



# EONS

## **eons** newsletter

The Quarterly Newsletter of the European Oncology Nursing Society

Summer 2007

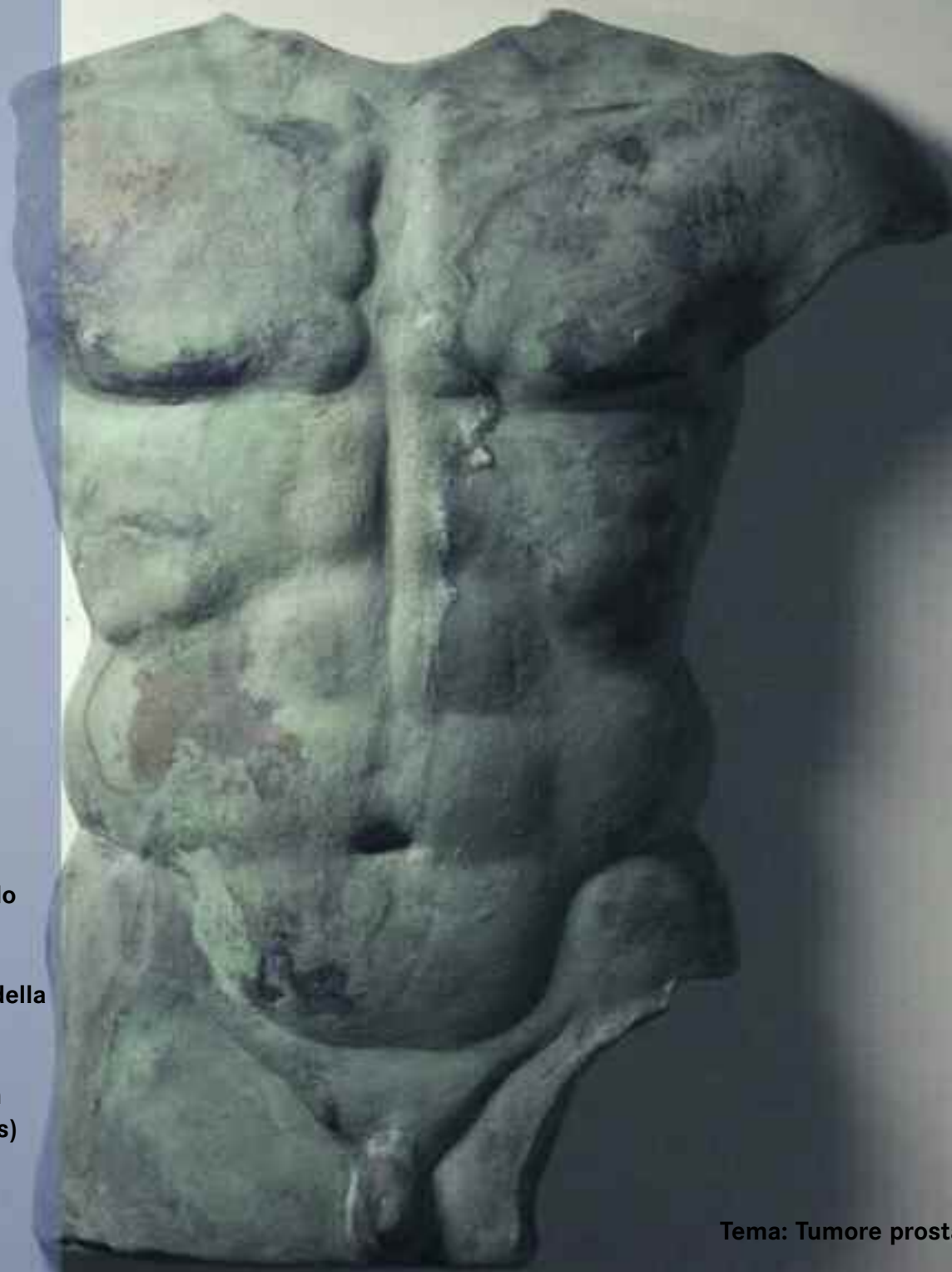
### **Contenuti:**

Collegi di...

EPIC: Cause,  
diagnosi,  
trattamento dello  
stravaso

Aggiornamenti della  
vita EONS

ECCO (European  
Cancer Congress)



Tema: Tumore prostatico

**Capo-Redattore:**  
Jan Foubert, RN, MSC

**Redazione:**  
Carol Krcmar, RN, MN  
Emile Maassen, RN, CRN  
Cath Miller, MA, RGN Dip Hsm

L'obiettivo della Newsletter EONS è informare gli infermieri circa la Società e le sue attività e fornire uno strumento di collegamento per gli infermieri oncologici europei. Le informazioni pubblicate hanno lo scopo di stimolare gli infermieri a migliorare l'assistenza ai malati oncologici attraverso un miglioramento delle conoscenze.

La corrispondenza può essere indirizzata al Capo-Redattore alla mail: eons@village.uunet.be

**Segreteria EONS:**  
Rudi Briké  
Avenue E Mounier 83/4  
B-1200 Brussels, Belgium  
Tel: + 32 (2) 779 9923  
Fax: 32 (2) 779 9937  
E-mail: eons@village.uunet.be  
Site web:  
www.cancereurope.org/EONS.html

EONS ringrazia Amgen, Astra Zeneca, Merck, MSD, Mundipharma, Novartis, Nutricia, Roche, Sanofi Aventis e Topotarget per il loro continuo supporto alla Società come Sustaining Members.

Copie stampate: 0000  
La versione elettronica è accessibile a 24000 EONS members

**Printed by:**  
Drukkerij Trioprint Nijmegen BV  
The Netherlands

**Disclaimer:**  
Le informazioni riportate nella rivista costituiscono il punto di vista degli autori e non rispecchiano necessariamente le posizioni dell'European Oncology Nursing Society. Le agenzie/compagnie presenti con annunci pubblicitari sono le uniche responsabili dell'accuratezza delle informazioni presentate.

**Tradotto a cura dell'AIIO.**

## Editoriale

Una diagnosi di cancro della prostata può essere un'esperienza che altera la vita dei pazienti e delle loro famiglie. Con l'invecchiamento della popolazione, questa malattia ha ricevuto maggior attenzione negli ultimi 15 anni perché è il tipo di tumore più frequente negli uomini sopra i 70 anni. Più un uomo invecchia e maggiori sono le probabilità che gli sia diagnosticato un cancro prostatico. Sotto i 40 anni un uomo su 10.000 è colpito da questo tumore; la percentuale balza a 1 su 39 dai 40 ai 50 anni e a 1 su 14 dai 60 ai 69 con circa il 65% di tutti i cancri prostatici diagnosticati dopo 65 anni. Il cancro della prostata non è stato spesso trattato in precedenti pubblicazioni della Newsletter EONS; tuttavia sono contento che quest'edizione ne metta in risalto i principali aspetti.

Benché c'entri la genetica, fattori sociali e ambientali, in particolare dieta e stile di vita, hanno probabilmente effetto sullo sviluppo del carcinoma prostatico. L'esatta relazione tra obesità e cancro della prostata non è molto chiara, ma non c'è alcun dubbio che esista. La ricerca, negli ultimi anni, ha mostrato che la modifica della dieta può far diminuire la possibilità di sviluppare il cancro della prostata e ridurre la probabilità di una recidiva, o aiutare a rallentare la progressione della malattia. L'introduzione del PSA e la biopsia transrettale indolore hanno cambiato il corso della diagnosi del cancro prostatico: un semplice esame ematico utilizzato per diagnosi ha messo in evidenza l'incidenza del carcinoma prostatico come il tumore più comune negli uomini. Per la maggior parte dell'ultimo secolo il paziente era sottoposto a un trattamento oncologico medico. Il trattamento era di tipo chirurgico e radiante (impianto radioattivo) ma non praticato perché la maggior parte dei pazienti erano diagnosticati in fase avanzata di malattia e la sopravvivenza era relativamente breve: nessuna sorpresa quindi che il trattamento endocrino con la castrazione chirurgica o medica si sia sviluppata nella seconda metà del secolo. Questo piano di trattamento, che ricevette due premi Nobel, ha portato molto dolore e sintomi di rilievo per i pazienti. C'è da notare che il diethylstilboestrol (DES) è considerato il primo farmaco chemioterapico con una risposta disuguale dell'80% nella riduzione dei sintomi. La maggior parte dei pazienti sono stati castrati in corso di trattamento con chemioterapia adiuvante per quelli resistenti all'utilizzo dell'ormone. Siccome c'è una lenta crescita del tumore, la maggior parte dei pazienti muoiono insieme al cancro piuttosto che per colpa sua.

Oggi, un uomo con diagnosi di tumore della prostata localizzata o avanzata ha tre opzioni di trattamento: sorveglianza attiva, chirurgia e radioterapia. La sorveglianza attiva comprende il monitoraggio della progressione di malattia durante la quale il paziente si sottopone al test del PSA e a un esame rettale ogni sei mesi con una biopsia annua della prostata. Una prostatectomia radicale è l'asportazione chirurgica dell'intera ghiandola prostatica. La procedura può produrre effetti collaterali significativi che possono riguardare la qualità di vita del paziente. La radioterapia esterna, con volume da irradiare preciso, abbinata alla brachiterapia e combinata con la terapia ormonale. La ricerca clinica porterà progressi di conoscenza per fornire ai pazienti un trattamento che incontri i bisogni individuali.

In questo numero, il Prof. L. Denis fornisce un'estesa visione d'insieme dello screening del cancro prostatico. Il ruolo dell'infermiere clinico specializzato per il cancro della prostata è stato descritto come "la disposizione di un servizio a largo raggio per pazienti e famiglie passando dall'indagine, alla diagnosi, il trattamento ed il monitoraggio della malattia prostatica": maggiori informazioni su questo ruolo in un articolo di J. Nichol. Gli effetti collaterali della malattia e della cura possono avere ripercussioni dannose su tutti gli aspetti della vita dell'uomo (compresi la funzione sessuale e il personale senso di virilità), dell'immagine corporea e dell'autostima. Si possono trovare maggiori informazioni circa il cancro della prostata e il benessere sessuale nell'articolo scritto da D. Kelly.

Abbiamo intervistato due infermieri olandesi, J. A. Van Spil ed E. Van Muilekom, autori del libro "Guide to Prostate Carcinoma", pubblicato da Elsevier Gezondheidszorg.

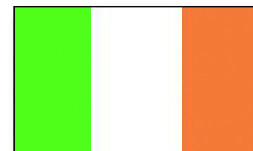
Come sempre, questo numero della Newsletter contiene molte informazioni sulle attività e i progetti EONS e un'intervista con il presidente eletto che assumerà la presidenza EONS da ottobre 2007. Infine, vorrei attirare la vostra attenzione sull'articolo di questa pubblicazione "Cause, diagnosi e cura dello stravasato": Le linee-guida sulla gestione dello stravasato da chemioterapico sarà disponibile prossimamente sulle linee-guida EONS TOOLKIT, disponibile sul sito EONS

Vi auguro una buona estate e sono impaziente di incontrarvi all'ECCO14 di Barcellona!

Hasta la vista!

Jan Foubert  
Editor in Chief





Marie Lavin - IANO

### Background/Storia

L'Irish Association of Nurses in Oncology è stata fondata nel 1982. È un'organizzazione no-profit che promuove l'educazione continua infermieristica e fornisce un luogo di scambio di conoscenze per gli infermieri oncologici.

L'associazione è consapevole che i pazienti oncologici sono presi in carico nella maggior parte dei reparti di tutti gli ospedali generali, nei servizi per anziani e nei servizi territoriali. La formazione e il supporto agli infermieri che lavorano in queste realtà è cruciale.

I nostri iscritti sono infermieri che lavorano sia in strutture specialistiche che generiche. Lavorano in ospedali, in hospice, in servizi territoriali, nella formazione, nella ricerca e nell'amministrazione. Attualmente abbiamo 250 membri.

### La dichiarazione di mission di IANO è:

Fornire un programma di educazione e un luogo di scambio di informazioni per i membri della professione infermieristica che si occupano di persone malate di cancro.

### Fini/Scopi

#### Fini dell'associazione

- Partecipare pienamente allo sviluppo dell'infermieristica oncologica in Irlanda
- Partecipare pienamente allo sviluppo dell'infermieristica oncologica in Europa tramite i nostri soci attivi EONS
- Collaborare adeguatamente con le organizzazioni infermieristiche internazionali

#### Obiettivi dell'associazione

- Promuovere la formazione continua nella cura dei tumori
- Incrementare fra gli infermieri l'attenzione per la prevenzione e la diagnosi precoce
- Formare gli infermieri su tutti gli aspetti relativi alla diagnosi dei tumori, il trattamento, la riabilitazione e le cure palliative
- Fornire agli infermieri che lavorano nella cura del cancro una rete
- Costituire un luogo di supporto per infermieri che lavorano nella cura dei tumori

### Struttura Organizzativa

La nostra struttura amministrativa è composta da un Consiglio (National Executive Committee - NEC) di 11 membri: il Presidente, i rappresentanti regionali, due rappresentanti permanenti di EONS e membri eletti a livello nazionale. Il Presidente è eletto direttamente dagli iscritti. La nostra organizzazione conta circa 250 soci. Abbiamo 5 sedi regionali a Dublino, Cork, Limerick, Galway e nel Northwest.

### Progetti/Iniziativa/Attività

IANO tiene una conferenza nazionale annuale in autunno. Il NEC si riunisce nella primavera precedente la conferenza per pianificare il tema e scegliere i relatori, in modo da assicurare ai soci un apprendimento ottimale, in termini di contenuti e di qualità.

Negli anni scorsi, in collaborazione con EONS, IANO ha promosso per i soci due corsi TITAN e un corso TARGET che hanno riscosso grande successo.

### Vantaggi per i Soci

IANO pubblica una newsletter quadrimestrale che viene distribuita ai



soci. Inoltre, per informare sulle attività dell'associazione, gestisce una sezione di una rivista multidisciplinare chiamata "Cancerwise".

Nel 2003, il Tiger Trust – una National Cancer Charity – ha fatto una donazione a IANO. Fino ad oggi questi fondi sono stati utilizzati in parte per la Formazione dei Formatori del Corso "Imparare a Vivere con il Cancro" e per borse di studio per corsi di laurea e Master. Nel 2005 sono state assegnate 3 borse di studio da 3000 euro ciascuna a infermieri di oncologia frequentanti Master.

### Affiliazioni/Collaborazione con altre Società

Nel Giugno 2006 è stato lanciato il progetto "Strategie per il controllo del cancro in Irlanda" che sarà il piano per i servizi oncologici in Irlanda nei prossimi dieci anni. IANO ha una rappresentanza in questo gruppo che è stato promosso dal Ministero per la Salute e l'Infanzia.

Lavoriamo in collaborazione con l'Irish Society of Medical Oncology (ISMO). Nei due anni passati abbiamo tenuto un convegno congiunto ISMO/IANO che ha riscosso un buon successo. Per quanto riguarda il contributo infermieristico al convegno, abbiamo promosso un concorso nel quale agli infermieri è stato chiesto di presentare un abstract su una ricerca che avessero condotto o un'innovazione clinica che avessero implementato. Gli abstract sono stati selezionati e agli infermieri scelti è stato chiesto di partecipare al congresso (o nella categoria clinica o in quella di ricerca). Una commissione giudicante ha selezionato un vincitore per ciascuna categoria e lo ha premiato con una borsa di 5000 euro per accedere al Memorial Sloan Kettering Cancer Centre, New York per un impiego clinico di alcune settimane.

Collaboriamo inoltre con l'Oncology Nurses Association (ONS) e con l'EONS.

### Interfaccia/Relazioni con l'EONS

Sin dai primi anni '90 IANO intrattiene stretti legami con EONS e ha lavorato con l'associazione per sviluppare i programmi formativi rivolti agli infermieri di oncologia.

