

**TRATAMENTUL CHIRURGICAL COMPLEX AL TUMORILOR
TORACICE MALIGNE ÎN CLINICA CHIRURGICALĂ Nr. 2**

*A. Boşianu, T. Georgescu, G. Simu, Z. Naftali, V. Nistor, C. Crăciun,
Mártha Kész, Caterina Gliga*

Prin tumori toracice maligne înţelegem acele tumori maligne care aparţin plămînuului, pleurei, peretului toracic şi mediastinului. Marea majoritate a acestor tumori sînt cancere bronhopulmonare, dar celelalte localizări (pleură, perete, mediastin), care în urmă cu 10—15 ani aveau un caracter de raritate sînt din ce în ce mai frecvente. La fel, trebuie subliniată creşterea marcată a morbidităţii şi mortalităţii prin cancer bronhopulmonar în ultimii 10 ani, care la bărbaţi a trecut pe primul loc în multe ţări puternic industrializate precum şi în ţara noastră începînd

din 1981. Unele aspecte întâlnite în evoluția cancerului pulmonar din țările industrializate se întâlnesc și în țara noastră:

1. Apariția cancerului pulmonar și a celorlalte tumori toracice maligne la vârste din ce în ce mai tinere, uneori sub 30 de ani, iar mai nou, în cazuri izolate și sub 20 de ani, vîrstă la care în urmă cu numai 7—8 ani medicul care se afla în fața unei opacități toracice excludea malignitatea numai pe criteriul vârstei tinere.

2. Virajul histopatologic de la formele cu malignitate mică (cancerul epidermoid), spre cele cu malignitate mare, cu extindere și metastazare rapidă (cancerul microcelular). Astfel, acesta din urmă a crescut de la 5,9⁰/₀ în anul 1975 la 20⁰/₀ în anul 1979 în timp ce frecvența cancerului epidermoid a scăzut de la 51,7⁰/₀ în anul 1975 la 42,4⁰/₀ în anul 1979.

În Tirgu-Mureș într-un studiu efectuat de conf. dr. G. Simu, pe un număr de 192 de cancere diagnosticate între anii 1982—1987, în care au fost incluse și o parte din cazurile operate în Clinica Chirurgicală nr. 2, incidența tipurilor histopatologice de cancer bronhopulmonar a fost:

	Nr. cazuri	%
— cancer epidermoid	132	69,27
— cancer microcelular	46	23,95
— adenocarcinom	8	4,16
— macrocelular	1	0,52
— adenoscuamos	1	0,52
— carcinoid	2	1,04
— cancer al glandelor bronșice	2	1,04
TOTAL:	192	100,00 %

3. Predominanța sexului masculin este bine cunoscută, dar în ultimii ani frecvența cancerului pulmonar la femei a crescut rapid tinzînd să egalizeze pe cea a bărbaților, ceea ce corespunde răspîndirii fumatului în rîndul femeilor în urmă cu 20 de ani.

4. Cu toate măsurile de depistare precoce, aplicate populației cum ar fi: examenul radiografic, coroborat sau nu cu examenul citologic al sputei, în cadrul unor examene și controale periodice, cancerul bronhopulmonar este de cele mai multe ori descoperit într-o fază avansată, cu un diagnostic anatomo-patologic precizat. Metodele de investigație existente pentru depistarea cazurilor într-o fază incipientă, eventual chiar înaintea semnelor radiologice, sînt ineficace, imprecise și neeconomice.

5. Pînă în anii 1975—1978, indicația chirurgicală de elecție în cancerul pulmonar operabil a fost pneumonectomia sau chiar, în dorința unei radicalități extreme, pneumonectomiile lărgite de tip Kahane. După 1975—1978, tactica chirurgicală s-a dirijat spre părăsirea pneumonectomiilor

radicale de principiu în favoarea rezecțiilor limitate: lobare, segmentare, atipice sau chiar tumorectomiilor și a intervențiilor economice de tipul rezecție-bronhoanastomozelor.

După trecerea unei perioade de aproximativ 10 ani, atit studiile efectuate în țări cu tradiție de chirurgie toracică, cât și în țara noastră (prof. dr. C. Coman în 1935), au constatat că supraviețuirile care depășeau 5 ani fuseseră egale pentru bolnavii cu pneumonectomia de principiu ca și pentru cei cu lobectomie sau chiar rezecții limitate; aceștia din urmă avînd o supraviețuire la 5 ani de multe ori cu 5—7 % mai mare datorită mortalității postoperatorii imediate mai scăzute, precum și asocierii cobaltoterapiei și chimioterapiei. De asemenea s-a îmbunătățit mult indicele de operabilitate scăzînd mult numărul toracotomiilor exploratorii.

