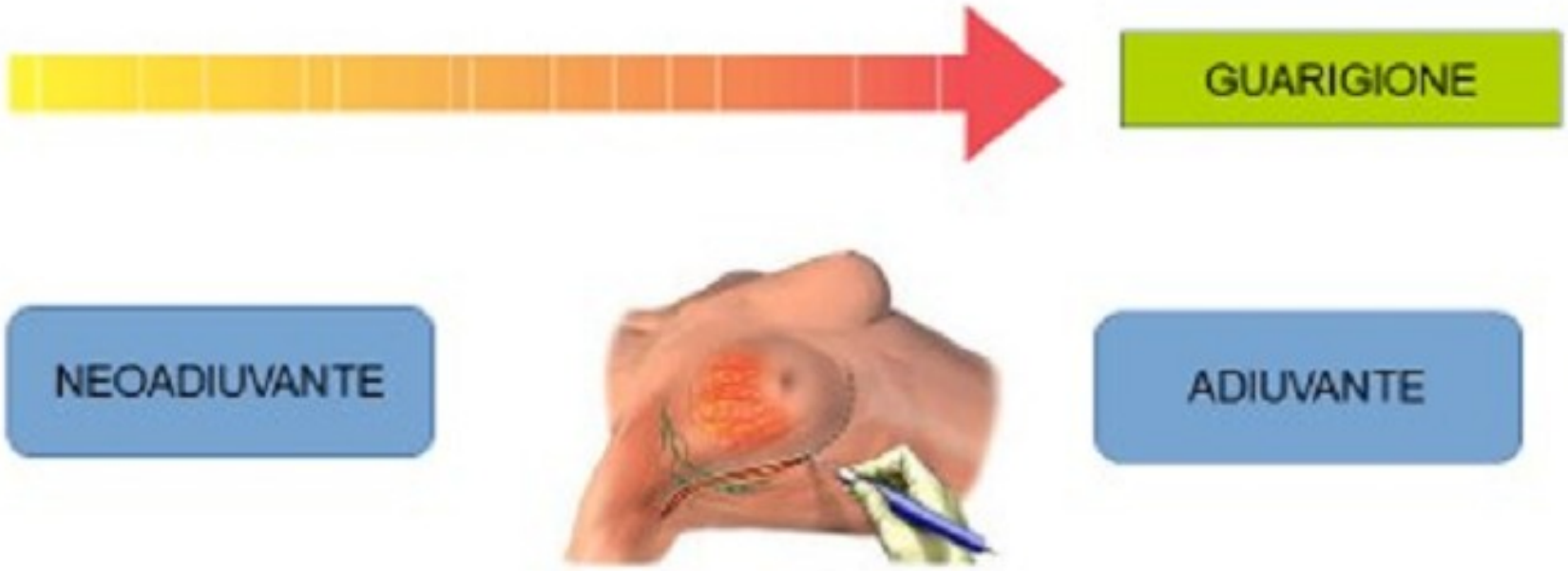


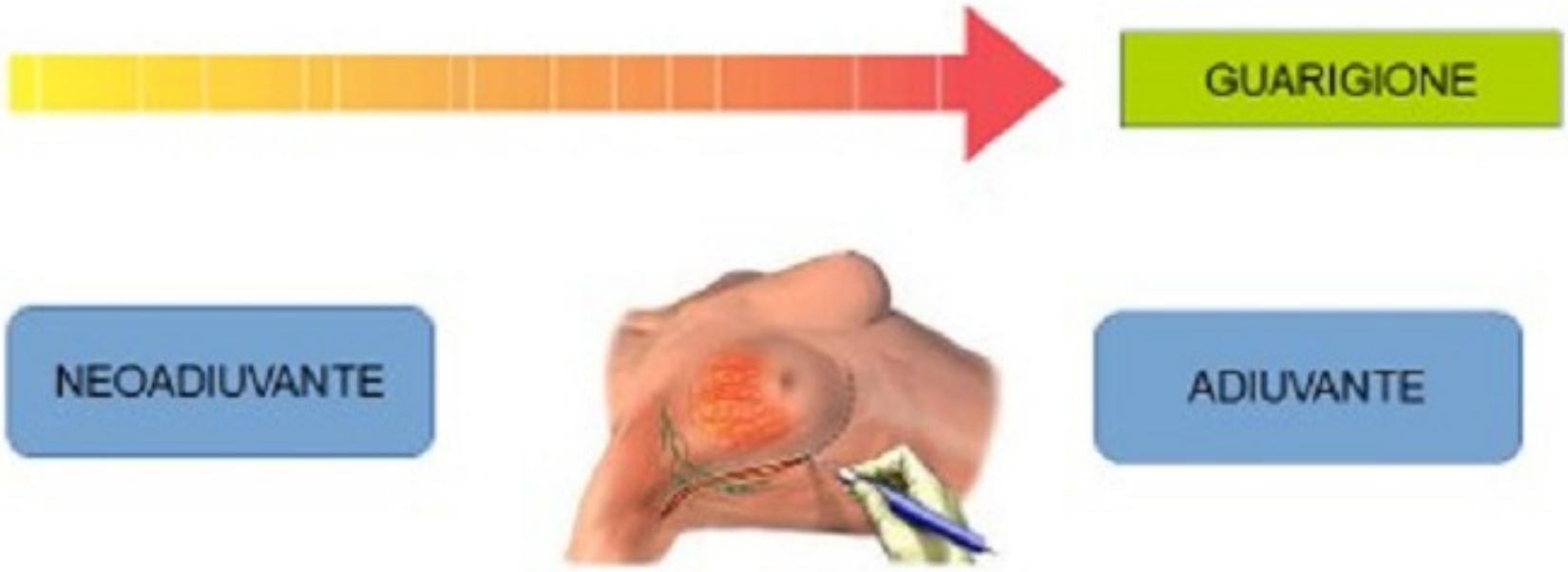
Table 1. Estimated cancer risks and guidelines for breast cancer-associated genes on multigene germline panels

Gene	Breast cancer relative risk	Other cancer risks and syndromes	Clinical practice guidelines	References
ATM	Two to three-fold (c.7271T>G missense mutation with estimated 60% risk of breast cancer by age 80)	Ataxia telangiectasia syndrome in homozygotes; colon, pancreas, prostate (possibly family history dependent)	National Comprehensive Cancer Network (NCCN): Screening with breast MRI; consider RRM based on family history	[13, 35, 37]
BRCA1	10-fold	Ovarian	American Cancer Society (ACS) and NCCN: Screening with breast MRI, recommend RRBSO, discuss RRM	[8, 13, 18, 35, 38]
BRCA2	10-fold	Ovarian, pancreatic, prostate, melanoma	NCCN: Screening breast MRI, recommend RRBSO, discuss RRM	[8, 13, 18, 35, 38]
CDH1	Fivefold (particular association with lobular breast carcinoma)	Gastric	NCCN: Screening breast MRI; consider RRM based on family history	[13, 35, 39–41]
CHEK2	Two to threefold (threefold risk with truncating mutation 1100delC)	Possible link with colorectal, thyroid, lung (possibly family history dependent)	NCCN: Screening breast MRI, Patient with first-degree relative with colorectal cancer, consider colonoscopy every 5 years at 40, or 10 years prior to age of cancer diagnosis. Patient with no first-degree relative with colorectal cancer, consider colonoscopy every 5 years beginning at age 40	[13, 35, 42, 43]
NBN	Two to threefold	Nijmegen breakage syndrome in homozygotes; possibly ovarian	Consider screening breast MRI	[35, 44, 45]
NF1	Two to threefold	Central nervous system, peripheral nerve sheath	Consider screening breast MRI	[35, 46]
PALB2	Three to fivefold	Pancreas; possibly ovarian	NCCN: Screening breast MRI, discuss RRM	[13, 35, 47]
PTEN	At least fivefold	Thyroid, endometrial	NCCN: Screening breast MRI, discuss RRM	[13, 35, 48, 49]
STK11	At least fivefold	Pancreas, colon, ovarian sex cord-stromal	NCCN: Screening breast MRI	[13, 35, 50]
TP53	At least 10-fold	Multiple sites including adrenocortical, brain, leukemia, sarcoma	NCCN: Screening breast MRI, discuss RRM; whole-body MRI, colonoscopy, complete blood count, and other tests	[13, 35, 51]

