



Prevenzione dei tumori del distretto Testa - Collo

PREVENZIONE DEL CARCINOMA ORALE

Divisione ORL Ospedale Centrale di Bolzano

In collaborazione con l'Associazione Provinciale LILT di Bolzano ODV



Prefazione

I tumori del distretto testa e collo rappresentano la sesta forma di neoplasia più frequente a livello mondiale. Il numero dei casi diagnosticati in Italia nel 2020 ammonta a poco meno di 10.000; il sesso maschile è il più colpito.

Data la complessità anatomica del distretto, il termine di tumori del distretto testa e collo include un gruppo eterogeneo di neoplasie; tuttavia, le forme di origine epiteliale sono le più frequenti ed il carcinoma spinocellulare rappresenta l'istotipo di più frequente osservazione.

Per la mancanza di una sintomatologia specifica associata agli stadi iniziali, queste neoplasie spesso sono diagnosticate in fase avanzata. I valori di sopravvivenza a 5 anni per queste forme sono inferiori al 50%.

Le neoplasie di questo distretto hanno purtroppo un'alta morbilità ed alta è la ricaduta sulla qualità di vita associate legata sia alle neoplasie stesse, che ai complessi protocolli di trattamento combinato, piuttosto che le sequele tardive.

Per queste ragioni le neoplasie del distretto cervico-facciale hanno un alto impatto emotivo, perché, compromettendo non solo la funzionalità di organi importanti, ma anche l'immagine corporea, finiscono per influenzare negativamente anche gli aspetti emozionali e socio-relazionali dei pazienti.

In generale la maggior parte di queste neoplasie sono da imputare al consumo di tabacco e di bevande alcoliche, sebbene in questi anni la ricerca abbia chiarito l'importanza dei processi infiammatori, legati talora a microtraumatismi, alla specifica composizione della flora batterica od alla presenza di alcuni virus, nella genesi di queste neoplasie. Alcuni studi suggeriscono inoltre la possibilità che una predisposizione individuale possa giocare un certo ruolo.

In alcuni casi la storia naturale di queste neoformazioni è caratterizzata dalla comparsa di lesioni, morfologicamente ben identificabili benigne, che in un lasso di tempo più o meno breve, tendono a trasformarsi in lesioni maligne, consentendo di porre in essere efficaci misure di diagnosi precoce.

Azioni di prevenzione hanno dimostrato un miglioramento della sopravvivenza dei pazienti, una riduzione della morbilità con conseguente miglioramento della

qualità della vita dei pazienti oltre che una riduzione dei costi sanitari sostenuti.

Se questo è vero in senso generale, ciò risulta ancora più importante nell'ambito della Provincia di Bolzano, ove si registra una incidenza di neoplasie di questo distretto superiori alla media Nazionale Italiana.

La consapevolezza dell'entità del problema e l'esigenza di sensibilizzare i cittadini verso le tematiche della prevenzione precoce in modo puntuale, semplice e diretto, hanno indotto la LILT di Bolzano e l'Azienda Sanitaria della Provincia di Bolzano a collaborare verso un obiettivo comune: la diagnosi precoce delle neoplasie del distretto testa e collo.

Uno dei frutti di questa collaborazione si materializza nella stesura di una collana di piccoli opuscoli dedicati alle problematiche della prevenzione della malattia oncologica delle varie sedi anatomiche del distretto; il primo di questi è dedicato ai tumori del cavo orale.

