

## DATELE COMPARATIVE ÎN SEMIOLOGIA CANCERULUI HEPATIC PRIMAR ȘI CIROZĂ

*Gurie Coșciug*, dr. hab în medicină, prof. univ., *Nicolae Ghidirim*, dr. hab. în medicină, conf. univ., *Lilian Antoci*, dr. în medicină, *Ana Donscaia*, dr. hab. în medicină, *Victor Catrinici*, dr. în medicină, *Nicolae Buruiană*, dr. în medicină, *Lorena Mednicov*, *V. Godoroja*  
USMF „Nicolae Testemițanu” IMSP Institutul Oncologic, Catedra Hematologie și Oncologie

**Introducere. Actualitatea temei.** Timp îndelungat, cancerul hepatic primar n-a atras atenția cercetătorilor nici din punct de vedere clinic, nici din punct de vedere științific. Incidența joasă, evoluția accelerată cu prognostic inevitabil fatal și, în special, lipsa completă de tratament rețineau cercetătorii de la orice tentativă curativă. Rezecțiile hepatice erau însoțite de hemoragii și secreții biliare din plaga ficatului, care complicau serios perioada postoperatorie și rețineau de la o atitudine mai activă. Bolnavii erau ținuți sub supraveghere cu tratament simptomatic și de susținere.

Lipsa experienței personale a clinicienilor nu putea stimula elaborarea și concretizarea simptomatologiei cancerului hepatic și cu atât mai mult studiul tulburărilor funcționale. Astfel, F.G. Gustafson (1937) menționează că numai în 11% din cazuri diagnosticul a fost pus corect înainte de moarte. Studii mai recente au arătat o oarecare ameliorare, când diagnosticul a fost pus corect în 30% din cazuri, însă numai cu ajutorul laparotomiei și biopsiei (L.S. Greene, 1961).

Până în ultimii ani, mulți autori afirmau că fără laparoscopie și biopsie ținută diagnosticul e greu de stabilit. Analizând un material de 1117 necropsii, B. Иванов (1973) constată că în cursul vieții diagnosticul a fost stabilit la 34,42%, a fost ipotetic la 11,5%. Divergență între diagnosticul clinic și cel anatomopatologic a avut loc la 54,2% din autopsii. În 68,1% din cazuri diagnosticul clinic presupunea un alt focar primar.

Situația s-a schimbat simțitor în a doua jumătate a sec.XX, când în practică au fost implementate metode noi de diagnostic, metode înalt informative, absolut inofensive și lipsite de contraindicații (USG, TC, RMN). Afară de aceasta, au fost elaborate tehnici chirurgicale de rezecții masive ale ficatului, fapt care a ridicat cu mult activitatea chirurgilor.

Astăzi putem constata că situația cancerului hepatic primar poate fi considerată la egal cu situația cancerului esofagian sau pulmonar. Prin urmare, natural că apar noi cerințe în depistarea bolnavilor în stadii precoce, sau cel puțin utile pentru tratament chirurgical radical.

În diagnosticul diferențial al cancerului hepatic trebuie avut în vedere neoformațiunile de volum, care ocupă spațiu în parenchimul hepatic ca și cancerul.

Hemangiomul – tumoare din capilare sanguine haotice și disproporționale, au aspectul unor noduli mici cu structură spongioasă care pot fi situați la orice nivel în parenchimul hepatic, probele funcționale lipsesc sau nu au nimic caracteristic. De obicei, examenul fizic nu ne dă nici o informație.

Adenomul hepatic – neoformațiune sub formă de nodul rotund sau oval, de diferite dimensiuni, de obicei, evoluție asimptomatică, însă atingând dimensiuni mari, tumoarea poate fi însoțită de manifestări clinice. Stabilirea diagnosticului în limitele noțiunii de neoformațiune nu prezintă dificultăți. Dacă tabloul clinic e foarte sărac, în ajutor sunt la dispoziție multe metode de diagnostic (radiologice, cu radioizotopi, USG, TC, RMN).

