

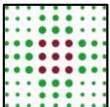
I Tumori della Parete Toracica

Dott. Luca Ampollini

Chirurgia Toracica

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

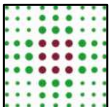
I Martedì dell'Ordine – 6 marzo 2012



Definizione

Comprendono:

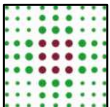
- Neoplasie primitive benigne o maligne sia della componente osteocartilaginea che dei tessuti molli
- Neoplasie che invadono la parete toracica a partenza da organi adiacenti come polmone, pleura, mediastino, mammella
- Neoplasie metastatiche



Tumori primitivi

Generalità

- Sia di origine ossea che dei tessuti molli
- 2% di tutti i tumori primitivi
- L'incidenza di malignità varia dal 50% all'80%
(è più alta nei tumori che originano dai tessuti molli)



Classificazione

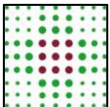
- BENIGNI:

- Osteocondroma*
- Condroma*
- Desmoide
- Displasia Fibrosa*
- Lipoma
- Fibroma
- Neurilemmoma

- MALIGNI:

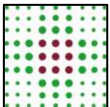
- Mieloma
- Istiocitoma Fibroso Maligno*
- Condrosarcoma*
- Rabdomiosarcoma*
- Liposarcoma
- Neurofibrosarcoma
- Osteosarcoma
- Leiomiosarcoma
- Linfoma

* Tumori più frequenti



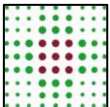
Caratteristiche cliniche

- Nei pazienti con neoplasia primitiva benigna l'età media è 25 anni, in quelli con neoplasia maligna è 40 anni
- Rapporto maschi/femmine è 2:1
- Masse a lento accrescimento più o meno fisse alla parete toracica
- La maggior parte sono inizialmente asintomatici, ma con il progredire dell'accrescimento compare il **dolore** (*il paziente può essere erroneamente trattato per neurite o per un dolore osteo-muscolare*)



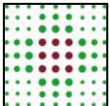
Diagnosi

- Tumori con diametro dai 3 ai 5 cm:
 - Biopsia escissionale con margine minimo di tessuto sano di 1 cm
 - La chiusura della breccia toracica è semplice e non richiede la ricostruzione scheletrica
 - Se la lesione è benigna o maligna, ma da trattare con radioterapia e/o chemioterapia, non è indicato alcun ulteriore trattamento chirurgico
 - Se la lesione è maligna, ed è indicato un ampliamento della resezione, il paziente deve essere rioperato con un margine sano di 4 cm



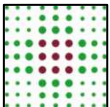
Diagnosi (2)

- Tumori con diametro ≥ 5 cm:
 - E' indicata la biopsia incisionale
 - L'incisione cutanea deve essere eseguita in modo da non intralciare un eventuale intervento resettivo curativo
 - Non bisogna creare lembi cutanei né entrare nello spazio pleurico per prevenire la disseminazione delle cellule cancerogene
 - Ottenuta la diagnosi si procede al trattamento



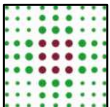
Trattamento

- Ampia resezione: asportare la lesione in blocco con margini di tessuto sano di almeno 4 cm
- Il **56%** dei pazienti con margine di resezione sano di 4 cm, sono liberi da malattia a 5 anni
- Solo il **29%** dei pazienti con margine di 2 cm, sono liberi da malattia a 5 anni



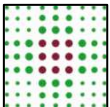
Tumori maligni

- I più frequenti tumori maligni che originano dalle coste sono:
 - PLASMOCITOMA (MIELOMA)
 - CONDROSARCOMA
 - SARCOMA DI EWING
 - OSTEOSARCOMA



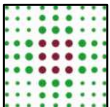
Plasmocitoma

- Il più frequente tumore maligno primitivo delle coste
- Può essere la manifestazione di un mieloma multiplo (sede più frequente è, tuttavia, la vertebra)
- Insorge più frequentemente tra la V° e VII° decade
- Rapporto maschi/femmine = 2:1



Plasmocitoma (2)

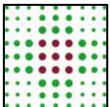
- Il sintomo più comune è il **dolore** e spesso è presente senza una massa palpabile
- Il ruolo della chirurgia è quello di *conferma diagnostica*
- Il trattamento di scelta della lesione solitaria è la radioterapia
- Nel caso di lesioni multiple, la radioterapia associata alla chemioterapia
- La sopravvivenza a 5 anni è del 20%



Tumori maligni dei tessuti molli

ISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO

- Il più comune tumore maligno ad origine dai tessuti molli
- Insorge tra i 50 e i 70 anni
- Prevalente nei maschi
- Massa non dolente a lento accrescimento

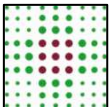


Tumori maligni dei tessuti molli (2)

ISTIOCITOMA FIBROSO MALIGNO (2)

- Non risponde a chemioterapia
- Non risponde a radioterapia
- Deve essere trattato con un'ampia resezione

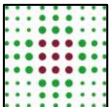
Sopravvivenza a 5 anni del 38%



Tumori maligni dei tessuti molli (3)

