

### SICOnews Quadrimestrale

#### Direttore Scientifico

Francesco Tonelli

#### Direttore Responsabile

Andrea Salvati

#### 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@gruppcic.it

#### Area Marketing e Sviluppo

Antonietta Garzonio, garzonio@gruppcic.it  
Fabio Regini, regini@gruppcic.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@gruppcic.it www.gruppcic.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 giugno 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.

Copyright 2010

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

 **CIC Edizioni Internazionali**

## SICO piange la perdita di un maestro e di un amico

FRANCESCO TONELLI  
Presidente SICO

**H**o sentito Fausto per telefono pochi giorni fa: mi disse con un velo di tristezza nella voce che doveva ricoverarsi e capii che non era una cosa da poco. Mi sorpresi e mi rammaricai poiché in recenti incontri avevo constatato quanto ancora fosse entusiasta del suo lavoro ed interessato alla vita. A così breve distanza dalla ripresa editoriale di SICO-NEWS, non avrei certo immaginato di dovere ricordare la scomparsa di chi aveva ideato ed iniziato questa rivista e chi solo pochi mesi fa mi aveva incoraggiato a riprenderne la pubblicazione. Fausto Badellino è stato per me innanzitutto un maestro: aveva contribuito in un'epoca pionieristica a sviluppare nuove indicazioni chirurgiche e nuove terapie complementari (le surrenalectomie ed ipofisectomie per il controllo di neoplasie endocrino-dipendenti e le terapie radiometaboliche per infusione arteriosa nella Clinica Chirurgica di Torino diretta da Achille Mario Dogliotti) e negli anni successivi aveva portato avanti la chirurgia radioimmunoguidata. Le novità lo attiravano e lo entusiasmavano. Fino al



segue a pag. 2

### In questo numero

ALCUNE INNOVAZIONI IN USA PER LA FORMAZIONE DI SPECIALISTI DEDICATI ● LA CHIRURGIA ESTREMA NEL CARCINOMA GASTRICO ● STUDIO CLINICO MULTICENTRICO ● VITA VISSUTA E SPERANZE DI UNA GIOVANE CHIRURGA ITALIANA ● LA FORMAZIONE DEL CHIRURGO ONCOLOGO ● PRESENTAZIONE DEL XXIII CONGRESSO SICO ● EVENTI CON IL PATROCINIO SICO

l'ultimo era rimasto giovane non solo nell'invidiabile aspetto fisico, ma nell'animo. La sua cordialità e la signorilità dei modi incoraggiavano chi non lo conosceva ad avvicinarlo senza timori reverenziali e ad instaurare rapidamente rapporti di amicizia. I giovani soprattutto cercavano in lui un punto di riferimento e ne ricevevano consigli e spesso apprezzamenti per le loro idee.

Era molto conosciuto all'estero per i periodi di studio trascorsi e per i rapporti da sempre mantenuti con le più prestigiose istituzioni per la cura del cancro. Aveva fatto parte dei comitati per la revisione del TNM e mi aveva fatto omaggio delle nuove edizioni con semplicità, senza ostentazione, ma con l'orgoglio di rappresentare il nostro Paese nel consesso internazionale. Altrettanto importante è stata negli scorsi anni la sua campagna contro il fumo: in ogni manifestazione congressuale organizzata da SICO pretendeva che si inserisse nel programma la dicitura "libero da fumo" e si ostinava perché fosse da tutti rispettata questa norma, in anni nei quali non vi era ancora il divieto per legge di fumare nei luoghi pubblici, senza paura di apparire noioso e petulante ma con la consapevolezza che perseguiva un sacrosanto compito.

Sono sicuro che tutti coloro che lo hanno conosciuto e soprattutto chi ha fatto parte dei consigli direttivi di SICO che lo hanno visto Presidente dal novembre 1994 al giugno 1997 condideranno che Fausto Badellino è sta-

to un grande organizzatore capace di far crescere la società e di darle visibilità nel mondo clinico e scientifico. Aveva strutturato un preciso schema di riunioni scientifiche regionali od interregionali, uno stesso logo per gli avvisi e le locandine e questo aveva portato la SICO ad essere riconosciuta anche ad un semplice e distratto sguardo. Con il suo solito entusiasmo sapeva suggerire nuove iniziative, programmare la partecipazione ai congressi della SSO o visite agli Istituti stranieri più importanti.

Ma Fausto per molti e sicuramente per me è stato anche un vero e sincero amico; condividevamo la passione per il tennis che per lui ha rappresentato fino all'ultimo un preciso e cadenzato appuntamento nonostante gli impegni professionali. Ho perso un amico e mi resta dentro l'amarezza di non avere chi chiamare per un consiglio, chi cercare per un'opinione, chi avere vicino nelle difficoltà.

Viene pubblicato l'ultimo articolo di Fausto Badellino: le considerazioni sul *training* del chirurgo oncologo. Lo aveva inviato alla nostra redazione poche settimane fa, dopo aver letto un articolo su ciò che la SSO aveva fatto, sta facendo ed ha in programma di fare. Aveva molto a cuore che il chirurgo dedicato all'oncologia avesse la necessaria preparazione tecnica e culturale, l'obbligo di aggiornamento scientifico e lo stimolo alla ricerca. ●

## ***L'ultimo contributo dell'amico scomparso*** **Alcune innovazioni in USA per la formazione di specialisti dedicati** **Chirurgia oncologica (o meglio oncologia chirurgica)**

■ **FAUSTO BADELLINO**  
*Presidente Onorario SICO*

**C**redo che qualche considerazione su un articolo recentemente comparso sul *Journal of Surgical Oncology*<sup>1</sup> possa interessare anche

il mondo chirurgico italiano e, perché no, la comunità oncologica in senso lato.

I progressi nel settore oncologico, inclusi i miglioramenti

<sup>1</sup>Berman R.S., Kurtzman S.H., Posner M.C., Gershenwald J.E. Society of Surgical Oncology Fellowship Training: where we have been, where we are now, and where we are going. *J.Surg.Onc.* 2009;100:179-181

delle tecniche chirurgiche, l'approfondimento delle conoscenze sulla biologia dei tumori, la diffusione dei trattamenti multidisciplinari e multimodali, continuano a trasformare il contesto clinico in cui l'oncologo chirurgo esercita la sua attività.

Questi sviluppi hanno sensibilmente accresciuto la complessità dell'aggiornamento e della formazione post-universitaria in oncologia chirurgica.

Al giorno d'oggi l'immunologia, la genetica molecolare e i trattamenti "personalizzati" dei tumori devono essere insegnati con l'identica competenza che si richiede per le più recenti tecniche chirurgiche, che si tratti di resezioni, ablazioni o trattamenti perfusionali.

Mentre il tradizionale atteggiamento negli USA di fronte a questa situazione sarebbe di aumentare le ore in sala operatoria, di stare di più in ambulatorio, di partecipare più frequentemente alle riunioni scientifiche, gli autori dell'articolo auspicano un approccio più strategico che, anziché aumentare le ore, ottimizzi il sistema formativo.

La grande quantità di nozioni che devono essere acquisite durante il corso di specializzazione costituisce un'importante sfida e nello stesso tempo offre lo stimolo a innovare i sistemi per la preparazione delle future generazioni degli oncologi chirurgici.

La *Society of Surgical Oncology* (SSO) USA nel suo piano strategico 2007-2010 ha riconfermato il suo impegno di vecchia data nella preparazione post-universitaria in oncologia chirurgica, e nell'articolo si riassumono i programmi formativi accreditati dalla stessa SSO, stimolandola anche ad affrontare le numerose sfide future nella formazione dei chirurghi oncologi.

La SSO si è da tempo resa conto che la preparazione della prossima generazione di specialisti in oncologia chirurgica non comprende solo l'insegnamento delle indicazioni e delle tecniche per la chirurgia maggiore. Più di 20 anni fa i responsabili della SSO si resero conto che era necessario andare oltre il semplice tirocinio chirurgico e allestire dei programmi di formazione standard, multidisciplinari. Venne istituito nella società un comitato specifico (*training committee*) ad essa referente, con il compito di approvare i programmi, elaborare linee guida e formalizzare i sistemi di controllo. Un esempio è costituito da quanto fatto per il carcinoma della mammella: circa 6 anni fa venne attivato un programma multidisciplinare con la collaborazione tra SSO, *American Society of Breast Surgeons* ed *American Society of Breast Disease*. Attualmente in USA e in Canada vi sono ben 32 di tali programmi SSO accreditati.

Per il loro adeguato controllo, sono stati istituiti due "sot-

tocomitati" di cui fanno parte anche i direttori dei programmi stessi; discutere su come funzionano permette anche di valutare possibili futuri sviluppi.

