

OPERAȚIILE ORGANOMENAJANTE ÎN CHIRURGIA ONCOLOGICĂ TORACICĂ (Caz clinic)

**Sergiu Brenișter – cercetător științific superior,
Sergiu Salomatov – doctor în medicină,
Corneliu Prepelița – doctor în medicină,
Vladimir Șutkin – doctor habilitat în medicină,
Valentin Martalog – doctor în medicină,
Victor Eftodii – doctor habilitat în medicină,
Sergiu Doruc – cercetător științific,
Valeriu Bîlba – doctor în medicină, conferențiar cercetător,
Tamara Prisacari – doctor
Laboratorul Științific Chirurgie Gastrică și Toracică,
IMSP Institutul Oncologic, Republica Moldova**

emai-l: brenister@mail.ru, tel. 069218326

Rezumat

Acest caz demonstrează aplicarea chirurgiei bronhoplastice la localizarea tumorilor benigne de la gura bronhiilor lobului superior. În chirurgia cancerului pulmonar devin tot mai mult aplicate rezeccțiile de organ parțiale cu reconstrucția plastică a bronhiilor. Acest lucru va permite să se extindă indicațiile pentru lobectomii la pacienții cu cancer pulmonar central cu leziuni a bronhiilor lobare, cu performanțe funcționale scăzute în care pneumonectomia poartă un risc ridicat sau chiar imposibilă.

Cuvinte-cheie: intervenții bronhoplastice; tumori benigne pulmonare

Summary. Bronchial plastic surgery on lung (Clinical case).

This case demonstrates the bronchial plastic surgery at the location at the estuary of benign tumour of upper lobe bronchus. In lung cancer surgery more and more are applicated partial organ resections with bronchi reconstructive plastic. This allows you to expand the indications for lobectomy in patients with central lung cancer with lesions estuary lobe bronchus with low functional performance in which pneumonectomy carries a high risk or even impossible.

Key words: bronchial plastic surgery, benign tumors of the lung

Резюме. Органопластические операции на легком (Клинический случай).

Данный случай наглядно демонстрирует бронхопластическую операцию при расположении доброкачественной опухоли в устье верхнедолевого бронха. В хирургии рака легкого все большее применение находят частичные резекции органа с реконструктивной пластикой бронхов. Это позволяет значительно расширить показания к лобэктомии у больных центральным раком легкого с поражением устья долевого бронха при низких функциональных показателях, у которых пневмонэктомия сопряжена с большим риском или вообще невыполнима.

Ключевые слова: бронхопластические операции, доброкачественной опухоли легкого

Introducere. Relevanța implementării în practica clinică a operațiilor traheo-bronhoplastice este subliniată în mod repetat în publicațiile savanților – H. Grillo (2004), H. Soon-Hyun (2004), N. Tsubota (2003), M.I. Davydov et al. (1994, 2003, 2011), B. Polotskii et al. (2005), A. Tatur (2008) etc. [2,5,6,9,10,11,12,13,14].

La ora actuală operațiile traheo-bronhoplastice sunt efectuate în cancerul pulmonar nonmicrocelular, tumorile primare ale traheei, bifurcației, tumorile benigne ale bronhiilor și traheei [1,3].

Tendința înlăturării deminuate a țesutului pulmonar funcțional neafectat, poate fi acceptată nu numai în formațiunile periferice, dar, de asemenea și în tumorile centrale. Aceasta a devenit posibil cu implementarea operațiilor reconstructive pe bronhii [7,8].

În 1950, S. J. Mac Hale a efectuat lobectomia superioară dreaptă cu rezecția unui fragment al bronhului principal la un pacient cu cancer bronhopulmonar lob superior în loc de pneumonectomie. D. L. Paulson la fel în noiembrie 1952 a efectuat lobectomia superioară pe dreapta cu rezecție în pană a bifurcării bronhului principal. În același an, R. R. Allison la reuniunea Asociației de Chirurgie Toracică pentru prima dată a raportat o lobectomie cu succes cu rezecție circulară în manșon a bronhiilor principale în cancerul pulmonar cu aplicarea de anastomoză directă între bronhia principală și intermediară. În același timp, a fost rezecat peretele arterei pulmonare din cauza invaziei tumorii. [4,11].

