

I

IMPARARE
DALLA CLINICA

Il temibile cancro del polmone

Federico Venuta

I tumori maligni del polmone, in particolare il carcinoma broncogeno, rappresentano la prima causa di morte per neoplasia nei paesi industrializzati; ogni anno vengono diagnosticati circa 250.000 nuovi casi. In Italia ogni anno sono diagnosticati circa 35.000 nuovi casi di cancro del polmone.

I fattori di rischio per lo sviluppo di questi tumori sono rappresentati principalmente dall'abitudine al fumo di sigaretta e in minor misura da fattori di tipo ambientale legati all'inquinamento o modificazioni genetiche. Non esiste una vera e propria forma di prevenzione. Certamente l'interruzione dell'abitudine al fumo di sigaretta per i fumatori può contribuire a diminuire il rischio di sviluppare un tumore polmonare; tuttavia, anche a distanza di tempo dalla cessazione il rischio non ritorna mai a zero.

È vero anche che una certa quota di neoplasie maligne del polmone si sviluppa in pazienti che non hanno mai fumato. La migliore prevenzione è quindi la diagnosi precoce con uno screening che può essere effettuato con la TC ad alta risoluzione, senza il bi-

sogno di somministrare mezzo di contrasto. Il carico di radiazioni è relativamente basso e un controllo annuale nei soggetti a rischio può aiutare sicuramente a migliorare la prognosi con una diagnosi tempestiva.

La sintomatologia è spesso aspecifica o assente e questo rende difficile la diagnosi precoce che talvolta è assolutamente occasionale.

Dal punto di vista istologico si distinguono due grosse categorie: i "microcitomi" o tumori a piccole cellule ed i "non microcitomi" (carcinoma epidermoide, adenocarcinoma, tumori a grandi cellule, tumori con una spiccata componente neuroendocrina). La distinzione in queste due categorie è fondamentale per l'impostazione di un corretto percorso diagnostico-terapeutico.

Accanto alla diagnosi istologica è importantissimo effettuare una corretta *stadiazione* del tumore; la attribuzione ad uno stadio piuttosto che ad un altro, come per tutte le neoplasie, avviene secondo il *Sistema TNM* che tiene conto delle dimensioni e dell'estensione della lesione, dell'eventuale coinvolgimen-



to linfonodale e della presenza o meno di metastasi a distanza.

Se da una parte il sospetto di un tumore maligno del polmone può essere posto sulla base della sintomatologia clinica o di immagini radiologiche, dall'altra la diagnosi e la stadiazione del cancro del polmone vengono effettuate con diverse metodiche più o meno invasive. La definizione istologica può essere ottenuta anche con un semplice esame citologico dell'espettorato; più spesso è necessario un campionamento cito-istologico con prelievi effettuati in fibrobroncoscopia o mediante *agobiopsia TC (Tomografia Computerizzata) guidata*.

L'eco-endoscopia (EBUS - EUS) (**Fig.1A e 1B**) ha preso piede per il prelievo di campioni cito-istologici offrendo al paziente un'invasività notevolmente ridotta. La *stadiazione* viene effettuata con una *TC Total Body (cranio, torace, addome, pelvi) con somministrazione di mezzo di contrasto* ed eventualmente con una *FDG-PET*.

