

CA-125 unde la 41 paciente a fost în limitele normei și numai la 9 paciente majorat până la 100 U/ml. Din metodele imagistice cele mai informative au fost ultrasonografia și rentgenografia cutiei toracice efectuate în 100% cazuri. RMN și TC efectuate în 14 cazuri cu 28%.

3. Metodele endoscopice de diagnostic sunt mai puțin informative în aprecierea tumorilor ovariene

mucinoase din cauza formațiunilor voluminoase și riscul de revărsare în cavitatea abdominală a mucinei.

4. Tratamentul tumorilor ovariene mucinoase este exclusiv chirurgicală unde în dependență de vârstă a prevalat volumul de Histerectomie totală cu anexectomie bilaterală la 32 paciente ce a constituit 64%.

Bibliografie

1. Amini A., Masoumi-Moghaddam S., Ehteda A., Morris D. *Secreted mucins in pseudomyxoma peritonei: pathophysiological significance and potential therapeutic prospects*. In: Orphanet J Rare Dis. 2014 May 5; 9:71. doi: 10.1186/1750-1172-9-71.
2. Alobaid A., Elamir H., Abuzaid M., Abu-Zaid A. *An Extremely Giant Ovarian Mucinous Cystadenoma*. In: Gulf J Oncolog. 2019 Jan; 1(29):83-86. PMID: 30956200.
3. Abbas A., Amin M. *Brenner's tumor associated with ovarian mucinous cystadenoma reaching a huge size in postmenopausal woman*. In: J Cancer Res Ther. 2015 Oct-Dec; 11(4):1030. doi: 10.4103/0973-1482.151858.
4. Agostinho L. *Benign ovarian lesions with restricted diffusion*. In: Radiol Bras. Cunha 2019. Vol. 52, N. 2. P. 106-111.
5. Brown J., Frumovitz M. *Mucinous tumors of the ovary: Current thoughts on diagnosis and management*. In: Curr Oncol Rep. 2014;16(6):389.
6. Vang R., Gown A., Zhao C. et al. *Ovarian mucinous tumors associated with mature cystic teratomas. Morphologic and immunohistochemical analysis identifies a subset of potential teratomatous origin that shares features of lower gastrointestinal tract mucinous tumors more commonly encountered as secondary tumors in the ovary*. In: Am J Surg Pathol. 2007; 31:854-869. doi: 10.1097/PAS.0b013e31802efb45.
7. Desai A., Xu J., Aysola K., et al. *Epithelial ovarian cancer: An overview*. In: World J Transl Med. 2014, 3(1):1-8.
8. Jones DR, Vasilakis A, Pillai L, Timberlake GA. *Giant, benign, mucinous cystadenoma of the ovary: case study and literature review*. In: Am Surg. 1992 Jul; 58(7), 400-3. PMID: 1616184.
9. Limaieem F, Leekala MR, Mlika M. *Ovarian Cystadenoma*. 2021 Feb 22. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 30725635.
10. Mills Anne M.; Shanes E. *Mucinous Ovarian Tumors*. In: Surgical Pathology Clinics. 2019. 12(2), 565-585. doi:10.1016/j.path.2019.01.008
11. Hart WR. *Mucinous tumors of the ovary: a review*. In: J Gynecol Pathol. 2005 Jan; 24 (1), p. 4-25. PMID: 15626914
12. Лаурель А. Айлен Тур-Каспа. *УЗ-диагностика в репродуктивной медицине*. Перевод с английского под редакцией профессора А.И. Гуса. В: *Гозтар-Медиа*. Москва. 2017.
13. Нейштадт Э. Ожиганова И. *Опухоли яичника*. В: издательство "Фолиант". Санкт-Петербург. 2017.

CZU: 616.715.3-006.441-053.2

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.17>

LIMFOMUL PRIMAR NON-HODGKIN AL OSULUI TEMPORAL

¹Lucian DANILOV, dr. hab. șt. med., prof. univ., ^{1,3}Polina ABABII, dr. șt. med., conf. univ.,
^{1,3}Alexandru DIDENCU, doctorand, ^{1,3}Vladimir SMETANCA, doctorand, ^{1,3}Valeriu FORTUNA, doctorand,
²Silvia RAILEAN, dr. șt. med., conf. univ., ¹Mihail MANIUC, dr. hab. șt. med., prof. univ.,
^{1,3}Vasile GAVRILUȚA, dr. șt. med., conf. univ., ¹Daniela BOTNARU, medic rezident

¹Catedra de otorinolaringologie,

²Catedra de chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică și pedodontie „Ion Lupan”,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

³IMSP IM și C Clinica „Emilian Coțaga”

e-mail: metanca_vova@mail.ru

Rezumat.

