

Lo Pneumologo e il tumore del polmone

Pulmonologist and lung cancer

Ciro Battiloro

UOC di Pneumologia-Oncologica, Azienda Ospedaliera dei Colli-Monaldi, Napoli

La pneumologia oncologica è una branca delle malattie respiratorie che si interessa della prevenzione, diagnosi, terapia e *follow-up* dei tumori pleuro-polmonari.

Il cancro del polmone ancora oggi rappresenta la malattia del secolo con prognosi il più delle volte infausta. Nelle divisioni di pneumologia, attualmente, considerata l'elevata incidenza del cancro del polmone, la maggior parte dei ricoveri ospedalieri avviene per la diagnosi, la terapia specifica e il trattamento di supporto ai sintomi e alle complicanze di tale malattia contrassegnata con codice DRG ICD-9-162. Inoltre è stata riconosciuta "branca ad alta specialità" dal DL 595/1985 art. 5.

Lo stesso DL consente alle Aziende Ospedaliere di istituire centri di pneumologia oncologica in relazione alla particolare incidenza e alla particolare competenza o capacità organizzativa. Ancora, lo specializzando in malattie dell'apparato respiratorio viene ammesso all'esame finale di diploma se documenta di aver adempiuto, tra le attività di perfezionamento, l'oncologia polmonare.

Da sottolineare che per decenni lo pneumologo, rispetto alla impegnativa problematica del cancro del polmone, non ha mai avuto un atteggiamento rinunciatario, ma ha sempre dato un contributo basilare e fattivo nelle varie fasi dell'iter diagnostico e terapeutico.

Le prospettive dello specialista pneumologo devono quindi essere orientate:

- alla prevenzione primaria cercando di eliminare i fattori di rischio legati all'inquinamento *indoor* e *outdoor* e ai nuovi carcinogeni ambientali con l'obiettivo primario, però, dell'abolizione del fumo di tabacco che rappresenta la prima causa per lo sviluppo del tumore polmonare, mediante campagne educazionali rivolte soprattutto ai giovani;
- alla prevenzione secondaria con la messa in campo di strategie di *screening* che devono mirare alla diagnosi precoce onde pervenire negli stadi iniziali della malattia ad una terapia chirurgica, spesso risolutiva;
- ad una terapia degli stadi avanzati, non solo chemioterapia, che incida positivamente sulla sopravvivenza del paziente oncologico. I progressi della terapia a bersaglio molecolare e della immunoterapia in oncologia stanno rivoluzionando i percorsi terapeutici del tumore polmonare. Si sta modificando in maniera sostanziale la speranza di vita dei pazienti e le nuove terapie stanno facendo muovere i primi passi verso la cronicizzazione della malattia avanzata.

Ancora, lo pneumologo nella sua funzione interventistica ha visto crescere il suo ruolo nella diagnostica del tumore polmonare. Se è vero che le

Ricevuto il 26-3-2021

Accettato il 15-4-2021

Corrispondenza

Ciro Battiloro

UOC di Pneumologia-Oncologica
Azienda Ospedaliera dei Colli-Monaldi
via Leonardo Bianchi, 80131 Napoli
ciro.battiloro@tin.it

Conflitto di interessi

L'autore dichiara di non avere nessun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo:

Battiloro C. Lo Pneumologo e il tumore del polmone. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2021;36:1-4. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-A054>

© Copyright by Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society (AIPO – ITS)



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

localizzazioni periferiche di questa neoplasia sono sempre più frequenti (adenocarcinoma) rispetto a quelle centrali (carcinoma squamoso) è vero anche che è aumentata la difficoltà di ottenere un adeguato campione, motivo per il quale negli ultimi anni la diagnostica broncoscopica si è molto perfezionata.

Le nuove tecnologie hanno permesso l'avvento della metodica TBNA (*Trans Bronchial Needle Aspiration*) per l'accesso alle lesioni o alle adenopatie ilari e mediastiniche non visibili endoscopicamente, e dell'ecoendoscopia polmonare (EBUS, *endobronchial ultrasound*) con grandi passi avanti anche nella stadiazione.

Non dimentichiamo inoltre la terapia palliativa e radicale endoscopica dei tumori, l'impianto di protesi, la rimozione di tumori endobronchiali mediante strumentazione rigida, con supporto di laser, della criosonda e dell'elettrocoagulatore.

Altro ruolo fondamentale è nella determinazione funzionale dei pazienti con tumore polmonare candidati a chirurgia. Questi devono sempre essere valutati dal punto di vista respiratorio in particolare deve essere valutata la funzionalità respiratoria residua in relazione all'intervento chirurgico programmato; questo è possibile con emogasanalisi, spirometria, test di diffusione con DL_{CO} , test da sforzo cardiopolmonare, scintigrafia polmonare di perfusione.

