

# Remediastinoscopia – indicații actuale. Prezentare de caz.

Ciprian Bolca<sup>1</sup>, Ana-Maria Sasu<sup>2</sup>, Adrian Istrate<sup>1</sup>, Genoveva Cadar<sup>3</sup>,  
Olga Dănăilă<sup>1</sup>, Cristian Paleru<sup>1</sup>, Ioan Cordoș<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Clinica I Chirurgie Toracică, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București

<sup>2</sup>Sectia 7 Pneumologie, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București

<sup>3</sup>Sectia ATI, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București

## REZUMAT

Indicațiile actuale ale remediastinoscopiei sunt o primă procedură eșuată, neoplasm bronhopulmonar recidivat, metacron, sau apărut după o altă boală cum ar fi un limfom, restadializare după chimioradioterapie de inducție. Aceasta din urmă este și cea mai frecventă indicație pentru remediastinoscopie. Prezentăm cazul unui pacient de 42 ani la care s-a practicat o mediastinoscopie într-o altă unitate spitalicească în urmă cu 4 luni față de internarea în clinica noastră. Pe tomografia actuală se puteau observa adenopatii mediastinale mari, în evoluție comparativ cu CT-ul anterior, fără leziuni în parenchimul pulmonar. În condițiile în care examenul histopatologic de la prima biopsie a fost negativ, era necesară stabilirea diagnosticului în vederea efectuării unui tratament corect. S-a practicat cu succes o remediastinoscopie, ceea ce a evitat o eventuală procedură mai invazivă.

**Cuvinte cheie:** remediastinoscopie, restadializare neoplasm bronhopulmonar

## ABSTRACT

**Remediastinoscopy – current indications. A case report**

Current indications for remediastinoscopy include an inadequate first procedure, recurrent and second primary lung cancer, lung cancer occurring after an unrelated disease such as lymphoma, and restaging after induction therapy. Nowadays, restaging is the most frequent indication for remediastinoscopy. We present the case of a 42 years old male with a mediastinoscopy performed in another surgical unit 4 months before being admitted in our department. The CT scan showed bulky mediastinal lymph node enlargement, in evolution compared with the prior one, and no other lesions in the lung parenchyma. As the histopathological examination from the first specimen was negative, a diagnosis was requested in order to allow a correct treatment. A remediastinoscopy was successfully performed and avoided a more invasive procedure.

**Key words:** remediastinoscopy, restaging of lung cancer

**Indicațiile actuale ale remediastinoscopiei<sup>1</sup> sunt:**

- neoplasm bronhopulmonar recidivat;
- un al 2-lea neoplasm bronhopulmonar primitiv;
- neoplasm bronhopulmonar apărut după o altă boală care a necesitat o mediastinoscopie (limfom) sau vice-versa;
- restadializarea neoplasmului bronhopulmonar după tratament oncologic de inducție;
- o primă mediastinoscopie eșuată.

Cea mai frecventă indicație la ora actuală este reprezentată de restadializarea neoplasmului bronhopulmonar după

chimioterapie și/sau radioterapie de inducție la un pacient confirmat N2 pozitiv printr-o mediastinoscopie anterioară.

Deși majoritatea autorilor recomandă ca doar la pacienții la care este dovedit un „downstaging” să se recurgă la rezecția pulmonară<sup>2</sup>, există „voci” avizate care susțin necesitatea rezecției ca ultimă șansă a pacientului, chiar dacă ganglionii N2 rămân pozitivi după tratamentul oncologic, invocând în sprijinul acestei idei faptul că supraviețuirea nu mai este îmbunătățită de continuarea tratamentului oncologic, iar rezultatele pe termen mediu la acest subgrup de pacienți care au fost operați sunt încurajatoare<sup>3</sup>.

Un mare avantaj al remediastinoscopiei comparativ cu tehnicile imagistice de restadializare, este posibilitatea de a oferi dovada histologică certă. În serviciile în care acest procedeu se practică pe scară largă acuratețea diagnosticului este de peste 85%<sup>4,5</sup>.

