

26. Takao H., Ohtomo K. *Balloon-occluded retrograde transvenous obliteration of gastric varices using three-dimensional rotational angiography*. Br J Radiol. 2009; 82(975): e55-7.
27. Punamiya S.J. *Interventional radiology in the management of portal hypertension*. Indian J Radiol Imaging. 2008; 18(3): 249-55.
28. Yoshida T., Harada T., Shigemitsu T., Takeo Y., Miyazaki S., Okita K. *Endoscopic management of gastric varices using a detachable snare and simultaneous endoscopic sclerotherapy and O-ring ligation*. J Gastroenterol Hepatol. 1999; 14(7): 730-5.
29. Saftoiu A., Rogoveanu I., Cazacu S., Neagoe D., Ciurea P., Ciurea T. *Gastric variceal band ligation in two patients with left-sided portal hypertension*. Rom J Gastroenterol 2001; 10(1): 47-53.
30. Consolo P., Luigiano C., Giacobbe G., Scaffidi M.G., Pellicano R., Familiari L. *Cyanoacrylate glue in the management of gastric varices*. Minerva Med. 2009; 100(1): 115-21.
31. Han H.S., Yi N.J., Kim Y.W., Fleischer G.D. *New operative method for fundal variceal bleeding: fundectomy with periesophagogastric devascularization*. World J Surg. 2004; 28(4): 406-10.
32. Lee J.H., Han H.S., Kim H.A., Koo M.Y. *Long-term results of fundectomy and periesophagogastric devascularization in patients with gastric fundal variceal bleeding*. World J Surg. 2009; 33(10): 2144-9.
33. Loftus J.P., Nagorney D.M., Ilstrup D., Kunselman A.R. *Sinistral portal hypertension. Splenectomy or expectant management*. Ann Surg. 1993; 217(1): 35-40.

Rezumat

Hipertensiunea portală stângă este un sindrom rar, care se poate manifesta prin varicele gastrice izolate cu hemoragii potențial fatale. Etiologia cea mai frecventă este prezentată de patologia pancreasului. Hipertensiunea portală stângă trebuie suspectată în toate cazurile de hemoragie digestivă superioară la un pacient cu funcție hepatică neafectată și splenomegalie. Uneori diagnosticul este dificil de a fi determinat, atât endoscopic cât și radiologic. În cazurile manifestate prin hemoragie din varicele gastrice splenectomia este metoda de elecție, în același timp nu există o metodă de tratament unanim acceptată pentru cazurile asimptomatice. Pronosticul pacienților cu hipertensiune portală stângă depinde de cauza primară a acesteia.

Summary

Left-sided portal hypertension is a rare clinical syndrome which may lead to potentially fatal hemorrhage from isolated gastric varices. The most common etiology is the pancreatic disease. Left-sided portal hypertension must be considered in all the patients with gastrointestinal bleeding, normal liver function and unexplained splenomegaly. The diagnosis may be difficult to be established both endoscopically and radiologically. While splenectomy is the treatment of choice for cases complicated by gastric variceal bleeding, there is no consensus on the treatment of asymptomatic cases. The prognosis of left-sided portal hypertension mainly depends on the underlying disease.

ANALIZA CORELAȚIEI MANIFESTĂRILOR CLINICE ÎN DEPENDENȚĂ DE VOLUMUL HEMOPERITONEULUI LA PACIENȚII CU HEMORAGIE INTRAABDOMINALĂ CAUZATĂ DE TRAUMATISMUL HEPATIC ȘI/SAU SPLENIC

Gheorghe Ghidirim¹, dr. hab. în medicină, prof. univ.,

Eugeniu Beschieru², dr. în medicină, cerc. șt. superior,

Sergiu Berliba¹, dr. în medicină, conf. univ.

USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Chirurgie nr.1 „N. Anestiadi”¹,

Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară²

Actualitatea temei. În Republica Moldova cota traumatismelor înregistrează 4946,3 la 100 mii populație, iar în structura deceselor ele se situează stabil pe locul 3, în rând cu afecțiunile sistemului cardiovascular și tumorile [2]. Abdomenul expune traumatismelor cca 18 % din suprafața corporală [1] și corespunde frecvenței leziunilor lui – 11-20% din totalul traumatizațiilor [11].

