

Rezumat

Lucrarea de față propune o analiză a rezultatelor tratamentului unui caz clinic cu traumatism hepatic, asociat cu lezeunea pancreasului. Analiza cazului dat a relevat eficiența tehnicii chirurgicale, a hemostazei și o evoluție favorabilă. Deși cazul dat a fost grevat de necesitatea unei reintervenții chirurgicale pentru prezența hemoragiei și a bilioragiei, un procedeu eficient de hemostază a fost suturarea leziunii cu aplicarea taxocombului și poate fi recomandată în cazul pacienților cu leziuni severe hepatice și cu asocieri lezionare complexe.

Summary

This article proposes an analysis of treatment results of a clinical case of liver trauma associated with pancreas rupture. Analysis of the clinical case has shown the effectiveness of surgical technique, hemostasis and a favorable outcome. Although this case was complicated by the need for reoperation because of bleeding and bilirrhages, effective method of hemostasis was suturing burst and application locally of Taxocomb. This method can be recommended for patients with rupture of the liver and associated injuries.

Резюме

Данная статья представляет анализ результатов лечения пациента с травмой печени сочетающейся с травмой поджелудочной железы. Анализ данного клинического случая показал эффективность хирургической техники, гемостаза и благоприятный исход. Хотя данный случай был осложнен необходимостью в проведении повторной операции из-за наличия кровотечения и билиорагии, эффективным методом гемостаза было ушивание разрыва и применение местно taxocomba. Этот метод может быть рекомендован для пациентов со сложными разрывами печени и сопутствующими травмами.

TUMORĂ WILMS LA COPIL (CAZ CLINIC)

Jana Bernic¹, dr. hab. în med., prof. univ.,

Boris Curajos¹, dr. hab. în med., prof. univ.,

Vera Dzero¹, dr. în med., conf. univ.,

Victoria Celac¹, cercet. șt. stagiar,

Vergil Petrovici², medic-patomorfolog,

Larisa Rusu³, șefa secției oncopediatrie,

¹USMF “Nicolae Testemițanu”, ²ICȘDOSMC, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu”,

³IMSP Institutul Oncologic

Practica clinică este un domeniu ce evoluează rapid. Modificările în înțelegerea biologiei moleculare,

geneticii, fiziopatologiei, diagnosticului și tratamentului, împreună cu terapiile revoluționare ale cancerului și cu noile indicații ale acestora constituie cadrul propriu pentru educația continuă.

Cancerul reprezintă o familie complexă de boli (între 150 și 200), iar *carcinogeneza* este definită ca un proces multistadial de transformare a unei celule normale într-o celulă malignă.

Max Wilms (1951) definea neoplasma ca “o masă anormală de țesut” a cărei creștere se produce în exces față de normal, este necontrolată și neconcordantă cu cea a țesuturilor normale și continuă în același mod progresiv după încetarea stimulului care a determinat-o. Incidența tumorii Wilms este relativ uniformă, reprezentând 5-11% din afecțiunile maligne ale copilului. Nu există diferențe între sexe, deși unele studii raportează prevalența sexului masculin [1].

Prezentare de caz clinic. *Pacientul L.*, de 1 an, de sex masculin, născut la termen, de la I sarcină ce a decurs fără careva particularități. Se internează în serviciul de chirurgie toraco-abdominală a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică “Natalia Gheorghiu” pentru o formațiune tumorală majoră a abdomenului, depistată întâmplător de mama copilului la vârsta de 1 an. Examenul abdomenului decelează o formațiune tumorală dură la palpație, nedureroasă, cu sediul în abdomen pe stânga. Examenul ecografic al abdomenului și al sistemului urinar (*figura 1*) a relevat o formațiune tumorală cu structură solidă, de dimensiuni 14,0 x 9,0 cm, situată retroperitoneal și intrarenal pe stânga.



Figura 1. Ecografia rinichiului stâng. Tumor renal pe stânga.

