

PUBBLICAZIONE

3

LA CHIRURGIA CITORIDUTTIVA NEL
CANCRO DEL POLMONE

M. RUGGIERI - M. LEPORE - A. CAMINITI - M. MUCCI - W. CANUTI - A. PAOLINI

La chirurgia citoriduttiva nel cancro del polmone

Estratto da

IL POLICLINICO - Sez. Chirurgica
Vol. 96 - N. 1 - Gennaio-Febbraio 1989



EDIZIONI LUIGI POZZI S.r.l. — ROMA

La chirurgia citoriduttiva nel cancro del polmone

M. RUGGIERI - M. LEPORE - A. CAMINITI - M. MUCCI - W. CANUTI - A. PAOLINI

The cyto-reduction surgery of lung neoplasm — *At the present time surgery is still the method which achieves the best results in the therapy of the lung cancer.*

In some cases there is, indeed, no possibility of performing a radical surgical treatment.

The following cases indicate a cyto-reduction surgery: the 3rd and 4th stage «no small cells» lung cancer, the 1st and 2nd stage «small cells» lung cancer, lung metastasis particularly those which come from genito-urinary apparatus, tumors for which a surgical radical treatment is contraindicated (for example in the insufficiency of remaining parenchyma).

Cyto-reduction surgery allows: to give patients smaller antitumor doses, as well as fewer radiation therapy together with a lessening of the immuno-depression tumor effect.

KEY WORDS: Cyto-reduction surgery, Lung neoplasm.

Nella terapia del cancro del polmone la chirurgia rappresenta la metodica che da sola è in grado di dare i migliori risultati.

La chirurgia è sicuramente curativa, attraverso l'asportazione radicale della neoplasia, solo nei pazienti in cui la diffusione è di estensione limitata. Tuttavia si devono tener presenti le recenti teorie in campo oncologico secondo le quali per molti tumori, specie del polmone e della prostata, al comparire di una lesione obiettivamente già miliardi di cellule neoplastiche sono presenti e diffuse nell'organismo; da ciò deriverebbe la necessità di associare sempre alla chi-

rurgia locale una terapia adiuvante. Se tale ipotesi verrà confermata la chirurgia del tumore primitivo e delle eventuali metastasi non potrà essere intesa come curativa ma come citoriduttiva in un gran numero di pazienti.

Una chirurgia di riduzione che rimuova la maggior parte della massa tumorale macroscopicamente obiettivamente, pur lasciando residui tumorali nella sede primitiva del tumore, potrà preparare il terreno a trattamenti adiuvanti (radio e/o chemioterapia) attuabili di conseguenza in dosi ridotte e quindi con minor danno per l'organismo. Inoltre bisogna tener presente il ruolo svolto dalla citoriduzione della massa nell'attuare l'effetto immunodepressore da parte del tumore.

Le indicazioni alla chirurgia citoriduttiva nel cancro del polmone sono diverse (Tab. I).

Istituto di IV Clinica Chirurgica, Insegnamento di Semeiotica Chirurgica, Università degli studi di Roma «La Sapienza».

Per la corrispondenza: Dott. M. Ruggieri, Via Umile 33, 00144 Roma.

TABELLA I. - *Indicazioni alla chirurgia citoriduttiva nel CA del polmone.*

- Tumori non microcitomi III e IV stadio
- Microcitomi I e II stadio
- Metastasi polmonari (anche recidive)
- Exeresi parziale dei tumori di necessità

Una prima indicazione è rappresentata dai tumori «non microcitomi» al III stadio cioè con invasione diretta della parete toracica, del diaframma o del mediastino (T3) o dei linfonodi mediastinici (N2) e quelli al IV stadio cioè con metastasi a distanza; inoltre dai microcitomi al I e II stadio.

Dall'analisi dei dati AJC 1986 (Tab. II) relativi alla sopravvivenza dopo resezione chirurgica per cancro polmonare risultano evidenti gli scarsi risultati ottenuti nelle forme a più alta malignità biologica.

TABELLA II. - *Sopravvivenza dopo resezione chirurgica per CA del polmone in funzione dello stadio e del tipo istologico.*

	% globale di sopravvivenza a 5 aa		
	Stadio I	Stadio II	Stadio III
Epidermoide	54%	35%	15%
ADC e CA a grandi cellule	51%	18%	8%
Microcitoma	0	0	0

Ne consegue, in questi casi, l'opportunità di inserire la chirurgia citoriduttiva polmonare nell'ambito di un protocollo terapeutico multidisciplinare, comprendente la polichemioterapia e la radioterapia, anche in considerazione dei

buoni risultati ottenuti nel trattamento di altre forme neoplastiche.

