



Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
"San Giuseppe Moscati" - Avellino - Italy

Struttura Complessa di Chirurgia Generale
Dir. Prof. F. Caracciolo



Le resezioni polmonari limitate per i tumori periferici T1 N0 M0 NSCLC

A cura di F. G. Biondo e F. Caracciolo

Possibilità e limiti della chirurgia toracica mininvasiva videoassistita
Aula Magna A.O." San G. Moscati"
Avellino, 19 giugno 2004

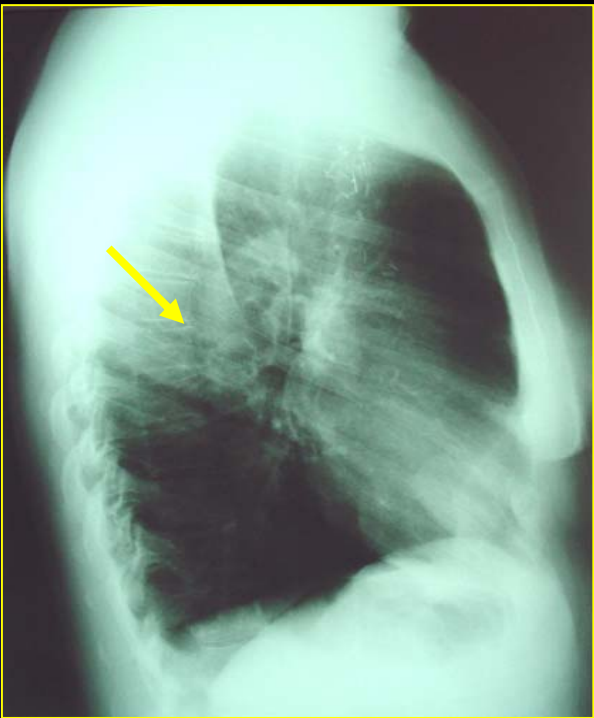
Resezioni polmonari limitate

Segmentectomia

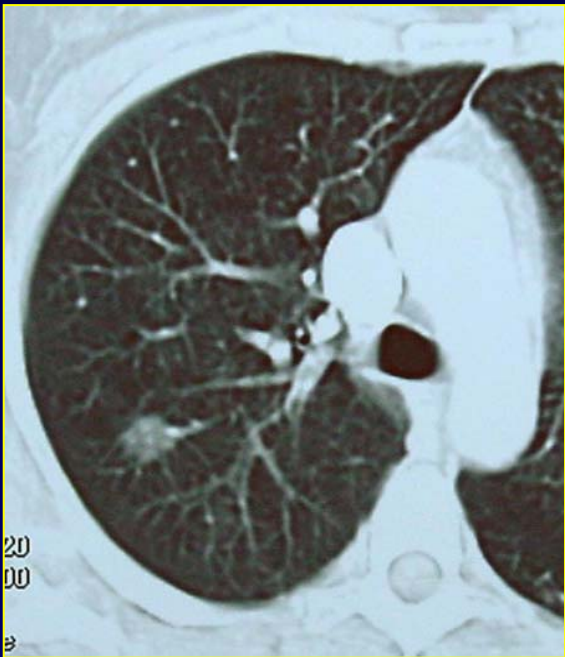
- Consiste nell'isolamento del bronco, arteria e vena di un segmento anatomico del polmone con la sua completa asportazione
- E' un'exeresi polmonare che rispetta il drenaggio linfatico
- Comporta il rischio di perdite aeree dal polmone disseccato

Resezione a "cuneo"