RRBSO bilateral risk-reducing salpingo-oophorectomy, *RRM* risk-reducing mastectomy

Curr. Treat. Options in Oncol. (2017) 18: 27


GUARIGIONE
NEOADIUVANTE
ADIUVANTE



Ormonoterapia	TAM – IA +/- LHRHa
Chemioterapia	polichemioterapia sequenziali antracicline→taxani dose dense
Terapia a bersaglio molecolare	HER2-positivo (3+ all'immunoistochimica o FISH amplificato)
Radioterapia	

NEOADIUVANTE

ADIUVANTE

Terapia sistemica neoadiuvante (primaria):

- nella strategia terapeutica delle forme localmente avanzate inoperabili (stadio IIIB-IIIC) e del carcinoma infiammatorio (cui seguirà, ove possibile, la chirurgia e/o la radioterapia);
- nei tumori operabili (stadio I-II-IIIA), ma candidati a mastectomia, al fine di aumentare le possibilità di chirurgia conservativa nei casi in cui non risulti effettuabile alla diagnosi

L'indicazione trattamento al adiuvante viene decisa in base:

- tipo di intervento chirurgico effettuato
- caratteristiche biologiche del tumore
- al rischio di ripresa di malattia e all'entità del beneficio (in termini di riduzione assoluta e proporzionale del rischio di ripresa di malattia) prevedibile, valutando anche
- le tossicità della terapia
- le preferenze della paziente
- le malattie concomitanti
- l'aspettativa di vita

La decisione di quale o quali terapie utilizzare nella singola paziente richiede una attenta valutazione di:

- *Fattori prognostici, che definiscono l'entità del rischio di ripresa (Tabella 5);*
- *Fattori predittivi di risposta ai trattamenti (ER, indice proliferativo, HER2) (Tabella 5);*
- *Benefici attesi dal trattamento in termini di percentuale di beneficio assoluto ed effetti collaterali attesi;*
- *Comorbidità della paziente;*
- *Preferenza della paziente.*

Tabella 5. Carcinoma mammario infiltrante in fase iniziale: fattori prognostici e predittivi
FATTORI PROGNOSTICI ▪ DIAMETRO DEL TUMORE ▪ STATO E NUMERO DI LINFONODI METASTATICI ▪ ISTOLOGIA (NST; lobulare; mucinoso, tubulare, papillare; midollare, adenoido-cistico, apocrino) ▪ GRADO ISTOLOGICO ▪ ATTIVITA' PROLIFERATIVA (Ki67/MIB-1) ▪ STATO DEI RECETTORI ORMONALI E PERCENTUALE DI ESPRESSIONE DEI RECETTORI ORMONALI ▪ STATO DI HER2 ▪ Invasione vascolare ▪ ETA' DELLA PAZIENTE ▪ Profili di espressione genica
FATTORI PREDITTIVI ▪ STATO DEI RECETTORI ORMONALI E PERCENTUALE DI ESPRESSIONE DEI RECETTORI ORMONALI ▪ STATO DI HER2

3.3. Classificazione molecolare - profili genici

Il carcinoma della mammella è una malattia eterogenea e pazienti con tumori apparentemente simili per caratteristiche clinicopatologiche possono presentare un decorso clinico diverso.

In seguito alle indagini di biologia molecolare sono stati individuati quattro sottotipi di carcinomi invasivi[11]:

- "Luminali A": neoplasie con espressione dei recettori ormonali, a prognosi favorevole;
- "Luminali B": neoplasie che, pur esprimendo i recettori ormonali, hanno un rischio di recidiva elevato, a causa dell'elevato indice proliferativo correlato ad alta espressione dei geni di proliferazione;
- "HER2": presenza di espressione di HER2;
- "Basal like": neoplasie caratterizzate dall'assenza di espressione dei recettori ormonali e di HER2 e da una aumentata espressione delle citocheratine (mioepiteliali) basali (CK5/6 e CK 17).

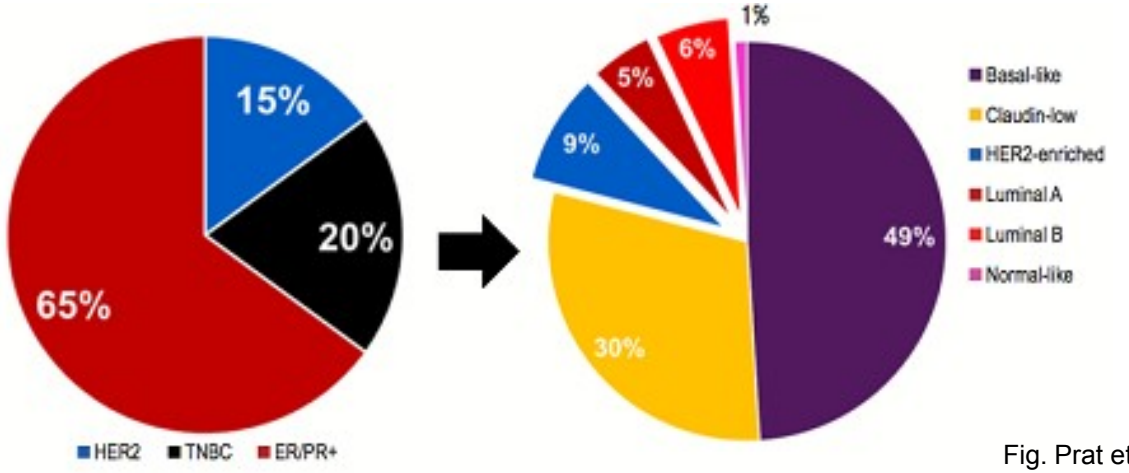
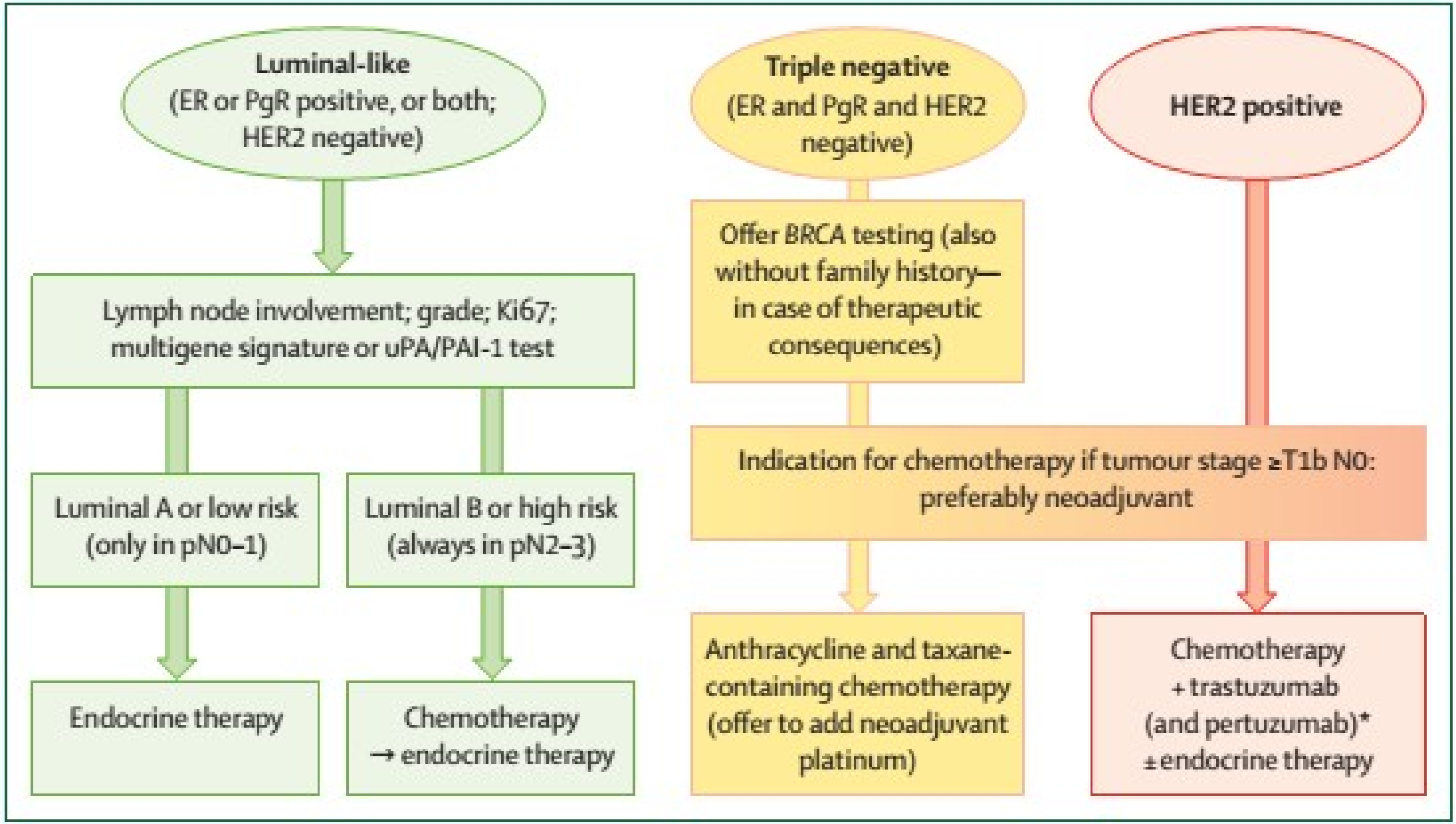
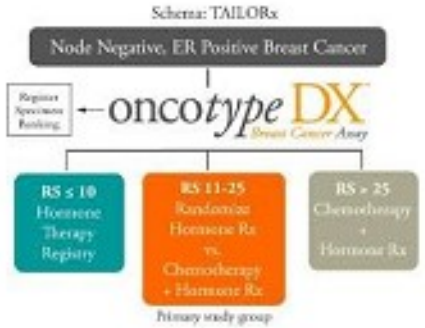


