Frontiera ORL
Periodico di Otorinolaringoiatria, Patologia Cervico Facciale, Audiologia e Foniatria
Anno VII, N. 2 · Ottobre – Dicembre 2016
ISSN 2038-4793

Resezione tracheale preservando la precedente laringectomia sopracricoidea. Ruolo della palliazione chirurgica

S. Dallari[1], G. Zaraca[1], M. Giannini[2], D. Durso[1], L. Giustini[3]
1 U.O.C. di Otorinolaringoiatria, Ospedale "A. Murri", Fermo (Italy)
2 U.O.C. di Radioterapia, Ospedale "Santa Lucia", Macerata (Italy)
3 U.O.C. di Oncologia Medica, Ospedale "A. Murri", Fermo (Italy)

ABSTRACT

Gli Autori presentano un caso di recidiva di neoplasia nella sede della pregressa tracheotomia dopo una riuscita laringectomia sopracricoidea per un carcinoma glottico persistente. In ragione della giovane età del paziente e delle possibilità oncologiche locali, fu eseguita una resezione tracheale con anastomosi diretta, risparmiando la neolaringe che non era coinvolta. Nell'opinione degli Autori, in giovani pazienti con cancro recidivo e conseguente prognosi sfavorevole, ogni sforzo dovrebbe essere fatto per ottenere la massima curabilità mantenendo allo stesso la migliore qualità della vita residua. Parole chiave: recidiva di cancro, resezione tracheale, chirurgia palliativa.

INTRODUZIONE

In pazienti con recidiva di tumore dopo trattamento e conseguente prognosi sfavorevole la cosa più importante è preservare una buona qualità della loro vita residua. Un'ulteriore chirurgia, se indicatea, dovrebbe essere sia efficace che sicura così da minimizzare il carico chirurgico, ridurre il tempo di ospedalizzazione e assicurare risultati estetici e funzionali accettabili (1). La resezione della trachea prossimale si è dimostrata procedura relativamente sicura (2). Presentiamo qui un caso di recidiva di malattia nella sede della pregressa tracheotomia in un paziente già sottoposto a laringectomia sopracricoidea per un cancro laringeo ricorrente. In accordo con la nostra filosofia in questi casi (3), scegliemmo ancora l'opzione chirurgica e realizzammo una resezione/anastomosi della trachea cervicale, risparmiando la laringe residua che era libera da malattia.

CASO CLINICO

Un maschio di 52 anni si rivolse inizialmente a noi nel settembre 2013 per una disfonia che durava da due anni, con la presenza di multiple lesion nodulari su entrambe le corde vocali. (Fig. 1). Inaspettatamente, l'istologia evidenziò un carcinoma squamocellulare infiltrante a carico della corda vocale destra e una displasia severa/carcinoma in situ a carico della corda vocale sinistra. Una cordectomia destra tipo I, eseguita con laser CO2 e due ulteriori procedure microlaringoscopiche non riuscirono a risolvere il problema. Al paziente fu quindi offerta l'opzione della radioterapia o quella di una laringectomia subtotale e scelse quest'ultima. Una crico-ioido-epiglottopessia con risparmio di entrambe le aritenoidi (OPHL tipo II), (4), e uno svuotamento laterocervicale bilaterale furono eseguiti nell' Aprile 2014. Il decorso fu ottimale e il paziente recuperò rapidamente una voce accettabile e una buona deglutizione. In ragione dell'indubbia aggressività della neoplasia e nonostante la negatività istologica di tutti i linfonodi asportati, fu eseguita una radioterapia sull'intero volume laringeo, terminate nel luglio 2014. Nel febbraio 2015 un'ulcerazione cutanea con cellule neoplastiche maligne comparve nella cicatrice della pregressa tracheotomia (Fig. 2). Sia l'opzione di un'ulteriore chirurgia che quella di una chemioterapia + (re)irradiazione furono discusse nel nostro board oncologico e, dopo un' approfondita discussion e informazione del paziente e dei suoi familiari, fu deciso di procedere ancora chirurgicamente. L'operazione fu eseguita il 23 febbraio 2015. Dopo la delimitazione di un'ampia area cuta-

