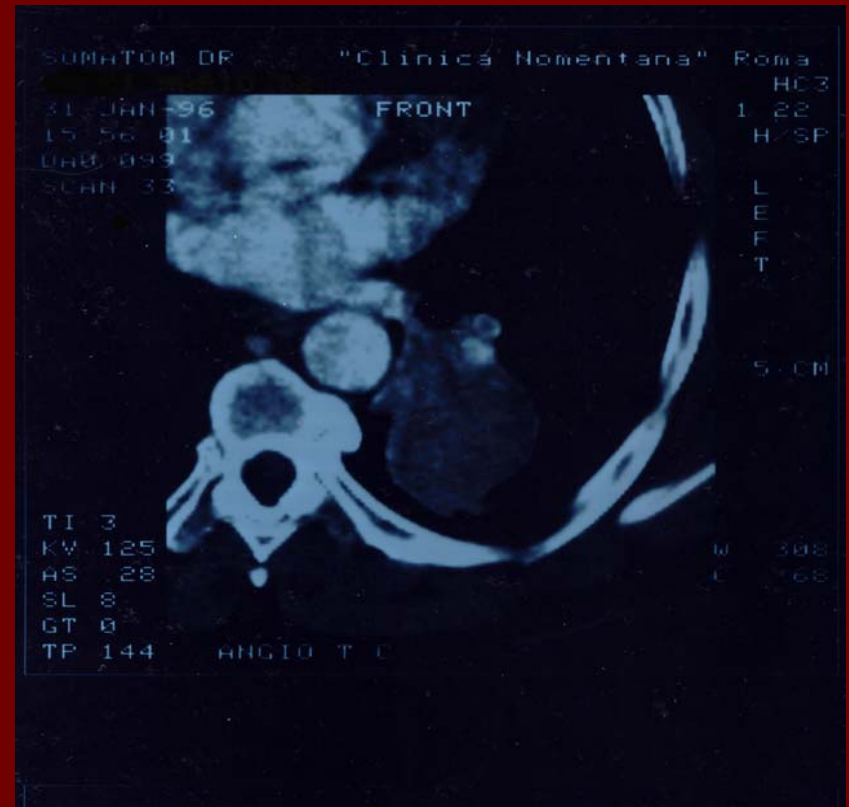


Osservazioni su Report di un caso di ADK POLMONARE con metastasi linfonodali, epatiche ed ossee

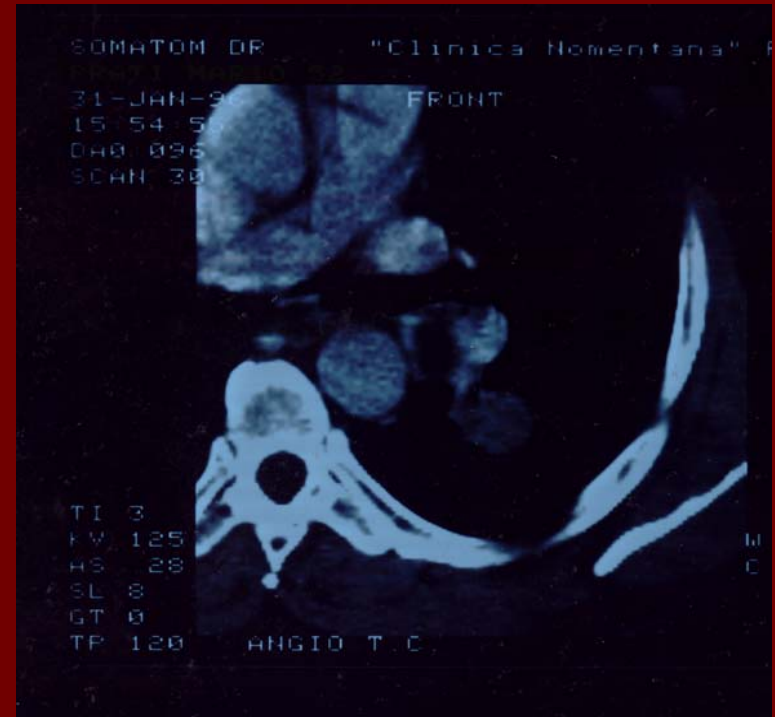
**dott. Mauro Madarena
Azienda Ospedaliera S. Camillo – Forlanini (Roma)**

