

15. Nieto A.F., Doty D.B : Superior vena cava obstruction: Clinical syndrome, etiology and treatment. // Curr. Probii. Cancer. 1984; 10:441.
16. Nunnelee JD. Superior vena cava syndrome.// J Vasc Nurs. 2007; 25(1):2-5.
17. Vericat M.C., Mayer M.A., Pujadas R., Casanas R., et. al. The Superior vena cava syndrome as a manifestation of aortic dissection following aortic valve replacement.//An med. Interna. 1999; Interna. 1999; 16 (1):48-49.

Rezumat

Autorii analizează cazul a 39 de pacienți, cu sindrom de venă cavă superioară, cauzată de tumori mediastinale. În baza cercetărilor s-a stabilit un algoritm de diagnostic. De asemenea articolul relevă importanța morfologică a confirmării tumorului mediastinal în tratamentul sindromului de venă cavă superioară.

Summary

The authors present 39 patients with superior cava vein syndrome caused by mediastinal tumors. Based on the investigations that have been made, we established an algorithm of diagnosis of the superior cava vein syndrome caused by mediastinal tumors. The paper mentions the importance of the morphological confirmation of the mediastinal tumors for the superior cava vein syndrome's treatment.

REZULTATELE IMEDIATE ȘI LA DISTANȚĂ ALE BOLNAVILOR OPERAȚI RADICAL DE CANCER GASTRIC CU PILOROSTENOZĂ

Nicolae Ghidirim, dr. hab. în medicină, conf. univ., *Gurie Coșciug*, dr. hab. în medicină, prof. univ., *Lilian Antoci* dr. în medicină, *Lidia Codrean*, rezidentă, *Ana Donscaia* dr.hab. în medicină., *Vitalie Godoroja*, *Marina Gabunia*, *Victor Catrinici*, dr. în medicină, *Lorena Mednicov*, *N. Buruian*, dr. în medicină, *Nicolae Corobcean*, asist. univ.
USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Hematologie și Oncologie
IMSP Institutul Oncologic, Laboratorul Gastropulmonologie

Introducere. Cu toate că se înregistrează diminuări esențiale ale incidenței cancerului gastric (CG) în America de Nord și în Europa în a doua jumătate a sec. XX, acesta continuă să reprezinte a doua cauză de mortalitate prin cancer (12,1%), rămânând în structura oncologică a doua sau a treia neoplazie ca frecvență în întreaga lume. Incidența cancerului gastric la nivel mondial este larg variabilă, astfel de variații întâlnindu-se la puține tipuri de tumori. În pofida faptului de a avea o tendință stabilă de scădere a morbidității, CG rămâne una dintre cele mai răspândite forme de tumori maligne la om. După datele OMS, anual decedează de CG 750.000 de oameni. CG prezintă o problemă foarte serioasă, atât în aspect etiopatogenetic, cât și în cel al diagnosticului și tratamentului. Referitor la datele epidemiologice – geografice, prevalența și mortalitatea CG (îndeosebi în localizări distale) a scăzut semnificativ în toate regiunile geografice și la toate vârstele, cu 2–7 % pe an. Incidența CG în Uniunea Europeană este de 18.9/100.000/an, iar mortalitatea – de 14.7/100.000/an, cu ratele de 1,5 ori mai crescute la sexul masculin și cu vârful incidenței în decada a șaptea. În Japonia, incidența CG este cea mai sporită, constituind 100/100.000/an, și prezintă prima cauză de deces prin cancer.

Totodată sunt unele țări, unde CG se întâlnește foarte rar (1-2-3‰ în Indonezia, Mexic, Senegal etc.) C. Barthelemy, 1977, P. Cole, F. Reppeto, 1978, I. Chiricuța, GH. Bolba, 1984, N. Hayes, D. Karat, D.J. Scott, S.A. Raimes, S.M. Griffin, 1996, M. Sasako, 1997, C.S. Wang, S. Hsueh, T.C. Chao, 1997.

În Republica Moldova, CG a diminuat treptat, deplasându-se în structura oncologică de pe locul întâi în anii '70 ai sec. XX, cu incidența de 21-30‰₀₀₀, pe locul patru în prezent, constituind o incidență de circa 12,8‰ (N. Ghidirim, 2007).