La validità della terapia multidisciplinare in particolari stadi e tipi istologici è confermata dai dati forniti da Shields¹⁸ (Tab. III) e Ferguson⁴ (Tab. IV).

TABELLA III. - *Sopravvivenza dei microcitomi a seconda del trattamento.*

	3 aa	5 aa
Chirurgia	0	0
Chirurgia + Chemio	25%	10%

Shields' 83

TABELLA IV. - *Sopravvivenza dei tumori non microcitomi III e IV stadio a seconda del trattamento.*

	3 aa	5 aa
Chirurgia	10%	10%
Chirurgia + RT	40%	—
Chirurgia + RT + Chemio	53%	48%

Ferguson '86

Un'altra indicazione alla chirurgia citoriduttiva è rappresentata dal trattamento delle metastasi polmonari. In questi casi l'asportazione chirurgica delle metastasi deve essere totale e si deve rivolgere a tutte le lesioni macroscopicamente visibili, uniche e multiple. Naturalmente è fondamentale che la neoplasia rientri nel gruppo degli istotipi sensibili alle terapie adiuvanti.

Al riguardo buoni risultati si sono ottenuti nel trattamento delle metastasi originate dai tumori a partenza dall'ap-

parato genito-urinario come dimostrano i dati desunti da una revisione della letteratura (Tab. V) ¹³.

TABELLA V. - Sopravvivenza a 5 anni dopo trattamento chirurgico delle metastasi polmonari a seconda della sede di origine del tumore.

Apparato urinario	53.8%
Testicolo	53.5%
Corpo dell'utero	53.3%
Ossa	46.4%
Testa e collo	40.9%
Colon retto	38.6%
Parti molli	32.6%
Mammella	27.4%
Collo dell'utero	24.1%

Mountain '86

Un'ultima, ma non meno importante, indicazione della chirurgia citoriduttiva riguarda le exeresi polmonari che di necessità debbono essere parziali.

Tra queste ricordiamo le exeresi che vanno effettuate nei casi in cui le prove di funzionalità respiratoria controindichino una più ampia resezione oppure quelle da attuare in presenza di difficoltà tecniche resettive, insorte al tavolo operatorio, per diffusione neoplastica importante agli organi endotoracici contigui. In questi casi la resezione polmonare parziale può essere tipica (lobectomia o segmentectomia) o atipica mediante resezioni cuneiformi parenchimali («Wedge resection») o resezioni bronchiali a manicotto («sleeve resection»).

Per concludere ci sembra opportuno ribadire come la chirurgia conservi tuttora un ruolo fondamentale nella terapia del cancro del polmone anche se tale ruolo non è più esclusivo ma trova complemento ed esaltazione nell'ambito di un protocollo multidisciplinare volto

al controllo di una malattia ancora spesso letale!

RIASSUNTO

Nella terapia del cancro del polmone la chirurgia rappresenta la metodica che da sola è in grado di dare i migliori risultati.

Nei casi in cui non è attuabile una chirurgia radicale si può ricorrere alla chirurgia citoriduttiva. Questa, nel cancro del polmone, è indicata nei tumori «non microcitomi» al III e IV stadio, nel microcitoma al I e II stadio, nelle metastasi polmonari soprattutto quelle a partenza dall'apparato genito-urinario, nelle neoplasie in cui l'exeresi ampia è controindicata (ad es. per deficit del restante parenchima).

La chirurgia citoriduttiva consente una ridotta somministrazione di antitumorali, una minore utilizzazione di terapia radiante, una riduzione dell'effetto immunodepressore del tumore.

