

Immagini in Pneumologia Interventistica / Images in Interventional Pneumology
a cura di Pier Aldo Canessa e Maria Majori

Toracosopia medica in un caso di noduli pleuropolmonari

Medical thoracoscopy in pleural-pulmonary nodules

Valentina Pinelli, Federica Novelli, Massimiliano Sivori, Pier Aldo Canessa

SC Pneumologia, Ospedale S Bartolomeo, Sarzana (SP)

Caso

Donna di anni 57, ex fumatrice (20 pack/years), ha eseguito Rx torace con riscontro di sospette nodulazioni polmonari e pleuriche a sinistra, in corso di valutazione preoperatoria per intervento di colecistectomia in colelitiasi. La TC torace con MDC ha confermato la presenza di micro-noduli a carico della pleura di sinistra associati a lesione nodulare in sede paracardiaca nel lobo inferiore di sinistra (Fig. 1A). A completamento diagnostico è stata sottoposta a PET-TC TB con conferma di nodulazioni pleuriche multiple ipercaptanti (SUV 5) a carico della pleura di sinistra e di lesione nodulare (1,5 cm) paracardiaca LIS anch'essa ipercaptante (SUV 5) (Fig. 1B).

La paziente è stata inviata presso la nostra unità operativa per eseguire una fibro-broncoscopia che ha escluso lesioni endobronchiali.

All'ecografia toracica sono state apprezzate numerose lesioni nodulari lungo il decorso della pleura di sinistra in assenza di versamento pleurico e presenza di "sliding sign" senza aderenze pleuriche.

La presenza di "sliding sign" ci ha consentito di pianificare la toracosopia medica su cavo pleurico sinistro anche in assenza di versamento.

L'esame endoscopico è stato eseguito attraverso introduzione del trocar in corrispondenza del V spazio intercostale lungo la linea ascellare media con collasso polmonare e cavo pleurico ben esplorabile. L'esame ha confermato lesioni nodulari biancastre di sospetta natura neoplastica a carico sia della pleura viscerale che parietale (Fig. 2) sulla quale sono state eseguite numerose prese biotiche (n. 7 biopsie pleura parietale).

Il giorno successivo, dopo evidenza radiologica di polmone a parete, è stato rimosso il tubo di drenaggio e la paziente è stata dimessa in attesa della refertazione istologica.

L'esame istologico delle biopsie pleuriche ha dimostrato localizzazione pleurica di adenocarcinoma a primitività polmonare ALK-positivo.

Commento

Le metastasi pleuriche da neoplasia polmonare in assenza di versamento pleurico sono poco frequenti, tuttavia è importante riconoscerle e diagnosticarle con certezza in quanto rappresentano una controindicazione al trattamento chirurgico della neoplasia polmonare.

Corrispondenza

Pier Aldo Canessa

SC Pneumologia, Ospedale San Bartolomeo, Sarzana (SP)
pialdo1953@gmail.com

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di non avere nessun conflitto di interesse con l'argomento trattato nell'articolo.

Come citare questo articolo: Pinelli V, Novelli F, Sivori M, et al. Toracosopia medica in un caso di noduli pleuropolmonari. Rassegna di Patologia dell'Apparato Respiratorio 2021;36:48-50. <https://doi.org/10.36166/2531-4920-A059>

© Copyright by Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri – Italian Thoracic Society (AIPO – ITS)