Din cauza unei adresări tardive a bolnavilor, rezultatele tratamentului cancerului gastric nu sunt satisfăcătoare, îndeosebi al celui însoțit de complicații. Complicațiile mai frecvent întâlnite în cancerul gastric sunt: pilorostenoză și stenoza cardiei, cu diferite grade de disfagie; hemoragiile gastrice și perforația tumorii. Conform datelor relatate de diferiți autori, în cadrul complicațiilor, pilorostenozele se întâlnesc în 70%, hemoragiile ≈16%, implicări cardioesofagiene cu disfagie ≈8-9% și perforațiile ≈5-7% (Ю. Бепезов, 1976, M. Sasako, 1995, M. Буянов, 1985, W. Akihiro și. al., 1984, I. Satoshi, 1999, B. Hoerni, 2001, N. Angelescu, 2001 și alții).

Este binecunoscut faptul, că o bună parte a complicațiilor cancerului gastric depinde de sediul și stadiul tumorii. De cele mai multe ori pilorostenozele sunt provocate de stadiul avansat al tumorii, cu sediul în regiunea piloroantrală.

Stenoza pilorică în cancerul gastric reprezintă indicații vitale către intervenția chirurgicală, dar aceasta trebuie efectuată după o pregătire preoperatorie foarte intensă și de o scurtă durată 2 – 3 zile, cu perfuzii de sol. Ringher, sol. izotonică de NaCl 0,9%, sol. Glucoză 5%, proteine, aminoacizi (tip Moriamin etc.). În rezultat, oricare ar fi gradul de stenoză și cu toate că, într-adevăr, cancerul este depășit stadial, se impune laparotomia și se preconizează tipul de intervenție chirurgicală: rezecție gastrică subtotală, gastrectomie sau anastomoză colaterală gastro-enterală.

Scopul lucrării. Estimarea supraviețuirii imediate și la distanță a bolnavilor operați radical de cancer gastric cu pilorostenoză.

Obiectivele lucrării:

1. Studiul supraviețuirii după operațiile radicale în conformitate cu sexul și vârsta bolnavilor.
2. Rezultatele supraviețuirii conform stadiului procesului tumoral.
3. Analiza supraviețuirii în dependență de forma histologică și gradul de diferențiere a tumorii.

Materiale și metode. Lotul nostru de studiu este rezultatul analizei retrospective a documentației primare (foi de observație, fișe de ambulatoriu, protocoale de operații, datele cancer-registrului, informația telefonică și electronică raională etc.) a 113 bolnavi cu CG cu pilorostenoză, operați radical, care s-au aflat în Secția Gastrologie a Institutului Oncologic în perioada anilor 1995-2009, evaluându-se supraviețuirea imediată și la distanță, în dependență de genul bolnavilor, stadiul, forma histologică și gradul de diferențiere a tumorii. Pe parcursul acestor ani au fost operați 328 de bolnavi de cancer gastric cu pilorostenoză. În cazul procesului tumoral depășit sunt efectuate operații paliative – gastroenteroanastomoză. Din cei 328 de bolnavi din studiul nostru astfel de operații au fost efectuate în 215 cazuri, ceea ce constituie 65,54%, în celelalte 113 cazuri (34,46%) au fost efectuate operații radicale (rezecții subtotale 108 și gastrectomii – 5). Din numărul total de bolnavi operați radical bărbați au fost 64, ceea ce constituie 56,55% și femei – 49 (43,45%). Până la 5 ani au supraviețuit 89 de bolnavi sau 78,8%, iar supraviețuirea peste 5 ani s-a înregistrat la 24 de bolnavi, ceea ce constituie 21,2% (tabelul 1).

