

Rezumat

În ultimii ani în Republica Moldova se observă o tendință spre majorarea indicilor morbidității prin cancer tiroidian. Majoritatea cancerelor tiroidiene apar pe un fond pretumoral, cum ar fi adenomul folicular. Este important diagnosticul precoce al cancerului tiroidian în stadiul incipient. Ca metode diagnostice noi am folosit metoda clinică, citologia ghidată sub controlul ultrasonografiei și ultrasonografia glandei. În 87,2% cazuri diagnosticul a fost stabilit la etapa preoperatorie, ceea ce a permis selectarea și utilizarea metodelor chirurgicale adecvate: pentru adenomul folicular – rezecția glandei tiroide, iar pentru cancerul folicular incipient – rezecția glandei tiroide și a istmului.

Summary

In a last few years in the republic of Moldova is observing an increasing tendency of morbidity by thyroid cancer. Most thyroid cancers appears on pretumoral phone like follicular adenoma. Precocious diagnosis of thyroid cancer is important in incipient studies. As a diagnostic methods we have used: clinical methods, cytology guide under ultrasonography control, and ultrasonography. In 87,2% cases the diagnosis was established in preoperative stage which allow selection and utilization of adequate surgical methods: for follicular adenoma - resection thyroid gland and for incipient follicular cancer – resection thyroid gland with isthmus.

TUMORILE CRANIOORBITALE, ASPECTE CONTEMPORANE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL

Corneliu Cojocaru, cercet. științ., Institutul Oncologic din Moldova

Una din problemele importante ale oncologiei contemporane, ce necesită o apreciere specială, prezintă tumorile maligne și benigne ale regiunii orbitale, care, de obicei, nu se limitează cu afectarea orbitei, ci au o extindere în regiunile adiacente ale craniului, în sinusurile paranazale și în complexe de structuri și organe de o mare importanță vitală. Încadrarea în procesul tumoral a structurilor sus-numite provoacă dificultăți în ablația neoplaziilor situate în această regiune. Deseori bolnavii sunt lăsați în voia soartei, fiind considerați incurabili, iar dacă și sunt tratați, tratamentul adesea este incomplet, deoarece fiecare specialist (oftalmolog, neurochirurg, chirurg oromaxilofacial, otorinolaringolog) se limitează cu zona „intereselor sale proprii”. Ca rezultat, se efectuează ablații neradicale și are loc lărgirea artificială a noțiunii de „tumoare inoperabilă”.

Tumorile orbitei se mărginesc cu două regiuni care diferă prin structură și funcție: cavitatea intracraniană și regiunea facială. În prezent chirurgia orbitei face parte din compartimentul unei noi direcții chirurgicale – așa-numita chirurgia craniofacială, care se dezvoltă intens în ultimele două decenii. Apariția și evidențierea chirurgiei craniofaciale se datorează implementării în clinică a noilor metode de diagnostic – tomografia computerizată, rezonanța magnetico-nucleară – și a noilor tehnici chirurgicale, în special, a microchirurgiei.

Actul chirurgical în prezent este bazat pe cunoștințele profunde ale particularităților anatomice ale regiunii în cauză: Orbita este cavitatea osoasă în care este situat globulul ocular, are forma unei piramide patrulateră, îndreptată cu baza anterolateral și vârful posteromedial. Cavitatea orbitei este mărginită în partea mediană de osul lacrimal, placa orbitală a osului etmoidal și partea anterioară a osului sfenoidal. Peretele superior constă din partea orbitală a osului frontal și din aripa mică a osului sfenoidal. Peretele lateral este format din porțiunea frontală a osului zigomatic, apofiza zigomatică a osului frontal și din aripa mare a osului sfenoidal. Peretele inferior este format de partea orbitală a sinusului maxilar, osul zigomatic și apofiza orbitală a osului palatin. Astfel, cavitatea orbitei se mărginește în trei direcții cu sinusuri paranazale, de unde poate avea loc expansia proceselor neoplazice. Fisura orbitală superioară și cea inferioară mărginesc cu cavitatea craniană, în care, la fel, se pot extinde procesele patologice.

Cavitatea orbitei conține: globul ocular cu nervul optic și vasele sangvine și limfatice ce-l alimentează, mușchii globului ocular, țesutul celulo-adipos retrobulbar, glandele lacrimale. Deosebim formațiunile extraorbitale (pleoapele și sacul lacrimal), situate anterior de septul orbitei. Din diversitatea structurilor anatomice ale orbitei survine și diversitatea tumorilor benigne sau maligne de origini primitivă, secundară și metastatică.