Dr. Giulio Donazzan *Presidente LILT Bolzano*

Dr. Luca Calabrese *Primario ORL Ospedale Bolzano*

Dr. Roberto Magnato *Primario ORL Ospedale Merano*

Dr. Martin Patscheider *Primario ORL Ospedale Bressanone*

Indice



Prefazione	Pag. 1
Capitolo 1: Prevenzione del carcinoma orale: elementi di carattere generale	Pag. 4
<ul style="list-style-type: none">• Dimensioni del problema• Realtà in provincia di Bolzano• Storia naturale della malattia• Il carcinoma orale	
Capitolo 2: Le strategie per la prevenzione primaria	Pag. 7
La prevenzione Primaria: le attività svolte dall'Azienda Sanitaria <ul style="list-style-type: none">• Prevenzione fumo• Prevenzione danni da alcol	
Capitolo 3: Screening oncologici e Prevenzione Secondaria	Pag. 12
<ul style="list-style-type: none">• Screening oncologici• Ambulatorio di diagnosi precoce	
Capitolo 4: Il carcinoma orale	Pag. 14
Qual è la sede più frequente? <ul style="list-style-type: none">• Qual è il rischio di metastasi linfonodali? Principi di terapia: <ul style="list-style-type: none">• Quale terapia nelle forme precancerose?• Quale terapia nelle forme neoplastiche?	

Capitolo 1

Prevenzione del carcinoma orale: elementi di carattere generale

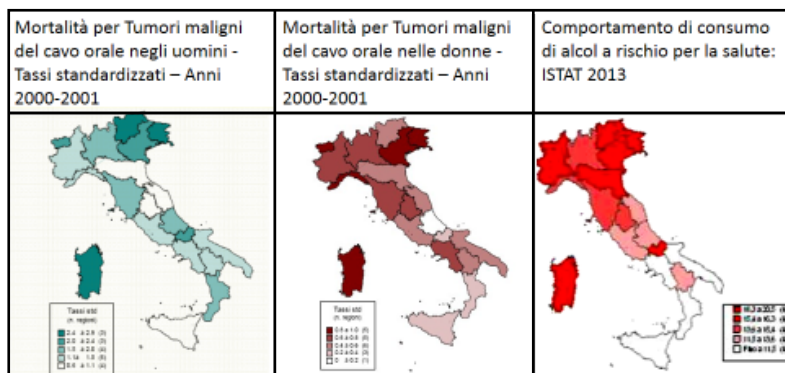
In generale è possibile affermare che la prevenzione si articola in tre livelli di intervento: prevenzione primaria, prevenzione secondaria, prevenzione terziaria.

La prevenzione primaria è relativa alle strategie d'intervento volte a ridurre la comparsa di un determinato evento morboso, od in altre parole, mira a ridurre l'incidenza (espressa come n° di nuovi casi/100.000 abitanti x anno) di una certa patologia.

L'identificazione dei fattori di rischio, ovvero di quelle condizioni la cui presenza si correla con un aumento della probabilità di comparsa di un quadro morboso, è alla base di una corretta prevenzione primaria.

Il 75% dei casi di neoplasie di questo distretto sono da imputare al consumo di tabacco e di bevande alcoliche che determinano un rischio aumentato di sviluppare un carcinoma spinocellulare a carico delle mucose orali.

Si rileva come nelle aree industrializzate, nelle valli alpine e soprattutto nelle regioni del Nord-Est tale tumore sia molto più diffuso. Le notevoli variazioni di incidenza regionale del cancro orale in particolare riflettono differenze legate ad usanze locali quali il consumo di tabacco e l'assunzione di bevande alcoliche, come già anticipato. Il picco di incidenza di malattia si registra intorno ai 60 anni.



Ulteriori fattori di rischio sono la composizione della dieta, (frutta e verdura esercitano un ruolo protettivo), una scarsa e non corretta igiene orale, micro-traumatismi cronici indotti da protesi dentarie incongrue o denti fratturati, una predisposizione individuale, alcune malattie a carattere ereditario come l'Anemia di Fanconi Per quanto attiene il cavo orale è discusso il ruolo esercitato da alcune infezioni virali, in particolare dal Papilloma Virus nella genesi del carcinoma orale, sebbene il virus possa albergare sulle mucose orali per lunghi periodi.

La prevenzione secondaria mira ad una diagnosi precoce di malattia o alla individuazione e trattamento di forme precancerose, ovvero di lesioni inizialmente benigne a rischio di trasformazione verso la malignità. Si realizza con campagne di screening sulla popolazione e percorsi di sensibilizzazione e conoscenza rivolti alla medicina del territorio.

La prevenzione terziaria riguarda chi ha avuto un evento di malattia e mira a ridurre il rischio di nuovi eventi o complicanze con specifici programmi di controllo o attività specifiche.

