



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI DEL POLMONE** tenutosi in data **23 aprile 2015** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

A.O.U. Maggiore della Carità Novara

A.O.U. San Luigi Gonzaga Orbassano

A.O. Ordine Mauriziano

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

ASL Alessandria

ASL Asti

ASL Biella

ASL CN 2

ASL TO 1

ASL TO 2

ASL TO 3

ASL TO 4

ASL TO 5

ASL VCO

AUSL Valle d'Aosta

IRCCS Candiolo

Presiede la riunione Roberta Buosi.

Ordine del giorno:

1. Management dello stadio IIIA
2. Ruolo dell'EBUS nella stadiazione del N

Il Dr. Fontana brevemente riassume quelle che sono le linee guida per il trattamento del paziente con N2 positivo. Lo stadio IIIA è un insieme eterogeneo di pazienti con caratteristiche e prognosi differenti, se ne distinguono 3 sottogruppi:

- N2 single station per il quale le linee guida indicano l'intervento chirurgico di prima istanza come un'opzione terapeutica seguita da CT adiuvante, oppure la CT neoadiuvante seguita dalla chirurgia dopo rivalutazione strumentale. Non c'è consenso dei partecipanti su questo punto, ma visto che i dati di letteratura riportano tassi di OS a 5 anni del tutto identici per la CT adiuvante e neoadiuvante è opinione generale che la scelta del trattamento dipenda dalla localizzazione



topografica del linfonodo (la locazione anatomica del linfonodo ha significato prognostico differente), dalle caratteristiche morfologiche e dalle dimensioni del T nonché dalle caratteristiche del paziente.

- N2 multistations o bulky per i quali è consenso unanime il trattamento CT + RT ove possibile concomitante poiché la OS a 5 anni con la sola chirurgia è del 19-23%.

- N2 microscopici (clinicamente negativi) : risultano positivi per cell neoplastiche solo dopo esame microscopico e che quindi vanno avviati a chemioterapia adiuvante.

Le casistiche insegnano che negli N2 microscopici i single station ha una OS del 66% a 5 anni mentre i multi-stations del 32% con la sola chirurgia.

Punto fondamentale è la determinazione clinica preoperatoria del N che viene dapprima eseguita con tecniche di imaging , quali la TC- PET ove disponibile o con TC con mdc in prima istanza seguita dalla PET qualora ci sia indicazione all'intervento chirurgico. Le sedi linfonodali mediastiniche potenzialmente interessate da secondarismi sono le stazioni paratracheali superiori, (R2-L2), paratracheali inferiori (R4-L4), pretracheali (stazione 3), sottocarenali (stazione 7) paraortiche (stazione 6), finestra aortopolmonare (stazione 5), paraesofagei (stazione 8) e del legamento polmonare inferiore (stazione 9). E' parere unanime che sia necessaria la conferma citostologica dei linfonodi PET positivi per dare una corretta indicazione terapeutica; procedura non sempre eseguita nella pratica clinica. Le tecniche disponibili per effettuare il campionamento dei linfonodi mediastinici sono la mediastinoscopia e l' EBUS.

La prof.ssa Casadio prosegue illustrando i vantaggi e gli svantaggi della mediastinoscopia come tecnica di stadiazione preoperatoria; il vantaggio è che potendo asportare chirurgicamente tutto il linfonodo offre un materiale quantitativamente e qualitativamente ottimale per le successive indagini. Gli svantaggi sono legati al fatto che trattandosi di un atto chirurgico, anche se mini invasivo, richiede l'anestesia generale, l'utilizzo della sala operatoria e il ricovero ordinario con conseguente incremento dei costi; consente di raggiungere le stazioni linfonodali paratracheali superiori ed inferiori, sottocarenali e pretracheali (R2, R4, L2,L4 e stazione 7).

Le stazioni paraortiche e della finestra aorto –polmonare sono raggiungibili con la videotoracoscopia o mediastinotomia. Le stazioni 8 e 9 sono raggiungibili con metodiche endoscopiche; a questo proposito va ricordato che EBUS, offre diversi vantaggi:

- permette di campionare praticamente tutte le stazioni linfonodali, tranne quella del legamento .
- è una metodica ambulatoriale e non richiede anestesia generale nè il ricovero ospedaliero ordinario
- permette una riduzione dei costi

Svantaggi:

- Il materiale prelevato è un agoaspirato adatto solo per un esame citologico (anche se in futuro la possibilità di potere disporre dei aghi semi-trancianti ci consentirà di eseguire preparati istologici)
- Richiede personale esperto e formato

Alla luce di queste evidenze l'EBUS è una tecnica di stazione preoperatoria dei linfonodi mediastinici contemplata dalla linee guida nazionali ed internazionali. Ci sembra dunque importante poter disporre di apparecchiature EBUS nei Centri identificati come riferimento per la cura delle neoplasie toraco-polmonari (Torino-Cuneo-Alessandria e Novara). Al momento attuale ci risulta che le uniche 2 sedi dotate dell'apparecchiatura siano le Molinette, dove peraltro lo strumento non è al momento utilizzato per mancanza di personale formato e dedicato, e la sede di Alessandria dove è pervenuto di recente per cui al momento il numero degli esami eseguiti è limitato. Ci si vede perciò costretti ad indirizzare i pazienti fuori regione per poter eseguire una stadiazione preoperatoria corretta sul N incrementando inutilmente i costi della sanità regionale. Si segnala che la mancanza di EBUS equamente distribuita sul territorio, tenendo conto anche che esistono strutture in cui c'è personale formato per un adeguato utilizzo della strumentazione, ci allontana forzatamente dagli standard nazionali ed internazionali di una corretta diagnosi e stadiazione della patologia toraco-polmonare.

Ci si chiede se i medici formati operanti nei distretti periferici possano intanto accedere all'utilizzo della strumentazione già presente presso altre strutture.



Infine il Gruppo di lavoro presenta la scheda per la richiesta delle analisi biomolecolari elaborata in seguito alla necessità, emersa durante la prima riunione, di abbattere i tempi di attesa per l'invio delle richieste, che condizionano prolungamenti dannosi dei tempi di determinazione delle caratteristiche biomolecolari. La scheda viene approvata da tutti i partecipanti e verrà adottata per abbreviare i tempi necessari alla definizione dei sottotipi tumorali. Tale scheda dovrà accompagnare il prelievo cito-istologico e dovrà quindi essere compilata da chi esegue il prelievo stesso.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **04 giugno 2015, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.**

N.B. Il Direttore del Dipartimento Rete Oncologica ritiene opportuno discutere le modalità di utilizzo della scheda per la richiesta delle analisi biomolecolari prima della stesura della raccomandazione per la sua adozione.