

Registrul are un asortiment vast de funcții, printre care formalizarea datelor genealogice, clinice și de laborator, formarea grupurilor omogene de date cu privire la selectarea ilimitată a semnalelor necesare, analiza genetica-dispersională, genetica-corelativă și statistică, stocarea, actualizarea și accesul la informația de bază, obținerea formularelor rapoartelor [3]. Formalizarea datelor clinico-genealogice și de laborator are loc la nivelul de introducere a informației în baza de date. Obținerea tabelelor utile pentru prelucrarea statistică are loc în interiorul membranei FoxPro cu ajutorul SQL–limbajul solicitărilor structurale [4, 5].

Astfel, CRF este necesar, pe de o parte, pentru identificarea persoanelor cu predispoziție ereditară la neoformațiunile maligne și reducerea acelor grupuri, care urmează a fi supuse screening-ului, pe de altă parte – pentru efectuarea cercetărilor științifice, în scopul depistării markerilor maladiilor studiate.

CRF servește drept bază pentru elaborarea unui sistem de expertiză, în cadrul căruia vor fi elaborate abordările cu privire la identificarea persoanelor cu risc înalt de dezvoltare a neoformațiunilor maligne în familiile cu acumulare de NFM, mai ales a CCU, CO, CM, a cancerului colorectal și a neoformațiunilor maligne primar-multiple și realizarea supravegherii dispensariale active a acestora, iar în cazul prezenței monitorizării pe termen lung a datelor cu privire la supraviețuirea bolnavilor de cancer, eficacității diverselor metode de tratament și a altor informații–pentru activitatea analitică și epidemiologică.

Referințe bibliografice

1. В.В. Парамонов, Е.А. Черкашин, Р.К. Федоров, Ю.Г. Сенькин, В.Г. Лалетин. О результатах разработки информационной системы «популяционный раковый регистр». Сибирский медицинский журнал, 2009, № 3
2. Статистика раковых заболеваний. Sursă electronică: asociația specialiștilor restaurativei Medicinei statistica раковых заболеваний. Regimul Accesului: <http://www.asvomed.ru/php/content>.
3. Fowler M. Uml distilled: A brief guide to the standard object modeling language. – Addison_Wesley, 2004.
4. David s. Frankel. Model driven architecture: Applying Mda to enterprise computing. – Indianapolis Indiana Usa, Willey Publishing inc., 2003.
5. Erik t. Ray. Learning xml. – O'Reilly, 2003.

Rezumat

Efectuarea cercetărilor clinico-genetice și epidemiologico-genetice pentru a examina contribuția factorilor ereditari la apariția și dezvoltarea neoformațiunilor maligne necesită analizarea unui material factual vast. În acest scop, în cadrul Institutului Oncologic din Moldova, a fost creat cancer-registrul automatizat al familiilor (CRF), care schematizează datele privind starea morbidității în familiile cu acumulare de neoformațiuni maligne (NFM), mai întâi de toate, cancerul de corp uterin (CCU), cancerul ovarian (CO), cancerul mamar (CM), cancerul colorectal (CCR), precum și neoformațiunile maligne primar-multiple (NMPM).

Summary

The main objective of the Registry of Cancer families is to contribute to the prevention, control and treatment of family cancer, in particular, and in general, by supplying timely and accurate data, based on a total track of cases of cancer in families with hereditary susceptibility to cancer. The Registry publishes regular reports showing numbers of cases and rates of different types of cancer in summary form.

CANCERUL ENDOMETRIAL. PARTICULARITĂȚI CLINICE, ULTRASONOGRAFICE ȘI HISTOLOGICE

*Dumitru Sofroni¹, Lilian Guțu¹, Veronica Ciobanu¹, Nina Sameț¹, Roman Balan¹,
Neonila Casian¹, Sergiu Ungureanu¹, C. Cardaniuc², Irina Tripac¹, Anatol Cerniș¹, M. Todiraș¹*

Institutul Oncologic, Republica Moldova

² USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Cancerul endometrial este o tumoare malignă a sistemului reproductiv feminin ce ocupă poziția patra în lume în structura morbidității cancerului la femei [2]. Factorii de risc implică stările caracterizate de hiperestrogenemie cum sunt obezitatea, cicluri anovulatorii, neoplazme estrogen-secretoare ș.a. [2, 4-8]. Terapia cu tamoxifen ce are efect estrogenic indirect asupra endometrului, de asemenea, mărește riscul apariției cancerului endometrial [9]. Tratamentul hormonal de substituție cu estrogeni în perioada menopauzală este asociată cu un risc de 8 ori mai mare de a dezvolta un cancer endometrial, iar adăugarea progestinelor scade considerabil acest risc [1, 3].