Dimensioni del problema

I tumori della testa e del collo rappresentano un gruppo di tumori di importanza non trascurabile a livello mondiale; sono neoplasie che appartengono a sedi diverse (cavo orale, rino, oro- ed ipofaringe, laringe, seni paranasali, ghiandole salivari, adenopatie da focus ignoto) con molteplici istologie (carcinomi squamosi, carcinomi ghiandolari, linfomi e sarcomi) e con differenti storie naturali.

Realtà in provincia di Bolzano

Il numero di nuovi casi diagnosticati nel quinquennio 2006-2010 è pari a 1.589 tra i maschi (650,9 per 100.000) ed a 1.287 tra le femmine (514,4 per 100.000).

L'incidenza di tali neoplasie è fra le più alte in Italia con percentuali pari a più del doppio rispetto alla media nazionale. Spesso la diagnosi è tardiva come si evince dal report oncologico del 2017: nel 75% dei casi il tumore è diagnosticato al IV stadio.

Storia naturale della malattia

La forma più frequente è quella di origine epiteliale squamocellulare.

Tale tumore è talora preceduto da una lesione benigna sulla mucosa (macchia bianca o rossa) con caratteristiche di precancerosa, cioè di alterazione che rendono più probabile lo sviluppo di un cancro.

Dal registro di Anatomia Patologica unico provinciale dell'ospedale di Bolzano, sono riportate negli ultimi 15 anni un numero di lesioni precancerose dieci volte inferiore rispetto all'atteso da cui si desume che tale patologia è sottovalutata dal primo livello medico con una **mancata azione di prevenzione e diagnosi precoce.**

Si associano come alte criticità: una assenza di campagne di screening e la scarsa tendenza alla diminuzione di fattori di rischio noti.

Il carcinoma orale

Fra i tumori del distretto cervico-facciale, quelli della cavità orale assumono particolare importanza in termini di incidenza ed impatto prognostico.

In Italia l'incidenza media è di 8,44 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e di 2,22 tra le donne. I tassi di incidenza per il carcinoma del cavo orale sono più elevati nelle regioni settentrionali rispetto a quelle centro-meridionali ed insulari.

Nella provincia di Bolzano i dati relativi all'incidenza si discostano in modo sensibile dalla media nazionale registrando un tasso di 20,6 casi (ogni 100.000 abitanti) nel periodo compreso 2006-2010

Tabella 2.2.11 - Nuovi casi di tumore maligno nella popolazione maschile e incidenza. Provincia di Bolzano, tassi x 100.000 - Anni 2006-2010

ICD X	SEDE	2006	2007	2008	2009	2010	tasso 2006-10	casi attesi 2015
C00-C10,C12-C14	Cavità orale e faringe	52	53	45	50	51	20,6	60

La diagnosi tardiva (75% dei casi) condiziona la prognosi e la maggiore aggressività terapeutica riducendo la qualità di vita dei pazienti sottoposti a trattamenti combinati di chirurgia e radio/chemioterapia.

I progressi terapeutici e l'affinamento delle tecniche chirurgiche di demolizione e di ricostruzione, nonché l'utilizzo di protocolli multidisciplinari stanno migliorando globalmente i risultati oncologici e funzionali, ma gli interventi di prevenzione sul territorio finalizzati a migliorare la conoscenza e controllo dei fattori di rischio (fumo, alcool, HPV e dieta) rappresentano, ad oggi, il vero elemento strategico nella gestione di queste malattie.

Le strategie per la prevenzione primaria

Prevenzione primaria a livello di popolazione deve puntare a ridurre l'esposizione ai fattori di rischio noti:

- Fumo
- Alcool

La prevenzione primaria: Conoscere per prevenire

Integrazione delle campagne di prevenzione della salute orale con i servizi:

- Prevenzione fumo
- Prevenzione danni da alcol

Una modalità per diffondere una cultura della prevenzione delle neoplasie del distretto cervico-facciale, razionalizzando le risorse e rendendo più efficienti i servizi a disposizione, consiste nel migliorare la visibilità dei servizi che l'Azienda già offre presso le categorie professionali coinvolte e presso la popolazione:

Prevenzione fumo

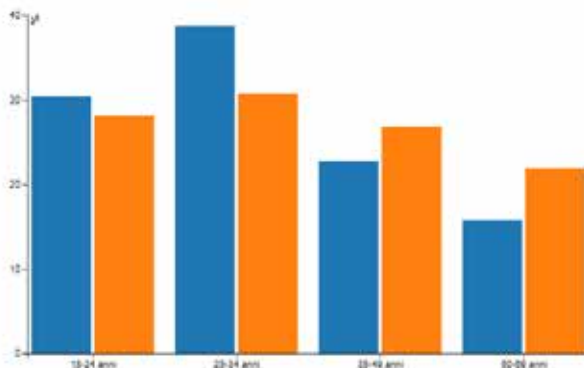
Abitudine al fumo

Abitudine al fumo

Il fumo è "la prima causa di morte facilmente evitabile". È responsabile di circa il 25% delle morti per tumore e del 15% dei decessi complessivi in provincia. Sono attribuiti al fumo il 77% dei casi di cancro alla cavità orale e faringe e l'89% dei tumori polmonari tra i maschi. Il fumo è inoltre responsabile di altre patologie, quali l'infarto miocardico, l'ictus, la bronchite cronica ostruttiva ed altri disturbi dell'apparato respiratorio.

L'abitudine al fumo è diffusa nel 22,1% della popolazione provinciale tra i 18 ed i 69 anni d'età (il 24,7% tra gli uomini ed il 19,6% tra le donne).

Fumatori per classi d'età (Passi 2015-18)



Legenda

- Alto Adige
- Italia

Consulenza per fumatori e una vita senza fumo

Il fumo di tabacco viene considerato una dipendenza dall'Organizzazione Mondiale della Salute. La promozione di uno stile di vita sano e campagne di sensibilizzazione nelle scuole sono strategici nell'obiettivo di limitare/impedire il consumo di tabacco.

In Alto Adige, il fumo di tabacco provoca più di 600 morti all'anno, mentre in Italia se ne contano più di 90.000.

La consulenza del Servizio Pneumologico offre assistenza per smettere di fumare tabacco (terapia comportamentale, cure mediche specialistiche ai polmoni ecc.)



Contatti per un appuntamento:

Bolzano: Piazza W.A. Loew Cadonna, 12 - Tel. 0471 909 600

Egna: Piazza Bonatti, 1 - Tel. 0471 829 255

Merano: Via Rossini ,1 - Tel. 0473 251 380

Silandro: Via Ospedale, 3 - Tel. 0473 735 140

Bressanone: Via Dante, 51 - Tel. 0472 813 090

Brunico: Via A. Hofer, 25 - Tel. 0474 586 240

I nostri partner: LILT - Bolzano (Lega per la Lotta contro i Tumori), ALIR - Bolzano (Associazione per la lotta all'insufficienza respiratoria)




Prevenzione danni da alcool

Bevande alcoliche e superalcoliche

Si considerano alcoliche le bevande contenenti alcool alimentare (etanolo) con gradazione superiore a 1,2 gradi. Sono invece superalcoliche quelle costituite per almeno il 21 % del loro volume da alcool alimentare.

Le bevande alcoliche e superalcoliche hanno diverse gradazioni alcoliche, tuttavia la quantità media di alcool contenuta in un bicchiere "standard" (specifico per la bevanda) corrisponde all'incirca a 12 grammi.

Le seguenti unità alcoliche (U.A.) corrispondono a un bicchiere "standard":

Birra 330 ml	Vino rosso e bianco 125 ml	Grappa 40 ml
		
5°	12°	36°

1 unità alcolica = 1 bicchiere contiene circa 12 grammi di alcol

In media il corpo umano impiega da 1 a 2 ore per smaltire l'alcol contenuto in un bicchiere (di vino, di birra, di liquore, ecc.).

Secondo una campagna di prevenzione contro l'abuso di alcol della Provincia di Bolzano, un consumo moderato di alcol rientra nelle seguenti quantità giornaliere:

Uomini: 2-3 bicchieri Donne: 1-2 bicchieri Over 65: 1 bicchiere

Queste quantità riguardano esclusivamente gli adulti.