Maladia polichistică a ficatului – poate fi o manifestare a unui proces polichistic, cu afectarea și a altor organe: rinichi, plămâni, pancreas.

Echinococoza – boală parazitară, se întâlnește la populația rurală, la cei care se ocupă cu oieritul. Simptomele sunt variabile și depind de localizare. Aproximativ 25% dintre oamenii infectați nu prezintă întreaga viață nici un simptom. Simptomatologia depinde de dimensiunile chistului. Pe măsura evoluției, chistul devine palpabil, însă nedureros.

Abcese piogene – sunt rare. În trecut au avut mare importanță datorită asocierii lor cu apendicita, colecistita sau alte boli inflamatorii. Simptomatologia este caracteristică pentru un proces inflamator cu febră, dureri locale, grețuri, vărsături, anorexie, leucocitoză.

Cu toate că ciroza nu este o neoformațiune de volum, ea, în mod deosebit, atrage atenția în diagnosticul diferențial. Giroza este patologia care prezintă cel mai favorabil teren în apariția cancerului. Afară de aceasta, în evoluția proceselor atât a cirozei, cât și a cancerului, sunt manifestări clinice și tulburări funcționale comune. La rând cu aceasta sunt și unele absolut diferite care pot servi puncte de reper în diagnosticul diferențial.

**Scopul lucrării.** Evaluarea datelor clinico-semiologice ale cancerului hepatic comparativ cu cele ale cirozei.

**Metode de cercetare.** Prezentăm rezultatul unui studiu făcut pe 445 de bolnavi de cancer hepatic primar și ciroză.

Atât cancerul hepatic primar, cât și ciroza sunt boli evolutive, ireversibile și fatale. Diferența constă în evoluția accelerată a cancerului și lentă a cirozei. Dintre toți bolnavii de cancer, în primele 6 luni s-au adresat 75,7%. Toți bolnavii de ciroză s-au adresat peste 1 an, cu excepția celor internați urgent (3,8%), pe motiv de hemoragii din varicele esofagiene.

Majoritatea bolnavilor de cancer hepatic primar erau mai în vârstă, comparativ cu cei de ciroză, cu vârsta peste 50 de ani, bolnavi de cancer hepatic primar au fost 74,8%, de ciroză – 29,8%.

Simptomatologia subiectivă. Acuzele bolnavilor pot fi diferite în aspect, timp, intensitate.

Anorexia – apare în legătură cu excitația centrului alimentar, care se află sub acțiunea cortexului cerebral. La ciroză, iritația cortexului cerebral poate fi provocată de hipoxia cerebrală, de intoxicația cu compuși chimici din circuitul sanguin general care au ocolit ficatul prin anastomoze. În caz de cancer, plus la toate acestea, cortexul cerebral poate fi iritat și de intoxicație tumorală.

Pierderea ponderală se întâlnește mai des la bolnavii de cancer și se găsește într-o legătură directă cu anorexia, sindromul se înregistrează mai rar la cirozi și în special la alcoolici, la care o mare parte din aportul caloric este asigurat de băuturile alcoolice.

Meteorismul abdominal – simptom specific pentru ciroză și este o manifestare a hipertensiunii portale.

Dureri abdominale – simptom specific pentru cancer, provocat de extinderea exagerată și accelerată a capsulei Glisson.

Sângerări – hemoragii gingivale mai des se întâlnesc la bolnavii de ciroză. La fel și hemoragiile variceale cardioesofagiene sunt specifice pentru hipertensiune portală.

Febra, de obicei intermitentă, se înregistrează la cirozi în perioadele de acutizare.

Ascita – manifestare clinică, se întâlnește în diferite boli: ciroză, cancer, boli cardiace, tuberculoză. Totuși, peste 80% se întâlnește la ciroză. În materialul studiat de noi, ascita a fost la 66,3% din bolnavii de ciroză și la 14,6% din cei de cancer.

