

Limfadenectomie extinsă în cancerul *non small cells* stâng - prezentare de caz

C. Savu¹, C. Petreanu¹, E. Balaita², N. Galie¹

¹Clinica de Chirurgie Toracică I, Institutul de Pneumftiziologie "M. Nasta", U.M.F. "Carol Davila", București, România

²Secția de Anestezie și Terapie Intensivă, Institutul de Pneumftiziologie "M. Nasta", București, România

Rezumat

Lucrarea aduce în discuție un subiect de actualitate în tratamentul chirurgical al cancerului bronhopulmonar *non small* și anume limfadenectomia optimă pentru localizările stângi, ținând cont de particularitățile anatomice de drenaj specifice. Acest obiectiv poate fi realizat prin diverse metode clasice sau recent introduse în arsenalul diagnostic al cancerului bronhopulmonar stâng. Este prezentat detaliat un caz de limfadenectomie extinsă pentru un cancer bronhopulmonar *non small* stâng cu abord paratraheal drept fără a se secționa ligamentul arterial. Metoda a permis o stadializare corectă a cazului și o raportare mai exactă a prognosticului. Scopul imediat al autorilor este de a pune în lumină această tehnică chirurgicală, iar pe termen lung de a realiza un lot cu semnificație statistică în vederea aprecierii valorii acestei metode.

Cuvinte cheie: NSLC stâng, limfadenectomie extinsă

Abstract

Extended lymphadenectomy for left NSLC – case report

The paper brings up a topical issue in the surgical treatment of non small lung cancer, namely optimal lymphadenectomy for tracking left, considering the anatomical features of specific drainage. This can be achieved by various methods recently

introduced in the classical arsenal left lung cancer diagnosis. It's presented in detail a case of extended lymphadenectomy for lung cancer non small left to right paratraheal approach without ligament arterial section. The method allowed a correct staging and reporting of the case more accurate prognosis. The immediate goal of the authors is to discuss on this surgical technique and for long term to achieve a lot with statistical significance in order to assess the value of this method.

Key words: left NSLC, extended lymphadenectomy

Introducere

Unul dintre cele mai importante elemente de prognostic în cancerul pulmonar *non-small* operabil este prezența sau absența metastazelor ganglionare locale și regionale. În acest sens, evaluarea histopatologică a stațiilor ganglionare (N) se face prin biopsierea (*sampling-ul*) sau prin limfadenectomie sistematică a stațiilor N2 și N1. Prin studii randomizate nu s-au obținut rezultate mai bune din punct de vedere al supraviețuirii în cazul practicării limfadenectomiei, față de simpla biopsiere ganglionară, dar aceasta e preferată datorită stadializării mai corecte. (1,2)

Controversele persistă în ceea ce privește extensia limfadenectomiei optime. Unanim acceptat se recomandă o limfadenectomie minimă de cel puțin 3 stații ganglionare. Există deasemenea diferențe în ceea ce privește limfadenectomia pentru cancerul bronhopulmonar *non small* drept față de cel stâng, atât datorită diferențelor anatomice, cât și particularităților de drenaj limfatic (1-5).

Correspondență: Dr. Cornel Adrian Petreanu
Clinica de Chirurgie Toracică I
Institutul de Pneumftiziologie "M. Nasta"
E-mail: adi_petreanu@yahoo.com

Pentru cancerul situat la nivel de hemitorace drept se recomandă disecția completă a stațiilor ganglionare centrale (14-10), mediastinale inferioare (7-9) și mediastinale superioare (1-4). Pentru partea stângă este recomandată o limfadenectomie care să cuprindă stațiile centrale (14-10), mediastinale inferioare (7-9) și mediastinale superioare (5,6), limfadenectomia para-traheală nefiind practică de rutină. Aceasta se poate realiza prin sternotomie mediană, toracotomie stângă cu mobilizare de arc aortic și secțiune de lig. arterial, tehnici miniminvasive nou apărute TEMLA* sau VAMLA**. Ultimele două sunt realizate de obicei ca manevre preoperatorii propriu zise. (6-11)

Prezentare caz

Prezentăm un caz al unei femei de 67 ani, nefumătoare care s-a prezentat cu tuse seacă, astenie, scădere ponderală de aproximativ 12 kg în 2 luni. Examenul fizic toracic a evidențiat prezența unui murmur vezicular redus pe partea stângă, iar din punct de vedere al sistemului ganglionar limfatic nu au fost decelate adenopatii periferice palpabile.

