

## CAZ CLINIC

### EVOLUȚIA CLINICĂ ȘI PARACLINICĂ A DISGERMINOMULUI OVARIAN LA VÂRSTA REPRODUCTIVĂ, PREZENTARE (CAZ CLINIC)

Sergiu Roșca – dr. șt. med., conf. cercet., Alexandru Gudima – dr. hab. șt. med., conf. cercet., Iurie Bulat – dr. hab. șt. med., conf. cercet., Ghenadii Djuromschi, Angela Stratulat, Mariana Vîrlan, Tudor Rotaru – dr. șt. med., conf. univ., Casian Neonila – dr. șt. med., Caisîn Zinaida, Leșan Valentina,  
 IMSP Institutul Oncologic, USMF „Nicolae Testemițanu”  
 Catedra Oncologie, Hematologie și Radioterapie

#### Rezumat

Disgerminomul ovarian (DO) este o tumoră malignă ovariană ce afectează femeile de vârstă reproductivă, constituie 2% din toate cancerurile ovariene. Disgerminoamele ovariene se întâlnesc mai frecvent la pacientele de 20-40 ani în 75%, vârsta medie constituind - 22 ani. DO pot fi tratate pe cale chirurgicală, terapia adjuvantă este rezervată pentru stadiile Ib-IV cu preparate de platină, ce reprezintă standardul de tratament. Supraviețuirea la 5 ani este de 96% pentru tumorile limitate la ovare și 63% pentru cele cu extindere în afara acestora. Este prezentat un caz clinic al pacientei G. de 22 ani care a fost diagnosticată și tratată în cadrul IMSP Institutul Oncologic, secția Ginecologie Nr. 2 în perioada anilor 2011-2012. Acest caz reprezintă particularitățile clinice, diagnostice, de tratament și supraviețuire a disgerminoamelor ovariene la vârstă reproductivă.

**Cuvinte-cheie:** disgerminomul ovarian, vârstă reproducerei, diagnosticul, tratamentul

#### Summary. The clinical and paraclinical evolution dysgerminoma of the ovary at reproductive age, clinical case presentation

Dysgerminoma of the ovary (DO) is an ovarian malignancy affecting women of reproductive age, is 2% of all ovarian cancers. Dysgerminoma of the ovary were more prevalent in patients 20-40 years in 75%, the average age being - 22 years. Dysgerminoma Ovarium can be treated with surgery, adjuvant therapy is reserved for stages Ib-IV Platinum dishes, which is the standard of treatment. 5-year survival is 96% for tumors confined to the ovaries, and 63% for the extension beyond. It is presented a clinical case of the patient G. of 22 years who was diagnosed and treated in the Oncological Institute, Department of Gynecology Nr. 2 in 2011-2012. This case represents the clinical features, diagnosis, treatment and survival of dysgerminoma of the ovary at reproductive age.

**Key words:** dysgerminome of the ovary, reproductive age, diagnosis, treatment

#### Резюме. Клиническая и параклиническая эволюция дисгерминомы яичников в репродуктивном возрасте, клинический случай

Дисгерминома яичников (ДЯ) является злокачественная опухоль яичников, поражающих женщин репродуктивного возраста и составляет 2% от всех случаев рака яичников. Дисгерминома яичника более в 75% случаев встречается у пациентов в 20-40 лет и средний возраст составляет 22 лет. Дисгерминома яичника лечится хирургически, адъювантная терапия применяется для стадии Ib-IV с препаратами платины которые являются стандартом лечения. 5-летняя выживаемость составляет 96% при опухолях поражающих только яичник, и в 63% случаев когда опухоль распространяется за пределами яичников. Представляем клинический случай пациентки G. 22 лет, который был диагностирован и проведено лечение в Институте Онкологии, в отделение гинекологии Nr.2 в 2011-2012 году. Этот случай представляет собой особенности в клинике, диагностике, лечение и выживаемость пациенток в репродуктивном возрасте с дисгерминомами яичников.

**Ключевые слова.** дисгерминома, яичников в репродуктивном возрасте, клинический случай

#### Introducere

Tumorile germinogene (TG) constituie ~20% din toate tumorile ovariene, dintre care 3-5% sunt maligne. Cea mai frecventă din TG este Disgerminomul, care constituie 2% din toate cancerurile ovariene. Importan-

ța acestor tumori este că afectează femeile de vârstă reproductivă (<30 ani), constituind 2/3 din neoplasmlele ovariene maligne întâlnite până la vârsta de 20 ani. Toate disgerminoamele sunt considerate maligne, dar numai 1/3 dintre ele se comportă agresiv.

Disgerminoamele, ca toate cancerurile ovariene sunt stadializate după TMN chirurgical prin laparoscopie sau laparotomie. Diagnosticul se stabilește în baza examinărilor clinice și imagistice (ultrasonografiei, tomografiei computerizate) ce confirmă prezența tumorii ovariene, completat de nivelul crescut al markerilor tumorali (Lactat-dehidrogenaza (LDH), B-Gonadotropina corionică (Hcg),  $\alpha$ -fetoproteina (AFP), CA-125). Deoarece 75-80% din disgerminoame sunt detectate în stadiul I, acestea pot fi tratate pe cale chirurgicală, prin salpingo-ooforectomie unilaterala. Terapia adjuvantă este rezervată pentru st.Ib-IV ale disgerminoamelor ovariene. Polichimioterapia (PChT) cu preparate de platină reprezintă standardul de tratament și este de obicei tolerat bine. Tratamentul Radioterapic este rezervat pentru pacientele ce nu pot tolera chimioterapia sau rezecția chirurgicală (st. Ib-IV). Supraviețuirea la 5 ani este de 96% pentru tumorile limitate la ovare și, 63% pentru cele cu extindere în afara acestora.

**Scopul lucrării:** de a evalua particularitățile clinice, diagnostice și de tratament ale disgerminoamelor ovariene la vârsta reproductivă.

**Metode de cercetare:** este studiu prospectiv al unei paciente de 22 ani, diagnosticată, tratată chirurgical și chimioterapic în cadrul IMSP Institutul Oncologic, secția Ginecologie Nr.2 în perioada 2011-2012.

**Prezentare caz clinic:**

Pacienta G. de 22 ani internată în IMSP Institutul Oncologic, secția Ginecologie Nr. 2 pe data de

11.03.2011 cu acuzele la: mărirea abdomenului în volum, dureri moderate în regiunea inghinală dreaptă cu iradiere în regiunea lombară, polachiurie, balonări abdominale, slăbiciune generală și astenie generală moderată;

Din anamneză: se considera bolnavă de 2 luni, când au apărut acuzele sus-numite. Examinată clinic și praclinic la policlinica de sector, este trimisă în IMSP Policlinica Oncologică pentru diagnostic și tactică ulterioară de tratament cu diagnosticul de: „Tumoră ovariană gigantă cu suspiciu de malignizare”. A fost internată în secția Ginecologie Nr.2 pentru tratament chirurgical.

Examenul clinic confirmă prezența formațiunii bazinului mic de 20 cm în diametru, mobilă, consistență dur elastică, indoloră, ce provine din ovarul drept.

Examinată ultrasonografic și tomografic confirmă formațiunea ovarului drept de 18\*16 cm, consistență neomogenă, contur regulat. Diagnosticul imunologic prezintă: LDH (lactat dehidrogenază) – 238 U/ml (norma 50-150 U/ml);  $\beta$ -hCG (gonadotropina corionică) < 2,0 UI/ml (norma - nedetectabil); AFP ( $\alpha$ -fetoproteina) - 10,4 UI/ml (norma < 5 UI/ml); CA-125 – 68,15 UI/ml (norma < 35 UI/ml).

Diagnostic prezumptiv: “Tumoră a ovarului drept, suspexție de disgerminom ovarian?”

Pe data 12.03.2011 a fost supusă tratamentului chirurgical, intraoperator o tumoră a ovarului drept consistență dur elastică, capsula intactă, la incizie

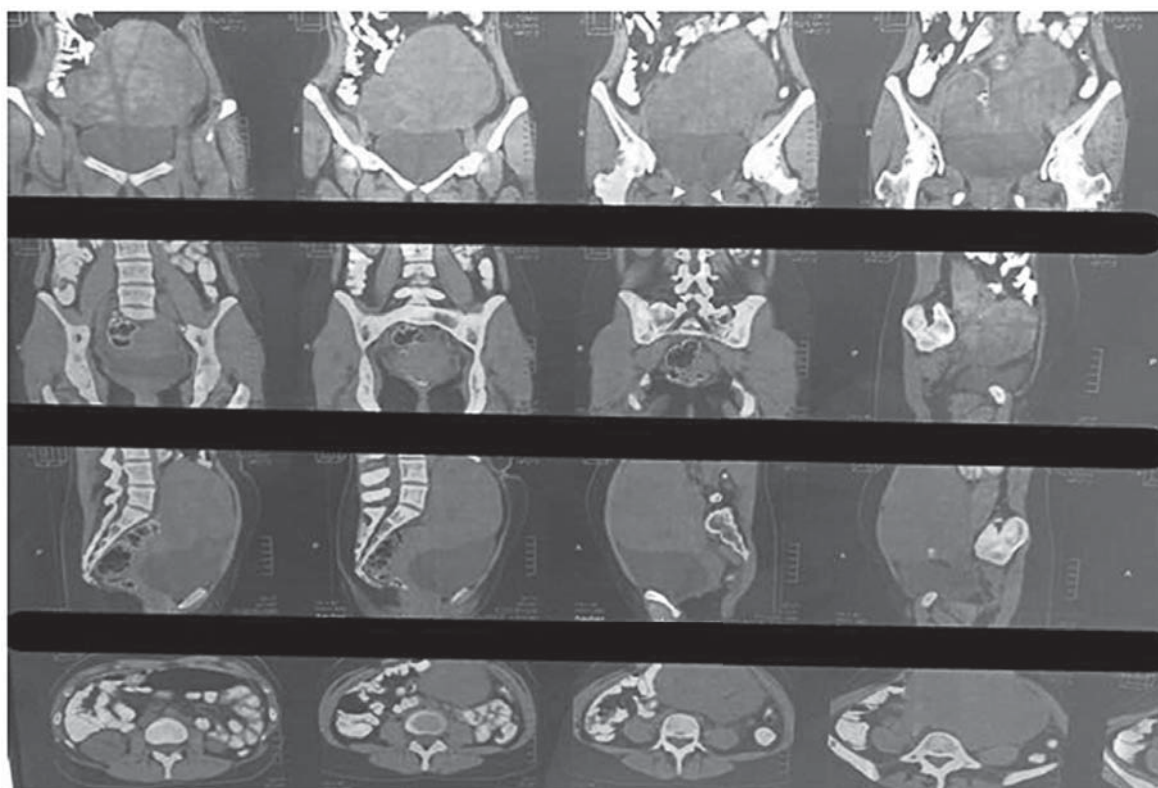


Figura 1. Tomografia computerizată din 06.03.2011

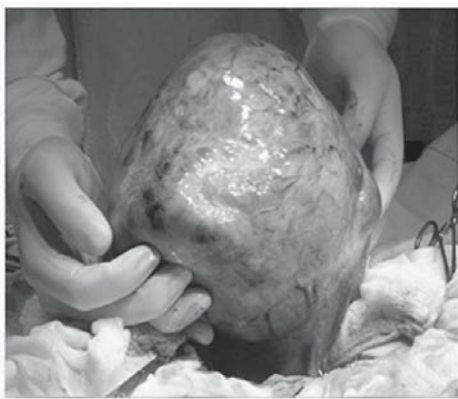


Figura 2. Aspectul tumorii intraoperator



Figura 3. Aspectul ovarului contralateral

multicamerală cu țesut tumoral și necroză masivă. Anexele pe stânga, uterul și omentul macroscopic fără modificări patologice. În consiliu s-a decis și s-a efectuat anexectomie pe dreapta cu păstrarea funcției reproductive a pacientei.

Examen histopatologic postoperator Nr.12741-50/2011: Disgerminom al ovarului drept, cu necroză masivă.

#### Rezultate:

Diagnostic clinic definitiv: “Disgerminom al ovarului drept st. Ic, T1cN0M0”.

Postoperator pacientei i s-a administrat 3 cicluri de PChT (Cysplatin + Etopozid). În dinamică se determină stabilizarea procesului stabilită clinic, parac clinic și imunologic. În luna ianuarie 2015 a născut o fetiță perfect sănătoasă.

#### Concluzii:

Din punct de vedere clinic, cazul prezintă o rutină cotidiană în activitatea secției, însă contribuția colaboratorilor secției Ginecologie №2 și aportul consultantului chimioterapeut Profesorului Iurie Bulat au avut ca rezultat însănătoșirea pacientei, ceea ce i-a

permis să-și realizeze visul de a finisa studiile superioare și de a deveni recent mămică, prin nașterea unei fetițe sănătoase.

#### Bibliografie

1. Баринов В. В., Опухоли женской репродуктивной системы, Медицинское информационное агентство, 2007; p. 376.
2. Баталова Г. Ю., Новикова Е. Г., Вопросы онкологии 2005; 51, (2), p 173 – 181.
3. Губина О.В., Особенности клинического течения и лечения пограничных опухолей яичников. Дис. ... канд. мед. наук. М., 1995.
4. Онкогинекология: Руководство для врачей. Под ред. З.Ш.Гилязутдиновой и М. К. Михайлова. – 2-е изд. – М: МЕ Дпресс-информ, 2002; p. 384
5. Eagle K., Ledermann J. A., Tumor Markers in Ovarian Malignancies, The Oncologist. 1997;vol. 2., nr. 5, p. 324 – 329.
6. Sherman Mark E., et al. Survival among Women with Borderline Ovarian Tumors and Ovarian Carcinoma. Cancer. 2004; vol. 100, nr. 5, p. 1045 – 1052.
7. Taylor H.C., Malignant and semimalignant tumors of the ovary, Surg Gynecol Obstet., 1929; vol.48, p. 204-330.