

SINDROM DE LOB MEDIU BROCK PRIN ADENOM BRONȘIC JACKSON

A. Bopianu, G. Simu, T. Georgescu, **Z. Naftali**, S. Cotoi

Clinica Chirurgică nr. 2
Universitatea de Medicină și Farmacie Tîrgu-Mureș

Cazul pe care-l prezentăm comportă interes prin raritatea sa. Tumoarea localizată în bronșia lobului mediu, eventualitate care survine abia într-un procent de cca 5% a cazurilor de adenom Jackson, a fost o tumoare carcinoidă, care la rîndul ei reprezintă abia 1-2% din totalul tumorilor bronhopulmonare. Adenomul bronșiei lobare medii a produs în cazul nostru un sindrom de lob mediu Brock - apanajul de obicei al proceselor inflamatorii, mai ales specifice - care survine rar în cancerle bronhopulmonare și numai în mod excepțional în urma adenomelor Jackson.

Bolnava O.V., de 55 de ani a fost transferată în Clinica Chirurgică nr. 2 la data de 24 V 1985 cu diagnosticul de tumoare bronhopulmonară dreaptă, cu atelectazia lobului mediu. Boala a început numai cu 3 săptămîni în urmă, cu tuse rebelă și expectorație mucopurulentă abundentă (220 ml/24 de ore), conținînd striuri sangvinolente, acompaniate de junghi toracic drept, dispnee și scădere ponderală de 6 kg. În treimea inferioară a cîmpului pulmonar drept se percepe o submatitate cu murmur vezicular diminuat. Examenul radiologic pulmonar evidențiază o opacitate retraculă de o densitate slabă și limite flou pe radiografia de față (fig.nr.1). Pe radiografia profil drept opacitatea este densă, de formă lanceolată cu limite nete, dar cu bronhogramă aeriană (fig. nr.2). Examinările de laborator nu prezintă nimic deosebit în afară de VSH foarte mult crescut (90/143 mm). Probele respiratorii sînt mult diminuate (CV 72%; VEMS 65%; VEMS/CV 76,9%). Bronhoscopia pune în evidență în lumenul bronșiei lobare inferioare drepte o tumoare sferică cu suprafața netedă, de culoare roz, care stenozează lumenul bronșiei la o treime și obstruează complet orificiul bronșiei lobare medii. Biopsia este interpretată ca un adenocarcinom papilar C 5. După un tratament cu antibiotice, antiinflamatorii și Cortizon, expectorația sangvinolentă scade sub 40 ml/24 ore ameliorîndu-se dispneea și starea generală a bolnavei. La data de 14 VI 1985 se intervine printr-o toracotomie posterolaterală dreaptă prin spațiul VI intercostal și în lumenul bronșiei lobare medii (lobul mediu fiind atelectizat) se găsește o tumoare dură, bine circumscrisă de aproximativ 25/15 mm. mucoasa bronșică fiind normală. Menționăm că absența scizurii mici a impus o lobectomie medie după procedeul "venă primă". După secțiunea bronșiei lobare medii se constată că tumoarea burjonantă cu punctul de plecare din această bronșie nu infiltrază în bronșia intermediară, ci numai prolabează în lumenul ei pe o distanță de

de 25 mm. După secționarea bronșiei lobare medii fragmentul prolaba în bronșia intermediară spre cea inferioară este extras prin aspirație. Se reface peretele toracic cu instituirea unui dublu drenaj aspirativ Mathey-Evrest. Examenul histopatologic arată că este vorba de o tumoră carcinoidă. Evoluția postoperatorie este favorabilă, dispneea și expectorația dispar, iar capacitatea vitală crește cu 370 cm³, ceea ce în procentele corespunde unui cistig de 13%, datorită recuperării lobului inferior drept. După 40 de zile de la operație bolnava părăsește clinica în stare vindecată. Bolnava este în viață, complet restabilită, și-a reluat activitatea; este controlată radiologic la șase luni, fără semne de recidivă.

Discuții

Adenomul bronșic este tumoră bronșică epitelială cea mai des întâlnită, care survine cu aceeași frecvență la ambele sexe, având vârsta medie de 45 de ani.

Tumoră poate fi localizată în oricare parte a arborelui bronșic de la trahee până la bronșiile segmentare, existând și forme multicentrice sau bilaterale. Situată în lumenul bronșic tumoră cu aspect polipoid, este pediculată sau are o bază de implantare mai largă, acoperită de un epiteliu fără necroza suprafeței. Culoarea este mai mult sau mai puțin roșiatică după gradul ei de vascularizație. Se dezvoltă în același timp în trei direcții: înspre lumenul bronșic, în grosimea peretelui bronșic și spre parenchimul pulmonar, realizând forme în "iceberg". Histopatologic poate fi un cilindru (15%), sau mai frecvent o tumoră carcinoidă (85%), care însă numai rareori produce un sindrom carcinoid. Ambele forme histologice, care uneori se intrică între ele posedă o capacitate pronunțată de malignizare, care survine de obicei după o evoluție lungă, de ani de zile. În formele în "iceberg" invazia malignă a parenchimului pulmonar poate surveni chiar pe lângă o mucoasă bronșică îndemnată.

