

CANCERUL BRONHO-PULMONAR: FORME MORFO-PATOLOGICE

LIVIA MIRELA POPA¹

Doctorand Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu

Cuvinte cheie:
clasificarea
histopatologică, tumori
benigne, tumori
maligne

Rezumat: Cancerul bronhopulmonar primitiv include cazurile de cancer care se dezvoltă, în mod primitiv, de regulă din epiteliul glandular bronșic, invadând ulterior și parenchimul pulmonar. Este cea mai importantă și frecventă formă de tumoră pulmonară, reprezentând peste 90% din tumorile primitive maligne și benigne. Clasificarea histologică a cancerului bronho-pulmonar este complexă și este extrem de importantă din punctul de vedere al evoluției neoplaziei, a alegerii modalităților terapeutice și a prognosticului.

Keywords:
histopathological
classification, benign
tumors, malignant
tumors

Abstract: The primitive bronchopulmonary cancer includes the cases of cancer that develops primitively from the bronchic glandular epithelium, next invading the pulmonary parenchyma. It is the most important and frequent form of pulmonary tumor representing more than 90% of the primitive malignant and benign tumors. The histological classification of the bronchopulmonary cancer is complex and extremely important from the point of view of the neoplasia evolution, the choice of the possibilities of treatment and of the prognosis.

ARTICOL ȘTIINȚIFIC PREDOMINANT TEORETIC

Cancerul bronhopulmonar primitiv include cazurile de cancer care se dezvoltă, în mod primitiv, de regulă din epiteliul glandular bronșic, invadând ulterior și parenchimul pulmonar. Este cea mai importantă și frecventă formă de tumoră pulmonară, reprezentând peste 90% din tumorile primitive maligne și benigne. (1)

Unii autori (în special bronhologii) consideră că, denumirea corectă ar fi de cancer *bronhogen* sau *bronhogenetic* (Lemoine). Cei mai mulți folosesc, însă, pe aceea de *cancer pulmonar* sau *bronhopulmonar*, care nu exclude ideea originii predominant bronhogenetică a acestuia, reflectă mai bine coafectarea bronșică și parenchimală și nu este nici incorectă anatomic, deoarece bronșiile fac parte integrantă din plămân. La fel de corectă este și denumirea de *carcinom*. (1)

Rar întâlnit și confundat, în antichitate, cu *fizia* și cu alte boli pulmonare consumptive, cancerul pulmonar a fost semnalat pentru prima dată, fără a fi bine individualizat, în secolul XVI, de către Paracelsus și de către Agricola ca *male metallorum*, la minerii din Schneeberg (1531) și din St. Joachimstal (1556). Diagnosticul a fost pus retrospectiv, mult mai târziu, de către Hesse și Härting (1879). Între timp Bayle (1810) l-a descris sub numele de *fizie canceroasă*, considerându-l ca a 6-a formă de fizie. Meritul de a-l fi individualizat, ca entitate nosologică, sub denumirea de *encefaloidul plămânului*, îi revine, câțiva ani mai târziu, lui Laennec. Stokes (1837) stabilește procedura diagnostică. Walsche (1843) îi dă primul numele de *cancer al plămânului*. Wolf (1895) atrage atenția asupra asociației cu tuberculoza. Waldayer precizează, primul, originea epitelială a tumorii canceroase. (1)

Până la sfârșitul sec. XIX-lea sunt studiate, în detaliu, aspectele sale clinice (Stokes, Jaccoud, Darolles, Marchiafanas) și morfopatologice (Virchow, Ménétrier). În

primele decenii ale sec. XX-lea se precizează aspectele radiologice ale bolii în stadiul ei manifest, corelate cu cele morfologice (Letulle, Huguenin, Delarue). Ulterior, prin introducerea noilor metode de investigație bronhoscopică, citodiagnostică, biopsică, funcțional respiratorie devine posibilă diagnosticarea bolii într-o fază relativ mai precoce, operabilă (Adler, Lemoine).

Chirurgia de exereză larg dezvoltată și perfecționată după 1946 (Overholt, Björk, Derra, Cărpinișan) oferă, pentru prima dată, posibilitatea unor rezolvări terapeutice a cazurilor, cu condiția realizării unui diagnostic sistematic cât mai timpuriu.

