



Milano 4 Luglio 2014 – Riunione GICOP, Aula Magna Ospedale “Vittore Buzzi”

Verbale:

Alle ore 9,30 il Professor Inserra apre la riunione, ringraziando la Dott.ssa Riccipetitoni per l'organizzazione e l'accoglienza e spiegando il programma della mattinata.

La prima relazione è del gruppo di Bologna, sul topic degli avanzamenti tecnologici della chirurgia mininvasiva in campo oncologico pediatrico. Vengono esposte tutte le possibili applicazioni delle recenti innovazioni della tecnica e della strumentazione laparoscopica sia in ambito clinico che in ambito formativo. Al termine della relazione la discussione è incentrata su quali siano le reali possibilità di applicazione di questa metodica, sempre più diffusa anche nella chirurgia pediatrica, al trattamento dei pazienti oncologici. Ne risulta che ancora oggi le indicazioni devono essere estremamente selezionate sia in termini di pazienti che di patologie da trattare.

Il Prof. Cecchetto espone, nella successiva relazione, le applicazioni della chirurgia mini-invasiva alle lesioni neoplastiche sovra diaframmatiche. Le applicazioni principali sono per la maggior parte a scopo diagnostico per le malattie linfoproliferative mediastiniche, ivi compreso il timo, ed i tumori neuroblastici come emerge da una revisione della letteratura. Dal punto di vista terapeutico tale metodica è invece molto applicata per il trattamento delle metastasi, sebbene per alcune neoplasie come l'osteosarcoma (come viene sottolineato dal Prof. Inserra in discussione), l'approccio open è ancora il gold standard. Non ci sono invece indicazioni al trattamento delle lesioni della parete toracica.

Al termine della relazione viene introdotto il Professor Mauro Longoni, primario chirurgo e vice presidente ACOI.

La relazione successiva è tenuta dalla Dott.ssa Riccipetitoni, sul tema dell'approccio mini-invasivo alle lesioni sottodiaframmatiche. Anche in questo ambito viene sottolineata l'importanza di avere delle indicazioni adeguate ed una expertise documentata. Si definisce quindi la necessità di raccomandazioni condivise anche per questo tipo di patologie. In questo senso ad esempio viene discussa con l'uditorio la possibilità di eseguire biopsie a scopo diagnostico nei neuroblastomi addominali unresectable, così come la necessità di avere competenze specifiche per l'approccio alle lesioni pancreatiche mentre per le neoplasie epatiche attualmente l'orientamento è di inviare i pazienti ai centri che si occupano di trapianti d'organo. L'unica attuale vera indicazione è rappresentata dalla biopsia diagnostica nelle malattie linfoproliferative addominali.

Il Dott. Buffa dell'Istituto “Giannina Gaslini” di Genova ha parlato della chirurgia mini-invasiva nelle neoplasie pelviche. Similmente alle precedenti relazioni viene sottolineato come le indicazioni terapeutiche siano limitate, a differenza delle applicazioni diagnostiche (uso del thru-cut sotto visione diretta per le biopsie, tecnica da preferire alla biopsia incisionale tradizionale per il minor rischio emorragico e la comunque adeguata completezza diagnostica del campione ottenuto). Altre applicazioni sono per l'esplorazione della cavità peritoneale nella stadiazione dei tumori a cellule germinali e per la sospensione ovarica nelle pazienti candidate all'irradiazione della regione pelvica. La discussione successiva verte sulla possibilità di affrontare la dissezione di lesioni in profondità per l'asportazione di residui minimi. In questi casi va bilanciato il rischio di complicanze

con l'efficacia della procedura stessa mininvasiva rispetto all'approccio open. Altri spunti di discussione dall'uditorio riguardano l'assenza di indicazioni alla laparoscopia per i tumori epatici (Daniele Alberti –Bergamo), condizione esistente anche nel paziente adulto (Longoni) e la possibilità di disseminazione attraverso il gas durante le procedure chirurgiche per il trattamento dei teratomi sacro coccigei (Dall'Igna – Padova), anche questa confermata nei pazienti adulti affetti da tumori del colon molto voluminosi (Longoni).

La successiva relazione è tenuta dalla Dott.ssa Terenziani e dal Dott. Biasoni, rispettivamente oncologa e chirurgo dell'istituto nazionale tumori di milano, sul topic dei tumori germinali. Il messaggio principale che emerge è che non è accettabile in senso oncologico una ridotta invasività chirurgica a prezzo di un upstaging oncologico. Vanno sempre rispettati i criteri oncologici (resezione, biopsia ecc...) sebbene la laparoscopia permetta di avere vantaggi di rapida ripresa post-chirurgica e possibilità di inizio precoce della chemioterapia dopo l'intervento. Dal punto di vista strettamente chirurgico le indicazioni esistono per il trattamento delle neoplasie ovariche maligne di piccole dimensioni (va evitato però lo spillage) e benigne (preservare il tessuto sano). Per le neoplasie testicolari la laparoscopia è indicata per la eventuale necessità di stadiare il tumore con linfadenectomia retro peritoneale.

La Dott.ssa Dall'Igna di Padova, nel suo intervento, espone le differenze tra i protocolli USA ed europei in tema di chirurgia mini-invasiva oncologica nei pazienti pediatrici. Ne emergono alcuni spunti interessanti su:

- Assenza di indicazione alla VATS
- Assenza di indicazioni alla nefrectomia per tumore di Wilms, ad eccezione di alcuni casi molto limitati
- Ruolo diagnostico nella patologia ovarica, mentre sul ruolo terapeutico e sulle indicazioni al migliore approccio non c'è consenso. Viene citato il lavoro di Rogers del 2014 in cui si cerca di definire i criteri su quali lesioni operare in MIS e quali in open (caratteristiche all'imaging e dimensioni).

La successiva discussione vede gli interventi del Dott. Buffa, che sottolinea la necessità di cooperazione tra i chirurghi laparoscopisti e "tradizionali", al fine di garantire una adeguata "continuità terapeutica" in tutti i casi. La Dott.ssa Ricciettoni invece evidenzia l'importanza della valutazione preoperatoria, per decidere come operare anche in base a nuovi strumenti disponibili (bag più grandi ecc...)

L'ultimo intervento della mattinata è del Dott. Longoni, sulle applicazioni delle metodiche mini-invasive nei pazienti adolescenti, categoria di pazienti "condivisa" tra la pediatria e la medicina degli adulti. Vengono affrontati i temi della laparoscopia a scopo diagnostico (staging tumore, estensione, valutazione infiltrazione), a scopo palliativo, nel trattamento delle lesioni pancreatiche (per stadiazione e valutazione resecabilità nelle lesioni della testa e come gold standard in quelle del corpo-coda), gastriche (early gastric cancer, gist, palliazione ecc...) ed epatiche (solo la metastasectomia è indicata con questa tecnica, se si può fare l'ecografia intraoperatoria). La laparoscopia è invece la procedura di scelta per il trattamento delle lesioni surrenaliche e spleniche. Nella discussione il Dott. Nanni domanda se è necessaria/indicata l'embolizzazione preoperatoria per la splenectomia in regime di elezione.

Successivamente al Coffee break il Prof. Inserra espone lo stato dei lavori del gruppo ed i prossimi appuntamenti congressuali di interesse oncologico pediatrico. Viene discussa la sede e la data della prossima riunione GICOP, non essendo previsto l'incontro autunnale nell'ambito dei lavori del congresso SICP di Bologna.

La riunione si chiude alle ore 16.00.