

Plaučių metastazių chirurginio gydymo rezultatai

Results of surgical treatment for pulmonary metastases

Algirdas Jackevičius, Saulius Cicėnas, Dainius Piščikas

*Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Torakalinės chirurgijos ir onkologijos skyrius,
Santariškių g. 1, LT-2600 Vilnius
El. paštas: algirdasj@is.lt*

Įvadas / tikslas

Apie plaučių metastazių iš kitų organų gydymą esama įvairių nuomonių. Norime pasidalyti savo patirtimi, susijusia su chirurginiu plaučių metastazių gydymu. Straipsnyje aprašome plaučių metastazių gydymo taktiką, pateikiame vėlyvuosius gydymo rezultatus.

Ligoniai ir metodai

Straipsnyje nagrinėjami 1998–2002 metais gydyti 168 ligoniai, kuriems buvo diagnozuotos kitų organų navikų metastazės plaučiuose. Tarp jų buvo 81 vyras ir 87 moterys. Vyrų amžiaus vidurkis – 55,4 metų (jauniausias – 23, vyriausias – 83 metų). Moterų amžiaus vidurkis – 48,5 metų (jauniausia – 23, vyriausia – 77 metų). Moterų plaučių metastazių priežastys buvo tokios: krūties vėžys – 37 atvejai, kiaušidžių – 9, gimdos – 8, inkstų – 8, kito plaučio – 5, kepenų – 3, gaubtinės žarnos – 3, tiesiosios žarnos – 3, minkštųjų audinių sarkomos – 3, melanoma – 2; nosiaryklės, skrandžio, kaulų sarkomos, skydliaukės navikų buvo po vieną atvejį. Dažniausios vyrų plaučių metastazių priežastys buvo šių organų ir audinių navikai: inksto – 17 atvejų, kito plaučio – 13, sėklidžių – 9, gerklų – 6, tiesiosios žarnos – 5, kaulų sarkomų – 4, skydliaukės – 5, prostatos – 5, gaubtinės žarnos – 4, minkštųjų audinių – 3, skrandžio – 2, antinksčių – 2, melanomos, burnos ertmės, šlapimo pūslės – po vieną atvejį. Ligoniams buvo atliktos šios operacijos: pulmonektomija – 5, lobektomija – 31, segmentektomija – 40, atipinė plaučių rezekcija – 14, metastazių pašalinimas – 11, torakotomija – 26. Videotorakoskopija ir talko insufliacija atlikta 38 ligoniams. Po operacijos 12 ligonių buvo papildomai gydyti chemoterapija ir aktinoterapija.

Rezultatai

Nuo vėžio progresavimo mirė 40 ligonių. Jų vidutinė gyvenimo trukmė po operacijos – 7,3 mėn. (minimali – 1, maksimali – 27 mėn.). Operacijos apimtis turėjo įtakos ligonių gyvenimo trukmei. Po lobektomijų vidutinė ligonių gyvenimo trukmė buvo 12,4 mėn., po segmentektomijų – 10,2 mėn., po atipinių plaučių rezekcijų – 10,5 mėn. Ligoniai, kuriems buvo atliktos tik torakotomijos (kai nebuvo galimybės pašalinti metastazių), išgyveno vidutiniškai 8,5 mėn. Blogiausi

gydymo rezultatai buvo tais atvejais, kai parietalinėje ir visceralinėje pleuroje buvo matoma daug metastazių ir tokio navikinio pleuros pažeidimo sąlygomis buvo konstatuojamas vėžinis pleuritas. Po videotorakoskopijų, kurių metu buvo patikslinama pleurito priežastis ir atliekama talko insufliacija į pleuros ertmę, ligonių gyvenimo vidutinė trukmė buvo mažiausia – 3,4 mėnesio.

Išvados

Pavienių plaučių metastazių chirurginis šalinimas pailgina ligonių gyvenimo trukmę. Geriausi gydymo rezultatai gauti chirurgiškai pašalinus kolorektinio ir inksto vėžio ligonių plaučių pavienes metastazes. Blogiausi gydymo rezultatai buvo ligonių, sergančių kiaušidžių, krūties vėžiu ir melanoma, nes joms dažniausiai atsiranda dauginės plaučių metastazės. Esant naviko diseminacijai pleuroje ir pleuritui, rekomenduojame videotorakoskopijos metu įpūsti į pleuros ertmę talko.