Tabelul 1

Supraviețuirea la distanță a bolnavilor operați pe motiv de cancer gastric cu pilorostenoză în conformitate cu vârsta și sexul

Durata	Vârsta sex		31-40 ani		41-50 ani		51-60 ani		61-70 ani		71-80 ani		> 80 ani		Total
	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f			
>1 an	1		6	2	8	4	10	4	8	3			1	47	
1 an		1	2	4	2	1	4	2	2	3				21	
2 ani			1	1	2	1	1	2	3	2				13	
3 ani			1	1		1	1	1						5	
4 ani				1	1	1								3	
5 ani						1	2	2		1				6	
6 ani						1		1						2	
7 ani							1	1						2	
8 ani						1				1				2	
9 ani				1		1	1		1					4	
10 ani				1										1	
11 ani				1						1				2	
12 ani				1	1									2	
13 ani				1			1							2	
14 ani														0	
15 ani							1							1	
Total b/f	1	1	14	11	16	12	19	14	14	10	0	1		1	
Total	2		25		28		33		24		1			113	

După cum se vede din tabelul 1, incidența cancerului gastric cu pilorostenoză este în creștere direct proporțională, începând cu decada a cincea, cu valori maxime în decadele a șasea și a șaptea, mai frecvent la sexul masculin (55,8%).

Am analizat rezultatele supraviețuirii bolnavilor în dependență de stadiul procesului tumoral (tabelul 2).

Tabelul 2

Supraviețuirea bolnavilor de cancer gastric cu pilorostenoză operați radical în conformitate cu stadiul procesului tumoral

Durata (ani)	< 5 ani		5 ani		6 ani		7 ani		8 ani		9 ani		10 ani		11 ani		12 ani		13 ani		14 ani		15 ani		Total
	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	b	f	
T ₁₋₂ N ₀ M ₀	1		2	1	1	1	1	1	1	1			1			1	1	1					1		14
T ₃ N ₀₋₂ M ₀	20	12	2	2					1		1	2		1	1		1								43
T ₄ N ₀₋₂ M ₀	32	24																							56
Total	89		6		2		2		2		4		1		2		2		2		0		1		113

După cum se vede din tabelul 2, peste 5 ani au supraviețuit doar 24 de bolnavi, majoritatea încadrându-se în stadiul T₁₋₂N₀M₀. 13 bolnavi și în stadiul T₃N₀₋₂M₀ – 11. Totodată, nici un bolnav nu a supraviețuit peste 5 ani din stadiul T₄N₀₋₂M₀, ceilalți 89 de bolnavi, din stadiile T₃₋₄N₀₋₂M₀, au decedat până la 5 ani. De asemenea, nu a supraviețuit până la 5 ani nici un singur bolnav cu stadiul T₁₋₂N₀M₀, decesul datorându-se altei cauze, și nu celei de progresare a procesului tumoral.

De asemenea, am evaluat rezultatele supraviețuirii bolnavilor după operațiile radicale în cancerul gastric cu pilorostenoză, în conformitate cu formele histologice și gradul de diferențiere (diagrama 1, tabelul 3).

Tabelul 3

Supraviețuirea bolnavilor operați pe motiv de cancer gastric cu pilorostenoză în conformitate cu forma și gradul de diferențiere

Durata	< 1 an	< 3 ani	< 5 ani	5 ani	6 ani	7 ani	8 ani	9 ani	10 ani	>10 ani	Total
Adenocarcinom înalt diferențiat	5	1	1	3	1	1		3		5	20
Adenocarcinom moderat diferențiat	18	5		2	1	1	1	1		2	31
Adenocarcinom slab diferențiat	17	2	2				1				22
Adenocarcinom anaplazic	20	5							1		26
Cancer în „inel cu pecete”	5	1		1							7
Cancer mucinos	3	4									7
Total	68	18	3	6	2	2	2	4	1	7	113