Obiectiv la internare: pacient normoponderal, cooperant. Starea generală este gravă, periodic face subfebrilitate, tegumentele și mucoasele – palide, surii. În plămâni respirația aspră. Zgomotele cardiace asurzite, fără sufluri decelabile stetacustic. Abdomen asimetric, vădit mărit în dimensiuni în hipocondrul și

flancul stâng, desen vascular pronunțat al peretelui abdominal în aria precordială, cu stază venoasă. Palpația abdomenului decelează o formațiune tumorală dură, nedureroasă, cu sediul în special în abdomen pe stânga.

Electrocardiograma la internare fără modificări, ritm sinusal.

Biologic: hemograma: Hb – 98 g/l, Er – 2,3x10¹²/l, L – 7,4 x10⁹/l, n/e – 7, s/e – 38, eoz – 2, mon – 8, VSH – 15, proteina totală 64 g/l, ureea serică – 4,3, creatinina serică – 0,057 mmol/l, bilirubina generală – 9,4 mkmol/s.l., transaminazele fără modificări enzimatic. ALT /1,15 mmol/s.l., Kaliu / 5,8 mmol/l, Na - 141 mmol/l. Analiza sumară a urinei: culoarea – galbenă, transp., reacția – acidă, proteina – negativă, epiteliu plat – unice c/v, leucocite – 2-4 c/v.

Examenul prin urografia intravenoasă indică prezența unei tumori renale pe stânga (*figura 2*).

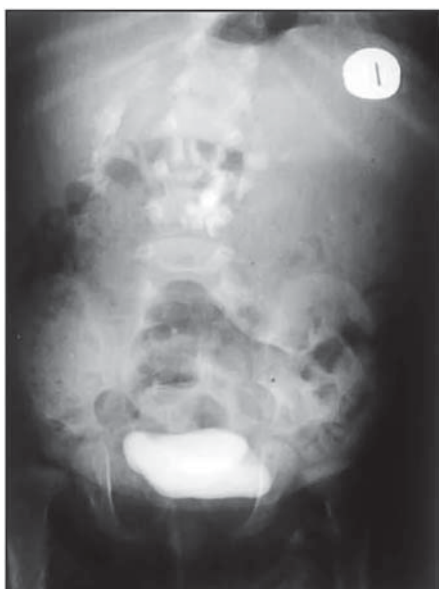


Figura 2. Urografia intravenoasă. Prezența unei mase tumorale pe stânga.

Masa tumorală dezorganizează structura renocaliceală. Rinichiul pe stânga deplasat spre coloana vertebrală, cu funcția păstrată. Funcția rinichiului drept este normală.

Tomografia computerizată (*figura 3*) decelează tumoră renală pe stânga. Ținând cont de simptomatologia și de aspectul anatomic, de rezultatele explorărilor imagistice, s-a diagnosticat tumora Wilms al rinichiului pe stânga.

Luând în considerație starea generală gravă a copilului, anemia feriprivă, prezența unei formațiuni tumorale a rinichiului pe stânga de dimensiuni majore (14,0 cm x 9,0 cm), copilul a fost transferat la Institutul Oncologic, secția de oncopediatrie, pentru tratament chimioterapic. Copilul a urmat două cure

de tratament chimioterapic. A fost utilizată vincristină – 0,75 mg la 1-a, 8-a, 15-a zi, adriamicină 20 mg la a 15-a zi.

La examenul ecografic repetat tumora s-a micșorat – 12,0 x 7,0 cm.

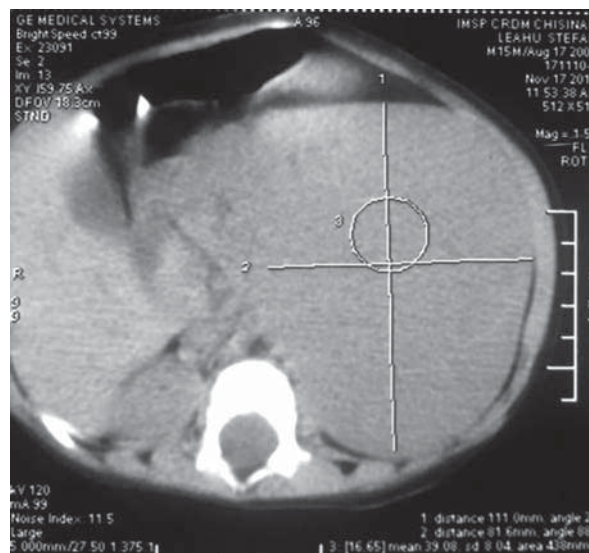


Figura 3. CT decelează tumoră a rinichiului pe stânga.