Fig. Prat et al 2016

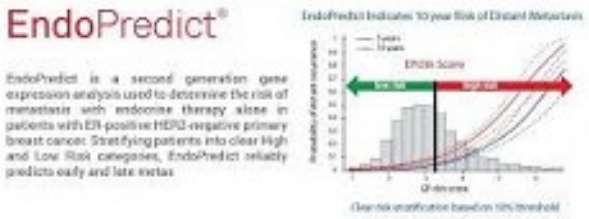


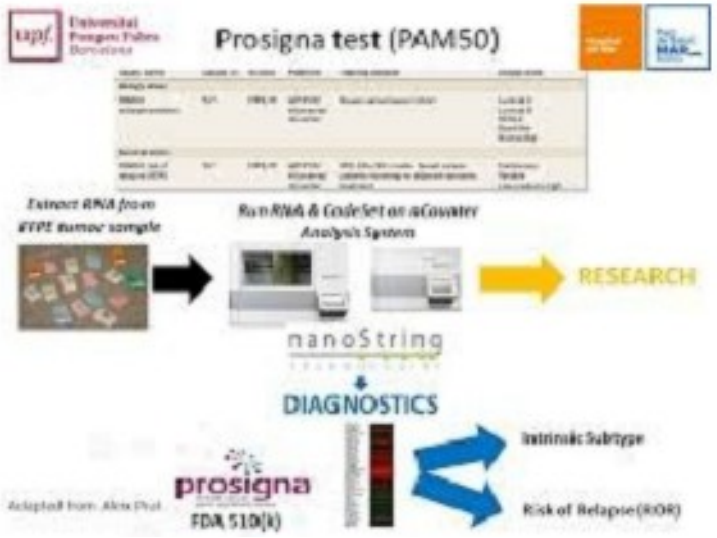
www.thelancet.com Published online November 16, 2016 http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31891-8



Prognostic gene expression panels in cancer:

Breast Cancer





Appendice 2- "La Prescrizione dei Test Molecolari Multigenici Prognostici di Tumori (TMMP) della Mammella"- Documento prodotto nel 2017 dal Consiglio Superiore di Sanità (Sessione L (2014-2017) Sezione I)

Il Consiglio Superiore di Sanità (Sessione L (2014-2017) Sezione I) del Ministro della Salute ha prodotto nel 2017 un documento "La Prescrizione dei Test Molecolari Multigenici Prognostici di Tumori (TMMP) della Mammella", che specifica che in Italia i TMMP non sono al momento inseriti tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quindi non sono rimborsabili; sono utilizzati senza specifiche regole istituzionali, ma sulla base delle esigenze cliniche su singoli casi e della possibilità delle pazienti di provvedere direttamente a coprirne il costo.

Per l'introduzione nella pratica clinica come prestazione offerta dal SSN occorre tuttavia una regolamentazione che ne governi l'esecuzione, la qualità e l'applicazione a tutela dei pazienti, nonché un'analisi dei costi nell'ottica di una politica economico sanitaria efficace ed efficiente. In tale documento sono pertanto prodotte le seguenti raccomandazioni:

A.N.D.O.S. onlus
Associazione Nazionale Donne Operate al Seno

ARTICOLO 4 - Oggetto

L'Associazione ha per oggetto quello di:

- raggruppare tutte le organizzazioni aderenti in un programma comune che si proponga di promuovere la difesa della salute con metodo globale e con tutti gli strumenti idonei;

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione clinica
A	Nelle pazienti con carcinoma mammario invasivo sottoposte a chirurgia conservativa, dovrebbe essere presa in considerazione la radioterapia, la quale deve comprendere tutta la mammella residua[44].	**Positiva forte**

Dose, frazionamento e tecnica

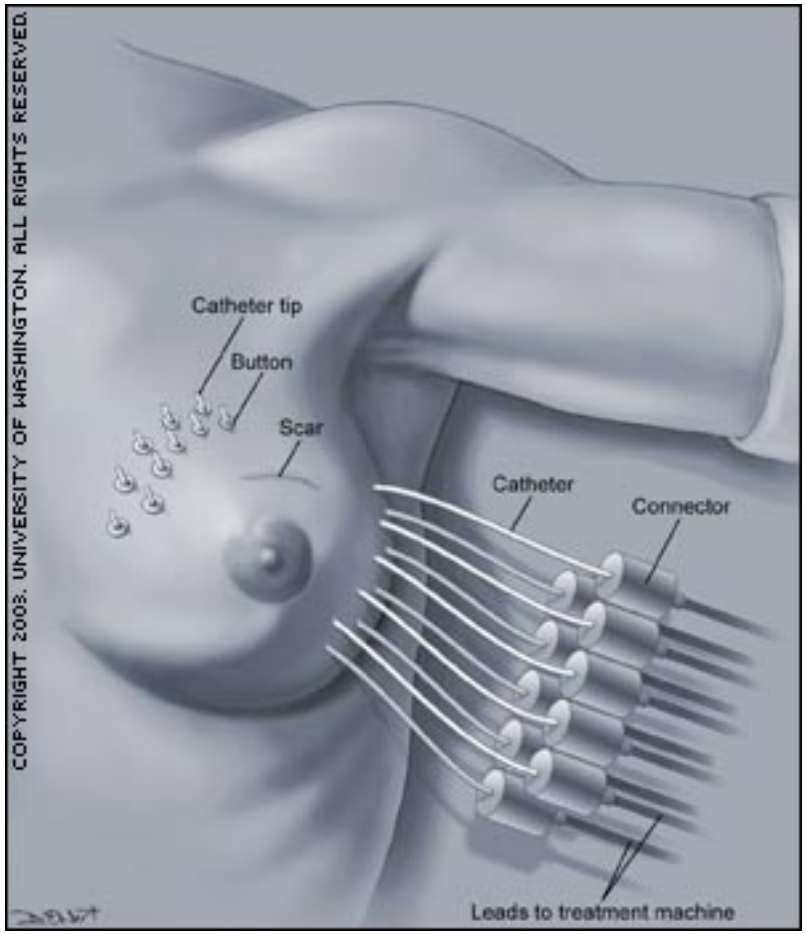
Sebbene il tipo di frazionamento "standard" preveda una somministrazione di 50 Gy in 25-28 frazioni/ 5 volte alla settimana (1,8/2 Gy/frazione), uno studio canadese[46] ha dimostrato che, per pazienti selezionate (margini di resezione indenni e linfonodi ascellari negativi) , uno schema ipofrazionato (42,5 Gy/16 frazioni/22 giorni) può essere un'accettabile alternativa sia in termini di controllo locale di malattia sia in termini di risultati cosmetici. Altri due studi randomizzati su 4451 pazienti hanno mostrato, ad un follow up mediano di oltre dodici anni, risultati sovrapponibili in termini di controllo locale tra il frazionamento standard (50 Gy in 25 frazioni) e schemi ipofrazionati (42 Gy in 13 frazioni[47] oppure 40 Gy in 15 frazioni[48]). Questi dati confermano che la RT ipofrazionata è sicura ed appropriata è può essere adottata in alternativa al trattamento standard particolarmente nelle donne di età superiore a 50 anni.

