

7. ГОСТИЩЕВ И. К., ХРУПКИН В. И., АФАНАСЬЕВ А.Н., УСТИМЕНКО А. В. Тактика хирургического лечения осложнены постнекротических кист поджелудочной железы. Анналы хирургической гепатологии, 2008, том 13, №3, стр. 156.
8. ЗАПОРОЖЧЕНКО Б.С, МИЩЕНКО В.В., БОРОДАЕВ И.Е., УРЯДОВ В.В., ПАЩЕНКО А.В. Применение малоинвазивных хирургических методик в комплексном лечении деструктивных форм острого панкреатита. Вісник морської медицини, № 2, Одеса, Україна, 2003, стр.160 - 163.

CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ DE LIMFOM NON HODJKIN CU LOCALIZARE AGANGLIONARĂ (AMIGDALIANĂ ȘI CECALA)

Vladimir Hotineanu, Vasile Tiron

Catedra Chirurgie Nr.2 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Considerations about one case of non-hodjkin lymphoma with aganglionic localisation (amigdalian and cecal)

The clinical case of Non-Hodjkin lymphoma with primary amigdalian localisation with late affection of cecum was presented.

The authors highlighted the peculiarities of diagnosis and treatment, emphasising early and long-term postoperative positive evolution.

Rezumat

Este prezentat un caz clinic de limfom Non-Hodjkin cu localizare primar amigdaliana și afectare tardivă a cecului.

Autorii evidențiază particularitățile de diagnostic și tratament, menționând o evoluție postoperatorie precoce și la distanța bună.

Limfomul non Hodjkin (LNH) este o tumoră malignă a țesutului limfatic, mai frecvent a celui ganglionar. Afectează mai frecvent sexul masculin. Totuși, între 25% și 40% dintre limfoamele non Hodjkin se dezvoltă în afara ganglionilor limfatici periferici (Isacson P.G. 1999, C. Vasilescu, 2002). Acest tip de limfoame (așa numitele limfoame extraganglionare primare) pot apărea la nivelul unor organe limfoide extraganglionare (amigdale, splina, timus) în organe nonlimfoide, dar cu conținut ridicat de țesut limfatic (intestinul subțire) sau chiar în organe lipsite de țesut limfatic (stomac, colon, glandele salivare, tiroida).

Dintre localizările extraganglionare cele mai frecvente sunt limfoamele gastrice și cutanate, urmate de cele ale intestinului subțire și apoi ale colonului.

Limfomul non Hodjkin de colon este un subiect, care comportă discuții de la diagnostic până la opțiuni terapeutice. Tabloul clinic al Limfomului non Hodjkin de colon este nespecific. Simptomul cel mai frecvent este ocluzia intestinală, urmată apoi de hemoragii digestive inferioare. Irigoscopia poate orienta diagnosticul. Colonoscopia prezintă un șir de dificultăți. Ulcerațiile difuz infiltrative trebuie destinate de cancerul de colon și de boala Crohn. O altă metodă de mare utilitate în precizarea diagnosticului este ecoendoscopia, furnizând date privind stadializarea profunzimii infiltratului parietal, extenziei leziunii și caracteristicile ganglionare regionale (Pfau PR și Chak A., 2002).

Diagnosticul este rar stabilit la etapa asimptomatică a bolii, fiind ca regulă o descoperire intraoperatorie. Tratamentul chirurgical ca prima terapie, permite obținerea materialului biptic pentru un diagnostic histologic corect, o stadializare suficientă, și poate reprezenta unica soluție terapeutică pentru limfoamele localizate și de joasă malignitate (Așchie M., 2001). În limfoamele avansate reducerea sau lichidarea chirurgicală a masei tumorale poate duce la un răspuns mai bun la chimio- și/sau radioterapie, care sunt eficiente și în stadiile avansate ale bolii (Kodera Y și

colab., 1998; Boot H și colab., 2000). Cele expuse mai sus își găsesc ilustrația în observația clinică pe care o prezentăm în cele ce urmează.