Prasminiai žodžiai: plaučių metastazės, chirurginis gydymas, papildomasis gydymas, vėlyvieji gydymo rezultatai

Background / objective

Treatment of metastases in lung from other organs is serious clinic problem. There are controversies about the surgical treatment of metastases in lung. In this paper we have taken our data about the surgical treatment of metastases in lung from other organs. Methods of treatment of metastases in lung and the follow-up results are presented.

Patients and methods

In the Thoracic Clinic of Institute of Oncology Vilnius University in the course of 1998–2002 168 patient (pts) with metastases in lung from other tumors were treated surgically. There were 81 males and 87 females. Mean age of males was 59.5 years (range 23–83 years). Mean age of females was 55.1 years (range 23–77 years). The most common primary tumor in females was cancer of breast – 37 pts, from ovarian – 9, from uterus – 8, from renal cell – 8, from other lung – 5, from hepatobiliary – 3, from colon – 3, from rectal – 3, from sarcoma of soft tissue – 3, melanoma – 2, from nasopharynx, thyroid, stomach, osteosarcoma – 1. In males: renal cell – 17 cases, from other lung – 13, from colorectal – 9, from testis – 9, from larynx – 6, from thyroid – 5, from osteosarcoma – 5, from prostate – 5, from sarcoma of soft tissue – 3, stomach – 2, adrenal – 2, from bladder, melanoma, oral cavity – 1. Surgical treatment: in 5 cases – pneumonectomy, 31 – lobectomy, 40 – segmentectomy, 14 – wedge resection, 11 – metastasectomy, 26 – thoracotomy, 38 – videothoracoscopy with insufflation of talc.

Results

40 pts died from the progression of disease, median survival – 7.5 month (range 1–27 month). The follow-up results were better after the radical operations: median survival of pts after lobectomy was 12.4 months, after segmentectomy – 10.2 months, after wedge resection – 10.5 months. In the cases of pleural dissemination the pts lived 3,4 months.

Conclusions

Surgical treatment of solitary metastases in lung is favourable for life prolongation of patients. The best follow-up results were received after surgical treatment of solitary metastases in lung in pts with colorectal and renal cell carcinoma. The follow-up results are unsatisfactory of pts with ovarian, breast carcinoma and melanoma. In many cases of this carcinoma was pleural dissemination with metastases. Insufflation of talc is recommended to patients with pleural effusion.

Keywords: metastases in lung from other tumors, primary tumors from other organs, surgical treatment, adjuvant therapy, follow-up results

Įvadas

Medicinos literatūroje yra įvairių nuomonių dėl galimybės chirurginiu būdu gydyti plaučių metastazes iš kitų organų. Dažniausiai patariama operuoti ligonius, kuriems yra pavienių metastazių plaučiuose. Pastaraisiais metais publikuota darbų apie dauginių metastazių plaučiuose chirurginį gydymą lazeriu. Nurodoma, kad kai kurių lokalizacijų pirminiai navikai ypač dažnai yra dauginių metastazių plaučiuose priežastis [1–4]. Rašoma, kad sergant krūties vėžiu net 33% ligonių pasireiškia plaučių metastazės. Tuo atveju, jeigu pašalinamos pavienės plaučių metastazės, 5 metus išgyvena nuo 14% iki 36% taip gydytų ligonių.

Chirurginiu būdu pašalinus gaubtinės ir tiesiosios žarnos vėžį, plaučių metastazės susidaro nuo 10% iki 20%. Tik 5% jų esti pavienės. Pašalinus tokias plaučių metastazes, penkerius metus išgyvena nuo 25% iki 42% operuotų ligonių.

Labai dažnai – 60–80% – minkštųjų audinių ir kaulų sarkomų metastazuoja į plaučius. Papildomoji chemoterapija po pirminio naviko chirurginio gydymo turi mažą poveikį vėlesniam plaučių metastazių atsiradimui. Pavykus operacijos būdu pašalinti metastazes, penkerius metus išgyvena nuo 20% iki 40% ligonių.

