



Sono presenti al gruppo di studio convocato in data 18 maggio u.s. dedicato al carcinoma dell'esofago, i seguenti professionisti:

Bellora Paolo – AOU Novara  
Baroffio Paolo – AOU Novara  
Casalegno Pier Agostino - AOU San Giovanni Battista  
Camandona Michele – AOU San Giovanni Battista  
Dusio Pietro – ASL TO1 Valdese  
Garavoglia Marcello – AOU Novara  
Gasparri Guido – AOU San Giovanni Battista  
Monni Manuela - AOU Novara  
Turri Lucia – AOU Novara  
Schena Marina – AOU San Giovanni Battista  
Taraglio Stefano – ASL TO2 Maria Vittoria  
Tessa Maria – ASL AT

Si analizzano i documenti elaborati e lo stato dei lavori dei diversi gruppi.

Per il problema dell'endoprotesi esofagea si ritiene opportuno, dopo il colloquio avuto tra il dott. Casalegno e la dott.ssa Guglielmi, incontrare per una definitiva decisione il dott. Mirko Pia, Assessorato della Sanità, che, sentito dal dott. Bertetto, ha dato la propria disponibilità ad approfondire tutte le tematiche relative agli esami diagnostici interventistici e ai trattamenti complessi in oncologia.

Si esamina il documento sul trattamento chirurgico dei tumori della giunzione gastro-esofagea; si apre una discussione sulla opportunità di fissare criteri più o meno stringenti sulle caratteristiche dei centri che possono eseguire tale intervento, che presuppone la possibilità di dover ricorrere ad un accesso per via transtoracica.

Si riferisce sul Gruppo di Lavoro presente in Aress che deve determinare il numero di interventi minimo previsto per i diversi tumori. Si ritiene che occorra precisare per i Centri di riferimento oltre al volume di attività, l'esperienza richiesta per i singoli operatori, le tecnologie che devono essere presenti, i modelli organizzativi appropriati.

Si discute anche su quale possa essere il valore aggiunto costituito dalla rete, in particolare nei confronti di un'offerta spesso caratterizzata da una rapida esecuzione degli esami di diagnosi e stadiazione e da tempestive decisioni per il trattamento, prevalentemente chirurgico, di strutture di regioni confinanti, che adottano una politica attrattiva nei confronti dei pazienti. Si ricorda a questo proposito la decisione di avvalersi dell'aiuto di una Agenzia specializzata in comunicazione per una campagna informativa rivolta ai cittadini e ai medici di famiglia, che avrà come punto di forza la stesura di una "bussola dei valori", ossia di un documento illustrativo della qualità e sicurezza delle prestazioni, del modello di accoglienza e presa in carico globale e continuativo, dell'attenzione agli aspetti relazionali, psico-sociali e riabilitativi garantiti ai pazienti e ai famigliari dagli operatori aderenti alla Rete.

Il professor Garavoglia, con il professor Pia, provvederà alla stesura delle raccomandazioni per il trattamento dei tumori dell'esofago cervicale.

Il professor Gasparri riferisce che è pronto, ma non è stato inviato, il documento relativo ai problemi anestesilogici.

Sono presentati dai dottori Dusio e Taraglio due documenti relativi all'esofago di Barrett sulla valutazione endoscopica, il campionamento biptico e il corretto invio ai servizi di anatomia patologica, il referto istopatologico con la corretta definizione della presenza e del grado di displasia e del tipo di lesione: ultrashort, short, long. Si apre una discussione sul modulo di richiesta per l'esame istopatologico, considerato molto preciso ma di difficile adozione, per il numero di prelievi biptici consigliati e le dettagliate

informazioni richieste all'endoscopista, in sostituzione delle descrizioni delle lesioni spesso molto difformi nel contenuto, nella completezza e lunghezza del testo, nella terminologia più o meno fantasiosa.

Si discute anche sull'opportunità di correggere la causa principale del Barrett: il reflusso. Si è critici sull'uso dei farmaci PPI a dosi elevate e per tempi prolungati, che inibiscono la produzione dei succhi gastrici acidi, ma facilitano la possibilità di un reflusso alcalino, meno sintomatico ma altrettanto dannoso per la mucosa esofagea. Si valuta l'opportunità di una indicazione chirurgica, data l'attuale possibilità di una plastica antireflusso eseguibile per via laparoscopica, dopo uno studio approfondito del paziente, che richiede esami pH metrici, manometrici e funzionali. Si richiede che sia espressa con chiarezza la controindicazione all'uso del trattamento fotocoagulativo per l'alto rischio di permanenza di isole di tessuto patologico sottomucoso.

Non si è riunito il Gruppo che avrebbe dovuto affrontare i problemi organizzativi dei servizi endoscopici esofagei: sarà integrato con la presenza del dottor Dusio e sarà convocato dal dottor Casalegno. Sarà redatto un documento in cui saranno presenti anche le caratteristiche che devono essere possedute dai centri di secondo livello, a cui fare afferire i pazienti da sottoporre a mucosectomia (e successiva terapia ablativa con Halo per le lesioni di Barrett con displasia grave). Dovrà essere previsto, analogamente all'unificazione della refertazione anatomopatologica, il referto standard con le indicazioni delle informazioni che si ritengono indispensabili per una corretta esecuzione dell'esame endoscopico esofageo.

È stato predisposto il documento per la chemio-radio terapia, a cura delle dottoresse Schena, Tessa, Turri, Forti, sia per il trattamento neoadiuvante pre-chirurgico (T2, T3) che per quello esclusivo (T4); si è rivolta particolare attenzione alla stadiazione della malattia e alla valutazione della risposta, sia con gli esami minimi richiesti che con quelli ottimali (non sempre è possibile assicurare in tempi corretti l'endoscopia). È prevista sempre la consulenza dietologica prima dell'inizio del trattamento. Sono elencati i casi in cui vi può essere indicazione alla brachiterapia e alla IORT.

È nominato referente per la ricerca clinica il professor Guido Gasparri.

Sarà cura della segreteria di rete ([ucr@reteoncologica.it](mailto:ucr@reteoncologica.it)) inviare alcuni giorni prima del prossimo incontro (17 ottobre 2012) conferma dell'ora e del luogo, oltre che dell'ordine del giorno.