



Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per il Carcinoma dell'Ovaio

Edizione 2020



In tabella 1 sono riportate le figure professionali ed Unità Operative Complesse (UOC) o Semplici (UOS) deputate all'accoglienza, Presa in Carico ed Assistenza nell'ambito del **GOM**.

ACCOGLIENZA	Personale infermieristico	UOC Oncologia Med./Ginecol. Onc.
	Case Manager	Identificato nell'ambito del GOM
	Volontari (se presenti)	Servizio civile - altre associazioni
PRESA IN CARICO	Oncologi Medici	UOC Oncologia Medica
	Ginecologi Oncologi	UOC Ginecologia Oncologica
	Radioterapisti	UOC Radioterapia
ASSISTENZA <i>Rete interna ai centri della rete oncologica campana o esterna ai centri</i>	Oncologi Medici	UOC Oncologia Medica
	Ginecologi Oncologi	UOC Ginecologia Oncologica
	Radioterapisti	UOC Radioterapia
	Anatomopatologi	UOC Anatomia Patologica
	Psiconcologi	Ambulatorio
	Assistenti in Formazione (nelle strutture universitarie o in Rete Formativa)	Day Hospital Ricovero Ordinario
	Personale infermieristico	
	Farmacisti	Farmacia
	Personale infermieristico	Unità di Manipolazione di Chemioterapici Antineoplastici (UMACA/UFA)
	Personale Dedicato	UOC Oncologia Medica UOC Ginecologia Oncologica UOC Radioterapia UOC Anatomia Patologica UOC Genetica/Farmacogenomica UOC Radiodiagnostica UOC Medicina Nucleare UOC Terapie Palliative



Brevi note epidemiologiche

Fattori di rischio¹

Attualmente sono identificati tre fattori di rischio predominanti per il tumore ovarico: ormonali, ambientali ed eredo-familiari. Un aumento del rischio è stato registrato in donne in menopausa trattate con terapia ormonale sostitutiva (estrogenica) per almeno 10 anni. La multiparità, l'allattamento al seno e un prolungato impiego di contraccettivi orali riducono il rischio di tumore ovarico. È stata descritta un'associazione con l'esposizione ad asbesto e talco, con l'abuso di alcol, con l'obesità ed una dieta ricca di grassi, sebbene nessuno di questi fattori sia stato direttamente correlato alla neoplasia. Fumo e caffeina non sembrano invece avere evidenti relazioni. La maggior parte dei tumori ovarici epiteliali è sporadica, tuttavia nel 5-10% si riscontra un pattern familiare o ereditario. I fattori di rischio biomolecolari sono legati a mutazioni a carico di alcuni geni responsabili della riparazione del DNA attraverso la ricombinazione omologa, tra cui i geni BRCA1 e BRCA2; per le pazienti portatrici di mutazione dei geni BRCA il rischio di sviluppare un carcinoma ovarico aumenta dall'1-2% della popolazione generale al 24-40% nelle donne con mutazione BRCA1 e all'11-18% nelle donne con mutazione di BRCA2.

Incidenza

Il numero di nuovi casi di cancro in Italia è 15.4 per 100.000 donne² con un numero di casi atteso nel 2019 di 5.300. La Campania presenta un tasso di incidenza di circa 2 punti percentuali in meno, 13.6 per 100.000 donne³, con un numero di 420 nuovi casi attesi nel 2019.

Sia in Italia che in Campania l'andamento temporale è in decremento⁴, con una diminuzione annua dello 0,8% in Italia (statisticamente significativa) e dell'1,5% in Campania anche se non statisticamente significativa, dato il più breve periodo di osservazione e la bassa numerosità della casistica.

¹ I numeri del cancro in Italia 2019 – AIOM-AIRTUM

² Dati AIRTUM 2009/2013 - tasso standardizzato su popolazione europea 2013.

³ Dati Registro Tumori Regione Campania - tasso standardizzato su popolazione europea 2013.

⁴ I Tumori in Italia – Trend 2003/2014 – AIRTUM 2019



Mortalità

Il numero dei decessi per tumore ovarico in Italia è 10 per 100.000 donne² con un numero di decessi nel 2015 di 3.196⁵; in Campania il numero di decessi è di 5,4 per 100.000³ donne, con un numero di 237 decessi nel 2015⁵.