Teigiama, kad dažnos plaučių metastazės susidaro iš užuomazginių ląstelių navikų. Dabartiniu metu tokių navikų metastazės gydomos chemoterapija. Tačiau kai kuriais atvejais tokių navikų metastazės esti atsparios chemoterapijai. Todėl tenka jas šalinti chirurginiu būdu. Jei moterims randama metastazių plaučiuose iš kiaušidžių ir gimdos piktybinių navikų, tik pavienių metastazių šalinimas pailgina operuotų ligonių gyvenimo trukmę.

Šie duomenys leidžia tvirtinti, kad tokių ligonių yra daug, plaučių metastazių chirurginis gydymas yra svarbi klinikinė problema. Lietuvos medicinos literatūroje straipsnių apie plaučių metastazių chirurginį gydymą neteko skaityti. Taigi norėtume supažindinti su mūsų patirtimi gydant ligonius, kuriems diagnozuotos plaučių metastazės.

Ligoniai ir metodai

Lietuvos onkologijos centro (dabar Vilniaus universiteto Onkologijos institutas) Torakalinės chirurgijos

skyriuje nuo 1998 metų iki 2002 metų gydyti 168 ligoniai, kuriems buvo diagnozuotos plaučių metastazės. Tarp jų buvo 81 vyras ir 87 moterys. Vyrų amžiaus vidurkis – 55,4 metų (minimalus – 23, maksimalus – 83 metai). Moterų amžiaus vidurkis – 48,5 metų (minimalus – 23, maksimalus – 77 metai). Moterų plaučių metastazių priežastys buvo tokios: krūties vėžys – 37 atvejai, kiaušidžių – 9, gimdos – 8, inkstų – 8, kito plaučio – 5, kepenų – 3, storosios gaubtinės žarnos – 3, tiesiosios žarnos – 3, minkštųjų audinių sarkomos – 3, melanoma – 2; nosiaryklės, skrandžio, kaulų sarkomos, skydliaukės navikų buvo po vieną atvejį. Dažniausios vyrų plaučių metastazių priežastys buvo šių organų ir audinių navikai: inksto – 17 atvejų, kito plaučio – 13, sėklidžių – 9, gerklų – 6, tiesiosios žarnos – 5, kaulų sarkomų – 5, skydliaukės – 5, prostatos – 5, gaubtinės žarnos – 4, minkštųjų audinių – 3, skrandžio – 2, antinksčių – 2, melanomos, burnos ertmės, šlapimo pūslės – po vieną atvejį. Ligonius pasiskirstymas pagal pirminio naviko lokalizaciją pateikiamas I lentelėje. Visų ligonių

I lentelė. Ligonius pasiskirstymas pagal pirminių navikų lokalizaciją ir lytį

<i>Navikų lokalizacija</i>	<i>Vyrai</i>	<i>Moterys</i>	<i>Iš viso</i>
Antinkstis	2	0	2
Inkstas	17	8	25
Kiaušidės	0	9	9
Gimda	0	8	8
Krūtis	2	37	39
Kaulai	5	1	6
Minkštieji audiniai	3	3	6
Nosiaryklė	0	1	1
Burnos ertmė	1	0	1
Gerklos	6	0	6
Prostata	5	0	5
Šlapimo pūslė	1	0	1
Sėklidės	9	0	9
Kepenys	0	3	3
Kasa	0	2	2
Skrandis	2	1	3
Storoji gaubtinė žarna	4	3	7
Tiesioji žarna	5	3	8
Odos melanoma	1	2	3
Plautis	13	5	18
Skydliaukė	5	1	6
Iš viso	81	87	168

