

# Immagini in Pneumologia Interventistica

a cura di Pier Aldo Canessa e Angelo Gianni Casalini

## Pneumotorace quale primo segno di mesotelioma pleurico

### Pneumothorax as a first sign of pleural mesothelioma



Pier Aldo Canessa<sup>1</sup> (foto), Alice Bragantini<sup>2</sup>, Valentina Pinelli<sup>1</sup>, Massimiliano Sivori<sup>1</sup>, Giovanni Passalacqua<sup>2</sup>

<sup>1</sup> SC Pneumologia ASL 5 "Spezzino", Ospedale S Bartolomeo, Sarzana (SP); <sup>2</sup> Clinica di Malattie Respiratorie e Allergologia, IRCCS San Martino-IST-Università di Genova

### Caso

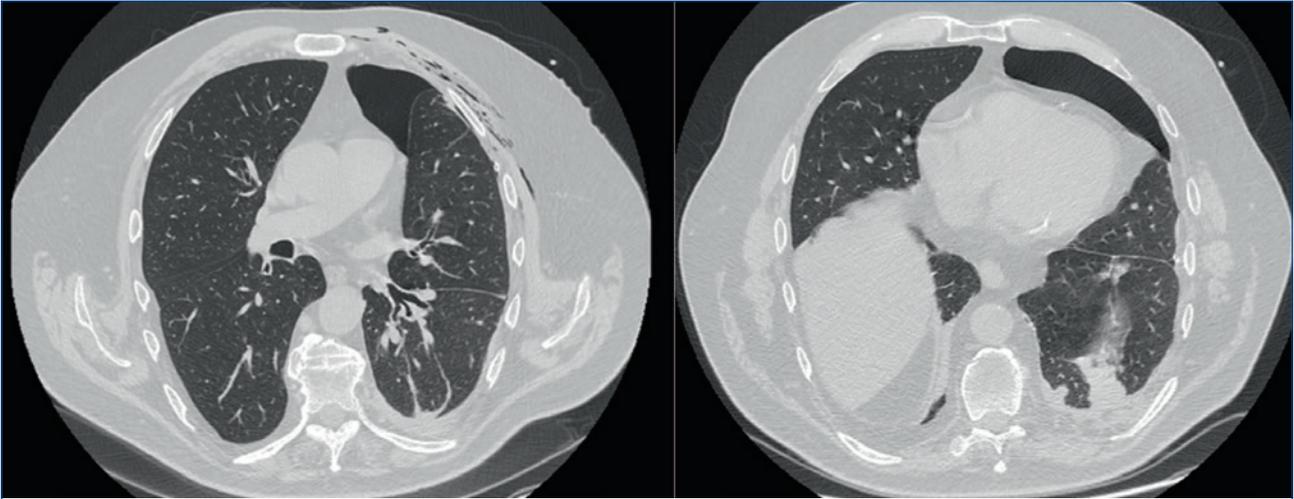
Si tratta di uomo di 66 anni, ex fumatore da 5 anni (30 *pack-years*), ex fabbro senza certa esposizione all'asbesto, con storia di gozzo tiroideo e bronchite cronica, senza alcuna terapia in atto. All'inizio di giugno 2017 il paziente accusa episodio febbrile (temperatura 38 °C per 4-5 giorni) e viene trattato con ceftriaxone 1 gr IM per 8 giorni dal Medico di Medicina Generale. Il paziente si rivolge al Pronto Soccorso il 15 giugno 2017 per il peggioramento della dispnea e dolore toracico sinistro acuto, con riscontro di insufficienza respiratoria globale (PaO<sub>2</sub> 50 mmHg, PaCO<sub>2</sub> 46 mmHg, pH 7,36) e di pneumotorace (PNX) sinistro con sospetti ispessimenti pleurici (Figura 1); il quadro clinico comporta il ricovero in Pneumologia. Lo Pneumologo di servizio posiziona d'urgenza un sondino endopleurico 12 Fr nel 5° spazio intercostale a sinistra in ascellare media, con riduzione immediata dei sintomi. Dopo 3 giorni, in cui persiste "bubbling" nel "bulau" e il polmone non torna a parete, si esegue TC torace con conferma del PNX sin, ispessimenti pleurici basali dorsali e area consolidata basale dorsale sin compatibile con atelettasia rotonda.

In considerazione del quadro clinico di PNX spontaneo con insufficienza respiratoria acuta, evento grave con necessità di trattamento immediato e di prevenzione delle recidive già al primo episodio del PNX<sup>1,2</sup>, in presenza di ispessimenti pleurici con sospetta asbestosi, proponiamo al paziente la toracosopia medica per posizionare un tubo di drenaggio di maggiori dimensioni, eseguire diagnosi pleurica accurata e fare pleurodesi con talco<sup>3</sup>.