Sopravvivenza

La sopravvivenza a 5 anni dei tumori dell'ovaio⁶ è pari al 40% in Italia. Esiste un forte gradiente per età: la sopravvivenza a 5 anni passa dal 72,7% registrata nelle donne giovani (15-44 anni) al 17,3% nelle donne anziane (75+). Come per altri tumori a cattiva prognosi, non si evidenziano differenze significative con la sopravvivenza rilevata in Campania, pari al 39% a cinque anni dalla diagnosi.

Percorsi diagnostico clinici delle pazienti residenti in Regione Campania

Nel triennio 2016/2018 sono state trattate chirurgicamente per tumore dell'ovaio 1.015 donne residenti in Campania⁷; di queste 714 (70,3 % della casistica) sono state trattate in 58 diverse strutture regionali di diagnosi e cura e 301 (29,7 % della casistica) sono state trattate in ulteriori 48 strutture extraregionali. La Rete Oncologica Regionale ha identificato soltanto 10 strutture regionali abilitate ad entrare in Rete per la chirurgia dei tumori dell'ovaio.

PERCORSO PER SEGMENTAZIONE

- Percorso diagnostico/stadiativo per paziente con sospetta neoplasia ovarica
- Percorso terapeutico per pazienti con neoplasia ovarica accertata
- Percorso terapeutico per pazienti con recidiva
- Oncogenetica e controlli a distanza
- Follow up

⁵ Dati ISTAT 2015

⁶ La sopravvivenza per cancro in Italia – dati AIRTUM 2016

⁷ Razionale scientifico Rete Oncologica Regione Campania – DCA 58 del 04/07/2019



PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO PER PAZIENTE CON SOSPETTA NEOPLASIA OVARICA

La presenza di una tumefazione pelvica a partenza annessiale deve sempre far prendere in considerazione la possibilità di una neoplasia ovarica. Vanno pertanto messi in atto una serie di procedure diagnostiche:

Anamnesi familiare

Valutare la presenza di fattori di rischio familiari e/o genetici: neoplasie ovariche in giovane età (<45 anni), neoplasie multiple nello stesso soggetto o in diversi membri della famiglia (mammella, ovaio); presenza di mutazioni accertate in famiglia a carico dei geni BRCA1/2 (sindrome ereditaria della mammella e/o dell'ovaio; sindrome sito-specifica dell'ovaio) o dei geni MMR (sindrome ereditaria del colon a carattere non poliposico o sindrome di Lynch2). Consulenza genetica e test in tutte le neoplasie ovariche non a basso potenziale di malignità (*borderline*) o mucinose e nel caso esistano fattori di rischio.

Anamnesi personale

Sintomi addominali, dolore, alterazione dell'alvo, gonfiore.

Dosaggio marcatori oncologici

Nel caso di tumefazione ovarica sospetta per neoplasia è utile eseguire il dosaggio del Ca 125, oppure dosaggio Ca 125 e HE4 (algoritmo ROMA). Nelle pazienti giovani è opportuno effettuare anche il dosaggio dei marcatori quali B-HCG ed AFP indicativi di tumori germinali.

Quando vi è interessamento sospetto di organi vicini (apparato digerente, sospetto Krukenberg) e per la valutazione di eventuali istotipi mucinosi è utile il dosaggio di altri oncomarcatori quali CEA, Ca 19.9.

Visita Ginecologica

Valutazione delle caratteristiche di mono o bilateralità, volume, superficie e mobilità della tumefazione annessiale.



Ecografia pelvica transvaginale

E' considerata la metodica diagnostica di scelta per valutare il rischio di malignità di una tumefazione ovarica, grazie alla valutazione del *Pattern Recognition e UI*:

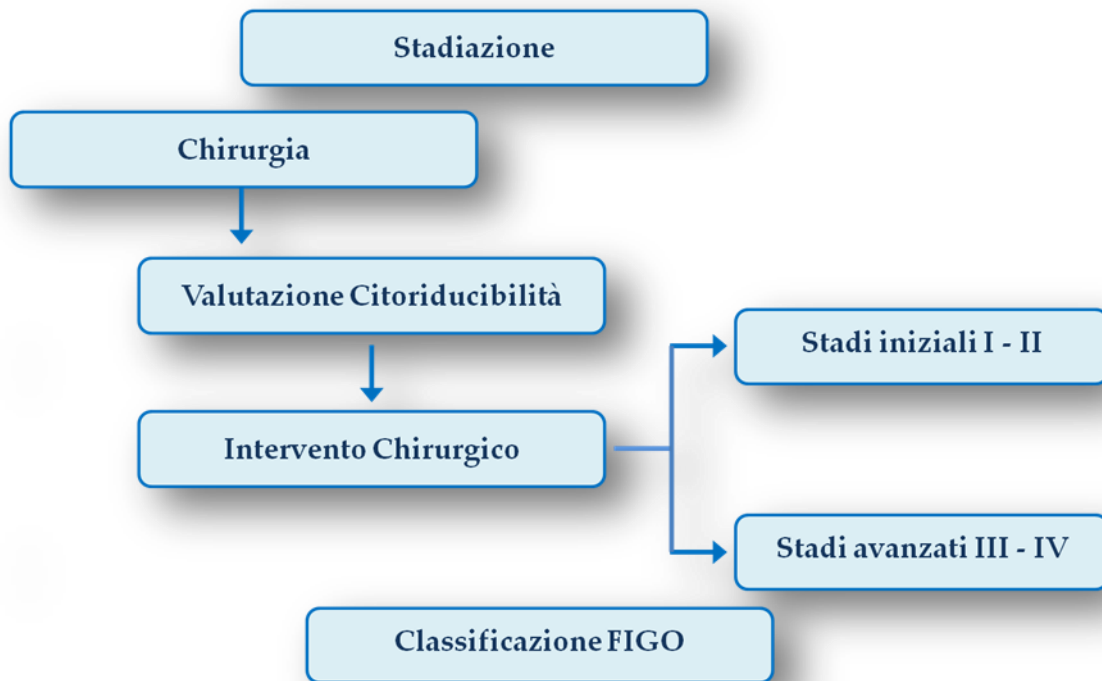
- Diametro della cisti
- Contenuto
- Presenza di formazioni endocistiche quali setti, papille, porzioni solide
- Profilo esterno della cisti
- Vascolarizzazione al color-power doppler
- Presenza di ascite

Si possono, quindi, differenziare

- Cisti uniloculare priva di setti e porzioni solide (rischio malignità 0-0,6%)
- Cisti multiloculare almeno un setto, ma senza porzioni solide misurabili (rischio malignità 1,7-10%)
- Cisti uniloculari con all'interno area solida misurabile (rischio malignità 30-37%)
- Cisti multiloculari solide setti multipli con almeno una porzione solida o papille (rischio malignità 41-65%)
- Tumefazione solida componente solida maggiore dell'80% (rischio malignità 65%).

PERCORSO DIAGNOSTICO/STADIATIVO/TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON NEOPLASIA OVARICA ACCERTATA

Ogni neoplasia ovarica deve essere valutata dal Ginecologo Oncologo.



Stadiazione pre-operatoria

In fase preoperatoria l'iter diagnostico sarà completato da procedure ulteriori TC torace-addome-pelvi; oppure TC torace e RMN addome-pelvi al fine di ricercare eventuali secondarismi.

Chirurgia

L'approccio chirurgico riveste un ruolo fondamentale:

- ai fini diagnostici permette l'accertamento istopatologico della natura della massa
- ai fini stadiativi permette una valutazione macroscopica e microscopica dell'estensione anatomica di malattia
- ai fini terapeutici è importante in quanto una chirurgia ottimale con residuo tumorale RT zero è associata alla migliore prognosi

E' raccomandata l'effettuazione della valutazione istologica estemporanea per la diagnosi differenziale intraoperatoria (forme non invasive, non epiteliali, epiteliali di basso grado) per poter offrire il miglior approccio chirurgico.

Valutazione operabilità



Una valutazione favorevole delle condizioni generali e del rischio anestesiological della paziente è pre-requisito fondamentale soprattutto per i casi con sospetta malattia avanzata.

Valutazione resecabilità (citoriducibilità chirurgica)

Dato che il tumore residuo post-chirurgico rappresenta incontrovertibilmente il fattore prognostico principale risulta fondamentale la valutazione della possibilità di citoriduzione primaria nei casi con evidente malattia extragonadica. La stadiazione clinico-strumentale è in grado di selezionare alcuni casi in cui una citoriduzione chirurgica ottimale non è fattibile (in particolare, malattia extra-addominale non asportabile, coinvolgimento massivo alto-addominale). Tuttavia, l'esplorazione chirurgica (mini-laparotomia o laparoscopia) è ritenuta indispensabile nella maggior parte dei casi ai fini della determinazione della citoriducibilità.

Intervento chirurgico

Evidenziata una massa ovarica sospetta si procede al prelievo di liquido di lavaggio peritoneale (minimo 250cc) o del liquido libero eventualmente presente per esame citologico, alla rimozione della neof ormazione cercando di evitarne la rottura/spillage, ed all'invio per esame istologico intraoperatorio.

