

Clinica de fiziologie (cond.: prof. Z. Barbu) și Disciplina de anatomie patologică
a I.M.F. (cond.: conf. Fr. Gyergyay) din Tg.-Mureș

CLASIFICAREA PE STADII CLINICE A TUMORILOR BRONHO-PULMONARE

Gh. Charap, L. Vincze, A. Both

Clasificarea pe stadii clinice a cancerelor în general s-a impus din nevoia practică de a formula un prognostic, având în vedere interdependența dintre precocitate și curabilitate, precum și din motive teoretice pentru necesitatea schimbului de informații, a evoluării cercetărilor științifice etc.

Toate clasificările de până acum, se întemeiază pe caracteristicile dimensionale și de accesibilitate ale tumorii, pe importanța determinărilor ganglionare și pe prezența sau absența metastazelor, ca stadiu final al bolii canceroase (1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13).

Formula: Tumoare, noduli limfatici, metastaze (TNM) sta și la baza clasificării pe stadii a cancerului bronho-pulmonar (tu. br. p.) la toți autorii care s-au ocupat până acum cu această problemă (Salzer, Cărpinișan, Georgescu, Trestio-reanu, Dragon).

Majoritatea acestor clasificări se bazează pe două criterii: pe cel bronhoscopic, în cazul accesibilității pe această cale, și pe cel radiologic. Ultimul permite o formulare prognostică pe baza localizării și dimensiunii invadării organelor vecine.

Această clasificare ni s-a părut incompletă deoarece curabilitatea cancerului bronho-pulmonar depinde la ora actuală de accesibilitatea sa chirurgicală; or, spre deosebire de alte intervenții, cele pe plămîni depind într-o foarte mare măsură de valorile funcționale cardiorespiratorii și de starea funcțională, respectiv biologică a organismului, ne mai vorbind de eventualele maladii concomitente agravante. De asemenea credem că poziția centrală a plămînilor în torrentul circulator dă o semnificație cu totul particulară malignității histologice a leziunii, metastazele sînt atît de precoce în unele leziuni, încît succesul chirurgical este mai puțin decît iluzoriu.

În tabelul nr. 1, am sintetizat criteriile care stau la baza clasificării propuse de noi, grupînd tumorile în patru stadii, după gravitatea și intensitatea fenomenelor. Am dat fiecărui stadiu o valoare numerică de la 0 la 2, păstrînd pentru stadiul depășit semnul „D” care indică inaccesibilitatea chirurgicală a cazului. Am propus ca valoarea numerică, în raport cu gravitatea fiecărui criteriu, să se sumeze matematic, urmînd ca cifra obținută din aprecierea celor cinci criterii, să constituie baza clasificării stadiale. În legătură cu criteriul clinic am propus următoarea clasificare valorică: (vezi tabelul nr. 1).

Valoarea 0: Cazuri asimptomatice;

Valoarea 1: Simptome minore (tuse, expectorație, pierdere ponderală sub 5 kg);

Valoarea 2: Simptome majore (hemoptizie, dispnee de efort sau pierdere ponderală de peste 5 kg);

Caz depășit („D“): Simptome grave (cașexie, invadarea organelor vecine, metastaze îndepărtate, boli concomitente care fac orice intervenție chirurgicală contraindicată).

În legătură cu criteriul radiologic am propus următoarele aprecieri valorice:

Valoarea 0: Tumori sub vizibilitate radiologică;

Valoarea 1: Tumori periferice în plin parenchim, tumori centrale sub 3 cm și tumori cu atelectazie segmentară;

Valoarea 2: Tumori periferice în contact cu pleura parietală sau interlobară, tumori centrale mai mari de 3 cm, și tumori cu atelectazie lobară;

Caz depășit („D“): Tumori cu atelectazii bi- și trilobare, invadarea organelor vecine inclusiv ganglionii mediastinali.

Pentru criteriul bronhologic am propus următoarele aprecieri valorice:

Valoarea 0: Tumori în afara accesibilității bronhoscopice;

Valoarea 1: Tumoriile bronșiilor segmentare;

Valoarea 2: Tumoriile bronșiei lobare, intermediare sau primare rezecabile;

Caz depășit („D“): Tumoriile bronșiei primare la mai puțin de 2 cm de carină sau semne de compresie extrabronșică la acest nivel.

Criteriul funcțional a fost exprimat prin valoarea ventilației maxime, cea mai orientativă și accesibilă probă a funcției ventilatorii.

Valoarea 0: Ventilație maximă normală;

Valoarea 1: O scădere de 20% pînă la 35% a valorii ideale;

Valoarea 2: O scădere de 40—55% a valorii ideale;

Caz depășit („D“): cu valoarea restantă mai mică de 45% a valorii ideale.

Criteriul histopatologic a fost clasificat astfel:

Valoarea 0: Adenom benign;

Valoarea 1: Cancer planocelular;

Valoarea 2: Toate celelalte forme de cancer (nediferențiat. adenocarcinom).

Adunînd valoarea atribuită fiecărui criteriu, se pot obține cifre ce permit o clasificare stadială și anume:

Tumori în stadiul întii (TI), acelea care însumează valori între 0—5;

Tumori în stadiul doi (TII), acelea care însumează valori între 6—10;

Tumori în stadiul trei (TIII), sînt acelea la care apare din orice motiv indicativul depășit („D“), indiferent de valoarea celorlalte criterii.

Pe baza criteriilor de mai sus am clasificat 203 cazuri de tumori bronhopulmonare, confirmate atît histologic cît și evolutiv, cazuri prezentate în ultimii 5 ani la serviciul nostru de bronhologie, cuprinse mai jos în tabelul nr. 2.

Tabelul nr. 2.

Clasificarea stadială	Cazuri aflate	
	Cifre absolute	%
T ^I	9	4 %
T ^{II}	76	37 %
T ^{III}	118	59 %
Total	203	100 %

Justețea clasificării este reflectată și de precocitatea descoperirii care a fost de 1,8 luni la tumorile din stadiul unu (T^I), de 3,2 luni la tumorile din stadiul doi (T^{II}) și de peste 4 luni la cele depășite. Același lucru îl probează și accesibilitatea chirurgicală care în stadiul întii a fost de 100%.

Curabilitatea operatorie din stadiul II, posibilă pe baza clasificării noastre, necesită investigații complementare, inclusiv toracotomia exploratoare, date fiind surprizele care se ivesc în această fază, precum și riscul operator mult mai mare. Bolnavilor din stadiul III le este contraindicată chiar și toracotomia și numai puțini dintre operabili au fost dispuși să accepte actul chirurgical.

Analizînd cauzele pentru care 118 bolnavi au fost apreciați cu forme depășite, se constată că:

- simptomatologia clinică era cauza în 14%
- aspectul radiologic în 9%
- examenul bronhoscopic a precizat inoperabilitate în 41%
- iar examenul funcțional ventilator în 36% din cazuri.

Pe baza experienței credem că coroborarea criteriului clinic, funcțional și histologic în aprecierea globală a curabilității este pe deplin justificată.

Sosit la redacție: 31 august 1965.

GH. CHARAP ȘI COLAB.: CLASIFICAREA PE STADII CLINICE A TUMORILOR...



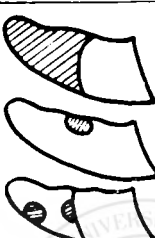
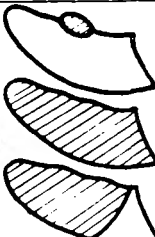




COD	0	1	2	D
CLINIC	ASIMPTOM	SIMPTOME MIIJORE - TUSEA - EXPECTORATIA - PIERD. POND. < 5 kg	SIMPTOME MAJORE - HEMOPTIZIE - DISPNEE DE EFORT - PIERD. POND. > 5 kg	SIMPTOME GRAVE - CASEXIE - INVADARE ORG. VECIN - METAST. INDEP. - BOLI CONCOM. GRAVE
RADIOLOGIC				
BRONHOLOGIC				
VALORI VENTIL.	NORMAL	V. MAX. 80-60%	V. MAX. 60-40%	V. MAX. < 40%
HISTOLOGIC	ADENOM BR.	C.C. PLANOGEL	C.C. NEDIFERENȚIAT ADENO CARCINOM	-

Fig. nr 1.

Bibliografie

1. ANACKER: Strahlentherapie (1958), 106/3, 472;
2. BALLO J.: Tüdörák és tüdőadenoma, Budapest (1960);
3. BIRZU I.: Consf. Intern. Buc. (1963);
4. BURLUI: Chirurgie, Buc. (1958), 4;
5. CĂRPINIȘAN, PINELES: Med. Internă (1960), 10, 1441;
6. COSTACHEL, PINELES: Cancerui bronho-pulmonar, Ed. Med. Buc. (1953), 7.
7. COSTACHEL O., BUNESCU V., DUTU R.: Diagnosticul precoce al tumorilor maligne, București (1964);
8. GEORGESCU D. G., TRESTIOREANU AL., DRAGON V.: Clasificarea pe stadii clinice a principalelor localizări ale tumorilor maligne. București (1964);
9. LUNDSGAARD-HANSEN P.: Schweiz. Med. Wschr. (1962), 92, 33, 991;
10. NASTA M.: Tumorile bronho-pulmonare; Ed. Acad. R.P.R.;
11. SALZER G.: Strahlentherapie (1958), 106, 1, 96;
12. SCHNITZLER J., BARCSA S.: Orvosi Hetilap (1965), 6, 243;
13. WILDNER G. P., HUBER R.: Strahlentherapie (1958), 105, 386.