

NODULO MAMMARIO

TAKE HOME MESSAGES:

1

- **PREVENZIONE**
- **Primaria:** stile di Vita (fumo, alimentazione, attività fisica, BMI)
- **Secondaria:** diagnosi precoce (familiarità, autoesame, screening, integrazione accertamenti)

2

- **DIAGNOSI**
- **Anamnesi** (epoca, modalità di comparsa del nodulo o altra anomalia)
- **Esame Obiettivo**
- **Accertamenti:** Ecografia, mammografia, Eco+mammo, Indagini di medicina nucleare, Visita chirurgica
- **Eventuale invio ad un centro senologico.**

3

- **TERAPIA E FOLLOW UP**
- **SPIEGARE ALLA PAZIENTE LE OPZIONI TERAPEUTICHE/OFFRIRE SOSTEGNO PSICOLOGICO**
- Riconoscere ed affrontare, in collaborazione con gli specialisti, eventuali sequele delle terapie intraprese
- Incoraggiare la riabilitazione ed il recupero
- Offrire consulenza per eventuale protesizzazione
- Contribuire al corretto svolgimento del follow-up
- Presa in carico paziente alla conclusione del follow-up del centro oncologico

DISPNEA

TAKE HOME MESSAGES:

1

- Paziente coronaropatica nota (da sei mesi) con sintomo d'allarme (dispnea da sforzo) → **valutazione cardiologica d'urgenza (anche PS) !** E' importante considerare le cause di origine non cardiaca (anemia da sanguinamento gastroenterico in paziente in terapia con doppia antiaggregazione) e **Non è indicato Ecg da sforzo.**

2

- **E' INDICATO IL TEST STRESS IMAGING (quello con il migliore profilo di esperienza dell'operatore):** ECO STRESS (da sforzo o dipiridamolo: disponibilità topografica diffusa, praticabilità facile, *considerare che la metodica è operatore dipendente e la finestra ecografica!*), SCINTIGRAFIA (con indici quantitativi, disponibilità topografica limitata praticabilità più complessa)

3

- **Aggiornamento:** possibilità diagnostiche di test ibrido (scintigrafia+TC)

4

- La dispnea in cardiopatia ischemica indica ischemia severa (>10 %).

NODULO POLMONARE

TAKE HOME MESSAGES:

- 1 • Nodulo polmonare è lesione circondata da parenchima polmonare con $\odot$ compreso fra 0,5 e 3 cm. Le cause “maligne” di SPN più frequenti sono i tumori polmonari, le metastasi polmonari rappresentano “solo” il 25% dei casi. Le cause più comuni di SPN benigno sono infez. granulomatoze e gli amartomi.
- 2 • La Tc torace è l'esame diagnostico di riferimento nella valutazione e nel follow-up del SPN. “Caratterizza” il SPN analizzando: dimensioni, forma, calcificazioni, margini, densità, accrescimento.
- 3 • PET-FDG è un esame indicato per effettuare: diagnosi, stadiazione e ristadiatione, pianificazione del trattamento, valutazione risposta alla terapia.

CARCINOMA COLON-RETTO

TAKE HOME MESSAGES:

- 1 • In caso di PROCTORRAGIA dell'adulto, il pz va SEMPRE studiato con COLONSCOPIA OTTICA: impegnativa con bollino verde.
- 2 • La COLON-TC è una buona alternativa alla colonscopia, nel caso in cui l'esame non possa essere eseguito per problematiche del pz (ANCHE SE ALLERGIAAL MDC). Se positiva, va valutato caso per caso come procedere nelle indagini.
- 3 • In caso di diagnosi di malattia neoplastica è necessario lo STAGING: se colica con TC TAP, se rettale con ECO ENDORETTALE per il T e TC TAP per N ed M.
- 4 • La PET ha un ruolo importante nel RE-STAGING post terapia neoadiuvante (CHT e/o RT) soprattutto per le forme in cui è necessario differenziare tra tessuto fibroso e recidiva locale in cui RM pelvi non è dirimente.
- 5 • Il FOLLOW-UP è necessario perché c'è alta probabilità di metastasi/recidive epatiche e malattia metacrona con possibilità però di reintervento.
- 6 • Se rialzo markers con indagini radiologiche negative, è utile e appropriato studio con PET.
- 7 • Nel caso di riscontro occasionale di focale fissazione dal tracciante in sede colica alla 18F-FDG PET/TC è importante verificare il reperto con colonscopia o colon-TC.

DISTURBI DELL'ALVO

TAKE HOME MESSAGES:

- 1 • Cercare sempre i segni e sintomi d'allarme
- 2 • Tener sempre presente il rischio neoplastico delle IBD
- 3 • La negatività degli esami strumentali eseguiti non sempre esclude la diagnosi di IBD
- 4 • Nelle IBD il follow-up è sempre da eseguire con colonrettoscopia con biopsie

EMATURIA

TAKE HOME MESSAGES:

- 1 • In caso di microematuria sporadica asintomatica in pz giovani e in pz non a rischio l'imaging radiologico non sarebbe richiesto. E' opportuno però ripetere esami delle urine seriati e sottoporre a indagini radiologiche qualora si ripresenti. Attenzione: il 4% di tumori vescicali si presenta nei pazienti con età inferiore ai 40anni.
- 2 • Modesta microematuria persistente-ricorrente: indagare con esami radiologici ed endoscopia, facendo particolare attenzione alle alte vie urinarie.
- 3 • Nell'ematuria di tipo "medico" risulta scarso il ruolo dell'imaging, mentre è fondamentale nella macroematuria di tipo "chirurgico": è necessario sottoporre il paziente ad uno studio radiologico prima di ogni manovra endoscopica.
- 4 • Ecografia reno-vescicale: attualmente rimane l'esame di I livello a completamento della clinica nelle patologie dell'apparato uro-genitale. Le più recenti linee guida uro-radiologiche nazionali ed internazionali suggeriscono tuttavia di prescrivere l'ecografia reno-vescicale principalmente in caso di: colica renale da nefrolitiasi, sospetto di neoplasia vescicale, cistite emorragica (quando ricorrente), pazienti pediatrici o donne gravide.
- 5 • TC addome senza mdc è la tecnica più sensibile e specifica per l'identificazione di calcolosi reno-uretero-vescicale.
- 6 • TC addome senza e con mdc è la principale tecnica per lo staging delle neoplasie ed è necessaria per il corretto studio delle alte vie escrettrici.
- 7 • La Risonanza Magnetica nello studio delle vie urinarie è un esame di II linea e va riservato ai casi particolari (es. donne gravide – pazienti allergici al mdc – bambini).