

- Tratamentul precoce (adenectomie, polipectomie) a persoanelor cu screening pozitiv;
- Examinarea persoanelor asimptomatice din familiile cu anamneză oncologică agravată de cancer colorectal;
- Elaborarea softw-ului operațional a familiilor cu cancer.

Pentru anul 2016 sînt programate 2500 de examinări colonoscopice care vor fi efectuate persoanelor care fac parte din grupul de risc de a dezvolta cancer colorectal. Aceștia cuprind toate raioanele republicii.

Trimiterea pacienților pentru investigație colonoscopică se face în baza biletului de trimitere/extras (formular 027/E) conform prevederilor pct.65 și pct.110 din Normele metodologice de aplicare în anul 2016 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Din activitatea Centrului Colonoscopic 01.04.2016 – pînă în prezent au fost efectuate 776 de investigații colonoscopice dintre care: la 32 persoane s-a depistat cancere colorectale, ceea ce reprezintă 4,1%. S-a depistat un număr de 71 pacienți cu patologie de precursori tumorali precancer, ceea ce constituie 9,1% din cei examinați. Acești pacienți sînt dirijați la tratament în secția specializată. Prin urmare, metoda efectuării screening-ului colonoscopic pentru grupa de risc sporit de a dezvolta cancer colorectal este efektivă.

Depistarea precoce a cancerului colorectal va permite gestionarea mai eficientă a finanțelor în sistemul de sănătate, sporirea șanselor și calității unui tratament de succes pentru pacienți. La momentul actual, pentru depistarea precoce, ameliorarea indicilor morbidității și mortalității prin cancerul colorectal este necesar de elaborat și implementat Managementul screening-ului cancerului colorectal în republica Moldova.

Concluzii:

1. În baza rezultatelor expuse este argumentată necesitatea elaborării și implementării Managementului screening-ului cancerului colorectal în Republica Moldova;

2. Pentru a implementa screening-ul cancerului colorectal în Republica Moldova este nevoie de o infrastructură multicomponentă care să includă specialiști de înaltă calitate, aparataj tehnic modern, popularizarea problemei cu ajutorul mass-media, finanțarea integrală de stat.

3. Metoda colonoscopia are o sensibilitate sporită în diagnosticul precoce a cancerului colorectal.

„Un program de screening odată început, trebuie asigurate fondurile necesare pentru a fi continuat neîntrerupt, iar sistemul de îngrijiri în sănătate trebuie să fie apt pentru a prelua în îngrijire toate persoanele depistate prin programe de screening...” (OMS 2014).

Mereuță Ion, doc.hab.șt.med., prof.univ., Șveț V. Asistent universitar, doctorand, Simona Chiaburu, doc.șt.med.,
Birlădeanu L. medic oncopediatru, Cristian V., Ungureanu A.,
Ancuța Eugen, doc.șt.med., conf. univ., Iași, Romania

ASPECTE METODOLOGICE ȘI CLINICE ALE TUMORILOR GLANDELOR MAMARE LA MINORE

METHODOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF BREAST CANCER AT GIRLS

Summary: This article highlights the importance of clinical and methodological aspects of the mammary gland tumors of the girls, and it is based on the study conducted between 2013-2015 in the University Clinic and Pediatric Oncology Department of the INSP IO. The stake of this study was to argue the frequency of the fibroadenomas and phylloid tumors.

Key words: mammary gland , minor, tumors, methodology, classification.

МЕТОДОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У НЕСО- ВЕРШЕНОЛЕТНИХ

Резюме: В данной статье рассматриваются клинические и методологические аспекты опухоли молочной железы у девочек, и оно основано на исследовании, проведенной между 2013-2015 в университетской клинике в отделении детской онкологии INSP IO. Цель данного исследования было подтвердить частоту фиброаденомы и филоидных опухолях.

Ключевые слова: молочная железа, незначительность, Опухоли, методология, классификация.

Actualitate și nozologie.

Glandele mamare sunt o parte a sistemului reproductiv a femeii care difera de alte organe prin unele particularitati. Ca organ reproductiv sânul este foarte sensibil la acțiunea diferitor schimbări hormonale în organismul feminin, care au loc chiar și la fiecare ciclu menstrual astfel glanda mamară este unul dintre cele mai vulnerabile organe din corpul femeii din punct de vedere oncologic. Morbiditatea și mortalitatea prin cancer mamar în majoritatea țărilor lumii. Este necesar de menționat, că creșterea celulară și dezvoltarea tuturor organelor are loc accelerat în perioada dezvoltării accelerate a organismului cum ar fi dezvoltarea în perioada embrionară, apoi în perioada dezvoltării intrauterine, apoi în perioada nou-născutului ș.a.m.d. pe când

În această perioadă dezvoltarea glandelor mamare este nesemnificativă. Creșterea accelerată, dezvoltarea și formarea glandelor mamare ca organ începe în adolescență și relativ tardiv, când se apropie perioada fiziologică de alăptare. Prin acest fapt se lămurește dezvoltarea proceselor tumorale a sânului, inclusiv și a celor maligne, la femei și astfel se lămurește apariția excepțional de rar a patologiei maligne a glandelor mamare la minore.

Diminuarea importanței depistării precoce și tratamentul patologiei mamare la minore și adolescente majorează riscul de stări proliferative într-un stadiu incipient. Totodată majoritatea cercetătorilor confirmă faptul că formele proliferative de mastopatie difuză, fibro-chistică, au un înalt nivel de malignizare. (1) Cancerul de sân se depistează de 3-5 ori mai frecvent pe fondalul patologiei mamare benigne și de 30-40 de ori mai frecvent pe fondalul mastopatiilor nodulare cu proliferarea epitelială a glandelor mamare. (2). Este de menționat faptul, că diferite stadii de dezvoltare a procesului tumoral a glandei mamare poate fi evidențiat substanțial în timp.

Din datele statistice a diferitor centre oncologice procesele maligne a glandelor mamare la minore se întâlnesc nu mai frecvent de 0,04 % . Pentru Republica Moldova cancerul mamar la fete pînă la 18 ani este o cazuistică, însă procesele tumorale benigne, care chiar provoacă mutilarea glandei mamare se întâlnesc destul de frecvent.

Clasificarea

Conform clasificării curente patologia glandei mamare la minore și adolescente poate fi divizată în anomalii, tulburări de dezvoltare (dismorfii), boli non-tumorale, tumori benigne și tumorile maligne a glandei mamare. Evaluarea clinică a diferitor forme de anomalii și malformații ale glandelor mamare în mare măsură este de natura subiectivă și nu este la moment complet formată.

Luînd în considerație ca la copii se întâlnesc mai frecvent procesele tumorale benigne, este necesar de prezentat clasificarea proceselor benigne utilizată de oncologii din Republica Moldova.