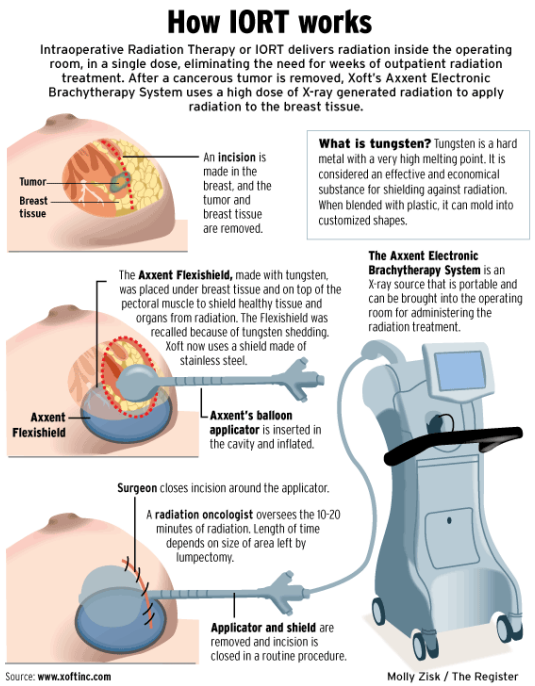
- L'aggiunta di un supplemento di dose (boost di 10-16 Gy) sul letto tumorale riduce il rischio di ricaduta locale: l'incidenza cumulativa a 20 anni di recidiva locale è stata del 16,4 % nel gruppo senza boost contro il 12 % nel gruppo con boost senza generalmente aggiungere tossicità al trattamento, e con un modesto impatto sul risultato estetico.[49] La riduzione del rischio assoluto è stata significativa in tutti i

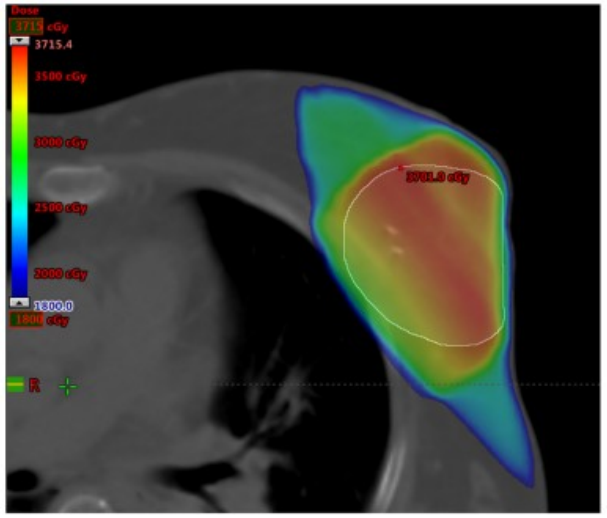
Autore Gustav Klimt
Data 1905

Galleria Nazionale d'Arte Moderna, Roma

Qualità dell'evidenza SIGN	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione clinica
B	Nelle pazienti con età ≥70 anni, sottoposte a chirurgia conservativa per un carcinoma mammario invasivo cN0, tumore ≤2cm, ER-positivo, che ricevono endocrinoterapia adiuvante, l'omissione della radioterapia può essere considerata un'opzione proponibile[53,54].	**Positiva debole**







Trovo et al. Radiation Oncology (2017) 12:86

La PBI può essere considerata una opzione di trattamento accettabile al di fuori di studi clinici, come specificato nelle Raccomandazioni GEC-ESTRO 2010[64] e ASTRO 2016[65] in pazienti con età ≥ 50 anni concarcinoma invasivo duttale o con istologia favorevole, unicentrico, unifocale, pT1 pN0 e con RE positivi (per l'ASTRO) e pT1-2 (≤ 30 mm) pN0 con RE sia positivi che negativi (per il GEC-ESTRO), senza presenza di estesa componente intraduttale e invasione linfo-vascolare, con margini indenni con distanza ≥ 2 mm., con qualsiasi grading ed in assenza di chemioterapia neoadiuvante e di mutazione BRCA 1-2. L'ASTRO consente la PBI (con esclusione della IORT) anche nel DCIS, purchè non rilevabile clinicamente, con grading 1-2, diametro ≤ 2,5 cm e margini negativi ≥ 3 mm [65].

TIMING

E' auspicabile una pianificazione integrata e condivisa tra tutti gli specialisti coinvolti nelle scelte terapeutiche per ogni singola paziente.

-Nelle pazienti non candidate a trattamento chemioterapico, pur in assenza di dati certi derivanti da studi randomizzati, si ritiene utile iniziare la RT nel più breve tempo possibile, non essendo identificabile una soglia limite.[78,79] Comunemente si ritiene che la radioterapia dovrebbe iniziare, dopo la guarigione della ferita chirurgica, e entro le 8-20 settimane. Un ritardo oltre tale termine potrebbe comportare un aumentato rischio di ricaduta locale[79-82].

-Nelle pazienti che ricevono chemioterapia adiuvante, la modalità preferenziale di associazione chemioradioterapica dovrebbe essere quella sequenziale, soprattutto se vengono utilizzati regimi contenenti antracicline per il potenziale rischio di aumentata cardiotossicità. È consigliabile che il trattamento radiante venga avviato entro un mese dal termine della chemioterapia.

AIOM

Trattamento della malattia metastatica

- progressi diagnostico/terapeutici
- disponibilità di nuovi farmaci antitumorali e terapie di supporto
- alla migliore integrazione delle terapie sistemiche con le terapie locali
- la sopravvivenza mediana globale nella malattia metastatica è pari a **43-50 mesi nelle forme HER2-positive** e a **30-45 mesi nelle forme HER2-negative con recettori ormonali positivi**

L'ormonoterapia trova indicazione nei tumori con recettori ormonali positivi, in presenza di una malattia indolente: tamoxifene+LHRH in premenopausa; inibitori dell'aromatasi o fulvestrant in postmenopausa.

In postmenopausa, altre opzioni terapeutiche possono essere rappresentate da associazione di un antiaromatasico a palbocilcib; associazione di everolimus ad exemestane, dopo progressione di malattia durante o dopo una terapia con antiaromatasici non steroidei (anastrozolo o letrozolo)

