

CORSO SOCIETÀ ITALIANA DI OSTEONCOLOGIA - ISO

**23 APRILE 2024 ROMA ISTITUTO DI STORIA DELLA MEDICINA
QUALI STRATEGIE TERAPEUTICHE E QUALI NOVITÀ
NELLA GESTIONE DELLE METASTASI OSSEE**

RESPONSABILI SCIENTIFICI: G. LANZETTA - T. IBRAHIM - D. SANTINI

**IL DOLORE DA METASTASI OSSEE UN DOLORE DIFFICILE DALLA FISIOPATOLOGIA ALLA PRATICA CLINICA:
QUALI ARMI E QUALI NOVITÀ?**

**NICSO: L'importanza delle terapie di supporto nel paziente con
metastasi ossee A. Antonuzzo**

L'ONCOLOGIA ITALIANA È NATA QUI

Sistema Socio Sanitario

 Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori
via Venezian, 1 20133 Milano

 **Regione
Lombardia**

I. BACKGROUND E IMPORTANZA TERAPIE DI SUPPORTO

Cosa sono le terapie di supporto?

Le terapie di supporto in oncologia si occupano di prevenzione e gestione dei sintomi del tumore e degli effetti collaterali dei trattamenti durante tutta la storia naturale della malattia **dalla diagnosi al fine vita.**

E' incluso il supporto per i pazienti, le loro famiglie e i loro caregivers.

Con il MASCC, crediamo che le terapie di supporto migliorino sia la qualità delle cure che la qualità della vita.

Support Care Cancer (2016) 24:1883–1888

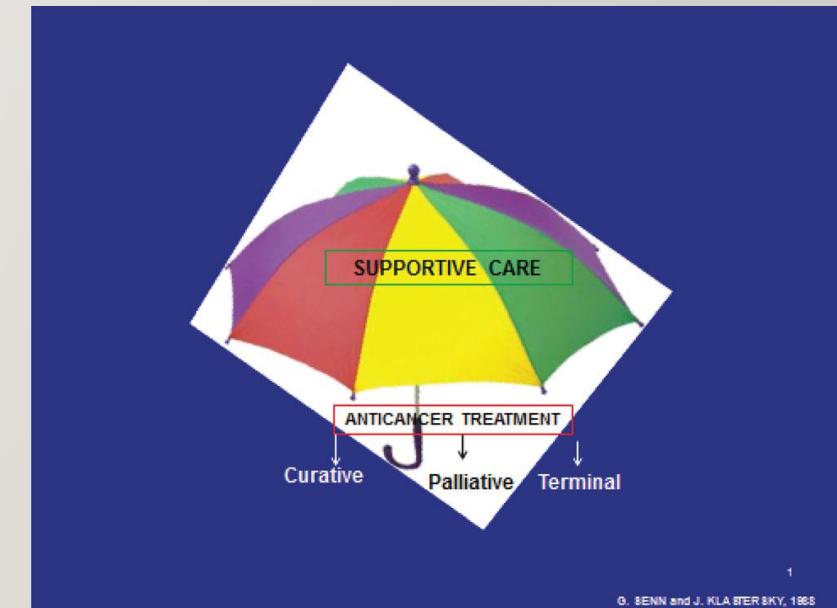


Fig. 1 Comprehensive spectrum of supportive care



LA SOCIETÀ SCIENTIFICA

Quali benefici dalle terapie di supporto

- Alleviare i sintomi e le complicazioni cancro-correlate
- Prevenire e ridurre le tossicità da terapie antitumorali
- Migliorare la comunicazione tra pazienti e caregivers
- Aumentare la tolleranza ai trattamenti
- Fornire supporto psicosociale per i cancer survivors

Impatto delle terapie di supporto

L'IMPORTANZA DELLA COMPLIANCE AI TRATTAMENTI

- Aderenza al trattamento migliora outcome
- Non aderenza al trattamento è caratteristica di patologie oncologiche e croniche
- Fattori che impattano sull'aderenza:
 - a) Tossicità dei trattamenti
 - b) Lunghezza del trattamento
 - c) Costi associati alla terapia
 - d) Beneficio ottenuto rapidamente nella prima fase Tp
 - e) Età
 - f) Numero di terapie concomitanti assunte

Impatto delle terapie di supporto

L'IMPORTANZA DELLA COMPLIANCE AI TRATTAMENTI

- Pazienti e medici sovrastimano aderenza ai trattamenti, specie nelle terapie orali
- Riduzione compliance comporta incremento costi per il Sistema Sanitario
- Non aderenza al trattamento varia a seconda della patologia e della fase di trattamento
- Necessità di valutare strategie per migliorare la compliance

Il supportive care lungo la malattia



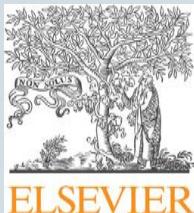
- › Information needs
- › Emotional (Uncertainty, anxiety and depression)

- › Physical (Support for complications & adverse effects)
- › Practical needs
- › Social support

- › Chronic treatment effects
- › Psychological (Fear of recurrence)
- › Greater support from community networks

Il supportive care lungo la malattia

Clinical Oncology 32 (2020) 781–788



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Clinical Oncology

journal homepage: www.clinicaloncologyonline.net



Overview

Supportive Care: An Indispensable Component of Modern Oncology

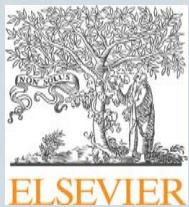
R. Berman ^{*}, A. Davies [†], T. Cooksley ^{*}, R. Gralla [‡], L. Carter ^{*}, E. Darlington ^{*}, F. Scotté [§],
C. Higham ^{*}



- Supportive care has been shown to improve quality of life, symptom burden and survival, as well as benefitting the **health economy**.
- Thus, supportive care should be an integral component of **modern oncology** management and should involve input from a range of specialties within and outside of oncology.
- A **sub-specialty of oncology**, is essential in supporting advances in oncology and the changing demographic of the cancer population.

Il supportive care lungo la malattia

Clinical Oncology 35 (2023) 213–215



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Clinical Oncology

journal homepage: www.clinicaloncologyonline.net



Editorial

The Rise of Supportive Oncology: A Revolution in Cancer Care

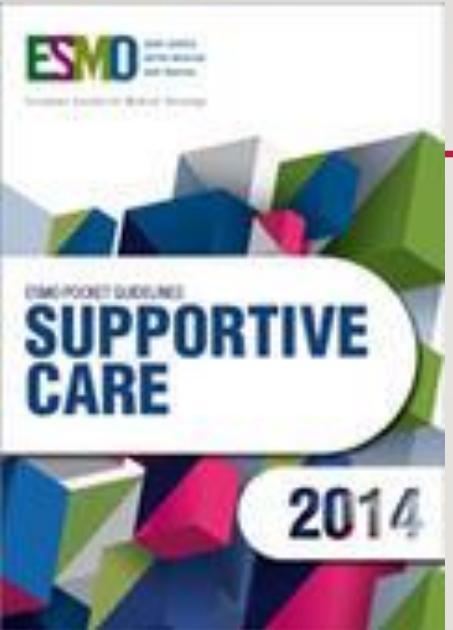
R. Berman ^{*}, B.J.A. Laird ^{†‡}, O. Minton [§], D. Monnery ^{||}, A. Ahamed ^{*}, E. Boland [¶],
J. Droney ^{**}, J. Vidrine ^{††}, C. Leach ^{††}, F. Scotté ^{§§}, M.B. Lustberg ^{|||}, J. Lacey ^{¶¶}, R. Chan ^{***},
T. Duffy [‡], S. Noble ^{†††}



We must now ensure that they can live well, with access to timely and appropriate care and, **through investment in supportive oncology**, provide infrastructure across the entire spectrum of the disease needed to support them

2. ANCHE LE TERAPIE DI SUPPORTO HANNO SOLIDE BASI SCIENTIFICHE

Linee guida Terapie di Supporto (non mancano....)



Aiom

Linee guida
TERAPIA ANTIEMETICA



Aiom

Linee guida
GESTIONE DELLA TOSSICITA'
EMATOPOIETICA IN ONCOLOGIA



Aiom

Linee guida
TERAPIA DEL DOLORE IN
ONCOLOGIA



Aiom

Linee guida
TRATTAMENTO E PREVENZIONE
DELLA CACHESSIA NEOPLASTICA

The image shows the front cover of the book 'MANUALE DI CURE DI SUPPORTO IN ONCOLOGIA'. It features a green header with authors' names: A. ANTONUZZO, P. BOSSI, A. FABI, C. RIPAMONTI, D. SANTINI. Below is a blue section with a photograph of a river scene. The main title is in blue serif font. At the bottom, it says 'COORDINAMENTO: A. FABI' and 'SOCIETÀ EDITRICE UNIVERSO'. The SEU logo is at the bottom left.