Hemoragiile intraabdominale și șocul hipovolemic ireversibil sunt cauza principală a mortalității sporite în traumatismele abdominale. De aceea, evaluarea unui pacient cu traumatism abdominal trebuie făcută în contextul întregului tablou lezional, cu ierarhizarea concomitentă a gravității leziunilor [8].

Experiența căpătată de-a lungul anilor a mai scos la iveală unele fenomene negative în tratamentul pacienților cu hemoragie internă: dintre laparatomii având ca indicație hemoperitoneul, în 50-80 % din cazuri în timpul operației n-au fost depistate hemoragii active intraabdominale [6, 7]. În legătură cu aceasta, au apărut păreri, că hemoperitoneul în volum de până la 500 ml nu servește indicație către laparotomie [3, 5]. Însăși tactica tratamentului prin laparotomie sau metode conservatoare de tratament fiind determinată de indicii hemodinamicii și nu de volumul hemoperitoneului [5].

Dat fiind faptul că în ultimii ani tactica medico-chirurgicală în traumatismele abdominale însoțite de hemoragii interne s-a schimbat în favoarea conduitei conservatoare și miniinvazive, stabilirea diagnosticului de hemoragie intraabdominală nu este suficient. Este necesar de stabilit gradul leziunii organului parenchimos, volumul și activitatea hemoragiei, leziunile concomitente și asociate precum și datele privind stabilitatea hemodinamică și răspunsul la terapia antișoc. Triaajul pacienților conform indicilor hemodinamici stă la baza algoritmului diagnostic-curativ la pacienții cu leziuni intraabdominale însoțite de hemoragie internă.

Scopul. Analiza corelației manifestărilor clinice în dependență de volumul hemoperitoneului la pacienții cu hemoragie intraabdominală cauzată de traumatismul hepatic sau/și splenic.

Material și metode. Au fost supuși studiului 385 de pacienți care prezentau tabloul clinic de hemoragie intraabdominală traumatică. S-a constatat că 163 (42,34%) taumatizați au avut un volum al hemoperitoneului de până la 500 ml, 115 (29,87%) – până la 1000 ml, 48 (12,47%) – până la 1500 ml, 35 (9,09%) – până la 2000 ml și mai mult de 2000 ml au prezentat 24 (6,23%) din pacienți (tabelul 1).

Tabelul 1

Repartizarea pacienților conform volumului hemoperitoneului

Nr.	V (ml)		Până la 500 ml		Până la 1000 ml		Până la 1500 ml		Până la 2000 ml		Mai mult de 2000 ml		Total	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Nr. pacienților	163	42,34	115	29,87	48	12,47	35	9,09	24	6,23	385	100		

Acești pacienți au fost examinați clinic prin determinarea indicilor hemodinamicii (măsurarea tensiunii arteriale și a pulsului) (tabelele 2, 3), precum și a semnelor locale ale hemoragiei interne (determinarea localizării și intensității durerilor abdominale (tabelele 4, 5), de asemenea și stabilirea prezenței semnelor peritoneale (tabelul 6).

Tabelul 2

Dependența valorii tensiunii arteriale sistolice de volumul hemoperitoneului

T/A (mm Hg)	V (ml)		Până la 500 ml		Până la 1000 ml		Până la 1500 ml		Până la 2000 ml		Mai mult de 2000 ml	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Până la 120	100	61,35	58	50,43	25	52,08	14	40	3	12,50		
Până la 100	43	26,38	36	31,30	12	25	10	28,57	5	20,83		
Până la 80	12	7,36	7	6,09	7	14,58	4	11,43	3	12,50		
Mai mică de 79 mm Hg	8	4,91	11	9,57	4	8,33	7	20	11	45,83		
Nu se determină	-	-	3	2,61	-	-	-	-	2	8,34		
Total	163	100	115	100	48	100	35	100	24	100		

Conform datelor noastre 306 (79,48%) pacienți au fost hemodinamic stabili, tensiunea sistolică fiind mai mare de 100 mm Hg. În 5 (1,3%) cazuri tensiunea arterială sistolică nu se determină (tabelul 2).

Tahicardie mai mare de 100 b/min. s-a determinat la 90 (23,38%) din pacienți. La 12 (3,12%) pacienți pulsul la arterele periferice nu se determină (tabelul 3).

