

Emottisi in coinvolgimento endobronchiale di metastasi polmonare da melanoma

Hemoptysis in endobronchial metastasis of malignant melanoma

Valentina Pinelli¹, Federica Novelli¹, Massimiliano Sivori¹, Paolo Dessanti², Nader Gorji², Pier Aldo Canessa¹

¹ SC Pneumologia, Ospedale S Bartolomeo, Sarzana (SP); ² SC Anatomia Patologica, Ospedale S. Andrea, La Spezia

Caso

Uomo di 47 anni, ex fumatore da 5 anni (PY 15), impiegato.

Nel 2015 intervento chirurgico di exeresi di nevo a livello della regione costale destra, all'esame istologico melanoma maligno a cellule epitelioidei a diffusione superficiale in fase di crescita verticale IV livello di Clark, stadiazione pT2a, successivo ampliamento chirurgico associato a biopsia del linfonodo sentinella risultato negativo.

Giunge alla nostra osservazione nell'agosto 2021 per emottisi. Ha eseguito presso il Pronto Soccorso di un altro ospedale una TC del torace che evidenzia una massa a livello del LSSn, confermata alla PET/TC (Fig. 1).

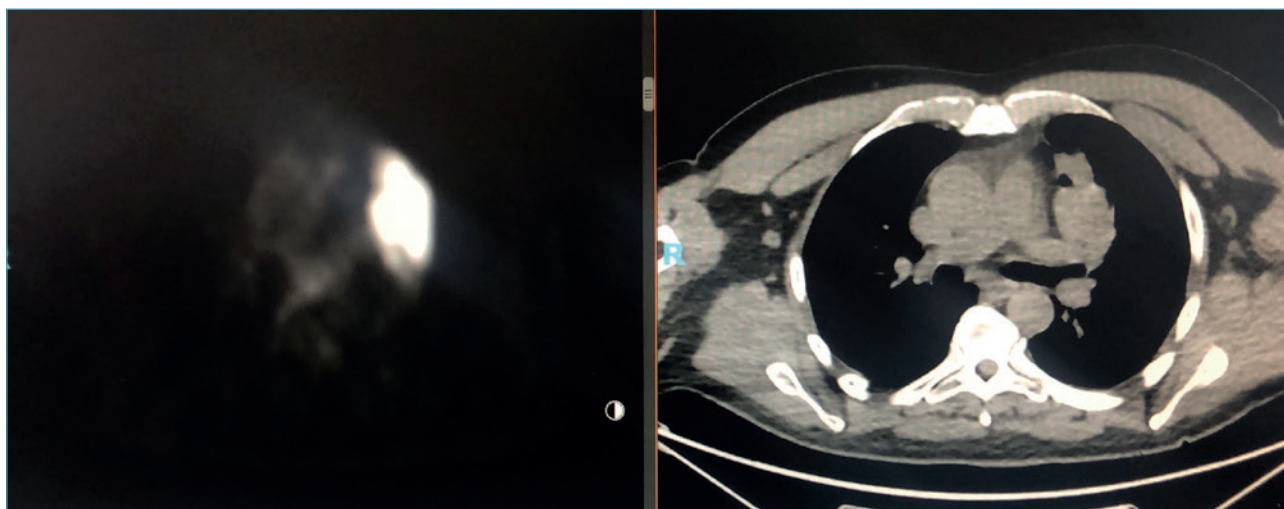


Figura 1. Immagine PET/TC: intenso iperaccumulo del tracciante a carico di neof ormazione solida a sede peribronchiale a livello del LSSn.

