

CONTRIBUȚII ȘI DIFICULTĂȚI ALE INVESTIGAȚIILOR RADIOLOGICE LA DIAGNOSTICUL CANCERULUI BRONHOPUMONAR ȘI GASTRIC

G. Stanciu

Vom exprima în mod succint câteva opinii asupra acestor cancere atât de frecvente la sexul masculin, avînd în vedere faptul că detalii se cunosc fiind mult dezbătute în numeroase scrieri și manifestări științifice dar cu modeste rezultate terapeutice.

Ceea ce spunea Marius Nasta încă în 1961, este valabil și astăzi: „Tumorile bronhopulmonare formează un grup de neoplazii benigne și maligne, primitive și secundare cu localizare bronhică și pulmonară. Cele mai importante prin numărul lor (peste 90% din totalul tumorilor bronhopulmonare) prin dificultățile de diagnostic pozitiv și diferențial, relativa rapiditate a evoluției, modestele mijloace terapeutice, sînt carcinoamele care în accepțiunea generală debutează mai ales bronhic și se extind pulmonar“. Vîrsta interesată pe primul loc este 55—70 ani.

Diagnosticarea tardivă a cancerului bronhopulmonar se datorează bolnavului care neglijează unele simptome, medicului care are primul

contact și-l interpretează ca altceva (afecțiune banală) și nesensizarea unor aspecte incipiente și discrete chiar de către specialist sau insuficienta cunoaștere a modului de „demascare” timpurie a acestuia. Pentru radiologi și credem că și pentru fiziologi este aplicabilă indicația: orice modificări bronhopulmonare care nu se pot încadra într-o afecțiune bine conturată, ne obligă să ne gândim la neoplazie și să solicităm fără nici un fel de tergiversare, investigații suplimentare și apoi să îndrumăm la servicii de chirurgie toracică sau la cele de oncologie, având în vedere că unele forme evoluate, cu ajutorul citostaticeelor se pot converti în operabile. Avem în evidența noastră 4 cazuri cu metastaze pulmonare solitare, cancerul primar cu localizare uterină și larigiană, a-junse la dimensiuni macronodulare, când nu erau citostatice de mare eficacitate, la care nu s-a mai făcut nimic deși unii susțineau — poate justificat — că rezolvându-se tumoarea primară, cea secundară dacă este unică și în loc abordabil, se poate forța ablația.

Când s-a extins rețeaua de diagnostic în masă în scop de profilaxie și diagnosticul prin M.R.F., au fost entuziaști care au crezut că depistând precoce cancerul bronhopulmonar vom ajunge chiar la eradicarea lui dar acest optimism considerat de unii exagerat încă la enunțarea lui, ulterior s-a infirmat; bronhoscopia metodă bună, apreciată mult timp, considerată agresivă, se poate înlocui prin computer tomografie și rezonanță magnetică nucleară dar aceste metode neputându-se extinde și în scop de profilaxie, stabilesc de cele mai multe ori diagnosticul tardiv, doar confirmă investigațiile clasice. Regret, dar trebuie să fim sinceri și să recunoaștem că acest cancer cit privesc diagnosticul și tratamentul, atât de modeste ca rezultate, poate fi mai bine combătut încercând să înlăturăm unii factori favorizanți dintre care — prin activitatea noastră de educație sanitară — *recomandarea de a renunța la fumat*. Toate cazurile pe care le-am diagnosticat, aparțineau în exclusivitate fumătorilor, mai ales a „fumătorilor notorii” și în acest sens s-ar putea să obținem mai mult, atenționind pe cei care au unele leziuni bronhice și pulmonare (fiind rugați și de aparținători) că s-ar putea să se agraveze boala, deci prin eliminarea unui factor deosebit de favorizant, decât ne-am strădui să diagnosticăm în stadii precoce radiologic care de cele mai multe ori sint declarate inoperabile. În cele ce urmează prezentăm iconografia a 3 cazuri, bărbați între 60—70 ani, cunoscuți de noi de 25 ani, fumători de minimum 2 pachete de țigărete pe zi, medici, fără antecedente eredocolaterale de cancer bronhopulmonar.