Tabelul 3

Dependența frecvenței pulsului de volumul hemoperitoneului

V (ml) Ps. b/min	Până la 500 ml		Până la 1000 ml		Până la 1500 ml		Până la 2000 ml		Mai mult de 2000 ml	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Până la 100	137	84,05	91	79,13	34	70,83	22	62,86	11	45,83
Până la 120	18	11,04	16	13,91	11	22,92	10	28,57	8	33,33
120 și mai mult	6	3,68	3	2,61	2	4,17	2	5,71	2	8,33
Nu se determină	2	1,23	5	4,35	1	2,08	1	2,85	3	12,5
Total	163	100	115	100	48	100	35	100	24	100

Conform datelor tabelului nr. 4, observăm ponderea înaltă a localizării durerilor abdominale în ambele hipocondrii (stâng – 22,1%) și, respectiv (drept – 17,14%). În 52 (13,5%) cazuri pacienții au prezentat dureri în epigastru, iar în 69 (17,92%) – durerile aveau localizare difuză.

Tabelul 4

Localizarea durerilor abdominale în dependență de volumul hemoperitoneului

V (ml) Nr.	Până la 500 ml		Până la 1000 ml		Până la 1500 ml		Până la 2000 ml		Mai mult de 2000 ml	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Durerile abdominale										
Dureri în epigastru	21	12,88	13	11,30	5	10,42	8	22,86	1	4,17
Hipocondriul drept	46	28,22	16	13,91	0	0	4	11,43	0	0
Hipocondriul stâng	39	23,93	34	29,57	14	29,16	10	28,57	4	16,67
Mezogastru	8	4,91	4	3,48	1	2,08	0	0	0	0
Flancul drept	9	5,52	9	7,83	0	0	1	2,86	0	0
Flancul stâng	6	3,68	8	6,96	14	29,16	4	11,43	1	4,17
Difuz pe tot abdomenul	22	13,5	21	18,26	9	18,75	7	20	10	41,67
Pacientul fără cunoștință	12	7,36	10	8,7	5	10,42	1	2,86	8	33,33
Total	163	100	115	100	48	100	35	100	24	100

Majoritatea traumatizaților (60%) acuzau dureri abdominale de intensitate moderată. Dureri pronunțate aveau numai 95 (24,68%) din pacienți, iar 59 (15,32%) din traumatizați în fond nu prezentau dureri abdominale (tabelul 5).

Tabelul 5

Dependența intensității durerilor abdominale de volumul hemoperitoneului

V (ml) Nr.	Până la 500 ml		Până la 1000 ml		Până la 1500 ml		Până la 2000 ml		Mai mult de 2000 ml	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Dureri pronunțate	25	15,34	31	26,96	20	41,67	12	34,29	7	29,17
Moderate	115	70,55	68	59,13	21	43,75	17	48,57	10	41,67
Dureri lipsesc	23	14,11	16	13,91	7	14,58	6	17,14	7	29,17
Total	163	100	115	100	48	100	35	100	24	100

Examenul obiectiv ne denotă prezența certă a semnelor peritoneale în 23,11 % cazuri. La 210 (54,54%) pacienți semnele peritoneale au fost negative.

Tabelul 6

Dependența semnelor peritoneale de volumul hemoperitoneului

V (ml) Nr.	Până la 500 ml		Până la 1000 ml		Până la 1500 ml		Până la 2000 ml		Mai mult de 2000 ml	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
Positive	58	35,58	55	47,83	25	52,09	26	74,29	11	45,84
Negative	105	64,42	60	52,17	23	47,91	9	25,71	13	54,16
Total	163	100	115	100	48	100	35	100	24	100

Rezultate. Există o dependență strictă între datele hemodinamicii și volumul sângelui revărsat în cavitatea peritoneală. Posibilitățile organismului de a menține tensiunea arterială în limitele normei fiziologice se estimează la un volum al hemoperitoneului de până la 1500 ml. Astfel 52,08% din pacienți cu o pierdere prin sângerare intraabdominală își mențin tensiunea arterială la limita de 120 mm Hg, iar 77 % din pacienți prezintă o tensiune arterială mai mare de 100 mm Hg. Dacă volumul hemoperitoneului crește până la 2000 ml și mai mult instabilitatea hemodinamică se instalează la 60% – 88% din pacienți (tabelul 2).

Limita critică de 1500 ml al hemoperitoneului se trasează și în frecvența pulsului pacienților cu hemoragie internă. Astfel 70,83% din pacienții la care s-a depistat intraoperator un volum de până la 1500 ml de sânge aveau pulsul până la 100 b/min (tabelul 3). Conform datelor tabelului nr.3, observăm o dependență direct proporțională a sporirii frecvenței pulsului odată cu mărirea volumului de sânge revărsat în cavitatea peritoneală.

