

Trattamento chirurgico integrato delle carcinosi peritoneali di origine coloretale: Indicazioni e risultati della Società Italiana di Terapie Integrate Locoregionali in Oncologia.

F Cavaliere, P Perri, *C R Rossi, *PL Pilati, **M De Simone, **M Vaira, ***M Deraco, F Di Filippo.

S.C. Chirurgia Generale "A", Polo Oncologico - Istituto Regina Elena, Roma

*Clinica Chirurgica II, Università degli Studi, Padova **Chirurgia Oncologica Avanzata, Università degli Studi, Torino ***Dipartimento di Chirurgia, Istituto Nazionale Tumori, Milano

Tumori. 2003 Jul-Aug;89(4 Suppl):21-3.

INTRODUZIONE.

La metastatizzazione ematogena è prerogativa di cellule neoplastiche ad elevata specializzazione in senso invasivo ed anche in questi casi è un processo altamente inefficiente. Al contrario, la diffusione peritoneale di una neoplasia a partenza endoaddominale è enormemente facilitata da meccanismi anche fisiologici, quali il riassorbimento dei fluidi attraverso i milky-spot, che rendono possibile l'impianto oltre la membrana basale anche a tumori di nessuna aggressività biologica. Tali evidenze hanno aperto uno spiraglio al trattamento chirurgico integrato di quelle carcinosi peritoneali a bassa tendenza metastatica che ad oggi però sono individuabili solo in base alle caratteristiche di "redistribuzione" descritte da Sugarbaker e ciò espone ad una certa percentuale di fallimenti per ricaduta a distanza (4) o persistenza locoregionale di malattia. Qualunque sia il risultato oncologico, l'intervento chirurgico comporta almeno il 20% di morbilità maggiore con una mortalità non trascurabile.

Il presente studio prospettico si propone quindi di indagare i risultati del trattamento chirurgico integrato delle carcinosi peritoneali ed individuare più precisi criteri di selezione dei pazienti.

MATERIALI e METODI

Dall'aprile del 1995 sessantanove pazienti con carcinosi peritoneale estesa di origine coloretale (P2-P3 nel 98% dei casi) sono stati oggetto di uno studio prospettico multicentrico SITILO e quindi sottoposti ad intervento di peritonectomia e perfusione intraoperatoria ipertermico-antiblastica (PIIA). L'entità della peritonectomia è stata modulata sulla base dell'entità della diffusione neoplastica. La perfusione è stata condotta per 60-90 minuti alla temperatura sui tessuti di 41,5-42°C infondendo cisplatino (25mg/m²/lt di perfusato) e mitomicina-C (3,3mg/m²/lt di perfusato).

RISULTATI

Sono state eseguite peritonectomie totali nel 18% dei casi e monodistrettuali in meno del 3% con una citoriduzione completa od ottimale nell'82% dei pazienti. Sessantacinque pazienti hanno potuto integrare il trattamento chirurgico con la PIIA, che è stata condotta con tecnica "open" nell'85% dei casi. A fronte di ciò la morbilità maggiore è stata del 21,7% con una mortalità del 2,9%, direttamente correlata all'estensione della citoriduzione ed alla durata dell'intervento (p=.03). La tossicità è stata molto contenuta e prevalentemente locoregionale G1. La sopravvivenza su tutta la serie a 3aa è stata del 26,7% con una sopravvivenza mediana di 19 mesi. La completezza della citoriduzione chirurgica (CC 0-1 vs CC 2) ha dimostrato un forte impatto sulla sopravvivenza (p=-00001) e così pure l'indice di carcinosi peritoneale (ICP) secondo Sugarbaker al cut-off di 10 (p=.02). Valutando quindi i soli pazienti con ICP ≤ 10 e CC 0-1, la sopravvivenza a 4 anni è stata del 44,7% con una mediana di 28 mesi. Un più esiguo numero di pazienti con intervallo libero da malattia ≥ 2 anni ha mostrato una sopravvivenza libera da malattia a 5aa del 50%.

CONCLUSIONI

La peritonectomia associata a PIIA ha consentito di modificare sostanzialmente la storia naturale di malattia in pazienti con carcinosi peritoneale avanzata da primitivo coloretale. Un'adeguata selezione dei pazienti in termini di ICP e citoriducibilità completa o ottimale consente una sopravvivenza a 4 anni che si avvicina al 45%. Il ruolo prognostico dell'intervallo libero di malattia sembra determinante e merita di essere controllato su una casistica più ampia.