Astfel, Bohman lansează teoria conform căreia, un complex de dereglări endocrine și metabolice ce

apar cu mult timp înaintea dezvoltării carcinomului endometrial determină particularitățile biologice ale tumorii, evoluția clinică și pronosticul patologiei [3]. Autorul susține că prima variantă patogenetică se dezvoltă la femeile afectate de obezitate, hiperlipidemie și semne de hiperestrogenism: hemoragii uterine anovulatoare, infertilitate, menarhă tardivă și hiperplazia stromei ovarelor și a endometriului. A doua variantă patogenetică se dezvoltă la femeile ce nu prezintă semnele sus-menționate, sau acestea sunt slab evidențiate. Frecvența primului tip patogenetic în lotul de studiu era de 65%, pe când frecvența celui de-al doilea tip a fost de 35%.

Particularitățile determinative al primei variante condiționează dezvoltarea tumorilor înalt și moderat diferențiate (82,3% G1 și G2), invazie superficială a miometrului (69,4%), sensibilitate înaltă la progestine (80,2%) și pronostic favorabil (85,6% – rata supraviețuirii la 5 ani). Totodată, la pacientele care se includ în grupul variantei hormonal-independente, se dezvoltă tumori slab-diferențiate (62,5% G3), au o tendință mai exprimată către invazie tumorală în stratul endometrial (65,7%); se atestă o frecvență înaltă a răspândirii metastatice în ganglionii limfatici (27,8%) și un pronostic dubios (58,8% – rata supraviețuirii la 5 ani). Un studiu efectuat de Sofroni relevă repartizarea a 81,1% paciente cu cancer endometrial în prima variantă patogenetică și 18,9%, pentru varianta autonomă [9]. Aproximativ aceeași distribuție s-a stabilit și în studiul prezent: 78,8% paciente au avut varianta I de dezvoltare și 21,2% – II-a variantă patogenetică.

Scopul studiului. Cercetarea caracteristicilor ultrasonografice, histologice și clinice ale pacientelor afectate de cancer endometrial.

Materiale și metode. Investigațiile clinice au inclus examinarea a 232 de paciente afectate de cancer. Vârsta medie a pacientelor a fost de 53,0±8,2 ani.

Examinarea bolnavelor a debutat cu un interviu standard, care a urmărit scopul obținerii datelor privind vârsta, antecedentele personale patologice (patologii ginecologice și extraginecologice concomitente), acuzele prezentate, istoricul afecțiunii: debutul, dinamica și evoluția manifestărilor de bază ale cancerului endometrial. Examenul obiectiv general a constat în aprecierea stării generale, tipul constituțional, caracterul pilozității, țesutului adipos subcutanat. Examenul ginecologic local a cercetat starea vaginului, colului uterin, anexelor, parametrilor. De asemenea, pacientele au fost supuse unui examen ultrasonografic, care, fiind o metodă neinvazivă, a oferit informații ample despre dimensiunile, forma, poziționarea în spațiu, în raport cu alte organe, dar și date despre starea anexelor și endometriului. Toate specișenele postoperatorie au fost supuse examenului histologic.

Rezultate și discuții. Studiind diferențierea țesutului tumoral, s-a constatat că în majoritatea cazurilor (n=83) de adenocarcinom endometrial de tip endometrioid a fost prezent gradul de diferențiere G1, ceea ce constituie 48,8%. La 47 de bolnave (27,6%) a fost apreciat gradul G2, iar gradele G3 și G4 s-au stabilit în 31 de cazuri (18,2%) și 9 (5,3%), respectiv.

Potrivit simptoamelor caracteristice variantelor patogenetice de dezvoltare ale cancerului endometrial, circa 90% din cazuri au fost atribuite celei endocrin-dependente (tabelul 1).

Tabelul 1

Divizarea adenocarcinoamelor endometriale endometrioides conform gradului de diferențiere și variantei patogenetice de dezvoltare

Tipul histologic	Varianta I		Varianta II	
	Nr. cazuri	%	Nr. cazuri	%
G1	81	47,6	2	1,1
G2	43	25,3	4	2,3
G3	25	14,7	6	3,5
G4	4	2,3	5	2,9
Total	153	90	17	10

Cercetarea histologică a mostrelor de cancer endometrial neendometrioid a relevat că în 29 de cazuri (46,8%), din totalul de 62 de paciente a fost atestat carcinomul seros papilar. La 10 bolnave (16,1%) s-a stabilit carcinomul cu celule clare, iar carcinomul mucinos și cel nediferențiat a fost depistat la 9 (14,5%) și 11 (17,7%) paciente, respectiv.

