

ΣΥΝΟΨΗ

Στην συγκεκριμένη παρουσίαση παραθέτουμε την προσέγγιση ενός μη-ανοσοκατεσταλμένου ασθενούς που ανευρέθηκαν κοιλοτικές πνευμόνων άμφω με σκοπό όχι μόνο να παρουσιάσουμε μία ενδιαφέρουσα σπάνια περίπτωση διάγνωσης αλλά και να τονίσουμε τον ρόλο της τακτικής παρακολούθησης και επαναξιολόγησης των περιστατικών αυτών. Εξαιρετικά σημαντικό ρόλο κατέχει και η συνεργασία με τα ογκολογικά τμήματα των εκάστοτε μονάδων υγείας προς σχεδιασμό της κατάλληλης διαγνωστικής προσέγγισης πέρα από την θεραπεία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ασθενής 59 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του Γ.Ν Πατρών λόγω βήχα παραγωγικού με κιτρινωπή απόχρωση από πενθημέρου με συνοδό ρινική συμφόρηση και αίσθημα δύσπνοιας.

Εκ του ατομικού αναμνηστικού:

➤ Ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη (τύπου 2) υπό sc INSULIN GLARGINE 23 μονάδες 1X1, tb DAPAGLIFLOZIN 10mg 1X1 και tb SITAGLIPTINE + METFORMIN (50+1000)mg 1X2, καλοήθης ιδιοπαθής υπέρταση υπό tb AMLODIPINE 5mg 1X2 και tb LOSARTAN 100mg 1X1, δυσλιπιδαιμία υπό tb EZETIMIBE + SIMVASTATIN (10+20)mg 1X1, γαστροπροστασία με tb ESOMEPRAZOLE 40mg 1X1.

➤ Αναφέρει χειρουργείο διαφραγματοπλαστικής και ρινοπλαστικής προ 30 ετών (έκτοτε πολλαπλά υποτροπιάζοντα επεισόδια ιγμορίτιδας) και χειρουργική αφαίρεση κύστης κόκκυγος προ 20ετίας

➤ Κάπνισμα :40 packet/years

Ζωτικά σημεία κατά την προσέλευση:

ΑΠ (156/82mmHg), Σφύξεις= 78/min, Θ= 36°C και SpO₂= 95% σε FiO₂= 21% με AAA: pO₂= 81.8mmHg, pCO₂= 33.8mmHg και pH= 7.39.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Από **ΩΡΛ εξέταση**: κατάληψη δεξιού ιγμορείου με στοιχεία χρόνιας ιγμορίτιδας

Από **φυσική εξέταση**: εκπνευστικοί μουσικοί (συρρίπτοντες και ρεγάζοντες) άμφω πνευμόνων

Από **απεικονιστικό έλεγχο θώρακος (CT θώρακος)**: συμπαγή πυκνωτικά στοιχεία στον πνεύμονα με αεροβρογχόγραμμα που εκτείνονται από την AP πύλη έως την περιφέρεια στον ΑΑΛ καθώς και οζώδη διηθήματα με κοιλοποίηση στον ΔΑΛ και στον ΑΚΛ (**ΕΙΚΟΝΑ 1**)

Πραγματοποιήθηκε **διαγνωστική τραχειοβρογχοσκόπηση με εύκαμπτο βρογχοσκόπιο**: Οι βρόγχοι ελέγχθησαν βατοί μέχρι και τους υποτμηματικούς χωρίς την εύρεση απόφραξης, στένωσης ή ενδοβρογχικής μάζας με αρκετές λευκώπες εκκρίσεις οι οποίες αποστάλησαν προς κυτταρολογική εξέταση, καλλιέργεια για κοινά παθογόνα και άτυπα καθώς και καλλιέργεια β-Koch και χρώση Ziehl Neelsen

Ο ασθενής έλαβε εμπειρική **αντιβιοτική αγωγή** ως επί πνευμονίας με i.v CEFOTAXIME 600 1X2, i.v AZITHROMYCIN 500 1X1 και i.v CLINDAMYCIN 600 1X3 για συνολικό διάστημα 14 ημερών. Εξήλθε άπυρετος και κλινικά βελτιωμένος μετά 5 ημέρου.

