



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI DELL'ESOFAGO** tenutosi in data **13 settembre 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. S. Croce e Carle Cuneo

ASL Città di Torino

ASL Asti

IRCCS di Candiolo

L'argomento del giorno è "La chirurgia mini-invasiva dell'esofago – il protocollo ERAS".

Vengono presentate le relazioni da parte di tre gruppi esperti in materia:

- 1) Prof. Romagnoli – dr. Strignano – dr.ssa Mazza della Chirurgia 2 delle Molinette
- 2) Dr. Borghi – dr. Geretto della Chirurgia di Cuneo
- 3) Prof. Rebecchi della Chirurgia 1 delle Molinette

Le presentazioni saranno pubblicate sul sito di Rete.

Nella prima relazione viene dapprima illustrata la storia della **chirurgia mini-invasiva esofagea**: la Minimally-Invasive Esophagectomy o MIE nasce negli anni '90. I primi casi vengono operati a Bruxelles dal prof. Collard nel 1993 con un approccio toracoscopico: con il paziente in decubito laterale sinistro venivano posizionati telecamera e trocar, strumenti rettilinei e rigidi, che permettevano con difficoltà resezioni en bloc e linfadenectomia del mediastino posteriore, riproducendo la radicalità oncologica dell'approccio open. L'approccio addominale era laparotomico. Dopo circa 3 anni il prof. Collard ha smesso di effettuare questi interventi che, seppure fattibili, risultavano molto difficoltosi.

Grazie a strumentazione mini-invasiva sempre più performante e all'avvento della robotica nel 2003, l'approccio mini-invasivo toracico e addominale è divenuto sempre più frequente. La tecnica mini-invasiva robot-assistita (RAMIE), in particolare, presenta i vantaggi della visione 3D magnificata, di un'ottica stabile e dei 7 gradi di libertà degli strumenti, consentendo una dissezione chirurgica più agevole, soprattutto per la linfadenectomia.

Sia la MIE (esofagectomia mini-invasiva) che la RAMIE (esofagectomia mini-invasiva robot-assistita) si possono correttamente definire tecniche mini-invasive. Il decubito del paziente durante l'intervento è cambiato, con l'evoluzione delle tecniche, dal classico decubito laterale sinistro, all'attuale decubito semi-prono, maggiormente diffuso. Il decubito laterale sinistro aveva il



vantaggio di una rapida possibilità di conversione in toracotomia se necessario, con però una maggior difficoltà nell'esposizione dovendo reclinare il polmone; il decubito prono, utilizzato dal 2006, era caratterizzato da minori complicanze respiratorie, ma la eventuale conversione in toracotomia necessitava di più tempo. Il decubito semi-prono rappresenta un ottimo compromesso fra le due posizioni.

Confrontando le tecniche mini-invasive con l'open esophagectomy (OE), si osserva una radicalità oncologica del tutto simile (con un uguale numero di linfonodi asportati), come pure un'analogia percentuale di fistole anastomotiche; con le tecniche mini-invasive si registrano meno complicanze sia cardiache sia respiratorie, minori perdite ematiche, una degenza postoperatoria più breve, una qualità di vita migliore, anche se tempi operatori più lunghi (244-520 minuti).

La relazione del dr. Borghi di Cuneo mostra i risultati dell'esperienza di chirurgia dell'esofago del suo gruppo (sia tradizionale che mini-invasiva robotica). Dal punto di vista tecnico si sottolinea la necessità di piloroplastica per consentire un corretto svuotamento del tubulo gastrico; può essere effettuata una piloroplastica a tutto spessore o la miotomia extramucosa, o ancora la digitoclasia. L'intervento comprende poi la digiunostomia d'alimentazione, che può anche essere effettuata con la tecnica mini-invasiva.

