

## **Fumatul, prieten sau inamic ?**

Legatura dintre fumat si cancer - studiu de caz in Centrul de Diagnostic si  
Tratament "Victor Babes"

[Dr. Andreea Vlad](#)

[Medic specialist Pneumologie](#)

Cu ocazia implinirii a 20 de ani de la infiintarea Centrului de Diagnostic si Tratament "Victor Babes", cu prilejul reuniunilor zilnice, dupa raport, pe data de 26 iunie 2019, s-a discutat despre fumat : de ce il consideram un asa zis prieten pe termen scurt, desi evident pe termen lung este un inamic al sanatatii noastre.

Unul din trei romani fumeaza in Romania (nu avem date despre diaspora), potrivit unui studiu efectuat in 2017 pe un esantion de 1000 oameni.

Plan al acestui articol :

- vom discuta pe scurt despre doua cazuri clinice de fumatori avute aici, in Clinica
- riscuri - ce boli pot sa apara ? (din nefericire si fumatorii stiu aceste riscuri in marea lor majoritate si se expun constient la ele), cum putem sa-i ajutam ?
- screening-ul la fumatori - vom raspunde la intrebarile : pe cine ? (care sunt categoriile carora ne adresam ?) cum facem asta ? care sunt riscurile metodelor de screening ?

In final vom trage niste concluzii care sper sa ne ajute in practica de zi cu zi indiferent de specialitate.

---

Am examinat o pacienta in varsta de 50 ani, din Bucuresti, fumatoare activa, tabagism estimat la 36 pachete / an, fara expunere profesionala.

Venea la control dupa o intercurrenta respiratorie tratata de medicul generalist cu Tavanic 5 zile.

Nu simptomele o aduceau in consultatie, pentru ca avea tuse, dispnee sau durere toracica, ci faptul ca era fumatoare si vroia sa se asigure ca totul este bine.

La examenul clinic : constant normale, fara raluri, fara hipertensiune, spirometria a exclus BPOC-ul. I-am propus si o radiografie vrand sa ma asigur ca nu facuse de fapt o pneumonie care sa fi lasat vreo imagine sau ca nu are formatiuni suspecte.

Rezultatul a fost acesta :



Este o imagine cu negatoscopul din cabinet.

Interpretarea noastra a fost : imagine ovalara, imprecis delimitata, localizata in treimea superioara a plamanului drept cu o incluziune aerica centrala sugerand tendinta la excavatie.

In fata acestei imagini, s-a impus un diagnostic diferential radiologic :

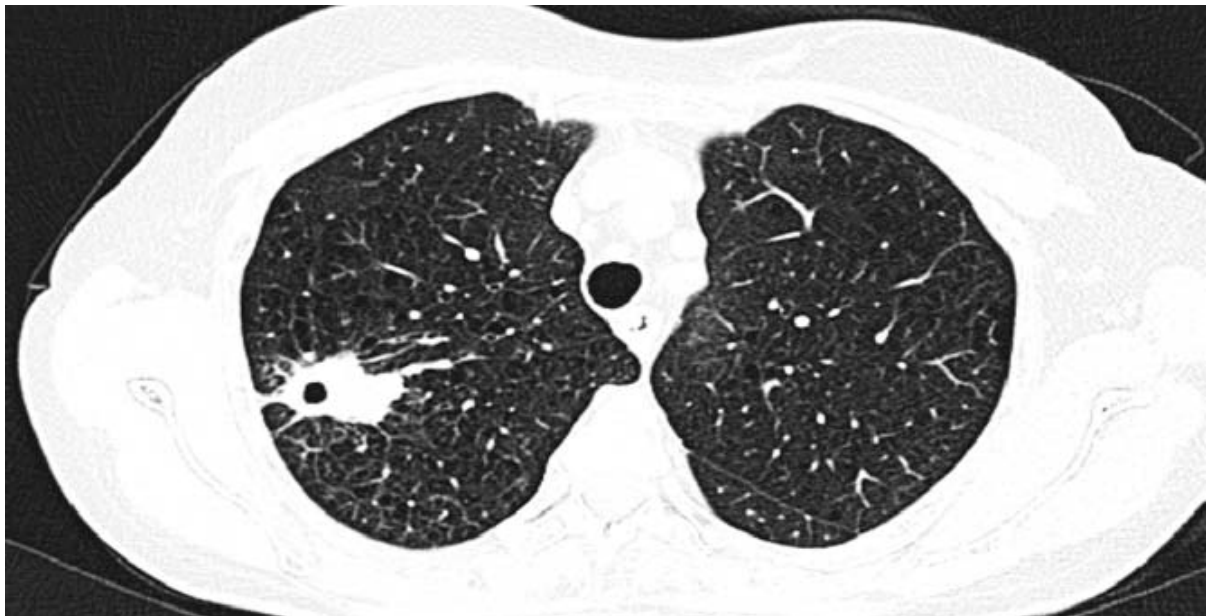
- m-am gandit, bineinteles, la o tuberculoza pulmonara cavitara (suntem tara endemica inca, din nefericire). Totusi, clinic pacienta nu prezenta sindrom de impregnare bacilara (fara febra sau pierdere in greutate si fara amenoree)
- un abces (dar pacienta nu avea o stare septica). Pacientul cu abces este adesea febril, cu un facies teros, cu o pierdere importanta in greutate si foarte obosit (pacienta mea nu prezenta nici macar unul din aceste simptome)
- o boala reumatologica (poliartrita reumatoida poate determina noduli cu tendinta la excavatie care cel mai adesea sunt mici si localizati bilaterali). Nu corespundea; plus ca pacienta mea nu prezenta nici o durere articulara
- o vasculita - granulomatoza cu poliangiita - sau fosta boala Wegener - de obicei nodulii sunt mai mici
- pneumatocele : initial are peretii subtiri ,dar apoi se suprainfecteaza
- embolie septica - dar pacienta mea nu avea o stare septica
- infectie oportunist - daca ar fi fost vorba de un teren imunodeprimat, m-as fi gandit la : Coccidiodmicoza, Nocardioza
- neoplazie : carcinom epidermoid, adenocarcinom, sarcom

