

PARAGANGLIOMI DELLA TESTA E DEL COLLO: CONFRONTO TRA I DEFICIT FUNZIONALI SECONDARI A RESEZIONE CHIRURGICA E QUELLI ASSOCIATI ALLA CRESCITA TUMORALE

Zanatta L^{1,2}, Zamengo S¹, Jance B¹, Martinelli S^{1,3}, D'Amore F¹, Ercolino T^{2,3}, Santoro R⁴, Rapizzi E⁵, Mannelli M^{1,3}, Maggi M^{1,2,3}, Canu L^{1,2,3}

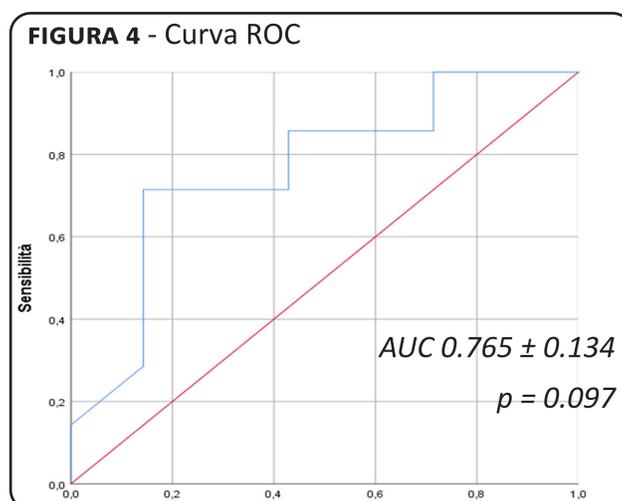
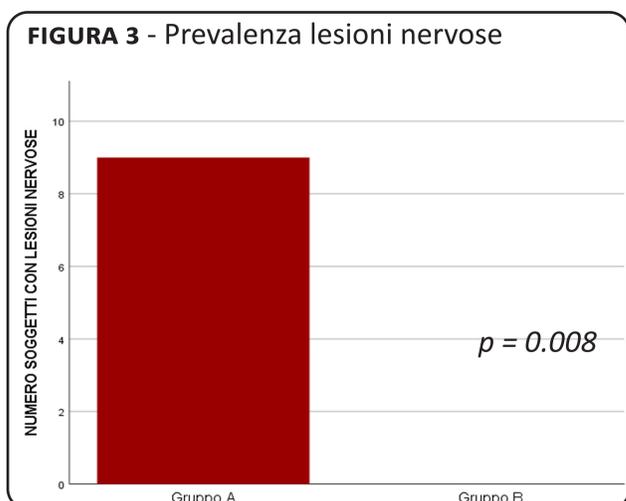
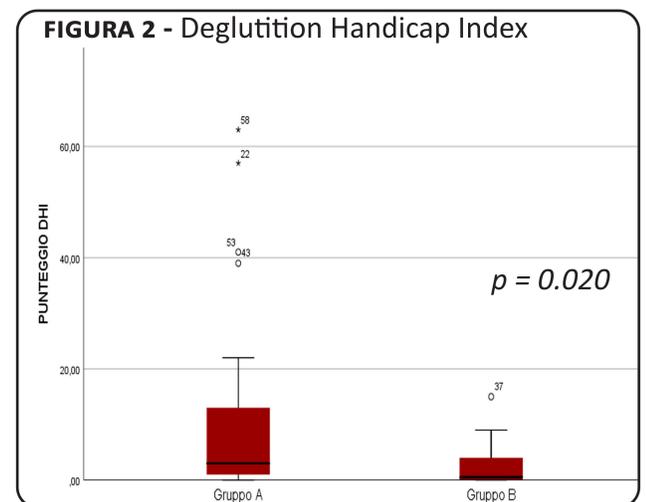
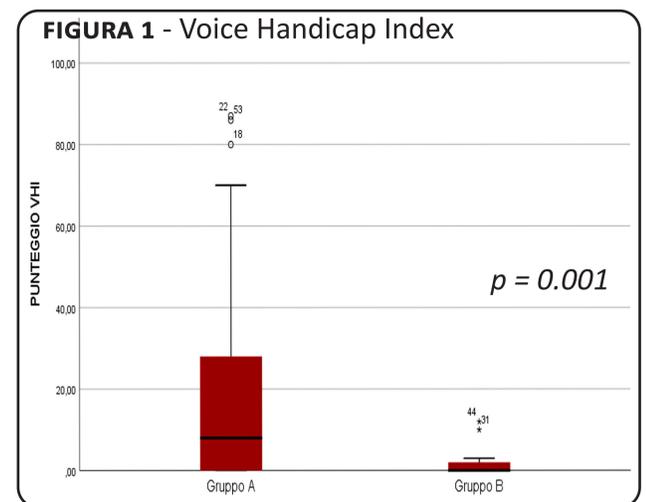
¹Dipartimento di Scienze Biomediche Sperimentali e Cliniche "Mario Serio", Università degli Studi di Firenze, Firenze; ²SOD Endocrinologia, AOU Careggi, Firenze; ³Centro di Ricerca e Innovazione sulle Patologie Surrenaliche, AOU Careggi, Firenze; ⁴Audiologia, chirurgia testa collo oncologica e robotica, AOU Careggi, Firenze; ⁵Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze, Firenze.

Corresponding authors: Letizia Canu (letizia.canu@unifi.it)

Introduzione: I paragangliomi della testa e del collo (HNPGLs) sono tumori rari di derivazione dalla cresta neurale, altamente vascolarizzati e caratterizzati da comportamento benigno nella maggior parte dei casi. I HNPGLs possono essere sporadici o dovuti a mutazioni a carico dei geni di suscettibilità. All'aumentare delle loro dimensioni possono comprimere o infiltrare le strutture neurovascolari adiacenti, causando sintomi neurologici. Si caratterizzano per una crescita imprevedibile, per lo più lenta. La chirurgia rappresenta la principale opzione terapeutica pur potendo causare deficit neurologici. La gestione clinica dei pazienti affetti è quindi ancora controversa. Lo scopo del nostro studio è quello di mettere a confronto gli eventuali deficit funzionali causati dall'intervento chirurgico con quelli causati dalla crescita del tumore lasciato in sede.

Materiali e metodi: La nostra serie comprende 72 pazienti con HNPGLs (47 femmine e 25 maschi) di età compresa tra 29 e 91 anni (età media 59.78 ± 15.68 anni), afferenti all'Ambulatorio di Endocrinologia dell'AOU Careggi di Firenze tra il 2000 ed il 2021. I pazienti sono stati divisi in due gruppi: pazienti sottoposti a intervento chirurgico (n=49, gruppo A) e pazienti seguiti con approccio conservativo (n=23, gruppo B). Per ogni paziente sono state raccolte anamnesi personale e familiare ed eseguita valutazione clinica. La diagnosi di HNPGL è stata effettuata sulla base delle caratteristiche delle lesioni valutate con metodiche di imaging (TC, RM e angiografia TC/RM) o con esame istologico dopo la rimozione del tumore. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a test genetici per la ricerca di mutazioni nei geni di suscettibilità (SDHD, SDHB, SDHC, SDHA, SDHAF2, MAX, TEMEM127 e VHL). La presenza di deficit neurologici funzionali a carico della fonazione o della deglutizione è stata valutata mediante la somministrazione di tre questionari (VHI, DHI e MDADI). Il VHI valuta la presenza di problematiche nella fonazione, mentre i test DHI e MDADI misurano il grado di disabilità nella deglutizione. La qualità della vita è stata valutata mediante questionario dedicato ai pazienti affetti da tumori della regione testa-collo EORTC QLQ-H&N35.

Risultati: Trentaquattro pazienti del gruppo A (69,4%) e 18 del gruppo B (78,2%), hanno accettato di compilare tali questionari. Diciotto pazienti del gruppo A (36,7%) e 10 del gruppo B (43,5%) sono stati sottoposti a visita otorinolaringoiatrica dedicata. Il confronto tra il gruppo A e il gruppo B (tabella 1) non ha mostrato alcuna differenza significativa in termini di difficoltà alla deglutizione valutata tramite test MDADI (p=0.391) e dimensioni del tumore (p=0.914). Invece, una differenza significativa è stata osservata ai test VHI (p=0.001, figura 1) e DHI (p=0.020, figura 2), indicando la presenza di maggiori disabilità neurologiche nei pazienti sottoposti a chirurgia, confermate alla valutazione clinica (p=0.008, figura 3). Differenze significative sono state osservate ai test VHI (p=0.001, figura 1) e DHI (p=0.020, figura 2), e nella prevalenza di lesioni nervose alla visita ORL (p=0.008). Venticinque pazienti del gruppo A (51,0%) e 7 pazienti del gruppo B (30,4%) hanno compilato il questionario EORTC QLQ-H&N35: non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi. All'analisi della curva ROC, pur non statisticamente significativa, abbiamo rilevato come lesioni superiori a 34 mm di diametro sembrano predire un rischio di lesione nervosa con sensibilità del 71% e specificità dell'86% (AUC 0.765 ± 0.134, p = 0.097, figura 4).



	Gruppo A	Gruppo B	Valore p
Dimensioni (mm)	32,00 [22,00-44,00]	31,00 [27,75-39,50]	0.914
Punteggio MDADI	92 [79,2-96]	96 [77-96]	0.391
Punteggio VHI	8 [0-32]	0 [0-2]	0.001
Punteggio DHI	3 [1-13,5]	0,5 [0-4]	0.020
Soggetti con lesioni nervose	9 (50%)	0 (0%)	0.008

TABELLA 1 - Confronto tra gruppo A e gruppo B
MDADI: MD Anderson Dysphagia Inventory, VHI: Voice Handicap Index, DHI: Deglutition Handicap Index

Discussione e conclusioni: Questo studio preliminare, nonostante sia condotto su un numero limitato di pazienti, sembra suggerire che nei HNPGLs con diametro superiore a 34 mm un approccio "wait and see" sia da preferire alla rimozione chirurgica del tumore per l'elevato rischio di danno nervoso. Questo soprattutto alla luce di un mancato miglioramento della qualità della vita e di un più elevato grado di disabilità nella fonazione e nella deglutizione.