

Principiile ei de întocmire au rămas aceleași. Accesibilitatea asistenței medicale specializate în condițiile de ambulator va spori fluxul de pacienți, ce determină actualitatea problemei de construcție pe lângă centrele respective a pansionatelor pentru asigurarea traiului pacienților și persoanelor însoțitoare.

La acordarea asistenței medicale specializate în condițiile extraspitalicești la mulți pacienți se menține modul obișnuit de viață, apare posibilitatea de continuare neîntreruptă a lucrului sau studiilor. Merită mențione și efectele psihoemoționale și economice pozitive de organizare a staționarului de zi.

Concluzii

De subliniat, că serviciul hematologic extraspitalicesc contemporan constituie o formă eficientă și economic argumentată de acordare a asistenței medicale specializate contingentului voluminos de pacienți cu patologiiile sistemului hematopoietic, menținând calitatea habituală a vieții lor. Organizarea rațională a funcționării acestui serviciu permite de a spori accesibilitatea asistenței medicale respective populației.

Bibliografie

1. Corcimaru I. *Limfoamele non-Hodgkin. Realizări și perspective*. Chișinău, 2008: 35.
2. Воробьев А., Бриллиант М. *Опыт амбулаторного лечения больных гемобластозами*. // Терапевтический архив, 1977; 8: 7 – 9.
3. Индейкин Е. *Современные тенденции амбулаторной помощи в США* // Глав. Врач, 2002; 2: 66 – 75.
4. Мустяцэ Л., Робу М. *Полихимиотерапия неходжкинских лимфом в амбулаторных условиях* // VII Республиканская конференция онкологов Молдавии. Тезисы докладов. Кишинёв, 1983: 24 – 26.
5. Олейникова Е., Спыну А. *Полихимиотерапия лимфогранулематоза в амбулаторных условиях* // VII Республиканская конференция онкологов Молдавии. Тезисы докладов. Кишинёв, 1983: 26 – 27.
6. Цыба Н. *Лечение больных с заболеваниями системы крови в условиях стационара дневного пребывания* // Терапевтический архив, 2007; 7: 10 – 14.

PARTICULARITĂȚILE EVOLUȚIEI CLINICE A LIMFOMULUI HODGKIN ÎN PERIOADA SARCINEI ȘI DUPĂ NAȘTERE LA PACIENTELE SUPUSE RADIOTERAPIEI CONFORM PROGRAMULUI RADICAL SAU DESFĂȘURAT

Elena Oleinicova, Ion Corcimaru, Ana Parascova, Larisa Musteață, Ludmila Damir, Sofia Chiriac, Svetlana Șaraeva, Irina Mocanu

Catedra Hematologie, Oncologie și Terapie de Campanie
(șef. – prof. univ. Ion Corcimaru)

Instituția Medico-Sanitară Publică, Institutul de Oncologie din R.Moldova
(director – prof. univ. D.Sofronie)

Summary

Clinical evolution peculiarities of Hodgkin's disease in pregnancy and after delivery in patients who underwent radiotherapy by radical or widening programme

The influence of pregnancies (105) and deliveries (63) on Hodgkin's disease evolution have been studied in 78 patients after radiotherapy by a radical or widening programme. There were 29 pregnancies and 5 childbirths in 27 women in the active period of Hodgkin's disease. There was a medical abortion in 24 cases. All of them had a developing Hodgkin's disease after pregnancy and delivery.

In the remission period of Hodgkin's disease 76 pregnancies in 51 women ended in 58 childbirths. Pregnancy was interrupted in 18 cases. Only 6 patients in this group

were detected relapses. These were more frequent (31.25%) in the cases when pregnancy occurred in the first 3 years of remission. Much more rarely (5.6%) relapses have been reported when pregnancy occurred 4-5 years after remission set up, whereas 6 and more years after remission relapses resulting from pregnancy haven't been revealed.

Thus, it's necessary to interrupt the pregnancy in the active Hodgkin's disease period, because of a great risk of relapses development. It's possible to preserve the pregnancy in stable and long Hodgkin's disease remission due to the minimal risk of relapses.