- congenitale : sechestratie pulmonara (de obicei varsta la care se descopera este sub 25 ani, rar peste 40 ani si localizarea este in zonele posteroinferioare - aspectul este chistic, dar acesta se poate suprainfecta)

Am continuat investigatiile :

- analize de sange care arata pe data 26 septembrie 2018 : Leuc : 8 960/uL, Hb = 14,7 g/dL, Tr = 329 000 /uL, VSH = 18 mm /H, fibrinogen = 321 mg/dL, Ig E = 488,8 UI/mL, CRP = 8,34 mg /dL (VN : 0-5 mg/dL), D dimeri =normali
- doua examene de sputa BK : negative

Pentru o mai buna caracterizare, am cerut un CT torace cu substanta de contrast efectuat in Clinica noastra de catre dl dr. Sorin Constantinescu - care exclude embolia pulmonara, nu arata adenopatii, fara imagine de chist sau sechestratie - ci aceeasi formatiune excavata, contur spiculat care ia contrast in mod heretogen.



Avem deci o formatiune suspecta la o pacienta fumatoare la care analizele de sange arata un minim sdr inflamator si un posibil teren atopic. Intre timp : cele doua spute ptr BK au revenit negative.

Am indrumat-o in acest caz spre bronhoscopie in scopul de a face aspirat BK si a preleva probe bioptice . Bronhoscopia efectuata pe data de 12 noiembrie 2018 : Laringe cu dinamica prezenta, aspect bronsitic difuz bilateral. Fara elemente proliferative patente sau leziuni active ale mucoasei in teritoriile explorabile. Fara modificari la examinarea in banda ingusta de lumina. Secretii seromucoase moderate cantitativ in stanga. In dreapta : mucoasa usor neregulata la jonctiunea dintre primitiva dreapta si lobara superioara dreapta. Aspirat BK negativ. Fara celule tumorale

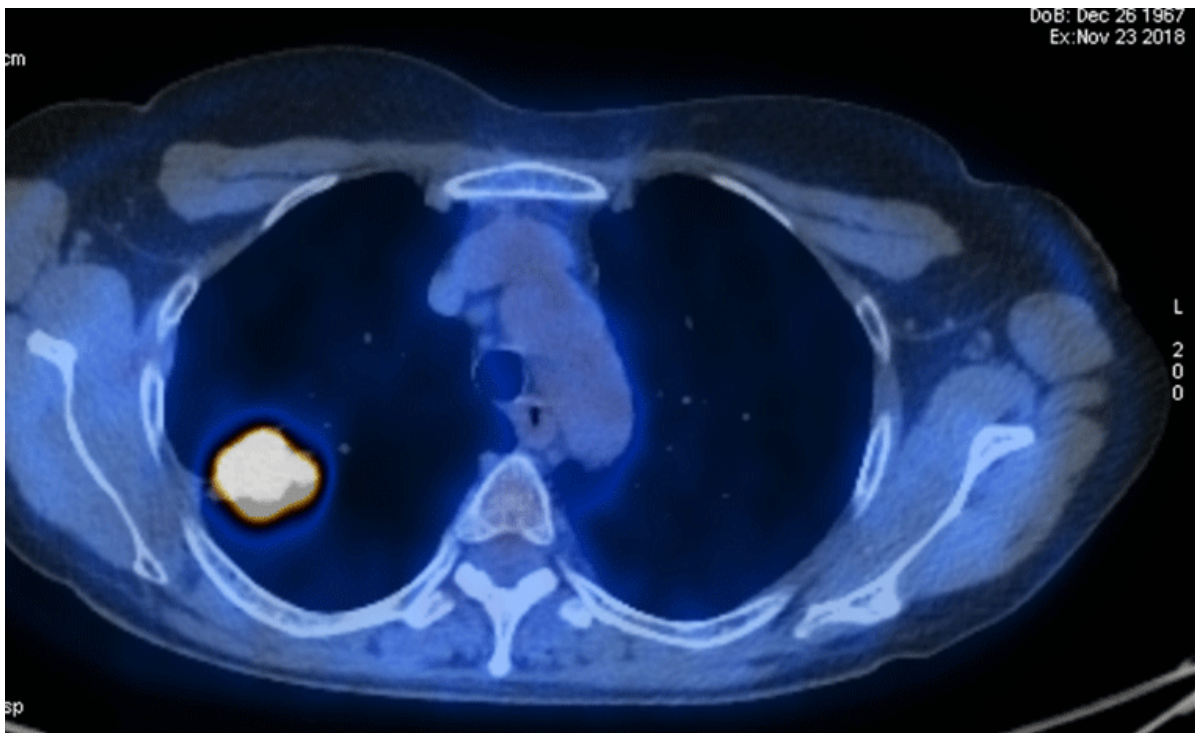
Ce sa facem de aici ?

Daca nu am reusit sa luam biopsie, i-am propus interventia chirurgicala.

Dar stim ca o interventie chirurgicala lasa cicatrice, asa ca mereu imi pun intrebarea : este neaparat nevoie ?

Pentru a putea raspunde la aceasat intrebare, i-am recomandat efectuarea unui PET CT, mai concret - injectarea de fluorodeoxiglucosa, adica glucoza marcata radioactiv care va fi captata de celulele care iubesc glucoza si se multiplica rapid, adica de celulele tumorale.

Iata si rezultatul : formatiune tumorala localizata in LSD.



In acest context, nu am mai avut dubiu, am orientat-o catre chirurgie toracica. Interventia a avut loc in decembrie 2018 : lobectomie superioara dreapta si limfadenectomie radicala prin toracotomie laterala.

Histopatologic :

- macroscopic : formatiune tumorala cu axul lung de 3,5 cm, de culoare alba cu contur polilobat, parenchimul peritumoral are aspect emfizematos
- microscopic : fragmentele de parenchim pulmonar cu infiltrate neoplazice alcatuite din celule poligonale sau de forma neregulata avand nucleii veziculari, citoplasma palid eozinofila. Celulele neoplazice se dispun predominant in plaje solide dar si in vagi structuri tubulo acinare si papilare. Tumora nu infiltreaza pleura viscerală. Nu se observa emboli tumorali. Recupele bronșice si cele vasculare sunt non tumorale

- toti limfoganglionii examinati : statia III A, statia X - au aspect reactiv nespecific, fara metastaze
- stadializare : pT2pN0. Necesita teste IHC.

Rezultatul histopatologic : adenocarcinoma cu pattern solid, stadializat I B.

A revenit la control pe 8 ianuarie 2019 cu un status clinic foarte bun , fara complicatii postoperatorii. Spirometria arata o scadere a VEMS de la 97 la 85 %. Am adresat-o kolegei mele la oncologie, dna dr. Raluca Fostea. Aceasta a indicat conform protocolului supraveghere imagistica - efectuarea unui CT cerebral si toraco abdominopelvin in mai 2019 si apoi la 6 luni. In acest stadiu nu este indicata chimioterapia. Rezultatul CT-ului toracic efectuat in mai 2019 :



Postoperator prezenta o mica colectie inchistata in mediastinul anterior, aspect care poate aparea in mod normal postoperator.