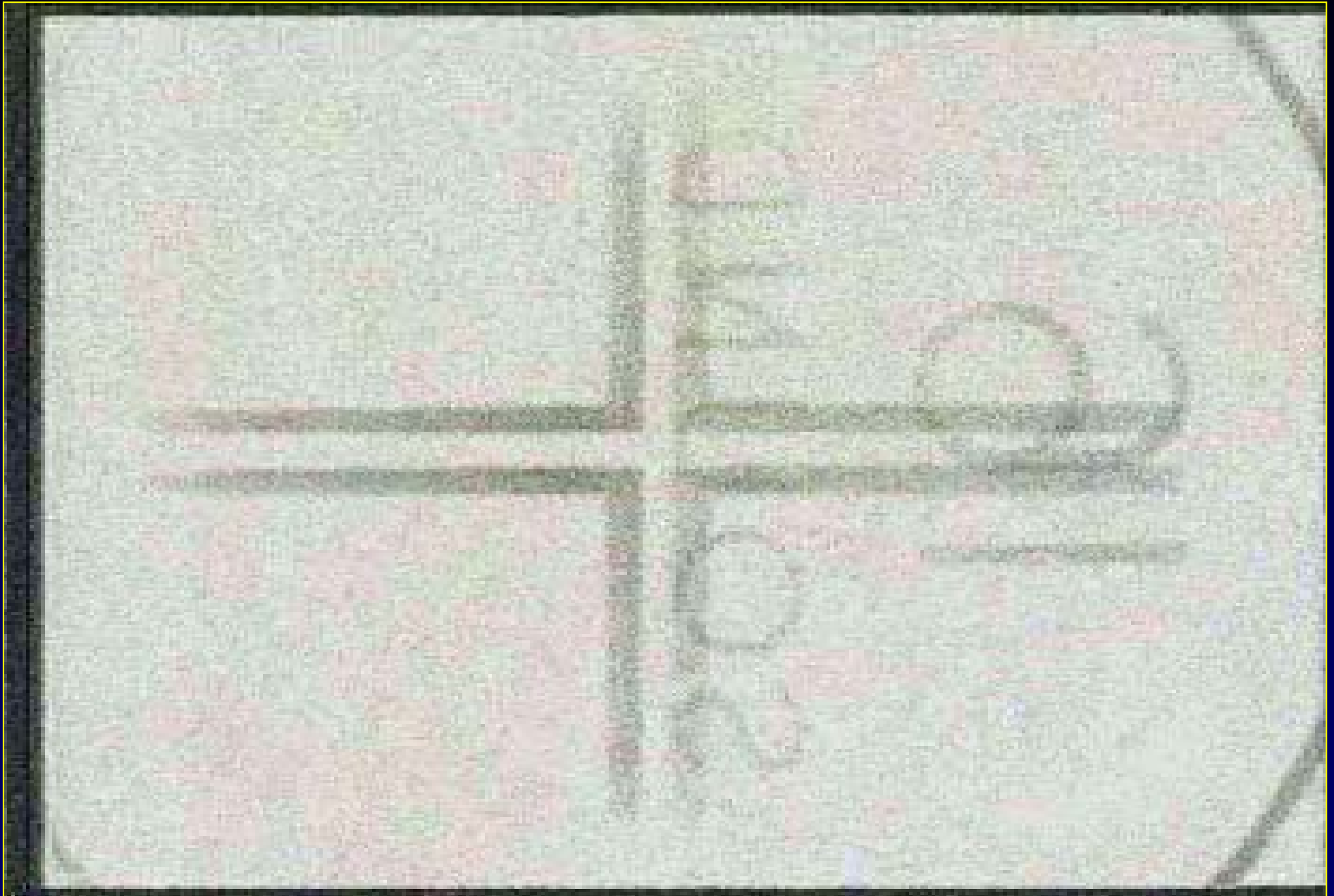
- Effettuata con staplers o bisturi a radiofrequenza, non necessariamente rispettando i piani anatomici segmentari
- Può essere eseguita in VATS



Resezione wedge



Resezione polmonare wedge in VATS



Vantaggi delle resezioni limitate

- Possibilità per i pazienti di sopportare ulteriori resezioni
- Preservazione della funzione polmonare
- Riduzione della morbilità e mortalità perioperatorie