Corrispondenza

Pier Aldo Canessa
SC Pneumologia, Ospedale San Bartolomeo, Sarzana (SP)
pialdo1953@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere nessun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Pinelli V, Novelli F, Sivori M, et al. Emottisi in coinvolgimento endobronchiale di metastasi polmonare da melanoma. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2021;36:175-177. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-A075>

© 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>

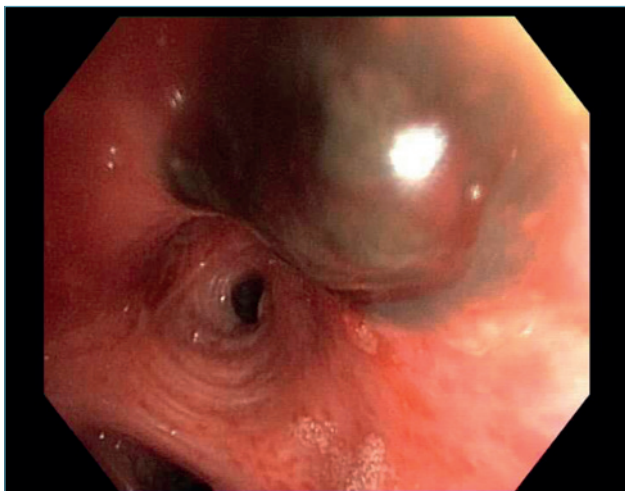


Figura 2. Immagine FBS: massa endobronchiale friabile di colore brunastro che ostruisce completamente il ramo ventrale del BLSSn.

Eseguiamo FBS in anestesia locale con xilocaina 2% 3 cc in aerosol e con premedicazione con midazolam 2,5 mg ev. Si evidenzia massa endobronchiale friabile di colore brunastro che ostruisce completamente il ramo ventrale del BLSSn, a livello della quale vengono effettuate biopsie multiple (Fig. 2).

L'esame istologico della biopsia evidenzia frammenti di mucosa bronchiale con infiltrazione di melanoma maligno epiteliomorfo. L'analisi di biologia molecolare ha evidenziato mutazione del gene BRAF e assenza di mutazione del gene NRAS (Fig. 3).

Nel caso in esame, essendo coinvolto un bronco segmentato, non abbiamo ritenuto indicata la dissezione endoscopica da riservare al solo caso di recidiva di emottisi.

Il paziente ha iniziato terapia biologica a bersaglio molecolare con dabrafenib e trametinib.

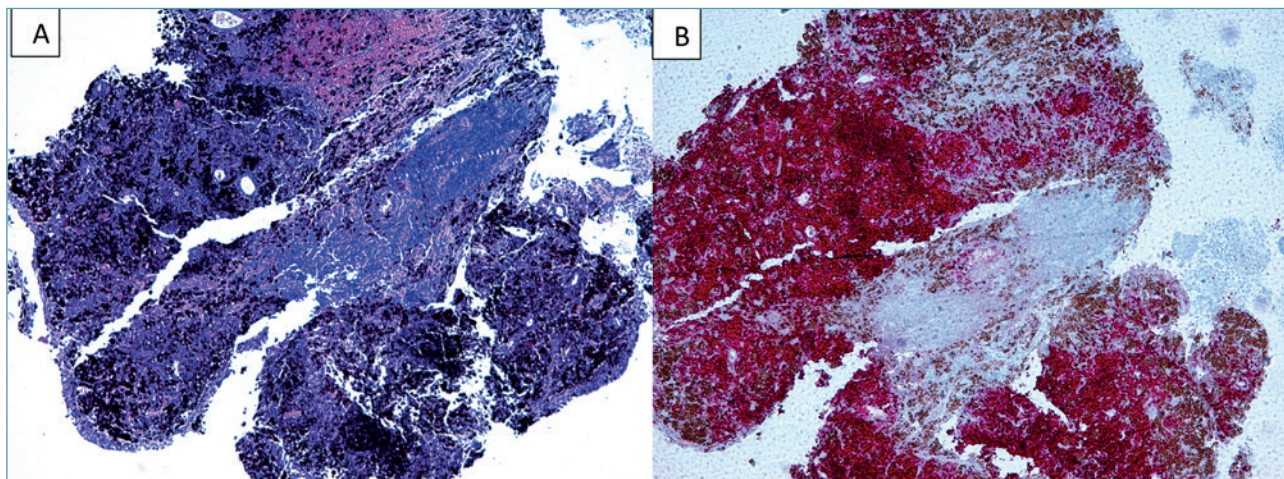


Figura 3. Biopsia bronchiale di metastasi da melanoma, colorazione ematossilina ed eosina (A) e colorazione S-100 (B) 20x.

