

În limfomul non-Hodjkin are loc mutația ADN în unul dintre limfocite, ceea ce duce la formarea unui număr mare de limfocite anormale, care se unesc în mase tumorale. Incidența limfoamelor non-Hodjkin: ocupă locul trei în patologia oncologică a copilului. Frecvența la copil în vârstă de până la 15 ani constituie 1:700-750. Morbiditatea maximă se înregistrează la copiii de la 3 până la 9 ani și se întâlnește foarte rar la copiii în vârstă de până la 3 ani. Mai frecvent sunt afectați băieții.

La copii limfomul non-Hodjkin are următoarele particularități:

1. se dezvoltă din celule cu un grad de diferențiere mai mare – predecesorii T și B-limfocitelor, ca rezultat 95% din cazuri sunt variante cu grad înalt de malignizare, cu structura histologică difuză;
2. generalizarea rapidă și precoce cu implicarea SNC, a măduvii osoase;
3. predominarea localizării extranodulare (pielea, splina, tractul digestiv, plămâni) – în 25% de cazuri;
4. creșterea foarte rapidă;
5. creșterea difuză;
6. manifestările clinice sunt polimorfe.

**În concluzie:** am prezentat această observație pentru probleme de diagnostic și tratament și pentru a evita erorile de diagnostic.

#### Bibliografie selectivă

1. Дурнов Л.А., Голдобенко Г. В., *Детская онкология*, Москва, 2002, стр. 540.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., *Детская хирургия*, Санкт-Петербург, 1999, V. 3, стр. 364.

#### Rezumat

Este prezentată observația clinică a unui bolnav cu semne clinice și radiologice de ocluzie intestinală cronică recidivantă. Ecografia abdominală a evidențiat tumoră la nivelul joncțiunii ileo-cecale. Tumora a fost extirpată prin rezecția regiunii ileo-cecale și rezecția cuneiformă a mezoului. Se discută dificultatea diagnosticului precoce. După înlăturarea tumorii de tip limfom o prezentăm pentru discutarea problemelor de diagnostic și tratament.

#### Summary

Clinical examination of one patient with clinical and radiographic signs of chronic intestinal recurrent obstruction is presented. Abdominal ultrasound has shown tumor presence at iliac connections level. The tumor has been removed with the help of iliac area resection and wedge-shaped mesoileum resection. The difficulty of preliminary diagnosis is discussed.

## CAZ CLINIC DE NEFROBLASTOM LA COPIL

**Eva Gudumac**, dr. în medicină, prof. univ., academician, Om emerit, **Larisa Rusu**, șefa secției Oncopediatrie, **Irina Livșiț**, medic chirurg-pediatru, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, USMF „Nicolae Testemițanu”

**Prezentare de caz clinic.** Bolnava S. de 4 ani, internată cu acuze de dureri abdominale, grețuri. Vome n-au fost înregistrate. Din datele anamnestice este cunoscut că la vârsta de 2 ani s-a constatat mărirea în dimensiuni a abdomenului, însoțită de dureri. Clinic a fost depistată o formațiune tumorală majoră în cavitatea abdominală.

Ecografia abdominală (*fig. 1*) relevă o hepatomegalie globală, schimbări difuze simetrice în parenchimul hepatic, o formațiune solidă cu localizare în lobul drept S5, S6, S7 cu diametrul de 10x10 cm și structură neomogenă, bine delimitată. S-a evidențiat o colecție lichidiană ascitică scundă, hipertensiune portală cu caracter compensiv, tendința spre splenomegalie, rinichiul drept nu se vizualiza.

Examenul de laborator:  $\alpha$ -fetoproteina 82,2.

Cu diagnosticul de tumoră a ficatului copilul a fost spitalizat la Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, unde a fost supus intervenției chirurgicale: laparotomia transrectală pe dreapta, înlăturarea unei mase tumorale de 4 kg din cavitatea abdominală, ganglioni limfatici retroperitoneali măriți.

Examenul histologic a confirmat diagnosticul de nefroblastom. Postoperator copilul a urmat două cure de chimioterapie conform schemei: Vincristină – 0,75 mg la 1, 8, 15 zile; Dactinomycină – 500 gr în prima zi; Adriamicină – 20 mg în ziua a 15-a.