ASPECTE MORFOPATOLOGICE ALE CANCERULUI BRONHO-PULMONAR

Aspectele morfopatologice ale cancerului bronhopulmonar sunt extrem de variate în raport cu: mărimea tumorii; localizarea pe o bronșie centrală sau periferic; gradul de extensie intratoracică și extratoracică și mai ales cu; tipul histologic.

Precizarea acestor elemente este de maximă importanță pentru alegerea metodelor de explorare, stabilirea modalităților optime de tratament și a prognosticului (3).

Din punct de vedere morfopatologic două elemente sunt esențiale: localizarea la debut a tumorii, central sau periferic; tipul histologic.

Clasificarea histologică a cancerului bronhopulmonar este complexă și este extrem de importantă din punctul de vedere al evoluției neoplaziei, a alegerii modalităților terapeutice și a prognosticului. Tumorile pulmonare au fost catalogate pe baza clasificării OMS, care a fost rezuată în 1981 și 1999 (13,15). Tumorile pulmonare sunt compuse din mai multe tipuri histologice cu grade variate de malignitate, de la complet benigne până la agresivitate extremă.

Următoarea clasificare este revizuită de către OMS

¹ Autor Corespondent: Livia Mirela Popa, B-dul Corneliu Coposu, nr.10, bl.5,sc.C, ap.28, Sibiu, România; e-mail: liviamirelapopa@yahoo.com; tel +40-0723609030

Articol intrat în redacție în 17.02.2010 și acceptat spre publicare în 25.02.2010
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Septembrie2010; 2(3)50-51

ASPECTE CLINICE

(From Travis WD, Colby TV, Corrin B, et al. *WHO histological typing of lung and pleural tumors*, 3rd ed. Geneva: World Health Organization, 1999):

Tumori epiteliale:

I. Benigne:

1. Papiloame: cu celule scuamoase (exofitic, inversat); glandulare; glandulare și scuamoase mixte.
2. Adenoame: alveolare; papilare; de tipul glande salivare (mucoase, pleomorfe).
3. Chistadenom mucinos.

II. Leziuni preinvazive: displazie scuamoasă, carcinom în situ, hiperplazie atipică adenomatoasă, hiperplazie idiopatică difuză cu celule neuroendocrine.

III. Maligne:

1. Carcinomul cu cel scuamoase: papilar; cu celule clare; cu celule mici; d. Bazaloid.
1. Carcinomul cu celule mici: cacinomul cu celule mixte.
2. Adenocarcinom: acinar; papilar; bronhioloalveolar: nonmucinos, mucinos, mixt: nonmucinos și mucinos sau tip de celule intermediar; solid cu mucină; cu subtipuri mixte, variante: adenocarcinom cu celule fetale bine diferențiate, adenocarcinom cu celule mucinoase (coloidal), chistadenocarcinom mucinos.
3. Carcinomul cu celule mari: carcinomul cu celule mari neuroendocrine; carcinomul combinat cu celule mari neuroendocrine; carcinomul bazaloid; carcinomul limfoepitelial-like; carcinomul cu celule clare; carcinomul cu celule mari cu fenotip rabdoid.
4. Carcinomul adenoscuamos
5. Carcinomul cu elemente pleomorfe, sarcomatoide sau sarcomatoase
6. Carcinomul cu celule gigante sau fusiforme: a. pleomorfe: cu celule fusiforme sau celule mari; b. carcinosarcom; c. blastom pulmonar.
7. Tumori carcinoide: tipice și atipice.
8. Carcinoame de tipul tumorilor salivare: mucoepidermoide, adenoidchistice.
9. Neclasificate

Tumori de țesut moale: Tumori localizate fibroase, hemangioendoteliom epiteloid, blastom pleuropulmonar, condrom, pseudotumoră pleurală fibroasă calcificată, tumoră congenitală miofibroblastică peribronhială, limfangiomatoza pulmonară difuză, tumoră desmoplazică cu celule rotunde.

Tumori mezoteliiale:

- Benigne – tumoră adenomatoasă;
- Maligne: mezoteliom epiteloid, mezoteliom sarcomatoid (desmoplazic, bifazic).

