

MANAGEMENTUL DIAGNOSTICULUI ŞI TRATAMENTULUI TUMORILOR PULMONARE BENIGNE

Martalog Valentin, d.ş.t.m., conferenţiar universitar .,
Burdeniuc Daniela, medic – rezident oncolog.,
Romanenco Richarda, medic – rezident. IP USMF "Nicolae Testemiţanu",
Catedra Oncologie, Hematologie şi Radioterapie.
valentin.martalog@usmf.md

Rezumat: În articol sunt prezentate rezultatele diagnosticului şi tratamentului a 69 pacienţi cu tumori pulmonare benigne. Au fost descrise semnele clinice, rezultatele metodelor radiologice şi a bronhoscopiei în depistarea tumorilor benigne pulmonare. În lucrare este prezentat spectrul operaţiilor efectuate în formaţiunile benigne pulmonare. În baza rezultatelor morfologice s-a stabilit tipul tumorilor benigne pulmonare.

Cuvinte-cheie: tumori benigne pulmonare, diagnostic, tratament

The management in diagnosis and treatment of benign pulmonary tumors

Summary: The article presents the results of diagnosis and treatment of 69 patients with benign pulmonary tumors. There were described clinical signs, results of radiological and bronchoscopy examinations in detection of benign pulmonary tumors. In the study it is shown the spectre of surgeries performed. Based on the morphological results there were established the types of benign pulmonary tumors.

Key-words: benign pulmonary tumors, diagnosis, treatment

Менеджмент в диагностике и лечении доброкачественных опухолей легких

Резюме: В статье представлены результаты диагностики и лечения 69 пациентов с доброкачественными опухолями легких. Были описаны клинические признаки, результаты рентгенологических и бронхоскопических исследований при выявлении доброкачественных опухолей легких. В статье представлен спектр хирургических вмешательств, проводимых при доброкачественных легочных образованиях. На основании морфологических результатов были установлены типы доброкачественных опухолей легких.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли легких, диагностика, лечение

INTRODUCERE

Tumorile pulmonare benigne se întâlnesc rar şi ocupă aproximativ 7-10% din totalul tumorilor plămânului.

Formaţiunile pulmonare benigne sunt depistate mai frecvent în parenchim în comparaţie cu cele din arborele bronşic. În egală măsură sunt semnalate la

bărbaţi şi femei. Vârsta medie a bolnavilor cu tumori benigne pulmonare este 40-45 ani. (Перельман М. И. и др., 1981)

Tumorile benigne pulmonare sunt de origine mezenchimală, epitelială, neuroectodermală, disem-briogenetică cu localizare în parenchim sau arborele bronşic. Manifestările clinice depind de localizarea

tumorii și dimensiunile ei. În general, tumorile din parenchimul pulmonar decurg asimptomatic timp îndelungat și pot fi depistate numai radiologic. Simptomele respiratorii se întâlnesc mai des în tumorile benigne cu creștere endobronșică în rezultatul obstrucției bronhiilor sau a unei pneumonii secundare.

Diagnosticul paraclinic al tumorilor pulmonare benigne începe cu radiografia toracică. De cele mai dese ori, în descrierea radiogramelor se atestă prezența unei formațiuni, opacitate rotundă cu un contur clar, regulat, omogen. Tomografia computerizată permite o informație mai amplă despre formațiunile benigne pulmonare în ceea ce privește densitatea tumorii, legătura ei cu parenchimul pulmonar și monitorizarea lor în dinamică. [1]

Fibrobronhoscopia este o examinare obligatorie, care se practică la toți pacienții cu tumori pulmonare. Ea se efectuează cu bronhoscopul flexibil sau cu cel rigid. Fibrobronhoscopia permite vizualizarea arborelui traheobronșic până la nivelul subsegmentarelor și pune în evidență formațiunea tumorală, apreciind rezecabilitatea acesteia, gradul de obstrucție bronșică, stenoza completă sau incompletă, prezența unor fenomene supurative în lumenul bronhiilor. Adicional, prin bronhoscopie se efectuează examenul citologic al materialului obținut prin lavaj, periaj, ca și examenul histopatologic al piesei obținute prin biopsie. [2]