Clasificarea histologică a proceselor benigne ale glandei mamare (Clasificarea Internațională N2, Ediția II, Geneva, 1984)

- I. Tumorile benigne epiteliale
 1. Papilom intraductal
 2. Adenomul mamelonului
 3. Adenomul
 - a. tubular
 - b. cu semne de lactatie
 4. Altele
- II. Tumorile fibrocelulare și epiteliale
 - A. Fibroadenomul
 - B. Tumoare filoidă (chistosarcom filoid)
- III. Alte tipuri de tumori
 - A. Tumorile țesuturilor moi
 - B. Tumorile pielii
 - C. Tumorile țesutului hematopoietic și limfoid
- IV. Tumorile neclasificate
- V. Displazia glandei mamare / maladia fibrochistică
- VI. Afecțiunile pseudotumorale
 - A. Ectazia ductală (este o componentă structurală a maladii fibrochistice)
 - B. Pseudotumorile inflamatorii
 - C. Hamartomul
 - D. Ginecomastia
 - E. Altele

Unele centre științifice oncologice și clinici universitare a fost elaborata o clasificare clinică de stări patologice ale glandelor mamare la minore și adolescente, care servesc suport metodologic medicilor în utilizarea terminologiei corecte a activității zi de zi.

Clasificarea clinică de stări patologice a glandelor mamare la copii și adolescenți

1. Glande mamare sănătoase.
 - thelarhe (de la 8 ani la fete)
2. Devieri temporare de la starea normală a glandei mamare.
 - îngroșarea nodulară, fiziologică, a glandelor mamare la nou-născuți.
 - telarhe prematura izolată
 - ginecomastie Juvenilă
 - galactoree
3. Malformații
 - atrofia
 - Atelia
 - Amastia

- Polythelia
- Polimastyia
- Asimetria sânilor (până la 100 ml și mai mult de 100 ml.diferentă)
- Makromastia
- Mikromastia
- Coilomastia
- 4. Stări patologice
- Telarhe prematură
- Ginecomastia
- Mastalgia
- Mastopatia
- Chisturile mamare (până la 0,5 cm și BO Leah 0,5 cm)
- Fibroadenom
- Patologie Intraductală
- Infecții și Inflamații
- Patologie mamelonului (Miliium, aterom, telită)
- Transformarea chistică a țesuturilor
- Stări posttraumatice
- Alte forme de patologie.

Aspecte de normă

Până la vârsta de pubertate glandele mamare la băieți și fete este la fel și este format din mamelon și areolă. Dezvoltarea sînelui este primul semn a debutului pubertății la minore. Aproximativ cu 6 luni înainte de menarha, se observa intensificarea creșterii glandei mamare. Creșterea glandei mamare începe de obicei la 11-12 ani, dar poate să apară mai devreme sau mai târziu (se consideră norma de la 8 pîna la 13-14 ani). Această intensificare de creștere de țesut glandular sub mamelonul se numește – telarhe. În primele luni de la începerea a acestui fenomen se poate observa o asimetrie a creșterii glandelor mamare (cu durata de pîna la 3 luni), de multe ori în primul rînd începe să se dezvolte sînul stîng iar sînul drept poate să întîrzie și se dezvoltă mai târziu. Sensibilitatea mameloanelor și a glandelor mamare în această perioadă este o variantă a normei.

Abateri temporare de la starea normală

Îngroșarea fiziologică a glandelor mamare apare la 60% nou-nascuți, egal frecvent la băieți și fete din primele săptămîni de viață. Această stare este cauzată de particularitățile fiziologice a sistemului endocrin al nou-nascutului și influența hormonilor materni care patrund în sîngele copilului din laptele matern. Această stare trece în cîteva săptămîni, sîni revin spontan la dimensiunile inițiale, deși în 1,5 – 2 % îngroșarea poate dura pîna la 8-10 luni.

Telarhe prematură izolată se întîlnește la fete de la 6 luni la 7 ani și se manifestă printr-o creștere a glandelor mamare. Procesul poate fi pe una sau pe ambele părți. În acel moment nu se depistează alte semne de pubertate.

Ginecomastie Juvenilă – mărirea sînilor la băieți. Apare în timpul pubertății active (vârsta 12- 17 ani). Aproximativ 30 % din mărirea sînilor la băieți este clasificat ca ginecomastie juvenilă. Această stare este cauzată de schimbările hormonale semnificative care pot apărea la această vîrstă la băieți.

Galactoree – prezența eliminării lactiforme din mamelon. La nou-nascuți este un simptom rar, pot apărea în primele săptămîni după naștere. Eliminările lactiforme apar ca urmare a concentrației crescute în sînge de hormoni hipofizari (prolactina, hormonul tireotrop, hormon adrenocorticotrop, hormon de creștere), ce este tipic perioadei de nou-născut.

Dezvoltarea anormală a glandei mamare

Atrofia glandei mamare (hipomastia) – apare ca urmare a pierderii de țesut adipos și a țesutului conjunctiv de menținere, poate fi din cauză de absența congenitală sau subdezvoltarea a țesutului glandular, sau a tulburărilor sistemice (de exemplu, tulburări de alimentație, boala Crohn), pe fond de radioterapie , disfuncției congenitale a suprarenalelor, disgenesia gonadelor, hipogonadism hipogonadotrop, etc. Cele mai frecvente cauze – deficitul de greutate corporală. Nutriția adecvată contribuie la o creștere a sînelui.

Atelia – lipsa mamelonului. Necesită corecție chirurgicală plastică de mamelon care se recomandă după vîrsta de 18 ani pentru a evita distrucția țesutului glandular.

Amastia – absența completă a țesutului glandular, este parte a sindrului innascut Poland. Acest sindrom a fost descris pentru prima dată de Alfred Poland în 1841 și include o absență parțială sau completă a mușchiului pectoral asociată cu anomalia membrului superior pe aceeași parte.

Politelia – numărul crescut de mameloane, care sunt situate pe linia mamară embrionară situată de la linia medioclaviculară (axilară) pînă la mijlocul plicii inghinală. Această patologie este adesea asociată cu malformații congenitale de cord sau cu anomalii renale. Politelia provoacă disconfort în perioada alaptării. Această patologie nu necesită tratament activ. În unele cazuri se recurge la corecție cosmetică. Riscul de a dezvolta cancer de sîn la pacientele cu politelie este același cu cel a femeilor cu glande normale .

Polimastia – apare la 5 % din femei. Aceasta se caracterizează prin focare situate anormal de țesut glandular care pot forma tumefieri suplimentare în peretele toracic, de multe ori în fosa axilară. Adesea primele plângeri apar în aceste zone în timpul sarcinii sau alăptării.

Politelia și polimastia sunt mai frecvente decât atelia și amastia.

Asimetria a sînilor (de la 100 ml diferență). Această stare se poate dezvolta ca urmare a unor leziuni de sîn în copilărie, deși în multe cazuri cauzele asimetriei nu pot fi stabilite. În final, evaluarea asimetriei glandelor mamare se va efectua la sfîrșitul pubertății. La volumul mediu a glandelor mamare de 500 ml cel mai frecvent se depistează o asimetrie a glandelor mamare în volum de 50-60 ml. Diferența de 100 ml este considerată evidentă. Interesant că în 73% din cazuri este mai mare sînul stîng. La o asimetrie semnificativă poate fi efectuată corectarea cosmetică-chirurgicală la finalizarea dezvoltării sexuale.