RABDOMIOSARCOMA

- Secondo tumore per frequenza
- Colpisce adolescenti e giovani adulti
- Massa a rapida crescita
- Situata profondamente nelle strutture muscolari
- Non dolente

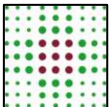


Tumori maligni dei tessuti molli (4)

RABDOMIOSARCOMA (2)

- Istologicamente: spiccata cellularità
- Il trattamento è multimodale:
 - Ampia resezione chirurgica
 - Radioterapia
 - Chemioterapia

Sopravvivenza a 5 anni del 70%

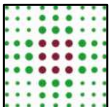


Tumori maligni dei tessuti molli (5)

LIPOSARCOMA

- Neoplasia dell'età adulta: picco d'incidenza tra i 40 e 60 anni
- Microscopicamente: lipoblasti anaplastici
- Trattamento: ampia resezione chirurgica

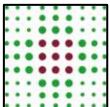
Sopravvivenza a 5 anni del 60%



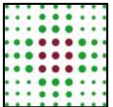
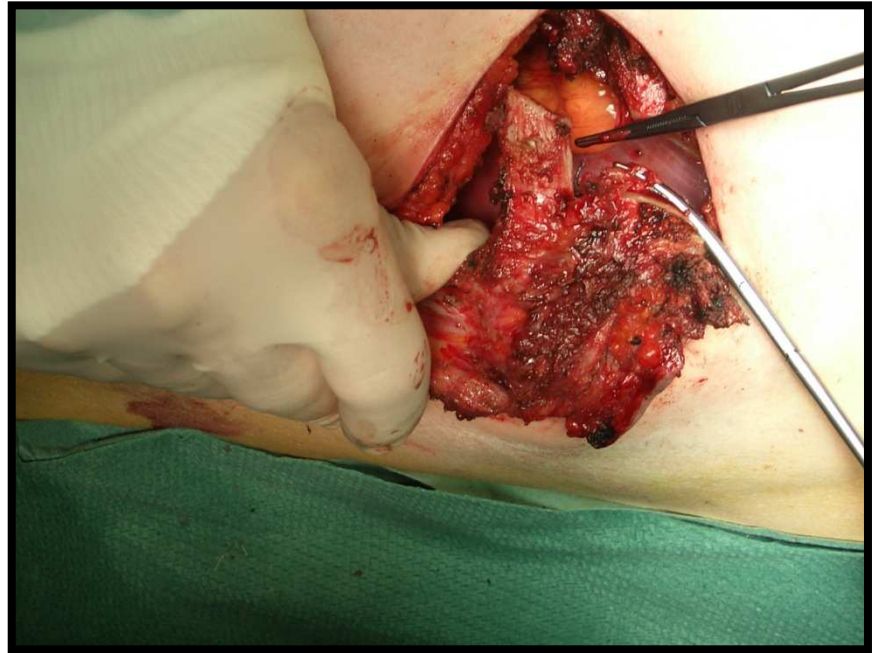
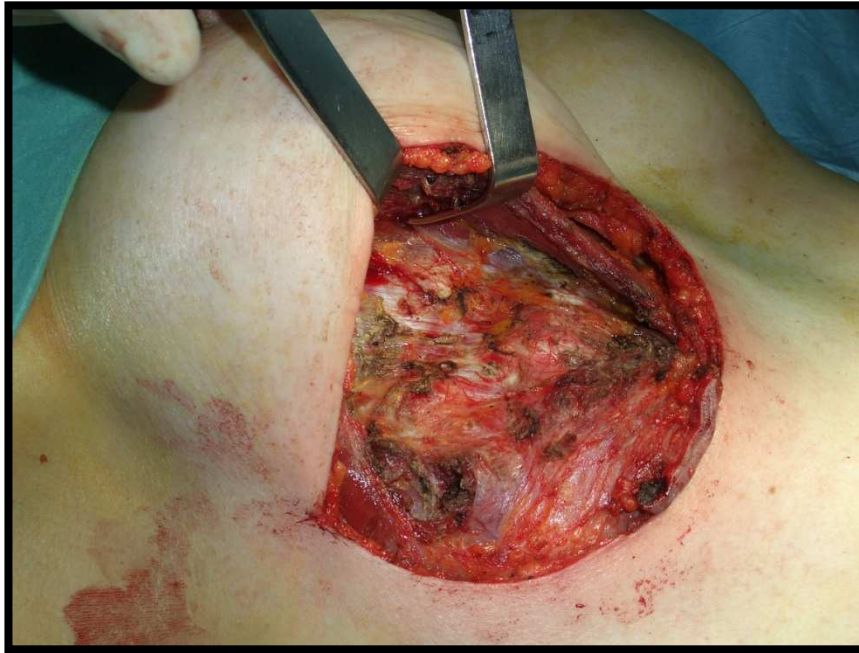
Tumori maligni dei tessuti molli (6)