Con diagnosi di neoplasia maligna si procede a:

Stadiazione chirurgica laparotomica

- Isterectomia ed annessiectomia bilaterale (con asportazione dell'annesso controlaterale)
- Omentectomia infracolica (in assenza di lesioni macroscopiche) o radicale (con lesioni sospette)
- Biopsie peritoneali multiple in assenza di lesioni peritoneali evidenti (docce paracoliche bilateralmente, peritoneo prevescicale, Douglas, emidiaframma dx, radice del mesentere)
- Appendicectomia (negli istotipi mucinosi)
- Biopsie dei linfonodi pelvici e aortici in casi selezionati.

Stadi iniziali I-II



Circa il 30% delle neoplasie ovariche maligne viene diagnosticata in uno stadio iniziale. La linfadenectomia in pazienti stadio I-II non ha dimostrato vantaggi in sopravvivenza globale e libera da malattia, ma una maggiore accuratezza nella stadiazione di queste pazienti, ed è pertanto consigliata. Nelle donne desiderose di prole è possibile un atteggiamento conservativo solo in Stadio IA, G1-2 non a cellule chiare, con conservazione dell'utero e dell'ovaio controlaterale, con biopsie superficiali (non cuneiformi) dell'ovaio e biopsie endometriali isteroscopiche, al fine di escludere un carcinoma endometriale concomitante

Stadi avanzati III-IV

Circa il 70% dei carcinomi ovarici viene diagnosticato ad uno stadio di malattia avanzato. E' raccomandata l'asportazione dei linfonodi macrometastatici (*bulky*). Negli altri casi la linfadenectomia non va effettuata

La presenza di localizzazioni può richiedere al fine della citoriduzione completa, oltre alla isteroannessiectomia e omentectomia, peritonectomie, resezione del diaframma, resezioni intestinali, splenectomia, e ulteriori resezioni d'organo evidenti in laparotomia

In tutte le pazienti non candidabili a chirurgia ottimale (infiltrazione del meso, infiltrazione ilo epatico, metastasi parenchimali epatiche) per estensione di malattia, sottoposte a sola chirurgia diagnostica, una valida opzione terapeutica è costituita dalla chemioterapia neo-adiuvante seguita dopo 3 cicli dalla chirurgia d'intervallo (*IDS: Interval Debulking Surgery*) eseguita con le stesse modalità

Radioterapia

Nel trattamento del carcinoma ovarico la radioterapia ha un ruolo limitato. Può essere impiegata, con intento palliativo, per il controllo dei sintomi determinati dalla presenza di secondarismi ossei, cerebrali, linfonodali e/o viscerali. Può inoltre trovare indicazione nella malattia oligometastatica per il trattamento di secondarismi (principalmente linfonodali e cerebrali) e delle recidive pelviche, mediante l'utilizzo di tecniche altamente conformate (Radioterapia stereotassica) che permettono l'erogazione di dosi considerate allative.



TERAPIA MEDICA

Tumori a basso potenziale di malignità (BPM) (*Borderline*)

I tumori BPM rappresentano dal 10 al 20% di tutti i tumori ovarici epiteliali e, a differenza delle forme invasive, tendono a manifestarsi in uno stadio più precoce e ad un'età più giovane, con prognosi nettamente migliore. Non vi è indicazione a terapia medica negli stadi iniziali.

Tumori maligni Stadi FIGO I-II

Le pazienti in stadio FIGO Ia-Ib con malattia ben differenziata (G1) sono generalmente ritenute a basso rischio di ricaduta; in questo stadio la chirurgia è risolutiva nel 95% dei casi e non vi sono evidenze che dimostrino un vantaggio di un successivo trattamento chemioterapico adiuvante. Le altre pazienti sono ritenute a maggiore rischio di ricaduta; in esse si evidenzia un tasso di recidiva del 25-40% e, di conseguenza, un trattamento chemioterapico adiuvante è raccomandato. Lo standard di trattamento prevede, ad oggi, l'utilizzo dello schema Carboplatino AUC 5 o Carboplatino AUC5/ Paclitaxel 175 mg/mq ogni 21giorni per 3-6 cicli.

