



professor
Piero
Narilli

Piero Narilli è il responsabile della Divisione di Chirurgia Generale della Casa di Cura "Nuova Itor" di Roma, dove si occupa in particolare di Chirurgia Oncologica. È stato dirigente al Policlinico Umberto I di Roma, nella Divisione di Clinica Chirurgica accanto all'illustre maestro professor Giorgio Ribotta. Autore di numerosi lavori scientifici e relatore a congressi nazionali e internazionali, ha insegnato presso il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e presso le numerose Scuole di Specializzazione dell'Università degli Studi di Roma La Sapienza, dove è tuttora docente.

Progressi in chirurgia oncologica

L'approccio multidisciplinare e la ricerca di una soluzione terapeutica attenta al risultato estetico.

Le aspettative della comunità scientifica nel campo della genetica

di **Claudia Furlanetto**

Professor Narilli, negli ultimi anni si è parlato molto dei progressi tecnici e scientifici in campo chirurgico. Nella chirurgia oncologica cosa è cambiato? Oltre al progresso tecnologico e alle nuove acquisizioni scientifiche è cambiato molto il nostro atteggiamento nei confronti della malattia neoplastica. Noi chirurghi, in un passato non troppo lontano, abbiamo ritenuto la radicalità chirurgica l'unica arma efficace per combattere alcuni tipi di neoplasia. Oggi il concetto di inoperabilità è stato rivisitato e, di concerto con una maggiore aggressività chirurgica, cerchiamo di effettuare anche nei casi avanzati quelle exeresi "allargate" in grado di ridurre quanto più possibile la massa neoplastica per offrire alla terapia adiuvante postoperatoria

maggiori possibilità di efficacia terapeutica. Abbiamo imparato a considerare vincente il lavoro di équipe ritenendo fondamentale che in un moderno centro di chirurgia oncologica il problema cancro debba essere affrontato con un approccio multidisciplinare.

Un approccio multidisciplinare può incidere nella scelta di un intervento chirurgico?

Certamente. Ai pazienti con cancro del retto così detto ultrabasso, fino a pochi anni fa, si poteva prospettare una sola opzione terapeutica che comportava una grave mutilazione e una colostomia definitiva. Trattamenti combinati preoperatori possono determinare un *down sizing* della malattia che consente, con particolari interventi chirurgici, di preservare la funzione sfinteriale e di evitare quindi la colostomia definitiva.

Il ruolo del chirurgo nel trattamento della malattia neoplastica si è quindi modificato?

Se intende dire che il suo ruolo è diventato meno importante da un punto di vista strategico direi proprio di no, anzi, è esatto il contrario. Nei centri nei quali l'esperienza in un certo tipo di chirurgia è maggiore, come quelli per esempio dedicati alla chirurgia colo-rettale, le degenze sono più brevi, le complicanze sono numericamente minori e, cosa più importante, le recidive di malattia sono percentualmente più basse. Potrei fare molti esempi: nei tumori del retto basso, sottoperitoneale, se l'asportazione del mesoretto è tecnicamente ben condotta si ottengono risultati migliori. E ancora: la lesione intraoperatoria di alcuni nervi che provoca l'impotenza nell'uomo può più facilmente essere evitata se

l'esperienza del chirurgo è maggiore, e così via.

Per quale altra patologia neoplastica è stato registrato un progresso significativo?

Per esempio nel cancro della mammella. È noto come i "trials di Milano", condotti dal professor Veronesi, abbiano dimostrato in modo inequivocabile che la mutilazione di una mastectomia può essere evitata con interventi chirurgici conservativi - come la quadrantectomia - che offrono, a parità di efficacia terapeutica, risultati estetici più che accettabili. Così come nel trattamento del cancro del retto l'impegno è stato ed è quello di salvaguardare la funzione sfinteriale, in questo settore si è voluto limitare quanto più possibile il danno estetico che segue al trattamento chirurgico. In alcuni casi, quando il rapporto tra tumore e volume mammario controindica una quadrantectomia, la terapia neoadiuvante può determinare la diminuzione della massa neoplastica e permettere successivamente la realizzazione di un intervento conservativo.

Si mira quindi a far tornare il paziente ad una vita più normale possibile.

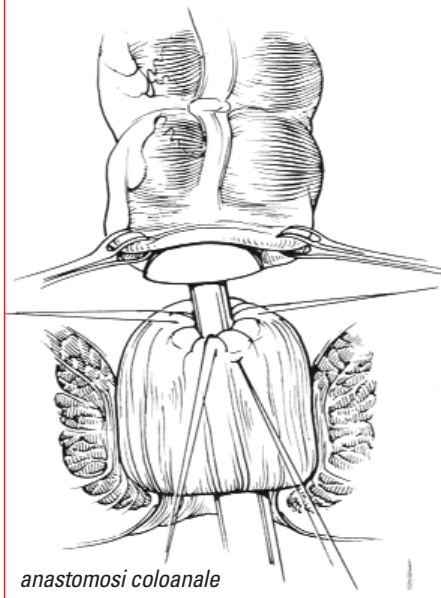
Certamente. In alcuni centri si sta prendendo in considerazione, sembra con risultati incoraggianti, la possibilità di ricostituire il volume mammario asportato con il trapianto di adipociti e cellule staminali prelevati nella stessa paziente da altre parti del corpo.

