



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI GINECOLOGICI** tenutosi in data **07 dicembre 2017** 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. S. Croce e Carle Cuneo

A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria

A.O. Ordine Mauriziano

ASL Asti

ASL CN 1

ASL CN 2

ASL Città di Torino (Ex ASL TO 1)

ASL TO 3

ASL TO 5

IRCCS Candiolo

Humanitas Gradenigo

1) In apertura di Riunione la Dr.ssa Pagano del CPO Piemonte illustra i dati relativi alla compilazione delle schede per l'Audit sulle neoplasie ovariche. In particolare si sottolinea la necessità di concludere la parte retrospettiva attualmente coperta al 85%.

Si sottolinea da parte del Coordinatore del Gruppo il carattere confidenziale dei dati che devono essere discussi nell'ambito del Gruppo di Lavoro, ma non possono essere in alcun modo divulgati e utilizzati per presentazioni o pubblicazioni.

Rispondendo ad alcune domane si sottolinea come i dati devono riguardare i casi incidenti in Regione Piemonte e pertanto non sono eleggibili pazienti provenienti da altre regioni. Sono per altro inseribili nel database pazienti operate in un centro diverso da quello in cui si esegue il prosieguo della terapia.

Si sottolinea poi l'importanza di registrare anche la pazienti non eleggibili a terapie attive o che rifiutino ogni terapia dal momento che concorrono a determinare il denominatore dello campione in studio. Si ribadisce la necessità di concludere l'inserimento dei dati entro il 20 di dicembre dal momento che all'inizio di gennaio saranno condotte le prime analisi approfondite del campione.

Si ribadisce poi che l'inserimento dati deve proseguire almeno per tutto il 2018.

2) La Dr.ssa Alice Tudisco in qualità di Presidente annuncia la nascita di **ACTO Piemonte Onlus**. Questa iniziativa, fortemente voluta da un gruppo di donne trattate per neoplasie ovariche e coadiuvate da alcuni operatori sanitari, si è costituita di fronte a un Notaio ed è in via di registrazione presso Agenzia delle Entrate.

E' la filiazione della analoga Onlus fondata a Milano e già attiva a Roma e Bari. Una volta perfezionata la posizione con l'attribuzione di un codice fiscale sarà organizzata una riunione formale per dare inizio alle attività mirate ad affiancare sia le pazienti nel loro cammino ma anche gli operatori a meglio comprendere necessità e istanze.

3) La Dr.ssa Masturzo illustra il progetto sulla Gravidanza e Cancro che si articola su due livelli.

Uno primo livello è Europeo ed è seguito dalla Dr.ssa Masturzo in qualità di Rappresentate del GIC di Ginecologia Oncologica della Città della Salute e provvede a registrare i casi incidenti di patologie neoplastiche insorte in gravidanza nel database europeo curato dal Prof Amant di Leuven (Belgio).

Un secondo livello è Italiano ed è coordinato dal Prof Sartori di Brescia.

Su mandato della SIGO (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia) ha organizzato una raccolta dati in 8 regioni italiane tra cui il Piemonte sul modello del registro europeo anche se con alcune semplificazioni.

In questa fase siamo in attesa dell'approvazione della nuova versione del database da parte del CE di Brescia per poter attivare la studio che coinvolgerà tutte le SC di Ostetricia e Ginecologia del Piemonte.

Nel frattempo si provvede a raccogliere dati tramite le SDO con la collaborazione dal CPO Piemonte.

4) La dr.ssa Ferrero procede a illustrare le linee guida sul trattamento del carcinoma della cervice uterina pubblicate dall'ESGO e presentate a Vienna durante l'ultimo congresso della Società nel novembre 2017.

In particolare si sottolinea il principio generale che si rende necessaria la riduzione dell'impiego di più atti terapeutici es chirurgia estesa e radioterapia per campi esterni al fine di ridurre le complicanze.

