

RECIDIVELE TUMORILOR ȚESUTURILOR MOI DUPĂ DIFERITE METODE DE TRATAMENT

**Mereuță Ion – prof. univ¹., Borovic Diana² – doctorand,
IP USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Oncologie,
Hematologie și Radioterapie**

Rezumat

Scopul acestei lucrări a fost de a studia frecvența recidivelor la pacienții cu tumori maligne ale țesuturilor moi, în funcție de metoda de tratament. Studiul nostru a demonstrat că frecvența de apariție a recidivelor postoperatorii a fost 56%, dar acest indice este aproximativ, deoarece mulți pacienți nu s-au prezentat la control după tratament. Cea mai mică rată de apariție a recidivelor la pacienții care au primit tratament complex (chirurgical + chimioterapie + radioterapie) a fost - 7%. Acest fapt confirmă că tratamentul tumorilor țesuturilor moi necesită o abordare cuprinzătoare, cooperare multidisciplinară și investigare selectivă.

Cuvinte-cheie: tumorile maligne a țesuturilor moi, recidive, tratament combinat, tratament complex

Summary. The aim of the study is to identify the frequency of the recidives of soft tissue malignancy depending of the method of the treatment

The reaserch has shown a frequency of postsurgery recidives was 56%, but this index is about for the reason of unnetending the medical appointments. The lowest indicator of the grequency of the recidives was obtained from the patients that complex treatment

has been administrated (Surgery+CHT+RT)-7%. It confirms that the treatments of malignancy of soft tissue needs a complex approach, an interdisciplinary approach and selective researches.

Key words: malignancy of soft tissues, recidives, combination therapy, complex therapy

Резюме. Рецидивы опухолей мягких тканей после разных методов лечения

Целью настоящей работы заключается в изучение частоты рецидивов у пациентов с злокачественными опухолями мягких тканей в зависимости от метода лечения. Наше исследование продемонстрировало частоту постоперационных рецидивов в 56%, но этот индекс приблизителен из-за не обращения многих пациентов на контрольную проверку. Самый низкий уровень рецидивов в группе пациентов которые получили комплексное лечение (хирургический+химиотерапия+радиотерапия)-7%. Этот факт подтверждает что лечение опухолей мягких тканей требует комплексный подход, мультидисциплинарное сотрудничество и селективные исследование.

Ключевые слова: злокачественные опухоли мягких тканей, рецидивы, комбинированное лечение, комплексное лечение

Introducere

Tumorile maligne ale țesuturilor moi sunt incluse în grupul celor mai maligne neoformațiuni conform tabloului clinic și prognosticului, cu o diseminare locală agresivă și potențial mare de metastazare. Conform datelor literaturii sarcoamele țesuturilor moi se întâlnesc destul de rar și alcătuiesc 0,5-2% din toate tumorile maligne [1,5,6].

Statistica ultimilor ani ne relatează o creștere stabilă a mortalității prin tumori ale țesuturilor moi [1,4].

În Republica Moldova - tumorile țesuturilor moi: 2,4‰ – 85 bolnavi (10% depistare precoce, 21% grupa clinică IV). Aceste tumori afectează, în special populația aptă de muncă (20-50 ani). Bărbații sunt afectați ceva mai des decât femeile. Conform repartizării topografice sarcoamele de țesuturi moi își iau începutul în: membrele inferioare – 45%, membrele superioare – 15%, cap și gât – 10%, retroperitoneu – 15%, trunchi – 10%. Sarcoamele țesuturilor moi cu debut din viscere sunt foarte rare. Etiologic: Factorul genetic pare a fi important în dezvoltarea sarcoamelor de țesuturi moi. Astfel studiile citogenetice au arătat asocierea unor forme histologice de sarcoame cu diverse aberații cromosomiale. Alți factori implicați în geneza sarcoamelor țesuturilor moi sunt: - radiația ionizantă - perioada de latență 10-15 ani - limfedem cronic - poate aduce la apariția limfangiosarcoamelor - carcinogeni din mediu - s-a demonstrat riscul sporit de dezvoltare a angiosarcomului în intoxicațiile cronice cu polivinilclorid, arseniu și dioxid de toriu - infecția virală - sarcom Kaposi asociat cu infecția cu herpes virus tip 8 la pacienții imunocompromiși (HIV) [7].