Mai apoi pacientul este transferat repetat pentru tratament chirurgical în CNȘPCP “Natalia Gheorghiu”, IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, secția de urologie. După o pregătire preoperatorie, se decide de a interveni chirurgical. Prin abord transabdominal, cu mici dificultăți tehnice se intervine chirurgical și se practică tumornefrectomia (*figura 4*).

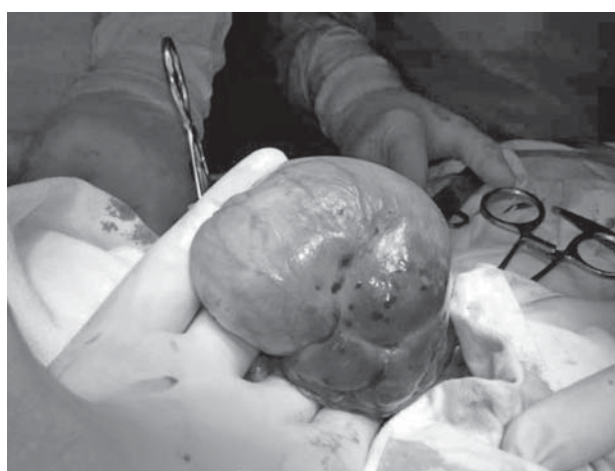


Figura 4. Aspect intraoperator. Tumornefrectomia.

Aspectul macroscopic de ansamblu al nefroblastomului la diverse nivele indică:

A – formațiuni chistice de diversă mărime cu conținut seros; B – focare pseudoadenomatoase; C – hemoragie schimbată.

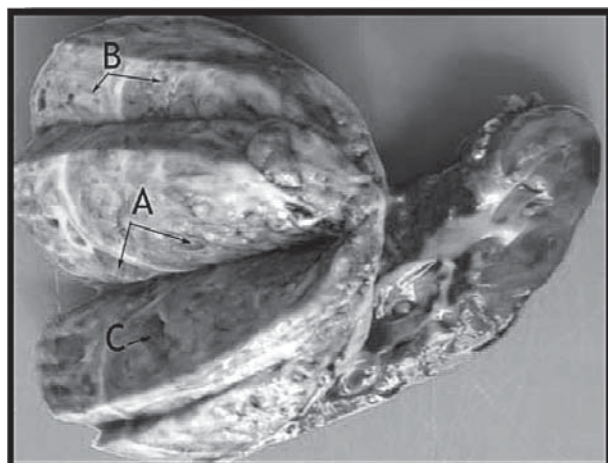


Figura 5. Aspect macroscopic al rinichiului tumoral modificat. Tumor al polului superior al rinichiului pe stânga.

Anatomia este patologică. Aspectul microscopic în nefroblastom este prezent în figurile 6, 7.

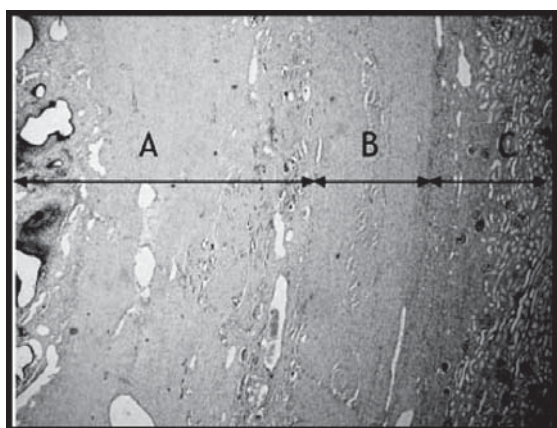


Figura 6. Aspect microarhitectural de frontieră a nefroblastomului: A – proces tumoral cu stromă fibroasă și structuri glandulare; B – capsula constituită din țesut conjunctiv și fibromuscular; C – parenchimul renal peritumoral la limita normei.