FIBROSARCOMA

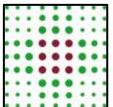
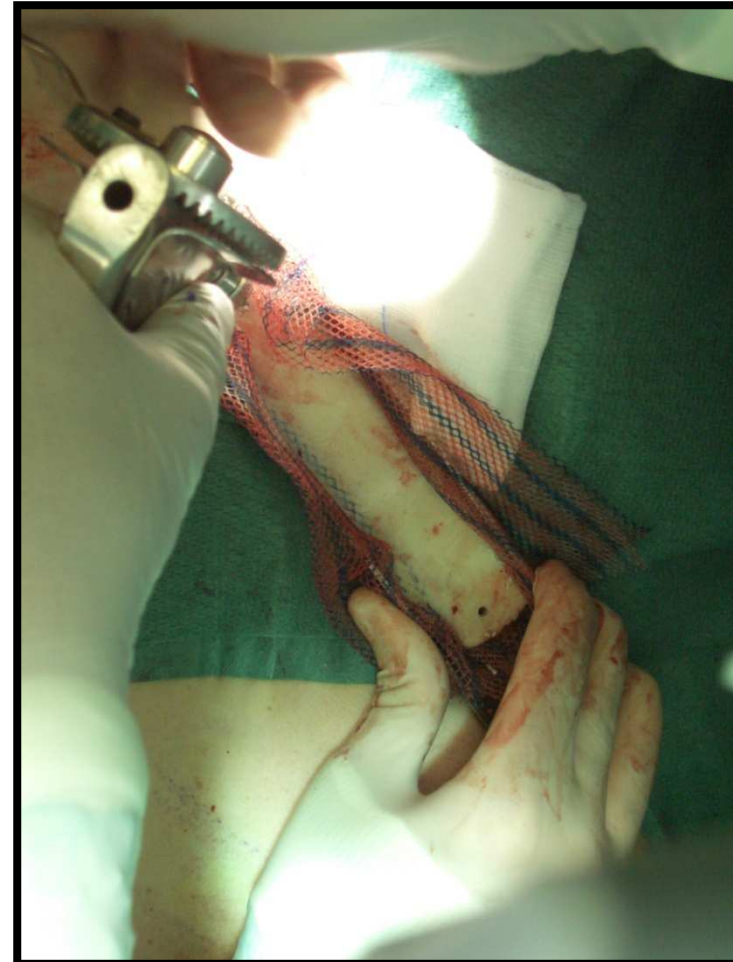
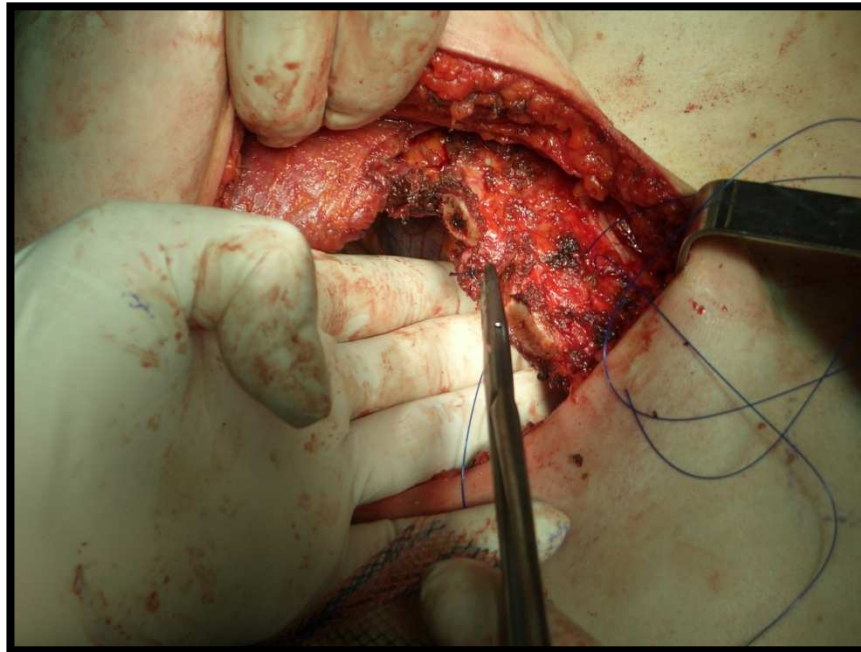
- Tipico dell'età adulta
- Ben capsulato
- Insorge lungo i nervi intercostali
- Trattamento: escissione ampia



