

SICOnews Quadrimestrale

Direttore Scientifico
Francesco Tonelli

Direttore Responsabile
Andrea Salvati

Consulente editoriale
Fausto Badellino

Comitato Editoriale
Tiziana Cavalli, Massimo Farina,
Lucio Fortunato, Alfredo Garofalo,
Gadiel Liscia, Antonio Scanu,
Giovanni Squarci

Segreteria di Redazione
Sandra Sisti

Area Pubblicità
Patrizia Arcangioli, responsabile
arcangioli@gruppocic.it

Area Marketing e Sviluppo
Antonietta Garzonio, garzonio@gruppocic.it
Fabio Regini, regini@gruppocic.it

Autorizzazione del Trib. di Roma
n. 238 del 26/06/2009

Direzione, Redazione, Amministrazione:
CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.
C.so Trieste, 42 - 00198 Roma
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688
E-mail: info@gruppocic.it www.gruppocic.com

Area Nord Italia
Via Matteotti, 52/a - 21012 Cassano Magnago
(VA)
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Stampa: Litograf srl - Todi (Perugia)

Finito di stampare nel mese di gennaio 2010

Tutti i diritti riservati. È vietato riprodurre, archiviare in un sistema di riproduzione o trasmettere sotto qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico, meccanico, per fotocopia, registrazione o altro, qualsiasi parte di questa pubblicazione senza autorizzazione scritta dell'Editore. È obbligatoria la citazione della fonte.

La massima cura possibile è stata prestata per la corretta indicazione dei dosaggi dei farmaci eventualmente citati nel testo, ma i lettori sono ugualmente pregati di consultare gli schemi posologici contenuti nelle schede tecniche approvate dal Ministero della Salute.

Prezzo a copia € 1,50 - L'IVA, condensata nel prezzo di vendita, è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29-12-1989.

Il periodico viene anche inviato ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore. Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13), informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta. La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione del giornale ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore. Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.

ASSOCIATO A:
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA

Copyright 2010

 **CIC Edizioni Internazionali**

GIORNALISMO E ONCOLOGIA L'evoluzione della rappresentazione della malattia nell'opinione pubblica

GIOVANNI SQUARCI

Giornalista addetto stampa AOU Careggi, Firenze

“

Male incurabile”, “lunga e inguaribile malattia”, erano alcune espressioni che la stampa utilizzava, ancora agli inizi degli anni '80, per evitare di menzionare la parola cancro. Il termine era omesso per una sorta di pudore che voleva mascherare con parole garbate la profonda angoscia causata dalle patologie oncologiche. Non era una vera e propria forma di autocensura, ma un effetto di quella capacità di ascolto che il giornalismo di un tempo esercitava nei riguardi di quella società che si impegnava a interpretare, raccontare, informare. Vi era una specie di patto del silenzio fra il giornalista e i suoi lettori che sollecitava una particolare prudenza nell'affrontare temi drammatici e profondamente evocativi di paure collettive e individuali come il cancro. Uno dei principi su cui si fonda il diritto di cronaca è la moderazione dei toni e in passato, evitare parole percepite come scioccanti, poteva essere considerato un comportamento consono al buon giornalismo. Oggi non è più così, le cose sono cambiate e non per volontà dei giornalisti, ma per una grande trasformazione so-

segue a pag. 2

In questo numero

- IL CANCRO DEL RETTO LOCALMENTE AVANZATO T4: THE HOT POINTS
- IL TRATTAMENTO INTEGRATO DELLE METASTASI EPATICHE
- CHEMIO-
PERTERMIA INTRAPERITONEALE, LE ESPERIENZE DI BERTINORO E ROMA
- PARTONO I PRIMI STUDI CLINICI MULTICENTRICI
- SICO DIVENTA MEM-
BRO DELL'ESSO
- ATTIVITÀ SICO

ziale che ha progressivamente reso meno spaventosa la malattia tumorale. Un cambiamento dovuto ai progressi della scienza e all'evoluzione culturale nel rapporto medico-paziente che si è sempre più orientato verso due grandi temi, la corretta informazione e la prevenzione.

Sono molte le tappe fondamentali di questo percorso che ha liberato la società da quel pudore irrazionale che tendeva a rimuovere la parola cancro dal linguaggio quotidiano. Una liberazione che ha invitato e sollecitato il giornalismo a usare questo termine in modo esplicito e sempre più disinvolto.

All'inizio degli anni '70, in particolare a Firenze, cominciano i primi screening sperimentali per la diagnosi precoce del tumore al seno. È l'avvio della prima fase della divulgazione scientifica di massa. Diventa essenziale per i media affrontare il tema oncologico direttamente e nel modo più chiaro possibile, per educare l'opinione pubblica alla diagnosi precoce e ai corretti stili di vita. La parola cancro non deve più evocare l'oscuro nemico implacabile, ma un problema sociale che può essere compreso e affrontato.

La conoscenza è la prima arma di difesa contro la malattia. Raccontare i sintomi, elencare costantemente i fattori di rischio diventa un dovere del buon giornalismo. La dimensione razionale della comunicazione oncologica si afferma progressivamente abbattendo ogni ingiustificato pudore. La società riesce ad affrontare il tema, che resta drammatico, ma grazie a una nuova consapevolezza si fa strada la convinzione che parlare di cancro sia utile per prevenire e curare la malattia.

Centrale nell'evoluzione della comunicazione al pubblico sul tema oncologico è il progresso della chirurgia in generale e poi di quella dedicata alla malattia tumorale. È del 1975 la prima legge italiana sui trapianti, che segna l'inizio della diffusione di questo tipo di intervento nel nostro Paese, modificando radicalmente la percezione dell'opinione pubblica sulle possibilità terapeutiche. Dopo la dirompente notizia del primo trapianto di cuore nel 1967, progressivamente, quello che i media percepivano inizialmente come un evento eccezionale, comincia a diventare realtà quotidiana. La fiducia nella chirurgia si consolida costantemente, fino a travalicare i limiti del sensazionalismo. A partire dalla seconda metà degli anni '80 si celebrano sulla stampa vere e proprie manifestazioni di entusiasmo per le nuove tecniche chirurgiche che, in molti campi, sono in fase di sperimentazione. Il giornalismo scientifico inizia a creare i propri miti e a ce-

lebrare i nuovi riti della medicina. Si comincia a intravedere una possibilità concreta di sconfitta del cancro e questa parola, prima rimossa e poi accolta con timore fra le righe degli articoli, è ora sempre più presente nei titoli dei giornali ed è spesso citata con eccessiva enfasi trionfalistica.

Come accade da sempre nella storia del giornalismo alla frenetica costruzione di un mito segue una sua altrettanto repentina demolizione. La chirurgia rappresentata come onnipotente, agli inizi degli anni '90 comincia a dichiarare i suoi limiti oggettivi. Gli altalenanti e spesso contraddittori eccessi di ottimismo e pessimismo dei giornali non seguono il lento e metodico progresso della scienza, ma nella concitata ricerca della notizia, cominciano a riportare la parola cancro per evocare di nuovo il mostro invincibile della malattia. L'impazienza irrazionale, generata da una promessa di guarigione, estorta alla scienza da convulsi entusiasmi mediatici, genera una inedita percezione della parola cancro, gettando il termine scientifico in una volgarizzazione del concetto di malattia che degenera nella dimensione dell'oscenità. Il male che trionfa viene spettacolarizzato, il fallimento della medicina non è più ammesso dall'opinione pubblica, l'errore nella terapia è tanto odioso quanto intollerabile. Nel 1990 la Corte di Assise di Firenze, con sentenza confermata dalla Cassazione, condanna un chirurgo per il reato di omicidio preterintenzionale per avere eseguito un intervento oncologico demolitivo. La motivazione è il mancato consenso dell'anziana paziente, che aveva concordato prima dell'anestesia un altro tipo di intervento chirurgico meno radicale, in considerazione di un'apparente minor gravità della malattia.