Tratamentul de elecție al tumorilor bronhopulmonare benigne este cel chirurgical. Tehnica operatorie este aleasă în funcție de fiecare caz în particular. Volumul intervenției chirurgicale frecvent se stabilește intraoperator. În formațiunile benigne din parenchimul pulmonar, de regulă, se efectuează operații economice: rezecție marginală, superficială, cuneiformă și segmentectomie, mai rar se recurge la lobectomie, bilobectomie și pneumonectomie. În tumorile benigne cu creștere în arborele traheobronșic lichidarea cau-

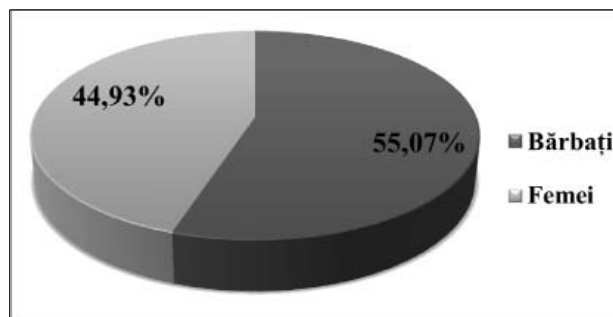


Fig.1. Caracteristica bolnavilor după sex

zei obstrucției reprezintă obiectivul principal pentru îmbunătățirea respirației, dilatarea și menținerea căilor aeriene. Există mai multe metode de tratament endoscopic: neodimium-yttrium-aluminum-garnet laser (Nd:YAG), electrocauterizarea, plasma coagulare cu argon (APC) și crioterapia. În formațiunile benigne cu creștere endobronhială sunt utilizate diferite variante de rezecții bronșice cu bronhoplastii sau lobectomie, bilobectomie și pneumonectomie. Prognosticul tumorilor benigne pulmonare este bun, recidivele fiind rare. [3,4,5,6]

Scopul: studierea informativității metodelor de diagnostic și tratament al tumorilor benigne pulmonare.

MATERIALE ȘI METODE

Lucrarea include analiza rezultatelor diagnosticului și a tratamentului chirurgical a 69 de pacienți cu tumori benigne pulmonare aflați în secția Chirurgie Toracoabdominală a IMSP Institutul Oncologic în perioada anilor 2010 – 2015. Printre ei au fost 38 bărbați (55,07%) și 31 femei (44,93 %) (Fig. 1), cu vârsta cuprinsă între 17 și 72 ani. Vârsta medie a constituit 51,01 ani.

Repartizarea bolnavilor cu tumori benigne pulmonare după vârstă este prezentată în Fig.2.

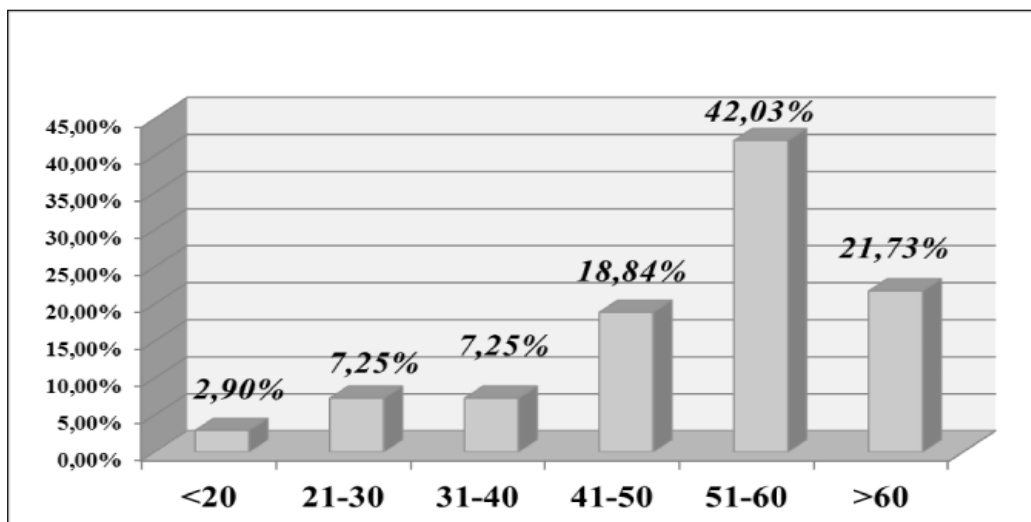


Fig.2. Distribuția pacienților cu tumori benigne pulmonare în dependență de vârstă

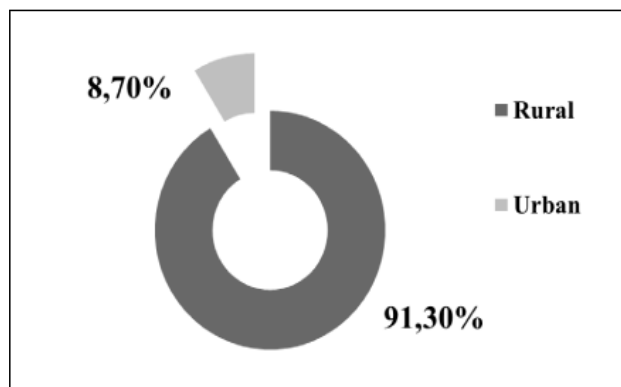


Fig.3. Repartizarea după mediul de proveniență

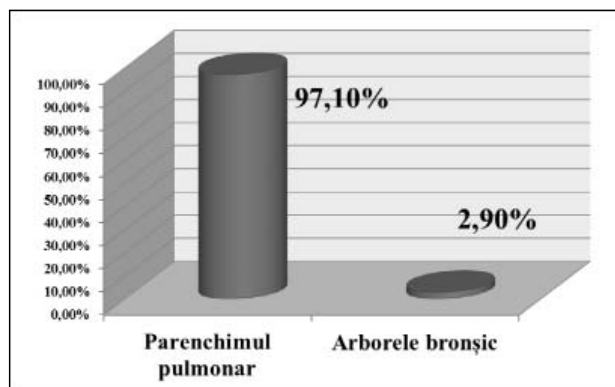


Fig.4. Distribuția tumorilor benigne pulmonare

Tumorile pulmonare benigne au fost depistate mai frecvent la vârsta de 51-60 ani (42,03%) urmate de cele cu vârsta de peste 60 ani (21,73%) și 41-50 ani (18,84%). În egală măsură, patologia a fost constatată la bolnavii cu vârsta cuprinsă între 21-30 ani și 31-40 ani, respectiv (7,25%). Mai rar s-au depistat tumorile benigne pulmonare la persoanele tinere până la 20 ani (2,90%).

Distribuția bolnavilor cu tumori benigne pulmonare după mediul de proveniență este prezentată în Fig.3.

Pacienții cu tumori benigne pulmonare au fost preponderent din mediul rural (91,30%), în comparație cu cei din mediul urban care au alcătuit 8,70%.

În figura 4 este prezentată frecvența tumorilor benigne în parenchimul pulmonar și arborele bronșic.

Tumorile benigne au fost situate preponderent în parenchimul pulmonar – 67 pacienți (91,70%), în comparație cu cele localizate în arborele bronșic care au fost depistate doar în 2 cazuri (2,90%).

REZULTATE PROPRII ȘI DISCUȚII

Tumorile situate în parenchimul pulmonar timp îndelungat decurg asimptomatic. În același timp, cele cu creștere endobronșică se manifestă mai repede, printr-un tablou clinic mai bogat (tuse, hemoptizie, dispnee) care îl fac pe bolnav să se adreseze mai repede la medic. [7]

Pentru un diagnostic eficient, este necesar de a cunoaște manifestările clinice și proprietățile tumorilor pulmonare benigne. Diagnosticul începe cu colectarea minuțioasă a anamnezei și acuzelor prezentate de pacient. [8]

Diverse semne și simptome clinice au fost prezente la 35 (50,72%) din 69 de pacienți cu tumori pulmonare benigne. Restul 34 de bolnavi (49,28%) nu au prezentat acuze, iar tumorile pulmonare au fost depistate la radiografia medicală sau ocazional. Acuzele bolnavilor cu tumori pulmonare benigne sunt prezentate în tabelul 1.

Repartizarea bolnavilor în funcție de manifestările clinice

Din tabel se observă că tusea a fost semnalată la 23 pacienți (33,33%) urmată de dispnee – la 18 bolnavi (26,87%), sindromul algic – la 14 pacienți (20,29%) și fatigabilitatea care a fost depistată în 10 cazuri (14,5%). Mai rar a fost stabilită scădere ponderală și transpirații nocturne, câte 2 pacienți, respectiv 2,89% și febra – într-un caz (1,45%).

Diagnosticul instrumental al tumorilor pulmonare benigne începe cu examenul radiologic al cutiei toracice, aceasta fiind metoda de bază în depistarea unor formațiuni în plămâni deși are mai mult un rol orientativ în ceea ce privește diagnosticul de certitudine. Cel mai des în descrierea radiogramelor se atestă prezența unei formațiuni, opacitate rotundă cu contur clar, regulat, omogen. [9]

Rezultatele descrierii radiografiei și a radioscopiei toracelui a bolnavilor cu tumori pulmonare benigne sunt prezentate în Fig.5.

În baza examenului radiologic au fost stabilite următoarele concluzii:

- Cancer periferic – 15 cazuri (21,74%)
- Hamartom, tuberculom – 10 cazuri (14,49%)
- Cancer periferic, hamartom – 8 cazuri (11,60%)
- Hamartom, chist – 7 cazuri (10,14%)

Tabelul 1

Manifestările clinice	Numărul de pacienți	Raport procentual (%)
Tuse	23	33,33
Dispnee	18	26,87
Sindromul algic	14	20,29
Fatigabilitate (astenie)	10	14,52
Scădere ponderală	2	2,89
Transpirații nocturne	2	2,89
Febră	1	1,45

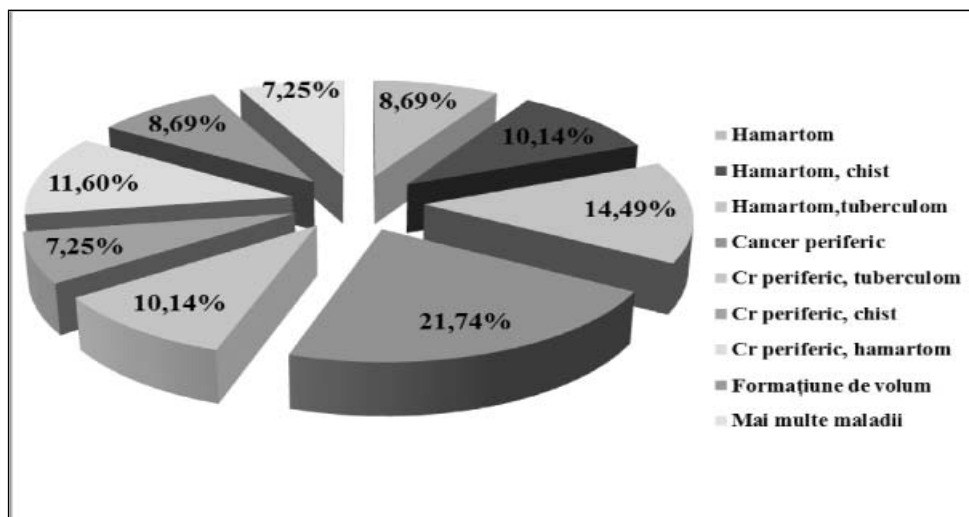


Fig. 5. Concluziile examenului radiologic al toracelui

- Cancer periferic, tuberculom – 7 cazuri (10,14%)
- Hamartom – 6 cazuri (8,69%)
- Formațiune de volum – 6 cazuri (8,69%)
- Cancer periferic, chist – 5 cazuri (7,25%)
- Mai multe maladii – 5 cazuri (7,25%)

Examenul CT a toracelui permite determinarea și localizarea formațiunilor, a relațiilor acestora cu structurile învecinate. Tumorile benigne pulmonare sunt descrise la CT ca fiind rotunde, nodulare, frecvent solitare, bine delimitate, omogene sau neomogene cu sau fără calcificări incluse. [10]

Tomografia computerizată a toracelui a fost efectuată la 18 (26,07%) din 69 pacienți cu tumori pulmonare benigne.

S-au identificat următoarele concluzii la CT:

- Opacitate rotundă cu contur clar, regulat, neomogen – 4 pacienți (22,22 %)
- Opacitate rotundă omogenă, contur boselat (neclar) – 6 bolnavi (33,33 %)

- Cancer periferic – 5 cazuri (27,78 %)
- Formațiune, caracteristică pentru un proces benign – 4 pacienți (22,22 %)

Fibrobronhoscopia permite vizualizarea arborelui bronșic, iar la necesitate prelevarea materialului (aspirat, lavaj, fragment din tumoare) pentru analiza citologică și histologică. Întrucât toleranța pacientului este bună, iar riscul unor eventuale complicații este minimal, fibrobronhoscopia se efectuează în orice patologie pulmonară. Bronhoscopia rigidă asigură și posibilitatea unei intervenții chirurgicale a tumorilor benigne cu creștere endobronșică. [11]

Fibrobronhoscopia diagnostică a fost efectuată la 8 (11,60%) din 69 pacienți cu tumori pulmonare benigne. Concluziile fibrobronhoscopiei sunt prezentate în Fig.6.

În baza fibrobronhoscopiei, bronșita cronică a fost stabilită la 4 pacienți (50,00%), formațiune în arborele bronșic – la 2 pacienți (25,00%) iar în 2 cazuri

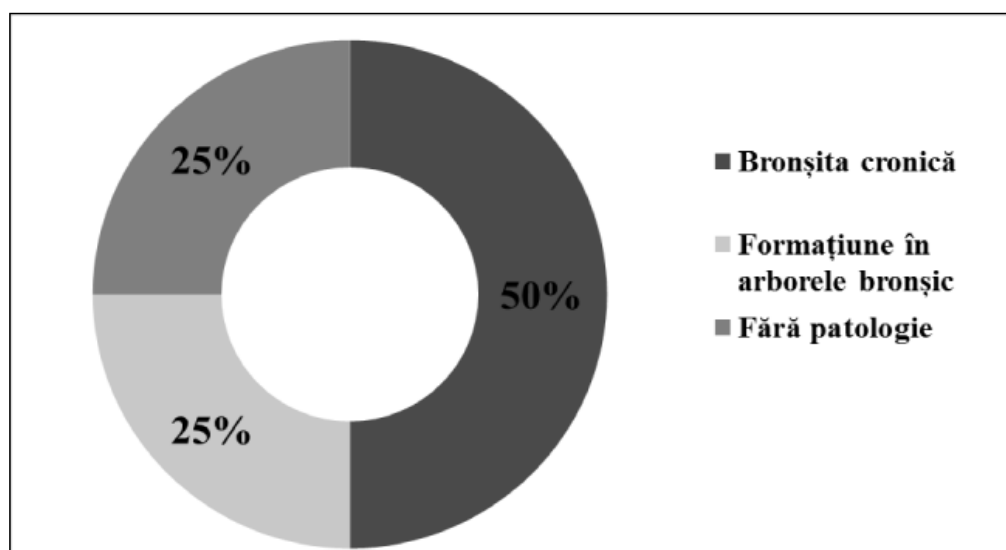


Fig. 6. Concluziile examenului bronhoscopic

(25,00%) patologie în arborele bronşic nu s-a depistat.

Tratamentul de elecţie al tumorilor pulmonare benigne este cel chirurgical. De obicei în tumorile cu localizare în parenchimul pulmonar se efectuează operaţii economice ce permit păstrarea maximală a ţesutului pulmonar, având drept consecinţă influenţă minimă asupra funcţiei respiratorii. În tumorile benigne endobronşice sunt utilizate tehnici de înlăturare a formaţiunilor prin intermediul bronhoscopului rigid sau prin rezecţii pulmonare.

Intervenţiile chirurgicale utilizate în tumorile pulmonare benigne sunt prezentate în tabelul 2.

