

Przypadek wieloetapowego leczenia chorego na raka płuca

Multistage treatment of lung cancer patient: a case report

Dariusz Tomaszewski

Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2011; 8 (2): 268–271



Streszczenie

Leczenie niektórych powikłań po pneumonektomii jest długotrwałe i wieloetapowe. Z kolei nawrót choroby nowotworowej po wycięciu płuca jest rzadkim wskazaniem do radykalnego leczenia.

Przedstawiono przypadek chorego po pneumonektomii z powodu raka płuca, który był wielokrotnie poddany leczeniu z powodu nawrotowego ropniaka komory poresekcyjnej oraz ognisk przerzutowych do jedyne go płuca. Agresywne, radykalne postępowanie, czasami w sytuacjach ogólnie przyjętych za przeciwwskazania do leczenia operacyjnego, przyniosło realną korzyść choremu w postaci ponad 7-letniego okresu przeżycia. Obecnie u chorego nie stwierdza się zmian będących powikłaniem pierwotnego leczenia operacyjnego ani wznowy choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: rak płuca, ropniak, resekcja płucna po pneumonektomii, radioterapia stereotaktyczna.

Wstęp

Postępowanie z chorym po wycięciu płuca z powodu raka zależy od wielu czynników. W przypadku niepowikłanego przebiegu pooperacyjnego chory jest systematycznie kontrolowany w celu wykrycia niemych klinicznie zmian o charakterze wznowy miejscowej i/lub odległej. Leczenie ma wówczas najczęściej charakter paliatywny. Wyjątkowo istnieje możliwość leczenia radykalnego, które zależy od stanu ogólnego chorego, jego wydolności oddechowej i sposobu szerzenia się nowotworu. Powikłany przebieg pooperacyjny kończy się zgonem w 3,2–6,2% przypadków, często skutkuje długotrwałą hospitalizacją i nierzadko wymaga wieloetapowego leczenia [1, 2].

Przedstawiony przypadek dotyczy chorego na raka płuca, który został poddany leczniczej pneumonektomii. W okresie ponad 7-letniej obserwacji wystąpiły powikłania będące zarówno następstwem operacji, jak i nawrotu cho-

Abstract

The treatment of some complications after pneumonectomy is prolonged and multistage. Lung cancer recurrence after pneumonectomy is a rare indication for radical treatment.

The case we report was treated surgically for primary lung cancer seven years ago. Empyema after pneumonectomy appeared twice and required multistage treatment. At the same time the patient underwent additional pulmonary resection for cancer recurrence in the remaining lung. In these cases radical surgery or oncological treatment is almost always impossible. The patient we describe is still alive without any complications or recurrence of cancer.

Key words: lung cancer, empyema, pulmonary resection after pneumonectomy, stereotactic radiotherapy.

roby zasadniczej, które były wskazaniem do wielokrotnego leczenia z pozytywnym skutkiem dla chorego.

Opis przypadku

Czterdziestodwuletni mężczyzna, piekarz, został przyjęty do szpitala w dniu 16.06.2003 r. z rozpoznaniem raka płaskonabłonkowego płuca lewego w wyniku badania wycinków z bronchoskopii. W przeszłości chory poważnie nie chorował. W dniu przyjęcia określono wzrost (175 cm) i wagę pacjenta (55 kg). W okresie ostatnich 6 miesięcy chory odnotował utratę 20 kg masy ciała. Zgłaszał również okresowe wyżki temperatury ciała, kaszel, krwioplucie i duszność wysiłkową. W badaniach laboratoryjnych, z odchyleń od normy, stwierdzono jedynie małe stężenie hemoglobiny (Hb) – 12,4 g/dl. W badaniu radiologicznym klatki piersiowej uwidoczono zmianę guzową we wnącej płuca lewego i cechy zapalenia mięszu płucnego.

Adres do korespondencji: dr n. med. Dariusz Tomaszewski, Katedra i Klinika Chirurgii Klatki Piersiowej, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk, tel. +48 58 349 24 00, faks +48 58 349 24 29, e-mail: dtoma3@wp.pl

Tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej potwierdziła guz wnęki lewej z przyleganiem do tętnicy płucnej lewej oraz cofające się zmiany zapalne mięszu (ryc. 1).

Nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych śródpiersia. Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej nie wykazało odchyłeń od stanu prawidłowego. W badaniu spirometrycznym pojemność życiowa płuc (ang. *vital capacity* – VC) wynosiła 3,21 l (76%), natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (ang. *forced expiratory volume 1-second* – FEV₁) 2,23 l (65%). Wykonano bronchofiberoskopię, uwidaczniając kalafiorowate masy obturujące, prawie całkowicie dystalny odcinek oskrzela głównego lewego.

W dniu 18.06.2003 r. wykonano pneumonektomię lewą z wycięciem węzłów chłonnych śródpiersia. Kikut oskrzela zaopatrzono szwem mechanicznym TA 30–4,8. Przebieg operacji był niepowikłany, utratę krwi oceniono na ok. 300 ml. Bezpośrednio po operacji nie obserwowano powikłań i w dniu 01.07.2003 r. chorego wypisano do domu. W końcowym badaniu mikroskopowym rozpoznano *carcinoma planoepitheliale mediocriter differentiatum*, pT2 N0 M0.

Po 10 dniach chory został ponownie przyjęty na oddział z objawami ogólnego osłabienia, duszności, obfitego odkrztuszania śluzowo-ropnej wydzieliny i podwyższonej temperatury ciała. Radiologicznie stwierdzono odmę z nadciśnieniem w komorze poresekcyjnej oraz zapalenie mięszu płata dolnego płuca prawego. Natychmiast założono dren do komory poresekcyjnej. Następnie wykonano bronchofiberoskopię i odesano wydzielinę z oskrzeli płuca prawego. Stwierdzono przetokę kikuta oskrzela głównego lewego i obfitą ziarninę w linii szwu. Pobrano wycinki i rozpoznano obecność komórek *carcinoma planoepitheliale*. Po uzyskaniu poprawy stanu ogólnego chorego i stabilizacji śródpiersia, w 11. dobie drenażu, przy obecności przetoki w kikucie oskrzela, wykonano torakostomię okienkową, wycinając trzy 8-centymetrowe odcinki żeber w linii pachowej przed-

niej lewej. Codziennie wykonywano wymianę serwet gazowych nasączonych antyseptykiem. W dniu 13.08.2003 r. chorego wypisano do domu z zaleceniem wykonywania codziennych opatrunków i okresowych kontroli.

Kontrole wykazały prawidłowe gojenie komory poresekcyjnej, bez cech infekcji (posiewy bakteriologicznie ujemne). Badaniem bronchofiberoskopowym stwierdzono zamknięcie przetoki kikuta oskrzela i brak cech wznowy nowotworu. Już wówczas wysunięto tezę, że pierwsze rozpoznanie wznowy w kikucie było pomyłką.

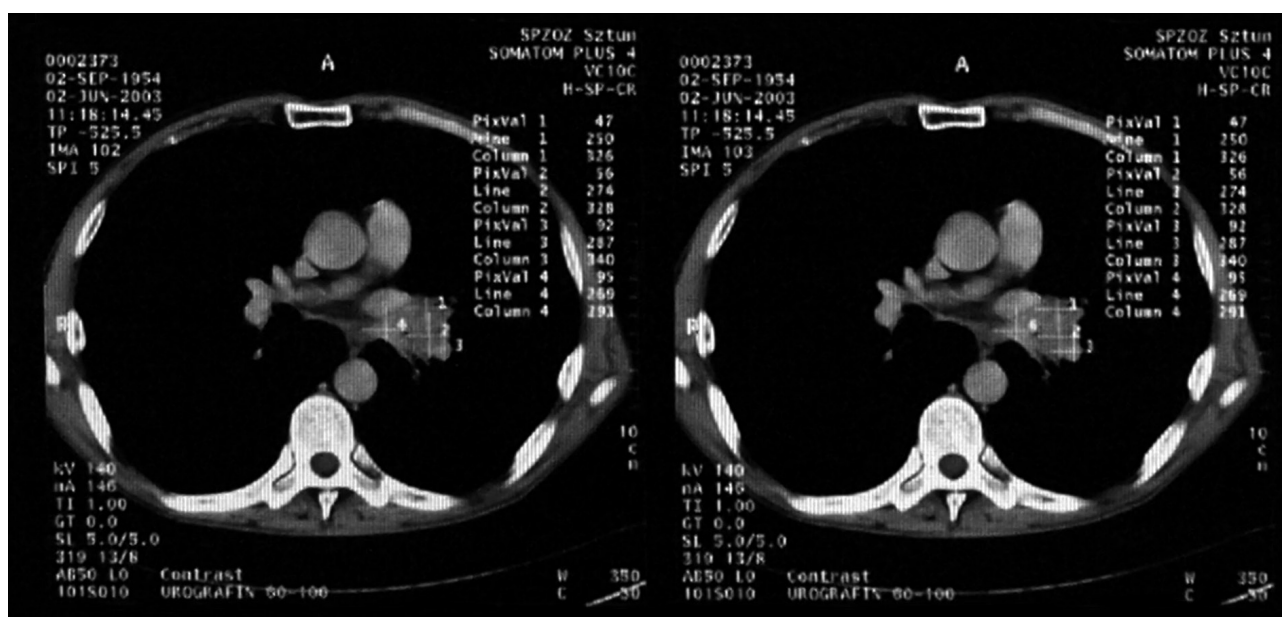
Chory został zakwalifikowany do zamknięcia torakostomii w dniu 20.07.2010 r. na drodze torakomioplastyki z użyciem mięśnia piersiowego większego. W przebiegu pooperacyjnym nie obserwowano powikłań, rana wygoiła się prawidłowo i chorego w stanie dobrym wypisano do domu 01.10.2003 r.

Okresowe kontrole, co 3 miesiące, nie wykazywały zarówno nawrotu choroby nowotworowej, jak i powikłań po pneumonektomii.

We wrześniu 2004 r. stwierdzono nawrót ropniaka komory poresekcyjnej z obecnością przetoki skórnej (łac. *empyema necessitatis*) i zmianę wtórną o średnicy 12 mm w mięszu 3. segmentu, przeciwległego, jedyne płuca, co zostało zobrazowane badaniem komputerowym klatki piersiowej.

W dniu 16.09.2004 r. wykonano ponownie retorakostomię okienkową w celu szybkiej likwidacji zakażenia poprzez codzienną wymianę opatrunków. W styczniu 2005 r. stwierdzono prawidłowe gojenie komory poresekcyjnej. Wykonano ponownie badania obrazowe, w których wykazano progresję guza w płucu prawym do 15 mm, przy braku innych zmian metastatycznych (ryc. 2).

Bronchofiberoskopia wykazała prawidłowo zagojony kikut oskrzela, bez cech wznowy miejscowej. Badania czynnościowe, VC 2,35 l (55%) i FEV₁ 1,86 l (57%), pozwoliły



Ryc. 1. Tomografia komputerowa klatki piersiowej – guz wnęki płuca lewego

zakwalifikować chorego do leczenia operacyjnego. W dniu 03.02.2005 r. wykonano torakotomię tylnoboczną prawą i wycięto klinowo guz (histopatologicznie: *carcinoma planoepitheliale* – zmiana przerzutowa). W 2. i 3. dobie wystąpiły cechy niewydolności krążenia, które opanowano farmakologicznie. W 8. dobie pooperacyjnej chorego w dobrym stanie ogólnym wypisano do domu, proponując zamknięcie torakostomii za 2 miesiące. W dniu 07.04.2005 r. wykonano retorakomioplastykę z użyciem mięśnia najszerzego grzbietu. Rana operacyjna została zagojona przez rychłozrost, natomiast przez dren wyprowadzony z komory po resekcji stwierdzono wypływ treści surowiczomętnej, bakteriologicznie dodatni – *Staphylococcus aureus*. Chorego wypisano do leczenia ambulatoryjnego z drenem w opatrunku, w celu stopniowego podciągania, do momentu śladowego wycieku jałowej treści, co nastąpiło po 6 tygodniach od operacji.

W czasie kolejnych 30 miesięcy obserwacji odnotowano całkowite wygojenie zmian będących powikłaniem pierwotnego leczenia operacyjnego. Badania obrazowe i bronchoskopowe nie wykazały wznowy procesu nowotworowego.

W lipcu 2008 r., w kontrolnych badaniach obrazowych, wykryto pojedynczy, 20-milimetrový guz w segmencie 4. płuca prawego. Wobec możliwości zastosowania radykalnej radioterapii stereotaktycznej odstąpiono od kolejnej resekcji mięszu jedyne go płuca. Na przełomie sierpnia i września 2008 r. chory był leczony w Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Gliwicach. W warunkach ambulatoryjnych zastosowano radioterapię stereotaktyczną w 3 cotygodniowych dawkach po 18 Gy/guz (łącznie 54 Gy/guz). Uzyskano pełną regresję zmiany.

Chory jest nadal kontrolowany w Poradni Torakochirurgicznej w Prabutach i Centrum Onkologii w Gliwicach. Stan ogólny chorego jest dobry, bez istotnych zmian w stosunku do ostatnich 2 lat. Kontrolna TK klatki piersiowej i jamy

brzuszej wykonana w czerwcu 2010 r. wykazała obecność odnękowych zmian popromiennych i miernie powiększone węzły chłonne śródpiersia. Zalecono kolejną kontrolę w grudniu 2010 r.