Examenul obiectiv ne demonstrează creșterea frecvenței sindromului algic abdominal odată cu mărirea volumului hemoperitoneului până la 1500 ml, după care intensitatea durerilor începe să scadă (tabelul 5).

Nu s-a depistat o dependență statistic veridică între localizarea durerilor și volumul hemoperitoneului. Cert este că, într-un hemoperitoneu masiv de peste 2000 ml durerile devin difuze pe tot abdomenul (41,67%) sau pacientul în general nu prezintă dureri (33,33%) din cauza că apar dereglări de cunoștință (tabelul 4).

Frecvența semnelor peritoneale în cadrul examenului obiectiv de asemenea crește odată cu mărirea volumului hemoperitoneului. Astfel, semnele peritoneale pozitive într-un volum al hemoperitoneului de până la 1000 ml se determină în 47,83% cazuri, într-un volum de până la 1500 ml – în 52,08% cazuri, iar într-un volum de până la 2000 ml – frecvența semnelor peritoneale crește până la 74,28% cazuri.

Discuții. Datele din literatură și experiența proprie ne permite să constatăm că tabloul clinic al traumatismelor abdominale cu implicarea ficatului sau/și splinei constă din 3 grupe de sindroame: sindromul algic, sindromul hemoragiei interne și sindromul de iritare peritoneală.

Sindromul algic prin faptul că este cel mai constant și prin formele sale de manifestare (localizare, intensitate, iradiere etc.) este cel mai important sindrom. În traumatismele asociate, în dereglările de cunoștință, stările de șoc, stările de ebrietate, acest sindrom pierde mult din valoarea sa informativ-diagnostică. Durerile din hipocondriul drept, deși sunt mai frecvente, nu poartă caracter patognomonic. În șoc și hemoragii masive intensitatea durerilor scade brusc [15].

Sindromul hemoragiei interne are o mare valoare diagnostică și constă din două grupe de semne: generale și locale.

Semnele generale ale unei hemoragii interne sunt manifestate prin acuze de slăbiciune generală, cefalee, vertijuri; scotoame, senzație de frig, frisoane, dispnee și, foarte important – uscăciune în gură și senzație de sete. Unul din semnele generale certe ale hemoragiilor intraabdominale, încă din secolele trecute, erau considerate modificările hemodinamicii și anume bradicardia cu T/A ridicată în perioada imediat posttraumatică, urmată ulterior de tahicardie și prăbușirea T/A [17, 18].

Cercetările efectuate în acest domeniu au constatat că modificările hemodinamicii depind de: debitul sângerării; volumul sângelui pierdut, de durata sângerării și de capacitatea organismului de a răspunde la hemoragie [4]. Pentru hemoragii, conform părerilor autorului caracteristic este: pulsul frecvent (> 100 b/min.) mic, depresibil; T/A < 100 mm Hg, iar când T/A sistolică atinge 60 mm Hg, și cea diastolică devine imperceptibilă, apare colapsul, care poate ajunge la stop cardio-respirator [4].

Totuși, în ce privește informativitatea modificărilor hemodinamicii, părerile autorilor nu sunt unanime. Spre exemplu, A.I. Gorbașco (1982) susține, că valorile T/A nu reflectă întotdeauna volumul sângelui pierdut, mai informativă fiind frecvența pulsului [10]. Alte surse susțin că și frecvența pulsului diferă de la caz la caz și valoarea informativă capătă doar monitorizarea lui [4]. În cazul politraumatismelor severe, semnele leziunilor organelor intraabdominale pot lipsi sau pot fi denaturate, și viceversa, poate fi prezentă simptomatologia abdomenului acut chirurgical, în lipsa leziunilor organice intraabdominale [9, 16]. Deși au o pierdere sangvină importantă, șocul la politraumatizați poate evolua cu bradicardie și cu valori relativ înalte ale T/A [13].

Mai categoric în această privință se exprimă A. Ziliber (1999), în opinia căruia valorile hemodinamicii în hemoragii nu posedă o informativitate înaltă. După autor, T/A poate fi în limitele normei într-o hipovolemie destul de pronunțată (într-un arteriolospasm compensator sau medicamentos) și poate fi joasă într-o normovolemie (în blocada ganglionară) [12]. Semnele obiective generale ale hemoragiei sunt: paliditatea tegumentelor cu diferit grad de manifestare până la acrocianoză, piele rece, umedă și lipicioasă, cu venele colabate [4].

