

Mesotelioma pleurico in anziana paziente

Franco Carnesalli

Medico di medicina generale
Milano
Area Pneumologica AIMEF

La signora Angela è una vivace vecchietta di 77 anni, mia assistita da molto tempo. Ha sempre goduto di buona salute, è una modesta fumatrice e, dopo la separazione dal marito, ha mantenuto un'attività lavorativa come accompagnatrice di anziani o segretaria in uffici e studi medici. Trascorre dei periodi di vacanza visitando capitali d'Europa, per la sua passione per l'arte e la storia. Una mattina, giungendo in ambulatorio, la trova seduta sui gradini dell'ingresso, vistosamente dispnoica e pallida.

All'anamnesi è presente una lomboartrosi che saltuariamente ha provocato periodi di sofferenza e ipertensione arteriosa ben controllata farmacologicamente. Nell'arco degli ultimi due anni ha presentato due episodi di tromboflebite superficiale facilmente regrediti.

Sei mesi fa, per una forma bronchitica prolungata, la signora Angela aveva anche eseguito una radiografia del torace, che mostrava solo una leggera accentuazione della trama broncovasale.

Negli ultimi mesi la paziente ha lamentato astenia aspecifica e inappetenza, con moderato calo ponderale. Non essendo la classica ipocondriaca, avevo richiesto esami di laboratorio ed elettrocardiogramma, che sono risultati negativi.

Essendo la signora Angela impegnata attualmente come nonna per molte ore al giorno con due vivaci nipotini, in prima ipotesi ho ipotizzato una possibile stanchezza e stress. I parenti della paziente mi hanno anche riferito di "vederla sottotono rispetto al solito" e che si lamenta di marcata astenia e lieve dispnea da sforzo.

■ **Visita:** eseguo un elettrocardiogramma che risulta normale, anche polso e pressione arteriosa sono nella norma. All'esame obiettivo rilevo però una notevole riduzione del MV all'emittoce sinistro, con assenza di FVT e ipofonesi alla percussione. Non avverto né ronchi né rantoli.

Nel sospetto di un versamento pleurico prescrivo in regime d'ur-

genza una radiografia del torace.

■ **Radiografia del torace:** massivo versamento pleurico sinistro (*figura 1*). In base al referto invio la paziente al Pronto soccorso dell'ospedale di zona.

Ricovero ospedaliero e diagnosi

La paziente viene ricoverata nel reparto di pneumologia. Qui viene posizionato un drenaggio pleurico con evacuazione di 1200 cc di liquido.

L'esame citologico del liquido pleurico mostra compatibilità con malignità ed è suggestivo per mesotelioma.

La TAC eseguita per stadiazione dimostra in sede dorsale, adese alla pleura parietale, piccole mammellonature con globale ispessi-

mento dei piani pleurici e piccole focalità solide subcentrimetriche al parenchima polmonare. I linfonodi mediastinici sono aumentati di dimensione (circa 2 cm). Appare una discreta falda di pneumotorace sinistro, probabile esito del drenaggio e un sospetto secondarismo surrenalico sinistro.

In toracentesi viene eseguito un prelievo bioptico e la pleurodesi, per ridurre la probabilità di recidive di versamento.

La diagnosi istologica conferma la diagnosi di mesotelioma pleurico maligno.

Il versamento comunque recidiva in parte saccato a sinistra.

Viene eseguita una TAC con mdc (*figura 2*) e una PET total body che confermano la presenza di aree

Figura 1

Radiografia del torace in regime d'urgenza



Sovraelevazione dell'emidiaframma sinistro per presenza di abbondante quota di versamento pleurico in presenza di plurime formazioni nodulari pleuriche a sinistra.

Non infiltrati né versamenti a destra. Verosimile formazione erniaria iatale gastrica. Immagine cardiaca nella norma. Aorta calcifica.

ipercaptanti in corrispondenza delle lesioni pleuriche, delle adenopatie sottocarenali e dell'adenopatia paraortica al polo superiore del rene sinistro.

Gli esami di laboratorio non mostrano variazioni di rilievo.

Viene posta l'indicazione al trattamento chemioterapico con carboplatino+pemetrexed ed eventuali drenaggi pleurici per contenere la dispnea.

Decorso clinico

A tutt'oggi la paziente ha eseguito il primo ciclo di chemioterapia con discreta prostrazione secondaria e necessità di ridurre la terapia ipertensiva assunta. Sarà però molto difficile che possa tornare alle sue visite delle capitali europee.

Approfondimento

Il mesotelioma è una forma rara e virulenta di cancro che coinvolge i foglietti di rivestimento delle cavità polmonari, addominali o cardiache.

