



## Chemioterapia peri-operatoria nel cancro gastro-esofageo

**Data** 27 marzo 2007  
**Categoria** gastroenterologia

La chemioterapia peri-operatoria nel cancro gastro-esofageo operabile riduce la mortalità e il rischio di progressione del tumore rispetto al solo intervento chirurgico.

In questo studio europeo sono stati reclutati 503 pazienti affetti da cancro dello stomaco o del basso esofago passibile di exeresi. I partecipanti sono stati poi randomizzati a chemioterapia perioperatoria associata ad intervento oppure solo all'intervento.

La chemioterapia consisteva in 3 cicli pre-operatori e 3 post-operatori (epirubicina, cisplatino e 5-fluorouracile).

La chemioterapia venne ben tollerata (nel 25% dei casi si sviluppò una neutropenia). Il diametro medio del tumore era più piccolo nel gruppo chemioterapia (3 cm vs 5 cm); tumori in stadio T1 e T2 risultarono nel 51,7% del gruppo chemioterapia e nel 36,8% del gruppo solo-chirurgia.

Dopo un follow-up medio di 49 mesi i pazienti randomizzati al gruppo chemioterapia avevano una maggior probabilità di essere ancora in vita. Il rischio di morte risultò ridotto del 25% (HR 0,75; IC95% 0,60-0,93) e la sopravvivenza a 5 anni risultò del 36% nel gruppo chemioterapia e del 23% nel gruppo solo-chirurgia. Anche la probabilità di progressione della malattia risultò ridotta, nel gruppo chemioterapia, del 34% (HR 0,66; IC95% 0,53-0,81).

Fonte:

Cunningham D et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for resectable gastroesophageal cancer. N Engl J Med 2006 Jul 6; 355:11-20.

Commento di Renato Rossi

Il tumore gastrico e della giunzione gastro-esofagea colpisce più spesso il sesso maschile ed è frequente soprattutto nell'estremo oriente (Giappone) e in alcune aree dell'America Latina. E' raro prima dei 40 anni, colpisce di solito dopo i 60 anni. Fattori di rischio associati al rischio di sviluppare questa neoplasia sono l'infezione cronica da *Helicobacter Pylori*, il fumo, l'obesità, diete contenenti una elevata quantità di grassi. Si usa distinguere uno stadio T1 (tumore limitato alla mucosa ed alla sottocumosa), T2 (invasione della tunica muscolare e della sottosierosa), T3 (invasione della sierosa) e T4 (infiltrazione degli organi adiacenti). In circa la metà dei casi al momento della diagnosi sono colpiti anche i linfonodiregionali.

La sopravvivenza dipende dallo stadio: a 5 anni sono vivi 9 pazienti su 10 nello stadio T1 ma appena 2 su 10 nello stadio T3.

In studi precedenti la chemioterapia adiuvante post-operatoria ha fornito prove contrastanti e in genere si ritiene che non sia in grado di ridurre la mortalità rispetto alla sola chirurgia. Più utile sembra un regime combinato di chemio e radioterapia post-operatoria: in uno studio la sopravvivenza media fu di 27 mesi nel gruppo trattato con sola chirurgia e di 36 mesi nel gruppo trattato con chemio-radioterapia post-intervento.

Lo studio recensito in questa pillola, denominato MAGIC, è il primo a dimostrare un beneficio in termini di sopravvivenza ottenuto grazie ad una chemioterapia somministrata sia prima che dopo la resezione. Il razionale di usare chemioterapici prima dell'intervento è quello di ridurre il diametro del tumore e il numero delle eventuali metastasi linfonodali. In effetti nel gruppo chemioterapia il diametro della neoplasia era mediamente più piccolo di 2 cm e i tumori in stadio iniziale (T1 e T2) erano molto più frequenti. In tal modo si è potuto ottenere un miglioramento della sopravvivenza a 5 anni del 13% in valore assoluto, che non è poco se si paragona ai risultati degli studi precedenti. Rimane da stabilire se questo tipo di approccio sia preferibile alla chemio - radioterapia combinata post-chirurgica. Studi futuri potranno anche determinare se sia ancora più utile una chemioterapia pre-operatoria associata a chemio-radioterapiapost-intervento.

### Bibliografia

1. Earle CC et al. Adjuvant chemotherapy after curative resection for gastric cancer in non-Asian patients: revisiting a meta-analysis of randomised trials. Eur J Cancer 1999; 35: 1059-64.
2. MacDonald JS et al. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. N Engl J Med 2001; 345: 725-30.