Tumori maligni Stadi FIGO III-IV

Nelle pazienti con carcinoma ovarico in stadio FIGO Iib-IIIa sottoposte a chirurgia citoreducente lo standard terapeutico è rappresentato dalla schedula Carboplatino AUC5 e Paclitaxel 175 mg/mq ogni 21 giorni per 6 cicli +/- bevacizumab. in monoterapia,

In pazienti con gravi diatesi allergica, o già pretrattate per altre neoplasie con Paclitaxel e con neurotossicità residua o allergiche allo stesso, si può utilizzare lo schema Carboplatino AUC5 + Doxorubicina Liposomiale Peghilata 30 mg/mq ogni 21giorni per 6 cicli.

In pazienti fragili, si può utilizzare la schedula settimanale Carboplatino AUC2 + Paclitaxel 60 mg/mq gg1,8,15 q 21 per 6 cicli.

Per il trattamento di mantenimento di prima linea di pazienti adulte con cancro dell'ovaio epiteliale sieroso di alto grado, BRCA-mutato, dal 1 Novembre 2019 si può prescrivere in CNN, il Parp Inibitore Olaparib (600 mg/die) da iniziare dopo il completamento della chemioterapia standard a base di Platino e da proseguire per 2 anni. Ai fini della decisione pertanto la ricerca della mutazione di BRCA a livello germinale o somatico va effettuata immediatamente dopo l'intervento chirurgico iniziale

PERCORSO TERAPEUTICO PER PAZIENTE CON RECIDIVA DI NEOPLASIA OVARICA

La terapia del tumore ovarico recidivato dopo una prima linea è nel maggior parte dei casi a carattere palliativo, risultando curativo in una minoranza delle pazienti.

Fino a pochissimo tempo fa (Consensus sul carcinoma ovarico, Tokyo 2015) l'unico parametro su cui si valutava la scelta terapeutica al momento della ripresa di malattia era l'intervallo intercorso tra la fine del trattamento con platino e la comparsa di recidiva (Platinum free interval-PFI), pertanto le pazienti recidivate venivano suddivise in **refrattarie** (progredite durante la I linea o entro 1 mese dall'ultimo ciclo di platino), **resistenti** (progredite o recidivate entro 6 mesi dall'ultimo trattamento con platino), **parzialmente platino sensibili** (con PFI tra 6 e 12 mesi) e **platino sensibili** (PFI > 12 mesi). Attualmente, pur continuando il PFI a rappresentare un parametro importante per la scelta della terapia, si preferisce parlare di Intervallo libero da trattamento (TFI: Treatment Free Interval) e di dividere le pazienti recidivate in quelle candidate ad un ritrattamento con platino e quelle non eleggibili per tale terapia.

Nelle **pazienti non eleggibili per ritrattamento con platino**, la chemioterapia ha efficacia limitata. La monochemioterapia è da prediligere rispetto alla chemioterapia. Gli agenti che sono stati testati in studi di fase III sono il **topotecan**, la **doxorubicina liposomiale peghilata**, la **gemcitabina**, il **taxolo settimanale**, la **trabectedina**.

Nelle **pazienti potenzialmente ricandidabili a trattamento con platino**, ma non candidate a rechallenge per varie ragioni e con PFI tra 6 e 12 mesi, la combinazione **Trabectedina-Doxorubicina liposomiale peghilata** è da preferire in quanto è stato ipotizzato che l'impiego di una chemioterapia non a base di platino possa artificialmente prolungare il PFI e migliorare l'efficacia della successiva terapia con platino. Tuttavia i risultati dello studio MITO 8 (che ha confrontato la sequenza platino seguita da agente singolo non platino vs la sequenza opposta) non hanno confermato questa ipotesi, osservando nel confronto tra agente singolo non platino (doxorubicina liposomiale peghilata nel 90% dei casi) e combinazioni a base di platino una maggiore efficacia della sequenza platino seguita da non platino. Si dovranno aspettare i risultati



di uno studio italiano prospettico randomizzato recentemente concluso per capire quale sia la combinazione migliore

Nelle **pazienti che sono eleggibili al ritrattamento con platino** la scelta terapeutica prevede il riutilizzo di una doppietta a base di platino; sia **Carboplatino-Taxolo** e/o **Carboplatino-Gemcitabina**. La scelta del trattamento è legata alla tossicità residua dal trattamento di I linea ed alle co-morbidità. Il bevacizumab può essere aggiunto in pazienti che non lo hanno ricevuto in prima linea. Per le pazienti affette da carcinoma epiteliale ovarico con mutazione germinale o somatica nota dei geni BRCA1/BRCA2 il PARP inibitore **Olaparib** può essere somministrato come mantenimento dopo risposta parziale o completa ad una chemioterapia a base di platino se lo stesso farmaco non è stato somministrato in prima linea. Attualmente il **Niraparib** e il **Rucaparib**, altri PARP inibitori, sono approvati come terapia di mantenimento in pazienti rispondenti al platino indipendentemente dallo stato mutazionale

ONCOGENETICA E CONTROLLI A DISTANZA

Valutazione Onco-Genetica

Sulla base delle ultime evidenze scientifiche, è consigliabile l'esecuzione del test-BRCA, somatico e germinale, sin dal momento della diagnosi per tutte le pazienti con diagnosi di carcinoma epiteliale ovarico non mucinoso e non borderline, carcinoma delle tube di Fallopio o carcinoma peritoneale primitivo, per completare la fase diagnostica molecolare.