6. În actuala strategie a luptei împotriva cancerului bronhopulmonar, tratamentul chirurgical asociat sau nu, dă cele mai bune rezultate. Celelalte tratamente: chimioterapia, cobaltoterapia, imunoterapia au o eficiență crescută numai completînd o rezecție pulmonară. Precizăm că Școala românească de chirurgie toracică este împotriva iradierii preoperatorii a cancerelor pulmonare datorită frecvenței crescute a unor grave complicații postoperatorii: fistule bronșice, esofagiene etc.

7. În actualele condiții de explorare și diagnostic existente în țara noastră, numai prin toracotomie se poate constata dacă un caz este sau nu operabil, cu excepția cazurilor cu contraindicație operatorie absolută: lezională, biologică, funcțională și bronșică.

8. Un alt aspect este problema intervenției sau nu în formele histopatologice cu prognostic sumbru cum ar fi cancerule microcelulare la care, după unele școli de chirurgie indicația chirurgicală n-ar avea sens, rezultatele nejustificînd sacrificiile anatomice și riscurile operatorii. Școala românească de chirurgie toracică consideră că indicația operatorie își păstrează valabilitatea deoarece: a) diagnosticul histopatologic preoperator nu se poate pune în condițiile de dotare existente la noi; b) supraviețuirile obținute sînt mai scurte, dar la aproximativ 20—25 % din cazuri sînt surprinzător de lungi, mai ales acolo unde s-a asociat polichimioterapia precoce postoperatorie; c) gesturile chirurgicale efectuate pentru asigurarea confortului de supraviețuire chiar la cazuri toracotomizate și constatate ca inoperabile, completează argumentele în favoarea indicației operatorii.

În Clinica Chirurgicală nr. 2, în perioada I III 1985 — I XII 1989 au fost internați pentru tumori maligne toracice un număr de 62 de bolnavi dintre care 8 bolnavi au avut contraindicații operatorii majore cum ar fi: probele respiratorii ce contraindică toracotomia (4 cazuri), infarctul miocardic recent în antecedente (1 caz), precum și metastazele ganglionare supraclaviculare (3 cazuri).

În continuare, luăm în studiu cei 54 de bolnavi operați. Ținem să subliniem de la început că nu am fost partizanii concepției selecționării cazurilor, care ar trebui să aibă următoarea indicație ideală:

- tumoare mai mică de 3 cm în diametru;
- fără afectarea stării generale biologice și funcționale a bolnavilor;
- fără semnătura histopatologică preoperatorie;
- asimptomatică sau cu simptome minime;

— în general bolnavii depistați prin examene în masă.

Aceste condiții le-am întâlnit la numai 6 cazuri; din acest motiv, modestul nostru studiu nu poate face deosebirea netă dintre cazurile operate cu intenție de radicalitate și cele rezecabile. Considerăm că marea majoritate a fost de fapt numai rezecabilă. Dintre bolnavii aflați în viață, cea mai mare parte sînt cei „rezecabili” și nu dintre cei operați cu intenție de radicalitate.

Repartiția pe sexe a fost următoarea:

— bărbați: 48; media de vîrstă: 50, 77 ani

— femei: 6; media de vîrstă: 45, 16 ani

Repartiția pe grupe de vîrstă:

0—19 ani: 1

21—30 ani: 0

31—40 ani: 6

41—50 ani: 16

51—60 ani: 26

61—70 ani: 5

Total: 54

Din tabloul clinic al celor 54 de bolnavi operați reținem:

— astenia: 28 de bolnavi;

— scăderea în greutate: 22 de bolnavi;

— apetitul scăzut: 33 de bolnavi;

— febra: 14 bolnavi, dintre care 11 — cancer microcelular, la care după rezecție febra a dispărut;

— tusea: 51 de bolnavi;

— expectorația mucopurulentă sau purulentă: 36 de bolnavi;

— sputele hemoptoice: 8 bolnavi;

— durerile toracice: 19 bolnavi;

— dispneea: 21 bolnavi;

— disfonia: 8 bolnavi.

Sindroamele paraneoplazice:

a) osteoarticulare: — de tip Pierre Marie-Bamberger: 24 cazuri;

— proliferări periostale tibiale:

1 caz;

— sindroame reumatismale: 9 cazuri;

b) sindroame endocrine:

— hipercorticism paraneoplazic:

2 cazuri;

— ginecomastii: 5 cazuri;

c) sindroame hematologice:

— poliglobulie: 1 caz;

d) sindroame vasculare:

— sindrom de ischemie periferică:

2 cazuri.

Nu am întâlnit sindroame psihice.

