



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI CUTANEI** tenutosi in data **19 settembre 2018** 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. Ordine Mauriziano

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

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

ASL Asti

ASL Città di Torino

ASL CN 2

ASL Novara

ASL TO 4

ASL VC

ASL VCO

IRCCS Candiolo

Humanita Gradenigo

#### 1) Chirurgia di Mohs e Centri di Riferimento

Dr. M. Gattoni: chirurgia di mohs microtomografica. A Vercelli viene effettuata la Mohs su tutti i ca basocellulari recidivi e/o in caso di pregressa asportazione in modo incongruo, nelle forme sclerodermiformi e in eb in sedi critiche. Viene ribadita l'indicazione a radicalizzazione in caso di lesioni incompletamente asportate nella zona del volto e nelle forme di epiteloma nodulo ulcerativo infiltrante e sclerodermiforme. Sicurezza della Mohs del 97% (95% in caso di recidiva in pregresse asportazioni non chirurgiche: laserterapia , crioterapia etc.) . Vengono prese in considerazione le modalità di effettuazione e le finalità della Mohs.

Il dr gattoni sottolinea le difficoltà all'effettuazione della metodica, legate alle carenze dei "tecnici di laboratorio" e richiede alla rete oncologica di valutare un contributo per un tecnico di laboratorio che supporti questa attività.

Viene utilizzata la codifica 86.24 ma rimane la difficoltà nella valorizzazione economica/rimborsabilità della tecnica

Presentazione di casi clinici

Si riconferma la necessità della Mohs in caso di DFS.

(Verra' messa sul sito della rete la comunicazione del dr gattoni)

Dr. P. Boggio (Novara)



Mohs a fresco (fresh o classica) vs Mohs differita (slow Mohs). Vengono esplicitate le differenza tra le due metodiche . Si sottolinea il rimborso “basso” per la prima metodica. La slow Mohs d’altro canto permette una migliore programmazione dei casi, potendo inoltre avere più pazienti a seduta e ogni passaggio viene valutato come singolo accesso. Lo svantaggio è legato ai processi di riparazione, al personale chirurgico che effettua la tecnica che non sempre è il primo operatore, etc. L’accuratezza diagnostica anatomo patologica è verosimilmente migliore nella differita.

Il Dr Boggio presenta la casistica personale di novara

slow Mohs 4,1% di recidiva

fresh Mohs 3,5% recidiva (1,5% delle lesioni trattate con la Mohs come primo intervento chirurgico).

la scelta è legata al diametro della lesione , alla sede anatomica, alle condizioni cliniche del paziente, alla gestione domiciliare della ferita.

(verranno messe sul sito della rete oncologica le diapositive presentate dal Dr Boggio).

2) Il dr Ribero chiede nuovamente i dati per la raccolta del SLNB positivo in Piemonte (le tempistiche decorrono dall’inizio dell’effettuazione della metodica per singolo centro e richiede l’indice di Starz). Non sono necessarie le caratteristiche anagrafiche del pz (sarà necessario un numero progressivo o sigla).

3) Terapie complementari alternative all’exeresi delle neoplasie non melanoma (Dottoressa Tessa).

Aggiornamento della radioterapia nei tumori cutanei negli ultimi 5 anni. La dottoressa Tessa espone quali sono le caratteristiche che permettono di scegliere la radioterapia (EB e SSC)

RT negli stadi iniziali (T1-T2) e negli stadi avanzati (T3-T4). Vengono prese in considerazione le differenze in base agli istotipi (ca basocellulari vs ca spinocellulari).

Tecniche di trattamento (elettroni, tomoterapia, plesio-roentgenterapia e brachiterapia )

Dove effettuare i trattamenti:

- Brachiterapia interstiziale nel ca spinocellulare del labbro T1-T2 N0 che si può però effettuare solo ad Asti
- Radioterapia dei merkelomi, da valutare la RT sulle stazioni LN
- Profilassi dei cheloidi

Alla prossima riunione in data 07/11/2018 verranno discussi gli aggiornamenti e casi specifici come la radioterapia nel merkeloma.

La maggior parte della brachiterapia utilizza (leipzig) applicatori di diametro diverso con sezione circolare collegati alla sorgente radiaattiva e applicati sulla cute con frazionamenti 1/settimana opp 2/settimana con



dosi più basse. Opp si costruiscono modelli in cui passano fili di teflon che fanno passare il “radioattivo”attraverso un proiettore di sorgente .

4) La dottoressa Senetta comunica la conclusione del documento che stabilisce i criteri minimi per la definizione del melanoma. Manderà il file alla Rete Oncologica affinché possa essere resa nota a tutti i partecipanti.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data:

**07 novembre 2018, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'O.d.G.**