

Plaučių vėžio atkryčių po plaučių rezekcijų gydymas

Algirdas Jackevičius, Saulius Cicėnas, Dainius Amerigas Piščikas
Vilniaus universiteto Onkologijos institutas

Raktažodžiai: plaučių rezekcijos, plaučių vėžio atkryčiai, gydymas.

Santrauka. Darbo tikslas. Išanalizuoti plaučių vėžio atkryčius po atliktų plaučių rezekcijų ir jų gydymą.

Medžiaga ir metodai. Ištirti 108 ligoniai, sirgę plaučių vėžiu, kuriems 1992–2002 metais padarytos plaučių operacijos: 28 atvejais – pulmonektomija, 4 – bilobektomija, 51 – lobektomija, 23 – atipinė plaučių rezekcija, 2 – segmentektomija. Pagal naviko išplitimo laipsnį dažniausiai operuoti ligoniai, sirgę III stadijos vėžiu – 62 atvejais, II – 20, I – 12, 14 ligonių, sirgusių IV stadijos plaučių vėžiu. Tarp vėžio histologinių tipų vyraavo plokščialąstelinis vėžys, kuris diagnozuotas 57 ligoniams, liaukinis – 29, smulkialąstelinis vėžys – 12. Kitos plaučių vėžio formos nustatytos rečiau: anaplastinis vėžys – 4 ligoniams, stambiujų ląstelių, šviesiųjų ląstelių vėžys diagnozuotas pavieniais atvejais. Plaučių vėžio atsinaujinimo laikas daug priklausė nuo navikinio proceso stadijos. Diagnozavus plaučių vėžio atkrytį, 67 ligoniams skirtas priešnavikinis gydymas: 31 – spindulinė terapija, 4 – fotodinaminė terapija, 12 – spindulinė terapija ir chemoterapija, 20 – chemoterapija.

Rezultatai. 2003 metų kovo 31 d. duomenimis, 98 ligoniai mirė nuo navikinio proceso, 10 ligonių gyvena su ligos požymiais. Ilgiausiai po ligos atsinaujinimo gyveno ligoniai, kuriems po operacijos buvo nustatytas pirmos stadijos navikas – 26,2 mėn., antros – 20,7 mėn., trečios – 13,9 mėn., ketvirtos – 8,2 mėn.

Išvados. Esant vietiškai išplitusiam navikiniam procesui, kai vėžio metastazių pažeisti sritiniai limfmazgiai, po operacijų dažniau atauga plaučių navikai. Ataugusių navikų gydymas veiksmingesnis ligoniams, kuriems po operacijos nustatytos pradinės stadijos vėžio formos.

Išvadas

Vėlesnių rezultatų analizė patvirtina teiginį, kad per pirmuosius dvejus metus po atliktų vadinamųjų radikalių plaučių operacijų nemažas ligonių skaičius (net iki 30–40 proc.) miršta nuo navikinio proceso atsinaujinimo (1–3). Be abejonės, visuomet kyla klausimas, kokie svarbiausi yra faktoriai, kurie sudaro sąlygas po radikalių plaučių operacijų atsinaujinti navikiniam procesui. Dauguma autorių ir mūsų klinikinė patirtis patvirtina teiginį, kad vienas svarbesnių faktorių, kuris turi įtakos navikiniam procesui atsinaujinti yra sritinių limfmazgių pažeidimas vėžio metastazių. Iš sritinių limfmazgių reikia išskirti navikinių tarpuplaučio limfmazgių pažeidimą. Šiuose limfmazgiuose radus vėžio metastazių, visais atvejais tenka skirti papildomą gydymą (spindulinę terapiją, chemoterapiją). Tačiau, nepaisant šio kombinuoto gydymo, vėlesni gydymo rezultatai yra blogesni negu ligonių, sergančiųjų pradinėmis plaučių vėžio formomis. Kitas labai svarbus ligos prognozės faktorius yra paties naviko biologinės savybės. Pastebėta, kad blogai diferen-

cijuoti navikai (smulkialąstelinis, anaplastinis vėžys) greitai metastazuoja, todėl ligonius, sergančius trečios stadijos liga, operuoti nerekomenduojama (3–5). Kitas svarbus veiksnys yra ligonių, kuriems po operacijų atsinaujino navikinis procesas, gydymas. Remiantis mūsų klinicine patirtimi, ligoniams, sergantiems plaučių vėžiu, operacijos metu pašalinamas pirminis navikas ir sritiniai limfmazgiai. Daugiau negu trijuose sritiniuose limfmazgiuose radus vėžio metastazių, ligoniams taikomas papildomas gydymas (spindulinė terapija, chemoterapija ar abu šie gydymo metodai). Tuo atveju, kai po tokio kombinuoto gydymo liga atsinaujina, sunku parinkti efektyvų gydymo metodą. Mėginama gydyti kitos kartos priešnavikiniais preparatais arba, esant broncho bigės atkryčiui, bandoma taikyti fotodinaminę terapiją (6, 7). Taigi straipsnyje norime pateikti mūsų klinikos duomenis apie plaučių vėžio atsinaujinimą po plaučių rezekcijos.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

Iširta 108 ligoniai, sirgę plaučių vėžiu, kuriems

1992–2002 metais padarytos plaučių operacijos: 28 ligoniams – pulmonektomija, 4 – bilobektomija, 51 – lobektomija, 23 – atipinė plaučių rezekcija, 2 – segmentektomija. Pagal naviko išplitimo laipsnį dažniausiai operuoti ligoniai, sirgę III stadijos plaučių vėžiu – 62, II – 20, I – 12, IV – 14 ligonių. Vyrų amžius – nuo 38 iki 72 metų. Amžiaus vidurkis – 54,5 metų. Moterų amžius – nuo 36 iki 79 metų. Amžiaus vidurkis – 53,4 metų. Tarp vėžio histologinių tipų vyravo plokščialąstelinis vėžys, kuris diagnozuotas 57 ligoniams, liaukinis – 29, smulkialąstelinis – 12. Kitos plaučių vėžio formos retesnės: anaplastinis vėžys – 4 ligoniams, stambiųjų ląstelių, šviesiųjų ląstelių vėžys diagnozuotas pavieniais atvejais. Plaučių vėžio atsinaujinimo trukmė daug priklausė nuo navikinio proceso stadijos. Ligoniams, sergantiems pradinėmis plaučių vėžio formomis, vietinis ligos atsinaujinimas vidutiniškai nustatytas praėjus 9,5–12,7 mėn. po atliktos operacijos. Ligoniams, sergantiems trečios stadijos liga, vietinis naviko ataugimas diagnozuotas greičiau – vidutiniškai per 5,9 mėn. Navikinio proceso generalizacija nustatyta 9 ligoniams, sirgusiems II ir III stadijos liga. Diagnozavus onkologinės ligos atsinaujinimą, 67 ligoniams skirtas priešnavikinis gydymas: 31 – spindulinė terapija, 4 – fotodinaminė terapija, 12 – spindulinė terapija ir chemoterapija, 20 – chemoterapija. Spindulinė terapija taikyta esant vietiniam naviko ataugimui, suminė židininė dozė – 50–60 Gy. Ligoniams, kuriems po operacijos skirta spindulinė terapija nustatčius broncho bigės atkrytį, buvo taikoma fotodi-

naminė terapija. Fotosensibilizacijai vartotas hemato-porfirinas, kuris būdavo švirkščiamas į veną po 5 mg/kg svorio. Po 24–72 val. naviko židinis buvo apšvitinamas lazeriu. Po apšvitinimo lazeriu ligonių tarpuplautis buvo švitintas 3–4 kartus gama spinduliais po 2 G. Chemoterapijai naudoti cisplatinos preparatai su kitais junginiais. Jeigu ligonis šiais preparatais jau buvo gydytas, skirta naujesnės kartos priešnavikinių preparatų: gemzaro, taksotero ir kt.

Rezultatai

2003 metų kovo 31 d. duomenimis, 98 ligoniai mirė nuo navikinio proceso, 10 ligonių išliko ligos požymių. Po ligos atsinaujinimo ilgiausiai gyveno ligoniai, kuriems po operacijos nustatytas pirmos stadijos navikas – 26,2 mėn., antros – 20,7 mėn., trečios – 13,9 mėn., ketvirtos – 8,2 mėn. Vėlesni gydymo rezultatai priklausomai nuo vėžio histologinio tipo ir ligos stadijos aprašyti lentelėje. Pateiktais duomenimis, ilgiausiai gyveno ligoniai, kuriems operacijos padarytos esant pradinių stadijų diferencijuoto (liaukinio, plokščialąstelinio) vėžio formoms. O ligoniams, sergantiems smulkialąstelinio plaučių vėžiu, po navikinio proceso atsinaujinimo, vidutinė gyvenimo trukmė buvo trumpesnė – nuo 11,3 mėn. I stadijos ir 6,8 mėn. III stadijos. Analizuojant vėlesnius gydymo rezultatus, priklausomai nuo operacijos apimties, ilgiausiai gyveno ligoniai, kuriems atlikta lobektomija – 18,3 mėn., po pulmonektomijos – 14,4 mėn., po atipinės plaučių rezekcijos – 12,9 mėn.

Lentelė. Vidutinės ligonių gyvenimo trukmės priklausomybė nuo ligos stadijos ir vėžio histologinio tipo atsinaujinus navikui

Ligos stadija	Vėžio histologinis tipas	Gyvenimo trukmė, mėn.	Grupės gyvenimo trukmė, mėn.
Pirma	Anaplastinis	21	26,2
	Liaukinis	37	
	Plokščialąstelinis	29,8	
	Smulkialąstelinis	11,3	
Antra	Stambiųjų ląstelių	19,0	20,7
	Liaukinis	32,8	
	Plokščialąstelinis	15,6	
	Smulkialąstelinis	11,3	
Trečia	Anaplastinis	4,0	13,9
	Liaukinis	15,0	
	Plokščialąstelinis	15,8	
	Smulkialąstelinis	6,8	
Ketvirta	Anaplastinis	3,0	8,2
	Liaukinis	7,7	
	Plokščialąstelinis	11,4	
	Smulkialąstelinis	1,0	

Rezultatų aptarimas

Remiantis dešimties metų analizės duomenimis, svarbiausia problema sergančiųjų IIIA stadijos plaučių vėžiu gydymas. Daugumai mūsų ligonių, kuriems po operacijos piktybinis procesas atsinaujino, pagal ligos išplitimą priklausė šiai ligos stadijai. Medicinos literatūroje rašoma, kad sergančiųjų IIIA stadijos plaučių vėžiu gydymas išlieka vienas svarbiausių klinikinės onkologijos uždavinių (8, 9). Kitas svarbus faktorius, mažinant ligos atsinaujinimo procesą, yra nuodugnus ligonių ištirimas iki operacijos, kad būtų galima išvengti nereikalingų operacijų esant išplitusiam navi-

kiniam procesui.

Išvados

1. Esant vietiškai išplitusiam navikiniam procesui, kai vėžio metastazių pažeisti sritiniai limfmazgiai, po operacijų dažniau atauga plaučių navikai.

2. Ataugusių navikų recidyvo gydymas veiksmingesnis ligoniams, kuriems po operacijos nustatytas pradinės stadijos plaučių vėžys.

3. Po piktybinio proceso atsinaujinimo ilgiausiai gyveno ligoniai, kurie buvo operuoti esant pradinių stadijų diferencijuotam plaučių vėžiui.

The treatment of lung cancer relapse after the lung resection

Algirdas Jackevičius, Saulius Cicėnas, Dainius Amerigas Piščikas

Institute of Oncology, Vilnius University, Lithuania

Key words: lung resections, relapse of lung cancer, treatment.

Summary. *The aim* of the study was to analyze the patients with the relapse of tumors after lung resection.

Material and methods. One hundred eight patients with lung cancer were operated at Lithuanian Institute of Oncology during period of 1992–2002. To 28 patients pneumonectomy was performed, 4 – bilobectomy, 51 – lobectomy, 23 – wedge resection, 2 – segmentectomy. According to the stage of tumor operations more often were performed in III stage of the disease – to 62 patients, in II – 20, in I – 12 and in the IV – 14. The most common histologic type of tumor was squamous cell carcinoma – 57 patients, adenocarcinoma – 29, small cell carcinoma – 12, anaplastic carcinoma – 4, other types of tumor were rare. The stage of disease had influence upon the time for the relapse of tumor. The dissemination of tumor was detected in 9 patients with II or III stage of disease. The treatment of the relapse of lung tumor was the following was: 31 patients received radiotherapy, 4 – photodynamic therapy, 12 – radiotherapy with chemotherapy, 20 – chemotherapy.

Results. According to the data of March 31, 2003, 98 patients died from carcinoma, 10 patients lived with the signs of disease. Median survival after relapse of tumor was better in patients with I stage of disease – 26.2 months, II – 20.7 months, III – 13.9 months, IV – 8.2 months.

Conclusions. In the case of locally extended tumor with metastases in regional lymphnodes after lung resection the relapse of tumor was most common. The treatment of the relapse of tumor in early stages of disease was most effective.

Correspondence to A. Jackevičius, Institute of Oncology, Vilnius University, Santariskių 1, 2021 Vilnius, Lithuania
E-mail: algirdasj@is.lt

Literatūra

1. Graham AN, Chan KJ, Pastorino U, Goldstraw P. Systematic nodal dissection in the intrathoracic staging of patients with non-small cell lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1999;117(2):1246-51.
2. Sugi K, Nawata K, Fujita N, et al. Systematic lymph node dissection for clinically diagnosed peripheral non-small-cell lung cancer less than 2 cm in diameter. *World J Surg* 1998; 22:290-4.
3. Jackevičius A. Plaučių ir tarpuplaučio navikai. (Tumors of lung and mediastinum.) Vilnius: Vilniaus universiteto Onkologijos institutas; 2002. p. 241.
4. Maki E, Feld R. Prognostic factors in patients with non-small cell lung cancer. A critique of the world literature. *Lung Cancer* 1991;7:27-34.
5. Keller SM, Adak S, Wagner H, Johnson D. Mediastinal lymph-node dissection improves survival in patients with stages II and IIIa non-small cell lung cancer. Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann Thorac Surg* 2000;70:358-65.
6. Jackevičius A, Cicėnas S, Bloznelytė L, Aleknavičius E. Fotodinaminis plaučių vėžio gydymas. (Photodynamic therapy of lung cancer.) *Medicina (Kaunas)* 1996;32(8):40-1.
7. Hayata YM, Kato H, Furuse K. Photodynamic therapy in early stage lung cancer. In: Hayata YM, Kato H, Furuse K, et al. Lung cancer. Frontiers in science and treatment. Genoa; 1993. p. 247-54.
8. Ginsberg RJ, Vokes EE, Raben A. Non-small cell cancer. In: De Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA. Cancer principles and practice of oncology. 5th ed. Lippincott-Raven; 1997. p. 858-10.
9. Ginsberg RJ. Pre-operative assesment of the thoracic surgical patient: a surgeons's view point. In: Pearson PG, Deslauries J, Ginsberg RJ, editors. Thoracic surgery. New York: Churchill Livingstone; 1995. p. 29.

Straipsnis gautas 2003 09 02, priimtas 2003 11 06

Received 2 September 2003, accepted 6 November 2003