

CONCLUSIONI GENERALI

G. Motta

Nel trattare il tema relativo alla chirurgia endoscopica dei tumori laringei con l'impiego del laser a CO₂ abbiamo tenuto distinti i carcinomi sopraglottici da quelli glottici.

Ciò si è reso necessario in quanto le forme neoplastiche considerate nelle due sedi topografiche assumono caratteristiche cliniche e comportano problematiche chirurgiche diverse: è, però, altresì innegabile che esse presentano numerose affinità per quanto riguarda gli indirizzi da seguire nella valutazione dei risultati.

Presupposto fondamentale per la discussione dei dati emersi dalla nostra ricerca sono i criteri valutativi da impiegare per studiare le possibilità reali delle tecniche chirurgiche adottate.

In proposito negli ultimi anni, nella ricerca oncologica hanno assunto particolare importanza alcuni parametri statistici; noi abbiamo fatto riferimento alla Sopravvivenza attuariale Globale (SAG), alla Sopravvivenza Attuariale Corretta (SAC) ed alla Non Evidence of Disease (NED). Indubbiamente esistono in letteratura altri parametri simili o addirittura sostanzialmente uguali (anche se identificati da acronimi diversi), che però non ci sembra offrano vantaggi reali.

Per la valutazione dei risultati conseguiti nei nostri pazienti, ci siamo anzitutto preoccupati di stabilire la reale importanza che questi parametri rivestono in un'indagine che riguarda tecniche chirurgiche conservative con precise indicazioni e con un rischio di recidive già preventivato. In effetti le tecniche endoscopiche da noi impiegate si propongono di attuare un'exeresi radicale del carcinoma senza per altro sacrificare l'organo interessato – la laringe – che presumibilmente presenta, però, anche in sedi non direttamente infiltrate dalla neoplasia primitiva, una predisposizione alla degenerazione carcinomatosa e quindi una certa tendenza alla comparsa di nuove manifestazioni tumorali.

In tali condizioni un intervento demolitivo, per esempio la laringectomia totale, senza dubbio permette di ottenere risultati dal punto di vista statistico più validi di quelli conseguibili con un'operazione conservativa, ma esso provocherebbe altresì una grave mutilazione.

È evidente quindi – per quanto direttamente ci riguarda – che una valutazione corretta dei risultati di un intervento chirurgico conservativo non può basarsi esclusivamente su rilievi statistici generici, relativi alla sopravvivenza o all'incidenza delle recidive, ma altresì deve:

- calcolare, oltre ai casi che in un determinato arco di tempo guariscono dopo la prima operazione, anche la percentuale di pazienti in cui può aversi la risoluzione della malattia con interventi di recupero;

- accertare i rischi dell'intervento; se essi sono limitati, la tecnica chirurgica potrà essere estesa anche a soggetti anziani o con condizioni generali relativamente scadenti, nei quali altri tipi di operazioni tradizionali comporterebbero percentuali più elevate di complicanze;

- stabilire le caratteristiche del decorso postoperatorio (durata della degenza, tracheotomia, applicazione di sondino naso esofageo ecc.) e dei postumi più o meno invalidanti.

Si tratta di elementi di innegabile importanza per indurre il chirurgo ad attuare precocemente il trattamento chirurgico e il paziente ad accettarlo con altrettanta tempestività, evitando ritardi che limiterebbero le sue indicazioni ed esporrebbero al rischio di insuccessi.

In proposito va ricordato che gli interventi endoscopici con il laser a CO₂, offrono, rispetto alla chirurgia tradizionale rilevanti vantaggi in rapporto con la possibilità:

- di intervenire per le vie naturali;
- di evitare in genere la tracheotomia;
- di rispettare l'integrità dello scheletro cartilagineo (ciò consente di contenere la eventuale diffusione del tumore, nel caso insorgessero delle recidive);
- di attuare un'operazione di breve durata e quindi con un trauma chirurgico ridotto;

- di assicurare di solito un decorso postoperatorio e una degenza decisamente brevi; ciò ha evidenti riflessi psicologici positivi per il malato e comporta una rilevante riduzione dei costi sanitari;

- di provocare solo eccezionalmente delle complicanze; nei nostri casi esse sono state, inoltre, sempre di modesta entità e quindi superate senza difficoltà;

- di assicurare presumibilmente risultati funzionali migliori, principalmente per il fatto che l'operazione per le vie naturali, eseguita sotto il controllo del microscopio, consente al chirurgo di limitare al massimo il danno agli organi vocali, senza peraltro sacrificare la radicalità dell'intervento.

Vogliamo anche segnalare come, secondo i risultati delle nostre indagini, le recidive locali che si palesano dopo oltre tre anni dal primo intervento endoscopico, sottoposte ad un intervento di recupero in microlaringoscopia, presentano in genere una prognosi particolarmente favorevole: questo dato potrebbe indurre a sostenere che in questi casi non si tratti in realtà di vere recidive dovute ad un'exeresi non radicale del tumore primitivo, ma piuttosto di un nuovo tumore che interessa un organo predisposto a tale patologia. Se questa ipotesi fosse valida le lesioni secondarie segnalate, anche se poco frequenti, non possono certo essere considerate un insuccesso della tecnica chirurgica adottata.

Tenuto conto delle considerazioni esposte riteniamo indispensabile discutere gli indirizzi chirurgici da noi seguiti sulla base sia dei risultati ottenuti in 843 pazienti operati nel corso di circa 20 anni e sottoposti ad un adeguato controllo, sia delle opinioni espresse da altri AA. in letteratura; in proposito noi faremo riferimento in que-

ste conclusioni ai risultati ottenuti nei pazienti con carcinomi glottici e sopraglottici, tenendo conto degli elementi comuni ai due gruppi:

– nei carcinomi limitati, T1, i nostri dati, in accordo con quelli della letteratura, documentano la validità della chirurgia endoscopica attuata con il laser a CO₂; non vi è dubbio, però, che se l'indicazione di tale chirurgia fosse circoscritta a queste forme neoplastiche, il suo campo di applicazione dovrebbe ritenersi piuttosto limitato;

– nei tumori classificati T2 le osservazioni da noi effettuate dimostrano l'efficacia degli interventi attuati; in letteratura vari AA., con esperienza in questo settore chirurgico, si dichiarano contrari all'impiego del trattamento endoscopico nelle forme tumorali non circoscritte, ed in particolare nei tumori glottici estesi alla commessura anteriore ovvero che comportino una riduzione della motilità laringea; in genere però tali riserve non vengono documentate da precise esperienze e da adeguate osservazioni cliniche.

Per contro i rilievi effettuati nei malati da noi operati documentano, anche in queste forme neoplastiche, percentuali di successo non inferiori a quelle conseguite con le tecniche tradizionali; queste ultime tuttavia non offrono, rispetto alla chirurgia endoscopica, i rilevanti vantaggi illustrati in precedenza;

– nelle forme neoplastiche più estese – classificate T3 – la chirurgia endoscopica può giustificarsi, a nostro parere, solo in casi selezionati, cioè in pazienti nei quali l'assenza della motilità laringea, dipende da fattori meccanici (per es. il volume del processo patologico) o da un'infiltrazione delle strutture muscolari, senza che si abbia una diffusione in profondità del carcinoma. La selezione di questi casi deve avvalersi naturalmente anche delle moderne tecniche per immagini; se essa è effettuata correttamente, le metodiche chirurgiche endoscopiche consentono in una percentuale elevata di tali pazienti di guarire senza postumi invalidanti e con rischi chirurgici molto ridotti;

– non riteniamo logico contrapporre gli interventi ricostruttivi (cricoioidopessia; cricoioidoepiglottopessia) alle operazioni endoscopiche da noi illustrate; a nostro parere, però, queste ultime vanno senz'altro preferite quando vi sono le relative indicazioni o quando comunque non esistono controindicazioni alla loro attuazione (infiltrazione dello scheletro cartilagineo; diffusione del carcinoma alla loggia io-tiro-epiglottica o alle regioni paralaringee) per il trauma ridotto che comportano e quindi per i limitati rischi a cui espongono i malati, anche in età avanzata o con condizioni generali compromesse;

– le osservazioni effettuate nella nostra casistica escludono – contrariamente al parere di altri AA. – la necessità di interventi di principio sui linfonodi laterocervicali. Nei pazienti da noi operati la comparsa secondaria di metastasi linfonodali regionali ha riguardato una percentuale molto limitata di casi e gli interventi in essi attuati sono stati seguiti in genere da successo.