Tutti i partecipanti ai corsi di oncologia chirurgica e molti di quelli ai corsi sulla mammella sono chirurghi generali. La sfida è di allargare gli insegnamenti grazie a programmi multidisciplinari dal punto di vista clinico, ma comprendenti anche i principi scientifici della biologia oncologica e le diverse necessità correlate ai pazienti, come stabilito dal comitato responsabile. La finalità progressiva è di ampliare le conoscenze e le capacità dei chirurghi generali e di prepararli allo stato dell'arte in chirurgia oncologica, interagendo con le altre discipline oncologiche, tanto da poter ricoprire una leadership all'interno delle comunità chirurgiche e mediche che si occupano di tumori. [A proposito, in Italia il ruolo chirurgico nell'ambiente oncologico come è considerato? Secondario? Mi ha fatto specie, ed ha confermato alcuni dubbi, il programma dell'XI Congresso Nazionale dell'AIOM (Milano dal 10 al 13 ottobre 2009); orbene fu richiesto il patrocinio a 12 tra enti ed istituzioni tra cui l'AIRO, la LILT e la SIC, ma non figurava nessuna società chirurgica, eccetto la nostra SICO coinvolta in un simposio sulle metastasi epatiche! Stando a questo esempio, la figura dell'oncologo chirurgo in Italia spesso non solo non primeggia, ma addirittura non viene presa nella dovuta considerazione!].

Sebbene il ruolo chirurgico nel trattamento del paziente oncologico venga messo in rilievo, gli spazi dedicati all'oncologia medica, alla radioterapia, patologia, diagnostica, prevenzione, riabilitazione, terapie palliative (inclusa la chirurgia), l'etica, gli aspetti professionali e la ricerca sono altrettanto importanti per la buona riuscita del programma formativo.

Particolare importanza è riservata sia ai trattamenti routinari come a quelli multidisciplinari per i casi complessi e per i tumori rari.

Per consentire agli specializzandi di perfezionarsi, vi sono delle rotazioni in tutti i settori della chirurgia oncologica, con almeno 12 mesi di durata.

Il comitato specifico stabilisce e rivaluta il numero minimo di interventi da eseguirsi per tumori della mammella, colo-rettali, cute e melanomi, tessuti molli, capo e collo, gastrointestinali, epatobiliari, pancreatici, endocrini, toracici e per le vie linfatiche.

Lo stesso sistema è applicato nei programmi che riguardano la mammella.

Dal punto di vista pratico-tecnico si parte dalle procedure di base, dalle biopsie fino agli interventi demolitivi più complessi.

Gli specializzandi devono rendersi conto delle specificità degli interventi chirurgici anche di quelli diagnostici, per i tumori primitivi e per le adenopatie regionali, per le metastasi e la palliazione, non dimenticando le terapie in sperimentazione.

Molta attenzione è riservata all'aspetto tecnologico perché il chirurgo oncologo anche lì deve essere un innovatore.

Sebbene la preparazione operatoria sia fondamentale per entrambi i programmi (per la chirurgia oncologica e per la mammella) essa non è sufficiente per la completezza scientifica e pratica del chirurgo oncologo. Perciò, oltre che un'ottimale competenza chirurgica, è indispensabile il partecipare a consulenze cliniche, ambulatoriali, multidisciplinari e a incontri scientifici; altrettanto dicasi per i principi biologici e della ricerca di base, per i *trial* clinici, la ricerca translazionale e i problemi etici correlati.

In funzione dei continui avanzamenti scientifici e clinici che vengono appresi nei corsi universitari, gli organi responsabili della SSO periodicamente procedono al loro aggiornamento.

I programmi di formazione che desiderano l'approvazione della SSO devono essere accompagnati da un apposito documento di iscrizione e poi vengono sottoposti a un'attenta analisi.

Vi sono anche dei programmi di successo in corso, ma che non avevano a suo tempo richiesto l'accreditamento. In tali casi alcuni componenti dello specifico *training committee*, insieme a un oncologo non chirurgo, procedono a visitare la sede del corso, ad analizzare il programma che viene in ultima istanza presentato al comitato esecutivo della società; se approvato potrà essere in funzione per cinque anni, ma sempre sotto periodici controlli.

Quando in passato i programmi erano pochi, e quelli per la mammella di là da venire, tutta la documentazione scritta era cartacea. Oggi con cinquanta programmi ac-

creditati si procede per via telematica e tutto risulta più facile e immediato.

Il *training committee*, dato il continuo aumento della complessità dei programmi, ha messo in atto una serie di procedure per rendere tutte le decisioni e le modifiche trasparenti e inattaccabili, onde garantire la massima correttezza e competenza nei giudizi. Un buon accordo ha fatto la SSO con l'*Accreditation Council for Graduate Medical Education* (ACGME) per raccogliere in un *log book* dedicato tutti i dati relativi ai programmi per la mammella e la chirurgia oncologica. In previsione dell'aumento delle richieste di approvazione si è istituita la figura amministrativa di "Direttore della formazione" che ha di molto facilitato la centralizzazione di tutta la documentazione dei diversi programmi. Molte sfide attendono la SSO e i suoi componenti che hanno il dovere e il privilegio di preparare i chirurghi oncologi del futuro. L'ACGME ha elaborato degli standard per la formazione in numerose specialità, e molti vanno bene per i programmi SSO. La regolamentazione dell'orario obbligatorio ha modificato decisamente il modo di preparare gli specializzandi in chirurgia. Da quando esso è operativo, la maggior parte degli allievi dei programmi SSO possono probabilmente iniziare la loro *fellowship* dopo aver avuto un'esperienza chirurgica di *resident* diversa da quella della chirurgia oncologica, e i programmi della SSO devono adattarsi a queste differenze. Per garantire l'aggiornamento la maggior parte dei programmi di formazione chirurgica include esperienze di laboratorio, tecnologia al simulatore e apprendimenti telematici.

La SSO deve tenere presenti tutti questi fatti e non dimenticare le sub-specializzazioni in cui possono coesistere delle sovrapposizioni. A tale scopo si sta lavorando per affrontare costruttivamente le continue e rapide novità nella biologia dei tumori, nel loro trattamento e nelle tecniche chirurgiche. ●

# La chirurgia estrema nel carcinoma gastrico

ALFREDO GAROFALO, ORIETTA FEDERICI  
 UOC di Chirurgia Oncologica dell'Apparato Digerente  
 Istituto Nazionale Tumori Regina Elena

Il panorama delle definizioni attribuite agli interventi di gastrectomia per cancro è molto vasto. Si va infatti dalla Gastrectomia Totale, Subtotale, alla Gastresezione, alla Resezione Polare Superiore; abbiamo poi le exeresi di Principio e di Necessità, le exeresi Standard, Adeguate, D 1, 2, 3, R 0, 1, 2, Allargate, Ampliate, Estese, Curative, Palliative, Oncologicamente Corrette, Obbligate, Radicali, Multiorgano, Multiviscerali. Né si tratta di un problema puramente semantico legato alla cultura chirurgica italiana, se si considera che anche la letteratura internazionale riporta termini come *Potentially Curative, Extended, Extensive, Standard, Multiple Resection, en bloc multiorgan resection, Combined resection, with curative intent*.

In realtà tutte queste attribuzioni possono essere riportate essenzialmente a tre categorie, distinte in base alla tipologia di intervento ed alle sue caratteristiche tecniche, che sono:

- Exeresi Standard;
- Exeresi Estese o Allargate;
- Exeresi Estreme.

## EXERESI STANDARD

L'exeresi standard risponde fondamentalmente al rispetto di due parametri, il T e l'N.

Per quanto riguarda il primo l'accordo è pressoché unanime: 2 centimetri di tessuto sano dal margine prossimale del tumore (3 cm in caso di forme istologiche di Lauren "diffuse") sono ritenuti una clearance sufficiente in caso di *early gastric cancer*; cinque centimetri (6 in caso di tumori "diffusi") in caso di neoplasie avanzate. Questi parametri, la localizzazione della neoplasia e la sua distanza dal cardias, detteranno l'indicazione alla gastrectomia totale o subtotale.

Per quanto riguarda il parametro N le cose sono più complesse: nonostante il fallimento dei trial olandese ed inglese degli anni '90 nel dimostrare la superiorità della linfadenectomia estesa (D2) nei confronti della linfadenectomia perigastrica (D1), il forte razionale della exe-

resi linfatica sistematica ha convinto la gran parte dei chirurghi europei che si dedicano a questa patologia. Tuttavia sul termine *standard* non c'è accordo: molti chirurghi praticano la D2, molti la D2 estesa al peduncolo epatico ed alla stazione n. 12, molti altri usano la cosiddetta D1.5, alcuni eseguono di routine il *sampling* di D16. Possiamo comunque affermare che esiste uno *standard di chirurgia del carcinoma gastrico che rispetta i margini di clearance sull'organo e che esegue comunque una linfadenectomia sistematica che supera il primo livello e che si spinge spesso fino al secondo*.

