

## Rezumat

Melanomul malign este definit ca una din cele mai agresive și imprevizibile neoplasme cutanate. În Republica Moldova anual se înregistrează 70-80 de cazuri de melanom. Având o etiopatogenie cu mulți factori de risc, multiple forme anatomo-clinice, melanomul prezintă dificultăți în diagnosticul atât clinic, cât și morfologic. O importanță deosebită în aprecierea stadiului și tacticii de tratament are nivelul de invazie după Clark și grosimea tumorii după Breslow. Tratamentul chirurgical este unanim acceptat ca metodă de elecție. Criodestrucția tumorii are ca scop prevenirea răspândirii elementelor tumorale în plagă. Rezultatele radioterapiei depind foarte mult de tehnica de iradiere și de doza folosită. Chimioterapia este atât adjuvantă, cât și paliativă. Rezultate promițătoare se obțin folosind diferite metode de imunoterapie. Pronosticul vital este dificil și depinde de mulți factori, inclusiv sexul pacientului, vârsta, localizarea, aspectul macroscopic, stadiul clinic, tipul histologic, nivelul și grosimea invaziei ș.a.

## Summary

Malignant melanoma is one of the most unpredictable and aggressive neoplasm of the skin. In the Republic of Moldova 70 to 80 cases of melanoma are registered every year. Given the great number of risk factors and a multitude of clinical forms, melanoma is difficult to diagnose, both clinically and morphologically. Clark's tumor invasion level and Breslow's tumor depth are both very important for the correct appreciation of tumor stage and treatment. Surgical treatment is unanimously considered the method of election in the treatment of malignant melanoma. Cryogenic destruction of the tumor prevents tumor cell dissemination during surgery. Results of radiotherapy vary depending on the irradiation technique and dose. Chemotherapy is used both as adjuvant and palliative treatment. Different methods of immunotherapy have very promising results. Prognosis is difficult and depends on a multitude of factors, including sex, age, localization of the tumor, macroscopic form, stage, histology depth of invasion and other.

## TRATAMENTUL MELANOMULUI MALIGN: PERFORMANȚE ȘI SUCESE

**Valeriu Palade**, oncolog-chirurg, **Gheorghe Țîbîrnă**, dr. h. în medicină, academician,  
**Constantin Clim**, dr. în medicină, **Andrei Doruc**, dr. în medicină, **Anatolii Bejan**, oncolog-  
chirurg, **Rodica Mîndruța**, oncolog-chirurg, **Iulian Țurcanu**, medic rezident,  
Institutul Oncologic din Moldova

Melanomul malign este o tumoră dezvoltată din țesutul sistemului melanocitar și se întâlnește mai des pe piele ≈90%, în rest îl găsim pe ochi, anorect, vulvă și vagin, căile aerodigestive superioare. Cunoscut demult, melanomul malign a constituit obiectul a numeroase studii și cercetări și continuă să prezinte aspecte controversate de diagnostic clinic și morfologic, privind de unele particularități ale evoluției clinice, ca și indicațiile la diferite metode de tratament.

Electroexcizia tumorii este aproape unanim acceptată ca metoda cea mai aleasă în tratamentul melanomului malign. Tratamentul chirurgical include atât tumora primară, cât și metastazele, în special cele din ganglionii regionali. Excizia lărgită este modalitatea de elecție a îndepărtării tumorii. În funcție de localizarea tumorii și de alte caracteristici marja de securitate a inciziei este diferită. În funcție de nivelul de penetrare în profunzime a tumorii (nivelele Clark) sau de grosimea acesteia (Breslow) s-a decis că limita de siguranță a exciziei variază între 1 și 9 cm de la centrul tumorii primare. În aprecierea unor recomandări privitoare la limita marginilor de excizie a tumorii primare, trebuie să ținem cont de o serie de factori locali și generali. În forma clinică, numită "melanom nodular", se recomandă o mărime de siguranță maximală, deoarece virulența acestei tumori depășește

