



Sono presenti al gruppo di studio convocato in data 27 settembre u.s. dedicato al carcinoma del pancreas, i seguenti professionisti:

- *Claudio Deangelis – AOU San Giovanni Battista*
- *Marcello Garavoglia – AOU Novara*
- *Felicino Debernardi – IRCC Candiolo*
- *Stefano Giaccardi – AO S. Croce Cuneo*
- *Donata Campra – AOU San Giovanni Battista*
- *Lidia Rovera – AO Mauriziano*
- *Manuela Monni – AOU Novara*
- *Cristiana Taverniti – AOU San Giovanni Battista*
- *Gessica Fiore – AOU San Giovanni Battista*
- *Giorgio Limerutti – AOU San Giovanni Battista*
- *Giancarlo Sarnelli – ASL TO1 Ospedale Martini*
- *Donata Bellis – ASL TO1 Ospedale Martini*
- *Riccardo Lo Russo – AUSL VDA*
- *Donatella Pacchioni – AOU San Giovanni Battista*
- *Anna De Luca – AOU San Giovanni Battista*
- *Ferruccio Ravazzoni – AO Alessandria*
- *Nadia Rondi – AOU San Giovanni Battista*
- *Franco Novelli – AOU San Giovanni Battista/Cerms*
- *Luigi Chiusa – AOU San Giovanni Battista*
- *Paolo Massucco – IRCC Candiolo*
- *Delia Campanella – IRCC Candiolo*
- *Luca Viganò – AO Mauriziano*
- *Oscar Bertetto – Dipartimento Rete Oncologica*
- *Stefano Silvestri – Specializzando Chirurgia*

Assenti giustificati:

- *Mirella Giovarelli – AOU San Giovanni Battista*
- *Lucia Turri – AOU Novara*
- *Anna Novarino – AOU San Giovanni Battista*
- *Andrea Sponghini – AOU Novara*
- *Francesco Leone – IRCC Candiolo*

Si affrontano i temi individuati nella scorsa riunione, iniziando dai documenti pervenuti.

Il Dott. Novelli informa sulla raccolta dei sieri e dei linfociti di pazienti affetti da adenocarcinoma pancreatico, per lo più in fase avanzata di malattia: sono più di 160 e hanno consentito di individuare 18 molecole antigeniche che inducono una risposta anticorpale, in alcuni casi anche con l'attivazione dei linfociti T. Particolarmente promettente pare essere una alfa-enolasi, per la sensibilità e la specificità dimostrata e per la possibilità di un dosaggio con un Elisa test e non con le più elaborate e costose metodologie della proteomica. Si è mostrato pure interessante la possibilità di una vaccinazione a DNA per ridurre il rischio di recidiva neoplastica. Sono state effettuate anche ricerche in topi che, geneticamente predisposti ad una trasformazione tumorale pancreatico possono evidenziare proteine presenti nel siero in fasi più precoci della malattia. Sempre nei topi l'uso del vaccino ha aumentato la sopravvivenza media di un terzo. Maggiori informazioni si potrebbero naturalmente ottenere da un più elevato numero di sieri di pazienti, in diverse fasi evolutive della malattia, dai linfociti ottenuti dagli stessi pazienti ed eventualmente da cellule provenienti dal loro tumore.

Si richiede quindi ai presenti la disponibilità a concorrere alla raccolta di tale materiale correlandolo alla storia clinica del paziente e alla refertazione anatomopatologica. Vi sono risposte affermativo in tal senso, da parte dei professionisti di Mauriziano, Martini, Novara, Cuneo, Aosta e Candiolo: si richiede quindi al Dott. Novelli di proporre un modello organizzativo per l'attuazione di tale progetto.

Il Prof. Garavoglia presenta i tre documenti fatti pervenire sul modello hub-spoke, la gestione dell'ittero e il posizionamento degli stent endobiliari. Nel primo si sono individuate le caratteristiche che devono essere

possedute dal centro di riferimento hub, soffermandosi in particolare sulla fase diagnostica che deve poter essere garantita dalla presenza della radiologia interventistica, dall'ecoendoscopia operativa, dal citopatologo esperto, dal gruppo interdisciplinare per una valutazione collegiale circa l'operabilità. La concentrazione dei casi operabili porterebbe ad una maggiore esperienza del chirurgo, alla possibilità di garantire trattamenti chemioradioterapici neoadiuvanti e a favorire la ricerca in un settore per il quale occorrono condivisione di progetti ed acquisizione di finanziamenti per raggiungere effettivi risultati di miglioramento prognostico, sino ad ora solo auspicati.

La gestione dell'ittero che prevede naturalmente il suo primo inquadramento spesso a livello di struttura spoke, deve essere considerata un'urgenza diagnostica. Si ricorda che storicamente il 40% dei casi di ittero è dovuto alla presenza di un carcinoma pancreatico, ma più recenti osservazioni e epidemiologiche tendono ad avvicinarsi al 60% dei casi. Dalle strutture spoke il paziente deve essere fatto afferire al centro hub per avere la possibilità di essere sottoposto all'ecoendoscopia, esame di riferimento, con le eventuali decisioni interventistiche.

Nel terzo documento sono evidenziati i rischi del posizionamento intempestivo della protesi. Si ribadisce in particolare, che non vi è indicazione all'uso di protesi metalliche in previsione di un intervento chirurgico. Le protesi non consentono una corretta stadiazione (per cui devono essere introdotte solo a stadiazione avvenuta), aumentano il rischio di infezioni delle vie biliari, spesso causano un rigonfiamento reattivo dei linfonodi.

Deve essere preso in considerazione il suo posizionamento quando i valori elevati di bilirubina renderebbero problematico il recupero epatico post operatorio.

I documenti pervenuti o che perverranno saranno inviati a tutti i partecipanti del gruppo che potranno far pervenire osservazioni, correzioni, integrazioni: queste saranno sottoposte al redattore che potrà accoglierle o motivarne la non accettazione. Il documento così emendato sarà sottoposto all'approvazione del gruppo è utilizzato per elaborare le raccomandazioni per la Rete.

Il dott Deangelis delinea le indicazioni per l'ecoendoscopia e la biopsia diagnostica; è mandatoria nelle lesioni non operabili, in particolare per differenziare le lesioni neoplastiche dalla pancreatite cronica focale. Nelle lesioni operabili, vi è una tendenza ad ampliare l'indicazione alla biopsia prima dell'intervento, per i numerosi dubbi diagnostici pre-operatori che potrebbero portare ad un intervento ampiamente demolitivo in presenza di pancreatiti, linfomi, metastasi di altre neoplasie.

Il fabbisogno di centri ecoendoscopici per la rete potrebbe essere di 6, anche se le indicazioni della società scientifica prevederebbero un centro ogni 400.000 abitanti (quindi per la Rete 11 centri).

In presenza di stenosi della via biliare si dovrebbe garantire la possibilità di eseguire contemporaneamente ERCP, ecoendoscopia ed eventuale coledoscopia.

Il problema della soggettività del referto dell'esame dovuta all'operatore è migliorabile con la possibilità di una efficace formazione sul campo. In un centro come quello dell'AOU San Giovanni Battista di Torino dove si effettuano circa 500 biopsie/anno è possibile formare un nuovo operatore in circa un anno.

Si propone un accurato censimento delle realtà operative della Rete, individuando non solo dove è presente la strumentazione, ma anche dove è effettivamente utilizzata.

Si ribadisce la necessità della presenza in sala del citopatologo per una valutazione immediata del materiale prelevato.

Si apre una discussione sulla necessità della biopsia ecoendoscopica prechirurgica o comunque sulla necessità di ricorrere a due metodiche di imaging nei casi operabili.

Alcuni presenti ritengono che le attuali indicazioni prevedano per la decisione di reseccabilità la sola esecuzione di una TAC.

Il Dott. Limerutti evidenzia come un esame TAC condotto in modo corretto consenta di ottenere immagini certe della lesione; vi possono essere errori interpretativi, ma è sempre possibile una rivalutazione con un riletture che corregga eventuali errori di refertazione senza la necessità di ripetere l'esame.

Occorre un'apparecchiatura multibanco che permetta ampi studi volumetrici (con una definizione dell'immagine che dipende naturalmente dalla performance dello strumento a disposizione).

Si può contemporaneamente effettuare un'indagine che consente di evidenziare la lesione e porre il sospetto diagnostico di neoplasia, dare le informazioni utili per un giudizio di reseccabilità anche attraverso lo studio dei vasi arteriosi e venosi ottenuto con una ricostruzione multiplanare e la stadiazione (attenta più che al parametro N alla presenza di M con particolare riguardo al fegato e alla carcinosi peritoneale, mentre è dubbia la necessità di estendere sin da subito l'esame anche al polmone).

