

REZULTATET E HERSHME TE VDEKSHMERISE DHE SEMUNDSHMERISE PAS KIRURGJISE SE KANCERIT PULMONAR, PER PERIUDHEN JANAR 2007-DHJETOR 2010 NE SUSM TIRANE DHE SISTEMI I RI I KLASIFIKIMIT TNM

FADIL GRADICA, DHIMITRAQ ARGJIRI, AGRON MENZELXHIU, FAHRI KOKOÇI, ILIR SKENDULI, SOKOL MULOSMANI, EPAMINONDA FYPE, ALMA CAMI, ILIR PEPOSHI, ZEF PERDUKA*

Summary

EARLY MORTALITY AND MAJOR MORBIDITY OUTCOME AFTER LUNG CANCER SURGERY, IN SUSM TIRANA AND NEW TNM SYSTEM, FROM JANUARY 2007-DECEMBER 2010

Objective: This study was undertaken to assess mortality, complications and major morbidity during the first 30 days after lung cancer surgery and to estimate the significance of presurgical risk factors.

Methods: The study was based on all patients referred for surgery for primary lung cancer from January 2007 to December 2010. There were in total 288 patients who underwent lung resection for bronchogenic carcinoma. There were 210 males and 78 females included with a mean age of 60.5 years. Thirty five (12.2%) patients underwent a pneumonectomy, 170 (59%) a lobectomy, 43 (14.9%) a bilobectomy, 28 (9.7%) a segmental resection and 12 (4.2%) an explorative thoracotomy. Postoperative events studied were divided into major and minor complications or death during the first 30 days after surgery. The significance of risk factors for an adverse outcome (defined as death or major complication in the first 30 days postoperatively) was assessed by uni- and multivariate logistic regression analyses.

Results: During the study period an increasing number of women and of patients older than 70 years underwent surgery. The 30 day mortality rate was 3.2% (9 patients), 0.6% after single lobectomy and 2.7% after pneumonectomy. Major complications occurred in 14 patients (4.1%). Twenty-eight patients (9.7%) had an adverse outcome during the first 30 days. Male gender, smoker, FEV1 70% of expected value, squamous cell carcinoma and pneumonectomy were risk factors predicting adverse outcome in the univariate model. Pneumonectomy and FEV1 70%, were the only independently significant factors for adverse outcome. Only pneumonectomy was independently associated with an increased risk for early death.

Conclusion: Our results show low mortality and morbidity after lung cancer surgery. However, patients with reduced lung capacity and those undergoing pneumonectomy should be treated with great care, as they run a considerable risk of major complications or death during the first 30 days postoperatively. Older age 70 years does not appear to be a contraindication to lung cancer surgery, but patients in this group should undergo careful preoperative evaluation.

Key Words: Lung cancer • Postoperative complications • Pulmonary resections • Operative mortality • FEV1%.

Kanceri pulmonar është forma më e zakonshme e kancerit në të gjithë botën, dhe shkaku më i shpeshtë i vdekjeve nga kanceri në Europën perëndimore. Rezekcioni kirurgjikal radikal me ose pa neoadjuvant terapi, mbetet ende forma më adekuate trajtuese. Pamvarësisht nga modelet e ndryshme shtese, mbijetesa është ende e varfër. Në vendet e europiane propocioni i pacientëve me diagnozë kancer pulmonar

të cilët i nënshtrohen interventit kirurgjikal për këtë sëmundje varion nga 10%-20%. Avancimet në kujdesin preoperator dhe postoperatorë kanë çuar në uljen e komplikacioneve dhe përqindjes së vdekshmërisë së hershme post operatorë gjatë dy dekadave të fundit. Por që kur kemi rritje të propocionit të pacientëve me moshë të madhe mbi 70 vjeç, kryesisht gjatë periudhës së studimit kemi rritje

të incidences së sëmundjeve bashkëshoqëruese. Për të qënë të aftë të përmirësojmë kualitetin e procedurave kirurgjikale dhe identifikimin e pacientëve me rrisht më të lartë si dhe për krijimin e kushteve optimale, si gjendjen medikale dhe respiratore, është e rëndësishme të kemi njohuri rreth mortalitetit dhe morbiditetit peri dhe post operator, si dhe të njohim faktorët preoperatorë të rrisht.