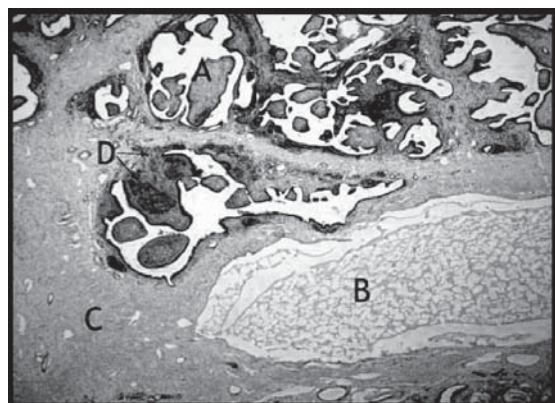


Figura 7. Aspectul de ansamblu glandular – chistic a nefroblastomului. A – structuri glandular-polare, B – formațiuni chistice; C – țesut conjunctiv fibroziv-stromal; D – structuri tubular-epiteliale.

Discuții

Evoluția pacientului după intervenția chirurgicală a fost favorabilă, fără complicații postoperatorii locale sau la distanță. Pacientul a fost transferat la 8 zile de la intervenție la serviciul de oncopediatrie al IMSP Institutul Oncologic din R. Moldova, cu recomandarea de continuare a tratamentului chimioterapic și de control riguros al funcției renale.

Am prezentat acest caz clinic pentru a pune în evidență complexitatea clinico-paraclinică a tumorii Wilms necorelată cu simptomatologia la etapa timpurie și cu riscul de dezvoltare rapidă a insuficienței renale pe rinichiul afectat tumoral. Datele din literatura de specialitate menționează despre evoluția necontrolată a tumorii Wilms. Se cunoaște faptul că simptomatologia acestei afecțiuni Wilms (tumoră abdominală, de obicei de dimensiuni mari; consistență fermă, nedată, moale, puțin mobilă, nedureroasă) crește rapid și tumora poate să-și dubleze dimensiunile în termeni de câteva zile la un copil cu stare generală bună.

Multe studii au indicat faptul că deseori copilul acuză dureri abdominale (50% din cazuri), mimând un abdomen acut, și aceste dureri ar putea fi expresia unei rupturi tumorale [1], prezența unei hematurii (în 15% din cazuri), hipertensiune arterială (în 25% din cazuri) [2], prezența unui varicocel stâng, explicat prin faptul că trombii tumorali invadează inițial vena renală stângă și determină întreruperea returului venos prin vena spermatică stângă.

Evoluția nefroblastomului. Invazia locală se face mai întâi pe cale limfatică spre sinusul renal și în interiorul capsulei renale. Apoi tumora invadează capsula propriu-zisă, prin contiguitate sau pe cale vasculară, urmând invazia în spațiul din vecinătatea capsulei renale. Metastazele la distanță sunt reprezentate de leziunile din pulmon, ganglionii limfatici regionali și ficat (80% din metastaze sunt în pulmon și 15% – în ficat) [3]. Alte arii de metastazare sunt rare în nefroblastom.

Factorii de prognostic al nefroblastomului sunt dependente de mărimea tumorii, vârsta copilului, aspectul histologic, prezența metastazelor în ganglionii limfatici, invazia capsulei renale. Factorul determinant este aspectul histologic al tumorii [1].

S-au identificat și alți factori adiționali ai prognosticului nefroblastomului: factori cromozomiali – pierderea heterozigoității pentru brațul lung al cromosomului 16, sau al brațului scurt al cromosomului 1 [4], factori în relație cu ADN-ul celular – aneuploidia apare în leziunile anaplazice, iar tetraploidia este asociată cu un prognostic negativ.

Particularitățile cazului prezentat:

- evoluția lentă cu simptomatologie relativ blândă pe parcursul unui an până la momentul internării;

- la internare simptomatologia a fost zgomotoasă și cu modificări importante din partea abdomenului și rinichiului stâng;

- evoluția tratamentului chimioterapic, care a permis micșorarea în dimensiuni a tumorii și posibilitatea intervenției chirurgicale prompte;

- evoluția favorabilă postintervenție chirurgicală.

