

Rafał Dziadziuszko

Katedra i Klinika Onkologii i Radioterapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

Przypadek nr 4

Przebieg leczenia

Chora 45-letnia z ustalonym rozpoznaniem raka płaskonabłonkowego szczytu płuca prawego została skierowana w marcu 2012 roku do konsultacji pod kątem możliwości radykalnego leczenia. Na podstawie wywiadu ustalono bóle barku nasilające się od około pół roku oraz utratę masy ciała około 3 kg (ok. 5%). W badaniu przedmiotowym stwierdzono prawostronny zespół Hornera. W badaniu tomografii komputerowej (CT, *computed tomography*) klatki piersiowej stwierdzono 6-centymetrowy guz szczytu płuca, naciekający śródpiersie, oraz trzony kręgów TH2 i TH3. Węzły chłonne śródpiersia były niepowiększone. W badaniu pozytonowej tomografii emisyjnej połączonej z tomografią komputerową (PET-CT, *positron emission tomography-computed tomography*) nie stwierdzono zajęcia węzłów chłonnych wnęki płuca ani śródpiersia, wychwyty fludeoksyglukozy w guzie pierwotnym na poziomie SUVmax 8,4, bez innych ognisk gromadzenia znacznika. W badaniu z pomocą rezonansu magnetycznego (MRI, *magnetic resonance imaging*) klatki piersiowej nie stwierdzono penetracji guza do otworów międzykręgowych. Stopień zaawansowania według obecnej 8. edycji klasyfikacji TNM to mT4N0M0.

Chorą przestawiono na konsylium wielodyscyplinarne, proponując indukcyjną radiochemioterapię, a następnie zabieg operacyjny. Chora otrzymała radykalną radioterapię techniką konformalną do dawki 60 Gy/30 fr. (obecnie rutynowo stosowaną dawką radioterapii w takich sytuacjach klinicznych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Gdańsku jest 50 Gy/25 fr.), łącznie z dwoma cyklami chemioterapii według schematu cisplatyna 80 mg/m² dzień 1. + etopozyd 100 mg/m² dni 1., 2. i 3. Po 6 tygodniach leczenia wykonano CT klatki piersiowej, stwierdzając znaczącą regresję zmiany. U chorej wykonano następnie zabieg operacyjny lobektomii górnej prawej z limfadenektomią śródpiersia i resekcją pierwszych dwóch żeber. Zabieg był niepowikłany, w pooperacyjnym badaniu histopatologicznym stwierdzono znaczącą regresję patologiczną (komórki nowotworowe w ok. 15% guza). Chora pozostaje w kontroli bez objawów wznowy.

Komentarz

Rak szczytu płuca stanowi szczególną postać kliniczną raka niedrobnokomórkowego ze względu na charakterystyczne objawy wynikające z naciekania struktur anatomicznych otworu górnego klatki piersiowej, takie jak trzony kręgów, splot barkowy czy przykręgowe zwoje współczulne oraz ściana klatki piersiowej. Histologicznie jest to najczęściej rak płaskonabłonkowy lub rak gruczołowy. Oprócz standardowych metod oceny stopnia zaawansowania (CT klatki piersiowej i nadbrzusza oraz CT głowy, PET-CT, bronchofiberoskopia z oceną podejrzanych węzłów chłonnych w badaniu EBUS czy EUS), w przypadkach nacieku trzonów kręgów zaleca się wykonanie MRI kręgosłupa ze szczegółową oceną penetracji otworów międzykręgowych. Ze względu na wysokie ryzyko nawrotu miejscowego po leczeniu operacyjnym, rekomendowanym w większości przypadków postępowaniem na podstawie jednoramiennego badania klinicznego II fazy RTOG 9416 [1] w przypadkach bez zajęcia węzłów chłonnych śródpiersia jest indukcyjna radiochemioterapia (45 Gy/25 fr. oraz 2 cykle chemioterapii zawierające cisplatynę i etopozyd). W wybranych przypadkach wczesnych raków szczytu płuca dopuszcza się postępowanie operacyjne z ewentualnym leczeniem uzupełniającym na podstawie wyniku pooperacyjnego badania histopatologicznego lub radiochemioterapię radykalną w przypadkach znacznego zaawansowania z zajęciem węzłów chłonnych śródpiersia. Wyniki badań RTOG 9416 [1], SWOG S0220 [2] oraz własnych [3] wskazują na odsetek przeżyć 5-letnich na poziomie około 30–40%.

Piśmiennictwo

1. Rusch VW, Giroux DJ, Kraut MJ, et al. Induction chemoradiation and surgical resection for superior sulcus non-small-cell lung carcinomas: long-term results of Southwest Oncology Group Trial 9416 (Intergroup Trial 0160). *J Clin Oncol.* 2007; 25: 313–318.
2. Kernstine KH, Moon J, Kraut MJ, et al. Trimodality therapy for superior sulcus non-small cell lung cancer: Southwest Oncology Group-Intergroup Trial S0220. *Ann Thorac Surg.* 2014; 98: 402–410.
3. Rzyman W, Lazar-Poniatowska M, Lapinski M, et al. Treatment of superior sulcus tumor: A twelve-year single-center experience. *J Thorac Oncol.* 12: S2168–S2169.