## EXERESI ESTESE

Rappresentano la categoria dei cosiddetti interventi allargati.

Analogamente alla chirurgia *standard*, l'estensione dell'exeresi segue i parametri T ed N.

L'estensione per T persegue l'asportazione chirurgica di neoplasie che dallo stomaco si sono estese per continuità o per contiguità.

Nel primo caso si tratta di resezioni estese all'esofago o al duodeno.

Le resezioni gastriche estese all'esofago nei tumori del Cardias classificati come Siewert 2 e 3, non hanno dato risultati lusinghieri per quanto riguarda l'*outcome* dei pazienti, come risulta dallo studio JCOG 9502, nel quale la differenza tra le sopravvivenze a distanza è risultata statisticamente non significativa nei due bracci.

Le duodenocefalopancreatectomie associate a gastrectomia hanno dato risultati a volte lusinghieri ma con morbilità molto alte e mortalità non indifferenti.

Gli organi o complessi di organi infiltrati per contiguità sono:

- Milza +/- Coda Pancreas;
- Mesocolon +/- Colon Trasverso;
- Lobo Epatico Sinistro;
- Pilastro Diaframma;
- Peritoneo.

Le exeresi che comprendono questi organi o complessi di organi non sono infrequenti, specie in Europa dove

## AGGIORNAMENTI DI TECNICA

il 60% dei casi di carcinoma gastrico viene diagnosticato in fase avanzata o superavanzata. In ultima analisi le exeresi estese potrebbero essere definite come:

*Exeresi estese dallo stomaco a un organo o a un complesso di due organi che hanno il medesimo asse vascolare e sono in diretto contatto con lo stomaco stesso per contiguità o continuità.*

Rientrano in questa definizione le exeresi estese a:

- Esofago: via transjatale di Pinotti, resezioni fino a 10 – 12 cm
- Complesso Milza - Coda Pancreas: Splenopancreatectomia distale (medesimo asse vascolare)
- Complesso Colon Trasverso - Mesocolon: Colectomia trasversa (medesimo asse vascolare)
- Complesso Duodeno – Pancreas cefalico: DCP (medesimo asse vascolare)
- Fegato Sinistro: Segmentectomia II - III

Nel caso dell'esofago e del fegato sinistro si tratta di un solo organo (o parte di esso), in continuità o contiguità con lo stomaco.

Negli altri casi si tratta non di un solo organo ma di un complesso di organi che riconoscono però il medesimo asse vascolare.

### EXERESI ESTREME

Le exeresi estreme si distinguono dalle exeresi estese per la molteplicità e l'indipendenza degli assi vascolari degli organi da resecare in associazione allo stomaco e per il criterio della spazialità: spesso infatti si tratta di organi interessati dalla diffusione intraperitoneale di malattia e quindi non in diretta continuità o contiguità con lo stomaco.

Si possono definire dunque le exeresi estreme come:

*Exeresi comprendenti 2 o più organi o complessi di organi, ciascuno con il proprio asse vascolare, in aggiunta allo stomaco e non necessariamente a diretto contatto con esso.*

Appartengono a questa categoria:

- LUAE (*Left Upper Abdominal Exenteration*)
- Gastrectomia D3 + Peritonectomia + HIPEC.

La LUAE può essere considerata come una *Exeresi Estrema di Necessità*, motivata dall'estensione del T.

Ideata da Kajitani nel 1981, prevede: gastrectomia totale *en bloc* con omentectomia, spleno-pancreatectomia, surrenalectomia sinistra e colectomia trasversa, con nefrectomia sx, lobectomia epatica sx e resezione diaframmatica *à la demand*.

La variante di Appleby, che era stata ideata da quest'ultimo

nel 1951, prevede: resezione tronco celiaco per completare la linfectomia, con rivascolarizzazione dell'arteria epatica attraverso la gastroduodenale via AMS e arcate pancreatiche.

La tecnica di Appleby fu modificata successivamente con anastomosi diretta tra arteria epatica e tronco celiaco o innesto protesico.

In questo tipo di interventi la resezione R0 non sempre è obiettivabile se non a posteriori e la sua integrazione terapeutica è affidata alla sola chemioterapia sistemica. I risultati più recenti riguardano una serie di 75 pazienti pubblicata da Yonemura nel 1994 con il 4,1% di mortalità ed il 33% di sopravvivenza a 5 anni ed una serie di 54 pazienti di Furukawa con una elevata morbilità (30% di fistole pancreatiche) e sopravvivenza a 5 anni del 40% per i III stadi e del 5% per i IV stadi.

La Peritonectomia + HIPEC può essere invece definita come una *Exeresi Estrema di Principio*, motivata dall'estensione del parametro P.

Ideata da Paul Sugarbaker nel 1989, prevede diversi tempi operatori:

- 1) Laparotomia e Peritonectomia parietale;
- 2) Peritonectomia Pelvica + Isteroannessectomia +/- Colectomia parziale o totale + omentectomia;
- 3) Bursoomentectomia e Gastrectomia D3 +/- Splenectomia;
- 4) Peritonectomia del quadrante superiore Sin, con stripping del peritoneo diaframmatico;
- 5) Peritonectomia del quadrante superiore dx, colecistectomia e asportazione del legamento rotondo, stripping del peritoneo diaframmatico e vaporizzazione delle lesioni glissoniane;
- 6) Vaporizzazione eventuali lesioni isolate sierosa tenue;
- 7) HIPEC;
- 8) Ricostruzione continuità digestiva.

La resezione R0 è obiettivabile (*Peritoneal Cancer Index, Completeness of Cytoreduction Index*) l'integrazione terapeutica è affidata all'HIPEC oltre che alla CT sistemica di induzione e postoperatoria, possiede un forte razionale.

Le indicazioni alla Peritonectomia nei carcinomi gastrici estesi al peritoneo, derivano da:

- Stadiazione Corretta:
  - Accurato work-up con TC, PET, EndoUS
  - Indispensabile VLS di Stadiazione,
- Washing Peritoneale con citologia
- Risposta a CT Neo adiuvante, valutata anche attraverso una seconda VLS
- Previsione di Exeresi R0

La laparoscopia di stadiazione è irrinunciabile in questi

## AGGIORNAMENTI DI TECNICA

casi, essendosi dimostrata in grado di modificare la strategia terapeutica in una altissima percentuale di casi. La chemioterapia preoperatoria risulta altrettanto indispensabile, se si considera il vantaggio del 13% di sopravvivenza ottenuto nel braccio sperimentale (chemioterapia + chirurgia) del MAGIC Trial rispetto al braccio di controllo con sola chirurgia.

I risultati più significativi vengono da Yonemura (2005) che su una serie di 42 pazienti ha ottenuto il 27% di sopravvivenza a 5 anni nei casi di citoriduzione completa; risultati analoghi riporta Glehen nel 2004 con una sopravvivenza a 5 anni del 29,4%.

I risultati più interessanti sono stati pubblicati dalla *Association Francais de Chirurgie* nel 2008: uno studio multicentrico ha estratto 159 pazienti con carcinosi peritoneale da carcinoma gastrico da una casistica di 1290 pazienti con carcinosi peritoneale di varia origine, trattati con peritonectomia + HIPEC.

La mortalità in questo gruppo selezionato è stata del 6,5% con una morbilità del 27,8%; la sopravvivenza overall a 5 anni è sta del 14%, per passare al 25% nei casi sottoposti a chemioterapia di induzione al 29% se venivano considerati solo i casi con citoriduzione completa. ●

## Attività SICO

# Studio clinico multicentrico sotto l'egida della SICO: i soci sono invitati ad aderire

### Studio osservazionale multicentrico sull'impiego di anastomosi biodinamica colonring per resezioni coloretali

Coordinatori: Francesco Tonelli, Severino Montemurro, Tiziana Cavalli ([tiziana.cavalli@gmail.com](mailto:tiziana.cavalli@gmail.com))

Attualmente la tecnica chirurgica standard per l'anastomosi tra segmenti intestinali resecati si avvale delle suturatrici meccaniche. Tali dispositivi, schiacciando e perforando i tessuti, possono ostacolare il fisiologico processo di guarigione e, lasciando in sede materiale estraneo, creare un processo di risposta cronica infiammatoria che può essere il motivo di una riduzione del lume intestinale.

Il ColonRing è un nuovo device biodinamico realizzato dalla NiTi™ Surgical Solutions al fine di ovviare ai maggiori inconvenienti delle suturatrici circolari: essendo privo di graffette, non vi sono punti di perforazione della parete intestinale, non vi è rischio di sanguina-

mento, né rimane alcun elemento estraneo nella sede dell'anastomosi.