Inoltre, per questi pazienti che devono subire un intervento di chirurgia toracica spesso lo pneumologo si deve far carico di programmare un intervento riabilitativo sia pre- che post-operatorio con l'obiettivo di preparare il paziente all'intervento, di ridurre le complicanze migliorando la funzionalità respiratoria post-operatoria. Con la riabilitazione la persona impara a gestire e ad accettare il dolore e una attività fisica (tosse efficace, deambulazione) aiuterà l'eliminazione del muco bronchiale; con specifici esercizi di mobilità respiratoria e muscolare si faciliterà l'eliminazione attraverso i drenaggi delle secrezioni sierose che si accumulano nella cavità pleurica e si favorirà la riespansione polmonare così da occupare tutto lo spazio vuoto lasciato dalla parte di polmone asportato. Il tutto servirà a velocizzare la guarigione e fare arrivare il paziente il prima possibile alla piena autonomia.

Negli ultimi decenni la patologia neoplastica polmonare sta diventando una vera e propria emergenza sociale. In questo scenario la figura dello specialista pneumologo ricopre un ruolo primario e decisivo poiché impegnato in vari campi di intervento che vanno, così come abbiamo già detto, dall'analisi dei fattori di rischio, alla prevenzione secondaria, alla diagnosi e al trattamento integrato dei tumori pleuro-polmonari ove ricopre un ruolo di riconosciuta centralità.

Inoltre, ci sono quadri clinici associati alle neoplasie pol-

monari di esclusivo interesse dello specialista pneumologo quali: l'insufficienza respiratoria acuta e cronica, la tromboembolia polmonare, le infezioni polmonari, l'emottisi, i versamenti pleurici, l'empiema pleurico, le polmoniti post-attiniche, le riacutizzazioni in soggetti con cancro e BPCO, ecc.

Molti PDTA dei tumori polmonari (Azienda Ospedaliera Universitaria "Careggi" di Firenze, Azienda Ospedaliera dei Colli-Monaldi di Napoli, solo per citarne alcuni) hanno enunciato il ruolo dello pneumologo per ideare ed organizzare programmi di prevenzione primaria e di diagnosi precoce, organizzare e gestire percorsi idonei all'identificazione, alla stadiazione e alla terapia delle neoplasie polmonari, pianificare e gestire programmi di *follow-up* e di collaborazione all'assistenza palliativa e alle terapie di supporto (Fig. 1).

Ciò però non va letto come una rivendicazione di superiorità, ma di una maggiore sensibilità a seguire il paziente in tutto il suo percorso e non a limitarsi solo alla pedissequa esecuzione di uno schema terapeutico. Inoltre, il nuovo piano sanitario oncologico nazionale sottolinea la necessità del prendersi carico del paziente con una integrazione multidisciplinare in cui compaiano, oltre allo pneumologo, l'oncologo, il chirurgo toracico, il radiologo-radioterapista fino al palliativista e naturalmente il patologo, finalizzata all'assistenza al paziente dalla diagnosi alla naturale evoluzione della malattia.

Con queste premesse è necessario costruire un modello, ove non sia già stato creato spontaneamente, per condividere questo messaggio di integrazione, di collaborazione e confronto fra vari attori in modo da porre le basi culturali di una metodologia che sarà sempre più presente nei nostri Ospedali.

I progressi dell'immuno-oncologia e della terapia a bersaglio molecolare stanno rivoluzionando i percorsi terapeutici nel trattamento del tumore polmonare. Si va sempre più concretizzando la possibilità di ridurre il ricorso alla chemioterapia e avere accesso a farmaci innovativi caratterizzati da una migliore tollerabilità.

È fondamentale quindi che lo pneumologo ribadisca l'importanza del suo ruolo all'interno di un *team* multidisciplinare (GOM) che deve gestire a 360 gradi la patologia. Non dimentichiamo inoltre che lo pneumologo già prescrive farmaci come gli anticorpi monoclonali per altre patologie respiratorie ed ha quindi familiarità con essi sia nella somministrazione che nella gestione degli effetti tossici.