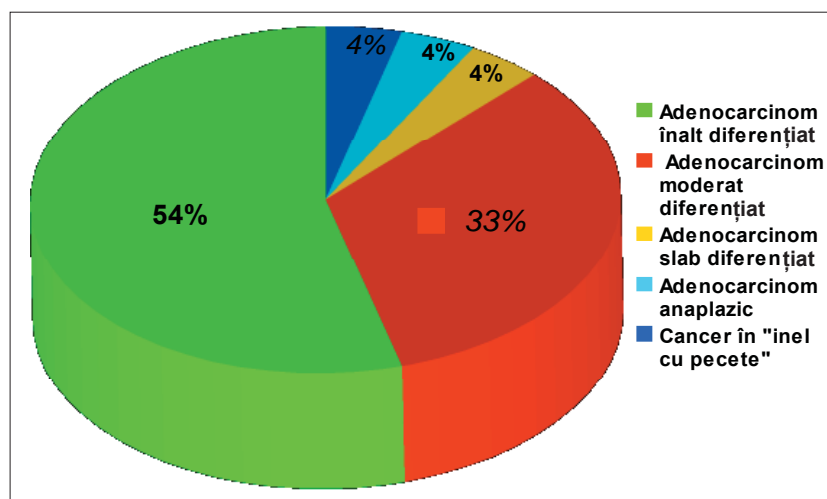


Diagrama 1. Indicele supraviețuirii la distanță al bolnavilor cu cancer gastric cu pilorostenoză operați radical în dependență de forma histologică și gradul de diferențiere

După cum se vede din diagramă și din tabelul 3, din cei 24 de bolnavi care au supraviețuit peste 5 ani, 22 s-au încadrat în lista tumorilor de grad înalt sau moderat de diferențiere. Doar 2 bolnavi (unul în „inel cu pecete” și celălalt cu grad nediferențiat) au supraviețuit peste 5 ani. Ultimul, cu forma anaplastică a cancerului gastric, s-a încadrat în stadiul $T_1N_0M_0$ și a suportat 5 cure de chimioterapie – probabil a fost cazul foarte sensibil la tratamentul chimioterapic.

Rezultate și discuții. Studiul nostru este constituit din 113 bolnavi cu cancer gastric cu pilorostenoză, operați radical, cu evaluarea informativității indicelui supraviețuirii imediate și la distanță, în rezultatul evaluării stadiului, tratamentului aplicat și a formei histologice și gradului de diferențiere.

Rata bolnavilor cu CG cu pilorostenoză operați radical repartizată în grupe de vârstă și sex (tabelul 1) demonstrează o valoare mai crescută, începând cu decada a cincea (85 din 113 bolnavi, ceea ce constituie 75,2%). Cât privește repartizarea pe categorii de sex, o incidență mai crescută se întâlnește la sexul masculin – 64 (56,55%) din 113, față de cel feminin – 49 din 113 (43,45%). O letalitate mai crescută se determină în primii 5 ani după intervenție chirurgicală (89 din 113 (78,8%)), restul bolnavilor – 24 din 113 (21,2%), având un indice de supraviețuire, uneori, de până la 15 ani. Durata medie de supraviețuire a bolnavilor cu cancer gastric cu pilorostenoză operați radical constituie 8,54 ani.

După cum se vede din tabelul 2, conform stadiului procesului tumoral bolnavii au fost distribuiți în felul următor: st. $T_{1-2}N_0M_0$ – 13 bolnavi (11,5%), st. $T_3N_{0-2}M_0$ – 44 de bolnavi (39,0%) și st. $T_4N_{0-2}M_0$ – 56 de bolnavi (49,5%). Cu o creștere direct proporțională a bolnavilor cu stadiul III și IV. O importanță deosebită în depistarea cancerului gastric în stadiile avansate se datorează apariției manifestărilor clinice tardive, adesea cu implicarea deja în proces a organelor cavității abdominale. În ceea ce privește supraviețuirea, din tabel se observă un indice foarte înalt de letalitate în primii 5 ani, în special pentru bolnavii cu stadiile $T_3 - T_4$ (89 din 113 bolnavi, ceea ce a constituit 78,7%), în timp ce la majoritatea bolnavilor cu stadiul I și II s-a înregistrat o supraviețuire mai mult de 5 ani în 92,3%. În această grupă este un singur caz de deces cu stadiul $T_2N_2M_0$, femeie, 59 de ani, după rezecție gastrică subtotală și 3 cure de chimioterapie, histologic – carcinom nediferențiat, care a decedat peste 4 ani din cauza progresării maladiei de bază cu canceromatoză și insuficiență poliorganică. Indicele mediu de supraviețuire la distanță a bolnavilor cu stadiile $T_{1-2}N_{0-2}M_0$ și $T_3N_0M_0$ constituie 8,54 ani. Bolnavii cu stadiul T_4 , în pofida intervențiilor chirurgicale radicale și a tratamentului postoperator chimioterapeutic, nu au supraviețuit mai mult de 5 ani, decedând din cauza avansării maladiei.