In consultatie, pe 8 ianuarie a venit insotita de sotul sau care prezenta raluri audibile si fara stetoscop. Cu mare dificultate, l-am convins sa faca un consult pneumologic. Este vorba despre un pacient fost mare fumator, tabagism cuantificat la 120 PA, fara expunere profesionala, cu raluri ronflante si sibilante diseminate difuz bilateral. Spirometria a confirmat o disfunctie ventilatorie obstructiva, cu prezenta unui BPOC



GOLD 2 care in acel moment era in exacerbare virala.  
Surpriza a venit de la radiografie care a aratat un hil drept marit.



Ce putea fi acolo ? Adenopatie mediastinala, embolie pulmonara sau hipertensiune pulmonara, neoplazie.

I-am recomandat un CT torace cu substanta de contrast. Din nefericire, a revenit 3 luni mai tarziu cu acest aspect : tumora localizata in lobul inferior drept cu metastaze hepatice.

Bilantul de extensie nu a aratat prezenta metastazelor in alte organe decat ficatul.



CT torace (01 aprilie 2019) : formatiune tumorala pulmonara infrahilara ce inglobeaza bronhia lobara inferioara si segmentarele acesteia, are contururi neregulate si diametre maxime de 48 / 45 mm si 52 mm vertical. Noduli hepatici cu aspect secundar

A urmat bronhoscopia (22 aprilie 2019) : laringe cu dinamica prezenta. Aspect bronsitic difuz, la nivelul traheei si arborelui bronsic stang. In dreapta LID este obstruat complet de la debut prin proces tumoral vegetal care prolabeaza discret in intermediara, cu baza de implantare la nivelul apicalului inferior drept. Infiltratia este prezenta de la debutul LID cu etalare moderata a pintenului LM. LM se normalizeaza distal. Se rezeca practic total formatiunea descrisa cu dezobstructia trunchiului bazal drept care este obstruat initial prin secretii mucoase aderente. Toaleta bronsica. Aspirat bronsic : celule atipice. Biopsie : carcinom neuroendocrin cu celula mare LCNEC .

Testele de imunohistochimie sunt in curs. Este vorba despre un cancer bronhopulmonar stadiul IV care urmeaza sa efectueze chimioterapie si radioterapie cerebrala profilactica.

Revenind la schema initiala, cateva cuvinte despre efectele toxice ale fumatului.

De ce este fumatul atat de daunator ?

Legatura dintre fumat si cancer este demonstrata indiscutabil.

Fumatul este implicat in numeroase localizari ale cancerului : bronho-pulmonar, buze, limba, orofaringe, laringe, esofag, stomac, vezica urinara etc.

Relatia este atat de evidenta incât 90 % dintre marii fumatori, de peste 40 de tigari pe zi, fac cancer pulmonar.

Fumatul cauzeaza vasoconstrictie, hipercoagulabilitate, provocand disfunctie endoteliala, fiind un factor de risc major pentru bolile cardiovasculare.

Statusul proinflamator generat de compusii toxici din fumul de tigara creste susceptibilitatea infectiilor respiratorii si creste riscul de complicatii postoperatorii.

Ce se poate intampla cand pacientul doreste intreruperea fumatului ?

Apare sevrajul nicotinic - care tine de la 3 zile la 4 saptamani : crestere in greutate, insomnie, iritabilitate, depresie si anxietate - la cei predispusi.

Cresterea in greutate - cauza : nicotina creste metabolismul - de la 7 la 15 %, scade apetitul.

Cum putem sa-i ajutam noi pe fumatori sa renunte la fumat ?

ENSP (Societatea Europeana pentru Fumat si Preventia Fumatului) a redactat un ghid pentru renuntarea la fumat, disponibil online.

Tratamentul cuprinde suport psihologic si substitutie nicotinică cu plasturi si gume de nicotina. Exista si medicamente care actioneaza asupra centrilor nervosi implicati in determinarea senzatiei de placere asociata fumatului : Champix (vareniclina) si Zyban (bupropion). Aceste medicamente pot fi obtinute prin programul STOP Fumat care in Bucuresti se desfasoara la Institutul de Pneumoftiziologie "Marius Nasta" si la Institutul de Urgenta pentru Boli Cardiovasculare "Prof. Dr. C. C. Iliescu".