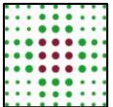
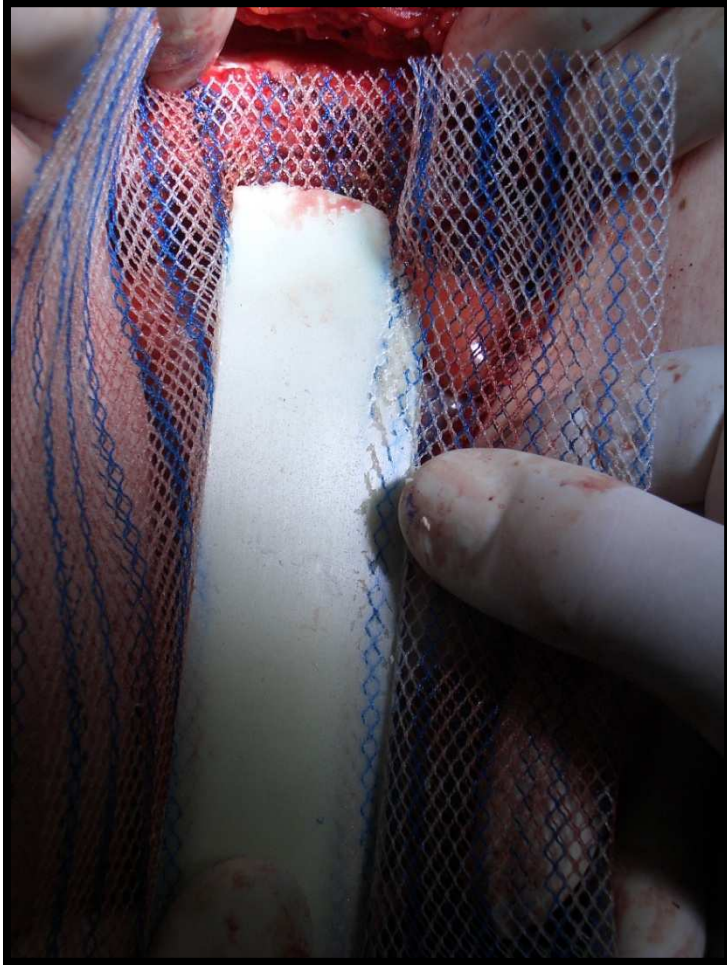
Fibrosarcoma epitelioido



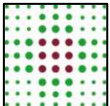
Fibrosarcoma epitelioido (2)



Fibrosarcoma epitelioido (3)



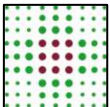
Fibrosarcoma epitelioido (4)



Tumori benigni

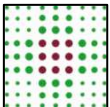
Origine osteocartilaginea

- I più frequenti tumori benigni costali sono:
 - OSTEONCONDROMA
 - CONDROMA
 - DISPLASIA FIBROSA e ISTIOCITOSI X
(non sono lesioni neoplastiche)



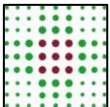
Osteocondroma

- Il più comune tumore costale benigno (50%)
- Insorge nella prima giovinezza e si accresce fino alla maturità scheletrica
- Origina dalla regione metafisaria
- Protuberanza ossea pedunculata con un cappello cartilagineo
- Se compare **dolore** ⇒ degenerazione maligna



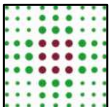
Condroma

- 15% di tutte le lesioni costali benigne
- La maggior parte insorge anteriormente nella giunzione costo-condrale
- A qualunque età, equamente nei due sessi
- Massa a lenta crescita, di consistenza duro-elastica, lievemente dolente
- Radiologicamente: massa lobulata che causa un assottigliamento della corticale



Condroma (2)

- Microscopicamente: uniforme ed omogenea matrice ialina con disseminati piccoli e regolari condrociti all'interno di lacune
- La differenza microscopica tra condroma e condrosarcoma a basso grado di malignità è estremamente difficile: *perciò, si deve trattare il condroma come un tumore maligno con un'ampia resezione!*

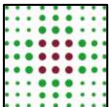
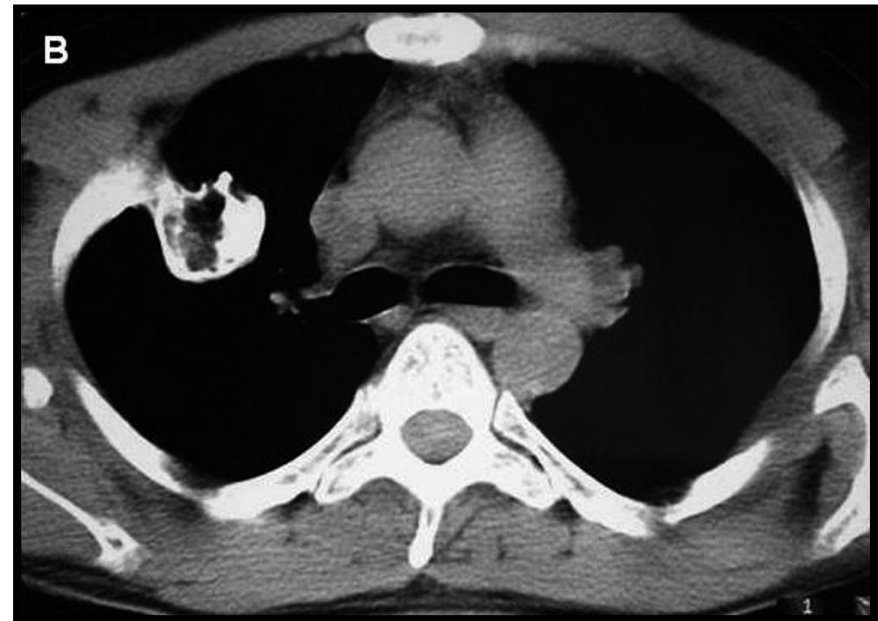


