

CANCRO ORALE: I PRINCIPALI KILLER SONO IL TABACCO E L'ALCOL

La bocca è una delle dieci più frequenti sedi di tumori, un terzo dei quali risultano fatali

di Federico Biglioli,
Marco Cucurullo, Dimitri Rabbiosi



FIGURA 1 - TYPICO ASPETTO DI UN CARCINOMA DEL MARGINE LINGUALE

SOTTO, NEL TONDO:
IL DOTTOR FEDERICO BIGLIOLI

Il cancro orale è il più comune tumore maligno del distretto cervico-facciale. Con un'incidenza globale di circa 260.000 nuovi casi ogni anno, il cavo orale è una delle 10 più frequenti sedi di cancro, con un tasso di sopravvivenza media a 5 anni di circa il 66%, secondo recenti dati di letteratura. Il 90% dei tumori maligni della bocca è rappresentato dal carcinoma squamocellulare (squamous cell carcinoma, SCC): esso può colpire la lingua, il pavimento orale, la

cresta alveolare, la mucosa vestibolare e geniena e l'orofaringe.

L'eziologia è multifattoriale e strettamente correlata ad abitudini voluttuarie come il fumo di tabacco e l'abuso di alcol, sebbene il ruolo di alcune infezioni virali come quella da HPV sia stata associata ad alcune forme di SCC dell'orofaringe. I fattori più rilevanti nel determinare la prognosi della malattia sono la sede della neoplasia e lo stadio di avanzamento.

L'esposizione a tabacco e / o alcol è il

più importante fattore di rischio per il cancro orale, con un pericolo di sviluppare la malattia da 8 a 20 volte più alto nei fumatori rispetto ai non fumatori, in relazione per lo più al numero di sigarette fumate giornalmente e al numero di anni di fumo. Inoltre, sebbene fumo e abuso di alcol siano fattori di rischio indipendenti, la loro combinazione incrementa il rischio fino a 50 volte, verosimilmente a causa dell'effetto sinergico che essi esercitano principalmente alterando i sistemi antiossidanti del cavo orale e inducendo fenomeni di carcinogenesi.

Il trattamento del cancro orale può essere unimodale (chirurgia VS radioterapia) per le lesioni più piccole (stadio I-II) o multimodale (chirurgia, radioterapia e chemioterapia) per i tumori più estesi (stadio III-IV). Completata la stadiazione del tumore, la terapia più appropriata è individuata con approp-

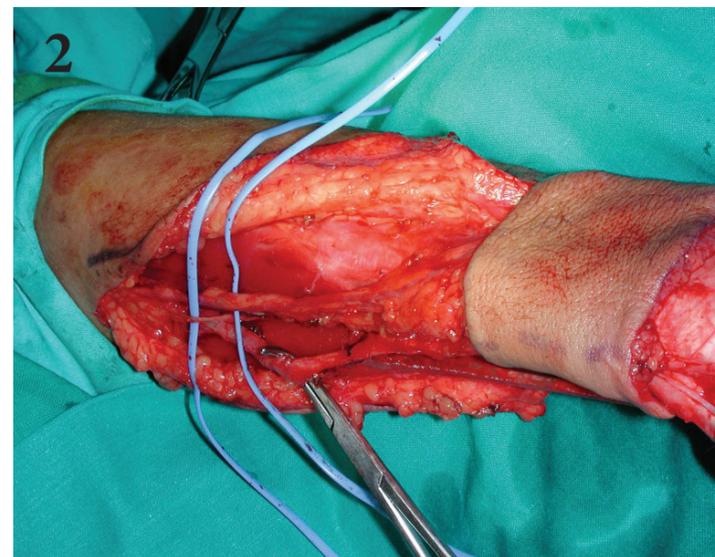


FIGURA 2 - ALLESTIMENTO DI LEMBO LIBERO RADIALE DI AVAMBRACCIO



FIGURA 3 - BUON RISULTATO FUNZIONALE 4 MESI DOPO IL TRATTAMENTO

pio multidisciplinare da un gruppo oncologico che comprenda il chirurgo cervico-facciale, l'oncologo, il radioterapista. Piccole e localizzate lesioni (< 2 cm) possono essere trattate con la sola radioterapia, sebbene gli importanti effetti avversi da essa derivata facciano di questa metodica un'alternativa da riservare a casi selezionati in cui la strada chirurgica non sia percorribile. Tumori localmente avanzati o con coinvolgimento linfonodale sono trattati con la chirurgia seguita da radioterapia ed eventuale chemioterapia. Il ruolo principale della chemioterapia è quello di potenziare l'efficacia della radioterapia, essendo la chemioterapia esclusiva utile solo a scopo palliativo e pertanto indicata nei casi di malattia metastatica.

Da ciò si evince come la chirurgia giochi un ruolo cruciale nel trattamento del cancro orale. L'elevata aggressivi-

tà di questo tumore, la complessità del distretto cervico-facciale e il suo rilevante ruolo estetico e funzionale richiedono un trattamento generalmente composto da due fasi principali: la resezione del tumore primitivo e delle eventuali metastasi linfonodali al fine di ottenere la completa eradicazione della malattia e la successiva ricostruzione dell'area colpita sul piano morfologico e funzionale, secondo il principio di restituito ad integrum. Entrambe le fasi chirurgiche sono di fondamentale importanza.

La fase demolitiva dipende strettamente dallo stadio patologico definito secondo il sistema TNM. L'esame clinico-radiologico consente di definire l'estensione del tumore (dimensione massima, profondità di invasione e strutture interessate), il coinvolgimento linfonodale (numero e lateralità delle metastasi linfonodali, estensione

extracapsulare) e la presenza di metastasi a distanza. L'esame istologico del campione operatorio è poi necessario per determinare il tipo e il grado del tumore, così come la presenza di fattori avversi quali l'invasione perineurale o perivascolare. Secondo i principi di radicalità oncologica, il tumore dovrebbe essere resecato con una circostante cuffia di 1-2 cm di tessuto macroscopicamente sano e lo svuotamento del collo dovrebbe essere attentamente considerato per tutti i tumori con dimensione massima maggiore di 2 cm o profondità di invasione maggiore di 4 mm oppure ogniqualvolta vi sia il sospetto clinico o radiologico di metastasi linfonodale.

La resezione di un cancro orale spesso comporta importanti deformità residue, nonché difficoltà o impossibilità alla respirazione, all'alimentazione e alla fonazione, rendendo necessaria una adeguata ricostruzione, possibile grazie a moderne e affidabili tecniche chirurgiche selezionate sulla base delle preferenze e dell'esperienza del chirurgo operatore. La chirurgia ricostruttiva cervico-cefalica è generalmente eseguita utilizzando lembi peduncolari o microvascolari. In mani esperte, queste tecniche ricostruttive possono offrire ottimi risultati funzionali ed estetici, in grado di migliorare notevolmente la qualità di vita dei pazienti.

Dopo il trattamento chirurgico, fondamentale importanza possono assumere i trattamenti riabilitativi e il supporto psicologico e sociale.

Il gruppo oncologico dell'Ospedale San Paolo è multidisciplinare e include medico oncologo, chirurgo maxillo-facciale, otorinolaringoiatra, radioterapista, anatomopatologo, psicologo, logopedista e altre figure utili nella cura globale delle esigenze dei pazienti. In particolare è presente un'equipe di chirurghi maxillo-facciali esperti in microchirurgia ricostruttiva in grado di ottenere risultati eccezionali, rendendo il gruppo oncologico uno dei più apprezzati nella scena internazionale.

Per approfondimenti:
www.Octopusmed.org

BIBLIOGRAFIA

- Biglioli F. *Surgical therapy of oral cancer*. Minerva Stomatol; 2009.

- Shah J. *Head and neck surgery and oncology*. London: Mosby-Wolfe; 2003.

- National Cancer Institute. *Cancer Stat Facts: Oral Cavity and Pharynx Cancer*. NCI, SEER Program. Available at <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/oralcav.html>.