Aiom

Linee guida
TRATTAMENTO DELLE
METASTASI OSSEE



Aiom

Linee guida
TROMBOEMBOLISMO VENOSO NEI
PAZIENTI CON TUMORI SOLIDI

MAMMELLA, PROSTATA (CR), ALTRI TUMORI SOLIDI

Acido zoledronico e Denosumab

- Ritardare SRE
- Riduzione dolore
- Trattamento ipercalcemia

3. L'IMPORTANZA DELLE TERAPIE DI SUPPORTO NEL PAZIENTE CON METASTASI OSSEE

METASTASI OSSEE

Riscontro precoce eventi correlati alla mts ossea

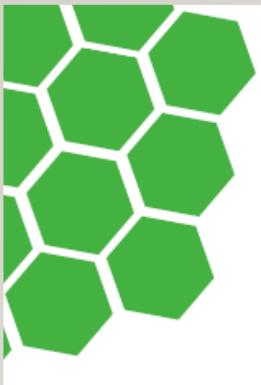
- Dolore
- Ipercalcemia
- Compressione midollare ed altri eventi ossei

SPESSO SONO PROBLEMI URGENTI....

CA CANCER J CLIN 2022; 72:570–593

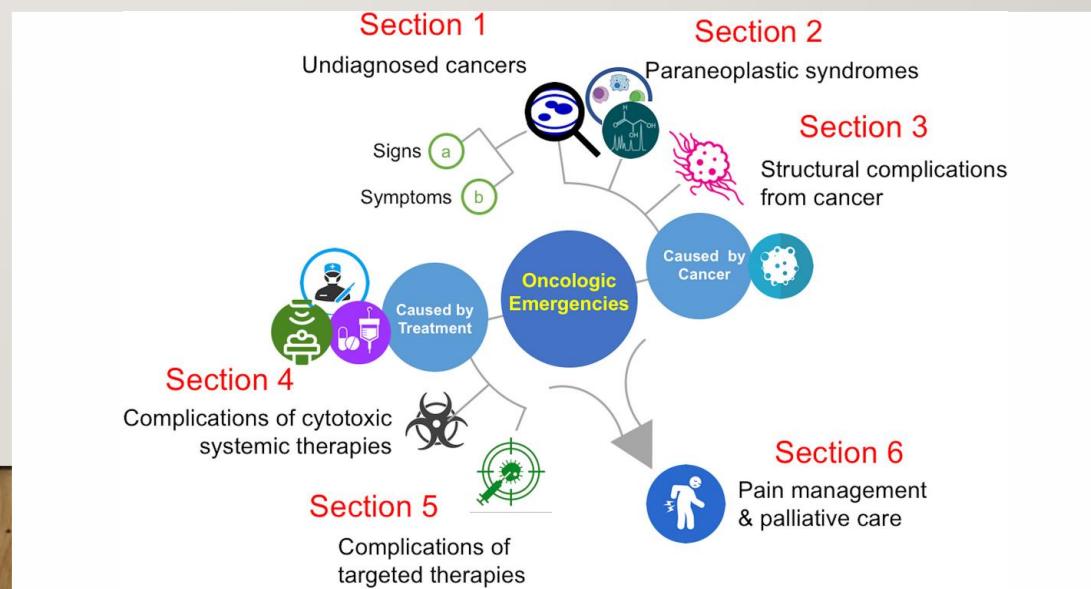
Oncologic emergencies and urgencies: A comprehensive review

Bonnie E. Gould Rothberg, MD, PhD, MPH ¹; Tammie E. Quest, MD ²; Sai-Ching J Yeung, MD, PhD ³; Lorraine C. Pelosof, MD, PhD ⁴;
David E. Gerber, MD ⁵; Justin A. Seltzer, MD ⁶; Jason J Bischof, MD ⁷; Charles R. Thomas, Jr, MD ⁸; Nausheen Akhter, MD ⁹;
Mira Mamtani, MD, MSEd ¹⁰; Robin E. Stutman, MD ¹¹; Christopher W. Baugh, MD, MBA ¹²;
Venkataraman Anantharaman, MBBS, FRCP Edin. ¹³; Nicholas R. Pettit, DO, PhD ¹⁴; Adam D. Klotz, MD ¹¹; Michael A. Gibbs, MD ¹⁵;
Demetrios N. Kyriacou, MD, PhD ^{16,17}