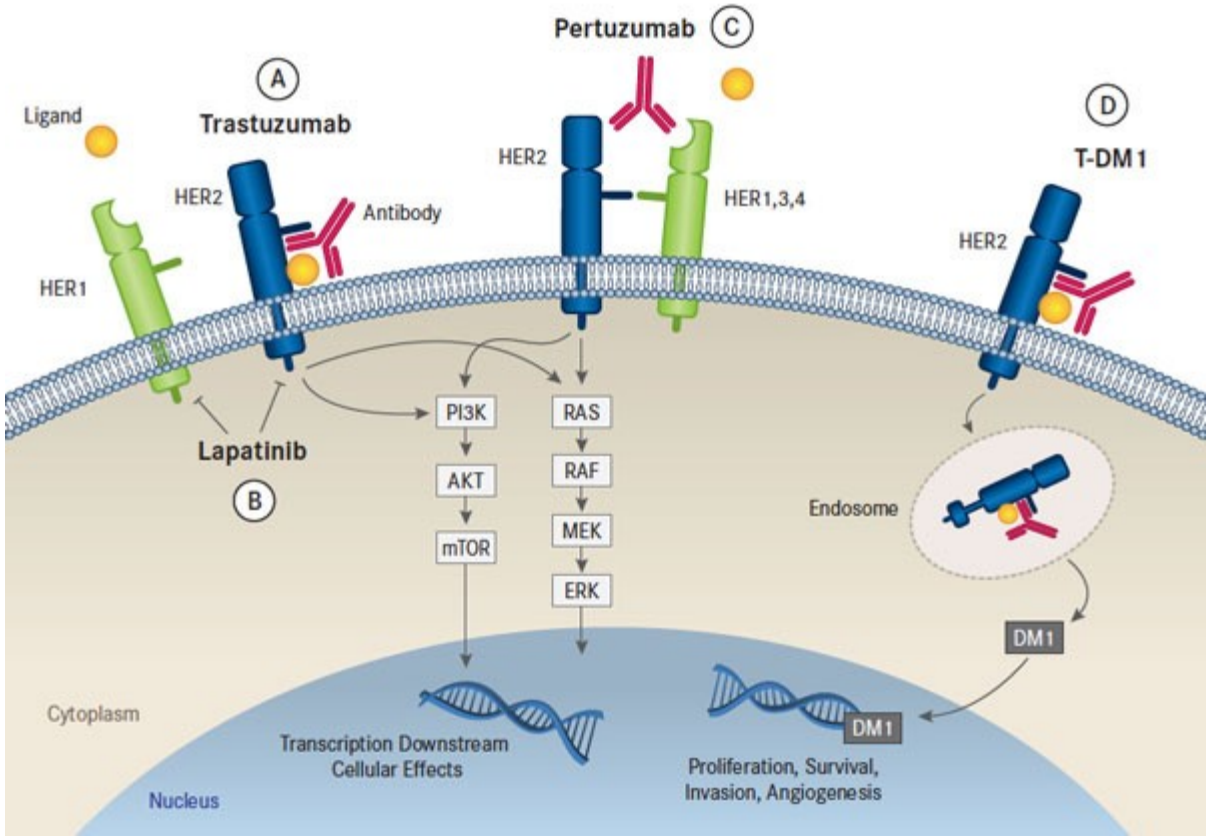
Trattamento della malattia metastatica

- recettori ormonali negativi
- malattia aggressiva: cioè con breve intervallo libero da malattia, oppure in presenza di crisi viscerale, oppure con metastasi viscerali multiple o compromissione funzionale d'organo
- tumore mammario con recettori ormonali positivi non più responsivo alla terapia ormonale
- In generale la monochemioterapia è il trattamento di scelta
- I regimi di combinazione sono da preferire in presenza di malattia aggressiva qualora sia necessaria una rapida riduzione della massa tumorale
- La scelta del tipo di chemioterapia si basa anche sul precedente trattamento ricevuto in neoadiuvante/adiuvante

Terapia a bersaglio molecolare

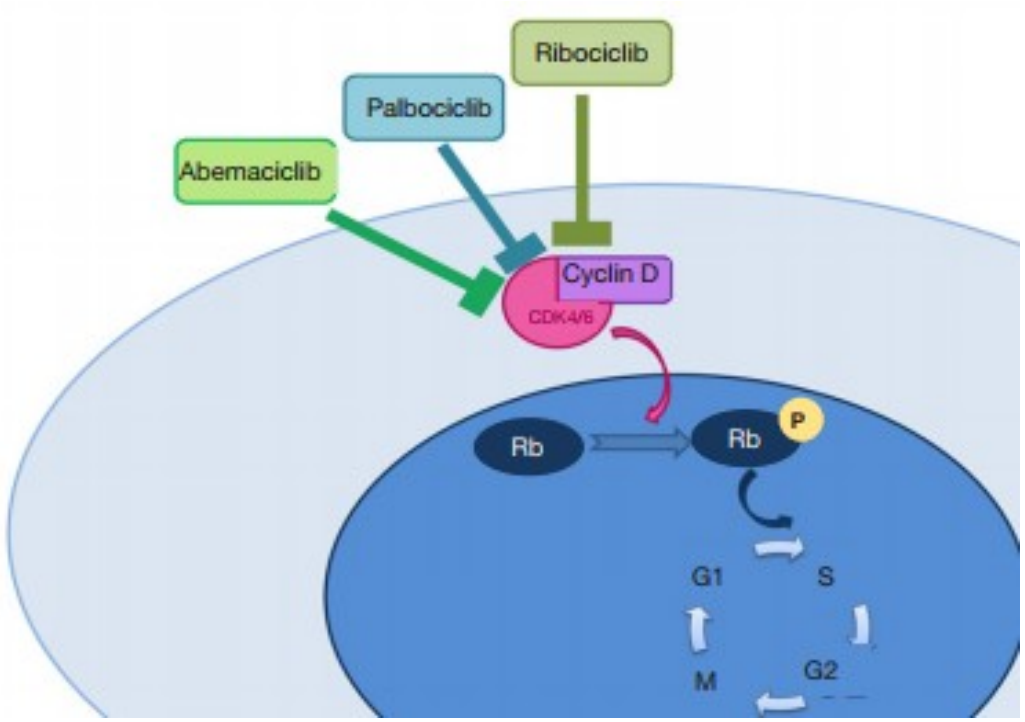
- Le pazienti con malattia metastatica HER2-positiva ricevono una terapia anti-HER2 associata a chemioterapia oppure, se in postmenopausa e in assenza di indicazioni alla chemioterapia, una terapia anti-HER2 (trastuzumab o lapatinib) associata ad ormonoterapia
- Nelle pazienti metastatiche, la combinazione di due anticorpi monoclonali (trastuzumab e pertuzumab) associata a docetaxel e somministrata come prima linea di terapia permette di ottenere sopravvivenze libere da progressione e globali significativamente più lunghe
- Nelle pazienti con malattia HER2-positiva in ripresa durante trastuzumab adiuvante o entro 6 mesi dal termine del trastuzumab adiuvante, è indicato un trattamento con T-DM1
-
- Trattamenti complementari
- Nelle pazienti con metastasi ossee è indicato un trattamento con bifosfonati o con denosumab;
- la radioterapia e la chirurgia trovano indicazioni in situazioni particolari, quali la sindrome da compressione midollare, con finalità palliative, e in casi selezionati, quali localizzazioni singole o malattia oligometastatica (con finalità curative)

