

Milano, 5 aprile 2017 – A caratterizzare la nona edizione del Corso di Oncologia Toracica tenutosi a Napoli nelle giornate del 31 marzo-1 aprile e organizzato dall'Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri (AIPO) è stata senza dubbio l'originalità. Nel corso della due giorni partenopea infatti non si è parlato solo di tumore al polmone e dei nuovi approcci diagnostici e terapeutici ma anche dei legami fra questa patologia ed altre che interessano l'apparato respiratorio e di comunicazione medico-paziente.

Ad aprire i lavori è stato infatti l'intervento dal titolo "Il Counseling in oncologia", tenuto da Maria Giovanna Russo, Responsabile dell'Unità Operativa Complessa di Cardiologia Università di Napoli - A.O Monaldi. Durante questa battuta d'apertura Maria Giovanna Russo ha sottolineato come negli ultimi anni si sia passati da una medicina di stampo paternalistico a una medicina difensiva che riconosce il diritto del paziente a essere debitamente informato circa il suo stato di salute. Il problema quindi non è più se comunicare o meno la malattia ma come farlo, quali parole usare. Maria Giovanna Russo ha evidenziato come manchi nell'attuale percorso formativo della facoltà di Medicina e Chirurgia una preparazione focalizzata sulla comunicazione medico-paziente, aspetto molto importante nella pratica clinica quotidiana.

Silvia Novello, Professore Ordinario di Oncologia Medica presso l'Università degli Studi di Torino ha tenuto una lezione magistrale dal titolo "Gli ultimi dieci anni dell'Oncologia Toracica" durante la quale ha descritto i più rilevanti mutamenti che hanno investito e profondamente mutato questa branca dell'oncologia, facendo particolare riferimento alla malattia metastatica.

"Negli ultimi dieci anni tre grandi cambiamenti hanno modificato gli scenari dell'oncologia toracica – spiega Silvia Novello – il primo risale al 2008 ed è l'introduzione del concetto di istologia come fattore predittivo di risposta. Prima di allora la nostra era una distinzione dicotomica fra tumore a piccole cellule e tumore non a piccole cellule perché le terapie erano fondamentalmente distinte solo sulla base di queste due categorie di malattia. Dal 2008 si è iniziato a parlare di terapia mirata in quanto per la prima volta si sono registrati dati a favore di un trattamento specificatamente per l'istologia 'non-squamosa'. La cosa importante, dal mio punto di vista, non è tanto l'introduzione di una nuova combinazione terapeutica, quanto le conseguenze che questa introduzione ha portato nell'approccio al paziente affetto da tumore polmonare: dare importanza all'istologia ha fatto sì che si riconoscesse la multidisciplinarietà come concetto fondamentale al fine di migliorare i processi diagnostici e arrivare a un'ottimale impostazione della terapia".

"Il secondo grande cambiamento è stato l'ingresso della medicina di precisione nell'oncologia toracica – continua Silvia Novello – Mi riferisco all'ingresso di questo nuovo approccio in quanto ci troviamo ancora in una fase precoce dello stesso. Con questo approccio infatti possiamo solo curare una minima parte di pazienti che presentano determinate alterazioni molecolari. E' stato comunque un cambiamento notevole: ora molti pazienti possono ricevere, in alternativa al trattamento chemioterapico, una terapia mirata spesso in compresse. Ciò ha permesso di migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici trattati con i nuovi farmaci e di ottenere migliori dati di sopravvivenza".

"Il terzo cambiamento è rappresentato dall'ingresso avvenuto negli ultimi due anni dell'immunoterapia. In verità, gli investimenti su questo versante nell'ambito dell'oncologia toracica sono in essere da

parecchi anni, ma solo con l'avvento degli immunocheckpoints sono stati descritti dati positivi per il tumore polmonare”.

“Oltre a queste tre grandi novità che ho precedentemente descritto, altri cambiamenti hanno interessato l'ambito dell'oncologia toracica, basti ricordare la nuova stadiazione introdotta lo scorso gennaio, nuove tecniche chirurgiche e radioterapie, nuove metodiche diagnostiche sia nella raccolta che nell'analisi del materiale, tutte innovazioni che riflettono quello che è l'approccio alla malattia, ossia un approccio multidisciplinare dove le diverse figure specialistiche svolgono ognuna un ruolo cruciale”.

Durante il corso si è parlato anche del rapporto fra tumore al polmone e altre patologie che colpiscono l'apparato respiratorio.

“Il legame fra broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e cancro del polmone è da ricercarsi nel processo infiammatorio cronico, che sappiamo essere un fattore di rischio, indipendente dal fumo di sigaretta, nella patogenesi tumorale. Il carcinoma polmonare insorgerebbe da un substrato infiammatorio cronico, come avviene in tante forme tumorali” commenta Stefania Greco Dirigente Medico presso l'Unità Operativa di Pneumologia Oncologica Ospedale San Camillo Forlanini di Roma.

“L'evidenza di un rapporto causa effetto fra BPCO e carcinoma polmonare ha permesso di sperimentare strategie di prevenzione primaria che sfruttano farmaci di uso comune, come i corticosteroidi inalatori e le statine, e nuove, più efficaci modalità di selezione dei pazienti da sottoporre a screening con TC a basse dosi”.

“In questo contesto la figura dello pneumologo ha un ruolo chiave, anche per l'impulso che può dare alla corretta diagnosi di BPCO, oggi largamente sotto-diagnosticata o mal diagnosticata”.

“I rapporti fra tubercolosi e cancro sono complicati e da alcuni definiti 'pericolosi'. Risale al 1810 la diagnosi dei primi casi di tubercolosi e cancro al polmone presenti contemporaneamente nello stesso soggetto. Da quel momento si è insinuato il sospetto che la tubercolosi potesse essere un fattore di rischio per il tumore al polmone” spiega Roberto Parrella Direttore dell'Unità operativa complessa di Infettivologia respiratoria dell'Ospedale Monaldi Cotugno di Napoli.

“Un'ipotesi, largamente condivisa, è che il rimodellamento del polmone causato dalla tubercolosi possa costituire un fattore di rischio per l'insorgenza di tumore. Inoltre, diversi studi clinici hanno messo in evidenza come la tubercolosi costituisca un fattore indipendente di rischio per l'insorgenza del cancro al polmone” continua Parrella.

“Esistono numerosi studi di coorte e revisioni sistematiche della letteratura scientifica, che riguardano soprattutto popolazioni asiatiche, che hanno dimostrato come il rischio di contrarre un tumore al polmone sia 11 volte più alto in pazienti con tubercolosi rispetto alla popolazione non tubercolare. I suddetti risultati sono stati poi confermati da studi danesi e svedesi”.

“E' inoltre ampiamente condivisa l'ipotesi che cancri occulti possano emergere nei mesi immediatamente successivi alla diagnosi di tubercolosi. Questi dati devono quindi portare i clinici ad alzare i livelli di guardia nel monitorare pazienti affetti da tubercolosi che presentino sintomi sospetti e, a volte mal interpretati in quanto non direttamente riconducibili a forme tumorali” conclude Parrella.

*fonte: ufficio stampa*