cu mult potențialul altor forme clinice. În același timp, factorii esențiali rămân totuși nivelul de penetrație propus de Clark și grosimea tumorii primare prezentată de Breslow. În funcție de grosimea tumorii melanice expuse exciziei se stabilesc trei grupe de risc. Astfel, tumorile primare mai subțiri de 0,76 mm sunt considerate cu „risc redus” și se recomandă excizia, care se poate limita la 1 cm de la marginea macroscopică a tumorii. Tumorile cu o grosime de 0,76 -1,25 mm sunt considerate “cu risc mediu” – o excizie de 3-5 cm de la marginea tumorii. Tumorile cu o grosime mai mare de 1,25 mm sunt considerate cu “risc crescut”. Pentru această grupă limita de excizie este necesar să fie cea maximă, în suprafață și profunzime, conform principiului care susține că:” un melanom este bine excizat numai atunci când plaga rămasă nu se poate sutura și este nevoie de plasticie”. Limita optimă a exciziei se poate controla folosind următoarea schemă:

– Nivelul Clark I sau hiperplazie melanocitică atipică: excizie la 1 cm de marginea tumorii primare.

– Nivelul Clark II sau III: excizie la 3-5 cm de marginea tumorii.

– Nivelul Clark III, de asemenea precum și tumori cu nivelurile Clark IV și V: excizie largă, la 5-9 cm de la marginea macroscopică a tumorii. În toate cazurile, prezența ulcerățiilor tumorale necesită o excizie mai largă de cât pentru o tumoră cu același nivel de invazie, dar cu suprafața intactă. Pentru tumorile localizate la față se consideră suficientă o mărime de siguranță de 2,5 cm, iar pentru melanoamele scalpului se recomandă o excizie de 3-6 cm de la marginea tumorii. Localizarea pe trunchi are un prognostic mai puțin favorabil, de aceea trebuie de efectuat o excizie în limite maxime, urmată de acoperirea defectului prin plasticie.

Pentru a preveni infiltrarea elementelor tumorale în țesuturile adiacente folosim metoda criogenică. Crioaplicația permite condiții de fixare momentană și de devitalizare a celulelor melanomului malign. Metodica propusă de noi de criodestrucție aplicată la 121 de pacienți cu stadiile II-III este: Pe masa de operație în limitele țesuturilor sănătoase începe criodestrucția la 2-5 cm de la marginea a tumorii cu ajutorul unui aplicator cu inele duble, formând un cerc de fixare împrejurul tumorii. După formarea zonei criocongelate împrejur, se efectuează criodestrucția melanomului de 3 ori cu expoziția de 5-8 min. la temperatura de – 180 °C. În scopul verificării morfologice a tumorii la o parte din pacienții cu tumori neulcerate s-a efectuat electroexcizia unui fragment în formă de con în toată grosimea pielii, ce includea și țesuturi sănătoase până la *cercul* de fixare. Apoi s-a realizat electroexcizia tumorii împreună cu zona congelată în afara perimetrului de fixare. Cu bisturiul electric se înlătură în bloc pielea cu tumora, țesutul adipos subcutanat și fascia până la mușchi.

Plastia defectului posttumoral s-a efectuat cu greșă pieloașă liberă. La 32 de pacienți s-a aplicat alte metode de plasticie: lambou microchirurgical, deltopectoral, cervical ș.a. La 26 de pacienți care la adresare au prezentat ganglioni limfatici regionali s-a realizat excizia funcțională a ganglionilor limfatici regionali în aceeași ședință.

Rata de supraviețuire la 5 ani este prezentată în *tabelul 1*.

*Tabelul 1*

Stadiul	Pacienți c. a.	Supraviețuirea la 5 ani c. a.	Supraviețuirea la 5 ani %
II	67	61	91
III	54	40	74

Biopsia incizională efectuată după congelarea tumorii nu a provocat diseminarea tumorii în lotul de pacienți studiați.

Datele prezentate permit includerea criodestrucției ca un element important în tratamentul chirurgical al melanomului malign.

#### **Bibliografie selectivă**

1. American Joint Commite on Cancer, *Manual for staging of cancer*.4th ed JB Lipincolt Co., Philadelphia,1992.
2. Bohler-Sommeregger K., Schuller-Petrovic S.,Neumann R., Muller E., *Cryosurgery of lentigo maligna*. Plastic&Reconstructive Surgery, 1992, Sep.

3. Davis H.S., McLeod G.R., *The surgery of primary melanoma*. Problems and practice. Med. J. Australia, 1972.
4. Doruc A., Țîbîrnă Gh., *Rolul criodestrucției în tratamentul melanomului malign*. Culegere de articole. Primul congres național de oncologie, Chișinău, 2000.
5. Elder E.D., et. al., *Optimal resection margin for cutaneous malignant melanoma*. Plast. Reconstruct. Surg., 1983.
6. Gh.Țîbîrnă, M.Gabunea, A.Doruc, *Melanomul malign cutanat: probleme epidemiologice, de diagnostic și tratament în Republica Moldova*, Congresul III național de dermatovenerologie (culegere de articole), Chișinău, 2004.
7. Green M., Clorc W.I., Turker M., *Acquired precursors to cutaneous Melanoma. The familial dysplastic nevus syndrome*. N.Engl. J. Med., 1985.
8. Meyers M., Balch C., *Diagnosis and Treatment of Metastatic cutaneous Melanoma.*, St.Louis: Quality Medical Publishing, 1998.
9. Morton L., *Surgical treatment of malignant melanoma*, Clinical Oncology, 1984.
10. Orr DJ, Hughes LE, Horgan K., *Management of malignant melanoma of head and neck*, British Journal of surgery, 1993, Aug.
11. Wilmes E., Bujia J., *Recommendations for Therapy of head and neck cutaneous melanoma*, American Journal of Otolaryngology, 1993.

### **Rezumat**

Metodele de tratament al melanomului malign prezintă multe discuții. Tratamentul chirurgical este aproape unanim recunoscut ca metodă de elecție. La IOM preoperator folosim metoda criogenică pentru prevenirea infiltrării elementelor tumorale în timpul intervenției chirurgicale. Cu metoda propusă de noi au fost tratați 121 de pacienți cu melanom al regiunii capului și gâtului, stadiile II și III.

Rezultatele tratamentului permit includerea criodestrucției ca element important în tratamentul chirurgical al melanomului malign.

### **Summary**

Treatment methods of malignant melanoma are still under discussion. Surgical treatment is almost unanimously recognized as the method of election of treatment of melanoma. At the MIO we use the cryogenic method preoperatively in order to prevent tumor cell infiltration during the intervention. This method was used in the treatment of 121 patients with stages II and III melanoma of the head and neck.

Our results permit the use of cryogenic destruction as an important element of surgical management of malignant melanoma.

## **ASPECTE CLINICE ALE TUMORILOR ANEXELOR PIELII**

**Diana Harștea**, oncolog, **Ion Mereuță**, dr. h. în medicină, prof. univ., **Victor Eftodii**, dr. h. în medicină, **Ion Dascaluic**, dr. în medicină, Institutul Oncologic din Moldova

Tumorile anexelor pielii sunt neoplazii benigne și maligne care reproduc structura anexelor pielii, adică prezintă o diferențiere sudoripară, sebacee sau pilofoliculară. În componența tumorilor cutanate, acestea reprezintă entități relativ rare cu un tablou clinic nu prea bine definit sau caracteristic. Tumorile maligne anexiale se caracterizează prin progresare locală și prin tendința spre metastazare hematogenă și limfogenă. Există numeroase divergențe cu privire la numărul, clasificarea și nomenclatura neoplaziilor ce pot fi încadrate în capitolul tumorilor anexiale. Există și o dificultate în stabilirea unei demarcații între tumorile benigne, care reproduc structura tisulară normală, și cele maligne care mai păstrează o structură organoidă sau suborganoidă. Cauzele sunt gradul de diferențiere și malignitatea tumorii.