- **Paziente di sesso maschile, anni 52, professione Panettiere. Anamnesi Lavorativa positiva per esposizione ad asbesto.**
- **Stadiazione iniziale: T clinico T4 N2 Mx - T patologico III B**

- **GENNAIO 1996: diagnosi tomografica di voluminoso processo espansivo (5x6 cm) in corrispondenza del segmento apicale del lobo inferiore del polmone sinistro, marcatamente aderente al tratto extrapericardico dell'arteria polmonare sinistra ed alla vena polmonare superiore sinistra; presenti tumefazioni conglobate e necrotiche (2,5 cm) in sede ilare sinistra.**



- **FEBBRAIO 1996: diagnosi istologica, su prelievo bioptico, di ADENOCARCINOMA.**
- **Esegue ciclo polichemioterapico con Vepesid 170 mg. X 3 gg. + Paraplatin 55° mg. interrotto per grave tossicità midollare.**
- **Inizia trattamento immunobiologico secondo il razionale del prof. Luigi Di Bella.**
- **Valutazione del Performance Status iniziale: grado 40-50 secondo Karnofsky, grado 3 ECOG (paziente in grado di accudire se stesso solo parzialmente e costretto a letto per più del 50% delle ore di veglia), grado 3° scala dolore Kersh-Hazra (uso farmaci narcoti maggiori).**



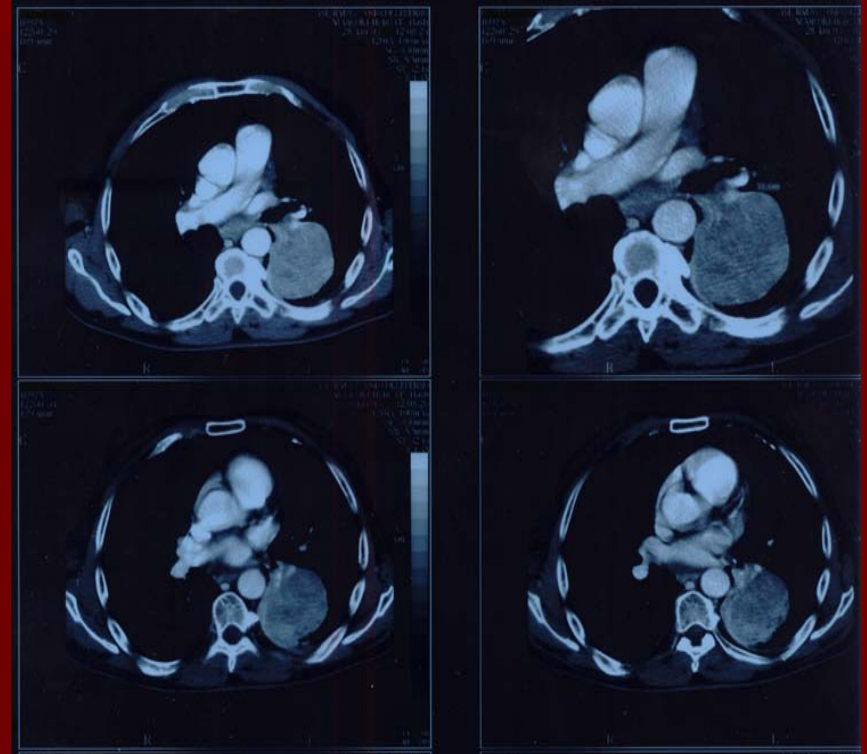
ANDAMENTO PERFORMANCE STATUS:

