

CATERINA CASADIO

Curriculum vitae

DATI ANAGRAFICI

Nata a Torino il 15/7/1949

Residente a Torino

Cellulare di servizio: 335 5250403

CURRICULUM VITAE ET STUDIORUM

Laureata a Torino nel 1974, specializzata in Chirurgia Generale nel 1979 ed in Chirurgia Toracica nel 1983. Dal 1977 Assistente Ospedaliera presso la Chirurgia Toracica dell'Università di Torino fino al 1989.

Dal 1989 Ricercatore presso la Chirurgia Toracica dell'Università di Torino, nel maggio 2001 ottiene l'idoneità da Professore Associato in Chirurgia Toracica e nel mese di ottobre prende servizio come Professore Associato di Chirurgia Toracica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università del Piemonte Orientale Amedeo Avogadro.

Dall'ottobre 2002 l'Ospedale Maggiore della Carità di Novara le affida, come Dirigente di II livello, la Struttura Complessa di Chirurgia Toracica.

Docente di Chirurgia Toracica presso la Scuola di Specializzazione di Chirurgia Generale, ORL, radioterapia dell'Università del Piemonte Orientale.

Docente di Chirurgia Toracica presso la Scuola di Specializzazione di Chirurgia Toracica dell'Università di Torino

E' socio della Società Italiana di Chirurgia Toracica, dell' EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Surgery), e ESTS (European Society of Thoracic Surgeons). Nel 1998 è fellow dell'European Board of Cardio- Thoracic Surgery.

CARRIERA ACCADEMICA

Dal 2010	Professore ordinario, Università del Piemonte Orientale
2007-2009	Professore straordinario di 1° fascia Università del Piemonte Orientale
2004-2006	Professore associato confermato.
2001-2004	Professore associato non confermato

INCARICHI SCIENTIFICI

Dal 1995	E' socio della Società Italiana di Chirurgia Toracica, dell' EACTS (European Association for Cardio-Thoracic Surgery), e ESTS (European Society of Thoracic Surgeons).
Dal 2005	Socia dell'IASLC e rewire dell'EJCTS
Dal 2013	Socia Ordinaria dell'Accademia di Medicina di Torino

CAMPI DI INDAGINE DELLA RICERCA

1. Chirurgia della Miastenia Gravis e del Timoma
2. Chirurgia delle neoplasie polmonari, pleuriche, mediastiniche e della parete toracica
3. Chirurgia endoscopica;
4. Chirurgia robotica
5. Chirurgia funzionale della trachea, del polmone e della parete toracica.

TEMI CORRENTI DI RICERCA

1) L'evacuazione dell'essudato pleurico con un drenaggio di nuova concezione.

Dopo ogni intervento chirurgico sul torace è indispensabile rimuovere dal cavo pleurico il sangue e il materiale esudativo che vi si raccoglie; a tale scopo si posiziona un drenaggio evacuativo.

I drenaggi tradizionali, a sezione circolare, (PORTEX 32 Fr O 28Fr) hanno un potere drenante abbastanza limitato, con conseguente deposito nel lume di coaguli di fibrina che, nell'arco di 24-48 ore possono occluderlo completamente. Tale evenienza complica il decorso post-operatorio e ritarda la dimissione del paziente.

Attualmente sono in uso drenaggi di nuova concezione (BLAKE DRAIN 24Fr) con un potere drenante notevole, i quali, grazie alla sezione a forma di croce, non consentono il deposito di fibrina e non possono occludere.

Nel nostro Dipartimento è stato condotto uno studio per confrontare i due sistemi di drenaggio:

- in 50 pazienti sottoposti a resezione polmonare sono stati praticati drenaggi tradizionali (Gruppo A)
- in 50 pazienti sottoposti a resezione polmonare sono stati praticati drenaggi di nuova concezione (Gruppo B)

Per il confronto sono stati utilizzati i seguenti parametri:

1. quantità di liquidi drenati
2. tempo intercorso tra l'intervento e la rimozione dei drenaggi
3. tempo intercorso tra l'intervento e la dimissione

Tutti i parametri presi in esame hanno mostrato un miglior funzionamento dei drenaggi di nuova concezione, infatti la perdita liquida è stata analoga nei due gruppi, ma il tempo di permanenza del drenaggio è stata inferiore di circa 48 ore ed il tempo intercorso tra l'intervento e la dimissione è stato inferiore di circa 24 ore nei pazienti portatori di drenaggio BLAKE (Gruppo B).

