

Prof. CAMILLO TORRIGIANI

Direttore del Reparto otorinolaringologico

DIRETTIVE DI CURA DEL CANCRO DELLA LARINGE

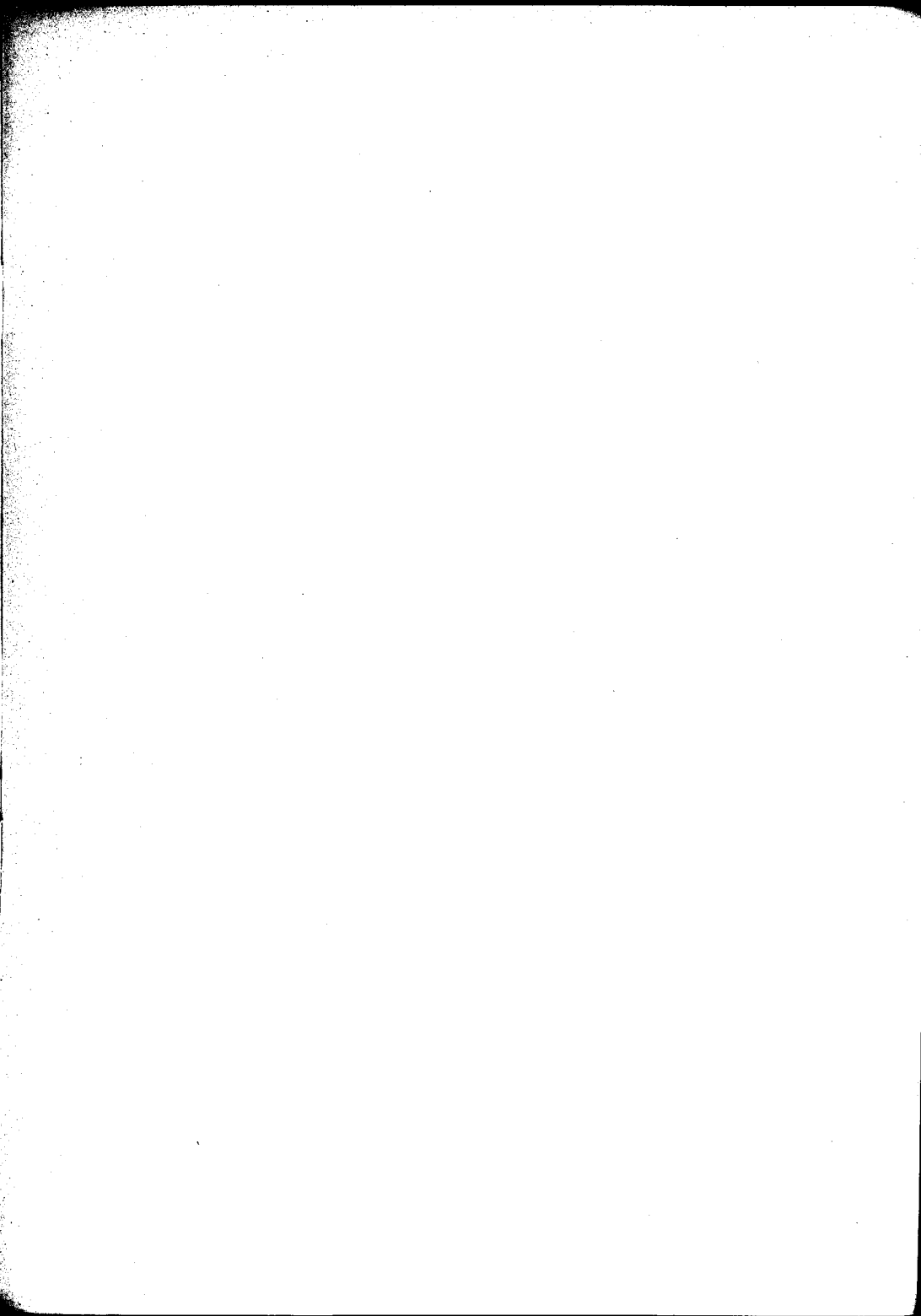
(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 16 del 30 agosto 1936 - XIV)