Linee guida EMERGENZE ED URGENZE IN ONCOLOGIA

Edizione 2021
Aggiornata a Maggio 2021



DOLORE

- Vedi relazione precedente

IPERCALCEMIA

- Corresponding serum calcium levels:
 - Mild: 10.5 mg/dL – 11.9 mg/dL
 - Moderate: 12.0 mg/dL – 13.9 mg/dL
 - Severe: ≥ 14.0 mg/dL
- In patients with hypoalbuminemia, observed serum calcium must be further increased by $0.8^*(4.0 - \text{serum albumin})$ mg/dL.
- Presents with altered mental status, generalized muscle weakness and constipation due to generalized slowing of central, peripheral and autonomic nervous systems.
- Dehydration with ensuing acute kidney injury.
- Urolithiasis can be observed with subacute presentations.

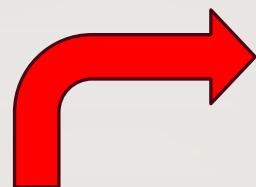
- Immediate aggressive intravenous hydration with normal saline, typically 1-2 L in the first hour followed by 2 L at 200 mL/hr with close monitoring of volume status.
- Early intravenous bisphosphonate administration (most commonly zolendronic acid). (Stewart 2005²³)
- Supplemental calcitonin can be administered during the first 48 hours while the bisphosphonate is not yet at peak efficacy. (Khan 2021²⁴)
- Denosumab (monoclonal antibody inhibitor of osteoclast activity) is alternatively administered in bisphosphonate-refractory cases. (Fizazi 2011²⁵)
- Loop diuretics are generally now avoided as they can exacerbate hypercalcemia and kidney injury in inadequately hydrated patients. (LeGrand 2008²⁶)

Qualità Globale delle prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Bassa	Nei pazienti affetti da ipercalcemia maligna l'utilizzo di zoledronato può essere preso in considerazione come opzione terapeutica di prima intenzione (ref. ^{10,11})	Condizionata a Favore

COMPRESIONE MIDOLLARE

- A gradual onset may only be demonstrated by back pain and weakness.
- Acute sensory loss, urinary retention, constipation, perineal numbness, or sudden inability to walk may suggest irreversible vascular injury and spinal cord infarction.

- Comprehensive neurologic examination followed by total spine MRI is the gold standard.
- For patients unable to tolerate MRI, a CT scan with and without IV contrast can be attempted, but the diagnostic yield because of inferior imaging resolution is limited.



Opiate pain control and dexamethasone 10 mg IV loading dose followed by 4 mg every 6 h are initiated along with urgent neurosurgical and radiation oncology consultation (Barzilai 2018⁵¹).

- If surgery is not indicated, palliative stereotactic body radiotherapy of 16-24 Gy in 1 fraction or 24-30 Gy in 3 fractions is administered (Eckstein 2021⁵²).

Qualità Globale delle Prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione	Qualità Globale delle Prove	Raccomandazione clinica	Forza della raccomandazione
Molto Bassa	Nei pazienti con compressione midollare da metastasi vertebrale eleggibili per trattamento chirurgico di decompressione e stabilizzazione, questo può essere preso in considerazione entro 48h dall'insorgenza del deficit neurologico ingravescente (ref. 2,3,4,5,6,7)	Condizionata a Favore	Molto Bassa	Nei pazienti con compressione midollare da metastasi invadente lo spazio epidurale associata a compromissione della funzionalità neurologica, il trattamento chirurgico mediante decompressione, escissione intralesionale e stabilizzazione associata o meno a radioterapia può essere preso in considerazione rispetto alla sola radioterapia (ref. 1,2,3,4)	Condizionata a Favore

SEMPLIFICARE I PERCORSI ASSISTENZIALI

- Presa in carico precoce dei pazienti e delle loro problematiche cliniche
- Dialogo con l'oncologo di riferimento
- Attivazione della multidisciplinarità laddove necessario (RT, NCH, Cure domiciliari)