pirminiai navikai buvo pašalinti, o metastazių plaučiuose atsiradimo laikas priklausomai nuo naviko lokalizacijos buvo įvairus: nuo 6 mėn. iki 3 metų. Mūsų duomenimis, anksčiausia plaučių metastazių buvo randama ligoniams, sergantiems sėklidžių, inkstų bei krūties piktybiniais navikais. Ligoniai, kuriems krūtinės ląstos rentgenogramose matomi pataloginiai dariniai, buvo toliau tiriami kompiuterine tomografija ir ultragarsu (kreipiant dėmesį į kepenų, inkstų pokyčius, nes šiuose organuose dažnai aptinkama metastazių). Ligoniams buvo atliekamos ir bronchoskopijos. Kai kuriems ligoniams kontroliuojant rentgeną buvo atliekama plaučių darinio aspiracinė biopsija. Esant hidrotoraksui, buvo daroma videotorakoskopija. Jos metu šalindavome kai kuriuos navikinius darinius ir įpūsdavome talko, nes jis sukelia pleuros lapelių obliteraciją ir taip sumažina pleuros ertmės eksudaciją.

Prieš planuojant operuoti plaučių metastazes, labai svarbu įsitikinti, kad pirminis navikas neatsinaujina ir nėra metastazių kitose vietose. Nustačius, kad metastazės plaučiuose yra vienintelės, galima ryžtis operacijai. Kita vertus, jeigu jos sukelia pleuros eksudaciją ar kitas komplikacijas (darinio nekrozę, broncho užsikimšimą ir kita), tenka atlikti torakotomiją ar

videotorakoskopiją esant ir tokiam išplitusiam navikiniam processui.

Ligonių stebėjimo duomenys buvo apibendrinti 2003 m. kovo 31 d. (vėlyvieji rezultatai). Ligonių stebėjimo laikas iki operacijos ir po jos buvo vertintas medianos būdu. Kadangi stebėtų ligonių skaičius pagal atskiras vėžio lokalizacijas buvo nedidelis, o jų stebėjimo trukmės išsibarstymas galėjo būti nesimetriškas, mediana skaičiuota naudojant Tukey korekciją, kuri leido atsižvelgti į šias ypatybes. Išgyvenamumas bei rizikų santykis buvo skaičiuojamas nuo plaučių metastazių operacijos laiko. Rizikų santykis pagal išgyvenamumo rodiklius buvo įvertintas pasitelkus Cox'o proporcingus modelius. Didesnis pagal savo reikšmę rizikų santykis rodo mažiau palankią prognozę. Rizikų santykiai buvo įvertinti storosios žarnos vėžiu sirgusių ligonių atžvilgiu ir patikrinta jų priklausomybė nuo laiko iki operacijos bei ligonių amžiaus. Visi skaičiavimai buvo atlikti naudojant SPSS statistinio paketo 9 versiją.

Rezultatai

Ankstyvieji rezultatai

Duomenys pateikiami 2 lentelėje. Nors penkiems ligoniams dėl užsikimšusio pagrindinio broncho teko at-

2 lentelė. Pirminių navikų metastazių plaučiuose operacijų tipas

Pirminio naviko lokalizacija	Pulmonektomija	Lobektomija	Segmentektomija	Atipinė rezekcija	Metastazių pašalinimas	Biopsija	Videotorakoskopija	Torakotomija	Iš viso
Antinkstis	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Inkstas	0	9	9	3	1	0	2	1	25
Kiaušidės	0	0	0	1	0	0	8	0	9
Gimda	0	4	3	0	0	0	1	0	8
Krūtis	0	4	7	2	3	0	16	7	39
Kaulai	0	0	0	0	2	0	0	3	5
Minkštieji audiniai	1	0	1	1	0	0	1	2	6
Nosiaryklė	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Burnos ertmė	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Gerklos	0	0	1	2	0	0	2	1	6
Prostata	1	1	1	0	0	1	0	0	4
Šlapimo pūslė	0	0	1	0	0	0	1	1	6
Sėklidės	0	1	3	1	0	0	1	3	9
Kepenys	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Kasa	0	0	0	0	1	0	1	0	2
Skrandis	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Storoji gaubtinė žarna	0	5	0	2	0	0	0	0	7
Tiesioji žarna	1	1	5	1	0	0	0	0	8
Odos melanoma	0	1	1	0	0	1	0	0	3
Plautis	2	2	6	1	2	0	1	4	18
Skyd liaukė	0	2	2	0	2	1	1	0	7
Iš viso	5	31	40	14	11	3	38	26	168

likti pulmonektomiją, 31 ligoniui – lobektomiją, daugumai ligonių pavyko pašalinti metastazę atliekant mažesnės apimties plaučio operaciją: 40 ligonių atlikta segmentektomija, 14 – atipinė plaučių rezekcija.