Bolnavul P., 44 ani se prezintă de urgență în staționar la 04 august 2006 (f/o nr. 9364) în stare gravă, cașectizat cu simptomatologia unei ocluzii intestinale acute, manifestată clinic pe parcursul a 4 zile. Examenul clinic la prezentare relevă dureri intense paroxistice în regiunea ombilicală și hipogastru, vărsături alimentare și biliare, oprirea tranzitului intestinal, nivele hidroaerene multiple la examenul radiologic al abdomenului pe gol. După clister evacuator, tranzitul intestinal nu se reia. La lavaj gastric conținut stazat cu bilă. Probele biologice sunt în limite normale. Din antecedente s-a stabilit, că bolnavul în anul 1992 a suportat tonzilectomie pentru limfom Non Hodgkin amigdalian. Postoperator la tratamentul chirurgical a fost asociată polichimioterapia efectuată periodic pe parcursul următorilor 2 ani cu un efect clinico-biologic bun. Ulterior bolnavul nu mai vizitează rețeaua oncologică și nu primește tratament chimio - și/sau radioterapeutic. Refacerea stării biologice, recuperarea funcțională, absența unor acuze deosebite explică refuzul timp de 13 ani de la polichimioterapie.

După o rapidă reechilibrare volemică s-a intervenit chirurgical prin laparotomie mediana supra- și subombelicală. La explorarea operatorie s-a constatat o tumoră de cec, dură, neregulată, fixată cu răspândire spre ileon, având dimensiunile de 12x6cm, cu mezadenită retractilă, anze intestinale maximal dilatate pe tot parcursul, corespunzător procesului tumoral. Adenopatii metastatice n-au fost relevate. Concomitent a fost stabilită o ciroză hepatică macronodulară cu ascita (600,0). Luând în considerație starea generală gravă, prezența ocluziei intestinale severe, ciroza hepatică cu ascită, se procedează la rezecția unghiului ileocecal, respectând limitele securității oncologice, cu limfadenectomie regională și ileostomie terminală. Examenul histologic a confirmat diagnosticul de limfom non Hodgkin infiltrativ și vegetant fără metastaze ganglionare regionale cu o inflamație peritumorală fără invadare neoplasică.

Perioada postoperatorie a decurs cu refacerea stării generale și recuperare funcțională bună. Este externat la 8 zile postoperator cu plaga vindecată, și deja familiarizat cu îngrijirile necesare ileostomei abdominale. Pacientul este avizat asupra necesității revenirii la chimioterapie adjuvantă și a eventualității unei alte intervenții chirurgicale cu scopul lichidării ileostomei.

Ulterior s-a instituit protocolul chimioterapeutic tip CHOP (vincristin, farmorubicin, ciclofosamidă, dexametozară) 6 cicluri la intervalul de 21 zile. Pacientul este monitorizat lunar clinic, biologic și ecogastric și se reinternează la 01.III-2007 (f/o 5874) în stare generală bună, câștigând ponderal important. La examenul clinic și paraclinic (endoscopic, radiologic și ultrasonografic) lipsesc semne de recidive și metastazare. După o pregătire generală și a colonului se reintervine chirurgical (05.III-2007). Rezolvarea chirurgicală, previzibil dificilă din cauza procesului aderențial sever și a cirozei hepatice, în consecință, se procedează la montarea unei ileoascendoanastomoze termino-terminale. Explorarea operatorie a relevat o ciroză hepatică micronodulară fără ascită, și lipsa metastazelor loco-regionale. Perioada postoperatorie a decurs cu refacerea stării biologice și recuperare funcțională. A fost externat la 9 zile postoperator cu plăgile vindecate și cu îndreptare în rețeaua oncologică pentru stabilirea necesității chimioterapiei adjuvante.

Revăzut la 16 luni postoperator. Stare satisfăcătoare. Acuze nu prezintă. Se află la evidență la hematolog și chimioterapeut.

Prezentăm acest caz de localizare extraganglionară cu afectarea a mai multor organe (la nivelul amigdalelor și a cecului respectiv) considerându-l interesant prin prisma rarităților.