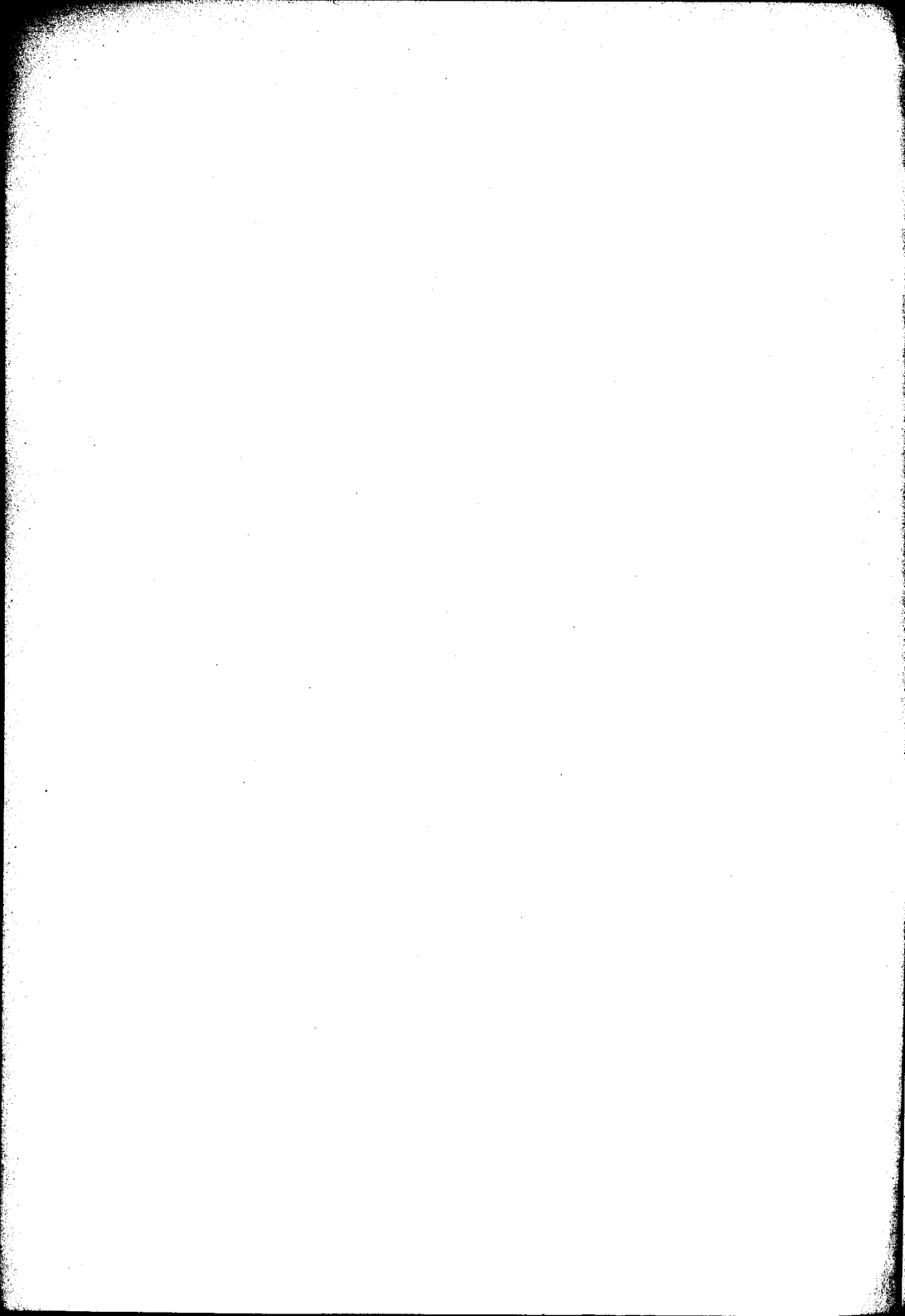
lib
B
56

95









Prof. CAMILLO TORRIGIANI

Direttore del Reparto otolaringologico

DIRETTIVE DI CURA DEL CANCRO DELLA LARINGE

(Estratto da "Le Forze Sanitarie", N. 16 del 30 agosto 1936 - XIV)



STABILIMENTO TIPOGRAFICO "EUROPA",
ROMA - VIA DELL'ANIMA, 46

(Faint, illegible text)

(Faint, illegible text)

La direttiva principale della cura del cancro si fonda sopra il concetto che il tumore sia una malattia locale. I due mezzi di lotta veramente importanti oggi a nostra disposizione sono costituiti dalla chirurgia e dalla terapia irradiante.

Anche le varie cure chemioterapiche antiblastomatose hanno di mira la distruzione delle masse tumorali, ma il loro uso è rimasto ristretto pressochè unicamente nelle mani dei loro inventori.

Fra noi il compianto FIGHERA aveva ideato un metodo di terapia biologica col quale pensava di combattere quello che egli chiamava lo squilibrio oncogeno.

