

REFERIRI RADIOLOGICE PRIVIND UNELE AFECȚIUNI BRONHOPULMONARE ȘI MEDIASTINALE

dr. Gr. *Stanciu*, dr. E. *Kertész*, dr. I. *Darvas*, dr. Z. *Szecsei*,
dr. *Veronica Vogel*

Examenul radiologic, în special pentru torace prin solicitările ce i se fac, și-a dovedit de mult timp utilitatea; deși a devenit o practică de rutină nu trebuie să însemne însă niciodată superficialitate.

Cît ar părea uneori semnele radiologice de tipice la prima analiză, ulterior descifrarea și corelarea lor cu alte metode de investigație, pot decide o nouă interpretare, astfel necesitatea colaborării cu celelalte specialități fiind de necontestat.

Prin urmare este recomandabil să aplicăm o gamă cît mai variată de examinări, să avem în vedere deci aportul tuturor metodelor și să urmărim în timp bolnavul.

Pentru ilustrarea celor de mai sus, ne permitem să prezentăm cîteva cazuri clinice.

1. T. Vasile, 61 de ani, agricultor, internat la Clinica chirurgicală nr. 1 din Tîrgu Mureş (F.O. 1856 1961) pentru pierdere din greutate, inapetență, disfație, dureri presternale. La examenul radiologic reprezentat prin radiografie simplă, de suprafață, se observă că umbra mediastinală a etajului superior și mijlociu este mult lărgită, la dreapta conturul fiind convex spre în afară, iar stînga poliociclic (fig. 1),

sugerind prin formă, mărime, structură, localizare și contur, aspectul de limfogramulomatoză malignă. Scintigrama efectuată cu I^{131} radioactiv, pune în evidență un proces malign tiroidian (fig. 2), ceea ce se confirmă intraoperator (prof. dr. Z. Pápai).

2. D. Béla, 62 de ani, pensionar, fost funcționar, internat la Clinica medicală nr. I din Tîrgu Mureș (F.O. 34/1965) pentru sindrom febril, tuse, inapetență, pierdere din greutate. La radiografia toracică se constată o opacitate extinsă la întreg hemitoracele drept, mediastinul fiind deviat spre partea afectată, astfel coloana vertebrală avînd marginea stîngă complet descoperită (fig. 3), imaginea radiologică pledează pentru un fibrotorace cu revărsat lichidian la bază sau proces atelectatic prin neoplasm. Tomografia arată că la emergența dintre bronhia lobară superioară dreaptă și mijlocie există un nodul cit o prună, care comprimă calibrul acestora (fig. 4). La puncția pleurală se extrage lichid, dar în cantitate redusă. Deoarece în perioada spitalizării destul de îndelungate (7 I—15 II 1965) nu se obțin ameliorări, pe baza semnelor clinice și radiologice se face externarea cu diagnosticul de suspiciune de neoplasm bronhopulmonar drept. Revenit la control peste două luni, la examenul radiologic se observă că modificările anterioare au dispărut (fig. 5), starea generală fiind mult ameliorată; pe baza evoluției se interpretează ca pneumonie cu decurs lent, fibroză și colecție pleurală.

3. B. Friderich, 49 de ani, măcelar, internat în Clinica chirurgicală nr. I din Tîrgu Mureș (F.O. 264/1966) cu diagnosticul de chist hidatic pulmonar stîng. Din antecedentele bolnavului reținem: infarct miocardic în 1959, tuberculoză testiculară în 1961, cu care ocazie se pune în evidență chistul hidatic pentru care se internează în prezent, poliartrită cronică pentru care este internat în 1965, cînd se observă din nou afecțiunea pulmonară. La începutul anului 1966 este văzut ambulator la poli-clinică, confirmîndu-se chistul hidatic pulmonar stîng. În ultimul timp de aproximativ 3 săptămîni, acuză stare de astenie, inapetență, pierdere din greutate. V.S.H. 75/110, leucocite 12.000, Aslo 50 u. La examenul radiologic se vizualizează hilar și parahilar stîng o opacitate rotundă de mărimea unui măr, contur net, ceea ce se înregistrează și pe unele secțiuni tomografice (fig. 6) pentru ca pe altele să se constate în plus, stază venoasă circumscrisă (fig. 7). La intervenția chirurgicală (conf. dr. Z. Csízér) se remarcă o tumoră solidă (histopatologic: carcinom pavimentos bronhopulmonar, bul. 93809 din 4 III 1966, conf. F. Gyerguay) lobară inferioară, efectuîndu-se o lobectomie inferioară stîngă.

4. T. Elisabela, 72 de ani, casnică, internată prin transfer la Clinica chirurgicală nr. I din Tîrgu Mureș (F.O. 143 și 401/1971) pentru dureri la baza toracelui, epigastru și hipocondrul stîng, pierdere din greutate, inapetență și disfație. Examenul radiologic baritat al esofagului inferior în poziție ortostatică, incidentă oblic anterior dreaptă, arată că acesta este deviat spre stînga și anterior, schițînd la marginea dreaptă aspect de amprentă (fig. 8); pe radiografiile oblice pentru mediastin nu se constată vreo formațiune tumorală a acestuia, dar în schimb la corpii vertebrali dorsali o accentuată osteofitoză. Intraoperator (prof. dr. Z. Pápai), intratoracic juxta-esofagian inferior nu se observă proces tumoral. Însă abdominal se pune în evidență o tumoră de corp de pancreas.

5. J. Gyula, 29 de ani, agricultor, internat în Clinica chirurgicală nr. II din Tîrgu Mureș (F.O. 85/1970) pentru rahialgii dorsale, la examinările făcute anterior în mod ambulator, suspiciunîndu-se o tumoră mediastinală. La examenul radiologic pe radiografia simplă, se observă o opacitate sferică parahilară stîngă, cit o nucă (fig. 9), în profil avînd localizare posterioară în spațiul intervertebral corespunzător dorsalei 8 și 9, iar prin tomografie caracteristicile acestei formațiuni sînt mult mai evidente, determinînd precizarea de ganglioneurinom (fig. 10) care este confirmat intraoperator (conf. dr. Z. Naftali).

6. A. Zelma, 50 de ani, agricultoare, internată în Clinica chirurgicală nr. II din Tîrgu Mureș (F.O. 2604/1971) pentru dureri în hemitoracele drept, tuse, hemoptizie. La examenul radiologic pe radiografia simplă se schițează destul de vag o imagine de hipertransparență, localizată parahilar stîng, contur semicircular (fig. 11), care în profil se înscrie în virful lobului inferior (lobul Fowler), avînd aceeași înfățișare discretă. Pe unele secțiuni tomografice se văd clar forma, mărimea, struc-



Fig. nr. 1



Fig. nr. 3



Fig. nr. 2



GR. STANCIU ȘI COLAB.: REFERIRI RADIOLOGICE PRIVIND UNELE
AFECȚIUNI BRONHOPULMONARE ȘI MEDIASTINALE



Fig. nr. 4



Fig. nr. 6



Fig. nr. 5





Fig. nr. 7



Fig. nr. 9



Fig. nr. 8



Fig. nr. 10

Fig. nr. 12



Fig. nr. 11

tura și conturul acestei formațiuni (fig. 12), stabilindu-se astfel diagnosticul de chist pulmonar aeric, fiind confirmat intraoperator (conf. Z. Naftali).

Discuții și concluzii

Unele dintre tumorile mediastinale mai importante cum sînt limfogranulomatoza malignă, limfosarcomul, cancerul tiroidian deși au particularitățile lor clinice și chiar radiologice, totuși pe imaginile radiografice adesea întîlnim trăsături comune în privința formei, structurii, localizării și conturului. Astfel, la cazul nostru nr. 1, dintre metodele de investigație radiologică, numai scintigrama tiroidiană a adus precizări.

Urmărirea în timp a bolnavului, prin revenirea asupra examenului, poate aduce completări sau chiar infirma diagnosticul (obs. 2).

Tumorile nodoase maligne, datorită formei, conturului și evoluției lor îndelungate, bolnavul avînd multă vreme starea generală nealterată, se pot confunda cu tumorile benigne sau chistul hidatic (obs. 3: caz la care alte afecțiuni importante cu manifestări mai zgomotoase au distras mult timp atenția), dar prin secțiunile tomografice putem scoate neori în evidență intensificarea circulației în zona peritumorală, semn specific pentru tumorile maligne alături de opacitățile lineare, în evantai, care denotă invazie în jur. La cazul respectiv, de la depistarea formațiunii pulmonare pînă la precizarea diagnosticului și intervenția chirurgicală au trecut peste 4 ani.

Anumite tulburări degenerative, legate în special de vîrstă (sclerozele vasculare, spondiloza deformantă), produc modificări organelor din jur, putînd să coexiste cu alte afecțiuni pe care să le mascheze (obs. 4: devierea esofagului a fost făcută prin osteofite spondilozice, care a provocat prin compresiune și disfagia).

Prin examen tomografic de față și sagital s-au putut aduce precizări importante în stabilirea diagnosticului, scoțîndu-se astfel în evidență însușirile cele mai specifice ale ganglioneurinomului și ale chistului aeric (obs. 5 și 6), afecțiuni care sînt rare.

Radioscopia și radiografia simplă, de sumă, trebuie să reprezinte punctul de plecare al examenului radiologic, dar de la caz la caz, acestea necesită însă completări cu alte metode și date din diverse specialități.*

Sosit la redacție: 14 noiembrie 1971.