

LXXXV Congresso Nazionale
Relazione Ufficiale
I Tumori dell'Ipofaringe e dell'Esófago Cervicale
di Francesco Marzetti



I tumori dell'ipofaringe e dell'esófago cervicale rappresentano una patologia relativamente rara, ma di grande importanza per la sua gravità e per le implicazioni diagnostico-terapeutiche ad essa correlate. È per questi motivi che al Congresso S.I.O. di Milano del maggio 1996 ho proposto, quale Relazione Ufficiale per il 1998, di trattare questo argomento, per me particolarmente interessante per le problematiche di chirurgia ricostruttiva che la maggior parte dei tumori di questa regione comporta per il conseguimento di buoni risultati morfologico-funzionali e di qualità di vita reale o residua. Sin dagli inizi della mia attività professionale ho dedicato la maggior parte della mia attenzione alla chirurgia oncologica, favorito e stimolato dal mio Maestro, prof. Carlo Agazzi, che, fin dagli anni '70, aveva iniziato ad affrontare le ricostruzioni in ambito cervico-cefalico. Per questi motivi fui invogliato da Lui stesso ad iscrivermi alla scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica Ricostruttiva con il prof. Sanvenero Rosselli, per approfondire le conoscenze della chirurgia ricostruttiva in ambito oncologico della testa e del

collo. La ormai decennale attività presso l'Istituto «Regina Elena» per lo studio e la cura dei tumori di Roma, ha ulteriormente contribuito a sviluppare l'interesse per la chirurgia oncologica ed in particolare per quelle patologie che, per la complessità di trattamento, potevano e dovevano giustamente essere trattate principalmente in centri altamente qualificati e specializzati. I dati epidemiologici sui carcinomi ipofaringeo-esófagei riportano un'incidenza bassa se rapportata agli altri istotipi tumorali, che comunque mette drammaticamente in evidenza quanto scarse siano le possibilità di guarigione di queste neoplasie maligne. È noto che uno dei motivi principali di una prognosi infausta risiede, oltre che nella velocità di diffusione loco-regionale e a distanza delle cellule tumorali, nel ritardo diagnostico particolarmente evidente in queste sedi anatomiche. In effetti, la scarsità della sintomatologia degli stadi iniziali e le difficoltà diagnostiche degli stadi precoci fa sì che il tumore dell'ipofaringe ed ancor più dell'esófago cervicale, sia diagnosticato ed evidenziato generalmente in III o IV stadio di malattia. Da qui la necessità di un approfondimento ed affinamento delle metodiche diagnostiche che non possono essere disgiunte da una dettagliata conoscenza ed attenta valutazione di tutti i segni clinici premonitori che possano far sospettare la presenza di una localizzazione neoplastica nei distretti in esame. In questo particolare settore, acquista notevole importanza un'attenta indagine anamnestica tendente alla valutazione del livello socio-economico ed all'uso ed abuso di abitudini voluttuarie principalmente rappresentate dall'alcool e dal tabacco e dalla dimostrata associazione con la sindrome di Plummer-Vinson. Come risulta evidente dallo studio epidemiologico da noi effettuato, l'incidenza delle neoplasie maligne dell'ipofaringe ed esófago cervicale è nettamente superiore, nel nostro Paese, nelle regioni in cui l'uso ed abuso di bevande alcoliche è notoriamente più elevato. È tra queste fasce di popolazione a rischio che l'attenzione dello specialista deve essere principalmente indirizzata, tanto che sarebbe auspicabile una maggiore «educazione sanitaria» rivolta non solo nei confronti della popolazione, ma anche e soprattutto nei confronti dei medici di base ai quali compete la responsabilità dell'approfondimento diagnostico della popolazione a rischio. È lo specialista otorinolaringoiatra, che nell'ambito di una indispensabile collaborazione interdisciplinare, dovrà eseguire tutte le indagini diagnostiche oggi a nostra disposizione, che, come è noto, vanno da un attento esame