Il prof. Rebecchi presenta la sua casistica di 25 pazienti, quasi tutti con tumore in sede cardiale o dell'esofago medio-distale, operati insieme al prof. Camandona con tecnica mini-invasiva robotica per la fase toracica e laparoscopica per quella addominale, sottolineando il basso numero di complicanze respiratorie, a fronte di analoghi risultati oncologici, seppur con follow-up ancora limitato.

Cita inoltre un recente lavoro monocentrico sulla RAMIE (casi dal 2016 al 2018) che afferma che con la robotica si asporterebbero più linfonodi che con la tecnica tradizionale.

In discussione si evidenzia l'importanza di una tempistica ottimale della chirurgia dopo le terapie neoadiuvanti, che è da 3 a 6 settimane dopo la chemioterapia, e da 6 a 10 settimane se vi è stata anche la radioterapia, per poter ottenere un adeguato down-staging e ridurre le problematiche tecniche legate all'importante stato infiammatorio locale nelle prime settimane post RT.

Il secondo argomento della giornata, affrontato da tutti i relatori, è il **protocollo ERAS** (Enhanced Recovery After Surgery) in associazione alle tecniche mini-invasive o all'approccio open tradizionale. Il protocollo è stato ideato nella seconda metà degli anni 90 dal prof. Kehlet ed ha lo scopo di accelerare e migliorare la ripresa del paziente grazie a procedure pre- intra- e post-



operatorie volte ad ottimizzare la preparazione del paziente, il controllo del dolore, l'alimentazione e la mobilizzazione precoce. E' un percorso integrato, che si avvale di un team multidisciplinare, e che ha come conseguenze una riduzione delle complicanze non chirurgiche e della degenza. Si compone di varie fasi:

ERAS pre-ricovero: valutazione delle comorbidità, dello stato nutrizionale, della compliance, della presenza o meno di care-giver; si passa quindi alla fase della Prehabilitation, sempre pre-ricovero, nella quale al paziente si impone lo stop da fumo e alcol almeno 1 mese prima, e gli si fornisce un programma specifico di attività fisica quotidiana e di fisioterapia respiratoria; per l'eventuale supporto nutrizionale, quando è possibile si preferisce sempre la via enterale (in corso la valutazione dell'immunonutrizione).

ERAS preoperatorio (qualche giorno prima dell'intervento): preparazione intestinale se si pensa di utilizzare la trasposizione del colon, ridurre al minimo il digiuno preoperatorio (liquidi permessi sino a 2-3 ore prima dell'intubazione, bevande ricche di carboidrati), fisioterapia respiratoria.

ERAS intraoperatorio: ne fanno parte la profilassi antibiotica, la posizione del paziente sul letto operatorio, il confezionamento di digiunostomia (sempre?), la riduzione dei drenaggi (indispensabile ovviamente quello toracico per lo pneumotorace indotto), il posizionamento di cateterino peridurale, l'estubazione precoce (se possibile già a fine intervento)

ERAS postoperatorio: la mobilizzazione se possibile deve iniziare già a letto dal giorno zero, e la rialimentazione per os in un range da 3 a 7 giorni.

Il ruolo importantissimo dell'ERAS nel determinare la prognosi del paziente ha già una evidenza di grado A nella chirurgia del colon; non l'ha ancora raggiunta nell'esofago per la difficoltà di raccogliere adeguati numeri in questa patologia.

Al termine delle relazioni **le domande a cui risponderanno gli esperti sono due:**

- 1) Quali sono le indicazioni ottimali alla chirurgia mini-invasiva?**
- 2) Quali sono gli items utili per un protocollo ERAS?**

In relazione al primo quesito, in discussione emergono già alcuni criteri di esclusione, come il dubbio coinvolgimento di trachea-bronchi e/o aorta e le grosse masse tumorali.

Si ribadisce a questo proposito l'importanza di aspettare la risposta alla radioterapia (circa 10 settimane), per poter aumentare il ricorso ad approcci mini-invasivi.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **15 ottobre 2019**, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.