Esostosi costale

RX torace

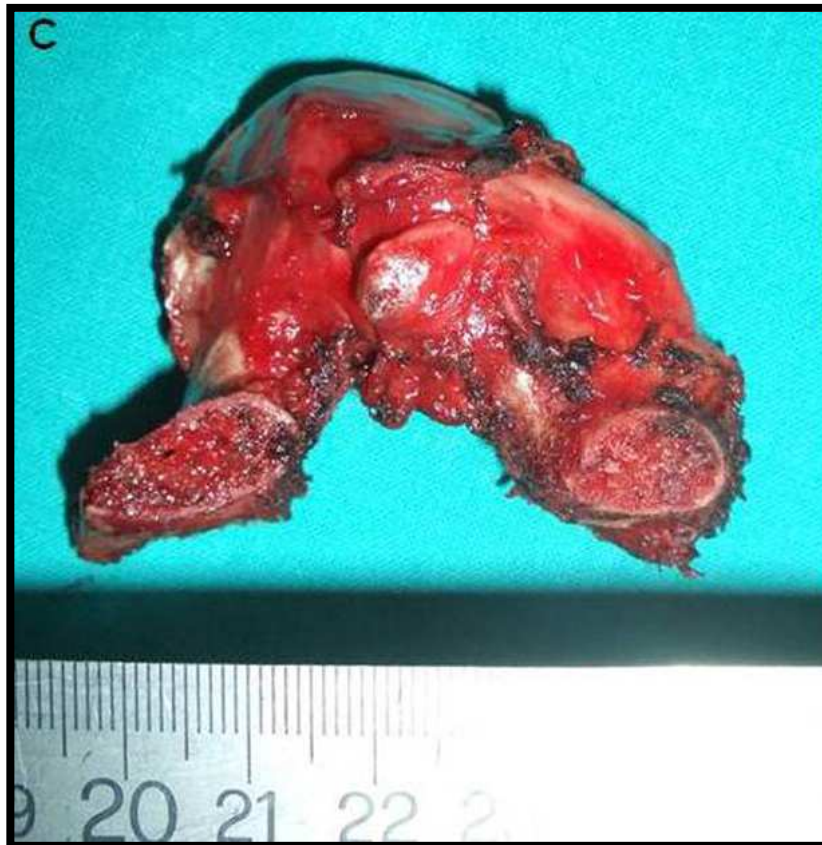


TAC TORACE

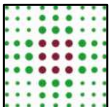


Esostosi costale (2)

Pezzo operatorio



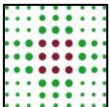
Pezzo operatorio



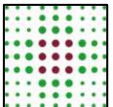
Tumori benigni dei tessuti molli

- Predominanti sono:
 - FIBROMI
 - LIPOMI
 - TUMORI NEUROGENI
 - TUMORI VASCOLARI (EMANGIOMA)

*LA DEGENERAZIONE MALIGNA E' RARA E TUTTI
DEVONO ESSERE TRATTATI CON ESCISSIONE*

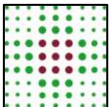


Lipoma



Ricostruzione della parete toracica

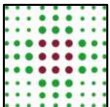
LA POSSIBILITA' DI RICOSTRUIRE LA PARETE TORACICA ANCHE DOPO AMPIE DEMOLIZIONI, HA DATO UN IMPULSO AL TRATTAMENTO DI QUESTE PATOLOGIE, CON LO SCOPO DI RISTABILIRE UNA CORRETTA DINAMICA RESPIRATORIA E PROTEGGERE GLI ORGANI ENDOTORACICI



Valutazioni preoperatorie

Le resezioni della parete toracica sono interventi maggiori che possono sviluppare complicanze quindi, è necessaria un'accurata valutazione del paziente per evidenziare:

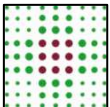
- Rischi respiratori (PFR, escludere o evidenziare altre patologie polmonari concomitanti)
- Rischi cardiaci (ECG, ECO-cardiografia, etc)
- Rischi renali (studi specifici)



Ricostruzione scheletrica

- COSIDERAZIONI GENERALI –

La capacità di chiudere il difetto della parete toracica, è la principale verifica da fare in un programma operatorio, per queste patologie; è un piano da mettere a punto con il chirurgo plastico

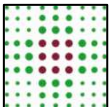


Ricostruzione scheletrica (2)

- Dipende dalle dimensioni e dalla localizzazione del difetto
- Brecce < 5 cm di $\varnothing$ maggiore (in qualsiasi posizione esse siano) NON vengono ricostruite
- Difetti posteriori < 10 cm di $\varnothing$ NON richiedono ricostruzioni per la presenza della scapola

QUINDI

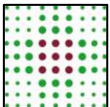
VENGONO RICOSTRUITI DIFETTI DI DIMENSIONI MAGGIORI DI QUELLE SOPRA RIPORTATE



Ricostruzione scheletrica (3)

- MATERIALI USATI -

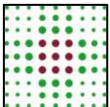
- AUTOLOGHI: frammenti di coste
- PROTESICI:
 - PROLENE
 - Poli-Tetrafluoro-Etilene (GORETEX)
 - MARLEX (rinforzato con Metil-Metacrilato)