Kaip jau esame rašę, eksudacinio pleurito atvejais, kai negalima kitais diagnostikos metodais nustatyti hidrorotorakso prigimties, vienas iš geriausių diagnostikos būdų yra videotorakoskopija, kurios metu galima apžiūrėti visą pleuros ertmę, atlikti navikinio židinio biopsiją ar net pašalinti pleuros metastazę, įpūsti į pleuros ertmę 8 g talko (obliteruoja pleuros lapelius, sumažina pleuros eksudaciją; ligonio būklė pagerėja). Videotorakoskopija buvo atlikta 38 ligoniams. Torakotomijos būdu 26 ligoniams nebuvo įmanoma pašalinti metastazių ir diagnozei patvirtinti atlikta patologinio židinio biopsija. Ankstyvieji tokio chirurginio gydymo rezultatai buvo patenkinami: per 30 dienų nemirė nė vienas ligonis. Tačiau navikinio proceso generalizacija išryškėjo per pirmuosius metus.

Po atliktų operacijų 12 ligonių buvo taikytas papildomasis gydymas: 8 ligoniams – chemoterapija, 3 ligoniams – chemoterapija ir spindulių terapija, 1 ligoniui – spindulių terapija. Dažniausiai (aštuoniais atvejais) chemoterapija buvo taikyta ligonėms, sirgusioms krūties vėžiu.

Vėlyvieji rezultatai

Turimais duomenimis, nuo progresuojančio navikinio proceso mirė 40 ligonių. Vidutinė jų gyvenimo trukmė buvo 7,3 mėn. (minimali – 1, maksimali – 27 mėn.). Operacijos apimtis turėjo įtakos ligonių gyvenimo trukmei. Po lobektomijų vidutinė ligonių gyvenimo trukmė buvo 12,4 mėn., po segmentektomijų – 10,2 mėn., po atipinių plaučių rezekcijų – 10,5 mėn. Ligoniai, kuriems buvo atliktos torakotomijos, bet nebuvo įmanoma pašalinti visų metastazių, vidutiniškai išgyveno 8,5 mėn. Po videotorakoskopijų, kurių metu buvo nustatoma navikinė pleurito prigimtis ir atliekama talko insufliacija į pleuros ertmę, ligonių gyvenimo trukmė buvo trumpiausia – 3,4 mėn. Išanalizavus ligonių gyvenimo trukmę priklausomai nuo pirminio naviko lokalizacijos, geriausi vėlesnieji gydymo rezultatai buvo ligonių, sergančių storžarnės vėžiu: jų vidutinė gyvenimo trukmė – 17,7 mėn. Šiuo metu

turimais vėlesniųjų gydymo rezultatų duomenimis, sergantieji inksto vėžiu, pašalinus plaučių metastazes, vidutiniškai išgyveno 11,4 mėn. Blogesni gydymo rezultatai užregistruoti kiaušidžių, plaučių, krūties vėžio bei melanomos atvejais. Krūties vėžiu sergančios ligonės, kurioms buvo diagnozuotos plaučių metastazės, vidutiniškai išgyveno 8,3 mėn. Tačiau trumpiausiai gyveno plaučių vėžiu sergantys ligoniai, kuriems buvo metastazių kitame plautyje, Šių ligonių vidutinė gyvenimo trukmė – 4,8 mėn. Papildomasis gydymas po operacijos turėjo poveikį ligonių gyvenimo trukmei, ypač krūties vėžio atveju: kai kurios ligonės po torakotomijos, kai chirurginiu būdu nebuvo įmanoma pašalinti visų metastazių, po chemospindulinio gydymo išgyveno 15 mėnesių.