Tumorile țesuturilor moi rămân a fi una dintre cele mai dificile compartimente pentru oncomorfologi, ceea ce este legat cu o mare diversitate de forme nozologice, condiționate de o multitudine de forme histo- și morfogenetice, deficiențe în ceea ce privește diagnosticul diferențial între structurile celulare tumorale asemănătoare histologic [12]. Chiar și în cazul unui diagnostic morfologic cert este des-

tul de greu. Printre caracteristicile biologice de bază în ceea ce privește tumorile maligne ale țesuturilor moi putem menționa o frecvență înaltă a recidivelor locale, și a metastazelor la distanță. Conform datelor diferitor autori tendința de recidivare se întâlnește cu o frecvență diferită în dependență de metoda de tratament aplicată și poate să ajungă chiar și până la 90% [1]. După datele multor autori, aproximativ 80% de recidive locale și la distanță apar în primii 2 ani după efectuarea intervenției chirurgicale [10]. Frecvența înaltă a recidivelor se explică în mare parte prin absența capsulei proprii, creștere de tip infiltrativ și multicentricitatea diseminării celulelor tumorale [11]. O altă particularitate a tumorilor țesuturilor moi este metastazarea hematogenă timpurie, predominant în plămâni, în termeni de la câteva săptămâni până la câțiva ani de la apariția tumorii primare.

Tendința spre recidivare multiplă a tumorilor țesuturilor moi este caracteristică atât pentru formele histologice înalt diferențiate, cât și pentru cele slab diferențiate [8].

Conform opiniilor mai multor autori obținerea unui control local în ceea ce privește intervenția chirurgicală, poate ajunge aproximativ la 70-75%. În alte cercetări, inclusiv și acele randomizate, controlul local a fost atins în 56% și chiar 20% [9].

Doar tratamentul chirurgical, necătând la perfecționarea tehnicilor de operație, nu permite actualmente obținerea unor indicatori înalți ai supraviețuirii pacienților cu SȚM, mai ales în cazul formelor local răspândite, profunde, tumori cu grad de malignitate înalt și scăzut.

Conform datelor literaturii și proiectării unui eșantion mare de pacienți și, anume 4579 cazuri cu sarcoame a țesuturilor moi, H. Strander și coautorii (2003) au demonstrat că efectuarea radioterapiei postoperatorie, atât în cazul marginilor rezecabile pozitive, cât și negative, dar și în cazul sarcoamelor cu grad scăzut de diferențiere permit o scădere a recidivelor locale cu 17%.

Analiza lucrărilor cercetătorilor străini, au demonstrat rezultate mai bune în tratamentul ȘTM în cazul efectuării unui tratament combinat și complex, incluzând diferite combinații de tratament iradiant, chimioterapeutic, chirurgical. Totuși problema tratamentului tumorilor țesuturilor moi nici până acum nu este soluționată. Este foarte mare rata recidivelor loco-regionale și la distanță.

Scopul studiului

Studierea frecvenței recidivelor la pacienții cu tumori maligne ale țesuturilor moi în dependență de metoda de tratament administrată.

Material și metode

Au fost supuși analizei 116 pacienți primari cu diagnosticul tumori maligne ale țesuturilor moi, care au fost tratați în Clinica universitară Oncologie Generală, baza clinică, Institutul Oncologic, ulterior în secțiile chimioterapie, radioterapie, intervalul de timp 2012, 2013, 2014 (tabelul 1). Diagnosticul a fost stabilit clinic, paraclinic, confirmat morfologic.

Rezultate și discuții

În urma analizei datelor 48 pacienți (41%) au primit tratament chirurgical, 45 (39%) - tratament chirurgical + radioterapie adjuvantă, 15 pacienți (13%) - tratament chirurgical+chimioterapie adjuvantă, 8 pacienți (6.9%) - tratament chirurgical+radioterapie+chimioterapie adjuvantă (fig. 1).