Ma anche il metodo Fichera, per opinione ormai unanime, non ha dato i frutti che aveva lasciato sperare in un primo momento. Nè d'altra parte ciò è da meravigliare quando si pensi che la etiopatogenesi dei tumori maligni è ancora ignota; fra le tante ingegnose ipotesi fino ad oggi esposte nessuna ha portato solidi elementi per una proficua terapia.

* * *

Sia per la chirurgia che per la terapia irradiante tre sono i problemi sui quali esse s'imperniano: *la distruzione del tumore; la questione dei nodi linfatici; la lotta contro le recidive.*

La sede laringea ha stimolato gli studiosi tanto da portare nell'ultimo tempo a perfezionamenti notevoli nelle varie tecniche perchè, più che in altri organi, la migliore tecnica dà minori inconvenienti e maggiori successi.

La chirurgia, per quanto riguarda la distruzione del tumore, si è per lunghi anni trovata di fronte al problema della indicazione o meno dell'asportazione totale dell'organo. D'altra parte la valutazione della mutilazione che la larin-

gectomia totale porta ai pazienti ha spinto alcuni chirurghi alle asportazioni parziali meno mutilanti ed anche non mutilanti, ma meno sicure da recidive.

I tumori della laringe sono divisi in forme intrinseche ed estrinseche, cioè faringo-laringei; gli intrinseci in forme delle corde vocali ed in forme del restante lume laringeo, o sopra e sottocordali.

In un grande numero di casi si tratta di tumori delle corde vocali che noi possiamo sorprendere in un periodo precoce del loro sviluppo perchè il sintoma « disfonia » richiama l'attenzione dei pazienti. Sul contorno superiore dell'ostio laringeo la sintomatologia è così scarsa nel primo periodo che non permette di vedere nella pratica clinica che i tumori che hanno raggiunto un notevole sviluppo.

I sintomi infatti specialmente dei faringo-laringei sono la disfagia, la disfonia, le irradiazioni nevralgiche, l'escreato macchiato di sangue, il senso di corpo estraneo, tutti fenomeni che si appalesano solo quando il tumore ha raggiunto una notevole estensione.

I tumori delle corde vocali colpiti al loro primissimo sorgere sono chirurgicamente asportabili attraverso la semplice apertura della laringe. La diatermia ha in questo campo portato una notevole utilità perchè ha permesso di richiudere immediatamente la laringe riducendo ad assoluta rarità quelle emorragie post-operatorie che ci obbligavano ai tamponamenti con guarigioni secondarie e con frequenti più lunghi decori.

In queste stesse forme si è affermata da alcuni anni e consolidata sempre più anche la terapia irradiante. Per molto tempo si è praticata l'irradiazione per contatto, sia attraverso le vie naturali, sia attraverso aperture dall'esterno. In un primo momento gli apparecchi radi-

feri erano tenuti in sito mediante intubatori delle più varie fogge e dimensioni che venivano applicati per un tempo più o meno lungo nel lume laringeo. Sempre per le vie naturali si tentò di portare i tubi radiferi a contatto del tumore con apparecchi porta-radio fissati nei più vari modi alle arcate dentarie e all'esterno, finchè per evitare i disturbi della respirazione durante l'irradiazione ed ovviare all'eventualità di una tracheotomia d'urgenza, si pensò da più parti di praticare l'apertura tracheotomica in precedenza e profittare della breccia operatoria per portare in sito gli apparecchi radiferi.

Questo primo periodo fu veramente poco felice per la terapia irradiante: si praticava allora anche la roentgenterapia con i modesti apparecchi di un tempo, ma si ottenevano effetti non sempre utili sul tumore e notevoli inconvenienti sui tessuti sani. Le reazioni violente di carattere infiammatorio e le condronecrosi con le loro lunghe sequele erano tutt'altro che rare. Per ovviare a queste forme necrotiche da vari Autori si pensò di asportare le lamine cartilaginee tiroidee con resezioni cosiddette fenestrate: attraverso a queste aperture veniva irradiata la laringe come un organo privo di impalcatura scheletrica. Ma nemmeno con questo artificio si raggiungeva la sicurezza di preservare i tessuti sani da reazioni infiammatorie alle volte imponenti.

In questi ultimi tempi i progressi della radiologia portarono ad evitare questi inconvenienti.