Operuotų nuo plaučių metastazių ligonių charakteristika pateikiama 3 lentelėje. Kai kurių lokalizacijų navikų metastazių plaučiuose buvo gydyta nedaug, todėl apskaičiuojant statistiškai jų duomenys buvo sujungti. Mažiausiai gyvena operuotų ligonių, sirgusių pirminiu kiaušidžių bei pirminiu plaučių vėžiu – atitinkamai 20,0% ir 27,8%. Buvo apskaičiuota vidutinė gyvenimo trukmė nuo pirminio naviko iki plaučių metastazių operacijos ir po jos. Šie duomenys pateikiami 4 lentelėje.

Diskusija

Kaip matyti iš mūsų pateiktų klinikinių duomenų apie pirminių navikų metastazių plaučiuose gydymą, kai kuriais atvejais teko atlikti didesnės apimties operacijas, nes metastazės pažeisdavo daug plaučių audinio. Šis faktas iš dalies liudija, kad ligonių, kuriems diagnozuojamos plaučių metastazės, nedera palikti ilgesniam stebėjimui, t. y. kas tam tikrą laiką atlikti plaučių nuotraukas ir siųsti ligonius operacijai tik kai metastazės pradeda sparčiau didėti. Kita vertus, torakotomijos ar videotorakoskopijos metu galima patikslinti darinio morfologinę diagnozę. Pastaruoju metu kai kurie autoriai teikia daug reikšmės videotorakoskopijai, nes ši chirurginė intervencija mažiau traumuoja ir jos metu galima pašalinti metastazes. Radus nedidelių metastazių, ne didesnių kaip 3 cm, galima jas pašalinti išsaugant daugiau plaučių audinio [13]. Vėlyvieji gydymo rezultatai labai priklauso nuo pirmi-

3 lentelė. Ligonių, operuotų nuo plaučių metastazių, charakteristika

<i>Pirminio naviko lokalizacija</i>	<i>Ligonių skaičius</i>	<i>Iš jų gyvena</i>	<i>Gyvena, proc.</i>	<i>Vidutinis ligonių amžius</i>
Storoji žarna	15	11	73,3	62,2
Kepenys ir kasa	5	1	20,0	55,2
Gerklos ir burnos ertmė	7	3	42,9	59,7
Krūtis	39	24	61,5	55,6
Odos melanoma	3	2	66,7	56,3
Kiaušidės	10	2	20,0	54,5
Prostata	4	4	100,0	72,3
Plaučiai	18	5	27,8	59,6
Šlapimo pūslė ir inkstai	29	16	55,2	60,1
Minkštieji audiniai ir kaulai	11	4	36,4	53,4
Sėklidės	9	4	44,4	46,7
Skydliaukė	7	4	57,1	59,9
Gimdos kaklelis	8	7	87,5	49,9
Skrandis	3	2	66,7	59,3
Iš viso	168	89	53,0	57,2

4 lentelė. Vidutinė ligonių gyvenimo trukmė nuo pirminio naviko diagnozės iki plaučių metastazių operacijos ir po jos

<i>Pirminio naviko lokalizacija</i>	<i>Vidutinė gyvenimo trukmė (dienos)</i>	
	<i>Iki operacijos</i>	<i>po operacijos</i>
Storoji žarna	551	651
Kepenys ir kasa	38	903
Gerklos ir burnos ertmė	*	393
Krūtis	1006	500
Odos melanoma	2399	193
Kiaušidės	645	423
Prostata	3	585
Plaučiai	*	451
Šlapimo pūslė ir inkstai	478	878
Minkštieji audiniai ir kaulai	*	504
Sėklidės	*	676
Skydliaukė	*	753
Gimdos kaklelis	1256	493
Skrandis	*	613