FOLLOW-UP

❖ Ο ασθενής προσήλθε για επανέλεγχο μετά από περίοδο 1 μήνα παρουσιάζοντας μεγάλη κλινική βελτίωση και ύφεση των συμπτωμάτων

❖ Από απεικονιστικό έλεγχο (**ΕΙΚΟΝΑ2**) : παραμονή των ευρημάτων που είχαν ελεγχθεί και στον προ μηνός απεικονιστικό έλεγχο (πυκνωτικά στοιχεία στον πνεύμονα με αεροβρογχόγραμμα που εκτείνονται από την AP πύλη έως την περιφέρεια στον ΑΑΛ καθώς και οζώδη διηθήματα με κοιλοποίηση στον ΔΑΛ και στον ΑΚΛ)

❖ Οι καλλιέργειες των βρογχικών εκκρίσεων που είχαν αποσταλεί από την βρογχοσκόπηση **ΔΕΝ** απομόνωσαν παθογόνο.

❖ Οι κυτταρολογικές εξετάσεις των βρογχικών εκκρίσεων **ΔΕΝ** ανέδειξαν ιδιαίτερη παθολογία

❖ Λόγω των παραπάνω αρνητικών ευρημάτων πραγματοποιήθηκε διαθωρακική παρακέντηση υπό CT καθοδήγηση του κοιλοτικού σχηματισμού στον ΔΑΛ (**εικόνα 3**) με αναρρόφηση μικρής ποσότητας αιματηρού υλικού (**FNA**) που απεστάλη για καλλιέργεια καθώς και λήψη ιστοτεμαχίου (**FNB**) που απεστάλη στο παθολογοανατομικό εργαστήριο για βιοψία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η καλλιέργεια από την FNA **ΔΕΝ** ανέδειξε την ανάπτυξη κάποιου μικροοργανισμού, αλλά η παθολογοανατομική εξέταση του ιστοτεμαχίου που ανακτήθηκε με την FNB ανέδειξε μορφολογικά και ανοσοϊστοχημικά ευρήματα συμβατά με **βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα**.

✓ Στην διαφορική διάγνωση περιλαμβάνεται το πρωτοπαθές βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα πνεύμονα καθώς και η μεταστατική διήθηση από το ανώτερο γαστρεντερικό (πάγκρεας – χοληφόρα).

✓ Πραγματοποιήθηκε FDG PET-CT ανέδειξε πνευμονική παρεγχυματική αλλοίωση στον AP άνω λοβό με συμπαγή στοιχεία που φέρονται προς την πνευμονική πύλη και παρουσιάζουν αυξημένη πρόσληψη FDG (SUVmax= 6.6) καθώς και ευμεγέθεις παχυτοιχωματικές αλλοιώσεις στον ΔΑΛ και στο οπίσθιο τμήμα του ΑΚΛ οι οποίες παρουσιάζουν επαφή με τον πλευρικό υπεζωκότα και εμφανίζουν κατά τόπους αυξημένη πρόσληψη FDG (SUVmax= 4.9)

✓ Πραγματοποιήθηκε MRI άνω κοιλίας και MRI εγκεφάλου προς αποκλεισμό άλλης πρωτοπαθούς εστίας: χωρίς παθολογικά ευρήματα

○ Τίθεται η διάγνωση: **Πρωτοπαθές Βλεννώδες Αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα PMA – κρίνεται μεταστατικό stage 4** . Η συλλογή ιστοτεμαχίου για βιοψία που ανέδειξε τα νεοπλασματικά κύτταρα, πραγματοποιήθηκε από την δεξιά κοιλοτική βλάβη. Όμως στο FDG PET-CT παρουσιάζει μικρότερη πρόσληψη FDG από την παρεγχυματική αλλοίωση στον AP άνω λοβό και επομένως θεωρείται σαν πρωταρχική εστία η βλάβη στον αριστερό πνεύμονα με την μεγαλύτερη πρόσληψη.

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

❖ Το βλεννώδες αδενοκαρκίνωμα του πνεύμονα (PMA) αποτελεί έναν από τους πιο σπάνιους ιστολογικούς υπότυπους αδενοκαρκινώματος του πνεύμονα (αποτελεί το 5% των νεοπλασμάτων του πνεύμονα). Ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του είναι ότι μιμείται απεικονιστικά και ακροαστικά μία λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού – πνευμονία (απεικονιστικά παρατηρούνται συνήθως πυκνωτικά διηθήματα με αεροβρογχόγραμμα ή/και οζώδεις σχηματισμοί με κοιλότητα και ακροαστικά μπορούμε να εντοπίσουμε λεπτούς τελοισπνευστικούς μη-μουσικούς τρίζοντες).

❖ Διακρίνεται περεταίρω σε δύο κατηγορίες ανάλογα με την ύπαρξη η μη βλαβών με κοιλοποίηση, με την πρώτη κατηγορία να σχετίζεται με δυσμενέστερη πρόγνωση. Στοιχεία που ευνοούν την πρόγνωση αφορούν σε γονιδιακές μεταλλάξεις που να αποτελούν στόχους συγκεκριμένης ανοσοθεραπείας (ειδικότερα η μετάλλαξη EGFR) καθώς και το στάδιο κατά την διάγνωση.

❖ Ιστολογικά η διάγνωση τίθεται όταν εντοπίζεται ενδοκυτταρική βλεννή σε ποσοστό > 50% των καρκινικών κυττάρων, ενώ πολύ συχνά στα καρκινικά κύτταρα του βλεννώδους αδενοκαρκινώματος εντοπίζονται μεταλλάξεις του γονιδίου KRAS και πολύ σπάνια του TP53.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

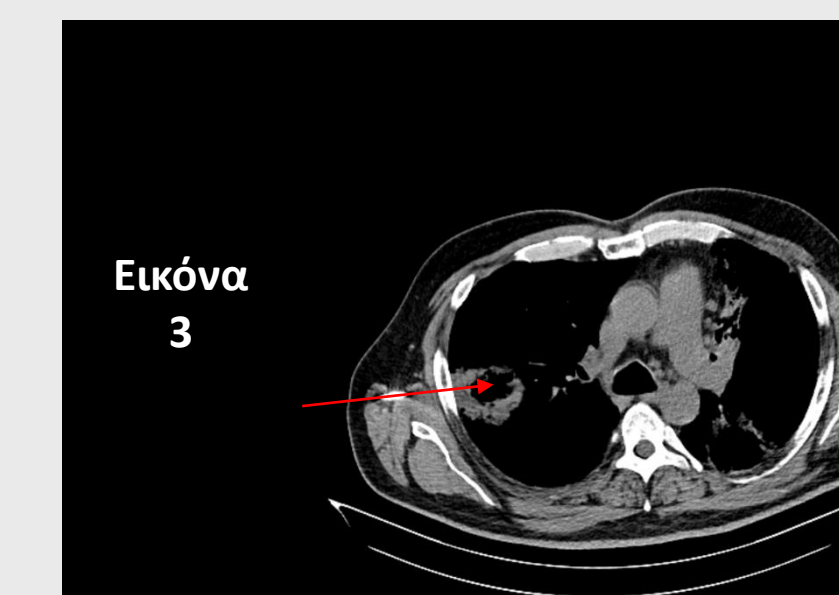
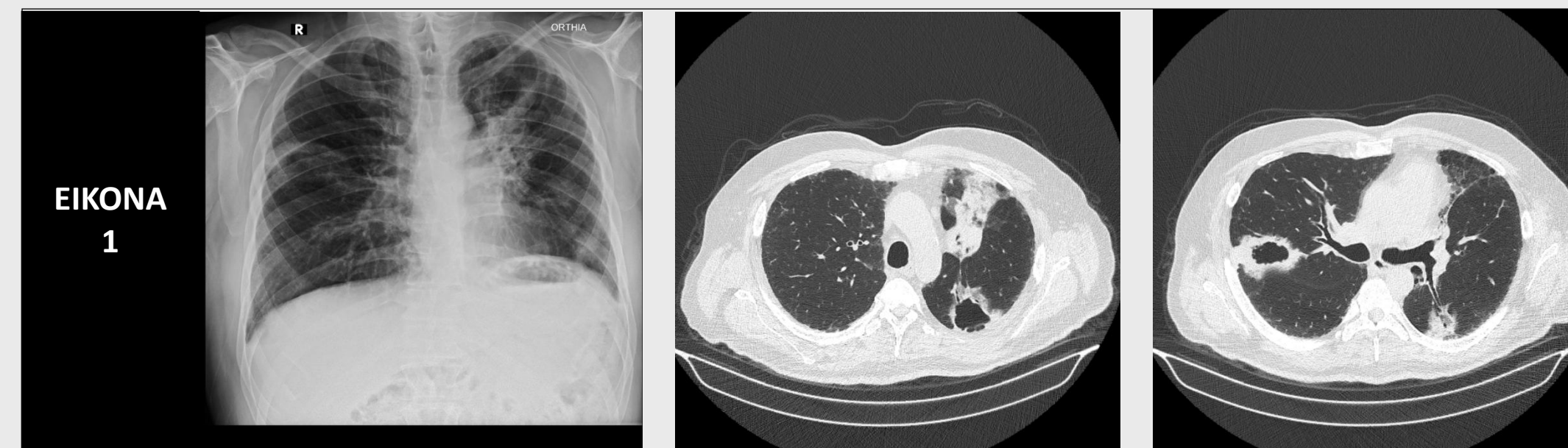
▪ Συνοψίζοντας ο συγκεκριμένος υπότυπος αδενοκαρκινώματος πνεύμονα αποτελεί έναν από τους πιο σπάνιους υπότυπους και χαρακτηρίζεται από πτωχή πρόγνωση ειδικότερα σε περιπτώσεις