- 1) Cazul ne pare a fi interesant prin afirmarea posibilității de evoluție a unui limfom non Hodgkin de cec la 14 ani de la ablația limfomului non Hodgkin amigdalian. Apreciem, că metastaza s-a menținut latentă în toată această perioadă de timp. Totodată trebuie subliniată valoarea polichimioterapiei aplicate antecedent.
- 2) Considerăm, că în cazul prezentat chimioterapia a contribuit esențial la obținerea unui rezultat terapeutic optim după tonzilectomie: absența recidivelor și metastazelor timp de 14 ani după un limfom non Hodgkin amigdalian.

- 3) Chimioterapia eliminează metastazele glandulare, reducând rata recidivelor locale și la distanță, crescând procentul și perioada de supraviețuire.
- 4) Abordarea multidisciplinară a limfoamelor extraganglionare cu tratament în echipă, permite obținerea unor rezultate favorabile.

Bibliografie

1. Vasilescu C. Limfomul gastric primitiv – București, 2002, p.11-16.
2. Pfau PR și Chak A. Endoscopic ultrasonography. Endoscopy, 2002, 34:21-28.
3. Aschie M. Limfoame maligne non- hodgkeniene gastrointestinale. Entități anatomico-clinice și morfologice – Constanța: Muntenia și Leda, 2001.
4. Isaacson PG. Mucosa – Associated Lymphoid Tissue Lymphoma. Semin Hematology, 1999, 36:139-147.
5. Boot H., de Jong D., Aleman B și Taal BG (2000). Gastrointestinal lymphomas – the Dutch experience. In: Gastrointestinal lymphomas. Future perspectives. Berlin, Heidelberg: Springer, 93-98.
6. Kodera Y, Yamamura Y, Nakamura S, Shimizu Y, Torii A, Hirai T, Yasui K, Moritoto T, Kato T și Kito T (1998) The role of radical gastrectomy with systematic lymphadenectomy for the diagnosis and treatment of primary gastric lymphoma. Ann. Surg., 227:45-50.
7. Gisbertz GA, Schonten HC, Bot FJ și Arends JW (1998). Cell turnover parameters in small and large cell varieties of primary intestinal non-Hodgkins lymphoma. Cancer 82: 158-165.
8. Zucca E și Conconi A (2001). Extragauglionar lymphomas – 85 – 96 In „Annual of lymphoid malignancies „, sub redacția Cavalli F, Armitage JO și Longo DL, Martin Dunitz Ltd, Londra.
9. Fischbach W (2000). Gastrointestinal lymphomas: The Wurzburg study experience. In: Gastrointestinal lymphomas. Future and perspectives. Berlin, Zeidelberg: Springer 134-140.

POLIPI EREDITARI ADENOMATOSI COLORECTALI LA PACIENTII REP. MOLDOVA- ASPECTE GENETICE

**Lucian Palii¹, Nicolae Barbacar², Vladimir Hotineanu³, Tudor Timis³,
Valentin Bendelic³, Anatol Vrabii³**

Laboratorul Chirurgie reconstructiva a tractului digestiv USMF „Nicolae Testemițanu”¹,
Institutul de Genetică al AȘM², Catedra Chirurgie nr. 2 USMF „Nicolae Testemițanu”³

Summary

General Aspects of the Hereditary colorectal polyps in Patients of the Republic of Moldova

In the light of the progress achieved in the area of improving the methods of recombinant DNA technology, today it has become possible to diagnose a genetic disease, including the Hereditary colorectal polyps as a form of epithelial colorectal neoplasia (ECRN) at the level of genes. To identify the clinical differences between patients with sporadic adenoma from the ones with hereditary neoplasm, genetical-molecular investigations were carried out on a group of patients diagnosed with ECRN. Identification of genetic associations between polymorphous spectra of DNA and the genetic expression was done using the RT-PCR technique.

Rezumat

Datorită progreselor înregistrate în perfecționarea metodelor tehnologiei ADN recombinat, astăzi este posibil diagnosticul unei boli genetice, inclusiv ale polipilor colorectali ereditari, ca formă de neoplazie epitelială colo-rectală (NECR), la nivelul genei. Un lot de