O alternativă la această intervenție este stadializarea inițială a ganglionilor mediastinali prin EUS și EBUS, tratamentul oncologic și abia după aceasta efectuarea unei mediastinoscopii, algoritm ce evită o operație mai dificilă cum este remediastinoscopia. Folosirea diversilor algoritmi de diagnosticare este însă strâns legată de dotările unităților spitalicești și de calificarea medicilor care le deservește.

### Prezentarea cazului

În continuare prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 42 ani, fumător, care se prezintă la medic în urmă cu 5 luni acuzând astenie, fatigabilitate, tuse seacă și prezentând un sindrom febril. La examenele radiologice efectuate se observă lărgire a opacității mediastinale, motiv pentru care pacientul efectuează un examen CT care decelează multiple adenopatii mediastinale paratraheale și subcarinale cu diametre variind între 2 și 5 cm (fig. 1a, 1b), fără alte leziuni descrise. Pacientul este îndrumat spre un serviciu de chirurgie toracică unde se practică o mediastinoscopie cervicală tip Carlens cu biopsierea unor ganglioni paratraheal dreapta.

Examenul histopatologic inițial ridică suspiciunea de sarcooidoză, dar un al doilea examen histopatologic și examenul imunohistochimic îl infirmă. Valoarea angiotensinconvertazei

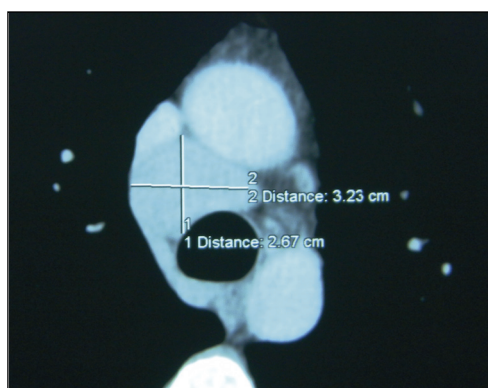
serice (ACS) este 30 (VN 15-28 u/ml), dar lavajul bronhoalveolar nu este specific. În condițiile în care simptomatologia se accentuează, se efectuează un nou examen CT la 3 luni de la cel inițial care pune în evidență creșterea în dimensiuni a adenopatiilor mediastinale (fig. 2a, 2b) și lipsa altor leziuni.

Se solicită o nouă biopsie pentru stabilirea corectă a diagnosticului. În condițiile în care EUS și EBUS sunt indisponibile în spitalul nostru, o remediastinoscopie a fost metoda cea mai puțin invazivă și cel mai ușor suportată de către pacient. Evoluția postoperatorie a fost simplă, cu externarea pacientului în prima zi după intervenția chirurgicală.

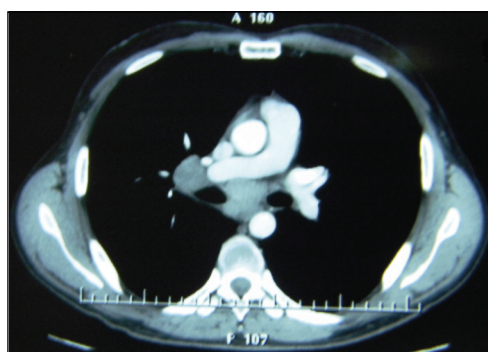
Din punct de vedere tehnic intervenția a fost mai dificilă decât o mediastinoscopie clasică din cauza aderențelor create în planul pretraheal, dar disecția minuțioasă s-a putut face fără incidente și nu a necesitat un timp foarte îndelungat (45 min). Descrierea intervenției chirurgicale în literatura de specialitate<sup>6</sup> recomandă intrarea în mediastin de-a lungul traheei pe partea anterolaterală stângă a acesteia pentru evitarea aderențelor formate la nivelul venei cave superioare; în cazul prezentat s-a avansat pe marginea anterolaterală dreaptă a traheei, pe lângă vena cavă, motivul fiind descoperirea unui plan de disecție mai ușor. S-a avansat până la nivelul carinei traheale și s-au practicat biopsii din ganglionii laterotraheali drepti superiori și inferiori și din cei subcarinali. Identificarea intraoperatorie clară a adenopatiilor a fost mai dificilă decât la mediastinoscopia clasică din cauza țesutului cicatricial format.

