

LXXXVII Congresso Nazionale

Relazione Ufficiale

I Tumori Epiteliali Maligni del Cavo Orale

di Enrico de Campora



Sono trascorsi quasi trent'anni da quando Borasi e Collaboratori presentarono una splendida, documentata relazione sui tumori del cavo orale. Da allora il rinnovamento delle conoscenze ha indotto ad una immagine molto diversa di tali affezioni che ci si presentano, oggi, con un volto più definito ed articolato. Questa constatazione, unitamente all'esperienza acquisita in quasi 35 anni di lavoro dedicato anche alla patologia oncologica del cavo orale, mi indussero tre anni fa a proporre all'AOOI, prima ed alla SIO successivamente, questo tema di Relazione. Ma accanto a queste motivazioni, per così dire tecniche, ve ne era una dai contenuti affettivi. La chirurgia oncologica del cavo orale costituiva campo di interesse e di studio che condividevo con Francesco Marzetti, questa Relazione doveva costituire ulteriore motivo di rinsaldamento del nostro sodalizio, offrendo ad entrambi la gioia di un lavoro comune, fianco a fianco, come per tanti anni abbiamo fatto. Il destino ha deciso diversamente ed oggi questa Relazione vede la luce senza uno dei suoi protagonisti. Io mi sono sforzato di pensare di scrivere anche a nome di Francesco che, comunque, è quotidianamente

vivo e presente nei miei pensieri, nel mio affetto, nel mio ricordo. La Relazione parte segnalando alcune palesi contraddizioni. Il cavo orale è di facile accesso e di immediata esplorabilità, eppure il ritardo diagnostico medio è di circa 6 mesi, una eternità in ambito oncologico. La conoscenza della etiologia dei tumori del cavo orale si è significativamente arricchita di dati di definito valore, la popolazione dei fumatori è in proporzione diminuita rispetto a 30 anni fa, eppure i dati epidemiologici segnalano un costante incremento del n°/casi/anno e, quel che è peggio, è sempre maggiore la incidenza di malattie in fase avanzata. Mi pare che di ciò siano in pari misura responsabili i pazienti stessi ed i medici. I pazienti per la scarsa attenzione e cura della propria salute, i medici (medici di base, odontoiatri ecc.) per la errata e tardiva interpretazione di ulcerazioni del cavo orale, troppo a lungo trattate con colluttori, farmaci per uso topico, antitumorali! Ma ciò che è radicalmente cambiato rispetto a trenta anni fa sono:

- la diagnostica per immagini;
- le prospettive di cura.

La diagnostica per immagine ha realizzato progressi inimmaginabili solo fino a pochi anni fa. Il Clinico dispone oggi di metodiche così sensibili e sofisticate da permettere una topodiagnosi tumorale di notevole precisione, che consente l'articolazione di protocolli terapeutici mirati, indicando le vie ottimali dell'approccio chirurgico ed i confini di sicurezza delle exeresi. Altrettanto significativi i progressi in ambito terapeutico. La chirurgia, grazie all'allestimento di raffinate e, spesso, complesse tecniche ricostruttive, ha saputo spingere i limiti della demolizione a confini estremi. Siamo oggi in grado di ricostruire perfettamente osso, muscolo, tegumento, e ciò fa sì che il confine della chirurgia demolitiva venga tracciato più da considerazioni etiche e razionali, che non da possibilità tecniche. Il limite estremo della chirurgia sembra ormai vicino, qualcosa in più si potrà forse realizzare in tema di recupero funzionale, ma più di tanto è difficile immaginare sia possibile spingersi. Considerazioni per certi aspetti analoghe possono porsi per la radioterapia. L'utilizzo della TAC per la programmazione terapeutica, l'impiego ogni giorno più diffuso dell'Acceleratore lineare, hanno consentito di "centrare" con sempre maggior precisione l'area da

irradiare, risparmiando, per quanto possibile, i tessuti contigui. Da ciò sono derivati vantaggi plurimi quali:

- più sicuro utilizzo di più alti dosaggi;
- migliori risultati terapeutici;
- minori effetti collaterali.

