



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI DEL POLMONE** tenutosi in data **04 giugno 2015** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Maggiore della Carità Novara

A.O.U. San Luigi Gonzaga Orbassano

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

ASL Asti

ASL CN 2

ASL TO 1

ASL TO 2

AUSL Valle d'Aosta

IRCCS Candiolo

Presiede la riunione Roberta Buosi.

Ordine del giorno:

- Percorso diagnostico del nodo polmonare solitario.

Per la discussione di tale argomento si è fatto riferimento alle Linee Guida (in particolar modo quella delle società spagnola a nome di Carlos Alvarez Martinez, Arch Broncopneumol 2014) e alle evidenze scientifiche più recenti.

Emergono come critici i seguenti punti:

- ruolo della PET nella rilevazione e nella definizione di malignità del nodo polmonare singolo; rimane da definire se sia sempre e comunque necessaria o se è possibile porre dei criteri per la selezione dei pazienti in cui l'esame potrebbe essere più utile. Per esempio le dimensioni del nodo potrebbero essere un criterio per indirizzare l'uso della PET in quanto nodi di dimensioni ≤ 5 mm non sono caratterizzabili e l'esame potrebbe risultare falsamente negativo. Nodi infiammatori al contrario potrebbero essere falsamente positivi, se ci si basasse solo sulla determinazione del SUV.
- Stabilire che i criteri di malignità non possono essere basati solo sul SUV, ma questo dato va integrato con i dati morfologici, di accrescimento e di enhancement ricavati dalla TC.
- Ulteriore punto di discussione è come interpretare le lesioni cistiche.



- Quale l'esame più adeguato al basale per la valutazione del nodo singolo: rimane fondamentale il ruolo della TC a strato sottile, uno studio della Mayo clinic ha evidenziato che il 25-50% dei nodi polmonari singoli sono misconosciuti al RX torace.
- E' importante che l'apparecchiatura TC utilizzata sia a matrice 512 x 512 e fare slides a 2,5 mm.

Le Linee Guida della Società spagnola dicono:

- nodo di ≤ 5 mm: non eseguire follow-up nei pazienti a basso rischio; mentre nei pazienti ad alto rischio viene proposta TC fino a 36 mesi poi se rimane invariato si sospende la sorveglianza

I criteri su cui basare la definizione di nodo maligno sono: morfologici (dimensioni, margini e profili del nodo), presa del contrasto (enhancement), densità (le lesioni escavate vs lesioni solide, semisolide, aree di ground glass), calcificazioni (di solito sono caratteristiche di benignità, soprattutto quelle a stampo, ma quelle piccole diffuse potrebbero essere maligne), accrescimento (tempo di raddoppiamento del volume).

I noduli classificati ad alto rischio dovrebbero essere sottoposti a biopsia, anche se di dimensioni < 8 mm.

Verrà redatto un lavoro sulle raccomandazioni da seguire nel percorso diagnostico del nodo polmonare singolo in base alle criticità emerse.

Inoltre si riapre il problema della scheda di accompagnamento per le richieste di analisi biomolecolari nel carcinoma del polmone non-squamoso non a piccole cellule: gli anatomopatologi presenti in riunione riferiscono di aver condiviso tale scheda e soprattutto di aver discusso il problema della determinazione di ALK con IHC versus FISH solo con i colleghi di alcuni Centri; in questi giorni verranno contattati via e-mail i Centri mancanti. Pertanto la scheda al momento attuale non può ancora essere considerata come documento di Rete.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **17 settembre 2015, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.**