1. έλλειψης συγκεκριμένων γονιδιακών μεταλλάξεων,
2. όπου εμφανίζεται κοιλοποίηση στο παρέγχυμα
3. και σε περιπτώσεις υψηλού staging κατά την διάγνωση.

▪ Ασθενείς στους οποίους ανευρέθηκαν κοιλοτικοί σχηματισμοί στον πνεύμονα θα πρέπει να επανελέγχονται ανά τακτά χρονικά διαστήματα και σε περιπτώσεις μη υποχώρησης απεικονιστικά, θα πρέπει ο ιατρός να αναλογίζεται μεθόδους και επεμβατικές τεχνικές άμεσης προσέγγισης των κοιλοτήτων προς επίτευξη διάγνωσης. Η έλλειψη διάγνωσης ή η κατάληξη σε μία διάγνωση που δεν δικαιολογεί επαρκώς όλα τα απεικονιστικά ευρήματα μπορεί να είναι θανάσιμη για τους συγκεκριμένους ασθενείς

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Primary mucinous adenocarcinoma of the lung: a case report and review of the literature. Liu Y, Zhang HL, Mei JZ, et al. Oncol Lett. 2017;14:3701–3704. doi: 10.3892/ol.2017.6615.
2. Primary mucinous carcinomas of the lung: clinical characteristics and treatment outcomes. Rajeev LK, Thottian AG, Amirtham U, et al. Lung India. 2020;37:491–494. doi: 10.4103/lungindia.lungindia_52_20.
3. Primary invasive mucinous adenocarcinoma of the lung: prognostic value of CT imaging features combined with clinical factors. Wang T, Yang Y, Liu X, et al. Korean J Radiol. 2021;22:652–662. doi: 10.3348/kjr.2020.0454.



ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Παπουτσή Γεώργιος
Γ.Ν Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας» - Πνευμονολογική Κλινική
Email: papoutsis.george@outlook.com
Phone: +30 6955417331