

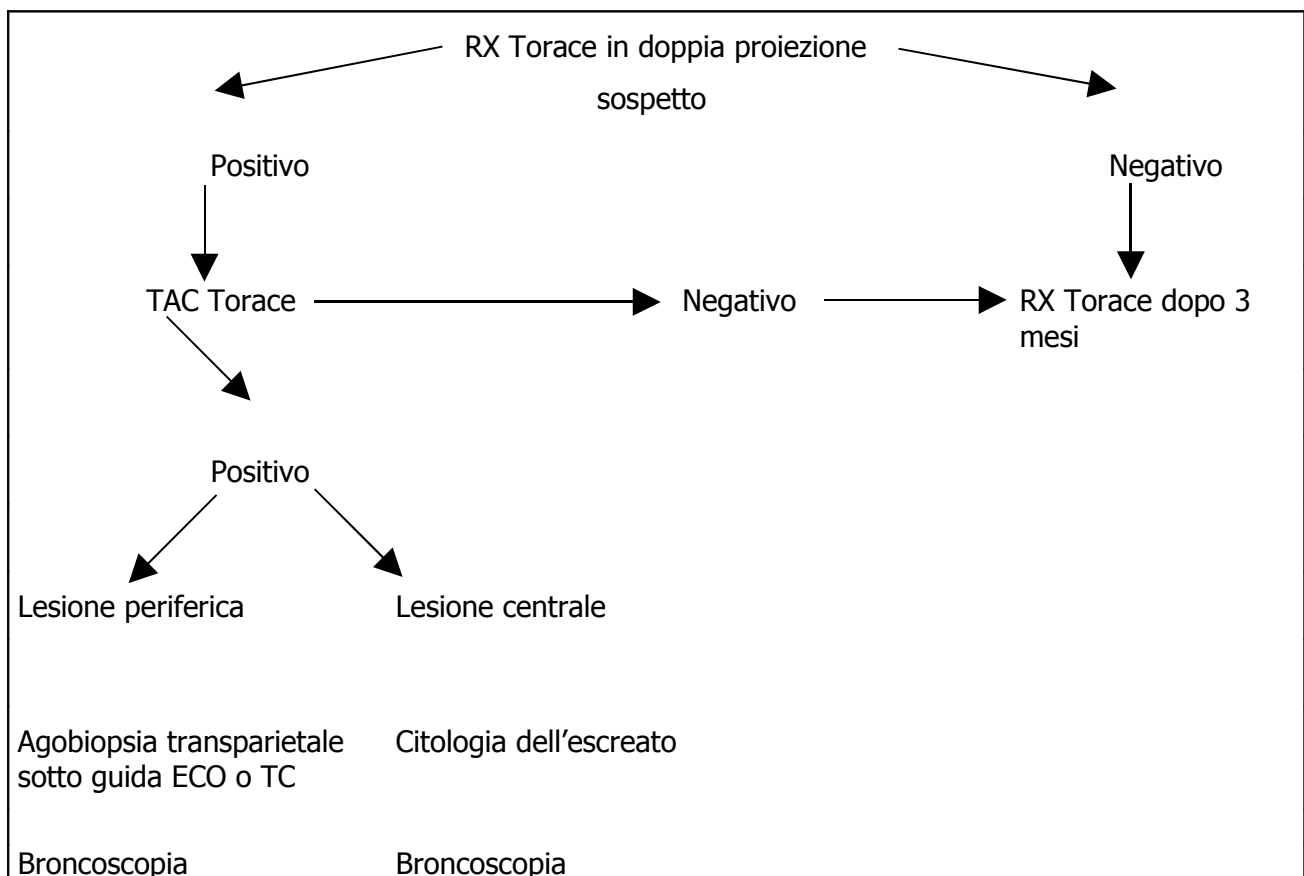


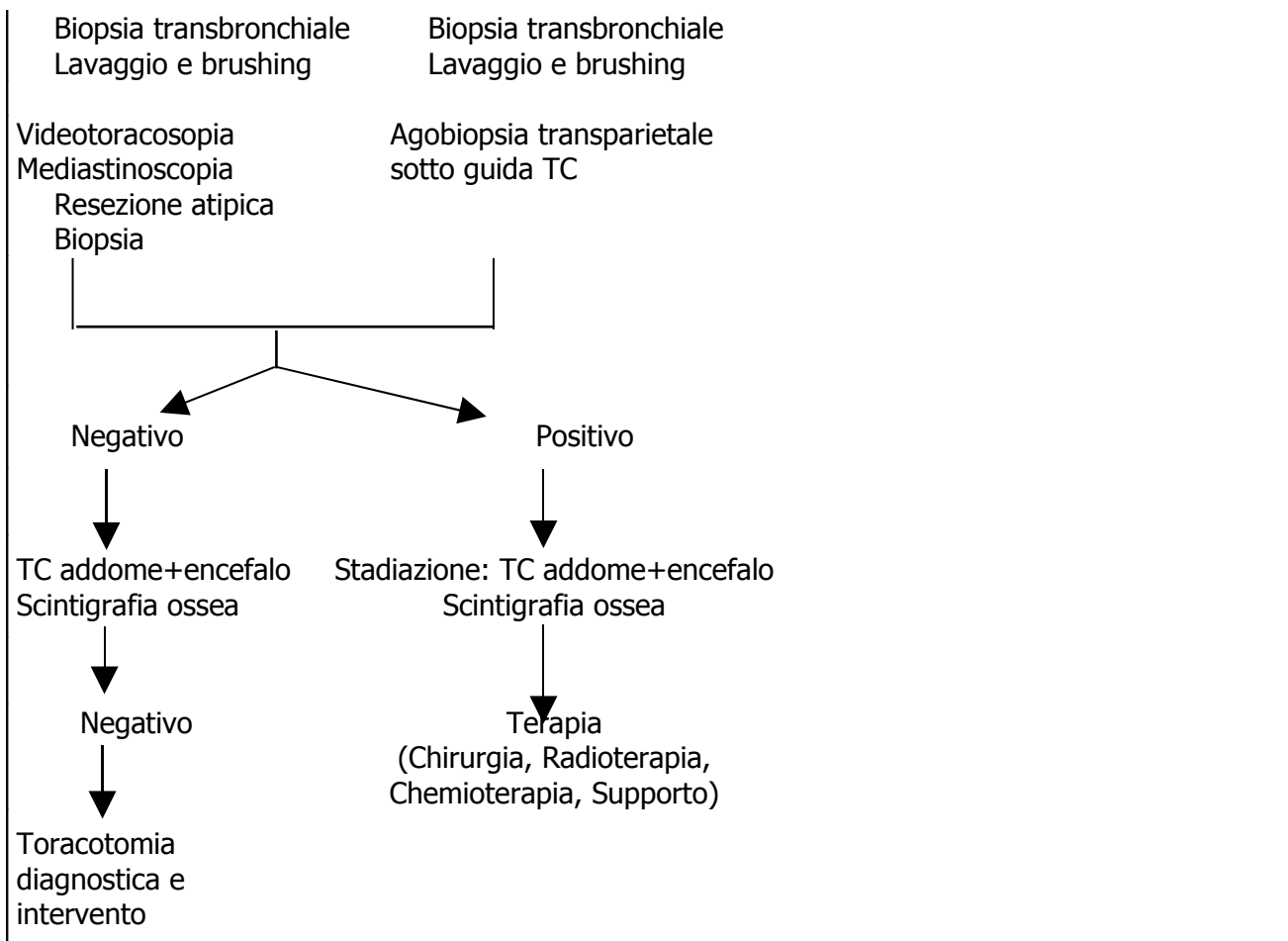
## **DIAGNOSI RADIOLOGICA**

In presenza di una sospetta neoplasia polmonare è necessario effettuare un appropriato iter diagnostico (vedi Figura) che prevede sia una accurata diagnosi citologica e/o istologica (tipizzazione) che una attenta valutazione dell'estensione della malattia (stadiazione).

- **Diagnosi**

Nella Figura illustriamo un percorso diagnostico in presenza di sospetta neoplasia polmonare evidenziata da un esame radiografico del torace.





## • Stadiazione

Per una corretta valutazione della estensione (stadiazione) di un tumore polmonare è necessario effettuare:

- L'esame clinico che comprenda una anamnesi per i fattori di rischio (fumo, esposizione ambientale o professionale a sostanze cancerogene), una attenta anamnesi della storia recente e passata
- L' Rx del torace in due proiezioni che rappresenta il metodo più utilizzato qualora sussista un sospetto di neoplasia bronco-polmonare. Tale metodica può meglio evidenziare lesioni all'interno dei polmoni, noduli polmonari periferici e la presenza di versamento pleurico.
- La tomografia computerizzata (TC) toracica che permette una definizione dell'estensione del tumore primitivo, la rilevazione di adenopatie in sede ilo-mediastinica, infiltrazione della parete toracica, versamento pleurico e la presenza di altri noduli polmonari. La TC dell'encefalo e dell'addome sono utilizzate per completare la stadiazione evidenziando l'eventuale presenza di metastasi a livello encefalico, epatico e surrenalico.

– La risonanza magnetica nucleare (RMN) non ha mostrato di apportare ulteriori miglioramenti ai dati forniti dalla TC toracica. La RM mostra una maggiore specificità a livello encefalico e nei casi in cui vi sono dubbi sulla reale infiltrazione mediastinica o paravertebrale della neoplasia bronco-polmonare. Nella pratica clinica può essere utile per i pazienti con controindicazioni per i mezzi di contrasto iodati.

–La scintigrafia ossea è utile per lo studio delle ossa, che generalmente non sono ben valutabili con l'esame TC tradizionale. Lo si deve richiedere soprattutto quando si è in presenza di dolori ossei, dolori toracici o elevati valori di calcemia e fosfatasi alcalina oppure in caso di una neoplasia operabile. In presenza di focolai di ipercaptazione è necessario effettuare un controllo radiologico mirato delle sedi interessate.

–La tomografia ad emissione di positroni (PET) che ha dimostrato una alta sensibilità, specificità ed accuratezza nell'identificare le metastasi occulte vede il suo principale utilizzo nello studio del mediastino ed in particolare nei pazienti che potrebbero essere suscettibili di trattamento chirurgico. Oggi è obbligatoria prima di un intervento chirurgico.

- Il microcitoma polmonare (SCLC) oltre a tutti gli esami suddetti, che rappresentano lo standard per tutti i tumori polmonari, può essere valutato anche con altre metodiche specifiche:

- La biopsia osteomidollare perchè il midollo osseo, anchese raramente, può essere l'unica sede extratoracica di malattia. La biopsia ostemidollare, proponibile solo in caso di microcitoma limitato, può fornire indicazioni di neoplasia metastatica in assenza di evidenze radiologiche, cambiando così l'approccio terapeutico. In considerazione della bassa percentuale di pazienti con solo interessamento midollare (< 5%), questo esame tende a non essere più effettuato al di fuori di studi clinici controllati.

scintigrafia con octreotide, poichè il microcitoma è considerato un tumore neuroendocrino (secernente sostanze ormonali e simili), sebbene sia una metodica non largamente diffusa per problemi di costi, potrebbe fornire indicazioni relative all'estensione della malattia.

–I marcatori tumorali: il SCLC è in grado di produrre sostanze che possono essere utilizzate per facilitare la diagnosi e per il follow-up. Tra queste ricordiamo il dosaggio dell’NSE e della cromogranina che quando sono elevati, ma non lo sono in tutti i casi, possono essere indicatori dell’andamento della malattia.