

Πνευμονεκτομή: αποτελεί από μόνη της μια πάθηση;

(The threat of pneumonectomy: a disease in itself?)

Prof. Pascal Thomas, Επιστημονική παρουσίαση από "ERS Scholl Courses 2006"
Early stage lung cancer, Strasbourg, France

Απόδοση στα ελληνικά: ΣΟΦΙΑ ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
Είδ. Πνευμονολόγος Κ. Α. Α. ΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

Το 1933 οι Graham και Singer ανέφεραν την πρώτη επιτυχή αριστερή πνευμονεκτομή, ενώ το 1935 πραγματοποιήθηκε η πρώτη επιτυχής δεξιά πνευμονεκτομή από τον Overholt σε ασθενή που έπασχε από καρκινοειδές του πνεύμονα. Στη δεκαετία του '40, το ποσοστό της διεγχειρητικής θνητότητας υπερβαίνει το 50%, ενώ στη δεκαετία του '90 το ποσοστό αυτό ήταν μικρότερο του 5%. Παρ' όλα αυτά, δεν έχει ξεκαθαριστεί αν η πνευμονεκτομή μετατρέπεται σε όλο και περισσότερο ασφαλές χειρουργείο με το πέρασμα του χρόνου.

Σύμφωνα με πρόσφατες αναφορές παγκοσμίως, το ποσοστό της θνητότητας της πνευμονεκτομής είναι μεγαλύτερο από αυτό που αναφέρεται και υπερβαίνει το 10%.

Αυτό εξηγείται ως εξής: λέγοντας μετεγχειρητική θνητότητα εννοούμε το ποσοστό των θανάτων που συμβαίνουν 30 ημέρες μετά από το χειρουργείο, περίοδος που δε συμπεριλαμβάνει τυχόν φυσικά επακόλουθα ή επιπλοκές που μπορεί να συμβούν 60 ή 90 ημέρες μετά το χειρουργείο (σε αυτή την περίπτωση το ποσοστό της θνητότητας μπορεί να υπερβεί το 25%). Επιπροσθέτως, σε κάθε προσπάθεια αποτίμησης των κινδύνων της πνευμονεκτομής, πρέπει να ληφθεί υπόψη η αύξηση του μέσου όρου ηλικίας, η ποικιλία τρόπων αντιμετώπισης των νεοπλασιών όταν συνδυάζονται με χημειο- και / ή ακτινοθεραπεία, όπως και η διαφοροποίηση των επιπλοκών ανάλογα με το ποιος πνεύμονας έχει αφαιρεθεί (η δεξιά πνευμονεκτομή έχει διπλάσια θνητότητα).

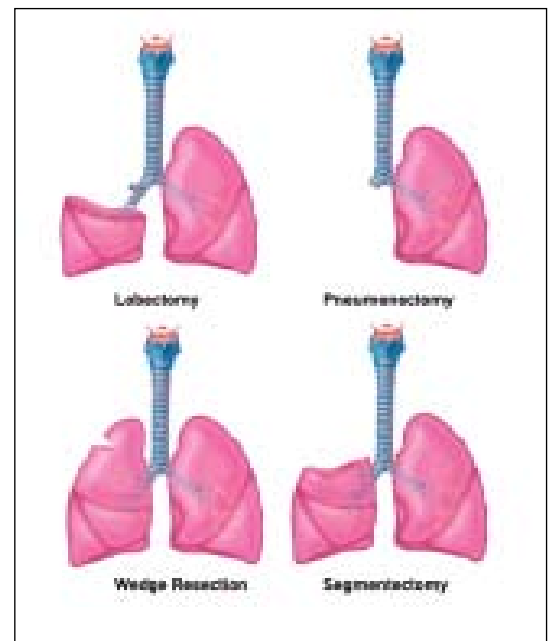
Οι κύριες αιτίες θανάτου μετά από πνευμονεκτομή είναι η αναπνευστική ανεπάρκεια και η δημιουργία βρογχο-υπεζωκοτικού συριγγίου.

Η συχνότητα βρογχο-πλευρικής επικοινωνίας μετά από δεξιά πνευμονεκτομή κυμαίνεται από 4 έως 8%, ενώ για την αριστερή είναι 1,5 έως 3%. Αυτό έχει να κάνει με τα ανατομικά χαρακτηριστικά του βρογχικού δέντρου: το κολόβωμα του δεξιού κύριου βρόγχου παραμένει στον υπεζωκοτικό χώρο μετά τη χειρουργική εκτομή, ενώ αυτό του αριστερού κύριου βρόγχου εισχωρεί στο μεσοθωράκιο, προστατεύοντάς το από φλεγμονή ή πιθανή ρήξη.

Μία από τις αιτίες μετεγχειρητικής οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας είναι το πνευμονικό οίδημα μετά από πνευμονεκτομή (ΟΜΠ). Το ΟΜΠ δεν αποτελεί συχνή επιπλοκή, όμως παρουσιάζει θνητότητα της τάξεως του 50%.

Συνήθως συμβαίνει σε διάστημα τριών ημερών από το χειρουργείο και συνδυάζεται με εικόνα πνευμονικού οιδήματος στην ακτινογραφία θώρακος, χωρίς να υπάρχουν στοιχεία καρδιακής δυσλειτουργίας, πνευμονίας, σήψης ή εισρόφησης.

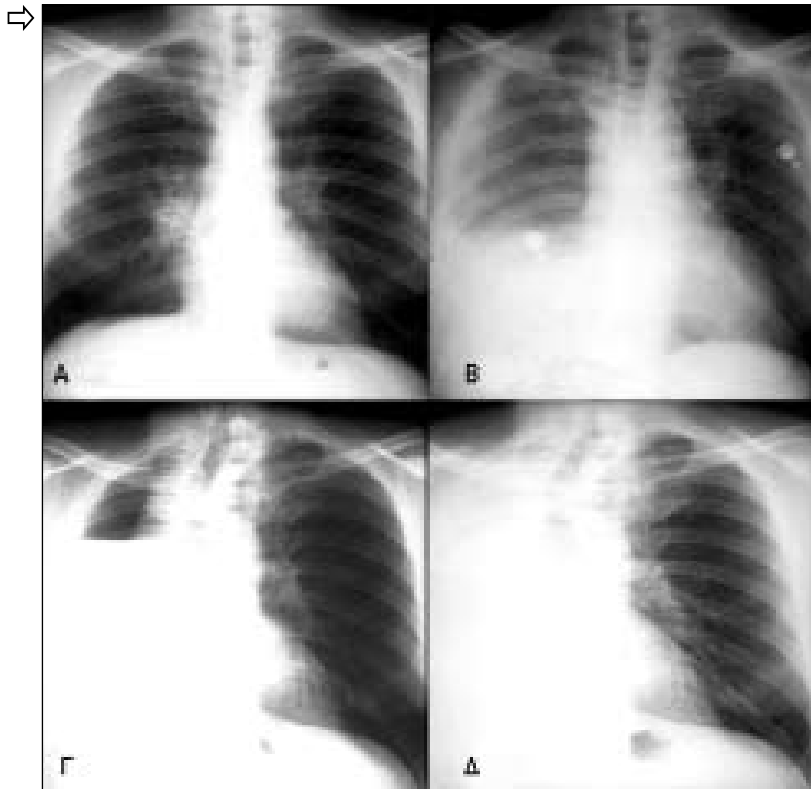
Εικόνα 1. Σχηματική σύνοψη των θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων σε ασθενείς με χειρουργήσιμο καρκίνο του πνεύμονα.



Συμβαίνει συχνά μετά από δεξιά πνευμονεκτομή και αυτό λόγω της μεγαλύτερης λεμφικής παροχέτευσης του δεξιού πνεύμονα που πρέπει να αναπληρωθεί από τον αριστερό. Η παθογένεια δεν είναι γνωστή, όμως πιθανολογείται πως η υπερπλήρωση με υγρά, η αναπληρωματική υπερδιάταση του άλλου πνεύμονα, συχνές μεταγγίσεις, μικροεισροφήσεις και μικροέμβολα παίζουν σημαντικό ρόλο. Η χορήγηση κορτικοστεροειδών διεγχειρητικά μειώνει το ποσοστό της καταστροφικής αυτής επιπλοκής.

Αν και η λοβεκτομή έχει ένδειξη για τα πρώιμα στάδια καρκίνου του πνεύμονα, πρόσφατες έρευνες αναφέρουν πως το ποσοστό των ασθενών που υποβάλλονται σε πνευμονεκτομή κυμαίνεται από 5% έως και 20%.

Αυτοί οι ασθενείς έχουν σχετικά καλή πρόγνωση, όμως, σύμφωνα με μελέτες, η πνευμονεκτομή σε αρχικό στάδιο του καρκίνου μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την επιβίωση λόγω των



Εικόνα 2. Ακτινολογική εξέλιξη της μετεγχειρητικής πορείας ασθενών με πνευμονεκτομή.

