

Oncologia Toracica

In corso di neoplasia polmonare, la BPCO rappresenta la comorbidità respiratoria più frequente (circa 70% nel maschio e 52% nella donna). Nei pazienti operabili, il calcolo del FEV_1 predetto postoperatorio (ppo FEV_1) è ritenuto un parametro accurato per la stima del FEV_1 a 3-6 mesi dopo l'intervento chirurgico offrendo una buona correlazione con la qualità di vita, la tolleranza all'esercizio e la sopravvivenza. Tuttavia, secondo diversi autori, tale valore predetto ha il limite di sovrastimare il reale FEV_1 nei primi giorni del postintervento, momento più delicato per l'insorgenza di potenziali complicanze. M. Ercegovac et al. hanno valutato le modificazioni della funzione polmonare nei pazienti a rischio (per comorbidità respiratorie e non) di sviluppare una complicanza postoperatoria precoce e quanto questo poteva influenzare il recupero funzionale. Hanno studiato 60 pazienti operabili (toracotomia). Trentatré pazienti (55%) presentavano una comorbidità cardiocvascolare mentre circa il 55% presentava una BPCO: di grado lieve (20%) o moderato (35%) secondo i criteri GOLD. L'80% dei pazienti aveva uno stadio I-II di neoplasia, prevalentemente trattato con lobectomia (81%). L'analisi dei risultati ha mostrato che le complicanze postoperatorie precoci erano più frequenti in corso di comorbidità respiratoria e cardiaca rispetto a diabete o insufficienza renale e si trattava essenzialmente di polmoniti (13,4%), atelectasie (6,6%) e disturbi del ritmo (fibrillazione atriale, 15%). Tuttavia, nei pazienti con complicanze respiratorie il FEV_1 postoperatorio mostrava un miglior recupero rispetto ai pazienti con decorso normale, in particolare dalla terza alla settima giornata. Questo dato non differiva rispetto al trattamento ricevuto (lobectomia vs pneumonectomia). È ipotizzabile che la lobectomia contribuisca alla riduzione dell'iperinsufflazione mentre è noto anche da altre recenti esperienze che il calcolo del ppo FEV_1 in corso di pneumonectomia può sottostimare il valore reale di circa 500 ml. Nello studio menzionato la funzione respiratoria era influenzata dalla sede della lobectomia con migliore riespansione e incremento dei valori di FEV_1 e di PO_2 per resezione dei lobi medio e inferiore rispetto ai lobi superiori. Non si dimostravano differenze tra i pazienti con BPCO rispetto alla presenza di comorbidità cardiologica. Pertanto, no-

nostante il numero non molto elevato di pazienti studiati e con caratteristiche non del tutto omogenee, si può considerare che la riespansione polmonare postoperatoria non risenta necessariamente del tipo di intervento e delle complicanze acute. Un ruolo fondamentale per il recupero è dato dalla riabilitazione respiratoria¹.

Nei pazienti con tumore polmonare non a piccole cellule (NSCLC) operabile, la chemioterapia adiuvante ovvero postoperatoria offre da diversi anni un chiaro vantaggio sulla sopravvivenza globale, in particolare negli stadi II-IIIa. Nel febbraio 2014 sono stati pubblicati su *Lancet* i risultati della metanalisi condotta dal NSCLC Meta-analysis Collaborative Group su dati individuali di studi randomizzati condotti su pazienti sottoposti a chemioterapia neoadiuvante o preoperatoria. L'*end point* primario era la sopravvivenza globale. Gli autori hanno evidenziato 19 studi eleggibili (17 pubblicati e 2 non pubblicati). Di questi sono stati considerati 15 lavori per dati individuali complessivi di 2.385 pazienti (92% dei pazienti randomizzati). In 10 degli studi inseriti il braccio sperimentale prevedeva solo la chemioterapia neoadiuvante mentre in altri 5 era previsto anche un ulteriore trattamento chemioterapico postchirurgico. Lo schema di trattamento prevedeva una chemioterapia a base di platino in 14 studi. In un solo studio il trattamento era con docetaxel in monoterapia. Inoltre, in 8 studi veniva associata la radioterapia postoperatoria. Era sempre previsto un braccio di controllo in cui non veniva effettuata chemioterapia né prima e né dopo l'intervento. I pazienti, di età mediana di 62 anni, presentavano prevalente istotipo squamoso (50% dei casi e 29% di Adenocarcinomi) e buon Performance Status (PS) (salvo 12% con PS2). L'analisi della sopravvivenza ha dimostrato un beneficio significativo nei pazienti trattati con chemioterapia neoadiuvante: 5% circa di incremento della percentuale di pazienti vivi a 5 anni (ovvero pari al 40% di pazienti vivi trattati con la sola chirurgia rispetto al 45% dei pazienti sottoposti prima a trattamento neoadiuvante). Dal momento che la chemioterapia postoperatoria rappresenta lo standard da molti anni, questi risultati pongono il quesito su quale sia realmente allo stato attuale la strategia migliore di trattamento (neo-adiuvante o adiuvante?). Purtroppo ad oggi non esistono studi di



Katia Ferrari

SOD Pneumologia 2,
Azienda Ospedaliero
Universitaria Careggi,
Firenze



Katia Ferrari
katia.ferrari@tin.it

confronto in grado di rispondere (salvo qualche esperienza su piccoli numeri). I risultati di questa metanalisi hanno comunque finalmente chiarito il peso reale di questo tipo di trattamento ².