Macromastia – glanda mamară de dimensiuni mari. dimensiunea normală de sîn este dificil de a determina din cauza atitudinii societății și criteriilor de modă. În medie în grupul de femei cu vîrsta de 25-45 ani, volumul sînelui este de aproximativ 500 mm³. În mod ideal, volumul glandei mamare este de 250 – 300 mm³. volumul de 400 -600 mm³ este considerată hipertrofia moderată, 600-800 mm³ – hipertrofia pronunțată, 800-1000 mm³ – hipertrofia semnificativă, iar > 1500 mm³ – gigantomastia. În plus se depistează o corelare strînsă dintre macromastie și anamneza familiară. La aproximativ 80% dintre fetițe macromastia începe în perioada de pubertate. Glanda mamară în cazul macromastiei este de obicei mobilă, cu infiltrații difuze, fără o diferențiere clară de țesut adipos adiacent, pot apărea infiltrații fuziforme. Fetele cu macromastie frecvent acuză dureri în piept, umăr, spate. Uneori adolescentele și părinții lor în mod greșit asociază aceste dureri cu efectul de disconfort psihologic. Macromastia se poate dezvolta rapid în cîteva luni sau se manifesta prin creșterea treptată pe parcursul a mai multor ani. Corelație directă dintre macromastie și statusul hormonal, inclusiv sensibilitatea eronată a receptorilor glandei mamare către hormoni nu a fost depistată. Macromastia poate fi atât bilaterală cît și unilaterală, deși, de obicei se manifestă o creștere simetrică a sînilor. Examenul patomorfologic descrie țesutul a glandei mamare în stare de dezvoltare normală. Examenul sonographic prezintă țesutul glandular și adipos.

În unele cazuri de macromastie poate fi indicat un tratament chirurgical de obicei după perioada de pubertate, în volumul de mamoplastie de reducere. În unele cazuri este indicat tratament hormonal. Se descrie scheme de tratament hormonal eficient. Macromastia poate fi, de asemenea, un factor de risc pentru dezvoltarea mastopatiilor.

Koilomastia – este un defect anatomic care se manifestă prin retracția mameloanelor. Frecvența de apariție în populație este de aproximativ 10 %. Frecvent generează disconfort psihologic. Provoacă dificultăți de alăptare. Principala cauză este ducturile lactate scurte (ce este predispoziție genetică), cu formarea de benzi fibroase (posibil după inflamație). Metoda de bază de tratament este conservativă. Majoritatea metodelor de tratament chirurgical provoacă distrugerea ducturilor lactate. Koilomastia poate fi unilaterală sau bilaterală și se depistează în aproximativ 2-4 % din adolescente.

Micromastia – nu este o patologie severă care ar provoca dificultăți de alăptare. Starea în cauză are o predispunere constituțional – ereditară. După alăptare sau pe fondul maturizării, pe fondul adăugării masei ponderale dimensiunile glandelor mamare se pot normaliza. Cu scop curativ se poate aplica stimularea fiziologică sau limfatică a sînilor pentru o perioadă de 3 -6 luni. Corecția cosmetică chirurgicală se recomandă după alăptarea la necesitate.

Stări patologice ale sînelui.

Telarhe prematură este o stare cînd se determină telarhie la fetițe sub vîrsta de 8 ani, pe fondul apariției parului pubian (adrenarhe) și depistării dezvoltării sexuale accelerate. Necesită o examinare mai detaliată pentru a confirma sau exclude pubertatea precoce.

Ginecomastia – în copilărie și adolescență este o patologie relativ rară nu depășește 5-8 % din toate cazurile de ginecomastie în această vîrstă. În caz de sensibilitate crescută a țesutului mamar la estrogeni aceste caracteristici conduc la proliferare de țesut de suport a glandelor mamare. Boala este cauzată de metabolismul vicios a hormonilor sexuali.

Mastalgia – (cu dependență de ciclul menstrual și fără). Mastalgia fără modificări morfologice a glandei mamare apare frecvent la adolescente (aproximativ 65 %) durerile au natură ciclică, înainte de menstruație apar pe ambele părți, fără o localizare clară și poate radia în umăr sau braț.

Mastopatia – conform definiției OMS (1984), mastopatia – boala fibrochistica, prezintă procese complexe caracterizate printr-un spectru larg de modificări proliferative și regresive în țesutul mamar cu formarea anormală de epiteliu și țesut conjunctiv și cu formarea modificărilor fibroase la sîn, cu formarea structurilor chistice și structurilor cu natura proliferativă. Nivelul de proliferare a țesutului mamar, inclusiv epiteliul, structurilor alveolare, stroma. Progesteronul, dinpotrivă, inhibă aceste procese proliferative și reduce numărul de mitoze. Procesele proliferative sunt individuale și sunt asociate cu vîrsta. La adolescente și femeile tinere proliferările fibroase sunt minime, și implică mai frecvent cadranul superior exterior.

Chist de sîn (0,5 cm și mai mult) – apare la aproximativ 6 % din fete în perioada de pubertate. Unii autori presupun că chistul este rezultatul de malabsorbție de secreție a glandelor postnatale. Dimensiunile chisturilor variază de la cîteva milimetri pîna la cîteva centimetri. În absența inflamației în chisturi, copiii și adolescenții nu simt această patologie. Uneori formațiunea chistică poate fi însoțită de extindere la nivelul mamelonului. Localizarea chisturilor la copii este întotdeauna în regiunea sub- sau periareolară.

Fibroadenom – o tumoare benignă a sînelui. Modificările în glanda mamară în acest caz consta din două componente : stromale și epiteliale. Liziunile fibro-epiteliale pot fi apreciate ca hiperplastice (fibroadenoame și hiperplazie fibroadenomatose) sau neoplazice (tumoare filloïdă). Boala este diagnosticată foarte frecvent mai ales la vîrsta de 15 la 25 ani. Clinic, acestea sunt formațiuni rotunjite cu contururi clare, mobile, nedureroase. Dimensiuni diferite. Exista patru tipuri de fibroadenoame : 1- generale, 2- gigante, 3- juvenile, 4- tumoare filloïdă. Adolescenții adesea depistează fibroadenomul în timpul băii sau autopalpare.

Diagnosticul complex al fibroadenomului include examenul clinic, ecografia , biopsia cu ac subțire, examen citologic. Se recurge la tratament chirurgical în dependență de marimea nodului, vîrsta pacientului, precum și de familia adolescentei. În majoritatea cazurilor se operează formațiuni de la 1 cm. Intervenția se petrece cu protecția anesteziei locale , cu unele excepții individuale, cu pastrarea maximal posibilă a țesutului glandei mamare sănătoase. Cu anestezie generală se înlătură fibroadenoame de dimensiuni mari sau fibroadenoame localizate profund. Mastectomia nu este justificată. La adolescente, fibroadenomul este mai frecvent în grupul de 16-18 ani. Prezența fibroadenomului mărește riscul de cancer mamar de 2 ori.