În funcție de malignitate deosebim: tumori benigne, tumori maligne și formațiuni pseudotumorale. În funcție de origine: tumori intraorbitale primare, tumori intraorbitale secundare și tumori intraorbitale metastatice.

Morfopatologic distingem:

- tumori vasculare;
- tumori epiteliale;
- tumori neurogene;
- tumori mezenchimale;
- leucemii și limfoame;
- tumori limfocitare, histiocitare și plasmociatare;
- tumori ale aparatului lacrimal;
- tumori intraorbitale secundare;
- tumori intraorbitale metastatice.

Chirurgia neoplaziilor cranioorbitale în prezent constituie o problemă dificilă și puțin studiată în oncologia autohtonă.

În acest studiu au fost incluși 66 de bolnavi cu tumori ale orbitei, cu răspândire în regiunile adiacente (sinusurile paranazale, cavitatea craniană, țesuturile moi ale feței). Vârsta bolnavilor - între 1-67 de ani, dintre care: 27 de femei, 39 de bărbați. Toți pacienții au fost examinați și tratați în perioada anilor 1998 – 2005.

După grupele de vârstă bolnavii s-au repartizat în felul următor:

Tabelul 1

<i>Vârsta bolnavilor (ani)</i>	<i>Numărul bolnavilor</i>
0-15	14
16-25	6
26-35	8
36-45	10
46-55	16
56-67	12

Adiacența topografică și histogenetică comună a dezvoltării neurocraniene și viscerocraniene a capului determină posibilitatea pătrunderii reciproce a tumorilor din regiunea neurocraniană în cea viscerocraniană și invers. La aceasta contribuie și grosimea mică a oaselor scheletului facial, ce se distrug chiar și sub presiunea tumorii benigne în creștere, de asemenea și existența comunicațiilor în formă de canale osoase și orificii între cavitatea cranială și cavitatea orbitală prin care trec nervi și vase. Din această cauză, deseori determinarea localizării primare a tumorii este dificilă și numai examenul histologic al ei indică originea de creștere a tumorii.

După geneza histologică, neoplaziile craniofaciale cu creștere sau extindere în orbită s-au repartizat în felul următor:

1. Benigne - 13 bolnavi.
2. Maligne – 48 de bolnavi.
3. Leziuni pseudotumorale – 5 bolnavi.

Apartenența histologică este prezentată în *tabelul 2*.

Tabelul 2

<i>Maligne</i>		<i>Benigne</i>	
<i>Geneza histologică a tumorii</i>	<i>Numărul de bolnavi</i>	<i>Geneza histologică a tumorii</i>	<i>Numărul de bolnavi</i>
Ca pavimentos	9	Osteom	3
Ca nediferențiat	2	Hemangiom	4
Limfom Hodjkin	2	Meninigom	3
Limfom malign tip Berchet	1	Neurinom	1
Limfom Non Hodjchin	3	Fibrom cimentat	1
Cancer bazocelular	11	Angiofibrom	1
Retinoblastom	8		
Rabdomiosarcom	2		
Angiosarcom	1		
Sarcom al țes. moi	2		
Metastaze solitare în orbită	2		
Plasmocitom	1		
Cancer adenocistic	4		

Principalele simptome ale tumorilor orbitei sunt:

- exoftalmul (95–100%);
- dureri (60-71%);
- dereglările ale funcției de vedere (52–56%);
- dereglări de limitare a mobilității oculare (40-51%);
- strabism (50-58%);
- hipertenzie intraoculară (30-40%);
- dereglări neurologice din partea nervilor cranieni (II, III, IV,V,VI), în funcție de extinderea

procesului de bază;

- distrucția globului ocular, a integrității orbitei;
- edem al țesutului orbitei cu echimoză;
- simptome din cauza afectării structurilor adiacente (sinusurile paranazale, regiunea craniocerebrală).

Algoritmul de investigare a pacienților cu tumori craniofaciale a fost:

1. Investigații oftalmologice, neurologice, neurochirurgicale și otorinologice.
2. Radiografia craniului, orbitei și a sinusurilor paranazale.
3. Tomografia computerizată cu substanță de contrast, ce permite cu mai multă precizie determinarea dimensiunilor focarului neoplazic și a corelației cu țesuturile și organele adiacente.
4. Rezonanța magnetică-nucleară.
5. La necesitate s-au efectuat investigații arteriografice ale regiunii craniofaciale în cazurile dificile de diagnostic și în cazurile necesare pentru determinarea traiectului și răspândirii vaselor patologice ale tumorii.

