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 venna ben tollerata (nel 25% dei casi si svipuppò 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 soltio 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.