Prezentăm un copil în vârstă de 6 ani, internat în IMSP IM și C Clinica „Emilian Coțaga”, Departamentul Otorinolaringologie Pediatrică, Chișinău, Republica Moldova diagnosticat cu Limfom primar non-Hodgkin al osului temporal, cu pareza nervului facial.

Cuvintele-cheie: limfom, os temporal, copil.

Summary. Primary non-hodgkin's lymphoma of the temporal bone.

We present a 6-year-old child, hospitalized in MSPI Institute of Mother and Child, Emilian Coțaga Clinic, Pediatric Otorhinolaryngology Department, Chisinau, Republic of Moldova, with primary non-Hodgkin's lymphoma (NHL) of the temporal bone, with paresis of facial nerve.

Key-words: lymphoma, temporal bone, children;

Резюме. Первичная неходжкинская лимфома височной кости.

Представляем 6-летнего ребенка, госпитализированного в ЛОР – клинику «Эмилиян Коцага» Центра Матери и Ребенка, Кишинёв, Республика Молдова, с первичной неходжкинской лимфомой (НХЛ) височной кости, с парезом лицевого нерва.

Ключевые слова: лимфома, височная кости, ребёнок

Introducere. Tumorile maligne ale osului temporal sunt rare, cu o incidență la maturi mai puțin de 0,2% printre toate cancerele de cap și gât. Limfoamele reprezintă a doua cea mai frecventă tumoră malignă în regiunea capului și gâtului [1, 2], după carcinom cu celule scuamoase [3]. Limfoamele non-Hodgkin se prezintă cu afectarea ganglionilor limfatici cervicali, dar în 40% poate fi implicare primară extraganglionară: nazofaringele, sacul lacrimal, osul temporal sau celelalte zone [3].

Implicarea osului temporal ca parte a limfomului generalizat a fost raportată, cu toate acestea, implica-

rea primară a temporalului fără implicare sistemică este rară [1-3].

Prezentare de caz: Pacientul P.C. masculin în vârstă de 6 ani la data de 07.08.2019 este internat în mod planic, în IM și C Clinica ORL „Em. Coțaga” cu acuze la: respirație nazală dificilă eliminări auriculare periodice din urechea stângă, prezența unei formațiuni în canalul auditiv extern pe stânga, scăderea moderată a uzului pe stânga.

Statusul ORL: *Rinofaringoscopic:* vegetații adenoide roz-pale ce blochează mai mult de 75% din coane; *Orofaringoscopic:* mucoasa roză, curată,