După 4 luni postoperator examenul ecografic a determinat în proiecția rinichiului drept o formațiune tumorală solidă de 10,5x7,4 cm (fig. 2).

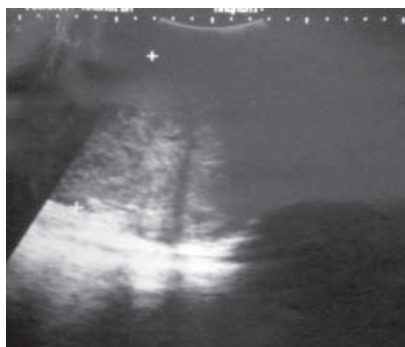


Fig.1. USG primară

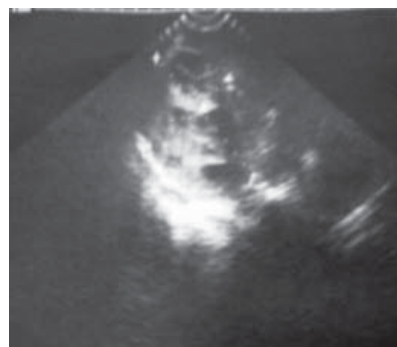


Fig.2. USG repetată peste 4 luni postoperator

Peste 4 luni copilul a suportat a doua intervenție chirurgicală – lumbotomie pe dreapta cu înlăturarea rinichiului drept cu tumoră. Histologic a fost stabilit diagnosticul de nefroblastom al rinichiului pe dreapta T4N1Mx. Postoperator copilul a suportat trei cure de chimioterapie după următoarea schemă: Vincristină – 0,75 mg la 1, 8, 15 zile; Dactinomycină – 500 gr în prima zi; Doxorubicină – 20 mg la 15 zile, apoi încă timp de 30 de zile a fost administrată  $\gamma$ -terapia DS-36 Gy. Ulterior s-au administrat încă trei cure de chimioterapie: Vincristină – 0,75 mg la 1, 8, 15 zile; Dactinomycină – 500 gr în prima zi; Doxorubicină – 20 mg 15 zile, după care examenul ultrasonografic a relevat lipsa patologiei și a datelor care ar confirma prezența metastazelor.

La vârsta de 4 ani copilul a fost examinat repetat clinic și paraclinic. Temperatura – 36,4°C; pulsul – 110 pe min; respirația – 20 respirații pe min.

La **ultrasonografia organelor cavității abdominale**: ficatul lobul drept 98 mm., lobul stâng 37 mm., contur regulat, parenchimul omogen, ecogenitatea medie; vena portă 5 mm.; vezica biliară se depistează; pancreasul se vizualizează rău; multe gaze; splina 73 mm.; rinichiul drept absent, rinichiul stâng 85x29 mm, parenchimul pe stânga 10 mm, bazinele pe stânga 6-7 mm. În abdomen se vizualizează o formațiune cu contur clar, ecogenitatea crescută, cu dimensiuni 140x91 mm.

La **FGDS** tractul digestiv superior fără patologie endoscopică. Hemograma: hemoglobină – 111 g/l, eritrocite – 3,4; hematocrit – 0,94; trombocite – 240; leucocite – 7,41; nesegmentate – 4; segmentate – 60; eozinofile – 4; limfocite – 28; monocite – 4; VSH – 15. **Grupa de sânge A(II), Rh-factor (+) pozitiv. Biochimia sângelui**: proteina totală – 74 gr/l; protrombina – 88%; fibrinogen – 2,7 mg/l; bilirubina 8,9-0-8,9; ALT – 0,08; AST – 0,23.