Febbraio 1996 -	Karnofsky = 40-50
Giugno 1996 -	" = 80 (attività normale- sintomi malattia)
Aprile 1997 -	" = 100
2001 -	" = 80
2003 -	" = 60
Aprile 2004 -	" = 50

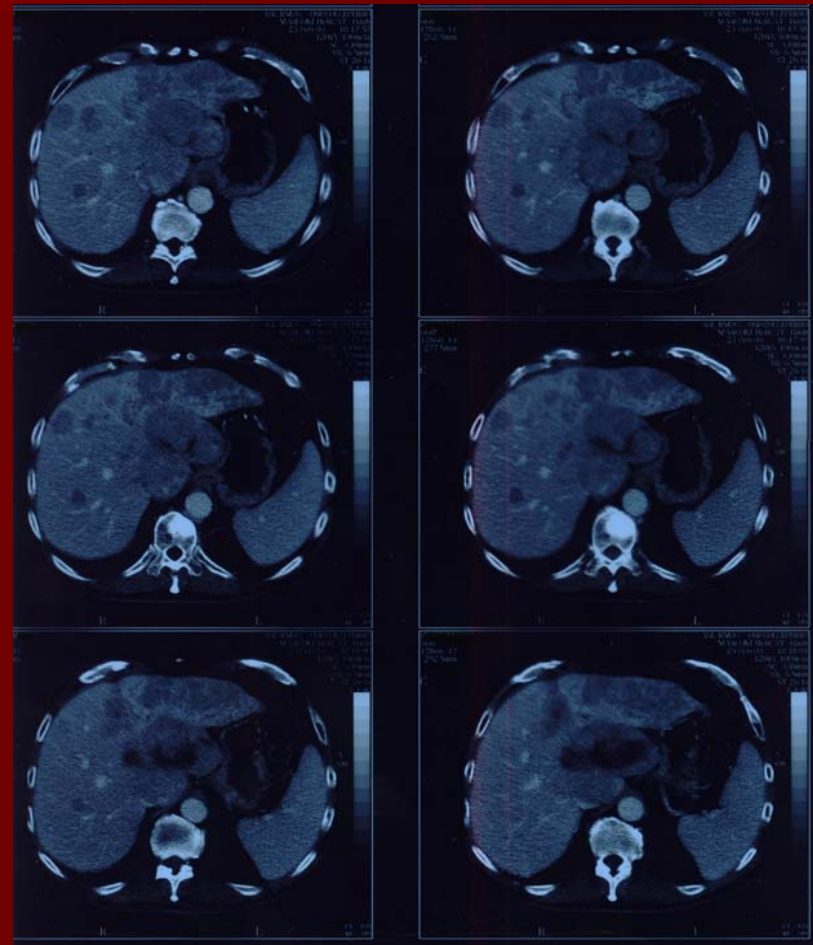
■ ANDAMENTO MALATTIA:

- 1996 - 1° anno MDB: lieve regressione neoplastica. Netto miglioramento Q.L. il paziente riprende la propria attività lavorativa.
- 1997 - 2° anno MDB: quadro neoplastico stazionario. Perdura l'ottima Q.L.
- 1998 - 3° anno MDB: nessuna variazione morfologica. Perdura K=100
- 1999 - 4° anno MDB: n.d.r.
- 2000 - 5° anno MDB: evidenza tomografica durante restaging di lieve progressione della malattia a livello polmonare e comparsa di metastasi epatiche in assenza di alcuna sintomatologia. Perdura K=100 il paziente continua normalmente la sua attività lavorativa.
- 2001 - 6° anno MDB: i controlli tomografici continuano ad evidenziare il progressivo seppur lento incremento della massa polmonare e delle metastasi epatiche, senza che questo incida sulla Q.L.
- 2002 - 7° anno MDB: andamento di lieve, ma inesorabile progressione di malattia, con, dopo circa sei anni, registrazione di comparsa di sintomi di malattia (coliche epatiche) e quindi un K = 80.