6. Practic, la toți pacienții au fost efectuate biopsii (în cazul tumorilor epiteliale sau mezenchimale extracraniene), în cazul situării tumorii intracranian ori retroorbital diagnoza se determina pe baza investigațiilor radiologice și se confirma intraoperator.

În cadrul tratamentului au fost aplicate metode tradiționale (chirurgicale, combinate și complexe) și elaborate noi aborduri chirurgicale, ablație radicală a tumorilor orbitei.

La momentul actual alegerea abordului chirurgical depinde de un șir de factori:

1. Plasarea topografică a tumorii, luând-se în considerație divizarea cavității orbitei în:
 - I.- orbita anterioară.
 - II.- orbita posterioară, ce se împarte în:
 - a) orbita mijlocie;
 - b) porțiunea retrobulbară;

III.- canalul optic.

2. Localizarea și răspândirea procesului.
3. Corelarea cu nervii, vasele magistrale, țesuturile creierului, formațiunilor orbitei și globului ocular, mucoasei sinusurilor paranazale, nazofaringe.
4. Sursa vascularizării și rețeaua vasculară a tumorii.
5. Schimbările osoase (hiperostoz, destrucția osoasă).
6. Starea somatică a bolnavului.
7. Prezența instrumentarului special.
8. Prezența deprinderilor chirurgicale speciale.

Abordurile chirurgicale aplicate în cadrul tratamentului pacienților din lotul analizat au fost:

1. Exenterații clasice ale orbitei (după Cleoburey – Mules).
2. Rezecția totală a maxilei cu păstrarea integrității globului ocular.
3. Exenterații ale orbitei cu aplicarea crioagentului.
4. După Weber-Ferghusson și modificările lui.
5. După Moure, Huet și Aubry, cu modificări.
6. Abord combinat zigomatico-frontal (pterional) în cazul tumorilor ce afectează porțiunile laterale ale orbitei și fosa temporală.
7. Abord transfrontal clasic, unilateral sau bilateral.
8. Abord nou elaborat în cadrul studiului dat pentru tumorile limitate ale fosei orbitale, sinusului etmoidal și maxilei superioare.

Un factor important ce acționează asupra rezultatelor tratamentului tumorilor orbitei cu răspândire în sinusurile paranazale este pregătirea preoperatorie. În evaluarea stării preoperatorii a pacientului, în afară de criteriile generale, o mare însemnătate are aprecierea stării sinusurilor paranazale. În cazul invadării tumorale în cavitatea nasului și în sinusurile paranazale apar complicații specifice legate de blocarea sinusurilor paranazale de tumoare: sinusurile purulente și purulento-polipoase, mucocele piomucocele. Alte complicații ale acestor neoplazii sunt hemoragiile cauzate de destrucția țesuturilor sangvinolente, licvoria nazală din cauză distrugerii țesuturilor bazei craniului cu implicarea meningelui. În cazul complicațiilor purulente preoperator este important a efectua o cură de terapie antiinflamatorie. În cazul hemoragiilor nazale profuze este necesar, pe fon de tamponadă a nasului, de efectuat o pregătire preoperatorie pentru compensarea hemoragiei și stabilizarea stării bolnavului.

Există particularități în asigurarea anesteziologică a operațiilor în legătură cu tumorile orbitei cu răspândire spre baza craniului și sinusurile paranazale. La bolnavii cu răspândirea tumorilor în fosele infratemporală și pterigopalatină, sub arcul zigomatic sunt prezente limitări considerabile ale volumului mișcării în articulația mandibulei, ceea ce cauzează dificultăți la intubare. În așa cazuri se aplică traheostomia temporară.

De regulă, abordul și ablația tumorii sunt însoțite de hemoragii considerabile, necesită efectuarea anesteziei cu hipotonie arterială dirijată în momentele cele mai sângeroase ale operației, uneori cu ligaturarea arterei carotide pe partea afectată. În cazul etapei orbitale a operației trebuie de luat în considerație apariția reflexului oculocardial în cazul comprimării globului ocular.

În perioada postoperatorie este important a determina termenul optimal de trezire și extubare a bolnavului, deoarece în majoritatea cazurilor este imposibil a obține o hemostază absolută din sinusurile paranazale și apare riscul obturării căilor respiratorii în cazul extubării precoce.