BIBLIOGRAFIA

1. Erret L.E., Wilson J., Chu-Jeng-Chin et al.: *Wedge resection an alternative procedure for peripheral bronchogenic carcinoma in poor-risk patients*. J. Thorac Cardiovasc Surg, 90, 656-661, 1985.
2. Fegiz G., Paolini A., Tosato F. et al.: *Carcinoma del polmone: fattori prognostici e risultati della terapia chirurgica*. Florence J. Surg 2, 109-116, 1984.
3. De Vita V.T., Hellman S., Rosenberg S.A.: *Il cancro-Principi e pratica dell'oncologia*. Vol.II, Cap. 18, Verduci Editore, Roma.
4. Ferguson M.K., Little A.G., Golomb H.M. et al.: *The role of adjuvant therapy after resection of T1 N1 M0 non-small cell lung cancer*. J. Thorac Cardiovasc Surg 91, 344-349, 1986.
5. Gundry S.R., Coran A.G., Leuninger J. et al.: *The influence of tumor mimicrofoci on recurrence and survival following pulmonary resection of metastatic osteogenic sarcoma*. Ann Thorac Surg. 38 (5), 473-478, 1984.

6. Hilaris B.S., Gomez J., Nori D. et al.: *Combined surgery, intraoperative brachytherapy and postoperative external radiation in stage III non-small cell lung cancer.* Cancer 55, 1226-1231, 1985.
7. Holmes C.E., Kill L.D., Gal M.: *A randomized comparison of the effects of adjuvant therapy on resected stages II and III non-small cell carcinoma of the lung.* Ann Surg 202 (3), 1985.
8. Maasen W., Greschuchna D., Martinez I.: *The role of surgery in the treatment of small cell carcinoma of the lung.* Rec Res Cancer Research 97, 1985.
9. Mansel J.K., Zusmeister A.R., Pairolero P.C.: *Pulmonary resection of metastatic colorectal adenocarcinoma.* Chest 89, 109-112, 1986.
10. Martini N., Flehinger B.J., Zamar M.B. et al.: *Results of resection in non oat cell carcinoma of the lung with mediastinal lymph node metastases.* Ann Surg 198, 386-396, 1985.
11. Masin J.P., Savoie J.C., Garnier H.: *Pulmonary metastases in differentiated thyroid carcinoma.* Cancer 53, 982-992, 1984.
12. Mountain C.F., McMurtrey M.J., Hermes K.E.: *Surgery for pulmonary metastasis: a 20 years experience.* Ann Thorac Surg 38, 323-330, 1984.
13. Mountain C.F.: *The biological operability of stage III non-small cell lung cancer.* Ann Thorac Surg 40 (1), 1985.
14. Newman S.B., DeMeester T.R., Golomb H.M.: *Treatment of modified stage II (T1 N1 M0, T2 N1 M0) non-small cell bronchogenic carcinoma.* J Thorac Cardiovasc Surg 86, 180-185, 1983.
15. Osterlind K., Hansen M., Hansen H.H.: *Treatment policy of surgery in small cell carcinoma of the lung: retrospective analysis of a series of 874 consecutive patients.* Thorax 40, 272-277, 1985.
16. Peters R.M.: *The role of limited resection in carcinoma of the lung.* Am J. Surg 143, 706-710, 1982.
17. Sartoris F., Spreafico G., Calabrò F. et al.: *Il ruolo attuale della chirurgia nel trattamento del cancro del polmone.* Min Chir 37, 1982.
18. Shields T.W., Hidding G.A., Matthews M.J.: *Surgical resection in the management of small cell carcinoma of the lung.* Thorac Cardiovasc Surg 84, 481-488, 1982.
19. Silberwan A.W.: *Surgical debulking of tumors.* Surg Gynecol Obstet 155, 577-585, 1982.
20. Spreafico G., Da Dalt G.F., Calabrò F.: *La chirurgia del cancro del polmone con metastasi linfonodali mediastiniche.* Min Chir, 38, 743-746, 1983.
21. Stair J.M., Womble J., Schaefer R.F. et al.: *Segmental pulmonary resection for cancer.* An J. Surg 150, 659-664, 1985.
22. Vogt-Moykopf I., Meyer G., Merkie N.M. et al.: *Late results of surgical treatment of pulmonary metastases.* Thorac Cardiovasc Surg 34, 143-148, 1986.
23. von de Wal H.J.C.M., Verhagen A., Lecluyse et al.: *Surgery of pulmonary metastases.* Thorac Cardiovasc Surg 34, 153-156, 1986.
24. von Dongen J.A., Hart A.M., Postuna H.S.: *Resection of pulmonary metastases, Results, prognostic factors, reappraisal of selection criteria.* Thorac Cardiovasc Surg 34, 140-142, 1986.