Tumoarea filloïdă la adolescenți se depistează în 0,4 % din cazuri. Ea poate avea pînă la 20 cm, contururi clare, dense, este mobilă. Tumoarea marea olferă schimbări ale pielii, ale venelor și provoacă asimetria mamelonului. Tumoarea filloïdă se manifestă clinic ca formațiune tumorală neomogenă, densă, uneori fixată de piele. Din cauza dimensiunii mari și hiperextensiei a pielii poate deteriora ducturile lactice, pot fi eliminări hemoragice la nivelul mamelonului. Cel mai frecvent tumor filoid este benign însă sunt descrise cazuri de tumor filoid malign la adolescenți. Extrem de rar în tumorile filoide pot fi detectate focare de cancer non-invaziv (in situ) sau focare de cancer ductal invaziv sau cancer lobular. Tumorile filoide benigne se deosebesc de fibroadenoame prin schimbări fibrozante și hiperplastice a stromei.

Patologie intraductală a glandelor mamare – papilomul intraductal al glandei mamare, precum cancer intraduct. Din cauza dimensiunilor mici, acest tip de patologie nu este posibil de depistat la examenul ecografic sau mamografic. Primul simptom sunt eliminările patologice din mamelon.

Cancerul de sîn la copii – este o patologie extrem de rară. Sunt descrise cazurile de apariție a cancerului mamar la adolescente. Cancerul de sîn se întilnește la 0, 04% din toate tumorile maligne la copii.

Cancerul mamar la copii are următoarele particularități:

- grad mai puțin pronunțat de malignitate
- cancerul de sîn la copii metastazează în organele la distanță mult mai tîrziu comparativ cu maturii
- debutul bolii la copii a cancerului de sîn începe cu simptomata generală(ale întregului organism) și după o perioadă relativ îndelungată apare simptomata locală.
- țesutul tumoral al cancerului de sîn la copii pițin diferă de țesutul adiacent sănătos din care este format. Acesta este un criteriu de diagnostic favorabil.

La copii, cancerul de sîn poate să se dezvolte cît la fetițe cît la băieți. Apariția tumorii, în majoritatea cazurilor, la vîrsta de 12 ani, se datorează faptului că în această perioadă se depistează modificări hormonale ale întregului organism.

Părinții ar trebui sa acorde o atenție deosebită la apariția în regiunea sînelui a unei ulceratii, eroziuni, deformarea glandei mamare, apariția a careva nodului sau retracții a pielii sînelui, la apariția eliminărilor din mamelon. Deseori, la locul tumorii se poate schimba pielea. Pielea poate fi retrasă, sa aibă aspectul coajei de portocală, riduri și alte defecte. Copiii mai mari pot prezenta, de asemenea, semne de boală inflamatorie a sînelui.

Scopul: Studiarea tumorilor glandelor mamare la minore în perioada 2013-2015.

Rezultate proprii și discuții:

Tab. 1

Tipul tumorilor mamare la adolescente pe perioada anilor 2013-2015

Anul	Fibroadenom	Tumora phyllodes	Adenom	Chistadenopapilom	Fibroadenomatoza
2013	7	2	0	1	0
2014	22	2	1	0	3
2015	6	1	0	0	0

În anul 2014, comparativ cu 2013 si 2015, au fost înregistrate 28 cazuri de tumori benigne ale glandei mamare, dintre care:

-22 cazuri, diagnosticate histologic cu Fibroadenom;

-2 cazuri, diagnosticate histologic cu Tumora phyllodes;

-1 caz, diagnosticată histologic cu Adenom tubular pe dreapta;

-3 cazuri, dintre care 1 caz cu fibroadenomatoza proliferativă pe dreapta cu formare de chisturi; 1 caz de fibroadenomatoză slab proliferativă chistică pe stînga și 1 caz de fibroadenomatoză neproliferativă cu formare de fibroadenom.

S-a înregistrat o incidență sporită a tumorilor benigne în 2014 (n=28), față de anul 2013 (n=10) si 2015 (n=7), crescînd numărul total cu aproximativ 20 de cazuri.

Tab. 2

Tipul tumorilor mamare în anul 2013

Fibroadenom	Tumora phyllodes	Chistadenopapilom
7	2	1

Pe parcursul anului 2013, observăm că s-au înregistrat 10 cazuri de tumori benigne ale glandei mamare la minore, dintre care cele mai răspândite tumori au fost fibroadenoamele (7 cazuri), urmate de tumorile phyllodes (2 cazuri) și 1 caz cu chistadenopapilom.

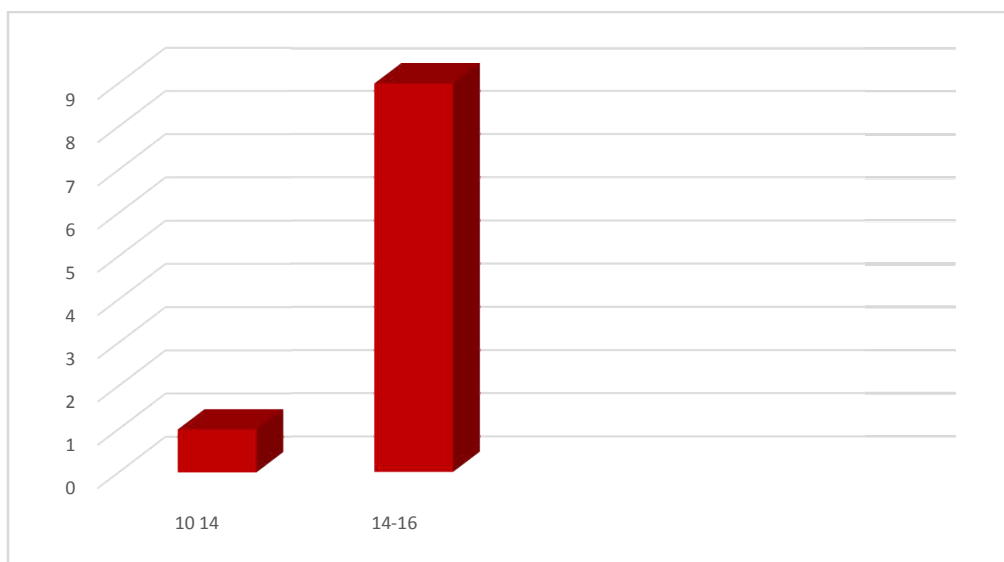


Fig. 1 Distribuția după vîrsta, n=10

S-a depistat mai frecvent la adolescentele cu vîrsta cuprinsă între 15-18 ani- 9 cazuri (90 %) și 1 caz cu vîrsta cuprinsă între 10-14 ani.

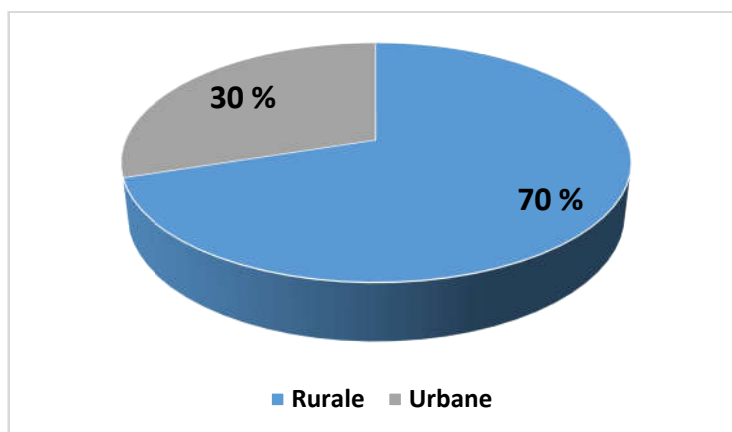


Fig. 2 Repartizarea după mediul de trai, n=10

Dupa locul de trai predomină pacienții din localitățile rurale- 7 cazuri (70 %), urbane- 3 cazuri (30 %).