E' merito di REGAUD e COUTARD di avere ideato il sistema delle irradiazioni frazionate e protratte nel tempo, che permettono di arrivare a dosi elevatissime senza portare al danneggiamento dei tessuti sani nelle zone peritumorali. Essi hanno potuto determinare le tipiche reazioni di saturazione sulla pelle e sulle mucose: la radioepidermite e la radioepitelite costituiscono oggi i più utili termini di riferimento per la soluzione del problema più importante della radioterapia e cioè per il dosaggio, che costituisce la chiave di volta della moderna terapia irradiante. Nelle cavità, come la faringe e la laringe, l'osservazione della comparsa e del decorso della radioepitelite costituisce una sicura misura clinico-biologica della cura. La radioepitelite giunge fino alla distruzione anche di zone d'epitelio sano e tanto più di quelle in cui il tumore si sia impiantato. Si comprende perciò come il tumore delle corde vocali ancora mobili e cioè limitato in profondità può essere util-

mente combattuto dalla terapia irradiante, tanto più se si pensa alla maggiore radiosensibilità dei tessuti tumorali in confronto ai tessuti sani.

Infatti, ad un certo periodo della cura si vedono le masse tumorali divenire più pallide, anemiche e fondersi, e dopo qualche mese si può osservare la zona d'impianto sostituita da un tessuto di cicatrice. Anche nelle altre regioni della laringe questa fusione tumorale si ottiene con grande frequenza, ma per esse il problema è molto più complesso perchè, a differenza delle prime, in queste ultime, si affaccia quasi costantemente l'altra ancor più grave questione della *invasione dei nodi linfatici* che, nelle forme delle corde vocali, sono di regola immuni per la semplice ragione anatomica che le corde vocali, se non sono prive, certo hanno una grandissima scarsità di linfatici. Ben si comprende che se l'irradiazione non porta a risultato definitivo, si può sempre tempestivamente ricorrere alla chirurgia anche per queste forme limitate.

Nei casi in cui sia interessato il restante lume laringeo la terapia chirurgica s'impone.

Se è interessata anche largamente una sola metà dell'organo, alcuni specialisti ritengono necessaria la laringectomia totale, altri la emilaringectomia, o la cosiddetta laringo-fissura allargata, altri, come la Scuola francese quasi nella totalità dei suoi rappresentanti sostiene, l'asportazione ridotta, come essi dicono, « a richiesta delle lesioni ».

Ho accennato in principio alla mutilazione alla quale la laringectomia totale costringe: l'abboccamento della trachea al giugolo con la perdita della normale fonazione è certo grave per i pazienti, tanto che essi rifiutano l'intervento anche quando per l'estensione del tumore esso costituirebbe per essi l'unica via di salvazione della vita. Certo però se essi vedessero in mezzo a quali pene finisce l'esistenza tormentata dei non operati, preferirebbero di sottoporsi a qualsiasi operazione. La mancanza della fonazione con la educazione dell'uso della voce faringea alimentata da aria immessa nell'esofago finisce per poter permettere agli operati di mantenere i rapporti sociali e di riprendere anche il loro lavoro abituale.

Ma quando l'organo è interessato in una metà, anche largamente, io sono fra quelli che tendono a preferire la emilaringectomia perchè essa ci aiuta ad evitare la mutilazione, pur permettendoci di eseguire una asportazione generosa in campo sicuramente sano. Nei vari metodi di emilaringectomia si seguono due differenti di-

rettive: una che tende a richiudere la breccia operatoria all'atto dell'intervento, l'altra che la lascia aperta per richiuderla dopo un lungo spazio di tempo con un intervento plastico.

Io preferisco questo ultimo metodo perchè aiuta a risolvere o almeno a combattere contro il peggiore problema che esista nella terapia tumorale e cioè *la recidiva*.

* * *

Il concetto di lasciare un'apertura cosiddetta di osservazione della regione d'impianto e d'invasione tumorale dopo l'intervento è da me seguito anche nella chirurgia dei tumori maligni delle fosse nasali e dei seni annessi. Nei cancri del seno mascellare, sempre più o meno estesi alle fosse nasali, dopo l'asportazione attraverso la parete anteriore aperta del fornice gengivale, io faccio un'apertura del palato osseo sano, perchè attraverso essa il paziente ed il suo medico possano o direttamente o con uno specchietto laringeo ispezionare la cavità operatoria in modo da avvertire il chirurgo di qualsiasi variazione del suo lume. Al primo segno di recidiva in proseguo di tempo si ha così la possibilità di agire immediatamente e validamente, sia con un nuovo intervento, sia con la diatermo-coagulazione, sia col radio. Con gli interventi che non lasciano la possibilità d'ispezionare la cavità operatoria generalmente la diagnosi di recidiva si fa quando ormai questa ha assunto caratteri tali da rendere problematico il risultato di qualsiasi rimedio. L'apertura palatina, che del resto viene sopportata da questi infermi senza alcun disturbo, perchè essi sono già stati abituati in precedenza ad un apparecchio di protesi, dà pure loro la tranquillità che deriva dalla constatazione del regolare decorso e dal fatto della sicurezza di poter combattere la ricomparsa del tumore al suo primo insorgere.