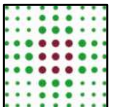
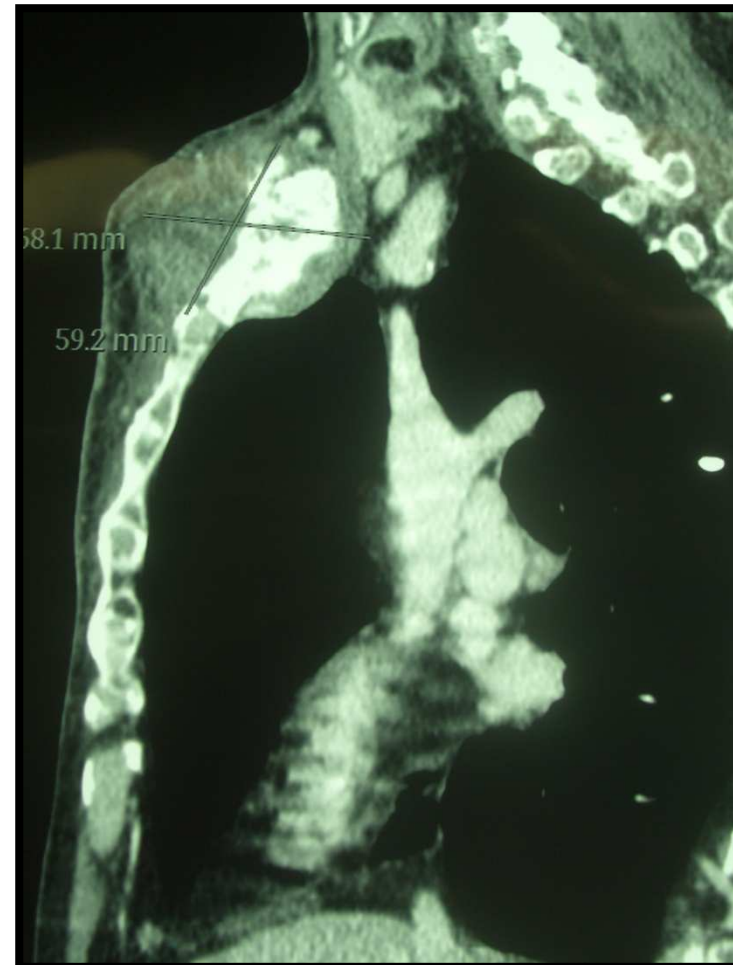
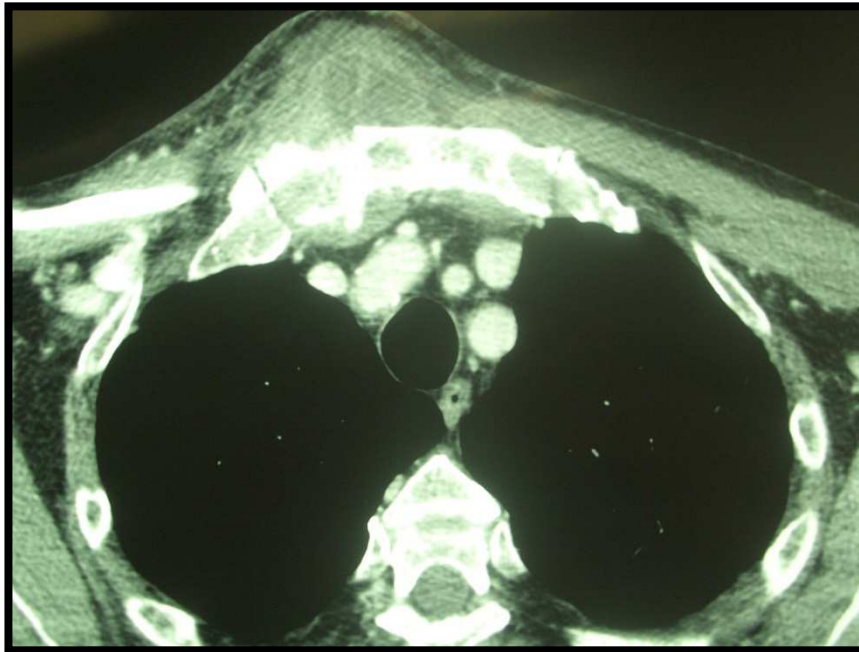
Ricostruzione dei tessuti molli

- TRASPOSIZIONE DEI MUSCOLI –

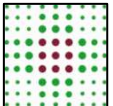
- Possono essere trasposti solo il *muscolo* o il *muscolo con un segmento di cute*
- Quali muscoli:
 - M. grande pettorale: difetti anteriori
 - M. retto dell'addome, dentato anteriore, obliquo esterno, trapezio
- La trasposizione omentale, è usata per ricostruire aree di necrosi post-attinica o infette, o per sostituire precedenti lembi andati in necrosi