GARANTIRE LA SICUREZZA DEI PERCORSI

Somministrazione bifosfonati e denosumab:

- Dentista
- Prevenzione MRONJ
- Supplementazioni Ca/Vit D
- Follow up

IL CASO DELL'OSTEONECROSI

- L'osteonecrosi della mandibola (ONJ) . un'osteomielite caratterizzata dalla presenza, per oltre 8 settimane, di un'esposizione di osso necrotico a livello delle ossa mascellari in pazienti in trattamento con farmaci antineoplastici e/o Bisfosfonati (BP), o RANK-ligando inibitori (Denosumab) che non abbiano eseguito radioterapia sulle ossa mascellari o mandibolari.
- Il paziente affetto da ONJ può essere in qualche caso asintomatico, oppure presentare bruciore gengivale e/o dolore associato a periodontite, ascessi, fistole in cavo orale o verso l'esterno.

La gravità dell'ONJ viene valutata in base alla severità, al numero e all'estensione delle lesioni.

UPDATE MRONJ

Received: 15 June 2023 | Revised: 23 December 2023 | Accepted: 20 January 2024
DOI: 10.1111/odi.14887

REVIEW ARTICLE



WILEY

Italian position paper (SIPMO-SICMF) on medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ)

Alberto Bedogni^{1,2} | Rodolfo Mauceri^{3,4} | Vittorio Fusco⁵ | Francesco Bertoldo⁶ | Giordana Bettini^{1,2} | Olga Di Fede³ | Antonio Lo Casto⁷ | Claudio Marchetti⁸ | Vera Panzarella³ | Giorgia Saia² | Paolo Vescovi⁹ | Giuseppina Campisi^{3,4}

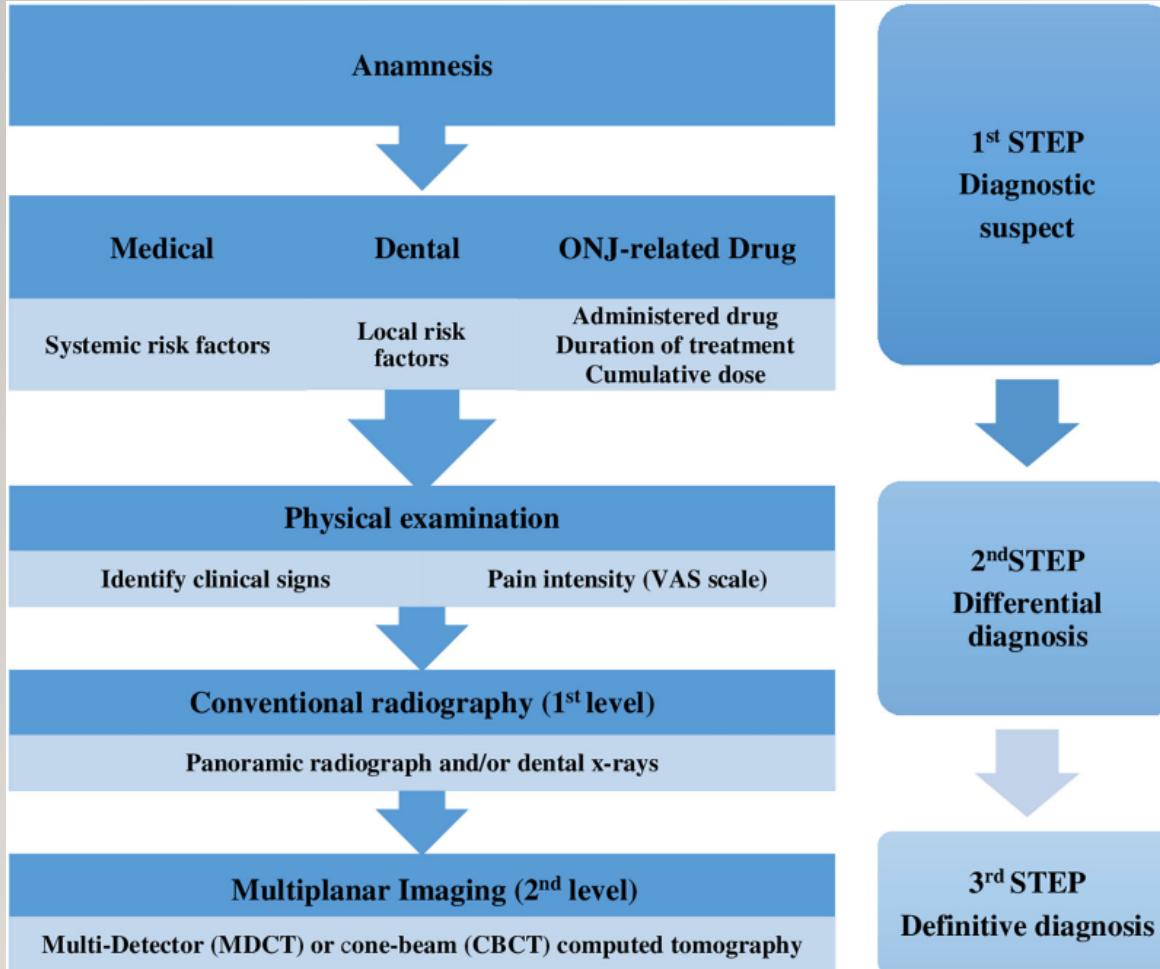
”.....an adverse drug reaction described as the progressive destruction and death of bone that affects the mandible and maxilla of patients exposed to the treatment with medications known to increase the risk of disease, in the absence of a previous radiation treatment”.