Am prezentat acest caz pentru a arăta că tratamentul tumorii Wilms este multimodal, asociind chirurgiei chimioterapia, ceea ce a determinat creșterea ratei de vindecare la acest pacient.

Bibliografie

1. Aprodu Gabriel, *Chirurgie pediatrică*. Iași: Ed. "Gr. T. Popa", 2010, p. 223-231.
2. Shamberger R.C., *Renal tumors*. Carachi R., Grosfeld J.L., Azmy A.F. "The surgery of childhood tumors", 2 edition, Springer 2008; 10:171-192.
3. Lemerle J., Tournade M.F., Larrazin D., *Wilm's tumor; natural history and prognostic factors*. *Cancer*, 1976; 37:2557-2566.
4. Farmer D.C., *Urinary tract masses*. *Sem Pediatr. Surg.*, 2000; 9:109-114.

Rezumat

Este prezentată observația clinică a unui bolnav în vârstă de 1 an, la care s-a constatat tumora Wilms, confirmată prin examen patomorfologic. S-a determinat o evoluție favorabilă a cazului dat.

Summary

It is presents the clinical observation of a patient aged 1 year that have found confirmed by examination pathomorphological Wilms tumor. We determined a favorable trend case.

Резюме

В статье описан клинический случай выявления опухоли Wilms у годовалого ребенка, подтвержденная патоморфологически. В данном случае отмечено благоприятное течение процесса.

**TRATAMENTUL COMBINAT
(CHIRURGICAL
ȘI CHIMIOTERAPEUTIC)
AL PACIENTELOR CU RECIDIVE
ȘI METASTAZE DE CANCER OVARIAN
ÎN BAZINUL MIC**

*Tudor Rotaru*¹, dr. în medicină, conf. univ.,
*Alexandru Gudima*², dr. hab. în medicină, conf.
cercet., *Nicolae Ghidirim*¹, dr. hab. în medicină,
prof. univ., *Sergiu Roșca*², dr. în medicină, conf.
cercet., *Sergiu Ungureanu*², medic-ordinator,
*Angela Stratulat*², cercet. șt.,
*Diana Osadci*², dr. în medicină,
*Mariana Vârlan*¹, medic-rezident,
USMF „Nicolae Testemițanu”¹,
IMSP Institutul Oncologic²

Introducere

Tratamentul recidivelor de cancer ovarian rămâne una dintre cele mai dificile probleme în oncoginecologie. În pofida implementării de noi citostatice, cum ar fi etopozidul, taxanele, hicaptinul, topotecamul, irinotecanul și altele, nu s-au înregistrat rezultatele scontate, media remisiei nu depășește 8-10 luni, iar supraviețuirea – 12-14 luni [1-4, 6, 7, 17].

Rezultatele tratamentului bolnavilor cu recidive și metastaze de cancer ovarian în bazinul mic demonstrează superioritatea tacticii chirurgicale active, asociate cu polichimioterapia și radioterapia, în comparație cu o tactică conservativă de administrare a polichimioterapiei sau radioterapiei.

Majoritatea clinicilor specializate în tratamentul cancerului ovarian, în caz de recidivă a tumorii, recurg la relaparotomie [4, 5, 8, 15, 16, 18] cu citoreducție maximal posibilă a tumorii recidivante, urmată de 6 cure polichimioterapice [9-13, 19].

Material și metode

Urmărind obiectivul de a evalua eficiența tratamentului combinat și complex al pacientelor cu recidive și metastaze de cancer ovarian în bazinul mic, au fost studiate rezultatele terapiei combinate la 130 de bolnave tratate în Institutul Oncologic din Republica Moldova, în perioada 1995-2006.

Rezultate și discuții

Analiza datelor proprii a demonstrat că din 130 de paciente cu recidive de cancer ovarian incluse în studiu, au fost supuse relaparotomiei 76, ceea ce constituie 58,5±4,3% (tabelul 1).