În Uniunea Sovietică pionierii operațiilor reconstructive pe bronhii au fost E.N. Meshalkin și O.I. Avilova (1967) care au înlăturat adenomul bronhiei lobului superior dextra fără pneumonectomie. [4]

Pentru efectuarea operațiilor econom menajante trebuie respectate unele principii de tehnică modernă atât în chirurgie, cât și asistența anesteziologică, având la dispoziție material modern de suturare, dispozitive respiratorii, tuburi endotraheale și, nu în ultimul rând, specialiști profesioniști, care posedă aceste tehnici de operație.

Pilkevich prezintă operațiile econom menajante cu traheo-bronhoplastii 2011 [10]:

1. Rezecția circulară a traheei partea cervicală (inclusiv o parte a laringelui).

2. Rezecția circulară a traheei toracice.

3. Rezecția fenestrată a traheei și bronhiilor principale.

4. Pneumonectomie cu rezecție în „manșon” a traheei și bronhiilor principale.

5. Pneumonectomie cu rezecție în pană a traheei și bronhiilor principale.

6. Lobectomie cu rezecția în „manșon” dintre bronhiile principale și lobare.

7. Lobectomie cu rezecție în „pană” a bronhiilor principale și lobare.

Indicațiile pentru intervenția chirurgicală [11].

1. Tumorile maligne ale plămânilor, a traheei și bronhiilor.

2. Tumori benigne ale traheei și bronhiilor.

3. Stenoza cicatricială a traheei și bronhiilor.

4. Tuberculoza pulmonară.

Material și metode

Se prezintă cazul pacientului M. anul nașterii 1972, domiciliat în r-n Căușeni, internat în secția toracală pe 21 ianuarie 2008. **Acuzele la internare:** dispnee la un mic efort fizic, tusă periodică cu expectorații muco-purulente, astenie moderată, subfebrilitatea, pierderea ponderală 5 kg în ultimele 3 luni. **Anamneză:** Se consideră bolnav din ianuarie 2007, când a apărut tusea. S-a adresat la medic în aceeași lună 2007. A fost investigat radiologic, consultat de fiziopulmonolog (investigații endoscopice nu a efectuat). A urmat ambulator la locul de trai tratament antituberculos timp de 7 luni fără efect. Consultat la IFP unde la fibrobronhoscopie se determină o formațiune exofitică a bronhului lobului superior al plămânului stâng. Trimis la policlinica IOM, unde radiologic, endoscopic și morfologic (polip fibros) a fost stabilit diagnosticul de Fibrom? Carcinoid? al bronhului lobului superior al plămânului stâng. Spitalizat în secția toracală pentru tratament chirurgical.

Obiectiv: fără particularități

Analizele în limitele normei.

Spirometria: CV – 55%, VEMS – 69%, VEM 25/75 – 68%, Proba Tifnaut – 91%. **Concluzie:** Dereglări pronunțate de caracter restrictiv. La urcarea scărilor se oprește la etajul 3 din cauza apariției dispneei.

În policlinică: **Radiografia:** 17.01.08 Infiltrația

țesutului pulmonar lob superior plămân stâng. Micșorarea în volum din contul S1-2. În dinamică infiltrația se reabsoarbe. Pe dreapta transparent. **Concluzie:** luând în considerație dinamica pozitivă – pneumonia lobului superior plămânului stâng.

FBS 17.I.2007: Lumenul traheei și bronșiilor pe dreapta e liber. Carina e ascuțită. Pe stânga lumenul bronhului principal mai jos de carina $\approx 4,0$ cm, e obturat de o formațiune exofitică pe picior lat, care proiemina din orificiul bronhului lobului superior. Prin forțare cu aparatul s-a trecut în lobul inferior, lumenul caruia e liber. **Biopsia.** În timpul biopsiei materialul se fragmentează foarte greu. **Concluzia:** Formațiune exofitică Carcinoid? Fibrom? a bronhului superior pe stânga cu obstrucția bronhului principal.

În secție: **Rö scopia cutiei toracice + tomografia mediastinului:** Pneumofibroza difuză bilaterală. Hilii pulmonari fibrozați. Diafragma localizat obișnuit. Sinusurile pleurale libere. Cordul și aorta în normă. Pe tomogramă – bronhul lobului superior stâng "amputat". În lumenul bronhului principal stâng mai jos de carină cu $\approx 4,0$ cm se determină o formațiune adăugătoare rotundă $\approx 2,0$ cm în diametru cu contur clar, bine determinată, neomogenă. În hilul pulmonar stâng opacități adăugătoare. Spațiul paratraheal liber. V. azigos se determină clar. Fereastra aortală opacifiată.