Si apre una breve discussione sul ruolo della PET di cui non vi sono indicazioni evidenti per il suo utilizzo nella stadiazione della malattia; sarebbe dunque da riservare solo a casi selezionati, giustificando le motivazioni della richiesta.

Si ribadisce che il compito del radiologo è quello di fornire tutte le informazioni utili alle decisioni, ma non esprimere giudizi sulla scelta dei trattamenti.

In alcuni casi infatti sono possibili anche resezioni vascolari; è utile perciò segnalare l'estensione longitudinale dell'interessamento vascolare, in particolare venoso e i gradi dell'infiltrazione circonferenziale, in particolare arteriosa. Non vi è l'indicazione ad effettuare in ogni caso la ricostruzione multiplanare delle vie biliari, indispensabile solo in alcune situazioni cliniche.

Non si è ritenuto opportuno dare indicazioni sulle modalità di somministrazione del mezzo di contrasto e sulla tecnica per le acquisizioni delle immagini, considerandolo un patrimonio esperienziale comune ai radiologi della Rete. Si discute sui carcinomi pancreatici non evidenziabili con l'esame TAC; nei diversi interventi dei presenti le percentuali variano dal 10 al 20%.

La dott.ssa Campanella riferisce sulle biopsie TAC o US – guidate transparietali: le linee guida limitano tale procedura ai pazienti in cui può essere rischioso la sedazione (a cui normalmente si ricorre in altre Nazioni per l'esame endoscopico mentre non è pratica di routine in Italia) e nei casi di alterazioni del tratto gastroenterico superiore dovute a pregressi interventi chirurgici .

Il rischio di una maggiore disseminazione di cellule neoplastiche con tale metodica è accertato, ma non vi sono dati che questo comporti sicuramente una peggiore prognosi per il paziente . Può essere effettuata con ago sottile o con ago tranciante e la guida ecografica è altrettanto valida di quella TAC.

Si rimette in discussione il ruolo della PET, prospettando un possibile ampliamento delle indicazioni con l'utilizzo di tecniche CT-PET. Pare in tal modo si possa discriminare con la modalità di captazione (bifasica focale) e l'intensità S.U.V. le lesioni neoplastiche da quelle infiammatorie.

Sono però espressi dubbi che qualunque definizione di imaging possa risultare superiore alla verifica bioptica e quindi la diagnosi CT-PET dovrebbe essere riservata solo ai casi di ago aspirato negativo in presenza di un forte sospetto clinico o di un elevato valore dei marcatori .

Nelle lesioni cistiche, dopo la diagnosi iniziale effettuata con ecoendoscopia, è indicato per il follow up ricorrere alla RMN.

Il dott. Massucco apre la discussione sulle eventuali possibilità di un anticipo diagnostico, forse perseguibile solo nei casi di familiarità.

La dott.ssa Campra segnala a questo proposito l'esistenza di un registro europeo a Liverpool che ha fissato i criteri con cui definire i casi sospetti di familiarità e vi sono contatti tra i genetisti dell'AOU San Giovanni Battista di Torino (Pasini, Arduino) e i genetisti di Liverpool. Vi è anche un registro italiano con sede a Pisa. L'esame consigliato quale screening nelle famiglie a rischio è l'ecoendoscopia.

Sono in studio anche associazioni tra il carcinoma pancreatico ed altre neoplasie (es: melanoma e carcinoma della mammella).

Vi sono situazioni cliniche (es: pancreatici croniche) a più alto rischio di insorgenza della neoplasia ed è indicatore di elevato rischio di tumore pancreatico l'insorgenza improvvisa di un diabete mellito dopo i 50 anni di età.

Il dott. Massucco ritiene opportuno definire un chiaro percorso per i casi di lesioni cistiche del pancreas sospette per neoplasia e richiede di costituire un piccolo gruppo multidisciplinare per redigere le indicazioni per tali situazioni cliniche.

Il gruppo risulta così composto:

dott. Massucco (Coordinatore), dott. Cirillo, dott. Deangelis.

La prossima riunione è prevista per il **06 dicembre 2011** alle **ore 14.30** con il seguente OdG:

- prosecuzione dei lavori assegnati

Sarà cura della segreteria di rete (ucr@reteoncologica.it) inviare alcuni giorni prima del prossimo incontro conferma dell'ora, dell'OdG e del luogo.