Nel 2004, l'Irlanda, sotto gli auspici di IANO, è stato il primo sito pilota per il corso TITAN di EONS e, dato il successo di questa iniziativa, è stato tenuto nel Maggio 2006 un secondo corso TITAN.

IANO ha promosso il Corso TARGET che è stato molto ben valutato dai soci che vi hanno partecipato.

### Direzioni future

Attualmente stiamo lavorando per incoraggiare a diventare soci gli infermieri che lavorano con pazienti oncologici in centri non specialistici e in servizi territoriali così che possano sviluppare la loro conoscenza nell'infermieristica oncologica, ma soprattutto affinché i loro pazienti possano beneficiare della cura basata sull'evidenza. Come organizzazione, continuiamo a contribuire allo sviluppo dei servizi oncologici in Irlanda. In occasione dei nostri 25 anni di vita, desideriamo rinforzare il nostro impegno nell'educazione oncologica infermieristica e rimanere attivi a livello europeo e internazionale.

# Cancro alla prostata e benessere sessuale

Daniel Kelly PhD, MSC, BSc, RN, Onc Cert, PGCE.  
Reader in Cancer & Palliative Care, School of Health & Social  
Science, Middlesex University, Highgate Hill, London N19 5LW.  
d.kelly@mdx.ac.uk

## Introduzione

La prostata cresce lentamente durante la pubertà e quindi rapidamente attorno all'età di 30 anni, quando le dimensioni e le funzioni rimangono costanti per circa 15 anni. Le anomalie tendono a verificarsi dopo questa età. Circa 20.000 uomini all'anno ricevono una diagnosi di neoplasia prostatica. In Inghilterra e in Galles, 8500 moriranno a causa della malattia e, attualmente, questo è il tumore più comune diagnosticato nell'uomo (1). L'incidenza è aumentata nell'ultima decade, incremento dovuto verosimilmente al test ematico per il PSA divenuto disponibile. Circa un uomo su 4 ha già uno stadio avanzato di malattia alla diagnosi (diffusione oltre la prostata e le strutture contigue). Nonostante questa crescente "epidemia" lo screening non è ancora consigliato (2).

Il cancro della prostata può essere controllato utilizzando la chirurgia o la radioterapia o metodi meno invasivi quali gli HIFU (ultrasuoni focali ad elevata intensità). La terapia ormonale è spesso riservata per i casi più avanzati o nelle recidive. Gli uomini con una malattia di basso grado possono essere monitorati sul breve periodo per i segni di progressione. Tuttavia, la maggior parte riceve una combinazione dei trattamenti disponibili (3). C'è ancora incertezza al momento di accettare il trattamento e spesso la natura e la probabilità degli effetti collaterali avranno peso nella decisione finale.

Tutti i trattamenti disponibili inducono effetti collaterali (di vario grado) compresi incontinenza, impotenza, proctite e altri disturbi intestinali, calo della libido, ginecomastia, vampate di calore, aumento di peso, astenia e disturbi umorali. Questi effetti possono avere ripercussioni negative sugli altri aspetti della vita umana inclusa la normale funzione sessuale, così come il proprio senso di virilità, del corpo e dell'autostima (4).

La gestione degli effetti collaterali legati al trattamento è una sfida per il personale sanitario. L'impatto sulla sfera sessuale e le relazioni intime, ad esempio, dovrebbe essere un aspetto da considerare nella valutazione seguente al trattamento per il cancro della prostata. Senza fornire queste attenzioni adeguate, è facile per essi essere ignorati quando ci si focalizza solo sul trattamento della neoplasia. Gli infermieri possono giocare un ruolo importante diminuendo la paura, incoraggiando i pazienti a parlare circa le relazioni personali e incoraggiando il dialogo e la ricerca riguardo questo aspetto della cura del tumore alla prostata, sia che siano coinvolti nel fornire assistenza in ospedale o a domicilio.

## L'aspetto psico-sessuale del cancro della prostata

Essendo così associato agli organi sessuali maschili, l'impatto del cancro alla prostata dipende dalla natura e dalla severità della malattia e degli effetti collaterali del trattamento. La letteratura (5) suggerisce tuttavia che i professionisti non hanno dimestichezza a trattare i temi della sessualità. C'è anche un'evidenza significativa che uomini e partner vogliono che siano affrontati i problemi della sessualità durante il trattamento (6).

Alcuni uomini considerano il poter avere un'erezione efficace e duratura per mantenere la penetrazione come un indicatore di salute e guarigione. Altri, invece, possono essere soddisfatti dal trovare nuove forme di intimità in altri modi. Dovrebbe essere tenuto presente che la funzione sessuale non può essere predetta (alcuni

uomini riferiscono di poter avere un'erezione dopo breve tempo dalla chirurgia anche con un catetere in situ, mentre altri possono aver bisogno di mesi per recuperare tale abilità. Altri possono sentirsi meno sensuali a causa dell'imbarazzo e del cattivo odore associati all'incontinenza urinaria. Può venir consigliato di indossare pannoloni senza considerare l'impatto su aspetti più ampi della vita maschile, inclusa l'autostima e la sessualità (7).

La discussione degli aspetti psico-sessuali può far emergere aspetti privati della vita di coppia. Per alcuni questo provoca intensi sentimenti di imbarazzo. In un attuale progetto intrapreso con coppie con cancro alla prostata, si è reso evidente che l'abitudine e le capacità dei professionisti può incoraggiare o determinare la completa apertura agli argomenti sessuali. Ci sono anche dei limiti che le coppie potrebbero inserire alla completa apertura che i professionisti dovrebbero conoscere e rispettare. È necessario che tali attenzioni risultino importanti sia in ambito specialistico che nella medicina generale o nell'assistenza a casa. Gli infermieri inoltre dovrebbero prendere consapevolezza del loro atteggiamento nei confronti della sessualità e, sebbene si sentano tranquilli nell'entrare in discussioni con persone che possono sentirsi vulnerabili, devono essere discreti, perché i dettagli legati alla sessualità sono importanti per chi li vive e non per chi se ne occupa. Esistono delle opportunità di addestramento per coloro che si sentono meno fiduciosi in quest'area.

## Promuovere la salute sessuale e il benessere

La chiave per assistere l'uomo con alterata funzione sessuale a seguito di trattamento per cancro alla prostata è la disponibilità di un'appropriata forma di accertamento (8). Il modello PLISSIT, per esempio, dà importanza al dare al paziente la possibilità di discutere dettagli sessuali, fornire informazioni limitate ove possibile, offrire specifici suggerimenti se appropriati e accedere a servizi di cura intensa ove necessario. Gli Autori suggeriscono un modello di 8 settimane di valutazione psico-sessuale in cui i passi detti sopra sono introdotti nella valutazione della salute generale non appena si ha la guarigione. Approcci simili possono essere utili anche in radioterapia o in altri ambienti di trattamento. Per i pazienti che vivono a casa, come quelli in terapia ormonale, alcune forme di valutazione psico-sessuale, simili, adattate, potrebbero essere disponibili per l'uso dei medici di medicina generale.

È importante enfatizzare ancora una volta che tale valutazione necessita di essere effettuata nell'ambito che uomini e partner danno alla dimensione sessuale della loro relazione. Mentre alcuni enfatizzeranno l'importanza della funzione erettile, altri possono porre l'accento sulla vicinanza emotiva e il valore della compagnia. Per il primo gruppo di pazienti è importante che gli infermieri siano a conoscenza dei servizi psico-sessuali specialistici disponibili e di come vi si può accedere. Per il secondo gruppo può essere ugualmente importante verificare se i loro modi di pensare sono modificati nel tempo.

## Conclusioni

Il cancro alla prostata è ora una malattia cronica con aspettativa di vita di alcuni anni. I professionisti stanno incontrando sempre più uomini in differenti condizioni di salute che hanno vissuto con il cancro alla prostata e il suo trattamento per un lungo periodo di tempo. Questo articolo ha suggerito che la consapevolezza dell'importanza del benessere sessuale, così come l'abilità di eseguire una semplice valutazione psico-sessuale siano essenziali per promuovere il benessere psico-sessuale nel numero crescente di uomini che fronteggeranno una diagnosi di cancro della prostata in futuro.

## Lettera dal Presidente

Il mese di aprile è stato pieno di attività per EONS. Ad esempio, è stato fantastico incontrare e discutere gli argomenti di infermieristica senologica con i colleghi partecipanti all'Interconference Breast Cancer Meeting di Sarajevo. Nonostante le barriere linguistiche, un interprete molto esperto ci ha aiutato a comunicare efficacemente nei lavori e nelle discussioni. È stato umiliante incontrare colleghi che, sebbene privi delle nostre infrastrutture, aiutano i pazienti per tutta la durata del trattamento e della malattia! Desidero porgere il mio sincero "grazie" ai membri EONS che hanno partecipato come insegnanti a questo incontro e pure all'European School of Oncology per aver invitato EONS a collaborare a questa conferenza.

Un gruppo di membri EONS sta lavorando intensamente allo sviluppo di nuove linee-guida per uno strumento di lavoro via internet. L'argomento delle nuove linee-guida è lo stravasato, indicato come il più utile dai nostri membri.

A Praga ho recentemente partecipato a un incontro di pazienti oncologici, centrato sulle discussioni tra professionisti sanitari e

organizzazioni di pazienti: si è parlato soprattutto di come collaborare meglio in futuro.

All'ultimo Consiglio Consultivo si è deciso che EONS cominci a sviluppare un modulo di infermieristica senologica in aggiunta al curriculum esistente: questo mese un gruppo di lavoro si riunirà a Parigi per iniziarne lo sviluppo. L'obiettivo è cominciare a scriverne la prima parte, che tratterà le cure dei sintomi e degli effetti collaterali. Io farò in modo di lavorare con questo gruppo di esperti per promuovere il progetto.

Con questo breve sunto delle attività EONS, vorrei augurarvi delle ferie estive molto riposanti e spero di incontrare molti di voi alla conferenza ECCO di settembre a Barcellona.

Cordiali saluti,  
Yvonne Wengström



## L'infermiere specialista nel cancro alla prostata

*Janette Nichol, Prostate Cancer Clinical Nurse Specialist, Guys and St Thomas NHS Foundation Trust, London, UK*

Nel Settembre 2000 l'NHS Cancer Plan (DOH 2000) ha reso noto un nuovo passo avanti nei servizi oncologici del Regno Unito. Gli obiettivi di questi servizi erano salvare più vite; assicurare ai malati il giusto supporto professionale e la giusta attenzione, così come pure i migliori trattamenti; fronteggiare le disuguaglianze della Sanità e costruire per il futuro un investimento in forza lavoro così che il NHS (National Health Service) non rimanesse indietro, ancora una volta, nella lotta contro il cancro.

Questo progetto ha richiesto un enorme incremento di forza lavoro e in particolare di figure chiave che aiutassero i pazienti attraverso questo processo. Una di queste figure chiave era l'Infermiere Specializzato nel Cancro della Prostata che è stato descritto come "colui che provvede ai servizi che ruotano attorno al paziente e ai suoi familiari, per accompagnarli attraverso un percorso che prevede indagini diagnostiche, diagnosi, trattamento e monitoraggio della malattia prostatica" (Higgings, Professional Nurse, Maggio 2000). La nascita di questo ruolo viene dalla necessità di indirizzare i bisogni di uomini con o a rischio di malattia prostatica, di uomini svantaggiati per età, isolamento, ceto, educazione, disabilità ed etnia e assicurare che i sistemi sviluppati fossero sistemi accessibili e comprensivi di questi fattori.

Nel Regno Unito questo ruolo coinvolge tutti o in parte i seguenti fattori: diagnostica, counselling, follow up e controllo dei sintomi, presentazione dei pazienti a un meeting multidisciplinare che garantisca che i loro bisogni siano fortemente presentati e che vengano loro assicurate le cure appropriate, supportando il paziente prima e dopo il trattamento, provvedendo a educazione terapeutica e addestramento, raccolta dati, verifica, audit, ricerca e rapporti con strutture organizzate e caritatevoli. Le attitudini richieste per avere questo tipo di ruolo richiedono una versatilità raramente osservabile

in altre professioni sanitarie, che va dal medico diagnostico, al consigliere, all'amico. Il tirocinio non era ancora stato previsto. L'introduzione di corsi specifici in oncologia all'interno dell'istruzione secondaria ha reinventato un tirocinio per infermieri inglesi specializzati in oncologia. Il riconoscimento da parte dei nostri colleghi medici ha, inoltre, aperto un mondo di opportunità per esercitare al loro fianco e per avere una preparazione riguardo a indagini diagnostiche (ad es. biopsie prostatiche e corsi certificati per ecografie e cistoscopie flessibili) e follow up in aggiunta al riconoscimento del nostro diritto di apportare novità, capacità ed esperienze complementari al team medico.

Come nuovo Infermiere Specialista nel Cancro della Prostata, nel 2000, il tirocinio prevedeva una valutazione da parte di un consulente. Il mio tirocinio iniziò attraverso un posto di lavoro che ottenni presso il Prostate Cancer Charity, guidato da un gruppo infermieristico, basato su una linea d'aiuto, che aveva la funzione di ricevere telefonate da uomini con cancro della prostata o dai loro familiari e amici. Le consultazioni telefoniche possono essere difficili quando le persone ti conoscono, ma in ogni modo questo è stato il "battesimo del fuoco". Alzi il telefono, senza saperti immaginare le domande che ti potrebbero essere fatte o senza sapere come trattare colui che telefona, che fino alla fine sta sul "chi va là".

Ora esistono corsi di comunicazione per infermieri specializzati e organizzazioni come, ad esempio, la Telephone Helpline Association che inizia più corsi di diversi livelli rivolti ai mezzi di consultazione telefonica. Questa esperienza ha aiutato il nostro team a focalizzare la nostra attenzione sui differenti mezzi di consultazione più recenti come e-mail e web.

La mia attuale posizione all'interno dell'Hospital Trust è nuova come

concezione. Le sfaccettature che questo ruolo può avere gli hanno consentito di svilupparsi naturalmente. Mi è stato dato tempo per aiutare ad allestire nuovi servizi terapeutici e immergere me stessa in tutto ciò che sta intorno a queste procedure come l'Ecografia Focalizzata ad Alta Intensità (HIFU) e i trattamenti brachiterapici che erano relativamente nuovi nel Regno Unito e in Europa. Le mie responsabilità ora includono l'approvvigionamento di servizi diagnostici sotto forma di biopsia prostatica, consulenze specializzate sul controllo dei sintomi post-trattamento, supporto psicologico sia per i pazienti che per coloro che si occupano di loro, e un servizio guidato dall'infermiere per le disfunzioni erettile.

Io agisco con un ruolo chiave per i pazienti e i loro familiari informandoli di tutti i trattamenti possibili, in modo che siano in grado di fare una scelta informata. Li aiuto a comunicare i loro desideri al team medico, negoziando insieme un percorso concordato di cura. Mi assicuro che i bisogni fisici, psicologici, spirituali e culturali siano stabiliti in relazione alla loro malattia e che vengano proposti piani di trattamento appropriati e che facciano riferimento agli enti d'aiuto come indicato.

Il mio ruolo all'interno del dipartimento include una relazione con i pazienti che aiuta a far sì che il servizio si sviluppi all'interno

dell'unità. Il susseguirsi di "Giornate del Paziente" negli ultimi 3 anni ha fatto sì che i cambiamenti siano stati fatti dai pazienti stessi piuttosto che dai bisogni e desideri dei medici e infermieri.

Questo processo ha già permesso di creare un nuovo ed innovativo ruolo: l'infermiere specializzato nell'informazione e supporto del cancro della prostata. L'infermiere è in grado di dare un'informazione obiettiva e un supporto a pazienti e propri familiari riguardo alle opzioni terapeutiche per il cancro della prostata. Nell'arco di 6 mesi è diventato una parte preziosa dei nostri servizi e dei pazienti che trattiamo. Grazie al successo di questo ruolo altri ruoli collaborativi con associazioni di beneficenza sono in via di discussione a livello organizzativo.