Dyskusja

Przedstawiony przypadek chorego na raka płuca, u którego wykonano leczniczą pneumonektomię, pokazuje, że trzeba, można i warto agresywnie leczyć, zarówno kolejne powikłania, jak i wznowy choroby nowotworowej, nawet w okresie trwania tych powikłań. Oczywiście na sposób leczenia ma wpływ stan ogólny chorego, wydolność krążeniowo-oddechowa, stopień zaawansowania nowotworu określony w czasie stwierdzenia wznowy. Nie dziwi leczenie kolejnych powikłań pooperacyjnych, ale fakt wykonania planowej resekcji jedyne go płuca w obecności niewyleczonych powikłań ropnych jest interesujący. Należy także zwrócić uwagę, jak ważna jest weryfikacja danych przy każdym badaniu chorego. Stwierdzenie obecności nowotworu w kikucie oskrzela głównego lewego 4 tygodnie po pneumonektomii było pomyłką diagnostyczną, co zweryfikował na korzyść chorego 7-letni okres obserwacji. Resekcja mięszu jedyne go płuca jest nadal rzadko wykonywana, gdyż wielu lekarzy uważa obecność guza w jedyne m płuca za przeciwwskazanie do operacji [3–5]. Również stany zapalno-ropne są przeciwwskazaniem do planowej operacji, napromieniania czy chemioterapii. Dobra kontrola miejsca zakażenia, w opisanym przypadku zastosowanie torakostomii okienkowej w leczeniu ropniaka, pozwoliła na bezpieczne przeprowadzenie dodatkowych procedur w leczeniu nawrotu nowotworu. Pojawienie się kolejnego guza w mięszu jedyne go płuca już raz poddanemu resekcji nadal nie jest przeciwwskazaniem do leczenia radykalnego. Dowodem są doświadczenia własne [5] i publikacja Terzi z 2004 r. [6]. Jednakże nie podjęto kolejnej próby leczenia chirurgicz-



Ryc. 2. Tomografia komputerowa klatki piersiowej – przerzut do drugiego płuca, ropniak komory po resekcji

nego, ze względu na wystąpienie objawów niewydolności krążenia po wycięciu pierwszego przerzutu oraz możliwej konieczności wycięcia płata środkowego, co w mojej ocenie przekreślało szansę postępowania operacyjnego. Chory został poddany radykalnej radioterapii stereotaktycznej, która doprowadziła do całkowitej regresji zmiany. Obecnie radioterapia stereotaktyczna staje się ważną, być może alternatywną metodą radykalnego leczenia niektórych guzów płuca [7, 8].

Przedstawiony przypadek jest świadectwem, że każdy chory musi być leczony indywidualnie. Jest to truizm, ale jakże często o tym zapominamy, opierając się na statystykach i utartych schematach postępowania, co nie jest błędem, ale z całą pewnością wielu chorym odbiera szansę na osiągnięcie dobrego wyniku leczenia.

Praca prezentowana podczas konferencji „Torakoneptualia” 2010, Jurata, 30.09–02.10.2010 r.

Piśmiennictwo

1. Ginsberg RJ, Hill LD, Eagan RT, Thomas P, Mountain CF, Deslauriers J, Fry WA, Butz RO, Goldberg M, Waters PF. Modern thirty-day operative mortality for surgical resections in lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983; 86: 654-658.
2. Wada H, Nakamura T, Nakamoto K, Maeda M, Watanabe Y. Thirty-day operative mortality for thoracotomy in lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998; 115: 70-73.
3. Grodzki T, Alchimowicz J, Kozak A, Kubisa B, Pieróg J, Wójcik J, Bielewicz M, Witkowska D. Additional pulmonary resections after pneumonectomy: actual long-term survival and functional results. *Eur J Cardiothorac Surg* 2008; 34: 493-498.
4. Wood DE. Pulmonary resection after pneumonectomy. *Thorac Surg Clin* 2004; 14: 173-182.
5. Tomaszewski D, Sternau A, Łapiński M, Rzyman W. Resekcja mięszu jedyne go płuca u chorych po pneumonektomii z powodu raka. *Kardiochir Torakochir Pol* 2009; 6: 38-42.
6. Terzi A, Lonardoni A, Scanagatta P, Pergher S, Bonadiman C, Calabrò F. Lung resection for bronchogenic carcinoma after pneumonectomy: a safe and worthwhile procedure. *Eur J Cardiothorac Surg* 2004; 25: 456-459.
7. Ball D, Withers HR. Stereotactic radiotherapy for stage I non-small-cell lung cancer – the triumph of technology over biology? *Nat Clin Pract Oncol* 2007; 4: 614-615.
8. Kępka L. Dylematy radykalnego leczenia onkologicznego chorych na raka płuca w okresie starości. *Pneumonol Alergol Pol* 2009; 77: 166-172.