

## **Tumore del polmone.**

Il tumore del polmone rappresenta la neoplasia con la maggiore mortalità. Risulta essere secondo per incidenza, sia nel maschio che nella femmina, solo al Ca della prostata e al Ca della mammella.

I fattori di rischio maggiormente coinvolti nella sua genesi sono:

- Fumo di sigaretta (calcolato in pacchetti X die)
- Esposizione ad asbesto
- Esposizione ad arsenico
- Esposizione a clorometilene
- Esposizione a idrocarburi aromatici
- Esposizione a Nichel e Radon

Importante è la diagnosi precoce in quanto il Ca del polmone risulta essere asintomatico per buona parte della sua evoluzione. Solitamente da segni della sua presenza in una fase molto avanzata.

La sintomatologia d'esordio può essere legata a:

- Sintomi d'organo (tosse, dispnea, emottisi, dolore, febbre)
- Sintomi extrapolmonari
- Sintomi paraneoplastici

I sintomi extrapolmonari spesso sono legati alla compressione su strutture vicine:

- Disfagia
- Disfonia
- Sindrome di Bernard-Horner
- Da metastasi (ossee, cerebrali, linfonodali, surrenali)

Tumore di Pancoast.

Tumore del solco superiore (apice polmonare). Da sintomatologia da compressione su:

- N. laringeo ricorrente sx (disfonia)
- Ganglio stellato

Il trattamento si basa sulla combinazione di:

1. chemioterapia
2. radioterapia
3. chirurgia

Il trattamento del Ca polmonare necessita di un'attenta valutazione istologica e sulla stadiazione.

Stadiazione (TNM):

T1: tumore uguale o inferiore a 3 cm senza interessamento della pleura viscerale e/o del bronco principale.

T2: tumore di dimensioni maggiori a 3 cm oppure di qualunque dimensione che però sia localizzato a 2 cm dalla carena tracheale, o che coinvolga la pleura viscerale, o provochi atelettasia polmonare.

T3: qualunque dimensione purché infiltri la parete toracica, il diaframma, la pleura mediastinica, dia atelettasia di un intero polmone o sia entro 2 cm dalla carena tracheale.

T4: qualunque tumore che invada il mediastino, il cuore o i grossi vasi, la trachea o il corpo vertebrale, la carena, che presenti noduli multipli in uno stesso lobo e/o versamento pleurico.

N0: non evidenza di metastasi linfonodali.

N1: metastasi a carico dei linfonodi bronchiali o ilari omolaterali al tumore primitivo.

N2: metastasi a carico dei linfonodi mediastinici e carinali omolaterali.

N3: metastasi a carico dei linfonodi ilari, mediastinici e carinali controlaterali o sovraclaveari.

M0: non evidenza di metastasi a distanza.

M1: presenza di metastasi a distanza.

La stadiazione ci consente di:

1. programmare la terapia
2. formulare la prognosi
3. confrontare i risultati

Anatomo-patologia:

- NSCLC (epidermide, larghe cellule anaplastiche, adenocarcinoma)
- SCLC (microcitoma)

Gli SCLC hanno solitamente una prognosi più sfavorevole ed raramente indicata la terapia chirurgica.

La terapia chirurgica comprende:

- Lobectomia
- Resezione
- Sleeve lobectomy

Spasmex