È l'inizio del grande dibattito sul consenso informato, ma anche il segno di un cambiamento irreversibile sul tema della comunicazione fra medico e paziente, con effetti incisivi in ambito mediatico. Le pagine dei giornali dedicate al giornalismo scientifico non sono più le uniche a trattare i temi della medicina e della chirurgia, anche la cronaca giudiziaria incomincia ad affrontare questi argomenti con sempre maggior interesse. La parola cancro è contestualizzata nell'ambito della colpa medica e tende a passare in secondo piano rispetto all'errore terapeutico. Se da un lato questa situazione comporta l'inizio del fenomeno della medicina difensiva, dall'altro segna la compiuta maturità della comunicazione sul tema oncologico. La parola cancro è definitivamente desacralizzata; il mistero, il timore, la soggezione verso la malattia si

stemperano nella ritualità della rappresentazione del sistema giudiziario. L'errore in chirurgia fa sempre meno scalpore, seguendo l'inesorabile tendenza all'assuefazione dell'opinione pubblica alla ripetizione di notizie del medesimo tenore. Il cancro è oggi socialmente accettato come evento sempre più probabile in una società sempre più anziana e anche l'errore terapeutico comincia ad essere percepito in termini di rischio calcolato. È forse arrivato il momento per avviare una nuova stagione della divulgazione scientifica che, ormai libera da condizionamenti e pregiudizi,

possa affrontare l'argomento con razionalità e semplicità, dedicando particolare attenzione non solo ai risultati, ma alla validità e affidabilità del metodo con cui si conseguono. In questo senso il giornalismo che si confronta con la parola cancro dovrà sempre più impegnarsi in una informazione di servizio per aiutare l'opinione pubblica a maturare una cultura diffusa, compiutamente informata, sulla malattia e sulle possibilità terapeutiche, per fornire al lettore gli strumenti utili a esercitare un libero e consapevole diritto di scelta. ●

Attività SICO

Sico diventa membro dell'European Society of Surgical Oncology (ESSO)

In questi giorni è stato definito da parte del consiglio direttivo l'affiliazione di SICO ad ESSO: a partire dal 2010 i soci della SICO faranno parte anche della Società Europea di Chirurgia Oncologica. Questa *partnership* offre ai soci SICO i seguenti vantaggi:

1. libero accesso alla versione *online* dell'*European Journal of Sur-*

- gical Oncology* (EJSO);
- 2. la partecipazione a costi agevolati al congresso ESSO che si tiene annualmente;
- 3. la presenza di membri della SICO nel *board* della rivista EJSO;
- 4. l'accesso a *fellowship* e borse di studio promosse dalla ESSO;
- 5. la possibilità che EJSO diventi il giornale della nostra Società.

Stiamo valutando la possibilità di pubblicare sulla rivista europea gli *abstract* del prossimo Congresso Nazionale SICO, che si terrà a giugno a Milano.

La partecipazione ad ESSO avrà un costo di € 30,00 e partirà dal 2010. Sono in via di definizione tra i tesoriери delle due Società le modalità per regolarizzare le quote.

Il cancro del retto localmente avanzato T4: the hot points

ANTONIO MARIO SCANU

Professore Associato di Chirurgia Generale

Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Sassari

Il carcinoma del retto T4 ha un'incidenza tra il 6 e il 10% del totale dei carcinomi rettali. Viene definito T4 (NCCN vers. 1 2009) il tumore che aderisce ed infiltra gli organi pelvici circostanti o altri segmenti colici o intestinali attraversando la sierosa (retto sovra-ampollare).

Com'è noto la crescita di questo tipo di tumore tende a seguire la via prossimale infiltrando i linfonodi mesorettali e della mesenterica inferiore. Circonferenzialmente, per contiguità attraverso la fascia mesorettale, la neoplasia può entrare in contatto con gli organi pelvici, ed in particolare con la concavità sacrale posteriormente, con l'utero e la vagina (o la vescica e la prostata) anteriormente, con il peritoneo della riflessione peritoneale in alto e con il piano degli elevatori in basso, e lateralmente può arrivare ad intaccare la parete pelvica laterale.

Si parla pertanto di tumori con crescita diffusiva tale da essere talora definiti preoperatoriamente "non resecabili" in senso oncologicamente radicale (R0). In letteratura il concetto di non resecabile è variabile nelle varie casistiche; attualmente in un team multidisciplinare comprendente chirurgo oncologo (ginecologo, urologo), oncologo, radiologo e radioterapista, si dovrebbe considerare non resecabile un tumore del retto che dagli studi preoperatori mostri alta probabilità di non essere asportabile senza lasciare residui micro o macroscopici di neoplasia per aderenza o fissazione della massa ai visceri circostanti.

Ne deriva pertanto che nel corretto *assessment* preoperatorio, si deve conoscere esattamente il grado di penetrazione del tumore nella parete del retto (T), l'eventuale coinvolgimento linfonodale (N), e la potenziale presenza di metastasi a distanza (M).

STAGING STRUMENTALE PREOPERATORIO

Un corretto inquadramento preoperatorio consente un corretto *decision making*, ossia se il tumore possa essere aggredito chirurgicamente in maniera radicale *d'em-*

blée (la chirurgia viene definita da RJ Heald *the cornerstone of treatment* per il carcinoma del retto) o necessiti di un trattamento chemio-radioterapico neoadiuvante ai fini di ottenerne un *downstaging*.

D'altro canto i mezzi attualmente a nostra disposizione espongono al rischio di *overtreatment* per una quota non indifferente di pazienti, con conseguente aumento del rischio globale di tossicità da agenti radio-chemioterapici. La ecografia trans rettale, la TC *multislice* e la RM infatti, nella stadiazione del carcinoma del retto T4 hanno globalmente una sensibilità del 70-74% sebbene la specificità raggiunga il 97%.

La RM ad alta risoluzione sembra attualmente consentire una specificità nella definizione della integrità del margine circonferenziale vicina al 92%. Inoltre consente ricostruzioni sagittali e coronali di incredibile attendibilità sulla anatomia della pelvi e sulla estensione del tumore.

Diverso è il concetto di positività linfonodale che in Italia è ancora basato sulla dimensione dei linfonodi visibili agli esami strumentali, sebbene la futuribile commercializzazione di mezzi di contrasto a base di USPIO (*ultrasmall superparamagnetic iron oxide*) possa incrementare la capacità discriminativa della loro positività metastatica. Buoni risultati si sono anche ottenuti grazie alla citologia su agoaspirato ottenuto per via ecografica endorettale, sebbene anche questa metodica abbia in Italia per ora una bassissima diffusione.

TRATTAMENTO NEOADIUVANTE

La radio-chemioterapia neoadiuvante viene attualmente indicata quando la neoplasia intacca o coinvolge il margine circonferenziale, soprattutto nei tumori del terzo inferiore del retto (ove il mesoretto si assottiglia notevolmente). Il suo scopo è quello di ottenere il *downstaging* della massa e possibilmente di ottenere un margine circonferenziale libero (almeno 1 mm) riducendo pertanto al minimo il rischio di recidive locali.

AGGIORNAMENTI DI TECNICA

Studi ormai storici (EORTC 76-81, MRC II, Dutch TME trial, ecc.) hanno dimostrato il vantaggio del trattamento radiante preoperatorio che, agendo su tessuti vascolarizzati e dunque ossigenati, aumenta la radiosensibilità, riduce la tossicità e diminuisce il rischio di insemenza-mento pelvico intraoperatorio, con notevole aumento della capacità di effettuare interventi con preservazione degli sfinteri.

Fondamentali inoltre sono gli studi di Sauer (CAA/ARO/AIO, 2004), Gerard (FFCD 9203, 2006), Bosset (EORTC 22921, 2005, 2006) ed il Polish trial (Buijco, 2004) che dimostrano i notevoli vantaggi di un regime chemio-radioterapico in termini di *downstaging*, conservazione degli sfinteri e induzione di una pCR (*pathological Complete Response*) che globalmente incide nel 15-30% dei pazienti sottoposti al trattamento.

Per quanto riguarda gli schemi di trattamento, attualmente i più utilizzati sono l'iperfrazionato (45 Gy in 5 settimane) con varie associazioni di 5FU endovenoso o più recentemente capecitabina orale o l'oxaliplatino in varie combinazioni (dose di induzione seguita da CRT, ecc.). Sono inoltre sempre più interessanti i risultati ottenuti con agenti diretti verso target biologici (VEGF, EGFR, Cox2 inibitori, ecc. soprattutto in adiuvante e nella malattia metastatica), anche in considerazione del fatto che a fronte di una maggiore reseccabilità, i regimi neoadiuvanti non sembrano ottenere un aumento della sopravvivenza a 5 anni (ossia permettono il controllo locale della malattia ma non i danni sistemici).

RE-STAGING POST CRT

Dopo il ciclo neoadiuvante il paziente andrebbe ristadiato per confermare l'avvenuta risposta alla terapia e pianificare l'intervento (identificazione dei *responders* Vs *non responders*). I punti controversi riguardano il come ed il quando ristadiare il paziente.

Su entrambi i punti c'è sostanziale convergenza: l'ultrasonografia, la Tc multistrato, la *phases array* MR hanno un'accuratezza nella valutazione della risposta alla CRT che varia tra il 30 ed il 60%. Fondamentalmente con i mezzi strumentali attualmente disponibili non c'è la possibilità di distinguere una cicatrice da necrosi tumorale da una parziale regressione del tumore (TRG istologico di Manard). Molto incoraggianti si stanno dimostrando, in vivo, gli studi effettuati con FDGPET-TC che sembrano dimostrare un notevole differenziale di captazione nei pazienti *responders* rispetto ai *non responders*.

Nella valutazione dell'*outcome* dopo chemio-radioter-

pia stanno invece dando risposte molto interessanti gli studi rivolti alla biologia del tumore: a livello molecolare ad esempio, l'espressione di timidilato sintetasi, Ki67, e p53 sembra correlata ad una buona risposta alla terapia. Queste ed altre più raffinate osservazioni sul profilo genetico del cancro del retto sono sempre più frequenti e potranno fornire una base razionale per il non trattamento dei *clinical complete responders*.

Ulteriore *hot point* riguarda l'intervallo ottimale tra CRT e *restaging*-intervento. Attualmente 6-8 settimane sembrano rappresentare un buon intervallo di tempo che consente di ottenere la massima risposta alla terapia con più alto tasso di *complete pathological response* e aumento della probabilità di conservazione degli sfinteri (Lyon R90-01 trial). Addirittura Angelita Habr Gama spinge l'attesa fino ad oltre 12 settimane suggerendo che un breve intervallo possa interrompere l'effetto terapeutico della CRT.

TRATTAMENTO CHIRURGICO

La chirurgia del carcinoma del retto rimane ancora oggi il trattamento ideale per il controllo locale della malattia. La resezione anteriore del retto, anche ultrabassa, se effettuata rispettando la tecnica della *total mesorectal excision* (TME) ha ormai definitivamente dimostrato di diminuire l'incidenza di recidive locali sotto il 4-10% nei carcinomi del retto. Tali valori sono sempre più diffusamente ottenibili con l'aumentare dell'esperienza dei chirurghi e valgono soprattutto per i centri ad alta esperienza. La tecnica comprende la mobilizzazione parietocolica sinistra che viene spinta fino al piano aortico, l'apertura mediale del meso alla ricerca in alto della vena e dell'arteria mesenterica inferiore che dovrebbe essere legata ad 1 cm dall'origine per diminuire l'incidenza di disfunzioni sessuali. La resezione poi, a volte previa sezione del retto alla giunzione, si approfonda nella pelvi per facilitarne la dissezione smussa sul piano della fascia mesorettale e in basso fino al piano degli elevatori, asportando cioè in blocco il tumore rettale ed il mesoretto contenente i linfonodi della emorroidaria superiore.

Scopo della resezione deve essere quello di ottenere un margine di resezione libero da neoplasia, sia distale al tumore (1.5-2 cm di distanza microscopicamente evidente, con conferma estemporanea) che circonferenziale (almeno 1-2 mm) con asportazione della fascia mesorettale intatta. Nelle lesioni aderenti o infiltranti possono essere associate resezioni *en bloc* degli organi adiacenti pelvici o per lo meno possono essere effettuate

AGGIORNAMENTI DI TECNICA

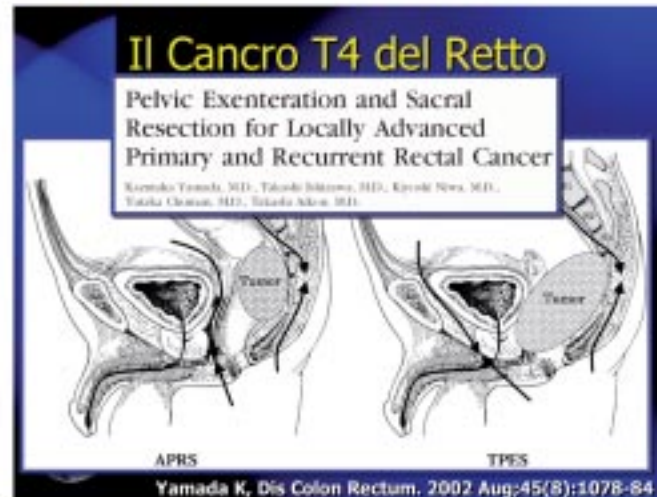


Figura 1

resezioni economiche se vi è la possibilità di dimostrare l'assenza di cellule neoplastiche nelle *scar* residue post chemio-radioterapia.

In presenza di franca infiltrazione del piano degli elevatori ancora oggi è proposta l'amputazione del retto per via addomino-perineale, sempre a patto che il tempo addominale segua i tempi della resezione anteriore con asportazione completa del mesoretto e che, a livello perineale, il cono di escissione muscolocutaneo si allarghi in modo da ottenere, anche a tale livello, un margine circonfenziale libero.

Nei *non responders* possono essere ancora proposte tecniche di *exenteratio* pelvica a prezzo però dell'aumento della morbilità fino a oltre il 40%.

Come già detto un carcinoma rettale è definito non resecabile se non è possibile ottenere una resezione R0. La valutazione del chirurgo non può prescindere, visto l'alta morbilità degli interventi di *exenteratio* pelvica,

dalla sua capacità di commensurare tale morbilità alle condizioni cliniche del paziente ed a quanto il paziente è in grado di accettare tali valori di morbilità (alta incidenza di ascessi pelvici o fistole, sepsi, deiscenza della ferita perineale, ecc.).

Ancora non universalmente accettato il ruolo della linfadenectomia delle catene ipogastriche laterali, che comporterebbe un notevole aumento nella morbilità e la cui esecuzione viene attualmente consigliata solo come *sampling* di linfonodi sicuramente metastatici ed indice di malattia ormai sistemica.

In presenza di sospetti residui microscopici o comunque per diminuire l'incidenza di recidive locali quando disponibile può essere indicato effettuare un *extra boost* RT con la IOERT. Nella maggior parte dei casi inoltre i pazienti con positività linfonodali, invasione vascolare o perineurale all'istologico postchirurgico, seguiranno protocolli chemioterapici adiuvanti.