Hidrotoraxul – apare la un număr important de bolnavi de ciroză și, de regulă, împreună cu ascita.

Icterul – aproape la ½ din bolnavii de ciroză, de obicei în perioadele de acutizare și reprezintă semnul evident al insuficienței hepatice.

Hepatomegalia – în caz de ciroză dimensiunile ficatului pot fi mărite sau micșorate, însă cu menținerea conturului normal al ficatului.

În cazul unui cancer hepatic, indiferent, primar sau secundar, dimensiunile ficatului sunt mărite și cresc foarte repede paralel cu evoluția bolii. Dacă ficatul unui matur cântărește 1500g, în cazul unui cancer ajunge până la 5000g.

Hipertensiunea portală – se poate explica prin micșorarea rețelei vasculare intrahepatice, ca o consecință a tulburărilor morfologice ale lobului hepatic, cu distrucția masivă a zonelor trabeculo-sinusoidale. Sub acțiunea permanentă a hipertensiunii portale se mărește treptat volumul splinei, repede urmat de manifestările hipersplenismului (anemie, leucocitopenie, trombocitopenie), se dezvoltă căi colaterale cu teritoriile cavale, unde presiunea este aproape egală cu zero.

La bolnavii de ciroză, splina apare mărită în volum la examenul fizic la 30-50% din bolnavi, la necropsie, în 70-80%. În caz de cancer, splinomegalia se constată foarte rar – la bolnavii studiați de noi în 7,4% din cazuri.

Varicele peretelui abdominal anterior este un simptom specific al cirozei și este descris în literatură sub denumirea de „caput medusae”. Am întâlnit varice abdominale la 71,2% din bolnavii de ciroză și la 12,2% la cei de cancer hepatic.

Hemoragiile variceale sunt o manifestare clinică a hipertensiunii portale și se întâlnesc, de regulă, în ciroză.

Edemele la membrele inferioare sunt un simptom frecvent în cazurile avansate, atât la bolnavii de cancer, cât și la cei de ciroză. Ele pot apărea în același timp cu ascita, înaintea ei sau după ea. Totul depinde de cauza care provoacă apariția ascitei. În cazul unei hipertensiuni portale, drept consecință a cirozei sau a cancerului, edemele vor apărea după ascită, când vor fi provocate de hipoproteinemie înaintea ascitei.

Pentru ciroză sunt specifice un șir de simptome rar întâlnite în cancerul hepatic. Steluțe vasculare care apar numai pe mâini, față și partea superioară a toracelui. Ectazii palmare, pruritul cutanat, care este considerat ca o manifestare clinică a icterului.

Toate semnele tabloului, clinic descrise comparativ, ale cancerului hepatic și cirozei sunt prezentate în tabelul 1.

**Semne fizice în cancerul hepatic și ciroză**

Semne fizice	Cancer	Ciroză	Neoformațiuni de volum
1	2	3	4
Evoluția	Accelerată	Lentă	Lentă
Termenul adresării	2-3 luni – 60%	Peste un an 100%	-
Supraviețuirea	În luni	În ani	În ani
Vârsta peste 50 de ani	74,8%	29,8%	-
Anorexia	+	+	-
Pierderea ponderală	De regulă	Mai rar	-
Meteorism	Rar	De regulă	Lipsește
Hemoragii gingivale	Rar	De regulă	Lipsește
Dureri	+	-	-
Febră	-	În acutizări	-
Ascită	14,6%	66,3%	-
Hidrotorax	-	+	-
Icter	-	≈50%	-
Hepatomegalie	95%	Rar	În unele cazuri
Hipertensiune portală:			
Splenomegalie	7,4%	70-80%	-
Hipersplenism	Rar	De regulă	-
Varice abdominale	12,2%	71,2%	-
Hemoragii variceale	-	+	-
Edeme la membrele inferioare	Pot fi	Pot fi	-

**Rezultate și discuții.** Din cele prezentate în tabel, se pot face următoarele concluzii. Pentru cancerul hepatic rămâne specifică evoluția accelerată a procesului, cu viața medie a bolnavilor de câteva luni. Ciroza se caracterizează prin evoluție lentă, de ani, cu perioade de acutizare și ameliorare, cu remisii în urma tratamentului.