Con gli stessi criteri di costituire un'apertura permanente di osservazione e di utilità operatoria e post-operatoria, io tratto i cancri dell'etmoide nei quali l'orbita sia compromessa anche in modestissima misura ed anche quando l'orbita sia ancora intatta, se l'intervento sull'etmoide possa non ritenersi completo. Certo è molto difficile convincere un paziente ed una famiglia a sacrificare un occhio sano, ma per chi conosca il decorso dei cancri dell'etmoide e per chi pensi che solo con una larga distruzione della parete interna dell'orbita si possa sufficientemente dominare un tumore che ben presto si

propagherà nell'orbita stessa e nell'endocranio, non vi ha discussione che questa è l'unica seria via da tenere.

Ho fatto questa digressione al di fuori del tema perchè l'apertura laringea è basata sugli stessi criteri di quelle sui seni paranasali e perchè proprio da queste laringee sono passato a quelle sulle cavità delle vie respiratorie più alte.

E d'altra parte se nelle recidive, a causa della tarda rivelazione dei sintomi, e della più tarda decisione del malato di ricorrere di nuovo al chirurgo, l'intervento è quasi sempre con scarso risultato e la terapia irradiante è senza seria utilità, appare opportuna ogni misura precauzionale che permetta ancora di lottare contro una malattia dalla quale dipende la vita.

L'apertura che nel palato e nell'orbita è generalmente permanente, nella laringe è solo temporanea. Ed in questo tempo gli operati possono accudire ai loro lavori, nutrendosi normalmente per le vie naturali e parlando in modo disfonico, ma tale da farsi comprendere, perchè l'apertura è chiusa da un tamponcino che permette ad una relativa quantità di aria di seguire ancora le vie naturali. Più tardi poi, in generale dopo un anno, un anno e mezzo, una plastica richiude l'apertura rendendo al paziente anche la voce, che riacquista una sonorità superiore a quello che la distruzione di metà dell'organo potrebbe far prevedere. Io stesso ho una serie di casi che, operati da vari anni, compiono le loro occupazioni. Fra casi due accudiscono al loro mestiere di venditori sulle pubbliche piazze.

* * *

Provveduto alla distruzione del tumore e alla possibilità di combattere la recidiva, rimane il terzo problema, e cioè il modo di comportarsi coi nodi linfatici invasivi. Se i tumori delle corde vocali solo quando sono molto estesi alle parti più alte e più basse del lume laringeo presentano interessamento delle vie dello scarico linfatico, quelli dell'orlo della glottide sono accompagnati assai presto da metastasi regionali. Vari sono i gradi dell'interessamento dei nodi linfatici e varie perciò le vie da tenere. Alcuni sostengono che anche quando i nodi linfatici non sono rilevabili, si deve procedere all'asportazione anche di essi, sebbene normali; ad altri invece sembra sproporzionato di consigliare un intervento che, per corrispondere al suo concetto in-

formatore, deve essere sempre radicale e perciò molto complesso ed in alcune regioni impossibile, come dimostrano le descrizioni anatomiche.

Quando i nodi sono palpabili e spostabili, allora, secondo i più, è conveniente la loro asportazione, con le indicazioni della maggiore possibile larghezza.

Alcuni radioterapisti, e fra essi diversi fra i più noti, come BERWEN e PFAHLER, sostengono l'utilità dell'irradiazione come primo ed eventualmente unico mezzo di cura. Se i nodi persistono, asportazione chirurgica seguita da una seconda irradiazione. Se i nodi poi sono parzialmente aderenti presentano particolare interesse sia dal lato chirurgico che da quello irradiante. E' noto che l'exeresi chirurgica può non essere completa per quel che può rimanere delle ade-

renze stabilitesi fra tumore e tessuti circostanti. Da molti si pensa di operare lo stesso ed ovviare a questo inconveniente irradiando in un secondo tempo. Altri, contrari ad un intervento, che non può dare in questi casi garanzia di completezza, preferiscono l'irradiazione, perchè dicono che gli interventi parziali in campo tumorale sono da rigettare.

Nelle metastasi costituite da pacchi multipli, fissi, aderenti profondamente, sono esclusi, per unanime consenso, sia l'intervento chirurgico, sia l'irradiazione.

Concludendo: i tumori dell'endolaringe presochè costantemente di natura epiteliale, sono, se curati in tempo, guaribili in elevate percentuali; in quelli dell'esolaringe si può giungere a sopravvivenze più o meno lunghe se sottoposti a larga chirurgia e ad intensa radioterapia.

~~312071~~



54076