Clinical signs and symptoms

Abscess	Mucosal inflammation
Bone exposure	Non-healing post-extraction socket
Cutaneous fistula	Numbness of the lips ^a
Fluid discharge from the nose	Purulent discharge
Halitosis	Soft-tissue swelling
Intraoral fistula	Spontaneous loss of bone fragments
Jaw pain of bone origin	Sudden dental/implant mobility
Mandible fracture (fragment mobility)	Toothache
Mandibular deformation	Trismus

^aCaused by irritation of the inferior alveolar nerve and/or infraorbital nerve.

MRONJ: DIAGNOSTICA



MRONJ clinical-radiological staging system

Stage 1

FOCAL MRONJ: The presence of at least 1 clinical sign/symptom and increased bone density limited to the alveolar process at CT, w/ or w/o additional radiological signs.

Stage 2

DIFFUSE MRONJ: The presence of at least 1 clinical sign/symptom and increased bone density extending to the basal bone at CT, w/ or w/o additional radiological signs.

Stage 3

COMPLICATED MRONJ: The presence of at least 1 clinical sign/symptom and increased bone density extended to the basal bone at CT, plus one or more of the following:

MRONJ:TRATTAMENTO

- There is no robust evidence to support any specific treatment
- Temporary withdrawal of BMAs and AAs following MRONJ diagnosis has been suggested in the past years without conclusive validation
- Standard non-surgical (or medical) therapy, which mainly consists of antiseptic mouth rinses, systemic antimicrobial agents, analgesics and smoothing of exposed and sharp bony edges to prevent ulcerated lesions of the oral mucosa
- Surgery → *Decision on surgical versus non-surgical treatment remains patient-specific and should always undergo careful clinical judgment.*

4. DOVE POSSIBILE CREARE SERVIZI DEDICATI

SSD ONCOLOGIA MEDICA 4 CURE DI SUPPORTO INTERNISTICO E GERIATRICO



**Fondazione IRCCS
Istituto Nazionale dei Tumori**

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

STAFF SSD

- **5 Dirigenti Medici:** 3 Oncologi (di cui 1 a tempo determinato), 1 Internista, 1 Geriatra
- **1 specializzando** dell'Oncologia Medica a rotazione per 2 mesi
- **1 terapista occupazionale**
- **5 Infermieri + 1 Coordinatrice**
- **2 OSS + 1 OT**
- **1 amministrativo** per accettazione/segreteria
- **4 Volontari LILT (1 al giorno)**

ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ GIORNALIERA

- Briefing con personale medico-infermieristico e di accettazione: ore 8-8.15
(discussione piano di lavoro, criticità pazienti, assegnazione postazioni)
- 8.20-8.30 apertura attività
- 8.30-17 prosecuzione attività ed inserimento secondo necessità di:
 - ulteriori pazienti (CUP centrale in agende secondo richiesta)
 - urgenze dai vari reparti previo contatto con i colleghi (possibilità di inserimento diretto in agenda CUP dedicata direttamente in SSD), in questi casi da valutare sempre eventuale necessità di ricovero e la disponibilità de I posto letto

ATTIVITÀ: TIPOLOGIA PRESTAZIONI

-2 posti di DH/die programmati con permanenza (4-6 ore) pre e post procedura (per posizionamento e/o rimozione PICC/PORTH in collaborazione con Anestesia e Rianimazione e Radiologia)

-1 posto per MAC con possibilità di lunga permanenza (4-6 ore) per esecuzione visita, esami, Rx torace/ecografie, ECG, infusioni, etc..