Il campo del cancro della prostata è continuamente in evoluzione e credo che darà grandi opportunità agli infermieri nei prossimi 10 anni. Lo sviluppo clinico professionale e la solida formazione ora stabilita all'interno del Regno Unito, assicurerà continuità al robusto programma di addestramento per l'infermiere del cancro della prostata in futuro.

#### Bibliografia

Higgins D (2000) The role of the prostate cancer nurse specialist. *Professional Nurse* 15 (8) 539-542  
DOH (2000) The NHS Cancer Plan. [www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk).

## “Prostaatcarcinoom”

### Una guida per infermieri

Jan Foubert



**1. Entrambi siete gli autori del libro “Guide to prostate carcinoma”, pubblicato da Elsevier Gezondheidszorg. Volete presentarvi?**



Erik van Muilekom & Jan Alex van Spil

Mi chiamo Erik van Muilekom (1965). Ho un master in “Advanced Nursing Practice” e lavoro al Netherlands Cancer Institute di Amsterdam. Ho lavorato come Infermiere Esperto Clinico nel settore dell'oncologia chirurgica. Ora lavoro come responsabile di progetto nell'assistenza privata con pazienti internazionali.

Mi chiamo Jan Alex van Spil (1961); anch'io ho un master in “Advanced Nursing Practice” e lavoro come Infermiere Professionista nel reparto di oncologia e radioterapia dell'“University Medical Centre Groningen”. Da Infermiere Esperto Clinico ho acquisito un'enorme esperienza nel settore dell'oncologia medica.

### **1a. Perché avete pubblicato questo libro? È comune nei Paesi Bassi per gli infermieri pubblicare testi clinici?**

Il primo libro infermieristico olandese sull'oncologia è del 1981. Da allora, è stato revisionato e aggiornato più volte. L'ultima revisione completa risale al 2005. Esso fornisce le informazioni base sul nursing oncologico.

Il nostro è il primo libro specifico nel settore del cancro della prostata. È scritto principalmente per infermieri e per altri professionisti sanitari. Seguendo spesso le conferenze internazionali (specie negli USA) trovavamo diverse risorse scritte per infermieri sul tumore della prostata. Non era la stessa cosa in Europa. Questo fu uno dei nostri primi motivi per scrivere un libro sul cancro della prostata in lingua olandese.

### **2. Come avete continuato?**

Precedentemente, uno di noi aveva riesaminato un libro inglese di nursing oncologico per l'editore "Elsevier Gezondheidszorg" nei Paesi Bassi. Dopo questo contatto, discutemmo con loro i nostri pensieri circa le potenzialità del libro. L'Editore fece alcune ricerche di mercato con esito positivo: quindi, accettò la nostra idea di pubblicare un libro con questo argomento.

Per alcuni capitoli abbiamo chiesto un contributo a esperti di settore e abbiamo anche invitato i nostri colleghi alla revisione del testo.

Entrambi, partendo dalla letteratura basata sull'evidenza e dalla nostra esperienza, abbiamo scritto i principali capitoli del libro. Il risultato è un libro che copre tutta la dimensione della cura del cancro della prostata, inclusi epidemiologia, anatomia, opzioni di trattamento, problemi psicosociali, supporto per la disfunzione sessuale e cure palliative.

### **3. Il libro è stato accettato bene dalla comunità infermieristica?**

A cinque mesi dal lancio, c'erano circa 1200 libri venduti.

Siamo soddisfatti della popolarità del libro. Non solo gli infermieri lo acquistano: anche medici generici e pazienti lo hanno trovato un'utile risorsa d'informazione.

Abbiamo avuto molte riposte positive dai nostri colleghi: ciò ha supportato la nostra teoria che aveva visto un deficit di conoscenza sul cancro alla prostata da parte degli infermieri.

### **4. C'era bisogno di un libro come questo? Voi avete scoperto cose che non conoscevate?**

Nella prefazione abbiamo scritto: "Per molti anni c'è stata poca attenzione al cancro della prostata ma, crescendo l'incidenza in occidente e le conseguenze per la sanità, ora si bada molto alla cura di questo problema. L'ignoranza dell'argomento in molti

professionisti sanitari e la scarsa attenzione nella letteratura sono le ragioni principali per scrivere questo libro".

### **5. Come uomini, pensate che gli infermieri abbiano abbastanza conoscenza e consapevolezza sull'argomento del cancro alla prostata?**

La questione sollevata sulla poca attenzione per il cancro alla prostata da parte degli infermieri è dovuta al fatto che tanti infermieri siano donne? Non lo sappiamo ancora per certo. Ciò che sappiamo è che nei libri scritti da infermiere donne americane non esiste attenzione verso l'anatomia dei maschi e ce n'è poca verso la loro sessualità. Questi due argomenti sono molto importanti per capire le vie di trattamento utilizzate e le cause degli effetti collaterali. Speriamo che il nostro libro contribuisca a una migliore conoscenza e consapevolezza del cancro alla prostata, e sia una guida a una cura migliore per i pazienti e i loro familiari che si trovano ad affrontare tale diagnosi.

### **6. Possono gli infermieri svolgere un ruolo nella cura? Come?**

Pensiamo che gli infermieri svolgano un ruolo importante nella cura dell'uomo e dei suoi familiari che si trovano in questa situazione. Molti trattamenti hanno effetti importanti nella vita dell'uomo. Per esempio, la malattia può interessare vita sessuale, immagine corporea, continenza e relazioni. In tutti questi problemi gli infermieri possono svolgere un ruolo importante, parlando col paziente delle sue preoccupazioni e fornendo informazioni su malattia e trattamento. Alcuni studi suggeriscono che gli infermieri possono svolgere un ruolo importante nel processo decisionale.

Oltre a ciò, è importante informare paziente e familiari su ciò che si può fare per minimizzare gli effetti secondari delle cure.

### **7. Avete un messaggio per i colleghi europei?**

Non siamo informati su tutte le iniziative in Europa circa la pubblicazione di libri nelle varie lingue ma vorremmo incoraggiare i colleghi a scrivere libri su cancro e nursing oncologico. La nostra iniziativa è un esempio di come un'idea possa diventare realtà. Parlate con gli editori delle idee e provate a persuaderli dell'importanza di scrivere libri per infermieri e altri professionisti sanitari.

In Europa ci dovrebbero essere molte iniziative di riunioni internazionali per infermieri che lavorano nella cura del cancro. La partecipazione a esperienze e la rete sono veicoli preziosi per migliorare la cura dei nostri pazienti.

Per informazioni: e.v.muilekom@nki.nl, j.a.van.spil@rt.umcg.nl  
Bibliografia a pag. 13

## **Parlare dei dolori del cancro**

Lo studio europeo sui dolori del cancro (EPIC) ha studiato la prevalenza e l'impatto del dolore nei pazienti oncologici tutta Europa. Risultati pilota hanno identificato una mancanza di comunicazione sul dolore del cancro fra i pazienti e i professionisti che trattano i loro dolori. Come risultato, il workbook "Cancer Tales" (= racconti sul cancro) è stato sviluppato come strumento di informazione per sostenere gli operatori nello sviluppo di una comunicazione più efficiente con i pazienti, migliorando l'identificazione e il trattamento dei dolori da cancro.

"Cancer Tales" è un'opera teatrale emozionante nata da una raccolta di storie personali di pazienti malati di cancro. Il libro di lavoro usa temi presi dal testo teatrale per evidenziare aree-chiave che migliorino la comunicazione sul cancro, la sua diagnosi, il suo trattamento.

Il libro di lavoro fornisce una guida ed esercizi pratici per aiutare gli infermieri specialisti e di prima assistenza, i medici generici e di seconda assistenza a migliorare la propria comunicazione coi pazienti.

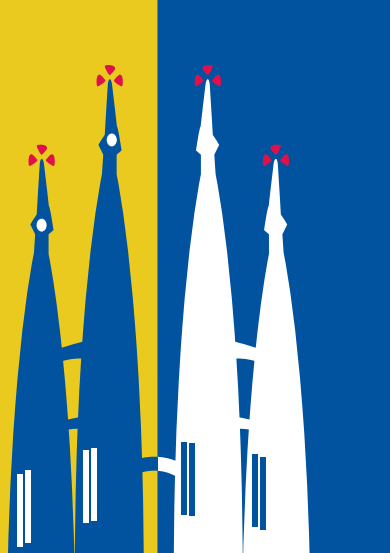
Il testo teatrale di "Cancer Tales" è stato ristampato con capitoli

educativi supplementari e un'introduzione dell'autrice dell'opera, l'inglese Nell Dunn. Il libro degli esercizi è stato arricchito da una scheda di specialisti in cure palliative, gestione del dolore, oncologia, infermieristica e comunicazione.

Copie del libro saranno distribuite ad associazioni di pazienti e a organizzazioni in tutta Europa per la raggiungere professionisti e studenti a Giugno 2007.

Sarà per loro una risorsa per capire meglio l'impatto emotivo e psicologico del cancro e migliorare la comunicazione coi pazienti, gli assistenti, le famiglie.

Il saggio sullo studio europeo sui dolori del cancro (EPIC) e il libro di lavoro "Cancer Tales" sono sponsorizzati da Mundipharma International Limited, Cambridge, UK, sotto gli auspici dell'European Oncology Nursing Society (EONS) e dell'European Association of Palliative Care (EAPC).



# ECCO 14

## the European Cancer Conference



# Barcelona

23 - 27 September 2007

**ECCO 14 – a truly outstanding MULTIDISCIPLINARY oncology conference -  
unique in its kind**

A comprehensive educational and scientific programme with  
a strong integration of science and clinical medicine

A focus on the increasing role of nurses in care, research and education

A platform for health care providers and patients to meet  
in a two-day Patient Forum



Organised by the Federation of European Cancer Societies

**info: [www.fecs.be](http://www.fecs.be)**



## European Cancer Patient Coalition

Nel Novembre 2006 l'European Cancer Patient Coalition (ECPC) ha organizzato un incontro fondamentale volto a sostenere la lotta dell'Europa contro il cancro. Lo Slovenian Cancer Summit si è svolto in 3 giorni a Ljubljana con il diretto appoggio del Presidente della Repubblica Slovena e con il patrocinio del Ministero della Salute sloveno e del rappresentante europeo per la Scienza e la Ricerca. Grazie a Alojz Peterle, membro fondatore e co-presidente del MEPS Against Cancer (MAC), suo spirito promotore, e alla determinazione dell'ECPC nel promuovere l'attenzione sulla cura del cancro realmente centrata sul paziente, l'incontro ha raccolto insieme più di 160 delegati inclusi funzionari statali della salute, ricercatori in oncologia, esperti di salute pubblica e comunità di pazienti.

Se siete interessati a conoscere di più sul Summit, potete consultare il seguente sito web che contiene informazioni sull'evento: [www.unitedagainstcancer.eu](http://www.unitedagainstcancer.eu).

## Il gruppo di lavoro sulle linee-guida sugli stravasi

EONS sta lavorando all'aggiornamento delle linee-guida cliniche per il trattamento delle complicanze associate alla chemioterapia: una che va considerata è lo stravasamento di antracicline. Sebbene gli infermieri da anni stiano implementando il trattamento di stravasi da farmaci, in Europa non esistono linee-guida comuni per il trattamento. Perciò, EONS ha deciso di formare un gruppo di lavoro per sviluppare una nuova linea-guida e che si occupi di questo problema così ricorrente, in collaborazione con il nuovo socio attivo TopoTarget.

Nello stabilire linee-guida per gli stravasi di antracicline, lo scopo di EONS è di promuovere fra gli infermieri di oncologia la conoscenza delle raccomandazioni di una buona pratica quando avvengono gli stravasi. Una volta sviluppate, le linee-guida sugli stravasi verranno incluse nel Guidelines Implementation Toolkit che è stato sviluppato di EONS. Il Toolkit è un work in progress. Le linee guida complete ed approvate sono disponibili sul sito web EONS.

## Programmi formativi sulla gestione del tumore al seno

L'EONS è interessato a costituire una commissione di infermieri specializzati in oncologia per sviluppare e condurre un programma formativo autonomo per gli infermieri che si occupano specificamente di tumori al seno. Il programma sarà sponsorizzato da un contributo di Sanofi Aventis a favore della formazione autonoma.

L'obiettivo principale di questo programma è fornire agli infermieri in oncologia una formazione sullo stato dell'arte circa i più recenti progressi nel trattamento del tumore al seno e circa l'impatto di questi nella gestione dei pazienti. Il contenuto del programma sarà basato sui bisogni formativi degli infermieri, così come emersi da una recente ricerca sull'assistenza infermieristica del tumore al seno condotta da EONS su un campione di 302 infermieri in 19 paesi.

Il risultato della ricerca ha mostrato, fra i suoi dati, che vi è richiesta di ulteriori informazioni e formazione sull'assistenza infermieristica del tumore al seno. Quasi tutti gli infermieri di oncologia intervistati (94%) hanno dichiarato che vorrebbero conoscere maggiormente i problemi correlati alla cura dei pazienti con tumore al seno compresa la gestione della tossicità collegata al trattamento del tumore. Metà degli intervistati (55%) hanno individuato come loro priorità formativa la conoscenza della chemioterapia. Questo trova convalida nel fatto che l'ambito degli effetti collaterali della chemioterapia, compreso fornire educazione al paziente circa gli effetti collaterali e circa la gestione e il monitoraggio di questi,

figurava nei primi 4 parametri dell'aggiornamento di infermieri impiegati nella cura del tumore al seno (da un totale di 21 parametri). Gli interpellati hanno anche espresso interesse nell'approfondire le loro conoscenze sulla gestione degli aspetti psico-sociali del cancro.

È chiaro che contenuti e scopi di questo programma formativo saranno sviluppati da una commissione di esperti internazionali con la supervisione di EONS sulle attività così da assicurarne l'autonomia e la credibilità scientifica.

## Tempo di procedere – TARGET si sta diffondendo!

I lettori abituali della Newsletter EONS saranno già al corrente del corso TARGET; l'entusiasmante iniziativa per l'addestramento degli infermieri europei di oncologia sulle terapie, TARGET, un approccio



innovativo per il trattamento del cancro. TARGET è tarato specificamente sulle terapie anti-EGFR, ed è stato sviluppato di EONS con il supporto di Merck KgaA. Il programma di addestramento è stato pienamente accreditato da EONS e fornisce 8 ore di crediti EONS ai partecipanti, in quanto sono impegnati in 2 ore di preparazione al corso seguite da 6 ore d'aula.

I materiali TARGET sono stati tradotti in 8 delle principali lingue europee (Francese, Austriaco, Spagnolo, Tedesco; Svedese, Estone, Italiano, Greco e Inglese). Corsi Target sono stati condotti in Estonia, Germania, Irlanda, Israele, Paesi Bassi, Svizzera e Regno Unito e corsi sono pianificati in Belgio, Germania, Grecia, Portogallo, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera e Regno Unito.

## Cambio di nome

Dal primo gennaio, l'organizzazione nazionale del nursing oncologico dei Paesi Bassi (Nederlandse Vereniging van Oncologie Verpleegkundigen (VvOV), socio EONS, è ora conosciuto come il Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland Oncologie (V&VN). Il cambio di nome è il risultato della fusione di due organizzazioni, la VvOV e la V&VN.

## Aggiornamento sull'accREDITAMENTO

Il gruppo European Blood and Marrow Transplantation Nurses (EBMT) ha ricevuto l'accREDITAMENTO EONS per il suo 23° incontro che si è tenuto a Lyon (Francia) dal 25 al 28 Marzo. L'accREDITAMENTO è assegnato anche alla giornata di studio che l'ha preceduto per gli infermieri che hanno partecipato a entrambi gli eventi.