Tabelul 2.
Tipul operaţiilor efectuate la pacienţii cu tumori benigne pulmonare

Denumirea operaţiei	Numărul de pacienţi	Raport procentual %
Enuclearea formaţiunii	36	52,17
Rezecţie marginală	23	33,33
Exereza formaţiunii	5	7,25
Lobectomie	3	4,35
Bilobectomie	1	1,45
Fotocoagulare cu laser	1	1,45
Total	69	100

Cele mai frecvente operaţii utilizate în tumorile pulmonare benigne au fost enuclearea formaţiunii din

parenchimul pulmonar – la 36 pacienţi (52,17%) şi rezecţia marginală – în 23 de cazuri (33,33%). Mai rar a fost efectuată exereza formaţiunii – la 5 bolnavi (7,25%) şi lobectomia – la 3 pacienţi (4,35%). Bilolectomia şi fotocoagularea tumorii cu laser au fost utilizate la câte un bolnav (1,45 %).

În perioada postoperatorie au avut loc 6 complicaţii (8,7 %) din 69 de bolnavi operaţi de tumori benigne pulmonare (Fig.7.)

Din figură se observă că dehiscenta suturilor şi seromul subcutan al plăgii au fost depistate în câte 2 cazuri, respectiv (2,90%), urmate de hemoragia intrapleură – la 1 pacient (1,45%) şi tromboembolia ramurilor mici a arterelor pulmonare (TEAP) – la un bolnav (1,45%).

Intervenţiile chirurgicale au făcut posibilă stabilirea spectrului morfologic al tumorilor benigne pulmonare. Rezultatele examenului histopatologic al bolnavilor cu tumori benigne pulmonare sunt prezentate în tabelul 3.

În baza investigaţiilor morfologice s-a stabilit că printre formaţiunile pulmonare benigne hamartomul a fost cea mai des întâlnită tumoare care a fost descrisă la 53 (76,81%) din 69 de pacienţi. Hemangiomul a fost depistat în 5 cazuri (7,25%), leiomiomul - la 4 bolnavi (5,80 %) iar neurofibromul a fost stabilit la 2 pacienţi (2,90%). La câte un bolnav (1,45%) a fost depistat adenomul, fibromul, fibroleiomiomul, neurinomul şi neuroleiomiomul.

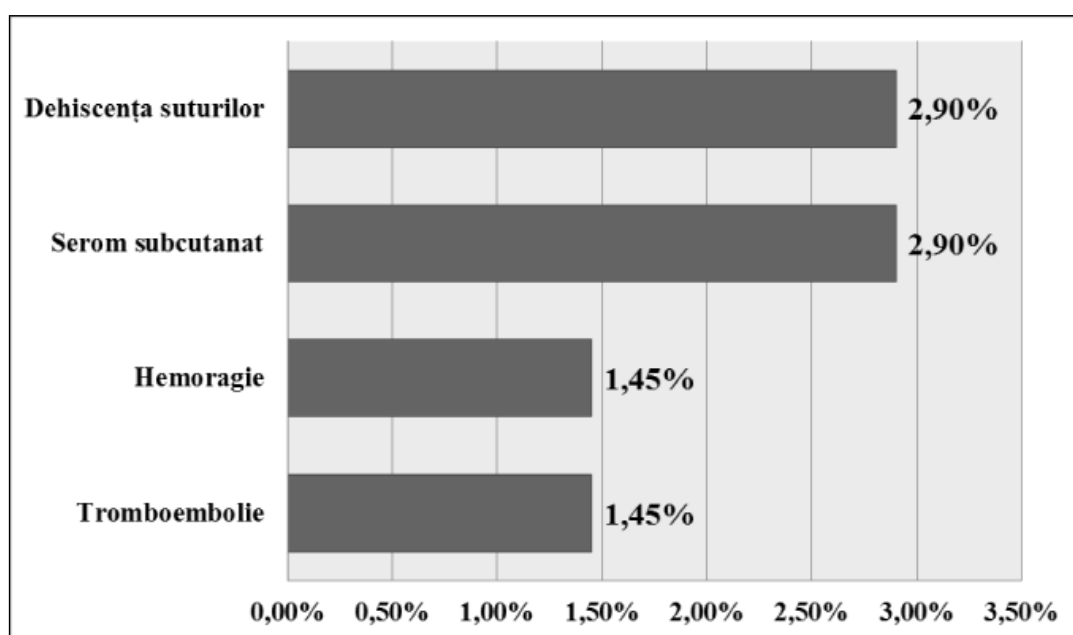


Fig.7. Complicaţiile postoperatorii

Tabelul 3
Structura morfologică a tumorilor benigne pulmonare.