Fibroadenomul conform criteriului histologic se clasifică în:

- fibroadenom intracanalicular;
- fibroadenom pericanalicular;
- fibroadenom intrapericanalicular;

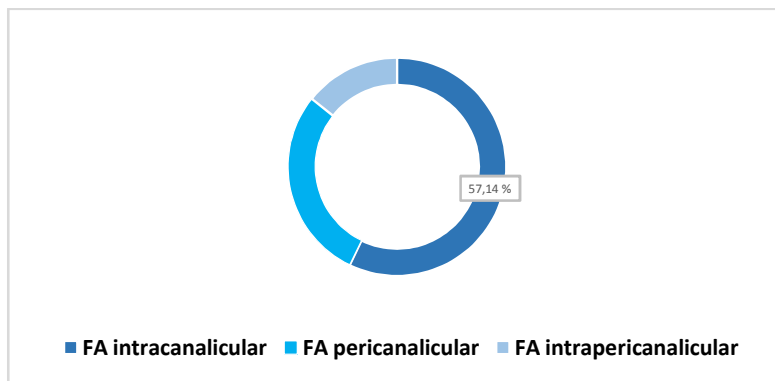


Fig. 3 Incidența formei de fibroadenom, din numărul total de tumori mamare depistate.

Analizând formele de fibroadenom depistate, putem afirma că în RM se întâlnește destul de frecvent Fibroadenomul intracanalicular, constituind 57,14 % .

Tab. 3

Tipul tumorilor primare în anul 2014

Fibroadenom	Tumor phyllodes	Adenom	Fibromatoza
22	2	1	3

Pe parcursul anului 2014 , observăm o creștere a numărului de cazuri diagnosticate cu tumori mamare, dintre care cele mai răspândite tumori au fost fibroadenoamele (22 cazuri) 78,57 % din numărul total.

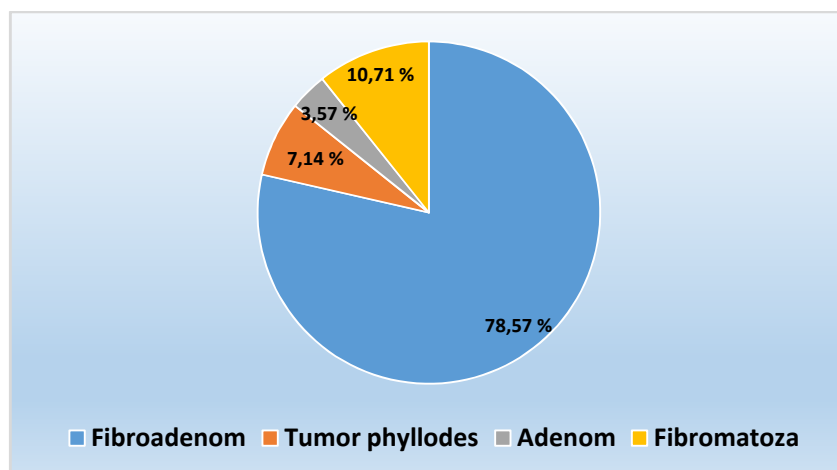


Fig. 4 Tipul tumorilor primare în anul 2014

- Fibroadenom- 78,57 % din cazuri;
- Tumor phyllodes- 7,14 %;
- Adenom- 3,57 %;
- Fibromatoza- 10,71.

Luând în considerare incidența mai mare a fibroadenomului, am analizat tipul de FA conform criteriului histologic.

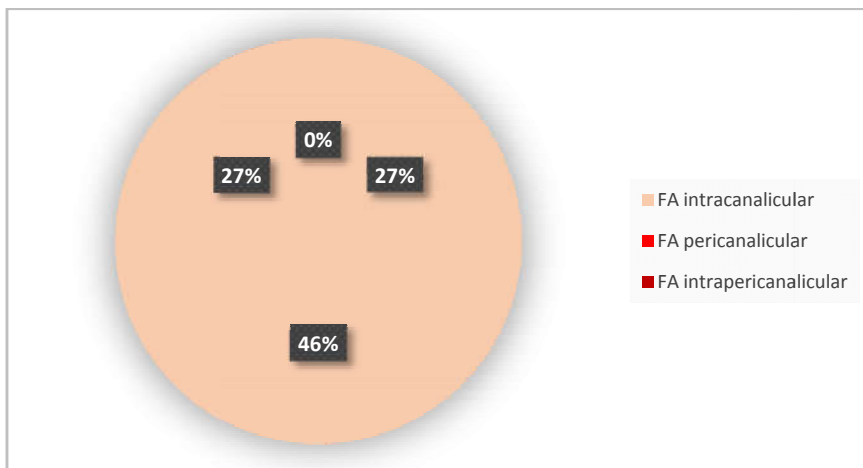


Fig. 5 Tipul de fibroadenom conform criteriului histologic

Analizând datele obținute, putem afirma că în anul 2014, în RM, se întâlnește mai frecvent Fibroadenomul pericanalicular- 10 cazuri (45,45 %) și FA intracanalicular și intrapericanalicular câte 6 cazuri (27,27 %).

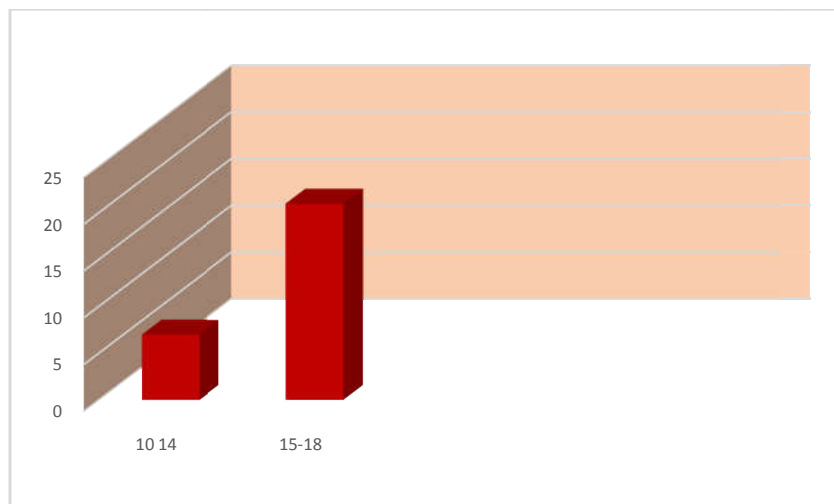


Fig. 6 Distribuția după vîrsta, n=28.

Ca și în anul 2013, mai frecvent s-a depistat la adolescentele cu vîrsta cuprinsă între 15-18 ani- 24 cazuri (85,71%), și 4 cazuri cu vîrsta între 10-14 ani (14,28%).