# Sara Faithfull

## Un'intervista

### Raccontaci di te: chi sei? Che lavoro fai?

Insegno Infermieristica oncologica all'European Institute of Health and Medical Sciences, Università di Surrey. Uno dei miei compiti è di dirigere strategicamente il curriculum oncologico e di cure palliative per gli infermieri e i professionisti sanitari tanto quanto delle aree di insegnamento specialistico così come lo sviluppo della pratica, i risultati condotti dagli infermieri, metodi di valutazione sanitaria e di ricerca clinica. La maggior parte del mio lavoro quotidiano è insegnare, sviluppando curriculum, tenendo seminari o supervisionando gli studenti e una piccola parte della mia settimana è dedicata alla ricerca clinica. Come molti infermieri accademici il mio lavoro è molto educativo e legato all'università anche se mi piacerebbe bilanciare diversamente le due cose per il futuro. Sono prima di tutto un'infermiera e mi piacerebbe continuare a lavorare con i malati di cancro e stare tra gli infermieri nella pratica ospedaliera. Normalmente lavoro due mezzette giornaliere alla settimana in un centro specialistico per la cura del cancro con uomini che si sono curati per il tumore alla prostata, alla ricerca di strategie per gestire i problemi urinari dopo la radioterapia. Lavoro anche con diversi team medici per semplificare l'introduzione di nuovi servizi o di ruoli innovativi e per valutare questi cambiamenti, così da supportare il cambiamento. È positivo rimanere a stretto contatto con la pratica del trattamento dei tumori e avere ancora la sensazione che le mie capacità siano utili. Penso che essere un'accademica possa essere paragonato alla storia di un calciatore che appende le sue scarpe per diventare l'allenatore. Anche se sei soddisfatto dei risultati e delle capacità degli altri c'è ancora una parte di te che vorrebbe far girare la palla!

### Che cosa ti piace del tuo attuale lavoro?

Sono molto contenta a Surrey per l'etica dell'ambiente lavorativo, che consiste nel promuovere la pratica basata sull'educazione e la ricerca. Questa filosofia significa che i nostri corsi cambiano continuamente, collaborando con le reti sanitarie locali, organizzando ogni anno nuovi corsi. Inoltre il tirocinio è centrale nella preparazione e ciò fa riunire la ricerca e il modo in cui le idee vengono messe in pratica tramite il lavoro basato sull'apprendimento, la tecnologia e gli approcci interdisciplinari. Il team con cui lavoro è costituito da singoli specialisti, eccezionali nel loro campo specifico, e in questo modo contribuiscono enormemente allo spirito e all'etica del team delle cure oncologiche e palliative.

### Che cosa fai per rilassarti?

Il mio giardino è il luogo dove mi rilasso. Mi siedo e osservo gli uccelli, annuso i fiori e assaporo la pace e la quiete. Non sto seduta a lungo perché c'è sempre qualche zona da zappare o fiori da potare e non riesco a rimanere con le mani in mano. Mi piace anche ascoltare musica e trovo che sia un buon modo di rilassarsi. Mio figlio suona la tromba e io il flauto: siamo vicini rumorosi. Ci divertiamo molto a suonare Jazz e musica latina e spesso ci ritroviamo a ridere perché non sono così brava come mio figlio!

### Che cosa ti concedi maggiormente?

È una domanda difficile: mi concedo molte cose! Credo che a parte il cioccolato, sia il tempo. Il tempo di sedersi e leggere un libro o stare semplicemente con la mia famiglia. Si vorrebbe lavorare sempre ed è difficile trovare un giusto equilibrio nella vita.

### Qual è il tuo strumento tecnologico preferito?

L'introduzione del navigatore satellitare. I miei amici sanno che non sono brava a trovare la strada e la zona in cui lavoro - Surrey, West Sussex e Hampshire - è abbastanza estesa: questo kit è diventato rivoluzionario per trovare le destinazioni.



### Dove vai per trovare l'ispirazione?

Piuttosto, dove trovo l'ispirazione? Senza dubbio nella pratica. Ascoltare i medici e parlare con i pazienti può essere molto educativo; le persone spesso sanno che cosa potrebbe servire o come migliorare le cose. Essere un estraneo al team medico rende più semplice trovare soluzioni possibili o esplorare vie per implementare l'innovazione. Spesso l'ispirazione scaturisce dalle cose semplici e, quando sei completamente preso dalla pratica, la soluzione potrebbe non essere chiara. Un approccio interrogativo e uno sguardo nuovo a come le cose potrebbero funzionare, sono spesso fonte di ispirazione.

### Che cosa ammiri di più?

Ammiro le persone entusiaste e con la brama di imparare e conoscere. Ammiro anche gli infermieri che studiano. Gli studenti hanno molte sfide da affrontare: lo studio, il lavoro in condizioni precarie, ma anche l'organizzazione della vita familiare e dei figli. Molti studenti universitari hanno solo un obiettivo e io ammiro la tenacia degli infermieri che stanno studiando per la laurea e le qualifiche.

### Qual è il miglior consiglio che hai ricevuto?

Il miglior consiglio che ho ricevuto non è stato rivolto a me individualmente, ma è stata una parte di una lezione ascoltata. Lesley Degner, dagli USA, stava parlando del modo in cui sviluppava le possibilità della ricerca sul cancro. Parlava con molta franchezza delle difficoltà di reperire fondi per la ricerca nella pratica medica e di incoraggiare il cambiamento. In Gran Bretagna, solo una applicazione della ricerca su 20 è positiva perché è difficile applicarla e trova il rifiuto. Il suo consiglio fu di focalizzarsi sul team e non sul singolo progetto, perché il team è l'assetto più importante in ogni iniziativa di ricerca. Quelli con cui lavori e il modo in cui interagisci è essenziale per lo sviluppo di ogni team, non solo della ricerca. Nessuno detiene la conoscenza o le diverse specialità, e riconoscere e apprezzare un insieme di esperienze crea un ambiente sano e il successo della ricerca. Impegnarsi per sovvenzioni più ampie e assicurarsi la propria area di ricerca fa parte di tutto questo così che la conoscenza aumenta come parte di temi più profondi. Questo consiglio è stato utile nello sviluppo di una grande varietà di competenze tra il gruppo degli Istituti Europei di ricerca sul cancro per la valutazione sanitaria, economica, delle conoscenze più antiche e degli approcci multi metodici. Ci ha anche consigliato di non smettere di promuovere aree difficili perché ciascuna ha i suoi tempi e questa è una cosa che è rimasta dentro di me.

### **Che cosa trovi difficile?**

Dire di no!

### **Che cosa non hai fatto che avresti voluto fare?**

Avrei voluto conciliare la mia carriera accademica con il lavoro clinico in un ospedale o in una comunità per dare consigli e sostenere il post-trattamento. Questi ruoli accademici superiori in Gran Bretagna non esistono come per i nostri colleghi medici. Se sei un accademico, c'è una precisa divisione di ruoli e sarebbe un sogno avere un incarico ospedaliero legittimato. Un sogno più concreto sarebbe di essere capace di cavalcare. Avevo imparato a cavalcare durante una vacanza in Francia ma non ero abbastanza brava per galoppare lungo la spiaggia e osservavo invidiosa i miei amici che erano molto disinvolti. Dovrei vincere un biglietto della lotteria prima di poterlo fare.

### **Qual è stato il tuo momento più bello?**

La mia impresa più grande e il momento più bello è stato diventare infermiera. Ho studiato duramente lavorando come ausiliaria a tempo pieno e non avrei mai pensato di farcela. Ho sperimentato la vecchia affascinante strada dell'apprendista e ho continuato a studiare a lungo dopo la qualifica. Questo significava avere solo un giorno di riposo alla settimana per 3 anni e un intero anno di studio senza stipendio! Non credevo di farcela, ma ho provato la sensazione più eccitante quando ho letto il mio nome tra quelli che erano passati.

### **Eri ansiosa di diventare presidente?**

Sì, ma la ritengo una responsabilità grave, con molti eccellenti ex-presidenti con cui convivere. Molti consiglieri stanno lasciando per portare avanti nuovi progetti e spero che i nuovi membri del consiglio EONS abbiano sufficiente vigore ed entusiasmo per le sfide da fronteggiare e si sostengano tra loro. So che potrebbe essere molto

divertente e diventare occasione per creare amicizie durature. Molto di ciò che ci viene chiesto è sconosciuto e so che dovrò passare molto tempo lontano dalla mia famiglia. EONS mi ha sempre fatto incontrare nuove persone, quindi sono ansiosa di ampliare i miei orizzonti.

### **Quali saranno le sfide durante la presidenza?**

Considero la sfida della presidenza come la capacità di fare in modo che la direzione del consiglio EONS e la leadership possa emergere come un team, non solo per le società nazionali ma anche per i singoli membri di EONS. Questo è un grande periodo di cambiamento, non solo nella cura del cancro ma anche nelle tecnologie. Si sta pensando alla cura del cancro in ambienti molto diversi e riuscire a raggiungere fisicamente gli infermieri in questo settore sta diventando più difficile e non più facile, perché la cura è dislocata in settori molto diversi. Questo è un periodo di consolidamento piuttosto che di espansione, con l'uso della tecnologia e lo sviluppo di progetti di pratica per fornire ai membri una gamma maggiore di risorse. Abbiamo dei buoni modelli che funzionano bene nello sviluppo di progetti di training e nello sviluppo del curriculum, ma dobbiamo anche incoraggiare nuove reti e la tecnologia per condividere questi miglioramenti. Inoltre come consiglio rispondiamo alle esigenze dei componenti che ci aiutano a stabilire obiettivi a lungo termine, pertanto le sfide saranno sempre in parte sconosciute.

### **Hai un messaggio per i soci?**

Far parte di una comunità richiede ascolto, rispetto, impegno e azione e io vorrei essere un presidente che incoraggia questa comunità di pratica. Essere in grado di provvedere direttamente a una gamma di servizi per i membri di EONS e sviluppare la capacità degli infermieri di organizzarsi in rete sarebbe per me una chiave di volta per rafforzare il nursing oncologico europeo.

# ANNOUNCEMENT




## **European Journal of Oncology Nursing – Impact Factor from 2008**

The *European Journal of Oncology Nursing* is delighted to announce that it has been accepted for inclusion in the Science Citation Index Expanded, the Social Sciences Citation Index and Current Contents/Social and Behavioural Sciences. Inclusion in these databases will lead to substantial international exposure for authors publishing their work in *EJON*.

- *EJON* will be awarded an Impact Factor. Our first Impact Factor will calculate the number of citations in 2008 to articles published in 2006 and 2007. The 2008 Impact Factors will be published by Thomson Scientific in 2009.
- Please remember to use the full name of the journal – *European Journal of Oncology Nursing* or *Eur J Oncol Nursing* – to cite articles published in *EJON*. You must also include the year of publication, the volume number and the pages of the article that you wish to cite.





**Anthracycline extravasation  
could strike at any time**

**Savene™ – Brief prescribing information**

(based on the UK Summary of Product Characteristics SPC)

Please refer to the SPC for full prescribing information.

Each Savene™ box contains 10 vials of Savene™ (dexrazoxane) Powder (10 x 500 mg each) and 3 bags of Savene™ Diluent (3 x 500 ml each) for infusion. **Indications:** Treatment of anthracycline extravasation. **Dosage and administration:** Administration of Savene™ should begin as soon as possible and within 6 hours after the accident. Savene™ should be given as an intravenous infusion once daily for 3 consecutive days according to body surface area: day one, 1000 mg/m<sup>2</sup>; day two, 1000 mg/m<sup>2</sup>; day three, 500 mg/m<sup>2</sup>. For patients with a body surface area of more than 2 m<sup>2</sup> the single dose should not exceed 2000 mg. Cooling procedures such as ice packs should have been removed from the affected area at least 15 min before administration. Before infusion, Savene™ Powder must be reconstituted with sterile water before further dilution in Savene™ Diluent. Savene™ is not recommended in children and patients with renal and hepatic impairment. Safety and efficacy have not been evaluated in the elderly. **Contraindications:** Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients, women of child-bearing potential not using contraceptive measures, lactation or concomitant vaccination with yellow fever vaccine. **Precautions:** Local examination should be performed on a regular basis after treatment until resolution and haematological monitoring should be undertaken regularly. Savene™ should be administered only under the supervision of a physician experienced in the use of cancer chemotherapeutic agents. Routine liver function tests are recommended before each administration of Savene™ in patients with known liver function disorders. Patients with renal dysfunction should be monitored for signs of haematological toxicity. Men are advised not to father a child during and up to 3 months after treatment. Women of childbearing potential must use contraceptive measures during treatment. This product is generally not recommended in combination with live attenuated vaccines or with phenytoin. Dimethyl sulfoxide (DMSO) should not be used in patients who are administered Savene™. As the Savene™ diluent contains potassium (98 mg/500 ml) the plasma potassium level of the patient must be closely monitored in patients at risk of hyperkalaemia. It also contains sodium (1.61 g/500 ml) which may be harmful to patients on a low sodium diet. **Interactions:** Interactions common to all cytotoxics, which may also react with oral anticoagulants. Concomitant use of immunosuppressives such as cyclosporine and tacrolimus receive extra consideration due to excessive immunosuppression. **Pregnancy and lactation:** Savene™ should not be administered to pregnant women unless clearly necessary. Women of childbearing potential should use contraceptive measures during treatment. Mothers should discontinue nursing during Savene™ therapy. **Side-effects:** Very common: nausea, injection site pain, post-operative infection. Common: vomiting, diarrhoea, stomatitis, dry mouth, pyrexia, injection site phlebitis, injection site erythema, fatigue, injection site induration, injection site swelling, peripheral oedema, somnolence, infection, neutropenic infection, wound complication, weight decrease, decreased appetite, myalgia, dizziness, sensory loss, syncope, tremor, vaginal haemorrhage, dyspnoea, pneumonia, alopecia, pruritus, phlebitis, thrombophlebitis superficial, limb venous thrombosis. All adverse reactions have been rapidly reversible. More rarely increased concentrations of liver enzymes (ALT/AST) have been reported. Refer to the SPC for additional information. **MA:** EU/1/06/350/001. Date of Preparation: January 2007. TopoTarget A/S Fruebjergvej 3, DK

**TOPOTARGET**  
Practical Answers For Cancer

## Be prepared

Anthracycline chemotherapy has long been a cornerstone of cancer therapy. However, it carries a relatively rare but potentially devastating risk: extravasation.

Anthracycline extravasation can result in severe injuries including ulceration, necrosis, slow-healing lesions, serious joint damage and may not only require surgical intervention, but also long-term suspension of cancer chemotherapy<sup>1</sup>.

**Now there is an Antidote\* - Savene™ from TopoTarget.**

Savene™ has shown a clinical success rate of > 98% in biopsy proven anthracycline extravasation. It not only avoids the need for surgery but also allows to continue chemotherapy without interruption<sup>2</sup>.

Savene™ is available as an 'on-site-ready-to-use' emergency kit – allowing you to always prevent an accident from becoming an emergency.

[www.savene.com](http://www.savene.com)



### The Antidote to anthracycline extravasation

\* Effective against doxorubicin, epirubicin, daunorubicin, idarubicin

1. Mouridsen H.T. et al. Treatment of anthracycline extravasation with Savene (dexrazoxane): results from two prospective clinical multicentre studies. *Ann Oncol.* 2007; Volume 18 Issue 3:546 - 550. 2. Mouridsen HT, et al. Treatment of anthracycline extravasation with Savene (dexrazoxane). Results from two prospective clinical multicenter studies. *ESMO late-breaking Abstract Session: 2 Oct 2006.*

# **EONS Awards: Eccellenza in management, pratica clinica e formazione nell'infermieristica oncologica.**

L'Associazione Europea di Nursing Oncologico ha il piacere di annunciare che, nel corso della 6<sup>a</sup> EONS Spring Convention di Ginevra, Svizzera (27-29 marzo 2008), saranno assegnati i seguenti premi: l'EONS Excellence in Education grant, l'EONS Excellence in Clinical Practice grant e l'EONS Nursing Management grant.