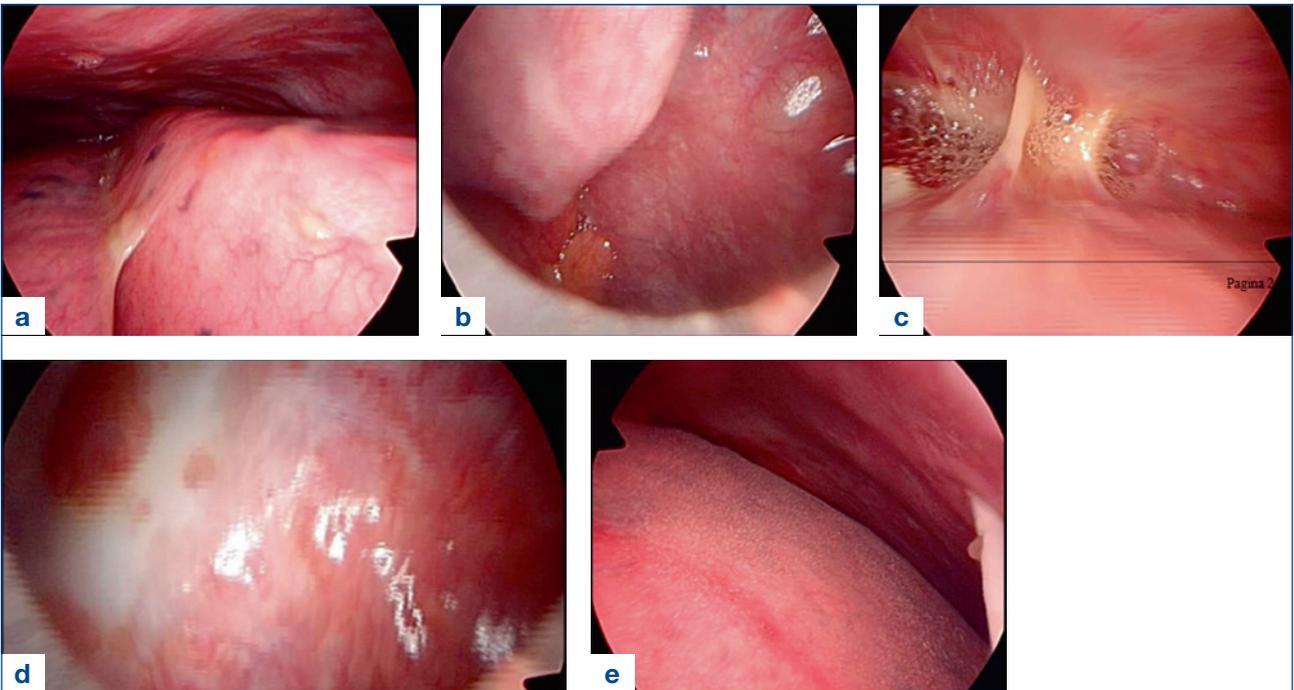
Il 21 Giugno eseguiamo la toracosopia (Figura 3) in sedazione profonda



Figura 1. Rx torace: PNX sin con sospetti ispessimenti pleurici bilaterali.



**Figura 2.** TC torace: PNX sin, ispessimenti pleurici basali dorsali con atelettasia rotonda a sinistra. Si nota anche lieve enfisema sottocutaneo e presenza del sondino endopleurico.



**Figura 3.** Toracosopia: polmone con minima antracosi senza bolle parenchimali (a), pleura parietale diffusamente ispessita in sede ascellare, rosea (a; sede delle biopsie); mentre risulta normale in sede anteriore (b); placca asbestosica sul diaframma (c); aderenze lasse nel seno costo-frenico (d); talco depositato e sondino 12 fr precedentemente posizionato (e).

e assistenza anestesiológica. Introduciamo il trocar nel 6° spazio intercostale sin sulla ascellare medio-posteriore dopo anestesia locale con xilocaina 2% 6 cc. Il cavo pleurico risulta ben esplorabile e repertiamo: 1) polmone con minima antracosi senza bolle parenchimali; 2) pleura viscerale normale; 3) pleura parietale diffusamente ispessita in sede ascellare, apicale e basale, rosea, morbida alle prese bioptiche (7 biopsie *multiple random*), mentre risulta normale in sede anteriore; 4) placca asbestosica sul diaframma; 5) aderenze lasse nel seno costo frenico. Al termine nebulizziamo 4 gr talco, posizioniamo un tubo di drenaggio 24 fr e applichiamo “bulau” in aspirazione continua (*Drentech Simple plus*) a 20 cmH<sub>2</sub>O e concomitante terapia antalgica.

Il giorno successivo non vi sono perdite di aria dal drenaggio e in 3° giornata togliamo l’aspirazione endopleurica. In 4° giornata rimuoviamo il tubo di drenaggio, dopo evidenza radiologica di polmone sin a parete; il paziente viene dimesso in attesa della refertazione istologica.

L'esame istologico su biopsie pleuriche mostra: pleura e tessuto adiposo infiltrati da focolai neoplastici di mesotelioma pleurico maligno di tipo epiteliomorfo (immunofenotipo: calrenitina positivo, D240 +, EMA con rinforzo di membrana +, citocheratina CAM 5.2 +, WT-1 focalmente +, TTF1 negativo).

**La diagnosi finale è:** PNX sin quale primo segno di mesotelioma pleurico epitelioide in asbestosi.

## Commenti

Il PNX spontaneo, primitivo e secondario, ha mostrato un'incidenza di 22,7 casi per 1.000.000 di abitanti<sup>4</sup> ed una bassa mortalità di 1,26 per milione nei maschi e 0,62 nelle femmine<sup>5</sup>. Il PNX spontaneo secondario rappresenta fino al 50% dei casi<sup>6</sup> e il 70% di questi sono correlati a broncopneumopatia cronica ostruttiva ed enfisema<sup>7</sup>. Il PNX associato a prima diagnosi di tumore polmonare è raro, inferiore a 0,05%<sup>8,9</sup>. Vi sono segnalazioni aneddotiche che il mesotelioma pleurico maligno si può presentare con pneumotorace spontaneo<sup>10</sup>. In una nostra precedente casistica<sup>11</sup> risultò essere di 1 caso su 113 pazienti (0,9%). Questo caso è interessante anche per la presentazione toracoscopica aspecifica di tipo infiammatorio piuttosto che neoplastico: i quadri macroscopici non neoplastici nei quali la dimostrazione del mesotelioma è una "sorpresa" istologica sono poco frequenti, 1,2%<sup>12</sup>, ma da tenere in considerazione.

In conclusione questo caso singolare ci induce: 1) a considerare il PNX secondario come possibile presentazione clinica di un mesotelioma pleurico, specie nelle aree ad alta incidenza di malattie amianto-correlate, 2) a proporre in maniera estensiva la toracosopia a scopo diagnostico con prelievi bioptici nei PNX secondari; 3) ad aspettare il referto istologico per la diagnosi definitiva, anche quando il quadro toracoscopico è negativo per lesioni neoplastiche.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Tschopp JM, Rami-Porta R, Noppen M, Astoul P. *Management of spontaneous pneumothorax: state of the art*. Eur Respir J 2006;28:637-50.
- <sup>2</sup> Baumann MH, Strange C, Heffner JE, et al. *AACP Pneumothorax Consensus Group. Management of spontaneous pneumothorax: an American College of Chest Physicians Delphi consensus statement*. Chest 2001;119:590-602.
- <sup>3</sup> Lee P, Yap WS, Pek WY, et al. *An audit of medical thoracoscopy and talc poudrage for pneumothorax prevention in advanced COPD*. Chest 2004;125:1315-20.
- <sup>4</sup> Bobbio A, Dechartres A, Bouam S, et al. *Epidemiology of spontaneous pneumothorax: gender-related differences*. Thorax 2015;70:653-8.
- <sup>5</sup> Gupta D, Hansell A, Nichols T, et al. *Epidemiology of pneumothorax in England*. Thorax 2000;55:666-71.
- <sup>6</sup> Hallifax RJ, Rahman NM. *Epidemiology of pneumothorax - finally something solid out of thin air*. Thorax 2015;70:921-2.
- <sup>7</sup> Parrish S, Browning RF, Turner JF Jr, et al. *The role for medical thoracoscopy in pneumothorax*. J Thorac Dis 2014;6:S383-91.
- <sup>8</sup> Lai RS, Perng RP, Chang SC. *Primary lung cancer complicated with pneumothorax*. Jpn J Clin Oncol 1992;22:194-7.
- <sup>9</sup> Vencevicius V, Cicenias S. *Spontaneous pneumothorax as a first sign of pulmonary carcinoma*. World J Surg Oncol 2009;7:57.
- <sup>10</sup> Mitsui A, Saji H, Shimmyo T, et al. *Malignant pleural mesothelioma presenting as a spontaneous pneumothorax*. Respirol Case Rep 2015;3:9-12.
- <sup>11</sup> Canessa PA, Carletti AM, Bancalari L, Maggiani R. *Mesotelioma pleurico: eziopatogenesi e clinica. Casistica nella provincia della Spezia*. Eur Respir News 2005;13:77-91.
- <sup>12</sup> Pinelli V, Marchetti GP, Pierucci P, et al. *La toracosopia medica nel mesotelioma maligno della pleura*. Rass Patol App Respir 2009;24:23-31.