

Tumore del polmone: come il Gruppo Interdisciplinare Cure ha cambiato la storia della malattia

Maristella Bungaro¹
Chiara Paratore¹
Marianna Miele²
Elisabetta Molfese²
Alessandro D'Aveni³

Il tumore del polmone rappresenta la principale causa di morte cancro correlata in tutto il mondo, con un tasso di sopravvivenza a 5 anni pari al 17%. Negli ultimi vent'anni sono stati fatti importanti progressi nella gestione e cura dei pazienti affetti da questa patologia. I principali cambiamenti riguardano la disponibilità di metodi diagnostici più accurati, tecniche chirurgiche mini-invasive, trattamenti radioterapici selettivi e terapie farmacologiche guidate dall'istologia e dal profilo molecolare del tumore. Tutte queste modalità di trattamento sono attuabili singolarmente o in combinazione in base allo stadio della malattia. Risulta pertanto fondamentale un approccio multidisciplinare per

far fronte a una gestione sempre più complessa del paziente con neoplasia polmonare.

Si sviluppano in questo contesto i Gruppi Interdisciplinari Cure (GIC), ovvero *team* integrati di medici specialisti e altri operatori sanitari, che, in occasione di incontri periodici, considerano le possibili opzioni diagnostico-terapeutiche ed elaborano un piano di cura personalizzato per il singolo paziente. In ambito toraco-polmonare i membri parte del GIC sono pneumologi, oncologi, radio-terapisti, chirurghi cardio-toracici, patologi, radiologi, specialisti in cure palliative e infermieri specializzati insieme ad altre figure che possono aggiungersi quali farmacisti, psicologi, palliativisti e altri¹.

I GIC sono ormai parte integrante della pratica clinica oncologica in numerosi Paesi e sono in costante aumento, quasi come una normale evoluzione della medicina oncologica. Circa 20 anni fa, nel Regno Unito, meno del 20% dei pazienti era gestito da un gruppo multidisciplinare, fino ad arrivare all'80% nel 2004. Oggi, negli USA, il 54% dei medici ospedalieri frequenta settimanalmente gli incontri organizzati dai GIC¹.

Evidenze a supporto dei benefici derivanti dai gruppi interdisciplinari emergono da numerosi studi su patologie neoplastiche mammarie, gastrointestinali e del distretto testa-collo. Per quanto riguarda la neoplasia polmonare, i dati a disposizione sono ancora molto limitati, ma

¹ Dipartimento di Oncologia, Università di Torino, AOU Ospedale San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)

² Radioterapia Oncologica, Università Campus Biomedico, Roma

³ Oncologia Medica - Dipartimento di Patologia Umana dell'Adulto e dell'Età Evolutiva G. Barresi, AOU Policlinico G. Martino, Messina

Revisore: Silvia Novello. Dipartimento di Oncologia, Università di Torino, AOU Ospedale San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO), silvia.novello@unito.it

sicuramente a supporto dell'inserimento del GIC nell'approccio al malato.

Questo tipo di modello gestionale permette indubbiamente una maggiore adesione alle linee guida in termini di scelta diagnostica e terapeutica. I medici che presiedono gli incontri multidisciplinari periodici hanno più probabilità di individuare pazienti da indirizzare a intervento chirurgico con intento curativo negli stadi I e II. Allo stesso modo, pazienti in stadio IIIA non trattati chirurgicamente, hanno più probabilità di ricevere un trattamento chemio-radioterapico ottimale e precoce².

In particolare, Bilfinger e colleghi hanno dimostrato come l'approccio multidisciplinare alla cura dei pazienti affetti da tumore polmonare sia superiore rispetto al modello di assistenza tradizionale, suddividendo circa 4000 pazienti in due gruppi: pazienti gestiti (LCEC - *Lung Cancer Evaluation Center*) e pazienti non gestiti (non-LCEC) in ambito multidisciplinare.

La percentuale dei pazienti diagnosticati in stadio precoce, stadio I/II, era superiore

nel braccio LCEC (50%) rispetto ai pazienti non-LCEC (20%). Di rimando, anche la percentuale dei pazienti indirizzati alla chirurgia era significativamente superiore nel gruppo seguito con approccio multidisciplinare (39,8% vs 15,8%). Pur con i limiti di uno studio retrospettivo e non randomizzato, l'analisi dei dati ha ottenuto risultati impressionanti in termini di sopravvivenza. A 5 anni, i pazienti vivi erano il 31,7% nel gruppo trattato con approccio multidisciplinare e solo il 9,1% nel braccio a gestione tradizionale. Analogamente, la sopravvivenza a 10 anni era pari al 14,5% per il gruppo LCEC contro il 4,4% per non-LCEC (Tabella 1)³.

Altri dati simili a questo sono presenti in letteratura, seppur derivanti da valutazioni retrospettive; risulterebbe peraltro complicato e non eticamente perseguibile disegnare studi randomizzati prospettici in questo contesto.