Examenul radiologic (Fig. 1) a pus în evidență prezența unei opacități centrohilare stângi, de intensitate subcostală, slab delimitată, cu dimensiuni de aproximativ 4/3 cm.

Examenul CT toracic cu substanță de contrast a evidențiat prezența unei formațiuni tumorale pulmonare stângi de aproximativ 4/2,5 cm în contact cu artera pulmonară la nivel scizural și cu adenopatii hilare de aproximativ 2 cm; fără pleurezie și fără noduli pulmonari sateliți. Ganglionii situați în loja Baretty sunt de dimensiuni normale (1-1,5 cm). (Fig. 2)

Probele funcționale respiratorii au indicat o funcție respiratorie normală cu valori ale VEMS-ului de 2,8 l, respectiv 86% și ale capacității vitale de 3 l, respectiv 82 %.

Examenul fibrobronhoscopic a evidențiat prezența unei infiltrații neoplazice la nivel distal al bronșiei primitive stângi, cu afectarea ultimului cartilaj și cu extensie la nivelul bronșiei lobare inferioare stângi. Arborele bronșic drept prezenta un aspect normal. La examenul traheei nu au fost evidențiate modificări patologice atât din punct de vedere al pintenelui carinal, cât și al dinamicii pereților traheali. Rezultatul histopatologic al biopsiei bronșice la nivelul infiltrației distale a primitivei stângi a evidențiat prezența unui cancer epidermoid.

Coroborând datele imagistice cu examenul bronhologic s-a decis și ulterior s-a practicat prin toracotomie axilară stângă pneumonectomie stângă asociată cu limfadenectomie. Limfadenectomia s-a practicat pe stațiile subaortică, paraaortică, subcarinală, paraesofagiană, a ligamentului triunghiular și hilar. Adenopatiile hilare, subaortice și paraaortice au fost macroscopic cu dimensiuni peste 2 cm, semn de posibilă afectare neoplazică.

Stația ganglionară 7 subcarinală a prezentat o dimensiune ușor crescută de aproximativ 1,5-2 cm, dar cu un aspect macroscopic de antracoză.

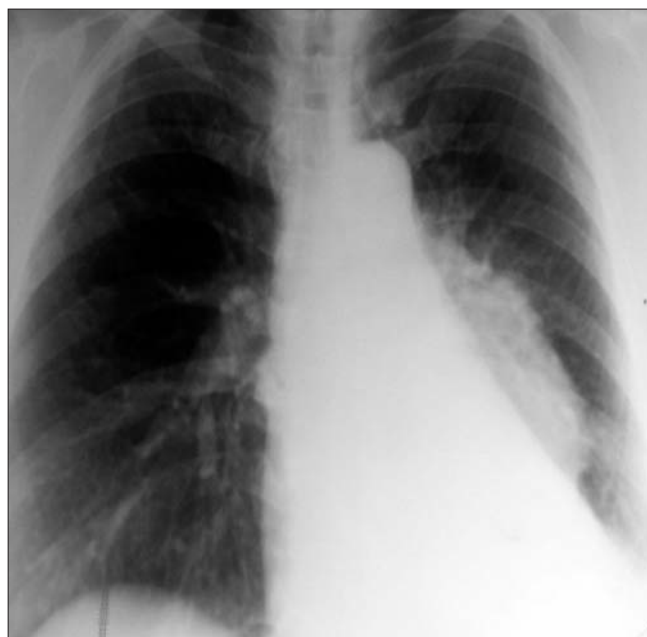


Figura 1. Radiografie toracică anteroposterioară standard – opacitate parahilară stângă

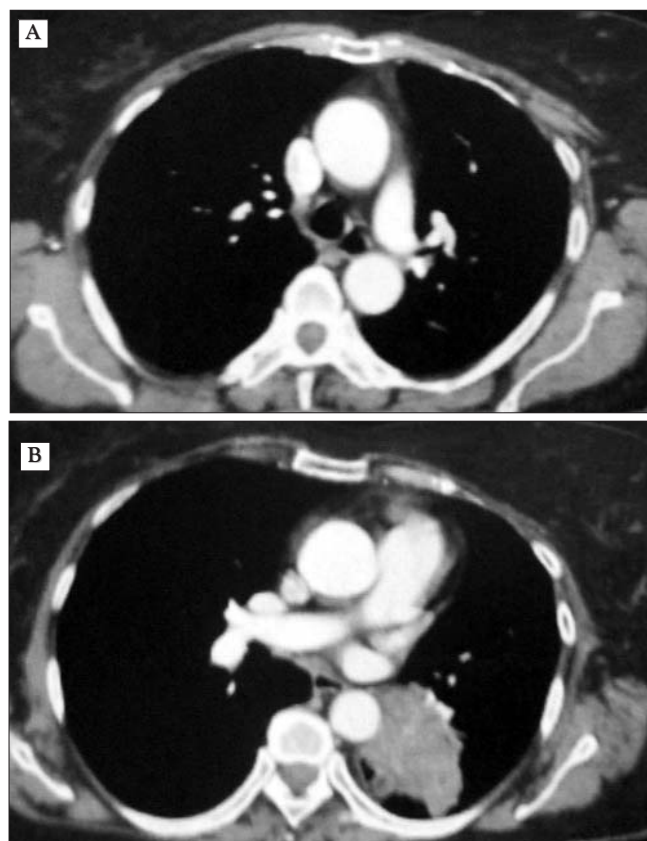


Figura 2. Examen computer tomograf toracic - formațiune tumorală pulmonară stângă cu contact scizural, fără adenopatii mediastinale evidente

* TEMLA – limfadenectomie mediastinală extinsă transcervical

** VAMLA – limfadenectomie videoasistată cu mediastinoscopul

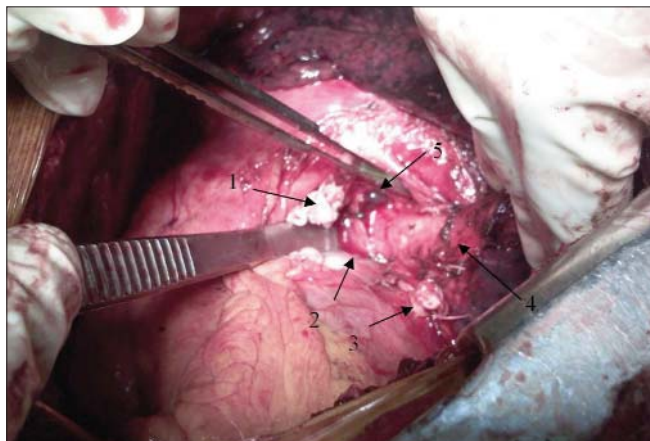


Figura 3. Aspect intraoperator – 1 - bont arteră pulmonară stângă; 2 - bronșie primitivă dreaptă; 3 - bont venă pulmonară superioară stângă; 4 - bronșie primitivă stângă trăcționată; 5 – ganglion pretraheal

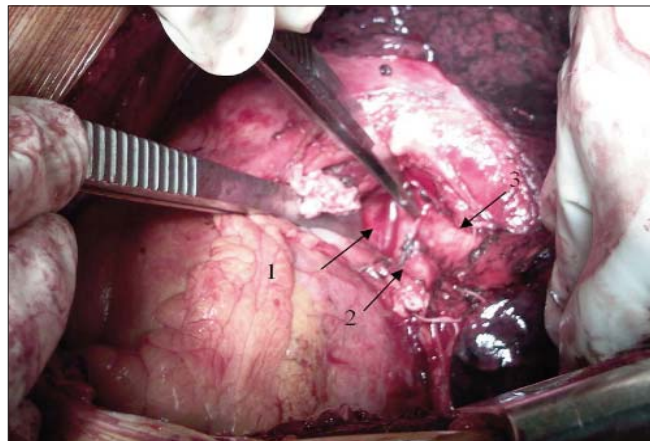


Figura 4. Aspect intraoperator – 1 - spațiu paratraheal drept după limfadenectomie; 2 - bronhie primitivă dreaptă; 3 - bronhie primitivă stângă

S-a practicat o limfadenectomie extinsă prin tracțiunea asupra bronșiei primitive stângi, comprimarea arterei pulmonare stângi. (Fig. 3, Fig. 4) Disecția s-a efectuat între bronșia primitivă stângă și bontul arterei pulmonare stângi, ajungând astfel la carenă. Accesul în regiunea paratraheală dreaptă a fost facilitat și de prezența unui arc aortic înalt situat. Mobilizarea carenei a fost realizată după ce inițial s-a efectuat limfadenectomia stației 7. Prin tracțiunea bronșiei primitive stângi s-a reușit mobilizarea bronșiei primitive drepte și a carenei. Ulterior s-a practicat excizia stației ganglionare pretraheale. Abordul spațiului paratraheal drept s-a realizat prin secționarea fasciei pretraheale, ulterior practicându-se excizia ganglionului paratraheal inferior drept.

Astfel, s-a reușit accesul la stația paratraheală dreaptă cu limfadenectomie la acest nivel. (Fig. 5)

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă cu o disfonie tranzitorie, recuperată în aproximativ 4 zile.

Discuții

Rezultatul anatomopatologic a confirmat prezența unui cancer epidermoid bronhopulmonar la nivelul piesei de pneumonectomie cu bont bronșic în limite sănătoase fără infiltrație neoplazică. Din punct de vedere al stațiilor ganglionare s-a evidențiat afectare neoplazică de tipul infiltrație majoră cu rupere capsulară la nivelul stațiilor 5,6 și 10, iar la nivel subcarinal prezența micrometastazelor.

Analiza histopatologică a stației paratraheale drepte a evidențiat prezența a 4 ganglioni fără însă să fie afectați neoplazic.

Limfadenectomia extinsă a cancerului bronhopulmonar non small stâng operabil este recomandat să fie realizată la momentul operator propriu-zis în lipsa unor elemente imagistice (CT) de afectare evidentă a stațiilor paratraheale drepte și poate fi realizată fără secțiunea ligamentului arterial și mobilizarea arcului aortic. Ea este favorizată de o dispoziție înaltă a arcului aortic.

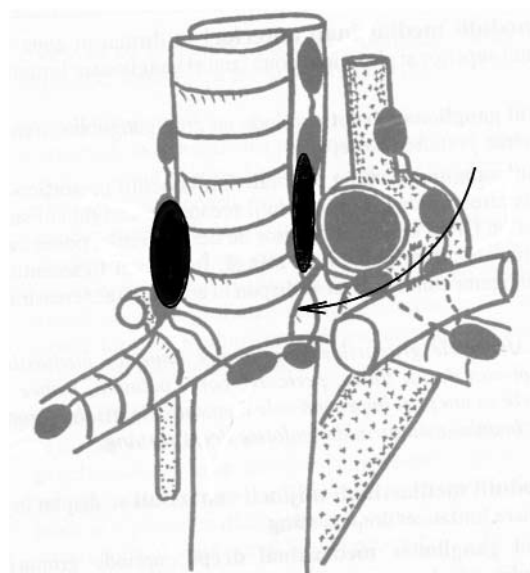


Figura 5. Schemă abord pentru limfadenectomia dreaptă în cancerul nonsmall stâng (figură după Anatomia toracelui – Prof. Dr. N. Galie)

În mod clasic limfadenectomia stațiilor ganglionare paratraheale se realiza prin proceduri preoperatorii TEMLA sau VAMLA, prin secțiunea ligamentului arterial (Fig. 5) și mobilizarea arcului aortic (Fig. 5) sau postprocedural prin adăugarea unei sternotomii sau minitoracotomii drepte. (5,7,9,10)

Procedura simplifică algoritmul chirurgical terapeutic în cazuri selecționate având efecte evidente pe costuri și zile de spitalizare.