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

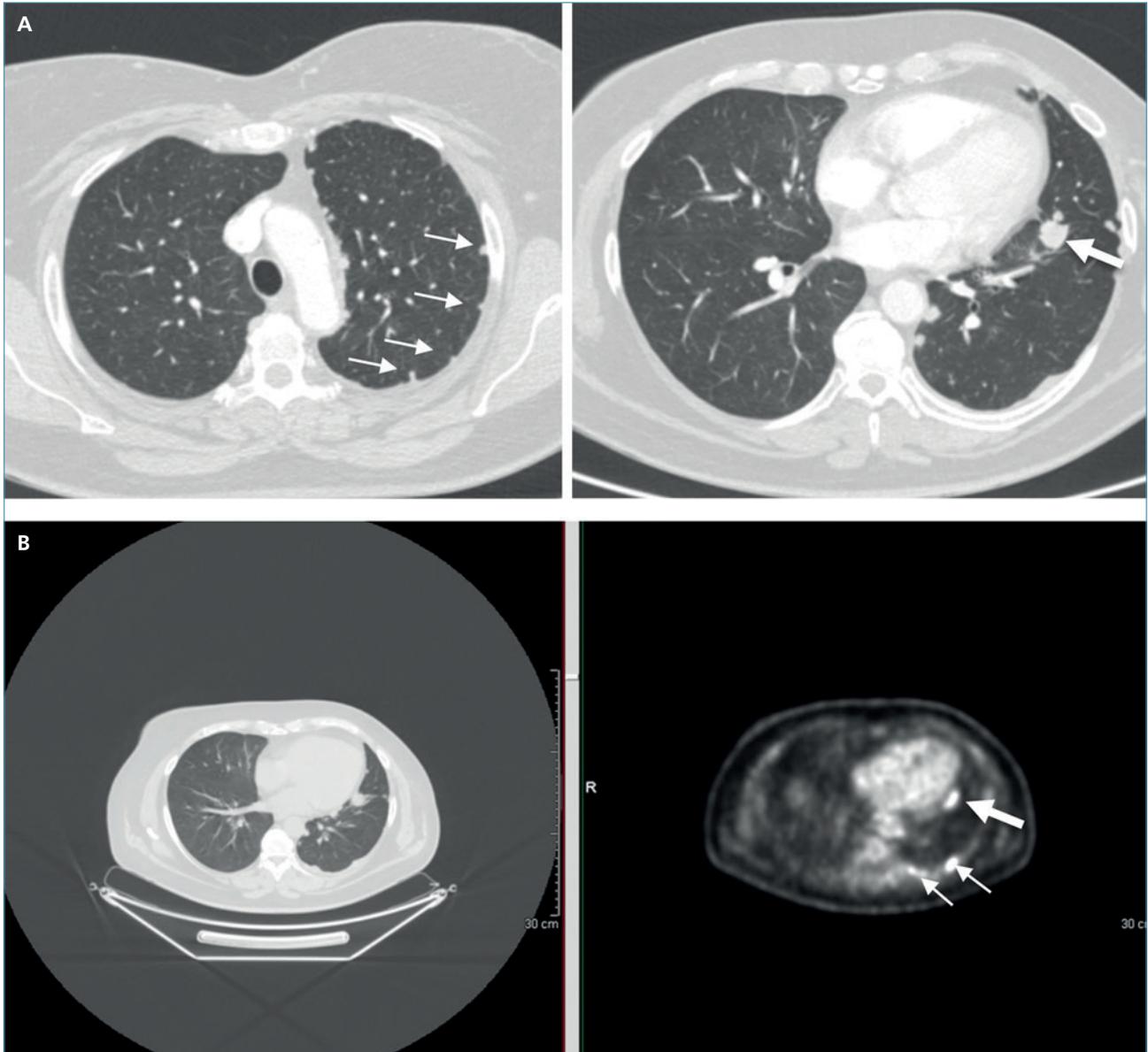


Figura 1. A) TC torace, sessione assiale: multipli noduli pleurici a carico della pleura di sinistra (freccette sottili) e nodulo di 13 mm in sede paracardiaca del LIS (freccia spessa). B) PET-TC: ipercaptazione di noduli pleurici a sinistra (freccette sottili) e del nodulo in sede paracardiaca LIS (freccia spessa).



Figura 2. Toroscopia medica, visione endoscopica cavo pleurico di sinistra: noduli biancastri a carico della pleura parietale (freccette sottili) e viscerale (freccette spesse).

In tali situazioni la TC del torace può evidenziare piccoli noduli o ispessimenti irregolari che alla PET-TC possono essere poco captanti^{1,2}.

La presenza di lesioni pleuriche sospette impone una diagnosi di certezza, che può avvenire solo attraverso un esame bioptico per formulare una corretta stadiazione della neoplasia polmonare.

In questi casi lo pneumologo spesso invia il paziente al chirurgo toracico per eseguire una videotoroscopia (VATS) invece di una toroscopia medica per l'elevato rischio di danneggiare la pleura viscerale in assenza di versamento durante l'introduzione del trocar nel cavo pleurico, soprattutto in presenza di aderenze pleuriche che impedirebbero il collasso del polmone e la conseguente creazione di un cavo esplorabile.

Ad oggi la toroscopia medica rappresenta il *gold standard* nel percorso diagnostico del versamento pleurico di ndd ma il suo ruolo in assenza di versamento pleurico non è stato ancora definito. In base alle nostre conoscenze solo lo studio di Marchetti e quello del gruppo di Oxford, entrambi pubblicati nel 2015^{3,4} hanno evidenziato come, grazie all'ecografia del torace, sia possibile eseguire la toroscopia medica anche in assenza di liquido pleurico a condizione che la valutazione ecografica pre-toroscopica confermi la presenza dello "sliding sign", definito come lo scorrimento libero della pleura viscerale sulla pleura parietale, condizione indispensabile per il collasso polmonare.

La toroscopia medica in assenza di liquido pleurico o in presenza di minima quantità di versamento pleurico oltre che essere subordinata alla presenza di "sliding sign" deve essere condotta da pneumologi con consolidata *expertise* in tale procedura.

I vantaggi dello studio toroscopico di lesioni pleuriche di sospetta natura neoplastica consiste nella visione diretta delle lesioni stesse e nella possibilità di eseguire biopsie con pinze rigide ottenendo campioni bioptici dalle dimensioni comprese tra i 5 e 20 mm. L'abbondanza di materiale bioptico, oltre all'esame istopatologico, consente di definire l'assetto recettoriale e le eventuali mutazioni genetiche, informazioni indispensabili per impostare una corretta terapia oncologica di localizzazioni pleuriche neoplastiche non solo di neoplasia polmonare ma di qualsiasi altro tumore primitivo.

Bibliografia

- 1 Shim SS, Lee KS, Kim B-T, et al. Integrated PET/CT and the dry pleural dissemination of peripheral adenocarcinoma of the lung: diagnostic implications. *J Comput Assist Tomogr* 2006;30:70-76. <https://doi.org/10.1097/01.rct.0000185383.50636.d1>
- 2 Kim YK, Lee HY, Lee KS, et al. Dry pleural dissemination in NSCLC: prognostic and diagnostic implications. *Radiol* 2011;260:568-574. <https://doi.org/10.1148/radiol.11110053>
- 3 Marchetti G, Valsecchi A, Indelicati D, et al. Ultrasound-guided medical thoracoscopy in the absence of pleural effusion. *Chest* 2015;147:1008-1012. <https://doi.org/10.1378/chest.14-0637>
- 4 Corcoran JP, Psallidas I, Hallifax R, et al. Ultrasound-guided pneumothorax induction prior to local anaesthetic thoracoscopy. *Thorax* 2015;70:906-908. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2014-206676>