Obs. 1: 61 ani, bărbat, mare fumător, debut clinic și control radiologic cu aspectul din fig. nr. 1 a și b, de neoplasm pulmonar stâng în lingula; inoperabil; evoluție cu moderate remisiuni, de 8 luni; fig. nr. 2 aspectul ante finem; opacitatea neoplazică și atelectazia prin compresiune bronșică, fiind extinsă atât în lingula cât și lobul superior stg. cu pachet masiv limfomodular hilar;

Obs. 2: 65 ani, bărbat, mare fumător, având dispnee de efort este tratat cu cardiopatie ischemică dar la un examen radiolog (fig. nr. 3) constatăm aspect de proces tumoral în segmentul dorsal superior drept. Este spitalizat la Spitalul Filaret din București și după o cură de citos-

tative se ameliorează, reia activitatea pentru ca să aibă o „cădere“ bruscă și să decedeze după 6 luni de la descoperirea afecțiunii;

Obs. 3: 68 ani, bărbat, foarte mare fumător; la sesizarea unor simptome caracteristice pentru neoplasm, i se fac investigații radiologice și se constată opacitate densă, omogenă în segmentul apical drept și hilar stîng (fig. nr. 4); se confirmă diagnosticul de neoplasm cu localizare bilaterală, se face segmentectomie apicală dreaptă (la insistența familiei) cu administrare de citostatice, prezentînd ameliorare evidentă dar decedează după 5 luni de la stabilirea diagnosticului.

Dintre 216 cazuri de cancer bronhopulmonar pe care le-am diagnosticat și urmărit în timp de o activitate radiologică de 30 ani, un singur caz supraviețuiește din 1974, care a avut localizare periferică, formă rotundă, bine delimitat și a fost posibilă o lobectomie, neasociindu-se cu radioterapie sau citostatice (bolnavul a refuzat), forma de fibrosarcom la examenul histopatologic (caracterizat prin evoluție mult timp locală, iar capacitatea de metastazare redusă), mult mai rar întîlnit ca și carcinomul; 75% declarate inoperabile prin aspectul radiologic sau după toracotomie exploratorie; 15% supraviețuire între 3—5 ani după pneumectomie dreaptă sau stîngă; 10% supraviețuire pînă la 2 ani. Citostaticele la unele cazuri inoperabile, prelungesc supraviețuirea chiar pînă la 2 ani, însă nu rezolvă complet, deci nu vindecă, ceea ce poate susține și de radioterapie.

În 1975 *Bernandes* susținea: „Actualmente cancerul gastric este unul dintre cancerele digestive cu prognosticul cel mai înfaust deoarece supraviețuirea la 5 ani este încă de 10% a cazurilor. Una dintre principalele cauze este prezentarea tardivă a bolnavilor la medic și erorile de diagnostic clinic și paraclinic în legătură cu recunoașterea neoplasmului gastric în perioade timpurii. Ambele cauze duc la un stadiu cu extensie loco-regională și metastatică generală, precum și la un act chirurgical nesatisfăcător sau chiar inpracticabil“.

Ne asociem chiar și azi de cele susținute de *Bernandes* în 1975 și am completa că în privința frecvenței, cancerul gastric, față de toate celelalte, se situează pe primul loc la sexul masculin — de cele mai multe ori — alternînd în acest sens cu cel bronhopulmonar.

Sînt multiple semne și aspecte radiologice ale cancerului gastric în funcție de localizare, stadiul de evoluție, forma anatomo-patologică etc. asupra cărora nu ne oprim, considerîndu-le bine cunoscute și întîlnite în orice curs, tratat și publicații de specialitate, apreciînd că este un mare contrast între ceea ce se știe și ce se obține...

