



PSDTA Carcinoma Uroteliale

Allegato 6 : Follow up

Anno di pubblicazione 2023

NMIBC

La frequenza e la durata del follow up e la tipologia di esami da eseguire è in funzione delle classi di rischio di recidiva e di progressione di malattia. Nessun piano di follow up è applicabile a tutti i pazienti, le indicazioni in base alle classi di rischio vanno adeguate a ciascun paziente.

Durante il follow up si dovrebbe invitare il paziente ad assumere stili di vita protettivi (es. sospensione dell'abitudine al fumo) e si dovrebbe fornire al paziente lo schema degli controlli da eseguire, l'elenco delle figure sanitarie coinvolte e le modalità di accesso in caso di segni o sintomi sospetti per recidiva di malattia. Lo scopo del follow up è quello di intercettare quanto prima la recidiva soprattutto perché è fondamentale diagnosticare precocemente la recidiva con progressione a malattia infiltrante e la recidiva HG/G3.

La prima cistoscopia di controllo rappresenta un fattore prognostico importante e per qualunque classe di rischio va eseguita a 3 mesi dalla prima diagnosi. Le cistoscopie successive sono programmate in base alla classe di rischio.

La citologia viene richiesta nei casi di neoplasia ad alto rischio, mostrando una scarsa sensibilità nei carcinomi LG. La TC deve essere eseguita alla prima diagnosi per ogni classe di rischio e successivamente secondo indicazione clinica. Ogni volta che il paziente presenta una recidiva viene riclassificato in base al rischio e pertanto la frequenza e la durata del follow up vengono modificate.

MIBC

Il follow up dei pazienti con carcinoma vescicale infiltrante varia in base al trattamento cui sono stati sottoposti (cistectomia o terapia trimodale), al tempo naturale alla recidiva, alla probabilità e alla sede di recidiva e coinvolge anche gli aspetti funzionali dopo derivazione urinaria (deficit di vitamina B12, acidosi metabolica, peggioramento della funzione renale, infezioni delle vie urinarie, urolitiasi, stenosi delle anastomosi, problemi dello stoma o di svuotamento del serbatoio). E' di norma affidato al medico urologo o al medico oncologo nel caso il paziente sia stato sottoposto a chemioterapia neoadiuvante o adiuvante. Qualora il paziente abbia effettuato trattamento conservativo trimodale nel follow up rientra anche la figura del medico radioterapista. Durante il follow up è prevista l'esecuzione di esami ematochimici, citologia urinaria e TC torace e addome completo con mdc la cui frequenza e durata devono tenere conto della probabilità di recidiva locale o sistemica che variano in relazione allo stadio patologico, alle varianti istologiche e all'età del paziente.

UTUC

Il follow up è affidato al medico urologo e nel caso di terapia sistemica anche al medico oncologo. E' mandatorio un follow up stretto al fine di individuare precocemente tumori vescicali metacroni, recidive locali e metastasi a distanza.

Il follow up delle neoplasie dell'alta via escrettrice si basa su esame clinico ed esecuzione di cistoscopia, citologia urinaria ed esami radiologici (TC addome e torace) con una frequenza che dipende dalla classe di rischio e dal tipo di trattamento chirurgico (nefroureterectomia oppure trattamento conservativo endoscopico). Il follow up in caso di trattamento conservativo deve essere molto più stretto in considerazione dell'alto rischio di recidiva e di progressione oltre i 5 anni.

Malattia metastatica

Il follow up della malattia metastatica sottoposta a trattamento sistemico è affidato generalmente al medico oncologo. Prevede valutazione clinica, esami ematochimici e radiologici con frequenza che dipende dal singolo caso clinico.

E' consolidato nella pratica clinica valutare radiologicamente la risposta al trattamento ogni 2-3 cicli utilizzando la stessa metodica della stadiazione.