

PRESENTAZIONE**INTRODUZIONE AL TERZO CORSO DI ONCOLOGIA TORACICA:
NON SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC)****Carlo Crispino**UOD Malattie Respiratorie SUN
A.O.R.N. "V. Monaldi", Napoli**Katia Ferrari**UOD Pneumologia
Azienda Ospedaliero-Universitaria
Careggi, Firenze

Il cancro del polmone, rappresentato per l'80-85% dal carcinoma polmonare non a piccole cellule, è la neoplasia con il maggior tasso di incidenza e di mortalità nel mondo, con circa un milione trecentomila nuovi casi annui, (il 12% rispetto a tutti gli altri tumori) e circa un milione centocinquantamila morti all'anno (il 18% rispetto a tutte le altre neoplasie); la massima frequenza si ha negli Stati Uniti d'America e in Europa ⁽¹⁾.

L'abitudine tabagica, che in Italia nel 2009 è aumentata soprattutto nei giovani, nelle donne e negli ex fumatori ⁽²⁾, l'esposizione professionale e ambientale a sostanze carcinogenetiche, la predisposizione genetica e altre cause ancora misconosciute agiscono nel determinismo del cancro del polmone. Compito prioritario degli operatori sanitari ed in particolare degli pneumologi è quello di incidere sui fattori di rischio modificabili per la prevenzione primaria. La misura più efficace è ridurre al minimo l'esposizione attiva e passiva al fumo di sigarette, specialmente nei giovani. Molta attenzione va riservata alla prevenzione secondaria con la diagnosi precoce. L'accertamento nella fase iniziale dei tumori polmonari, in particolare quelli a più lenta diffusione, determinerebbe un intervento chirurgico tempestivo con maggiori probabilità di guarigione. Negli ultimi anni sono stati pubblicati numerosi studi importanti su programmi di screening, due dei quali di particolare interesse. Il primo, uscito sul *New England Journal of Medicine*, ha dimostrato che la TAC spirale è lo strumento più specifico nell'identificare alterazioni del tessuto polmonare e quindi a diagnosticare precocemente un eventuale cancro nei soggetti ad alto rischio come i fumatori accaniti. Alla fine dello studio, le persone sottoposte all'esame mostravano un aumento della sopravvivenza ⁽³⁾.

Il secondo studio, uscito su *JAMA* ha dimostrato che lo screening con la TAC spirale non diminuisce la mortalità, ma prolunga solo la sopravvivenza, in relazione al fatto che la data della diagnosi è anticipata ⁽⁴⁾. Sono inoltre in corso studi per individuare biomarcatori predittivi di diagnosi precoce. Sebbene la ricerca abbia fatto progressi in campo diagnostico e terapeutico, secondo l'organo ufficiale di Surveillance Epidemiology and End Results (SEER), la sopravvivenza mediana globale dei pazienti affetti da cancro del polmone è approssimativamente di 9 mesi, variando in funzione dello stadio e dell'istotipo ⁽⁵⁾.

La valutazione clinica e l'iter diagnostico-terapeutico sono spesso complessi e necessitano di una collaborazione multidisciplinare con la presenza di diverse figure professionali quali lo pneumologo, il chirurgo toracico, l'oncologo medico, il radiologo, il medico nucleare, il patologo e il radioterapista. Nonostante vi siano pochi dati di letteratura in merito, le maggiori società scientifiche includono l'approccio multidisciplinare tra le raccomandazioni, in particolare per quei pazienti che necessitano di trattamenti multimodali o per la presenza di comorbidità ⁽⁶⁾. Secondo le esperienze riportate in particolare nel Regno Unito, i pazienti affetti da neoplasia polmonare che si rivolgono ad uno pneumologo, rispetto ad altri specialisti, sono più giovani, prevalentemente maschi con sintomi di recente insorgenza e sono residenti in genere in aree extraurbane. In ambito diagnostico ed entro i primi sei mesi di malattia, lo pneumologo assume un ruolo primario nell'assicurare una migliore accuratezza diagnostica e stadiativa, selezionando il maggior numero di pazienti idonei all'intervento chirurgico, previo studio fisiopatologico adeguato ed eventuali cicli di riabilitazione neoadiuvante e/o adiuvante, oppure il più delle volte indirizzando i soggetti colpiti dal tumore ad altri trattamenti previsti per la malattia avanzata ⁽⁷⁾. In particolare nei pazienti con Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) in stadio localmente avanzato o metastatico da alcuni anni sono disponibili nuove terapie "personalizzate" grazie alla introduzione di chemioterapici di nuova generazione e di farmaci target-specifici. Esistono tuttavia delle differenze tra il sesso femminile e quello maschile in termini di suscettibilità alla carcinogenesi, storia di fumo, risposta al trattamento ed

aspettativa di vita durante la malattia. Il corretto utilizzo delle nuove linee terapeutiche disponibili non può prescindere da una sempre maggiore accuratezza diagnostica. Come evidenziato nel recente editoriale ERS/ATS ⁽⁸⁾, la biologia cellulare e molecolare del cancro del polmone non a piccole cellule gioca un ruolo fondamentale nell'individuare i fattori predittivi di risposta al trattamento e fornisce ulteriori elementi a favore di un approccio di tipo multidisciplinare. La sfida attuale, in campo diagnostico pneumologico, è di pervenire a diagnosi sempre più accurate mediante tecniche endoscopiche sofisticate che pur essendo poco invasive consentano campionature di materiali istologici e citologici adeguati anche per gli eventuali studi molecolari successivi, in grado di poter arrivare ad una terapia personalizzata realmente efficace. Un ruolo fondamentale è riservato in oncologia toracica alle terapie di supporto ai sintomi della malattia, alle tossicità da chemio-radioterapia e farmaci biologici e soprattutto alle complicanze del cancro del polmone. Particolare interesse deve essere inoltre rivolto alla comunicazione medico-paziente.

Questo terzo corso di oncologia toracica, che vede il coinvolgimento di diverse figure professionali, vuole riportare un contributo innovativo e aggiornato nella trattazione del cancro del polmone a non piccole cellule. Quali responsabili scientifici esprimiamo un ringraziamento sentito a tutti i relatori, i moderatori e un grazie particolare, per la sensibilità e l'interesse mostrato, a coloro che hanno contribuito concretamente alla realizzazione dell'evento.

Bibliografia

- 1) Parkin DM, Bray F, Ferlay J, et al. *Global cancer statistics, 2002*. CA Cancer J Clin 2005; 55(2):74-108.
- 2) OSSFAD- *Indagine DOXA* ISS 2009.
- 3) *The International Early Lung Cancer Action Program Investigators: Survival of patients with stage I lung cancer detected on CT screening*. N Engl J Med 2006; 355:1763-71.
- 4) Bach PB, Jett JR, Pastorino U, et al. *Computed tomography screening and lung cancer outcomes*. JAMA 2007;297:953-961.
- 5) Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, eds. *SEER Cancer Statistic Review, 1975-2002*. <http://seer.cancer.gov/> 2005.
- 6) Alberts WM, Bepler G, Hazelton T, et al. *Practice Organization*. Chest 2003; 123:332S-337S
- 7) Fergusson RJ, Thomson CS, Brewster DH, et al. *Lung cancer: the importance of seeing a respiratory physician*. Eur Respir J 2003;21:606-610.
- 8) Brambilla E. *Lung Cancer: multidisciplinary approach for management*. Eur Respir J 2010; 35: 717-720.