



SINTOMATOLOGIA DEL TUMORE POLMONARE

La sintomatologia delle neoplasie polmonari dipende strettamente dalla posizione anatomica della malattia, dal tipo di crescita e dalla sua aggressività. A volte l'individuazione di quella malattia che verrà poi diagnosticata come tumore del polmone è casuale. La scoperta di una "macchia" al polmone viene spesso fatta nel corso di esami radiologici eseguiti per altre patologie. Per lo più perché il paziente ha una sintomatologia che indirizza il medico al sospetto. Non è sempre facile attribuire i sintomi all'insorgenza del tumore, essendo questi per lo più comuni anche ad altre malattie abbastanza frequenti nei fumatori. Ciò porta di solito ad un rischio di ritardo nella diagnosi in soggetti già con bronchite cronica o enfisema polmonare. Ecco perché i sintomi non vanno sottovalutati e soprattutto devono, prima che essere curati farmacologicamente, essere indagati attraverso tutti gli esami strumentali necessari a porre una diagnosi differenziale fra il tumore al polmone e tutte le altre possibili patologie in grado di determinarli.

Divideremo schematizzando per semplicità di esposizione i tipi di crescita con le relative più frequenti manifestazioni cliniche che tratteremo in dettaglio successivamente:

Crescita centrale e/o endobronchiale:

- Tosse: spesso presente da mesi
- Emoftoe: piccole tracce di sangue nell'espettorato, da non sottovalutare mai
- Emottisi: presenza importante di sangue nell'espettorato
- Wheezing: la percezione soggettiva ed oggettiva di un rumore sibilante che proviene dalla sede dell'ostruzione bronchiale.
- Dispnea: una difficoltà respiratoria che può variare da una forma lieve che si manifesta in seguito a sforzi di importante entità fino ad essere presente anche se il paziente è a riposo assoluto.
- Polmoniti: di varia gravità con tosse produttiva e febbre, derivanti spesso dall'ostruzione bronchiale.

Accrescimento periferico:

- Dolore: deriva da un interessamento della pleura (foglietto di rivestimento dei polmoni) o della parete toracica; è di tipo profondo, cupo oppure con delle note di irritazione che possono essere anche molto acute.
- Tosse e Dispnea: frequenti per la limitazione funzionale della attività respiratoria
- Polmoniti: di varia gravità, con tosse produttiva e la febbre; possono arrivare fino all'ascesso polmonare
- Diffusione loco-regionale nell'ambito toracico:

- Ostruzione tracheale: la tosse è secca e stizzosa, coesiste una ipoventilazione polmonare che nei casi più gravi può portare a cianosi (cute bianca causata da una diminuzione della ossigenazione)
- Disfonia: calo della voce, si manifesta in seguito alla paralisi del nervo laringeo ricorrente di sinistra
- Paralisi diaframmatica: causata dall'infiltrazione del nervo frenico porta all'elevazione del diaframma con conseguente dispnea, singhiozzo e nevralgia della spalla e del collo.
- Sindrome di Bernard-Horner: segue alla paralisi del nervo simpatico, caratterizzata da miosi, enoftalmo e ptosi palpebrale
- Sindrome di Pancoast: si realizza con paralisi del plesso brachial, dolore alla spalla, disturbi circolatori trofici e paresi del braccio
- Invasione del pericardio: versamento pericardico, con conseguente possibile pericardite
- Diffusione pleurica: dispnea legata all'entità del versamento pleurico che, dopo eventuale svuotamento, si riforma rapidamente
- Sindrome della vena cava superiore: si realizza per processi espansivi del mediastino che comprimono la vena cava. La sintomatologia è caratterizzata dall'edema precoce del collo e delle palpebre, del torace alto e degli arti superiori.

Metastatizzazione a distanza:

La sintomatologia dipenderà dalla sede interessata dove gli organi più frequentemente colpiti sono: i linfonodi (via linfatica), il fegato, i surreni, i polmoni, le ossa ed il cervello (via ematica).

Sintomi generali:

Febbre, specialmente serale ma non molto alta; stanchezza, inappetenza, dimagrimento

Sindromi Paraneoplastiche:

Derivanti dalla produzione di sostanze attive da parte del tumore, che possono causare varie sindromi (neurologiche, neuromuscolari, osteo-connettivali, endocrinometaboliche, dermatologiche, ematologico vascolari).

• LA TOSSE

Per tosse si intende una emissione, brusca e sonora, di aria attraverso le vie respiratorie e la bocca. È un atto riflesso protettivo con cui l'organismo cerca di liberare la trachea o i bronchi dalla presenza di una sostanza che tende ad ostruirli o a irritarli. Una tosse persistente e latrante, che non produce catarro, può anche indicare una pressione esercitata sulle vie respiratorie: ciò può verificarsi in caso di ingrossamento del timo, della tiroide, del cuore, dei linfonodi del mediastino (spazio compreso fra i due polmoni) oppure di tumore del polmone o dell'esofago. La tosse è uno dei sintomi più frequenti nei pazienti con tumore del polmone. Spesso si tratta di una tosse secca, irritativa, dovuta all'ostruzione delle vie aeree da parte del tumore. Può essere caratterizzata anche

dall'emissione di catarro (escreato) o essere un peggioramento della solita "tosse del fumatore". La tosse del fumatore è più persistente il mattino: dopo un accesso di tosse catarrosa al risveglio, la tosse può rimanere secca per tutto il resto della giornata.

• EMOFTOE ED EMOTTISI

Per emoftoe si intende l'emissione di un espettorato rosso vivo quasi interamente costituito da sangue, con minima presenza di muco, in seguito ad un colpo di tosse. Le caratteristiche dell'espettorato fanno intuire la presenza di emorragia nell'apparato respiratorio. Su ciò si basa la diagnosi differenziale con l'emottisi, definita invece come emissione di cospicue quantità di sangue dalle vie aeree. L'emoftoe può essere saltuaria o ricorrente, ma in ogni caso non deve essere assolutamente trascurata. Può associarsi, come del resto l'emottisi, al carcinoma polmonare. L'emottisi è l'emissione orale, solitamente mediante un colpo di tosse. Il sangue proviene dall'albero respiratorio e si presenta generalmente schiumoso e di colore rosso chiaro. Può essere conseguenza di colonizzazione del polmone da parte di diversi microrganismi patogeni o di insorgenze tumorali.

• WHEEZING

Un wheeze è un continuo, grossolano, fischio sonoro prodotto dalle vie aeree durante la respirazione. Per verificarsi, una parte dell'albero dell'apparato respiratorio deve essere ridotto o ostruito, o rafforzata la velocità di flusso d'aria all'interno della struttura respiratoria. Il wheezing è comunemente riscontrato in persone con una malattia polmonare.

• DISPNEA

La dispnea è la difficoltà soggettiva di respirazione. Tale disturbo è solitamente correlato alla sensazione di "fame d'aria". La dispnea può essere dovuta a varie cause dato che è un sintomo aspecifico. Oltre che alla riduzione della funzionalità polmonare vera e propria essa può essere causata da stati di ansia e soprattutto dall'anemia, tipicamente presente nei pazienti neoplastici. Può essere accentuata da particolari posizioni assunte obbligatoriamente, quali il decubito (ortopnea) o la posizione sul fianco (trepopnea).

• POLMONITI

La polmonite è una malattia dei polmoni e del sistema respiratorio in cui gli alveoli polmonari si infiammano e si riempiono di liquido, che ostacola la funzione respiratoria. È una malattia molto comune, ed era la principale causa di morte prima della scoperta degli antibiotici, che costituiscono l'unica terapia efficace. Viene diagnosticata esaminando una radiografia del torace e l'espettorato del paziente. La polmonite può avere molte cause diverse: normalmente è conseguenza di una infezione batterica. I sintomi tipici sono tosse, febbre, dolore al petto e difficoltà a respirare.

• OSTRUZIONE TRACHEALE

I sintomi cominciano classicamente all'improvviso, per lo più durante la notte, caratterizzati dalla comparsa di tosse abbaiante. Stridore, voce rauca e difficoltà respiratoria sono presenti di frequente, come conseguenza di un'ostruzione delle vie aeree superiori. Questi sintomi sono spesso preceduti da una sintomatologia aspecifica, a carico delle vie aeree superiori, da 12 a 48 ore prima della

comparsa della tosse abbaiente e della difficoltà respiratoria. Per l'infiammazione e l'edema, la regione sottoglottica si restringe e determina la tosse abbaiente, il flusso turbolento di aria e lo stridore inspiratorio; sono presenti anche rientramenti della parete toracica. Un ulteriore restringimento può portare a movimenti asincroni della parete toracica e dei movimenti addominali, a stanchezza, ed eventualmente ipossia, scarso apporto di ossigeno alle vie respiratorie con conseguente scarsa ventilazione polmonare (ipoventilazione).

• DISFONIA

La disfonia è uno dei disturbi del linguaggio che va dalla raucedine fino all'afonia. In pratica con il termine disfonia si intende la difficoltà nel produrre una voce "normale". Le cause possono essere organiche o funzionali. La terapia è strettamente correlata alla causa della malattia e può essere medica, chirurgica, riabilitativa logopedica o una combinazione di questi interventi.

• SINDROMI MEDIASTINICHE

Quadro clinico determinato dalla compressione degli organi del mediastino (l'area situata all'interno della gabbia toracica limitata lateralmente dai polmoni, anteriormente dallo sterno e posteriormente dalla colonna vertebrale e contenente diverse strutture anatomiche come il cuore, l'esofago, la trachea e numerosi linfonodi) e caratterizzato, in particolare, da sintomi di compromissione circolatoria e respiratoria.

La crescita di una massa tumorale nel mediastino può originare un ampio gruppo di sintomi noti come "sindrome mediastinica":

- 1) singhiozzo e paralisi del diaframma (per lesione del nervo frenico)
- 2) disfonia, disturbo nella emissione dei suoni con alterazione del tono della voce o afonia, perdita della voce (per paralisi di una corda vocale in seguito a lesione del nervo ricorrente)
- 3) disfagia, difficoltà a deglutire i cibi solidi o liquidi, a volte accompagnata da dolore (per coinvolgimento dell'esofago), cui può associarsi aritmia, mancanza di ritmo nel battito del cuore (per coinvolgimento del pericardio).

L'interessamento di trachea e bronchi provoca dispnea, sensazione sgradevole di difficoltà nel respirare, assimilabile alla "mancanza di fiato" e/o alla "fame d'aria" e tosse, generalmente secca e stizzosa, che può anche rappresentare l'unico sintomo per mesi e che deve essere segnalata tempestivamente al medico.

Se vengono compromessi i tronchi venosi presenti nel mediastino può essere ostacolato il ritorno venoso del sangue al cuore. Ne risulta un aumento di pressione venosa nei distretti a monte del punto di ostacolo, che causa turgore delle vene giugulari, ipertensione endocranica (cefalea, vertigini, sonnolenza) e, caratteristicamente, l'edema (imbibizione dei tessuti molli e degli spazi interstiziali a opera di liquido sieroso, che comporta un anomalo rigonfiamento degli organi o delle regioni corporee interessate), detto "a mantellina", con cianosi diffusa a palpebre, volto, collo e fosse sovraclaveari.

Le strutture che più facilmente risentono della compressione estrinseca sono la vena cava superiore e le vene anonime. Più tardiva è la stenosi da compressione a carico di trachea ed esofago.

Nell'ambito delle sindromi mediastiniche distinguiamo dunque: la sindrome della vena cava superiore, la sindrome da compressione tracheale, la sindrome disfagica e le sindromi neurologiche.

- **Sindrome della vena cava superiore**

E' dovuta ad un ostacolo al deflusso del sangue dalla vena cava superiore al cuore destro per ostruzione parziale o totale del lume venoso. La sindrome conclamata è caratterizzata da turgore giugulare non modificato con il ciclo respiratorio e congestione ed edema dei tessuti molli del capo, dell'emitorace e degli arti superiori (edema a mantellina). Le cause più frequenti di ostruzione sono linfadenopatia neoplastica o infiammatoria (metastasi linfonodali dica. broncogeno, sclerosi linfonodale tubercolare) oppure un tumore maligno primitivo che infiltra od occlude la vena cava superiore direttamente. L'esordio della sintomatologia è variabile potendo manifestarsi in maniera brusca o graduale a seconda della pervietà dei circoli collaterali. Per la diagnosi di sede dell'ostruzione è utile l'angio-TC.

- **Sindrome da compressione tracheale**

Rispetto alla sindrome precedente, compare in maniera più tardiva per la natura rigida del tubo tracheale. La stenosi tracheale al di sotto di una soglia critica (meno della metà del diametro normale) determina l'insorgenza di stridore respiratorio (cornage) e dispnea inspiratoria (tirage). L'aggravarsi della stenosi può portare al ristagno di secrezione, tosse, cianosi e morte per asfissia. Alterazioni visibili all'RX del torace, TC e RMN.

- **Sindrome disfagica**

Tra le cause più frequenti si ricordano le metastasi linfonodali mediastiniche paraesofagee da carcinoma polmonare. Se la massa è posteriore la disfagia ha esordio più precoce rispetto alla compressione laterale che si appalesa più tardivamente per la motilità dell'esofago in senso laterale. La diagnosi di certezza si ha con la biopsia della massa comprimente l'esofago.

- **Sindromi neurologiche**

Dovute all'infiltrazione e compressione delle strutture nervose decorrenti nel mediastino.

- Sindrome di Bernard-Horner: sindrome conseguente a paralisi del sistema simpatico cervicale, caratterizzata da restringimento pupillare, rientramento del globo oculare, solo apparente, e restringimento della rima palpebrale. Le cause sono varie, e interessano a diverso livello le fibre simpatiche preposte alla motilità oculare.

- Sindrome di Pancoast: un tumore apicale può provocare la comparsa della sindrome di Ciuffini-Pancoast da infiltrazione delle prime coste (con conseguente dolore toracico localizzato alla spalla), da infiltrazione delle radici del plesso brachiale (con dolori lungo il lato ulnare del braccio e atrofia dei muscoli della mano).

Altri sintomi aspecifici sono la stanchezza, l'inappetenza e il calo di peso.