In considerazione della complessità della problematica oncologica eredo-familiare per gli aspetti oncologici e psicosociali, il counseling oncogenetico (CO) rappresenta l'intervento specialistico più idoneo per la presa in carico dei soggetti a rischio eredo-familiare, per la gestione del rischio oncologico. Il counseling oncogenetico si avvale della collaborazione tra diversi professionisti, parte di un'equipe multidisciplinare dedicata composta dal genetista, l'oncologo, il ginecologo oncologo, lo psicologo, il radiologo, il senologo che intervengono ciascuno secondo le specifiche competenze. Queste figure professionali posseggono formazione e competenze per la gestione delle pazienti e dei familiari carriers di mutazioni a carico dei geni BRCA1 e 2 o con elevato rischio oncologico familiare e si propongono di lavorare in rete nella gestione integrata dei singoli casi



Nella paziente con diagnosi di tumore ovarico BRCA-correlato è importante considerare il rischio oncologico per tumore della mammella di circa il 60-80% per le carrier BRCA1 e di circa il 49% per le carrier BRCA2. Inoltre, le donne portatrici di mutazioni in BRCA2 hanno un rischio aumentato, rispetto alla popolazione generale, per melanoma, tumori dello stomaco, del pancreas e delle vie biliari. Pertanto, la definizione di stato di portatore di mutazioni dei geni BRCA1/2 implica l'offerta alla paziente con tumore ovarico ereditario di un programma di prevenzione (sorveglianza clinico-strumentale intensiva e/o chirurgia profilattica) da integrare necessariamente al follow-up oncologico standard.

In presenza di un test positivo sarà possibile estendere l'analisi della specifica alterazione individuata nel probando anche ai familiari che lo desiderino per identificare gli individui mutati a maggiore rischio di malattia. I familiari sani a rischio vanno inseriti in programmi di prevenzione specifici in accordo con le linee guida disponibili in tale ambito.

Per tutti gli aspetti connessi alla ereditarietà si rimanda al PDTA dei tumori eredo familiari e al Decreto 100 -2019 con il piano attuativo del PDTA

FOLLOW-UP

Nonostante le pazienti affette da neoplasia ovarica ottengano una risposta completa dopo trattamento chirurgico primario e trattamento chemioterapico, il 25% delle pazienti con diagnosi di neoplasia ovarica in fase iniziale e l'80% delle pazienti con una malattia in fase avanzata sono destinate a presentare una recidiva di malattia. La recidiva della neoplasia si può monitorare con l'identificazione di segni clinici, quali la perdita di peso, l'astenia, il dolore in regione pelvica, con l'esecuzione di esami biochimici, per esempio la determinazione del valore di CA125 e l'esecuzione di esami strumentali.

Esami previsti per il follow up in pazienti libere da malattia

Poiché il 26-50% delle recidive avvengono in regione pelvica, l'esecuzione dell'esame clinico, che preveda la palpazione bimanuale pelvica e retto-vaginale insieme ad una accurata anamnesi volta alla identificazione di segni clinici è effettuato ogni tre mesi nei primi due anni, ogni sei mesi dal terzo al quinto anno e ogni anno dopo il quinto anno. La determinazione del Ca125 in assenza di



segni clinici o strumentali di recidiva può aiutare a selezionare le pazienti da sottoporre ad esami strumentali. L'utilizzo del CA125 nel follow up dovrebbe essere sempre discusso con le pazienti. Per quanto riguarda l'impiego degli esami strumentali nella diagnosi precoce di recidiva di neoplasia, l'esecuzione della ecografia pelvica è indicata nelle pazienti in età fertile sottoposte ad intervento chirurgico conservativo. L'impiego di TC ed RMN, ad oggi, è riservato solo a pazienti con un fondato sospetto clinico di recidiva della neoplasia. La PETTC è indicata solo nel caso di una valutazione della paziente per chirurgia della recidiva.

Esami previsti per il follow up in pazienti con mutazione BRCA e in familiari sani di pazienti mutate

Per le pazienti con tumore dell'ovaio, carrier di mutazioni nei geni BRCA1/2, sono raccomandate specifiche misure di prevenzione oncologica, quali la sorveglianza clinico-strumentale intensiva e/o la chirurgia profilattica, in base allo stadio di malattia al momento del counseling oncogenetico post-test. Alle pazienti con pregresso tumore ovarico, libere da malattia al momento della comunicazione di un risultato positivo del test genetico, viene raccomandato un programma di sorveglianza clinico-strumentale intensivo, oltre al follow-up oncologico routinario. La sorveglianza clinico-strumentale intensiva prevede la visita senologica e l'ecografia mammaria semestrali, la mammografia bilaterale e la risonanza magnetica delle mammelle con mezzo di contrasto annuali. E' prevista una visita dermatologica annuale per le donne carrier BRCA2. In casi selezionati, si può considerare la mastectomia profilattica bilaterale, quale possibile *familiari sani carrier BRCA1/2*

Per i familiari sani, carrier di mutazione nei geni BRCA1/2, sono previste misure di prevenzione oncologica quali la sorveglianza clinico-strumentale intensiva e/o la chirurgia profilattica. La sorveglianza clinico-strumentale intensiva viene proposta a partire dai 25 anni o dai 10 anni prima della diagnosi più precoce in famiglia per le donne e dai 40 anni per gli uomini. Il programma è illustrato in dettaglio nel PDTA tumori ereditati e nel Decteto 100 che include il piano attuativo dei tumori ereditari.

La salpingo-ovariectomia bilaterale profilattica riduce di circa l'80% il rischio di ammalarsi di tumori delle tube e delle ovaie, con un impatto significativo relativamente alla riduzione della



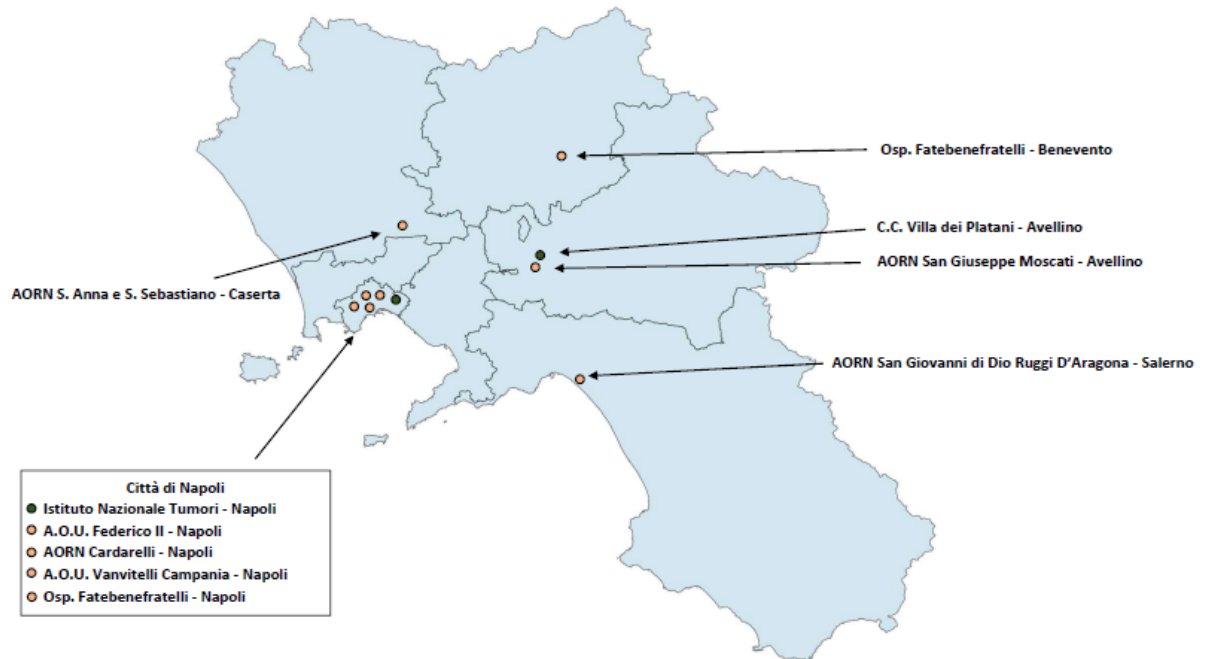
mortalità per tali tumori. L'ovariectomia, effettuata in età pre-menopausale, ha dimostrato altresì di ridurre il rischio di tumore mammario di circa il 50%. La salpingo-ovariectomia profilattica è raccomandata dai 35-40 anni in poi, e dopo aver completato il progetto familiare. In attesa di sottoporsi alla chirurgia profilattica di tube/ovaie, viene suggerita, comunque, l'esecuzione dell'ecografia pelvica transvaginale associata al CA125 ogni sei mesi, per quanto di limitata efficacia. Nel counseling vengono presi in considerazione gli aspetti riguardanti le modifiche dello stile di vita e l'utilizzo di farmaci a scopo preventivo (ad esempio l'uso degli anticoncezionali), quali ulteriori misure di controllo del rischio oncologico.

Per il presente PDTA si è tenuto conto delle più recenti linee guida nazionali (AIOM) ed internazionali (ESMO, NCCN).

RETE ONCOLOGICA CAMPANIA - PDTA Tumore dell'Ovaio
Strutture regionali abilitate ad entrare in rete

● Rete – cut off > 30

○ Osservazione per triennio 2019/2021



Tempi di presa in carico (in giorni lavorativi)

- Il primo accesso al GOM per tumore dell'ovaio avverrà tramite prenotazione effettuata dal MMG o altro medico specialista attraverso il sistema informatico della Rete Oncologica Campania
- La prima visita da parte del GOM che prende in carico la paziente sarà erogata **entro 7 giorni lavorativi**.
- Il GOM si riunirà per la discussione dei casi clinici **almeno una volta a settimana**
- **Entro ulteriori 15 giorni** dalla prima visita dovrà essere completata la stadiazione strumentale del tumore, qualora non già disponibile al momento della prima visita.
- Qualora una diagnosi di certezza istologica non fosse stata eseguita prima della Presa in Carico da parte del GOM, intervento chirurgico sarà effettuato **entro i 30 giorni successivi** alla visita multidisciplinare che ne avrà posto l'indicazione.
- Il referto istologico sarà disponibile **entro 15 giorni dall'intervento**.
- Il *Case Manager* incaricato dal GOM si occuperà della prenotazione degli esami radiologici e/o istologici necessari per la diagnosi, ricorrendo alle risorse interne aziendali, o provvederà ad indirizzare, su indicazione degli specialisti del GOM, la paziente presso altre Istituzioni appartenenti alla Rete Oncologica Campania.
- Se la procedura diagnostica è condotta internamente al CORPUS, sarà cura del *Case Manager* recuperare il referto e prenotare **entro 7 giorni** dalla disponibilità del referto una nuova visita.
- Al completamento della fase diagnostico-stadiativa il GOM definirà e programmerà il prosieguo del percorso clinico; se ritenuto opportuno il CORP/CORPUS farà riferimento alla Rete Oncologica per una *second opinion*.
- L'inizio di un'eventuale chemioterapia o altra terapia sistemica prevista dovrà avvenire **entro 28 giorni** dall'intervento chirurgico.

Piano di revisione del PDTA

Coordinamento piano PDTA ROC	Sandro Pignata
Primi estensori	R. Lauria, S. Pignata, E. Rossi, S Greggi, E Iannaccone
Seconda valutazione	Tutti i referenti per la ROC dei CORP-CORPUS e ASL
Terza valutazione	Componenti dei team multidisciplinari nei CORP-CORPUS e ASL identificati dai referenti della ROC
Note Epidemiologiche a cura:	M. Fusco: Coordinamento registri Tumori della Campania
Associazioni pazienti	FAVO
Società Scientifiche	Rappresentanze regionali AIOM, CIPOMO con coordinamento della revisione da parte di C Savastano, G Colantuoni

Percorsi suggeriti dalle Associazioni Pazienti aderenti a FAVO Campania, ACTO, ABRACADABRA, da sviluppare nella ROC prima della prossima revisione annuale del PDTA

PDTA Ovaio	<ul style="list-style-type: none"> - si suggerisce di formalizzare la separazione del setting di cura “dolore” da quello “cure palliative”, come previsto dal DL 38/2010; come da letteratura (es Temel-lynch), si può ottenere incremento di sopravvivenza rendendo più precoci il trattamento del dolore e delle cosiddette “simultaneous care” - si auspica una collaborazione più strutturata e stabile tra il GOM e le organizzazioni di volontariato, anche in merito all’attuazione di campagne di divulgazione della cultura della prevenzione presso popolazioni a rischio.
------------	--