Fig. 3. Tomografie computerizată

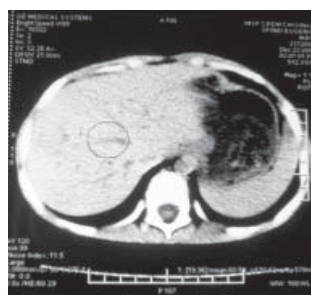


Fig. 4. Tomografie computerizată

Tomografia computerizată (*fig. 3, fig. 4*): ficatul cu dimensiuni obișnuite, densitatea țesutului +60 UM (N 50-70), structura omogenă a parenchimului; vezica biliară comprimată postaliment; pancreas: capul 20, corp 12, coada 17; rinichiul se vizualizează pe stânga ușor mărit în dimensiuni; suprarenalele cu dimensiuni și forma obișnuită pe stânga; splina obișnuită. În cavitatea abdominală se evidențiază o formațiune de volum gigantic 125x67, cu structură neomogenă, densitatea 31 UM, ce se extinde în bazinul mic. Concluzie: formațiune gigantică a cavității abdominale și bazinului mic. Agenezia rinichiului drept. Semne de pancreatită.

S-a intervenit chirurgical – laparotomia mediană superioară cu înlăturarea a trei tumori intraperitoneale cu o greutate de 3 kg (o formațiune „gigantică” cu dimensiunile 15x12x10 cm (*fig. 5*) și suprafața neregulată, lobulară (*fig. 8*), de culoare vișinie-închisă, acoperită cu o capsulă subțire surie, ce se traumează ușor și sângerează (*fig. 7*) și 2 formațiuni de dimensiuni mai mici), adezeoliză, apendicectomie, drenarea cavității abdominale.

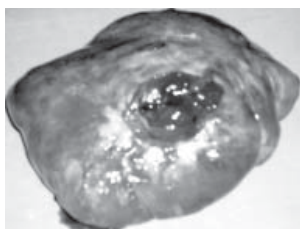


*Fig. 5.* Formațiune luxată în plaga operatorie

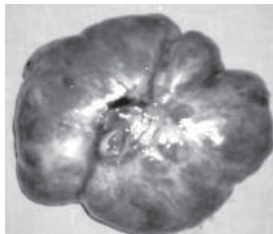


*Fig. 6.* Formațiunea cu un pedicul

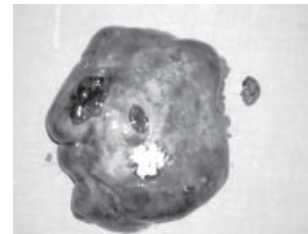
Formațiunea cu un pedicul (*fig. 6*) cu o lungime de aproximativ 7 cm și lățime de 2 cm este fixată de peretele abdominal posterior. Formațiunea nu concreștea și nu adera la organele interne învecinate. Formațiunea a fost înlăturată după suturarea și ligaturarea pediculului la nivelul parietal. În cavitatea pelviană pe stânga au fost depistate și înlăturate 2 formațiuni asemănătoare (*fig. 9*), aproximativ 3x2 cm. La explorarea cavității peritoneale s-a constatat prezența unui proces aderențial intraperitoneal avansat. Cu mari greutateți tehnice intestinul a fost eliberat pe tot parcursul. Peretele intestinului edemat, tumefiat cu stază sanguină și limfatică. S-a efectuat rezecția subtotală a omentului modificat și aderat la intestin. A fost efectuat lavajul cu Sol. Acid aminocapronic 100 ml și drenarea cavității abdominale.



*Fig. 7.* Formațiunea abdominală



*Fig. 8.* Formațiunea abdominală, partea pediculară

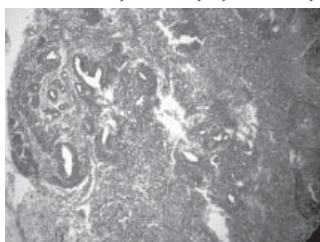


*Fig. 9.* Formațiunea abdominală și a bazinului mic

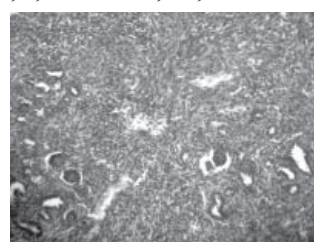
Intraoperator: pulsul – 89 bătăi pe min.; TA – 100/80.

Postoperator indicii de laborator prezentau: hemoglobină – 82 g/l; eritrocite – 2,5; hematocrit – 0,23; leucocite – 5,8; nesegmentate – 4; segmentate – 74; eozinofile – 0; limfocite – 18; monocite – 4; VSH – 42.