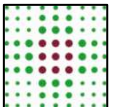
Condrosarcoma



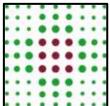
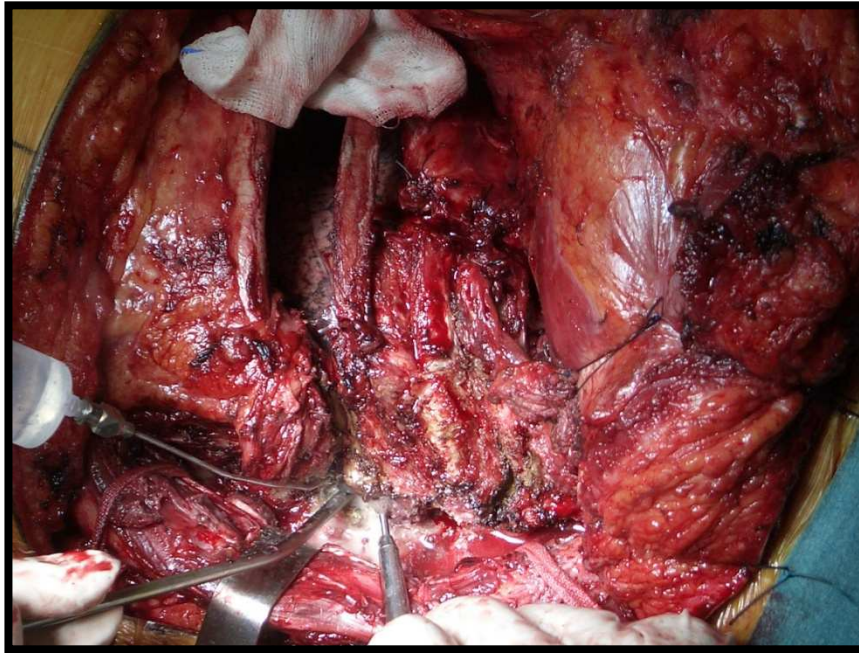
Condrosarcoma (2)



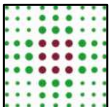
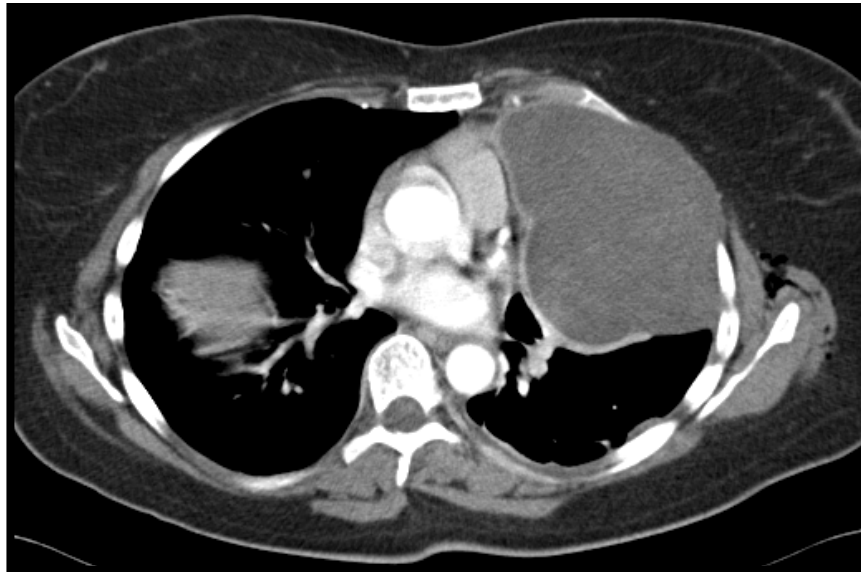
Condrosarcoma (3)