Rezumat

A fost studiată influența în 105 cazuri de sarcină și 63 cazuri de nașteri asupra evoluției limfomului Hodgkin la 78 paciente după radioterapie conform programului radical sau desfășurat. În perioada activă a limfomului Hodgkin la 27 femei 29 de sarcini s-au terminat cu 5 nașteri. În 24 de cazuri a fost avort medical. La toate aceste paciente s-a constatat progresarea maladiei.

În perioada de remisiune a limfomului Hodgkin la 51 femei 76 de sarcini s-au terminat cu 58 nașteri. În 18 cazuri sarcina a fost întreruptă. În această grupă doar la 6 bolnave s-au depistat recidive. Mai frecvent (31,25%) acestea au fost depistate în cazurile când sarcina a survenit în primii 3 ani de remisiune. Mult mai rar (5,6%) recidive s-au înregistrat când sarcina a apărut în decurs la 4-5 ani de remisiune, iar după 6 ani și mai mult recidive în urma sarcinii nu s-au depistat.

Așadar, în perioada activă a limfomului Hodgkin sarcina necesită a fi întreruptă din cauza riscului înalt de dezvoltare a recidivelor. În cazurile remisiunilor stabile și îndelungate sarcina poate fi păstrată, deoarece riscul dezvoltării recidivelor este minimal.

Actualitatea temei

Până în prezent rămâne discutabilă evoluția limfomului Hodgkin la pacientele ce au dus sarcina și au născut după radioterapie conform programului radical sau programului desfășurat (1, 2, 3). E dovedit, că sarcina în perioada activă a limfomului Hodgkin agravează evoluția maladiei (3, 6). Dar succesele contemporane în tratamentul acestei boli, posibilitatea obținerii remisiunii stabile și de lungă durată până la vindecarea completă a pacientelor din nou actualizează întrebarea sarcinilor și nașterii la paciente după radioterapia efectuată. Există lucrări (2, 4, 5, 6), unde este descrisă lipsa prognosticului nefavorabil la paciente cu limfom Hodgkin după radioterapie conform programului radical sau desfășurat. În legătură cu aceasta rămâne actuală problema despre evoluția limfomului Hodgkin la pacientele ce au dus sarcina și au născut după radioterapia efectuată.

Scopul lucrării date constă în studierea evoluției clinice a limfomului Hodgkin la paciente, ce au dus sarcina și au născut după radioterapie conform programului radical sau desfășurat.

Material și metode

Au fost supuse cercetării fișele de ambulator a 410 femei după programul radical sau desfășurat în Centrul Hematologic al Institutului Oncologic din Moldova din a. 1965 până în 1985.

Din 218 femei de vârstă reproductivă, la 78 din ele au urmărit 105 sarcini (la 14 femei au fost 2-4 sarcini). 63 din aceste sarcini s-au soldat cu naștere, iar altele 42 de sarcini au fost întrerupte.

În toate aceste cazuri diagnosticul de limfom Hodgkin a fost verificat morfologic și a fost stabilită varianta histologică conform Clasificării Internaționale, adoptată la Conferința din Rye (1966). La 5 (6,4%) bolnave a fost depistată varianta limfohistiocitară, la 18 (23,1%) – scleroză nodulară, la 40 (51,3%) – mixt-celulară, la 7 (9,1%) – varianta depleție limfoidă: la 6 bolnave – varianta reticulară, la 1 bolnavă – fibroză difuză. Varianta histologică nu a fost apreciată la 10,2% din bolnave.

Stadiul clinic a fost stabilit conform Clasificării Internaționale a limfomului Hodgkin (Ann Arbor, 1971). Stadiul IA a fost diagnosticat la 10 bolnave, I B – la 1 bolnavă, IIA – la 19, II B – la 20, IIIA – la 13, III B – la 15 bolnave. Simptomele de intoxicație au fost depistate la 36 (46,2%) bolnave. Bolnavele cu al IV-lea stadiu clinic nu au fost cercetate, întrucât în stadiul IV metoda principală de tratament este chimioterapia, dar radioterapia conform programului radical sau desfășurat nu se utilizează.