Për më tepër rrishtet operatorë duhet të merren në konsideratë në lidhje me rezultatet e largëta në mënyrë që të identifikojmë vërtet pacientët që do të përfitojnë nga nderhyrja kirurgjikale.

Studimi është bazuar në edicionin e 6-të të klasifikimit TNM. Duke patur parasysh riklasifikimin e ri TNM sipas edicionit të 7-të (të cilin ne po e pasqyrojmë më poshtë të përkthyer nga origjinali) konstatohet se një pjesë e rasteve të klasifikuara me edicionin e 6-të riklasifikohen me edicionin e ri.

Klasifikimi i ri i karcinomes bronkiale duke zbatuar sistemin TNM (edicioni i 7-të)

a-Tumor primar-T, b-gjender limfatike regionale-N, c-metastazat e largëta-M.

Sistemi i stadifikimit TNM për kancerin pulmonar i prezantuar nga Mountain në vitin 1997 ka pësuar ndryshime në vitin 2002 dhe tani së fundi në vitin 2009. Në 2002 vitin është publikuar edicioni i 6-të i klasifikimit TNM për tumoret malinje. Në vitin 2009 nga International Association for the study of Lung Cancer (IASLC) u publikua edicioni i 7-të i sistemit TNM të klasifikimit të kancerit pulmonar.

Bazuar në konfirmimin histologjik të kancerit pulmonar dhe shtrirjes anatomike të sëmundjes, mund të vlerësohet (1) ndarja e pacienteve të cilët janë kandidat për rezeksion kirurgjikal prej atyre të cilët nuk janë dhe mund të përfitojnë nga kimioterapia dhe/ose radioterapi, (2) determinimi i prognozës. Ndryshimet e bëra në stadifikimin e ri të kancerit pulmonar përfshijnë faktorin "T" dhe "M", ndërsa faktori "N" mbetet i pandryshuar.

Tabela nr.1. Ndryshimet e faktorit T dhe M (edicioni 6-të vs, edicioni 7-të)

T definicion	Edicioni 6 - të	Edicioni 7-të
Tumor = 2 cm.	T1	T1a
Tumor > 2 cm dhe = 3 cm.	T1	T1b
Tumor > 3cm dhe = 5cm.	T2	T2a
Tumor > 5 cm dhe = 7 cm.	T2	T2b
Tumor > 7 cm.	T2	T3
Noduj të ndarë në lobin primar.	T4	T3
Noduj të ndarë në lobe të ndryshme në një anë.	M1	T4
Efuzion perikardial malinj.	T4	M1a
Deseminim pleural	T4	M1a

Faktori "N" Nuk janë bërë ndryshime të faktorit N. Harta e re internacionale e limfonodujve e cila është zhvilluar nga ISC bazuar në argumentat e Naruke's (shoqata Japoneze e kancerit pulmonar) dhe Mountain-Dresler's (shoqata torakale Amerikane). Klasifikimi i ri i limfonodujve që bën grupimin e stacioneve në "zona nodale" për analizë prognostike është prespektive, por jo efektiv në sistemin e ri TNM.

Është propozuar ndarja e komponentit N sipas shtrirjes së limfonodulave të përfshira në N1a (zonë e vetme N1), N1b (zonë multiple N1), N2a (zonë e vetme N2), dhe N2b (zonë-multiple N2). Kjo nuk është pjesë e sistemit të ndryshimeve TNM, por është e nevojshme për të ardhmen. Grupimi i stacioneve në zona nodale pasqyrohet në tabelën e mëposhtme:

Tabela nr. 2 Grupimi i stacioneve limfatike në “zona”

Zone nodale	Stacioni nodal limfatik
Zona e sipërme	Cervikal i poshtëm, supraclavicular, gropa sternale (1R -1L)
	Paratrakeal i sipërm (2R – 2L)
	Prevaskulare (3a) dhe retrotrakeale (3p)
	Paratrakeal i poshtëm (4R – 4L)
Zona Aortopulmonare	Subaortike (dritare aorto-pulmonare - 5)
	Para-aortike (zbritë se ose nervi frenik - 6)
Zona subkarinale	Subkarinal (7)
Zone e poshtme	Paraefozofageal (8)
	Ligament pulmonare (9)
Zona hilare	Hilar (10)
	Interlobar superior (11s) dhe inferior (11i)
Zona periferike	Lobar (12)
	Segmental (13)
	Subsegmental (14)

Ndryshime të faktorit “M”

Sipas vendosjes së metastazave M1 riklasifikohet si M1a kur metastazat janë intratorakale dhe M1b në rastin e metastazave ekstratorakale. Riklasifikimi i

desiminimit pleural (efuzionit pleural malinj, nodulave pleurale) dhe efuzionit perikardial si metastaza: nga T4 në M1a (9,23). Simbolet MX dhe pM0 janë eliminuar nga sistemi TNM nga AJCC/UICC.