Riprendendo quindi quanto già discusso nelle riunione del 20 ottobre , sulla base anche di quanto ribadito dal Dr.Petracchini in allora, si ritiene di emendare le procedure di stadiazione del carcinoma delle cervice sostituendo alla TC addome e torace pre-trattamento la PET/TC mantenendo la RM pelvica per la definizione del volume tumorale e per la valutazione dell'infiltrazione dei parametri.

Questo ovviamente per gli stadi invasivi clinicamente evidenti.

Discorso a parte va fatto per gli stadi T1a1 T1a2 dove il ruolo della valutazione patologica del cono assume un valore dirimente.

Particolare enfasi si pone sul ruolo del linfonodo sentinella la cui esecuzione entra sempre più nella pratica corrente rendendo indispensabile l'adeguamento della strutture delle sale operatorie a questa procedura.

Si rileva come sia da emendare in modo sostanziale il documento pubblicato in Rete in particolare per quel che riguarda il ruolo dell'integrazione della Chemioterapia con la Chirurgia.

Sarà compito del Gruppo di lavoro dedicato alla cervice provvedere a rivedere il documento e renderlo coerente con i dettami aggiornati di letteratura.

5) Pur non essendo pervenuta alcuna osservazione e dovendosi pertanto da ritenersi approvato il documento dei patologi sulle masse pelviche rimesse in laparoscopia, si riporta nel presente verbale quando già riportato per permettere a tutti di prendere atto delle note ed eventualmente inviare al coordinatore del Gruppo o alla Dr.ssa Ribotta entro il 20 dicembre 2017 osservazioni o puntualizzazioni.

Dopo tale data quanto sotto riportato sarà considerato approvato e inserito nel documento che sarà pubblicato in Rete.

STADIAZIONE pT in caso di rottura capsulare (TNM 2017)

La stadiazione prevede che le categorie pT vengano attribuite dal patologo sulla base degli stessi criteri validi per la stadiazione clinica: lo stadio T1a prevede “capsula intatta”. Lì dove la capsula giunga al patologo non intatta, per una corretta stadiazione, è indispensabile che venga chiaramente indicato nella richiesta (o con allegato atto operatorio) il tipo di procedura chirurgica e le operazioni condotte sulla lesione in esame.

Si definiscono quindi tre situazioni:

*Capsula giunta aperta con apertura/e lineari o priva di tagli ma collassata coerenti con quanto indicato nella procedura chirurgica e valutata indenne da infiltrazioni. **pT1a***

In questo caso deve essere chiaramente indicato dal chirurgo che la massa è stata posta integra in endobag e successivamente svuotata mediante agoaspirazione o tagli lineari specificando se più aperture. Le aperture rilevate dal patologo o il collasso della capsula dovranno coincidere con quanto indicato dalla procedura chirurgica, devono essere riportate nella descrizione macroscopica, campionate e risultare indenni da infiltrazione all'esame istologico.

*Capsula giunta aperta o lacerata ma orientabile, in assenza di correlazione con la procedura chirurgica o riferito surgical spill. **pT1c1***

I dati della procedura non sono riportati o non sono corrispondenti, o riferita rottura chirurgica non in endobag.

*Capsula frammentata. **pTX***

In caso di lesione giunta in plurimi frammenti, l'infiltrazione capsulare non può essere adeguatamente valutata; si escludono definizioni quali “limitatamente o per quanto valutabile”.

N.B.: Esclusi tutti gli stadi superiori.



6) Essendo l'ultima riunione del Gruppo di Studio per l'anno 2017, i coordinatori dei Gruppi di Lavoro sono pregati di provvedere alla revisione dei documenti pubblicati in accordo con i componenti dei Gruppi di lavoro a inviare gli elaborati al Coordinatore entro la fine di gennaio per poter provvedere alla loro approvazione pubblicazione in Rete entro febbraio in tempo per la ripresa dei lavori