Concluzii

Practicarea acestei proceduri permite o stadializare mai corectă a cazurilor, cu evidențierea ganglionilor cu micrometastaze, în cazul nostru la nivel paratraheal, o mai bună corelare între

stadiile pre și postoperatorii și o evaluare mai corectă a prognosticului

Prin prezentarea acestui caz încercăm să deschidem calea abordului ganglionar paratraheal drept în cancerul bronhopulmonar *non small* și introducerea acestei metode în protocolul limfadenectomiei pentru cancerul bronhopulmonar stâng în cazuri selecționate.

Bibliografie

1. Izbicki JR, Passlick B, Karg O, Bloechle C, Pantel K, Knoefel WT, et al. Impact of radical systematic mediastinal lymphadenectomy on tumor staging in lung cancer. *Ann Thorac Surg.* 1995;59(1):209-14.
2. Darling GE, Allen MS, Decker PA, Ballman K, Malthaner RA, Inculet RI, et al. Randomized trial of mediastinal lymph node sampling versus complete lymphadenectomy during pulmonary resection in the patient with N0 or N1 (less than hilar) non-small cell carcinoma: results of the American College of Surgery Oncology Group Z0030 Trial. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2011; 141(3):662-70.
3. Asamura H, Nakayama H, Kondo H, Tsuchiya R, Naruke T. Lobe-specific extent of systematic lymph node dissection for non-small cell lung carcinomas according to a retrospective study of metastasis and prognosis. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1999;117(6): 1102-11.
4. Passlick B, Kubuschock B, Siene W, Thetter O, Pantel K, Izbicki JR. Mediastinal lymphadenectomy in non-small cell lung cancer: effectiveness in patients with or without nodal micrometastases - results of a preliminary study. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002; 21(3):520-6.
5. Sakao Y, Hata E, Miyamoto H, Harada R, Hamada T. Prognosis and prognostic factor after extended lymphadenectomy in lung cancer. *Nihon Kyobu Geka Gakkai Zasshi.* 1997 May;45(5):711-7. [Article in Japanese]
6. Toker A, Tanju S, Ziyade S, Kaya S, Erus S, Ozkan B, et al. Alternative paratracheal lymph node dissection in left-sided hilar lung cancer patients: comparing the number of lymph nodes dissected to the number of lymph nodes dissected in right-sided mediastinal dissections. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2011;39(6):974-80. Epub 2011 Jan 26.
7. Witte B, Hürtgen M. Video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy (VAMLA). *J Thorac Oncol.* 2007;2(4): 367-9.
8. Hürtgen M, Friedel G, Toomes H, Fritz P. Radical video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy (VAMLA)-technique and first results. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2002 Feb;21(2):348-51.
9. Zieliński M, Hauer L, Hauer J, Pankowski J, Szlubowski A, Nabiałek T. Transcervical Extended Mediastinal Lymphadenectomy (TEMLA) for staging of non-small-cell lung cancer (NSCLC). *Pneumonol Alergol Pol.* 2011;79(3):196-206. [Article in Polish]
10. Zieliński M, Hauer L, Hauer J, Nabiałek T, Szlubowski A, Pankowski J. Non-small-cell lung cancer restaging with transcervical extended mediastinal lymphadenectomy. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010;37(4):776-80. Epub 2009 Dec 30.
11. Galie N, Vasile R, Savu C, Petreanu C, Grigorie V, Tabacu E. Superior vena cava syndrome--surgical solution--case report. *Chirurgia (Bucur).* 2010;105(6):835-8. [Article in Romanian]