Teoria lui *Guttman* (mare gastrolog, de renume mondial) asupra formei ulcerante, respectiv a nișei maligne care ar avea o evoluție medie de 11 ani, după două decenii de credit acordat de mulți radiologi, nu mai este crezută, ulterior infirmîndu-se; posibilitatea malignizării unui ulcer gastric cu nișă mare nu este convingătoare (dar un ulcer gastric complicat și neinfluențat la tratament, oricum are indicație chirurgicală); pentru a confirma semnele radiologice ale unui cancer gastric acestea trebuie să se mențină pe toate secvențele seriograficilor de asemenea nu mai este o lege a specialității noastre (semne și aspecte izolate — prinse doar pe o secvență — trebuie să ne atragă atenția dar să nu uităm autoplastica stomacului care presupune schimbarea arhitec-

G. STANCIU: CONTRIBUȚII ȘI DIFICULTĂȚI ALE INVESTIGAȚIILOR
RADIOLOGICE LA DIAGNOSTICUL CANCERULUI...



A

B

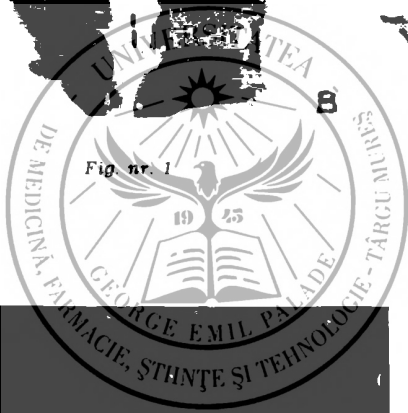


Fig. nr. 2

**G. STANCIU: CONTRIBUȚII ȘI DIFICULTĂȚI ALE INVESTIGAȚIILOR
RADIOLOGICE LA DIAGNOSTICUL CANCERULUI...**



Fig. nr. 4



Fig. nr. 5



Fig. nr. 6



**G. STANCIU: CONTRIBUȚII ȘI DIFICULTĂȚI ALE INVESTIGAȚIILOR
RADIOLOGICE LA DIAGNOSTICUL CANCERULUI...**



Fig. nr. 8

tonicii de la un moment la altul) deci modificările radiologice trebuie să se coroboreze cu cele clinice, de laborator și endoscopice, încît cînd nu ne putem pronunța cu certitudine uneori, să apelăm la completarea investigațiilor noastre sau să rechemăm la control dar nu peste lung timp; relieful gastric în general hipertrofiat „monstruos” în ambianța tumorii maligne poate fi la o parte din cazuri, suplu și cu pliuri paralele, ceea ce adăugat la cele de mai sus, deducem marea responsabilitate ce ne revine asupra fiecărui examen și seriozitatea cu care să facem interpretarea; să nu supraestimăm partea radiologică și să ne situăm doar ca o varigă în contextul factorilor de stabilire a diagnosticului.

Am confruntat un număr de 187 cazuri prin rezultatele obținute radiologic și endoscopic în timp de 4 ani și acolo unde au fost neconcordanțe, de 26 ori intraoperator a avut dreptate endoscopia la cele mai multe, explicația constînd în faptul — mai ales — că investigațiile radiologice s-au efectuat de 11 medici pe cînd celelalte de o singură persoană cu prestigiu și experiență în acest domeniu. Examinările tubului digestiv și în special cele gastroduodenale, captivează pe radiologi dar acest lucru nu înseamnă neapărat competență; cadrele tinere, în curs de specializare, uneori nu solicită părerea celor vîrstnici; este mult mai condamnabil să greșești stăpînit de ambiția de a nu mai consulta opinia unui coleg, decît invers.

