

CANCER PULMONAR CAVITAR IMITIND UN PLĂMIN POLICHISTIC INFECTAT

Zeno Barbu, László Lakatos

Cancerul pulmonar cavitatar se constată destul de des în cursul autopsiilor. El prezintă importanță clinică prin faptul că prezența procesului cavitatar poate fi pusă în evidență încă în viață cu ajutorul examenului radiologic, astfel încât stabilirea diagnosticului diferențial constituie o problemă grea.

În linii mari părerile autorilor concordă în ceea ce privește frecvența escavarilor apărute în cursul evoluției cancerului pulmonar. La bolnavii de cancer pulmonar, *Sergent* a relevat apariția unei cavități în 17% a cazurilor, iar *Danielo* în 21%. În materialul nostru clinic (observat începând din 1951) am constatat prezența cavității în 5 cazuri dintr-un total de 47.

În cursul evoluției cancerului pulmonar, cavitatea se poate produce în două feluri: 1. prin necrotizarea țesutului tumoral — și 2. prin stenoza bronșică, atelectazie, stază de secreție și suprainfecție provocate de tumoare, toate la un loc făcând ca în vecinătatea acesteia să apară un ramolism supurativ ulterior escavat.

Luându-se ca bază particularitățile clinic-radiologice, în literatură se cunosc patru forme de cancer pulmonar primitiv cavitatar.

a) Cea mai tipică este escavația înramată al cărei semn distinctiv e o necroză mică, semilunară sau ovoidă ce apare de cele mai multe ori excentric în interiorul tumorii sferoide. Simptomatologia ei clinică e cea obișnuită, cu o evoluție în general lentă. De cele mai multe ori tumoarea situată la peri-

* Comunicare susținută la ședința din 17 noiembrie 1957 a S. Ș. M. filiala Tg.-Mureș.

ieria plămînilui nu e accesibilă examenului bronhoscopic, în schimb dislocă bronhioloarele din vecinătate într-un mod care poate fi pus deseori în evidență cu ajutorul bronhografiei.

b) Forma pseudotuberculoasă se caracterizează prin formații inelare cu pereții îngroșați, avînd partea inferioară neregulată iar cea exterioară destul de regulată. Lipsește desenul bronșic de drenaj, dar se poate pune în evidență o adenopatie mediastinală sau hilară. În sputa nu se găsește bacil Koch. Evoluția acestei forme e lentă, fără semne alarmante. Simptomele clinice sînt în general cele cunoscute.

c) Cancărul pulmonar cavitătar primitiv cu supurație se caracterizează printr-o formație cavitătară cu pereți foarte îngroșați și net delimitați înafară, în partea inferioară a cavității se poate observa un nivel de lichid. Tabloul clinic al acestei forme nu e atît de bogat în simptome ca cel al abcesului pulmonar. Și după Tager lipsa de concordanță între simptomele radiologice și cele clinice trebuie să trezească suspiciunea de tumoare pulmonară supurată. De asemenea, tot un indiciu care pledează pentru prezența tumorii este și faptul că în jurul umbrei inelare nu se observă nici imaginea inflamației perifocale obișnuită în cazurile de abces.

d) Spre deosebire de evoluția lentă a formelor enumerate mai sus, escavația paracarcinomatasă — care poate fi considerată drept a patra formă — are un debut brusc și o evoluție rapidă. Aici, în fond tabloul clinic e dominat de ateleclazie, emfizemul hulos și formarea abcesului ce se instalează în urma stenozei cauzate de tumoarea care crește în direcția cavității bronșice. Evident în asemenea cazuri, procesul nu prezintă radiologic o imagine sferică, ci ia forma teritoriului bronșic, segmentar sau lobar exclus. Deseori apariția complicației supurate indică prezența tumorii. Cazul pe care îl comunicăm în cele ce urmează nu se încadrează în nici una din formele de mai sus, deoarece imită în întregime tabloul radiologic al plămînilui polichistic infectat.

W. M., portar pensionar, în vîrstă de 62 de ani. Datele din anamneză în legătura cu boala sa actuală relevă că a avut de două ori pneumonie stîngă. De ani de zile tușește, avînd în fiecare dimineață o expectorație mucopurulentă. În iarna anului 1956—57 a tușit mai mult decît de obicei, mărindu-se și cantitatea de expectorație. În ziua de 6 VI. 1957 se internează în spital din cauza unei hemoptizii masive.

La examenul radiologic s-a văzut în lobul pulmonar superior stîng o umbră inelară de mărimea unei mandarine avînd o formă ovală și pereții îngroșați. Din partea altor organe nu s-a semnalat nimic patologic. Examenul sputei și al lichidului de spălătură bronșică pentru b. Koch a fost negativ. VSH: 51/126, numărul hematitelor: 10.500. Sub efectul tratamentului adecvat hemoptizia scade și se administrează penicilină, streptomycină atît în m. cit și endobronșic. Starea generală și se ameliorează puțin, dar febra remitentă-intermitentă persistă la fel ca și expectorația cu sînge.

În vederea elucidării diagnosticului și a continuării tratamentului, bolnavul e trimis să se interneze în clinică. La internare tușește mult, elimină zilnic 100 g de expectorație purulentă, uneori cu filamente de sînge. Cînd tușește simte dureri retrosternale și petență e multumitoare. Temperatura se ridică pînă la 38,5° C, avînd un caracter remitent-intermitent.

La examenul obiectiv am găsit un torace în formă de butoi și spații intercostale pline. Mișcările de respirație sînt simetric egale și superficiale. Diafragma e hipomobil. Percuția toracelui pune în evidență un timpanism accentuat. La auscultație se distinge un murmur vezicular atenuat, iar deasupra bazei plămînilui stîng ralură subcrepitante umede precum și ralură sibilante și ronilante. Din partea celorlalte organe nu s-a semnalat nimic patologic.

La examenul radiologic s-a văzut în segmentul pectoral stîng o cavitate de 6x10 cm, de o formă ovoidă, cu pereții îngroșați avînd în interior un aspect neregulat iar la bază conținînd un nivel de lichid; prin polul ei interior-interior cavitatea se sprijină pe hilus. În segmentul bazal posterior, deasupra diafragmului s-a văzut o cavitate sferică de 6x6 cm, avînd pereții foarte subțiri și bine circumscrise. Diafragma e hipomobil, iar

impururile pulmonare clare. Celelalte organe nu au prezentat nimic patologic.

Rezultatele examenelor de laborator: numărul hematiilor 3.700 000; Hgb 70%;
urina negativă. Tensiunea arterială: 145/95 Hgm.

Din cauza stării febrile, în zilele în care s-au efectuat examinările pentru stabilirea diagnosticului, bolnavului i s-a aplicat un tratament cu streptomycină, HIN și piramidon. Ținând seama de caracteristicile radiologice și de rezultatul mereu negativ al sputei, am suspectat un plămîn polichistic. Am atribuit starea febrilă infecției cavității pulmonare superioare și stazei de secreție. După încetarea febrei și a hemoptiziei urma să efectuăm un examen bronhologic, pentru depistarea unei eventuale tumori. După zece zile, starea subiectivă a bolnavului s-a ameliorat dar aspectul radiologic pulmonar, curba termică și expectorația cu filamente de sînge au rămas neschimbate. Am instituit un tratament antibacterian polivalent, administrînd în prima zi 2 g streptomycină și în a doua zi 1.000 000 U de penicilină. În a 11-a zi, noaptea a survenit o hemoptizie iudoroantă, iar bolnavul decedează prezentînd simptome de asfixie și hemoragie.

Conform protocoifului de autopsie se constată: laringele, traheea și bronhiile au un calibru mediu, mucoasa lor e palidă, iar lumenul lor e plin cu multe cheaguri de sînge. Plămînul sîng are pleura intactă, e foarte umflat, e foarte pe margini bule dilatate. În partea inferioară a lobului inferior se găsesc bule foarte mari cit un pumn de copil. Parenchimul pulmonar e consistent și palid anemic pe secțiune. În lobul superior se află o cavitate de mărimea unei nuci verzi, cu pereții îngroșați, denși, plină în întregime cu sînge coagulat. Pe perețele cavității se constată un țesut gros de aproximativ 0,5 cm, dens, triabil, cu o suprafață neregulată, alb-gălbui greu delimitabil față de parenchimul pulmonar. Plămînul drept se prezintă în general ca și cel sîng, fără a avea însă bule atât de dilatate ca acesta. Examenul histologic arată ca perețele formațiunii cavitare din plămînul sîng e alcătuit din grupe de celule care corespund cancerului epitelial. La examenul histo-patologic al bulelor situate la marginea lobului inferior al plămînului sîng, se poate vedea atrofia majorității septurilor interalveolare și ca urmare a acesteia cavitățile alveolare sînt confluente, alcătuiind formațiuni chistice. Septurile interalveolare atrofiate sînt acoperite de epitelul alveolar plat. Ramificațiile bronhiolilor sînt colabate, mucoasa lor epitelială e în mare parte distrusă. Ramificațiile bronșice sînt înconjurate de o infiltrație abundentă rotundo-celulară. Secțiunile sînt lipsite de vascularizație. Diagnostic: carcinom planocelular cavitat al plămînului sîng. Enfizem bulos. Concluzie: un caz de emfizem foarte pronunțat, însoțit de distrugerea extinsă a parenchimului pulmonar, fiind imaginea radiologică a plămînului polichistic.

Și din punct de vedere clinic se pare că în cazul de față cancerul pulmonar s-a dezvoltat pe un vechi teritoriu sclero-emfizematos care mai tirziu s-a excavat. Tusea chinuitoare care a însoțit boala a provocat mici rupturi pulmonare, dezvoltîndu-se un enfizem bulos atât de mare încît a imitat imaginea plămînului chistic. Aceasta presupunere e susținută și de datele din anamneză, potrivit cărora se poate deduce ca procesul canceros a durat 8—10 luni, iar enfizemul bulos nu s-a pus în evidență decît mai tirziu.

Datele statistice arată că 70% din carcinomele pulmonare nerecunoscute în viață sînt cavitare. După statistica lui *Daniello* numai 27% din numărul total al cancerelor primitive cavitare au putut fi diagnosticate în viață. Aceasta se datorează în primul rînd faptului că medicii examinatori văzînd o formațiune cavitară nu prea suspectează prezența unui cancer, și de aceea nu exploatează toate posibilitățile de examinare existente în această direcție. Recunoașterea maladiei e îngreunată și de faptul că de obicei cancerul cavitat pseudotuberculos și supurat se situează periferic, fiind inaccesibil procedelor bronhoscopice.

Complicația de enfizem bulos a fost descrisă de *Arnlie* la un bolnav cu astm, dar *Wilse* a găsit-o și la silicotici, potrivit lucrărilor publicate de *Medici și Buhler*, enfizemul bulos congenital nu a fost descris decît în două cazuri. *Vallebona*, *Montanini* și alții au putut să puna în evidență această modificare la 2—8% dintre bolnavii de tuberculoza pulmonară. Ea este frecventă mai

ales în cazurile însoțite de scleroza retractilă și tuse chinuitoare. *Burke* și *Doub* au descris-o și în legătura cu cancerul pulmonar, frecvența ei fiind aici de aprox. 1%. După *P. G. Schmidt* care s-a ocupat de tabloul clinic al emfizemului bulos în 1941 îmbolnăvirea aceasta are întotdeauna un caracter secundar. Drept boală primară trebuie considerat emfizemul difuz, atrofic, pe al cărui teren se dezvoltă o boală independentă de emfizem, acompaniată de o tuse chinuitoare și care imprimă acestuia un caracter bulos.

Aceste date se referă la observația bolnavilor vii. Emfizemul bulos poate fi observat destul de rar în viața, fiind un fenomen greu de recunoscut. Dimpotrivă, autopsia îl relevă frecvent. Clinic poate fi confundat cu plămînul polichistic, cu pneumotoracele spontane, iar, dacă e infectat și peretele i se îngroașă, cu orice alecțiune pulmonară cavitară.

Pentru prezența emfizemului bulos pledează simptomele generale ale emfizemului, tusea chinuitoare care figurează în antecedentele personale sau un efort fizic mare și susținut. Diagnosticul sigur nu se poate stabili decât cu ajutorul pleuroscopiei greu executabile și al oscilometriei manometrice măsurate prin puncție transtoracică, procedee care oglindesc bine starea parenchimului.

După apariția comunicării noastre din 1957, *Bariety*, *Mattei* și *Jarniou* au relatat în presa medicală franceză câteva cazuri de cancer cavitar cu complicație de emfizem bulos — care au fost diagnosticate drept plămîn polichistic suprainfectat. În cazurile lor emfizemul bulos a fost consecința obțurării bronșice în formă de ventili cauzată de surplusul tisular canceros. *Bariety* a adus în discuție posibilitatea degenerării canceroase a plămînului polichistic.

Din cele de mai sus rezultă că pe lângă cele patru forme clasice ale cancerului pulmonar primar cavitar, mai trebuie să luăm în considerare și o formă mascată printr-un emfizem bulos de acompaniament care imită imaginea plămînului polichistic.