EONS attribuisce ogni anno questi tre riconoscimenti a coloro che sono impegnati nella formazione, nella gestione e nella pratica clinica oncologica: lo scopo è riconoscere l'eccellenza in queste tre aree distinte del nursing oncologico, di promuovere l'eccellenza e la diffusione della buona pratica e di dotare la comunità infermieristica oncologica europea di modelli appropriati di eccellenza, come stimolo per ulteriore sviluppo.

La definizione di "eccellenza" ha suscitato molte discussioni tra manager, formatori e membri del team EONS ormai da molti anni. Sembra che gli infermieri esitino a proporre se stessi o altri per questi premi. Le informazioni circa la candidatura per un premio saranno presto disponibili, ma sembra appropriato iniziare a pensare al metodo per tempo e qualche informazione sui criteri da usare ti aiuterebbe a riflettere sui meriti di ogni nomina che tu possa voler fare, una volta annunciato il bando di concorso.

Il concetto di eccellenza che sarà usato per decidere i vincitori di quest'anno è "una prestazione che ha meriti fuori dal comune e distingue l'infermiere come eccezionale tra i colleghi". Ci si aspetta che i candidati dimostrino creatività, leadership, spirito e visione di gruppo, oltre all'abilità nell'area scelta (formazione, management, pratica clinica). Un fattore importante da considerare è che l'eccellenza può essere dimostrata a livello locale, nazionale o europeo o in qualsiasi combinazione di questi livelli: nomine che dimostrino l'eccellenza all'interno di un'unità, ospedale, organizzazione o istituzione formativa hanno la stessa considerazione di quelle che la dimostrino a livello nazionale o europeo, purché incontrino la definizione sopra citata di eccellenza e il lavoro professionale sia consacrato essenzialmente (se non unicamente) alla cura clinica dei pazienti oncologici o delle loro famiglie, alla formazione di chi se ne prende cura, o nel management o nei servizi, staff od organizzazioni che dispensano cure oncologiche. Ulteriori dettagli sul modo di presentare una candidatura sono disponibili sul

sito dell'EONS: [www.cancerworld.org/eons](http://www.cancerworld.org/eons) e sono stati spediti alle società nazionali e ai soci EONS.

Nel frattempo, inizia a cercare esempi di eccellenza nella tua realtà o in altre e non temere che gli altri ne vengano a conoscenza.

## **Bando di concorso per l'assegnazione del Novice Researcher Award 2008**

Come finalità dell'associazione è in corso la strategia di promuovere la condotta, la divulgazione e l'utilizzo della ricerca infermieristica oncologica, ed EONS ha il piacere di annunciare il bando di concorso per la lettura di un neo-ricercatore alla 6<sup>a</sup> EONS Spring Convention. Questo riconoscimento è sponsorizzato con grande piacere dall'European Journal of Oncology Nursing.

EONS invita i soci a inoltrare domanda per questo prestigioso premio. Il candidato vincitore sarà invitato a frequentare il congresso e a esporre la lettura premiata. L'iscrizione al congresso e la sistemazione alberghiera, nonché le spese di viaggio, saranno coperte.

Sono benvenute le domande dei neo-ricercatori infermieri che sono attualmente coinvolti in modo attivo nella ricerca infermieristica e che sono disposti a presentare il progetto premiato durante il congresso.

I candidati dovranno presentare un abstract redatto in lingua inglese del proprio lavoro con un massimo di 1500 parole (un riassunto del lavoro in formato A4), che sarà pubblicato negli atti del congresso, oltre a un breve curriculum vitae con una fototessera.

I candidati devono essere membri di EONS. Le domande per il premio saranno esaminate da un gruppo di ricercatori infermieri del Team di EONS. I criteri di selezione comprenderanno il merito scientifico, la rilevanza nelle cure oncologiche, la fattibilità e la conoscenza.

I risultati saranno comunicati nel gennaio 2008. Le domande dovranno essere presentate alla sede EONS entro e non oltre il 30 settembre 2007.

Non vediamo l'ora di ricevere domande da molti colleghi infermieri di tutta Europa.

## **Bibliografia**

1. Cancer Research UK (2003) Facts on Cancer. London: Cancer Research UK.
2. National Institute for Clinical Excellence (2002) Improving Outcomes Guidance for Urological Cancers. The Manual. London: NICE.
3. Jani A & Hellman S (2003) Early prostate cancer: clinical decision-making. *The Lancet*. 361: 1045-1053.
4. Kelly D, (2004) Male Sexuality in Theory and Practice. *Nursing Clinics of North America*. 39: 341- 357.
5. Meerabeau L (1999) The management of embarrassment and sexuality in healthcare. *Journal of Advanced Nursing*. 29: 1507-13.
6. Heyman EN & Rosner TT (1996) Prostate cancer: An intimate view from patients and wives. *Urologic Nursing*. 16: 37-44.
7. Roe B & May C (1999) Incontinence and sexuality: findings from a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing* 30: 573-79.
8. Montoro C, Rogers P, Coleman M, Robinson J & Pickett M (2001) Beyond sexual assessment: lessons learned from couples post radical prostatectomy. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 13: 511-16.

# Tumore prostatico: lo screening

L. Denis

Director, Oncology Centre Antwerp (OCA), Antwerp, Belgium  
Europa Uomo

Che un grammo di prevenzione valga più di un chilo di trattamento rimane un'idea popolare in molte culture. E' sicuramente vero che questa affermazione si applica ad un gran numero di minacce alla sanità pubblica come ad esempio nel controllo della velocità delle automobili e delle cinture di sicurezza allacciate per prevenire gli incidenti, i programmi per smettere di fumare e le informazioni sulla possibilità di diminuire i rischi di malattie sessualmente trasmesse quali l'HIV. Tuttavia la prevenzione del cancro rimane controversa e la prevenzione del cancro della prostata ancora di più.

Il cancro prostatico è rimasto nel secolo scorso un problema in qualche modo trascurato per tre ragioni principali: risultava incurabile dopo la diagnosi, era una malattia degli anziani, e il trattamento ormonale portava sollievo nella maggioranza dei casi. Questa situazione cambiò drasticamente con l'introduzione dell'antigene specifico per la prostata (PSA), un semplice test del sangue che indica il rischio di avere un cancro prostatico. Simultaneamente abbiamo assistito allo sviluppo dell'arma bioetica, che consente di eseguire biopsie multiple indolori della ghiandola prostatica, e l'ultrasuono transrettale (TRUS) che offre un accurato posizionamento dell'ago biotico nelle varie regioni della prostata. Una tecnica straordinaria era nata e si tradusse in migliaia di pubblicazioni che esaltavano le virtù di questa procedura diagnostica.

## Screening Tumorale

L'entusiasmo per questa tecnica superò la cautela e molte persone dimenticarono che la U.S. Food and Drug Administration impiegò un anno per approvare l'uso del PSA nel diagnosticare una malattia progressiva ma ben cinque anni per approvare il PSA come marker diagnostico per il cancro prostatico. Non si considerò la realtà complessa in base alla quale i risultati dello screening portavano ad un eccesso di individuazione, ad un incremento dei falsi positivi e negativi e anche ad un eccesso di trattamento. Un caso classico è rappresentato dallo screening del neuroblastoma avvenuto nel 1996 in Giappone che portò a un incremento di cinque volte gli interventi chirurgici e nella mortalità (1). Tutti conosciamo le difficoltà nel valutare i vantaggi di uno screening del cancro della mammella nelle donne che hanno oltre i 50 anni e in quelle dai 40 anni in su. TRANSBIG, la rete internazionale di ricerca collegata al Breast International Group (BIG), afferma con molta chiarezza che il suo obiettivo è quello di sviluppare dei trattamenti per il cancro del seno individualizzati e ridurre l'eccesso di trattamento dal 10 al 20% dei casi (2). I mezzi giornalistici e televisivi hanno messo in luce recenti risultati di test di screening falliti per il cancro ai polmoni. In questo caso, una TC a scansione ha individuato un cancro al polmone 144 volte in 3.246 persone. Ciò si è tradotto in un aumento dell'oltre 300% dei casi previsti e un aumento del 1000% dell'intervento chirurgico, per dei tassi di mortalità identici senza screening (3). Gli esperti di sanità pubblica ed biologi che riconoscono il pericolo di

## Tavola 1. Principi di screening tumorale

- la malattia dovrebbe essere considerata come un importante problema di salute
- la malattia avere una fase pre-clinica e individuale
- la storia naturale delle lesioni identificate attraverso lo screening dovrebbe essere a disposizione del medico
- dovrebbe esistere un sistema efficace di trattamento delle lesioni
- lo screening dovrebbe essere accettabile e sicuro

(Adapted from AB Miller, 1996)

un approccio così semplicistico hanno descritto i principi dello screening che sono stati condensati in cinque punti da Anthony Miller nel 1996 (Tavola1).

L'uso di una corretta definizione è importante: lo screening è l'esame sistematico per le persone di sesso maschile asintomatiche per l'individuazione e la speranza di curare la malattia localizzata in una data popolazione. Lo screening non ha l'obiettivo di soddisfare le necessità del paziente singolo. E' proprio in questo senso che l'uso del case-finding o la diagnosi precoce sono più appropriati. Non occorre essere Einstein per usare un test che rivela un maggior numero di cancro e affermare che se tutti i cancro vengono curati si salveranno delle vite. Il problema è quante vite vengono salvate e a quale prezzo di sofferenza umana e di costi per la sanità? Attualmente, è necessario operare dai 17 a 22 uomini per salvare una vita con il risultato che la metà di questi così trattati risulta impotente ed un quarto incontinente (4) il che solleva molti dubbi circa i benefici di tali procedure. Europa Uomo, la coalizione Europea contro il cancro alla prostata ritiene che la qualità della vita sia di primaria importanza e che l'indicazione di un trattamento aggressivo dovrebbe essere limitato ai pazienti più giovani a rischio di malattia mortale - in realtà soltanto una percentuale ridotta del numero totale di uomini con diagnosi di cancro prostatico.

## I 5 punti di Miller applicati al tumore prostatico

### Un problema di salute importante

Il cancro della prostata è il cancro principale nei maschi (20.3%) in Europa. Questa cifra può essere influenzata dalla frequenza dell'uso di test del PSA che aveva avuto un effetto simile come fare le mammografie per il cancro del seno. Il numero di morti è tuttavia aumentato del 16% nel 1995 e ciò in seguito al rapido aumento delle persone di sesso maschile che era giunta ad un'età avanzata. Il rapporto delle cifre per incidenza (nuovi casi/anno) di 237,800, il tasso di mortalità di 85,200, e la prevalenza del cancro su 2 milioni uomini nell'EU fa sì che il problema del trattamento del cancro alla prostata rappresenti una priorità nella politica sanitaria (5).



### Una fase pre-clinica da scoprire

Il cancro prostatico è caratterizzato da una lunga fase sub-clinica (da 10 a 20 anni). Considerato come l'argomento più forte a favore dello screening, questa lunga fase sub-clinica è anche una discussione ad evitare di diagnosticare un cancro alla prostata asintomatico in persone di sesso maschile con un'aspettativa di vita limitata a 10 anni. In effetti dopo la prima diagnosi passano dai 10 ai 15 anni prima che la persona muoia per questa malattia. Con un'aspettativa

di vita media di + 77 anni nell' EU sembrerebbe ragionevole non effettuare uno screening su uomini oltre i 70 anni. L'affermare che il PSA > 4 ng/ml come maggiore fattore di rischio (ora considerato obsoleto) provocò uno tornado di biopsie che si tradusse in un aumento dell'incidenza. L'individuazione di tumori minori incluso il cancro indolente o silente portò ad un significativo spostamento per quanto riguarda la fase del cancro individuato e a un abbassamento dell'età media dei pazienti al momento delle diagnosi (6). In parole semplici, le biopsie dirette del PSA anticipano la diagnosi clinica di 10 anni e la maggior parte dei pazienti nell'era del PSA presenta delle fasi anticipate di malattia con ben pochi sviluppi metastatici. Tuttavia il 50% non necessita di trattamenti immediati, il 30% probabilmente non avrà mai bisogno di trattamento e il 25% di coloro che noi trattiamo presentano una malattia localmente avanzata (7).

#### *Evoluzione dei tumori identificati*

I fatti sono molto semplici. Il cancro alla prostata inizia all'età di 30 anni e la metà di tutti gli uomini ha qualche tipo di lesione precancerosa (neoplasia prostatica intraepiteliale - PIN) oppure cancri microscopici che possono essere identificati solo attraverso un attento esame istologico o autoptico o su campioni chirurgici a partire dall'età di 50 anni. La percentuale di questi mini-cancri aumenta con l'età. Ad 80 anni un uomo ha l'80% di probabilità di sviluppare un cancro microscopico. Questi cancri istologici sono definiti latenti in quanto non sembrano comportarsi come tali. Tuttavia, alcuni di questi cancri controllati dalle nostre difese immunitarie crescono effettivamente molto lentamente e nel corso del tempo possono essere individuati di solito ad una dimensione di 0,5 cc fino al 30% negli uomini intorno ai 60 anni nel mondo occidentale. Il numero di cancri verificati attraverso la biopsia è variabile nelle diverse parti del mondo: risulta minore nei paesi Asiatici e maggiore di gran lunga nei paesi Afro-Americani il che solleva il problema della determinazione genetica e dello stile di vita come possibili fattori che contribuiscono al cancro. Solo un terzo(10%) degli uomini del mondo occidentale sviluppa cancro alla prostata con sintomi. Dopo un lungo corso di malattia, le metastasi sono individuate dopo 7 o 10 anni e dal 2 al 4% dei pazienti muore di cancro dopo 10 o 15 anni. Queste cifre indicano che la maggior parte dei cancri minori resta latente e che lo screening deve condurre ad una più che accurata individuazione e se possibile ad un più che accurato trattamento. Non c'è garanzia che questi mini cancri non diventeranno mai aggressive nel corso degli anni e della durata della vita. Da un punto di vista generale, una politica sanitaria di prevenzione meno rigida è indicata per le persone che hanno oltre i 65 anni ma una cautela estrema è

#### **Tavola 2: Problemi specifici nei superstiti olandesi al cancro prostatico e confronto con la popolazione sana coetanea (%)**

	In cura	Sani
Incontinenza urinaria	23 - 48%	4%
Incontinenza intestinale	5 - 14%	2%
Disfunzione erettile	40 - 74%	18%

(Adapted from TF Mols, 2007)

consigliabile nel range di età dai 50 ai 65. E' comprensibile che questo punto di certezza può essere usato pro oppure contro la pratica dello screening e rimane alla base di una continua controversia tra gli esperti di sanità pubblica ed i clinici.

#### *Una cura efficace c'è*

Non vi è alcun dubbio che la chirurgia, la radiazione (esterna o interna) e altre forme di trattamento con il freddo (criochirurgia) o con il calore

(ultrasuoni ad alta focalizzazione) possono distruggere il cancro alla prostata e tutti i cancri limitati alla ghiandola.

La politica di trattamento preferita dell'ultimo secolo era quella di cercare di distruggere. Basata sulla nostra accresciuta conoscenza ed esperienza ora il nostro scopo è focalizzare e controllare.

Approssimativamente il 50% dei cancri individuati attraverso gli screening non necessita di trattamento ciò significa risparmiare al paziente gli effetti collaterali di obliterazione della prostata. Gli effetti collaterali del trattamento diventano meno pesanti e migliorano nella tecnica sia chirurgica che radioterapica ma rimangono sostanziali se esaminiamo gli effetti collaterali riportati in uno studio di 964 pazienti sopravvissuti dopo 5 o 10 anni dal primo trattamento basato sul questionario dell'UCLA-EPIC and SAC (Tavola 2) (8).