Concluzie: Cr. central al bronhului lobului superior stâng cu afectarea bronhului principal stâng, cu Mt în ggl hilari pe stânga și a ferestrei aortale. În legătură cu consistența dură a formațiunii, ce obturează lumenul bronhului principal pe stânga, baza lată a formațiunii, înlăturarea endoscopică a tumorii este imposibilă. Luând în considerație vârsta tânără a pacientului și suspiciune la caracterul benign al procesului s-a

luat decizia de a efectua intervenție reconstructivă cu păstrarea (pe măsura posibilităților) lobului inferior al plămânului stâng. Protocolul intervenției chirurgicale: Prin anestezie generală s-a efectuat toracotomia laterală în spațiul intercostal IV pe stânga. S-a constat proces aderent moderat. **Aderoliză.** La revizie intrabronhial se determină o formațiune tumorală de consistență dură în regiunea orificiului bronhului lobului superior ce prolabează în bronhul principal. Se determină ganglionii limfatici ai hilului pulmonar și ai ligamentului pulmonar măriți în volum. Alte compartimente ale plămânului, pleura și ganglionii limfatici mediastinali nu sunt afectați. S-a luat decizia de a efectua lobectomie superioară cu rezecția cuneiformă a bronhului principal. Limfodiseția ganglionilor limfatici ai ligamentului pulmonar. Prelucrare, ligaturare, suturare și disecare a arterei pulmonare superioare, A1,3; A2; A4,5. Fisura interlobară a fost separată. Lobul superior ridicat în sus. Bronhul principal stâng a fost mobilizat și fixat. În jurul orificiului bronhului superior stâng s-a efectuat rezecția cuneiformă a bronhului principal. Lobul superior cu formațiunea tumorală ce obtura bronhul principal, ganglionii limfatici ai hilului pulmonar au fost înlăturați. La revizia preparatului a fost depistată tumora exofită a bronhului lobului superior cu baza lată ce implica peretele anterior al acestui bronh, de consistență dură, cu suprafața netedă, de culoare cenușie, 40 mm în lungime și 15 mm în lățime, ce prolaba pe lungime de 20 mm din lumenul bronhului lobului superior în lumenul bronhului principal. S-a efectuat asanarea bronhului lobului inferior și bronhului principal. Defectul bronhului principal și al orificiului bronhului lobului inferior au fost suture manual. Linia de sutură a fost pleurizată. Toracografia. Pansament.

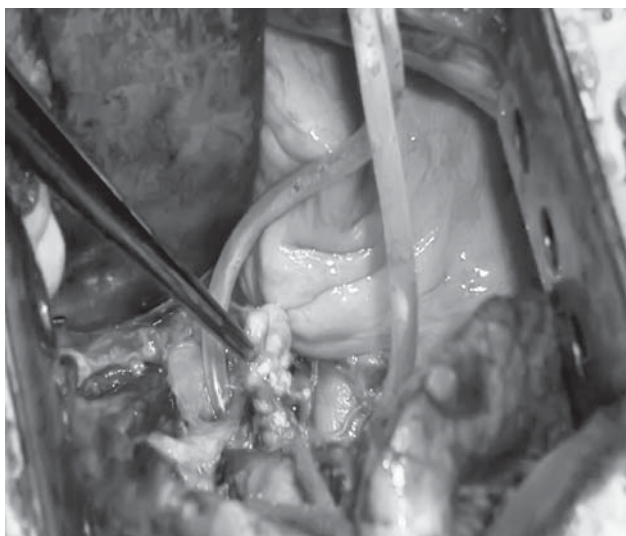


Fig. 1. Secvență din timpul operației. Cu pensa arătată tumoarea

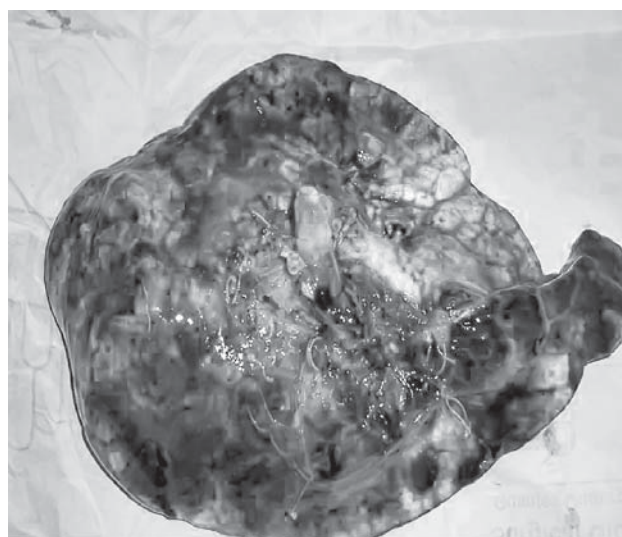


Fig. 2. Preparatul postoperator

Analiza patomorfologică postoperatorie: Nr. 5846-52/08 Hamartom hondromatos fără afectarea ganglionilor limfatici.