Datele catamnezice au relevat un grad înalt (91,4%) de vindecare la bolnavii cu tumori benigne și formațiuni pseudotumorale, numai în 8,6% cazuri fiind înregistrate recidive locale în termen de până la 5 ani după tratament.

În cazul tumorilor maligne rata de supraviețuire de 3 ani (la bolnavii care au fost supravegheați în acest termen) este de 52,3%. Mai favorabilă este evoluția perioadei după tratament la bolnavii cu cancer pavimentos și cu cancer bazocelular. Evoluție nefavorabilă au avut pacienții cu cancer nediferențiat, adenochistic, angiosarcom și sarcom al țesuturilor moi. Circa 35% de bolnavi încă nu au atins termenul de 3 ani de supraveghere postoperatorie și deci rezultatele definitive vor fi prezentate ulterior.

Studiul prezentat este o tentativă de a soluționa problemele comune ale oncologiei, neurochirurgiei, oftalmochirurgiei și chirurgiei oromaxilofaciale, sugerând următoarele concluzii:

1. Majoritatea tumorilor orbitale depășesc limitele stricte de competență a unei singure discipline, soluționarea contemporană prevede o abordare pluridisciplinară.

2. Toți pacienții cu patologii cranioorbitale necesită investigații prin tomografie computerizată sau rezonanță nucleomagnetică.

3. Pregătirea preoperatorie și preanestetică la acești pacienți are anumite particularități, care necesită să fie strict respectate.

4. Chirurgia cranioorbitală implică cunoașterea detaliată a particularităților anatomice ale regiunii date și a tehnicii microchirurgicale, ce influențează direct asupra radicalismului oncologic, reabilitării funcțional-anatomice, cosmetice și social-psiho-logice a pacienților.

Bibliografie selectivă

1. Al-Mefty O., Smith R., *Tailoring the orbital approach*. Keio J. Med., 1990, 39 (4), 217-224.
2. Коновалов А.Н., *Хирургия опухолей основания черепа*. Москва, 2004г., с.211-221.
3. Ion Szabo, Bianca Szabo, *Chirurgia tumorilor orbitale posterioare*, Cluj-Napoca, 2001, p. 12-27, 47-94.
4. Nakamura Y., *Osteoplastic orbitotomy for orbital tumor surgery*, Orbit 5, 235-237 (1986).
5. Wright J.E., *Surgical exploration of the orbit*. Trans Ophthalmol. Soc. U.K. 99 238, 1979.
6. Akiyama H. et al., *Usefulness of fronto-orbito zigomatic approach for intraorbital tumor report of 31 cases*. No Shinkei Geka, 1997, Oct 25 (10) 913-3.
7. Leon G. R., Grove A. S., Lloyd W. C. et al., *Atlas of Orbital Surgery*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1992.

Rezumat

În studiul dat s-a analizat un lot de 66 de bolnavi cu tumori ale orbitei cu răspândire în regiunile adiacente (sinusurile paranasale, cavitatea craniană, țesuturile moi ale feței). O importanță majoră în diagnosticul și aprecierea tacticii de tratament, în afară de anamneză, simptomatologia clinică și radiografie, are RMN și tomografia computerizată.

Aplicarea noilor metode de tratament chirurgical (pe lângă cele clasice) a relevat un grad înalt (91,4%) de vindecare la bolnavii cu tumori benigne și formațiuni pseudotumorale. În cazul tumorilor maligne rata de supraviețuire la 3 ani a constituit 52,3%.

Summary

In this study we analyzed 66 patients with orbital tumours spreaded to adjacent regions (paranasal sinus, cranial cavity, facies soft tissues). A major importance in diagnosis and treatment tactic determination have (besides anamnestic dates, clinical symptoms and radiography) NMR and CT. New surgical treatment methods (besides classical ones) have revealed a high degree of cure (91,4%) in cases with benign tumours and pseudotumours. In cases with malignant tumours, the 3-years survival rate was 52,3%.

CEFALEEA ATRIBUITĂ NEOPLASMULUI INTRACRANIAN. SINTEZĂ

Ion Moldovanu, dr. h. în medicină, prof. univ., **Stela Odobescu**, dr. în medicină, **Victor Vovc**, dr. h. în medicină, prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”,
Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Tumorile cerebrale constituie o cauză rară (mai puțin de 5%) a cefaleei. Ca manifestare izolată, cefaleea se întâlnește în mai puțin de 2% din cazuri și doar 0,5% din cefaleele cronice sunt condiționate de un neoplasm.