La chemioterapia, viceversa, al di là della spiccata aggressività dei suoi interpreti, non ha mantenuto le promesse più volte formulate, nella sostanza fallendo completamente l'obiettivo della radicalità terapeutica. Attualmente l'impiego della chemioterapia è finalizzato ad un duplice ruolo: - predittore di risposta del tumore - nelle integrazioni terapeutiche. Nel primo caso, come è noto, il tipo di risposta al trattamento chemioterapico viene utilizzato per definire la progressione terapeutica, nel senso di avviare alla radioterapia i casi responsivi ed alla chirurgia quelli non responsivi.

Certamente più interessante il secondo ruolo, specie nel caso in cui la chemioterapia sia somministrata contemporaneamente alla Radioterapia (a sua volta erogata in dosi giornaliere frazionate). La nostra esperienza nel trattamento delle forme avanzate con impiego di chirurgia primaria seguita da trattamento combinato, concomitante, radiochemioterapico, è assolutamente positiva, con incremento della curva di sopravvivenza a 5 anni dal 20% al 45%. Sono peraltro convinto che malgrado gli innegabili progressi fin qui realizzati, gli strumenti terapeutici di attuale utilizzo, chirurgia, radioterapia, chemioterapia, siano ormai vicini ai loro limiti estremi. Ne deriva pertanto che il trattamento dei tumori del cavo orale dovrà individuare altre strade da percorrere, magari partendo da una più precisa e definita conoscenza dei più intimi meccanismi che sottendono al loro divenire. Per concludere un accenno ai principi di etica che devono informare il comportamento di quanti si accostino alle plurime problematiche poste dai tumori del cavo orale. La chirurgia oncologica di tale distretto incide in modo spesso devastante non solo sulla anatomia, bensì anche, e soprattutto, sulla fisiologia. Ne derivano problematiche di ordine morale, sociale, familiare, che possono talora sconvolgere la vita di intere famiglie. La cultura e l'intelligenza, anche le più profonde, del paziente affetto da tale patologia, il più delle volte non possono consentire di prevedere quanto ed in che forma la qualità della vita ne sarà condizionata. Il consenso informato acquista pertanto, in tale ambito, significato e connotazioni tutte particolari, e comunque tali da escludere qualsiasi interpretazione prettamente burocratica. Il confine fra terapia ed accanimento terapeutico può essere così sfumato da affidarsi più che alle capacità tecniche del chirurgo, alla sua coscienza, al suo buon senso e, soprattutto, alla consapevolezza di compiere un atto di cui il paziente abbia la coscienza più completa. Nel proporre il tema di Relazione sui tumori del cavo orale, non avevo, certo la presunzione di offrire un contributo determinante alla soluzione del problema oncologico. Speravo però che l'assemblaggio della cultura e dell'esperienza specifica di Colleghi di così grande qualità, unitamente alla nostra esperienza, potesse offrire un contributo attuale, aggiornato, preciso per quanto possibile, delle conoscenze sui tumori del cavo orale. In questo nostro lavoro abbiamo dovuto fare una selezione dei dati da presentare, privilegiando quelli che più frequentemente possono essere di utile impiego in clinica, e trascurando altri di ordine biologico, certo di meno facile digeribilità per il clinico. Altrettanto dicasi per la letteratura, un mare magnum senza confini, che ci ha costretti ad una scelta radicale, riducendone, salvo rare eccezioni, agli ultimi 10 anni la rassegna. La conclusione della presentazione e, di prammatica, riservata ai ringraziamenti. A tutti i Colleghi ed amici che, con il loro contributo hanno dato sostanza alla Relazione, arricchendola in modo determinante nei contenuti, il mio grazie più sincero. Grazie anche per aver, con grande disponibilità e tolleranza, subito le mie insistenze perché la Relazione fosse pronta per settembre. Se la Relazione viene inviata alle stampe nell'ottobre del '99 anche merito loro. Un grazie particolare all'AOOI ed alla SIO per avermi, ancora una volta, accordata fiducia affidandomi un tema di Relazione, a mio modo di vedere, tanto importante ed impegnativo. Viviamo un momento di grandi cambiamenti nella nostra Società e nell'ambito medico in particolare. Il ruolo del medico viene revocato in discussione e, sempre più spesso, identificato in quello di un freddo, avido burocrate. Credo che per sottrarsi a questa logica esistano, fra le altre, due armi:

- il rispetto delle tradizioni culturali e delle proprie radici;
- la trasmissione alle nuove generazioni dei principi di rispetto, di correttezza, di amore per il proprio lavoro.

E per tale motivo che desidero, sicuro di interpretare anche il pensiero di Francesco, che questa Relazione sia dedicata ad alcuni Colleghi che ho l'onore e la gioia di avere come amici e dai quali così tanto ho imparato:

a Carlo Calearo - Italo de Vincentiis - Dino Felisati - Piero Miani

INDICE

Introduzione

E. de Campora

1. Epidemiologia dei tumori del cavo orale

(E. de Campora, A. Camaioni, G. Cristalli)

2. Le lesioni precancerose della cavità orale

(R. Morello, A. Manieri, P. Ruscito, F. Cianfriglia, L. Palma)

3. Classificazione dei carcinomi del cavo orale

(R. Molinari, G. Cantù, P. Salvatori)

4. Fattori prognostici dei tumori del cavo orale

(E. de Campora, M. Radici, M. Miconi, G.C. Passàli)

5. Nuovi modelli biologici per la valutazione della progressione cellulare

(D. Tirindelli Danesi)

6. L'immunologia del carcinoma squamoso del cavo orale

(G. Cortesina, A. De Stefani, A. Cavalot, P. Rosso, G. Nazionale, R. Albera, M. Bussi)

7. I tumori del cavo orale: diagnostica per immagini

(G. Battaglia, P. Maculotti, M.R. Cristinelli, R. Maroldi, A. Chiesa)

8. I tumori del palato duro

(F. Marzetti, F. Bozza, F. Tauro, G. Tomacelli).

9. I tumori della lingua

(E. de Campora, M. Radici, G. Cristalli)

10. Tumori del pavimento orale anteriore

(E. de Campora, M. Radici, L. de Campora)

11. I tumori del pavimento orale laterale

(E. de Campora, M. Radici, L. de Campora)

12. I tumori maligni della superficie mucosa della guancia

(R.W. Pezzuto, L. Palma)

13. I tumori del trigono retromolare
(R. Molinari, C. Grandi, F. Mattavelli, P. Bruno)
14. I tumori della gengiva
(E. de Campora, G. Bicciole, G.C. Passali)
15. La chirurgia ricostruttiva
(E. de Campora, M. Radici, G. Cristalli, L. de Campora)
16. Problematiehe cliniche del decorso post-operatorio
(E. de Campora, G. Biceiole, A. Camaioni)
17. La radioterapia nel trattamento dei tumori della cavità orale
(G. Arcangeli)
18. La chemioterapia nei tumori del cavo orale
(A. Meeozzi, D. Tirindelli Danesi)
19. Risultati del trattamento dei carcinomi del cavo orale
(R. Molinari, C. Grandi, G. Cantù, S. Podrecca, M. Mingardo, D. Fallahdar, A. Cerrotta, E. de Campora, M. Radici, C. Pianelli)
- 20 I nuovi approcci - Le integrazioni terapeutiche
(E. de Campora, M. Radici, G. Cristalli, L. de Campora)
21. La riabilitazione funzionale
(E. de Campora, M. Radici, C. Pianelli)
22. La riabilitazione protesica
(A. Barlattani)
23. I tumori del cavo orale: considerazioni particolari di etica medica
(E. de Campora, M. Radici, L. de Campora)
24. Il Follow-up post-operatorio
(E. de Campora, G. Bicciole, A. Camaioni, G.C. Passali)