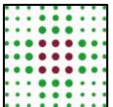
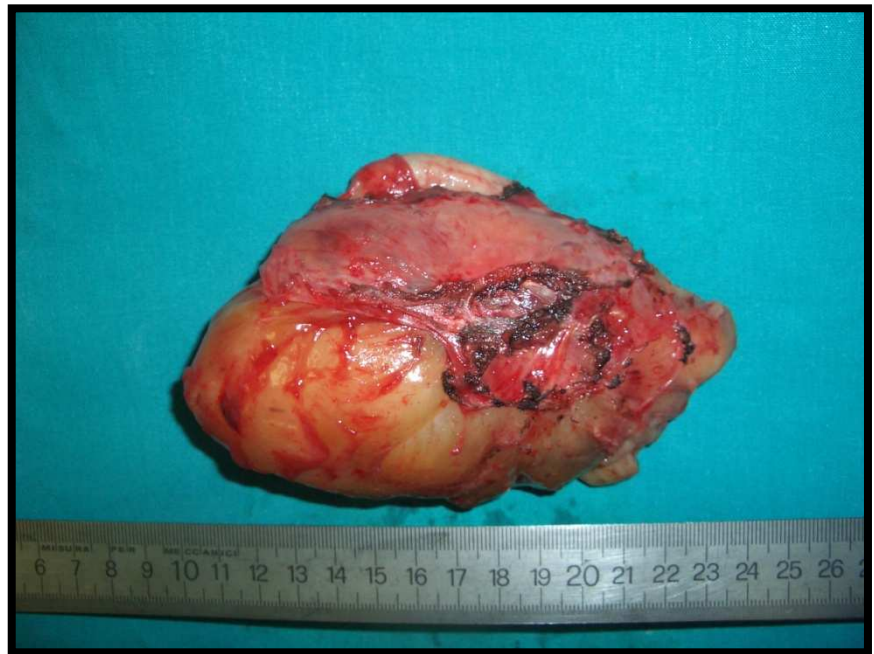
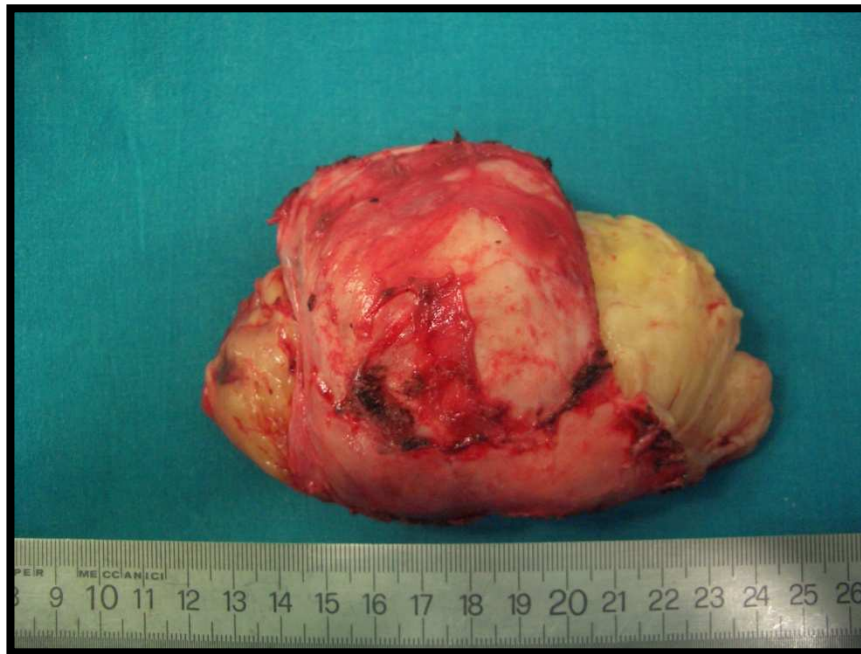
Carcinoma non a piccole polmonare con infiltrazione parietale



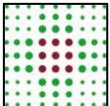
Schwannoma



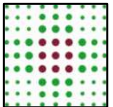
Schwannoma (2)



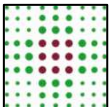
Carcinoma verrucoso ulcerato



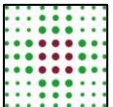
Carcinoma verrucoso ulcerato (2)



Carcinoma verrucoso ulcerato (3)

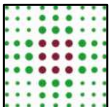


Carcinoma verrucoso ulcerato (4)



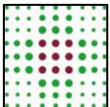
Desmoide

- Maggior frequenza tra la pubertà e 40 anni
- Rapporto maschi/femmine 2:1
- Il 40% origina nella spalla e nella parete toracica con frequente incapsulamento delle strutture vascolo-nervose dello stretto toracico e dei vasi del collo
- Spesso si estende all'interno della cavità pleurica con spostamento delle strutture mediastiniche



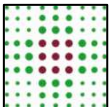
Desmoide (2)

- Origina dalla fascia e dalle cellule muscolari e si estende lungo i piani tissutali
- Inizialmente: massa non ben definita e non dolente
- Successivamente: parestesie, iperestesie e debolezza muscolare da compressione nervosa



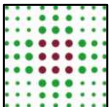
Desmoide (3)

- Microscopicamente: cellule fusate che infiltrano i tessuti adiacenti: per questo, viene considerato più che una fibrosi benigna, un fibrosarcoma a basso grado di malignità
- Tende a recidivare se non trattato con una ampia resezione che può essere integrata con la radioterapia



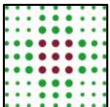
Trattamento (2)

- Un margine di 2 cm, può essere adeguato in caso di metastasi della parete toracica, tumori benigni e certi tumori a basso grado di malignità (*condrosarcoma*)
- NON è adeguato in caso di *istiocitoma fibroso maligno* o *osteosarcoma*, perché sono tumori che diffondono nella cavità midollare o lungo il periostio



Trattamento (3)

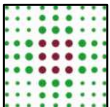
- Per i tumori ad origine costale, oltre alla rimozione delle coste coinvolte, è indicata l'asportazione della costa sana sopra e sotto la lesione
- Per i tumori dello sterno, è indicata l'asportazione dell'osso coinvolto e degli archi costali bilateralmente



Tumori maligni dei tessuti molli (2)

ISTIOCIDITOMA FIBROSO MALIGNO (3)

- Microscopicamente: rotondeggiante e si propaga lungo i piani fasciali e tra le fibre muscolari: ciò, rende ragione dell'elevata comparsa di **recidive** dopo resezione
- Istologicamente: il quadro varia da cellule ben differenziate a un quadro anaplastico



Tumori maligni dei tessuti molli (7)

LEIOMIOSARCOMA

- Neoplasia dell'età adulta
- Macroscopicamente: massa lobulata grigiastra
- Microscopicamente: cellule fusate
- Trattamento: ampia resezione
- Possibilità di recidiva locale e a distanza