Semne fizice specifice pentru cancer sunt: dureri sub rebordul costal drept, hepatomegalia. Pentru ciroză, simptomatologia se manifestă prin meteorism, hemoragii gingivale, ascită, hidrotorax, splenomegalie cu hipersplenism, varice abdominale și gastroesofagiene cu hemoragii.

Cu tot tabloul clinic clar, în unele cazuri, în special în stadiile incipiente ale cancerului sau în cazul când cancerul evoluează pe un ficat cirotic, pot apărea dificultăți de diagnostic. În asemenea situații, în ajutorul clinicianului pot veni o serie largă de posibilități de diagnostic. Posibilități de laborator, de diagnostic – funcționale, markeri tumorali, în special, alfafetoproteina – marker specific pentru cancerul hepatocelular. Pentru formațiunile de volum, avem la dispoziție multe metode imagistice contemporane înalt informative și absolut inofensive: radiologice, cu radioizotopi, USG, TC, RMN.

În toate cazurile, când apar dubii în diagnostic, trebuie de apelat la toate posibilitățile avute la dispoziție, având în vedere că evoluția accelerată a procesului ne lasă prea puțin timp pentru rezolvarea problemei. Termenul util pentru tratament repede poate fi depășit.

**Concluzii:**

1. În pofida faptului că multe dintre semnele clinice ale cancerului primar hepatic și ciroză sunt comune, la o analiză comparativă minuțioasă pot fi unele semne clare de criterii în diagnosticul diferențial.

2. Evoluția diferă totalmente:

a) în cancerul hepatic este fulminantă, cu supraviețuiri doar la câteva luni (6-7);

b) în ciroză evoluția este lentă, cu supraviețuiri de mai mulți ani.

3. Hepatomegalia în cancerul hepatic este semnul de aur, de regulă, fără elemente de hipertensiune portală, iar în ciroza hepatică este viceversa – hepatomegalia se întâlnește rar, dar aproape cu siguranță se manifestă prin hipertensiune portală.

4. Splenomegalia, hemoragiile cardioesofagiene din varice sunt semnele cirozei hepatice și se întâlnesc foarte rar în cancerul hepatic.

**Referințe bibliografice**

- Gelfand M., Castle W., Bachnan W. Primary Carcinoma of the Liver (Hepatoma) in Rhodesia. A clinical study – S.Afr. med. J. 1972, v.48, N18, p.527-532.
- Gustafson E.G. Au Analysis of 62 cases of primary carcinoma of the liver based 0,4 24400 necropsies of Bellevue Hospital – „An. Intern. Med.” 1937, N11, p. 889-900.

## Rezumat

Studiul prezintă simptomele comparative ale cancerului hepatic primar și al cirozei. S-a apreciat importanța a diferitor metode de diagnostic.

## Summary

The liver cancer semiology has been described in comparison with liver cirrhosis semiology. The value of the different diagnosis methods has been appreciated.

The differential diagnosis of the liver cancer with liver cirrhosis, hemangioma, liver abscesses have been presented.

