



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI GINECOLOGICI** tenutosi in data **20 ottobre 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 Biella

ASL CN 1

ASL CN 2

ASL Città di Torino (Ex ASL TO 1)

ASL TO 3

ASL TO 5

IRCCS Candiolo

Humanitas Gradenigo

In apertura di Riunione si illustrano i dati di valutazione relativi ai PDTA prodotti dai Centri Hub e Spoke per quel che riguarda le patologie di competenza del Gruppo di Lavoro

E' stata elaborata la tabella inviata a cura dei Coordinatori del Gruppo di Lavoro Valabrega e Zola alla Rete per essere integrati nell'analisi in corso da parte dell'apposita commissione nell'ambito dell'UCR.

Si passa poi alla discussione del Documento relativo alla diagnostica per immagini.

In particolare la Dr.ssa Viora per quel che riguarda il ruolo dell'ecografia ribadisce a nome del Gruppo di lavoro specifico quanto segue:

Si ritiene che vada mantenuto lo schema "Screening/Diagnosi/Stadiazione/Follow-up" utilizzato nei precedenti documenti redatti nel 2013-2014 ma vanno aggiornati in base sia alla letteratura più recente sia a quanto scritto nei vari PDTA.

1. Documento sulla massa pelvica. Va aggiornato

- togliendo il calcolo RMI che non è mai stato utilizzato ed aggiungere lo score ADNEX, possibilmente con dati della SSD Ecografia ostetrico-ginecologica del Sant'Anna di circa 600 masse che sono in corso di elaborazione con CPO.

- sottolineare la necessità di utilizzare le "simple rules"

2. Documento su ca. endometrio. Va inserita la possibilità di effettuare l'ecografia transvaginale nella fase di stadiazione per valutare l'infiltrazione del miometrio e della cervice.
3. Documento su ca. cervice: va bene così, si può aggiornare la bibliografia.
4. Documento su malattia del trofoblasto: non era stato scritto ed è ora in corso di stesura.

Il Dr. Petracchini ribadisce quanto già riportato nel precedente documento.

Dopo un confronto con i Radioterapisti e in attesa delle linee guida in via di pubblicazione da parte dell'ESGO si ritiene di emendare le procedure di stadi azione 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.

Si richiede a ogni componente del Gruppo di esprimere un giudizio ed eventuali osservazioni entro dieci giorni dall'invio del presente verbale su quanto riportato relativo alle tecniche diagnostiche ecografiche, radiologiche e di medicina nucleare.

Vigendo il principio del silenzio assenso, dopo tale data tenendo conto di eventuali osservazioni. il documento sarà integrato delle note riportate sopra.

Si procede poi alla disamina del documento redatto dal Gruppo di Lavoro dell'anatomia patologica.

Il documento sarà inviato a parte ai Componenti del Gruppo in toto per la sua approvazione e successiva pubblicazione.

Dal momento che la valutazione di una lesione maligna asportata in Laparoscopia crea dei problemi interpretativi sulla sua integrità da parte dei patologi il cui rapporto è poi alla base dell'eventuale terapia adiuvante successiva, il tema ha aperto un confronto ampio e di non semplice soluzione.

Sulla base di quanto discusso in corso della riunione e di un successivo scambio di opinioni tra i Colleghi Patologici incluso il Dr Carinelli dell'IEO, si propone la formula riportata di seguito che, a parere del Coordinatore del Gruppo, pare recepire le diverse istanze e salvaguardare la sicurezza del trattamento senza esporre la paziente a inutili trattamenti o a pericolose omissioni.

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.

Si richiede pertanto a ogni componente del Gruppo di Lavoro di esprimere un parere ed eventuali osservazioni entro 10 (dieci) giorni dalla trasmissione del verbale dopo di che questo emendamento restando valido il principio del silenzio/assenso, sarà inserito nel documento finale relativo all'anatomia patologica e pubblicato in Rete.

Il Gruppo di Lavoro sui Tumori Endometriali non ritiene di apportare significative modifiche a quanto pubblicato in precedenza non essendo emerse sostanziali novità in questo settore.

Non viene discusso il documento relativo alla gestione del carcinoma cervicale vista la prossima pubblicazione delle nuove linee guida da parte dell'ESGO.

Vengono illustrati i dati relativi all'AUDIT ovaio. Non tutte le Unità sono allineate in termini di immissione dati. Si sottolinea la necessità di concludere l'inserimento dati entro dicembre in particolare per la parte retrospettiva per verificare se il sistema regge e funziona con particolare attenzione all'algoritmo di estrazione dei casi per evitare di esaminare cartelle di casi falsamente etichettati come neoplasie ovariche o al contrario se si verificano delle omissioni di casi trattati e non rilevati.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **07 dicembre 2017**, **inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.**