Il ColonRing consiste in un anello con molle laminari in Nitinol, una lega metallica innovativa dotata di "memoria di forma", ossia la capacità di riassumere la forma originale dopo essere stata deformata. Le molle laminari di Nitinol consentono all'anello inserito nel lume intestinale di adattarsi allo spessore tissutale e di esercitare una forza di compressione costante su tutti i punti del tessuto intrappolato nell'anello, causando una ischemia lenta e progressiva. Contemporaneamente, nuovo tessuto sano viene generato lungo il perimetro esterno dell'anello. Il tessuto necrotico e l'anello cadono entro circa due settimane e attraversano il tratto digestivo senza danneggiarlo.

Poiché il dispositivo è disponibile in un solo calibro, in caso di elevato diametro del colon è preferibile eseguire un'anastomosi laterale piuttosto che termina-

Il Colonring si applica con un sistema del tutto simile a quello usato per le suturatrici circolari, ideato per minimizzare la curva di apprendimento del chirurgo.

Il presente studio si propone di valutare l'incidenza di deiscenza anastomotica nei pazienti con patologia coloretale con impiego di Colonring. Nei casi con anastomosi rettale bassa ed in particolare nei pazienti con pregressa irradiazione verrà valutata la stenosi dell'anastomosi e la funzionalità intestinale a distanza di 1, 3 e 6 mesi.

**Criteri di inclusione:** età > 18anni, consenso informato scritto, datato e firmato; patologia colo-rettale con indicazione ad intervento di resezione con anastomosi.

**Criteri di esclusione:** allergia al nichel, intervento in urgenza, occlusione intestinale, carcinosi peritoneale, stenosi serrata del tratto residuo a valle, anastomosi in prossimità di diverticoli di grosso calibro.

# Vita vissuta e speranze di una giovane chirurga italiana

■ ALESSANDRA MASCARO

**C**irca dieci giorni fa, tornando a casa dopo una movimentata notte di guardia, ho trovato nella cassetta delle lettere la rivista ufficiale della SICO che ormai da un po' di tempo mi viene recapitata regolarmente.

A pagina 3 ho scoperto con mia enorme sorpresa un articolo di Lisa Wiechmann, una giovane e preparatissima chirurga oncologa italiana formatasi negli Usa, che raccontava attraverso la sua storia di donna espatriata il percorso fatto per diventare una delle più promettenti senologhe oserei dire mondiali, al momento in carica presso l'Albert Einstein College di New York.

La sua storia personale è quella che tante giovani donne un giorno sognavano di poter raccontare, una vita di sacrifici e rinunce sicuramente ma anche tanto ricca di soddisfazioni.

Ho avuto la fortuna di conoscere Lisa personalmente. A marzo ci siamo trovate tutte e due a Phoenix al prestigiosissimo congresso della SSO (entrambe onorate di partecipare ad una delle più importanti convention mondiali di chirurgia), e casualmente i nostri poster erano vicinissimi, quasi sullo stesso tabellone.

In mezzo a tantissimi giovani e meno giovani provenienti da tutto il mondo, Lisa ha riconosciuto il mio accento italiano.

Abbiamo così iniziato a chiacchierare fino a scambiarci numero di telefono ed indirizzo e-mail.

Ho seguito i suoi successi professionali con moltissimo interesse.

È per questo che posso confermare quanto Lisa sia in gamba, preparata, determinata.

Il suo poster sulla classificazione molecolare dei tumori della mammella ha poi vinto il primo premio.

Ma come la stessa Lisa ha ammesso nel suo articolo, ha avuto la fortuna di studiare negli Usa e di allontanarsi da questo Paese che di speranze gliene aveva date ben poche.

Ho pensato che fosse giusto far conoscere ai lettori anche qualcosa della realtà italiana vista con gli occhi di una giovane, quasi coetanea di Lisa, che con fatica cerca di farsi strada nel campo della chirurgia.

Vorrei perciò approfittare della opportunità datami dal Prof.

Tonelli per raccontare qualcosa di me e della mia realtà lavorativa, che è tanto tanto diversa da quella vissuta da Lisa e dai giovani americani ma tanto tanto comune ai miei colleghi italiani.

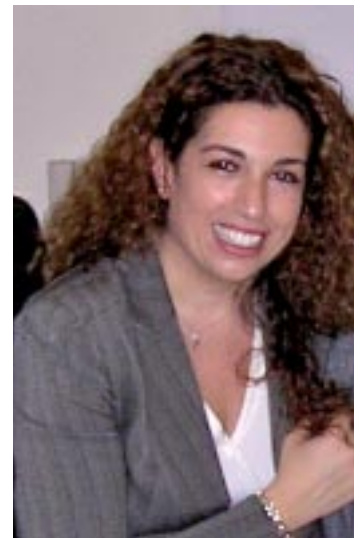
Mi chiamo Alessandra Mascaro, ho 35 anni, e sono una chirurga.

Anche io ho sempre saputo di voler fare il medico. Oltre che

con le Barbie, da bambina giocavo col "piccolo chirurgo", con lo stetoscopio di plastica rossa e gialla della borsa da dottore, guardavo in tv "siamo fatti così..." ecc. Quando mi portavano in ospedale per fare delle analisi o semplicemente per far visita a qualcuno, ero stranamente felice. Sistematicamente mi staccavo da mia madre e cominciavo a girare per i corridoi entrando in tutte le medicherie e sale visita che incontravo. Una volta, avevo 9 anni, sono riuscita ad entrare in sala operatoria.

Non ho visto nulla dell'operazione che si stava facendo perché gli enormi teli verdi mi coprivano completamente la visuale, ed inoltre l'infermiera mi ha accompagnata dopo meno di tre minuti dalla guardia all'ingresso. Non ho mai avuto paura del sangue da bambina. Al terzo anno di medicina poi però sono svenuta davanti ad una ferita del cuoio capelluto.

Per fortuna non mi è mai più successo, e dal momento in cui mi sono avvicinata per la prima volta al tavolo operatorio ho capito che da grande avrei fatto la chirurga. Sono stata ammessa alla scuola di specializzazione in chirurgia subito dopo la laurea in una grande Università romana, tra i corridoi dove in passato avevano lavorato personaggi del calibro di Valdoni, Stefanini e Fegiz. Rispetto ad alcuni colleghi che aspettano due o tre anni



per entrare in chirurgia sono stata veramente fortunata.

A volte ci sono troppi interni e i posti disponibili sono davvero pochi nella maggior parte delle scuole.

E rispetto ai miei colleghi sono stata molto fortunata anche perché ho avuto la fortuna di essere seguita da un tutor bravissimo che mi ha sempre sostenuto ed incoraggiata. Mi ha più volte ripetuto che in quanto donna avrei dovuto lavorare e studiare due volte più dei miei colleghi uomini.

Adesso direi anche tre o quattro volte.

Posso affermare con assoluta certezza che la maggior parte degli specializzandi italiani esce dalla scuola di specializzazione con un bagaglio culturale insufficiente ed un'esperienza chirurgica ridottissima.

Io invece sono riuscita ad eseguire grazie al mio tutor tantissimi interventi di chirurgia minore, ernie, laparoceli, *stripping* della safene, e addirittura ben cinque tiroidectomie totali!

Certo i miei numeri sono ridicoli a confronto di quelli di Lisa: lei 800 interventi di chirurgia maggiore (tra cui emicolectomie, *bypass* femoro-poplitei...).

Ma, ripeto, io non posso lamentarmi.

Dimenticavo le tre colecistectomie laparoscopiche; per una di queste devo ringraziare il Direttore della Scuola di Specializzazione che una volta, entrando in sala, ha pesantemente rimproverato il mio capo che eseguiva l'intervento con un altro professore che teneva l'ottica mentre io seguivo i passaggi seduta su uno sgabello (cosa che accadeva regolarmente). Ha preteso che staccassi io la colecisti.

Le lezioni sono state scarsissime, i nostri professori ci giudicavano più che altro sull'impegno in reparto: cartelle, dimissioni, prenotazione tac, visite cardiologiche. Alla fine del quinto anno di specializzazione, dopo aver assistito a più di 200 tiroidectomie (erano la specialità del mio tutor), ho deciso di allargare i miei orizzonti e di vedere anche altri interventi chirurgici che fino ad allora avevo visto solo sui libri.

In fondo mancava solo un anno al conseguimento del titolo di chirurgo.

Ho deciso di trascorrere quel periodo in un grande ospedale romano sotto la guida di un bravissimo chirurgo oncologo che si è specializzato come Lisa negli Stati Uniti, dove ha anche conseguito una *fellowship* in *surgical oncology*.

Il mio trasferimento ha scatenato le ire dei miei professori, e la cosa l'ho pagata non poco in seguito.

In compenso, però, il mio nuovo prof. mi ha consentito di vedere interventi sulle vie biliari, sul pancreas, la che-

mioteraapia intraoperatoria, tanti sarcomi, interventi sul polmone.