Credem prin urmare că la stabilirea diagnosticului diferențial al cancerului pulmonar primar cavitar ce imită plămînul polichistic, trebuie să eliminăm în primul rând diagnosticul de polichistic reînfectat, aplicând un tratament antibacterian polivalent potențializat. După aceea, cu ajutorul procedeeleor de examinare directă și indirectă trebuie să se confirme prezența concomitentă a carcinomului și a emfizemului bulos.

Trebuie să ne gândim la eventualitatea unui cancer pulmonar cavitar primar ce imită plămînul polichistic în toate cazurile cind la un bolnav în vîrstă observăm simptome tumorale indirecte, emfizem, cavitate pulmonară cu pereți îngroșați și dacă tratamentul ex juvantibus exclude posibilitatea unei inflamații specifice sau banale. Suspiciunea trebuie păstrată chiar dacă diagnosticul de cancer nu e întărit de simptome tumorale directe.

Sosit la redacție: 3 septembrie 1959.

Bibliografie:

1. ARNELL S.: Annular shadows. *Acta Rad. Schwed* 8, 25 (1927); 2. BARIETY, POULET: *Cit. Jarniou*; 3. BUMBACESCŪ, ROMAN, RADU, CIOCARLIE: *Rev. de Med. Int.* 7. (1952); 4. BUHLER K.: Kongamitale bullöses Lungenemphsem. *Centralblatt für Tbk.* 79, 300 (1938); 5. BURKE R. M.: Vanis, Lungs. *Radiology* 28, 367 (1937); 6. DANIELLO ANASTASATU și colab.: Formele cavitare ale cancerului pulmonar primitiv. *Rev. de Med. Int.* 2, 56 (1954); 7. DANIELLO, BUMBACESCŪ: „Cancerul“ 6 (1939); 8. DUMITRESCU—MANTE, CIORAPCIU, STANCIULESCU: Comunicare Societatea Medicilor de Spital (1926); 9. JARNIOU, MUREAU, QUILLET ET BOURDET: A propos des aspects kystiques et pseudokystiques des cancers bronchiques. *Journ. Frans de Med. et Chir. Thoraciques* 1, 73—80 (1958); 10. MATTEI CH., PAOLI J. și colab.: „Aspects trompeur des cancer bronchique primitifs-boules emphysemateuses infectés“ *Journ. Fr. de Med. et Chir. Thor.* 3, 341 (1958); 11. SCHWIDT P. G.: Differenzialdiagnose der Lungenerkrankungen 1941. Springer Verl. Leipzig; 12. SCHWIDT P. G.: Das bullöse Lungenemphsem. *Ergebnisse der G-ten Tbk. Forschung* 10, 163 (1941); 13. SERGENT, MIGNOT, DURAND: Les formes pseudotuberculeuses du cancer

Z. BARBU ȘI L. LAKATOS: CANCER PULMONAR CAVITAR IMITIND UN PLĂMIN
POLICHISTIC INFECTAT



Fig. Nr. 1.



Fig. Nr. 2.



Fig. Nr. 3.



Fig. Nr. 4.

primarii du poutnon. Paris Medical. 7, v 16 (1923): 14. REGNIER: Le Diagnostic radiologique du cancer bronchique avec ramolissement. Fortschritte auf dem Gebiete der Rtg. Strahlen 37, 50 (1937); 15. TAGER I. L.: Radiologicesku diagnoz raka liogkih. Medgiz (1951).

ПОЛОСТНОЙ РАК ЛЕГКОГО, КОПИРУЮЩИЙ ИНФИЦИРОВАННОЕ ПОЛИКИСТОЗНОЕ ЛЕГКОЕ

Барбу Зено, Лакатош Ласло

На основании опубликованной литературы последних лет и опытов авторов к 4-м формам первичного полостного рака, описанным до сих пор, надо прибавить еще одну форму. Эти 5 форм маскируют буллезную эмфизему и так возникает картина характерного инфицированного поликистозного легкого.

CANCER PULMONAIRE CAVITAIRE IMITANT LE TABLEAU CLINIQUE D'UN POU MON POLIKYSTIQUE INFECTÉ

Z. Barbu et L. Lakatos

Se basant sur des données littéraires publiées ces dernières années et sur leurs observations, les auteurs sont d'avis qu'il faut prendre en consideration une nouvelle forme de cancer pulmonaire caverneux primaire, destinée a compléter les autres 4 qu'on a relevées jusqu'a présent. Cette 5-ème forme est masquée par un emphysème bulleux secondaire en sorte que le tableau qui s'installe ressemble à celui d'un poumon polikystique infecté.