Tumori diverse: Hamartom; Hemangiom sclerosant; Tumoră cu celule clare; Tumoră cu celule germinative (teratom matur, teratom imatur, tumoră cu alte celule); Timom; Melanom malign

Limfoproliferări:

1. Pneumonia interstițială limfoidă,
2. Hiperplazie limfoidă nodulară,
3. Limfom cu celule B de tip zonă marginală de grad scăzut al țesutului limfoid asociat (MALT),
4. Granulomatoza limfoidă

Tumori secundare

Tumori neclasificate

Leziuni de tip tumoral:

1. Tumorlet,
2. Noduli multipli meningoteloizi,
3. Histiocitoza cu celule Langerhans,
4. Pseudotumori inflamatorii (tumori mioinflamatorii),
5. Pneumonie organizată localizată,
6. Tumora cu amiloid (amiloid nodular),

7. Granulom hialinizant,
8. Limfangioleiomiomatoza,
9. Hiperplazie pneumocistică micronodulară,
10. Endometrioza,
11. Polip inflamator bronșic.

BIBLIOGRAFIE

1. Anastasatu C, Eskenasy A. Cancerul bronhopulmonar. În Colecția Enciclopedia Oncologică, Cluj-Napoca, 1986.
2. England DM, Hochholzer L. Truly benign „bronchial adenoma”; report of 10 cases of mucous gland adenoma with immunohistochemical and ultrastructural findings. *Am J Surg Pathol.*1995;19:887-889.
3. Gherasim L. Tumoriile bronho-pulmonare. În *Medicină Internă*, Vol. I, Ed. Medicală, 1996;341-375.
4. Hammond ME, Sause WT. Large cell neuroendocrine tumors of the lung: clinical significance and histopathologic definition. *Cancer.*1985;56:1624-1629.
5. Kodama T, Shimosato Y, Kameya T. Histology and ultrastructure of bronchogenic and bronchial gland adenocarcinomas (including adenoid cystic and mucoepidermoid carcinomas) in relation to histogenesis. In: Shimosato Y, Melamed MR, Nettesheim P, eds. *Morphogenesis of lung cancer*. Vol. I. Boca Raton, FL: CRC Press, 1982:65-69.
6. Miller RR, Nelems B, Evans KG, et al. Glandular neoplasia of the lung: a proposed analogy to colonic tumors. *Cancer.* 1988;61:1009-1014.
7. Nakayama H, Noguchi M, Tsuchiya R, et al. Clonal growth of atypical adenomatous hyperplasia of the lung: cytofluorometric analysis of nuclear DNA content. *Mod Pathol.*1990;3:314-320.
8. Nomori H, Shimosato Y, Kodama T, et al. Subtypes of small cell carcinoma of the lung: morphometric, ultrastructural and immunohistochemical analyses. *Hum Pathol.*1986;17:604-613.
9. Shimosato Y, Noguchi M. Pulmonary Neoplasms. In *Sternberg's: Diagnostic Surgical Pathology*; 4th ed., vol.I. ed. Lippincott, Williams&Wilkins. 2004;1173-1217.
10. Shimosato Y, Noguchi M, Matsuno Y. Adenocarcinoma of the lung: its development and malignant progression. *Lung Cancer.* 1993;9:99-108.
11. Shimosato Y, Miller RR. *Biopsy interpretation of the lung*. New York: Raven Press, 1994.
12. Travis Wd, Lubin J, Ries L, Devesa S. United States lung carcinoma incidence trends: declining for most histologic types among males, increasing among females. *Cancer.* 1996;77:2464-2470.
13. Travis WD, Colby TV, Corrin B, et al. *WHO histological typing of lung and pleural tumors*, 3rd ed. Geneva: World Health Organization, 1999.
14. Tsuchihashi T, Yamaguchi K, Miyake Y, et al. Parathyroid hormone-related protein in tumor tissues obtained from patients with humoral hypercalcemia of malignancy. *J Natl Cancer Inst.* 1990;82:40-44.
15. World Health Organization. *Histological typing of lung tumors*, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 1981.
16. Yokozaki M, Kodama T, Yokose T, et al. Differentiation of atypical adenomatous hyperplasia and adenocarcinoma of the lung by use of DNA ploidy and morphometric analysis. *Mod Pathol.*1996;9:1156-1164.