nea attorno alla recidiva, la tiroide fu asportata, identificando e risparmiando i nervi ricorrenti e svuotando ampiamente il VI livello, bilateralmente (linfonodi negativi). Una volta scheletrizzato completamente l'asse laringotracheale, la trachea fu sezionata superiormente fra primo e secondo anello e inferiormente fra sesto e settimo anello Fu quindi aperta verticalmente lungo la giunzione cartilagineo-mucosa di destra e l'estensione interna del tumore valutata (Fig. 3). A questo punto la possibilità di risparmiare la laringe apparve possibile. Si procedette dunque ad asportare il tratto di trachea isolato e a confezionare un'anastomosi termino-terminale. Alla fine dell'intervento un tutore da ginocchio, malleabile, fu adattato all' occipite, al collo e alle spalle del paziente in modo da farlo rimanere con la testa flessa in avanti di circa 30°. Il paziente fu quindi ricoverato in terapia intensive ed estubato dopo 20 ore. Il decorso operatorio fu privo di complicazioni. Per 8 giorni il paziente indossò il tutore e fu dimesso in 12° giornata post-operatoria. Dopo l'intervento il paziente fu trattato con chemioterapia e radioterapia concomitante su letto chirurgico, collo e mediastino superior, bilateralmente. Le sue condizioni furono sempre buone e condusse una vita sostanzialmente normale, sottoponendosi a uno stretto follow-up, fino al febbraio 2016, quando un'ulcera cutanea apparve alla base destra del collo. La biopsia evidenziò cellule maligne squamose. Al controllo endoscopico la neolaringe appariva libera da malattia e la trachea ben cicatrizzata, con un calibro normale (Fig. 4). Il caso fu riesaminato a livello di tumor board e si concluse che non vi era più spazio chirurgico. Si decise quindi per un saggio di chemioterapia (Taxolo + Carboplatino), dopo consulto con il paziente e i suoi familiari. La risposta clinica fu buona e la lesione non guarì completamente ma rimase stabile per alcuni mesi per poi riprendere ad evolvere molto lentamente. Il paziente ancora conduce una vita abbastamza normale e accede ai nostri ambulatori due volte alla settimana, per medicazione, mentre segue un programma di chemioterapia palliativa presso il Reparto di Oncologia Medica.

CONCLUSIONI

Desideriamo focalizzarci sulla biologia di questo tumore. Presente da due anni come leggera disfonia, paziente ex fumatore da oltre vent' anni, aspetto laringoscopico non particolarmente sospetto, istologia di tumore squamocellulare e displasia severa. Ripetute procedure microlaringoscopiche e una cordectomia-laser non sono riuscite a controllare il problema e, stando a quanto riportato da Huang e Co. (5), potrebbero aver addirittura peggiorato le probabilità di sopravvivenza. Ciò nondimeno, una laringectomia sub-totale è riuscita a bloccare la patologia a livello laringeo, come già riportato in letteratura (6). La recidiva si è verificata nella sede della pregressa tracheotomia, nonostante una tecnica chirurgica meticolosa (non abbiamo avuto alcuna recidiva peristomiale negli ultimi dieci anni) a la radioterapia post-operatoria che, sfortunatamente, non è riuscita a evitare una ricrescita del tumore o l'insemenzamento di cellule neoplastiche. Ognuno ricorda i propri casi di cancro glottico che hanno recidivato e hanno condotto la gran parte dei pazienti a morte, nonostante trattamenti aggressivi, ripetuti e multimodali. Trovatici di fronte a una recidiva cutanea con permeazione tracheale, di nuovo, stante la giovane età del paziente, un trattamento conservative fu intrapreso e la neo-laringe, libera da malattia e ben funzionante, potè essere risparmiata. Una laringectomia totale, infatti, avrebbe peggiorato significativamente la qualità di vita del paziente senza migliorarne la prognosi. La chirurgia di salvataggio con resezione/anastomosi tracheale si è rivelata fattibile senza complicazioni anche dopo radioterapia che, tra l'altro, si potè ancora aggiungere sul letto chirurgico e sui livelli linfatici cervicali e mediastinici, senza purtroppo riuscire ad evitare un' ulteriore recidiva cutanea, non più trattabile chirurgicamente. In conclusione, la palliazione chirurgica è ancora un'opzione molto impegnativa, sia per la scelta decisionale che per l'individuazione della tecnica più appropriata da adottare. In pazienti giovani, con cancro recidivante e prognosi sfavorevole, ogni sforzo deve essere fatto per bilanciare l'efficacia terapeutica e la preservazione della miglior qualità di vita possibile. La ricerca del miglior trattamento fra quelli più sicuri e rapidi, un'informazione dettagliata ed esauriente e l'applicazione scrupolosa di tutti i dettagli medici e chirurgici sono le chiavi di successo di questa filosofia.