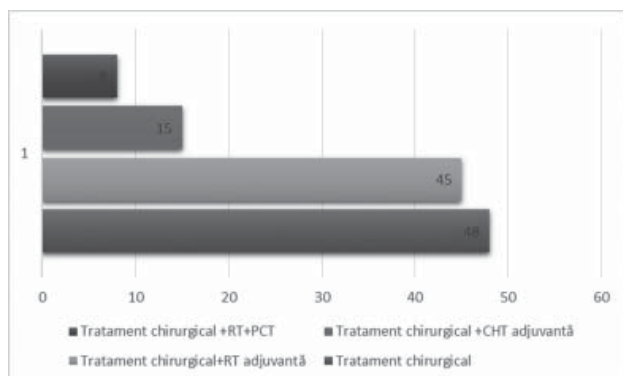


Figura 1. Metode de tratament ale tumorilor maligne ale țesuturilor moi

La analiza datelor din tab.1 putem menționa cu certitudine că cel mai mare procentaj de recidive se

întâlnesc la pacienții tratați doar chirurgical (56%). Așa cum în majoritatea cazurilor pacienții ajung în stadii tardive la Institutul Oncologic, intervenții chirurgicale radicale au fost posibile de realizat doar la 40% pacienți, ceea ce explică și rata de recidivare destul de înaltă. În legătură cu aceasta tratamentul pacienților cu tumori maligne ale țesuturilor moi este o problemă extrem de complicată, ceea ce necesită asocierea cu alte metode de tratament și conlucrarea unei echipe multidisciplinare ce include specialiști din 3 domenii: chirurgie, chimioterapie, radioterapie și, adaptarea tratamentului în fiecare caz aparte.

Necătând la faptul că tumorile țesuturilor moi conform caracteristicilor radiobiologice fac parte din grupul tumorilor relativ radiorezistente, la asocierea metodelor chirurgicale și radioterapeutice rata recidivelor după radioterapia adjuvantă este de 20%, deci mult mai mică decât la pacienții tratați în exclusivitate prin metoda chirurgicală.

Cât privește eficacitatea tratamentului chimioterapeutic adjuvant necătând la faptul că muți autori pun sub semnul întrebării eficacitatea acestuia (Салатов Р.Н. и соавт., 2005; Коноваленко В.Ф. и соавт., 2006; Schlem-ner M., 2004), în cercetarea noastră am obținut o rată de recidivare de 17%.

Cea mai mică rată de recidivare a fost depistată la pacienții care au primit tratament complex (chirurgical, radioterapeutic, chimioterapeutic) - 7% (fig. 2).

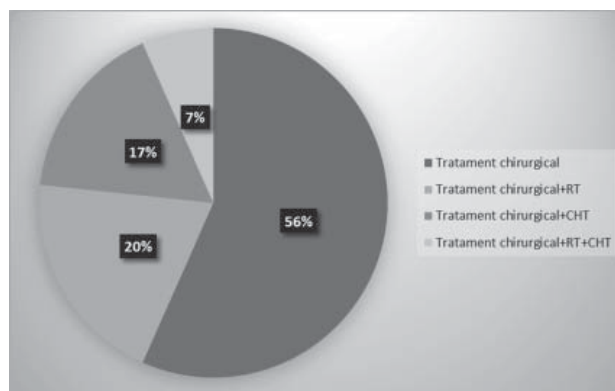


Figura 2. Rata recidivelor tumorilor maligne ale țesuturilor moi în dependență de metoda de tratament aplicată

Tabelul 1

Metodele de tratament ale pacienților cu tumori maligne ale țesuturilor moi și rata recidivelor după tratament

Metoda de tratament	Recidive		Recidive	
	Total bolnavi c.a (cifre absolute)	%	c.a (cifre absolute)	%
Tratament chirurgical	48	41	34	56
Tratament chirurgical +radioterapie adjuvantă	45	39	12	20
Tratament chirurgical +chimioterapie adjuvantă	15	13	10	17
Tratament chirurgical +RT+PCT	8	6.9	4	7
Total	116	100	60	51.72

Este foarte dificil de-a face un prognostic pentru pacienții cu tumori maligne ale țesuturilor moi și efectuarea unor calcule în ceea ce privește perioada fără recidive și supraviețuirea acestor pacienți în Republica Moldova, motivul fiind adresarea tardivă (stadii avansate), imposibilitatea efectuării unor intervenții chirurgicale radicale, metode de elecție în așa cazuri fiind tratamentul chimio- și radioterapeutic. Deoarece tumorile maligne ale țesuturilor moi la aceste metode de terapie sunt rezistente, se micșorează indicatorii de supraviețuire și calitatea vieții acestor pacienți se înrăutățește, fiind supuși la rândul lor unor repetate intervenții chirurgicale paliative mutilante.

Concluzii:

1. Tumorile maligne ale țesuturilor moi reprezintă o patologie complicată, motivul fiind caracteristicile biologice ale acestui tip de tumori - agresivitate locală și potențial mare de metastazare, rezistența relativă la tratamentul radio- și chimioterapeutic.

2. Doar tratamentul chirurgical nu permite obținerea unui control local, motiv fiind particularitățile morfologice ale acestui tip de tumori (absența capsulei proprii, creștere de tip infiltrativ și diseminare multicentrică. Cercetarea noastră a demonstrat o frecvență a recidivelor postoperatorii de 56%, însă acest indice este aproximativ din motivul neadresării multor pacienți la control repetat.

3. Cel mai mic indicator al frecvenței recidivelor a fost obținut la pacienții cărora a fost administrat tratament complex (Chirurgical+CHT+RT)-7%. Aceasta confirmă că tratamentul tumorilor maligne ale țesuturilor moi necesită o abordare complexă, o conlucrare strânsă multidisciplinară și cercetări selective.

Bibliografie

1. Алиев М. Д., Мехтиева Н. И., Бохан Б. Ю. Факторы прогноза сарком мягких тканей // Вопросы онкологии. 2005. - Т.51, N3. - С.288-299.

2. Франк Г.А. – Проблемы морфологической классификации и диагностики опухолей мягких тканей, стр.231-236 (2004).

3. Кочнев В.А. Клиника, дифференциальная диагностика и стадирование сарком мягких тканей / В.А. Кочнев // Практическая онкология. -2004. Т.5. - № 4. - С. 237-242.

4. Бохан Б. Ю. Возможности лекарственного лечения локализованных сарком мягких тканей // Практическая онкология. 2004. - Т.5, N 4. - С.264-267.

5. Двойрин В. В. Статистическая оценка эффекта лечения онкологических больных // Вопросы онкологии. 1985. - Т. XXVIII, N12. - С. 29-37.

6. Трапезников Н.Н., Алиев Б.М., Юрьева Т.В. Отдаленные результаты комбинированного лечения сарком мягких тканей // Вопр. онкол. 1982. - № 11. - С. 20-24.

7. Мереуță I. Aspecte clinice și metodologice ale dificultăților în activitatea medicilor traumatologi-ortopezi din perspectiva vigilenței oncologice, 58 pag. Chișinău 2012.

8. Столяров В.И. Принципы хирургического лечения опухолей мягких тканей / В.И.Столяров // Опухоли мягких тканей: мат. межгосударственного симпозиума. СПб, 1992. - С. 35-37.

9. Ferrari A., Gronchi A., Casanova M. et al. Synovial sarcoma: a retrospective analysis of 271 patients of all ages treated at a single institution // Cancer. 2004. - Vol.101 (3). - P.627-634.

10. Barth R.J., Merino M.J., Solomon D. A prospective study of the value of core needle biopsy and fine needle aspiration in the diagnosis of soft tissue masses. Surgery. Sep 1992; 112(3): 536-43.

11. Harștea D., Мереуță I., Iacovlev I. Particularități clinico-diagnostice ale dermatofibrosarcomului protuberans. În: Culegere de articole și teze, Congresul III Național de Oncologie. Chișinău, 2010, p. 199-201.

12. Cernîi A., Iacovleva I., Bogdanscaia N. și al. Aspecte morfologice ale invaziei tumorale. Conferința oncologilor din Moldova. 1995, p. 58-69.