Tabela nr.3 Ndryshimet e faktorit M dhe krahasimi midis edicionit të 6-të dhe 7-të të klasifikimit TNM për tumoret malinje

Faktori M	Edicioni 6-të	Edicioni 7-të
Nuk mund të vlerësohen metastazat	MX	M0
Efuzion perikardik malinj.	T4	M1a
Desiminim pleural (efuzion pleural malinj, nodul pleural).	T4	M1a
Nodul shtesë në pulmonin kontralateral (me histologji të njëjtë)	M1	M1a
Metastazat në distance	M1	M1b

Tabela nr.4 Klasifikimi i invazionit pleural visceral (VPI), Modifikim i propozuar nga klasifikimi Hammer

Kategoria PL	Përkufizimi	Statusi T	
PL0	Tumor brenda parenkimës subpleurale ose invadim superficial i indit konjuktival pleural poshtë shtresës elastike.	PL0 nuk është përshkruar T dhe komponenti T duhet te vleresohet me karakteristika te tjera.	
PL1	Tumor me invadim përtej shtresës elastike .	pT2	Tregues i VPI
PL2	Tumor që invadon sipërfaqen pleurale viscerale.		
PL3	Tumor që invadon pleuren parietale.	pT3	

Tabela nr.5. Ndryshimet në grup-stadet

Kategoritë që kanë rënie në stad	
a.	T2 (tumor < 5 cm, tani T2a (>3 cm dhe = 5 cm), N1M0 kanë zbritur nga stadi IIB në IIA.
b.	T4 tumor për arsye të nodulit shtesë në lobin primar tani T3, kanë zbritur nga IIIB në IIB (N0) ose në IIIA (N1-2).
c.	M1 raste për shkak të nodulit shtesë në lobin tjetër ipsilateral tani janë T4, nga stadi IV zbret në IIIB (N2-3) ose IIIA (N0-1).
d.	T4 tumor për arsye të faktorëve të tjerë, N0-1 janë zbritur nga stadi IIIB në IIIA.
e.	Grupe TNM që janë rritur në stad: T2 (tumor > 5 cm), tani T2b (> 5 cm dhe = 7 cm), N0M0 janë ngritur nga stadi IIB në IIA.
f.	T2 (tumor > 7 cm), tani T3, janë rritur në stad: T3N0M0 nga IIB në IIB dhe T3N1M0 nga IIB në IIIA.
g.	Tumoret me nodus pleural ose malinjitet pleural ose (pericardial) likid pleural ose pericardial malinj janë riklasifikuar nga T4 në M1a, gjithashtu janë ngritur në stad nga IIIB në IV.

Ndryshimet në grupin e stadiit janë modifikuar për shkak të ndryshimeve të TNM

Tabela nr.6. Ndryshimet në stadizim dhe krahasimi midis botimit të edicionit 6-të dhe 7-të për klasifikimin TNM të tumoreve malinje

Edicioni 6-të	Edicioni 7-të	N0	N1	N2	N3
Përshkrimi T/M					
T1 (= 2cm)	T1a	IA	IIA	IIIA	IIIB
T1 (>2 cm dhe = 3 cm)	T1b	IA	IIA	IIIA	IIIB
T2 (> 3 cm dhe = 5 cm)	T2a	IB	IIA	IIIA	IIIB
T2 (>5 cm dhe = 7 cm)	T2b	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T2 (>7 cm)	T3	IIB	IIIA	IIIA	IIIB
T3 (invasion direkt)		IIB	IIIA	IIIA	IIIB
T4 (disa noduj në të njëjtin lob)		IIB	IIIA	IIIA	IIIB
T4 (e përhapur lokalisht)	T4	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB
M1 (disa noduj të njëjtën anë)		IIIA	IIIA	IIIB	IIIB
T4 (efuzion pleural)	M1a	IV	IV	IV	IV
M1 (nodula kontralaterale)		IV	IV	IV	IV
M1 (metastaza në distancë)	M1b	IV	IV	IV	IV

Stadet me bold pasqyrojnë ndryshimin e grup-stadizimit midis dy edicioneve TNM.

Tabela nr.7 Klasifikimi në stade sipas TNM-së edicioni i 6-të dhe edicioni i tanishë i 7-të. Sistemi stadizues TNM edicioni 7-të vitit 2009

Karcinoma okulte	Tx	N0	M0
Stadi 0	Tis	N0	M0
Stadi IA	T1a	N0	M0
	T1b	N0	M0
Stadi IB	T2a	N0	M0
StadiII A	T1a	N1	M0
	T1b	N1	M0
	T2a	N1	M0
	T2b	N0	M0
Stadi IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
StadiIIIA	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
StadiIIIB	T4	N2	M0
	Cdo T	N3	M0
StadiIV	Cdo T	Cdo N	M1a
	Cdo T	Cdo N	M1b

Qëllimi i studimit

Qëllimi i studimit prezent është vleresimi i vdekshmërisë dhe sëmundshmërisë së hershme postoperative pas kirurgjisë së kancerit pulmonar dhe të identifikojme faktorët të lidhur me rezultatet jo të mira të pacientëve. Studimi përbëhet nga 288 pacient që janë trajtuar në shërbimin e kirurgjisë torakale SUSM Tiranë, për një periudhë 4-vjecare, Janar 2007-Dhjetor 2010.

Materiali dhe metoda

Në total janë 288 pacient që i janë nënshtruar rezeksionit pulmonar për karcinoma

bronkopulmonare. Nga të cilët 210 meshkuj dhe 78 femra, të moshës nga 30-75 vjec; me moshë mesatare 60.5 vjec. 35 pacient (12.2%) i janë nënshtruar pneumonektomisë, 170 raste (59%) lobektomisë, 43 raste (14.9%) me bilobektomisë, 28 raste (9.7%) me rezeksionit segmentar dhe kuneiform, 12 raste (4.2%) me torakotomisë eksplorative.

Studimi postoperator është ndarë në dy kategori: në komplikacione madhore dhe komplikacione minore si edhe vdekshmëria e hershme gjatë 30 ditëve të para pas interventit kirurgjikal. Të gjithë pacientët i janë nënshtruar ekzaminimit skanerik preoperator për toraksin dhe pjesën e sipërme abdominale si dhe ekzaminimit ekografik të pjesës së sipërme abdominale. Nëse janë vënë re shënja të shpërndarjes metastatike në mediastin (limfonodul >1.5 cm), është realizuar rutinë mediastinoskopia ose mediastinotomia anterior sipas chamberlein.

Nëse kemi gjetje të përhapjes së kancerit në mediastin me anë të mediastinoskopisë apo mediastinotomisë (N3 ose N2), procedura kirurgjikale nuk është vazhduar më tej. 8 pacientë kanë marrë kimioterapi neoadjuvante. Të gjithë nderhyrjet janë realizuar me anë të torakotomisë standarte posterolaterale.

Rezultatet

Vdekshmëria e hershme (brenda 30 ditëve) pas nderhyrjes kirurgjikale për kancer pulmonarë. Gjatë kësaj periudhe studimi kemi një rritje të numrit të grave dhe pacientëve me moshë më të madhe se 70 vjec që janë trajtuar kirurgjikalisht. Mortaliteti 30 ditor ishte 9 paciente (3.2%), 0.6% pas lobektomisë së vetme dhe 2.6% pas pneumonektomisë. Në 24 paciente (4.1%) ndodhën komplikacione madhore. Komplikacione minore ndodhën në 37 paciente (13%). Seksi mashkull, duhanpirja, FEV 170% e vlerës, karcinoma me qeliza squamoze dhe pneumonektomia janë faktor prediktiv rrisht për rezultate jo të kënaqshme.

Sipas stadi bazuar në klasifikimin e ri TNM pacientët rezultuan të jenë:

Stadi I (A,B)	28 pacient	9.7 %
Stadi II (A,B)	68 pacient	23.6 %
Stadi III (A,B)	180 pacient	62.5 %
Stadi IV	12 pacient	4.2 %

Tabela nr. 8 Karakteristikat demografike të pacientëve

Karakteristikat e pacientëve	Numri i pacientëve		Vdekjet brenda 30 ditëve		Komplikacione madhore	
	Nr	(%)	Nr.	(%)	Nr.	(%)
Total	288	100	9	3.1	24	8.3
Gjinia femër	78	27	2	0.6	7	2.4
mashkull	210	73	7	2.4	17	5.9
Mosha <70 vjec	220	76	7	2.4	15	5.2
>70 vjec	68	24	2	0.6	9	3.1
Sëmundje PO shoqëruese	58	20	3	1.0	9	3.1
JO	230	80	6	2.1	15	5.2

Tabela nr.9 Rezultatet dhe karakteristikat e pacienteve lidhur me vdekshmerine brenda 30 diteve te para post operatore dhe komplikacionet madhore pas kirurgjise se rezeksionit pulmonare

Tipi i kirurgjise						
pulmonektomi	35	12	3	1.0	4.8	
lobektomi	198	69	2	0.7	8	2.8
bilobektomi	43	15	1	0.4	2	0.7
Torakotomi explorative	12	4	3	1.0		
Tipi histologjik						
Adenokarcinoma	110	38	3	1.0	7	2.4
Kancer epidermoid	168	58	5	1.7	16	5.5
Tipe te tjere	10	4	1	0.4	1	0.4
Konsumi i duhanit						
Duhanpires	232	80	8	2.7	18	6.2
Joduhani	56	18	4	1.4	11	3.8
Funksioni respirator (FEV1, %)						
FEV1 > 70%	234	82	5	1.7	13	4.5
FEV1 < 70%	54	18	4	1.4	11	3.8

a) 9 rastet e vdekjes janë përfshirë në 24 komplikacionet madhore.

b) Sëmundjet shoqëruese janë definuar: hipertensioni arterial, diabeti melitus i mjekuar, sëmundjet ishemike të zemrës (identifikuar me anë të historikut dhe EKG), sëmundjet pulmonare obstruktive kronike 9 të trajtuara).

c) Njezet e tete raste me segmentektomi dhe rezeksion kuneiform janë përfshirë me lobektomitë pasi kanë rezultate të njëjta.

Vdekshmëria brenda 30 ditëve të para pas rezeksionit të kancerit pulmonar në studimin tonë rezultoi në nëntë pacient nga të cilët:

- 3 (tre) pacient pas pneumonektomisë (vdekja nga insuficienca respiratore)
- 3 (tre) pacient pas torakotomisë eksplorative (nga infarkti i myokardit dhe insuficienca respiratore).
- 2 (dy) pacient pas lobektomisë (njëri nga trombombolia pulmonare dhe tjetri nga infarkti i myokardit).
- 1 (një) pacient pas bilobektomisë (infarkti i myokardit).

Tabela nr.10 Komplikacionet madhore

Komplikacionet madhore	Numër	(%)
Crregullime kërcënuese për jetën	24	8.4
Hemorragji postoperative	4	1.3
Insuficiencë respiratore	5	1.7
Fistul bronko-pleurale	7	2.4
Infarkt myokardi	3	1.0
Infarkt cerebral	1	0.3
Insuficiencë kardiake	2	0.6
Insuficiencë renale	1	0.3
Tromboemboli pulmonare	2	0.6
Kilotoraks	2	0.6

Tabela 11: Komplikacionet e hershme të vogla pas rezeksionit kirurgjikal pulmonar

Komplikacionete vogla	Numër	(%)
Jo kërcënuese për jetën	37	13.0
Aritmia Supraventrikulare	11	4.0
Rrjedhje e vazhdueshme e ajrit	24	8.4
Atelektaza pulmonare	8	2.7
Simptoma Obstruktive	7	2.4
Parezë e nervit recurrent	2	0.6
Infeksion i plagës	2	0.6
Parezë e diaphragmës	1	0.3
Zhvendosje e mediastinit	2	0.6

Përfundime

Rezultatet tona tregojnë mortalitet dhe sëmundshmëri të ulët pas kirurgjisë së kancerit pulmonar.

Megjithatë pacientet me kapacitete pulmonare të reduktuara dhe ata që i nënshtrohen pneumonektomisë, duhet të trajtohen me kujdes të madh dhe konsiderohen pacient me rrisht të lartë për

komplikacione madhore ose vdekje gjatë 30 ditëve të para postoperative.

Pacientët me moshë mbi 70 vjeç nuk duhet të konsiderohen si kontraindikacion për ndërhyrje kirurgjikale në kancerin pulmonar, por ky grup pacientësh duhet të nënshtrohet një vlerësimi të kujdesshëm preoperator.

Diskutim

Rezultatet tona konfirmojnë mortalitet të ulët dhe nivel të pranueshëm të komplikacioneve madhore që mund të arrihet pas rezeksionit kirurgjikal në pacientët me kancer pulmonar, vecanërisht pas lobektomisë.

Mortaliteti hershëm rreth 3.2% është i krahasueshëm dhe me studimet e raportuara nga autorë të tjerë [4,6,8,12,13,14,15,16,17,18].

Në studime të ndryshme ka disa rezultate që variojnë nga 2 deri 12%, të cilat varen dhe nga shpjegimet e ndryshme që përkufizojnë vdekshmërinë e hershme postoperatore. Vdekshmëri të ulët postoperatore për kancerin pulmonar kanë referuar kryesisht vdekjet intraspitalore në një popullatë të caktuar. Ashtu sic pritet vdekshmëria është më e lartë pas pneumonektomisë se sa pas rezeksioneve më të vogla pulmonare. Mortaliteti i hershëm në studimin tonë (3.2–11.5%) mund të krahasohet me rezultatet e raporteve të fundit [6,15,16,17,18,19].

Rezultati 0.6% i vdekshmërisë së hershme pas lobektomisë së vetme është i ulët krahasuar me rezultatet e autoreve të tjerë [6,17,19] që variojnë nga 1.2–4%. Duke përdorur një përkufizim të ngjashëm për komplikacionet madhore të aplikuar në studimet e tjera [6,10,19] ku rezultatet janë 12.4% (për të gjitha procedurat) dhe 17% për pneumonektominë [14,20], rezultati në studimin tonë është 8.8% në të tilla komplikacione krahasuar me rezultatet e autorëve të tjerë [9,12,14,20,21] që variojnë nga 12 dhe 34%. Komplikacionet madhore më shpesh janë të lidhura me vdekjen post operatore nga insuficiencia respiratore dhe komplikacione të tjera pulmonare (9/18), dhe sipas raporteve të autorëve të tjerë [21].

Në disa studime faktorët e riskut për komplikacione madhore pas rezeksionit pulmonar janë të lidhur me: moshën, gjininë, shkallën e rezeksionit (pneumonectomina), FEV 1% dhe sëmundjet e mëparshme bashkëshoqëruese [12,13,14,20].

Risku për vdekje të hershme post operatore ishte dy herë më i lartë tek meshkujt se tek femrat. Duhanpiresit kanë rrisht më të lartë për komplikacione të hershme lidhur me kirurgjinë pulmonare [19]. Në disa studime [13,14], por jo në të gjitha [8,9,10,22], tregojnë se mosha e rritur është faktor i rëndësishëm për vdekje të hershme post operatore. Në studimet e sotme gjithashtu evidentohet se mosha e vjetër nuk është faktor i forë rrisht për vdekje të hershme post operatore. Kjo gjetje mbështet studimet që tregojnë se trajtimi kirurgjikal duhet gjithashtu të konsiderohet si mjet trajtimi në pacientët e vjetër. Studimet e mëparshme tregojnë se sëmundjet shoqëruese, si sëmundjet ishemike të zemres, diabeti mellitus, sëmundja pulmonare kronike obstruktive, janë faktor sinjifikant rrisht për ecuri të keqe postoperatore [13]. Mosha e vjetër nuk duhet të konsiderohet kontraindikacion për trajtim kirurgjikal. Sic konfirmohet në studimet e pranishme kapaciteti respiratore i ulët, vlerësuar nëpërmjet FEV1%, duket të jetë faktori më i rëndësishëm për komplikacione të hershme pas rezeksionit pulmonar. Në studimin tonë komplikacionet respiratore ishin të lidhura ngushtë me funksionin pulmonar preoperatore të pamjaftueshëm që është vlerësuar me FEV 1% të ulur ku të gjithë vdekjet janë të lidhura me vlerë të FEV 1% nën 50%. Reduktimi i FEV1% është vecanërisht i pa favorshëm në pacientët të cilët i nënshtrohen pneumonektomisë [12].

Kjo tregon një lidhje të fortë midis FEV 1% predhe post operatore. Ndikimi i kirurgut me eksperiencë në trajnim kirurgjikal është diskutuar gjerësisht dhe është faktor i rëndësishëm për suksesin operator. Koncepti i punës së një kirurgu apo i grup kirurgesh torakal me experience ka prodhuar rezultate të mira në trajtimin kirurgjikal të kancerit pulmonar. Të tjerë autorë tregojnë rezultate jo të mira pas nderhyrjes kirurgjikale torakale nga kirurgët e përgjithshëm pa eksperiencë në kirurgjinë torakale. Gjithashtu janë hasur rezultate të mira kirurgjikale dhe në pacientët me FEV1% me pak se 1.0L, kur nderhyrja është kryer nga kirurgët torakal me experience [18].

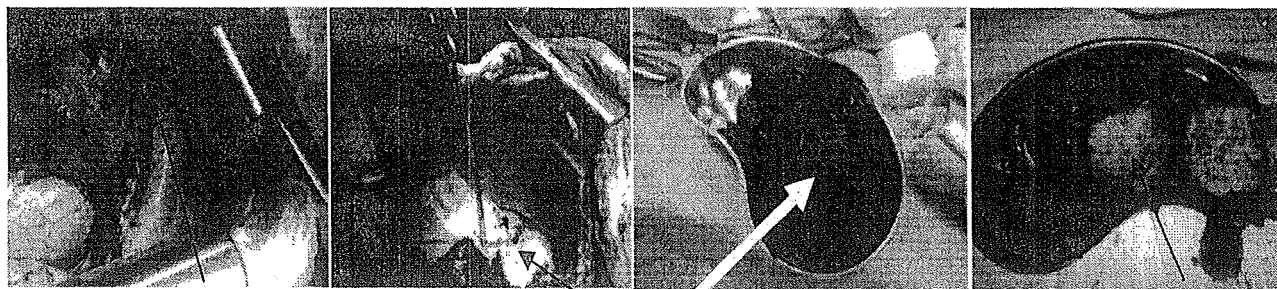


Figura nr.1 Preparim i mases nga harku i aortes

Figura nr.2 Qepja e bronkut kryesor sinister

Figura nr.3 Pneumonektomy sinister

Figura nr.4 Masa e prere

Fig (1,2,3,4) Moment operator; pneumonektomi e majtë dhe preparim i adherencës aorto-pulmonare (harku Aortës)

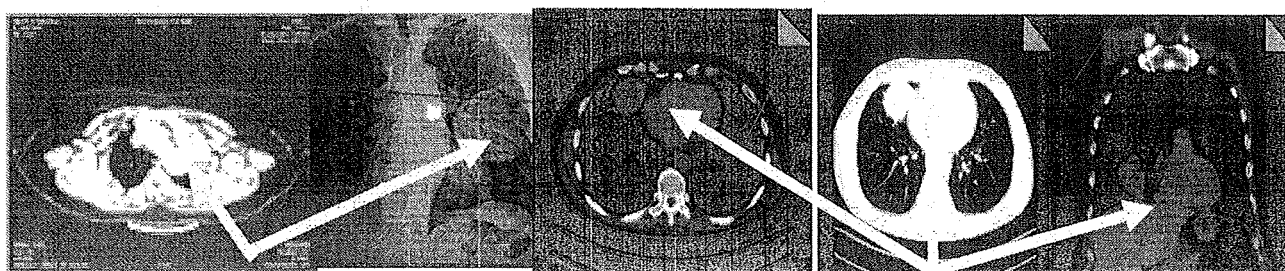


Figura nr.5, nr.6 Masë pulmon sinister

Figura nr.6, nr. 7, nr. 8, nr. 9 Masë pulmon dekster në CT



Figura nr.10 Masë tumorale pulmon dekster

Figura nr.11 Masë tumorale pulmon sinistër

Figura nr.12, nr.13 Bronkoskopi virtuale

BIBLIOGRAFIA

1. Black R., Bray F., Ferlay J., Parkin D. Cancer incidence and mortality in the European Union: cancer registry data and estimates of national incidence for 1990. *Eur J Cancer* 1996; 33(7):1075-1107.
2. Landis S., Murray T., Bolden S., Wingo A. Cancer statistics 1998. *Ca Cancer J Clin* 1998;48:6-29.
3. Parkin D., Pisani P., Fearly J. Estimates of the worldwide incidence of 25 major cancers in 1990. *Int J Cancer* 1999;80:827-841.
4. Damhuis R.A., Schutte P.R. Resection rates and postoperative mortality in 7,899 patients with lung cancer. *Eur Respir J* 1996;9:7-10. Society of Cardiothoracic Surgeons of Great Britain and Ireland. UK Thoracic Surgical Register, 1994.
5. Ginsberg R.J., Hill L.D., Eagan R.T., Thomas P., Mountain C.F., Deslauriers J., Fry W.A., Butz R.O., Goldberg M., Waters P.F., Jones D.P., Pairolero P., Rubinstein L., Pearson F.G. Modern thirty-day operative mortality for surgical resections in lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1983;86:654-658.
6. Perrot M., de Licker M., Robert J., Siliopoulos A. Time trend in the surgical management of patients with lung carcinoma. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1999;15:433-437.
7. Knott-Craig C.J., Howell C.E., Parsons B.D., Paulsen S.M., Brown B.R., Elkins R.C. Improved results in the management of surgical candidates with lung cancer. *Ann Thorac Surg* 1997;63:1405-1410.
8. Pagni S., McKelvey A., Riordan C., Federico J.A., Ponn R.B. Pulmonary resection for malignancy in the elderly: is age still a risk factor? *Eur J Cardio-thorac Surg* 1998;14:40-45.
9. Morandi U., Stefani A., Golinelli M., Ruggiero C., Brandi L., Chiapponi A., Santi C., Lodi R. Results of surgical resection in patients over the age of 70 years with non small-cell lung cancer. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1997;11:432-439.
10. Kleinbaum D., Kupper L., Morgenstern H. Epidemiologic research: Principles and quantitative methods. Belmont, CA: Wadsworth Inc, 1992.
11. Kearney D.J., Lee T.H., Reilly J.J., DeCamp M.M., Sugarbaker D.J. Assessment of operative risk in patients undergoing lung resection. *Chest* 1994;105:753-759.
12. Romano P.S., Mark D.H. Patient and hospital characteristics related to in-hospital mortality after lung cancer resection. *Chest* 1992;101:1332-1337.
13. Yano T., Yokoyama H., Fukuyama Y., Takai E., Mizutani K., Ichinose Y. The current status of postoperative complications and risk factors after a pulmonary resection for primary lung cancer, a multivariate analysis. *Eur J Cardio-thorac Surg* 1997;11:445-449.
14. Bernard A., Ferrand L., Hagry O., Bernoit L., Cheynel N., Farve J-P. Identification of prognostic factors determining risk groups for lung cancer resections. *Ann Thorac Surg* 2000;70:1161-1167. Patel L.R., Townsend E.R., Fountain S.W. Elective pneumectomy: Factors associated with morbidity and operative mortality. *Ann Thorac Surg* 1992;54:84-88. [Abstract]
15. Wada H., Nakamura T., Nakamoto K., Maeda M., Watanabe Y. Thirty-day operative mortality for thoracotomy in lung cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1998;115:70-73.
16. Licker M., Perrot M., de Höhn L., Tschopp J.-M., Robert J., Frey J.-G., Schweizer A., Spiliopoulos A. Perioperative mortality and major cardio-pulmonary complications after surgery for non-small cell carcinoma. *Eur J Cardiovasc Surg* 1999;15:314-319.
17. G. Olgac, A. Olcmen, and C. A. Kutluls lactate dehydrogenase level really a reliable predictor of pulmonary morbidity than other co-morbid parameters following lung resection for NSCLC? *Eur. J. Cardiothorac. Surg.*, April 1, 2005; 27(4): 732 - 733.
18. H. Sakurai, H. Asamura, S.-i. Watanabe, K. Suzuki, and R. Tsuchiya Clinicopathologic features of peripheral squamous cell carcinoma of the lung *Ann. Thorac. Surg.*, July 1, 2004; 78(1): 222 - 227.