Ma soprattutto mi ha consentito di eseguire da primo operatore ben due isterectomie, una toracotomia con *wedge resection*, tre colecistectomie, l'asportazione di un sarcoma della spalla, tante ernioplastiche, laparoceli, appendicectomie, mastectomie e quadrantectomie, chiusura di colostomie, qualche posizionamento di *port a-cath* venoso.

Ho potuto aiutarlo più volte su nefrectomie, colectomie, splenectomie e addirittura una volta su una esofagectomia!

Io ero felicissima e i miei amici non credevano ai miei racconti.

Il primario probabilmente, arrivato a 50 anni, aveva già fatto tantissimi interventi durante il suo percorso americano: aveva acquisito il principio di insegnamento "*see one, assist one, do one*", di cui anche Lisa ha parlato, e pensava che anche io lo possedessi allo stesso modo. Certo, quando mi ha visto la prima volta eseguire una sutura intestinale ha capito che non provenivo dalla sua stessa scuola.

Ancora mi ricordo quando una volta mi ha chiesto "ma a che anno di specializzazione voi qui fate i colon?".

Gli ho dovuto spiegare come stavano le cose.

Per fortuna in quel reparto sono passati anche altri specializzandi di altre scuole romane che gli hanno confermato attraverso la loro scarsissima esperienza tutto quello che gli avevo raccontato, altrimenti avrebbe finito per credere che l'inetta ero io!

Due di loro, poverini, sono stati costretti a condividere i loro anni di studio con il figlio di uno dei loro professori che stranamente era sempre presente in sala operatoria, talvolta come aiuto ma solitamente come primo operatore, a volte anche a discapito degli altri ricercatori ultracinquantenni che forse solo per una questione di età qualche diritto chirurgico dovevano aver acquisito nel corso degli anni.

Io questo problema non l'ho avuto, anche se ho operato un po' meno di Lisa.

In effetti qui il principio di insegnamento è leggermente diverso da quello con cui lei è cresciuta: io direi "*see thousands, assist sometimes (if you are lucky!), do probably never*".

Dopo la specializzazione sono rimasta in quell'ospedale e ancora sono lì.

Adesso come medico frequentatore, vale a dire che frequento quasi tutti i giorni gratuitamente e senza alcun tipo di responsabilità. Ma per me è fondamentale per rimanere a contatto con i pazienti e con la sala operatoria

ria, infatti di questo ringrazio enormemente il mio primario. La realtà dell'ospedale non è molto diversa da quella dell'università.

Anche qui ci sono chirurghi cinquantenni-sessantenni che di voglia di insegnare ne hanno ben poca.

Difficile che rinuncino ad un'ernia o ad un'appendice, anche se capita alle tre del mattino durante un turno di guardia.

Con questi chirurghi sono riuscita a fare sì e no 4 ernie. Ma lavoro come se fossi strutturata, a volte anche più di quelli che lo sono realmente. Ormai difficilmente riesco ad aiutare il primario su interventi maggiori, gli altri strutturati non rinunciano a nulla.

Di solito la mia postazione è accanto a lui o tra le gambe del paziente quando si tratta di resezioni del retto o isterectomie: mi occupo di tenere i divaricatori, e quando sono un po' più fortunata posso posizionare il drenaggio e chiudere la parete. Ci sono fasi di alcuni interventi che proprio non ho mai visto da dove solitamente mi trovo. Posso solo immaginarle.

Quando tieni i divaricatori devi stare ben attenta a non spostarti.

Di concorsi non se ne parla, e se anche ci fossero mi chiedo se avrei qualche *chance* reale per vincerli.

Penso che in quel caso toccherebbe a me scontrarmi con qualche figlio d'arte.

Sono stata anche in una città del nord a fare un concorso: mi sono presentata solo col mio curriculum, immaginate come è andata a finire.

Ho fatto colloqui in due ospedali: in uno, lontanissimo da Roma, mi hanno proposto una sostituzione di maternità, ma mi hanno detto esplicitamente che avrei fatto bene a non rimanere incinta durante quel periodo.

In un altro, a 80 km da Roma, mi hanno proposto una borsa di studio da 10.000 euro l'anno in cambio di un buon impegno in reparto.

Ho rifiutato perché credo che in un anno avrei speso più di 10.000 euro di benzina per percorrere tutti i giorni così tanti chilometri e perché una casa in affitto non me la sarei mai potuta permettere con quell'entrata.

Certo anche io ho le mie colpe: ho rifiutato ben 7 proposte di avvisi pubblici, sostituzioni e contratti più o meno brevi al pronto soccorso.

Nessuno a Roma, è ovvio.

Ho pensato che sono ancora troppo giovane per rinunciare definitivamente al mio sogno e mettermi dietro ad un computer a richiedere consulenze neurologiche, tac, esami ematici, ecc...

Il pronto soccorso in Italia non è quello di ER! Ma tanti miei amici e colleghi si sono rassegnati e nonostante la

specializzazione hanno accettato. Due di loro invece sono stabilmente in servizio sulle ambulanze del 118.

Una ragazza che durante il corso sperava di poter fare come Lisa qualche *bypass* adesso fa il medico di base. Nonostante tutto però, e rispetto a questi ragazzi, sono abbastanza felice.

Da tre anni a questa parte ho iniziato a lavorare, sempre nello stesso ospedale, con un altro chirurgo.

Anche lui si è specializzato negli Usa.

È un bravissimo senologo e al momento è uno dei più affermati a Roma.

Grazie a lui mi sono innamorata di questa branca della chirurgia, e ho deciso di dedicarmi completamente alla cura del cancro della mammella.

Due anni fa ho vinto una prestigiosa *fellowship* dell'American Italian Cancer Foundation con una ricerca sulla biopsia del midollo osseo nelle pazienti con cancro della mammella che era già stata iniziata da questo gruppo un paio di anni prima.

Quest'anno, sotto la guida di questo preparatissimo senologo, sono riuscita a pubblicare il lavoro sulla rivista *Annals of Surgical Oncology*.

Ho inoltre scritto, sempre con il suo aiuto, un'importante *review* sul cancro della mammella che sarà pubblicato a breve sul *World Journal of Surgical Oncology*.

Sto inoltre per completare il Master di II livello in Senologia: la mia tesi confronterà i carcinomi duttali e lobulari in termini di recidiva, margini positivi e bilateralità. Sono certa che questi titoli avranno un giorno la loro importanza nel mio curriculum e che mi differenzieranno da altri concorrenti promettenti.

Come molti giovani chirurghi precari, al momento lavoro come medico di guardia in una casa di cura privata. È l'unica entrata fissa mensile.

Il mio Primario non mi ha abbandonato, e fortunatamente a volte riesco anche a partecipare alla sua attività chirurgica privata.

Qualcuno mi suggerisce di imparare ad eseguire un'ecografia, una gastroscopia, un doppler, per potermi almeno "riciclare" e reinventarmi come libero professionista. Qualcuno dei miei amici l'ha fatto e adesso vanta un discreto numero di pazienti.

Sto imparando le ecografie, ma solo quelle della mammella.

Il mio sogno è quello di fare il chirurgo senologo e al momento voglio servirmi dell'ecografie solo per aiutarmi in sala operatoria a localizzare le lesioni non palpabili.

Per il resto c'è il radiologo.

Voglio sperare che questi anni, che ho così appassionatamente investito nello studio, non andranno persi.

Magari prima o poi verrà anche il mio momento. Anzi il momento di tutti noi giovani chirurghi.

Certo, se avessi avuto il coraggio di Lisa di fare un passo tanto grande come quello di lasciare il mio Paese e i miei affetti per andare oltreoceano, ora forse anche io farei parte di un prestigioso programma di perfezionamento.

Senza arrivare oltreoceano forse mi sarebbe bastato arrivare in Francia, in Spagna o in Germania. Dovunque, ma lontano dall'Italia.

Non l'ho fatto per mille motivi, forse la pigrizia in primis, poi la paura, le false promesse sentite dai "grandi". Ed eccomi qui.

È questo il messaggio che vorrei far arrivare a chi leggerà questo articolo.

Ai giovani che ancora studiano vorrei dire: questo Paese non fa per noi, non esiste meritocrazia. E non ci merita nemmeno. Andate all'estero, non abbiate paura.

Per i più grandi, particolarmente per chi insegna: formare un giovane è un atto di amore prima di tutto, ma anche di civiltà. Vi sentirete meglio se i vostri allievi un giorno supereranno i maestri, anche perché parleranno di voi. Non cullatevi sul fatto che voi avete dovuto "rubare con gli occhi". Noi non dobbiamo scontare gli errori

degli altri e cedere qualche intervento ogni tanto non vi fa male. Se a 50 anni non avete ancora imparato bene e avete ancora bisogno di fare l'ennesima appendice, colecisti, colon ecc... forse non avete fatto un buon lavoro su voi stessi. È tardi per imparare. Cercate di non rendervi ridicoli agli occhi di chi dovrebbe prendervi d'esempio.