I minori di 16 anni non dovrebbero bere alcolici.

Il livello di sopportazione dell'alcol di ogni singolo individuo è influenzato da fattori: il sesso, il peso, l'età, lo stato di salute, il patrimonio genetico e l'ambiente circostante, nonché da circostanze specifiche come la velocità di assunzione e la quantità di cibo ingerito.

Secondo un'analisi svolta dal Forum Prevenzione altoatesino sull'indagine ISTAT, sia il consumo abituale sia il binge drinking ("abbuffata alcolica") risultano comportamenti a rischio.

L'11,3 % degli intervistati in Alto Adige risulta essere un consumatore abituale di alcolici nelle seguenti quantità:

- più di due bicchieri al giorno (uomini);
- più di un bicchiere al giorno (donne e over 65);
- almeno una bevanda alcolica all'anno (minori di 18 anni).

Nel resto del territorio nazionale si riscontra un consumo simile nel 10,7 % degli intervistati. Il 17,8 % degli intervistati in Alto Adige rivela una modalità di consumo nota come binge drinking, che consiste nell'ingerire sei o più unità alcoliche in un'unica occasione almeno una volta l'anno. Nel resto del territorio nazionale questo fenomeno si rileva solo nel 6,2 % dei casi.

Alcool in Alto Adige: opinioni e consumo

L'Istituto provinciale di statistica ASTAT presenta i risultati della rilevazione, svoltasi nella primavera 2019, sulle abitudini e sulle opinioni della popolazione altoatesina in merito al consumo e all'uso problematico di bevande.

Conoscenza e uso delle strutture attive in Alto Adige nella prevenzione dell'abuso di alcol e nell'assistenza di persone con problemi alcol-correlati

Sono conosciute da oltre metà della popolazione le seguenti strutture: il servizio di consulenza per i giovani Young+Direct (58%), il Centro terapeutico Bad Bachgart (56%), i gruppi di auto e mutuo aiuto (55%) e la Commissione per il rilascio delle patenti di guida (54%). Risultano invece meno noti i Distretti sociali delle Comunità comprensoriali e l'Azienda servizi sociali di Bolzano (47%), i servizi per le dipendenze delle Aziende sanitarie (44%), i servizi di consulenza psico-sociale della Caritas (42%), il Forum Prevenzione (42%), i laboratori protetti per persone affette da dipendenze (38%), il Servizio di educazione alla salute delle intendenze scolastiche (28%), il settore psicologia della sicurezza viaria (27%) e l'associazione Hands (20%).

Età del primo contatto con l'alcol

Per quanto riguarda i maschi, il fenomeno dell'anticipazione dell'età del primo contatto con l'alcol sembra essersi esaurito: non ci sono infatti differenze significative tra la generazione dei 16-24enni e quella dei 25-44enni. In entrambi i casi circa sette persone su dieci all'età di 16 anni hanno già bevuto il loro primo bicchiere di alcolico. Tra i 45-64enni sono circa cinque su dieci e tra i 65-85enni quattro su dieci.

I dati relativi al genere femminile suggeriscono invece che l'assunzione sempre più precoce da parte delle giovani dei comportamenti tipici dell'età adulta è ancora in corso. Otto su dieci ragazze tra i 16 e i 24 anni hanno consumato il loro primo bicchiere di bevanda alcolica all'età di 16 anni o prima. Tra le 25-44enni sono circa sei su dieci, tra le 45-64 quattro su dieci e tra le 65-85enni due su dieci.

Dal confronto tra femmine e maschi emerge, al variare delle generazioni, un avvicinamento tra i comportamenti dei due sessi, con un ribaltamento nel passaggio alla generazione più giovane. Infatti, le 16-24enni, a differenza delle loro mamme e delle loro nonne, hanno sperimentato il consumo di alcol mediamente prima dei loro coetanei maschi.

Frequenza del consumo di alcool

Il 21% degli altoatesini è astemio o quasi astemio, in quanto non ha bevuto alcolici negli ultimi tre mesi. Circa altrettanti (22%) consumano bevande alcoliche di tanto in tanto (meno di una volta alla settimana). Il 49% beve alcol uno o più giorni alla settimana e il 7% ne fa un consumo quotidiano o quasi. La distribuzione percentuale della frequenza del consumo di alcol rilevata nel 2019 assomiglia a quella del 2006, con un leggero calo dei bevitori saltuari e di quelli giornalieri e un incremento della percentuale di chi beve alcolici una o più volte alla settimana. La frequenza media di consumo di alcol si assesta su 2,3 giorni alla settimana, valore non significativamente diverso dal 2,2 osservato nel 2006.

Conclusioni

Dai dati disponibili si può concludere che il consumo di alcol responsabile, controllato e moderato è diventato nella società la tendenza dominante. In questa direzione vanno anche i dati relativi alla valutazione delle proprie abitudini alcoliche, da cui emerge che nove persone su dieci sono soddisfatte e non vogliono cambiarle. Significativo è anche l'aumento del consenso per l'astensione da bevande alcoliche durante i pranzi con i colleghi: esso aumenta di quasi 20 punti percentuali.

È un segnale positivo che non vi sia stata un'ulteriore riduzione dell'età in cui i ragazzi iniziano a consumare alcol. Il fatto che le ragazze abbiano nel frattempo raggiunto i loro coetanei relativamente all'età in cui si inizia a bere, ha più a che fare con la loro partecipazione sociale in tutti i contesti di vita che con il tema dell'alcol stesso.

È, inoltre, confortante che vi sia un elevato livello di approvazione per le attività di prevenzione (83%) e per i servizi di assistenza (82%). Per quanto riguarda le campagne contro l'abuso di alcol, ben nove intervistati su dieci concordano con il fatto che sia necessario realizzarle.

Le campagne finora realizzate (zerocompromessi.it e lo rinuncio) ricevono un altissimo livello di approvazione per i messaggi trasmessi da parte degli intervistati che le conoscono. Ciò significa che esse sono riuscite a comunicare i loro messaggi in modo comprensibile e appropriato.

Si registra inoltre un minore sostegno alle azioni strutturali di prevenzione, che comprendono il divieto di pubblicità degli alcolici (-15%), l'aumento dei prezzi (-19%), i controlli (-6%) e le sanzioni per guida in stato di ebbrezza (-13%). Ciò può essere collegato anche con il calo della percentuale di persone che pensano che la politica dovrebbe fare di più (-10%).

Capitolo 3

Screening oncologici e prevenzione secondaria

Attraverso i programmi di screening oncologici si persegue l'obiettivo di individuare la malattia in fase preclinica rivolti ad una popolazione asintomatica.

Si può consigliare l'esame del cavo orale eseguito da un medico o da un dentista per tutti i soggetti di età superiore a 60 anni in particolare se abbiano noti fattori di rischio per il carcinoma orale.

La forma più efficace di screening per le neoplasie del cavo orale è rappresentata da quello opportunistico, ossia l'esame ispettivo del cavo orale eseguito dal proprio dentista o medico durante un controllo di routine.

Il primo obiettivo è la ricerca di lesioni, comprese aree di leucoplachia (macchie bianche) ed eritroplachia (macchie rosse), ovvero quelle alterazioni dei tessuti morfologicamente riconoscibili che venivano indicate nel passato come lesioni precancerose e che oggi sono classificate come disordini della mucosa potenzialmente maligni, salvo che non siano già forme iniziali di neoplasia.

Particolare attenzione va posta ad ulcerazioni della mucosa, difficoltà nella deglutizione, mal di gola o mal d'orecchio, raucedine persistente, gonfiore a livello del collo.

Questi "sintomi" nella gran parte dei casi sono segnali comuni di semplici patologie infiammatorie, ed in alcuni casi essere invece un campanello di allarme premonitore. Tuttavia, è buona norma considerare come regola generale che qualsiasi lesione (macchie, ulcere, noduli, indurimenti) o sintomo refrattario alla terapia che perdura oltre quindici giorni, sia meritevole di attenzione e di una valutazione di secondo livello.



