

INDICAZIONI E RACCOMANDAZIONI PER LA CORE BIOPSY ECO- O TC- GUIDATA DI LESIONE POLMONARE SOSPETTA PER NEOPLASIA

L'acquisizione di nuovi dati inerenti alla patologia oncologica polmonare e la loro rilevanza in senso prognostico e predittivo, richiedono una maggiore integrazione fra le varie specialità che, in ambito diagnostico e terapeutico, si occupano di questa patologia ed in particolare oncologi clinici, pneumologi, radiologi interventisti, anatomopatologi, chirurghi toracici e radioterapisti.

Per “nuovi dati”, in particolare si fa (sinteticamente) riferimento al ruolo di:

- istologia: la semplice suddivisione dicotomica in SCLC e NSCLC (o, ancor peggio, la sola definizione di “NOS”) non sono più da ritenersi attuali se si considera che alcuni dei farmaci attualmente in uso per il carcinoma polmonare hanno un'indicazione specifica per determinati istotipi
- stato mutazionale di EGFR, che si rende necessario per la scelta della migliore strategia terapeutica (trattamento sistemico chemioterapico *versus* inibitore tirosino kinasico EGFR e nello specifico gefitinib o erlotinib) in pazienti selezionati affetti da NSCLC
- ruolo di biomarcatori (quali, ad esempio traslocazione EML4/Alk o amplificazione MET, ecc) per una migliore definizione e personalizzazione terapeutica, avendo già in studi avanzati (fase III) molecole attive seppur non ancora disponibili nella pratica clinica
- farmacogenomica: sebbene questo concetto sia tuttora oggetto unicamente di studi clinici e non trovi ancora spazio nella pratica clinica, l'estesa applicazione di questo approccio nei vari stadi di malattia, ne sottolinea un possibile ruolo in un imminente futuro

Tutte queste acquisizioni comportano nella malattia localmente avanzata e metastatica la necessità di ottenere quote maggiori di tessuto, per poter procedere alle varie analisi necessarie all'atto diagnostico e durante le varie linee terapeutiche.

Con l'obiettivo di facilitare e soprattutto di rendere omogeneo il lavoro degli specialisti che fanno fronte a questa patologia vengono stilati alcuni punti, che potrebbero guidare l'approccio diagnostico-terapeutico:

1. La decisione relativa all'agobiopsia transparietale verrà presa in maniera collegiale con discussione del caso clinico da parte dello Specialista (Oncologo Medico o Pneumologo o Chirurgo Toracico o Radioterapista) col Radiologo Interventista. E' suggeribile che tale Consulenza Radiologica sia formalizzata mediante richiesta dell'Inviante e conseguente stesura di relativo referto radiologico.
2. Nella procedura di biopsia transparietale TC- o eco-guidata si raccomanda di adottare sistematicamente la tecnica “core biopsy” (aghi tru-cut o full-core 18-20G, preferibilmente con introduttore coassiale), salvo nei casi che presentino i seguenti criteri di esclusione.
 - CARATTERISTICHE DEL PAZIENTE: pazienti di età ≥ 70 anni (da valutarsi comunque caso per caso, in quanto spesso l'età anagrafica non rispecchia l'età

“reale”) o di età inferiore, ma con importanti co-morbilità (soprattutto se non controllate farmacologicamente), che renderebbero comunque difficile un trattamento specifico della patologia oncologica.

- CARATTERISTICHE DELLA PATOLOGIA: pazienti per i quali a priori non esista un'indicazione terapeutica (ECOG PS>2, quadro clinico, estensione di malattia, etc.). In questi casi l'indicazione a qualunque manovra diagnostica andrebbe comunque preliminarmente discussa collegialmente, prima della scelta della tecnica bioptica.
- CARATTERISTICHE DELLA LESIONE: lesioni di diametro inferiore a 6 mm (misurate con “finestra del parenchima” L-500HU/W1500HU); lesioni ad alto rischio di complicanze con la tecnica “core-biopsy” a giudizio del Radiologo Interventista.

L'adozione di una tecnica che comporta una potenziale maggiore invasività rispetto all'agoaspirato con ago sottile, implica che venga effettuata da operatori dedicati con formazione specialistica ed esperienza nel settore specifico (agobiopsie transtoraciche imaging-guidate, competenza nella gestione immediata delle complicanze, etc.).

Al fine di controllare eventuali complicanze tale procedura dovrebbe preferibilmente avere luogo in centri ove sia presente la Divisione di Chirurgia Toracica (o che questa sia agevolmente raggiungibile).

Per ottimizzare le modalità di prelievo (raggiungimento dell'idoneità) è inoltre raccomandata la valutazione immediata dell'Anatomo-Patologo per un giudizio estemporaneo sul materiale prelevato.

La qualità del campione e la corretta manipolazione del materiale sono elementi fondamentali per l'ottenimento di una diagnosi citopatologica conclusiva. Perciò la presenza del citopatologo al momento del prelievo agoaspirativo per la valutazione estemporanea dell'adeguatezza del campione ha lo scopo di incrementare l'accuratezza diagnostica e garantire la possibilità di programmare eventuali tecniche aggiuntive utili alla diagnosi.

Occorrerà infine predisporre un modulo di consenso informato dedicato, associato a un'informativa al paziente illustrante la procedura, secondo aggiornate linee di indirizzo (vedi esempio allegato dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga).