

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA

CATTEDRA DI CHIRURGIA TORACICA E DIVISIONE DI CHIRURGIA TORACICA

Direttore: Prof. R. LODI

OSPEDALE SPECIALIZZATO PNEUMOLOGICO « G. RASORI »

DIVISIONE DI PNEUMOLOGIA II - SERVIZIO DI BRONCOLOGIA (*)

Primario: Prof. A. GABRIELLI

LIPOMA PURO DEL BRONCO LOBARE MEDIO

CONSIDERAZIONI CLINICHE E TERAPEUTICHE. CONTRIBUTO CASISTICO

R. LODI

G. FONTANA

U. MORANDI

E. MAZZERA

G. F. CONSIGLI(*)

G. TAZZIOLI

C. LAVINI

G. P. OLIVETTI

RIASSUNTO

Gli Autori descrivono un caso di lipoma « puro » localizzato al bronco lobare medio, sottoposto ad intervento di exeresi mediante « sleeve resection », con risultato favorevole a distanza. Alla luce di un'ampia disamina della letteratura vengono messe in evidenza le difficoltà diagnostiche di tale affezione. Viene richiamata l'attenzione sul ruolo primario dell'exeresi chirurgica nella terapia di tale neoformazione; essa è concepita e realizzata con lo scopo di prevenire le complicanze gravi ed irreversibili del parenchima polmonare a valle della lesione.

SUMMARY

The Authors describe a case of « pure » lipoma of the middle lobe bronchus which was removed surgically by means of a « Sleeve resection » with a satisfactory long term result. A review of the relevant literature reveals the difficulties encountered in making this diagnosis. The primary role of surgical exeresis in the treatment of this neoplasm is emphasized, the scope of which both in its conception and execution is to avoid the grave, irreversible consequences for the pulmonary parenchima distal to the lesion.

CARATTERI GENERALI

Il lipoma puro è uno dei tumori di più raro riscontro a livello del tratto tracheo-bronchiale ^{2-5 8 9 12 14-16 20}.

Esso trae origine dalla parete di un grosso o medio bronco ed ha sviluppo prevalentemente endoluminale. Il progressivo aumento della neoformazione, data la sede di impianto, determina alterazioni di tipo ostruttivo a carico del parenchima polmonare, che tendono a diventare irreversibili (flogosi, suppurazione, fibrosi).

L'inquadramento nosologico ed istogenetico è ancora oggetto di discussione, ma la teoria maggiormente seguita è quella che attribuisce al lipoma individualità istogenetica ed origine blastomatosa, in quanto il lipoma deriverebbe dal lipoblasto e dal tessuto adiposo sottobronchiale ^{1-7 17 18}.

Una ulteriore constatazione che si evince dall'esame della letteratura, e per la quale non si è trovata una spiegazione sod-

disfacente, è la sede di impianto molto più frequente a livello dei bronchi principali, generalmente a sinistra, e dell'emergenza dei bronchi lobari ^{2 5 8 11}.

Il sesso maschile risulta colpito con una frequenza sei volte superiore; l'età più colpita è la sesta decade di vita, mentre la media è di 54 anni. La sintomatologia è in genere tardiva e di regola legata all'insorgenza delle complicanze broncoostruttive del parenchima polmonare a valle della neoplasia.

OSSERVAZIONE PERSONALE

La nostra osservazione risale al mese di maggio 1980. Il paziente, Mario Z. di anni 54, ha goduto apparente buona salute fino al mese di aprile 1980 quando ha iniziato ad accusare tosse secca e stizzosa; alla fine dello stesso mese il paziente è stato colpito da un episodio bronco-pneumonico destro, curato a domicilio con antibiotici, sintomatici della tosse e della febbre. Il quadro clinico si risolveva in pochi giorni persistendo però tosse stizzosa, divenuta produttiva.

Dopo circa quindici giorni veniva ricoverato presso il nostro reparto. Un radiogramma standard del torace eseguito all'ingresso metteva in evidenza atelettasia completa del lobo medio (fig. 1).

L'esame stratigrafico chiariva la situazione evidenziando una stenosi totale del bronco lobare medio. La fibrobroncoscopia perfezionava il quadro visualizzando una stenosi completa del bronco lobare medio [confermata dalla broncografia (fig. 3)] da neoformazione endocanalicolare di consistenza dura, poco vascolarizzata e scarsamente sanguinante dopo varie biopsie. L'esame istopatologico delle biopsie ha dato esito di « flogosi subacuta ed intensa iperplasia epiteliale »; evidentemente la neoformazione era sottomucosa. L'esame citologico del liquido di lavaggio bronchiale risultava negativo per cellule neoplastiche. Con il sospetto diagnostico di adenoma bronchiale il paziente giungeva al tavolo operatorio il 27 maggio 1980.

Si eseguiva una toracotomia laterale destra al 4° spazio intercostale. Il polmone appariva antracotico, con il lobo medio atelettasico. A livello dell'origine del bronco lobare medio si apprezzava una massa delle dimensioni di una noce posizionata ad « iceberg », di consistenza teso-elastica con base di impianto di un centimetro circa sul bronco intermedio, stenosato nel suo lume. Veniva praticata una « sleeve resection » del tratto bronchiale intermedio, comprendente il tumore, condotta in terreno sano, ed una lobectomia media contemporanea (figg. 2, 3 e 4).

L'esame istopatologico estemporaneo del pezzo asportato diede il risultato di « Lipoma », confer-

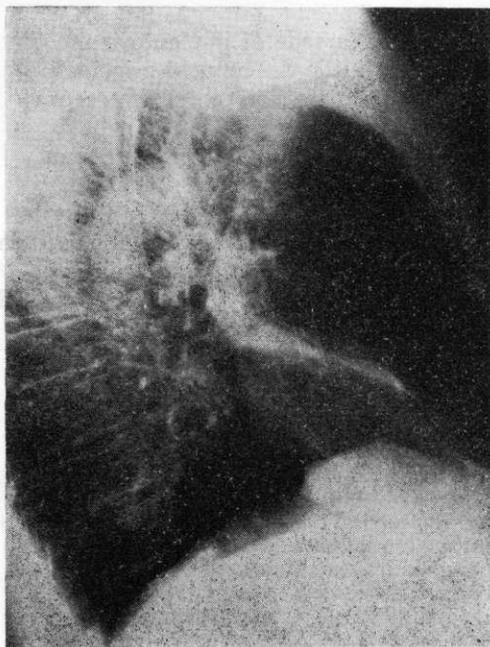


FIG. 1. — Rx del torace in proiezione latero-laterale: atelettasia completa del lobo medio.

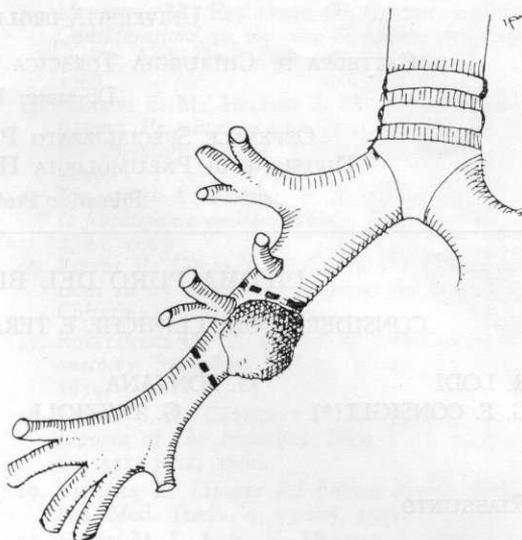


FIG. 2. — Riproduzione schematica relativa alla posizione del lipoma e dell'intervento di resezione-anastomosi bronchiale eseguito dopo l'ablazione del tratto di bronco interessato.

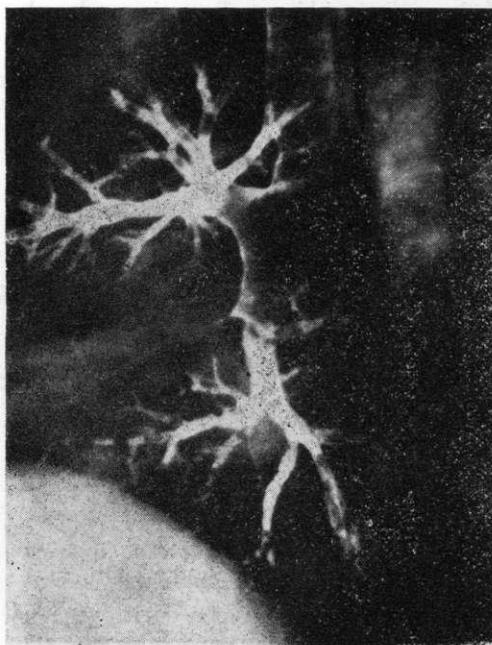


FIG. 3. — Broncografia destra: arresto di progressione del mezzo di contrasto all'origine del bronco lobare medio con immagine caratteristica a « tappo di gassosa ».

mato successivamente dall'istologia con normale colorazione (fig. 5). L'intervento veniva completato con una anastomosi termino-terminale del bronco lobare inferiore sull'origine dell'intermedio,

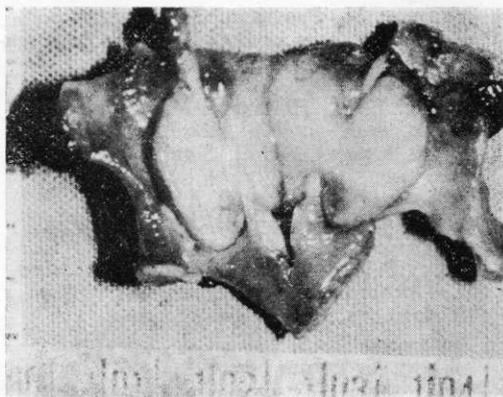


FIG. 4. — Aspetto macroscopico del pezzo asportato: parete bronchiale del bronco intermedio contenente l'origine del bronco lobare medio completamente ostruito dalla formazione lipomatosa sezionata.

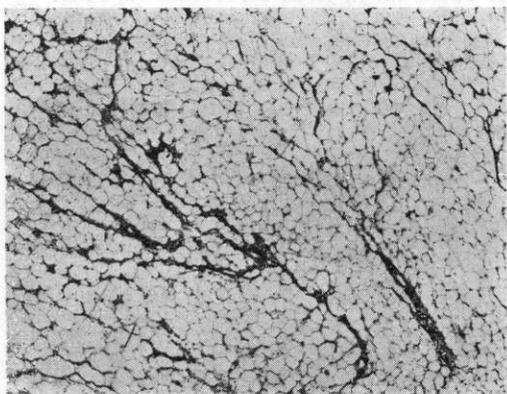


FIG. 5. — Aspetto istopatologico: tessuto adiposo con tralci fibrosi. (100 X).

risparmiando il bronco apicale del lobare inferiore, che aveva la sua emergenza all'origine dell'intermedio a monte del lobare medio. Buona espansione dei lobi residui. Due tubi di drenaggio. Sutura a strati. Il decorso post-operatorio fu regolare ed il paziente venne dimesso in decima giornata.

CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Il progressivo, anche se lento, accrescimento endoluminale del lipoma bronchiale porta alla broncoostruzione, con possibili danni nei distretti sottostanti. Instauratasi l'ostruzione bronchiale il quadro clinico è dominato dalla atelettasia, generalmente complicata da episodi subentranti di suppurazione dei distretti non ventilati,

giungendo così alle ben note lesioni, gravi ed irreversibili: flogosi, fibrosi, bronchiectasie. La diagnosi clinica è difficile e si comprende come molti pazienti sono stati trattati a lungo per pneumopatie infiammatorie recidivanti, prima di giungere alla diagnosi ed alla terapia esatta. Dal punto di vista diagnostico lo studio radiologico rappresenta un tempo essenziale; due immagini devono essere ricercate: quella propria del tumore e quella delle ripercussioni a valle. La broncoscopia è un presidio diagnostico insostituibile anche se l'aspetto macroscopico del tumore non è affatto chiarificatore. Le pareti circostanti al lipoma possono presentare lesioni infiammatorie dovute a secrezioni purulente stagnanti a contatto con il tumore. Per questi motivi l'aspirazione e la biopsia endoscopica difficilmente daranno la certezza diagnostica preoperatoria, finché il tumore è sottomucoso. Per quanto riguarda la terapia crediamo sia opportuno mettere in evidenza ancora una volta il ruolo primario dell'exeresi chirurgica precoce che si è ormai completamente sostituita all'asportazione per via broncoscopica⁵. Data la benignità istologica del lipoma, che deve essere sempre confermata da un esame istologico estemporaneo intraoperatorio, l'atto chirurgico sarà economico al massimo quando il parenchima polmonare a valle della neoformazione sia indenne da lesioni irreversibili. Al contrario l'intervento chirurgico sarà demolitivo in caso di danni irreversibili al parenchima sottostante e lo sarà in rapporto direttamente proporzionale alla entità delle lesioni stesse.