La etape: hemoglobină – 108 g/l; eritrocite – 3,5; hematocrit – 0,32; proteina generală – 62 g/l; ureea – 2,4; bilirubină 6,0-0-6,0; K – 3,36; Na – 1,35; Ca – 2,5; ALT – 0,32; AST – 0,24.



*Fig. 10 a.* Tablou histologic



*Fig. 10 b.* Tablou histologic

Examenul histologic indică o formațiune tumorală de 15x13x5,5 cm cu suprafață lucioasă, cu consistență moale, elastică, de culoare pestriță (zone surii alternează cu zone roșii întunecate (*fig. 10a, fig. 10b*)). Pe secțiune formațiunea tumorală este reprezentată de un chist, grosimea peretelui 0,5-1,5 cm, în cavitatea căruia se evidențiază mase conopideforme, de pe suprafață mare, care au o culoare roz-pală și aspect granulos, pe secțiune – aspect gelatinos. Fragmente de oment de forma neregulată cu hemoragii, fără infiltrații tumorale macroscopic vizibile. În oment sunt prezente vase congestionate în asociere cu infiltrate inflamatorii limfo-leico-histiocitare repartizate preponderent perivascular și foliculi limfatici solitari.

**Concluzie histologică:** Nefroblastom (tumora Wilms). Implantate tumorale în mezou și epiploan nu au fost găsite.

Peste 10 zile postoperator la ultrasonografia organelor cavității abdominale formațiuni și acumulări de lichid nu s-au depistat.

Copilul a fost transferat în a 10-a zi postoperator în Institutul Oncologic, în secția de oncopediatrie pentru tratament chimeoterapic și radioterapic.

**În concluzie:** copilul va fi evaluat la distanță.

**Discuții.** Nefroblastomul (tumora Wilms; sinonime: adenomiosarcom, adenomiocistosarcom, adenosarcom renal, tumora Birt-Hirchfeld, nefrom, nefrom embrional) se dezvoltă din parenchimul renal cu creștere metanefrotică. Este o tumoră cu caracter invadant. Din punct de vedere histologic se dezvoltă din țesutul vestigial embrionar, fiind o tumoră a blastemului renal. Este o tumoră embrionară mixtă, deoarece conține elemente embrionare epiteliale (carcinomatoase) și conjunctive (sarcomatoase), fiind de fapt un sarcomsarcom. Incidența este de 7,8 cazuri la 1 mln. copii în vârstă de până la 14 ani. În 5% din cazuri tumora afectează ambii rinichi. În circa 75% cazuri apare sub vârsta de 5 ani, rar – peste 10 ani, când este mai frecvent hipernefrom. Tumora are un caracter înnăscut. De regulă, se asociază cu malformații ale tractului urinar: hipospadias, duplicație ureterală, rinichi în podcoavă, ectopie testiculară sau alte tipuri de anomalii, cum sunt cataracta, viciul cardiac etc.

Conform protocolului *National Wilms' Tumor Study (NWTs)*, s-a constatat raportul afectării după sex băieți: fete = 1:1,1-1,2 cu o predominare ușoară a fetelor. Vârsta stabilirii diagnosticului la copii de sex masculin este de regulă 3 ani și 2 săptămâni, la copii de sex feminin – 3 ani, 6 luni și 2 săptămâni. La 25% din copii sub 2 ani se întâlnesc metastaze în plămâni, ficat. Frecvența lor crește la 50-60% peste vârsta de 2 ani.

Factorii de risc al nașterii copilului cu nefroblastom înnăscut sunt:

– vârsta mamei peste 30 de ani (cu cât vârsta mamei este mai mare, cu atât crește riscul nașterii copilului cu nefroblastom înnăscut),

– activități în întreprinderi cu substanțe chimice, iradiere etc.

Tipurile nefroblastomului:

1. Cu evoluție benignă (informale): multichistice, tubulare, fibroadenomatoase;

2. Cu evoluție malignă – tumorile cu focare multiple de celule atipice (anaplazie), sarcomul cu celule palide și forma rabdoidă.