#### *Il test di screening è accettabile e sicuro*

Non vi è dubbio che il test del PSA, usato per indicare il rischio di avere un cancro prostatico, è accettabile per il paziente ed è facile da eseguire. Questo test è stato rapidamente accettato dalla professione medica ed ora è un test diffuso che viene utilizzato di routine negli uomini che stanno invecchiando. Tuttavia il PSA non è un test specifico per il cancro alla prostata ma per le malattie prostatiche quali quelle che producono un incremento del numero dei falsi positivi e negativi che causano un senso di ansietà nei pazienti o un falso senso di sicurezza. Lo sviluppo di un certo numero di derivati miranti ad aumentare il valore positivo predittivo (PPV) indica che il test non è molto affidabile (nella clinica è accettato un range da 4 a 10 ng/dl). Uno screening del PSA libero non è affidabile in quanto le analisi di laboratorio devono essere eseguite entro 2 o 3 ore dal prelievo del campione di sangue. Sono più affidabili test ripetuti nel corso del tempo finalizzati a valutare la cinetica del PSA.

#### **Provare il beneficio dello screening sulla popolazione**

E' ovvio che una riflessione sulle risposte alle cinque domande dei cinque requisiti richiesti per lo screening del cancro alla prostata lascia molto spazio ad incertezze e considerazioni. Per risolvere il problema, una valutazione delle randomised controlled trials (RCT) può fornire la dimostrazione dei benefici dello screening nell'abbassare la mortalità del cancro nella popolazione con un'accettabile morbilità (9). La complessità dell'esecuzione e dell'interpretazione dell'RCT sul cancro alla prostata, che richiede da 10 a 15 anni di follow up, rappresenta una delle ragioni per cui solo 3 RCT sono stati realizzati nel secolo scorso per valutare i benefici dello screening. Nello studio del Quebec, iniziato nel 1988 che includeva 7,155 pazienti analizzati, ha avuto un breve successo, poiché affermava che era possibile ridurre nel 69% dei casi dopo la pubblicazione del 1999 (10). Tuttavia, fu stabilito molto rapidamente che l'analisi non seguiva la metodologia prescritta dallo screening ed una successiva ri-analisi mostrò un eccesso di morti nel gruppo di studio il che suggerì a sua volta che la selezione non era stata condotta in modo corretto (11). Lo studio PLCO includeva 74.000 uomini sottoposti ad esame rettale digitale e i test annuali del PSA a partire dal 1993 e i cui risultati saranno disponibili nei prossimi anni. L'ERSPC includeva un campione di 270.000 uomini e fu ufficialmente lanciato nel 1993 (12). Il suo scopo era quello di misurare la mortalità in prospettiva ai test di screening DSE, PSA e TRUS, oltre che a valutare la qualità di vita (QoL) ed il rapporto costo-beneficio.

Recentemente si mettono a confronto trattamenti curativi comparati [PROTECT study (13)] o una predisposizione genetica [IMPACT trial (14)] o una valutazione di individuazione nell'eliminazione di un eccesso di trattamento attraverso la selezione di cancri prostatici silenti (PRIAS study). Quest'ultimo secondo studio rappresenta parte integrante del PROCABIO come il paziente del PRIAS rappresenta il modello ideale per completare la prognosi su base istologica attraverso la ricerca dei bio-marker che indicano i primi segni genetici di un cancro aggressivo.(www.prias-project.org). Prevediamo che i risultati di

questo studio forniranno delle indicazioni mirate per la gestione individuale del cancro alla prostata nei paesi dell'EU.

#### Risultati preliminari dell'ERSPC Trial

I risultati conclusivi sulla mortalità del cancro prostatico basato sullo screening non sono ancora disponibili in quanto dipendono dal numero di eventi (morti) dei partecipanti al trial. Tuttavia, i risultati confermano che il cancro prostatico presenta una lunga anamnesi di trattamento e che la mortalità è bassa. L'analisi secondaria ha fornito varie informazioni sugli strumenti di screening DRE, PSA and TRUS.

#### Esplorazione Rettale Digitale (DRE)

I sintomi non sono affidabili come screening. La difficoltà di evacuazione, per esempio potrebbe essere data da un'iperplasia prostatica benigna (BPH). Mentre sintomi urinari causati dal cancro prostatico indicano una malattia incurabile. Alcuni anni fa un programma nazionale di screening in Germania basato sul DRE fallì completamente. Laddove il DRE è un esame standard in ogni esame fisico il suo utilizzo nell'era del PSA è di scarso beneficio nell'individuazione precoce del cancro prostatico (15). L'esecuzione di DRE in un programma di screening può rappresentare una barriera alla partecipazione del paziente (16). Tuttavia noi insistiamo sul fatto che il medico alla ricerca di una diagnosi precoce di cancro prostatico su una base individuale dovrebbe eseguire questo semplice esame.

#### Ultrasuoni transrettali (TRUS)

Quando il sistema dell'ultrasuono transrettale venne introdotto in Europa nel 1975 c'erano grandi speranze di stabilire una diagnosi di immagine per il cancro prostatico indolore, affidabile, economica. Questo esame diventato uno standard nella valutazione urologica del tratto urinario inferiore per misurare il volume della prostata e la direzione dell'ago da biopsia in aree specifiche prostatiche, ma non è risultato affidabile nella diagnosi precoce del cancro (17). Numerosi miglioramenti nell'hardware e nel software sono stati introdotti senza però che ciò portasse ad uno sviluppo della tecnica. Uno di questi ultimi l'histoscanning che è eseguito estraendo e quantificando gli aspetti statistici delle onde ultrasoniche riflesse. Altre tecniche di immagini includono la risonanza magnetica per immagini (MRI) ma non hanno dimostrato efficacia. L'affidabilità del TRUS è altamente dipendente dalla tecnica e dall'interpretazione: il medico deve essere abile nell'eseguire il TRUS e il radiologo deve essere altrettanto abile a leggere la scansione. Bisognerebbe poi utilizzare un'ulteriore biopsia se un'area è considerata sospetta per cancro..

#### PSA e derivati

Nei termini di utilizzazione clinico e di qualità per la valutazione di una progressione del cancro prostatico, il PSA e suoi derivati rimangono uno dei marker migliori e popolari in oncologia. I suoi limiti nella diagnosi sono dovuti alla sua specificità per quanto riguarda le malattie prostatiche in generale piuttosto che il cancro prostatico in particolare e la prevalenza dell'iperplasia prostatica benigna (BPH) negli uomini al di sopra dei 50 anni. Esiste inoltre una variabilità fino al 40% per quanto riguarda i valori riportati in un contesto clinico dovuti alla

variabilità biologica e metodologica. È ovvio che l'attività sessuale e l'utilizzo della bicicletta incrementano il PSA e non tutti i clinici riconoscono i risultati ottenuti da differenti campioni (18). Una guida pratica ad un uso più affidabile del PSA per determinare il rischio di cancro alla prostata dopo i 50 anni viene presentata nella Tavola 3. Il colpo finale all'affidabilità del valore del PSA totale (tPSA) risultato dal Prostate Cancer Prevention Trial (PCPT) (19). In questo trial viene eseguita una biopsia su tutti i partecipanti consenzienti dopo sette anni di follow-up. Una percentuale fino al 40% dei cancri si attestava dove c'erano range bassi di PSA. Questo risultato è stato precedentemente riconosciuto ed è stata la ragione per cui l'ERSPC abbassò l'indice di biopsia da 4 a 3 ng/ml PSA.

#### Conclusione

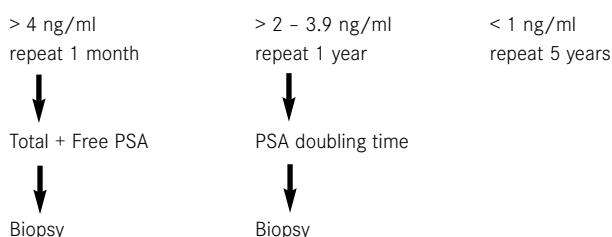
Mancano delle valide evidenze cliniche per sostenere un progetto di screening su larga scala basato sulla mortalità e morbilità del cancro alla prostata. Esistono inoltre molte controversie circa l'affidabilità e la validità del DRE, TRUS e PSA oltre che dei loro derivati come strumenti di screening per il cancro alla prostata.

La realtà è anche peggiore se incominciamo a mettere in discussione le basi per una diagnosi di cancro sul tessuto istologico. La scala di Gleason è stata adottata come un sistema di graduazione fine ma ha dimostrato di essere poco applicabile nella pratica clinica. Si sta verificando un ritorno alle registrazioni tradizionali di cancri di alto grado presente nei campioni biopsici (20). Il numero e la posizione delle biopsie influenzano la percentuale di diagnosi che con i risultati di falsi negativi aumentano l'incertezza nella diagnosi del cancro prostatico. In attesa di risultati di studi random a lungo termine non è consolante sapere che 80.000 Europei muoiono ogni anno di cancro alla prostata. Dobbiamo fare meglio.

Paradossalmente, una via di uscita da questo problema è data dai risultati dello screening per il cancro prostatico che hanno rilevato dei cancri silenti nel 50% dei soggetti maschili sottoposti all'esame, il quale può causare ansia al paziente ed il medico ma non danneggerà il paziente e la sua vita.(21). Questi pazienti sono candidati ad una sorveglianza attiva rispetto al sistema classico della chirurgia radicale o della radioterapia. Una sorveglianza attiva non dovrebbe essere confusa con attenta un'attesa dell'evento. Il trattamento primario per localizzare il cancro prostatico

Il primo trattamento del cancro prostatico localizzato lascia le opzioni di cura aperte se, contro ogni previsione, c'è una progressione del cancro indolente. I pazienti che partecipano alla sorveglianza attiva sono adatti per intraprendere una ricerca sui nuovi biomarker che indicano l'aggressione e progressione sulla localizzazione del cancro prostatico. Il progetto PROCABIO (PROstate CANcer BIOmarkers) intende far ciò utilizzando il PRIAS (Prostate cancer Research International Active Surveillance) trial per la valutazione del protocollo di sorveglianza attiva. In questo protocollo verrà anche inclusa la valutazione alcuni derivati del PSA tali come la densità, la velocità e il tempo di raddoppiamento. Il diritto di ciascun uomo ad un trattamento medico ottimale è fuori questione e qualsiasi richiesta da parte del singolo individuo di una diagnosi precoce di cancro prostatico merita personale attenzione. Ai pazienti dovrebbe essere data un'informazione completa su tutti gli aspetti della diagnosi precoce per il cancro prostatico. Si registra una tendenza ad abbassare l'età dei pazienti che si sottopongono all'esame del PSA nella speranza di individuare i tumori aggressivi in tempi utili evitando al tempo stesso i falsi positivi l'BPH che di solito causano problemi dopo i 50 anni. La bassa prevalenza di malattia aggressiva rende difficile l'esercizio clinico e richiede cautela ed attenzione. La scoperta di un nuovo biomarker porterebbe ovviamente ad un cambiamento totale del concetto. Ultimo, ma non meno importante è il danno potenziale del test del PSA che può portare ad altri test e trattamenti non necessari con effetti collaterali psicologici e di stress sociale. Poiché c'è il rischio di esagerare nei trattamenti negli anziani e di utilizzare trattamenti insufficienti negli uomini di mezza età, una considerazione speciale del medico dovrebbe essere diretta al paziente, alla sua età (biologica) e alle sue necessità.

**Tavola 3: Algoritmo per il rischio di diagnosi di cancro a 55-70 anni basato sul PSA**



(From OCA, 2007)



## Bibliografia

1. Welch HG (2004): Should I be tested for Cancer? Maybe not and here's why.
2. Straehle C et al: Tailored Treatment for Breast Cancer, Poster 4th UICC world Cancer Conference for Cancer Organisations, Dublin - Ireland, November 17-19, 2004.
3. International Herald Tribune: CT scan for lung cancer is called risky, March 4, 2007
4. Schröder F, Albertsen P: The Motion: There is Evidence That Prostate Cancer Screening Does More Good than Harm, European Urology 50: 377-380, 2006.
5. Boyle P et al: Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006, Ann Oncol 18: 581-592, 2007.
6. Aus G et al: Prostate Cancer Screening Decreases the Absolute Risk of Being Diagnosed with Advanced Prostate Cancer - Results from a Prospective, Population-Based Randomized Controlled Trial, European Urology 51: 659-664, 2007.
7. Roehl KA et al: Cancer progression and survival rates following anatomical radical retropubic prostatectomy in 3.478 consecutive patients: long-term results, J Urol 172: 910-914, 2004.
8. Mols TF: Psychical and psychological well-being among long-term cancer survivors, Universiteit Tilburg, 2007.
9. Denis L et al: Report of the consensus workshop on screening and global strategy for prostate cancer, Cancer 75: 1187-1207, 1995.
10. Labrie F et al: Screening decreases prostate cancer death. First analysis of the 1998 Quebec prospective randomized controlled trial, Prostate 38: 83-91, 1999.
11. Boyle P: Screening for prostate cancer: have you had your cholesterol measured?, BJU International 92: 191-199, 2003.
12. Schröder F et al: The story of the European Randomized Study for Screening for Prostate Cancer, BJU International 92: 1-13, 2003.
13. Donovan J et al: ProtecT Study Group. Prostate testing for cancer treatment (ProtecT) feasibility study, Health Technol Assess 7: 1-88, 2003.
14. Mitra AV et al: A review of targeted screening for prostate cancer: introducing the IMPACT Study, BJU International 2007: in press.
15. Catalona WJ et al: Comparison of digital rectal examination and serum prostate specific antigen in the early detection of prostate cancer: results of a multicenter clinical trials of 6.630 men, J Urol. 151: 1283-1290, 1994.
16. Nagler HM et al: Digital rectal examination is barrier to population-based prostate cancer screening, Urology 65: 1137-1140, 2005.
17. Braeckman J, Denis L: The practice and pitfalls of ultrasonography in the lower urinary tract, European urology 9: 193-201, 1983.
18. Stephan C et al: Different prostate-specific antigen assays give different results on the same blood sample: an obstacle to recommending uniform limits for prostate biopsies, BJU International 2007: in press.
19. Thompson IM et al: Assessing prostate cancer risk: results from the Prostate Cancer Prevention Trial, J Natl Cancer Inst 98: 529-534, 2006.
20. Vis AN et al: Should we replace the Gleason score with the amount of high-grade prostate cancer?, European Urology 51: 931-939, 2007.
21. Draisma G et al: Lead times and over detection due to PSA screening, J Natl Cancer Inst 95: 868-878, 2003.



## ANNOUNCEMENT

The European Society of Mastology, The European Society of Surgical Oncology, The European School of Oncology and the European Oncology Nursing Society are pleased to announce:

### **“The Training of Specialised Health Professionals dealing with Breast Cancer”**

One month of training in a European Breast Unit  
between January and April 2008

*Prior to the training period the selected candidates will be offered a comprehensive teaching package*

The aim of the programme is to allow young clinicians and nurses dedicated to breast cancer to improve their theoretical knowledge and practical skills in the patient management, in order to create a core team made up of health professionals from various disciplines who have undergone specialist training in breast cancer beyond that given in general training.