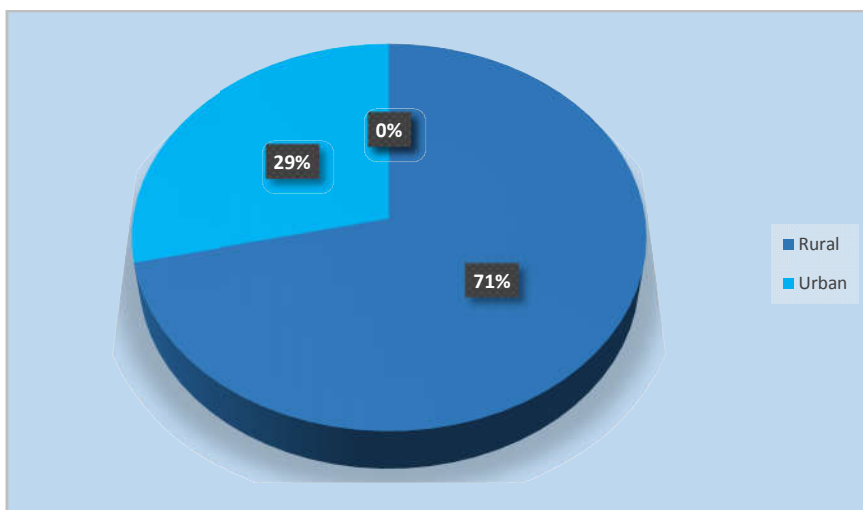


Fig. 7 Distribuția după mediul de trai, n=28.

Dupa locul de trai predomină pacientele din mediul rural- 20 cazuri (71%).

Tab. 4

Structura tumorilor mamare la minore, anul 2015, n=7.

Fibroadenom	Tumor phyllodes
6	1

Pe parcursul anului 2015 observăm o descreștere a numărului de cazuri înregistrate cu tumori ale glandelor mamare, în rândul minorelor.

- 6 cazuri de Fibroadenoame (85,71 %);
- 1 caz cu Tumoare phyllodes (14,28%).

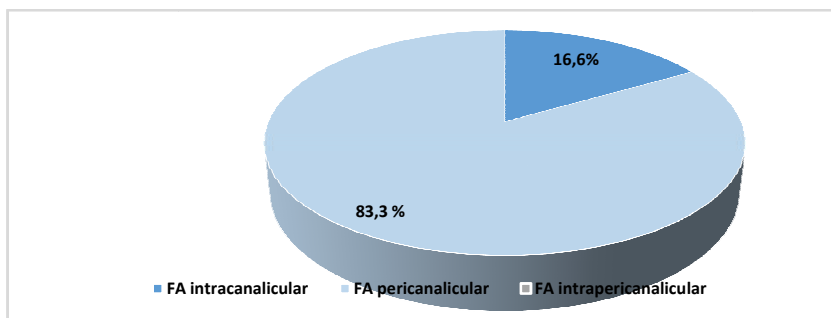


Fig. 8 Tipul fibroadenoamelor conform criteriului histologic, n=6.

Analizind lotul pacientilor cu fibroadenom al glandei mamare ,diagnosticati in anul 2015, predomina FA pericanalicular-5 cazuri (83,3%), FA intracanalicular- 1 caz (16,6%) si FA intrapericanalicular 0 cazuri.

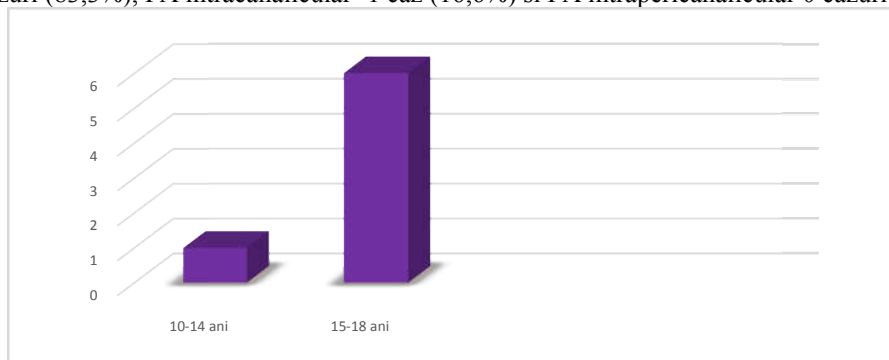


Fig. 9 Distribuția după vîrsta, n=7.

S-a depistat mai frecvent la adolescentele cu vîrsta 15-18 ani- 6 cazuri(85,71%), 10-14 ani-1 caz (14,28%).

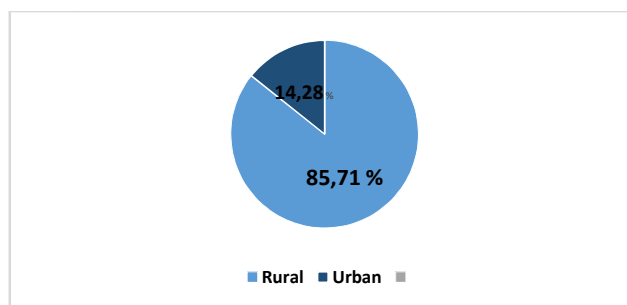


Fig. 10 Repartizarea după mediul de trai, n=7.

Dupa mediul de trai predomina deasemenea pacientele din localitatile rurale-6 cazuri (85,71%), si 1 caz urban (14,28%).

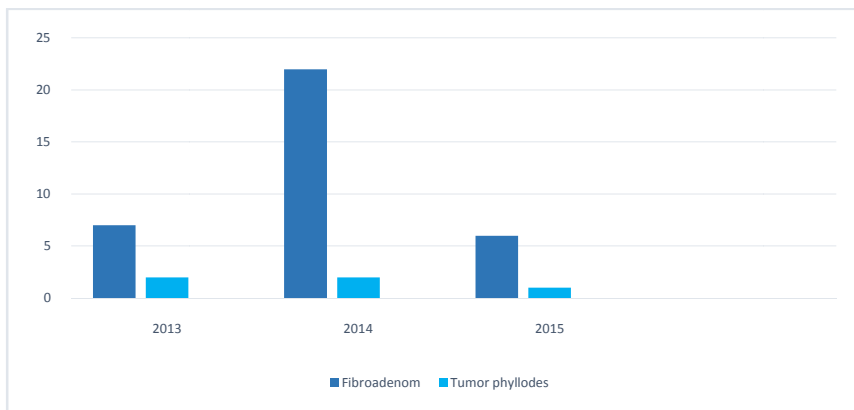


Fig.11 Repartizarea Fibroadenomului, Tumorului phyllodes in perioada anilor 2013-2015, conform numarului de cazuri depistate, n=46.

În anul 2013 din numarul total de tumori mamare n=10, s-au depistat: Fibroadenom 7 cazuri (70 %), Tumor phyllodes 2 cazuri (20%),

În anul 2014 din numarul total de tumori mamare n=28, s-au depistat: Fibroadenom 22 cazuri (78,57%), Tumor phyllodes 2 cazuri (7,14 %).