HER 2



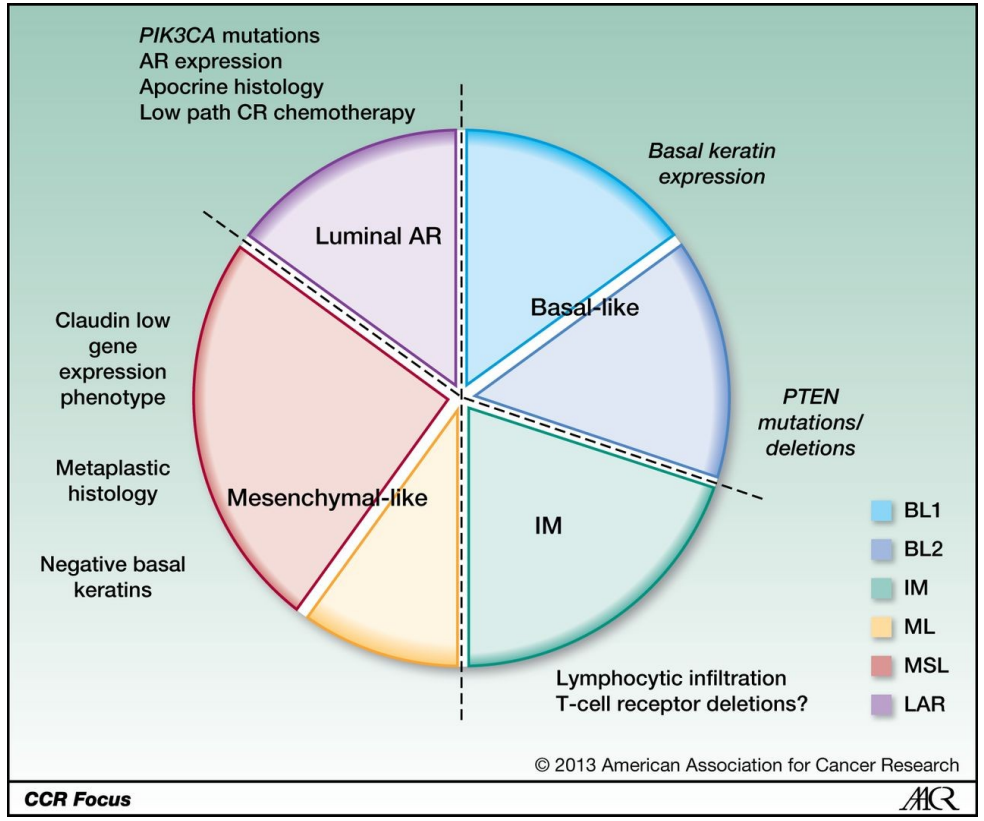
http://www.onclive.com

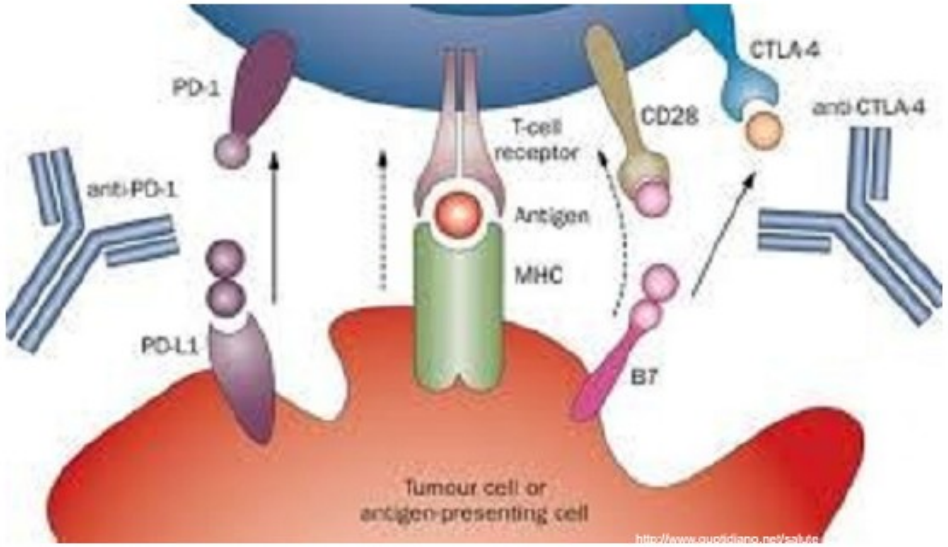
ER/PgR

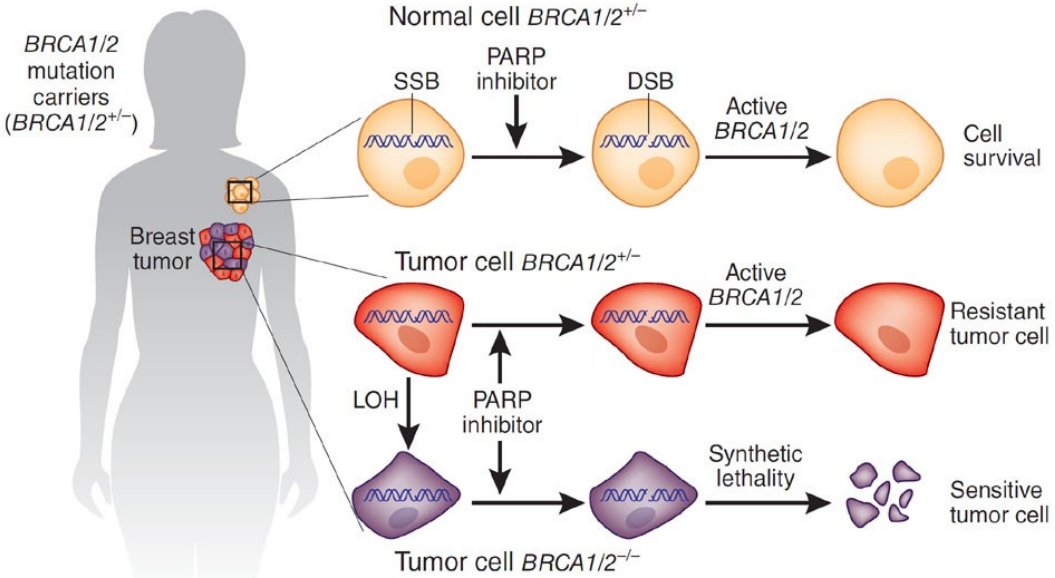


Transl Cancer Res 2017;6(Suppl 1):S197-S200

TNBC







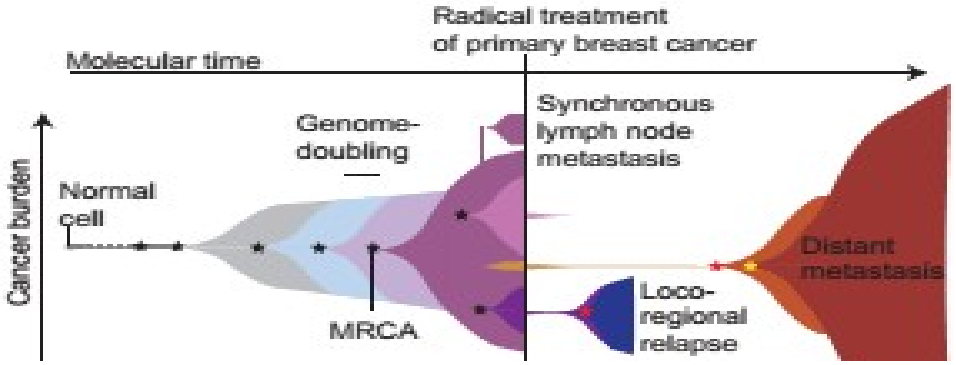
Polyak K, Nature Med 2011)

Cancer Cell

Genomic Evolution of Breast Cancer Metastasis and Relapse

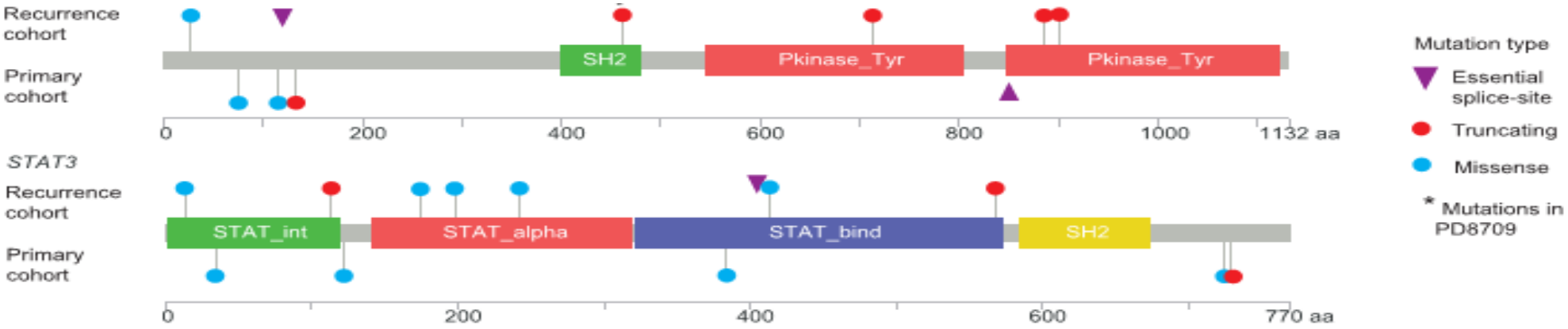
Yates et al., 2017, Cancer Cell 32, 169–184
August 14, 2017 © 2017 The Authors. Published by Elsevier Inc.
http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2017.07.005