AGGIORNAMENTI DI TECNICA

PROBLEMATICHE APERTE E PROSPETTIVE FUTURE

L'ottimizzazione dei trattamenti radiochemioterapici preoperatori, sebbene con minore frequenza di tumori T4 del retto, sta creando un sottogruppo di pazienti con una completa sottostadiazione che può arrivare fino alla scomparsa del tumore primitivo, non più reperibile nel pezzo anatomico asportato.

Come già sottolineato, al momento, solo l'anatomo-patologo è in grado di accertare tale evenienza, per la scarsa accuratezza diagnostica delle indagini strumentali attualmente a nostra disposizione. L'efficacia della CRT preoperatoria è anche dimostrata dal basso numero di linfonodi reperibili nel mesoretto (anche correttamente asportato) dei pazienti ad essa sottoposti.

Questa evidenza ha portato alcuni gruppi chirurgici (tra cui il più conosciuto quello di San Paolo del Brasile, Angelita Habr Gama) ad avere un atteggiamento attendistico non chirurgico nei *clinical complete responders*. Una tale problematica si sta dibattendo attualmente anche in Europa.

Ciò che sta emergendo prepotentemente, infine, è che la conoscenza del profilo genetico della neoplasia debba divenire l'obiettivo principale del chirurgo oncologo. La conoscenza delle caratteristiche molecolari del tumore che si deve trattare potrà consentire di mirare le terapie oncologiche classiche e i nuovi farmaci biologici solo sui pazienti realmente *responders*.

Il futuro pertanto potrebbe portare al tavolo operatorio solo i pazienti non trattabili altrimenti o in ogni modo far ulteriormente aumentare la possibilità di effettuare interventi meno demolitivi nella certezza di ottenere il completo controllo della malattia neoplastica rettale.

BIBLIOGRAFIA

Bipat S, Glas AS, Slors FJ, Zwinderman AH, Bossuyt PM, Stoker J. Rectal cancer: local staging and assessment of Lymph node involvement with endoluminal US, CT, and MR imaging – a meta-analysis. *Radiology*. 2004 Sep; 232(3): 773-83.

Daniels IR, Fisher SE, Heald RJ, Moran BJ. Accurate staging, selective preoperative therapy and optimal surgery improves outcome in rectal cancer: a review of the recent evidence. *Colorectal Dis*. 2007 May; 9(4): 290-30.

Díaz-González JA, Calvo FA, Cortés J, García-Sabrido JL, Gómez-Espí M, Del Valle E, Muñoz-Jiménez F, Alvarez E. Prognostic factors for disease-free survival in patients with T3-4 or N+ rectal cancer treated with preoperative chemoradiation therapy, surgery, and intraoperative irradiation. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2006 Mar 15; 64(4): 1122-8.

Gérard JP, Conroy T, Bonnetain F, Bouché O, Chapet O,

Closon-Dejardin MT, Untereiner M, Leduc B, Francois E, Maurel J, Seitz JF, Buecher B, Mackiewitz R, Ducreux M, Bedenne L. Preoperative radiotherapy with or without concurrent fluoruracil and leucovorin in T3-4 rectal cancers: results of FFCD 9203. *J Clin Oncol*. 2006 Oct 1; 24(28): 4620-5.

Glynne-Jones R, Harrison M. Locally advanced rectal cancer: what is the evidence for induction chemoradiation? *Oncologist*. 2007 Nov; 12(11): 1309-18.

Habr-Gama A, Perez RO, Proscuschim I, Nunez Dos Santos RM, Kiss D, Gama-Rodriguez J, Cecconello I. Interval between surgery and neoadjuvant chemoradiation therapy for distal rectal cancer: does delayed surgery have an impact on outcome? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2008 Jul 15; 71(4): 1181-8.

Ishiguro S, Akasu T, Fujita S, Yamamoto S, Kusters M, Moriya Y. Pelvic exenteration for clinical T4 rectal cancer: oncologic outcome in 93 patients at a single institution over a 30-year period. *Surgery* 2009; 145: 189-95.

Kikuchi M, Mikami T, Sato T, Tokuyama W, Araki K, Watanabe M, Saigenji K, Okayasu I. High Ki67, Bax, and thymidylate synthase expression well correlates with response to chemoradiation therapy in locally advanced rectal cancers: proposal of a logistic model for prediction. *Br J Cancer*. 2009 Jul 7; 101(1): 116-23.

Lahaye MJ, Beets GL, Engelen SM, Kessels AG, de Bruïne Ap, Kwee HW, van Engelshoven JM, van de Velde CJ, Beets-Tan RG. Locally advanced rectal cancer: MR imaging for restaging after neoadjuvant radiation therapy with concomitant chemotherapy. Part II. What are the criteria to predict involved lymph nodes? *Radiology*. 2009 Jul; 252(1): 81-91.

O'Neill BD, Brown G, Heald RJ, Cunningham D, Tait DM. Non-operative treatment after neoadjuvant chemoradiotherapy for rectal cancer. *Lancet Oncol*. 2007 Jul; 8(7): 625-33.

Salerno GV, Daniels IR, Moran BJ, Heald RJ, Thomas K, Brown G. Magnetic resonance imaging prediction of an involved surgical resection margin in low rectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 2009 Apr; 52(4): 632-9.

Sauer R, Becker H, Hohenberger W, Rödel C, Wittekind C, Fietkau R, Martus P, Tschmelitsch J, Hager E, Hess CF, Karstens JH, Liersch T, Schmidberger H, Raab R. German Rectal Cancer Study Group. Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer. *N Engl J Med*. 2004 Oct 21; 351(17): 1731-40.

Sebag-Montefiore D. Developments in the use of chemoradiotherapy in rectal cancer. *Colorectal Dis*. 2006 Sep; 8 Suppl 3:14-7.

Simunovic A, Smith AJ, Heald RJ. Rectal Cancer Surgery and regional lymph nodes. *Journal of Surgical Oncology* 2009; 99: 256-259.

Valentini V, Aristei C, Glimelius B, Minsky BD, Beets-Tan R, Borrás JM, Haustermans K, Maingon P, Overgaard J, Pahlman L, Quirke P, Schmoll HJ, Sebag-Montefiore D, Taylor I, Van Cutsem E, Van de Velde C, Cellini N, Latini P; Scientific Committee. Multidisciplinary Rectal Cancer Consensus Conference (EURECA-CC2). *Radiother Oncol*. 2009 Aug; 92(2): 148-63. ●

SEDUTA CONGIUNTA AIOM-SICO ALL'XI CONGRESSO NAZIONALE DI ONCOLOGIA MEDICA

Il trattamento integrato delle metastasi epatiche

(Milano 10-13 ottobre 2009)