θανάσιμων επιπλοκών. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να προτιμάται η εκτεταμένη λοβεκτομή, σε συνδυασμό με βρογχοπ्लाστική και αγγειοπ्लाστική, σε περιπτώσεις που τεχνικά είναι εφικτό.

Η πνευμονεκτομή πραγματοποιείται σε περιπτώσεις προχωρημένης νόσου και συνήθως συνδυάζεται με χημειο- και/ή ακτινοθεραπεία. Η πνευμονεκτομή μετά από χημειο- και/ή ακτινοθεραπεία έχει μεγάλη θνητότητα και ιδίως σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται. Η παρατήρηση αυτή οδηγεί στο να λαμβάνουμε υπόψη εναλλακτικές θεραπευτικές μεθόδους, όπως ακτινοθεραπεία σε συνδυασμό ή όχι με λοβεκτομή και ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι στο δεξιό πνεύμονα.

Η ποιότητα ζωής μετά από πνευμονεκτομή είναι ένα πολύ σημαντικό θέμα για τον ασθενή. Η δύσπνοια συνήθως ο-

Μία από τις αιτίες μετεγχειρητικής οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας είναι το πνευμονικό οίδημα μετά από πνευμονεκτομή (ΟΜΠ). Το ΟΜΠ δεν αποτελεί συχνή επιπλοκή, όμως παρουσιάζει θνητότητα της τάξεως του 50%. Η χορήγηση κορτικοστεροειδών διεγχειρητικά μειώνει το ποσοστό της καταστροφικής αυτής επιπλοκής.

φείλεται σε προοδευτική νόσο του εναπομείναντα πνεύμονα. Το σύνδρομο μετά από πνευμονεκτομή είναι μια σπάνια επιπλοκή που οφείλεται στις ανατομικές αλλαγές που συμβαίνουν στο θωρακικό κλιβό λόγω διάταξης του εναπομείναντα πνεύμονα.

Συνήθως συμβαίνει μετά από δεξιά πνευμονεκτομή και έχει να κάνει με την παρεκτόπιση μεσοθωρακίου που προκαλεί συμπίεση της τραχείας και των κύριων βρόγχων μεταξύ μεγάλων αγγείων και σπονδυλικής στήλης. Σαν λύση αυτού του προβλήματος προτείνεται η τοποθέτηση στο κενό ημιθωράκιο υλικού που διατείνεται.

Ανακεφαλαιώνοντας, θα λέγαμε πως η πνευμονεκτομή αποτελεί από μόνη της μια νόσο και ιδίως η δεξιά, η οποία έχει χειρότερη πρόγνωση. Βέβαια θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας την αιτία για την οποία πραγματοποιείται, δηλαδή τον καρκίνο του πνεύμονα. Βρισκόμαστε, λοιπόν, μπροστά σε ένα μεγάλο δίλημμα: θάνατος λόγω των καταστροφικών επιπλοκών της πνευμονεκτομής ή λόγω του καρκίνου του πνεύμονα;

Βιβλιογραφία

1. Kopec SE, Irwin RS, Umali-Torres CB, Balician JP, Conlan AA. The postpneumonectomy state. *Chest* 1998; 114:1158-84.
2. Jordan S, Mitchell JA, Quinlan GJ, Goldstraw P, Evans TW. The pathogenesis of lung injury following pulmonary resection. *Eur Respir J* 2000; 15:790-9.
3. Thomas P, Doddoli C, Thirion X, Chez O, Payan-Defaais MJ, Giudicelli R, Fuentes P. Stage I NSCLC: a pragmatic approach to prognosis after complete resection. *Ann Thorac Surg* 2002; 73:1065-70.
4. Fuentes PA. Pneumonectomy: historical perspective and prospective insight. *Eur J Cardiothorac Surg* 2003; 23:439-45.
5. Doddoli C, Barlesi F, Trousse D, Robitali S, Yena S, Astoul P, Giudicelli R, Fuentes P, Thomas P. One hundred consecutive pneumonectomies after induction therapy for NSCLC: an uncertain balance between risks and benefits. *J Thoracic Cardiovasc Surg* 2005; 130:416-25.
6. Thomas P, Doddoli C, Barlesi F, Reynaud-Gaubert M, Giudicelli R, Fuentes P. Late pulmonary artery stump thrombosis with post embolic pulmonary hypertension after pneumonectomy. *Thorax* 2006; 61:177-178.