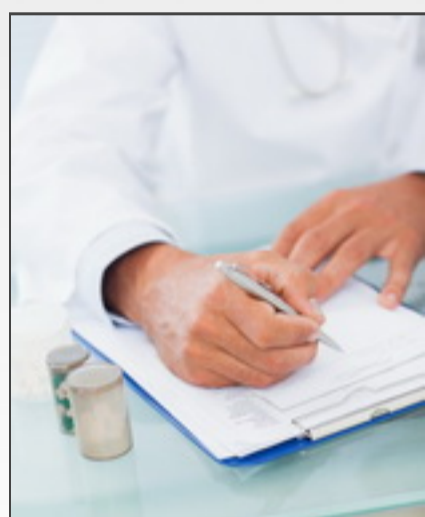


ago  
31  
2016

## Chemioterapia sotto accusa in Inghilterra. Modello italiano di cura ai vertici

TAGS: CHEMIOTERAPIA ADIUVANTE, CARCINOMA DEL POLMONE NON A PICCOLE CELLULE, INGHILTERRA, COLLEGIO ITALIANO DEI PRIMARI ONCOLOGI MEDICI OSPEDALIERI (CIPOMO), MAURIZIO TOMIROTTI, CHEMIOTERAPIA



Uno studio inglese appena pubblicato su "Lancet Oncology" richiama l'attenzione sui rischi connessi alla chemioterapia che può talvolta nuocere in modo grave, secondo le casistiche di qualche ospedale fino al 50% dei casi: è però opportuno saper interpretare correttamente i dati per non cadere in inutili allarmismi. Gli studiosi, appartenenti al 'Public health England' e al 'Cancer research Uk', hanno adottato come misura di valutazione il numero di soggetti deceduti entro 30 giorni dall'avvio delle cure sistemiche (Sact), suggestiva di una morte causata dai farmaci piuttosto che dalla malattia cancerosa. Nello studio di popolazione, in particolare, sono stati esaminati oltre 23mila donne con ca della mammella e circa 10mila uomini con ca polmonare non a piccole cellule (Nslc).

Dall'indagine è emerso che in Inghilterra circa il 9% dei pazienti con Nslc e il circa il 3% delle donne con tumore del seno sono deceduti entro un mese dall'inizio del trattamento. Peraltro, in alcuni ospedali il tasso di mortalità nel 1° mese in pazienti con Nslc sottoposti a chemioterapia è risultato molto più elevato. Gli autori, comunque, sottolineano che diversi fattori influenzano il rischio di una mortalità precoce in questi tumori e che alcuni gruppi di pazienti sono significativamente ad alto rischio. «A quegli ospedali i cui tassi di morte sono al di fuori della media attesa» rilevano gli

autori «si chiederà di rivedere le loro pratiche».

«L'articolo è estremamente interessante perché fa il punto sulla situazione inglese. I dati che emergono - a parte quel 50% che non rappresenta la norma ed è chiaramente un'eccezione patologica - in realtà non sono così clamorosi» afferma **Maurizio Tomirotti**, presidente Cipomo (Collegio italiano dei primari oncologi ospedalieri) e primario di Oncologia medica della Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano «specie andando a guardare in dettaglio i numeri della chemioterapia per intento curativo (che ha l'obiettivo, nel caso della mammella, di guarire la malattia, viene somministrata a pazienti con tumore iniziale in fase adjuvante post-chirurgica per prevenire micrometastasi diffuse) o per intento palliativo (ovvero un intervento su una malattia disseminata che non guarirà, eseguito per ottenere remissioni a volte complete e a volte durature per anni) in cui i dati italiani sono tra i migliori del mondo e decisamente superiori a quelli inglesi».

«In questa logica» riprende Tomirotti «nello studio si vede che, per la mammella, la chemioterapia con intento curativo ha una mortalità <1%: questa è chiaramente mortalità dovuta alla tossicità della chemioterapia: ma è molto limitata. Tale valore resta invariato indipendentemente da tutti i parametri che vengono frazionati per la valutazione statistica multivariata. Una mortalità <1% nella terapia adjuvante è un dato noto, accettabile a fronte di una riduzione di oltre un terzo del rischio di morte per cancro. Guardando invece il trattamento palliativo» prosegue Tomirotti «abbiamo un 8% di mortalità entro 30 giorni. Qui però l'effetto delle condizioni generali del paziente e della gravità della malattia avanzata ha un impatto importante. Per esempio nel paziente in sottopeso si arriva al 10% e nel Performance status 2-4 (quest'ultimo comprende la fascia di soggetti già in fase terminale) al 19%». Come devono essere interpretati questi dati? «Con il fatto che si sta facendo una chemioterapia al limite dell'accanimento terapeutico» risponde Tomirotti.