#### **Training Fellowship by competitive application**

**Final deadline for application: 31 July 2007**

- ✓ Potential candidates have a maximum age of 40 years for MDs and 45 years for nurses
- ✓ Priority will be given to applicants already working in the field of breast cancer (radiologists, pathologists, surgeons, radiotherapists and medical oncologists, breast care nurses)
- ✓ Candidates from Eastern Europe will be given the priority
- ✓ A good knowledge of the English language is required

Interested candidates should send a copy of their curriculum vitae in English, together with an accompanying letter of recommendation from the Head of the Department that they are working in and a covering letter explaining their motivation. Successful candidates will be notified September 15<sup>th</sup>

For more information or to submit an application,  
please contact the European Society of Mastology  
Via del Pratellino, 7 - 50131 Florence Italy  
Tel: +39 055 576260 fax: +39 055 55374209 e-mail: [information@eusoma.org](mailto:information@eusoma.org)



**This programme has been made possible by an educational grant from the Federation of European Cancer Societies Special Projects Fund**



*6th • EONS Spring Convention*

**GENEVA**  
**SWITZERLAND**  
27-29 MARCH 2008



**New ways of working: innovation in cancer nursing practise**  
**Nouvelles méthodes de travail: innovation des pratiques de l'infirmierie en oncologie**  
**Neue wege in der praxis: innovationen in der onkologiepflege**

Conference Chair: Sara Faithfull

In partnership with  
the Swiss Oncology  
Nursing Society

Powered by

## Il primo Master EONS: un successo schiacciante!

Seguendo i passi dei “Masterclass” multidisciplinari patrocinati dall’European School of Oncology, EONS ha lanciato il primo Master in Nursing Oncologico a cavallo di febbraio e marzo di quest’ anno. Da un gran numero di richieste, 40 partecipanti rappresentanti di 17 paesi hanno ricevuto l’approvazione del Comitato di verifica EONS per assistere all’evento. Questo evento educativo e multidisciplinare, orientato alla pratica, è stato fatto da una facoltà internazionale. Sono stati assegnati crediti ECM e le tasse di registrazione e di sistemazione sono state sostenute dai partecipanti. È stata coperta una grande varietà di materie, supponendo che i partecipanti avessero un livello avanzato di conoscenza in queste aree. Alcuni argomenti sono stati presentati da accademici esperti in medicina e infermieristica, tra cui patologia, diagnosi, trattamento dei vari tumori, valutazione e trattamento dei sintomi. Oltre alle sessioni didattiche che a volte sono state tenute insieme da un medici e infermieri, è stato offerto un workshop sulle cure palliative. Poiché per il gruppo l’obiettivo del Master era coinvolgere gli infermieri nella ricerca infermieristica, sono state anche offerte sessioni su Evidence Base Nursing e suo contributo al nursing, preparando proposte di ricerca e pubblicazioni scientifiche. Il riscontro dei partecipanti è stato straordinariamente positivo. La maggioranza ha valutato il contenuto del corso come molto rilevante per il proprio lavoro, e tutta la qualità del programma formativo molto buona o eccellente. Oltre all’indagine di valutazione, EONS ha richiesto ai partecipanti di completare un breve questionario sulla loro esperienza al Master. Di seguito riportiamo alcuni punti dei risultati del questionario.

Il supporto finanziario per frequentare il Master è stato dato quasi esclusivamente dal partecipante o dal datore di lavoro. La grandissima parte dei partecipanti ha usufruito del permesso annuale, pochissimi hanno riferito di aver avuto un permesso per partecipare a un evento formativo.

In termini di suggerimenti per migliorare il Master, una maggioranza dei dichiaranti ha risposto che le materie più rilevanti dal punto di vista infermieristico sono state presentate. Sebbene le materie mediche fossero interessanti, considerando la breve durata del corso, i dichiaranti hanno percepito che il tempo sarebbe stato speso in maniera migliore concentrandosi sugli argomenti infermieristici di ambito oncologico. Alcuni suggerimenti per materie future sono stati la misura dei servizi di supporto psicologico per infermieri; le presentazioni di casi focalizzati sulla gestione dei sintomi e una informazione più approfondita sul progettare studi di ricerca infermieristica.



Quando è stato chiesto quale messaggio o esperienza del corso avesse fatto migliore impressione, i dichiaranti hanno risposto che è stata la certezza di capire che problemi e sfide nell’assistenza oncologica sono gli stessi in tutta Europa. La compartecipazione dei problemi comuni attraverso la discussione sembrerebbe aver promosso un sentimento di unità fra i partecipanti e ha aiutato a infrangere le barriere culturali. Una maggioranza di infermieri ha risposto che sebbene vi fosse poco tempo libero, utilizzavano i coffee-break e la cena per incontrarsi – un’attività riferita da molti come veramente utile per trovare idee brillanti per la soluzione di problemi comuni della pratica clinica quotidiana. Poiché l’obiettivo del Master era la ricerca infermieristica, molti hanno riportato che realizzavano in quel momento l’importanza dei risultati implementati dalla ricerca basata sulle evidenze nella loro pratica.

Naturalmente i dichiaranti hanno anche fornito una rivisitazione critica del corso. Come accennato in precedenza, una critica comune è stata la quantità di informazioni mediche presentate. Hanno raccomandato più sessioni congiunte e meno medici di lingua francese!

Inoltre hanno segnalato di volere più sessioni pratiche. Poiché il programma era piuttosto corto, sono stati raccomandati coffee-break più lunghi e cene più corte per avere il tempo per la conversazione o per la riflessione individuale.

Alcune citazioni dirette dei partecipanti alla domanda: “Quale messaggio vorresti comunicare ai membri EONS riguardo la tua esperienza?” sono state:

- È stato grande incontrare fisicamente quegli infermieri che hanno contribuito così tanto al nursing oncologico in Europa
- Lavorare in rete con altri infermieri è un’esperienza fantastica
- La presenza al Master ha costituito una pietra angolare per il mio lavoro come infermiera clinica specializzata
- Se un infermiere sta cercando l’ispirazione dalle esperienze di infermieri esperti, frequenti il Master
- La ricerca infermieristica non è spaventosa
- Un metodo europeo unificato per l’assistenza oncologica è possibile
- È stata un’esperienza esilarante (sic, ndt) ed esauriente
- Lavorare in rete è un metodo di legittimazione degli infermieri oncologici in Europa”

I risultati del primo Master EONS in Oncologia hanno dimostrato che gli obiettivi del programma sono stati realizzati e i partecipanti hanno lasciato il corso con nuova conoscenza, nuova comprensione, e forse perfino una rinnovata energia. Gli organizzatori del corso sono stati altamente elogiati per l’eccellente programma e per lo scorrere perfetto degli eventi. Visti i risultati positivi del primo Master, un secondo è già in progettazione e non e non sarebbe potuto mancare!

# Conferenza infermieristica ungherese e dimostrazioni sull'oncologia

12-14 aprile 2007 – Tihany – Ungheria



Una conferenza per infermieri in oncologia operanti in Ungheria si è svolta a Tihany dal 12 al 14 aprile. È stata la seconda volta che la conferenza, organizzata dall'Istituto Nazionale Ungherese di Oncologia, è stata messa in atto.

Gli obiettivi della conferenza erano:

- Rafforzare le specializzazioni nel nursing oncologico fornendo ai partecipanti l'opportunità di condividere le conoscenze attraverso le presentazioni;
- Fornire crediti formativi per l'educazione continua ai partecipanti;
- Scambiare informazioni sulla pratica infermieristica;
- Riorganizzare la Sezione di Nursing Oncologico della Società Oncologica Ungherese;
- Costruire e mantenere le relazioni esterne;
- Fornire ai partecipanti un memorabile e piacevole fine settimana.

Hanno partecipato infermieri oncologici rappresentanti di diversi istituti della Nazione per la cifra record di 275 iscritti. Vi sono state 72 presentazioni orali, 37 poster e 8 simposi satellite. Alcuni degli argomenti trattati includevano: trattamenti medici del tumore, chirurgia oncologica, radioterapia, riabilitazione funzionale, gestione del dolore, aspetti di diagnosi precoce, il ruolo dell'infermiere nel sistema sanitario, formazione post laurea e aspetti legali della professione infermieristica.

I partecipanti erano concordi sull'importanza dello sviluppo della professione. La formazione continua è un elemento indispensabile per fornire un'assistenza di qualità e per promuovere lo sviluppo della professione. Queste idee sono inoltre fortemente supportate dalla Sezione di Nursing Oncologico della Società Ungherese di Oncologia. Il Prof. Dr. Edit Oláh, presidente della Società, ha fatto notare che il valore della professione è stato esaltato dal fatto che 30 infermieri sono diventati membri dell'organizzazione durante lo svolgimento del congresso.

Anche EONS era presente. Jan Foubert, Executive Director di EONS, ha fornito ai partecipanti una sagace presentazione sulla funzione e sulla struttura organizzativa di EONS così come anche sulle attività e sulle opportunità formative che offre ai propri iscritti.

I membri della commissione organizzatrice di questo evento sono sicuri che in futuro un nuovo evento si ripeterà. La sezione infermieristica della Società Ungherese di Oncologia offre agli infermieri attività che non forniscono solo eventi formativi di qualità ma l'opportunità di incontrare colleghi in un'atmosfera solidale e rilassata.



## L'edizione italiana

L'edizione italiana della newsletter EONS è curata dal Gruppo Traduzioni dell'ASSOCIAZIONE ITALIANA INFERMIERI DI ONCOLOGIA formato da: Giovanni Cavadini, Carlo Barberino, Matteo Bernardi, Lorenzo Briglio Nigro, Maddalena Cavadini, Isabella Cavazza, Anna Claudia Di Venanzio, Irene Feroce, Anna Ferrara, Marie Paule Gardes, Giusta Greco, Mariagiulia Gubinelli, Livio HorraKh, Elisa Lamborghini, Fabiana Marcucci, Micol Orlandi, Sabrina Pellachin, Roberto Quarisa, Barbara Sartorello e tutti coloro che vorranno unirsi a questa iniziativa. AIIO si avvale di traduttori non professionisti e non può garantire in modo assoluto l'assenza di eventuali discrepanze dall'originale, che è l'unica fonte bibliografica ufficiale. Ogni numero viene ricevuto gratuitamente da tutti i soci AIIO ed è disponibile on line su [www.aiio.it](http://www.aiio.it) e [www.cancerworld.org/EONS](http://www.cancerworld.org/EONS). Qualsiasi informazione può essere richiesta a [info@aiio.it](mailto:info@aiio.it) o allo 031.3371467 (Giovanni).

## Diffusione dei risultati di TITAN

Il molto riuscito e popolare programma EONS di formazione infermieristica, TITAN, continua a crescere nel suo successo. Una delle ragioni per cui TITAN è così stimato è dato dal fatto che oltre a fornire una formazione aggiornata, dà ai partecipanti l'opportunità di applicarsi attivamente su quello che hanno imparato per migliorare l'assistenza del paziente, completando un progetto di diffusione.

Un progetto di diffusione si può focalizzare sull'educazione ai colleghi, ai pazienti o ai familiari, o progettando gli strumenti pratici (per esempio una semplice check-list) per implementare le più aggiornate linee guida di pratica clinica. Gli infermieri che prendono parte a questa entusiasmante sfida sono ricompensati da un grande senso del successo. I capi del progetto vedono chiaramente i cambiamenti positivi che sono stati fatti nei propri ambienti di lavoro, per il benessere dei pazienti e spesso si ritengono autorizzati a fare di più.

Per esempio, la vincitrice del progetto di diffusione olandese del 2004, Sylvia Verhage, con i suoi colleghi Vincent Keijzers, Niek Golsteijn, Caroline Kuijpers e Jo Graat, ha sviluppato un CD, sussidio visivo di comunicazione per istruire i pazienti riguardo agli effetti collaterali da chemioterapia. In risposta al positivo ritorno della loro indagine, è stato sviluppato uno strumento con il supporto di Amgen per includere altri argomenti (come nausea e vomito), ora in uso nella pratica clinica negli ospedali di tutti i Paesi Bassi.



### I VINCITORI DEL TITAN NAZIONALE IRLANDESE

Le vincitrici per il 2006 del progetto di diffusione TITAN irlandese, Hilary Noonan e Fiona Brady, hanno progettato una guida tascabile per infermieri e medici intitolata "Assistenza ai pazienti pediatrici con sepsi/neutropenia febbrile" e hanno reso partecipi i colleghi in una sessione comune di formazione.

Sono state presentate con il loro premio a Marzo dall'Irish Association for Nurses in Oncology (IANO). Nella foto, da sinistra a destra: la vincitrice Hilary Noonan, Unità Pediatrica, Midwestern Regional Hospital, Limerick; la vincitrice Fiona Brady, Unità Pediatrica, Porticuncla Hospital, Ballinasloe, Galway; Joan Kelly, Manager dei Servizi Infermieristici, Irish Cancer Society; Dr. Annette Kent, Manager Medico, Amgen Ireland Ltd.; Marie Lavin, Presidente IANO, Lecturer presso la School of Nursing, Midwifery and Health Systems, UCD:

A gennaio l'EONS ha aperto le candidature per il premio 2006 TITAN Progetto Diffusione.

Gli organizzatori del corso sono stati invitati a selezionare il miglior progetto che hanno ricevuto dai partecipanti ai corsi da ottobre 2005 a ottobre 2006. Sei progetti di eccezionale qualità sono stati presentati da Finlandia, Germania, Grecia, Irlanda, Portogallo e Paesi Bassi. Questi saranno giudicati da un gruppo internazionale di infermieri esperti e il progetto sarà annunciato in Maggio. Il vincitore presenterà il progetto alla 14<sup>a</sup> Conferenza ECCO, che si terrà a Barcellona a Settembre 2007.



tanto che il Gruppo di Lavoro TITAN aggiorna il corso in risposta alle informazioni di partecipanti e organizzatori. Per favore, continuate a mandare il vostro contributo a EONS!

Nella foto, da sinistra a destra: Ave Lehtsaar e Siiri Telling, membri del Consiglio dell'Estonian Oncology Nursing Society e organizzatrici del TITAN estone; Jan Foubert (già Presidente EONS); Anu Saag, Presidente dell'Estonian Oncology Nursing Society e coordinatrice del TITAN estone; Kristi Bender, membro del Consiglio dell'Estonian Oncology Nursing Society; A destra, una vivace sessione di discussione.



### IL CORSO TITAN IN ESTONIA

Il Presidente del TITAN, Jan Foubert, ha visitato il corso TITAN in Estonia a Gennaio 2007 e ha trovato sia i partecipanti che gli organizzatori molto entusiasti di questa opportunità di addestramento. La sua visita è stata un grande incentivo per gli infermieri oncologici estoni. Come risultato del corso TITAN, tutte le cliniche oncologiche in Estonia hanno il materiale informativo per i pazienti sugli effetti collaterali da chemioterapia, che sono stati fatti dagli infermieri oncologici.

Le esperienze olandesi, irlandesi ed estoni illustrano come TITAN autorizzi gli infermieri a portare cambiamenti positivi nei propri posti di lavoro e alla vita dei pazienti che assistono.

# Cause, diagnosi, e trattamento dello stravasato

*Maïke de Wit, MD, PhD, Member of the Faculty, Consultant Oncology, Department of Internal Medicine Oncology/Hematology/Bone Marrow Transplantation and Section Pneumology, University Clinic Hamburg, Eppendorf, Hamburg, Germany*

## Introduzione

Lo stravasato è la perdita involontaria di farmaci endovenosi nel tessuto circostante o sottocutaneo. Lo stravasato accidentale è relativamente raro e può essere stimato accadere intorno allo 0,5% - 6% di tutti i pazienti che ricevono chemioterapia. Lo stravasato da antracicline è riconosciuto come una complicazione che spesso non è riferita né trattata ed è associata a pochi risultati (1). Tuttavia, visti l'aumentata consapevolezza tra gli operatori sanitari delle conseguenze debilitanti dello stravasato, la gestione più attenta delle antracicline e l'utilizzo più esteso di cateteri venosi centrali (CVC), l'incidenza di stravasati è probabilmente più vicina alla conclusione.

*Fig. 1 Tessuto necrotico successivo a stravasato da antracicline. (Gentile concessione S. Langer)*



I pazienti con cancro sono a rischio di stravasato per parecchi motivi. In primo luogo, i pazienti richiedono spesso infusioni endovenose multiple. Malnutrizione, frequente somministrazione di farmaci per via endovenosa così come altri effetti collegati al trattamento (es. chemioterapia, radioterapia) possono causare vene sottili e fragili e ridurre il numero di siti venosi illesi.

## Irritanti e Vescicanti

Gli agenti stravasati generalmente causano due tipi di reazioni locali cutanee: reazioni irritanti e vescicanti. Una reazione irritante solitamente accade come una flebite temporanea lungo la vena interessata. Uno stravasato da farmaci vescicanti come le antracicline, tuttavia, potrebbe causare severe reazioni compreso il progressivo danno tessutale che potrebbe continuare a progredire per giorni e settimane. Sintomi osservati spesso sono dolore, arrossamento, gonfiore, necrosi del tessuto, unito a distruzione e disfunzione permanente e cambiamento estetico dell'area interessata.

## Prevenzione dello stravasato

La maggior parte degli stravasati può essere evitata mediante l'applicazione sistematica di tecniche attente alla gestione. La chemioterapia deve essere data solo da personale addestrato e i pazienti vanno osservati durante tutta l'infusione. I pazienti vanno informati di avvisare immediatamente l'infermiere se provano bruciore, dolore o altre insolite sensazioni sul sito d'infusione. Le punture venose vanno effettuate soltanto con l'uso di cateteri flessibili. Gli aghi butterfly sono da evitare quando si somministrano agenti noti come vescicanti. Prima dell'infusione, l'aspirazione del sangue è obbligatoria così come un lavaggio con soluzione salina per 5 minuti. Questa procedura va ripetuta alla fine dell'infusione. Un'infusione parallela di soluzione salina e un port venoso sono da usarsi in pazienti con un accesso venoso scarso. Vene piccole e fragili vicine a tendini, nervi e arterie, o arti affetti da linfedema

Lista degli agenti chemioterapici secondo la tossicità locale	
Vescicanti	Doxorubicina, epirubicina, daunorubicina, idarubicina, dactinomycina (antracicline) Vincristina, vinblastina, vindesina, vinorelbina, vinflurin (alcaloidi della vinca) Mitomycina-C, mecloretamina, carmustina (agenti alchilanti)
Irritanti	Mitoxantrone, aclarubicina (DNA-antibiotici intercalanti) Etoposide, teniposide (epipodofillo tossine) Fluorouracile, floxuridine (Antimetaboliti) Cisplatino, carboplatino, dacarbazina, oxaliplatino (alchilanti o leganti DNA) Paclitaxel, docetaxel, bleomicina (altri)
Non - Vescicanti	Metotrexate, cytarabina, pentostatina, gemcitabina, capecitabina (Antimetaboliti) Ciclofosamide, ifosfamide, melphalan (agenti alchilanti) Irinotecan, topotecan, trastuzimab (altri)

vanno evitate così come siti in cui i problemi neurologici potrebbero alterare la capacità del paziente di percepire uno stravasato. L'uso di CVC ha contribuito a ridurre l'incidenza di stravasato, anche se i CVC sono associati a problemi aggiuntivi. I sistemi port possono funzionare male, possono essere dislocati; i vasi venosi possono essere perforati con conseguenze disastrose comprese mediastiniti. Quindi lo stravasato da CVC dovrebbe essere considerato nella diagnosi differenziale in pazienti che presentano febbre, dolore pleurico severo, gonfiore dell'arto superiore e del collo, e allargamento mediastinico mentre ricevono la chemioterapia attraverso la linea centrale. L'incidenza di stravasati da CVC va dallo 0,01% e al 6,5% (2,3,4).

## Segni e sintomi clinici di stravasato

Segni e sintomi precoci di stravasato comprendono:

- Dolore, gonfiore, eritema e/o vesciche. Questi segni possono, tuttavia, essere inizialmente assenti se il farmaco fuoriesce nel tessuto circostante dopo il completamento della somministrazione del farmaco apparentemente ben controllata.
- I sintomi d'infiltrazione della parete toracica in pazienti con un CVC possono avere un inizio ritardato e presentarsi con segni e sintomi atipici, tipo dolore alla spalla.

Effetti ritardati di uno stravasato comprendono:

- Marcato indurimento, spesso brunastro, duraturo da giorni a mesi con atrofia cutanea.
- Ulcerazione invasiva che può avvenire dopo 1-4 settimane e progressivamente ingrandirsi, estendendosi a strutture del tessuto profondo dove le antracicline possono resistere per mesi. Questo avviene in circa un terzo dei pazienti che subiscono uno stravasato da antracicline non adeguatamente riconosciuto e trattato.
- Dolore di lunga durata, contratture, distrofia e perdita potenziale della funzione dell'arto interessato.



### Misure immediate di trattamento

Un pronto intervento è obbligatorio se si sospetta uno stravasato da antracicline. Anzitutto l'infusione va sospesa e il farmaco residuo aspirato senza applicare pressione al sito di iniezione; non si deve effettuare un lavaggio con soluzione salina e il dispositivo dell'accesso venoso è da rimuovere; l'estremità dev'essere elevata e si deve applicare ghiaccio localmente. Se il trattamento con Savene® (dexrazoxane) è la pratica standard, la zona interessata non va raffreddata durante la sua infusione. Il sito di stravasato deve essere contrassegnato e va stimato il volume stravasato. Un'appropriata documentazione dell'evento è essenziale.

### Metodi di trattamento

Finora, non ci sono state linee-guida di riferimento uniformemente accettate riguardo il trattamento dello stravasato da antracicline. Tuttavia, molti ospedali hanno emanato la propria linea-guida per la gestione di questo evento. L'applicazione di ghiaccio singola o combinata e l'uso di applicazioni topiche di corticosteroidi o DMSO sono il trattamento più comunemente usato per lo stravasato da vescicanti. Quando utilizzate le tecniche convenzionali, il risultato dello stravasato da antracicline è in genere scarso, con molti pazienti che subiscono serie conseguenze a causa dello stravasato o della conseguente chirurgia. La chirurgia è risultata essere efficace se effettuata in tempo ottimale, ma poiché le antracicline possono resistere nella lesione da settimane a mesi, la procedura chirurgica deve essere estesa e può portare a grandi problemi quali la necessità dell'innesto della pelle.

### Trattamento sistematico dello stravasato

L'anno scorso, Savene®, un antidoto per lo stravasato di antracicline, fu approvato dall'European Medicines Agency (EMA). Due studi clinici hanno fornito la prova dell'efficacia del Savene®. In questi studi, Savene® ha assicurato la protezione dai danni causati dallo stravasato da antracicline quindi risparmiando al paziente interventi chirurgici. Savene® deve essere usato il più presto possibile ma non oltre 6 ore dopo lo stravasato. Esso non va combinato con DMSO, il quale diminuisce la sua efficacia e il freddo dovrebbe essere interrotto 15 minuti prima della somministrazione.

Gli effetti secondari più comuni sperimentati dai pazienti che hanno ricevuto Savene® erano nausea e tossicità ematologica (5). Il dosaggio di regime raccomandato è 1000mg/m<sup>2</sup> i giorni 1 e 2 e

500mg/m<sup>2</sup> il terzo giorno. Savene® è somministrato e.v. in 1 o 2 ore in una grande vena controlaterale ed è da ripetere dopo 24 e 48 ore.

### Conclusioni

Le conseguenze dello stravasato da antracicline rappresentano un rischio significativo nel trattamento del cancro. Anche se lo stravasato da antracicline è raro, potrebbe avere effetti immediati e a lungo termine potenzialmente seri. La somministrazione sistematica di Savene® può proteggere i pazienti dagli effetti potenzialmente devastanti dello stravasato.

Questo articolo è il primo di una serie centrata sullo stravasato da antracicline. Articoli futuri saranno centrati su specifici casi di pazienti con stravasato da antracicline e la presentazione di linee-guida di riferimento per lo stravasato da antracicline sviluppato dai membri dell'EONS.

### Bibliografia

- Stanley M. Managing complications of chemotherapy. The Cytotoxics Handbook, 3rd edition 1997.
- Brothers T.E. et al. Experience with Subcutaneous Infusion Ports in 300 Patients. Surgery Gynecology & Obstetrics 1988; 166: 295-301.
- Lemmers N.W.M. et al. Complications of venous access ports in 132 patients with disseminated testicular cancer treated with polychemotherapy. Journal of Clinical Oncology 1996; 14: issue 11.
- Brown D.F. et al. Mode of chemotherapy does not affect complications with an implantable venous access device. Cancer 1997; 80: issue
- Mouridsen H et al. Treatment of anthracycline extravasation with Savene (dexrazoxane): results from two prospective multicenter studies. Ann Oncol 2007; 18: 546-550.

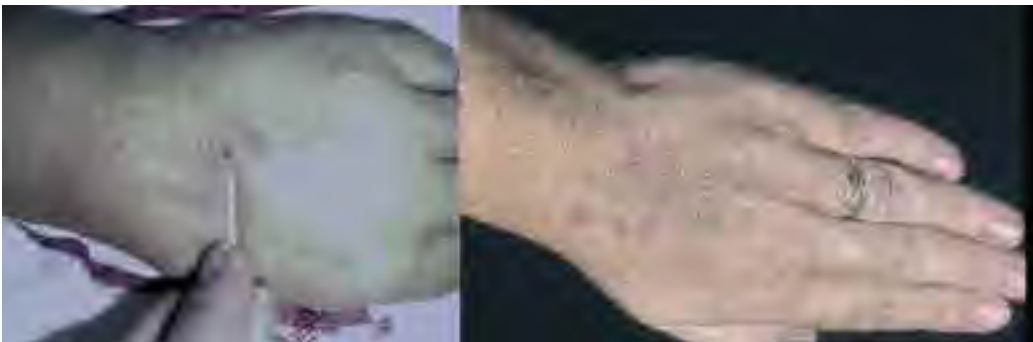


Fig.3. Immagini di stravasato prima e dopo la somministrazione di Savene®. L'immagine a sinistra mostra gonfiore e arrossamento del sito d'infusione, mentre l'immagine di destra mostra la stessa zona dopo la somministrazione di Savene® (TopoTarget, dati dall'archivio degli studi clinici).



# Neulasta® protects your patients from febrile neutropenia

## Use Neulasta® to:

- Minimise the consequences of febrile neutropenia and maximise chemotherapy delivery.<sup>1,2</sup>
- Provide self-regulating protection when patients need it most.<sup>3</sup>

 **Neulasta®**  
(pegfilgrastim)

Optimal protection

### Neulasta® (pegfilgrastim) Abbreviated Prescribing Information

Please refer to the Summary of Product Characteristics before prescribing Neulasta® (pegfilgrastim). Neulasta® 6 mg solution for injection is presented in a pre-filled syringe. Human granulocyte colony stimulating factor (G-CSF) is a glycoprotein, which regulates the production and release of neutrophils from the bone marrow. Neulasta® is a covalent conjugate of filgrastim, recombinant human G-CSF (r-methHuG-CSF) with a single 20 kd polyethylene glycol (PEG) molecule. **INDICATION:** Reduction in the duration of neutropenia and the incidence of febrile neutropenia in patients treated with cytotoxic chemotherapy for malignancy (with the exception of chronic myeloid leukaemia and myelodysplastic syndromes). **DOSAGE AND ADMINISTRATION:** Solution for injection presented in a pre-filled syringe containing 6 mg of pegfilgrastim, for single dose use only. One 6 mg dose (a single pre-filled syringe) of Neulasta® is recommended for each chemotherapy cycle, administered subcutaneously approximately 24 hours following chemotherapy. There are insufficient data to recommend the use of Neulasta® in children and adolescents under 18 years of age. **CONTRAINDICATIONS:** Hypersensitivity to pegfilgrastim, filgrastim, *E. coli* derived proteins, or to any excipients. **SPECIAL WARNINGS AND PRECAUTIONS:** The safety and efficacy of Neulasta® have not been investigated in patients receiving high-dose chemotherapy. Limited clinical data suggest a comparable effect on time to recovery of severe neutropenia for pegfilgrastim and filgrastim in patients with de novo acute myeloid leukaemia (AML). The long-term effects of Neulasta® have not been established in de novo AML; therefore, it should be used with caution in this patient population. The safety and efficacy of Neulasta® administration in de novo AML patients aged < 55 years with cytogenetics t(15;17) have not been established. Neulasta® should not be used in patients with secondary AML. The safety and efficacy of Neulasta® for the mobilisation of blood progenitor cells in patients or healthy donors have not been adequately evaluated. Rare pulmonary adverse effects, in particular interstitial pneumonia, have been reported after G-CSF administration. Patients with a recent history of pulmonary infiltrates or pneumonia may be at higher risk. Onset of pulmonary signs such as cough, fever, and dyspnoea in association with radiological signs of pulmonary infiltrates, deterioration in pulmonary function with increased neutrophil count may be preliminary signs of Adult Respiratory Distress Syndrome (ARDS). In such circumstances Neulasta® should be discontinued at the discretion of the physician and the appropriate treatment given. There have been common but generally asymptomatic cases of increased spleen size and very rare cases of splenic rupture in healthy donors and patients following

administration of granulocyte-colony stimulating factors. Some cases of splenic rupture were fatal. Therefore, spleen size should be carefully monitored (e.g., clinical examination, ultrasound) and this diagnosis should be considered in patients reporting left upper abdominal pain or shoulder tip pain. Regular monitoring of platelet count and haematocrit is recommended during Neulasta® therapy. Neulasta® should not be used to increase the dose of chemotherapy beyond established dosage regimens. Physicians should exercise caution and monitor appropriately when administering Neulasta® in patients with sickle cell disease and be attentive to the possible association of Neulasta® with splenic enlargement and vaso-occlusive crisis. Transient elevation of leucocyte counts  $\geq 100 \times 10^9/L$  have been observed in <1% of patients receiving Neulasta® with no attributable adverse events. Elevations were typically seen 24–48 hours after administration. **INTERACTIONS:** Concomitant use of Neulasta® with chemotherapy has not been evaluated in patients. In animal models, concomitant Neulasta® and 5-fluorouracil (5-FU) or other antimetabolites have been shown to potentiate myelosuppression. **PREGNANCY AND LACTATION:** No adequate experience in human pregnancy and lactation. Neulasta® should not be used during pregnancy unless clearly necessary. Do not administer to women who are breast-feeding. **UNDESIRABLE EFFECTS:** The most frequently reported study drug-related undesirable effect was bone pain, which was generally mild to moderate, transient and controlled with standard analgesics. Reversible, mild to moderate elevations in uric acid, alkaline phosphatase and lactate dehydrogenase, with no associated clinical effects, occurred in patients receiving Neulasta® following chemotherapy. Allergic reactions, including anaphylaxis, have been reported both with Neulasta® and its parent compound, filgrastim. **PHARMACEUTICAL PARTICULARS:** Store at 2°C–8°C (in a refrigerator). Do not freeze. Keep container in outer carton to protect from light. Neulasta® may be exposed to room temperature (not above 30°C) for a maximum single period of up to 72 hours. Neulasta® is incompatible with sodium chloride solutions. **LEGAL CLASSIFICATION:** Medicinal product subject to medical prescription. **MARKETING AUTHORISATION HOLDER:** Amgen Europe B.V., Minervum 7061, 4817 ZK Breda, The Netherlands. Further information is available from Amgen (Europe) GmbH, Dammstrasse 23, PO Box 1557, Zug, Switzerland, CH-6301. Additional information may be obtained from your local Amgen office. **MARKETING AUTHORISATION NUMBER:** Pre-filled syringe: EU/1/02/227/001-002. **Date of preparation:** November 2005.

**References:** 1. Ozer H, et al. *J Clin Oncol.* 2006;24(18S part I of II):485s. Abstract 8569. 2. Vogel CL, et al. *J Clin Oncol.* 2005;23:1178-1184. 3. Green MD, et al. *Ann Oncol.* 2003;14:29-35.

All rights reserved. NO-AMG-264-2006 October 2006

**AMGEN®**

Oncology

Amgen (Europe) GmbH  
Zug, Switzerland  
© 2006 Amgen.  
Zug, Switzerland.