clinico palpatorio, ad un esame endoscopico completo delle vie aero-digestive, da effettuarsi con l'utilizzo dei mezzi ottici di ingrandimento sia rigidi che flessibili, ed al prelievo biptico con esame istologico delle lesioni sospette. Nell'ottica di una chirurgia ove possibile funzionale e comunque ricostruttiva con ripristino della continuità della via digestiva e delle capacità deglutitorie, si rendono altresì indispensabili le indagini diagnostiche radiologiche e per immagini, che permettono una affidabile valutazione topografica delle lesioni, premessa indispensabile per una corretta programmazione di chirurgia demolitivo-ricostruttiva. Date le premesse riportate riguardo alla difficoltà di ottenere una diagnosi precoce nei tumori ipofaringo-esofagei, gli interventi di chirurgia parziale hanno un ruolo importante, ma relativamente marginale. Storicamente il primo intervento parziale per un carcinoma del seno piriforme fu una emilaringectomia atipica eseguita da Billroth nel 1875. Nei primi anni del '900 Quènu e Sebileau (1904) descrissero la faringectomia laterale retrocricoidea, che secondo molti può essere considerata la base della chirurgia parziale del faringe aprendo la strada successivamente alla chirurgia parziale orizzontale della laringe. Nel 1913 Trotter descrisse una faringectomia parziale per tumori piccoli della parete laterale del seno piriforme. È solo negli anni '60 che la chirurgia parziale dell'ipofaringe trovò la sua consacrazione definitiva con gli interventi descritti da Alonso (emifaringo-laringectomia parziale sopraglottica) e da Paul André con la emifaringo-laringectomia. In realtà, a tutt'oggi la terapia chirurgica di questi distretti raramente consente il salvataggio d'organo e pertanto è generalmente gravata dalla realizzazione di un tracheostoma definitivo. Furono per primi Paul André e Jacques Pinel (1962) a praticare in un unico tempo un intervento che evitasse la permanenza del faringostoma, ricostruendo in unico tempo la continuità del canale alimentare. A partire dal 1960 vennero proposti i lembi delto-pettorali di Bakamjian e dal 1975 i lembi miocutanei utilizzati con successo per ricostruzioni parziali o totali dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale. In un distretto particolare come quello ipofaringo-laringo-esofageo le possibilità consentite dalla chirurgia ricostruttiva hanno permesso di effettuare demolizioni più ampie ed ottenere più valida radicalità oncologica. È però soprattutto il ripristino della funzione deglutitoria e l'integrità della continuità della via digestiva a determinare un notevole miglioramento della qualità di vita del paziente. Questo è uno dei motivi principali che ha determinato il fiorire di numerosi protocolli terapeutici basati sull'associazione chemio-radioterapica al fine di raggiungere non solo la guarigione del paziente, ma realizzare il salvataggio d'organo e delle funzioni ad esso correlate. Nei protocolli già in atto in numerosi centri nazionali ed internazionali, alla chirurgia viene riservato il compito di «salvataggio» in caso di fallimento della terapia medica-radiante. Ancora oggi purtroppo però non siamo in grado di valutare esattamente l'apporto terapeutico offerto dalla chemioterapia, da molti illustri cultori ritenuto solo come «indicatore biologico» nei confronti della radioterapia o della chirurgia, a fronte di una immunodepressione e di effetti collaterali che peggiorano la qualità di vita durante il tempo di somministrazione. Inoltre non siamo in grado di avere risultati clinici attendibili sull'eventuale possibile applicazione di altri protocolli impostati su basi scientifiche diverse da quelle attualmente in uso. Oggi la chirurgia ricostruttiva ha ulteriori campi di sviluppo per poter migliorare la qualità funzionale della vita di questi pazienti. Mi riferisco in particolare ai lembi peduncolati, ai lembi liberi rivascolarizzati con tecnica microchirurgica ed alle trasposizioni viscerali. L'attualità e l'importanza di queste metodiche ricostruttive è confermata dal sempre crescente interesse nell'utilizzo dei lembi rivascolarizzati sia in ambito nazionale che internazionale; e non a caso in Italia negli ultimi anni sono stati organizzati Congressi e Corsi di notevole rilevanza come quelli di Alghero del 1994, Trieste 1996 e Pavia 1997. È pertanto con sentita riconoscenza che ringrazio l'A.O.O.I. per aver prescelto questo tema di Relazione per l'85° Congresso Nazionale della S.I.O. che secondo i suoi dettami è stata realizzata dal gruppo interdisciplinare dell'Istituto Regina Elena di Roma, con la collaborazione del gruppo dell'Ospedale «Fatebenefratelli» Isola Tiberina, che per stretta collaborazione di lunga data e per impostazione diagnostico terapeutica, rappresentano a mio avviso, l'espressione di una Scuola, di Chirurgia Oncologica Cervico-Cefalica.

Francesco Marzetti

Indice

Prefazione

F. Marzetti

Epidemiologia del cancro dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

(E.M.S. Conti, M. Caperle, V. Ramazzotti, S. Roscioni)

Anatomia funzionale della regione ipofaringo-esofagea

(P. Ruscito, L. de Campora, R. Morello)

Fattori prognostici

(O. Palma, M.G. Vigili, A. Marzetti)

Anatomia patologica

(O Palma)

Sintomatologia e semeiotica clinica

(M. Ducci, R. Morello, F. Bozza)

Criteri classificativi del carcinoma dell'ipofaringe

(A. Camaioni)

Diagnostica per immagini

(M. Crecco, A. Vidiri)

Studio dinamico della deglutizione oro-faringo-esofagea

(P. Cerro)

Carcinoma del seno piriforme

(M.G. Vigili, O. Palma, A. Marzetti)

Carcinoma dell'area retro-cricoidea

(E. de Campora, M. Radici)

Carcinoma della parete posteriore dell'ipofaringe

(P. Ruscito, M. Ducci, R. Morello)

Carcinoma ipofaringo-esofageo

(G.M. Galfano, F. Bozza, P. Ruscito, A. Marzetti)

Carcinoma ipofaringo-esofageo esteso alla giunzione cervico-mediastinica

(E. de Campora, M. Radici, G. Cucchiara, G. Blasi)

La chirurgia ricostruttiva nel trattamento dei tumori ipofaringo-esofagei

(S. Pompei, M. Tedesco, A. Barile, A. Marzetti)

Trattamento di N

(M.G. Vigili, G.M. Galfano, A. Marzetti)

Terapia radiante

(G. Arcangeli, B. Saracino)

Chemioterapia

(P. Carlini, E.M. Ruggeri, F. Cognetti)

Endoscopia nelle patologie dello ipofaringe e dell'esofago cervicale

(V. Casale, R. Lapenta, A. Gigliozzi)

Riabilitazione

(C. Bellussi, M. Ducci, F. Bozza)

Risultati oncologici

(P. Ruscito, M. Radici, G.M. Galfano)

Conclusioni

(F. Marzetti)

Abstract