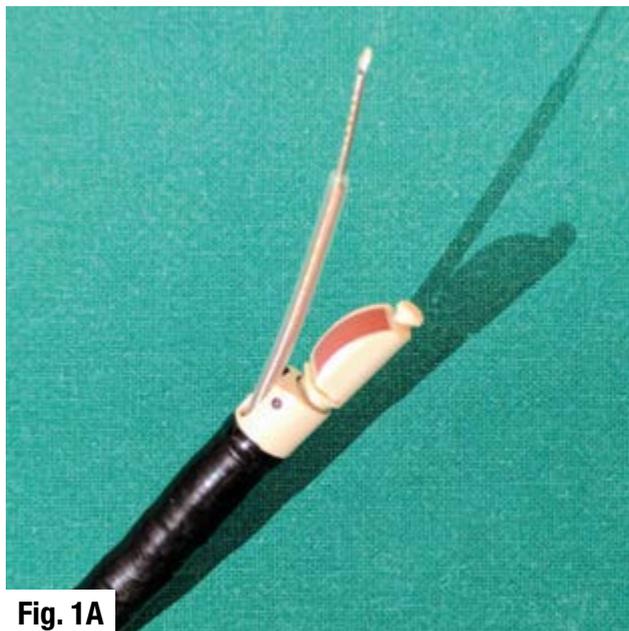


Fig. 1A

Fig. 1A: Estremità distale dell'econdoscopio per biopsie transbronchiali ecoguidate

Una volta ottenuta la diagnosi istologica e la stadiazione del tumore si può procedere al confezionamento di un programma terapeutico, che deve essere sempre concordato in maniera multidisciplinare coin-

volgendo il chirurgo toracico, l'oncologo ed il radio-terapista. Per i primi stadi (Stadio I e II) è sicuramente indicato l'intervento chirurgico. Si tratta di neoplasie a localizzate, senza il coinvolgimento delle strutture circostanti (**Fig. 2**).



Fig. 1B

Fig. 1B: Immagine ecografica di prelievo mediante agobiopsia transbronchiale ecoguidata

In questa fase è possibile in molti casi effettuare la resezione chirurgica in toracoscopia, una tecnica che riduce il trauma chirurgico e favorisce un decorso postoperatorio più breve. L'approccio chirurgico è indicato anche in molti pazienti con lesioni allo Stadio III A e B, in assenza di un coinvolgimento linfonodale; in questi casi, interventi anche estesi associati a ricostruzioni complesse della via aerea, delle strutture vascolari e della parete toracica possono garantire una buona sopravvivenza a lungo termine.

L'approccio chirurgico deve comunque essere modificato in funzione del quadro clinico del paziente, riducendo al minimo il trauma e risparmiando tessuto polmonare, per garantire, accanto al controllo oncologico del tumore, anche la qualità di vita del paziente stesso. In caso di coinvolgimento linfonodale confermato istologicamente è opportuno consultare un oncologo per impostare un trattamento chemioterapico prima dell'intervento chirurgico (*terapia neo-adiuvante*).

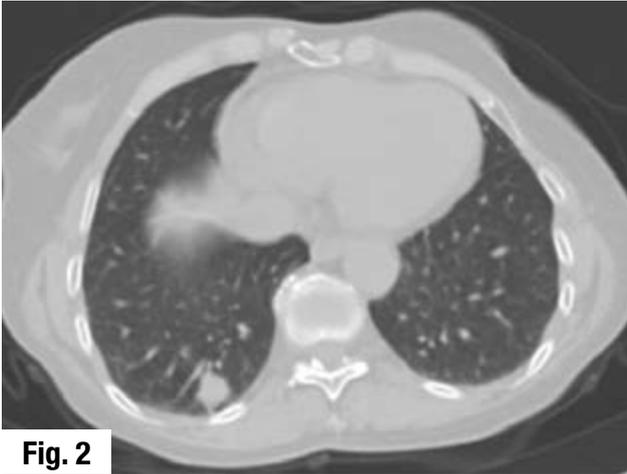


Fig. 2

Fig. 2: Tomografia Computerizzata del torace di un paziente con nodule polmonare localizzato nel lobo inferiore di destra successivamente diagnosticato come tumore del polmone al primo stadio.

Negli stadi avanzati la soluzione chirurgica è proponibile solamente in casi estremamente selezionati; è sempre indicato un consulto postoperatorio da parte dell'oncologo e del radioterapista per un'eventuale terapia *adiuvante* (postoperatoria).

In questa fase la terapia oncologica, eventualmente effettuata somministrando farmaci biologici nei pazienti che presentano caratteristiche biomolecolari favorevoli, costituisce il cardine terapeutico. ■