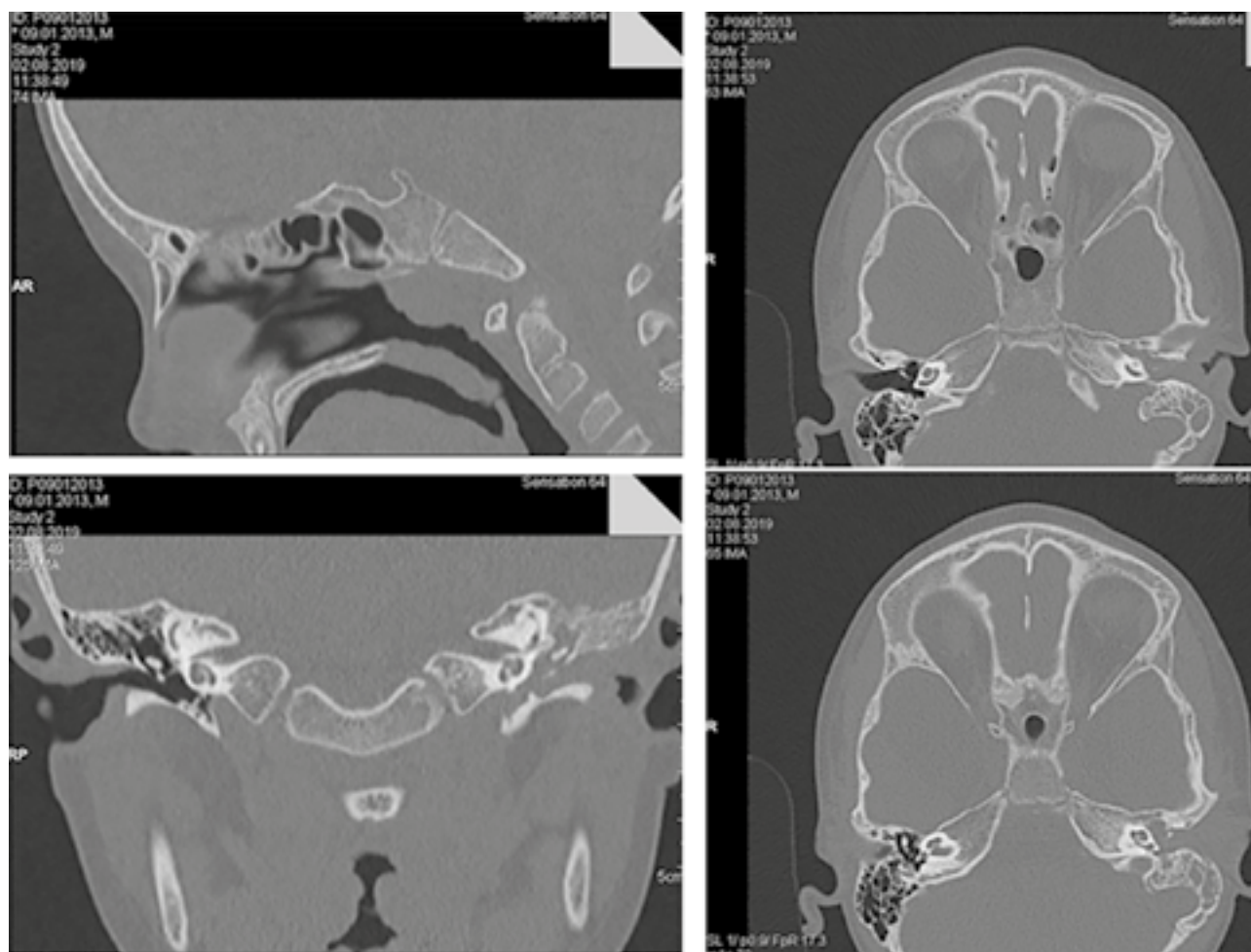


Figura 1

fără ulceratii, amigdalele palatine hipertrofie gr II-III. *Otoscopic*: AD – canalul auditiv extern larg, liber, curat. Membrana timpanică integă, injectată, mată, nivelată, reflexul luminos slab vizibil. AS – CAE blocat de o formațiune polipoasă roz-pală, cu secreții mucopurulente neînsemnate.

Examenului CT a oaselor temporale: opacifierea celulelor mastoidiene și a canalului auditiv extern pe stânga, opacifierea a mai mult de 2/3 al nazofaringelui (*Fig. 1*).

S-a stabilit D-za: Hipertrofie adenoamigdală gr II-III; Epitimpanită cronică supurată cu polip obturant al conductului auditiv extern pe stânga.

La data de 08.08.2019 a fost efectuat intervenția chirurgicală: *Adenoamigdalotomie*. Ablatia polipului conductului auditiv extern pe stânga cu miringotomie și explorarea cavității timpanice unde s-a determinat mucoasa îngroșată, polipos schimbată, secreții mucopurulente scunde.

La data de 10.08.2019 în stare generală satisfăcătoare este externat la domiciliu cu recomandări.

Pe data de 20.08.19 internat în mod urgent în Clinica ORL „Em. Coțaga” cu acuze la: asimetria feței, lipsa mimiceii pe hemifața stângă, otodinie ne semnificativă pe stânga cu accentuare la percuția mastoidei, hipoacuzie urechea stângă, eliminări purulente ne semnificative la nivelul urechii stângi, cefalee periodică.

Din spusele mamei la data de 19.08.19 seara au apărut otodinia pronunțată și pareza de nerv facial pe stânga. După administrarea unei doze de ibuprofen durerile și pareza au cedat semnificativ. În dimineața zilei de 20.08.19 pareza de nerv facial s-a accentuat.

Obiectiv: retroauricular pe stânga se determină o ușoară tumefacție cu hiperemie, sensibilă la palpare. *Otoscopic*: US – CAE blocat de o formațiune polipoasă, secreții mucopurulente moderate. Alte organe ORL fără modificări patologice.