«In Italia consideriamo la mortalità entro 30 giorni dopo l'ultimo ciclo di chemioterapia come misura di non indicazione al trattamento: ormai il decorso della malattia è segnato, il malato è sofferente e quindi la mortalità a 30 giorni dopo la chemioterapia non significa che quest'ultima uccide l'ammalato, ma che si è fatto accanimento terapeutico, mentre la decisione corretta sarebbe stata quella di fare solo cure palliative e del dolore». Insomma, per Tomirotti non si nega certo che la chemioterapia è un trattamento che ha una sua tossicità, che però è modulata a seconda dei farmaci impiegati ed è uno degli elementi che impone cautela nell'indicazione, uno stretto monitoraggio della tossicità e dell'efficacia del trattamento eseguito da parte dello specialista (cosa che in Inghilterra non avviene, in quanto è previsto l'intervento dell'oncologo solo in veste di consultant - che vede il paziente una volta, dà un'indicazione terapeutica e il trattamento viene eseguito in genere dalla medicina generale - mentre in Italia i trattamenti sono monitorati sia nell'efficacia sia nella tossicità dagli oncologi) e che ha un rischio di tossicità ben conosciuto, deve essere condiviso con il paziente e modulato sempre in un rapporto di vantaggi in termini di indice terapeutico cioè di rapporto tra tossicità attesa ed efficacia terapeutica prevedibile».

Quindi la chemioterapia è relativamente tossica ma viene utilizzata dove dà risultati che superano i rischi di tossicità. «Quando l'intento è curativo abbiamo pazienti con condizioni di salute migliori e il rischio di mortalità da chemioterapia a 30 giorni è basso, mentre nell'intento palliativo è più alto ed è un indicatore di scorretta indicazione clinica al trattamento. Rivedere le pratiche allora significa rivedere le indicazioni in fasi avanzate (prevenire l'accanimento terapeutico) e verificare che vi siano misure sufficienti di sicurezza e controllo delle tossicità» conclude Tomirotti.

«Questo lavoro dimostra essenzialmente due cose» aggiunge **Carmine Pinto**, presidente Aiom (Associazione italiana oncologia medica) e direttore della Struttura complessa di Oncologia dell'Irccs S. Maria Nuova di Reggio Emilia. «La prima è che l'Inghilterra ha un cattivo sistema assistenziale per quanto riguarda l'oncologia, legata soprattutto al fatto, già noto, la sopravvivenza mediana dei principali tumori è la più bassa di tutta l'Europa occidentale. La seconda sta nel fatto che hanno variazioni molto ampie tra ospedale e ospedale: alcuni che hanno valori pari a 0, altri arrivano al 50%. Questo dimostra che la chemioterapia deve essere fatta nelle oncologie dove non si valuta soltanto il farmaco ma si valuta il paziente e le sue

caratteristiche. I dati» aggiunge Pinto «rispecchiano molto la realtà inglese: 8% nel polmone, 3% nella mammella si riferiscono a quella realtà. Del resto le carenze inglesi non sono una novità: negli anni Novanta partì lo studio internazionale Petacc di confronto tra tomudex e fluorouracile in terapia adiuvante in malati di ca del colon. Lo studio fu interrotto per 18 morti, tutti in Inghilterra, dovuti al fatto che la medicina territoriale non misurava la creatinina dei pazienti. In Italia non è assolutamente così, questi dati sui 30 giorni li raccogliamo da anni perché abbiamo la cura del paziente e, soprattutto nel tumore del polmone, l'introduzione delle cure palliative precoci».

Lancet Oncol, 2016;17:1203-16.

**Arturo Zenorini**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Non è presente ancora una discussione su questo articolo.

Vuoi inviare un commento?

Invia