Examenul histopatologic efectuat pe piesele de biopsie și examenul imunohistochimic au precizat diagnosticul de lim-

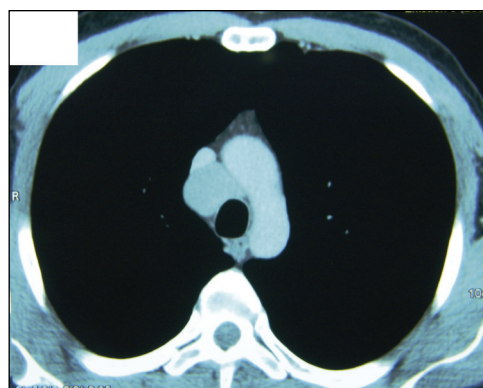
**Figura 1 a.**  
Examen CT inițial: adenopatii mediastinale paratraheale și subcarinale



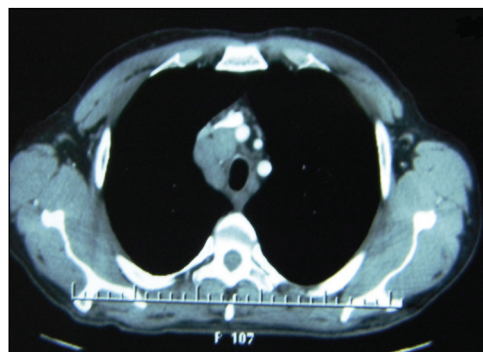
**Figura 2 a.**  
Reevaluare CT după 3 luni



**Figura 1 b.**  
Examen CT inițial: adenopatii mediastinale paratraheale și subcarinale



**Figura 2 b.**  
Reevaluare CT după 3 luni



fom Hodgkin scleronodular însoțit de o componentă granulomatoasă, posibil de etiologie tuberculoasă.

Biopsia superficială efectuată la prima mediastinoscopie a întârziat diagnosticul corect și inițierea tratamentului cu aproximativ 4 luni. Astfel de cazuri cu componentă patologică mixtă întăresc ideea necesității efectuării biopsiilor multiple, din toate stațiile ganglionare accesibile mediastinoscopiei clasice chiar și în cazul în care biopsierea unui singur ganglion pare suficientă.

### Concluzie

Remediastinoscopia este o intervenție chirurgicală fezabilă, care se poate practica relativ ușor, cu rezultate bune, de către orice chirurg familiarizat cu mediastinoscopiile clasice. Este o intervenție ușor suportată de către pacient, cu externare rapidă și morbiditate minimă, fiind ideală pentru restadializarea neoplasmului bronhopulmonar după tratament de inducție în condițiile actuale de dotare din spitalele noastre.

### Bibliografie

1. De Waele M, Hendriks J, Lauwers P, Van Schil P. Different indications for repeat mediastinoscopy: single institution experience of 79 cases. *Minerva Chir.* 2009;64:415-8
2. van Schil P, de Waele M, Hendriks J, Lauwers P. Stage III NSCLC. The surgeon's role in exploration and treatment. *Rev Mal Respir.* 2008;25:3S88-94
3. Massard G. Editorial comment Bronchoplastic lobectomies are a viable alternative to pneumonectomy in patients with primary lung cancer. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2009;36:1049-51
4. Marra A, Hillejan L, Fechner S, Stamatis G. Remediastinoscopy in restaging of lung cancer after induction therapy. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2008;135:843-9
5. De Waele M, Serra-Mitjans M, Hendriks J, Lauwers P, Belda-Sanchis J, Van Schil P, Rami-Porta R. Accuracy and survival of repeat mediastinoscopy after induction therapy for non-small cell lung cancer in a combined series of 104 patients. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;33:824-8
6. Van Schil PE, De Waele M. A second mediastinoscopy: how to decide and how to do it? *Eur J Cardiothorac Surg.* 2008;33:703-6.