

## ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΤΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΕΣ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΙΣ ΜΕ ΜΜΚΠ



Αθανασιάδη Καλλιόπη <sup>1</sup>, Σιγάλα Ι <sup>3</sup>, Δήμα Ε. <sup>3</sup>, Λιβεράκου Ε. <sup>1</sup>, Ελευθερίου Κ. <sup>3</sup>, Γιαννιού Ν. <sup>3</sup>, Μικροβασίλη Μ. <sup>2</sup>, Ουρανής Π. <sup>2</sup>, Ζακυνθινός Γ <sup>3</sup>, Ρούτση Χ. <sup>3</sup>  
Τμήματα (1)Χειρουργικής Θώρακος-Καρδιάς, (2)Αναισθησιολογικό, & (3)Κλινική Εντατικής Θεραπείας και Αναπνευστικής Ανεπάρκειας ΕΚΠΑ,  
Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

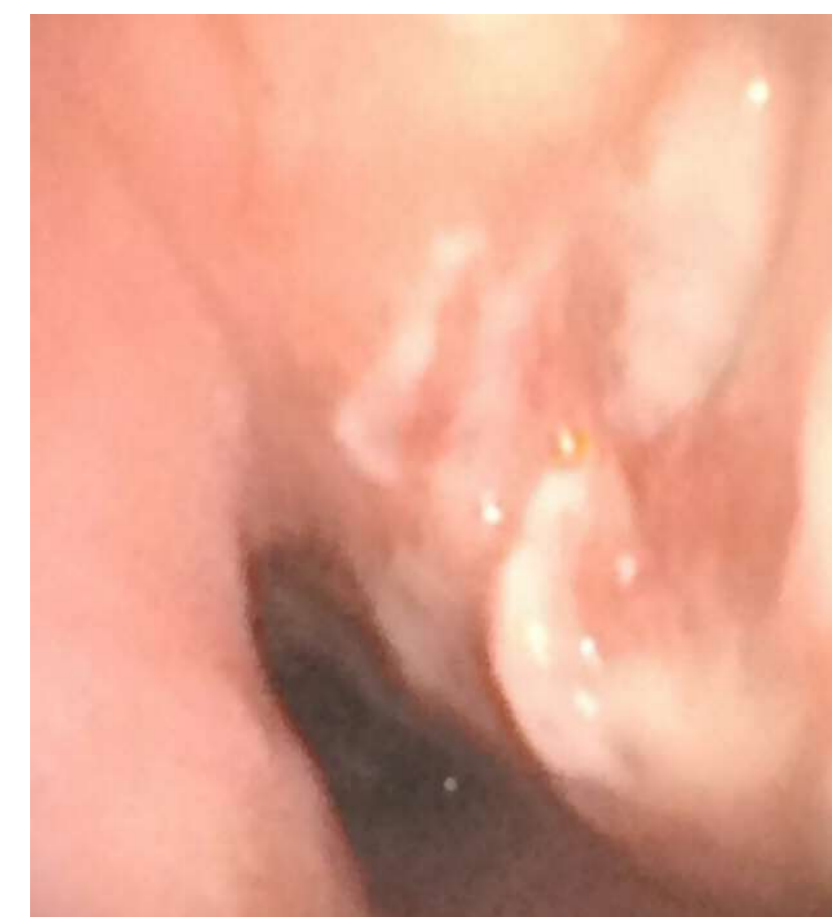
Παρά τη συνεχή μείωση των εκτελούμενων πνευμονεκτομών τα τελευταία χρόνια, αφενός, με τον υψηλότερο αριθμό ανιχνευόμενων περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα πρώιμου σταδίου με την αξονική τομογραφία και, αφετέρου, με την αύξηση του αριθμού των επεμβάσεων διάσωσης πνευμονικού παρεγχύματος, η πνευμονεκτομή εξακολουθεί να είναι αναγκαία σε ΜΜΚΠ λόγω της τοπικής εξέλιξης της νόσου σε ποσοστό 15-20%.

Η μελέτη μας περιλαμβάνει ασθενείς των 4 τελευταίων ετών, που υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομή σε πολύ επιλεγμένες περιπτώσεις με χαμηλή νοσηρότητα και θνητότητα.

### ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε σύνολο περίπου 1150 θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων κατά τα τελευταία 4 χρόνια, 41 ασθενείς (3,5%) υποβλήθηκαν σε πνευμονεκτομές για τοπικά προχωρημένη νόσο. Επρόκειτο για 36 άνδρες και 5 γυναίκες ηλικίας 56 έως 78 ετών. Η διαγνωστική διαδικασία περιλάμβανε αξονική τομογραφία, PET / CT) και βρογχοσκόπηση. Πραγματοποιήθηκε ενδελεχής έλεγχος της καρδιαγγειακής και αναπνευστικής κατάστασης των ασθενών συμπεριλαμβανομένων του υπερηχοκαρδιογραφήματος, FEV1, DLCO και σπινθηρογραφήματος αερισμού/αιμάτωσης.