*Examenul clinic:*

- primul semn de boală este apariția unei formațiuni tumorale abdominale palpabile, cu mărirea de volum al abdomenului, contact lombar, suprafața boselată, dură, care ocupă flancul, uneori fosa ileacă, dar nu depășește linia mediană. Tumora este nedureroasă și se dezvoltă anterior, având o creștere rapidă;

- hematurie prezentă în 15% din cazuri;

- febra prelungită (explicată prin necroze intratumorale sau metastaze);

- paloare;

- dureri abdominale recidivante;

- anorexie;

- uneori hipertensiune arterială ca rezultat al compresiei pe artera renală și ischemie;

- tulburări digestive.

*Examenul de laborator:*

- anemie;

- hiperleucocitoză;
- VSH crescută.

*Examenu imagistic:*

- ecografia, radiografia abdominală arată o masă tumorală localizată în loja renală, care deplasează intestinul;
- urografia i/vezicală evidențiază deplasarea și deformarea bazinetului renal, extensiv spre vena cavă.

Nefrectomia este primul gest chirurgical. Schemele actuale de tratament recomandă combinarea tratamentului chirurgical cu cel radiologic și chimioterapie.

*Prognostic.* Terapia multimodală în tumora Wilms a permis supraviețuirea în 70-90% de cazuri. Prognosticul este mai bun la vârsta mai mică.

#### Bibliografie selectivă

1. Дурнов Л.А., Г. В.Голдобенко Г. В., *Детская онкология*, Москва, 2002, стр. 540.
2. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М., *Детская хирургия*, Санкт-Петербург, 1999, V. 2, стр. 364.

#### Rezumat

În acest articol este prezentată observația clinică a unui bolnav cu evoluție agresivă a nefroblastomului, care are loc după terapie, care constă din înlăturarea tumorii, chimioterapie și radioterapie. După tratament a fost constatată metastazarea în cavitatea abdominală. Noi prezentăm acest caz clinic după înlăturarea metastazelor.

#### Summary

This article is presented clinical observation of a patient with aggressive development of nefroblastoma that occurs after therapy consisting of removal of tumor, chemotherapy and radiotherapy. This case is presented after tumor metastasis extraction.

## ALGORITM DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL DEFORMITĂȚII DE VARUS AL GAMBEI LA COPIL

**Petru Moroz**, dr. h. în medicină, prof. univ., **Leo Stati**, dr. în medicină,  
USMF „Nicolae Testemițanu”

**Introducere.** Problema înlăturării deformațiilor membrilor inferioare rămâne una dintre cele mai actuale în practica ortopedică. Deformațiile membrilor inferioare ocupă primul loc printre toate deformațiile scheletului și constituie 43,7%, dintre care deformației axiale îi revin 20,7% [6].

Dereglarea relațiilor axiale dintre extremități este provocată de cauze multiple, mai frecvente fiind: anomaliile congenitale, bolile ereditare, dereglările metabolice, precum și traumele și urmările proceselor inflamatorii, displastice, tumorale [2, 5].

Schimbările anatomice și funcționale complicate acționează asupra biomecanicii, provocând dereglări de statică, cinematică ale aparatului locomotor, schimbă mersul, funcția articulațiilor învecinate, duc la scurtarea membrului. Aceste schimbări provoacă o suferință morală copilului și sunt cauzele principale ale artrozei la maturi [1, 4].

**Material și metode.** Pe parcursul anilor 1990-2008 în secția de ortopedie și traumatologie a ICȘOSMșiC au fost tratați chirurgical 137 de copii cu deformitate de varus al gambei (201 gambe). Deformitatea de varus al gambei provoacă dereglări de formă, de funcție, influențează negativ asupra dezvoltării copilului, mai ales asupra sferei psihologice. Deformitatea poate fi întâlnită la diferite vârste ale copilului, la ambele sexe, la diferite nivele ale segmentelor. În urma cercetărilor întreprinse noi am repartizat cazurile supuse intervențiilor chirurgicale în câteva grupe:

- Displazie fizară locală (maladia Blount) – 59 copii (89 gambe);
- Acondroplazie – 5 copii (10 gambe);
- Pseudoacondroplazie – 9 copii (18 gambe);
- Hipocondroplazie – 3 copii (5 gambe);