Metodele de investigație folosite au fost:

— radiografiile și radiosopia toracică: 54 cazuri;

- bronhoscopia cu bronhoscop rigid: 48 cazuri; fiind pozitivă la 45 de cazuri;
- fibrobronhoscopia, la 5 cazuri, dintre care pozitivă la 5 cazuri;
- s-a efectuat toracotomie fără bronhoscopie la un caz;
- probele funcționale respiratorii s-au efectuat la toate cazurile;
- tomografia a fost utilizată la 8 cazuri;
- angiopneumoscintigrafia cu aur radioactiv s-a efectuat la 4 cazuri.

Examenul histopatologic a evidențiat următoarele:

- cancer bronhopulmonar: 44 cazuri;
 - epidermoid: 21 cazuri;
 - microcelular: 16 cazuri;
 - adenocarcinom: 4 cazuri;
 - adenoscuamos: 2 cazuri;
 - carcinoid: 1 caz.
- sarcom: 4 cazuri;
 - pulmonar: 2 cazuri;
 - pulmonar cu liposarcomatoză pleurală: 1 caz;
 - de perete toracic și diafragm: 1 caz.
- condrosarcom: 2 cazuri;
- hemangiopericitom malign: 1 caz;
- metastaze: 2 cazuri;
 - de la un polip gastric malignizat: 1 caz;
 - de la o tumoră mastoidiană operată în urmă cu 3 ani: 1 caz.

Încadrarea în clasificarea stadială a U.I.C.C. a fost:

- stadiul ocult: nici un caz,
- stadiul I: 11 cazuri,
- stadiul II: 31 cazuri,
- stadiul III: 12 cazuri.

Rezecabilitatea

Dintre cei 54 de bolnavi toracotomizați au fost „rezecabili“ 29, iar la 25 dintre bolnavii evaluați ca „nerezecabili“ s-au efectuat diverse gesturi chirurgicale paleative pentru a mări confortul de supraviețuire.

La bolnavii rezecabili s-au practicat următoarele tipuri de operații:

1. Rezecții: — tipice;
 - LSD: 4
 - LM: 1
 - LID: 2
 - Bilobectomie medio-inferioară dreaptă: 1
 - Pneumonectomie intrapericardiacă: 2

(dintre care una cu rezecție laterală de trahee, rezecție de perete, diafragm, crosă azygos, pleurectomie parietală totală cu supraviețuire de opt luni);

- LSS: 5
- LIS: 4
- Pneumonectomie stângă cu abord intrapericardic: 1.
- atipice: 7
- enucleere pentru sarcom și condrosarcom: 2.

Dintre detaliile de tehnică chirurgicală subliniem următoarele:

— procedeul „Venă primă“ a fost utilizat de 7 ori, în general datorită situației anatomice locale și utilizării suturii mecanice monobloc „arteră-bronșie“, și mai puțin din considerente oncologice care au fost de altfel părăsite;

— sutura manuală a bronșiei a fost folosită la un număr de 10 cazuri, utilizându-se tehnica „Sweet“, cu fir Bakulew de 6 ori, asigurare Nuboer de 8 ori și Chamberlaine de 2 ori;

— sutura mecanică a bronșiei a fost utilizată de 4 ori;

— sutura mecanică monobloc „arteră-bronșie“ cu aparatul sovietic UKL-70 am folosit-o de 6 ori la cancere ce nu suportau pneumonectomia pe criterii funcționali sau al altor suferințe asociate, 4 dintre cazuri fiind cancere supurate cu „frozen hill“.

Menționăm că nu am avut nici o fistulă bronșică postoperatorie după rezecțiile pentru cancer.

— rezecția de perete toracic tip Sarrot a fost asociată la un număr de 4 cazuri;

— rezecția parțială de diafragm a fost asociată la un număr de 2 cazuri;

— decorticarea Fraser-Gourd (lob restant + pleurorectomie): 4 cazuri;

— pleurectomie parietală totală: 3 cazuri;

— pleurectomie parietală parțială: 2 cazuri;

— evidarea ganglionară mediastinală s-a efectuat la 2 cazuri.

Operații asociate extratoracice:

— o rezecție gastrică subtotală cu decolare coloepiploică pentru polip antral malignizat;

— o mastectomie radicală modificată Madden;

— reintervenții pentru recidivă: 1 caz;

— extirparea unei metastaze parietale.

La cazurile considerate nerezecabile s-au întâlnit singure sau asociate între ele, următoarele leziuni:

— invazia:

— traheei: 4 cazuri,

— pericardului: 6 cazuri,

— peretelui toracic extins: 12 cazuri,

— crossei aortei: 5 cazuri,

— vaselor subclavii și plexului brahial: 3 cazuri,

— diafragmului: 2 cazuri;

— pericardita carcinomatoasă: 4 cazuri;

— metastaze mediastinale: 3 cazuri;

— necroza centrală a tumorii cu supurație: 5 cazuri;

— pleurezia paraneoplazică: 4 cazuri.

Operațiile efectuate la bolnavii nerezecabili au fost:

— biopsia: 25 cazuri;

— pleurectomia parietală totală: 17 cazuri;

— pleurectomia parietală parțială: 4 cazuri;

— badijonajul cu iod: 4 cazuri;

— neurectomia: 16 cazuri;

— pericardotomia de degajare: 4 cazuri;

- eliberare de venă cavă: 1 caz;
- rezecție parțială cu „aplatizare-plicaturare“ de tumoare abcedată: 1 caz;
- evacuare de necroză centrală tumorală + plombare cu antibiotice și citostatice a cavității de necroză centrală: 5 cazuri.
 - Mortalitatea postoperatorie: 2 cazuri.
 - Supurația plăgii: la 7 cazuri, dintre care 5 rezecabili care se află toți în viață.
- Cobaltoterapia a fost asociată la 22 de bolnavi din cei 29 operabili, iar chimioterapia la 11 dintre aceștia. La cei 25 de bolnavi nerezecabili, cobaltoterapia a fost utilizată la un număr de 18, iar chimioterapia la 9.

Modesta noastră experiență într-o perioadă scurtă de timp (4 ani), precum și absența unei statistici recente și complete, nu ne permit concluzii asupra supraviețuirii bolnavilor rezecabili. Dorim totuși să subliniem câteva observații:

— volumul mare al tumorii nu a însemnat întotdeauna imposibilitatea rezecabilității;

— 2 bolnavi supraviețuiesc la peste 4 ani de la operație, la ambii efectuându-se lobectomie urmînd apoi cobaltoterapie și chimioterapie la Institutul Oncologic Cluj-Napoca;

— supraviețuiesc 2 bolnavi cu sarcom dintre care la unul s-a efectuat numai enucleere (3 ani de la intervenție);

— dintre cei 6 bolnavi la care s-a utilizat sutura monobloc „arteră-bronșie“ trăiesc 5, deși la toți cei 6 bolnavi rezecția a fost net paliativă, la 4 din ei cancerul fiind escavat și supurat;

— dintre cei 7 bolnavi cu supurație de plagă trăiesc 5 bolnavi.

Bibliografie

1. Coman C.: Le poumon et le coeur (1974), XXX, 2, 141; 2. Coman C., Georgescu Georgetă, Popescu Lydia-Verona, Micu V., Ciulavu C., Dimitriu Mura: Pneumoftiziologia (1977), XXVI, 3, 161; 3. Coman C., Popescu Lydia-Verona, Micu V., Iurea A.: Pneumoftiziologia (1978), XXVII, 4, 227; 4. Errett E. L., Wilson J., Chiu C. J., Munro D. D.: J. thorac. cardiovasc. Surg. (1985), 90, 5, 656; 5. Fabre J., Carles P., Leophonte P., Fouet B.: Rev. Mal. Resp. (1984), 1, 4, 257; 6. Maaben W., Greschuchna D.: Z. allg. Med. (1984), 60, 100; 7. Merlier M., Silbert D., Regnard F. J.: Presse méd. (1984), 14, 37, 1907; 8. Morr H.: Med. Welt (1985), 36, 196; 9. Rottinger M. E., Betzler M., Gallmeier M. W., Bruntsch U.: Münch. med. Wschr. (1986), 128, 9, 139; 10. Sapone M. F., Reyes V. C.: Journal of Surgical Oncology (1985), 30, 1; 11. Schamaun M., Ruttimann A.: Schweiz med. Wschr. (1986), 116, 1249; 12. Schmidt Ch., Deininger K. H.: Radiologie (1986), 26, 17; 13. Sculier P. J. și colab.: Cancer (1986), 57, 4, 847; 14. Weynants P., Wiesendanger T., Loire R., Cordier F. J., Brune J.: Rev. Mal. Resp. (1984) 1, 4, 267; 15. Wright C. Jane: J. nat. med. Ass. (1985), 77, 10, 815; 16. Wright C. Jane: J. nat. med. Ass (1985), 77, 11, 907; 17. Yellin A., Benfield R. J.: Am. Rev. resp. Dis. (1985), 131, 197; 18. Yesner R.: New Engl. J. Med. (1985), 312, 10, 652; 19. *** Sem. Hôp. Paris (1985), 61, 40, 2753.