A Lisa: grazie per averci regalato il tuo racconto. Sono sicura che sarai un esempio per tantissimi giovani che veramente vogliono fare il chirurgo.

Spero che la mia franchezza non irripi nessuno: ho volutamente omesso nomi di persone e di ospedali.

Mi auguro che quanti leggeranno questo articolo abbiano abbastanza ironia e spirito di autocritica per apprezzarlo, anche alcuni dei miei colleghi che più dei "grandi" mi hanno suggerito di non scriverlo, forse perché non vogliono ammettere la realtà e perché, cullandosi sul fatto che tanto sono "chirurghi", sono disposti a ignorare le difficoltà che hanno già incontrato o che incontreranno per farsi strada. Forse proprio i miei colleghi che la pensano così sono maggiormente responsabili di questa situazione: finché ci facciamo andare tutto bene e non abbiamo il coraggio di protestare non riusciremo a cambiare le cose. Svegliamoci! ●

## La formazione del chirurgo oncologo: è possibile migliorarla

FRANCESCO TONELLI

**D**opo aver fatto conoscere nel numero 2 di SICOnews l'esperienza di Lisa Wiechmann che, laureatasi a Firenze, ha svolto la sua formazione di chirurgo presso il Boston University Medical Center e lavora attualmente all'Albert Einstein School of Medicine, abbiamo voluto pubblicare in questo numero la testimonianza di un'altra giovane chirurga, Alessandra Mascarò, formatasi presso una Scuola di Specializzazione Romana. Leggendo le loro storie vengono alla luce due realtà completamente diverse: soprattutto salta agli occhi l'e-

norme differenza che vi è stata negli anni della specializzazione nel condurre in prima persona interventi di chirurgia maggiore. Evidentemente tali differenze sono legate alla diversa organizzazione sanitaria dei due Paesi. Negli USA come anche in Inghilterra od in Francia i team chirurgici sono fatti di poche persone con una gran mole di lavoro e tutti coloro che entrano a farne parte anche se sono all'inizio e con poca esperienza devono progressivamente ed inevitabilmente stare al tavolo operatorio e condurre gli interventi. In Italia sono ancora troppi i

chirurghi e troppi i chirurghi che fanno poca attività. Sicuramente in quei Paesi il lavoro di un giovane resident deve essere strettamente indirizzato all'attività chirurgica senza perdere tempo nelle mille pratiche burocratiche (quali quelle che ricorda Alessandra: cartelle, dimissioni, prenotazioni, ecc.) che da noi riempiono buona parte della giornata, ma che in un sistema che funzioni adeguatamente sono svolte da una segretaria. Inoltre, il sistema sanitario in altri Paesi prevede una mobilità che da noi si è ormai persa: questo consente una maggiore mobilità sia per

## Attività SICO

coloro che sono già in ruolo sia per chi si è specializzato con la possibilità di scegliere sedi dove potranno continuare il tipo di chirurgia per la quale si sono dimostrati più portati. Un tale sistema si basa sul merito e sulla competizione: chi non si impegna rimane escluso. Come avete letto da quanto scritto da Lisa, non vi sono perdite di tempo, non si va in vacanza, si lavora giorno e notte e se nasce un figlio ci si assenta solo 4 settimane. Si deve essere pronti a cambiare città, a ricominciare in altri ospedali ed a confrontarsi con altre realtà. Inoltre se si aspira a posti di rilievo in importanti istituzioni od in famosi centri si devono dimostrare altissime qualità.

Purtroppo è vero quello che dice Alessandra, cioè che nel nostro Paese la meritocrazia viene tenuta in poco conto. Cosa ci vorrebbe ad introdurre una vera programmazione dei posti di chirurgo, vuoi generale che specialistico (compresa quindi l'oncologia nelle varie branche) ed una seria valutazione dei nostri giovani aspiranti chirurghi, dopo un primo anno di frequentazione come succede in USA,

che non risentisse delle raccomandazioni e che potesse scegliere effettivamente i migliori scoraggiando fin dall'inizio a proseguire chi per vari motivi non sia adatto al nostro duro lavoro? Il nostro sistema ha invece privilegiato l'immobilismo ed ha sempre temuto il confronto: le scelte sono state affidate ad un sistema politico che ogni giorno si dimostra non all'altezza e che tiene poco conto delle qualità e dei risultati. Di questo pagano soprattutto i giovani meritevoli: alcuni ce la fanno per la testardaggine, per l'impegno ai limiti del sovraumano, per la fortuna, forse anche per l'onestà di alcuni dirigenti. Mi auguro che le cose possano rapidamente mutare e vedo qualche spiraglio: le Scuole di Specializzazione si sono uniformate a quelle europee pretendendo verifiche più serie dell'attività chirurgica degli specializzandi con l'istituzione di un log-book dove annotare l'attività chirurgica svolta. Si sta pensando di cambiare il sistema di reclutamento sia dei primari che dei docenti ed attendiamo fiduciosi che si arrivi finalmente sia nel Sistema Sanitario Na-

zionale che nell'Università ad una riforma che non lasci più spazi agli intralazzi od alle scelte politiche, ma guardi solo al merito. Tuttavia il cambiamento più radicale sarà quello legato alla carenza di attrattiva che ormai da qualche anno si sta verificando in medicina ed in particolare in chirurgia con una percentuale di donne che si iscrivono al corso di laurea e superano l'esame per la scuola di specializzazione superiore al 70%. Le due esperienze femminili riportate nel nostro giornale testimoniano quanto siano capaci donne motivate, a quante cose sappiano rinunciare, a quanti sacrifici siano pronte, quanto coraggio dimostrino. In un sistema fin ad oggi guidato dai maschi, che ha dimostrato le sue carenze, sarà una forte spinta femminile a comportare inevitabilmente il cambiamento ed a dettare nuove e forse più giuste e più etiche regole. Un tale sistema tuttavia non potrà funzionare se non si rivedranno alcuni meccanismi di reclutamento e di selezione dei nostri giovani adeguandoli a quelli di Paesi che possono fare da riferimento. ●

### ● Eventi con patrocinio SICO

**La malattia plurimetastatica del tumore colo rettale: una sfida possibile? Centralità strategica dell'approccio multidisciplinare**

Savona (NH Hotel Darsena) 19 giugno 2010  
Presidente: Dr Angelo Schirru

**Corso di Ecocontrastografia del Fegato**

Palermo, 24/25 giugno 2010  
Presidente: Prof. Massimo Midiri

**Fourth International Symposium – Primary Systematic treatment in the management of operable breast cancer. Toward the rapid assessment of therapy efficacy**

Cremona, 26/27/28 settembre 2010  
Presidente Dr Alberto Bottini

**III Mediterranean Workshop on pathologist and patient safety: new laboratory quality improvement tools**

Gallipoli (LE), 8/9 ottobre 2010  
Presidenti: Dott. Silvano Senatore - Dott. Alessandro D'Amuri

**XVI Congresso Nazionale IMI**

Forlì, 25/27 ottobre 2010  
Presidente: Prof. Rugiero Ridolfi

**I Congresso Interregionale Liguria-Piemonte-Valle d'Aosta ACOI**

Genova, 12/13 novembre 2010  
Presidente: Prof. Fernando Cafiero

### ● Attività svolta dai consiglieri

**Convegno "Nanobiomedicine"**

Centro Ricerche Oncologiche di Mercogliano Avellino  
21 giugno 2010  
Presidente: Dr Francesco Izzo

### ● Attività regionale in programmazione

BASILICATA DOTT.SSA GABRIELLA GIUDICE

**Incontro d'Aggiornamento per Medici e Infermieri – LA NUTRIZIONE ARTIFICIALE NELLA PRATICA CLINICA.**

Giugno 2010 presso l'IRCCS - CROB  
Corso d'Aggiornamento per Medici e Infermieri – Il Carcinoma del Polmone  
Settembre 2010 presso l'IRCCS CROB.

SARDEGNA Dr MASSIMO DESSENA Dr GIUSEPPE MURENU

**Corso di Aggiornamento SICO**  
12 novembre 2010 Ospedale Oncologico A. Businco Cagliari

# Presentazione del XXXIII Congresso Nazionale SICO MILANO, 10-12 GIUGNO 2010

**L** mutamenti demografici, sociali e dei sistemi sanitari che stanno coinvolgendo tutti i Paesi maggiormente sviluppati impongono continui adeguamenti dei modelli organizzativi e terapeutici, con forti ripensamenti nella filosofia aziendale adottata dalle istituzioni preposte all'erogazione dei servizi in genere e di quelli sanitari in particolare.