Concluzii:

1. Conform rezultatelor studiate, am făcut prima concluzie – cancerul gastric manifestat cu pilorostenoză nu întotdeauna este un proces tumoral depășit. Din 328 de bolnavi, 113 au suportat operații radicale.

2. Analiza rezultatelor supraviețuirii imediate și la distanță la bolnavii operați radical pe motiv de cancer gastric cu pilorostenoză, în conformitate cu stadiul și volumul intervenției chirurgicale, prezintă un nivel înalt la bolnavii cu stadiile $T_{1-2}N_0M_0$, atât după rezecția gastrică subtotală cât și după gastrectomie.

3. Studiul supraviețuirii în conformitate cu rezultatul histologic și gradul de diferențiere ne oferă o rată medie de supraviețuire de 5,02 ani în adenocarcinomul înalt diferențiat, mult mai mare comparativ cu restul formelor histologice, în special, a celor anaplastice, în „inel cu pecete” etc.

Referințe bibliografice

1. Akihiro Watanabe, Tatsuo Oshiro et al. Prognosis of patients with gastric cancer and pyloric stenosis: histological differentiation. Departament of Surgery II, Faculty of medicine Kyushu University Fukuoka 812, Japan, 1994.
2. Angelescu N. Tratat de patologie chirurgicală. București, 2001, p. 1472.
3. Angelescu N. Tratat de patologie chirurgicală. București, Ed. med. 2001 p.122; in D., Brătucu E. ș.a. Probleme actuale de tehnică și tactică chirurgicală în neoplasmul gastric. Chirurgia(București), 1981, 30,2 p. 81–89.
4. Burlui D., Marin D., Brătucu E. ș.a. Probleme actuale de tehnică și tactică chirurgicală în neoplasmul gastric. Chirurgia (București), 1981, 30,2 p. 81–89.
5. Chiricuță I. (red.). Cancerul gastric, vol. 13. Enciclopedia oncologică. Cluj – Napoca, 1984.
6. Cushieri A., Fayers P., Fielding J et al. - Post operative morbidity and mortality after D1 and D2 resection for gastric cancer: preliminary results of the MRC randomized controlled surgical trial. Lancet 1996, 347: 995 – 999.
7. Ghidirim N. Tactica chirurgicală în tratamentul complicațiilor cancerului gastric (monografie). Chișinău, 2007.
8. Lau J. Y., Sung J. J., Lam Y. A., et al. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. N. Eng. J. Med. march 1999, vol. 340, N10, p. 751–756.
9. Rădulescu D., Gavrilăscu S. Considerații terapeutice asupra cancerului gastric complicat. Chirurgia, 1986, 36, 6, p. 415-424.
10. Satoshi Itano. Early gastric cancer and its complications: bleeding, perforation and pyloric stenosis. Acta Medica Okayama N37, 1999.

11. Schemmer P., Decher F., Dei-Anane G. et al. The vital threat of an upper gastrointestinal bleeding: Risk factor analysis of 121 consecutive patients. *World J. Gastroent.* June 2006, vol. 12, N 22, p. 3597–3601.
12. So J.B.Y., Yam A., Cheah W.K., Cum C.K., Goh P.M.: Risk factors related to operative mortality and morbidity in patients undergoing emergency gastrectomy. *Br J Surg* 2000, 87: 1702 – 1707.
13. Tissot E. Gastrectomie totale pour cancer. *Can. Med. Lyon*, 1980, 5, 17, 1021 – 1024.
14. Wang C.S., Hsueh S., Chao T. C. Et al. Prognostic study of gastric cancer without serosal invasion: reevaluation of the definition of early gastric cancer. *J. Am. Coll. Surg.*, 1997, 185: 476 – 480.
15. Waterhouse I., Muir C., Correa P., Powel I. *Cancer, incidence infive continents*, vol. 3, IARC, Sci. Publ. N 15, Lyon, 1976.