Τα στάδια του ΜΜΚΠ ήταν IIB και IIIA. Δέκα ασθενείς είχαν λάβει προεγχειρητικά χημειοθεραπεία, ενώ σε 3 περιπτώσεις, η διαδικασία θεωρήθηκε θεραπεία διάσωσης, καθώς ήταν οξυγονοεξαρτώμενοι με ποσόστωση 0-3% στον πάσχοντα πνεύμονα.



Εικ.1: Βρογχοσκόπηση που δείχνει διήθηση του στελεχιαίου βρόγχου.



Εικ. 2: Η αξονική τομογραφία αναδεικνύει έναν μη λειτουργικό αρ. πνεύμονα..

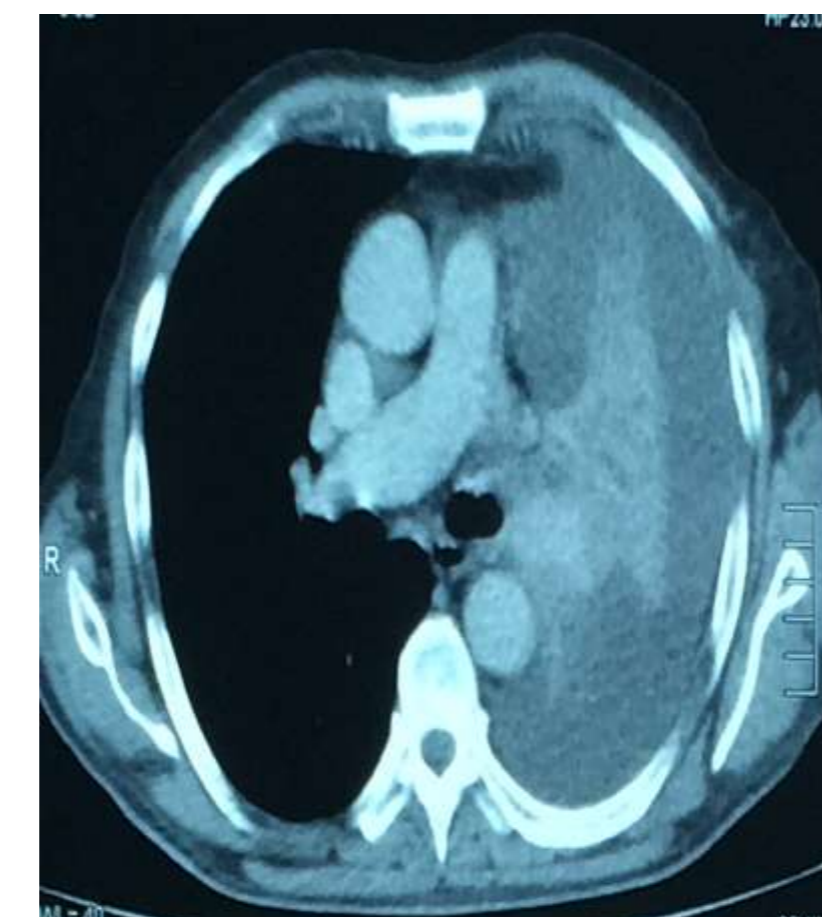


Fig.3: Αξονική τομογραφία πλακώδους Ca πνεύμονα, που αποκλείει το στελεχιαίο βρόγχο.