Semnele de iritație peritoneală în viziunea noastră se bazează pe comportarea pacientului la diferite variante ale durerilor la palparea sau percuția abdomenului. În literatură sunt descrise mai multe semne, însă cea mai mare informativitate diagnostică o are semnul Blumberg. Mai sunt descrise și semnul lui Kullencamf, semnul Dmitruc, întâlnite mai rar și cu informativitate mai mică.

Experiența noastră în tratamentul acestor traumatizați ne permite să fim, în principiu, de acord cu Iu. Șapoșnicov și coaut. (1986), că nu există nici un simptom care ar putea fi atestat absolut la toți traumatizații [18]. La percuție depistăm matitate deplasabilă în regiunile declive ale abdomenului. Diagnosticul leziunilor organelor intraabdominale numai în baza datelor obiective poate fi pus doar în 45% din cazuri [14].

Concluzii:

1. S-a evidențiat o dependență strictă între indicii hemodinamici și volumul sângelui revărsat în cavitatea peritoneală.

2. Posibilitățile organismului de a menține tensiunea arterială în limitele normei fiziologice se estimează la un volum al hemoperitoneului de până la 1500 ml, după care se instalează instabilitatea hemodinamică.

3. Sindromul algic și semnele peritoneale sunt în dependență direct proporțională cu volumul hemoperitoneului.

4. Informativitatea semnelor clinice locale scade brusc la un hemoperitoneu mai mare de 2000 ml.

5. Nu s-a depistat o dependență statistic veridică între localizarea durerilor abdominale și volumul hemoperitoneului.

Referințe bibliografice

1. Andercou A. *Urgențe chirurgicale traumatologice*. Cluj-Napoca, Dacia, 1993, 233 p.
2. Bețișor V. *Actualități în ortopedie-traumatologie*. Materialele conferinței științifice anuale a colaboratorilor și studenților. Chișinău, 16 octombrie, 1997, p. 15-27.
3. Coconour C.S., Moore F.A., Ware D.N., Marvin R.G., Duke J.H. *Age sculd not be consideration for nonoperative management in blunt splenic injury*. J.Trauma 2000; 48 (4): 606-610.
4. Giurgea I. *Propedeutica și semiologia chirurgicală*. Cluj-Napoca: Dacia, 1986, p. 146 - 152.
5. Létoublon C., Arvieux C. *Traitement des traumatismes fermés du foie*. J. Chir. (Paris), 1999; 136: 124 - 129.
6. Lupașcu Cr., Canschi G., Lupașcu C. *Factorii de eșec în tratamentul conservator al traumatismelor închise ale ficatului și splinei*. Jurnalul de Chirurgie, Iași, 2005; 1 (1): 6-9.
7. Mischinger H.J., Bacher H., Werkgartner G., Cerwenka H. et all. *Liver trauma*. Acta Chir.Austr., 1999; 31(2): 80 - 84.
8. Rojnoveanu Gh. *Traumatismele abdominale în cadrul politraumatismelor: particularități etiopatogenetice, algoritm de diagnostic și management medico-chirurgical*. Teza de doctor habilitat în medicină, 2008, 332 p.
9. Абакумов М.М., Лебедев Н.В., Малярчук В.И. *Повреждения живота при сочетанной травме*. Москва, Медицина, 2005, 174 с.
10. Горбашко А.И. *Диагностика и лечение кровопотери*. М: Медицина, 1982, 223 с.
11. Гудумак В.С., Кашинский Ю.Б., Марченко В.П. *Множественная и сочетанная травма сопровождающаяся шоком*. Кишинёв, Штиинца 1993, 239 с.
12. Зильбер А.П. *Кровопотеря и гемотрансфузия. Принципы и методы бескровной хирургии*. Петрозаводск. Издательство Петрозаводского Государственного Университета, 1999, 114 с.
13. Лебедев Н.В., Малярчук В.И., Абакумов М.М. *Особенности диагностики и лечения сочетанной абдоминальной и черепно-мозговой травмы*. Вестник РУДН, Медицина, 2000, №. 3, с. 107-110.
14. Лосев Р.З., Кузнецов В.В., Чирков Ю.В., Тарасов В.Н., Репина Е.П. *Значение неотложной*

лапароскопии и математического прогнозирования в комплексе диагностических мероприятий при сочетанной травме. Вестник хирургии, 1997, 163(2): 56-59.