Femeilor, care au hotărât să păstreze sarcina, în pofida procesului activ, nu le-a fost administrat tratament specific. Tratament a fost indicat femeilor care au întrerupt sarcina, iar celor care au născut – peste 2-3 săptămâni după naștere.

În scopul inducerii remisiunii la 50 (64%) de bolnave în stadiul I și II, s-a efectuat radioterapia conform programului radical. La 21 din ele cu simptomele de intoxicație – cu monochimioterapie cu vinblastin 10 mg intravenos o dată pe săptămână sau cu ciclofosfan câte 400 mg intramuscular 2-3 ori pe săptămână. La 28 (36%) din bolnave cu stadiul III s-a efectuat radioterapie conform programului desfășurat, la 15 din ele cu semnele de intoxicație concomitent li s-a administrat monochimioterapia mai sus menționată. După obținerea remisiunii complete, în decurs de doi ani tuturor bolnavelor li s-a efectuat monochimioterapia de menținere cu vinblastin 10 mg intravenos o dată în 10 zile. Dacă în acest timp s-a hotărât de a păstra sarcina, atunci se suspendă orice tratament specific.

În dependență de timpul apariției sarcinii s-au format două grupe. În prima grupă la 27 de bolnave au survenit 29 de sarcini – toate acestea au fost în perioada activă a bolii. În a doua grupă au fost 51 de paciente, la ele s-au constatat 76 de sarcini în timpul remisiunii. În primul an de remisiune completă au fost 16 sarcini, în anul 2 – 14 sarcini, în al 3-lea și al 4-lea an – 18 sarcini, în al 5-lea – 7 sarcini. La bolnavele cu o perioadă de remisiune de la 6 până la 20 de ani au survenit 21 de sarcini.

În fiecare grupă s-a urmărit numărul sarcinilor și nașterilor, evoluția lor, s-a studiat dezvoltarea recidivelor maladiei de bază, obținerea remisiunii repetate și durata acesteia după sarcină și naștere.

Rezultate și discuții

La cele 27 femei, la care sarcina a apărut în perioada activă a limfomului Hodgkin se atestă 29 de sarcini (la 2 femei – câte 2 gravidități). La 9 femei limfomul Hodgkin a fost diagnosticat în al II-lea și al III-lea trimestru de sarcină, 5 din ele s-au sfârșit cu nașteri normale. Patologii în sarcină și travaliu nici într-un caz nu s-au înregistrat. Copiii s-au născut sănătoși.

La 26 de cazuri sarcina a fost întreruptă după inițiativa hematologului. La toate 27 bolnave în timpul sarcinii și îndată după naștere s-a constatat progresarea limfomului Hodgkin ceea ce descriu și alți autori (3, 6). În rezultatul tratamentului efectuat la 15 (55,6%) bolnave a fost obținută remisiunea completă, la 7 (25,9%) – parțială. La 5 (18,5%) bolnave efectul clinic a lipsit. Durata vieții a acestora a fost până la 2 ani. Toate bolnavele cu remisiune parțială au decedat de la progresarea limfomului Hodgkin. Supraviețuirea lor timp de 5 ani a fost 30,2%, 10 ani – 4,3%, până la 15 ani nici una n-a supraviețuit. Toate bolnavele cu remisiune completă au trăit mai mult de 15 ani fără nici o recidivă.

La 51 femei (grupa II), la care sarcina a apărut în perioada remisiunii complete ale limfomului Hodgkin au fost înregistrate 76 de sarcini. La 12 din ele – repetat: câte 2 sarcini. Cu naștere s-au sfârșit 58 de sarcini. Din ele 9 au născut dublu, 2 – triplu, 1 – de patru ori. Sarcinile și nașterile au decurs fără complicații. Copiii s-au născut fără malformații.

După nașteri recidivele limfomului Hodgkin s-au dezvoltat la 13 (17,1%) paciente, ceea ce corespunde datelor din literatură (5), unde ele constituie 8-18%. Cel mai des (31,5%) recidivele apar la bolnavele la care sarcina a survenit în primii 3 ani de remisiune (5 paciente). Mai rar (5,6%) recidivele apar la pacientele la care sarcina a apărut la al 4-5-lea an de remisiune (1 bolnavă). Sarcinile survenite după al 6-lea an de remisiune nu au dus la apariția recidivelor. În urma aplicării tratamentului chimioradioterapeutic combinat la toate pacientele s-a obținut remisiune completă. Durata de viață a pacientelor a fost peste 15 ani. Ca urmare, sarcina și

nașterea în timpul remisiunii complete nu au influență negativă asupra prognosticului limfomului Hodgkin.

Concluzii

1. Evoluția clinică a limfomului Hodgkin la bolnavele ce au dus sarcina și au născut după radioterapie conform programului radical sau desfășurat, depinde de perioada maladiei când a survenit sarcina.
2. În perioada procesului tumoral activ, în timpul remisiunii incomplete și de scurtă durată, riscul recidivei și progresării bolii este foarte înalt. În această perioadă se recomandă insistent întreruperea sarcinii.
3. În perioada remisiunii complete și stabile, 4-5 și mai mulți ani, riscul apariției recidivei este minimal. În această perioadă este posibilă păstrarea sarcinii. Influențe negative a sarcinii și nașterii, în această perioadă, asupra prognosticului limfomului Hodgkin nu s-au depistat.

Bibliografia

1. Anselmo A.P., Cavalieri E., Enrici R.M., Pescarmon E., Juerrise V., Paesano R., Pachi A., Mandelli F. Hodgkin's disease during pregnancy: diagnostic and therapeutic management // *Fetal Diagn. Ther.* 1999 Mar-Apr; 14 (2): 102-103.
2. Horani A., Ulitsky T., Kalish V., Sofadi R. Hodgkin's disease in pregnancy // *Isr. Med. Assoc. T.* 2004 Aug; 6 (8): 502-503.
3. Thomas R.M.; Reekham M.Y., The investigation and management of Hodgkin's disease in the pregnant patient // *Cancer (Philad)*, 1976, 38: 1443-1451.
4. Демина Е.А., Сусулева Н.А., Каверзнева М.М., Ильяшенко В.В., Червонобаб Ю.В. Течение лимфогранулематоза после родов у женщин в полной ремиссии // *European School of Oncology, Москва, 2000: 18-23.*
5. Демина Е.А., Волкова М.А., Сусулева Н.А., Каверзнева М.М., Ильяшенко В.В., Червонобаб Ю.В., Флейшман Е.В. Качество жизни больных лимфогранулематозом: проблемы и их решение // *European School of Oncology, Москва, 2000: 2- 13.*
6. Корчмару И.Ф., Параскова А.М. О влиянии беременности на течение лимфогранулематоза // *Вопр. онкол.*, 1982, 7: 34-38.

GLIVEC® - OPȚIUNEA CURATIVĂ DE ELECTIE ÎN LEUCEMIA MIELOIDĂ CRONICĂ

Vasile Musteață

Catedra Hematologie, Oncologie și Terapie de Campanie
a U.S.M.F. „N. Testemițanu”

(șef – prof. univ., dr.hab.șt.med. I. Corcimaru),

Institutul Oncologic din Moldova (director – prof. univ., dr.hab.șt.med. D. Sofroni)

Summary

Glivec® - selected treatment option in chronic myeloid leukemia

The combined screening for Ph-chromosome and BCR-ABL p210 oncogene is highly useful for the diagnosis assertion, as well as for the reliable evaluation of response to treatment in patients with chronic myeloid leukemia. Glivec® is an inhibitor of tyrosine kinase activity of BCR-ABL and used successfully in all phases of chronic myeloid leukemia, leading to the highest clinico-hematologic and cytogenetic response in chronic phase. Complete hematologic response had been obtained in the late chronic and accelerated phases in 18 (81.8%) patients within 1 – 2 months of the therapy with Imatinib Mesylate and proved to be superior ($p < 0.05$) to that achieved with conventional chemotherapy and IFN- α . GIPAP improved the standards of diagnosis and treatment of chronic myeloid leukemia in Republic of Moldova.