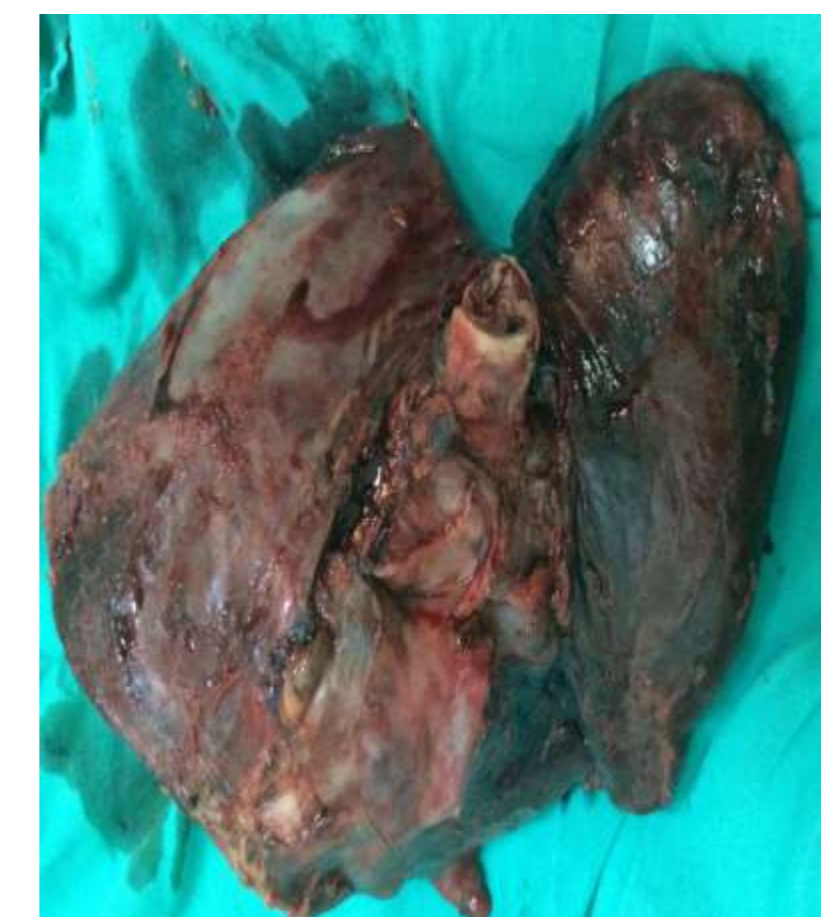


Fig.4: Παρασκευάσμα αρ. πνεύμονα.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά την πλήρη ενημέρωση και συγκατάθεση τους, οι ασθενείς οδηγήθηκαν στο χειρουργείο. Υπό γενική αναισθησία με σωλήνα διπλού αυλού, 32 από αυτούς υποβλήθηκαν σε εξωπερικαρδιακή πνευμονεκτομή, ενώ οι υπόλοιποι σε ενδοπερικαρδιακή δια πλάγιας θωρακοτομής. Η περιεγχειρητική θνητότητα ανήλθε σε 2,4% λόγω εμφράγματος του μυοκαρδίου. Η εντατική αναπνευστική φυσιοθεραπεία μείωσε την περιεγχειρητική νοσηρότητα με μεγαλύτερη όμως μετεγχειρητική νοσηλεία (7-14 ημέρες). Σε follow up ενός έτους, δεν αναφέρθηκε καμία περίπτωση βρογχοπλευρικού συριγγίου. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε πλακώδες καρκίνωμα στην πλειοψηφία των ασθενών μας (53.3%). Όλοι οι ασθενείς, εκτός από έναν, υποβλήθηκαν μετεγχειρητικά σε χημειο- ή χημειο-ακτινοθεραπεία.

### ΣΧΟΛΙΑ

Ο μειούμενος αριθμός των πνευμονεκτομών τα τελευταία χρόνια συνδέεται τόσο με τον υψηλότερο αριθμό ανιχνευόμενων περιπτώσεων πρώιμου σταδίου καρκίνου του πνεύμονα με σαρώσεις CT χαμηλής δόσης, όσο και με την αυξανόμενη συχνότητα των χειρουργικών επεμβάσεων διάσωσης του πνευμονικού παρεγχύματος (sleeve resections). Ένας άλλος λόγος είναι η μελέτη Intergroup, μια τυχαιοποιημένη μελέτη που δημοσιεύθηκε το 2009, που ανακοίνωσε μεγάλη θνητότητα και νοσηρότητα στις πνευμονεκτομές. Ωστόσο, η πνευμονεκτομή αποτελεί ασφαλή επέμβαση, όταν εκτελείται σε οργανωμένα κέντρα μεγάλου όγκου επεμβάσεων, με πολύ καλά αποτελέσματα και ελάχιστη περιεγχειρητική νοσηρότητα και θνησιμότητα.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Παρά το μεγαλύτερο περιεγχειρητικό τραύμα, η προσεκτική προεγχειρητική εκτίμηση, η εξατομίκευση στο ογκολογικό συμβούλιο, η χειρουργική τεχνική και η μετεγχειρητική φροντίδα επιτυγχάνουν ευνοϊκά αποτελέσματα στις περιπτώσεις πνευμονεκτομών με συχνά ακόμη καλύτερη ποιότητα ζωής για τον ασθενή.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Fuentes PA. Pneumonectomy: historical perspective and prospective insight. Eur J Cardio-Thorac Surg, 2003; 23(4):439-45.
- 2.Perentes, JY, Zellweger, M, Gonzalez M. Is pneumonectomy still necessary? J Thorac Dis 2018; 10(12):6414-17.
- 3.White A, Kucukak S, Bueno R, Servais E. et al. Pneumonectomy is safe and effective for non-small cell lung cancer following induction therapy. J Thorac Dis 2017 9(11): 4447-53.
- 4.Skrzypczak PJ, Roszak M, Kasprzyk M. et al. Pneumonectomy – permanent injury or still effective method of treatment? Early and long-term results and quality of life after pneumonectomy due to non-small cell lung cancer. Kardiochir Toracochirurgia Pol 2019; 16(1): 7-12.
- 5.Riquet M, Mordant P, Pricopi C, Legras A, et al. A review of 250 ten-year survivors after pneumonectomy for non-small-cell lung cancer. Eur J Cardiothorac Surg 2014;45:876-81.