Nel corso dell'XI Congresso Nazionale della Associazione Italiana di Oncologia Medica tenutosi lo scorso ottobre a Milano, si è svolta una sessione congiunta AIOM - SICO su "Il trattamento integrato delle metastasi epatiche". La sessione, moderata dal Prof. Francesco Tonelli e dal Prof. Carlo Barone, è iniziata con Gianluca Masi, oncologo medico, che ha puntualizzato quali sono i pazienti e i tumori che possono essere considerati per un trattamento a finalità curative. A questo proposito Masi ha sottolineato che gli ambiti clinici in cui si deve considerare un trattamento integrato delle metastasi epatiche sono: 1) le metastasi epatiche da carcinoma colo-rettale sia quelle resecabili, sia quelle inizialmente non resecabili, ma che possono essere convertite alla resecabilità dopo un trattamento medico; 2) i tumori neuroendocrini gastroentero-pancreatici dove la resezione epatica può avere talvolta anche un ruolo curativo, ma dove ha sicuramente un ruolo palliativo importante nelle forme secernenti; 3) i tumori gastro-intestinali di origine stromale (GIST) per i quali, con l'avvento del trattamento molecolare con Imatinib, il ruolo della chirurgia si sta ricollocando da trattamento "di necessità" a trattamento "adiuvante" alla terapia molecolare (in-

teso come terapia dopo fallimento della terapia molecolare o come terapia sul residuo di malattia). Il relatore successivo, Felice Giuliani, chirurgo epatobiliare, ha centrato il discorso sul trattamento chirurgico delle metastasi epatiche da tumore del colon-retto che sono l'indicazione più frequente a una resezione epatica e costituiscono il modello iniziale dal quale le indicazioni chirurgiche sono state estese ad altri tumori. La resezione rappresenta l'unico trattamento in grado di offrire una possibilità di cura a lungo termine e le indicazioni sono molto aumentate rispetto al passato per i notevoli miglioramenti della chirurgia epatica. Le resezioni eco-guidate, l'embolizzazione portale, le resezioni vascolari associate, le resezioni in due tempi e le riresezioni rappresentano tutte strategie per aumentare le indicazioni. Infatti, molte delle situazioni che fino a qualche anno fa erano considerate controindicazioni, rappresentano oggi solo fattori prognostici e non motivo di esclusione dalla chirurgia, grazie soprattutto ai notevoli progressi della chemioterapia. Purtroppo attualmente nel nostro Paese il numero di resezioni epatiche per metastasi colo-rettali è molto più basso di quello stimato. In altre parole molti pazienti con metastasi epatiche colo-rettali resecabili, quindi con prospettiva di cura,

non vengono nemmeno inviati a un chirurgo per la valutazione a una resezione epatica. Nella sua relazione Carmelo Pozzo, oncologo medico, rimanendo nel tema delle metastasi epatiche da cancro colo-rettale, ha ripercorso i risultati degli studi a proposito della chemioterapia adiuvante e neoadiuvante. L'aspetto generale più importante è l'aumento della efficacia della chemioterapia, passata dal 20% a circa il 70% con i farmaci attuali. Questo notevole miglioramento ha reso possibile sia di aumentare la sopravvivenza dei pazienti non resecabili e trattati con sola chemioterapia, sia di riportare in condizioni di resecabilità pazienti inizialmente non resecabili, e infine di proporre la chemioterapia anche in pazienti inizialmente resecabili per migliorare i risultati a distanza. Nella decisione sul timing della chirurgia e della chemioterapia in questi pazienti, soprattutto nei pazienti più complessi, come quelli con metastasi multiple o metastasi sincrone, devono essere considerati anche fattori come il danno epatico indotto dai farmaci, che aumenta il rischio operatorio in questi pazienti, e la possibilità di una scomparsa radiologica delle lesioni che da una lato non corrisponde a una risposta patologica e dall'altro rende molto più problematica la resezione. Quindi la stretta collaborazione tra oncologo

Attività SICO

medico e chirurgo è essenziale nella scelta della strategia migliore. Nell'ultima relazione Luigi Lupo, chirurgo epatobiliare, ha affrontato il tema del ruolo del trapianto di fegato in pazienti con metastasi epatiche. In questi pazienti il trapianto di fegato ha indicazioni marginali, in pazienti molto selezionati. Le metastasi da neoplasie neuroendocrine rappresentano l'indicazione più frequente, nei pazienti con malattia limitata al fegato, non resecabile. In questo sottogruppo molto selezionato di pazienti il trapianto

rappresenta l'unica possibilità di cura con buoni risultati a distanza. Un'altra indicazione occasionalmente riportata riguarda le metastasi epatiche da GIST, in assenza di malattia extraepatica e se non resecabili.

Al termine della sessione è stato ribadito dai Moderatori che, in considerazione della crescente complessità clinica delle problematiche dei pazienti con metastasi epatiche, per ottenere i migliori risultati possibili è fondamentale poter contare su un team multidisciplinare

esperto e affiatato che possa ottimizzare la selezione e la gestione clinica di questi pazienti. Infine è stata sottolineata la necessità di una collaborazione sempre più stretta tra Associazioni come la SICO e l'AIOM per svolgere al meglio il ruolo di formazione di tutti gli operatori del settore, assolutamente indispensabile per affrontare situazioni cliniche complesse come quella dei pazienti con metastasi epatiche.

F.G.

TABAR L., TOT T., DEAN P.B.

LA MAMMOGRAFIA NELLA DIAGNOSI PRECOCE DEL CANCRO DELLA MAMMELLA

Le calcificazioni a pietra triturrata: il più frequente tra i tipi maligni



Volume cartonato di 320 pagine
F.to cm 21×29,5
€ 100,00



CIC Edizioni Internazionali

Chemioipertermia intraperitoneale: due esperienze italiane

BERTINORO

È proseguita presso il Centro Residenziale Universitario di Bertinoro (Forlì) l'attività di aggiornamento permanente della SICO sulla "Pluridisciplinarietà in oncologia chirurgica", sotto la direzione scientifica di Giorgio Maria Verdecchia e il coordinamento scientifico di Davide Cavaliere, referente provinciale della Società.

Il 15-16 maggio, il workshop "Peritonectomia e chemioipertermia peritoneale nelle carcinomi: pianificazione del trattamento e gestione del rischio operatorio", coordinato da Daniela Di Pietrantonio, ha visto la partecipazione di tutti gli specialisti coinvolti nella gestione del paziente con carcinomi peritoneali ed ha trattato tutte le problematiche a cui il paziente va incontro, dalla selezione pre-operatoria alla riabilitazione funzionale, passando attraverso la fase operatoria e post-operatoria.

Caratterizzato da quattro tavole rotonde, molto animate, dedicate alle fasi del percorso diagnostico-terapeutico, il workshop è stato aperto dalle letture magistrali di Langer, direttore dell'Anestesia e Rianimazione dell'INT Milano e di Fiorentini, direttore dell'Oncologia Medica di Empoli, incentrate sulle controversie nella gestione anestesiológica e rianimatoria del paziente sottoposto a peritonectomia e chemioipertermia e sul ruolo dell'oncologo medico nella selezione dei pazienti da sottoporre a tale trattamento.

A seguire la tavola rotonda, moderata da Staudacher e De Manzoni, sulla selezione dei pazienti, momento fondamentale per razionaliz-

zare le indicazioni, ridurre il rischio operatorio e predire la possibilità di una citoriduzione completa essenziale al buon risultato a distanza. Deraco, riportando le conclusioni del 5° *Workshop* internazionale, ha esposto con chiarezza i criteri di selezione elencando le variabili chirurgiche associate al raggiungimento della citoriduzione completa: ECOG *Performance Status* < 2; assenza di ostruzione biliare, ureterale o intestinale; assenza di malattia extra-addominale; presenza di meno di tre metastasi epatiche; *Small bowel Class* 1; PCI inferiore a 20. I criteri di selezione dei pazienti sono stati poi analizzati dal punto di vista anestesiológico da Piraccini e dal punto di vista chirurgico da Roviello.

