



Sono presenti al gruppo di studio convocato in data 6 dicembre u.s. dedicato al carcinoma del pancreas, i seguenti professionisti:

- *Donata Campra - AOU San Giovanni Battista*
- *Michela Capello*
- *Luigi Chiusa - AOU San Giovanni Battista*
- *Claudio Deangelis - AOU San Giovanni Battista*
- *Felicino Debernardi - IRCC Candiolo*
- *Anna De Luca - AOU San Giovanni Battista*
- *Milena Di Genesisio - AOU Novara*
- *Gessica Fiore - AOU San Giovanni Battista*
- *Marcello Garavoglia - AOU Novara*
- *Stefano Giaccardi - AO S. Croce Cuneo*
- *Mirella Giovarelli - AOU San Giovanni Battista*
- *Riccardo Lo Russo - AUSL VDA*
- *Paolo Massucco - IRCC Candiolo*
- *Claudio Miglietta - AOU San Giovanni Battista*
- *Anna Novarino - AOU San Giovanni Battista*
- *Lidia Rovera - AO Mauriziano*
- *Paola Salacone - AO Mauriziano*
- *Oscar Bertetto - Dipartimento Rete Oncologica*

*Assenti giustificati:*

- *Pietro Gabriele – IRCC Candiolo*
- *Franco Novelli – AOU San Giovanni Battista/Cerms*
- *Umberto Ricardi - AOU San Giovanni Battista/Cerms*
- *Nadia Rondi - AOU San Giovanni Battista/Cerms*
- *Daniele Regge – IRCC Candiolo*

Si segnala l'avvenuto incontro a cura del Prof. Novelli per organizzare e facilitare la raccolta di sangue e tessuti tumorali dai pazienti affetti da tumore del pancreas in diversi momenti dell'evoluzione della malattia. Si affrontano per ulteriori approfondimenti gli argomenti dei documenti di cui erano responsabili i diversi specialisti.

Per quanto riguarda la diagnostica citologica si ribadisce l'importanza della presenza dell'anatomo patologo al momento del prelievo per migliorare l'accuratezza del referto e ridurre i tempi per giungere ad una refertazione certa.

Si ricorda però la difficoltà di assicurare tale presenza sia per gli organici ridotti sia per la tariffa prevista non remunerativa perché non tiene conto dei lunghi tempi richiesti per la biopsia pancreaticata per via endoscopica (circa un'ora).

Per l'esame anatomo patologico del pezzo operatorio non vi sono difficoltà da parte delle anatomie patologiche ad assicurare un referto corretto, anche con il ricorso alle procedure immunoistochimiche, mentre vi sono limiti organizzativi per ottenere le ulteriori indagini di biologia molecolare. Vi è un buon accordo tra le anatomie patologiche circa l'identificazione della lamina posteriore, opportunamente marcata con china e correttamente sezionata.

Per quanto riguarda l'indagine TAC si definiscono i requisiti minimi di refertazione, in particolare con la segnalazione dell'interessamento dell'arteria e della vena mesenterica e della parete aortica. Le immagini TAC devono essere comunque discusse dal team e collegialmente deve essere definita la resecabilità o meno della lesione o la sua collocazione nelle forme borderline. Deve essere garantito lo standard con cui si ottengono le immagini che permetta la successiva corretta interpretazione, anche con il ricorso a ricostruzioni radiologiche vascolari.

Non si dovrebbero più effettuare resezioni pancreatiche in strutture che ne eseguono meno di dieci casi/anno e si dovrebbero adottare misure organizzative per la massima concentrazione dei casi in pochi centri di riferimento.

Potrebbe essere utile una valutazione di rete sull'opportunità dello screening per le forme familiari; a tale scopo risulta per il momento dubbia la significatività della presenza di k-ras nel succo pancreatico.

Vi è un'indicazione per una valutazione dello specialista in nutrizione clinica per tutti i pazienti affetti da carcinoma pancreatico fin dal momento della diagnosi e comunque sempre prima dell'intervento chirurgico. L'alimentazione ottimale è quella enterale e orale precoce, cercando di limitare l'uso della parenterale. Nel post intervento una particolare attenzione deve essere rivolta ai problemi di malassorbimento e ai disturbi metabolici, in particolare il diabete mellito.

Si ritiene spesso tardivo per il trattamento del dolore il ricorso all'alcoolizzazione del plesso celiaco, oggi eseguibile senza particolari complicanze per via anteriore sottoguida ecografica o TAC.

Si ricorda la possibilità di eseguire tale manovra anche durante l'intervento chirurgico, quando questo non possa essere radicale. Nelle forme di dolore avanzato vi è indicazione al blocco dei nervi splancnici .

Si ribadisce l'importanza della chemioterapia neoadiuvante da sola o associata alla radioterapia per rendere possibile l'intervento nelle forme tumorali al limite della reseccabilità o anche come terapia complementare, ancora in fase di studio, per forme sottoponibili all'intervento al momento della diagnosi.

Occorre avviare su questo tema un intervento formativo che sensibilizzi innanzitutto i chirurghi e coinvolga oncologi e radioterapisti della rete portandoli ad adottare protocolli comuni di trattamento.

Non tutte le radioterapie pare abbiano la stessa opinione circa l'utilità dei trattamenti radianti nei tumori pancreatici.

Un problema analogo, cioè la necessità di una maggiore uniformità nelle scelte terapeutiche, si ha anche nei trattamenti adiuvanti e in quelli per le fasi avanzate di malattia. A questo proposito, dati gli insufficienti risultati sono ad ora ottenuti dalle terapie sarebbe utile un maggior inserimento dei pazienti in protocolli di studio per trattamenti innovativi.

Sono illustrati infine gli sviluppi delle sperimentazioni riguardanti la vaccinazione; sono stati predisposti vaccini a DNA nei confronti sia del recettore c- Erb sia della alfa-enolasi per sensibilizzare linfociti e monociti del paziente, anche con l'utilizzo di cellule dendritiche per la presentazione dell'antigene.

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