S-a stabilit D-za: Mastoidită acută pe stânga. Epitimpanită cronică supurată pe stânga. Pareză de nerv facial pe stânga. Examen paraclinic 20.08.2019 Hemoleucograma: Hb 116.0 g/l; Er. 3.9 10⁶/uL; IC 0.89; Leuc. 6.8 10⁹/L; Neseg 4%; Seg. 61; Eoz. 1%; Limf. 33%; Mon. 1 %; Tr. 382.0 10⁹/L; VSH 7 mm/h;

Analiza biochimică: ALAT 18.0 U/L; ASAT 37·U/L; Bilirubina totala 9.0 mcmol/l; Fibrinogen 3.55 g/l; Glucoza 5.0; Protrombin 100 %; Ureea 4,8 mmol/l;

Analiza generală a urinei: Cantitate 80.0 ml; culoare – galben deschisă; densitate 1025; reacția – acidă; transparența; glucoza-abs; proteine – negativ; Epiteliiu 2-4; Leuccocite 2-4.

La data de 20.08.2019 a fost efectuată intervenția chirurgicală Aticoantromastoiditomie pe stânga. Intraoperator celulele mastoidiene, antrumul, aditus adantrum plin cu țesut patologic mucoasa polipos schimbată, mase cazeoase și purulente care au fost înlăturate, prelevate pentru examen histologic. Cavitatea timpanică plină cu țesut polipos și mase cazeoase și purulente care au fost înlăturate. Lanțul osicular distrus. Cavitatea de evidare deschisă, cu suturarea ulterioară a plăgii după 7 zile. Postoperator pareza de nerv facial pe stânga se menține.

Examen paraclinic 23.08.2019 Hemoleucograma: Hb 115.0 g/l; Er. 3.84 10⁶/uL; IC 0.89; Leuc. 6.1 10⁹/L; Neseg 5 %; Seg.77; Eoz.1 %; Limf. 16 %; Mon. 2 %; VSH 27 mm/h;

Examen RMN cerebral la data de 23.08.2019: formațiuni de volum intracerebrale absente.

Concluzia examenului histologic 01.09.2019: Proces inflamator granulomatous și polimorfocelular cu aspecte de granulații, unele fragmente parțial tapetate cu epiteliiu scoamos.

A urmat tratament conservativ, pareza nervului facial a cedat semnificativ, pacientul este externat la domiciliu cu recomandări.

Peste 10 zile se prezintă la consultație postoperatorie. Starea generală a copilului gravă, cu acuze la: cefalee pronunțată permanentă, slăbiciune generală, apatie, somnolență, otodinie ne semnificativă pe stânga, hipoacuzie urechea stângă, eliminări purulente ne semnificative la nivelul urechii stângi, 1-2 episoade de vomă pe zi de 7 zile, pe care mama le-a considerat reacție la administrarea medicamentelor, și nu a solicitat asistența medicală. Obiectiv: semne de pareză de nervului facial nu se determină. Semne meningiene absente. Tegumentele roz palide, curate. Ganglio-



Figura 2

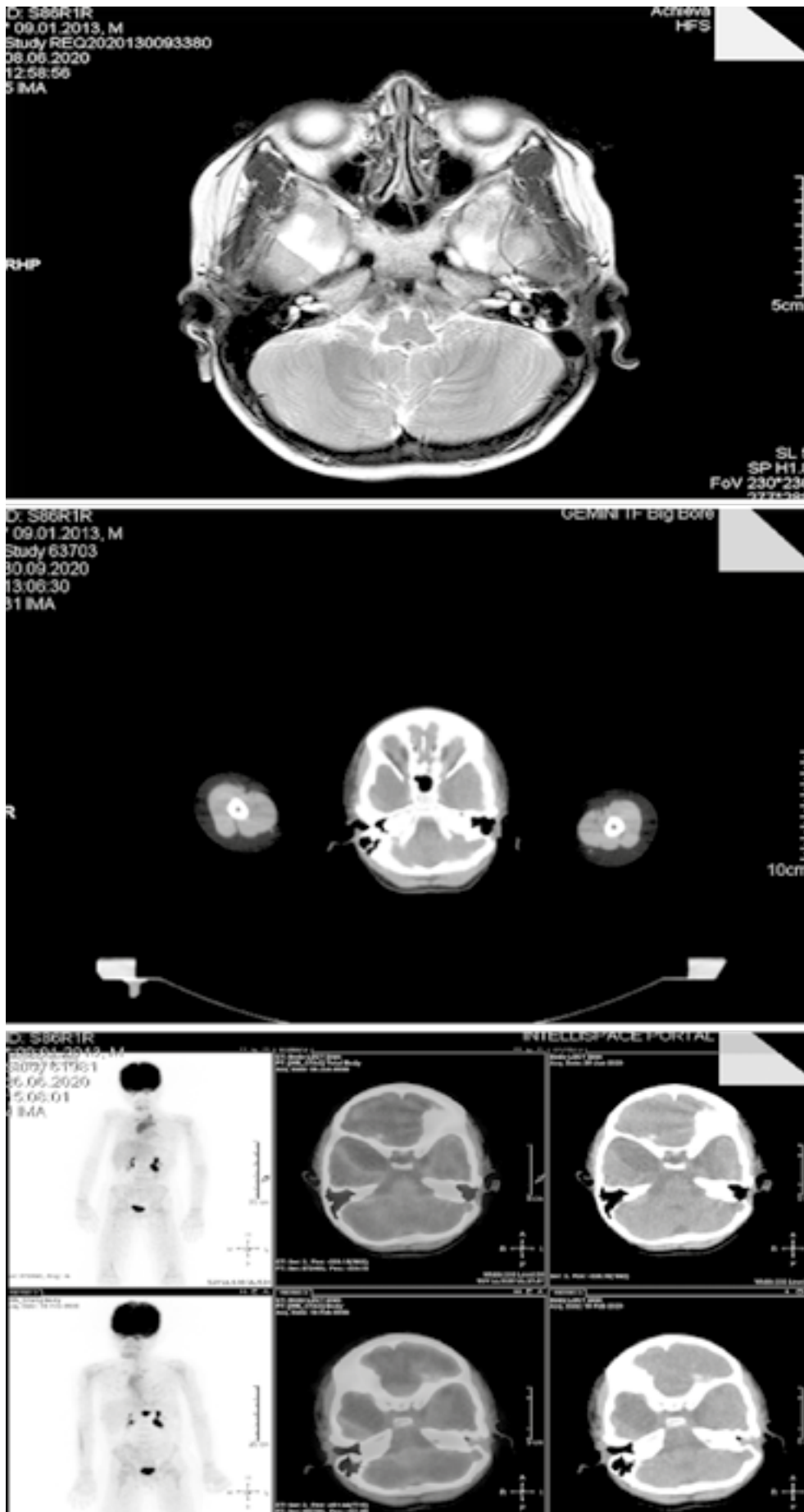


Figura 3

nii limfatici occipitali posteriori de dimensiuni 0.4 x 0.4 cm, neaderenți, neduroși la palpare, consistență elastică. Copilul este internat în secția de reanimare.

S-a efectuat RMN Cerebrală cu contrast. 13.09.2019 Concluzie: Date pentru component tisular patologic 46*44*43 mm aspect malign la nivelul celulelor aerate mastoidiene și urechii medii pe stânga. Extindere cu efect compresiv asupra lobului temporal stânga și emisfera cerebrală stângă fără semne certe de invadare. Invadarea sinusului transvers stâng *Fig. 2*.

Ținând cont de starea generală gravă, rezultatele investigației imagistice la data de 13.09.2019 a fost efectuată intervenția chirurgicală: Evidare petromastoidiană totală pe stânga. Se pune în evidență cavitatea de evidare pietromastoidiană, cu conținut patologic tumoral, prelevat pentru examinare histopatologică, conținut purulent absent. Sub ghidaj microscopic s-a înlăturat conținutul patologic. S-a depistat defect în fosa cerebrală medie 0,6*0,8cm, fosa cerebrală posterioară 1*0,5cm. S-a efectuat evidarea pietromastoidiană totală, cu meatoplastie lărgită.

Concluzia examenului histologic 17.09.2019: Țesuturile examinate sunt constituite din fragmente de țesut osos fibrilar, musculare și limfocelulare sugestive pentru limfom, cu particularități de infiltrație limfocelulară malignă în plastele musculare. Pentru concretizarea tipului este necesară investigația imunohistochimică.

La data de 23.09.2019 a fost inițiat tratamentul chimio-terapeutic în cadrul Institutului Oncologic din Republica Moldova, Secția Oncohematologie Pediatrică cu continuarea tratamentului în clinica de Oncohematologie din Italia, Verona.

În perioada 27.02-03.03.20 efectuarea chimioterapiei conform ciclului BB protocol AIEOP LNH: Metotrexate, Citarabina, Metilprednisolone, Rituximab, Vincristina, Ciclofosfamide, Metotrexate, Doxorubicina.

Internare în Oncohematologie Pediatrică 24.03-29.03.20 efectuarea chimioterapiei conform protocolului AIEOP LNH CC: Rituximab, Citarabina, Metilprednisolone, Vindesina, Citarabina, Etoposide.

Ulterioarele internări în Oncohematologie Pediatrică din Italia, Verona în perioada 13.04-15.04, 20.04-22.04, 05.05-09.05, 18.05-20.05 pentru a efectua a 3-a, 4-a, 5-a și a 6-a doză de Rituximab, conform protocolului AIEOP LNH.

Ultimele investigații ale pacientului nu prezintă un metabolism patologic în zonele examinate ale corpului, semne de reapariție tumorală *Fig. 3*.

Discuții. Limfoamele non-Hodgkin la copii sunt agresive din punct de vedere histologic, cu grad mare de malignizare. Din start se prezintă ca boală sistemică, nelocalizată cu implicare primară la nivelul mediastinului, capului și gâtului. LNH primar al oaselor la copii este rar, în literatura de specialitate sunt descrise două cazuri de LNH primar al osului temporal, adesea este un stadiu incipient, limfom cu celule mari, care se supune tratamentului chimio și radioterapeutic local [4].

Rata tratamentului de succes fiind 90% din numărul de 31 de cazuri raportate în revistele de specialitate [5]. Prezentarea clinică este foarte specifică, frecvent se manifestă cu simptome similare patologiei benigne ale urechii medii, pe măsură ce leziunea crește, există o senzație de ureche blocată, pierderea auzului, durere auriculară, uneori fără otoree sau otoragii.

Paralizia nervului facial este rară în limfom, deoarece teaca nervoasă este rezistentă la invazia tumorii. Paralizia apare atunci când canalul facialului este distrus [6]. Aceasta este de obicei observată în segmentul timpanic și regiunea ganglionului geniculat [7].

Diagnosticul diferențial la copii cu leziuni distructive la nivelul osului temporal trebuie efectuat cu procese infecțioase și inflamatorii: otita externă malignă, otomastoidita, colesteatomul și tuberculoza [8].

Examinările imagistice joacă un rol important în diagnosticarea, stadializarea, monitorizarea LNH primar [1], dar acesta poate fi de nedestins la etapa inițială, de aceea examinarea clinică în dinamică, biopsia țesuturilor cu examinare histologică și imunohistochimică trebuie efectuat în paralel pentru a confirma diagnosticul.

Concluzie.

Deoarece LNH primar al oaselor la copii este rar, diagnosticarea este dificilă, dar numai depistarea precoce face posibilă obținerea rezultatelor bune ale tratamentului. Diagnosticul tumorilor merită o atenție specială și necesită vigilența medicilor diferitor specialități și o abordare personalizată. Persistența și severitatea unui simptom, trebuie considerată ca prezentare malignă.

Lipsa standardelor de tratament și sensibilitate diferită a LNH la terapie necesită studii suplimentare și dezvoltarea de noi abordări ale tratamentului.

Astfel, dacă se suspectează limfom osos, pacientul ar trebui examinat folosind toate metodele moderne de cercetare disponibile pentru a determina amploarea procesului tumoral, inclusiv examinarea PET. Biopsia obligatorie a tumorii cu un studiu imunohistochimic.

Bibliografie

1. Sanjay Vaid, Jyoti Jadhav, Aparna Chandorkar, and Neelam Vaid „*Bilateral Non-Hodgkin's Lymphoma of the Temporal Bone: A Rare and Unusual Presentation*”

Hindawi Publishing Corporation Case Reports in Otolaryngology Volume 2016, Article ID 2641876, 5 pages

2. Moody S. A., Hirsch B. E., Myers E. N., “*Squa-*

mous cell carcinoma of the external auditory canal: an evaluation of a staging system, "American Journal of Otolaryngology, 2000, vol. 21, no. 4, pp. 582–588.

3. Ogawa S., Tawara I., Ueno S. et al., "De novo CD5-positive diffuse large B-cell lymphoma of the temporal bone presenting with an external auditory canal tumor," *Internal Medicine*, 2006, vol.45, no. 11, pp. 733–737.

4. Комратова К.А., Абугова Ю.Г., Озеров С.С. др. „Первичная диффузная В-крупноклеточная лимфома центральной нервной системы (клинический случай и обзор литературы)” *ONCOHEMATOLOGY 1’ 2017. VOL. 12 pp 10-16*

5. Suryanarayan K, Shuster JJ, Donaldson SS, Hutchison RE, Murphy SB, Link MP. *Treatment of local-*

ized primary Non-Hodgkin's lymphoma of bone in children: a pediatric oncology group study. *J Clin Oncol* 1999; 17: 456–9.

6. Tucci D. L., Lambert P. R., Innes D. J. Jr., "Primary lymphoma of the temporal bone," *Archives of Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 1992. vol. 118, no. 1, pp. 83–85.

7. Saito H., Chinzei K., Furuta M., "Pathological features of peripheral facial paralysis caused by malignant tumour," *Acta Oto-Laryngologica. Supplementum*, 1988, vol. 446, pp. 165–171.

8. Korgün Koral, John G Curran, Alexis Thompson "Primary non-Hodgkin's lymphoma of the temporal bone. *CT findings*" *Clinical imaging* Nov-Dec 2003; 27(6):386-8.

CZU: 616.716.4-006.443

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.18>

GRANULOM CENTRIC GIGANTO-CELULAR LA MANDIBULĂ: STUDIU CLINIC, RADIOLOGIC ȘI HISTOPATOLOGIC LA 2 CAZURI CLINICE

¹Gheorghe ȚIBÎRNĂ, acad. prof. univ., ¹Silvia RAILEAN, dr. șt. med., conf. univ.,
¹Egor POROSENCOV, asist. univ., ²Tatiana POROSENCOVA, dr. șt. med., conf. univ.,
¹Roman LUPAN, asist. univ.

¹Catedra de Chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică și pedodonție „Ion Lupan”

²Catedra de propedeutică stomatologică „Pavel Godoroja”

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

e-mail: egor.porosencov@usmf.md, gh_tsibirna@yahoo.com, silvia.railean@usmf.md

Programul de Stat: „Chirurgia modernă personalizată în diagnosticul și tratamentul complex al tumorilor la copii” cu cifrul: 20.80009.8007.06 – conducător prof. univ. Gh. Țibîrnă

Rezumat.

Granulomul centric giganto-celular (GCGC) este o leziune, benignă și proliferativă a maxilarului, cu o etiologie necunoscută. Este considerată pe scară largă a fi o leziune neoplazică. Etiologia actuală a GCGC este încă neclară, deși au fost sugerate inflamații, hemoragii și traume locale. Comportamentul biologic al GCGC al maxilarului variază de la repaus la agresiv cu expansiune distructivă.

Incidența în populația generală este foarte scăzută, iar pacienții sunt în general mai mici de 30 de ani și de gen feminin. În acest studiu, raportăm două cazuri de GCGC la pacienți de 8 ani și de 13ani de gen feminin tratate chirurgical.

Cuvinte-cheie: granulomul centric giganto-celular, aspecte clinice, aspecte radiologice, aspecte histo-patologice.

Summary: Central giant cell granuloma in the mandibula: clinical, radiological and histopathological study in 2 clinical cases.

Central giant cell granuloma (CGCG) is a benign and proliferative lesion of the jaw, with an unknown etiology. It is widely considered to be a neoplastic lesion. The current etiology of GCGC is still unclear, although local inflammation, bleeding, and trauma have been suggested. The biological behavior of CGCG of the jaw varies from resting to aggressive with destructive expansion. The incidence in the general population is very low, and patients are generally under 30 years of age females. In this study, we report two cases of GCGC in 8-year-old and 13 year old girls treated surgically.

Key-words: central giant cell granuloma, clinical aspects, radiological aspects, histopathological aspects.

Резюме: Гиганто-клеточная центральная гранулома нижней челюсти: клиническое, радиологическое и гистопатологическое исследование в 2 клинических случаях.

Гиганто-клеточная центрическая гранулема (GCGC) – доброкачественное и пролиферативное поражение челюсти неизвестной этиологии. Считается неопластическим поражением. Текущая этиология GCGC все еще не