Causato dall'esposizione all'amianto, il mesotelioma colpisce coloro che hanno respirato fibre di amianto, in molti casi anche 20-50 anni prima. Alcuni soggetti vi sono stati esposti durante il lavoro, altri in via secondaria attraverso membri

della famiglia che, senza saperlo, hanno portato a casa fibre depositatesi sugli abiti da lavoro o sui capelli o sulla cute.

Secondo le informazioni dell'Istituto finlandese per la salute sul luogo di lavoro di Helsinki, si prevede che nell'Europa Occidentale l'incidenza del mesotelioma raggiungerà il picco tra il 2010 e il 2020. In Italia l'incidenza è pari a 21 casi per milione di abitanti, nella media degli altri Paesi dell'Europa.

I prodotti che contenevano generalmente amianto in diverse concentrazioni e che dovrebbero progressivamente e completamente essere sostituiti nel tempo sono, per esempio, rivestimenti di tubi e caldaie, protezioni antincendio in condutture e pannelli, pareti, grondaie, pluviali e serbatoi d'acqua, materiali di copertura e piastrelle.

> Sintomatologia

I primi sintomi del mesotelioma sono di natura non specifica e possono ritardare la diagnosi. In generale, dispnea, precordialgie e tosse persistente sono sintomi comuni del mesotelioma pleurico, ma, in alcuni casi, possono non essere abbastanza acuti da costringere il paziente a richiedere l'assistenza medica.

L'effusione pleurica si verifica nel 95% dei pazienti, ed è questo sintomo che, in definitiva, spinge i pazienti a rivolgersi al loro medico di famiglia.

Riconosciamo quattro stadi clinici del mesotelioma:

■ **stadio I:** invasione di pleura e/o polmone, pericardio o diaframma (no linfonodi);

■ **stadio II:** estensione dalla pleura ai linfonodi, pericardio, diaframma;

■ **stadio III:** invasione della parete toracica;

■ **stadio IV:** estensione ai linfonodi, pleura, polmone controlaterale, cavità addominale, collo.

> Trattamento

Sono due gli approcci chirurgici attualmente praticati per il meso-

telioma: pleurectomia/decorticazione (P/D) e pneumonectomia extrapleurica (EPP).

Lo scopo ultimo di queste procedure è la rimozione della malattia a livello macroscopico, con la consapevolezza che residui di malattia a livello microscopico resteranno.

Il secondo tipo di intervento è ovviamente indicato in casi selezionati di pazienti con buona funzione cardiopolmonare.

Una chemioterapia coadiuvante mira tipicamente all'eliminazione di questi residui.

La chemioterapia può essere utilizzata in maniera aggressiva per ridurre il tumore oppure in forma palliativa per migliorare la sintomatologia. Alcuni degli agenti chemioterapici utilizzati più comunemente sono: pemetrexed, carboplatino, doxorubicina, raltitrexed, vinorelbina.

La radioterapia implica l'utilizzo di raggi X ad elevata energia per eliminare le cellule cancerose e ridurre la dimensione del tumore. Può essere utilizzata in maniera aggressiva unitamente alla chirurgia, per contribuire ad eliminare la disseminazione metastatica a livello microscopico.

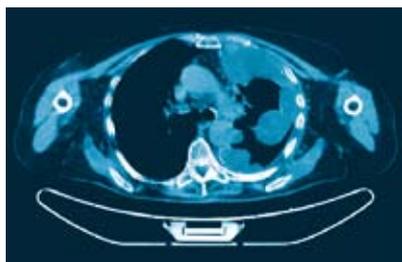
Il tempo di sopravvivenza medio è in generale di 17 mesi a partire dalla comparsa dei sintomi. La sopravvivenza a tre anni è di circa il 10%, quella a cinque anni è pari al 5%. Nei pazienti sottoposti alla pneumonectomia la sopravvivenza media è del 50% a un anno, del 23% a tre anni, del 14% a cinque anni.

Il quadro complessivo è scoraggiante: gli studi di sopravvivenza sono quasi sempre retrospettivi, con pazienti eterogenei per stadio e istotipo. Nell'era della evidence based medicine si può concludere che non vi è evidenza di provata efficacia per alcun trattamento.

La combinazione di più trattamenti sembra offrire i migliori risultati per questi pazienti; nel frattempo nuovi protocolli vengono messi a punto utilizzando i più recenti chemioterapici e variando il timing della radioterapia.

Figura 2

TAC torace (particolare)



Numerose aree di tessuto patologico ipercaptante il radiofarmaco in corrispondenza delle alterazioni pleuriche. Adenopatie sottocarenali. In sede sottodiaframmatica è evidente adenopatia paraortica a livello del polo superiore rene sinistro. Versamento parzialmente saccato a sinistra. Cisti epatiche.