Commento

Le metastasi endobronchiali sono metastasi da neoplasie maligne extrapolmonari la cui crescita endobronchiale è nel tratto delle vie aeree visibile alla broncoscopia¹. La loro incidenza varia dal 2 al 28% delle metastasi polmonari. I tumori solidi che più frequentemente le causano sono il carcinoma della mammella, del rene e del colon-retto, altre neoplasie meno frequenti sono il sarcoma, il tumore della cervice uterina e il melanoma². Le possibili vie di metastatizzazione endobronchiale sono: 1) metastasi diretta al bronco; 2) massa parenchimale con invasione bronchiale; 3) invasione bronchiale da lesione mediastinica linfonodale; 4) lesione periferica che si estende lungo il bronco prossimale³. Le caratteristiche cliniche e radiologiche delle metastasi endobronchiali sono indistinguibili dal carcinoma broncogeno primitivo. I sintomi più comuni sono emottisi e tosse, meno frequenti dispnea e sibili. Il 20-26% dei pazienti è asintomatico¹⁻³. Nella maggior parte dei casi, le metastasi endobronchiali si manifestano tardivamente dopo la diagnosi iniziale della neoplasia primitiva: in una *review* della letteratura del 2005 che ha preso in considerazione 204 casi il tempo medio tra la diagnosi del tumore primitivo e la diagnosi della metastasi endobronchiale era 50 mesi; in una casistica italiana di 174 casi il tempo medio era 136 mesi. Questo è un tempo lungo, considerando il tempo medio di progressione di queste malattie neoplastiche. Nel 5% dei casi la metastasi endobronchiale era la prima manifestazione della neoplasia¹.

Per quanto riguarda il trattamento, questo dipende dalle caratteristiche istologiche del tumore primitivo, dalla localizzazione anatomica, dall'evidenza di metastasi in altre sedi, dai sintomi del paziente, dal suo *performance status* e dalla sua aspettativa di vita. Spesso il trattamento è limitato alla terapia convenzionale della malattia neoplastica diagnosticata. Tuttavia, sono disponibili vari trattamenti endoscopici allo scopo di alleviare sintomi respiratori come dispnea, emottisi o polmonite ostruttiva causata dalla metastasi endobronchiale. Le metastasi endobronchiali possono essere trattate con laser, elettrocoagulazione, crioterapia o brachiterapia o terapia fotodinamica. Se l'ostruzione richiede una immediata ricanalizzazione i metodi endoscopici efficaci sono la coagulazione/vaporizzazione con laser o con elettrocoagulatore seguito da disostruzione meccanica della massa tumorale. Nei casi in cui dopo la terapia disostruttiva il lume tracheobronchiale non presenti un calibro soddisfacente trova indicazione il posizionamento di stent ⁴.

Bibliografia

- ¹ Marchioni A, Lasagni A, Busca A, et al. Endobronchial metastasis: an epidemiologic and clinicopathologic study of 174 consecutive cases. *Lung cancer* 2014;84:222-228. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2014.03.005>
- ² Sfrensen JB. Endobronchial metastases from extrapulmonary solid tumors. *Acta Oncol* 2004;43:73-79. <https://doi.org/10.1080/02841860310018053>
- ³ Kiryu T, Hoshi H, Matsui E, et al. Endotracheal/endobronchial metastasis: clinicopathologic study with special reference to developmental modes. *Chest* 2001;119:768-775. <https://doi.org/10.1378/chest.119.3.768>
- ⁴ Casalini A. *Pneumologia Interventistica*. Milano: Springer 2007.