Da valutazioni dirette (in parte qui descritte) e indirette, i benefici di un approccio diagnostico-terapeutico multidisciplinare appaiono quindi essere molteplici: la possibilità

Tassi di sopravvivenza

Tutti i casi di malattia	Sopravvivenza %		
	LCEC	Non-LCEC	P Value
1 anno	72,6	44,8	<.001
3 anni	43,6	16,9	<.001
5 anni	31,7	9,1	<.001
10 anni	14,5	4,4	<.001
Analisi matching*	LCEC	Non-LCEC	P Value
1 anno	76,5	69,9	.003
3 anni	47,1	39,4	.002
5 anni	33,6	23,0	<.001
10 anni	14,3	9,7	.121

Tabella 1. Tassi di sopravvivenza a 1, 3, 5 e 10 anni in tutti i pazienti partecipanti allo studio e all'analisi *matching* mediante *propensity score* per correggere eventuali *bias*³ (mod. da Bilfinger TV, et al.³). *Analisi *matching*: pazienti appaiati per età, sesso, razza, stadio di malattia, istologia e trattamento.

di accedere a un singolo centro di riferimento per raggiungere i diversi specialisti; la riduzione dei tempi alla diagnosi; la possibilità di ottenere una quantità di tessuto adeguato, evitando il rischio di re-biopsie¹; una maggiore accuratezza nella stadiazione della patologia e nella definizione della strategia terapeutica da attuare, con un incremento del 10-15% nell'arruolamento in *trials* clinici⁴; una riduzione dell'intervallo di tempo che intercorre tra la diagnosi e l'inizio del trattamento, di circa 10 giorni, secondo una recente meta-analisi, cosa da non sottovalutare trattandosi di una patologia che evolve rapidamente, con benefici in termini di *down-staging* e prognosi⁴.

Va poi sottolineato come il confronto tra specialisti faciliti la selezione dei pazienti più fragili, che per età e comorbidità non sopporterebbero regimi terapeutici troppo aggressivi, riducendone così l'*overtreatment* o consentendo una migliore attribuzione del trattamento più appropriato⁵.

Non per ultimo vi è l'aspetto psicologico e il grado di appagamento del paziente nel percorso di cura. Alcuni dati riportano una migliore qualità della vita e un maggiore benessere psicofisico nel contesto delle cure multidisciplinari rispetto al modello tradizionale di cure, oltre che una maggiore *compliance* e quindi possibilità di successo del trattamento. È possibile peraltro che questo effetto sia dovuto a una maggiore e più moderna consapevolezza del paziente coinvolto nelle decisioni cliniche e a un accesso facilitato e precoce ai servizi di cure palliative, che svolgono un ruolo chiave sia nella gestione dei sintomi che nelle cure di fine vita¹.

Ancora molto deve esser fatto per implementare e diffondere l'approccio multidisciplinare in oncologia toracica. Un valido aiuto deriva dalla promozione di programmi educazionali rivolti ai medici dei gruppi interdisciplinari per incrementare le abilità

diagnostiche, stadiative e di trattamento, (GAIN 3.0), o ancora, per colmare il *gap* tra le cure primarie e quelle specialistiche, attraverso una maggiore comunicazione tra il *team* e la figura del medico di famiglia, che spesso è il primo a formulare il sospetto di neoplasia polmonare e a gestire le comorbidità associate alla malattia.

Proiettandoci nella realtà italiana, la Rete Oncologica, che dovrebbe garantire e promuovere il corretto svolgimento delle riunioni multidisciplinari, è attiva solo in sei regioni del Paese: Piemonte, Lombardia, Toscana, Trentino, Umbria e Veneto. Altrettante reti sono ancora "in corso d'opera" in Emilia-Romagna, Friuli, Lazio, Liguria e Sicilia, mentre mancano del tutto nelle restanti regioni.

In conclusione, pur essendoci da parte della comunità scientifica l'assoluta consapevolezza dell'utilità dei GIC, la loro diffusione sul territorio nazionale rimane ancora insufficiente. Allo stesso modo, potrebbe essere sicuramente utile raccogliere dati prospettici in maniera sistematica, che vadano meglio a definire il reale impatto della valutazione multidisciplinare per l'analisi diagnostico-terapeutica nel contesto dell'oncologia polmonare.

Bibliografia

- 1) DENTON E, CONRON M. *Improving outcomes in lung cancer: the value of the multidisciplinary health care team.* J Multidiscip Healthc 2016; 9: 137-44.
- 2) KEHL KL, LANDRUM MB, KAHN KL, ET AL. *Tumor board participation among physicians caring for patients with lung or colorectal cancer.* Journal of Oncology Practice 2015; 11: e267-78.
- 3) BILFINGER TV, ALBANO D, PERWAIZ M, ET AL. *Survival outcomes among lung cancer patients treated using a multidisciplinary team approach.* Clin Lung Cancer 2018 Feb 1; pii: S1525-7304(18)30018-4.
- 4) STONE CJL, VAID HM, SELVAM R, ET AL. *Multidisciplinary clinics in lung cancer care: a systematic review.* Clin Lung Cancer 2018 Feb 21. pii: S1525-7304(18)30020-2.
- 5) SCHULKES KJG, HAMAKER ME, LAMMERS JJ, ET AL. *Multidisciplinary decision-making regarding chemotherapy for lung cancer patients-an age-based comparison.* Eur J Cancer Care (Engl) 2018 Jan; 27(1).