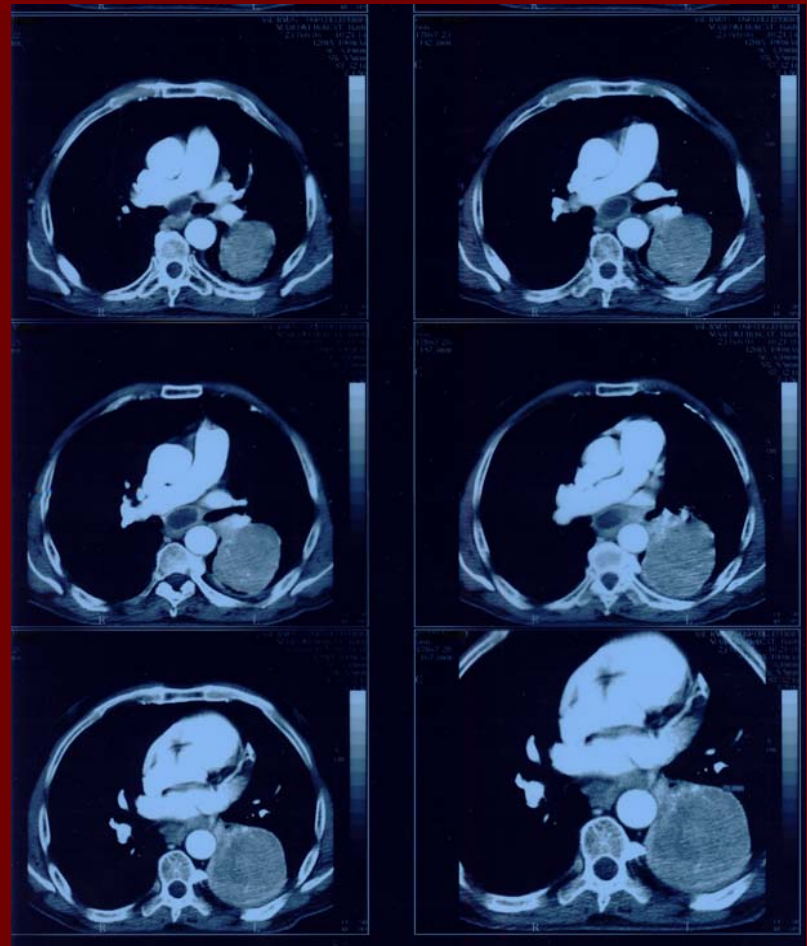
**2003- 8° anno MDB: continua lenta
progressione polmonare,
discreta invece la
progressione della massa
principale epatica. Si
incrementa la
sintomatologia epatica di tipo
colico, complicanze infettive
broncopolmonari, comparsa
algie toraciche dorso-lombari
con dimostrazione scintigrafica
di probabili metastasi ossee.
Smette di lavorare. Karnofsky =
60.**