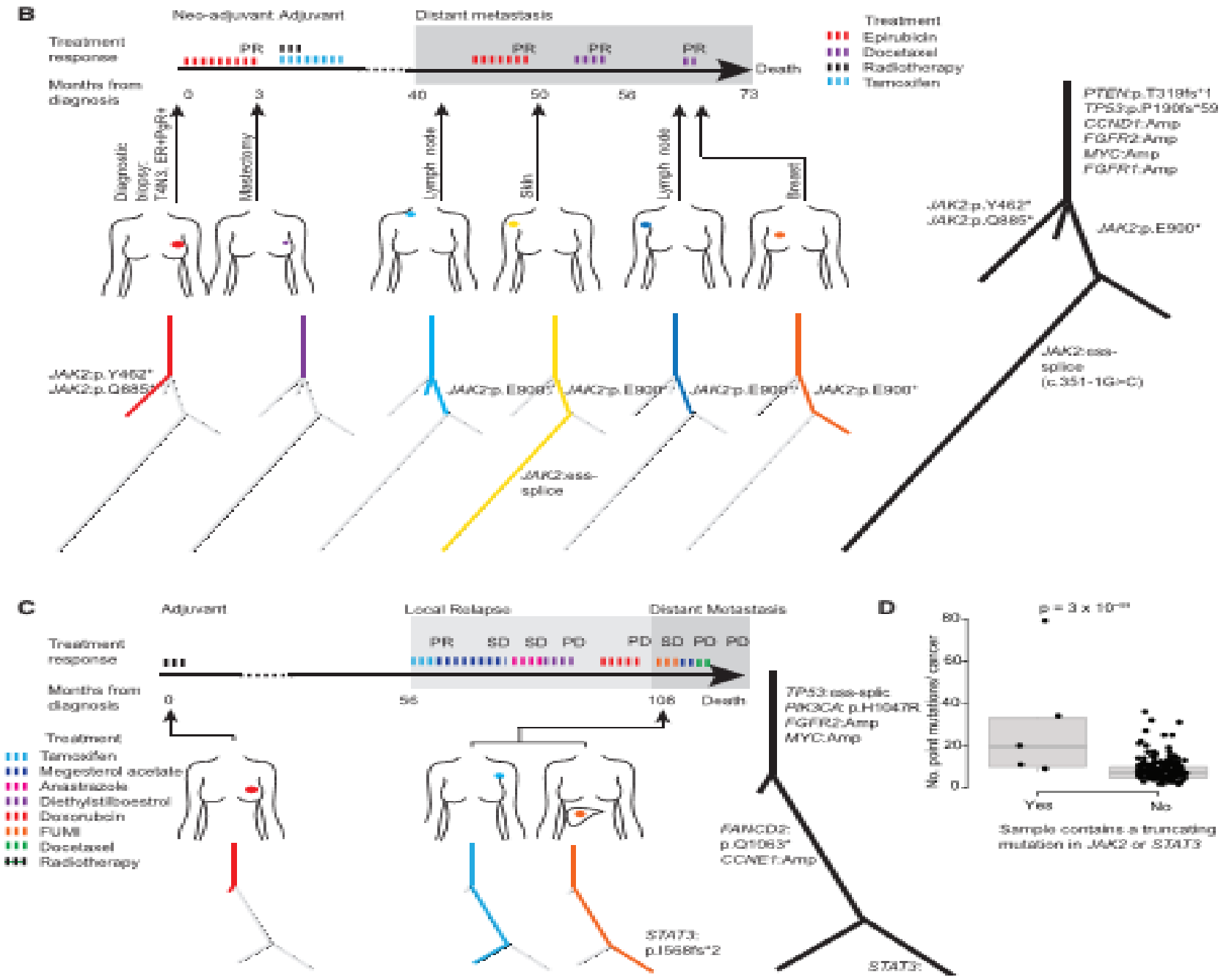
CellPress



SUMMARY

Patterns of genomic evolution between primary and metastatic breast cancer have not been studied in large numbers, despite patients with metastatic breast cancer having dismal survival. We sequenced whole genomes or a panel of 365 genes on 299 samples from 170 patients with locally relapsed or metastatic breast cancer. Several lines of analysis indicate that clones seeding metastasis or relapse disseminate late from primary tumors, but continue to acquire mutations, mostly accessing the same mutational processes active in the primary tumor. Most distant metastases acquired driver mutations not seen in the primary tumor, drawing from a wider repertoire of cancer genes than early drivers. These include a number of clinically actionable alterations and mutations inactivating SWI-SNF and JAK2-STAT3 pathways.





Yates et al., 2017, Cancer Cell 32, 169–184
August 14, 2017 © 2017 The Authors. Published by Elsevier Inc.
http://dx.doi.org/10.1016/j.ccell.2017.07.005

CellPress

HER2-overexpressing MBC	Luminal MBC	Metastatic triple-negative breast cancer
Antibodies	Antibodies	Antibodies
• Trastuzumab (HER2) • Pertuzumab (HER2) • Margetuximab (HER2) • Patritumab (HER3)	• Pembrolizumab (PD-1)	• Pembrolizumab (PD-1) • Avelumab (PD-L1) • MDPL328OA (PD-L1) • Onartuzumab (MET)
Antibody-drug conjugates		Tyrosine kinase inhibitors
• TDM-1 (HER2) • MM-302 (HER2)		• Dovitinib (FGFR) • Lucitanib (FGFR) • Nintedanib (FGFR) • Cabozantinib (MET) • Foretinib (MET)
Tyrosine kinase inhibitors		
• Lapatinib (HER family) • Neratinib (HER family) • Afatinib (HER family) • ONT-380 (HER2)		
Downstream kinase inhibitors	Downstream kinase inhibitors	Others
• Temsirolimus (mTORC1) • Everolimus (mTORC1)	• Buparlisib (PI3KCA) • Palbociclib (CDK 4/6)	• Olaparib (BRCA-1/2)

ESMO Open
Cancer Horizons

Il 42% dei costi per i farmaci ad alto costo riguarda il tumore della mammella, seguito da quelli al colon retto, polmone e prostata.
viene applicata una tariffa unica per prestazione generica (per esempio la chemioterapia ha una sola classificazione), con rilevanti differenze fra costi effettivi e standard. In realtà bisognerebbe far riferimento all'indicazione terapeutica, cioè al tipo di patologia trattata.

Per molti dei farmaci antitumorali approvati dalle autorità europee negli ultimi anni non ci sono prove evidenti della capacità di allungare o migliorare la vita dei pazienti. Lo afferma uno studio del King's College e della London School of Economics pubblicato da Bmj, che chiede di rivedere i criteri di approvazione. I ricercatori hanno esaminato **68 farmaci antitumorali approvati dall'Ema tra il 2009 e il 2013**. Il 57% di questi è arrivato sul mercato senza una evidenza certa di una estensione della sopravvivenza o di un miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Dopo cinque anni sul mercato in soli otto casi si è poi verificato un effettivo beneficio. In definitiva dei **68 farmaci approvati solo 35 hanno mostrato un effettivo guadagno rispetto al placebo o a un trattamento preesistente**

una **cultura di solidarietà** e di supporto alle categorie più deboli, condividendo con i pazienti e i familiari un percorso spesso complicato, ma che può diventare fonte di crescita individuale e collettiva

Annals of Oncology 27 (Supplement 6): vi552–vi587, 2016
doi:10.1093/annonc/mdw435.32

late-breaking and deferred publication abstracts

health economics

1020O_PR **The effect of financial difficulties on clinical outcomes in Italian cancer patients: A pooled analysis of 16 academic prospective clinical trials**

F. Perrone[1], C. Jommi[2], M. Di Maio[3], A. Gimigliano[1], C. Gridelli[4], S. Pignata[5], F. Ciardiello[6], F. Nuzzo[7], A. de Matteis[7], L. Del Mastro[8], J. Bryce[1], G. Daniele[1], A. Morabito[9], M.C. Piccirillo[1], G. Rocco[9], L. Guizzaro[10], C. Gallo[10]

[1]*Clinical Trial Unit, Istituto Nazionale Tumori – I.R.C.C.S - Fondazione Pascale, Naples, Italy,* [2]*Dipartimento di Scienze del Farmaco, Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy,* [3]*Oncology, Università degli Studi di Torino, Turin, Italy,* [4]*Medical Oncology, Azienda Ospedaliera S. Giuseppe Moscati, Avellino, Italy,* [5]*Urogynecology, Istituto Nazionale Tumori – I.R.C.C.S - Fondazione Pascale, Naples, Italy,* [6]*Oncology, Second University of Naples, Naples, Italy,* [7]*Senology, Istituto Nazionale Tumori – I.R.C.C.S - Fondazione Pascale, Naples, Italy,* [8]*Medical Oncology, IRCCS AOU San Martino - IST-Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro, Genoa, Italy,* [9]*Thoracic Oncology, Istituto Nazionale Tumori – I.R.C.C.S - Fondazione Pascale, Naples, Italy,* [10]*Statistica medica, AOU Seconda Università degli Studi di Napoli (AOU-SUN), Naples, Italy*

Background: Cancer may cause financial difficulties, particularly when co-payment is required for antineoplastic treatment. The impact of financial difficulties in countries with public health systems is unknown. We investigated the prognostic value of financial difficulties on clinical outcomes of cancer patients enrolled in academic clinical trials performed within the Italian public health system.

Methods: Data were pooled from 16 prospective multicentre trials in lung, breast or ovarian cancer, using the EORTC quality of life (QOL) C30 questionnaire. Question 28 scores financial difficulties related to disease or treatment from 'not at all' to 'very much'. We defined financial burden (FB) as any financial difficulty reported at baseline questionnaire, and financial toxicity (FT) as score worsening in a subsequent questionnaire. We investigated (i) the prognostic role of FB on clinical outcomes (survival, global QOL response [questions 29/30] and the occurrence of severe toxicity), and (ii) the effect of FT on survival using a landmark time of 4.5 months. Multivariable analyses were performed using logistic regression models or the Cox model adjusting for trial, gender, age, region, period of enrolment, baseline global QOL and, where appropriate, FB and global QOL response. Results are reported as odds ratios (OR) or hazard ratios (HR) with 95% confidence intervals (CI).

Results: At baseline, 26% of 3670 study patients reported FB, significantly correlated with worse baseline global QOL. FB was not associated with risks of death (HR 0.94, 95%CI: 0.85-1.04, p = 0.23) and severe toxicity (OR 0.90, 95%CI: 0.76-1.06, p = 0.19) but was predictive of a higher chance of worse global QOL response (OR 1.35, 95%CI: 1.08-1.70, p = 0.009). During treatment, 2735 patients filled in subsequent questionnaires and 616 (22.5%) developed FT that was significantly associated with an increased risk of death (HR 1.20, 95%CI: 1.05-1.37, p = 0.007). Several sensitivity analyses confirmed these findings.

Conclusions: Even in a public health system, financial difficulties are associated with relevant cancer patients outcomes like QOL and survival.

Legal entity responsible for the study: Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori Fondazione G.Pascale, IRCCS, Naples

Funding: Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori Fondazione G.Pascale, IRCCS, Naples

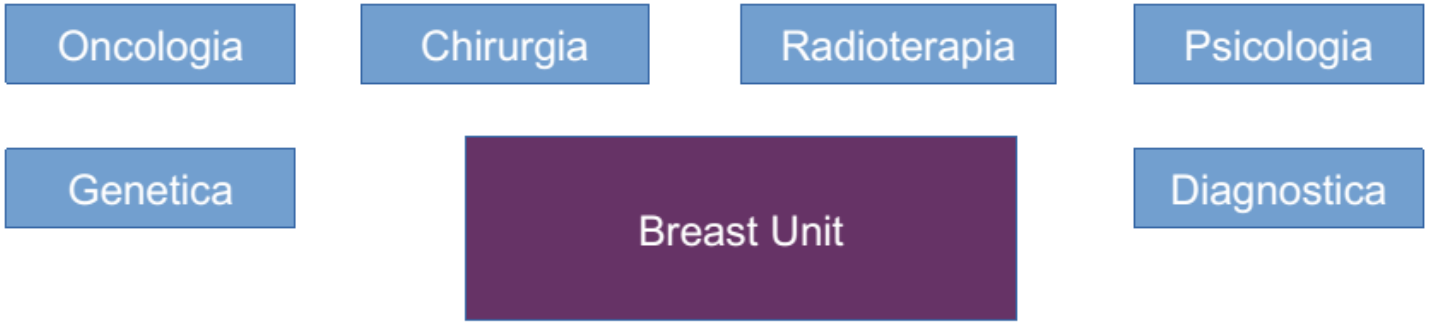
Disclosure: All authors have declared no conflicts of interest.

Tossicità finanziaria. "**Una persona su cinque** colpita dal cancro subisce anche un contraccolpo economico, che si riverbera in un peggioramento della prognosi

Studio INT Pascale – NA: 16 sperimentazioni condotte tra il 1999 e il 2015, a cui hanno partecipato 3.760 pazienti italiani colpiti da tumore del polmone, della mammella o dell'ovaio. Il 22,5% di questi presentava 'tossicità finanziaria', che si traduceva in **rischio di morte nei mesi e anni successivi del 20% più alto rispetto ai malati senza problemi economici**. Significa che anche in Italia, oggi, chi è più povero ha una mortalità più alta

una **cultura di solidarietà** e di supporto alle categorie più deboli, condividendo con i pazienti e i familiari un percorso spesso complicato, ma che può diventare fonte di crescita individuale e collettiva

SUCCESSO DEL TEAM MULTIDISCIPLINARE



Il tumore al seno non è una "semplice malattia". E' qualcosa di più complesso e profondo, una ferita non solo del corpo, ma anche dell'identità femminile.
L'ANDOS nasce dalle esperienze dolorose di donne che, pur portando ancora nel corpo e nel cuore i segni delle prove subite, hanno trovato in sé la forza di dedicare ad altre donne le proprie attenzioni e il proprio sostegno.
Con il passare del tempo, l'assistenza e la dedizione personale delle Volontarie si sono perfezionate attraverso corsi di formazione e aggiornamento, con il prezioso supporto di medici e fisioterapisti volontari.
Questa crescita in solidarietà e professionalità ha consentito e consente all' A.N.D.O.S. di offrire, **in forma totalmente gratuita, servizi di :**

- educazione ed assistenza sanitaria,
- assistenza psicologica, socio-culturale-ricreativa
- informazione e sensibilizzazione
- sostegno burocratico, previdenziale, assicurativo
- linfodrenaggio
- tecniche di rilassamento
- corsi di formazione per volontari
- terapia occupazionale
- socializzazione

L'ANDOS, inoltre, offre alle donne la possibilità di seguire diverse **attività sportive,** infatti le attività motorie, oltre a fornire un rilevante contributo alla socializzazione tra le donne operate, sono importantissime per la prevenzione e la cura del **linfedema degli arti superiori**, una delle complicanze più serie, dovuta all'asportazione dei linfonodi ascellari e al conseguente blocco della circolazione linfatica.

In particolare l'ANDOS ha attivato

- corsi di ginnastica
- corsi di nuoto
- corsi di danza
- corsi di yoga

Randomized controlled trial (RCT) of a dyadic yoga program for lung cancer patients undergoing radiotherapy and their family caregivers.

Presented Friday, October 27, 2017

MEETING LIBRARY
ASCO University

Background:

Thoracic radiation (RT) is associated with respiratory toxicities, which may reduce patients' physical performance and their overall quality of life (QOL). Yoga therapy may buffer against disease and treatment-related sequelae. The purpose of this RCT is to establish feasibility and preliminary efficacy of a yoga intervention. Because family caregivers also report symptom burden (e.g., distress, sleep disturbances) we included them as active participants in this trial.

Methods:

Non-small cell lung cancer patients undergoing RT and their caregivers were randomized to a 15-session yoga or a waitlist control (WLC) group. Prior to RT initiation and randomization, both groups completed measures of QOL (SF-36 domains). Patients also completed the 6-minute walk test (6MWT) to measure physical performance. Dyads were reassessed at the last day of RT and then 3 months later.

Results:

We approached 47 eligible dyads of which 32 (68%) consented and 26 (81%) completed all assessments. Patients (mean age: 73 yrs., 63% female, 67% stage III) and caregivers (mean age: 62 yrs., 38% female, 63% spouses) completed a mean of 12 sessions, and 96% of them rated the program as "very useful". Controlling for baseline levels and other relevant covariates, multilevel modeling revealed a clinically and statistically significant difference in patients' 6MWT (yoga mean = 478m vs. WLC mean = 402m, d= 1.19; $p < .05$) and clinically significant differences in the physical function, role performance and mental health domains of the SF-36. For caregivers, clinically significant improvements were found in vitality and role performance.

Conclusions:

Yoga therapy appears to be a feasible and beneficial supportive care strategy for lung cancer patients and caregivers. A larger efficacy trial with a more stringent control group is warranted. Clinical trial information: NCT02196844

Facesti come quei che va di notte,
che porta il lume dietro e sé non giova,
ma dopo sé fa le persone dotte,

Dante Alighieri