Rezumat

Pe un lot de 113 bolnavi de cancer gastric cu pilorostenoză operați radical s-a evaluat supraviețuirea imediată și la distanță în conformitate cu stadiul și volumul intervenției chirurgicale (gastrectomie, rezecție gastrică subtotală radicală), cu rezultatele tratamentului combinat (chirurgical + chimioterapie), forma histologică și gradul de diferențiere a procesului tumoral.

Astfel, s-a constatat că supraviețuirea la distanță (peste 5 ani) corelează în mod direct cu stadiul procesului tumoral. Cei 24 de bolnavi ce au supraviețuit peste 5 ani s-au încadrat în stadiile $T_{1-2,3}N_{0-2}M_0$. Nici un bolnav cu stadiul $T_4N_{0-2}M_0$ nu a supraviețuit peste 5 ani.

La fel s-a înregistrat o supraviețuire mai bună și în conformitate cu forma histologică și, în special, cu gradul de diferențiere a tumorii. Din cei 24 de bolnavi, care au supraviețuit peste 5 ani, 22 s-au încadrat în gradul înalt sau moderat de diferențiere. Doar 2 bolnavi (unul nediferențiat și cel de al 2-lea – în „inel cu pecete”) au supraviețuit peste 5 ani. Formele histologice cu un nivel înalt de diferențiere, îndeosebi, adenocarcinomul înalt diferențiat, oferă o rată medie de supraviețuire de 5 ani, mult mai mare comparativ cu restul formelor histologice.

Summary

The research on 113 patients with gastric cancer with pylorostenosis after a radical surgery evaluation of the immediately and distance dependent on the stage of the tumoral process and volum of the surgical intervention (gastrectomy, resection radical gastric subtotal), with combination treatment results (surgery + chemiotherapeutic), hystopathological form and differentiation of the tumor degree.

Thus, distance survival after 5 years dependent on the stage of the tumoral process. Other 24 patients survival after 5 years the included in the $T_{1-2,3}N_{0-2}M_0$ stage. Never patient with $T_4N_{0-2}M_0$ stage doesn't survival after 5 years.

РАК ЛЕГКОГО – ОДНА ИЗ ОСНОВНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Н.А. Артемова, др. медицинских наук, ученый секретарь

Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии
им. Н.Н. Александрова, Минск, Республика Беларусь

Злокачественные новообразования являются одной из основных медицинских и социальных проблем. Составляя менее 1% в структуре заболеваемости, они находятся на втором месте в структуре смертности и инвалидности населения большинства развитых стран, а по тяжести инвалидности — на первом месте. Рак легкого в разные временные периоды занимал различные ранговые места в структуре онкологической заболеваемости, но всегда находился в числе лидирующих у мужчин.

Проанализированы динамика заболеваемости раком легкого и смертности от него в Республике Беларусь за период с 1970 по 2008 г., состояние медицинской помощи этой категории больным, а также динамика показателя соотношения смертности и заболеваемости, который является критерием комплексной оценки биологической агрессивности опухоли, своевременной диагностики и качества лечения онкологических больных.

Учитывая большие различия в заболеваемости раком легкого у мужчин и женщин, анализ проводился отдельно с учетом пола заболевших. Число случаев заболевания раком легкого в Республике Беларусь за 40 лет увеличилось у мужчин почти в 4 раза (1046 случаев в 1970 г., 4193 – в 1996 г., 3810 – в 2008 г.), у женщин – в 2 раза (277 случаев в 1970 г., 556 – в 2008 г.).

Для оценки реального уровня заболеваемости раком легкого проведен анализ грубых интенсивных показателей за период 1970-2008 гг. Грубый интенсивный показатель заболеваемости у мужчин в 1970 г. составил 25,2‰, в 2008 г. – 84,3‰, максимум в 1996 г. – 87,8‰. У женщин за 40 лет грубый интенсивный показатель заболеваемости раком легкого возрос с 5,7‰ в 1970 г. до 10,8‰ в 2008 г.

Учитывая значительные различия в возрастно-половой структуре, а также демографические из-