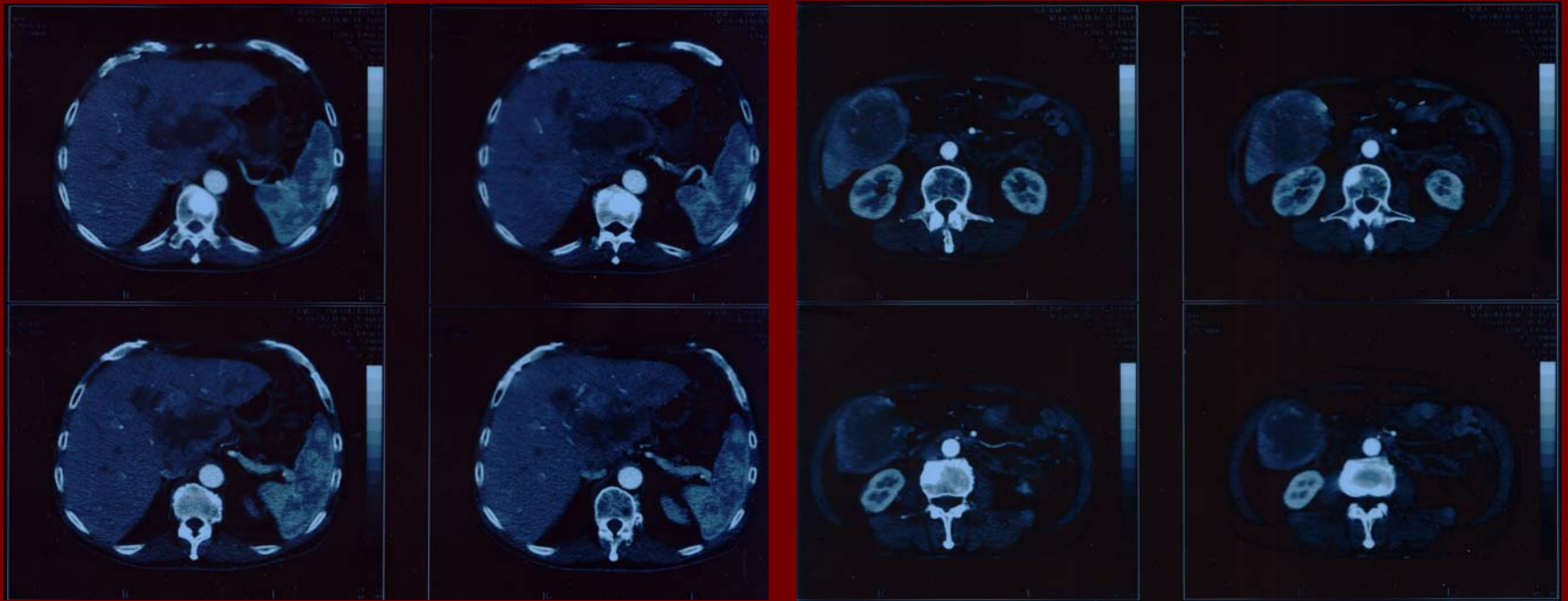
- Tomografia gennaio 2003 che evidenzia l'importante metastatizzazione epatica.



2004 - 9° anno MDB: continua la progressione di malattia con incremento particolarmente evidente delle metastasi epatiche che ormai sostituiscono molti segmenti. Frequenti le complicanze infettive sia a livello polmonare che epatico, che costringono il paziente ad assistenza ospedaliera. K = 50. (ultimo restaging effettuato Aprile 2004).



Tomografia 23 febbraio 2004 che evidenzia la lenta ma continua progressione di malattia particolarmente a livello epatico, si possono notare anche le ripetizioni osteoaddensanti sui corpi vertebrali lombari.



Conclusioni

Il caso apparentemente sembra rappresentare la naturale evoluzione di un adenocarcinoma polmonare che nell'arco di alcuni mesi evidenzia metastatizzazioni multiple che con rapida evoluzione portano all'exitus in media entro un anno dalla diagnosi. L'impostazione terapeutica secondo il metodo immunobiooncologico del prof. Luigi Di Bella ha invece determinato una tale riduzione della velocità di progressione della malattia tumorale da consentire una sopravvivenza superiore ad otto anni, quindi si può ben dire di essere riusciti ad ottenere una lunga cronicizzazione di malattia con il mantenimento di un buon performance status, caratteristiche queste tipiche delle terapie immunobiologiche che quando incontrano una giusta recettorialità consentono una lunga inaspettata convivenza con qualsiasi malattia neoplastica.

Concludendo con un'auspicio è speranza dello scrivente che il futuro ci fornisca una sempre maggior schiera di farmaci immunobiologici per fare , come soleva dire il prof. Di Bella, "...il vero bene di chi tanto soffre".