



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI CUTANEI** tenutosi in data **17 aprile 2019** 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 Biella

ASL Città di Torino

ASL CN 2

ASL TO 4

ASL VC

ASL VCO

IRCCS Candiolo

Humanita Gradenigo

ORDINE DEL GIORNO

1. Elenco studi clinici in corso, si richiede la presenza della figure di riferimento della Città della Salute e dell'IRCCs di Candiolo (dr. Paolo Fava; Dr Fabrizio Carnevale)
2. Discussione linee guida su SCC (prof. Pietro Quaglino)
3. Ruolo della diagnostica per immagini in SCC
4. Varie ed eventuali: chiedere al dr. Bertetto la % di migrazione extraregionale

1. Sono stati presentati dal Dr. Paolo Fava e dal dr. Fabrizio Carnevale i Protocolli clinici in setting adiuvante e metastatico in corso e prossimi all'avvio presso la Città della Salute e della Scienza di Torino e presso IRCCs di Candiolo.

a. Adiuvante e Neoadiuvante I e II linea

i. DARONUM philogen in melanomi Stadio 3b e 3c. Chirurgia sola vs iniezione intralesionale di IL e 2TNFa 4 iniezioni 1/sett, poi chirurgia .

Criteri di inclusione: LINFONODI PALPABILI O METASTASI IN TRANSIT PALPABILI

ii. Obiettivo: RFS

iii. A breve studio BMS in Neoadiuvante (attualmente non disponibile)

- iv. Nei pazienti con mutazione BRAF, lo studio COMBI A plus, valuta la tossicità di iperpiressia: maggior tox in protocolli di adiuvante in BRAF mutati. Stadio III (con deposito istologico in SLN > 1 mm). Ammesse mutazione E e K, non arruolabili se primitivo sconosciuto, non sono eleggibili i primitivi mucosali, uveali, o i soggetti con met in transit. Non in neoadj. Valutazione gestione tox delle piressia.
- v. Uso ter nivo stadi III ABC e IV resecato (disease free dopo chirurgia), entro 12 sett da ultima chirurgia; sono ammessi i primitivi uveali, mucosali e primitivi sconosciuti.

b. Metastatico

- i. BeyPro2: la miglior gestione del pz in PD da target, a seconda che la PD sia locale o generalizzata. In caso di PD locale il paziente viene randomizzato a prosecuzione terapia target con un trattamento locale sulla sede di progressione vs una II linea di terapia sistemica.
- ii. SECOMBIT protocollo randomizzato sulla miglior strategia di gestione del paziente mutato braccio BRAF. Tre bracci: A encorafenib e binimetinib in prima linea, alla PD combo immuno. Braccio B combo immuno in prima linea e a PD combo target. Braccio C combo target per 8 sett, al termine delle 8 settimane switch a combo immune fino a PD, poi combo target fino a PD. Obiettivi primari OS, Secondari: PFS, andamento clinico.
- iii. Illuminate: studio randomizzato TLR + IPI vs IPI alone, in II linea. Infusione TLR alle settimane 1, 2, 3, poi 5, 8. Stadio III inoperabili o IV con lesioni iniettabili, in PD dopo Nivo o Pembro. Criteri di esclusione: primitivi uveali, precedente terapia con IPI, meta cerebrali attive (ammesse lesioni CNS se stabili da > 4 settimane e senza necessità di steroidi).
- iv. PIVOT-NECTAR in Mela in PD, coorte melanoma (Candiolo)
- v. SNC

1. Doppia dose encorafenibbinimetiib in metastasi cerebrali (in via di sottomissione)
2. TIM3 ed AntiPD1 c/o INT Milano

2. Il dr. Quaglino ha presentato le Linee Guida AIOM 2019, per SCC. In primis è stato definito che per la stesura sono stati seguiti i “Criteri P.I.C.O.”, a causa degli scarsi dati presenti in

letteratura, nonostante la corposa casistica, scarsi numeri e lavori di basso valore scientifico. Si è discusso in merito ai punti critici analizzati nelle linee guida ed a quelli che rimangono i dubbi importanti del trattamento del tumore della cute SCC-

- a. Fattori di rischio con classificazione in alti e basso rischio
 - i. Clinici: dimensioni > 20 mm in Sede L, > 15 mm area M, > 6 mm in area H
 - ii. Bordi
 - iii. Neoplasia in pz immunosoppresso
- b. Concetto della fotoprotezione: Riduce incidenza di ca spinocellulari, in pazienti con fattore di rischio
- c. Dermoscopia raccomandabile, rispetto a visita clinica, ma bassa qualità di evidenze
- d. Margini raccomandati in basso o alto rischio
 - i. Basso rischio ≥ 4 mm (studio prospettico americano singolo centro, vecchio studio)
 - ii. Alto rischio ≥ 6 mm (lavoro di Brodland 1992)
- e. Follow-up in pz immunodepressi
- f. Chemioprevenzione
- g. Mohs raccomandazione positiva debole per vera (controllo istologico immediato), non differita
- h. Chirurgia da preferire a RT
- i. RT se fattori di alto rischio e margini non ampliabili
- j. Asportazione chirurgica ed altre procedure: curettage, crio, la procedura di scelta rimane la chirurgia, se cheratosi attiniche multiple o tumori multipli in situ, queste possono essere strategie alternative
- k. Il Linfonodo Sentinella in SCC ad alto rischio,
- l. Cosa fare in SCC del Labbro: T2, indicazione a svuotamento linfonodale
- m. Stadiazione alla prima diagnosi, qualità evidenze bassa, ma in neoplasie ad alto rischio deve essere fatta, tuttavia nelle linee guida AIOM 2019, non è specificato quale esame, debba essere utilizzato, il più usato pare essere la TAC
- n. Stadiazione in follow up, la qualità di evidenze è bassa ad alto rischio, quale esame? ogni 3 mesi (Impossibile), maggiormente fattibile ogni 6 mesi.
- o. Dopo chirurgia, RT vs RT + CT in due diversi gr di pz, meglio non associare la CT



- p. Se non chirurgia, se indicato fare RT, può essere associata la CT alla RT
- q. SCC recidivato o metastatico, approcci curativi palliativi a base di platino, antiPD1 cemiplimab, in trials clinici.
- r. Protocollo in adiuvante in SCC, operato, post RT (S- Lazzaro), in futuro.

3. Antonino Sarno, radiologo, ha esposto la necessità di valutare in gruppi di lavoro referto radio-oncologico strutturato, utilizzando come punto di partenza le Linee Guida AIOM 2019. Si sono definiti i componenti del gruppo:

- i. Dermatologo: Fava (favapaolo@yahoo.it), Gattoni (dermogatto@libero.it)
- ii. Oncologo: Occei (marcellaoccei@gmail.com)
- iii. Chirurgo: Caliendo (virginiacaliendo@gmail.com)
- iv. Anatomico patologo: Senetta (rebesenetta@gmail.com)
- v. Radiologo: Sarno (antonino.sarno@gmail.com), Sgro (gsgro@mauriziano.it)
- vi. Radioterapista: Rampino (mrampino@cittadellasalute.to.it)

Vengono proiettate le linee guida AIOM e discusse con il dr Sarno. Non esistono problematiche inerenti la diagnosi primitiva fatta eccezione degli stadi III dove il gruppo di studio dovrà valutare ad esempio la valutazione della TC vs la PET (quando quale e perché' farla).

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

19 giugno 2019, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'O.d.G.