In pazienti non candidabili al trattamento chirurgico, la radioterapia stereotassica (SBRT) trova un sempre maggiore impiego negli stadi precoci in corso di NSCLC. Dalla letteratura internazionale, il controllo della lesione primaria a 5 anni per lo stadio I è dell'85-90% con possibilità di ripresentazione della malattia a distanza in circa il 20% dei pazienti trattati e bassa tossicità (meno del 10% dei pazienti con grado 3). Questi risultati si avvicinano a quelli ottenuti con i trattamenti chirurgici di lobectomia o pneumonectomia. L'editoriale pubblicato da Dirk De Ruysscher evidenzia l'uso sempre più frequente della TC-PET 18FDG di centraggio prima dei trattamenti di SBRT. Da dati retrospettivi, l'outcome è migliore e correla con l'intensità di captazione PET. Si apre pertanto la prospettiva di potere risparmiare notevolmente il campo di applicazione sulle *coin lesions* ottimizzando il "clinical target volume"

mentre per il parametro N si configura la possibilità di irradiare in modo selettivo sulla base della diversa captazione PET all'interno delle stazioni linfonodali. Il limite più grande è dato dalla difficoltà di stabilire con esattezza l'*uptake* massimale. Le variabili sono infatti molte: istotipo, dimensioni e densità delle lesioni. L'autore invita pertanto a produrre studi randomizzati che vedono coinvolte molte figure professionali, dallo staging al trattamento ³.

Bibliografia

- 1 Ercegovac M, Subotic D, Zugic V, et al. *Postoperative complications do not influence the pattern of early lung function recovery after lung resection for lung cancer in patients at risk.* J Cardiothorac Surg 2014;9:92.
- 2 NSCLC Meta-analysis Collaborative Group. *Preoperative chemotherapy for non-small cell lung cancer: a systematic review and meta-analysis of individual participant data.* Lancet 2014;383:1561-71.
- 3 De Ruysscher D. *18F-deoxyglucose uptake in stage I non-small-cell lung cancer: time to move to randomized trials.* J Thorac Oncol 2014;9:5-6.

Pneumologia Riabilitativa e Assistenza Domiciliare

La capacità organizzativa ed il prestigio dell'European Respiratory Society (ERS) hanno permesso, nel corso del 2014, di avere un panorama aggiornato della Pneumologia Riabilitativa (PR) in Europa e nel mondo. Il responsabile del gruppo di studio ERS sulla PR, M. Spruit ha infatti pubblicato sull'European Respiratory Journal i risultati di un questionario composto da 12 domande molto semplici rivolto principalmente ai membri dell'ERS (Gruppo PR ed Assemblea non medici). La survey dimostra che numerose caratteristiche (la selezione dei pazienti, il setting, il team, le modalità di trattamento e di valutazione dei risultati) dei programmi di PR attuati nel nostro Paese sono simili a quelle del resto d'Europa. Vi sono invece alcuni ostacoli professionali ed organizzativi in cui la PR in Italia si discosta da quella Europea. Questi sono stati oggetto della lettera di commento a tale survey che abbiamo scritto come esperti Italiani in PR ¹. In primo luogo ancora oggi vi sono grandi differenze nella distribuzione geografica dei Centri di PR in Italia. La disomogenea distribuzione si associa ad una carenza numerica in generale, perlomeno se rapportiamo la disponibilità di programmi di PR con la folla di

potenziali utenti (pensiamo solo ai BPCO!). Vi è poi una carenza anch'essa storica di figure di riferimento, cioè di operatori sanitari, medici e non medici, esperti di PR. Crescente è la necessità che le Scuole di Specializzazione in Malattie dell'Apparato Respiratorio prendano in maggior considerazione la PR come materia da insegnare agli Specializzandi, magari anche con stages nei centri di PR. Per i fisioterapisti la disattenzione cronica ed imperdonabile delle Scuole prima e dei Corsi di Laurea ora sulla PR hanno fatto in modo che il "Fisioterapista Respiratorio" assomigli ancora oggi ad una "mosca bianca". Ultimamente però la Università di Milano in collaborazione con l'ARIR (Associazione dei Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria) hanno proposto un Master in PR, e già vi sono brillanti allievi di tale Scuola che praticano la PR in molti Centri.

L'ultimo ma probabilmente il più insidioso degli ostacoli che impediscono ai pazienti di accedere alla PR è rappresentato dalla *longa manus* dei fisiatristi. In alcune Regioni ci troviamo oggi a dover spiegare ai nostri pazienti che debbono (per poter essere accolti in un Programma di PR) sottostare ad una visita fisiatrica, come se lo



Bruno Balbi

Divisione di Pneumologia
Fondazione Salvatore
Maugeri, I.R.C.C.S.
Veruno (NO)



Bruno Balbi
bruno.balbi@fsm.it