-Sulle altre postazioni sulle quali ruotano:

-trasfusioni emoderivati, Ig-Vena, ferro

-infusioni e.v. di durata variabile (idratazione, antibiotici, etc..)

-somministrazione acido zoledronico programmate e urgenti

-Erogazione vitto durante l'orario di permanenza nella struttura

ALCUNI NUMERI DI ATTIVITÀ (PRIMO TRIMESTRE 2024)

- Prime visite: 203
- Visite di controllo: 1174
- Prelievi ematici: 445
- Medicazioni e irrigazioni CVC: 374
- Trasfusioni + IG e.v.: 275
- Infusioni: 969
- Da 1 Marzo: 12 triage di Ricoveri urgenti in INT

Eccellenza nel *supportive care*

PART ONE: GENERAL

The general part is not evaluable with numeric score. This is only for general information on the center and the applicant. However, these informations will be compared with the other parts of the form. Any type of incoherence will generate a query to the applicant.

MASCC wants to know

- (1) what type of institute is relate to the application?
- (2) what types of cancer are treated (solid, hematologic, both)?
- (3) what patient age group (pediatric, adult, geriatric)?
- (4) services available: medical oncology, radiation oncology, hematology, supportive care, palliative care (for each service the availability of inpatients, day care, outpatients),
- (5) availability of emergency care for treatment-related toxicities.

PART THREE: LOGISTICS

- (1) in what settings is supportive care provided: inside or outside-dedicated structures?
- (2) how many hours per day and how many days per week is care provided?
- (3) is care available for unplanned patient' visits (as outpatients or day service)?
- (4) does the service provide dedicated contacts with patients? How long during the day? By what means (telephone, emails, fax line etc)?

Supportive care centers: definition of excellence

Carla I. Ripamonti^a and Maurizio Lucchesi^b, on behalf of NICSO*

Purpose of review

The current review is relevant because despite significant progress in oncology, a large proportion of patients with cancer still experience morbidity and symptoms, resulting from the cancer and/or its treatment.

Recent findings

The main theme concerns the definition of excellence of Supportive Care centers based on the indications of the Multinational Association Supportive Care Cancer (MASCC) because there are no data in literature on this topic.

PART TWO: CLINICAL ACTIVITIES

Are the following intravenous therapies administered?

- (1) BPT (blood, platelets, plasma),
- (2) infusion of immunoglobulins, human albumin, antibiotics, antifungal and antivirals, iron, electrolytes, analgesics, diuretics, steroids, octreotide, H2-antagonist, antiemetics, antihistamines,
- (3) infusion of bisphosphonates/denosumab,
- (4) hydration following high-dose chemotherapy or other agents,
- (5) hydration for acute and chronic renal failure,
- (6) intravenous hydration with electrolyte supply, and/or multivitaminic, protein, aminoacids,

PART FOUR: RESEARCH AND EDUCATIONAL INITIATIVES

PART FIVE: ADHERENCES TO INTERNATIONAL GUIDELINES

CENTRI DI ECCELLENZA PER LE CURE DI SUPPORTO



ARRIVEDERCI A BOLOGNA!



CONVEGNO

FOCUS SU TERAPIE DI SUPPORTO 2024

bologna, 6 maggio 2024

responsabili scientifici

*Andrea Antonuzzo
Paolo Bossi
Gaetano Lanzetta
Carla Ida Ripamonti
Fausto Roila
Daniele Santini
Andrea Pietro Spongini*

» 7 CREDITI ECM

ACC MED
SEZIONE DI ONCOLOGIA

nics
NETWORK ITALIANO
CURE DI SUPPORTO IN ONCOLOGIA
affiliato al MASCC
MASCC
MULTINATIONAL ASSOCIATION FOR
SUPPORTIVE CARE IN CANCER