În anul 2015 din numarul total de tumori mamare n=7, s-au depistat: Fibroadenom 6 cazuri (85,71%), Tumor phyllodes 1 caz (14,28%).

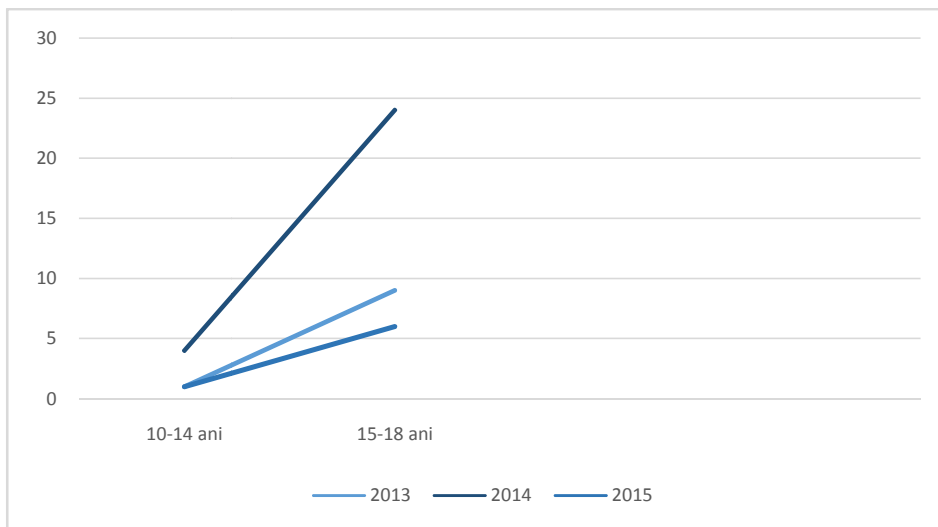


Fig. 12 Repartizarea după grupa de vârstă, n=46.

Grupa de vîrsta cel mai des înteplnîtă pe perioada anilor 2013-2015 a fost 15-18 ani.

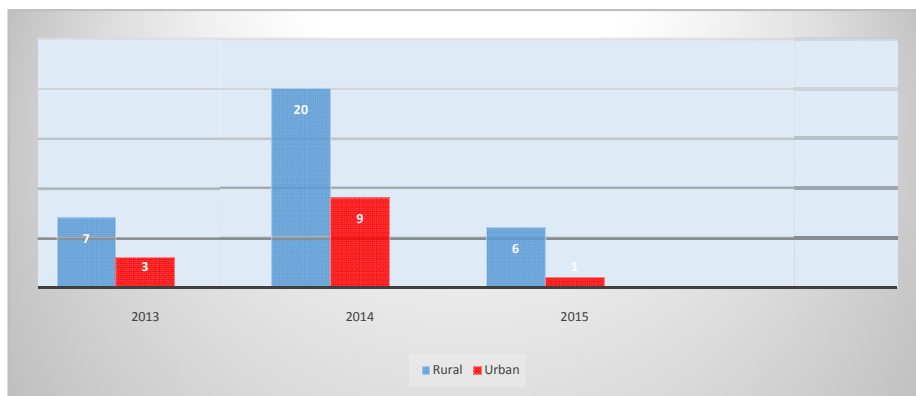


Fig.13 Distribuția conform mediului de trai.

După locul de trai predomină pacienții din localitățile rurale-33 cazuri(71,7%) și 13 cazuri din mediul urban (28,26%); încă o dată ne demonstrează că tumorile mamare au o incidență sporită în localitățile rurale.

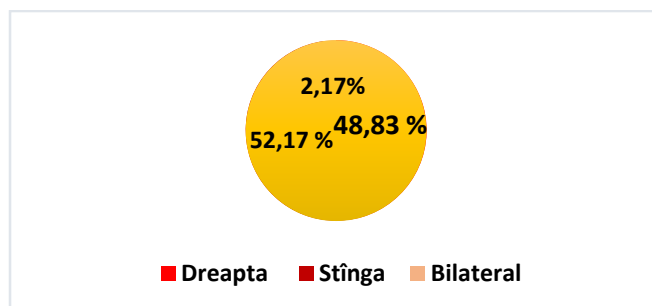


Fig. 14 Localizarea tumorilor glandelor mamare

21 cazuri- glanda mamară dreaptă; 24 cazuri-stînga; 1 caz- bilateral.

CONCLUZII GENERALE

1. Tumorile glandelor mamare la minore reprezintă o problemă actuală atât din punct de vedere medical, cât și social.

2. În baza semnelor clinice, examinarea glandelor mamare cu prezența tumorii palpabile, investigațiilor necesare poate fi stabilit diagnosticul de tumoare a glandelor mamare, cu aprecierea ulterioară a metodei de tratament.

3. Pe parcursul anilor 2013-2014 și 2015, s-au înregistrat 46 cazuri de tumori ale glandelor mamare, cele mai răspândite fiind fibroadenoamele (33 cazuri), urmate de tumori filozice (5 cazuri). În comparație cu anul 2013 și 2015, în anul 2014 s-a înregistrat o ascensiune a numărului de cazuri înregistrate în clinica IMSP IO, 28 de cazuri, față de 2013-10 cazuri și 2015-7 cazuri. Evaluarea lotului de pacienți, n=46, a demonstrat următoarele. După vîrstă 86,95, % au vîrsta cuprinsă între 15-18 ani, iar 13 % 10-14 ani. Acești indici confirmă influența estrogenică asupra apariției tumorilor mamare la adolescente, în special a fibroadenomului, deasemenea cele mai multe fibroadenoame apar în timpul perioadei fertile, cu ciclul menstrual prezent, atunci cînd nivelul hormonal se schimbă. După mediul de trai a dominat mediul rural, ce denotă faptul că majoritatea minorelor din localitățile rurale neglijează screening-ul tumorilor glandelor mamare, deasemenea au un acces mai limitat la specialiști pentru evaluare și diagnostic precoce. După localizare 24 de cazuri (52,17%) a fost afectată glanda mamară stîngă, 21 de cazuri (48,83 %)- dreaptă și 1 caz(2,17%) caz bilateral.

4. Pe parcursul anilor 2013-2015 s-au înregistrat 3 cazuri cu recidive de FA în anul 2013. Alte două cazuri s-au înregistrat în 2014 la două minore cu vîrsta de 18 și 17 ani. Din cauza nerespectării screening-ului de diagnostic al tumorilor glandei mamare la minore, acestea se adresează la medic după 12-6 luni de boală cu creșterea în dimensiuni (pînă la 15 cm-FA gigant), din acest motiv sunt diagnosticate tardiv. Tumorile la sîn în rindul minorelor crește, ce argumentează adresarea precoce la medicul specialist.

Bibliografie:

1. I. Mereuță, S. Gațcan. Mastopatiile difuze. Chișinău 2012
2. I. Mereuță și coaut. Tumorile la copii, p71 2012
3. Окулов А.Б., Адамян Л.В., Бровин Д.Н., Богданова Е.А. Молочные железы и их заболевания ю детей. М.: МИА, 2010. 160 с.
4. Летягин В.П. Рус мед журн 2000; 8 : 11: 41
5. Maladiile benigne ale glandei mamare. Protocolul clinic național. Chișinău 2008
6. Apro MS. Medical oncology. Rev Med Suisse. 2007; 3(93):49-52, 54-55.
7. ASCO Recommended Breast Cancer Surveillance Guidelines J. Clin. Oncol. 1997, 15(5) 2149-2156)
8. Breast cancer highlights from ASCO 2004 (conference report). Int J Fertil Womens Med. 2004;49(5):239-40.
9. Buțureanu Șt. Patologie ginecologica benigna. Ed. Institutul European, 2004. 42 .
10. [Cancer Screening-CDC Vital Signs-July 2010.pdf](#), CDC, 2010,
11. Carty NJ, Carter C, Rubin C, Ravichandran D, RoyleGT, Taylor I. Management of fibroadenoma of the breast. Ann R Coll Surg Engl 1995; 77(2):127-30.
12. Chang DS., McGrath MH., Management of enin tumors of the adolescent breast, Plast Reconstr Surg. 2007 Jul; 120(1):13e-19e.
13. Cody HS 3rd. One-step surgery for breast cancer: back to the future?World J Surg. 2007; 31(6):1153-4. 10. Colegiul Medicilor din România, Ghiduri de practică medicală, Vol II, editura Info Medica, 2001.
14. Copeland, Larry J.: Textbook of Gynecology, W.B. Saunders Company, 1999.
15. Curs de oncologie, UMF Carol-Davila 2012. Factorii genetici ai carcinogenezei
16. De Vitta V, Hellman S, Rosenberg SA. Principles and practice of oncology, Jones and Bartlett publishers, 2003.
17. DeCherney AH, Nathan L. Current Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment, Ninth Edition, The McGraw-Hill Companies, Inc. 2003.
18. Diaconu C, Chifu C, Iftime C, Iftime I, Miron L, Carasevici E, Ferariu D, Cobzeanu C, Crumpei F. Bilateral breast cancer (BBC). Considerations on a series of 20 cases. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2006;110(4):867-73.
19. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. Lancet. 2005;365(9472):1687-717.

20. Early mammary development :Growth Hormone and IGF1, Kleinberg DL. J mammary Gland Biol Neoplasia 1997.
21. Ghid clinic de Oncologie, Gheorghe Tîbîrnă
22. Greydanus DE, Parks DS, Farrell EG: Breast disorders in children and adolescents. Pediatric Clin North Am 1989;36:601.
23. (<http://www.csid.ro/>).
24. <https://ru.scribd.com/>
25. JNHS Breast Screening Programme and British Association of Surgical Oncology. An Audit of Screen Detected Breast Cancer for the Year of Screening, April 1998- March 1999. NHS Cancer Screening Programmes, 12 April 2000.
26. Oncologie generală, Nicolaie Ghidirim..
27. Papilian V.-“ Atlas de anatomie a omului “, Editia a IV-a , editura Medicala Callisto, 2008.
28. Roses DF. Breast Cancer. Philadelphia: Churchill Livingstone; 1999. p. 123-138.

Mereuță Ion¹, Cucieru Valerian², Prepeliță Diana², Cucieru Cristina³, Ancuța Eugen⁴

1 - șeful catedrei Oncologie, Radioterapie și Hematologie, d.h.ș.m., profesor, Republica Moldova

2 - medic oncolog-mamolog, IMSP Institutul Oncologic, centrul consultativ diagnostic, Republica Moldova

3 - medic rezident, catedra Oncologie, Radioterapie și Hematologie, Republica Moldova

4 - doc.șt.med., conf. univ., Iași, Romania

EFICACITATEA PUNȚIILOR ASPIRATORII ȘI TREPANBIOPSIILOR ÎN CONFIRMAREA CITO-MORFOLOGICĂ A CANCERULUI MAMAR

EFFICIENCY OF FINE NEEDLE ASPIRATION CYTOLOGY AND CORE BIOPSY IN BREAST CANCER CYTOMORPHOLOGICAL CONFIRMATION

Summary: Fine needle aspiration cytology and core biopsy are the main cytomorphological diagnostic methods in breast cancer. The study included 1291 cytological examinations carried out in 2015 in the Oncological Institute after fine needle aspiration (FNA), 11 - ultrasound-guided FNA , 146 core biopsy. Research has highlighted the higher effectiveness of ultrasound-guided FNA and corebiopsy (with 16,2±0,9%) than fine needle aspiration cytology. Therefore it requires a modern approach of cytomorphological diagnosis of breast cancer.

Key words: breast cancer, diagnosis, fine needle aspiration cytology, core biopsy, efficiency.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АСПИРАЦИОННОЙ БИОПСИИ И БУРИЛЬНЫХ БИОПСИИ И ЦИТОЛОГИЧЕСКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме: Аспирационная биопсия тонкой иглой и пункционная биопсия являются основными цитоморфологическими методами диагностики при раке молочной железы. В исследование были включены 1291 цитологического исследования, проведенные в 2015 году в онкологическом институте после аспирации тонкой иглой (FNA), 11 - под ультразвуковым контролем Фна, 146 под основной биопсии. Исследования отметили высокую эффективность ультразвукового наведения FNA и основной биопсий (с 16,2 ± 0,9%) по сравнению с тонкоигольной аспирационной цитологии. Поэтому необходим современный подход диагностики рака молочной железы.

Ключевые слова: рак молочной железы, диагностика, тонкоигольная аспирационная биопсия, пункционная биопсия, эффективность.

Actualitate:

În structura morbidității oncologice în Republica Moldova, în anul 2015, cancerul glandei mamare (CGM) ocupă locul doi cu 10,95% (932 cazuri), oferind întâietatea cancerului colorectal - 12,9% (1213 c/a). Comparativ cu anul 2014, incidența prin CGM a crescut cu 96 cazuri, ceea ce constituie cu ~0,4% în structura morbidității oncologice.

Printre metodele complexe de diagnostic a CGM, punția aspiratorie cu ac fin (PAF) este metoda prioritară și obligatorie. PAF reprezintă o parte componentă a examinării primare a pacientelor cu formațiuni în glandele mamare și anume această metodă răspunde la întrebarea cheie: „Este această formațiune benignă sau malignă?”. O importanță mare la stabilirea diagnosticului citomorfologic o are abilitatea specialistului clinicist ce efectuează această procedură, calitatea preparatului citologic, nivelul profesional înalt al medicului citolog și nu în ultimul rând informația clinică ce include toată anamneza pacientei, datele clinice și imagistice.

La stabilirea diagnosticului de CGM importanța diferitor metode este următoarea: examen clinic - 70-90%, ultrasonografia - 80-90%, mamografia - 85-90%, PAF - 90-99%. [11]

Conform datelor literaturii sensibilitatea medie a metodei citologice de diagnostic (PAF-ului) constituie 84% (61-98%), specificitatea - 97% (56-100%) și eficacitatea - 92,7% (50-98,5%) [12].

Rezultate fals-negative a PAF se întâlnesc de la 0 la 10%, în medie fiind de 0,2%. [12,13].

Cauzele hipodiagnosticului citologic al CGM:

- cantitatea insuficientă de material citologic;