La Società Italiana di Chirurgia Oncologica è da sempre sensibile a queste nuove esigenze sociali e rinnova ogni anno tale interesse durante il Congresso Nazionale, approfondendo gli aspetti organizzativi, assistenziali e scientifici in ambito oncologico. Il XXXIII congresso, che avrà luogo dal 10 al 12 giugno p.v. a Milano, sarà aperto alla presenza del Ministro della Salute Ferruccio Fazio e di altre personalità scientifiche e istituzionali da una lettura del professor Umberto Veronesi sulle nuove frontiere della chirurgia oncologica.

Saranno affrontati quest'anno in particolare i seguenti argomenti: il carcinoma della tiroide, il carcinoma mammario, il melanoma, il trattamento dei tumori gastrici avanzati e l'approccio multidisciplinare alle metastasi da cancro colo-rettale. Saranno inoltre tenute delle letture sul trattamento multidisciplinare del cancro del retto e sulle neoplasie endocrine multiple, senza dimentici-

care il ruolo del linfonodo sentinella, della chirurgia mininvasiva e del day surgery in oncologia. Non mancheranno le comunicazioni orali selezionate tra i migliori abstracts inviati al congresso, con premiazione per i migliori lavori inviati da giovani chirurghi.

L'incidenza dei tumori differenziati della tiroide, che oscilla da 10 a 40 nuovi casi per 1.000.000 per anno, è andata aumentando negli ultimi 15-20 anni. Ciò rende l'idea sull'importanza sociale di queste patologie e le difficoltà diagnostiche, considerando che il 10-12% della popolazione italiana è affetto da gozzo. Il congresso sarà l'occasione per aggiornarsi su tutti gli aspetti della patologia neoplastica tiroidea (genetica, diagnostica, indicazione e tecnica chirurgica, complicanze postoperatorie).

Nello spazio dedicato al carcinoma mammario saranno affrontati, oltre che gli aspetti di patologia molecolare, anche il ruolo dei trattamenti adiuvanti e ovviamente l'indicazione e la tecnica della chirurgia demolitiva e ricostruttiva. Durante tale seduta sarà inoltre tenuta una relazione da parte di Monica Morrow, Chief of breast surgery al Memorial Sloan-Kettering Cancer Center in New York. Anche sul melanoma ci sarà un approfondimento molto dettagliato sui limiti della chirurgia e sulle nuove prospettive

diagnostico-terapeutiche. Per quanto riguarda il trattamento del cancro gastrico avanzato saranno discussi, oltre che l'indicazione al trattamento neoadiuvante, il ruolo della radioterapia e della chemioterapia ipertermica intraperitoneale.

L'approccio multidisciplinare al trattamento delle metastasi epatiche sincrone da cancro del colon retto è tutt'oggi oggetto di controversie. Saranno discusse le indicazioni alle terapie neoadiuvanti e affrontati in dibattito "pro e contro" le possibili soluzioni tecniche in uno o più tempi.

La gestione terapeutica combinata del tumore del retto in particolare sarà il tema della lettura di Cornelis van De Velde, Surgical Oncology, Gastrointestinal Surgery, Endocrine and Head and Neck Tumours of the Department of Surgery, Leiden University Medical Center (The Netherlands), attuale presidente della ESSO.

Francesco Tonelli, Presidente della Società Italiana di Chirurgia Oncologica, terrà invece una lettura sulla terapia chirurgica dei tumori gastroenteropancreatici nelle neoplasie endocrine multiple.

In ogni seduta sarà dato ampio spazio alla discussione con la platea, per favorire lo scambio di esperienze multidisciplinari che costituisce un elemento fondamentale della medicina basata sulle evidenze. ●

## XXXIII Congresso Nazionale SICO – Milano, 10–12 Giugno 2010

### Innovazione e integrazione in Oncologia Chirurgica

**Presidente Onorario:** Umberto Veronesi

**Presidente:** Paolo Veronesi

**Comitato Scientifico**

Francesco Tonelli  
Paolo Veronesi  
Massimo Dessena  
Alfredo Garofalo  
Massimo Lopez  
Tommaso Berardi

**Comitato Organizzatore**

Paolo Pietro Bianchi  
Giampiero Campanelli  
Alessandro Testori  
Gioacchino Giugliano

**Segreteria Scientifica**

Germana Lissidini  
Divisione di Senologia  
Istituto Europeo di Oncologia  
Via Ripamonti 435, 20141 Milano  
germana.lissidini@ieo.it

**Segreteria Organizzativa**

CQ Travel srl  
Via Pagliano, 3 - 20149 Milano  
Tel 02 4804951 - Fax 02 43911650  
congress@cq-travel.com

**Sede Congressuale**

Quark Hotel  
Via Lampedusa, 11/A - 20141 Milano

**Segreteria SICO**

Kassiopea Group Srl  
Via G. Mameli, 65 - 09124 Cagliari  
Tel 070 651242 - Fax 070 656263  
antonellamurru@kassiopeagroup.com

#### Giovedì 10 Giugno 2010

11,00-13,00 Consiglio Direttivo SICO

14,00-16,30 Simposio 1 - **Sala A**  
(con SICADS, SPIGC)

**Day Surgery in Oncologia**

Presidente: L. Gaspari  
Moderatori: G. Campanelli, N. Daddi

14,00-14,15

Organizzazione di una Day Surgery oncologica (L. La Pietra)

14,15-14,30

Assessment del paziente candidato a Day Surgery (G. Manfredi)

14,30-14,45

Laparoscopia di stadiazione (D. Cavaliere)

14,45-15,00

Trattamento multidisciplinare del carcinoma mammario (chirurgia, linfonodo sentinella e IORT) (P. Perri)

15,00-15,15

Chirurgia Plastica (M. Klinger)

15,15-15,30

Melanoma (M. Santinami)

15,30-15,45

Chirurgia del collo eco guidata color assistita (M. Proh)

15,45-16,00

Ginecologia (M. Sideri)

16,00-16,15

Urologia (B. Rocco)

16,15-16,30

Discussione

14,00-16,45 Simposio 2 - **Sala B**

**Carcinoma della Tiroide:**

**attualità nella diagnosi e nella terapia**

Presidente: G.C. Roviato, R. Bellantone

Moderatori: F. Chiesa, B. Gibelli,

G. Giugliano

14,00-14,15

Le tappe genetiche del carcinoma (M. Santoro)

14,15-14,30

La familiarità nei tumori tiroidei (A. Falchetti)

14,30-14,45

La diagnosi ecografica dei tumori tiroidei (E. De Fiori)

14,45-15,00

Il microcarcinoma ed il carcinoma multifocale (F. Maffini)

15,00-15,15

La terapia condivisa dei carcinomi differenziati della tiroide (C.P. Lombardi)

15,15-15,30

La cura del Carcinoma differenziato T1N0: emitiroidectomia o tiroidectomia totale? La linfadenectomia ricorrentiale?

(C. Amodeo)

15,30-15,45

Il ruolo della medicina nucleare nei carcinomi differenziati (C. De Cicco)

15,45-16,00

Diagnosi e trattamento dell'ipoparatiroidismo iatrogeno (M.L. Brandi)

16,00-16,15

Caso clinico n° 1 (M.G. Rugiu)

16,15-16,30

Caso clinico n° 2 (L. Pezzullo)

16,30-16,45

Discussione

17,30 Cerimonia inaugurale presso IEO

F. Fazio (Ministro della Salute)

E. Decleva ( Rettore Università degli Studi di Milano)

V. Ferrario (Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Milano)

E. De Antoni (presidente SIC)

C. Iacono (presidente AIOM)

V. Parisi (presidente WFSSO)

R. Vincenti (presidente ACOI)

L'arte contemporanea come elemento di sviluppo: dal valore della creazione alla creazione del valore

F. Cascino

Lettura Prof. U. Veronesi

Le nuove frontiere della chirurgia oncologica

19,00 Cocktail di benvenuto

#### Venerdì 11 giugno

08:30-10:30 Simposio 3 (con SSO) - **Sala A**

**Carcinoma mammario**

Presidente: L. Di Martino

Moderatori: T. Berardi, A. Luini

08,30-08,45

Axillary Reverse Mapping and the Prevention of Lymphedema (V.S. Klimberg)

08,45-09,00

Nuove frontiere nella patologia molecolare (G. Viale)

09,00-09,15

Chirurgia Oncoplastica: radicalità ed estetica finalmente d'accordo?

(M.C. Cucchi)

09,15-09,30

Neoplasia intraepiteliale (DIN): quale mastectomia e quando effettuarla?

(G. D'Eredità)

09,30-09,45

Carcinoma lobulare: quali terapie?

