Allegato 2 : Percorso diagnostico/stadiativo

Anno di pubblicazione 2023

Anno di revisione 2025

1) Percorso diagnostico/stadiativo

Il percorso diagnostico/stadiativo di un paziente con sospetta neoplasia polmonare inizia con la raccolta della storia clinica e con l'esame obiettivo e viene integrato con indagini di imaging, con le procedure volte alla diagnosi istologica, e le indagini di valutazione della capacità del paziente di essere sottoposto a trattamenti attivi (chemioterapia, radioterapia), inclusi gli accertamenti volti a valutare un trattamento chirurgico curativo.

1a. Percorso diagnostico.

Le indagini raccomandate di imaging comprendono:

- RX torace in 2 proiezioni
- TC torace + addome superiore con m.d.c. (nei pazienti allergici a mdc viene valutata alternativa diagnostica…)

  La TC encefalo può, almeno inizialmente, essere omessa nei pazienti clinicamente asintomatici. La TC encefalo va comunque eseguita nelle istologie non-squamose e in ogni neoplasia > I stadio.
- PET-TC con 18F-FDG mandatoria nei pazienti con malattia candidabile a trattamenti locoregionali e opzionale in casi selezionati.
- RM di distretto con mdc nei casi dubbi alla TC di lesioni metastatiche a livello encefalico, surrenale, o epatico

Le indagini raccomandate per una diagnosi cito-istologica comprendono:

- Agoaspirato con FNBA o ago tranciante nelle forme periferiche
- Broncoscopia a fibre ottiche nelle forme centrali
- EBUS
- Mediastinoscopia Video Assistita (VAMLA)
- VATS
- Toracentesi
- Biopsia linfonodale di altre sedi (principalmente sovraclaveare)
- Biopsia su lesione metastatica

Le indagini raccomandate per verificare l'operabilità del paziente comprendono:

- Prove funzionali respiratorie con DLCO ed EGA ed eventuali indagini di II livello (test da sforzo cardio-polmonare)
- Valutazione internistica multiorgano con particolare attenzione alla valutazione cardiologica.

Per le raccomandazioni sugli esami preoperatori di funzionalità cardiaca e respiratoria si rimanda alle linee guida ERS/ESTS: Brunelli et al. Eur Respir J, 2009; 34:17-41.

Particolare attenzione va posta alla valutazione delle adenopatie mediastiniche, che rappresentano un fattore importante per il percorso diagnostico/stadiativo e per l'impostazione di un appropriato percorso terapeutico. La TC del torace con m.d.c. , pur essendo indispensabile, ha tuttavia una sensibilità del 55% e una specificità del 80%, pertanto non va utilizzata come unica indagine di imaging sul mediastino. La PET ha una sensibilità del 85% con una specificità del 90%. Sulla base delle considerazioni precedenti, in casi particolari può essere indicata una stadiazione mini-invasiva o chirurgica del mediastino. Le recenti linee guida indicano:

1) Non necessità di una stadiazione invasiva del mediastino nei casi di negatività linfonodale alla PET-TC e TC (cN0) in tumori < 3 cm (T1) e periferici.
2) Necessità di una stadiazione invasiva del mediastino in caso di:
a) Tumori periferici > 3 cm, ilari o con sospetto interessamento linfonodi ilari (cN1) alla TC e PET-TC.
b) Ogni tumore con interessamento dei linfonodi mediastinici (cN2) alla TC e PET-TC.

La stadiazione invasiva del mediastino dovrebbe essere eseguita in prima istanza con tecniche endoscopiche (EBUS e EUS). Le tecniche chirurgiche (Video-mediastinoscopia/VAMLA, VATS) vengono utilizzate in caso di negatività delle tecniche endoscopiche Per le raccomandazioni sulla stadiazione invasiva del mediastino si rimanda alle linee guida ESTS: De Leyn et al. Eur J Cardio-Thorac Surg, 2014; 45: 787–798.

1b. Stadiazione.

La stadiazione è l'espressione dell'estensione anatomica della neoplasia, ed è un fondamentale, anche se non l'unico, fattore prognostico in ogni neoplasia.

Per la stadiazione dei tumori polmonari si fa riferimento alla stadiazione UICC/AJCC. La stadiazione corrente è la 9^ edizione in vigore dal 2024. La classificazione TNM comprende una stadiazione clinica (o pre-trattamento) o cTNM, basata sulle indagini di imaging e cito-istologiche su N e M, e una classificazione patologica (pTNM) basata sull'analisi del materiale chirurgico di resezione; esiste anche una stadiazione post-terapia di induzione come rivalutazione prima del trattamento loco-regionale dopo trattamento di induzione (yTNM). La classificazione TNM comprende 3 categorie, caratterizzanti l'estensione del tumore primitivo (T), l'estensione delle metastasi linfonodali (N) e l'estensione delle metastasi a distanza (M).

2) Diagnosi istologica.

- Criteri morfologici convenzionali (ematossilina-eosina o colorazioni specifiche, es. May-Grunwald. La classificazione cito-istologica dei tumori polmonari non a piccole cellule (NSCLC) è fondamentale nel percorso di diagnosi e trattamento appropriato e si basa su :

  - Indagini immunoistochimiche (IHC), in cui il pannello minimo comprende TTF-1 e p40

  - Indagini di caratterizzazione molecolare. Tali indagini sono fondamentali per l'impostazione di terapie target e immunoterapia

Il materiale disponibile per l'analisi cito-istologica comprende campioni bioptici da agoaspirato (citologici o istologici) e da biopsie chirurgiche.