La gestione del paziente con tumori pleuro-polmonari ed in particolare con cancro del polmone deve essere affidata a dipartimenti e strutture anche di pneumologia oncologica, che in Inghilterra vengono definite "Lung Cancer Units", in una gestione multidisciplinare

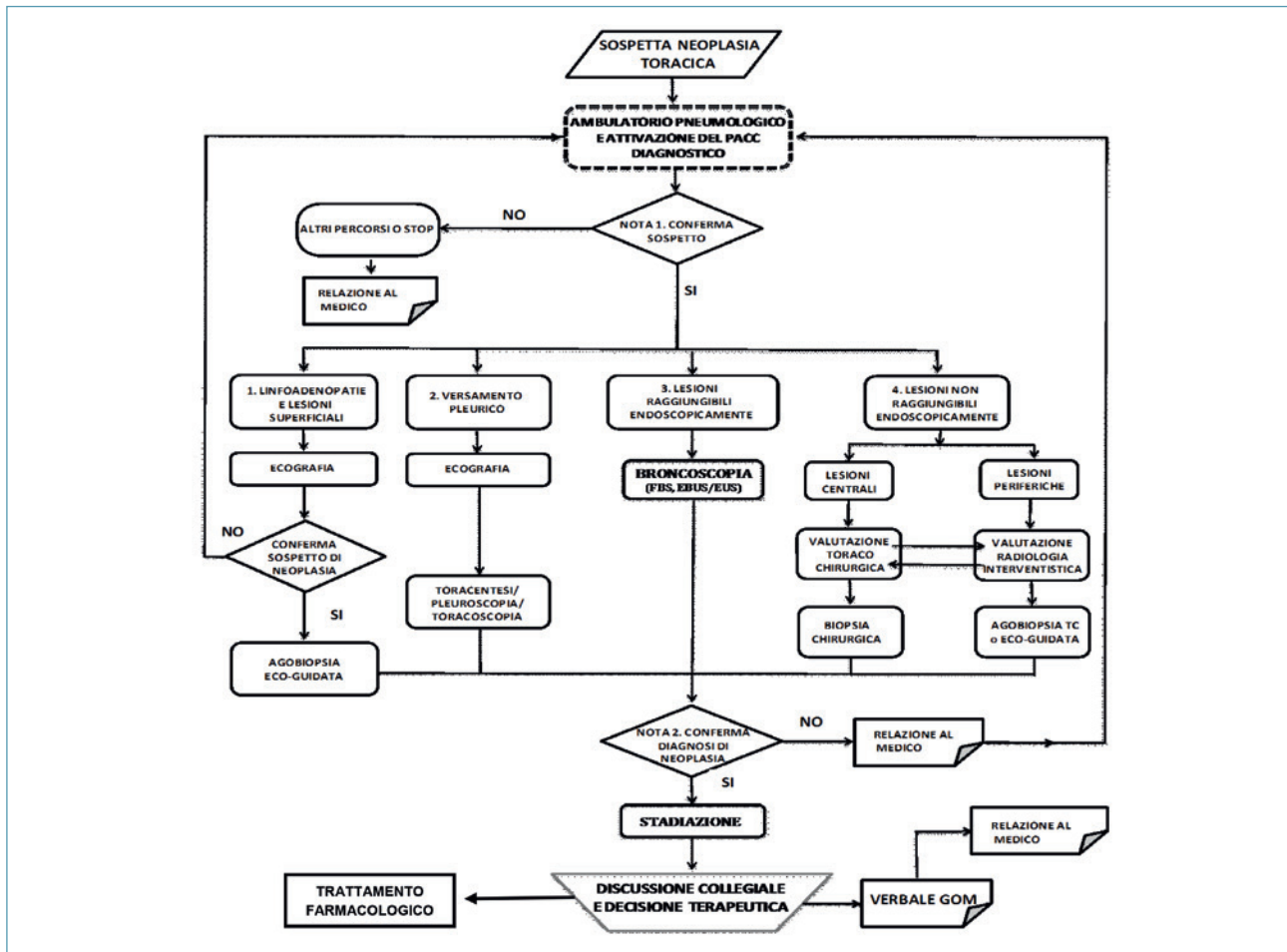


Figura 1. Flow chart della fase diagnostica-terapeutica in carico allo specialista Pneumologo del team multidisciplinare.

con la centralità dello pneumologo, come afferma la Global Lung Cancer Coalition (GLCC) nella sua Carta dei Diritti, e come è stato evidenziato da molti studi pubblicati.

Field ha documentato che i pazienti assistiti nell'iter diagnostico-terapeutico da pneumologi sopravvivono di più, perché vengono seguiti in tutto il loro percorso¹. Fergusson et al. hanno valutato l'effetto del coinvolgimento di uno pneumologo sulla diagnosi, la stadiazione, il trattamento e la sopravvivenza di un grande gruppo non selezionato di pazienti affetti da tumore del polmone². I dati di questo studio supportano le raccomandazioni delle linee guida recenti sul cancro al polmone per il coinvolgimento tempestivo di un medico pneumologo nell'iter diagnostico-terapeutico di questa neoplasia.