Rezultatul histologic	Numărul de pacienți	Raport procentual %
Hamartom	53	76,81
Hemangiom	5	7,25
Leiomiom	4	5,80
Neurofibrom	2	2,90
Fibrom	1	1,45
Neurinom	1	1,45
Neuroleiomiom	1	1,45
Adenom	1	1,45
Fibroleiomiom	1	1,45
Total	69	100

CONCLUZII

1. Diverse semne și simptome clinice au fost prezente la 35 (50,72%) din 69 pacienți cu tumori pulmonare benigne. Printre cele mai frecvente semne clinice au fost tusea (33,33 %), dispneea (26,87 %) și sindromul algic (20,29 %).

2. Metodele imagistice stau la baza depistării formațiunilor pulmonare benigne și oferă informație despre localizarea, densitatea, dimensiunea și forma tumorii.

3. Tratamentul de elecție al tumorilor pulmonare benigne este cel chirurgical. Cele mai frecvente operații utilizate în formațiunile benigne pulmonare au fost rezecțiile pulmonare (98,55 %) în comparație cu cele endobronșice care au fost efectuate în 1,45 % din cazuri.

4. Intervențiile chirurgicale au făcut posibilă stabilirea spectrului morfologic al formațiunilor benigne pulmonare. Printre cele mai frecvente tipuri de tumori benigne pulmonare au fost hamartoamele - în 53 cazuri (76,81%) și hemangioamele - la 5 pacienți (7,25%). Leiomiomul a fost constatat în 4 ca-

zuri (5,80%) iar neurofibromul la 2 pacienți (2,90%). La câte un bolnav (1,45%) a fost depistat adenomul, fibromul, fibroleiomiomul, neurinomul și neuroleiomiomul.

LITERATURA

1. Sechel G., Alexandrescu D. S., Diaconu Ș., Fleanu A., Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania din Brașov, Studiu retrospectiv computer tomografic pe 1218 cazuri privind patologia toracica, link: http://webbut.unitbv.ro/jmb/JMB%202011%20nr.1/02_03_original%20sechel.pdf

2. Borczuk AC., Benign tumors and tumorlike conditions of the lung. Arch Pathol Lab Med. 2008;132:1133-48.

3. Courtney M, Townsend R, Jr, Beauchamp D, Evers BM, Mattox KL. Textbook of Surgery. 19th ed. Saunders: published by elsevier; 2001. Sabiston.

4. Martini, N., Beattie, EJ.Jr., Less common tumors of the lung, in General Thoracic Surgery, T.W. Shields, Editor. Lea & Febiger: Philadelphia, 780, 1983.

5. Morari, CA., et al., Primary intrapulmonary thymoma. A clinicopathologic and immunohistochemical study of eight cases. The American Journal of Surgical Pathology, 19:304-12,1995.

6. Robinson PG, Shields TW. Benign tumors of the lung. In: Shields TW, editor. General Thoracic Surgery. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. pp. 1565-90.

7. Tinica Grigore, Ounounou Wa Ngabila, Suport de curs, Nodulul pulmonar solitar. UMF „G.T. Popa” Iași, 147 p.

8. <http://pulmones.ru/dobrokachestvennyie-opuholi-legkih>

9. Huston J, Muhm JR, Solitary pulmonary opacities: plain tomography. Radiology 163:4815, 1987.

10. Ahn JM, Im JG, Seo JW et al., Endobronchial hamartoma: CT findings in three patients. AJR Am J Roentgenol 1994;163:49-50.

11. Ruxandra Ulmeanu, F.D. Mihaltan, Bronhoscopie – ghid practic pentru incepatori – ISBN 973-39- 0392-2, Ed. Medicala, 1999, 108 pagini, format 20, 5x14, 5 cm.