BIBLIOGRAFIA

1. BARRAS G.: *A propos des lipomes bronchiques*. Praxi, 52, 1415-1417, 1963.
2. BAZHENOV V. S., NIKOLAEV A. A.: *Lipoma of the infralobe bronchus of the right lung*. Grudn. Khir., 4, 111-113, 1962.
3. BEATON A. H., HEATLY C. A.: *Fat in tracheo-bronchial tree with report of a case of true lipoma of the bronchus*. Ann. Otol., 61, 1206-1215, St. Louis, 1952.
4. BELLIN H. J., LIBSHITZ H. I., PATCHESKY A. S.: *Bronchial Lipoma. Report of two cases showing chondroitin metaplasia*. Arch. Path., 92, 20-23, 1971.
5. BISETTI A., MONZALI G., COVACEV L., BROCCHI G.: *Fibrolipome trachéal. A symptomatologie pauvre revelé par une anomalie spiropographique*;

- exérese endoscopiques. Les Bronches*, 15, 60-69, 1966.
6. CAPPELLINI G.: *Lipoma e condroma « puri » dei bronchi*. Arch. Chir. Tor., 16, 105-141, 1962.
 7. CAPPELLINI G., FICARI A.: *Tumori connettivali benigni endobronchiali*. Atti XII Congr. Inter. Coll. of Surg., 2, 1670, 1963.
 8. CONTI A., TRENTINI G. P., GALASSO U.: *Il lipoma bronchiale. Nosografia e contributo clinico*. Gazz. Intern. di Medicina e Chirurgia, 77, 593-616, 1963.
 9. CHINAGLIA A., TOMMASEO T.: *Il lipoma « puro » del bronco*. Arch. Chir. Torac. Cardiovasc., 25, 229-241, 1968.
 10. HORANYI J., HORLAY B., MOLNAR J.: *Endobronchiales lipom*. Thorax Chirurgie, 8, 573-578, 1961.
 11. JACKSON CH., JACKSON C. L.: *Benign tumors of the trachea and bronchi with special reference to tumorlike formation of inflammatory origin*. J.A.M.A., 99, 1754-1757, 1932.
 12. MEDELLI J., ABET D., BERTOUX J. P., VERMINK J. P., GIROULLE H., PIETRI J., GOUDOT B.: *Le Lipome bronchique. A propos de quatre observations*. Sem. Hopitaux., 57, 274-277, Paris, 1981.
 13. MEZZETTI M., PROVERBIO G., CORBETTA S.: *Considerazioni su un caso di lipoma endobronchiale*. Arch. Ital. Chir., 94, 463-474, 1968.
 14. NANSON E. M., HILLIARD I. M.: *Endobronchial lipoma. Presentation of a case and review of the literature*. Canad. J. Surg., 2, 192-194, 1959.
 15. PERACCHIA A., FANTONI P. A., COGNI G.: *Il fibrolipoma endobronchiale*. Min. Pneum., 4, 83, 1965.
 16. PIETRI P., GIRARDI A., COSTA F.: *Considerazioni su un caso di fibrolipoma del bronco*. Chirurgia, 15, 42-52, 1960.
 17. ROKITANSKI C.: *A manual of pathological anatomy*. Sydenham Society, 1, 196, London, 1854.
 18. TAHERI S. A., CARBERRY D. M., ROSS C. A.: *Lipoma of the bronchus*. New York J. Med., 60, 3310-3312, 1960.
 19. VILLATA I.: *Lipoma del bronco destro*. Arch. Ital. Med. Trach., 9, 93-108, 1941.
 20. YOUNG M. J., JONES E., HUGHES A., FOLEY F. E., FOX J. R.: *Endobronchial hamartoma. Report of two cases*. J. Thorac. Surg., 27, 300-305, 1954.