Il ruolo del medico di base e dell'odontoiatra rimane fondamentale anche nell'ambito della prevenzione primaria, potendo influenzare e/o consigliare la riduzione dell'esposizione ai fattori di rischio tradizionalmente noti quali alcool e fumo, sollecitando nel contempo una variazione della dieta indicando un adeguato consumo di frutta e verdura, come azione salutare e protettiva/preventiva.

Specifici percorsi formativi sono offerti alla medicina del territorio (medici di base, odontoiatri, libero professionisti).

A supporto della medicina territoriale esiste, inoltre, un ambulatorio dedicato per una valutazione specialistica di secondo livello, supportata da tecnologie che migliorano la possibilità di una diagnosi precoce (stadio di malattia non invasiva) rispetto all'osservazione ad occhio nudo grazie ad ottiche e filtri specifici.

In via di sviluppo la possibilità di consulti adeguati e tempestivi sulla base dei principi di telemedicina.



Capitolo 4

Il carcinoma orale

Qual è la sede più frequente?

In Europa ed in Italia le sedi più colpite sono il labbro inferiore, la lingua ed il pavimento orale. In particolare, il bordo linguale, la faccia ventrale della lingua ed il pavimento orale vengono considerate sedi a maggior rischio rispetto ad altre sedi orali per lo sviluppo di lesioni a carattere aggressivo. I carcinomi linguali rappresentano il 30-50% circa di tutti i carcinomi orali.

Qual è il rischio di metastasi linfonodali?

In presenza di una neoplasia, in atto o pregressa, l'apprezzamento palpatorio di linfoadenopatie di consistenza aumentata nell'area di drenaggio linfatico pertinente, anche se di dimensioni ridotte, deve essere sempre considerato un indizio fortemente sospetto di una metastatizzazione.

Principi di terapia

Quale terapia nelle forme precancerose?

Il primo provvedimento è l'eliminazione dei fattori favorenti l'insorgenza di una lesione, ovvero l'istituzione di un accurato protocollo di igiene orale, la bonifica dentaria se indicata, oltre il fumo e l'alcool.

La persistenza della lesione dopo l'eliminazione dei fattori di rischio pone l'indicazione per una valutazione della natura della lesione con l'esecuzione di prelievi bioptici. Sarà in seguito valutata l'opportunità di una asportazione radicale o meno, con ampi bordi in tessuto sano con l'eventuale ausilio di coloranti vitali (blu di toluidina, blu di metilene, lugol). Lesioni estese possono essere trattate in più tempi. Sono in corso studi di chemio prevenzione nelle forme displastiche.

Quale terapia nelle forme neoplastiche?

In linea di principio queste neoplasie possono essere trattate sia con la chirurgia che con la radioterapia o con terapie combinate.

I tumori iniziali non infiltranti strutture muscolari estrinseche o l'osso, in assenza di lesioni metastatiche, dovrebbero essere trattati con una singola modalità terapeutica. La chirurgia e la radioterapia hanno risultati oncologici sovrapponibili.

La scelta della terapia è spesso basata su fattori quali preferenze del paziente, qualità di vita, costi e compliance del paziente. Poiché la chirurgia può offrire una risoluzione rapida e con una morbilità ridotta, è spesso preferita nei casi iniziali. I tumori della lingua possono essere gestiti nelle fasi precoci di malattia con un approccio transorale, riservando invece il trattamento radiante alle persone che non possono essere sottoposte ad intervento chirurgico.

Le forme avanzate sono gestite meglio con un trattamento combinato. La chirurgia, con o senza ricostruzione associata a radioterapia post-operatoria, rappresenta la forma di trattamento più diffusa per le forme avanzate.

Neoplasie orofaringee possono beneficiare in egual misura di trattamenti combinati chemio-radioterapici con obiettivi di preservazione d'organo.



Informazioni

Segreteria LILT Bolzano

Piazza W.A. Loew Cadonna, 10
(di fronte al Distretto Socio-Sanitario Gries-San Quirino)
da lunedì a venerdì dalle 08.30 alle 12.30

Tel: **0471 40 20 00**

Web: **www.liltbolzanobozen.com**

E-mail Bolzano: **info@liltbolzanobozen.com**