De menționat, prezența semnelor caracteristice divizării pacientelor investigate cu cancer endometrial neendometrioid, conform variantelor patogenetice de dezvoltare; circa 51,6% din cazuri au fost atribuite celei autonome și 48,4% – variantei endocrin dependente (tabelul 2).

Divizarea adenocarcinoamelor endometriale neendometrioidice conform gradului de diferențiere și variantei patogenetice de dezvoltare

Tipul histologic	Varianta I		Varianta II	
	Nr. cazuri	%	Nr. cazuri	%
Seros papilar	18	29,1	11	17,7
Cu celule clare	3	4,8	7	11,3
Mucinos	4	6,45	5	8,06
Nediferențiat	5	8,06	9	14,5
Total	30	48,4	32	51,6

S-a cercetat conexiunea dintre varianta patogenetică a patologiei, stadiul afecțiunii și gradul de diferențiere. Majoritatea cazurilor de carcinoame endometriale de tip endometrioid ce aparțin I variante patogenetice au fost înregistrate în stadiile I și II; de asemenea, la majoritatea tumorilor endometriale endometrioidice din grupul variantei I al dezvoltării patogenetice s-a depistat gradul G1 și G2 de diferențiere tumorală. De menționat, că din toate tipurile histologice depistate în grupul variantei I, cele neendometrioidice au însumat 30 (16,4%), pe când în grupul variantei II acestea au constituit 32 de cazuri (65,3%), ceea ce vine în confirmarea faptului că varianta II-a îi sunt caracteristice tipuri histologice cu proprietăți maligne și pronostic nefavorabil (tabelul 3).

Din totalul de 13 cazuri de hiperplazii glandulare atipice, postoperator, la 7 (53,8±18,8%) pacienți a fost reconfirmat acest diagnostic, pe când în 5 (38,5±21,8%) cazuri a fost infirmat, posibil din cauza înlăturării totale a procesului primar în urma chiuretajului diagnostic fracționat.

De menționat, că 21 de cazuri de cancer de corp uterin preoperator aveau diagnosticul de hiperplazie glandulară atipică de grad mediu, 7 cazuri (33,3±17,8%) și exprimat, 14 cazuri (66,7±12,6%) care după examinarea morfologică finală a piesei organului înlăturat au fost retribuite grupului pacienților cu cancer endometrial.

Ratele gradului de diferențiere al tumorii, variantei patogenetice și stadiului afecțiunii

Indice	Varianta I		Varianta II	
	Nr. cazuri	$M_1 \pm m_1, \%$	Nr. cazuri	$M_2 \pm m_2, \%$
Gradul de diferențiere				
G1-G2	124	77,0±3,8	6	8,5±11,3
G3-G4	29	18,0±7,1	11	15,5±10,9
Stadiile patologiei				
I	94	58,4±5,1	4	5,6±11,5
II	68	42,2±5,9	11	15,5±10,9
III	18	11,2±5,9	21	29,6±9,9
IV	3	1,9±7,9	13	18,3±10,7

Așadar, la paciențele cu cancer endometrial incluse în studiu, histologic s-a constatat o pondere considerabilă a adenocarcinomului endometrial de tip endometrioid, care s-a decelat mai frecvent (90%) în cazul variantei hormonal-dependente de dezvoltare etiopatogenetică. Pe de altă parte, circa jumătate din cazurile cu adenocarcinom neendometrioid au fost retribuite către varianta hormonal-independentă.

Concluzii:

1. Prezentul studiu a demonstrat întâietatea tipului endometrioid al cancerului endometrial în structura reprezentării histologice a acestuia (73,3%);
2. Tumorile neendometrioidice cu pronostic nefavorabil au alcătuit 26,7%;
3. În grupul variantei I patogenetice, cele neendometrioidice au însumat 30 de cazuri (16,4%), pe când în grupul variantei II au fost 32 de cazuri (65,7%);
4. Ultrasonografic, uterul afectat de cancerul endometrial este asociat cu un miom uterin de diverse dimensiuni în 45,7%; în 35,2%, cu formațiuni tumorale ale anexelor; în 4,1% s-au depistat conglomerate tumorale de dimensiuni mari, iar în 56,2% s-a depistat un uter de dimensiuni normale.