Le tecniche ricostruttive sono ormai uno standard del-

la buona chirurgia e si parla oggi di chirurgia oncoplastica. Il termine indica l'associazione della chirurgia generale e della chirurgia plastica e mira ad una soluzione terapeutica attenta al risultato estetico. Incisioni periareolari, mobilizzazioni ampie della ghiandola mammaria sono solo alcune delle soluzioni tecniche prese in prestito dalla chirurgia plastica estetica e che sono oggi un indispensabile bagaglio culturale del moderno chirurgo oncologo. Tecniche relativamente recenti come la *skin sparing mastectomy* o la *nipple sparing mastectomy* possono offrire in casi selezionati soluzioni valide dal punto di vista sia oncologico che estetico: consistono nell'asportazione di tutta la ghiandola mammaria con il mantenimento quasi completo del suo rivestimento cutaneo a cui segue il contemporaneo inserimento della protesi.

Esistono problemi che limitano l'indicazione di queste tecniche?

Il problema riguarda in particolare la *nipple sparing mastectomy*, che risparmia anche il complesso areola capezzolo, per la possibile presenza di cellule neoplastiche nel tessuto retroareolare. Con una accurata selezione dei casi – per esempio tumore inferiore a 2 cm – e con strategie particolari si può raggiungere una percentuale di recidiva inferiore al 5%. Ulteriore complicanza è la possibilità di necrosi del



complesso areola capezzolo che però con tecniche particolari non va oltre il 10%. Ritengo questi risultati incoraggianti e credo che questi interventi troveranno sempre maggiore consenso.

Che cosa mi dice dell'impiego della chirurgia mininvasiva?

L'avanzamento tecnologico, la ricerca incessante di nuove soluzioni e di nuovi strumenti insieme ai non trascurabili investimenti da parte delle aziende hanno giocato un ruolo determinante. La chirurgia mininvasiva si è quindi imposta sia per gli inenunciabili vantaggi che offriva sia per una pressante richiesta di chirurgia "senza

cicatrice". Per questo si è pagato un prezzo, inevitabile, in parte giustificato da quello che una indispensabile curva di apprendimento può provocare. Per quanto riguarda la chirurgia laparoscopica, nel trattamento del cancro colo-rettale sembra, dopo anni di applicazione, che i risultati oncologici ottenuti in laparoscopia siano paragonabili a quelli con tecnica tradizionale. Le applicazioni della chirurgia mininvasiva sono ormai molteplici. Un approccio di questo tipo è possibile anche nella chirurgia tiroidea.

Quali sono le aspettative per la diagnosi ed il trattamento dei tumori?

La diagnosi precoce è tuttora lo strumento più efficace a nostra disposizione. È importante poi individuare fattori in grado di selezionare soggetti a rischio maggiore di malattia. Io e il mio gruppo, per esempio, stiamo studiando su frammenti di tessuto neoplastico colo-rettale, in collaborazione con l'Istituto superiore di sanità, la possibilità di individua-

re dei marker predittivi di trasformazione neoplastica in pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali come il Crohn o la colite ulcerosa, che sono notoriamente a rischio maggiore di neoplasia. Ci aspettiamo però molto dalla ricerca nel campo della genetica. Conoscere la sequenza del DNA umano e il codice dei nostri geni ci ha offerto la possibilità di impostare terapie genetiche specifiche. Valutare l'espressione di alcuni geni permette di quantificare con discreta approssimazione il rischio di recidiva dopo gli interventi chirurgici. Ci sono molti studi in corso che cercano di individuare se quella neoplasia ha maggiore o minore capacità di dare metastasi e, se sì, in quale organo. Sempre studi genetici mirano a prevedere la risposta ad un tipo di chemioterapico piuttosto che ad un altro, oppure a stabilire in anticipo se quel paziente con quel tipo di neoplasia può evitare di sottoporsi a terapia adiuvante. Stiamo andando in poche parole verso trattamenti personalizzati. E non è che l'inizio. •

TABELLA

Autori	Pazienti / Mastectomie	NAC+
Luttges 1987	116	38,0 %
Kissin 1987	100	16,0 %
Santini 1989	1291	12,0 %
Laronga 1999	286	5,6 %
*	Esclusi multicentrici e retroareolari	3,0 %
Simmons 2002	217	10,6 %
*	Se < di 2 cm.	6,7 %
Fersis 2003	60	6,6 %
Jensen 2001	DCSI e Multifocali	2,0 %
Cense, Rutgers 2001	Distanza < 1 cm	58,0 %
Zanini 2008	124	21,0 %
*	Se < 2 cm. e <2 N+	3,2 %

Coinvolgimento neoplastico del tessuto retroareolare (NAC+) in casistiche di vari autori. Notare come una selezione dei pazienti () può modificare i dati globali.*