BIBLIOGRAFIA

1. Shaw HJ.Palliation in head and neck cancer.J Laryngol Otol 1985 (99): 1131-42.

2. Mueller DK. Tracheal Resection. Medscape, Sep 15, 2015

3. Dallari S, Giannini M, Bonetti MG, Giustini L, Principi P. Salvage surgery in head and neck patients. Personal experience and case report. Submitted to International Journal of Head and Neck Surgery

4. Rizzotto G, Crosetti E, Lucioni M, Succo G. Subtotal laryngectomy: outcomes of 469 patients and proposal of a comprehensive and simplified classification of surgical procedures. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2012 Jun;269(6):1635-46.

5. Huang J1, Yu Z, Fang J, Chen X, Chen X, Huang Z. Salvage transoral laser microsurgery for early recurrent glottic carcinoma after primary laser treatment. Acta Otolaryngol. 2013 May;133(5):531-7.

6. Lucioni M, Bertolin A, Lionello M, Giacomelli L, Rizzotto G, Marioni G. Open partial horizontal laryngectomy for salvage after failure of CO2 laser-assisted surgery for glottic carcinoma. Eur Arch Otorhinolaryngol 2016;273:169-75.

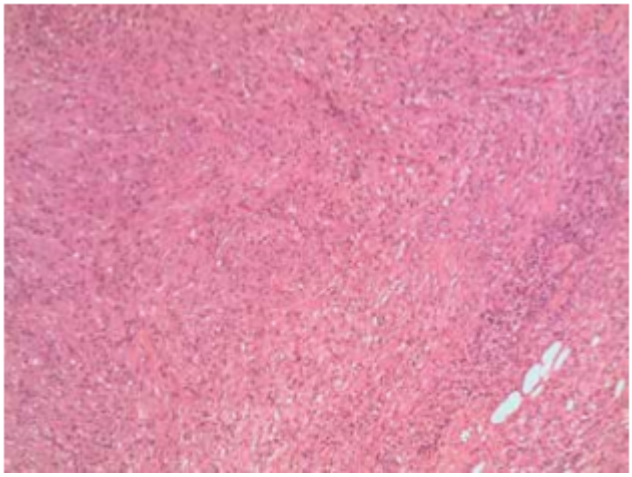


Fig. 1

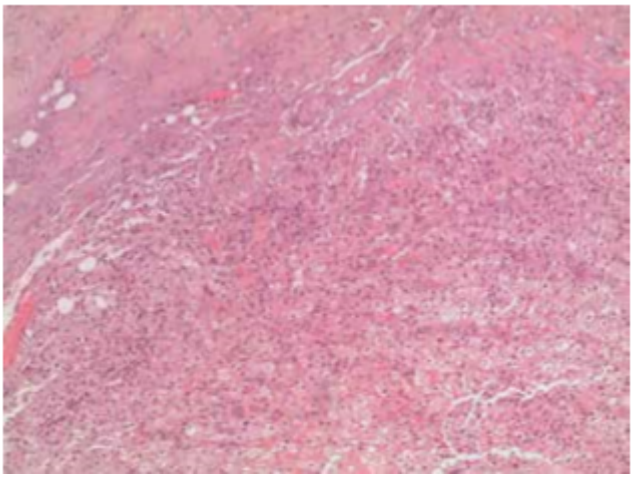


Fig. 2

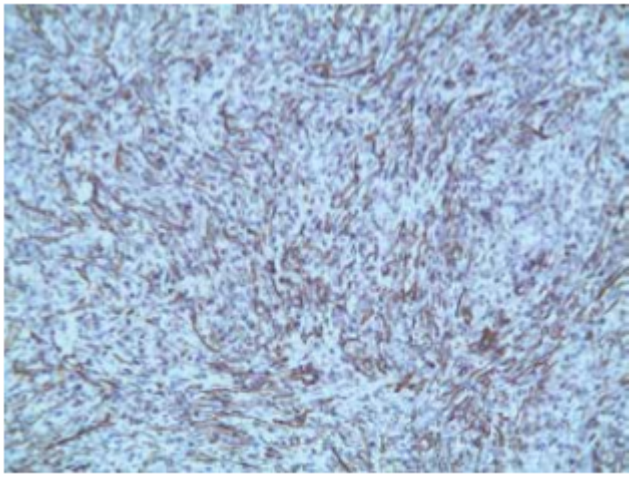


Fig. 3



Fig. 4

Pubblicato il 4 gennaio 2017 · https://www.frontieraorl.it/it/resezione-tracheale-preservando-la-precedente-laringectomia-sopracricoidea-ruolo-della-palliazione-chirurgica/