Molto dibattuto il ruolo della terapia antibiotica, compito affidato all'infettivologo Cancellieri: è meglio la terapia antibiotica o la profilassi, come avviene per tutti gli altri interventi addominali? Questione ancora aperta dati i pareri contrastanti della platea. Ghermandi (anestesista) ha chiuso il cerchio parlando dei rischi emodinamici e sistemici intraoperatori e della prevenzione degli stessi. Il programma scientifico è proseguito con la tavola rotonda incentrata sulla fase operatoria moderata da Donini e introdotta dalle relazioni di due ospiti dell'Institut Gustave Roussy di Villejuif. Diane Goéré, chirurgo, ha affrontato le varie problematiche chirurgiche e rimarcato il raggiungimento della R0 come fattore prognostico essenziale, sebbene gravata da una significativa morbidità. Valerie Billard, anestesista, nell'affrontare le problematiche

anestesiológicas, ha precisato che durante la fase di citoriduzione non vi è la necessità di una strategia anestesiológica specifica in quanto la citoriduzione non si differenzia da un qualsiasi intervento di chirurgia addominale maggiore. Essa, invece, diviene necessaria durante la fase del lavaggio chemioipertermico in cui bisogna concentrare l'attenzione sulle alterazioni emodinamiche e metaboliche, a cui il paziente va incontro a causa sia della ipertermia che della chemioterapia, che devono essere prontamente riconosciute e bilanciate. Argomenti poi ripresi anche da Ghermandi nella sua relazione sulla gestione dell'ipertermia e da Fumagalli alla cui relazione ha fatto seguito un'importante discussione su quale sia la metodica migliore del lavaggio ipertermico: ad addome chiuso o a *coliseum*. A Virzì il compito di mostrare con un interessante filmato i punti essenziali della tecnica chirurgica mentre a Kusamura il *focus on*: farmaci, *carriers* ed ipertermia.

La successiva tavola rotonda, moderata da Natalini, incentrata sulla fase acuta post-operatoria e il trattamento intensivo è stata introdotta da Kusamura che ha esposto i fattori predittivi di morbidità. La morbidità è sicuramente legata all'intervento chirurgico (numero di anastomosi, estensione della chirurgia, sanguinamento, ecc.), alla tecnica anestesiológica, alla chemio-ipertermia (tipo di chemioterapico, dosaggio del chemioterapico, durata del lavaggio, tipo di soluzione utilizzata), al paziente (età, comorbidità, immunocompetenza, precedenti chemio-

Attività SICO

terapie) e alla diffusione della malattia, anche se il livello di evidenza è molto basso.

Le relazioni successive hanno trattato le complicanze chirurgiche, anestesologiche, cardiologiche e renali a cui il paziente può andare incontro. È seguita un'ampia discussione a cui hanno partecipato gli specialisti di tutte le discipline coinvolte nella valutazione del rischio operatorio e nella gestione delle complicanze post-operatorie precoci e tardive.

L'ultima tavola rotonda, moderata da De Cian e Sammartino, rivolta alla fase post-operatoria tardiva, ha affrontato le problematiche della riabilitazione funzionale, del recupero dell'autonomia e del ripristino del normale regime nutrizionale. La relazione introduttiva, di Cecilia Gavazzi, ha spiegato come la nutrizione artificiale sia fondamentale nella gran parte dei candidati a peritonectomia totale + HIPEC. Tutti i pazienti prima dell'intervento andrebbero *screenati* e sottoposti a nutrizione artificiale (NA) se malnutriti. La NA nel post-operatorio va somministrata adeguata alla complessità del tipo di intervento. Inoltre la NA domiciliare va considerata per i pazienti sottoposti ad importanti resezioni intestinali, inadeguato *intake* per os alla dimissione e/o malnutrizione moderata-grave. L'oncologo Luca Frassinetti ha affrontato il tema del *timing* dell'eventuale trattamento chemioterapico adiuvante dopo intervento R0. La terapia adiuvante dovrebbe essere iniziata non oltre i 60 gg. Inoltre ha sottolineato come la qualità della vita (QoL) sia condizionata dalla chirurgia e dalle complicazioni post-operatorie. Nella maggior parte dei casi lo stato funzionale ritorna al basale durante i primi quattro mesi dopo la chirurgia e in pazienti selezionati la QoL può anche essere migliorata a un anno o più dalla chirurgia.

Ciascuna tavola rotonda è stata seguita da un'ampia discussione a cui hanno partecipato gli specialisti di tutte le discipline coinvolte nella valutazione del rischio operatorio e nella gestione delle complicanze post-operatorie precoci e tardive.

Il 17 Giugno il quarto evento del programma scientifico "Pluridisciplinarietà in oncologia chirurgica", coordinato da Francesca Tauceri, è stato il *Meet the Professor* Francois Noel Gilly, del Centre Hospitalo-Universitaire di Lione, Preside della Facoltà di Medicina Lyon-Sud. L'illustre ospite, recentemente nominato Professore Straordinario dagli organi universitari francesi, è conosciuto a livello mondiale per il contributo che ha fornito sul trattamento delle carcinomi peritoneali; suo il grande merito di essere stato tra i primi, alla fine degli anni '80, a proporre l'utilizzo di farmaci antitumorali intraperitoneali ad alta temperatura per il trattamento locoregionale delle carcinomi peritoneali.

L'incontro, aperto dalla presentazione di rito da parte del Direttore Scientifico, è seguito con la lettura magistrale di Gilly che ha delineato un quadro completo sulle indicazioni ratificate (mesotelioma e pseudomixoma), quelle approvate (carcinomi da cancro colo rettale) e quelle ancora in fase di studio e consolidamento (cancro ovarico), e quelle selezionate come nel caso della carcinomi da cancro gastrico. Dopo un *excursus* sulla storia della peritonectomia e dell'HIPEC, Gilly ha invitato i presenti a proseguire la ricerca clinica in tale ambito, seguendo il modello organizzativo francese: l'istituzione di un network di esperti e di centri ad elevato volume con concentrazione dei pazienti trattati e revisione sistematica dei risultati raggiunti.

La lettura ha introdotto le due ses-

sioni successive sulle tematiche più dibattute: la carcinomi da cancro del colon-retto e il cancro ovarico III stadio.

Tauceri ha presentato il *focus on* sulla carcinomi da cancro del colon-retto. Le tematiche dibattute sono state la selezione dei pazienti in base al coinvolgimento linfonodale e alla differenziazione tumorale, l'analisi dei farmaci e dei protocolli in uso, i consigli per l'atteggiamento corretto del chirurgo generale di fronte a una carcinomi peritoneale inaspettata, il concetto di HIPEC come terapia adiuvante nei tumori considerati ad alto rischio di sviluppare carcinomi e quindi la proposta di un eventuale *second-look* in tali pazienti come recentemente proposto da Centri di riferimento per la gestione delle carcinomi. La carcinomi è sempre più spesso paragonata alle metastasi epatiche: infatti se la malattia è confinata e resecabile, il trattamento di peritonectomia associato ad HIPEC determina una sopravvivenza a distanza sovrapponibile a quella ottenuta con una chirurgia R0 per metastasi epatiche.

Il *focus on* sulla carcinomi da carcinoma ovarico è stato di Andrea Amadori, ginecologo, il quale ha riportato gli orientamenti attuali relativamente alle indicazioni dei trattamenti integrati (chirurgia, chemioterapia sistemica e intraperitoneale). In particolare, la chemioterapia intraperitoneale seguita a *debulking* chirurgico rappresenta attualmente un trattamento convincente tanto da essere raccomandato dalle attuali linee guida americane. Tuttavia, rimane da definire il *timing* e la corretta integrazione tra i vari approcci terapeutici. Per quanto concerne la patologia ginecologica, la peritonectomia con HIPEC necessita di una sempre maggior attenzione e soprattutto di una integrazione e colla-

Attività SICO

borazione tra ginecologo, chirurgo e oncologo medico. È stato quindi proposto uno studio cooperativo sul trattamento multimodale e integrato delle carcinosi ovariche. I lavori scientifici sono stati conclusi da una discussione aperta con il pubblico in sala con l'animazione di De Iaco, ginecologo, Fiorentini, oncologo, e Roviello, chirurgo.