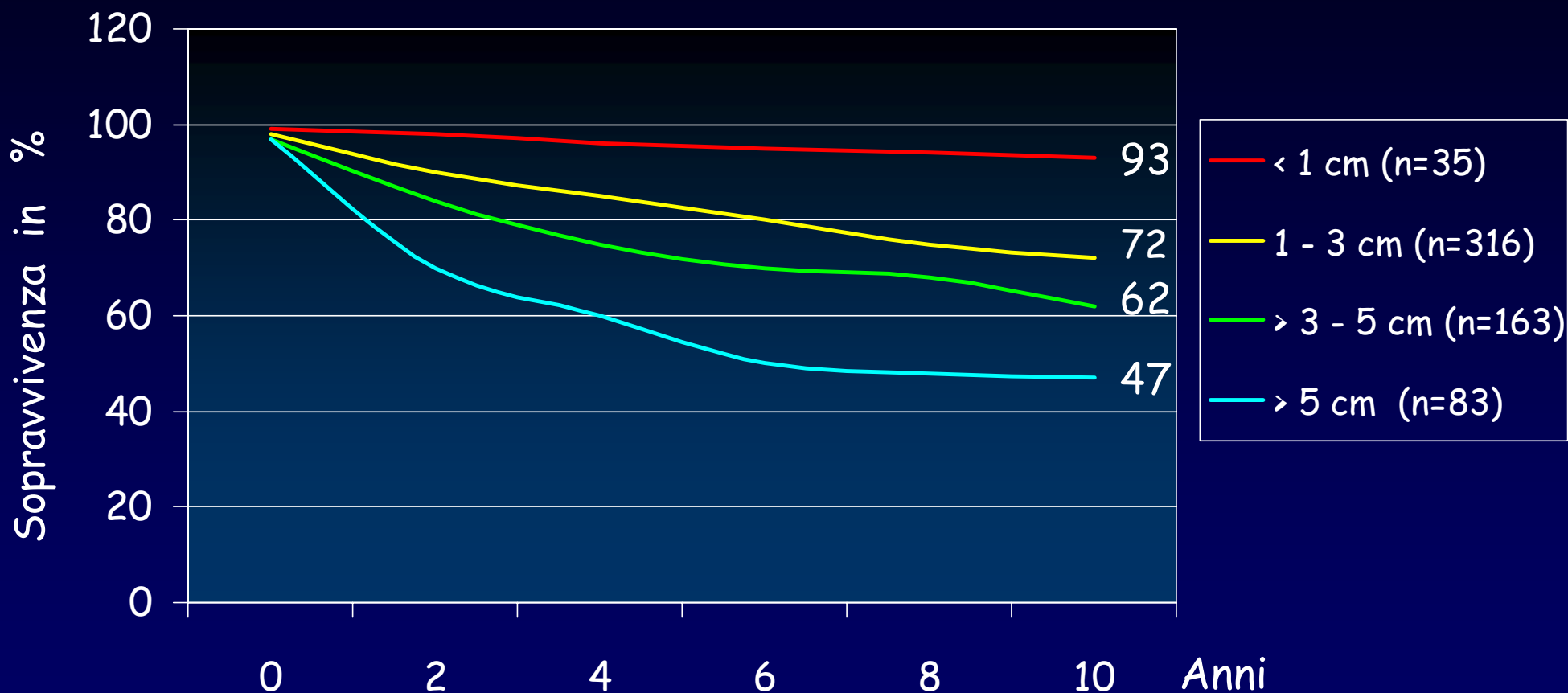
Trial randomizzato: lobectomia vs resezioni limitate per i T1N0M0 NSCLC

Conclusioni

- Lobectomia → - intervento standard
- Resezioni limitate → - più mortalità
- maggiore incidenza di recidive

Ginsberg RJ, Rubinstein LV Lung cancer study group, 1995

Sopravvivenza e grandezza del tumore



Martini N et al. J Thorac Cardiovasc Surg. 1995; 109: 120-129

Screening di massa per il cancro del polmone (Giappone, 1987)

Risultati

- Sopravvivenza a 5 anni → salita al 58 %
(globalmente per tutti i carcinomi trattati chirurgicamente)
 - per l'istotipo epidermoidale all' 80 %
- Cancro del polmone di piccole dimensioni → forte aumento dei casi

Sopravvivenza e recidiva locale dopo resezioni limitate

Survival and local recurrence rate in reported series of limited resection

Reference/period	Subject	Limited resection			Lobectomy		
		No. of patients	5 y survival (%)	Local recurrence (%)	No. of patients	5 y survival (%)	Local recurrence (%)
Errectt ⁶ 1965-'82	Stage I (C)	100	69	NM	97	75	NM
Pastorino ⁷ 1971-'88	Stage I (C)	61	55	5	411	49	5
Read ⁸ 1966-'88	T1 N0 M0 (I)	113	about 84	4.4	181	about 74	11.5
Warren ⁹ 1980-'88	Stage I (I)	66	about 43	22.7	103	about 67	4.9
LCSG ² 1982-'88	T1 N0 M0 (R)	122	44	17.2	125	65	6.4
Landreneau ¹⁰ 1989-'94	T1 N0 M0 (C)	42*	58	24	117	70	9
		60†	65	16			
Tsubota ¹¹ 1992-'94	T1 N0 M0† (I)	55	91§	5.5		NM	NM
Kodama ¹² 1985-'96	T1 N0 M0 (I)	46	93	2.2	77	88	1.3
Koike 1992-2000	T1 N0 M0† (I)	74	89	2.7	159	90	1.3

C, Compromised, I, intentional; R, randomized controlled trial; NM, not mentioned.

*Open wedge resection.

†Video-assisted wedge resection.

‡Maximum tumor diameter ≤ 2 cm.

§Death rate related to primary lung cancer.

Koike T et al. J Thorac Cardiovasc Surg. 2003; 125(4): 924-928

Relazione tra prognosi e caratteristiche istologiche del tumore

Adenocarcinoma di piccole dimensioni ($< / = 2$ cm)
classificato in 6 tipi
in base alle caratteristiche istologiche

La prognosi per i tipi A / B
con epitelio alveolare
sostituito da cellule cancerose e
assenza di proliferazione fibroblastica

→ a 5 anni = 100%

Conclusioni

Sulla base dei numerosi dati presenti in letteratura
si può concludere che alcuni casi selezionati

di **T1 N0 M0 NSCLC**

possono essere completamente asportati con resezioni limitate

Grazie per l'attenzione