Naturalmente nella chirurgia oncologica laringea il laser a CO₂ deve essere impiegato adottando tecniche corrette; alcuni AA. hanno proposto in passato di procedere all'exeresi dei tumori cordali per vaporizzazione del tessuto neoplastico; è evidente, in proposito, che tale metodica, oltre ad essere altamente traumatizzante, in quanto espone i tessuti adiacenti al tumore ad una prolungata azione termica da par-

te del laser, non può essere accettata da un punto di vista oncologico, in quanto riduce le garanzie di radicalità all'intervento.

Analoghe riserve sono da noi sollevate nei riguardi di quelle tecniche che programmano l'asportazione della neoplasia in diversi frammenti: è innegabile che ciò può rendersi necessario qualora il tumore sia particolarmente voluminoso, ma siamo convinti che in generale si debba cercare di attuare un'exeresi del processo patologico in un unico blocco, anche per poter meglio valutare la radicalità dell'operazione attraverso lo studio dell'integrità delle zone marginali del reperto chirurgico.

Altrettanto rigorosa dovrà essere la selezione dei pazienti da sottoporre ad interventi in microlaringoscopia con il laser a CO₂; un accanimento nell'adozione di tale tecnica, nei casi in cui non sia logicamente possibile attuare un'exeresi radicale del tumore per via endoscopica, comporta necessariamente degli insuccessi ingiustificati, potendosi ricorrere in tali casi ad interventi più demolitivi ma in grado di prospettare migliori possibilità di guarigione.

Per contro non ci sembra logico, alla luce dei dati esposti, limitare le indicazioni degli interventi con il laser a CO₂ a forme neoplastiche troppo circoscritte, impedendo a molti pazienti di usufruire dei rilevanti vantaggi che tale tecnica offre.

Non vi è dubbio comunque che gli interventi endoscopici con l'impiego del laser sono destinati a trovare sempre più largo impiego: Eckel et al. fanno rilevare in proposito che, negli USA, le operazioni attuate con l'impiego del laser nei carcinomi laringei hanno costituito nel 1990-1992 il 43,7% degli interventi praticati in questo settore, mentre tale percentuale era nel 1980-1985 del 34%. Una tale diffusione della chirurgia in questione, come sostengono gli AA. citati, si spiega essendo essa indicata nel trattamento oltre che dei carcinomi *in situ* anche dei tumori allo stadio I e II, cioè delle forme che incidono con frequenza più elevata nelle varie casistiche.

Va aggiunto che anche altri fattori contribuiscono sicuramente alla diffusione delle tecniche chirurgiche endoscopiche considerate; per quanto riguarda la nostra esperienza gli ottimi risultati ottenuti con gli interventi illustrati, una migliore educazione

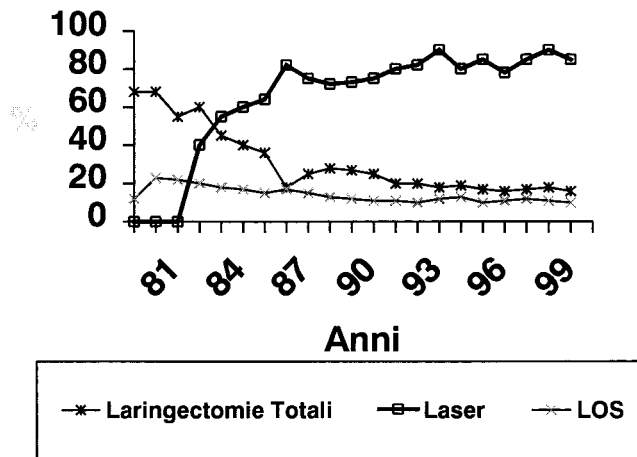


Fig. 1
 Incidenza delle diverse tecniche chirurgiche adottate negli ultimi 20 anni nel trattamento dei tumori laringei.

sanitaria ed una più precisa informazione dei pazienti hanno indotto negli ultimi anni una percentuale sempre più alta di soggetti con disfonia a consultare tempestivamente gli specialisti anziché sfuggire alla visita medica per il terrore di essere sottoposti all'intervento di laringectomia totale: ciò ha favorito la diagnosi precoce di eventuali processi neoplastici e ha consentito, quindi, di attuare in un numero sempre maggiore di casi gli interventi endoscopici illustrati; si è avuto così (Fig. 1), non solo un loro considerevole aumento percentuale, ma anche un'evidente riduzione delle operazioni invalidanti e un miglioramento dei risultati oncologici e funzionali.