In entrambi i workshops, il dibattito multidisciplinare ha coinvolto oncologi, chirurghi, ginecologi e specialisti di altre discipline giunti da tutta l'Emilia-Romagna oltre che dall'Umbria, Marche, Lombardia, Friuli Venezia-Giulia, Liguria, Toscana. Si è cercato di rispondere a domande ancora "scottanti", su cui i clinici tutt'oggi non trovano risposte basate

sull'evidenza scientifica. Si è concordato sulla necessità di una stretta collaborazione tra le diverse figure specialistiche in un ambito collegiale e sulla necessità di studi clinici. Attiva efficiente la partecipazione dei giovani referenti provinciali della Società.

G.M.V.

ROMA

Si è svolto l'1-2 Ottobre 2009 il Secondo Seminario di Chirurgia Oncologica Avanzata e Terapie Integrate dell'istituto Tumori Regina Elena di Roma, diretto da Alfredo Garofalo, completamente dedicato alle Carcinosi Peritoneali.

Il Seminario è stato organizzato in tre parti.

La parte generale si è svolta nel pomeriggio di giovedì 1 ottobre ed ha affrontato le problematiche di base di questa complessa patologia: dopo una breve introduzione di Alfredo Garofalo, Francesco Cavaliere (Roma) ha illustrato l'inquadramento e la storia naturale delle Carcinosi, Marcella Mottolese (Roma) ha parlato del Comportamento delle Cellule libere Intraperitoneali, Andrea Cavazzana (Massa Carrara) della Tipizzazione delle Carcinosi Peritoneali a Origine Incerta.

Si è passati poi ad affrontare le problematiche chirurgiche con Orietta Federici (Roma) che ha illustrato la Stadiazione Videolaparoscopica, della quale il gruppo del Regina Elena può vantare la maggiore esperienza al mondo, come testi-

moniano le numerose pubblicazioni internazionali, Francesco Corona (Roma) ha illustrato la Tecnica Chirurgica, Mario Valle (Roma) Il Razionale e la tecnica della HIPEC (Perfusione ipertermica antiblastica intraperitoneale), Ester Forastiere (Roma) i problemi anestesilogici dei pazienti sottoposti alla procedura integrata.

Il mattino successivo è andato in onda un intervento chirurgico in diretta riguardante una carcinosi peritoneale da carcinoma ovarico, che è stato condotto dall'équipe diretta da Alfredo Garofalo, che ha visto una vivace ed attiva discussione e partecipazione dal vivo di tutto l'auditorio. Nel corso della diretta Francesco Ruotolo (Roma) ha illustrato le fasi salienti dello sviluppo embriologico del peritoneo, Alessandro Spano (Roma) ha illustrato i protocolli di protezione del personale della sala Operatoria in corso di HIPEC e Giovanni Folco Zambelli (Roma) ha illustrato le principali caratteristiche delle Macchine da Perfusione.

Nel pomeriggio si è affrontata la parte speciale, che ha visto il confronto tra chirurghi e oncologi medici sui risultati dei vari tipi di trattamento

sulle carcinosi di diversa origine, in una interessantissima discussione moderata e animata da Francesco Tonelli (Firenze): Michele De Simone (Empoli) ha parlato dello pseudo mixoma, Marcello Deraco (Milano) del mesotelioma, Luigi Di Lauro (Roma) dei risultati della chemioterapia sistemica. Salvatore Virzi (Bologna) ha illustrato i risultati della Peritonectomia nel Carcinoma del Colon, Alfredo Garofalo quelli della Chirurgia Integrata nelle Carcinosi da Cancro Gastrico e Gianfranco Paoletti i rispettivi risultati della Chemioterapia Sistemica. Infine sono stati messi a confronto i risultati di Trattamento Integrato e Chemioterapia sistemica nelle Carcinosi da Cancro dell'Ovaio, che hanno visto il confronto tra Angelo Di Giorgio (Roma) sulla chirurgia e Patrizia Vici sul trattamento medico sistemico. La discussione è stata ampia, accesa e di grande interesse, a testimoniare la qualità culturale della manifestazione che ha riportato un feedback di grande gradimento da parte di tutti i partecipanti.

A.G.

Partono i primi studi clinici multicentrici con SICO

I SOCI SONO INVITATI AD ADERIRE

Il Consiglio Direttivo ha valutato ed approvato i seguenti studi clinici disegnati direttamente da SICO o per i quali è stata richiesta la partecipazione SICO. Coloro i quali fossero interessati a partecipare possono contattare la segreteria SICO o scrivere direttamente ai coordinatori dei singoli studi il cui indirizzo è indicato di seguito.

1. Studio osservazionale prospettico sulla durata della sopravvivenza complessiva e sull'incidenza di complicanze mediche e chirurgiche nei pazienti con neoplasia coloretale in stadio clinico avanzato (IV Stadio)

Coordinatore dello studio: Francesco Tonelli
 Comitato guida: Francesco Tonelli, Luca Boni, Silvia Gasperoni, Tiziana Cavalli
 Sito web: <https://www.eclintrials.org/ect/>

Almeno il 20% dei casi di neoplasia coloretale al momento della diagnosi presenta uno stadio avanzato. In rapporto alla notevole eterogeneità di presentazione clinica e patologica, non è stato fino ad oggi ben definito quale sia il trattamento più opportuno da intraprendere. Si sono fronteggiate due strategie terapeutiche: un **approccio inizialmente chirurgico** scelto in base alla presenza di sintomi quali l'occlusione o l'emorragia od anche allo scopo di

prevenire tali complicanze (eventualmente seguito da una chemioterapia) o viceversa un **trattamento inizialmente chemioterapico**, (eventualmente accompagnato da chirurgia qualora il paziente manifesti complicanze di tipo chirurgico od abbia avuto una favorevole risposta, allo scopo di una chirurgia radicale sul tumore primitivo e le metastasi). Mancano in letteratura studi clinici randomizzati e la maggior parte dei contributi sull'argomento riguardano piccole casistiche con una raccolta di dati di tipo retrospettivo.

Disegno dello studio: si tratta di uno studio osservazionale, prospettico, multicentrico.

La registrazione in studio dei pazienti dovrà essere effettuata entro 7 giorni dalla conferma clinica o istologica di diagnosi di neoplasia colo-rettale in stadio clinico avanzato e dovrà essere completata dal personale abilitato attraverso il sito web <http://www.eclintrials.org/ect/>, disponibile tramite internet 24 ore su 24.

Il database dello studio e le procedure di invio dei dati contenuti nelle CRFs dello studio saranno anch'esse accessibili al personale abilitato attraverso lo stesso sito web. A ogni paziente incluso nello studio dovrà essere garantito un follow-up **minimo** della durata di **due anni**.

Obiettivo dello studio - Obiettivo primario: Valutare e confrontare la durata della sopravvivenza com-

plessiva nei gruppi di pazienti identificati in base alla scelta terapeutica iniziale.

Obiettivi secondari: In base alla scelta terapeutica iniziale valutare e confrontare la distribuzione delle cause di morte.

Valutare e confrontare l'incidenza di complicanze mediche e chirurgiche.

Valutare e confrontare la qualità di vita a tre e sei mesi dalla diagnosi.

Norme per la pubblicazione: ogni centro dovrà individuare dei referenti a cui affidare l'inserimento e aggiornamento dei dati clinici, opportunamente crittografati e accessibili tramite password. Sono previste pubblicazioni che includeranno il nome dei referenti dei vari centri, selezionandoli sulla base del numero dei casi osservati.

2. Ricostruzione con j-pouch colica vs anastomosi colo-rettale diretta dopo resezione anteriore bassa per cancro del retto: impatto sulla deiscenza anastomatica, funzione intestinale e qualità di vita

Coordinatori dello studio: Donato Nitti, Salvatore Pucciarelli; Clinica Chirurgica II, Università di Padova (puc@unipd.it; Tel: 049 8212055; Fax: 049 65189)

Obiettivi: Principale: Verificare se la ricostruzione con J-pouch colica rispetto a quella coloretale diretta di-

minuisce le deiscenze anastomotiche.

Secondari: Fattibilità della ricostruzione con J-pouch colica; impatto su altre complicanze oltre alla deiscenza; impatto su risultati funzionali e qualità di vita valutati con questionari validati, prima e a 6, 12 e 24 mesi dopo l'intervento.

Metodologia: studio prospettico randomizzato multicentrico di fase 3 con due bracci di trattamento.

Numero di pazienti: i pazienti eleggibili saranno randomizzati con un rapporto 1:1 nei due bracci di trattamento. È stata pianificata una randomizzazione di 300 pazienti per braccio per un totale di 600 pazienti.

Criteri di inclusione: pazienti con età ≥ 18 anni di entrambi i sessi affetti da adenocarcinoma del retto confermato istologicamente, localizzato a ≤ 11 cm dal margine anale. Deve essere eseguita una ileostomia o colostomia di protezione.

Criteri di esclusione: resezione non curativa (R2), pregressa resezione colica, anastomosi coloanale manuale, intervento eseguito per recidiva locale, presenza di metastasi a distanza.

Statistica: la Randomizzazione sarà centralizzata [Unità Semplice di Sperimentazioni Cliniche e Biostatistica dell'Istituto Oncologico Veneto (IRCCS di Padova, telefono 049 – 8215704, ore 8:30-17:00 tutti i giorni lavorativi)]. L'assegnazione casuale sarà stratificata per centro clinico, sesso e trattamento neoadiuvante, e bilanciata utilizzando uno schema di randomizzazione a blocchi di dimensione variabile.

3. Studi clinici su trattamenti complementari alla chirurgia radicale per carcinoma gastrico

La chirurgia con intento curativo costituisce la principale scelta tera-

peutica per cancro gastrico localmente avanzato. Tuttavia al momento della resezione molti pazienti presentano coinvolgimento linfonodale o rischio di diffusione peritoneale con conseguente peggioramento della prognosi. Al fine di migliorare questi risultati sono stati effettuati differenti trial nel campo dei trattamenti adjuvanti e neo-adjuvanti. Studi metanalitici hanno dimostrato che la chemioterapia (CHT) post-operatoria determina una riduzione della mortalità statisticamente significativa (2-4%) rispetto alla sola chirurgia. Il MAGIC trial ha mostrato un miglioramento statisticamente significativo nel braccio sottoposto a CHT neoadiuvante rispetto al braccio sottoposto alla sola chirurgia. La radioterapia (RTX), sia pre- che post-operatoria, è stata studiata in trial randomizzati e i dati disponibili sembrano dimostrare che la RTX adjuvante riduce il rischio di recidiva locale con un miglioramento della sopravvivenza globale (OS). Partiranno con l'inizio del nuovo anno i seguenti trial per valutare l'efficacia dei trattamenti complementari.

ITACA-S 2 (Intergroup Trial in Adjuvant Chemotherapy for Adenocarcinoma of the Stomach): Comparison of a pre-operative versus a post-operative chemotherapy treatment in patients with operable gastric cancer and assessment of the benefit of a post-operative chemo-radiotherapy.

Coordinatore dello studio: Irene Claudia Floriani, Email: floriani@marionegri.it; Tel. 0239014695 Fax; 0233200231 Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri" (Fondazione o ente morale di ricerca e/o sanitaria) Laboratorio di Clinical trials, Via la Masa 19 Milano (MI)

Obiettivi: - confrontare l'efficacia in termini di sopravvivenza tra chemioterapia neo-adiuvante ed adjuvante; - verificare l'efficacia della radio-chemioterapia adjuvante.

Lo studio è in via di approvazione ed è previsto l'arruolamento dei casi a partire dai primi mesi del 2010.

EUNE (European Union Network of Excellence on Gastric and EGI Tumors), Trial randomizzato fase III – Gastrectomia radicale D2 e chemioipertermia intraoperatoria (HIPEC) nel carcinoma gastrico in pazienti ad alto rischio di recidiva peritoneale

Coordinatore: Alfredo Garofalo, Istituto Tumori Regina Elena.

Lo studio si pone l'obiettivo di ridurre le recidive peritoneali che incidono tra il 40 e il 60% dopo chirurgia radicale. Il fenomeno è dovuto alla possibilità che cellule neoplastiche, presenti già sulle sierose o che si liberano in seguito alle manovre chirurgiche, rimangano intrappolate sulle superfici peritoneali determinando la recidiva.

Lo studio è in via di approvazione ed è previsto l'arruolamento dei casi a partire da marzo 2010.

Attività SICO

Attività Regionale SICO I semestre 2010

FEBBRAIO 2010

4-5 FEBBRAIO 2010
LE METASTASI EPATICHE:
APPROCCIO RADIOLOGICO,
ONCOLOGICO E CHIRURGICO
 Mondello (PA)
 Presidente: Prof. Mario Adelfio Latteri

A disposizione 20 iscrizioni gratuite al congresso.

Segreteria Organizzativa: CORTE
 e-mail: corte@jaka.it
 fax 06.35341535;
 Iscrizione entro e non oltre il 15 febbraio 2010; la scheda si trova all'interno del programma.

EVENTO SPECIALE SICO

28/29 GENNAIO 2010
WORKSHOP INTERNAZIONALE
2010.COM
 Roma
 Presidente: Prof. Domenico D'Ugo

MARZO 2010

4-6 MARZO 2010
3° CONGRESSO NAZIONALE
C.O.R.TE. (CONFERENZA
ITALIANA PER LO STUDIO
E LA RICERCA SULLE ULCERE,
PIAGHE, FERITE E LA
RIPARAZIONE TESSUTALE)
 Roma

ATTIVITÀ REGIONALE

(17 o 23) APRILE 2010 II CORSO
DI AGGIORNAMENTO SICO 2010
 Cagliari
 Dr Massimo Dessena
 Dr Giuseppe Murenu

CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ


10-12 GIUGNO 2010
CONGRESSO NAZIONALE S.I.C.O
 Milano (Hotel Quark)
 Presidente: Prof. Paolo Veronesi



L'EVOLUZIONE DELLA CHIUSURA DELLE FERITE

Sicuro, veloce, affidabile.

**Dispositivo assorbibile per la chiusura delle
ferite V-Loc™ 180**



**Un sistema rivoluzionario per la chiusura
delle ferite. Senza che voi dobbiate
cambiare nulla.**

Il dispositivo V-Loc™ 180 è basato su una tecnologia innovativa che offre la possibilità di chiudere le ferite in modo sicuro e veloce, senza necessità di annodare.

- Distribuisce la tensione lungo tutta la ferita
- Consente di risparmiare tempo nella chiusura rispetto all'utilizzo di suture tradizionali
- Riduce le potenziali complicanze dovute alla presenza del nodo

Per ulteriori informazioni, contattare il **Product Specialist** di zona o consultare il sito www.covidien.com

PER ISTRUZIONI, AVVERTENZE E MODALITÀ D'USO, CONSULTARE IL FOGLIETTO ILLUSTRATIVO CONTENUTO NELLA CONFEZIONE DEL PRODOTTO.

COVIDIEN, COVIDIEN con il logo e altri marchi contrassegnati dal simbolo ™ sono marchi commerciali di Covidien AG o di una sua consociata.
© 2009 Covidien. Tutti i diritti riservati. - S-STA-V1oc201



COVIDIEN

positive results for life™