15. Романенко А.Е. *Закрытые повреждения живота*. Изд. Здоровья, Киев, 1985, 207 p.

16. Цыбуляк Г.Н., Шеянов С.Д. *Ранения и травмы живота: современная диагностика и новые подходы в лечении*. Вест хирургии им. И.И. Грекова, 2001, 160(5): 81-88.

17. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Доманский Б.В. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*. Изд. Здоровья, Киев, 1993, 384 с.

18. Шапошников Ю.Г., Решетников Е.А., Михопулос Т.А. *Повреждения живота*. Москва, М; 1986: 100-168.

Rezumat

Studiul cuprinde 385 de pacienți cu traumatism hepatic și/sau splenic cu hemoragie internă de diferit grad. A fost studiată dependența între manifestările clinice și volumul hemoperitoneului. S-a evidențiat o dependență strictă între indicii hemodinamici și volumul sângelui revărsat în cavitatea peritoneală. Posibilitățile organismului de a menține tensiunea arterială în limitele normei fiziologice se estimează la un volum al hemoperitoneului de până la 1500 ml. Sindromul algic și semnele peritoneale sunt în dependență direct proporțională cu volumul hemoperitoneului. Informativitatea semnelor clinice locale scade brusc la un hemoperitoneu mai mare de 2000 ml. Nu s-a depistat o dependență statistic veridică între localizarea durerilor și volumul hemoperitoneului.

Summary

The lot of study contains 385 patients with liver and/or spleen traumas with intra-peritoneal hemorrhage of different level. The interdependence between the clinical manifestations and the volume of the hemoperitoneum was analyzed. A strict dependence was noticed between the hemodynamic items and the blood volume over flown into the peritoneum cavity. The body capacity of maintaining the blood pressure between the normal physiological limits is estimated till 1500ml of the hemoperitoneum volume, and then the hemodynamic instability is installed. Pain syndrome and peritoneal signs are in direct dependence with the volume of the hemoperitoneum. The informativity of the clinical local signs suddenly decreases when the hemoperitoneum is more than 2000ml. A clear dependence between the place of the pains and the volume of the hemoperitoneum was not noticed.

FIBROMATOZA AGRESIVĂ RETROPERITONEALĂ RECIDIVANTĂ. CAZ CLINIC

Gheorghe Ghidirim¹, dr. hab. în medicină, prof. univ., academician, **Gheorghe Rojnoveanu¹**, dr. hab. în medicină, conf. univ., **Igor Mișin¹**, dr. hab. în medicină, conf. cerc., **Radu Gurghiș¹**, cerc. științific, **Iraida Iacovleva²**, dr. hab. în medicină, prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”¹, Catedra Chirurgie N1 „Nicolae Anestiadi”, Laboratorul Chirurgie Hepato-Pancreato-Biliară, Departamentul Morfologie, Institutul Oncologic²

Introducere. Fibromatoza agresivă sau tumorile desmoide (TD) reprezintă o patologie rară a țesutului conjunctiv, caracterizată prin invazie loco-regională agresivă în urma proliferării fibroblastice benigne, nemetastatice, însă cu o rată înaltă a recurenței [14]. TD se pot dezvolta în locul oricărei fascii, mai cu seamă în cadrul polipozei adenomatoase familiale (PAF) [11, 24, 29] sau ca leziune morfologică sporadică idiopatică [4, 7, 9, 24, 32]. Această tumoră poate pune viața în pericol datorită proprietăților sale local-invazive și recidivării frecvente. Localizarea abdominală în cadrul PAF se constată în 37-50% din cazuri [22, 32, 34, 35] și des apare la nivelul mezenterului [9, 11, 24]. TD sporadice intraabdominale sunt o entitate rară și în literatura de specialitate mai puțin de 100 de cazuri au fost raportate anterior [7]. Localizarea retroperitoneală a TD este chiar cazuistică, fiind descrise doar cazuri izolate [3, 8, 11, 15, 18, 28] și, în plus, această localizare face diagnosticarea preoperatorie specifică puțin probabilă [15, 22, 28]. Acest articol descrie un caz de fibromatoză agresivă retroperitoneală sporadică (non-PAF) recidivantă, rezolvat chirurgical cu succes și raportat la Ședința Asociației