* Neįvertinama dėl mažo reikšmingų stebėjimų skaičiaus

ninio naviko biologinių savybių, jo agresyvumo. Apie tai rašo autoriai, išanalizavę daugiau kaip 5000 plaučių metastazių pašalinimo atvejų [14]. Be abejonės, negalima tenkintis vien chirurginiu metastazių gydy-

mu. Priklausomai nuo pirminio naviko lokalizacijos ir morfologinio tipo ligoniams skiriamas papildomas gydymas: chemoterapija, spindulių terapija, gydymas hormoniniais preparatais [15]. Kita svarbi kliniciams problema yra navikinės kilmės hidrotorakso diagnostika ir gydymas. Kai kurių lokalizacijų navikai, pavyzdžiui, krūties vėžys, dažnai gausiai metastazuoja į visceralinės ir parietalinės pleuros lapelius, sukeldami pleuros ertmės eksudaciją. Šių eksudacinių pleuritų atvejais antinavikiniai preparatai paprastai esti neveiksmingi, todėl dabartiniu metu į pleuros ertmę švirkščiami įvairių sklerozę sukeliančių preparatų, tarp kurių labiausiai paplitęs talkas. Be abejonės, šis gydymas yra paliatyvus, tačiau jis pagerina ligonio gyvenimo kokybę. Mūsų pateikti vėlyvieji gydymo rezultatai yra preliminarūs, nes daug ligonių buvo gydyta pastaraisiais metais. Reikia pasakyti, kad kai kurių lokalizacijų navikų metastazių plaučiuose mes gydėme nedaug, tačiau statistiškai apdorojus duomenis buvo nustatyti panašūs prognostiniai kriterijai kaip ir kitų autorių, tai yra geriausi vėlyvieji gydymo rezultatai esti tada, kai metastazės pavienės ir naviko biologinės savybės nėra labai agresyvios. Taigi geresnių rezultatų galime tikėtis gydant plaučių metastazes sergant kolorektiniu ir inksto vėžiu.

5 lentelė. Operuotų nuo plaučių metastazių ligonių rizikų santykio palyginimas pagal pirminę naviko lokalizaciją Cox'o proporcingųjų modelių būdu (storoji žarna =1)

Pirminio naviko lokalizacija	Rizikų santykis		
	Paprastas	Išlygintas pagal laiką iki operacijos	Išlygintas pagal laiką iki operacijos ir amžių
Storoji žarna	1,0	1	1
Kepenys ir kasa	3,69 (0,91–14,92)	2,96 (0,72–12,12)	3,10 (0,75–12,77)
Gerklos ir burnos ertmė	2,88 (0,72–11,55)	2,76 (0,69–11,10)	2,95 (0,73–11,95)
Krūtis	1,75 (0,58–5,26)	1,86 (0,62–5,62)	1,98 (0,65–6,06)
Odos melanoma	3,26 (0,36–29,40)	4,18 (0,45–38,40)	4,28 (0,47–39,37)
Kiaušidės	5,99 (1,79–19,99)	6,86 (2,03–23,15)	7,08 (2,09–23,99)
Prostata	*	*	*
Plaučiai	5,70 (1,84–17,62)	4,55 (1,45–14,29)	4,55 (1,45–14,28)
Šlapimo pūslė ir inkstai	1,27 (0,41–3,89)	1,16 (0,38–3,58)	1,18 (0,38–3,62)
Minkštieji audiniai ir kaulai	2,84 (0,83–9,71)	2,90 (0,84–9,97)	2,99 (0,87–10,30)
Sėklidės	2,21 (0,59–8,23)	1,74 (0,46–6,56)	1,97 (0,51–7,70)
Skydliaukė	1,72 (0,38–7,69)	1,36 (0,30–6,17)	1,40 (0,31–6,34)
Gimdos kaklelis	0,37 (0,04–3,33)	0,48 (0,05–4,43)	0,52 (0,06–4,74)
Skrandis	1,62 (0,18–14,60)	1,64 (0,18–14,82)	1,71 (0,19–15,48)

* Neįvertinama, nes stebimuoju laikotarpiu visi ligoniai išgyveno

Išvados

1. Plaučių pavienių metastazių chirurginis gydymas pailgina ligonių gyvenimo trukmę.
2. Geriausi gydymo rezultatai gauti chirurgiškai gydant kolorektinio ir inksto vėžio ligonių plaučių pavienės metastazes.

3. Blogiausi gydymo rezultatai buvo ligonių, sergančių kiaušidžių, krūties vėžiu ir melanoma, nes plaučių metastazės dažniausiai būdavo dauginės.