Referințe bibliografice

1. Barakat R.R. Tamoxifen and endometrial neoplasia. Clin Obstet Gynecol 1996; 39, p. 629-40.

2. Berek J.S., Hacker N.F., eds. Practical gynecologic oncology. 2d ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994, p. 285-326.
3. Bokhman J. Two pathogenetic types of endometrial carcinoma. Gynecol Oncol. 1987; 15, p.7-10.
4. Ferenczy R.J., Gelfand M. The biologic significance of cytologic atypia in progestogen-treated endometrial hyperplasia. Am J Obstet Gynecol 1989, 160, p. 126-31.
5. Kurman R.J., Norris H.J. Endometrial carcinoma. In: Kurman R.J., ed. Blaustein's pathology of the female genital tract. 3d ed. New York: Springer-Verlag, 1987, p.352.
6. Mack T.M., Pike M.C., Henderson B.E., Pfeffer R.I., Gerkins V.R., Arthur M., et al. Estrogens and endometrial cancer in a retirement community. N Engl J Med 1976, 294, p.1262-7.
7. Parazzini F., La Vecchia C., Bocciolone L., Franceschi S. The epidemiology of endometrial cancer. Gynecol Oncol 1991, 41, p.1-16.
8. Poma P.A. Endometrial cancer: broadening the focus on prevention. Female Patient 1997, 22, p. 39-43.
9. Sofroni D. Argumentarea clinico-morfologică a individualizării tratamentului cancerului de corp uterin. Teză de doctor habilitat în medicină. Chişinău, 1996.

Rezumat

Actualmente, cancerul endometrial reprezintă una din problemele stringente abordate în ginecologia oncologică. Ocupând poziția a 4-a în structura bolilor genitale feminine, această patologie solicită un interes deosebit rețelei medico-sanitare și necesită efectuarea unor studii suplimentare în acest domeniu. Investigațiile clinice au inclus 232 de paciente afectate de cancer endometrial și 54 de paciente cu patologii benigne ale uterului. Vârsta medie a fost de 53,0±8,2 ani. Concluzii: prezentul studiu a demonstrat înțâietatea tipului endometrioid al cancerului endometrial în structura reprezentării histologice a cancerului endometrial (73,3%); tumorile neendometrioidice cu pronostic nefavorabil au alcătuit 26,7%.

Summary

Nowadays, endometrial cancer represents an important problem that is worth of debates in gynecology oncology. This pathology occupies the 4-th place in female tract's morbidity structure and demands special attention to be paid by health care system. Our investigations included 232 patients with endometrial cancer and 54 non-cancer patients with benign uterine diseases. The mean age was 53,0±8,2 years. The present study has demonstrated endometriosis is the most representing type of endometrial cancer (73%); non-endometriosis tumors with unfavorable prognosis constitute 26,7%.

DIAGNOSTICUL CANCERULUI OVARIAN RECIDIVANT

Alexandru Gudima dr. hab. în medicină, Institutul Oncologic, **Tudor Rotaru** dr. în medicină, USMF „Nicolae Testemițanu”, **Galina Lupașcu** dr. hab. în biol., Institutul de Genetică și Fiziologie a Plantelor al AȘM

Actualitatea temei. Cancerul ovarian rămâne una dintre cele mai dificile probleme ale oncoginecologiei.

Conform Agenției Internaționale de studiere a cancerului, anual în lume se înregistrează circa 165 mii de cazuri noi de cancer ovarian, iar 100 de mii de femei decedează anual în urma acestei patologii.

Atât lipsa unei simptomatologii specifice, cât și a metodelor de screening și diagnostic precoce, fac ca 70-80% din paciente să fie depistate în stadiile III - IV, iar tratamentul administrat asigură o supraviețuire de 5 ani doar în 30-50% din cazuri.

În linii generale, tratamentul cancerului ovarian este definitiv și include intervenția chirurgicală, cu excizia maximal posibilă a tumorii primare și metastazelor acesteia, urmată de 6 cure de polichimioterapie cu includerea preparatelor de platină.

În același timp, doar la 30-40% dintre paciente operate primar, este posibil de efectuat operație optimală cu tumoare restantă mai mică de 2 cm. Evoluția naturală a cancerului ovarian este agresivă și la 50-60% din paciente, la interval de 8-16 luni, apar recidive locale sau metastaze. Diagnosticul și tratamentul acestei categorii de paciente este cel mai dificil și nu sunt elaborate tactici și metode univoc aprobate [4, 5].

Scopul lucrării: a constat în ameliorarea rezultatelor diagnosticului la pacientele cu cancer ovarian recidivant și metastatic în bazinul mic.

Material și metode. În studiu au fost incluse 130 de paciente cu recidive și metastaze de cancer ovarian, tratate în Institutul Oncologic din Moldova, în perioada anilor 1995-2006. Pacientele incluse în studiu au fost divizate în două loturi: primul lot constituie 67 de bolnave ce au efectuat tratament combinat