Perioada postoperatorie a decurs fără particularități. Se efectua asanarea endoscopică a arborelui bronșic și gimnastica respiratorie. Lobul inferior pe stânga a reexpansionat total. Pacientul a fost externat în stare satisfăcătoare. Diagnoza la externare: Hamartom la emergența bronhului lobului superior al plămânului stâng.

Concluzie: Operațiile bronhoplastice, extind capacitatea de abord chirurgical și contribuie la mărirea rezecabilității, în valoare totală de mai mult de 20% dintre pacienții nou diagnosticați cu cancer în această localizare. Alegerea volumului și caracterului intervenției chirurgicale depind de localizarea și stadiul tumorii primare, relația sa cu organele și structurile din jur, starea ganglionilor limfatici intratoracici.

Bibliografie

1. Aidonis, A., A. Nikolaou, Z. Bourikas, I. Aidonis *Management of tracheal stenosis with a titanium ring and nasal septal cartilage*; Eur Arch Otorhinolaryngol., 2002; 259: 404-408.
2. Grillo, H.C. *Surgery of the Trachea and Bronchi*. BC Decker Inc. Hamilton-London. 2004; 882 p.
3. Hasegawa S., Bando T., Isowa N. et al. *The use of cardiopulmonary bypass during extented resection of non-small cell lung cancer*. Int. Cardiovas. Thorac. Surg., 2004: 676-679.
4. Hosch S.B, Scheunemann P., Izbicki J.R. *Limits of surgery in non-small cell lung cancer*. European Resp. Review. 2002; 12: 177-181.
5. Soon-Hyun A., Myung-Whun S., Kwang Hyun, K. *Factors associated with staged reconstruction and successful stoma clouser in tracheal resection end, end-to-end anastomosis* Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2004; 130 : 57-62.
6. Tsubota N. Atlas of Pulmonary and Upper Airway Resection (in Japanese). Tokyo: Igaku-Shoin, 2003; 80–90.
7. Van Meerbeeck J.P., Damhuis RAM., Vos de Wael M. *High postoperative risk after pneumonectomy in elderly patients with right-sided lung cancer*. Eur. Respir. J., 2002; 19:141-145.
8. Westeel V., Choma D., Clement F. et al. *Relevance of an intensive postoperative follow-up after surgery for non-small cell lung cancer*. Ann. Thorac. Surg. 2000; 70(4): 1185-1190.
9. М. И. Давыдов, Б. Е. Полоцкий. *Современные принципы выбора лечебной тактики и возможности хирургического лечения немелкоклеточного рака легкого*. Сборник “Новое в терапии рака легкого” 2003; 23-33.
10. М.И. Давыдов, Б.Е. Полоцкий, Е.Г. Матякин, В.Л. Любаев, Е.С. Горобец, С.П. Свиридова, Б.К. Поддубный, Г.В. Унгиадзе, С.С. Герасимов, И.М. Шестопалова (РОНЦ имени Н.Н. Блохина) *Доклад, демонстрация видеофильма: Заседание московского онкологического общества; тема опухоли трахеи*, 2011.
11. Давыдов М.И., Полоцкий-Б.Е. *Рак легкого*. М., Медицина, 1994; 198 с.
12. Давыдов М.И., Полоцкий Б.Е. *Современные принципы выбора лечебной тактики Невозможности оперативного лечения, немелкоклеточного рака легкого*. Новое в терапии рака легкого/ Под ред. Н.И. Переводчикова. -М.: Изд. группа РОНЦ, 2003: 41-53.
13. Полоцкий Б.Е., Тёр-Ованесов М.Д.: *Рак легкого – некоторые аспекты клиники, диагностики и лечения* // Русский медицинский журнал. – 2005; 13(23): 2-11.
14. Татур, А. А., Леонович, С. И., Недзведзь, М. К. и др. *Междисциплинарный подход к классификации приобретенных рубцовых стенозов трахеи* // Здравоохр. 2008,7: 44-48.