4. Jei yra naviko diseminacija pleuroje ir pleuritas, rekomenduojame videotorakoskopijos metu įpūsti į pleuros ertmę talko.

LITERATŪRA

1. McCormack PM, Martini N. The changing role of surgery for pulmonary metastases. *Ann Thorac Surg* 1979; 41: 833.
2. Mountain CF, McMurtrey MJ, Hermes KE. Surgery for pulmonary metastases: a 20 year experience. *Ann Thorac Surg* 1984; 38: 323.
3. Staren ED, Salerno C, Rongione A, Witt RT, Faber P. Pulmonary resection for metastatic breast cancer. *Arch Surg* 1992; 127: 1282.
4. Cozzi A, Milanos S, Cancalini et al. Surgery of lung metastases in renal cell carcinoma. *Br J Urol* 1995; 75: 445.
5. Casey JJ, Stempel BG, Scanlon EF, Fry WA. The solitary pulmonary nodule in the patients with breast cancer. *Surgery* 1984; 96: 801.
6. Saclarides TJ, Krueger BL, Szeluga DS. Thoracotomy for colon ad rectal cancer metastases. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 425.
7. Willis RA. The spread of tumors in the human body. In: *Pathology metastases*. Boston: GK Hall, 1978; p. 167.
8. Libshitz HJ, North LB. Pulmonary metastases. *Radiol Clin North Am* 1982; 20: 437.
9. Janower ML, Blennerhassett HJB. Lymphanginic spread of metastatic cancer to the lung. *Radiology* 1971; 101: 267.
10. Pass HI, Donington JS. Metastatic cancer to the lung. In: *Cancer Principles and Practice of Oncology*. Philadelphia; New York: Lipincott – Raven, 1997; p. 2536–51.
11. Naidich DP, Zerhouni EA, Siegelman SS. Pleura and chest wall.
12. Vogt-Moykoff I, Bukzebruck H, Merkle NM, Probst G. Results of surgical treatment of pulmonary metastases. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 2: 224.

13. Snyder CL, Saltzman DA, Ferrell KL, Thompson RC, Leonard AS. A new approach to the resection of pulmonary osteosarcoma metastases. Results of aggressive metastasectomy. Clin Orthop 1991 Sept; 247.

14. Long-term results of lung metastasectomy: prognostic ana-

lyses based on 5206 cases. The International Registry of Lung Metastases. J Thorac Cardiovasc Surg 1997; 113: 37.

15. Putnam JB. Metastatic cancer to the lung. In: Cancer: Principles and Practice of Oncology. 6 Edition. Lippincott Williams&Wilkins, 2001; p. 755.

Gauta: 2003 06 25

Priimta spaudai: 2003 11 18

Redaktoriaus nuomonė

Reikia tikėtis, kad A. Jackevičiaus, S. Cicėno, D. Piščiko straipsnis „Plaučių metastazių chirurginio gydymo rezultatai“ paskatins specialistų diskusijas šia svarbia onkologijos tema. Svarbiausi klausimai, su kuriais susiduria kiekvienas šia tematika besidomintis klinicistas, turėtų būti šie:

- kada, t. y. kiek laiko praėjus nuo pirminio naviko pašalinimo, galima operuoti plaučių metastazes;
- kuriems ligoniams operacija gali būti veiksminga (atsižvelgiant į piktybinio naviko biologines ypatybes);
- kokia chirurginė intervencija (metodai, plaučių rezekcinės operacijos apimtis) yra optimali;

• kokia turėtų būti chirurginė taktika, jei pavienės metastazės diagnozuojamos ne tik plaučiuose, bet ir kitame organe, pavyzdžiui, kepenyse.

Redaktorius remiasi straipsnio recenzija. Recenzento ir redaktoriaus nuomonės sutampa.

Doc. habil. dr. Raimundas Lunevičius

Vilniaus universiteto Bendrosios ir kraujagyslių chirurgijos klinika

Vilniaus greitosios pagalbos universitetinės ligoninės 2-asis pilvo chirurgijos skyrius, Šiltnamių g. 29, LT-2043 Vilnius; el. paštas: rlunevichus@yahoo.com