(L. Fortunato)

09,45-10,00

Innovazioni tecnologiche in chirurgia mammaria (M. Pagani)

10,00-10,15

Terapia adiuvante: approccio personalizzato (G. Curigliano)

10,15-10,30

Discussione

# Attività SICO

08:30-09:30 Simposio 4 (con AIRO) - **Sala B Radioterapia intraoperatoria**  
 Presidente: G. Veroux  
 Moderatori: C. Eccher, P. Fenaroli

08.30-08.45  
 Indicazioni e risultati nel carcinoma del retto (G.B. Doglietto)

08.45-09.00  
 Effetti della radioterapia intraoperatoria sul microambiente tumorale (S. Massarut)

09.00-09.15  
 Carcinoma mammario: indicazioni, risultati e modalità di somministrazione (G.B. Ivaldi)

09.15-09.30  
 Discussione

09:30-10:30 Comunicazioni selezionate  
 Presidente: G. Liguori  
 Moderatori: L. Bucci, F. Izzo, A.M. Scanu

10:30-11:00 Lettura - **Sala B**  
 Prof. C. Van de Velde - Multidisciplinary treatment in rectal cancer (C. Van de Velde, President ESSO)

11:00-13:15 Simposio 5 (con SICE) - **Sala A Chirurgia mininvasiva in Oncologia**  
 Presidente: R. Vincenti  
 Moderatori: F. Corcione, Rosario Sacco

11.00-11.15  
 La gastrectomia mininvasiva: dalla fattibilità ai risultati clinici (A. Coratti)

11.15-11.30  
 Le resezioni pancreatiche per via mininvasiva (C. Staudacher)

11.30-11.45  
 Colectomia laparoscopica versus colectomia aperta: quale il Gold Standard? (D. D'Ugo)

11.45-12.00  
 Emicolectomia destra video-laparoscopica con anastomosi intracorporea: note di tecnica (M. Godina)

12.00-12.15  
 Chirurgie mini-invasive a confronto: TME laparoscopica vs TME robotica (P.P. Bianchi)

12.15-12.30  
 TME robotica: risultati di uno studio multicentrico internazionale (F. Luca)

12.30-12.45  
 Single port access: studio di fattibilità per il cancro colo rettale (P. Delrio)

12.45-13.00  
 Stadiazione e tipizzazione laparoscopica della carcinosi peritoneale (M. Valle)

13.00-13.15  
 Discussione

11:00-13:30 **Comunicazioni selezionate**  
 Presidente: G.M. Verdecchia  
 Moderatori: F. De Cian, E. Opocher

13.30-14.30 Workshop - **Sala B**  
 Nuove tecnologie nell'analisi dei margini di resezione per i tumori solidi. Microscopia confocale: applicazioni dell'analisi intraoperatoria per i margini di resezione  
 J. Welzel, S. Schenk

14:30-17:00 Simposio 6 (AIOM, SITOLO) - **Sala A**  
**Approccio multidisciplinare: metastasi epatiche sincrone da cancro del colon retto**  
 Presidenti: B. Andreoni, C. Iacono  
 Moderatori: P.P. Cagol, S. Montemurro

14.30-14.45  
 Trattamento neoadiuvante: sempre?  
 N. Fazio

14.45-15.00  
 Ruolo attuale della chirurgia: fino a quante metastasi trattare (G. Torzilli)

15.00-15.20  
 Chirurgia epatica e colo-rettale associate: pro (F. Giuliani) e contro (G. Batignani)

15.20-15.35  
 Le resezioni epatiche maggiori per via laparoscopica (L. Aldrighetti)

15.35-15.55  
 Le perfusioni epatiche: accesso chirurgico (P. Pilati) vs accesso percutaneo (M. Faries)

15.55-16.15  
 Ablazione non chirurgica: HIFU (G. Orgera) e TARF (M. Falchini)

16.15-16.30  
 Discussione

14:30-17:05 Simposio 7 (SIT, AIOM) - **Sala B Melanoma**  
 Presidente: E. Trabucchi  
 Moderatori: N. Cascinelli, Rocco Sacco

14.30-14.45  
 La nuova classificazione AJCC (N. Cascinelli)

14.45-15.00  
 Controllo di qualità nella chirurgia degli svuotamenti linfonodali (C.R. Rossi)

15.00-15.15  
 Limiti e opportunità della chirurgia nel IV stadio (N. Mozzillo)

15.15-15.30  
 Elettrochemioterapia: risultati clinici e risvolti nella malattia sistemica (A. Testori)

15.30-15.50  
 Metastasi in transit: perfusione (F. Di Filippo) vs elettrochemioterapia (L. Borgognoni)

15.50-16.05  
 C-Kit/B-Raf nel melanoma: ruolo della target therapy (G. Palmieri)

16.05-16.20  
 Vaccini: update (G. Parmiani)

16.20-16.35  
 Citoriduzione e terapia medica: è un binomio possibile? (R. Ridolfi)

16.35-16.50  
 Fish test, linfangiotropismo e linfangiogenesi: nuovi aspetti da considerare? (D. Massi)

16.50-17.05  
 Discussione

17:30 Assemblea Soci SICO

21:00 Cena Sociale

## Sabato 12 giugno

08:15-09:00 Presentazione Studi Clinici SICO

08:30-09:30 **Comunicazioni selezionate**  
 Presidente: S. Zurrada  
 Moderatori: F. Cafiero, M. Piemonte

09:00-10:45 Simposio 8 - **Sala A Approccio multidisciplinare: Carcinoma gastrico avanzato**  
 Presidenti: L. Gennari, M. Montorsi  
 Moderatori: A. Garofalo, D. Nitti

09.00-09.15  
 Trattamento medico neoadiuvante (M. Lopez)

09.15-09.30  
 TNM 2009 e Chirurgia Adeguata (F. Roviello)

09.30-09.45  
 Ruolo della radioterapia (V. Valentini)

09.45-10.00  
 HIPEC (O. Federici)

10.00-10.15  
 Fattori molecolari predittivi della risposta chemioterapica (G. Nesi)

10.15-10.30  
 Caratterizzazione biologica (G. Blandino)

10.30-10.45  
 Discussione

09:30-11:30 Simposio 9 - **Sala B Linfonodo Sentinella**  
 Presidenti: F. Basile, A. Mussa  
 Moderatori: M. Dessena, P. Perri

09.30-09.45  
 Centratura radioguidata: prospettive future (C. De Cicco)

09.45-10.00  
 Carcinoma della mammella (P. Veronesi)

10.00-10.15  
 Rull nella chirurgia del melanoma (J.A. Soteldo)

10.15-10.30  
 Tumori della testa e collo (F. Ionna)

10.30-10.45  
 Carcinoma gastrointestinale (S. Sandrucci)

10.45-11.00  
 Visione SPECT 3 D intraoperatoria: una nuova metodica per chirurgia radioguidata (T. Wendler)

11.00-11.15  
 The SentiMag: a magnetic alternative to the gamma probe for sentinel lymph node detection (Q. Pankhurst)

11.15-11.30  
 Discussione

11:30-12:00 Lettura - **Sala A**  
 Prof. F. Tonelli  
 Terapia chirurgica dei tumori gastroenteropancreatici  
 MEN 1 (F. Tonelli Presidente SICO)

12,00 Premiazione e chiusura del congresso




## L'EVOLUZIONE DELLA CHIUSURA DELLE FERITE

**[ EVOLUZIONE ]**

**Sicuro. Veloce. Affidabile.**

### Dispositivo assorbibile per la chiusura delle ferite V-Loc™

**Nuovo**



**V-Loc™ 90 Absorbable  
Wound Closure Device.**  
L'ultima novità nella nostra  
gamma di dispositivi per la  
chiusura delle ferite senza nodi.

**Questa tecnologia rivoluzionaria consente un'approssimazione ottimale dei margini delle ferite, migliorando l'outcome clinico dei pazienti.**

- Distribuisce la tensione lungo tutta la ferita
- Riduce i tempi di chiusura delle ferite fino al 50%<sup>1,2</sup>
- Riduce le potenziali complicanze dovute alla presenza del nodo

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

Per ulteriori informazioni, contattare il Product Specialist di zona o consultare il sito [www.covidien.com](http://www.covidien.com)

1 Time Motion Study – Comparison of wound closure time using conventional techniques and knotless, self anchoring surgical sutures in ex-vivo porcine model for both single layer and double layer closure in all closure techniques. Royal College of Surgeons, London, UK; Covidien V-Loc™ 180 Absorbable Wound Closure Device Time Study, Robert T. Grant, MD, MSc, FACS, New York-Presbyterian Hospital, Angeni Global Services.

2 Utilization of a Porcine Model to Demonstrate the Efficacy of an Absorbable Barbed Suture for Dermal Closure, UTSW, S. Brown

Per istruzioni, avvertenze e modalità d'uso, consultare il foglietto illustrativo contenuto nella confezione del prodotto.

COVIDIEN, COVIDIEN con logo, il logo Covidien e "positive results for life" sono marchi registrati di Covidien AG negli Stati Uniti e/o in altri paesi. Altri marchi appartengono a una delle società Covidien. © 2010 Covidien. Tutti i diritti riservati. M100631 IT - 05/2010



**COVIDIEN**

*positive results for life*