Vom prezenta iconografia a 3 cazuri:

Obs. 1: bărbat de 42 ani, cu semne clinice evidente de neoplasm gastric, confirmat radiologic (fig. nr. 5: în poziția Trendelenburg imagine lacunară, extinsă); se confirmă intraoperator și se efectuează gastrectomie parțială cu anastomoză tip Pēan-Billroth I, hemicolecomie și splenectomie (fig. nr. 6), cu supraviețuire din 1973.

Obs. 2: sex feminin, 61 ani, cu semne clinice evidente iar radiologic lacună pe corpul gastric, spre marea curbură, rotundă, diametrul 4 cm, cu pliurile dinspre mica curbură neîngroșate, suple, paralele (fig. nr. 7a); se practică gastrectomie totală cu eso-jejunostomie terminolaterală și anastomoză Braun (fig. nr. 7b), cu supraviețuire de 5 luni.

Obs. 3: bărbat de 63 ani, la care s-a efectuat cu 13 ani în urmă rezecție gastrică pentru ulcer duodenal; simptomatologia fiind caracteristică de neoplasm, se trimite și la investigații radiologice și se pune în evidență cancer gastric cu localizare eso-cardio-tuberozitară (fig. nr. 8), aspect deosebit de tipic pentru cancerul primar de bont gastric după rezecții pentru ulcer benign (criterii de autenticitate: leziunea pentru care s-a făcut rezecția să fi fost benignă, apariția neoplasmului după minimum 5 ani de la operație, localizarea procesului cit mai departe de gura de anastomoză spre a se exclude recidivă canceroasă).

Nici în privința cancerului gastric nu ne putem lăuda că am pus în evidență un număr însemnat de cazuri „în situ” și cu supraviețuire îndelungată. Sînt prea puține cele cu supraviețuire de peste 5 ani spre a mai enumera vreo statistică. Deși avem foarte multe cazuri în evidență unii bolnavi care se simt mai bine nu revin la controale sau se adresează gastroenterologilor și examenul radiologic nu se face întotdeauna de medicul care a pus diagnosticul preoperator. Subliniem că și cancerul gastric are deosebit de mare importanță, referindu-ne la frecvență dar

cel primar, după rezecția pentru ulcer benign (gastric sau duodenal) este cel mai malign, fapt recunoscut în unanimitate de chirurgii și radiologii, interesați ceea ce însă nu trebuie să influențeze abținerea față de rezecțiile gastrice indicate pentru ulcerul gastric și duodenal (după constatarea noastră, cancerul primar gastric prin rezecția pentru ulcer benign, este de aproximativ de 5 ori mai rar decât cel gastric (pe stomac indemn anterior, deci neoperat), dar acest aspect al tematicii, intrînd în preocuparea multor chirurghi și radiologi, trebuie să prezinte o prezentare separată, cu mai multe implicații.

Concluzii

Cancerul gastric și cancerul bronhopulmonar sînt cele mai frecvente și grave tumori maligne ale sexului masculin vîrstnic, situîndu-se alternativ pe primul loc.

Atît din neglijența bolnavului cît a dificultății și insuficienței investigațiilor, diagnosticul la cele mai multe cazuri se stabilește în faze tardive, fapt pentru care supraviețuirile de lungă durată se consideră rare. În acest sens, observațiile noastre asociate cu iconografie, credem că sînt edificatoare iar ceea ce susținem reprezintă o preocupare teoretică și practică de aproximativ 30 ani.

Se poate susține totuși că mai ales cancerul bronhopulmonar — într-o oarecare măsură — se poate preveni prin înlăturarea unor factori favorizanți bine cunoscuți.

Intervențiile radicale, chiar mutilante, efectuate pentru cancerul gastric, nu sînt de mare eficiență decît în timp limitat, relativ scurt (în medie 1 an și 2 luni la cazuistica noastră) și cu perioadă de confort redus.

De asemenea asocierea tratamentului chirurgical cu radiații și citostatice, rămîn în majoritatea cazurilor de ordin paliativ, intrînd în discuție ca favorabilă inducerea unei tumori primare din inoperabilă în operabilă.