2).Re-staging nei casi di cancro polmonare operati secondo la nuova classificazione TNM

Dal 1972 il sistema TMN permette di studiare ogni caso di cancro polmonare, in modo da valutare e paragonare i risultati terapeutici. Attualmente è in corso di conclusione una revisione dei criteri di classificazione che tiene conto di migliaia di casi studiati e seguiti. Su un materiale a nostra disposizione di circa 1500 pazienti, rivisti alla luce dei nuovi parametri di classificazione, potremo

valutare l'impatto dei nuovi criteri sullo staging e potremo meglio definire le indicazioni terapeutiche per i casi che si presenteranno.

1) Chemioterapia neoadiuvante (o pre-chirurgica) nel Mesotelioma Pleurico Maligno (MPM) trattabile chirurgicamente-

E' noto che l'asportazione il più possibile radicale del MPM può prolungare la mediana di sopravvivenza e ottenere soggetti long-living anche con residuo limitato di malattia, portando la sopravvivenza da 8 a 60 mesi.

Per ottenere un'exeresi il più possibile radicale, è in corso una sperimentazione di protocollo che contempla un attacco iniziale con chemioterapia a base di pemetrexato (Alimta) e Cisplatino, che può ridurre notevolmente l'entità della neoplasia. Se al re-staging vi saranno condizioni favorevoli per prospettare un'exeresi radicale, si procederà ad una rimozione della neoplasia con pleurectomia o pneumopneumonectomia con asportazione del pericardio e del diaframma.

3) Chemioterapia neo-adiuvante (o pre-chirurgica) per il mesotelioma pleurico maligno (MPM) potenzialmente chirurgico.

Premessa- Dal 1998 Sugarbaker a Boston ha messo in evidenza che forme iniziali di MPM sono trattabili chirurgicamente con sopravvivenza a 5 anni impossibili in pazienti trattati soltanto con terapia medica o radiante.

Scopo del lavoro- Negli ultimi 5 anni un certo numero di pazienti affetti da MPM è giunta alla nostra osservazione in stadio I° o II° secondo la stadiazione IMIG (International Mesothelioma Interest Group) e pertanto trattati con asportazione della neoplasia con intento radicale. Lo scopo del lavoro è di ottenere un down-staging con un trattamento chemioterapico pre-operatorio nella speranza di portare all'intervento chirurgico i pazienti che si presentano con una stadiazione più elevata e migliorare la radicalità chirurgica.

Materiali e metodi – Si presume di arruolare 10-15 pazienti per anno nei prossimi tre anni con performances status buono e di inserirli in un programma di exeresi chirurgica con intento radicale.

Tutti verranno trattati con due cicli di chemioterapia pre-chirurgica a base di ALIMTA (pemetrexato) + Cisplatino. Si procede quindi ad exeresi mediante pleurectomia o pleuropneumonectomia con intervento radicale.

Lo staging post-chirurgico sarà confrontato con quello clinico pre-trattamento. Sarà valutata la radicalità chirurgica e l'incidenza di complicanze post-operatorie di questi casi; i risultati saranno confrontati con quelli dei pazienti operati negli ultimi 5 anni senza chemioterapia neoadiuvante . Data l'esiguità dei pazienti non è prevedibile la costruzione di curve di sopravvivenza.

Risultati attesi- Ci si attende un netto aumento dell'operabilità e della radicalità chirurgica, rispetto alla serie dei pazienti operati in prima istanza senza un eccessivo aumento della morbidità e della mortalità post-operatoria.

4) Utilità della terapia neoadiuvante nel trattamento trimodale del mesotelioma pleurico

La mortalità per mesotelioma pleurico è in aumento in tutta Europa ed è atteso un picco tra il 2011 e il 2015. La mortalità si mantiene sempre estremamente elevata:

mortalità del 90% a 5 anni.

Nei primi stadi della malattia è possibile sottoporre i pazienti ad un trattamento trimodale costituito da: chirurgia, chemioterapia, radioterapia. La sopravvivenza per questo gruppo ristretto di pazienti è del 45/50 % a 5 anni. Le problematiche sono:

- Una corretta stadiazione pre-operatoria
- La radicalità chirurgica

Nel tentativo di migliorare la radicalità chirurgica, è stato proposto un protocollo che prevede un trattamento chemioterapico pre-operatorio con Cisplatino e Alimpta, seguito da pleuro-pneumonectomia con resezione del pericardio e del diaframma e poi radioterapia.

Metodi:

Pazienti con diagnosi accertata di mesotelioma pleurico mediante toracosopia ed esame istologico, vengono valutati per:

1. condizioni generali, performance status, funzione respiratoria , cardiaca e renale
2. stadiazione più corretta possibile della malattia, mediante toracosopia, TAC del torace, TC-PET, Risonanza Magnetica.

Nella fascia ristretta di pazienti in grado di tollerare l'intervento chirurgico e al I° e II° stadio di malattia, si procede con tre cicli di chemioterapia neoadiuvante, seguiti da intervento chirurgico di pleuro-pneumonectomia.

Il trattamento continua poi con ulteriori tre cicli di chemioterapia ed irradiazione delle ferite chirurgiche e dell'emitorace interessato.

Risultati attesi

- Con il trattamento neoadiuvante, la neoplasia dovrebbe risultare meglio delimitata e più facilmente asportabile in modo radicale.
- La mortalità e le complicanze post-operatorie non dovrebbero aumentare in maniera significativa.
- La sopravvivenza a distanza dovrebbe migliorare notevolmente, perché legata alla radicalità chirurgica

5) Partecipazione al Protocollo ITACA

Studio di fase III multicentrico randomizzato per confrontare una terapia adiuvante guidata da studio farmacogenico, ed una chemioterapia adiuvante standard in pazienti portatori di neoplasie polmonari primitive, asportate radicalmente allo Stadio Patologico II e III°.

I bracci del trattamento sono:

Alto ERCC1 Alto TS	4 cicli di paclitaxel
Alto ERCC1 Basso TS	4 cicli di pemetrexed
Basso ERCC1 Alto TS	4 cicli di cisplatino + gemcitabine
Basso ERCC1 Basso TS	4 cicli di cisplatino + pemetrexed

Il paziente verrà poi seguito in follow-up:

ogni 3 mesi per i primi due anni; ogni 6 mesi da tre a cinque anni; ogni 12 mesi da sei a dodici anni

Obiettivo primario dello studio:

_ Valutazione della sopravvivenza globale dei pazienti allo stadio II° e III° A radicalmente operati
con: a) Terapia adiuvante modulata sulla farmacogenomica

b) Terapia adiuvante standard (cisplatino)

Obiettivi secondari:

_Valutazione dell'intervallo libero da malattia

_Valutazione della tossicità dei farmaci

_Valutazione della tollerabilità da parte del paziente

_Confronto quantitativo tra ERCC1 e TS-rRNA e ERCC1 e TS- proteine mediante immunohistochimica.

LE CINQUE PUBBLICAZIONI PIÙ SIGNIFICATIVE DELLA CARRIERA

1.Rena O, Boldorini LR, Gaudino E, Casadio C. *Epidermal growth factor receptor overexpression in malignant pleural mesothelioma: prognostic correlations.* J Surg Oncol. 2011 Nov 1;104(6):701–5.

2.Rena O, Mineo TC, Casadio C. **Multimodal treatment for stage IVA thymoma: a proposable strategy.** Lung Cancer Amst Neth. 2012 Apr;76(1):89–92.

3.Rena O, Davoli F, Boldorini R, Roncon A, Baietto G, Papalia E, Casadio C. **The solitary pulmonary nodule in patients with previous cancer history: results of surgical treatment.** Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol. 2013 Nov;39(11):1248–53

4.Rena O, Boldorini R, Papalia E, Turello D, Massera F, Davoli F, Roncon A, Baietto G, Casadio C. ***Metastasis to subsegmental and segmental lymph nodes in patients resected for non-small cell lung cancer: prognostic impact.*** Ann Thorac Surg. 2014 Mar;97(3):987–92.

5.Rena O, Boldorini R, Papalia E, Mezzapelle R, Baietto G, Roncon A, Casadio C. ***Persistent lung expansion after pleural talc poudrage in non-surgically resected malignant pleural mesothelioma.*** Ann Thorac Surg. 2015 Apr;99(4):1177–83.

ULTERIORI INFORMAZIONI

Nuove attività di ricerca:

- Chirurgia endoscopica per interventi maggiori sul torace.
- Chirurgia robotica mediastinica
- Studi su pazienti con plurime neoplasie
- Ricerca sulla diagnostica precoce di malattia neoplastica polmonare.