Screening

Din fericire, 10 % din pacientii pe care ii am aici in Clinica sunt persoane sanatoase. Acestia fumeaza si doresc o verificare de rutina. Cer adesea sfaturi pentru a renunta la fumat, avand in vedere ca fumatul este atribuit ca fiind cauza a 85 - 90 % din totalul cancerelor pulmonare. Totusi cei 10 - 15 % din pacienti care raman si sunt diagnosticati cu neoplazie pulmonara, cel mai adesea au fost expusi la fumat pasiv.

De ce am face screening pentru cancerul bronhopulmonar la fumatori ?

3 conditii :

- mortalitate inalta - cel mai agresiv dintre toate formele
- factor declansator cunoscut



- prevalenta crescuta : 1,5 - 2,2 %  
Din pacate nu exista un marker sanguin asociat cu neoplasmul pulmonar care sa aiba o sensibilitate crescuta, asa cum este PSA pentru cancerul de prostata.

Aceasta intrebare legata de screening a fost adresata inca din 1960 de catre specialisti si s-au efectuat radiografiile pulmonare o data de an la subiectii fumatori, cu varste trecute de 50 ani, timp de 4 - 10 ani. Rezultatul a fost : nu s-a constatat o scadere a mortalitatii prin cancer bronhopulmonar.

In 2013 in Chest se publica un articol prin care arata ca radiografiile toracice seriate la categoriile cu risc nu imbunatatesc diagnosticul precoce al cancerului bronhopulmonar, in timp ce CT-ul cu doza de iradiere joasa da.

In 2017, in Lancet Oncology aparea un articol in care se arata ca efectuarea CT-urilor plane seriate la pacienti trecuti de 50 ani, fumatori, scade mortalitatea prin cancer bronhopulmonar.

Si totusi, mi-am pus intrebarea : radiografia toracica nu e de ajutor pentru monitorizarea bolilor pulmonare ? Raspunsul este ca bineinteles ca da, mai ales ca suntem tara endemica pentru tuberculoza. Conform Programului National de Preventie si Tratament al Tuberculozei, iata si categoriile cu risc de a dezvolta tuberculoza :

- contactii bolnavilor de TB
- pauperii extremi, persoanele fara adapost, asistatii social
- persoane afectate HIV / SIDA
- utilizatorii de droguri
- populatia din penitenciare si din alte institutii corectionale
- persoanele spitalizate cronic in unitati de psihiatrie
- cazurile de neoplasm, diabet zaharat, hepatita cronica sau ciroza cu virus B sau C cu tratamente specifice
- persoanele care urmeaza tratamente imunosupresive pentru diverse afectiuni, transplant de organe, colagenoze tratate si alte afectiuni pentru care se administreaza imunodepresoare (de exemplu anti-TNF alfa)
- etilicii cronici
- personalul care lucreaza in unitatile sanitare
- muncitorii expusi noxelor coniotice / pneumoconioze, cei de pe santiere de constructii, cei cazati in dormitoare comune, navetistii
- persoanele din caminele de batrani, din camine spital
- pacientii hemodializati

La acestia este foarte importanta monitorizarea prin radiografie toracica.

Un exemplu in acest sens :

Intre 11 -1 4 iunie 2019, la Conferinta de pneumologie din Iasi, Rob van West, medic de boli infectioase a prezentat un studiu efectuat in Olanda si mai precis :

Rotterdam. In 2000 a fost epidemie cazurilor de TBC. Au inceput screening prin Rx de doua ori pe an la persoanele la risc. Dupa 4 ani au reusit ca numarul cazurilor noi diagnosticate sa ajunga la nivelul de dinainte de epidemie. In 2015 au interrupt programul.

In Ter Aper : imigrantii si persoanele care cer azil politic sunt obligate sa efectueze Rx torace, rezultatul este transmis prin telemedicine, in felul acesta se stopeaza transmiterea tuberculozei.

---

Mesajul acestui articol este de constientizare : Noi, ca specialisti care cunoastem efectele toxice ale fumatului, trebuie sa transmitem si pacientului importanta renuntarii la fumat. S-a demonstrat ca sfatul minimal : intrebarile "Fumati? Vreti sa renuntati ?" au dus la o crestere a renuntarii la fumat cu 1 - 3 %.

Sa-i sfatuim asadar pe pacientii nostri sa renunte la fumat !