Evoluția "sindromului de adenom bronșic" este lungă, uneori până la 10 ani. La început se manifestă cu spute hemoptice repetate sau chiar cu hemoptizii care survin la intervale variate. Mai târziu apar atelectazii pasagere și bronhopneumonii recidivante datorită obstrucției pasagere a bronșiei interesate și a secrețiilor care stagnează. Urmează perioada complicațiilor grave, ca pneumonita cronică și supurația pulmonară, datorită obstrucției totale a bronșiei. De obicei și malignizarea se produce în această perioadă, fără ca aceasta să fie exclusă în fazele mai precoce.

Diagnosticul este posibil prin examen bronhoscopic și biopsie. Mai târziu este utilă tomografia. În faza obstrucției totale bronhoscopia vizualizează numai polul proximal al tumorii, biopsia cu rezultat negativ nefiind concludentă în aceste cazuri.

Tratamentul este chirurgical și precoce, urmat eventual de radioterapie, majoritatea tumorilor fiind radiosensibile.

Extirparea prin bronhoscop a adenomului intrabronșic, practicată mai de mult, nu este indicată din cauza recidivelor frecvente (10%).

Azi se preconizează o chirurgie de exereză, tipul intervenției fiind determinat de localizarea tumorii și de rezultatul examenului histopatologic extemporaneu. Se pot efectua rezecții pulmonare atipice, lobectomii, bilobectomii sau pneumonectomii, iar în cazul benignității confirmate rezecțibronhoanastomoză.

A. BOȚIANU ȘI COLAB.: SINDROM DE LOB MERIU BROCK PRIN ADENOM
BRONȘIC JACKSON



Fig. nr. 2

Am prezentat cazul nostru pe de o parte din cauza rarității sale, tumoare carcinoidă cu sediul de implantare în bronșia lobului mediu, cu fenomene morbide foarte recente, care au produs un sindrom de lob mediu Brock neobișnuit în procesele tumorale benigne. Faptul că adenomul pornit din bronșia lobului mediu a prolăpat în bronșia intermediară și inferioară dreptă ar fi dus la o preceală de diagnostic cu implicații terapeutice serioase, căci adenomul cu punct de plecare din bronșia intermediară ar fi necesitat o bilobectomie medioinferioară dreptă sau în cazul cel mai favorabil exereza lobului mediu sau a celui inferior urmată de bronhoplastie.

Bibliografie

1. *Anastasau C.*: Tratat de medicină internă, Vol. I, Ed. Med. București, 1983, 637-638.
2. *Barcan F.*: Diagnosticul diferențial radiologic în patologia organelor toracice. Ed. Med. București, 1981, 157-158.
3. *Bruckner I., Anastasau C.*: Pneumologie, Ed. Med. București, 1981, 589-590.
4. *Cărpinișan C., Stan A.*: Patologia chirurgicală a toracelui, Ed. Med. București, 1971, 407-408.
5. *Chircuță I.*: Enciclopedia oncologică, Vol. 14, Cancerul și alte tumori ale sistemului endocrin, Cluj-Napoca, 1984, 41, 483.
6. *Chrétien J.*: Pneumologie, Masson, Paris, 1976, 141-155.
7. *Coman C.*: Tehnici de chirurgie toracică, Vol. I, Ed. Med. București, 1979, 179-183.
8. *Derra E.*: Handbuch der Thoraxchirurgie, Vol. III, Springer-Verlag, Göttingen, 1958, 530-549, 606-608.
9. *Endrei E.*: Radiological Diagnosis of Chest Diseases, University Institute of Medical Radiology, Basel, 1970, 37-97.
10. *Fishmann A. P.*: Pulmonary Diseases and Disorders, Mc Graw-Hill Book Company, New York, 1981, 1437-1453.
11. *Grolleau J-Y., Hardy M.*: Tumeurs carcinoides à double localisation séale et bronchique (à propos d'un cas). J. Chir. T. 1972, 104, 413-424.
12. *Guillermard J.*: L'apport de la bronchoscopie dans les hémoptysies sans cause apparente. Poumon Coeur J. (1971), 27, 481-493.
13. *Iliescu O. T.*: Exereza pulmonară în tratamentul tuberculozei, Ed. Med. București, 1958, 83-84.
14. *Lemoine J. M.*: Bronchoscopie clinique, 120-122, Editions Piccin, Paris, 1983, 50, 57.
15. *Meffert W., Lindskog G. E.*: Bronchial adenoma. J. Thor. and Cardiovascular Surg. 1970, 5, 588-602.
16. *Petrovsky B. V.*: Atlas of Thoracic Surgery, The C. V. Mosby Company, Toronto, 1979, Vol. I, 122-124.
17. *Schandig A.*: Gutartige Bronchial und Lungengegeschwülste, Der Chirurg, 1970, 41, 294-301.
18. *Viard H., Michiels R., Bastien H.*: Les tumeurs carcinoides à localisation Bronchique (à propos de quatre observations), Lyon Chir. J. 1972, 68, 94-99.