Coory et al. nella loro review arrivano alla conclusione che la sopravvivenza migliora e i tempi di attesa per giungere alla diagnosi ed alla terapia sono più brevi nei centri con supporto multidisciplinare³. Anche il *panel* di opzioni e di possibilità di entrare in un *trial* nazionale o internazionale risulta essere maggiore. La stessa resa

terapeutica, medica, chirurgica o radioterapica, da sola o integrata, appare migliore anche in relazione al volume di pazienti trattato.

AIPO-ITS (Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri-Italian Thoracic Society) da molti anni ha inserito la Pneumologia Oncologica quale fondamentale sottosistema della specialità "Pneumologia". Nel tempo è stato costituito il Gruppo di Studio (GdS) di Oncologia Toracica comprensivo anche delle neoplasie pleuriche. Con l'impegno di molti pneumologi sono state pubblicate negli anni diverse pubblicazioni, tra cui i "Percorsi diagnostici e terapeutici in oncologia polmonare" edito da Edi-Aipo Scientifica⁴, i sei quaderni educazionali di oncologia polmonare⁵, le "Strategie diagnostico-terapeutiche per la pneumologia oncologica del futuro"⁶, "Il trattamento del carcinoma polmonare primitivo e del mesotelioma pleurico maligno: attualità e prospettive"⁷.

Sono stati strutturati dei corsi annuali sulle neoplasie pleuro-polmonari gestiti dal GdS e la Direzione di AIPO-ITS ha sempre previsto sessioni di oncologia toracica nei suoi Congressi Nazionali.

Il responsabile del GdS, inoltre, contribuisce da sempre alla rivisitazione delle linee guida AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica) sul cancro del polmone e sul mesotelioma pleurico maligno.

Anche quest'anno si è pensato di pubblicare sulla rivista ufficiale di AIPO-ITS una serie monotematica in Oncologia Toracica che avrà come titolo "Diagnosi e trattamento del carcinoma polmonare nell'era della terapia personalizzata".

La proposta editoriale prevede cinque lavori, il primo dei quali, di Failla et al.⁸, viene pubblicato in questo numero, prodotti da altrettanti validi gruppi di pneumologi italiani che faranno il punto su:

- endoscopia bronchiale: tecniche di prelievo e gestione del materiale prelevato;
- terapie a bersaglio molecolare: update in Pneumologia Oncologica;
- novità nel trattamento delle neoplasie pleuro-polmonari avanzate;
- gestione tossicità delle terapia target ed immunoterapia nel carcinoma polmonare: ruolo dello Pneumologo;
- ruolo dell'assistenza respiratoria non invasiva nel paziente con neoplasia polmonare avanzata.

L'auspicio è che la serie possa essere da approfondimento per chi già si interessa di oncologia polmonare e da stimolo per quei colleghi che non si sono ancora avvicinati alla gestione dei pazienti pneumooncologici.

Bibliografia

- ¹ Field JK, Brambilla C. Major conceptual change required to improve lung cancer: see a respiratory physician. *Eur Respir J* 2003;21:565-566. <https://doi.org/10.1183/09031936.03.00116202>
- ² Fergusson RJ, Thomson CS, Brewster DH, et al. Lung cancer: the importance of seeing a respiratory physician. *Eur Respir J* 2003;21:606-610. <https://doi.org/10.1183/09031936.03.00060803>
- ³ Coory M, Gkolia P, Yang IA, et al. Systematic review of multidisciplinary teams in the management of lung cancer. *Lung Cancer* 2008;60:14-21. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2008.01.008>
- ⁴ Portalone L (a cura di). Percorsi diagnostici e terapeutici in oncologia polmonare. Pisa: Edi-Aipo Scientifica 1997.
- ⁵ Quaderni educazioni AIPO – Oncologia Polmonare n. 1-6. Pisa: Edi-Aipo Scientifica 1999-2000.
- ⁶ De Marinis F, Scagliotti GV (a cura di). Strategie diagnostico-terapeutiche per la pneumologia oncologica del futuro. Pisa: Edi-Aipo Scientifica 2004.
- ⁷ Crispino C (a cura di). Il trattamento del carcinoma polmonare primitivo e del mesotelioma pleurico maligno: attualità e prospettive. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2008;23(Suppl. 2):1-52.
- ⁸ Failla G, Serafino Agrusa L, La Sala A, et al. La diagnosi del tumore del polmone nell'era delle terapie target. Il ruolo dello pneumologo interventista. *Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio* 2021;36:38-47. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-A058>