## ALGORITMUL DIAGNOSTICULUI SINDROMULUI DE VENĂ CAVĂ SUPERIOARĂ CAUZAT DE TUMORILE MEDIASTINULUI

*Valentin Martalog*, dr. în medicină, conf. univ., *Valeriu Bîlba*, dr. în medicină, *Ana Berghii*, medic oncolog Nisporeni, *Vladimir Răilean*, medic chirurg Spitalul Sf. „Arhanghel Mihail”  
*Sergiu Pădure*, medic rezident Catedra Hematologie și Oncologie  
USMF ”Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul Oncologic

**Sindromul de venă cavă superioară (SVCS)** reprezintă manifestarea clinică a obstrucției venei cave superioare (VCS), cu scăderea severă a întoarcerii venoase de la nivelul capului, gâtului și extremităților superioare. Acest sindrom este o urgență medicală care se manifestă cel mai frecvent la pacienții cu procese maligne ale mediastinului și necesită diagnostic corect și tratament imediat.

SVCS a fost descris pentru prima dată în 1957 de William Hunter, la un pacient cu leziuni sifilitice ale aortei. Dacă în anii ‘50-‘70 ai sec. XX, SVCS a fost cauzat preponderent de factorii benigni (anevrismul de aortă ascendentă, tuberculoza și mediastinita fibroasă), apoi în prezent factorii maligni au ajuns să ocupe 90% din cazurile SVCS. Printre cele mai frecvente maladii ce antrenează SVCS sunt cancerul bronhopulmonar, limfomul, timomul malign, seminomul, metastazele mediastinale etc. [5, 6, 7, 8, 13, 14]. Practic, orice tumoră malignă, primitivă sau secundară, situată în mediastin, poate interesa vena cavă superioară [12,15].

Afecțiunile benigne de tipul chistului mediastinal, gușii cervico-mediastinale, mediastinitei fibroase, precum și ale anevrismului de aortă, trunchiului arterial brahiocefalic constituie 5% din cauzele dezvoltării sindromului [9, 10, 11].

În prezent, există un spectru larg de metode moderne de diagnostic a tumorilor mediastinului. Stabilirea diagnosticului, localizarea procesului tumoral și legătura lui cu organele învecinate sunt determinate de dificultăți esențiale în aprecierea corectă a etiologiei afecțiunii mediastinului. De obicei, pacienții cu SVCS sunt investigați timp îndelungat, ceea ce se reflectă negativ asupra rezultatelor tratamentului.

Metodele de diagnostic utilizate în prezent, cum ar fi radiografia, tomografia computerizată și rezonanța magnetică nucleară a toracelui, pun în evidență date importante despre procesul tumoral din mediastin, în același timp, ele poartă un caracter general, iar concluzia lor este insuficientă, deseori reprezentând mai multe maladii ale mediastinului [1, 3].

Numai colectarea materialului bioptic din tumoră, prin intermediul intervențiilor chirurgicale, dă posibilitate de a confirma diagnosticul morfologic și tactica ulterioară de tratament [2, 4].

**Scopul tezei.** Studiarea informativității de diagnostic și constituirea unui algoritm de diagnostic al sindromului de venă cavă superioară (SVCS) cauzat de tumorile mediastinului.

**Metode de cercetare.** Studiul curent a cuprins 39 de pacienți cu SVCS, cauzat de tumori ale mediastinului, aflați în Secția Chirurgie toracică a Institutului Oncologic din Republica Moldova, în perioada anilor 1994 – 2005.

La 38 (97,4 %) din 39 de pacienți, SVCS a fost cauzat de tumori maligne ale mediastinului și numai într-un caz (2,6%) de cele benigne. Printre bolnavii investigați au fost 19 bărbați și 20 de femei, cu vârsta cuprinsă între 16 și 65 de ani (vârsta medie – 36,7 ani). Durata apariției primelor semne clinice, până la spitalizarea pacienților în clinică, a fost următoarea:

- până la o lună – 14 bolnavi (35,8 %),
- de la 1 lună la 3 luni – 15 bolnavi (38,4 %),
- de la 3 până la 6 luni – 8 bolnavi (20,5 %),
- de la 6 luni până la 1 an – 2 bolnavi (5,1 %).

Diagnosticul pacienților la spitalizare în Secția Chirurgia toracică este redat în figura 1: