

Redactor-șef Ion MEREUȚĂ

Academia de Științe a Moldovei,
Secția de științe medicale,
IMSP Institutul Oncologic din Moldova,
Laboratorul științific Oncologie Generală și ATI,
USMF “N. Testemițanu”,
Catedra Hematologie și Oncologie,
Clinica nr.2 Oncologie Generală

Conferința științifică anuală a Laboratorului Oncologie Generală și ATI

Președintele Conferinței:

Mereuță Ion, d.h.m., prof. univ., Directorul Clinicii Oncologie Generală

Membrii Consiliului științific:

Mura Serghei, d.i.m., conf. cercetător

Capitan Valentin, d.i.m., colab. științific superior

Dascaliuc Ion, d.i.m., șef secție Oncologie Generală

Țurcan Stela, d.i.m., colab. științific

Pihut Oxana, medic oncolog

Harștea Diana, colab. științific

Andronache Daniela, medic oncolog

Cojocaru Victor, prof. univ., ATI

Cojocaru Doriană, d.i.m., conf. univ., ATI

Badan A., d.i.m., medic anesteziolog-reanimatolog

Piterschi Nicolae, șef secție ATI

Buzu Anatol, șef secție ATI

Cîrlig Sergiu, medic anesteziolog-reanimatolog, colab. șt.

Secretarii Conferinței:

Butucel Dumitru, colab. științific

Popovici Anatol, medic anesteziolog-reanimatolog

Articolele și tezele au fost recenzate.

Colegiul de redacție:

I. ABABII, Chișinău, RM
Gh. GHIDIRIM, Chișinău, RM
Gh. ȚÎBÎRNĂ, Chișinău, RM
C. EȚCO, Chișinău, RM
D. TINTIUC, Chișinău, RM
M. CECAN, Chișinău, RM
M. MAGDEI, Chișinău, RM
V. FRIPTU, Chișinău, RM
M. BULANOV, Moscova, Rusia
M. NECHIFOR, Iași, România
A. PETROPOULUS, Grecia
I. COCUBO, Japonia
Vadim COJOCARU, Chișinău, RM
Victor COJOCARU, Chișinău, RM
A. TESTEMIȚANU, Chișinău, RM
I. CORCIMARU, Chișinău, RM
D. SOFRONI, Chișinău, RM
S. SOFRONIE, Chișinău, RM
E. DIUG, Chișinău, RM
S. GROPPA, Chișinău, RM
V. BOTNARU, Chișinău, RM
C. ANDRIUȚA, Chișinău, RM
A. CERNÎI, Chișinău, RM
Gh. MUȘET, Chișinău, RM
V. BAIRAC, Chișinău, RM
G. NEMSADZE, Tbilisi, Georgia

V. PUȘKARIOV, Kiev, Ucraina
E. GUDUMAC, Chișinău, RM
V. CAZACOV, Chișinău, RM
Gr. CHETRARI, Bălți, RM
N. TARAN, Chișinău, RM
V. GHICAVÎI, Chișinău, RM
V. HOTINEANU, Chișinău, RM
V. CIBOTARU, Chișinău, RM
V. SAVIN, Chișinău, RM
T. ȚÎRDEA, Chișinău, RM
A. SAULEA, Chișinău, RM
St. ȚURCAN, Chișinău, RM
Iu. TITOV, Moscova, Rusia
I. CUVȘINOV, Chișinău, RM
N. CAPROȘ, Chișinău, RM
T. VASILIEV, Chișinău, RM
N. GHIDIRIM, Chișinău, RM
A. TĂNASE, Chișinău, RM
Gr. ZAPUHLÎH, Chișinău, RM
S. ȘTEPA, Chișinău, RM
B. MELNIC, Chișinău, RM
N. GLADUN, Chișinău, RM
D. CROITORU, Chișinău, RM
V. CERNAT, Chișinău, RM
L. PUTÎRSCHII, Minsk, Belarusi
I. ARTENI, Chișinău, RM

Adresa redacției:

MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30
Institutul Oncologic din Moldova,
Clinica oncologie, et.5
prof. univ. Ion Mereuță
fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md

Rechizite bancare:

BC "Mobiasbanc"
Filiala nr.4
cod fiscal 39644014
cod bancar MOBBMD 22810
cod de decontare 22240014984654

CUPRINS
CONTENTS

<i>Ion Mereuță, Victor Ciupercă</i> MANAGEMENTUL ASIGURĂRII CU ENDOPROTEZE ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR SISTEMULUI OSTEOARTICULAR	4	<i>Ion Mereuta, Victor Ciuperca</i> THE SUPPLY OF ENDOPROSTHESES IN THE TREATMENT OF TUMORS OF THE OSTEOARTICULAR SYSTEM
<i>Ion Mereuță, Victor Ciupercă, Ion Dascaliuc, Serghei Mura, Valentin Capitan</i> EXPERIENȚA CLINICĂ ÎN ENDOPROTEZAREA METALICĂ A ARTICULAȚIEI GENUNCHIULUI	10	<i>Ion Mereuta, Victor Ciuperca, Ion Dascaliuc, Serghei Mura, Valentin Capitan</i> CLINICAL EXPERIENCE REGARDING METALLIC ENDOPROSTHETICS OF THE KNEE JOINT
<i>Valentin Capitan</i> METODELE CONTEMPORANE DE TORACOPLASTIE ÎN ONCOLOGIE (reviul literaturii)	18	<i>Valentin Capitan</i> CONTEMPORARY METHODS OF THORACOPLASTY IN ONCOLOGY
<i>Harștea Diana</i> VIZIUNI MODERNE ASUPRA VARIANTELOR HISTOLOGICE ALE SARCOMULUI CUTANAT KAPOSI	24	<i>Harstea Diana</i> A MODERN VIEW OF HISTOLOGICAL VARIANTS OF CUTANEOUS KAPOSI SARCOMA
<i>Natalia Botnariuc</i> TRATAMENTUL COMBINAT ȘI COMPLEX AL CANCERULUI GLANDEI MAMARE ÎN STADIA I (Reviul literaturii)	31	<i>Natalia Botnariuc</i> THE COMBINED AND COMPLEX TREATMENT OF I STAGE BREAST CANCER
<i>Veronica Șvet</i> ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ȘI FACTORI DE RISC ÎN DEZVOLTAREA EPITELIOAMELOR BAZOCELULARE (Cercetare bibliografică)	34	<i>Veronica Svet</i> EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS AND RISK FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF BASAL CELL EPITHELIOMAS
<i>A. Badan, S. Cîrlig</i> ASPECTE CONTEMPORANE A ANESTEZIEI IN CHIRURGIA TIROIDEI	42	<i>A. Badan, S. Cirlig</i> ANESTHETIC CONSIDERATIONS IN THYROID SURGERY
<i>N. Pîterschii, A. Buzu, S. Cîrlig, V. Iudin</i> PARTICULARITAȚI ALE ASISTENȚEI PERIOPERATORII LA PACIENȚII ONCOLOGICI ÎN REPUBLICA MOLDOVA	44	<i>N. Pîterschii, A. Buzu, S. Cirlig, V. Iudin</i> PARTICULARITIES OF PERIOPERATIVE PERIOD IN ONCOLOGIC PATIENTS IN R. MOLDOVA
<i>Rotaru Ghenadie</i> MANAGEMENTUL DE DIMINUARE A STRESULUI PROFESIONAL LA JUDECĂTORI	48	<i>Rotaru Ghenadie</i> STRESS REDUCTION PROFESSIONAL MANAGEMENT AT JUDGES
<i>Mereuță Ion, Rotaru Ghenadie</i> PROFILUL DE PERSONALITATE A MAGISTRAȚILOR	52	<i>Mereuta Ion, Rotaru Ghenadie</i> PERSONALITY PROFILE OF THE MAGISTRATE
<i>Dumitru ButuceI</i> TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUMORILOR PERETELUI ABDOMINAL ANTERIOR ÎN REGIUNEA HIPOGASTRICĂ ȘI METODĂ DE PLASTIE A DEFECTELOR FORMATE	54	<i>Dumitru ButuceI</i> THE SURGICAL TREATMENT OF THE ABDOMINAL ANTERIOR WALL TUMORS IN HYPOGASTRIC REGION AND METHOD OF PLASTIY OF THE PRODUSED DEFECTS.
JUBILEU <i>Gheorghe GHIDIRIM la 70 de ani</i>	56	<i>Gheorghe GHIDIRIM'S 70TH ANNIVERSARY</i>
CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR	59	PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Ion Mereuță, d.h.m., prof. univ., Director Clinica Oncologie Generală, Victor Ciupercă, doctorand

MANAGEMENTUL ASIGURĂRII CU ENDOPROTEZE ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR SISTEMULUI OSTEOARTICULAR

The supply with prostheses of oncological radically treated patients – subjected to ectomies of organs, limbs, etc, is a state affair. The supply with prostheses of the patients with tumors of the locomotor apparatus is a special medical-social and financial problem. It consists of several steps of treatment and prosthetics – hospitalization of the patient, selective individual measures for each patient. Another step includes the announcement of a tender for companies producing prosthetic appliances, the production of prostheses, surgeries of prosthetics, rehabilitation, social reintegration of the patient.

Key words: medical-technical management, medical technique, tehnologies, endoprosthesis of patients with tumors.

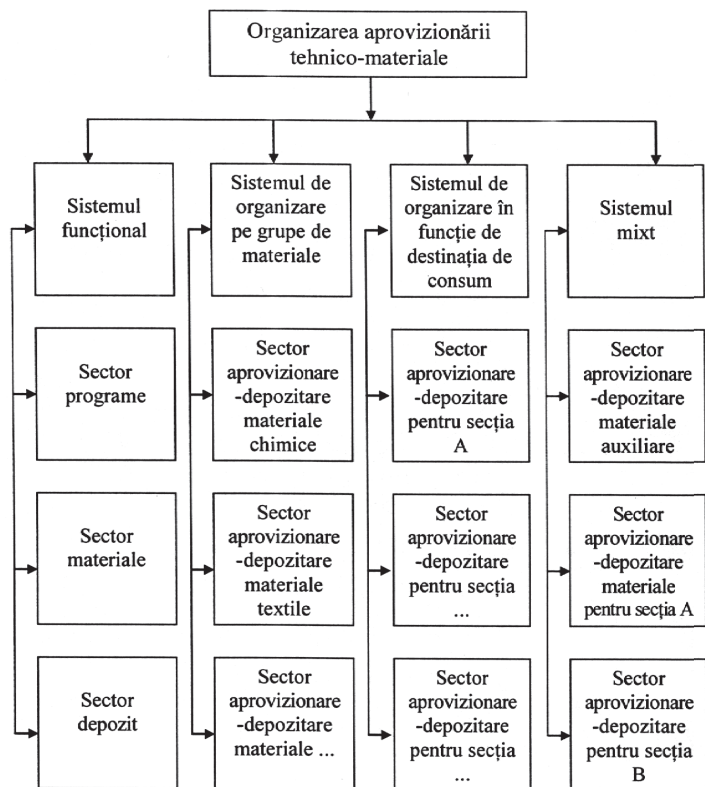
Asigurarea eficienței permanente a aparatelor medicale depinde de aprovizionarea tehnico-medicală a pieselor de schimb pentru fiecare aparat ieșit din funcțiune. Aprovizionarea cu piese de schimb pentru tehnica medicală reprezintă o activitate care asigură achiziționarea, repartizarea planificată a mijloacelor, deplasarea lor pînă la consumator, la locul deteriorării funcționale a aparatelor medicale.

Sarcinile de bază ale aprovizionării tehnico-materiale sînt multiple. Principalul obiectiv este asigurarea completă și complexă cu resurse materiale și echipamente tehnice corespun-zătoare calitativ și cantitativ la locul solicitat – policlinică, spital, centru medical. Este important ca să identificăm și să stabilim volumul și structura pieselor de schimb necesare, alegerea furnizorilor și respectarea contractelor cu firmele respective a căror aparate sunt în funcțiune, organizarea unor depozite angrosiste și, desigur, controlul utilizării resurselor.

Aprovizionarea tehnico-materială reprezintă activitatea, prin care se asigură repartizarea planificată a mijloacelor de producție, precum și deplasarea acestora pînă la consumator.

Asigurarea cu proteze a pacienților oncologici după tratamente radicale – ectomii de organe, membre, etc., deține de politica socială a statului. Asigurarea cu proteze a bolnavilor cu tumori ale aparatului locomotor este o problemă medico-socială

și financiară deosebită. Ea include în sine mai multe etape de tratament și protezare – spitalizarea bolnavului, efectuarea măsurilor individuale selective pentru fiecare bolnav. Altă etapă – anunțarea unui tender pentru confecționarea protezelor, unde ar fi necesar să participe firmele producătoare de proteze, confecționarea protezelor, operații de protezare, reabilitare, reintegrarea socială a pacientului.



Organizarea aprovizionării tehnico-materiale

Tratamentul tumorilor sistemului osteoarticular include nu numai rezecția marginală sau segmentară cu înlăturarea tumorii și segmentului afectat, dar și restabilirea formei anatomice și funcției membrului. În majoritatea cazurilor de tumori benigne suplinirea defectelor poate fi realizată prin aloplastie cu grefe osoase conservate. În unele cazuri, când tumora are dimensiuni majore sau este plasată în regiunea adiacentă articulației cu implicarea în proces a suprafețelor articulare, metoda plastiei cu grefe libere nu asigură radicalismul intervenției, funcționalitatea articulației fiind lezată într-o măsură inadmisibilă. La tumorile maligne rezecțiile marginale sunt contraindicate și pot apărea necesități de rezecare a segmentelor de os sau a întregii articulații, care la rîndul lor pot fi realizate numai prin intervenții schilodante (amputări sau dezarticulări de membru), în așa cazuri, evident că membrul operat pierde totalmente capacitatea sa funcțională. Unica metodă ce poate asigura caracterul radical al intervențiilor date cu păstrarea funcției membrului este rezecarea segmentară a osului sau înlăturarea întregii articulații cu endoprotezarea membrului.

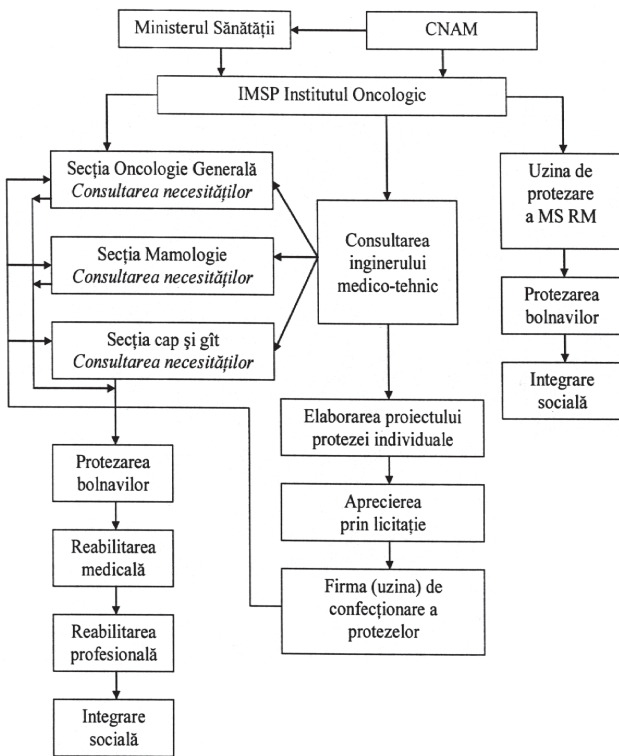
Metoda dată este recunoscută în toată lumea și la rîndul său este implementată pe larg și în Republica Moldova. Departamentul Tumorilor sistemului osteoarticular al Institutului Oncologic din Moldova are o mare experiență în efectuarea acestor intervenții și în exclusivitate posedă realizarea lor la bolnavii cu tumori de diferit caracter al sistemului osteoarticular. Este necesar de menționat, că endoprotezele folosite la bolnavii oncologici în cele mai dese cazuri sunt confecționate individual, corespunzător segmentului de os atacat și dimensiunilor tumorii, astfel endoprotezele standarde de producție industrială nu pot fi acceptate sau se pot folosi numai cele care sunt cu caracteristice tehnice, ce permit modificarea dimensiunilor lor.

Pentru tratamentul tumorilor membrului inferior în întreaga lume sunt recunoscute și pe larg folosite endoprotezele firmei italiene „Stryker”, endoprotezele de producție americană „Osteonix” cît și alte modele de endoproteze. Endoprotezele firmelor „Stryker” și „Osteonix” sunt confecționate din aliaje metalice compatibile cu țesuturile organismului cu calități tehnice de performanță, cu componentele articulare din mase plastice

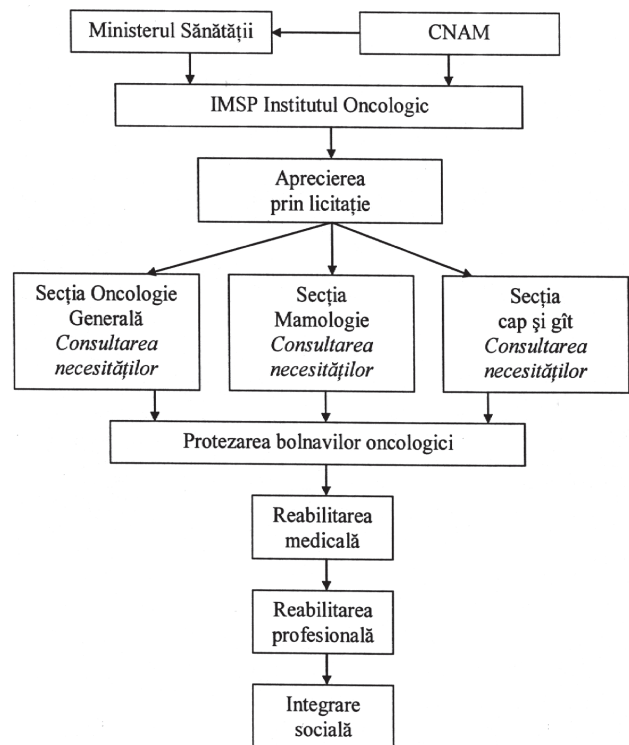
care asigură durată mare de folosință și posibilitatea de schimb a ultimelor în caz de uzare, în majoritatea cazurilor endoprotezele acestor firme sunt cu „modul-sistem” care permit la necesitate schimbarea dimensiunilor tehnice a lor, în așa fel pot fi folosite la rezecările unor segmente masive din osul afectat. Aceste două firme comercializează endoproteze pentru articulațiile șoldului, articulației genunchiului cît și pentru endoprotezarea totală a întregului os femural cu ambele articulații. Instrumentariul necesar pentru implantarea acestor endoproteze este o problemă ce necesită rezolvare paralelă cu asigurarea endoprotezelor. Costul unui set pentru endoprotezare este destul de mare, cuprinzînd valori între 2000 și 6000 Euro în dependență de modelul endoprotezei.

La momentul actual IOM rar implantează endoproteze de tipurile enunțate, deoarece procurarea acestor endoproteze, cît și a altor tipuri nu este acoperită financiar nici de CNAM, nici de alte structuri ale Ministerului Sănătății. Nu este reglementată prin careva acte normative sau dispoziții departamentale această problema care necesită rezolvare. În unele cazuri, prin hotărîrea Ministerului Sănătății sunt alocate sume financiare pentru procurarea endoprotezelor, la cererea pacientului. În cazurile date, IOM negociază cu firma locală „Osteomed”, care asigură comandarea și confecționarea endoprotezelor individuale în Ucraina. Majoritatea endoprotezelor sunt finanțate de însăși pacientul, care nu totdeauna dispune de finanțe. Pentru tratamentul tumorilor sistemului osteoarticular cu endoprotezare anual sunt necesare 35-50 de seturi de diferit tip de endoprotezare: a articulației șoldului – 10-15; articulației de genunchi – 10-15; articulației cotului – 2-5; articulației umărului 2-5; endoproteze totale a femurului – 2-5, totale a humerusului – 1-3, individuale de alte tipuri – 1-3.

Analizînd situația, propunem unele elemente manageriale în aprovizionarea cu proteze individuale și standarde în perspectivă. Este necesar să fie adoptată o Hotărîre a Guvernului „Cu privire la aprovizionarea cu proteze a bolnavilor tratați radical” și respectiv Ordonanțele Ministerului Sănătății și a CNAM. Ar fi utilă aprecierea responsabilităților tuturor părților în asigurarea medico-socială a pacienților care necesită endoprotezare.



Managementul aprovizionării cu proteze individuale pentru bolnavi tratați radical



Managementul aprovizionării cu proteze standard pentru bolnavii tratați radical

Formele și metodele de administrare sunt variate. Ele variază în dependență de mulți factori, inclusiv de personalitatea managerului. De obicei, conducători sunt numite persoanele, care posedă experiență și cunoștințe vaste în domeniul respectiv, abili să-și asume responsabilitatea.

Însă se întâmplă și așa, că conducătorul se alege din rîndul colaboratorilor disponibili ai unui sau altui colectiv. Totodată, deseori se alege persoana cu o vechime în muncă mai mare sau cu un nivel de cultură mai înalt. În limbajul managerilor aceasta se numește „Acel care are o forță de răzbatere mai mare”.

Procedeele sus-numite sunt caracteristice pentru instituțiile medicale de stat. În instituțiile medico-tehnice private procedura este net diferențiată. Conducător al firmei private poate deveni un medic, un inginer, un economist sau alt specialist cu o gândire specifică managerială, înzestrat cu spirit inovațional, care riscă și știe cum să înceapă „lucrul său”.

Iscușința de a administra nu se învață în școală, nici în cadrul oricăror cursuri. Iscușința de a administra este o calitate înnăscută a personalității, care poate fi dezvoltată pe parcursul

vieții. Persoanele cu abilități de administrare trebuie permanent să perfecționeze această iscușință. Administrarea este o noțiune cu mult mai vastă decît o distribuire simplă a sarcinilor și controlul asupra realizării lor.

Administrarea este, în primul rînd, o gestiune a proceselor:

- a) coordonarea diferitor genuri de activitate;
- b) abilitatea de a vedea dinamicul procesului în interiorul grupului de a-l dirija.

Managerul soluționează diferite sarcini – definirea direcțiilor principale de dezvoltare a firmei și scopurilor ei principale, elaborarea strategiei și planurilor generalizate, definirea structurii organizatorice, coordonarea și aprobarea, asigurarea venitului, continuitatea liniei strategice, evaluarea (inclusiv evaluarea strategiilor de alternativă pentru modificarea tacticii și sporirea eficienței) și controlul.

Sarcinile în domeniul administrării cadrelor în instituția medico-tehnică sunt diferite.

În fiecare proces se disting:

- a) aspecte neformale, de exemplu, corelațiile între persoane în procesul muncii, schimbului de informație și elaborării atitudinii sale față de problemă;

Principalul obiectiv

Activități

ce asigură

realizarea

obiectivului

principal

→	Asigurarea completă și complexă cu resurse materiale și echipamente tehnice corespunzătoare calitativ, la locul și termenele solicitate, cu un cost minim
→	Identificarea și stabilirea volumului și structurii materiale și energetice necesare la parametrii proiectării
→	Dimensionarea consumurilor materiale și energetice
→	Elaborarea de bilanțuri materiale și energetice
→	Dimensionarea pe criterii economice a stocurilor și a loturilor de resurse materiale
→	Prosperarea pieței interne și externe de resurse materiale energetice în vederea depistării și localizării surselor reale și potențiale de furnizare
→	Alegerea furnizorilor, urmărirea operativă a derulării contractelor de asigurarea materială
→	Asigurarea condițiilor normale de primire-recepție a loturilor de materiale sosite de la furnizori
→	Organizarea spațiilor de depozitare
→	Urmărirea și controlul utilizării resurselor materiale

Sarcinile de bază ale aprovizionării tehnico-materiale

b) aspecte formale, de exemplu, distribuirea sarcinilor, responsabilității, împuternicirilor, transmiterea împuternicirilor, controlul, comunicațiile și informația.

Deoarece administrarea este o gestiune a proceselor, inițial trebuie de înțeles ce reprezintă procesul în care iau parte un grup de executanți. Variate aspecte ale procesului de grup sunt reprezentate în tabelul de mai jos. În procesul de grup se deosebesc următorii factori:

- a) apartenența la colectiv;
- b) modul de luare a deciziilor;
- c) randamentul muncii;
- d) organizarea.

Conducătorul de grup, care se ocupă de realizarea unui oarecare proces, poate să se comporte în mod diferit. El poate să concentreze atenția principală asupra părții de lucru a procesului, asupra conținutului lui, sau el consideră că avînd importanță primordială însăși procesul realizării sarcinii.

Factorii procesului de grup

<i>Factorii procesului de grup</i>	<i>Caracteristica relațiilor reciproce de grup</i>		
Acceptarea apartenenței la grup	Spaimă Neîncredere	sau	Acceptare Încredere
Schimbul de date Luarea unei hotărîri	Amabilitate externă Tendință de a evita erorile	sau	Sinceritate „Relație inversă”
Trasarea scopului Productivitatea muncii	Apatie Competiție	sau	Creație Străduință
Probleme sociale Organizare	Dependență	sau	Corelație Distribuirea rolurilor

Din punctul de vedere al condițiilor în care se realizează procesul în grup, se pot evidenția trei aspecte:

- a) formele organizatorice, distribuția obligațiilor și definirea sarcinilor;
- b) lucrul cu persoane și colective aparte;
- c) utilizarea puterii și primirea hotărîrilor.

O condiție obligatorie pentru asigurarea administrării este elaborarea unui anumit mod formal de soluționare a

Relațiile „conducător-subaltern”

Atenție principală procesului		Atenție principală a făcerilor de lucru
Relațiile „conducător-subaltern”	Lucru în comun	De sinestătător
Strategia	Instruire	Abordare profesională
Accent pe	Procese socio-emotive	Conținutul problemei
Etapile proiectului	Pînă la soluționarea completă a problemei	Pînă la elaborarea modalităților de soluționare a problemei

Lucrul cu personalul — este administrarea cu persoane aparte și grupuri nu prea mari în cadrul procesului de muncă

Relații reciproce (neformale)	Funcțiile formale
<ul style="list-style-type: none"> - atitudinea față de lucru - poziția principală - canalele informaționale - relațiile în grupuri și între persoane aparte - abilitățile personalului - canalele de influență - birocrăția - comunicații 	<ul style="list-style-type: none"> - distribuirea sarcinilor - responsabilitate și drepturi - transmiterea îndatoririlor (controlul) - comunicații și asigurare informațională

problemelor. Însă conducătorul se întâlnește și cu aspecte neformale, care au o semnificație majoră în relațiile între conducere și alți colaboratori.

Administrarea este dirijarea acestor relații reciproce în cadrul evoluției procesului.

Asupra sfîrșitului procesului, adițional la factorii tehnici, organizatorici și economici, influențează semnificativ și factorii socio-psihologici.

În cazul în care procesul transformărilor se realizează prin proiecte, sînt necesare cunoștințe despre asigurarea gestiunii eficiente a realizării proiectelor. Și chiar în cazul în care administrarea proiectelor de către manager este organizată corect, elementele socio-psihologice de opunere a rezistenței se pot menține. Unele din aceste elemente sînt examinate în continuare:

a) unii conducători nu comunică informația subalternilor săi sau o transmit într-o formă tendențioasă (absența simțului de participare personală);

b) conducătorii care nu sînt siguri de acceptarea deciziilor corecte la momentul potrivit (procesele transformărilor necesită conducători puternici);

c) raportul de forțe între manageri sau secții;

d) încredere insuficientă în forțele proprii. Frica de a „deschide gura” pentru a-și exprima sentimentele, gîndurile, doleanțele, necesitățile;

e) interesele locale ale secțiilor sau grupurilor, care nu doresc transformări și care împiedică scurgerea de informații despre situația lucrurilor;

f) existența unei tensionări interne, care poate fi ascunsă de opinia publică sub masca armoniei și amabilității;

g) propunerile care inițial trebuie examinate în vederea determinării motivului lor ascuns adevărat, pentru ca apoi a se comporta în mod corespunzător.

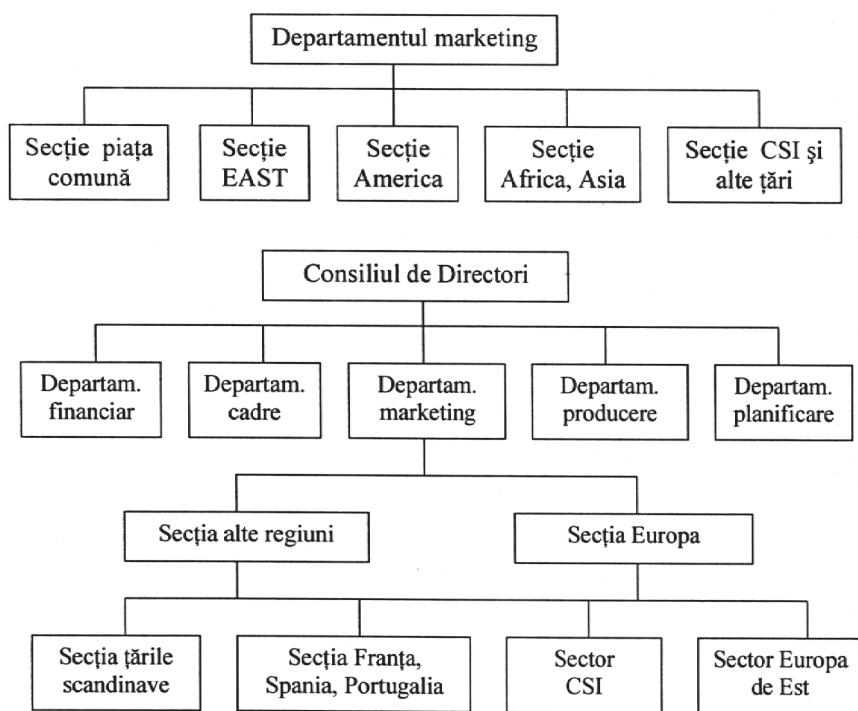
Un rol deosebit în dirijarea firmei private este stilul de administrare. La începutul

activității el trebuie să fie de sus în jos: dominare-subordonare.

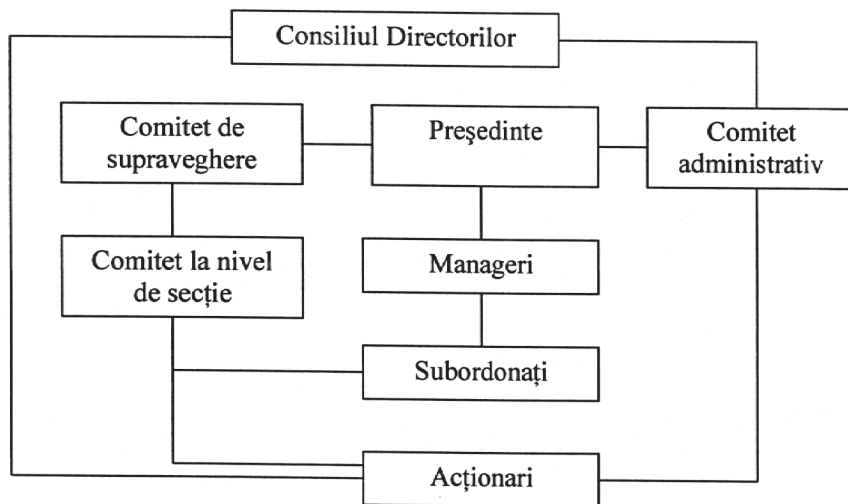
În rezultatul studiului a fost posibil a generaliza și stabili următoarele relații între conducător și subaltern (tab. 11).

În scopul determinării unor aspecte în activitatea managerială la întreprinderile medicale private a fost efectuat un studiu special la care au participat 54 de conducători ai firmelor medicale private. În rezultat am stabilit că numai 4 (7,4%) au spațiu, au fonduri fixe în proprietate. În 50 cazuri (92%) firmele medico-tehnice private au arendat spațiu.

Gestionarea firmelor medico-tehnice în 19,9% cazuri sunt conduse de directorul general, în 61,4% de medicul specialist și în 18,7 de doctori habilitați, doctori în medicină, conferențieri. În activitatea sa managerii întreprinderilor medicale private se bazează pe sine în 92,1% (50), pe colegi și angajați numai 4 (7,4%). 49 (79,3%) din



Structura-model a unei firme de tip european



Model de structură organizatorică

conducători au relatat că angajații nu tind spre reducerea cheltuielilor. La 2 nu le pasă de proprietate și de proces. Studiul a evidențiat că managerii dețin stagiul de muncă de 3-5 ani – 3,7%, 5-10 ani – 5,6%, 10-15 ani – 17 (31,5%), > 15 ani – 32 (59,3%).

Din cei intervievați 51 (94,5%) au declarat că pentru a conduce o firmă tehnico-medicală privată și a avea succes, le-a fost necesar capital inițial, cunoștințe vaste în economie, juridică și alte domenii. Pentru ca firma privată să activeze cu

succes în condițiile pieței tehnico-medice, concurenței, principiilor cererii și ofertei, managerii au nevoie de susținere din partea statului în 100% cazuri. 53 (98,1%) – e necesară perfecționarea cunoștințelor în managementul general și tehnico-medical. Este necesară perfecționarea cunoștințelor în profesia sa – 53 (98,1%). Perfecționarea cunoștințelor în domeniul legislației și în special în dreptul ce reglementează activitatea medicală au relatat 54 (100%) din cei chestionați. 53 (98,1%) au specificat perfecționarea cunoștințelor în economie și fiscalitate, iar 54 (100%) au relatat că au nevoie în activitate de aplicarea marketingului.

Bibliografie:

1. Androniceanu A. Noutăți în managementul public. București, Editura ASE, 2003.
2. Bobis KG, Camoriano J. Managing technology in a physician-led organization. J Healthc Inf Manag. 2003 Spring;17(2):24-31.
3. Davies J. Managers and medicine. Stroke of misfortune. Health Serv J. 2003 Mar 27;113(5848):42-3.
4. Jacobson, J. T., Principles and Applications in Auditory Evoked Potentials. Boston, MA: Allyn and Bacon, 1994.
5. Liu X, Mills A. The influence of bonus payments to doctors on hospital revenue: results of a quasi-experimental study. Appl Health Econ Health Policy. 2003;2(2):91-8.
6. Lupu S., Mereuta I. Management financiar, sănătate publică, 2005, p. 606-630.
7. Neal K. ROI in the ED. Installation of EDIS helps Georgia hospital handle population boom. Health Manag Technol. 2003 Nov;24(11):46, 49.
8. Robert P. Heaney, Louis A. Avioli. Detecting osteoporosis of Fragility of the Bone by means of ultrasound. JAMA, 2005.
9. Shields R, Dyson E. Clinical management where medicine meets management. Evening the odds. Health Serv J. 2004 Oct 28;114(5929):26-7.
10. Абрамова Г. Н. Маркетинг: вопросы и ответы. — М., 1991.
11. Белозеров В.И. Попечителев Е.П. Медико-техническое обеспечение клинического стационара.// Известия СПб ГЭТУ, вып. 491, 1997, с.3-13.

12. Гришин В. И. О некоторых вопросах инженерного оборудования палат и отделений интенсивной терапии. // Глав. врач, 1998, N4. - 102-104 с.

13. Малюта А. Н. Инвариантное моделирование медико-технических систем // Радиозлектронная медицинская

аппаратура: Науч. тр. / ВНИИ мед. приборостроения; Гл. ред. В. А. Викторов, 1987. - 9-14.



Ion Mereuță, d.h.m., prof. univ., Conducător științific al laboratorului Oncologie Generală și ATI IOM și USMF „Nicolae Testemițanu”, Victor Ciupercă, doctorand, Ion Dascaliuc, d.i.m., Serghei Mura, d.i.m., Valentin Capitan, d.i.m.

EXPERIENȚA CLINICĂ ÎN ENDOPROTEZAREA METALICĂ A ARTICULAȚIEI GENUNCHIULUI

The article centres round the problem of the tumors of the knee joint and provides a review of the experience gathered in the department of General Oncology, regarding endoprosthetics of these patients. There have been determined the clinical effects of the metallic endoprosthetics of the knee joint and there have been presented the results as well as the complications and the measures of their prevention. The replacement of metallic endoprostheses was possible in patients with benign and malignant tumors, but some features should be taken into account: tumor genesis, tumor risk and localization, somatic functional status of the patient, concomitant diseases. During the period 1998-2008 there have been made 25 prostheses.

Key words: *tumors of the knee joint, metallic endoprosthetics, clinical results.*

În perioada anilor 1998-2008 în clinica Oncologie Generală s-au tratat 25 bolnavi, la care s-au îndeplinit intervenții chirurgicale cu folosirea endoprotezării metalice a articulației genunchiului în caz de diferite forme nosologice de tumori. Ei au constituit 37% din numărul total de pacienți supuși endoprotezării metalice sau 10% din numărul total de pacienți studiați. La 15 (60±19,2%) pacienți endoprotezarea metalică s-a efectuat în caz de procese benigne și formațiuni tumoriforme, la 10 pacienți (40%) – în caz de tumori maligne.

Pentru endoprotezare s-au folosit endoprotezele de tip Sivaș sau ȚITO ale articulației genunchiului, cât și modificările lor după metodici proprii patentate. Din cele 25 de endoproteze implantate s-au folosit 3 endoproteze de tip Sivaș a articulației genunchiului nemodificate, 22 endoproteze au fost implantate după tehnologii patentate ale colaboratorilor, corespunzător dimensiunilor tumorii și lungimii osului afectat, formei nosologice, datelor radiografice, etc.

Mulți autori afirmă, că în cazul tumorilor benigne și a proceselor tumoriforme sunt

necesare intervențiile chirurgicale economice și econom-recuperatoare. Tactica de tratament a pacienților cu astfel de tumori totdeauna are țelul de a păstra cât mai posibil membrul funcțional. Unele tumori benigne sunt foarte agresive și pot avea trecere în neoformațiuni maligne, mai ales în urma unor manipulări chirurgicale repetate, traume, aplicații fizioterapeutice, etc. Regretabil, dar avem experiența unor intervenții de amputări și reamputări, când primordial s-a depistat osteoclastom – ulterior recidivă cu trecerea în formă malignă, displasia fibrozantă – cu trecere în fibrosarcom secundar, condrom – cu trecere în condrosarcom cu diferit grad de diferențiere, etc.

De asemenea, în caz de dimensiuni enorme a tumorii, cu afectarea cartilajului articular, implicarea articulației în procesul patologic s-a recurs la intervenții schilodante. Alternativa acestor intervenții în unele cazuri a fost endoprotezarea metalică, predispusă pentru a avea rezultate mai eficiente, cât și față de intervențiile cu folosirea autotransplantelor și alosemiartificațiilor analogice. Complexul complicat de mișcări în articulația genunchiului, biomecanica compusă, multiplitatea de dereglări

În urma procesului patologic, favorizează rezultatelor nesatisfăcătoare în cazul tuturor intervențiilor.

Endoprotezarea articulației genunchiului s-a efectuat la 15 pacienți cu tumori benigne și procese tumoriforme ale oaselor tubulare lungi în regiunea dată. La 10 pacienți procesul tumoral s-a localizat în porțiunea distală a osului femural și la 5 – în porțiunea proximală a osului tibial.

Prezentăm unele cazuri clinice:

Bolnavul S., a. n. 1960, fișa de observație clinică N4219 internată în secția Oncologie Generală 21.06.88 cu diagnosticul la internare: Osteoclastom? osteosarcom? al capătului distal al femurului drept. Se consideră bolnavă de 5 luni când au apărut dureri în regiunea genunchiului drept. S-a tratat cu diferite fizioterapii, fără efect. În luna iunie 1988, după un control radiografic la locul de trai, s-a găsit un focar patologic în femurul drept.

La internare acuză dureri violente în regiunea genunchiului drept, tumefacție în regiunea dată, nu poate călca pe picior. La controlul radiografic s-a depistat un focar distructiv în epimetafiza distală a femurului drept.



Figura 1. Bolnava S., a. n. 1980. Clișeu radiografic preoperator, Osteoclastom al femurului drept, 1/3 distală.

Conturul epimetafizei bombat oval, focarul cu limite clare, suprafața articulară este păstrată, în regiunea epicondilului lateral osul bombat, structura lui, cât și stratul cortical distruse. Se depistează și un component moale al tumorii. Tabloul radiologic corespunde unui osteoclastom (Fig. 1).

La 23.08.88 este efectuată trepanobiopsia cu rezultatul histologic N24040 – osteoblastoclastom.

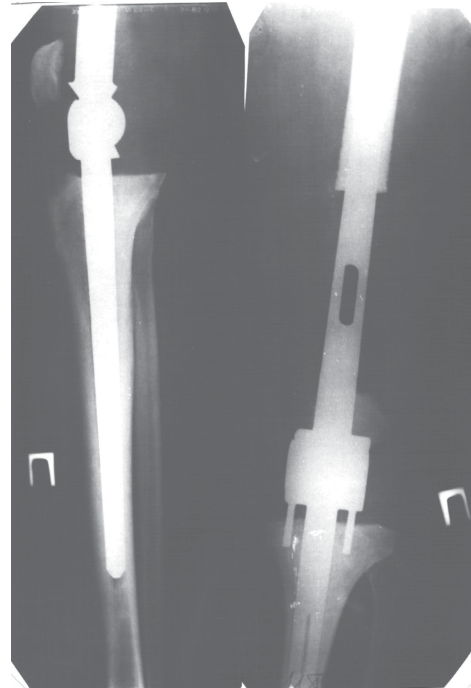


Figura 2. Aceiași bolnavă. Clișeu radiografic după endoprotezarea totală a articulației genunchiului.

La 19.07.88 este efectuată rezecția segmentară a osului femural drept, înlocuirea defectului cu endoproteza totală a genunchiului, tip Sivaș (Fig. 2, 3). Postoperator s-a complicat cu dehiscenta suturilor în regiunea inferioară a plăgii pe parcurs de 3cm. După un tratament complex plaga s-a cicatrizat per secundum. Pansamentul gipsat a fost înlăturat la 40 zile, s-a efectuat un tratament de reabilitare a membrului operat cu exersarea articulației. Bolnava a fost externată la domiciliu, de membrul operat se folosește cu ajutorul cârjelor. Pe parcursul perioadei postoperatorii tardive periodic apăreau fistule pe partea laterală a genunchiului, care după un tratament antibacterian se vindecau. Rezultatul final s-a apreciat ca satisfăcător, dar

mișcările în articulație nu s-au restabilit la nivelul cuvenit.



Figura 3. Bolnava S. Macropreparatul porțiunii distale resectate a osului femural.

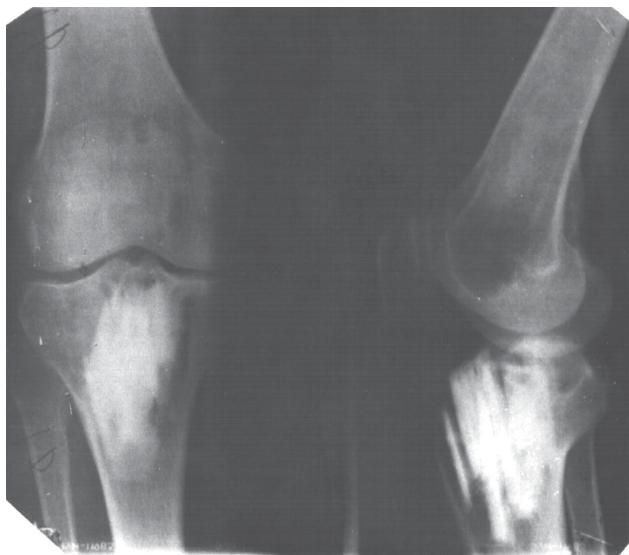


Figura 4. Bolnavul E., a. n. 1945. Clișeu radiologic la 2 ani după rezecție marginală a tibiei drepte cu aloplastie osoasă în caz de osteoclastom.

Bolnavul E., a. n. 1945 (fișa clinică N8026), internat în secție la 9.12.88, cu diagnosticul: Recidiv al osteoclastomului metaepifizei

proximale a osului tibial drept. Acuză la prezența unei formațiuni tumorale în treimea superioară a gambei drepte, dureri. La 4 aprilie 1984 la spitalul traumatologic s-a efectuat rezecție marginală și aloplastie ososă cu grefoane (Fig. 4).



Figura 5. Același bolnav. Clișeu radiografic, 4 ani după 1 intervenție. Recidiv al osteoclastomului, osului tibial drept 1/3 proximală.

La spitalizare după controlul radiografic se depistează distrucția completă a epimetafizei proximale cu un focar în diametru aproximativ 9cm. Stratul cortical este păstrat alocuri, transplantele osoase cu resorbție. Radiografic se depistează tabloul unui recidiv al osteoclastomului (Fig. 5).

După o pregătire preoperatorie la 28.12.1988 s-a efectuat intervenția: rezecția segmentară a osului tibial drept, treimea proximală cu endoprotezarea totală a articulației genunchiului, endoprotezarea Sivaș, modificarea secției (Fig. 6). Rezultatul histologic postoperator N 43132 – recidiv al osteoclastomului.

Postoperator s-a deschis o fistulă pe parcursul cicatricii de la prima intervenție, care după un tratament antibacterian complex s-a vindecat. Bolnavul a fost expus imobilizării timp de 80 zile, după care s-a efectuat exersarea articulației genunchiului. Volumul mișcărilor în articulație s-a restabilit la 90° de la inițial. Bolnavul pînă în prezent se folosește de membrul operat.

Bolnava P., a. n. 1953 (fișa de observație clinica N5292) internată la 10.08.88 în secția Oncologie Generală cu diagnosticul:

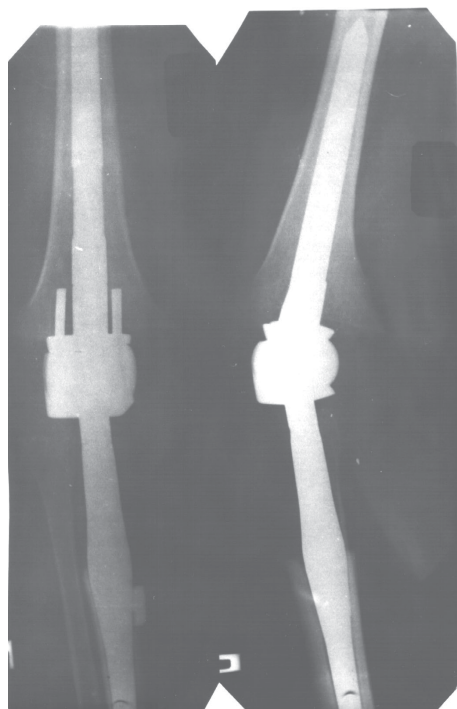


Figura 6. Bolnavul E. Clișeu radiografic postoperator, 60 zile. Endoprotezarea totală a articulației genunchiului drept, după modificarea noastră.



Figura 7. Bolnava P., fișa N5292. Osteoclastom porțiunii distale al femu-rului drept.

osteoblastoclastom al metaepifizei distale a osului femural drept. La internare acuză dureri în regiunea articulației genunchiului și porțiunii inferioare a coapsei drepte. Se socoate bolnavă din mai 1988, când au apărut primele dureri în regiunea dată. Consultată în clinica traumatologică și îndreptată pentru tratament la Institutul Oncologic. Vizual se depistează o formațiune tumorală în regiunea genunchiului drept pînă la 10cm în diametru, consistență dură, imobilă, dureroasă. La controlul radiografic în metafiza distală a osului femural se depistează un focar de distrucție litică a țesutului osos 6,5x4x6,0cm cu hotar bine limitat. Stratul cortical subțiat, alocuri cu structură celulară, osul este puțin bombat. Tabloul radiografic corespunde unui osteoclastom (Fig. 7).

După confecționarea endoprotezei de tip Sivaș, și modificată la 15.11.88, s-a efectuat rezecarea segmentară a osului femural drept cu endoprotezarea totală a articulației genunchiului (Fig. 8). Postoperator s-a complicat cu supurarea plăgii, apariția unor serome infectate în regiunea plăgii postoperatorii. După un tratament antibacterian complex, imunoterapie, infecția a fost înlăturată, plaga s-a cicatrizat per secundam.

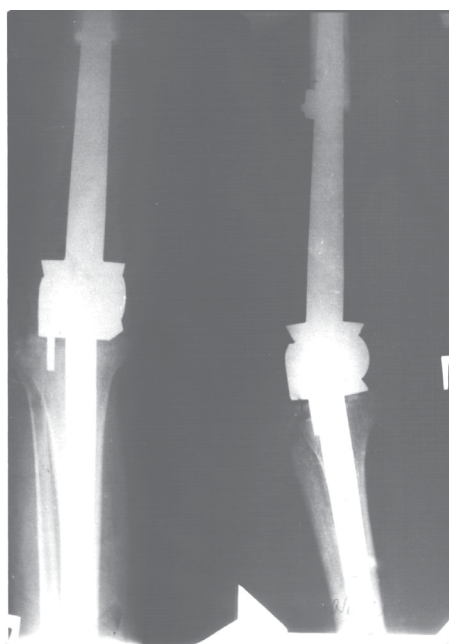


Figura 8. Aceiași bolnavă. Clișeu radiografic după endoprotezarea articulației genunchiului cu por-țiunea distală a femurului. Endoproteza Sivaș, modificarea noastră.

Din considerente familiare, bolnava a fost externată la domiciliu pentru tratament la chirurg.

Însă bolnava a urmat un tratament de sinestătător cu diferite aplicații, în urma cărora a survenit supurarea completă în regiunea articulației implantate, a apărut riscul de sepsis.

În luna aprilie 1989 internată repetat în secție unde la 24.04.88 eridoproteza a fost înlăturată. Postoperator complicații nu au apărut. Infecția slab sensibilă la tratamentul antibacterian cît și tratamentul de sinestătător efectuat de bolnavă au decis rezultatul nesatisfăcător al intervenției. Putem afirma, că pentru a aștepta un rezultat satisfăcător după endoprotezarea metalică e nevoie de a respecta strict legițile asepticiei cît în perioada preoperatorie, atît și în cea postoperatorie, indiscutabile fiind manipulațiile corecte intraoperatorii.

Caracterizînd complicațiile apărute ulterior intervențiilor de endoprotezare metalică, concluzionăm, că cel mai des au fost prezente cele purulente; supurarea plăgii postoperatorii și a articulațiilor artificiale implantate, apariția fistulelor în regiunea cicatricei postoperatorii. Din 15 pacienți supuși endoprotezării articulației genunchiului la 9 (60%) pacienți au fost complicații de caracter purulent, apariția fistulelor repetate în perioada tardivă, infectarea hematoamelor subcutane, infectarea totală a articulației implantate.

Urmare a acestor complicații, la 3 (20%) pacienți în diferite perioade s-au înlăturat endoprotezele ulterior implantate. Necroza marginală a fost prezentă la 2 pacienți, recidivă a tumorii în caz de osteoblastoclastom peste 4 ani s-a depistat la un bolnav (6,7%), endoproteza a fost înlăturată și efectuată exarticulația femurului. Din totalitatea de intervenții efectuate rezultate bune s-au obținut la 20% pacienți, satisfăcătoare – 20%, nesatisfăcătoare – 60%.

Procentul major de rezultate nesatisfăcătoare a fost în raport direct cu complicațiile septice, cauza cărora în multe cazuri a fost infecția banală și greșelile pacienților în perioada postoperatorie. La un bolnav din cauza dimensiunilor enorme a tumorii cu component moale s-au înlăturat țesuturile moi în mare volum, unde a rămas numai țesutul cutanat, ulterior a fost necroza locală în regiunea endoprotezei cu suprainfecția căpătată și supurarea totală. Nerespectarea imobilizării de către un bolnav a preconizat apariția unui hematom în regiunea articulației cu

infectarea și supurarea ulterioară. Iresponsabilitatea a însăși bolnavilor, nerespectarea recomandațiilor curative și de reabilitație au influențat mult la rezultatele finale ale tratamentului.

În caz de tumori maligne, endoprotezarea metalică a articulației genunchiului s-a înfăptuit la 10 pacienți. Acestea au constituit 40% din numărul bolnavilor cu endoproteze a genunchiului s-au (14%) din numărul total de endoprotezări efectuate în clinică. La 6 pacienți focarul patologic s-a depistat în porțiunea distală a osului femural, iar la 4 pacienți în porțiunea proximală a osului tibial. Volumul de rezecție a osului afectat s-a îndeplinit luînd în considerație histogeneza tumorii, gradul de diferențiere, răspîndirea procesului și dimensiunile tumorii, posibilitatea de metastazare a tumorii pe traectul canalului medular.

Bolnava S., a. n. 1958 (fișa de observație clinică N845). Internată în secția Oncologia Generală la 3.02.89, cu diagnosticul: Sarcom osteogenic juxtacortical al metafizei distale a osului femural drept. La internare acuză dureri în regiunea treimii inferioare a coapsei drepte. Se socoate bolnav din noiembrie 1888, cînd au apărut dureri în regiunea dată în timpul efortului fizic, care ulterior s-au intensificat. Durerile au devenit mai violente în perioada nocturnă. La adresare către medic la locul de trai a urmat un curs de fizioterapii, vibromasaj fără efect. A fost îndreptată la Institutul Oncologic pentru hotărîrea tacticii de tratament.

Local, la internare, se depistează o tumoare în regiunea treimii inferioare a coapsei drepte, posterior, dureroasă, dură la palpare, fără limite clare, imobilă. Ganglionii limfatici periferici nu sunt măriți. La clișeu radiografic în treimea inferioară se depistează un focar tumoral osos ce înconjoară metafiza distală pe un traseu de 18cm, mai mult în partea posterioară – 5cm, caracter intensiv, cu contur festonat, clar, ce aderă cu suprafața mai lată către stratul cortical. Stratul cortical păstrat, intern un focar osteoporotic în diametru de 5cm de formă ovală. Tumoare excrescentă în jurul metafizei în formă de ciupercă. Tabloul radiografic denotă un sarcom juxtacortical al treimii inferioare a osului femural, fără afectarea cartilajului articular (Fig. 9).

La seria de angiograme se depistează o tumoare ce nu implică vasele magistrale, le

deplasează posterior, formînd o curbă, cu foarte multe vase patologic dezvoltate, ondulate și șerpuite în jurul tumorii și în interiorul ei (Fig. 10). La 08.02.89 s-a efectuat trepanobiopsia tumorii ce a evaluat un sarcom juxtacortical, numărul histologiei – 5291-3/89. După o cură de radioterapie preoperatorie la 16.03.89 s-a efectuat rezecția segmentară a osului femural drept cu înlocuirea defectului format cu endoproteza articulației genunchiului, modificată (Fig. 11). Perioada postoperatorie fără complicații, cu vindecarea plăgii per prima. Rezultatul histologic final N10603 – osteosarcom juxtacortical.



Figura 9. Bolnavul S., f. Nr. 845. Clișeu radiologic preoperator. Sarcom juxtacortical al metafizei distale a femurului drept.

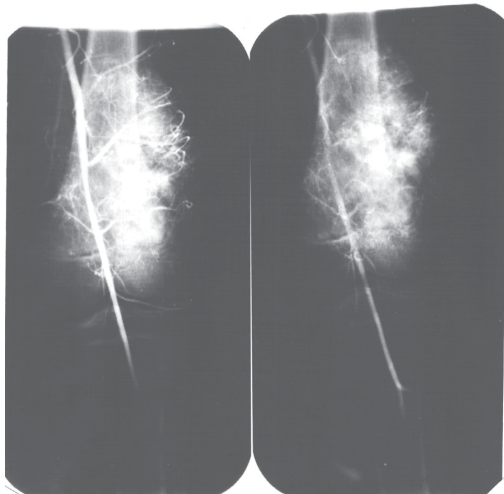


Figura 10. Același bolnav. Angiografia vaselor magistrale a membrului inferior.

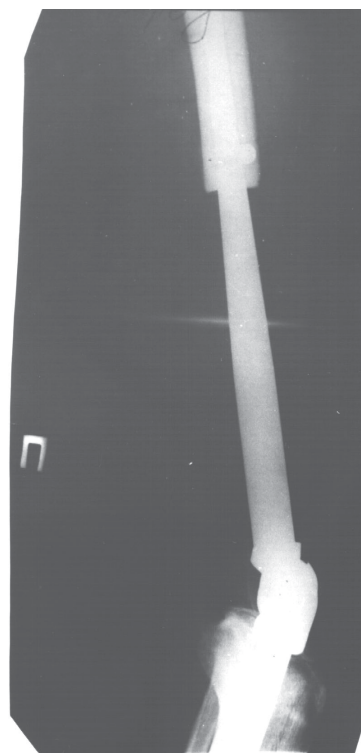


Figura 11. Bolnavul S. Clișeu radiografic, după endoprotezarea totală a articulației genunchiului, după metoda secției noastre.

Imobilizarea membrului a fost înfăptuită pe parcurs de 60 zile, după ce s-a efectuat exercițiul în articulație. Mișcările pasive s-au restabilit la extensie 180°, flexie 100°. Bolnavul în stare satisfăcătoare s-a externat la domiciliu.

După 15 luni postoperator la un control în secție s-a depistat un recidiv a tumorii în osul femural. Ulterior s-a efectuat amputația subtrohanterică a femurului drept. În perioada dintre prima și a doua intervenție pacientul liber s-a folosit de membrul operat.

Bolnavul A., a. n. 1972 (fișa de observație clinică N2274) a fost internat în secția Oncologie Generală la 04.04.88 cu diagnosticul: Sarcom osteogenic al treimii inferioare a femurului stîng. La internare acuza dureri în regiunea distală a coapsei stîngi, formațiune tumorală în regiunea data, partea laterală.

Se consideră bolnav din martie 1988 cînd după o trauma au apărut dureri în treimea inferioară a coapsei. Peste două săptămîni în locul traumei a observat apariția unei formațiuni tumorale, care treptat s-a mărit în dimensiuni. S-a tratat de sinestătător cu comprese



Figura 12 /a, b/. Bolnava A., f. nr. 2274. Clișeu radiografic preoperator. Osteosarcom osteoblastic al porțiunii distale a femurului stîng.

semispirtoase, fizioproceduri fără efect. La internare pe partea antero-laterală a treimii inferioare a coapsei stîngi se depistează o formațiune de 10x8cm în dimensiuni, dură, imobilă, dureroasă la palpare. La controlul radiografic în treimea distală a femurului se depistează un focar de destrucție osteoblastic mai mult pe partea laterală, cu formarea unor spicule masive pe traseu de 10cm, cu component extraosal în țesuturile moi, în polul superior se determină un cozoroc periostal, stratul cortical distrus, epifiza lui nu este atacată. Tabloul radiografie evaluează un sarcom osteogenic osteoplastic (Fig. 13 /a, b/).

Endoprotezarea totală a articulației genunchiului s-a îndeplinit la 25 (37,5%) pacienți în caz de diferite forme nozologice de tumori. Ei au constituit 10,4% din numărul total de pacienți incluși în studiu. La 15 bolnavi au fost prezente tumori benigne și procese tumoriforme, la 10 – tumori maligne.

Cel mai frecvent endoprotezarea articulației genunchiului s-a îndeplinit în cazul osteoclastomului și displaziilor fibrozante – câte

6 pacienți, apoi au urmat: sarcomul osteogenic – 4, fibrosarcomul – 3, condrosarcomul – 2, condrom – 2, hemangiom – 1, osteoclastom malign – 1.

Pentru endoprotezare s-au folosit endoprotezele de tip Sivaș sau ȚITO pentru articulația genunchiului, cît și modificările lor după metoda secției noastre. Endoproteze standart de tip Sivaș au fost implantate 3, restul 22 au fost implantate după modificarea și construirea lor individuală, conform dimensiunilor tumorii, datelor radiografice, formelor morfologice, etc.

Majoritatea autorilor sunt de părerea, că în cazul tumorilor benigne și a proceselor tumoriforme este nevoie de îndeplinit numai intervenții de păstrare-recuperare. Noi pe deplin suntem de acord cu această poziție și în tactica de tratament a pacienților noștri totdeauna am urmat scopul de a păstra cît mai posibil membrul funcțional. Dar totodată se știe, că unele tumori benigne sunt dispuse pentru a avea trecere în forma malignă, mai ales în urma unor manipulații chirurgicale repetate, traume, aplicații fizioterapeutice neîndreptățite, etc.

S-a observat malignizarea osteoclastomului la 2 pacienți, la care anterior s-a efectuat plastie osoasă, și încă la 2 – displazia fibrozantă a trecut în fibrosarcom. La un pacient, la care inițial s-a depistat condrom, peste cîtiva ani s-a recurs la endoprotezarea articulației genunchiului, iar rezultatul morfologic final a fost condrosarcom cu nivel mediu de diferențiere.

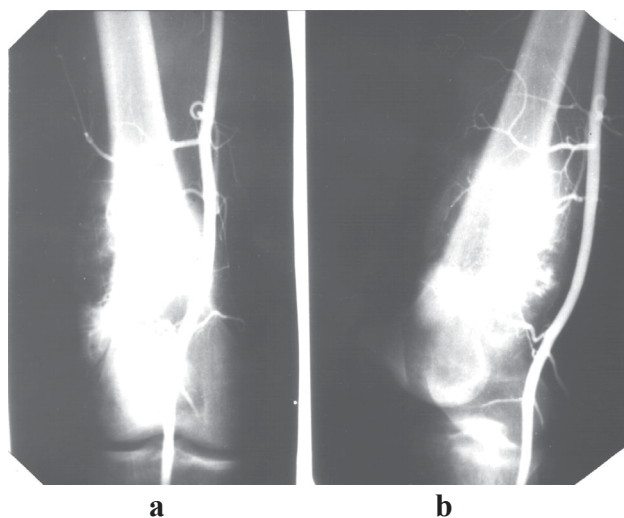


Figura 13 /a, b/. Bolnava A. Angiografia vaselor magistrale a membrului inferior.

Complexul complicat de mișcări în articulația genunchiului, multiplicitatea de dereglări apărute în urma procesului patologic des favorizează rezultatelor nesatisfăcătoare în cazul tuturor intervențiilor.

Deacea endoprotezarea metalică este predispusă de a înlocui intervențiile mult mai mutilante.

Endoprotezarea articulației genunchiului s-a îndeplinit la 15 pacienți cu tumori benigne și procese tumoriforme ale oaselor tubulare lungi în regiunea dată. La 10 pacienți procesul tumoral s-a localizat în porțiunea distală a osului femural. La 5 – porțiunea proximală a tibiei.

Caracterizînd complicațiile apărute ulterior intervențiilor de endoprotezare metalică se poate concluză, că cel mai des au fost prezente cele purulente cu supurarea plăgii postoperatorii, și a articulațiilor artificiale implantate, apariția fistulelor în regiunea cicatricei postoperatorii. Din cei 15 pacienți supuși endoprotezării articulației genunchiului la 9 (60,0%) au fost prezente complicații de caracter purulent, apariția fistulelor repetate în perioada tardivă, infecțarea hematoamelor subcutane, infecțarea totală a articulației implantate. Urmare a acestor complicații la 3 (20,0%) pacienți în diferite perioade s-au înlăturat endoprotezele ulterior implantate. Necroza marginală a fost prezentă la 2 pacienți, recidivă a tumorii în caș de osteoclastom peste 4 ani s-a depistat la un bolnav (6,7%), endoproteza a fost înlăturată și efectuată amputația femurului.

Din totalitatea de intervenții efectuate rezultate bune s-au căpătat la 20% pacienți, satisfăcătoare – 20%, nesatisfăcătoare – 60,0% pacienți.

Procentul major de rezultate nesatisfăcătoare a fost în raport direct cu complicațiile septice, cauza cărora în multe cazuri a fost infecția banală și greșelile pacienților în perioada postoperatorie. La un pacient din cauza dimensiunilor enorme a tumorii cu prezența componentului moale s-au înlăturat țesuturile moi în mare volum, unde a rămas numai țesutul cutanat, ulterior s-a dezvoltat necroză locală în regiunea implantului cu suprinfecțare și supurare totală. Nerespectarea imobilisării de către un bolnav a precuzat apariția unui hematom în regiunea articulației cu infecțarea și supurarea ulterioară.

Nerespectarea recomandărilor curative și de reabilitare în perioada postoperatorie îndepărtată în multe cazuri a fost cauza complicațiilor ulterior apărute cu un rezultat final nesatisfăcător.

Resultate bune în cazul endoprotezării articulației genun-chiului la formele maligne de tumori au fost apreciate la 40,0% pacienți, satisfăcătoare – 30,0% nesatisfăcătoare – 30,0% bolnavi.

Cu toate că la complicațiile apărute rezultatele s-au apreciat ca satisfăcătoare, chiar dacă mișcările nu s-au restabilit pe deplin în articulație, dar s-a păstrat funcția de sprijin a membrului, care foarte mult acționează în planul reabilitării psihologice a pacienților.

Rezumînd rezultatele primite în urma aplicării metodelor de endoprotezare metalică a articulației genunchiului, putem menționa, că metoda dată rămîne valoroasă în planul de tratament, dar e necesar de a cauta noi căi de evitare a complicațiilor ulterior posibile. Respectarea strictă a legităților asepticii fi antisepticii vor avea acțiune directă asupra rezultatelor finale bune cît în perioada postoperatorie apropiată, atît și în cea îndepărtată. Dimensiunile majore a tumorii, prezența componentului moale extraosal este cauza de bază a apariției recidivelor locale, deacea este necesar de a recurge cît mai timpuriu la endoprotezare. Procesul tumoral avansat rămîne contraindicația principală pentru a recurge la un tratament chirurgical cu includerea endoprotezării metalice.

Implantarea endoprotezelor metalice este posibilă cît în cazul proceselor benigne, atît și a celor maligne, dar este necesar de a lua în considerație geneza tumorii, dimensiunile, localizarea, starea generală a pacientului, prezența maladiilor concomitente, etc.

Toate endoprotezele au fost construite individual pentru fiecare bolnav, luînd în considerație dimensiunile segmentului atacat, datele radiologice, vîrsta pacienților.

În 2 cazuri rezultatele au fost excelente, păstrînd în întregime forma anatomică a membrului, evitînd defectul cosmetic avansat, avînd și o funcționalitate bună a membrului operat. Într-un caz complicațiile postoperatorii septice și cele neurotrofice ne-a facut de a înlătura proteza implantată.

După cum am menționat, endoprotezarea întregii diafize cu ambele articulații a permis de a păstra membrul funcțional și anatomic integru. Pentru pacienții oncologici aceasta are o mare semnificație în tratamentul de recuperare postoperator. Majoritatea din ei, știind că sunt sortiți și cunoscând pronosticul nefavorabil mult mai ușor suportă în plan psihologic intervențiile de endoprotezare metalică decât orice variantă de amputație sau exartriculație.

Rezultatele primite ne permit de a concluziona că tactica dată are mari perspective. Modernizarea modelelor de endoproteze prezente, care vor permite de a fi folosite la pacienții de orice vârstă va da posibilitatea de a include în tratamentul chirurgical cu folosirea endoprotezării metalice chiar și a copiilor și adolescenților. Un rol deosebit, alături de tehnologiile de tratament, trebuie să-l ocupe

procesul asigurării bolnavilor cu endoproteze și managementul financiar al lor.

Bibliografie:

1. Miller T.R. Surgical management of malignant bone tumors. /Con. J. Surg. 1977. Vol. 20, N5, p. 513-517.
2. O'Neil L.W., Akkerman L.V. Chondrosarcoma of Bone// Cancer. 1952, Vol. 5, N3, p. 551-577.
3. Weller S., Klymper H. Operative Treatment of Bone Tumors. Stuttgart, 1970, 182p.
4. Зацепин С.Т. Сохранные операции при опухолях костей. М., 1984, 288стр.
5. Кныш И.Т., Толстопятов Б.А., Бочаров И.Н. Эндопротезирование крупных суставов конечностей в клинике костной онкологии. Тезисы IV Всесоюзного Съезда Онкологов, М., 1996, с.282.
6. Трапезников Н.Н. Современные тенденции в лечении первичных опухолей костей. М., 1971.
7. Цуркан А.М. Операции при опухолях таза и бедра// Вопросы онкологии, 1979, №9, стр.64-66.



Valentin Capitan, d.ș.m. IMSP Institutul Oncologic

METODELE CONTEMPORANE DE TORACOPLASTIE ÎN ONCOLOGIE (reviul literaturii)

Thoracoplasty is a plastic surgery performed on the thorax removal of tumor-like affection of ribs and sternum. All these thoracoplasty methods permit to cover up the defects of soft tissue and the bones frame, receiving immediate and distant positive results.

Key words: ribs, sternum, thoracoplasty.

Tumorile coastelor și sternului constituie respectiv 10,1% și 3,1% din toate neoformațiunile scheletului (4).

Este necesar de menționat, că structura cutiei toracice complică depistarea precoce și tratamentul acestor tumori. Diagnosticul tardiv și tratamentul întârziat al tumorilor cutiei toracice duce deseori la afectarea totală a peretelui toracic, în caz de tumor malign se depistează concreșterea în organele vecine și recidivarea frecventă în urma tratamentului chirurgical.

Tumorile cutiei toracice constituie cel mai puțin studiat compartiment al chirurgiei tumorilor aparatului locomotor. Literatura științifică în acest domeniu este reprezentată prin comunicări unice despre observații cazuistice (2).

Clasificările propuse a tumorilor peretelui toracic reflectă atitudine diversă față de problema dată (3).

Tratamentul chirurgical al tumorilor coastelor și sternului este o problemă complicată și multilaterală, de care depinde pronosticul maladiei și rezultatele recuperării bolnavilor (1).

Tumorile primare a coastelor se intilnesc rar. Cele mai multe cazuri sint descrise în lucrările lui J.Freyschmidt, T.Spiro (1985). De cele mai dese ori se intilnesc tumorile condrogene (condromul, osteocondromul, exostoze) și osteodisplaziile fibrozate. Mai rar se intilnesc așa tumori benigne ca osteoclastomul, chist osos solitar, chist anevrizmal, lipom, angiom.

Tratamentul chirurgical al tumorilor benigne și a formațiunilor tumoriforme al coastelor constă în rezecarea segmentară subperiostală a coastei afectate. În cazul afectării totale a coastei, ultima se înlătură complet cu exarticularea în articulațiile costo-sternale și costo-vertebrale. La toracotomii

chirurgii decurg rareori, de regulă în cazul cînd tumorul este de dimensiuni mari și implică coastele vecine. Toracoplastia în aceste cazuri se efectuează cu țesuturile locale (5).

A.M. Țurcan (1979) efectuează aloplastia defectelor coastelor separate cu alotransplant osos, căruia cu ajutorul electrofrezei se atribuie o formă arcuită ce corespunde concavității extirpate de coastă. Metoda dată de toracoplastie rezolvă problema recuperării unui grup destul de mare de bolnavi, care au suportat intervenții chirurgicale în legătură cu tumori benigne a coastelor.

De cele mai dese ori coastele sunt afectate de așa tumori maligne ca condrosarcomul. Mai rar se întîlnesc sarcomul osteogenic, fibrosarcomul, mielomul solitar, osteoclastomul malign. Foarte rar se întîlnesc așa tumori ca liposarcomul, angiosarcomul (6).

Tumorile primare a sternului se întîlnesc destul de rar. Cele mai multe cazuri sunt descrise în lucrările lui D. C. Dahlin, A. R. Krishnan (1986). De cele mai dese ori se întîlnesc așa tumori ca condrosarcomul și plazmocitomul solitar (7). Cu mult mai rar, de obicei în formă de cazuri unice se întîlnesc și alte tumori maligne: sarcomul osteogenic, reticulosarcomul, fibrosarcomul, angiosarcomul și altele.

Cu cele mai mari greutateți este legat tratamentul chirurgical al bolnavilor cu tumori maligne de mărimi mari, care cresc în direcția cavității cutiei toracice, mediastinului, care au inclus în proces diafragma și peretele anterior al abdomenului. În aceste cazuri de cele mai dese ori este necesară înlocuirea plastică a defectelor pereților toracic și abdominal, schimbarea locului de fixare a diafragmului (8). În legătură cu aceasta sunt elaborate diverse variante de toracoplastie (9).

G. Champault (1975) pentru păstrarea elasticității și stabilității cutiei toracice în urma înlăturării sternului folosește autotransplante osoase. Cu acest scop se folosesc segmentele rezecate a coastelor 8-9-10-11. Peretele toracic se restabilește peste un interval costal. Părțile negative a acestei metode sînt:

- 1) se mărește traumatismul operator;
- 2) se mărește volumul intervenției chirurgicale;
- 3) se mărește hemoragia;
- 4) sînt necesare incizii adăugătoare;

5) se mărește perioada de imobilizare a cutiei toracice la acești bolnavi.

S.T. Zațepin cu coaut. (1996) aplică autotransplante masive din aripa osului iliac, endoproteze din oțel și titan, plăci din fluoroplast.

A.M. Țurcan (1978) în urma înlăturării sternului sau a cîtorva coaste efectuează toracoplastia defectelor mari a cutiei toracice cu ajutorul implantelor autodermale, care în prealabil sînt prelucrate de 3 ori cu soluție de iod 5%, lipsite de stratul epidermal și subcutan. Făcînd analiza rezultatelor apropiate și la distanță în urma toracoplastiei cu implantate autodermale, reesă următoarele concluzii:

1) plastia autodermală în urma înlăturării sternului și coastelor este indicată în cazul cînd avem defecte mari a peretelui toracic și este imposibilă plastia cu țesuturile locale;

2) implantul autodermal este un material rezistent cu ajutorul căruia se poate de închis în acelaș timp defectele țesuturilor moi și a carcasului osos;

3) implantul autodermal concrește cu țesuturile adiacente cu mult mai repede decît transplantele osoase și nu este nevoie de imobilizare;

4) toracoplastia cu implant autodermal micșorează incapacitatea de muncă a bolnavilor pînă la 1,5 - 2 luni în comparație cu operațiile osteoplastice în cazul cărora această perioadă de timp ajunge pînă la 7-9 luni, ceea ce are importanță mare în planul recuperării acestor bolnavi (10).

Vascularizarea bună a mușchului latisimus dorsi și lungimea necesară a pediculului vascular permit de a deplasa acest mușchi la distanțe considerabile. În regiunea cutiei toracice lamboul se folosește pentru închiderea defectelor în urma înlăturării glandei mamare, rezecării peretelui toracic (11).

A.D. Boyd et al. (1981) prezintă date, că în urma afectării cutiei toracice de ulcere postradiante, tumori maligne s-a efectuat tratament chirurgical, în urma cărui defectele formate au fost închise prin următoarele metode:

- lambouri vascularizate;
- lambouri musculo-cutanate din mușchiul tensor fasciae latae.

La o parte din bolnavi s-a efectuat plastia cu lambouri din mușchiul pectoral mare, lambouri din mușchiul latisimus dorsi, cu lambouri din

țesuturile regiunii axilare. Într-un caz în perioada postoperatorie s-a dezvoltat insuficiență respiratorie acută, ce necesită ventilare artificială a plămânilor.

P.G. Arnold, P.C. Paiolero (1986) comunică date, că în urma complicațiilor apărute în rezultatul tratamentului cu raze a cutiei toracice, reconstrucția ultimei a fost efectuată prin următoarele metode:

- plasa de trolen
- coaste autogene
- transpoziții musculare
- transpoziția omentului.

Autorii menționează așa complicații ca necroză parțială a lambourilor, la 25% pacienți a fost înlăturată plasa de trolen.

S.V.Sofronii (1989) comunică date, despre tratamentul chirurgical al complicațiilor postoperatorii din partea plăgii sternotomice. Au fost urmăriți 42 de bolnavi la care s-au dezvoltat complicații în privința cicatrizării plăgii sternotomice în urma intervențiilor chirurgicale la care s-a aplicat accesul transsternal. La 24 de bolnavi procesul supurativ s-a localizat în limitele corpului sternului, la 8 bolnavi s-au depistat afectarea corpului și procesului xifoid, în 10 cazuri s-a dovedit a fi afectarea totală a sternului și a porțiunilor adiacente a coastelor cu răspîndirea în 3 cazuri pe ambele clavicule. Operații radicale s-au efectuat în 32 de cazuri. S-au efectuat diverse variante de rezecare a sternului: totală la 9 bolnavi, subtotală la 8 bolnavi și parțială la 15 bolnavi.

În toate cazurile rezecarea sternului a fost însoțită cu înlăturarea porțiunilor adiacente a coastelor patologic schimbate. În 25 de cazuri a fost efectuată rezecarea rebordului costal.

Defectul format al peretelui toracic anterior a fost închis în urma rezecării sternului în 27 de cazuri prin transpoziții musculare pe pedicol vascular fixat, în 5 cazuri cu lambou din omentul mare.

La 5 bolnavi în urma rezecării parțiale a sternului, operația plastică a fost efectuată într-o singură etapă, în 4 cazuri au folosit plastie musculară (în 2 cazuri mușchiul pectoral mare, în alte 2 cazuri mușchiul rect al abdomenului), într-un caz au folosit lambou pe picioruș vascular fixat din omentul mare.

În 27 de cazuri sa dat prioritatea metodei în 2 etape. Prima etapă constă în rezecarea sternului

iar cea de-a 2 etapă - în închiderea plastică a defectului. Între prima și a 2 etapă a fost o perioadă de timp în mediu de 24 zile. În acest interval de timp plaga a fost tratată prin metoda deschisă, folosind unguente hidrosolubile. În etapa a doua plaga peretelui toracic anterior a fost închisă la 23 de bolnavi prin transpoziții musculare, la 4 - cu lambou din omentul mare. În 13 cazuri au folosit mușchiul drept al abdomenului, în 10 cazuri au folosit mușchiul pectoral mare. Transpoziția mușchilor pectorali mari pe picioruș vascular a fost folosită pentru închiderea plastică a defectelor etajului de sus a sternului. În urma rezecării porțiunilor din etajul inferior al sternului și a reborului costal s-au aplicat lambouri din mușchiul rect al abdomenului pe picioruș vascular din artera epigastrică sau lambou din omentul mare permutat. Toți pacienții au fost externați cu plaga cicatrizată.

Metodele de plastie a defectelor peretelui toracic anterior propuse de d-l S.V.Sofronii (1989) prezintă interes deosebit pentru chirurgii oncologi, deoarece ele ne permit de a lărgi volumul intervențiilor chirurgicale pe cutia toracică, ceea ce ne oferă posibilitatea de a mări radicalismul operator.

În cazul deformațiilor peretelui cutiei toracice în urma ulcerelor postiradiante, ce includeau în proces coastele, s-a efectuat transpoziția mușchiului latisimus dorsi. S-au efectuat incizii în forma literii "S", de 5-8 cm, pe margina anterioară a mușchiului latisimus dorsi. Prin această incizie se eliberează complet și se mobilizează în plagă mușchiul pe picioruș vasculo-nervos. Pe peretele anterior a cutiei toracice mușchiul se fixa printr-o incizie adaugătoare la stern, claviculă, coaste, pentru a înlocui mușchiul pectoral mare sau pentru a asigura acoperirea mușchiului, de către aloimplant. În timpul operației deseori avea loc hemoragie, din cauză, că era dificilă efectuarea hemostazei prin inciziile mici, nici într-un caz hematoame mari nu s-au format (12).

I.Miyamoto et al, (1986) relevă date, că în perioada anilor 1981-1984 au fost operate 15 femei cu defecte a cutiei toracice: la 11-recidivă a cancerului glandei mamare, la 3- ulcere postiradiante, la 1- histiocitom fibros a coastei. O coastă a fost înlăturată la o pacientă, 2-la 5, 3-la 8, 4-la 1. Mărimea defectelor cutiei toracice în

mediu erau de 10x10cm. La 14 femei plastia defectelor cutiei toracice s-a efectuat cu lambouri musculo-cutanee, luate de pe partea opusă a mușchiului rect abdominal păstrînd vasele și nervii axiali. În cazul defectelor mari s-au luat 2 lambouri din 2 mușchi recti abdominali, la 6 - bolnavi adăugator s-a aplicat autodermoplastie, mai ales după mastectomie bilaterală. Material sintetic pentru plastie nu au folosit. La 11 bolnavi în locul luării lamboului musculo-cutanat a apărut tendința formării herniei. La cițiva bolnavi a fost flotație usoară a cutiei toracice. Plastia defectelor cutiei toracice cu lambouri musculo-cutanee, autorii o socot efectivă și trainică, cu ce noi nu putem fi de acord din cauza procentajului înalt de complicații postoperatorii.

În ceea ce privește aplicarea materialelor sintetice în restituirea defectelor cutiei toracice D.J. Hurwitz, M.M. Ravitch, N. Wolmark (1997) prezintă date despre înlocuirea unui defect mare a peretelui toracic anterior cu material plastic stratificat din marlex-metilmecacrilat. La o bolnavă operată de două ori pentru un cancer, apoi pentru o recidivă al cancerului glandei mamare, tratată de mai multe ori cu doze mari de radioterapie, a apărut o nouă recidivă cu ulceratie. S-a efectuat rezecarea cutiei toracice din dreapta, inclusiv coastele II-IV cu o porțiune de stern pînă la linia axilară mediană cu pleura și lobul mediu al plămîinului drept. Defectul 20x30 cm a fost închis cu 2 straturi de marlex, între care s-a aranjat un strat de metilmecacrilat. Deasupra materialului plastic s-a aranjat lamboul musculo-cutanat din mușchiul latisimus dorsi, pe pedicol cu intorsie la 150°. Perioada postoperatorie a decurs fără particularități. Proteza stratificată s-a dovedit a fi un sprijin bun pentru lamboul musculo-cutanat.

McCormack et al. (1995) prezintă date, în privința tendințelor noi în reconstrucția scheletului peretelui toracic, în urma rezecării tumorilor cutiei toracice. Din 155 bolnavi în urma rezecării peretelui toracic în legatură cu tumori maligne, la 39 din ei cu defecte mici s-a aplicat plastia cu lambouri musculo-cutanee locale, la 94 s-au folosit lambouri din marlex, la 8- plastia cu heterofascie, la 2- transpoziția coastelor vecine. La 12 pacienți cu defecte gigantice, în urma rezecării pînă la 7 coaste din ambele părți și o porțiune de stern sau tot sternul, s-a aplicat o metodă nouă, așa numită "Sandwich" din marlex,

metilecacrilat și plasă de oțel. Pentru pregătirea "sandwich-ului" se aplicau 2 lambouri din marlex, croite după mărimile ce puțin depășesc mărimea defectului, apoi unul dintre lambouri se acoperea cu metilmecacrilat topit, pe care se așeza plasa de oțel, apoi se aplica metilmecacrilat pe al 2-lea lambou de marlex, care se așeza deasupra plasei de oțel. Acestui material plastic se poate da orice formă pentru a închide defectul dat. Marginile materialului plastic se suturau de porțiunile rezecate a coastelor pe marginea defectului peretelui toracic. Au decedat după operație 7 bolnavi (14.5 %). Timp de 5 ani din 87 pacienți operați letalitatea alcătuia 2%. Un bolnav a decedat din cauza infecției grave a "sandwich-ului".

K.P.Ramming cu coaut. (1998) prezintă date despre tratamentul chirurgical al tumorilor maligne al cutiei toracice. Se menționează că operația întotdeauna trebuie să fie planificată ca radicală, defectul poate fi închis aplicînd una din metodele de plastie. Mărimile plăgii operatorii la 7 bolnavi variau de la 17x19 pînă la 35x45 cm. La trei pacienți pentru plastie s-a folosit material sintetic marlex mesh, care a stabilizat cutia toracica flotantă. Însă ca corp străin acest material sintetic are neajunsurile sale. Deaceia, la doi bolnavi în cazul defectelor de 35x20 cm și rezecării mușchilor pectorali mari, a fost separat și disecat de la locul de fixare mușchiul latisimus dorsi. Mușchii mobilizați au fost aranjați la locul necesar și suturați între ei, și de coaste. Analogic în cazul unui defect de 20x20 cm au fost folosiți mușchii pectorali mari. Insuficiență respiratorie nu s-a dezvoltat.

A. Baisi et al. (1989) în cazul unei tumori al manumbriului sternului de 20 cm au efectuat rezecarea manumbriului sternal, porțiunea medială a claviculelor, coastele I-II din ambele părți. Defectul format al cutiei toracice a fost închis cu plasă de prolen și mușchiul pectoral mare mobilizat. În perioada postoperatorie indicii respiratori au fost în limitele normei.

K.Exner, G.Lemperie (1999) analizînd rezultatele operațiilor reconstructive-plastice, efectuate pe cutia toracică la 106 pacienți timp de 10 ani, menționează, că rezecarea cutiei toracice s-a efectuat în cazul tumorilor mari sau în cazul necrozelor postiradiante. Volumul rezecării peretelui toracic la o parte de bolnavi

includea sternotomia subtotală și rezecarea coastelor I-VIII. Plastia osoasă nu s-a efectuat. Torocoplastia defectului s-a efectuat cu ajutorul lambourilor musculo-cutanee. În cazul operațiilor paliative defectul se închidea cu lambou cutanat liber. Pentru închiderea defectului pleural se folosea mușchiul latisimus dorsi pe pedicol, care asigura vascularizarea și inervația. În cazul defectelor în regiunea sternului se efectua transpoziția mușchiului pectoral mare cu păstrarea pedicolului vascular. Când este imposibil de efectuat plastia cu lambou vascularizat se efectuau operații microchirurgicale cu folosirea lambourilor libere. Pentru plastia defectelor situate în porțiunile inferioare a cutiei toracice se poate de aplicat mușchiul rect al abdomenului, cu toate că de păstrat vascularizarea acestui mușchi este mai dificil.

N.N. Trapeznicov cu coaut. (1997), analizând rezultatele investigației și tratamentului a 24 bolnavi cu tumori maligne primare a sternului remarcă, că metoda de bază a tratamentului este metoda chirurgicală. Dificultatea de bază a metodei chirurgicale o prezintă plastia defectului format a cutiei toracice. Pentru închiderea defectului peretelui toracic s-a efectuat autoplastia. Numai la un bolnav cu sarcom osteogenic după rezecarea lărgită a sternului și a coastelor (în afară de prima coastă) s-a efectuat plastia combinată cu plasă de tantal și capron, la fel cu mușchii pectorali mari. Însă la acest bolnav perioada postoperatorie s-a agravat cu complicații purulente a plăgii. În decursul aceleiași luni s-a depistat recidivă a tumorii și metastaze în pulmoni.

C. Rivalora, V.R. Ouiroga, L. Guzman (1998) prezintă date despre 15 bolnavi operați cu tumori primare a cutiei toracice. În 12 cazuri s-a dovedit a fi proces malign. Se recomandă, de către autori, ca toate tumorile peretelui toracic de a le socoti ca proces malign, în deosebi dacă sînt localizate în stern. La fel se menționează importanța reconstrucției carcasi peretelui toracic, se propune ca defectele să fie închise cu lambouri musculo - cutanee.

V. Mandai et al. (1995) relatează că în perioada anilor 1979-1988 s-au efectuat 40 de operații toracale și abdominale cu înlocuirea pereților toracic și abdominal folosind materiale sintetice.

De cele mai dese ori operațiile erau efectuate din cauza tumorilor, afectărilor traumatice, herniilor. Pentru plastia defectelor se foloseau proteze din prolen. De cele mai dese ori s-au depistat următoarele complicații:

- necroze mici în regiunea suturii cutanate;
- hematoame a pereților toracic și abdominal;
- seroame.

Se socotește că materialul sintetic nu este cancerigen.

C. Kenneth et al, (1990) în perioada anilor 1984-1988 au depistat 29 bolnavi cu tumori al peretelui toracic. În 21 de cazuri în urma rezecării peretelui toracic, defectele au fost închise cu țesuturile locale. La 8 pacienți a fost nevoie de a folosi material sintetic pentru închiderea defectelor. Pentru profilaxia recidivelor autorii recomandă în cazul rezecării peretelui toracic de a se retrage maximal de la marginea tumorii.

G. Fracostoro et al, (1997) descriu tehnica reconstrucției sternului pe baza a 2 cazuri în urma rezecării corpului sternal cu păstrarea manubriului și procesului xifoid, pentru un condrosarcom. Volumul rezecării includea și fragmentele adiacente a coastelor. Pentru închiderea defectelor au folosit autoplastia (coaste, osul tibial, fascia lată), aloplastia, tantal și otel, materiale sintetice. Ambii bolnavi trăiesc după operație respectiv 26 și 17 luni fără recidive. Se menționează funcția normală a respirației.

S.S. Kroll et al, (1994) prezintă date despre reconstrucția peretelui toracic folosind lambouri musculo-cutanee din mușchiul latisimus dorsi și mușchiul rect al abdomenului, în urma înlăturării tumorilor maligne a cutiei toracice. Autorii compară rezultatele intervențiilor chirurgicale la 82 pacienți, care în perioada preoperatorie au fost supuși tratamentului cu raze, față de 202 pacienți, care nu au primit radioterapie. Se menționează, că complicații postoperatorii în grupul pacienților iradiați s-au dezvoltat în 39% cazuri. Cît privește grupul de pacienți, care nu au fost iradiați, complicațiile postoperatorii au constituit 25% cazuri. Cu toate că complicațiile postoperatorii s-au dezvoltat mai frecvent la pacienții, care au primit tratament cu raze în perioada preoperatorie, autorii nu socot că radioterapia este contraindicată în operațiile reconstructive la cutia toracică.

T.Suzuki et al (2000) comunică, că pentru reconstrucția peretelui toracic ei au folosit material sintetic marlex mesh, oase artificiale și lambouri musculo-cutanee. Oasele artificiale erau produse din ceramică. Autorii menționează că avantajul metodei cu aplicarea oaselor din ceramică, constă în posibilitatea modelării osului artificial în dependență de formele și mărimile defectului peretelui toracic.

K.Ghellert et al, (2001) relatează, că tratamentul chirurgical al tumorilor cutiei toracice depinde de localizarea procesului și dimensiunile formațiunii tumorale. Autorii remarcă, că reconstrucția trebuie să satisfacă necesitățile funcționale și cosmetice. Au fost operați 35 de pacienți cu formațiuni maligne al cutei toracice. Volumul intervențiilor includea rezecarea coastelor, sternului, claviculei. Ca material plastic a fost folosit politetrafluoruethylen, dura-mater liofilizată, coaste, lambouri musculo-cutanee. Au trăit mai mult de un an 90.6%.

Datele literaturii mondiale expuse mai sus releva faptul, ca acest compartiment al chirurgiei oncologice necesită studiere în continuare. Majoritatea metodele existente a variantelor de toracoplastii, nu au suportat modificari esențiale pe parcursul ultimilor decenii. Este important de menționat necesitatea recuperării anatomice, funcționale, cosmetice a acestui grup de pacienți.

Bibliografie:

1. Зацепин С. Т. Опухоли грудины и грудной стенки , их удаление восстановление каркасности по С. Т. Зацепину. Тез. докл. I-го съезда онкологов стран СНГ М., 1996. С.
2. Коларов И. и соавт. Диагностика и лечение опухолей грудной стенки. Хирургия (НРБ).1982. Том 35. № 5. С. 458-463.
3. Кочегаров А. А., Одночко П. К. Груд. серд.-сосуд. хирургия. 1991. № 5. С. 55-58.
4. Кудайбергенова И. О., Адамян А. А. Опухоли грудной стенки, клиника и хирургическая тактика при них. В кн. Современные вопросы частной хирургии. Сборник научных трудов. М., 1986. С. 24-27.
5. Софроний С. В. Хирургическое лечение осложнений срединных стернотомий. 1989 С. 391-394.
6. Трапезников Н.Н., Цуркан А. М. Сберегательные и сберегательно - восстановительные операции при опухолях костей: Кишинёв: Штиинца, 1989. С. 187.
7. Трапезников Н.Н., Черёмушкин Е. А., Лукьянченко А. В., Хмелёв О. Н. Диагностика и лечение первичных злокачественных опухолей грудины. Вопросы онкологии. 1997. Том 36, № 8. С. 927-934.
8. Цуркан А. М. Возможности хирургического метода в лечение и реабилитации больных опухолями и опухолеподобными поражениями костей: Афтореф. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1982.

9. Цуркан А. М. Пластика дефектов грудной стенки после удаления опухолей. Сборник трудов проблемной комиссии « Грудная хирургия » М., 1989
10. Цуркан А. М., Мазурин В. И. Пластика дефектов брюшной и грудной стенок, после удаления опухолей мягких тканей. Тезисы межгосударст. симпозиума «Опухоли мягких тканей ». Ярославль, 1992. С.
11. Цуркан А. М. К вопросу о хирургической реабилитации больных с опухолями рёбер и грудины. Тез. европейской школы по борьбе с болевым синдромом. ИОМ, Кишинёв. 1993. С. 140-140.
12. Țurcan A. M. Carata D. I. Dascalui I. I. Shimbarea locului de fixare a diafragmului după extirparea tumorilor cutiei toracice. Tezele conferen. naționale științifico-practică pe oncologie. Bălți. 1994. P. 56-57.
13. Arnold P. G., Pairolero P. C. Surgical management of the radiated chest wall. Plast. Reconstr. Surg., 1986, 77, а4, 605-612.
14. Baisi A., Zannini P., Roviario G. C., Negri G., Voci C., Pezuoli G. Ricostruzione della parete toracica per neoplasia del manubrio sternale // Minerva Chir. - 1989. - 44, а8. - С. 1289-1292.
15. Banic A., Ris H. B., Emi D., Striffeler H. Free latissimus dorsi flap for chest wall repair after complete resection of ifected sternum. Annals of Thoracic Surgery. 1995, 60 (4): 1028-32
16. Beltrami V., Ferara T., Di Eugenio C., Pierfelice A. Tumori della parete toracica // Minerva Chir. - 1989. - 44, No. 3. -С. 377-379.
17. Borrelly J., Grosdidier G., Wack B. Traitment chirurgical de l instabilite parietale thoracique, par l attelleagrafe a glissieres (AAG). Rev. Chir. orthop. Repar. Appar. moteur, 1985, 71, No. 4. 241-250.
18. Chapelier A., Macchiarini P., Rietjens M., Lenot B., Margulis A., Petit J. Y., Darteville P. Chest wall reconstruction following resection of large primary malignant tumors. European J. of Cardio - Thoracic Surgery. 1994, 8 (7):351-6; discussion 357.
19. Dahlin D. C., Krishnan K. U. Bone Tumors. Aspect and data on 8542 cases. 1986. P. 552.
20. Fracastoro G., Laterza E., Berteli F., Urso S.U. Tecniche ricostruttive nei tumori maligni dello sterno //G. Chir. 1997.- 12. No. - 3. С. 109-111.
21. Galli A., Raposio E., Santi P. Reconstruction of full -thickness defects of the thoracic wall by myocutaneous flap transfer: latissimus dorsi compared with transverse rectus abdominis. Scand. J. of Plastic & Reconstructive Surgery & Hand Surgery. 1995, 29 (1): 39-43.
22. Gellert K., Agnes A., Benhidjeb T., Zanow J., Muller J. M. Zur operativen Therapie maligner brustwandtumoren. Chirurg. 2001, 66 (12):1220-3; discussion 1224.
23. Kroll S. S., Schusterman M. A., Reece G. P., Miller M. J., Smith B. Breast reconstruction with myocutaneous flaps in previously irradiatedpatients. Plastic & Reconstructive Surgery. 1994, 93. (3):460-469; discussion 470-471.
24. Rouanet P., Jozwik M., Pujol H. Divided latissimus dorsi musculocutaneous flap for chest wall radionecrosis. Annals of Plastic Surgery. 1994, 33,(4) : 418-20.
25. Rouanet P., Fabre J. M., Tica V., Anaf V., Jozwick M., Pujol H. Chest wall reconstruction for radionecrosis after breast carcinoma therapy. Annals of Plastic Surgery. 1995, 34 (5): 465-70.
26. Shirakusa T.// Нихон кёбу гэка ракай дзасси J. Jap. Assos. Thorac. Surg., 1996, 49 (1) : 26-30.
27. Suzuki T., Suzuki S., Kitami A., Hori G., Simiya N. Reconstruction of chest wall after full-thickness resection. Two case reports. Scand. J. of Thoracic & Cardiovasc. Surg. 2000, 29, (3): 145-147.



Harștea Diana, doctorand, IMSP Institutul Oncologic

VIZIUNI MODERNE ASUPRA VARIANTELOR HISTOLOGICE ALE SARCOMULUI CUTANAT KAPOSI

This review provides a comprehensive overview of the broad clinicopathologic spectrum of cutaneous Kaposi sarcoma (KS) lesions. Variants discussed include: usual KS lesions associated with disease progression (*i.e.* patch, plaque and nodular stage); morphologic subtypes alluded to in the older literature such as anaplastic and telangiectatic KS, as well as several lymphedematous variants; and numerous recently described variants including hyperkeratotic, keloidal, micronodular, pyogenic granuloma-like, ecchymotic, and intravascular KS. Involuting lesions as a result of treatment related regression are also presented.

Key words: *cutaneous Kaposi sarcoma, vascular lesion, histological variants.*

Introducere

Sarcomul Kaposi (SK) este o patologie vasculară cu potențial malign scăzut reprezentată cel mai frecvent prin leziuni cutanate. Majoritatea morfopatologilor cunosc bine tabloul histologic al sarcomului cutanat Kaposi obișnuit (tipic) ce se dezvoltă de la pată spre placă și în final – stadiile nodulare [1-4]. Acest spectru morfologic al SK „obișnuit” este comun pentru SK clasic, endemic African, asociat transplantării și SK asociat cu SIDA [4]. În ultimele decenii, totuși, specialiștii devin tot mai conștienți de lărgirea spectrului histologic [5,6]. Ca urmare a crescut numărul variantelor clinice și/sau histologice raportate ale SK. Eșecul identificării unei anumite leziuni ca fiind SK ar putea duce la un diagnostic întârziat sau atitudine greșită. De asemenea, este sugerat faptul că unele variante, precum SK anaplastic și posibil SK asemănător limfangiomului ar putea avea relevanță asupra pronosticului [7-9]. Luând în considerare acești factori leziunile cutanate din SK pot fi divizate în 4 grupe mari:

(1) Leziunile SK ce cuprind variantele obișnuite, legate de progresia bolii,

(2) variantele SK descrise în literatura mai veche,

(3) variantele SK descrise mai recent,

(4) leziunile SK apărute ca urmare a tratamentului.

Deși este cunoscută histogeneza unora dintre aceste variante morfologice, patogeniza altora este incertă sau supusă speculației. De exemplu, SK hipercheratotic deseori apare ca rezultat al SK asociat cu edemul limfatic cronic al

membrelor inferioare [10]. Pe de altă parte, SK intravascular ar putea avea primar originea prin proliferare intravasculară sau, ca alternativă, se poate dezvolta în consecința extinderii intravasculare a leziunii ce întrerupe peretele vascular [11]. Leziunile cu localizare extracutanată ale SK deseori diferă histologic de analogii lor de pe piele, inclusiv descrierea recentă a SK „in situ” ce afectează vasele limfatice mediastinale [12].

Variantele obișnuite legate de progresie

Stadiul de pată

Stadiul de pată, ce reprezintă faza inițială în evoluția sarcomului cutanat Kaposi, este probabil varianta histologică cu cea mai mare înclinație spre cauzarea dificultăților diagnostice în caz de imprudență. Impresiile inițiale (la putere mică a microscopului) sunt cele ale unui derm „încărcat” sau posibil a unei dermatoze inflamatorii ușoare [1,13]. La examinare mai minuțioasă, totuși se văd semnele unui subtil proces vazoformator compus din spații vasculare nou-formate asemănătoare unor fisuri sau puțin zimțat, ce tind a fi mai remarcabile în imediata vecinătate a vaselor native ale dermului și anexelor cutanate [1-4]. Proeminența acestor structuri vasculare microscopice în lumenul canalelor neoplazice mai dilatate reprezintă semnul caracteristic numit semnul promontoriului. În dermul survenit deseori este descoperită disecarea fasciculelor de collagen de către spațiile vasculare asemănătoare unor fisuri și alineate de un strat de celule endoteliale aplatizate, cu diferit grad de extravazare a eritrocitelor. Canalele nou-formate

deseori conțin eritrocite. De asemenea, pe fundal este remarcabil un ușor infiltrat celular inflamator, compus din limfocite și plasmocite, frecvent însoțite de un contingent de macrofagi plini de hemosiderină. Celulele mononucleare mai sus amintite au tendința de a se concentra în jurul vaselor native ale dermului și structurilor anexelor pielii [1-4].

Stadiul de placă

În stadiul de placă al leziunilor sarcomului Kaposi, tabloul histologic este caracterizat de un infiltrat dermal mai difuz, însoțit de mai multe celule și ocazional extinderea procesului în țesutul adipos subcutanat subadiacent. Celulele patologice tind a fi mai alungite și aranjate în fascicule scurte, uneori întâmplătoare [1-4]. Fasciculele secționare transversal demonstrează o înfățișare similară unei site. Se observă puține transformări mitotice, iar pleomorfismul nuclear sau citologic este nesemnificativ. Frecvent se vizualizează globule hialine intracelulare și extracelulare, care probabil reprezintă eritrocite uzate. O cercetare minuțioasă frecvent va scoate în evidență „autoînglobarea”, prin care un eritrocit se conține în interiorul unei vacuole clare paranucleare în citoplasma unei celule endoteliale alungite observate în secțiunea transversală. Multiple canale vasculare disecate ce conțin eritrocite ocupă dermul implicat și iarăși se evidențiază pe fundal celulele caracteristice inflamației cronice reprezentate de celule plasmocitare în amestec cu hemosideroză și pigment liber de hemosiderină. De asemenea poate fi întâlnit semnul promontoriului care a fost descris mai sus [1-4]. Diagnosticul diferențial histologic se face cu angiomul glomerular, hemangiomul hemosiderotic țintit, hemangiomul micovascular și acroangiodermatita („pseudo-sarcomul Kaposi”) [1,2,4].

Stadiul nodular

Forma nodulară a SK de obicei nu cauzează dificultăți de diagnostic. Rareori, totuși, o mică leziune nodulară ulcerată a SK poate fi confundată cu granulomul piogen [1]. SK nodular este expus unei extinderi în derm prin proliferare celulară variabilă, relativ circumscrisă a celulelor neoplazice fusiforme aranjate în fascicule [1-4]. În canalele asemănătoare unor fisuri printre

celulele fusiforme se conțin eritrocite. Deși examinarea minuțioasă poate scoate în evidență mitoze ocazionale, celulele lezionale sunt relativ monomorfe. Globulele hialine pot fi văzute fără efort, corespunzător fenomenului autoînglobării. În materialul prelevat prin trepan-biopsie lărgită sau biopsia excizională dermul de lângă nodulul tumoral deseori prezintă schimbări asemănătoare stadiului de placă a SK, fapt ce confirmă că leziunile în stadiile de pată, placă și nodular formează o continuitate morfologică. La periferia unor leziuni nodulare a SK se pot vedea spații vasculare mai dilatate, care amintește tabloul caracteristic pentru hemangiomul cavernos [2]. Aceste canale largi, congestionate sunt parte integrală a leziunii, fapt confirmat prin colorare pozitivă imunohistochimică a membranei endoteliale a nucleelor pentru HHV-8 antigenul nuclear latent 1 [LNA-1].

Nodulii cutanați mari deseori se supun ulcerării. Biopsia superficială prin răzuire a acestor leziuni poate ridica în fața morfopatologului dificultăți de diagnosticare, deoarece majoritatea preparatelor pot conține doar exudat inflamator cu țesut de granulație subiacent; acesta poate fi confundat cu granulomul piogen [1]. Diferențierea între celulele fusiforme de țesutul de granulație și celulele lezionale din porțiunea superioară a SK de nodulul subiacent al SK poate fi dificilă, dacă nu chiar imposibilă fără ajutorul imunohistochimiei. Anticorpul comercial pentru HHV-8 LNA-1 și markerul celular al endoteliului limfatic D2-40 poate fi foarte util în acest caz. Utilizarea acestor markeri este preferabilă comparativ cu markerii vasculari mai puțin specifici precum CD31 sau CD34, deoarece aceștia nu ușurează recunoașterea formațiunilor lezionale sau non-lezionale celulare endoteliale. Rare cazuri de asociere SIDA și SK ce adăpostesc concomitent un agent patogen facultativ (de exemplu, criptococoză) pot rămâne nediate diagnosticate în materialul superficial al biopsiei [14,15]. Din această cauză biopsiile superficiale prin răzuire nu sunt binevenite. Leziunile care potențial ar putea fi confundate histologic cu SK nodular sunt angiomatoza bacilară, alte tipuri vasculare (de exemplu hemangiomul cu celule fusiforme și hemangioendoteliomul kaposiform), tumorile fibrohistiocitare (de exemplu variantele celulară, angiomatoasă și atipică a histiocitomului fibros,

dermatofibrosarcomul protuberant), melanomul cu celule fusiforme și ale câteva neoplasme mezenchimale cu celule fusiforme (de exemplu leiomiiosarcomul cutanat) [1,2,4].

Variantele descrise în literatura mai veche *Sarcomul Kaposi anaplastic*

SK anaplastic, uneori descris ca SK pleomorf, este puțin descris în literatură, posibil datorită faptului că e rar întâlnit. Transformarea malignă a SK, caracterizată printr-un număr crescut de mitoze și pleomorfism celular a fost descrisă pentru prima dată în 1959 de Cox și Helwig [16]. O variantă „monomorfă” a fost identificată de Templeton în câteva cazuri a SK [17]. În raportarea cazurilor de SK din Uganda (în 1971), cercetătorii au diferențiat SK „de tip monocelular” (asemănător SK anaplastic) de așa-numitul „tipul variantei anaplastice” (asemănător angiosarcomului) [18]. Particularitățile histologice anaplastice au fost descrise în contextul SK clasic, african și SIDA-asociat [7,8,19-24].

SK anaplastic este clinic remarcabil prin agresivitatea sa locală, înclinație spre invadare adâncă și capacitate metastatică crescută. Tumorile cu trăsături histologice anaplastice asociate cu SIDA par a avea tendința de apariție în regiunile periferice. În cazul SK anaplastic, există o posibilitate inerentă de a stabili un diagnostic eronat deoarece caracterul vazoformator al proliferării celulelor fusiforme nu este atât de evident. Această variantă demonstrează un grad semnificativ mai mare al pleomorfismului nuclear și celular decât SK convențional nodular (figura 5). În plus, indexul mitotic este mărit (de exemplu 5-20 mitoze în 10 câmpuri vizualizate la putere mare microscopică) și pot fi întâlnite mitoze atipice. Ocazional se vizualizează necroză.

Este ușor de înțeles de ce o mulțime de alte neoplasme maligne cu celule fusiforme ar putea fi incluse în diagnosticul diferențial histologic, inclusiv anumite sarcoame (de exemplu, leiomiiosarcomul, rabdomiosarcomul cu celule fusiforme, tumoarea malignă a tecii nervilor periferici, fibrosarcomul), melanomul apigmentat cu celule fusiforme și carcinomul cu celule fusiforme [14,15,20]. Angiosarcomul de asemenea ar putea fi luat în considerare, în special, dacă sunt identificate eritrocite printre

celulele fusiforme considerabil atipice. Pentru a clarifica entitățile menționate mai sus și a confirma prezența SK deseori e necesar un tablou clar al reacțiilor imunohistochimice [15]. E posibil că o parte din cazurile de SK anaplastic raportate în literatura mai veche, înainte de apariția imunohistochimiei ar putea să nu fie de fapt cazuri adevărate de SK.

Variante limfedematice

Există câteva variante ale SK limfedematice, fiecare dintre care se poate prezenta clinic printr-o apariție înșelătoare asemănătoare unei pustule. Terminologia substituibilă utilizată în literatură pentru aceste variante este confuză. A fost făcută o încercare de a clasifica aceste entități [26], ce include variantele asociate cu vasele limfice dilatate, precum SK asemănător limfangiomului și limfangiectazic și/sau datorită formării unui edem dermal superficial precum variantele SK pustulos superficial și intraepidermal (limfatic). Majoritatea acestor variante de obicei conțin o asociere de leziuni mai stereotipice ale SK. În aceste cazuri, când variantele limfedematice formează predominant sau exclusiv tabloul histologic, stabilirea diagnosticului de SK poate fi dificilă.

SK asemănător limfangiomului

SK asemănător limfangiomului (SKAL), numit de asemenea și SK limfangiomatos, este o variantă rară, întâlnită în toate patru grupe clinicomorfologice ale pacienților cu SK [27-33]. Mai mult decât atât, structura morfologică asemănătoare limfangiomului poate apărea în leziunile din stadiile de pată, placă și nodular [26]. Se consideră că această variantă se întâlnește în mai puțin de 5% din cazurile de SK [29]. Deși deseori Ronchese și Kern sunt considerați primii care au descris aceste situații în 1957, primul caz raportat de fapt apare în 1923, prezentînd o femeie în vîrstă de 66 ani cu leziuni pustuloase, histologic descrise ca fiind analogice limfangiomului circumscriptum [27,34]. SKAL are mai degrabă asemănare cu SK limfedematos, SK pustulos sau SK hipercheratotic (sau verucos), încît în biopsatul din pielea multor pacienți cu aceste variante clinice ale SK se văd trăsături histopatologice ale SKAL [10,26,27, 34-39]. În unele cazuri pacienții cu SKAL prezintă

efuziuni, de rînd cu edemul limfatic pronunțat și răspîndit [41].

SKAL se pare că există (sau co-există) în două forme microscopice. Prima constă într-o leziune în stadiu de pată sau placă, în care canalele vasculare neregulate, dilatate și interanastomotice diseacă fasciculele de colagen în derm, formînd în rezultat un tablou histologic foarte asemănător unei tumori limfatice, precum limfangioendoteliomul benign / limfangiomul progresiv dobîndit [31,32,42]. În aceste cazuri semnul promontoriului poate fi foarte remarcabil. Eritrocitele de obicei lipsesc în aceste canale. Puține papile se pot proiecta în vase. În cea de-a doua formă, mai vastă, spații endoteliale bine formate și alineate ocupă dermul papilar și partea superioară a dermului reticular. Aceste canale se pot mărgini cu epidermul supraadiacent, într-un fel analogic limfangiomului *circumscriptum*. Acesta e cel de-al doilea mod prin care clinic apar leziunile cutanate „pustuloase”. Aspecte ale stadiului obișnuit de placă în SK sunt întîlnite subadiacent acestor canale largi; această utilă particularitate de diagnostic poate lipsi în cazul biopsiilor superficiale prelevate prin răzuire. Celulele endoteliale alineate de-a lungul canalelor dilatate, ca în limfangiom, în ambele forme sunt imunoreactive la HHV-8 LNA-1, cît și la markerul limfatic endotelial D2-40.

Sarcomul Kaposi limfangiectatic

În SK limfangiectatic, intratumoral și peritumoral se întîlnesc vase limfatice dilatate cu perete subțiat. Aceste vase limfatice ectaziate sunt mult mai mari decît cele vizualizate în SKAL, dar și mai puțin neregulate și anastomotice [26]. Ele par a fi mult mai puțin „compresibile”. Limfangiectazia pronunțată din dermul superficial poate da naștere leziunilor pustuloase (pseudo-pustula).

Sarcomul Kaposi pustulos

Primele descrieri ale leziunilor cutanate pustuloase la pacienții cu SK au fost publicate al începutul secolului XX. Aceste leziuni pustuloase au fost puse pe seama limfangiectaziilor [34]. Leziunile pustuloase se observă mai frecvent în cadrul SK limfedematic, însă nu este semn obligatoriu [26,34]. În majoritatea cazurilor, termenul „pustulos” este mai mult clinic, decît

histologic, odată ce pseudo-pustulele de asemenea apar ca urmare a limfangiectaziei și/ sau SKAL implicînd stratul superficial al dermului la acești pacienți [26]. În alte cazuri, totuși, pustule veritabile subepidermale și intraepidermale pot apărea în concordanță cu SK. În primul caz, pustule tensionate sunt observate clinic datorită edemului peritumoral în stratul superficial al dermului, în timp ce al doilea caz pot apărea ca rezultat al progresării pustulei subepidermale sau datorită resorbției edemului limfatic și re-epitelizării pustulei subepidermale [26].

Sarcomul Kaposi teleangiectazic

În literatură au fost descrise puține cazuri de SK teleangiectazic, de exemplu, la un bărbat cu timom și mediastenia gravis supus tratamentului de lungă durată cu imunosupresive [43]. Termenul „teleangiectazic” se datorează teleangiectațiilor semnificative asociate multiplilor noduli cutanați și nu particularităților lor histologice. Rezultatele histopatologice în acest caz au demonstrat trăsături obișnuite sarcomului Kaposi nodular, fără ectazii vasculare remarcabile pe fundal [43]. Specialiștii în domeniu au întîlnit puține exemple histologice de SK teleangiectazic în care leziunile sarcomului Kaposi nodular conțineau spații vasculare mari, dilatate, intens congestionate. Ținînd cont de faptul că aceste spații largite sunt alineate de celulele endoteliale ale căror nuclee sunt imunoreactive la LNA-1, trebuie de recunoscut că ele sunt parte integră a SK, și nu reprezintă doar vase dermale ce au fost supuse modificării teleangiectazice în urma compresionării lor de către tumoarea dermică.

Variantele contemporane

Sarcomul Kaposi hiperkeratotic/ verucos

SK hiperkeratotic este o variantă clinicomorfolologică rar întîlnită a SK, ce pare a avea legături apropiate edemului limfatic asociat sarcomului Kaposi la pacienții cu SIDA [10,35,44]. Epidermul frecvent fibrozat este acoperit de acantoza epidermală verucoasă și hiperkeratoză. Ținînd cont de ultima afirmare, țesutul tumoral al SK supus diagnosticării, se poate localiza relativ profund în derm, accentuînd ulterior insuficiența biopsiilor superficiale prin răzuire. Ocazional, schimbări epidermale verucoase pot fi întîlnite la examenul histologic al SKAL. Rareori aceste

schimbări pot implica întregul membru inferior manifestându-se ca elefantiasis verucos [45]. Însăși edemul limfatic cronic poate da naștere hiperplaziei epidermale veruciforme și hiperkeratozei, însoțită de activitate fibroblastică crescută, vase sanguine și vase limfatice cu perete subțiat pretutindeni în derm [39]. SK limfedematic în asociere cu SIDA poate de asemenea fi asociat cu nodulii exofiți asemănători fibromului, caracterizați prin fibroză dermală, aranjare haotică a fibroblaștilor și fasciculelor de colagen, cât și vase limfatice și canale limfatice dilatate [10,39,44].

Sarcomul Kaposi cheloidal

Descrierea acestei variante extrem de neordinare a SK se limitează la raportarea a trei cazuri clinice în 1994 [46]. Leziunile sunt dur-elastice, aranjate liniar [6]. Din punct de vedere histologic, se remarcă o expansiune dermică prin colagenul dens, hialinizat, cu o oarecare asemănare cu un cheloid. În aceste leziuni proliferarea SK fusiform poate fi complicată și mai mult de modificările cheloidale. Diagnosticul diferențial histologic se face cu cicatricea postoperatorie după biopsia pielii afectate de SK. Se consideră că citochinele au un rol cheie în evoluția schimbărilor stromei cheloidale în această neobișnuită variantă a SK [46].

Sarcomul Kaposi micronodular

SK micronodular este o variantă recent descrisă a SK, caracterizată histologic printr-o proliferare mică, neincapsulată, circumscrisă a celulelor fusiforme în dermul reticular [47]. Deși în lucrarea lui Kempf și co-autorii sunt descrise leziunile cutanate micronodulare la un pacient cu SK clasic [47], leziuni similare sunt ocazional întâlnite în cazul SK asociat cu SIDA și deseori sunt radical excizate în cadrul biopsiei deschise.

Sarcomul Kaposi asemănător granulomului piogen

Leziunile nodulare și micronodulare mici, superficial localizate ale SK pot fi proeminente, provocând formarea unui manșon epidermal periferic. Astfel de leziuni au fost atribuite sarcomului Kaposi asemănător granulomului piogen [48]. Leziunile traumatizate pot fi supuse ulcerării, se poate asocia inflamația și de aceea

poate fi confundat cu granulomul piogen adevărat (hemangiomul lobular capilar). Lucrurile sunt și mai complicate dacă ținem cont de faptul, că, granulomul piogen veritabil poate însăși adăposti zone kaposiforme. SK asemănător granulomului piogen trebuie de asemenea diferențiat de angiomatoza bacilară, deoarece aceasta poate adopta uneori o structură similară granulomului piogen la vizualizare la putere mică a microscopului [14,15].

Sarcomul Kaposi echimotic

În varianta descrisă ca fiind SK echimotic, proliferarea intradermală a SK e însoțită de o largă extravazare a eritrocitelor [49]. Purpura pronunțată deseori umbrește particularitățile histologice ale SK situat subadiacent. În diagnosticul diferențial trebuie de ținut cont și de hemoragia intratumorală cauzată însăși de procedeul biopsiei. Clinic această variantă a SK asociat cu SIDA se manifestă prin pete echimotice sau asemănătoare celor din pitiriazis [49]. Petele echimotice pot fi asemănate clinic cu o echimoză sau pată de vin roșu. A fost descris un caz clinic rar de SK hemoragic [50]. Oricum, nu e clar dacă apariția acestui caz s-a datorat extravazării masive a eritrocitelor.

Sarcomul Kaposi intravascular

Unica descriere a SK intravascular se limitează la raportarea a 6 cazuri, inclusiv 4 pacienți cu SK clasic și 2 cu SK SIDA-asociat [11]. Examinarea histologică a acestor puține exemplare a demonstrat o proliferare exclusiv intravasculară solidă a celulelor fusiforme. Reacțiile imunohistochemice pentru desmină și actina mușchilor netezi (SMA) a confirmat proliferarea intravenoasă. Diagnosticul diferențial histologic se face cu hiperplazia endotelială papilară intravasculară, granulomul piogen intravenos, fasciita intravasculară, angioendoteliomul intralimfatic papilar (tumora Dabska) și miopericitomul intravascular [51].

Variantele SK legate de tratament

Tratamentul poate duce la regresarea SK și rareori la agravare (așa-numita „aprinde” a SK) [52]. Aspectele histopatologice ale regresiei SK sunt relatate mai jos. Agravarea SK (aprinde sau recrudescența) poate urma după tratamentul

cu corticosteroizi, cu retuximab sau în cadrul sindromului inflamator al reconstituirii imune remarcat la pacienții HIV-infecțai supuși terapiei antiretrovirale [52]. Particularitățile histopatologice ale leziunilor în agravarea SK încă nu au fost descrise.

Sarcomul Kaposi regresiv

Administrarea tratamentului intens activ retroviral la pacienții HIV-infecțai poate duce la regresia completă a leziunilor SK SIDA-asociate [53,54]. Particularitățile clinice ale regresiei includ aplatisarea leziunilor, reducerea dimensiunilor lor, schimbarea culorii de la roșu-aprins la macule brun-oranj. Cercetătorii au observat că după administrarea terapiei antivirale s-a îmbunătățit delimitarea leziunilor nodulare, care prezintă o celularitate mai restrânsă și sunt învelite de stromă densă sclerozată [55]. În unele cazuri unica dereglare este o creștere a densității capilare în derm în jurul vaselor native ale dermului și anexelor cutanate, însoțite de un infiltrat perivascular din celule plasmatiche mari. Regresie completă sau parțială a leziunilor SK poate fi obținută, de asemenea, după administrarea preparatelor chimioterapice [56,57]. Examinarea histologică a acestor leziuni parțial regresate denotă celule fusiforme reziduale în jurul vaselor native în straturile mijlociu și superior al dermului, cât și o reducere semnificativă a numărului celulelor fusiforme tumorale în dermul survenit [56]. Leziunile ce au fost supuse regresiei complete, totuși, demonstrează absența acestor celule fusiforme și o mică creștere a vaselor de calibru mic în legătură cu plexul vascular superficial [56].

Concluzii

În mod clar, SK are abilitatea de a dezvolta leziuni cu diferită structură histologică. E important de a avea capacitatea de a recunoaște aceste variante pentru a evita stabilirea unui diagnostic eronat și conduită inadecvată a pacienților afectați. SK a demonstrat că poate avea origine limfatică [58]. Aceasta poate explica legătura strânsă a vaselor limfatice patologice în câteva din aceste variante, precum sunt SK limfangiectazic și cel similar limfangiomului. De asemenea SK este înrudit cu edemul limfatic. Edemul limfatic cronic poate chiar precede

leziunile din SK. Unii autori consideră că edemul limfatic cronic poate duce la dezvoltarea SK datorită combinării următorilor factori: formarea vaselor colaterale, limangiogeneza și suprimarea imunității [59]. Variantele hiperkeratotică și pustuloasă ale SK pot fi atribuite la efectele de lungă durată ale edemului limfatic asociat tumorii în epidermul supraadiacent. Nodulii similari fibromului situați în dermul profund, vizualizați în cazurile asociate edemului limfatic pronunțat ar putea explica originea SK micronodular. Importanța clinică a majorității variantelor SK încă nu a fost studiată. S-a dovedit că variantele limfedematice prevestesc un pronostic nefavorabil. Acest fapt este cu certitudine plauzibil, avînd în vedere că edemul semnificativ asociat SK are un pronostic grav [60]. SK anaplastic este posibil unica variantă asociată cu un comportament agresiv. În unele cazuri nu e cunoscut motivul diferențierii progresive histologice a SK. Studiile științifice cu privire la HHV-8 și imunitatea gazdei, în cazurile anaplastice ar putea răspunde la unele întrebări.

Bibliografie:

1. Ackerman, AB. Histologic features of Kaposi's sarcoma and simulators of it. In: Cerimele D. , editor. *Kaposi's sarcoma*. Spectrum Publications, Inc., New York; 1985.
2. Templeton, AC. Pathology. In: Ziegler JL, Dorfman RF. , editor. *Kaposi's sarcoma: Pathophysiology and clinical management*. Marcel Dekker, Inc., New York; 1988.
3. Ackerman, AB; Gottlieb, GJ. Atlas of the gross and microscopic features. In: Gottlieb GJ, Ackerman AB. , editor. *Kaposi's sarcoma: A text and atlas*. Lea & Febiger, Philadelphia; 1988.
4. Sangüeza, OP; Requena, L. Malignant neoplasms. Kaposi's sarcoma. In: Sangüeza OP, Requena L. , editor. *Pathology of vascular skin lesions Clinicopathologic correlations*. Humana Press, New Jersey; 2003.
5. Schwartz, RA. Kaposi's sarcoma: an update. *J Surg Oncol*. 2004.
6. Jessop, S. HIV-associated Kaposi's sarcoma. *Dermatol Clin*. 2006.
7. Cerimele, D; Carlesimo, F; Fadda, G; Rotoli, M; Cavalieri, S. Anaplastic progression of classic Kaposi's sarcoma. *Dermatology*. 1997.
8. Rwomushana, RJ; Bailey, IC; Kyalwazi, SK. Kaposi's sarcoma of the brain. A case report with necropsy findings. *Cancer*. 1975.
9. Liebowitz, MR; Dagliotti, M; Smith, E; Murray, JF. Rapidly fatal lymphangioma-like Kaposi's sarcoma. *Histopathology*. 1975.
10. Hengge, UR; Stocks, K; Goos, M. Acquired immune deficiency syndrome-related hyperkeratotic Kaposi's sarcoma with severe lymphoedema: report of five cases. *Br J Dermatol*. 2000.
11. Luzar, B; Antony, F; Ramdial, PK; Calonje, E. Intravascular Kaposi's sarcoma – a hitherto unrecognised phenomenon. *J Cuta Pathol*. 2007.

12. Konstantinopoulos, PA; Dezube, BJ; Pantanowitz, L. Morphologic and immunophenotypic evidence of in-situ Kaposi's sarcoma. *BMC Clin Pathol*. 2006.
13. Ackerman, AB. Subtle clues to diagnosis by light microscopy. The patch stage of Kaposi's sarcoma. *Am J Dermatopathol*. 1979.
14. Grayson, W. A re-appraisal of vascular proliferations in human immunodeficiency virus infected patients. *S Afr Dermatol Rev*. 2006.
15. Grayson, W. My approach to: The HIV-positive skin biopsy. *J Clin Pathol*. 2008.
16. Cox, FH; Helwig, EB. Kaposi's sarcoma. *Cancer*. 1959.
17. Templeton, AC. Kaposi's sarcoma. *Pathol Annu*. 1981.
18. Taylor, JF; Templeton, AC; Vogel, CL; Ziegler, JL; Kyalwazi, SK. Kaposi's sarcoma in Uganda: a clinico-pathological study. *Int J Cancer*. 1971.
19. O'Connell, KM. Kaposi's sarcoma: histopathological study of 159 cases from Malawi. *J Clin Pathol*. 1977.
20. Owor, R. Conventional Kaposi's sarcoma in Africa. In: Gottlieb GJ, Ackerman AB. , editor. *Kaposi's sarcoma: A text and atlas*. Lea & Febiger, Philadelphia; 1988.
21. Ngendahayo, P; Mets, T; Bugingo, G; Parkin, DM. Kaposi's sarcoma in Rwanda: clinico-pathological and epidemiological aspects. *Bull Cancer*. 1989.
22. Satta, R; Cossu, S; Massarelli, G; Cottoni, F. Anaplastic transformation of classic Kaposi's sarcoma: clinicopathological study of five cases. *Br J Dermatol*. 2001.
23. Nayler, SJ; Goetsch, S; Grayson, W; Taylor, L. Pleomorphic Kaposi's sarcoma: Characterisation of an under-recognised variant of Kaposi's sarcoma. *Mod Pathol*. 2000.
24. Craddock, KJ; Labonte, S; Ghazarian, D. Anaplastic Kaposi sarcoma resembling epithelioid angiosarcoma in an HIV-positive man. *Eur J Dermatol*. 2008.
25. Weiss, SW; Goldblum, JR. *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. 5. Mosby, Philadelphia; 2008.
26. Pantanowitz, L; Duke, WH. Lymphoedematous variants of Kaposi's sarcoma. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008.
27. Ronchese, F; Kern, AB. Lymphangioma-like tumors in Kaposi's sarcoma. *AMA Arch Derm*. 1957.
28. Gange, RW; Jones, EW. Lymphangioma-like variant of Kaposi's sarcoma. A report of three cases. *Br J Dermatol*. 1979.
29. Cossu, S; Satta, R; Cottoni, F; Massarelli, G. Lymphangioma-like variant of Kaposi's sarcoma: clinicopathologic study of seven cases with review of the literature. *Am J Dermatopathol*. 1997.
30. Davis, DA; Scott, DM. Lymphangioma-like Kaposi sarcoma: Etiology and literature review. *J Am Acad Dermatol*. 2000.
31. Ramirez, JA; Laskin, WB; Guirart, J. Lymphangioma-like Kaposi sarcoma. *J Cutan Pathol*. 2005.
32. Mohanna, S; Sanjez, J; Ferrufino, JC; Bravo, F; Gotuzzo, E. Lymphangioma-like Kaposi's sarcoma: report of four cases and review. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2006.
33. Kalambokis, G; Kitsanou, M; Stergiopoulou, C; Zioga, A; Dimou, S; Tsianos, EV. Lymphangioma-like Kaposi's sarcoma with gastric involvement in a patient with lung cancer. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005.
34. Borroni, G; Brazzelli, V; Vignoli, GP; Gaviglio, MR. Bullous lesions of Kaposi's sarcoma: case report. *Am J Dermatol*. 1997.
35. Allen, JA; Gillespie, DL; Redfield, RR; Gomez, ER. Lower extremity lymphedema caused by acquired immune deficiency syndrome-related Kaposi's sarcoma: case report and review of the literature. *J Vasc Surg*. 1995.
36. Recht, B; Nickloff, BJ; Wood, GS. A bullous variant of Kaposi's sarcoma in an elderly female. *J Dermatol Surg Oncol*. 1986.
37. Ruocco, V; Astarita, C; Guerra, V; Lo Schiavo, A; Moscariello, CG; Satriano, RA, et al. Kaposi's sarcoma on a lymphoedematous immunocompromised limb. *Int J Dermatol*. 1984.
38. Atillasoy, ES; Santoro, A; Weinberg, JM. Lymphedema associated with Kaposi's sarcoma. *J Eur Acad Dermatol*. 2001.
39. Ramdial, PK; Chetty, R; Singh, B; Singh, R; Aboobaker, J. Lymphoedematous HIV-associated Kaposi's sarcoma. *J Cutan Pathol*. 2006.
40. Bossuyt, L; Oord, JJ Van den; Degreef, H. Lymphangioma-like variant of AIDS-associated Kaposi's sarcoma with pronounced edema formation. *Dermatology*. 1995.
41. Miller, RM; Leibowitz, MR. The radiological features of lymphangioma-like Kaposi's sarcoma. A case report. *S Afr Med J*. 1979.
42. Guillou, L; Fletcher, CD. Benign lymphangioid endothelioma (acquired progressive lymphangioma): a lesion not to be confused with well-differentiated angiosarcoma and patch stage Kaposi's sarcoma: clinicopathologic analysis of a series. *Am J Surg Pathol*. 2000.
43. Snyder, RA; Schwartz, RA. Telangiectatic Kaposi's sarcoma. Occurrence in a patient with thymoma and myasthenia gravis receiving long-term immunosuppressive therapy. *Arch Dermatol*. 1982.
44. Caputo, R; Gianotti, R; Grimalt, R; Monti, M; Alessi, E. Soft fibroma-like lesions on the legs of a patient with Kaposi's sarcoma and lymphedema. *Am J Dermatopathol*. 1991.
45. Sathyakumar, S; Suh, JS; Sharp, VL; Polsky, B. Images in HIV/AIDS. Elephantiasis nostras verrucosa secondary to Kaposi sarcoma: a rare case. *AIDS Read*. 2008.
46. Schwartz, RA; Spicer, MS; Janninger, CK; Cohen, PJ; Melczer, MM; Lambert, WC. Keloidal Kaposi's sarcoma: Report of three patients. *Dermatology*. 1994.
47. Kempf, W; Cathomas, G; Burg, G; Trueb, RM. Micronodular Kaposi's sarcoma – A new variant of classic-sporadic Kaposi's sarcoma. *Dermatology*. 2004.
48. Urquhart, JL; Uzieblo, A; Kohler, S. Detection of HHV-8 in pyogenic granuloma-like Kaposi sarcoma. *Am J Dermatopathol*. 2006.
49. Schwartz, RA; Spicer, MS; Thomas, I; Janninger, CK; Lambert, WC. Ecchymotic Kaposi's sarcoma. *Cutis*. 1995.
50. Bassioulas, K; Zioga, A; Hantschke, M; Klouvas, G; Hatzis, J. Hemorrhagic Kaposi sarcoma. Successful treatment with IFN-alpha. *Eur J Dermatol*. 2004.
51. Pantanowitz, L; Duke, WH. Intravascular lesions of the hand. *Diagn Pathol*. 2008.
52. Pantanowitz, L; Dezube, BJ. Kaposi's sarcoma: progression, exacerbation and regression. *Cancer Research Journal*. 2008.
53. Parra, R; Leal, M; Delgado, J; Macias, J; Rubio, A; Gomez, F; Soriano, V; Sanchez-Quijano, A; Pineda, JA; Lissen, E. Regression of invasive AIDS-related Kaposi's sarcoma following antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*. 1998.
54. Wit, FW; Sol, CJ; Renwick, N; Roos, MT; Pals, ST; van Leeuwen, R; Goudsmit, J; Reiss, P. Regression of AIDS-related Kaposi's sarcoma associated with clearance of human herpesvirus-8 from peripheral blood mononuclear cells following initiation of antiretroviral therapy. *AIDS*. 1998.
55. Eng, W; Cockerell, CJ. Histological features of kaposi sarcoma in a patient receiving highly active antiviral therapy. *Am J Dermatopathol*. 2004.
56. Pantanowitz, L; Dezube, BJ; Pinkus, GS; Tahan, SR. Histological characterization of regression is acquired immunodeficiency syndrome-related Kaposi's sarcoma. *J Cutan Pathol*. 2004.
57. Pantanowitz, L; Dezube, BJ; Hernandez-Barrantes, S; Tahan, SR; Dabbous, MK. Matrix metalloproteinases in the progression and regression of Kaposi's sarcoma. *J Cutan Pathol*. 2006.

58. Cheung, L; Rockson, SG. The lymphatic biology of Kaposi's sarcoma. *Lymphat Res Biol.* 2005.

59. Ruocco, V; Schwartz, RA; Ruocco, E. Lymphedema: an immunologically vulnerable site for development of neoplasms. *J Am Acad Dermatol.* 2002.

60. Feller, L; Masipa, J; Wood, N; Raubenheimer, E; Lemmer, J. The prognostic significance of facial lymphoedema in HIV-seropositive subjects with Kaposi sarcoma. *AIDS Res Ther.* 2008.



Natalia Botnariuc, Institutul Oncologic, RM

TRATAMENTUL COMBINAT ȘI COMPLEX AL CANCERULUI GLANDEI MAMARE ÎN STADIA I (Reviul literaturii)

The complex treatment tactics – radiotherapy (Rath), adjuvant chemotherapy (CT) and hormonal therapy (HT) depends on expression of molecular markers – steroid hormone ReEs, RePg and HER2/neu. The works in application of adjuvant Rath, CT and HT patients with I stage Breast cancer have demonstrated a decreasing of recurrence and distant metastases rate.

Key words: breast cancer, first stage, complex treatment

Actualmente, cînd sunt recunoscute mii de variante de tratament al cancerului glandei mamare (CGM), nu există o altă maladie oncologică care atestă atîtea părerii contradictorii [1,17,27,]. Diversitatea diferitor metode de tratament al CGM poate fi divizată în două categorii: acțiunea locoregională, care include intervenția chirurgicală, radioterapia (Rath), și acțiunea asupra întregului organism – chimioterapie (CT) și hormonoterapie (HT) [7,18,19,22].

Adepii metodei „clasice” (evadării în întregime a zonelor de metastazare regională) văd în ea nu numai efectul curativ, dar și metoda de bază a obținerii informației de prognostic, care constituie un criteriu important în planificarea ulterioară a Rath, CT și HT adjuvante [14,28].

Un șir de cercetători sunt predispuși în general să se refuze de evadarea ganglionilor limfatici (g/l) axilari în cazul CGM st. I. După părerea lor tactica tratamentului complex – Rath, CT și HT adjuvantă depinde în măsură mai mare de proprietățile biologice ale tumorii inițiale - gradul de diferențiere, gradul de expresie a markerilor moleculari – receptorilor hormonilor steroizi ReEs, RePg și HER2/neu [4,6,10,12].

În lucrarea lui *Poulsen B.* (1998), bazată pe analiza datelor ale 756 de bolnave cu CGM st. I, supuse operației organomenajante (OOM) + Rath, rata metastazării la distanță a fost de 4,4

ori mai înaltă dechît la bolnavele supuse mastectomiei (ME) + Rath [36]. Factorii care măresc riscul recidivelor locale, au fost practic identici cu acei, care măresc riscul metastazării la distanță: vîrsta tînă a pacientelor, creșterea multicentrică a tumorii, localizarea centrală în glanda mamară, invazia vaselor sanguine [8,9,13,24].

În multe centre oncologice din Europa 10 ani în urmă a fost stopată efectuarea Rath, ce a fost legat de rezultatele cercetărilor generale din Oxford (*Cuzick J.*, 1987; 1994), care au arătat o majorarea nesemnificativă a supraviețuirii și frecvența înaltă a infarctelor miocardice postradiante tardive fatale. A devenit evident, că majorarea potențială a supraviețuirii prin aplicarea Rath adjuvante poate fi anulată din cauza tehnicii neadevate de Rath, care conduce la mortalitatea cardiologică tardivă. Lipsa ameliorării semnificative a supraviețuirii a fost atribuită selecției incorecte a bolnavelor și dificultăților tehnicii în aplicarea Rath. Orice micșorare a indicilor mortalității cauzată de cancer la bolnavele cu riscul înalt de dezvoltare a recidivelor „se compensează” cu creșterea mortalității cauzate de ischemia miocardului, ca rezultat al tehnicii incorecte în aplicarea Rath (*Cuzick J.*, 1994; *Kuske R.*, 1999).

Optimismul și întoarcerea la Rath reiese din rezultatele publicate a cercetărilor clinice

prospective, care au demonstrat mărirea autentică a supraviețuirii la bolnavele de CGM, care au fost tratate cu Rath și CT adjuvantă [3,7,14,16,22]. Aceste cercetări au confirmat faptul, că în majoritatea cazurilor este posibil control efectiv loco-regional și chiar vindecarea unor paciente.

CGM se consideră tumoră cu posibilitate înaltă de metastazare limfogenă și hematogenă. Cercetările efectuate de ani în domeniul tratamentului formelor incipiente a CGM au confirmat corectitudinea ipotezei lui Fisher în ceea ce privește desiminarea limfogenă și hematogenă precoce [37]. Metastazarea este posibilă și la diametrul tumorii mai mic de 0,5 mm. Din acest moment celulele canceroase apar în sistemul sangvin. Lucrările lui Possinger K. (1992) indică că 20-30% de bolnave de CGM T1N0M0 deja au micrometastaze subclinice la distanță; conform datelor Святухина О.В. (1980) cifra dată ajunge la 70%.

Lucrările lui Bonadonna G. (1979) în domeniul CT adjuvante aplicată la paciente cu CGM st. I au demonstrat o diminuare a frecvenței apariției recidivelor și metastazelor la distanță. Cercetările efectuate de oncologi suedezi sub conducerea lui Senn H.J., (1979) au demonstrat că aplicarea CT adjuvante la pacientele cu CGM în forme incipiente sporește supraviețuirea generală fără recidive și metastazare.

Cifre convingătoare ca avantaj al CT adjuvante sunt aduse de Terumasa K. (1988). La 537 bolnave cu CGM st. I la care s-a aplicat tratamentul chirurgical urmat de CT a demonstrat majorarea ratei supraviețuirii mai mult de 10 ani după tratament. Rezultatele analogice au fost demonstrate de Zieger Lane D. (1991) care constată ca CT adjuvantă a CGM st. I scade considerabil riscul recidivelor și metastazelor la distanță.

În baza multor investigații clinice aplicarea CT adjuvante la pacientele cu CGM st. I a contribuit la diminuarea frecvenței aparițiilor metastazelor la distanță, majorarea supraviețuirii de 5 ani [14,16,22].

În cercetările randomizate publicate de Carbone Paul D. (1990) care a efectuat metaanaliza a mai mult de 29000 paciente cu CGM forme incipiente, a constatat că CT adjuvantă sporește supraviețuirea fără recidive și metastazare a bolnavelor de CGM st.I.

Abe O. (1998) efectuează metaanaliza rezultatelor a 69 cazuri clinice prin care s-a comparat eficacitatea CT adjuvante în CGM forme incipiente. Autorul consideră că acest component al tratamentului aduce la diminuarea frecvenței recidivelor și majorarea supraviețuirii de peste 10 ani îndeosebi la pacientele în vîrstă pînă la 50 ani.

În literatură sunt date ferme despre faptul, că gradul de expresie a receptorilor hormonal ReEs, RePg influențează evoluția clinică al CGM și în forme incipiente [6,21,29,32,33,35]. Hormonoterapia joacă rolul decisiv în tratamentul adjuvant al bolnavelor de CGM cu receptori hormonal pozitivi [5,19,20,25,30]. Este cunoscut de asemenea, că eficacitatea CT în cazul tumorilor receptor-pozitive este mai joasă, decît în cazul CGM receptor-negative [34].

Aceste date se confirmă clar în investigațiile clinice a cercetărilor din Oxford, care includ 6700 bolnave cu tumori ReEs+. Majoritatea din aceste bolnave (vîrsta 50-69 ani) primeau Tamoxifen și au fost randomizate suplimentar în 2 loturi: la care s-a efectuat și PCT și care au urmat numai HT. Reducerea proporțională a riscului de deces din orice cauză în loturile acestea au fost corespunzător 9% și 17%. În cazul aplicării CT reducerea riscului apariției recidivelor a fost în 18% cazuri, în timp ce în lotul din 3300 bolnave cu ReEs negativi – riscul dezvoltării recidivelor a scăzut cu 30%. S-a stabilit, că statutul negativ al ReEs și RePg – este factorul unic, „care prezice” eficacitatea CT (EBCTCG, 1998; 2000).

McGuire W. et al. (1991) studiind eficiența HT în dependență de expresia receptorilor hormonilor steroizi la 2000 de bolnave au depistat că gradul înalt de expresie al ReEs+ și RePg+, permite pronosticul efectului curativ pozitiv la 77% de bolnave, însă la 23% acest tratament se dovedește a fi neefectiv. În același timp autorii remarcă că în cazul receptorilor ReEs - și RePg - efectul HT poate fi atins la 11% din paciente.

CGM prezintă o maladie patogenică polimorfă, și nu se poate de admis, că toate subgrupele de bolnave v-or obține un rezultat asemănător de la o singură tactică de tratament determinată [15,23,24,28].

Astfel, noțiunea de CGM atît clinic, cît și patomorfologic, îmbină clonele celulare diferite după microstructura și biologia sa. Ca rezultat, evoluția maladiei, pronosticul și eficacitatea

tratamentului pot fi diverse la diferite pacienți cu aceeași stadiu și variază pe larg în dependență de gradul de malignitate a tumorii, structura ei histopatologică, gradul de expresie a markerilor moleculari și, de asemenea, imunorezistența individuală a organismului către neoplazie [21,24,26].

O atenție deosebită se acordă CGM cu caracterul multicentric de creștere care după datele unui șir de autori se depistează în 3,76 - 58% cazuri (în mediu 27%) [2,13,15,31].

Datorită succeselor biologiei moleculare în prezent în arsenalul cercetătorilor și cliniciștilor este o cantitate de indici veridici care contribuie la aprecierea pronosticului CGM și selectarea tacticii terapiei adjuvante și neoadjuvante în tratamentul combinat și complex al CGM. Problema cercetărilor efectuate în domeniul dat este determinarea aceluși set de indici informativi, care se completează unul pe altul, și care ar permite ca la un preț minim posibil de examinare a avea posibilitate de a asigura selectarea metodei de eficiență maximă în tratamentul fiecărei bolnave.

Bibliografie:

1. Давыдов М.И., Летагин В.П., *Стандарты лечения больных первичным раком молочной железы*, М., 2003, с. 27-29.
2. Волченко Н.Н. *Инвазивный протоковый рак с преобладанием внутрипротокового компонента* / Н.Н. Волченко // Российский онкологический журнал. - 2002. - №2. - С. 12-14.
3. Волченко Н.Н. *Морфологические факторы прогноза при раке молочной железы* / Н.Н. Волченко // Российский онкологический журнал. - 2000. - №3. - С. 49-53.
4. Волченко Н.Н. *Рецепторы эстрогенов в инвазивном раке молочной железы* / Н.Н. Волченко, Л.Э. Завалишина, И.Б. Шимберева // Российский онкологический журнал. - 1999. - №3. - С. 10-11.
5. Гнатышак А. И. *Некоторые критерии гормонозависимости рака молочной железы* / А.И. Гнатышак, В.И. Дрыжак // Экспериментальная онкология. - 1991. - Т. 13, №5. - С. 3-8.
6. Жукова Л.Г. *Молекулярные маркеры в прогнозировании результатов лечения рака молочной железы* / Л.Г. Жукова, Н.В. Жуков // Российский онкологический журнал. - 2003. - №5. - С. 43-48.
7. Канаев С.В. *Эффективная адъювантная лучевая терапия в консервативном лечении ранних стадий рака молочной железы* / С. В. Канаев, В.Ф. Семиглазов, И.Л. Бугрова, А.Н. Власов // Вопросы онкологии. - 1999. - Т. 45, №5. - С. 511-515.
8. Летагин В.П., *Хирургическое лечение ранних стадий рака молочной железы. Органосохраняющие подходы*. // Образовательный курс ESMO. Рак молочной железы: эпидемиология, диагностика, лечение, М., 2008, с. 57-62.

9. *Минимальные клинические рекомендации ESMO* // Редакторы русского перевода: С.А. Тюляндин, Н.И. Переводчикова, Д.А. Носов, М.: РОНЦ, 2007, с. 22-29.
10. Лобода В.И. *Прогностическое значение степени злокачественности рака молочной железы* / В.И. Лобода // Клиническая онкология. - 1985. - №5. - С. 37-40.
11. Нелюбина Л. *Диагностика и скрининг рака молочной железы* / Л.Нелюбина // Врач. - 2003. - №10. - С. 38-41.
12. Нечушкин М. *Рак молочной железы: факторы прогноза* / М. Нечушкин, А. Петровский // Врач. - 2003. - №10. - С. 9-11.
13. Павлова Е.А. *Клиника – рентгено – морфологические аспекты мультицентрического рака молочной железы* / Е.А. Павлова, И. М.Островская, Г.А. Франк // Советская медицина. - 1984. - №2.
14. Семиглазов В.Ф. *Адъювантная терапия рака молочной железы* / В.Ф. Семиглазов // Вопросы онкологии. - 2000. - Т. 46. - №1.
15. Семиглазов В.Ф. *Минимальный рак молочной железы* / В.Ф.Семиглазов, А.Г. Весин, В. М. Моисеенко. - СПб.: Гиппократ, 1992.
16. Семиглазов В.Ф. *Оценка эффективности адъювантной системной терапии в органосохраняющем лечении рака молочной железы стадии T1-2N0M0* / В.Ф. Семиглазов, С.В. Канаев, И. Л. Бугрова, А.Н. Власов // Вопросы онкологии. - 1999. -Т.45.-№5.-С.516-519.
17. Семиглазов В.Ф. *Разработка новых подходов к лечению рака молочной железы* / В.Ф. Семиглазов // Вопросы онкологии. - 1997. -№1. - С. 22-26.
18. Семиглазов В.Ф. *Роль лучевой терапии в лечении ранних стадий рака молочной железы* / В.Ф. Семиглазов // Вопросы онкологии. -2000.-Т. 46.-№1.-С. 28-35.
19. Семиглазов В.Ф. *Современные подходы к гормонотерапии рака молочной железы как отражение патогенеза заболевания* / В. Ф.Семиглазов // Вопросы онкологии.-2001.- Т. 47.- №2.-С.195-199.
20. Семиглазов В.Ф. *Тамоксифен - «Золотой стандарт» в лечении больных раком молочной железы* / В.Ф. Семиглазов, Т.В. Костецкая //Вопросы онкологии. - 2001. - Т. 47. - №1. - С. 108-112.
21. Степанова Е.В. *Молекулярно-биологические маркеры как факторы прогноза при раке молочной железы I - IIА стадии* / Е.В. Степанова, Е.И. Загрекова, В.Д. Ермилова, А. Д. Турбин, Н.Н. Петровичев, И.В. Высоцкая, Ж.Н. Дбар, Н.В. Пашенко, А.Ю. Барышников, М.Р. Личиницер // Архив патологии.-2003.- Т. 65. -№3.-С. 14-17.
22. Тюляндин С.А., *Предоперационная лекарственная терапия при ранних стадиях рака молочной железы*. // Образовательный курс ESMO. Рак молочной железы: эпидемиология, диагностика, лечение, М., 2008, с.75-98.
23. Франк Г.А. *Морфологическая диагностика и прогноз при начальном протоковом раке молочной железы* / Г.А. Франк, Н. Н.Волченко // Вопросы онкологии. - 1992. - №1-3. - С. 299-310.
24. Франк Г.А. *Прогностическое значение гистологических форм рака молочной железы* / Г.А. Франк, В.П. Демидов, В.В. Старинский, Н.Н. Волченко // Факторы прогноза в онкологии. - М., 1994. - С. 105-108.
25. Цырليا Е.В. *Гормонально-метаболический статус больных раком молочной железы, подвергшихся сохранной операции: сопоставление с известными прогностическими критериями* / Е.В. Цырليا, В.Б. Гамаюнова, Т.Е. Порошина, И.Г. Коваленко, В.Ф. Семиглазов, Л.М. Берштейн // Вопросы онкологии. - 1999. - Т. 45. -№3.-С. 261-264.

26. Fisher B., Jeong J., Dignam J. et al., *Findings from recent National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project adjuvant studies in stage I breast cancer*, Natl. Cancer. Inst. Monogr. 2001, p. 62-66.

27. Goldhirsch A., Wood W.C., Gelber D.G. et al., *Meeting Highlights: updated International Expert Consensus on the primary therapy of early breast cancer*//J. Clin. Oncol., 2003, Vol., 17, p.1-7.

28. Veronesi U., Banfi A., Salvador B. et al., *Breast conservation is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial* // Eur. J. Cancer, 1990, Vol. 26, № 6, p. 668-670.

29. Berry D. A. HER-2/neu and p53 *Expression Versus Tamoxifen Resistance in Estrogen Receptor-Positive, Node-negative Breast Cancer* / D.A. Berry, H. B. Muss, A. D. Thor // J. Clin. Oncol. 2000. - Vol. 18. - P.3471-3479.

30. Graham J. D. *Nuclear receptor conformation, coregulators and tamoxifen-resistant cancer* / J. D. Graham, D. L. Bain, J. K. Richter et al.// Steroids. - 2000. - Vol. 65. - P. 579-584.

31. Holland R. *Multifocality and multicentricity of breast cancer* / R.Holland // Acta. chir. aust. -1997. - Vol. 3. - P. 132-133.

32. Potzlaw H. *Expression of estrogen receptor in human breast tumors* / H. Potzlaw, E. Leygue, P. H. Watson, L. C. Murphy

// J. Clin. Endocrinol. - 1997. - Vol. 82. - P. 2371-2374.

33. Speirs V. *Coexpression of estrogen receptors alpha and beta: poor prognostic in human breast cancer* / V. Speirs, A. T. Parkes, M. Kerin, S. L. Atkin//Cancer Res. - 1999. -Vol.59. - P. 525—528.

34. Brain E., Misset J. *The potential of primary chemotherapy for breast cancer* // Oncol.Pract. -1998. - N3. - P. 10 -13. Meeting of the American Society of Clinical Oncology on May 20, 1997.

35. Clare G.M., McGuire W.L. *Steroid receptors and other prognostic factors in primary breast cancer*// Semm Oncol.-1998.- 5.-P.20-23.

36. Poulsen A., Graversen H.P., Beckmann J., Blichert-Toft M. *A comparative study of post-operative psychosocial function in women with primary operable breast cancer randomized to breast conservation therapy or mastectomy* // Eur J Surg Oncol.-1997.- Vol. 23, № 4.-P. 327.

37. Fisher A., Redmond C., Fisher E.R. et al. *Ten-year results of a randomized clinical trial comparing radical mastectomy with or without radiation* // N. Engl. J. Med.-1985.-Vol. 312, №11.- P. 674-681.



Veronica Șvet, studenta anului VI, USMF „Nicolae Testemițanu”,

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ȘI FACTORI DE RISC ÎN DEZVOLTAREA EPITELIOAMELOR BAZOCELULARE (Cercetare bibliografică)

conducător științific d.h.m., prof. univ. Ion Mereuță

Basal cell epithelioma is more common among people of the white race. It can be found mainly in people living in sunny areas, who expose the uncovered parts of the body to winds and solar radiation. Most frequently it is found in gardeners, farmers etc. ranging in age from 50 to 80 years old. There is a slightly higher incidence in men than in women. An important role in the development of the tumor have the X-ray radiation and the arsenic. The basal cell epitheliomas can also develop on the background of precancerous lesions: senile keratosis, solar keratosis, xeroderma pigmentosum, naevus sebaceous of Jadassohn and others. Some authors describe the hereditary factor as well.

Key words: basal cell epithelioma, epidemiology, risk factors, genetic aspects.

Epiteliomul bazocelular este o tumoră epitelială, care se dezvoltă de la nivelul celulelor bazale ale epidermului. Creșterea are loc prin infiltrare locală și destrucție tesulară.

Histologic – elementul caracteristic este reprezentat de celulele tumorale distruse în palisada la periferia tumorii. Cu rare excepții, epitheliomul bazocelular nu metastazează – lipsindu-i deci o caracteristică majoră a unei veritabile tumorii maligne; pentru a le distinge atât

de tumorile maligne, cât și de cele benigne, unii le-au denumit tumori semimaligne, sau local-agresive, local destructive.

Epitelioamele bazocelulare nu apar ca tumori primare la nivelul mucoaselor, dar se pot totuși dezvolta la acest nivel.

Epiteliomul bazocelular a fost descris prima dată în 1827 de către Jacob, dar abia în 1902 a fost clar delimitat de alte tumori epiteliale de Krompeder.

Diverși autori folosesc diferite sinonime: bazaliom, carcinom bazocelular, ulcus rodeus, carcinoid al pielii, etc.

Epiteliomul bazocelular este cea mai frecventă tumoră care afectează rasa albă; incidența sa este în creștere, el reprezentând deja o problemă de sănătate.

Unele date (Mc Donaid și Bubendorf) indică un raport de 2/1 între carcinomul bazocelular și cel scuamocelular; studiile recente ale lui Brodeos indică un raport de 10/1. Se notează unele variații ale incidenței, în funcție de diferiți factori.

■ **Regiunea geografică:** se raportează o preponderență a acestei tumori în zone însorite, uscate, cu vânturi, unde profesiile de bază impun expunerea excesivă la radiațiile solare a porțiunilor descoperite ale corpului.

■ **Rasa și culoarea pielii:** rasa albă este mai expusă decât cea neagră, la care epiteliomul bazocelular este extrem de rar întâlnit. Este relativ rar la popoarele de rasă galbenă. Persoanele blonde și roșcate fac mai ușor epiteliome bazocelulare decât persoanele brunete.

Reiese, deci, rolul pigmentului melanic în fotoprotecția tegumentelor și în susceptibilitatea acestora.

■ **Profesia:** anumite profesii care prin natura lor comportă expuneri prelungite și repetate la radiația solară, favorizează alterări degenerative ale tegumentelor. La agricultori, grădinari, pescari, epiteliomul bazocelular frecvent în asociație cu cel spinocelular în cadrul unei epiteliomatoze multiple, capătă simbol de adevărată „boală profesională”.

■ **Vârsta:** incidența maximă este întâlnită între 50-80 de ani, dar se observă la toate vârstele.

■ **Sexul:** nu se notează diferențe semnificative – dar unii autori indică o incidență ușor crescută la bărbați.

Progresele biologiei cutanate au lărgit cunoștințele noastre despre patogenia epiteliomului bazocelular, ca și despre cea a altor cancere cutanate.

Cauza apariției tumorii rămîne necunoscută, dar cîțiva factori de mediu sunt implicați în predispoziția unor persoane pentru această formă comună de cancer al pielii.

1. Radiațiile UV cresc în general riscul cancerelor pielii. Legătura dintre expunerea la soare și neoplazie este însă mai puțin directă în

cazul bazaliomelor decât în cazul epiteliomelor spinocelulare. Astfel, multe bazaliome se dezvoltă pe zone relativ protejate, ca scalpul și regiunea retioauriculară.

Invers, se constată absența tumorilor pe dosul mîinilor, unde leziunile actinice sînt similare celor de pe cap și gît. Graham și Mc Govran au constatat că incidența bazaliomelor pe zonele expuse la lumină este direct proporțională cu concentrația glandelor sebacee.

Pielea pigmentată este mult mai puțin susceptibilă la transformări epiteliomatoase.

Radiațiile solare intervin atît în mod direct, determinînd prin cumularea efectelor nocive în timp o atrofie degenerativă senilă cu semnificație de leziune precanceroasă, cît și indirect, prin intermediul keratozelor solare și senile.

Stratul de ozon atmosferic determină limitele lungimilor de undă ale lungimii solare care ajunge la suprafața tegumentului: proporția ozonului în atmosferă variază în funcție de anotimp și de latitudine.

2. Radiațiile X pot induce epiteliome bazocelulare de obicei multiple. Astfel, s-a observat apariția tardivă, după zeci de ani, a unor bazaliome la persoane care s-au supus în tinerețe la radioterapie pentru o acnee a feței. Pe o radiodermită cronică tardivă consecutivă radiografiilor repetate ale coloanei lombare sau radioterapiilor aplicate acestei regiuni, s-a constatat apariția unor bazaliome superficiale sau noduloulcerative.

3. Arsenicul. Arsenicismul cronic, profesional sau mai ales terapeutic (soluția Fowler sau “arsenitul de potasiu” larg folosită cîndva în farmacologie) constituie un factor cancerigen indiscutabil; el favorizează apariția epiteliomelor atît bazo cît și spinocelulare.

Arsenicul intervine fie ca atare, fie prin intermediul keratozelor arsenicale și a bolii Bowenpe care le determină. Obișnuit multiple, epiteliomele bazocelulare se întîlnesc mai frecvent la psoriazici cărora li s-au administrat îndelung preparate arsenicale și care au fost supuși iradierilor terapeutice excesive cu lumina solară.

Tipul de bazaliome a căror cauză tipică este arsenicismul, este cel superficial eritematos.

4. Afecțiunile preepiteliomatoase. Epiteliomele bazocelulare apar mult mai rar decât cele spinocelulare pe astfel de leziuni.

a) Keratozele solar senile. Transformarea malignă se face de obicei spontan sau mai rar după traumatisme, vin după tratamente brutale incomplete. Este sugerată de ulcerarea sau fisurarea zonei keratozice. Evoluția se face spre un epiteliom bazocelular vegetant, mai rar ulceros. Perioada de latență este lungă, în medie de 10 ani.

b) Keroderma pigmentosum este o genodermatoză familială, cu transmitere ereditară; tegumentele copiilor bolnavi manifestă o mare sensibilitate față de radiațiile solare. Ei au o capacitate redusă de a repara defectele din structura ADN-ului cauzate de radiațiile ultraviolete.

Fotosensibilitatea determină instalarea, după o perioadă de timp, a unor leziuni cutanate degenerative, cu atrofie și stare poikilodermică; la rîndul lor, acestea vor determina keratoze preepiteliomatoase.

Debutul malignizării către un epiteliom bazocelular este sugerat de caracterul ulcerocrustos al leziunilor maculo-keratozice.

c) Nevul sebaceu Jadassohn. Degenerarea se produce după o perioadă lungă de latență, mai ales la vîrsta adultă – medie și foarte rar în copilărie sau adolescență. Adesea evoluția se face spre epiteliomul bazocelular sebaceu.

Alte leziuni pe care se poate dezvolta accidental un epiteliom bazocelular sînt: cicatrici, radiodermite, lupus eritematos și lupus tuberculos, epidermodisplazia veruciformă, nevi verucosi, stadenomul papilifer (în mai mult de 50% din cazuri evoluează spre un epiteliom bazocelular), boala Bowen, chisturile sebacee etc.

Conceptul elaborat de Pinkus conform căruia aceste tumori sînt stromal-dependente, este susținut de observația că aceste tumori rar metastazează, iar încercările de a transplanta sau cultiva celule tumorale se soldează cu limitarea creșterii și diferențiere terminală. Probabil că în unele entități patologice (sindromul nervilor bazocelulari) factorii mezodermali funcționează ca „promotori intrinseci” creînd proliferări bazaloide care, însoțite de un factor inițiator (radiațiile X) se concretizează în dezvoltarea bazalioamelor.

Dintre afecțiunile precursorare epitelioamelor bazocelulare cea mai studiată a fost sindromul

caranomas nevoid bazocelular; bazalioamele apar doar la circa 50% din pacienții cu această boală autosomal dominantă.

S-a stabilit că în absența radiațiilor ionizante, comportamentul acestor tumori este neinvaziv, dar mai tîrziu ele pot deveni invazive și chiar metastazante.

Analiza ADN-ului celular al persoanelor afectate a arătat un număr crescut de mutații spontane și anomalii cromozomiale după expunerea la razele X.

Se pare ca fibroblaștii tumorali sînt sensibili la UV.

Totuși, bazele genetice și biologice ale dezvoltării marcate ale epitelioamelor bazocelulare pe fondul acestor condiții predispozante nu sînt încă cunoscute.

Unele cercetări recente încearcă să caracterizeze localizarea anomaliilor cromozomale în sindromul nevoid bazocelular; astfel va exista posibilitatea indentificării defectului cauzal al acestei anomalii.

Unii autori argumentează și rolul factorului genetic în apariția tumorilor maligne ale pielii și în special al bazaliomului (13, 14).

Autorii subliniază rolul factorului fibroblast (FGF) și a receptorilor FGFR. Non H. și autorii au descris 300 cazuri de epiteliom bazocelular cu incidența familială (25).

Aceste date au fost confirmate și de cercetătorii din Japonia (4).

Jamamoto K. cu autorii au argumentat unele aspecte genetice în dezvoltarea bazaliomului și transmiterea autosom-dominantă (16, 29).

Mulți autori argumentează aspecte genetice ale sindromului Gorlin (16, 29).

Sindromul Gorlin este o patologie rară autosomal dominantă, întîlnită la 1 din 57.000 persoane. Sindromul Gorlin e asociat cu malformații congenitale și predispoziție la neoplasme. La acești pacienți se întîlnește în primul rînd cancer bazocelular, chisturi odontogene, anomalii scheletale incluzînd scolioză, deformări ale coastelor, chisturi epidermale plantare și palmare, dismorfism facial. În literatură a fost de asemenea descrisă prezența fibromului ovarian, lărgirea ventricolilor cerebrali, chisturi limfatice mezenterice. În articol se prezintă cazul clinic al unei fetițe cu hilotorax, manifestare care nu a fost descrisă pînă în prezent în cadrul sindromului. Sînt

descrise datele clinice ale membrilor familiei respective și efectuate studii la nivel molecular ce redau mutațiile genei responsabile în apariția acestei patologii (29).

Pînă în prezent nu sunt pe deplin înțelese mecanismele moleculare de formare a cancerului bazocelular. În literatură se descrie, că prevenind funcționarea Gli 2 poate fi inhibată formarea cancerului bazocelular și dezvoltarea in vivo. Totuși, mecanismul nu e clar și greu de studiat pe oameni. De aceea, pentru investigarea rolului Gli 2 în apariția tumorii a fost efectuat un studiu pe șoareci cu cr bazocelular indus. S-a descoperit că inhibarea genei Gli 2 duce la întreruperea dezvoltării tumorii. Au fost identificate 2 cauze ale destrucției tumorale: creșterea semnificativă a apoptozei tumorale și micșorarea vădită a vascularizării. Prin urmare, rolul Gli 2 în modelul tumoral este: prevenirea apoptozei și promovarea microvascularizării (16).

Metoda de bază de înlăturare a leziunilor ADN cauzate de rotația UV este reparația prin excizia nucleotidelor (NER). S-a studiat riscul dezvoltării cancerului bazocelular și cancerului pavimentos influențat de polimorfismul nucleotidelor în xeroderma pigmentosum. 886 pacienți cu cr bazocelular și 682 cu cr pavimentos au fost comparați cu lotul de control (796 persoane) după vîrstă, gen, pigmentarea și arsura pielii. Riscul > 3 a fost evidențiat doar la cei cu GG genotip și prezintă importanță pentru cr bazocelular. Există legătură între cr pavimentos și pigmentarea cutanată. Polimorfismul genelor A23G e asociat cu risc crescut de dezvoltare a cr bazocelular și cr pavimentos.

Se prezintă cazul clinic al unei paciente ce a suportat tratament chirurgical pentru cancer mamar și cancer al vezicii urinare și 4 tumori cutanate (2 – regiunea frontală, 1 – pe spate, 1 – pe pavilionul urechii). Din antecedente eredocolaterale, 1 mătușă cu cr cavității bucale și 1 unchi cu cr pulmonar.

S-a efectuat analiza clinică și histologică comparativă a celor 4 leziuni cutanate, care au fost identificate a fi: 3 tumori benigne de origine sebacee și 1 – bazaliom, ce definesc prezența sindromului Muir-Torre la pacientă. Peste 1 an pacienta a revenit cu o formațiune cutanată în regiunea axilară pe stînga, care histologic corespunde epitelomului sebaceu (15).

În majoritatea keratinocitelor în cr cutanat non-melanomic se atestă mutații ale p53. mutațiile p53 induse de razele solare pot fi găsite în pielea afectată de leziuni precanceroase sau chiar cea expusă iradierii solare. În normă p53 acționează ca supresor tumoral în cîteva moduri: creșterea reparației ADN, oprirea ciclului celular și inducerea apoptozei keratinocitelor lezate. Odată cu producerea mutației p53, celulele devin mai rezistente la apoptoză și mai puțin sensibile la iradierea solară decît celulele normale. Această inversare a funcțiilor duce la dezvoltarea clonelor de keratinocite precanceroase (14).

Există controverse cu privire la clasarea fibroepiteliomului Pinkus la carcinomul bazocelular sau trihoblastom. Analizarea imunohistoclinică a receptorului androgenic poate fi utilă în diferențierea cr bazocelular de trihoepiteliom sau trihoblastom. A fost studiată expresia receptorului androgenic în 13 fibroepitelioame Pinkus, 13 – cr bazocelulare, 12 – trihoepitelioame și 3 trihoblastoame. S-a stabilit prezența acestuia în 77% fibroepitelioame pinkus, 73% – cancer bazocelular, 17% – trihoepitelioame, 0% – trihoblastoame. Utilizînd citokeratina 20 au fost identificate celule Merkel în 95% fibroepitelioame Pinkus, 27 – cr bazocelular, 73% în tumorile foliculare benigne. Expresia citokeratinei 20 a fost semnificativ mărită în fibroepiteliom Pinkus și tumorile foliculare benigne comparativ cu bazaliom. Ca și cancerul bazocelular, fibroepiteliomul Pinkus demonstrează similaritate în privința receptorilor androgenici, potențial susținînd atribuirea lui la bazaliom. Pe de altă parte, fibroepiteliomul Pinkus demonstrează prezența celulelor Merkel, similar tumorilor foliculare benigne. Datele imunofenotipice rămîn a fi incerte pentru clasificarea fibroepiteliomului Pinkus (17).

Studiul efectuat a avut ca scop investigarea posibilei legături între lungimea telomerului, instabilitatea cromosomală și posibilitatea dezvoltării unui al 2-lea cancer la pacienții cu limfom Hodjkin, ce au risc înalt de dezvoltare a celui de-al doilea cancer (26).

Studiul se bazează pe descoperirile ce afirmă că disfuncția telomerului și căile de reparare ADN au elgătură directă cu dezvoltarea multor condiții patologice. Pacienții au fost divizați în 3 loturi: I – 73 supravegheați mai mult de 5 ani de la data

diagnosticării, II – 28 la care s-a dezvoltat un al 2-lea cancer, III – 18 ce supraviețuiesc timp mai îndelungat fără semne de avansare a bolii sau complicații după tratament. Lungimea telomerului a fost măsurată în limfocitele sîngelui periferic. Lotul de control a fost constituit din 70 pacienți primar diagnosticați cu tumori solide și 30 persoane sănătoase. La pacienții din I lot pînă la tratament, comparativ cu lotul de control, s-au evidențiat telomeri mai scurți (8,3 comparativ cu 11,7), creșterea numărului de anomalii cromozomiale, sensibilitate crescută la radiație în vitro. După tratamentul pacienților din I lot, scurtarea telomerilor a fost asociată cu persistența unei rearanjări cromosomiale complexe și aberații clonale. În concluzie, a fost descoperită existența unei legături strînse între scurtarea telomerului, instabilitatea cromosomală, sensibilitatea la radiație, pe de o parte, și apariția celui de-al doilea cancer, pe de altă parte, la pacienții cu limfom Hodgkin înainte de tratament (3).

Radiația UV este principalul cancerigen în dezvoltarea cr cutanat de origine epitelială. Au fost descrise multiple efecte moleculare și biologice ce au loc în piele. Pentru a evita transformarea malignă sînt activate diverse mecanisme de protecție, dintre care principalul rol îi revine p53. mutațiile provocate de radiația UV în p53, Ras și INK4a/ARF sînt în special implicate în fotocancerogeneza. O importanță tot mai mare în prevenirea și supresia fotocancerogenezei îl au substanțele naturale sau sintetice cu efect antiinflamator, antioxidant, proapoptotic sau antiproliferativ.

Există studii clinice asupra utilizării sistemice a retinoizilor și utilizării locale a enzimelor implicate în repararea ADN. Totuși lipsesc date clinice suficiente, de exemplu despre utilizarea ceaiului verde, care a fost stabilit a avea rol de protecție in vitro și la șoareci după administrare orală sau aplicare locală.

Analiza imunohistochimică a demonstrat pierderea expresiei proteinelor p16 INK4a și p14ARF în 38 și respectiv 39 cazuri din 40 cu tumori maligne cutanate non-melanomice. Din 22 cazuri de cancer cutanate cu mutația p53, 13 (59%) aveau mutații induse de UV. De rînd cu mutațiile genei p53, pierderea expresiei CDKN2A prin deleție, de asemenea are rol important în

patogeneza cancerelor cutanate non-melanomice. În timp ce mutațiile p53 sînt induse de razele UVB, delețiile în CDKN2A pot apărea spontan, probabil în timpul preogresării tumorale (10).

Locul CDKN2A pe cromozomul uman 9p21 codifică 2 proteine: p16INK4A și p14ARF ce funcționează ca spresori tumorali. La nivelul penei supresiei tumorale p53 se întîlnesc cele mai frecvente mutații în cancer la oameni și șoareci. Studii recente au demonstrat că gena CDKN2A are rol important în căile de supresie tumorală. Anomalii genetice ale CDKN2A au fost înregistrate în melanomul malign uman, iar implicarea ei în cancer cutanate non-melanomice e mai puțin cunoscută. Scopul studiului a fost de a determina dacă anomaliile genetice ale genelor CDKN2A și p53 au rol în dezvoltarea cancerelor cutanate non-melanomice. Au fost analizate datele a 40 pacienți: 21 cu cr pavimentar, 17 – cr bazocelular, 2 – keratoze actinice (13).

A fost demonstrat pe animale că razele UVB sînt mai periculoase în inducerea cancerului decît UVA. Fotoprodusele ADN induse de UV pot cauza mutații specifice pentru cancer pavimentos și bazocelular. În cazul cr pavimentos se produc mutații ale genei supresiei tumorale p53, iar mutațiile p53 se înregistrează la 80% pacienți cu leziuni precanceroase și mai mult de 80% pacienți cu cancer pavimentos. Mutații specifice induse de UV se întîlnesc în 50% cazuri de cr bazocelular. Astfel, efectul cumulativ al radiației UVB nu poate fi considerat unicul factor de risc în dezvoltarea cr bazocelular. În baza studiilor efectuate pe animale pe parcursul ultimilor decenii a fost elucidat rolul important al sistemului de reparație a ADN în procesul multietapic de geneză a melanomului indus de UV. Există argumente ce dovedesc că excizia nucleotidelor e unicul mod de reparare a ADN implicat în tumorigeneza indusă de UV. Datele literaturii atestă că: distrugerea, repararea, mutațiile ADN induse de razele UV și căile oncogenice în cancerul cutanat; acțiunea negativă a razelor UV, distrugerea ADN și cancerogeneza pielii; spectrul mutațiilor specifice induse de UV în gena p53 la pacienți cu xeroderma pigmentosum; acțiunea negativă a razelor ultraviolete și reparația ADN în melanomul malign în cancer cutanate non-melanomice.

Expunerea pielii la raze solare UV este principala cauză de dezvoltare a cancerului. Datele epidemiologice demonstrează că expunerea excesivă sau cumulativă la soare durează ani și zeci de ani pînă la apariția tumorii maligne. Cele mai importante mecanisme de protecție ale pielii umane împotriva razelor UV constau în sinteza melaninei și un sistem activ de reparare. ADN este principala țintă a distrugerii celulare direct sau indirect indusă de razele UV.

Metilarea asociată cu expunerea solară în tiori maligne și benigne cutanate

În studiu au fost incluși pacienți cu tumori maligne (cr bazocelular și cr pavimentos) și benigne și comparate rezultatele leziunilor din regiunile corpului expuse la soare cu cele protejate de soare.

Indicele de metilare a fost calculat ca fracțiunea metilată a genelor examinate. S-a descoperit o înaltă metilare a cîtorva gene cunoscute ca gene ale supresiei tumorale în cancerule cutanate. Descoperirile sugerează că metilarea se produce în pielea expusă radiației UV la vîrstă relativ tînără și apare înainte instalării schimbărilor preneoplazice detectabile.

Cancerul bazocelular, cea mai frecventă formă a cancerului cutanat, are în general pronostic favorabil dar recidivele sunt frecvente. Rămîne a fi limitată valoarea pronostică a examinărilor clinice și histologice în prezicerea recidivelor. Pentru a evalua valoarea pronostică a expresiei Receptorului Factorului de Creștere Epidermale (RFCE), expresiei antigenului Ki-67 și ploidiei ADN, au fost comparate tumorile recidivante la 20 pacienți cu tumori primare la 20 pacienți. Pentru aceasta au fost folosite metodele imunohistoclinice și citometriei imagistice. Rezultatele cercetării nu au demonstrat diferențe în grupele I și II în privința expresiei RFCE și expresiei antigenului Ki-67, însă a fost depistată aneuploidie la 78% pacienți di I grup comparativ cu 32% în lotul de control. În concluzie, aneuploidia este un factor de risc pentru apariția recidivelor. Acest fapt poate fi util în practica clinică și necesită studiere aprofundată în continuare (25).

Variații frecvente ale 1p36 și 1q42 sunt asociate cu cr bazocelular, dar nu și cu melanomul sau gradul de pigmentare a pielii (4).

Pentru căutarea noilor variante consecutive ce prezintă riscul dezvoltării cr bazocelular, a fost

efectuat un studiu larg la 930 pacienți islandezi cu cr bazocelular și 33117 persoane în lotul de control. În rezultatul analizelor, s-au observat modificări la nivel 1p36 și 1q42, după care s-a efectuat replicarea acestora. În mostre suplimentare prelevate de la islandezi și est-europeni. Nici un locus nu a fost asociat cu pigmentarea slabă a pielii, fapt recunoscut ca factor de risc pentru cr bazocelular și nici un risc nu a fost înregistrat pentru melanom. Aproximativ 1,6% persoane cu predecesori europeni erau homozipați în ambele variante și riscul dezvoltării cr bazocelular la ei a fost estimat a fi de 2,68 ori mai mare (28).

Sonic Hedgehog este o proteină cu rol important în reglarea organogenezei vertebratelor, controlează diviziunea celulelor stem și e implicată în dezvoltarea unor cancere.

Autorii argumentează și unele postulate: inducerea proprietăților cr bazocelular al pielii umane transgenice în care se determină proteina Sonic Hedgehog (SH), cr bazocelular la șoareci, la care se determină SH, analizarea potențialului oncogen al Gli2: deleția terminației NH (2) modifică fenotipul tumorii cutanate, FOXM1 este ținta Gli1 în cr bazocelular.

De rînd cu factorii de mediu, precum radiația UV și uneori, contaminarea apei potabile cu arseniu, factorii genetici de asemenea pot influența susceptibilitatea individuală la cr bazocelular al pielii. Studiul efectuat a inclus 529 pacienți diagnosticați cu cr bazocelular și 533 persoane în lotul de control, din Ungaria, România și Slovacia. S-a studiat genotipul pentru identificarea polimorfismului fiecărei din 7 gene de reparare a ADN. În rezultatul studiului s-a stabilit riscul apariției cr bazocelular în cazul polimorfismului T241M al alelelor în XRCC3 și polimorfism E185Q în NBS1 în dependență de sex (14).

Cancerul cutanat, cel ami frecvent întălnit în plan mondial, cuprinde diverse entități: cr bazocelular, cr pavimentos, melanom malign, carcinom din celule Merkel. Există multe date cu privire la schimbările genetice ce contribuie la dezvoltarea bazaliomului și melanomului malign, în timp ce studiile cu privire la dezvoltarea și progresarea cancerului pavimentos și cel din celule Merkel sunt mai limitate. Scopul acestui articol este de a recapitula datele existente, pe

de o parte, și de a expune rezultatele studierii cancerogenezei pielii in vitro pentru evaluarea consecutivității funcționale și aberațiilor genetice considerate că au importanță în apariția și progresarea cancerului cutanat (32).

Cancerul bazocelular este cel mai frecvent neoplasm uman. Prezintă interes determinarea bazei genetice a cancerului bazocelular pentru a explica trăsăturile unice ale tumorii local invazive și rar metastazante ale bazaliomului. Am avut ca scop studierea profilului expresiei genice pentru cr bazocelular pentru elucidarea noilor molecule responsabile pentru particularitățile unice de creștere. Autorii au studiat 50 tumori analizând 1718 gene cunoscute a fi responsabile pentru cancer și imunitate. Acesta e cel mai vast studiu efectuat vreodată asupra expresiei genice în cancer bazocelular. Au fost identificate o serie de gene responsabile pentru cancer mai multe structuri și funcții: matricea extracelulară, joncțiunile intercelulare, neutilitate, metastazare, oncogene, supresori tumorali, reparația ADN, ciclul celular, reglarea imunității, angiogeneza. Rezultatele obținute ar putea aduce clarități în explicarea comportamentului local invaziv și rar metastazant al cancerului bazocelular. Genele identificate de asemenea ar putea servi ca țintă terapeutică în viitor, controlând gradul de invazie și destrucție al cancerului bazocelular (14).

Razele solare declanșează o serie de modificări genetice ce duc la dezvoltarea cancerelor cutanate (bazocelular și pavimentos). Gena supresiei tumorale p53, ce are rol clinic în diviziunea celulară și apoptoză deseori e supusă mutației în tumorile induse de radiația solară. Scopul studiului: investigarea imunoreactivității genei p53 în cancere cutanate non-melanomice și corelarea expresiei ei cu markerii proliferării celulare (8).

Metode: Au fost studiate 35 tumori, inclusiv 19 cr bazocelulare și 16 cr pavimentoase de pe regiunile cutanate expuse radiației soarelui. În rezultat, procentajul celulelor ce exprimă p53 a variat între 3,5 și 90 în cr bazocelular (în mediu 54,4%) și de la 3,7 la 94 în cr pavimentos (în mediu 40,3%). Imunoreactivitatea p53 a fost înaltă în majoritatea cancerelor cutanate examinate și are legătură directă cu proliferarea celulară și legătură invers proporțională cu apoptoza (12).

Cancerogeneza este un proces compus din mai multe etape așe schimbărilor genetice. Complexitatea acestui proces face dificilă determinarea fiecărei etape în parte și rezultatul acesteia. Pentru investigarea alterărilor genetice în genele asociate cancerului este necesară utilizarea unor metode de detecție sensibile și de încredere. Un alt moment critic este calitatea inițială a materialului studiat. Microdisecarea celulelor definită la microscop asigură alegerea materialului adecvat pentru analiza genetică ulterioară. Cancerul cutanat este un model avantajos pentru studierea apariției cancerului. Leziuni detectabile apar chiar la începutul progresiei tumorale, facilitând analizarea moleculară a populației de celule atât din leziunile preneoplazice, cât și neoplazice.

Mutațiile genei supresiei tumorale p53 sunt frecvente în cr cutanat. Clone ce conțin keratinocite cu mutații ale p53 se conțin abundant în pielea adiacentă cu cancerul bazocelular și pavimentos. Studiile efectuate utilizând mutațiile p53 ca marker clonal au sugerat legătura directă între keratoza actinică, cr pavimentos in situ și cr pavimentos invaziv. Studiile bazate pe metoda microdisecării de asemenea au demonstrat că în diferite părți ale aceleiași tumori se întâlnește mutație p53, însă pot exista modificări suplimentare în cadrul genei p53, constând în dezvoltarea unor subclone în cadrul tumorii (20, 24).

S-a stabilit că mutațiile în gena PTCH, omologul uman al genei Drosophila patched, duc la dezordini autosomal dominante reunite în sindromul Gorlin. La pacienți se dezvoltă anomalii de dezvoltare și sunt predispuși la apariția diferitor tumori, în special bazaliomatoză (14).

A fost efectuat un studiu incluzând testări moleculare a unui grup de pacienți având acest sindrom. S-a stabilit existența mutațiilor genei PTCH la toți pacienții cu sindrom Gorlin din cele 12 familii supuse studiului (16).

Majoritatea organismelor vii de pe pământ sunt expuse razelor UV ale luminii solare. Această energie electromagnetică are 2 proprietăți contradictorii: de a da viață și de a dăuna vieții. Radiația UV poate altera ADN astfel cauzând mutație unor gene implicate în dezvoltarea cancerului cutanat. Prezența așa-numitei semnături tipice a mutațiilor induse de UV a

acestor gene, indică, că razele UVB ale soarelui sunt responsabile de evoluția cancerogenezei în piele. În cadrul acestui proces au loc diverse schimbări în sistemele de control al ciclului celular, oncogenic și supresia tumorală. S-a efectuat un studiu al pacienților cu cr bazocelular în Suedia. Majoritatea distribuțiilor genotipice erau în concordanță cu echilibrul Hardy-Weinberg. S-a observat dezechilibrul între alelele – 174 și – 597 în gena IL-6 la persoanele examinate (31).

Majoritatea cercetărilor subliniază acțiunea factorilor exogeni, endogeni, cât și a celor genetici în dezvoltarea carcinomului bazocelular.

Bibliografie:

1. Albert B.E. at al. - Basal cell tumor with eccrine differentiation (eccrine epithelioma). *J.Am.Acad.Dermatol.*, vol.6, nr.4, april 1982.
2. Beson, P.B., Mc Dermott, W, Wingarden, J.B. - *Cecil Textbook of Medicine*, W.B. Saunders Company, 1979.
3. Bova G.T. at al. - Intralesional interferon, Therapy in basal cell carcinoma. *J.Am.Acad. Dermatol.*, vol.23, 1990.
4. Caton M. Genetics and cell Biology Sistem, national Cancer Centre. Tokyo, Japan. *Invest Dermatol.*, 2009, Aug. 129(8): 1861-7.
5. Coltoiu AL, Despina Mateescu, Sanda Popescu - *Dermatovenerologie*, Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1983.
6. Conu A., Coltoiu AL, Nicolescu FI. - *Atlas de Dermatovenerologie*, Ed. Medicală, București, 1980.
7. De Young L.M. et al. - Trends in basal cell carcinoma. Squamous cell carcinoma and melanoma, from 1973 through 1987. *J.Am.Acad.Dermatol.* vol.22, nr.4. october 1990.
8. Dimitrescu Alex. - *Cancerul pielii*, Ed. Medicală, București, 1975.
9. Ebbeson P. - Basal cell carcinoma in seborrheic Keratosis. *J.Am. Acad.Dermatol.*, vol.6, nr.4 april 1982.
10. Epstein J.H. - Photocarcinogenesis a review - *Nat. Cancer Inst. Monogr.*, 1978.
11. Fitzpatrick T.H. et al. - *Dermatology in General Medicine*, Mc Graw-Hill, New-York, 1983.
12. Fitzpatrick, T.H. B et al - *Dermatology in General Medicine*, Textbook and Atlas Mc Graw Hill Book Company, 1979.
13. Fusenig N.E. et al. - Curettage and electrodesiccation in the treatment of midfacial basal cell epithelioma. *J. Am. Acad. Dermatol.*, vol.8, nr.5. April 1983.
14. Genetic und clinical mosaicism in type of epidermal news. *J. Med. PMID 7526210*; 1994. Univ. Of Bonn, Germany.
15. Haga T.J. et al. - *Mechanisms of Tumor Promotion and Cocarcinogenesis*, New-York, Baven Prees, 1978.
16. Jamamoto K., Jashihashi H., Furuya M., Adashi M., Ito S., Tahana I. et al. Further delineation of 9q22 deletion syndrome associated with basal cell news (Gorlin) syndrome: report of two cases and review of the literature. *Congenit Anom (Kyoto)* 2009, Marth 49(1), p.8-14.
17. Joseph Demis at al. - *Clinical Dermatology*, Philadelphia, Harper and Row Publishers, 1987.
18. Khoj J. M. at al. - Cryosurgery for basal cell carcinoma of the eyelids and nose - five years experience *J.Am.Acad. Dermatol.* vol.8, nr.4, april 1983.
19. Kligman L.H. at all. Sunscreens prevent ultraviolet photocarcinogenesis *J.Am. Acad Dermatol* 3: 30, 1980.
20. Lichti U et al. - Local immune response in basal cell carcinoma characterisation by transmiession electronic microscopy and monoclonal T6 antibody . *J.Am.Aead.Dermatol.* vol.20, nr.4, november 1988.
21. Mathevs — Both M.M., et al. - Arachnoid cyet in a patient with basal Cell nerus Syndroma. *J.AM.ACad. Dermatol.*, vol.23, nr.4, 1990.
22. Mereuță I., Mușet Gh., Tcacenco E., Harștea D. Managementul oncodermatologic în depistarea precoce a tumorilor cutanate. Chișinău, 2009.
23. Mohs, F.E., Jones, D.L., Karanda F.C. - Microscopically Controlled Surgery for Carcinomas in Patients with Nevus Basal Cell Carcinoma Syndrome *Arch. Derm.*, 1980, nr.7.
24. Morison W.L. at al. Basal cell carcinoma presenting as a chronic finger ulcer, *J.Am Acad. Dermatol.* vol.9, n.3, september 1983.
25. Non H., Qureshi A., Hunter D., BMC, *Cancer*, 2009, jun. 6:9/172. Genetic variant in FGFR-2 and FGFR4 genes and skin cancer risc in the nurses.
26. Thomson M.L. - Efectivoness of curettage and electrodesiccation in the removal of basal cell carcinoma. *J.Am.Acad. Dermatol*, vol.6, nr.6, june 1982.
27. Айвазов А. Г. Совершенство методов диагностики и лечения базально-клеточного рака кожи. дис. канд. мед. наук : 14.00.21 - 2002 ЦНМБ; Шифр Д2002-680.
28. Костолевская А. В. Современная концепция нарушений иммунитета на примере базально-клеточного рака кожи. *Архив патологии*. Т. 70, № 5. 2008 С. 42-46.
29. Писклакова Т. П. Особенности системы HLA у больных с множественными базалиомами кожи и синдроии Горлина - Гольца – 2000. *Рос. журн. кож. и венер. болезней*. 2000 №2. С. 11-17.
30. Савельева А. Е. Факторы риска развития рецидивов базально-клеточного рака кожи лица. дис. на соиск. учен. стен. канд. мед. наук, код спец. 14.00.14-2004 ЦНМБ; Шифр Д2004-2922.
31. Снарская Е. С. Матриксные металлопротеиназы и их тканевые ингибиторы при базально-клеточном и метатипическом раке кожи – 2005. *Архив патологии*. 2005. - Т. 67, № 3. - С. 14-16. ЦНМБ.
32. Снарская Е. С. Иммунологические аспекты патогенеза, дифференциальной диагностики и иммунотерапия язвенной разновидности базально-клеточного и метатипического рака кожи, (клинико-эксперим. исслед). дис. на соиск. учен. степ. д-ра мед. наук, код спец. 14.00.11. 14.00.36 - 2005 ЦНМБ; Шифр Д2005-3636; ЗД; Инв.номер Д178362; Баркод K00006644.



A. Badan, S. Cîrlig, Departamentul ATI al IMSP Institutul Oncologic al R. Moldova

ASPECTE CONTEMPORANE A ANESTEZIEI IN CHIRURGIA TIROIDEI

The high mortality rate (over 40%) at the beginning of the thyroid surgery decreased dramatically in parallel with the development of anesthetic techniques. These days, new medical devices and new drugs make the surgery of the thyroid much safer. However, there are some pitfalls that have to be taken into account when working for the best interest of the patient.

Key words: thyroid surgery, anesthetic techniques

Chirurgia tiroidiană a început sub semnul anesteziei locale. Inclusiv astăzi există situații particulare în care un chirurg poate prefera anestezia locală. Factorii care intervin în luarea acestei decizii țin de amploarea gestului chirurgical și de potențialele complicații induse de manevrele efectuate sau medicația administrată în cadrul unei tehnici de anestezie generală.

Dezavantajele anesteziei locale țin de:

- disconfortul pacientului;
- posibila apariție a unor complicații respiratorii (leziune de recurent și insuficiență respiratorie acută tip II prin paralizie de coardă/corzi vocale, leziune nesensibilizată de trahee, pneumotorax prin leziune pleurală) la un pacient neprotezat respirator;

- dificultate tehnică (în special în cazurile cu glandă voluminoasă) în identificarea pachetului tiroidian superior-inferior și recurentului.

Anestezia generală reprezintă totuși tehnica de elecție în chirurgia tiroidiană. Noile achiziții în ceea ce privește anestezicele și instrumentarea căii aeriene conferă anesteziei generale calitatea de cea mai sigură tehnică atât pentru pacient cât și pentru anestezist și chirurg. Trebuie, însă, respectate o serie de condiții legate de statusul endocrin preoperator al pacientului (hipo-, hiper- sau eu-tiroidie), de alegerea medicației anestezice, de gesturile pe care le implică protezarea căii aeriene, de fazele anesteziei în sine și de complicațiile postoperatorii. Deci, alegerea tehnicii anestezice în chirurgia tiroidiană se va realiza după o evaluare-pregătire preoperatorie care trebuie să răspundă mai multor întrebări:

EVALUAREA - PREGĂTIREA PREOPERATORIE

Aprecierea statusului tiroidian al pacientului cu realizarea normotiroidiei

Aducerea cât mai aproape de normal a funcției tiroidiene este importantă pentru evoluția perioperatorie. La hipertiroidieni se administrează: antitiroidiene de sinteză, (care trebuie începute cu 2-6 săptămâni înainte de intervenție) beta-blocante (pentru controlul frecvenței cardiace și efectul de reducere a conversiei periferice a T4 în T3) la care se asociază un anxiolitic. În cazurile în care fluxul sangvin tiroidian este crescut este recomandată administrarea de Lugol preoperator, efectul fiind de scădere a vascularizației și de creștere a consistenței glandei [2]. Pacienții cu hipotiroidie trebuie să urmeze tratamentul cu hormoni tiroidieni până în ziua operației. În cazurile cu hipotiroidie frustă, riscurile perioperatorii sunt mici [3]. La pacienții cu hipotiroidie severă ($T4 < 1 \mu g/dL$) sau cu afectarea stării de conștiență datorită mixedemului, chirurgia elective va fi amânată până la corectarea acestora, iar dacă este necesară intervenția în urgență, se vor administra preoperator tiroxină și corticosteroizi. Există complicații locale datorate dezvoltării anormale a tiroidei? O glandă voluminoasă poate deplasa structurile gâtului, inclusiv laringele și traheea, făcând dificilă și uneori imposibilă intubația orotraheală. În aceste situații trebuie luate o serie de măsuri care să reducă riscurile și să maximizeze șansele de reușită; astfel, preoperator este obligatoriu să se efectueze un examen ORL, laringoscopia indirectă dând informații despre poziția glotei și mobilitatea corzilor vocale, iar radiografia toracică (cervico-mediastinală) decelează deplasarea traheei și poate pune în evidență dezvoltarea mediastinală a gușii. Criteriile predictive specifice (gușă palpabilă sau endotoracică, devierea sau compresiunea căii aeriene, formațiune tiroidiană malignă) nu par să fie asociate cu o incidență

creșcută a intubației orotraheale dificile; în schimb, criteriile clasice (deschiderea gurii < 35mm, Mallampati III sau IV, gât scurt, mobilitatea gâtului < 80%, distanța tiromentonieră < 65mm, retrognatism) pot orienta către o intubație dificilă [4]. Atunci când se anticipează probleme la intubație, administrarea unui relaxant muscular la inducție poate fi riscantă în condițiile în care nu există siguranța că pacientul poate fi ventilat pe mască. Una din soluții este reprezentată de inducția inhalatorie cu Sevofluran. Avantajul acesteia este că pacientul continuă să respire spontan, în același timp obținându-se condiții bune de laringoscopie. Dacă intubația nu reușește, pacientul poate fi trezit ușor. În caz de reușită, se poate continua cu Sevofluran (VIMA - Volatile Induction and Maintenance of Anesthesia) în asociere cu opioid. O altă măsură care trebuie luată este pregătirea mai multor sonde de intubație de mărimi diferite și a unui mandren. Prezența unui fibrobronhoscop și a unui anestezist cu experiență în fibrobronhoscopie poate fi esențială în reușita protezării căii aeriene. Invazia traheei, atunci când este suspiciată, trebuie confirmată sau infirmată prin examen computer tomografic și bronhoscopic. Existența unui grad de traheomalacie conferă intubației orotraheale un grad sporit de risc, evoluția intra-și post-operatorie (după detubare) putând fi serios afectate de această modificare a rezistenței peretelui traheal. Sonda de intubație folosită nu trebuie să fie dintr-un material foarte rigid, pe cât posibil, trebuie evitată folosirea articole de sinteză mandrenului. După detubare, prezența traheomalaciei duce la colabarea în inspirație a pereților traheali, ceea ce produce apariția insuficienței respiratorii acute tip II prin obstrucție înaltă. Așadar, anticiparea existenței acestei modificări a peretelui traheal este foarte importantă pentru scăderea riscului de apariție a complicațiilor perioperatorii.

PROBLEME POTENȚIALE ÎN TIMPUL ANESTEZIEI GENERALE

Premedicația nu este indicată la pacienții cu semne de obstrucție a căii aeriene; în schimb trebuie efectuată obligatoriu la pacienții cu hipertiroidie. Inducția anestezică - intubația orotraheală, din motivele menționate anterior, anestezistul trebuie să fie pregătit pentru intubație dificilă, să aibă clar în minte etapele pe care

trebuie să le urmeze în cazul în care nu reușește să intubeze și să-și adapteze tehnica particularităților pacientului; - drogurile - la pacienții cu intubație dificilă se preferă inducția inhalatorie (Sevofluran); la hipertirodieni se evită medicația tahicardizantă (ketamina, pancuroniu, meperidina). La hipotirodieni stabilitatea hemodinamică poate fi o problemă (mai ales când intervenția se desfășoară în urgență), etomidatul putând oferi o opțiune viabilă (cu precauțiile legate de o eventuală insuficiență corticosuprarenaliană). În contextul insuficienței corticosuprarenaliene asociate, al anticipării „furtunii tiroidiene” și, eventual, al edemului local postoperator, la hipertirodieni se administrează la inducție hemisuccinat de hidrocortizon. Menținerea anesteziei problemele care pot surveni în cursul menținerii anesteziei sunt în special cele legate de chirurgia propriu-zisă. Hemoragia. În afara tehnicii chirurgicale propriu-zise, există și unele metode anestezice pentru reducerea și controlul hemoragiei: profunzimea corespunzătoare a anesteziei, menținerea permeabilă a căii aeriene, evitarea hipoxemiei și/sau hipercapniei, poziționarea mesei de operație în poziție Fowler. Accesul la calea aeriană. Câmpurile chirurgicale pot împiedica accesul la sonda de intubație în timpul intervenției, astfel încât este recomandabil ca toate conexiunile între diferitele segmente ale circuitului și sonda de intubație să fie asigurate de la început, iar sonda să fie lipită cu leucoplast. Obstrucția căii aeriene poate apărea datorită patologiei, dar și datorită vecinătății între calea aeriană și câmpul chirurgical; sondele cu armătură flexometrică pot constitui o bună opțiune.

PERIOADA POSTOPERATORIE

Trezirea și perioada postoperatorie imediată pot fi marcate de incidente care pot amenința viața în condițiile în care calea aeriană este neprotezată. Sângerarea poate determina un hematom compresiv care să producă insuficiență respiratorie tip II; când sângerarea este de origine arterială sau dintr-o venă de calibru important, pacientul poate prezenta semne de hipovolemie acută. Obstrucția căilor aeriene - poate apărea prin mai multe mecanisme, toate determinând insuficiență respiratorie acută tip II: hematumul compresiv (amintit anterior), leziunea de recurent (fie tranzitorie, prin reacția inflamatorie locală, fie

definitivă, prin secțiune accidentală intraoperator), edemul laringian postoperator, leziune (nerecunoscută intraoperator) a traheei.

Tulburările endocrine postoperatorii pot fi mai mult sau mai puțin exprimate clinic:

- furtuna tiroidiană (criza tireotoxică) apare de obicei la pacienții la care nu s-a reușit preoperator asigurarea unui status eutiroidian; este produsă de eliberarea unor cantități masive de hormoni tiroidieni; se poate instala din perioada intraoperatorie și se manifestă prin semne neurologice (agitație, delir, comă), semne cardiovasculare (tahiaritmii, insuficiență cardiacă), semne gastrointestinale (greață, vărsături, diaree), febră. Tratamentul constă în administrarea de fluide i.v., măsuri de răcire, corticosteroizi (hemisuccinat de hidrocortizon 100mg la 6 ore), antitiroidiene de sinteză (propiltiouracil), beta-blocante și sedative atunci când este necesar [5];

- hipotiroidia postoperatorie se poate manifesta prin creșterea sensibilității la droguri, scăderea debitului cardiac și scăderea rezervei funcționale miocardice, pierderile sangvine fiind prost tolerate; asociate hipotiroidiei pot apărea hipotermia, hipoglicemia, slăbiciunea musculară;

- hipoparatiroidia, mai rar întâlnită se exprimă clinic prin creșterea excitabilității neuromusculare.

CONCLUZII

Chirurgia tiroidei, grevată inițial de o mortalitate mare, beneficiază azi de un prognostic mult mai bun în special datorită noilor instrumente medicale și a noilor droguri apărute. Acestea au făcut posibilă apariția de noi tehnici anestezice și a unei îngrijiri și monitorizări postoperatorii care să scadă drastic morbiditatea și să aducă aproape de zero mortalitatea legată de chirurgia tiroidei.

Bibliografie:

1. Sadler GP, Clark OH, van Heerden JA, Farley DR. Thyroid and Parathyroid. In: Seymour I, Schwartz, editors. Principles of surgery, 7th edition. New York: McGraw Hill; 1999. p. 523-540.
2. Chang DC, Wheeler MH, Woodcock JP, Curley I, Lazarus JR, Fung H, John R, Hall R, McGregor AM. The effect of preoperative Lugol's iodine on thyroid blood flow in patients with Graves' hyperthyroidism. Surgery. 1987; 102(6): 1055-1061.
3. Weinberg AD, Brennan MD, Gorman CA, Marsh HM, O'Fallon WM. Outcome of anesthesia and surgery in hypothyroid patients. Arch Intern Med. 1983; 143: 893-897.
4. Amathieu R, Smail N, Catineau J, Poloujadoff P, Samii K, Adnet F. Difficult intubation in thyroid surgery: myth or reality? Anesth Analg. 2006;103: 965-968.
5. Farling PA. Thyroid disease. Br J Anaesth. 2000; 85: 15-28.



N. Piterschii, A. Buzu, S. Cîrlig, V. Iudin, Departamentul ATI al Institutului oncologic R. Moldova

PARTICULARITAȚI ALE ASISTENȚEI PERIOPERATORII LA PACIENȚII ONCOLOGICI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Oncologic patients need standardized in treatment during perioperative period and individualisation for each person.

Key words: oncology standards, perioperative period.

Asistența perioperatorie este una din sarcinile și problemele de bază ale departamentului de anesteziologie și reanimatologie al IMSPIO. Ea include terapia pre-, intra-, și postoperatorie și investigațiile pentru determinarea capacităților funcționale reziduale ale bolnavilor supuși intervențiilor chirurgicale. Pentru asigurarea acestui volum de lucru în Institutul Oncologic își desfășoară activitatea departamentul de anesteziologie și reanimatologie.

Istoricul. În anul 2010 va avea loc aniversarea de 50 de ani de la fondarea Institutului Oncologic. Serviciul anesteziologo-reanimatologic activează de la începutul înființării Institutului. Serviciul de anesteziologie inițial activa în componența dispanserului de oncologie, care includea câțiva medici anesteziologi, pe urmă secție de anesteziologie. În prezent funcționează departamentul de ATI, care include secțiile ATI 1 și ATI 2.

Fondatorul serviciului de ATI în Institutul Oncologic a fost profesorul Iacob Camășov. Școala, fondată de D-lui a fost cunoscută în fosta Uniune Sovietică. Profesorul Iacob Camășov a colaborat în IO din 1960 până în 1994. Aproximativ în același timp în IO au început activitatea sa Domnul Trofim Guțu, puțin mai târziu Ion Paruș, care a fost primul șef al secției ATI.

Din 1994 până în 1996 serviciul ATI a fost condus de V.Eftodii, care în prezent este Vice Director al IO.

Din 1996 Departamentul a fost condus de prof. V.Cojocar. Datorită D-lui a fost schimbată atitudinea față de serviciul anesteziologie radical. Au fost create și aprobate la consiliul științific al IO algoritmele de conduită perioperatorie a pacientului oncologic, care funcționează până în prezent facilitând deservirea pacienților oncologici, totodată ridicând nivelul de acordare a asistenței anesteziologice în IO. Datorită D-lui a fost reorganizată structura Departamentului creînd 2 secții de anesteziologie și reanimatologie care asigură continuitatea pe deplin a asistenței perioperatorii, pentru cea ce aducem mulțumiri și recunoștințe.

Din 2007 până în prezent în fruntea Departamentului ATI stă prof. I. Mereuță.

În anul 2009 Departamentul ATI devine baza clinică catedrei ATI 1 sub conducerea doctorului în medicină, conferențiar universitar S. Șandru. Procesul didactico-curativ îl efectuează doctor în medicină, asistent universitar Doriana Cojocar

În prezent IO dispune de un staționar de 1000 paturi dintre care 500 paturi chirurgicale, trei blocuri de operație în care funcționează 16 mese de operație.

Activitatea de bază a serviciului ATI este deservirea bolnavilor oncologici prin îmbunătățirea indicilor de acordare a asistenței anesteziologice și perfecționarea metodelor de anestezie și tratament prin:

1. Micșorarea contraindicațiilor către anestezie
2. Îmbunătățirea indicilor de calitate a acestor servicii
3. Și nu în ultim plan al rezultatelor îndepărtate.

Criteriul de operabilitate al bolnavilor oncologici depinde nu numai de gradul de răspândire și extindere a proceselor tumorale dar și de patologii concomitente al acestor bolnavi, de tratamentele antineoplazice preoperatorii

administrare(radi-și chimioterapia) care pe lângă efectul lor curativ prezintă un șir de factori adversi, ridică riscul intervențiilor anesteziico-chirurgicale de la sine totodată agravând maladiile coexistente al pacienților oncologici. În anul 2008- 2009 în sectorul anesteziologic au fost efectuate 13221 anestezii. Conform metodelor de anestezie a predominat anestezia generală i/v totală.

Conform metodelor de anestezie

Anestezie generală i/v totală	95,78%
Anestezie loco-regională	4,22%
Intubația traheii prin:	
- cavitate bucală	97,7%
- prin traheostomă	1,3%
- prin căile nazale	1%

Din numărul total de anestezii generale mai frecvent a fost utilizată combinația Ketaminei și ataracticelor, aproximativ în 82 % cazuri.

Caracterul asocierii preparatelor anestezice și hipnotice

Calipsol și ataractice	76,3%
Calipsol și Na Oxibutirat	6,8%
Na Oxibutirat și ataractice	3,2%
Barbiturice și ataractice	11,3%
Propofol	2,4%

Analgezicul de bază, mai frecvent utilizat a fost Fentanilul în 82% cazuri.

După caracterul preparatului analgezic utilizat

Morfină	7,2%
Fentanil	82%
Morfină și Fentanil	8,7%
Promedol	2,1%

Din numărul total de bolnavi operați patologie asociată a fost depistată la 62,3%(Risc AȘA III-IV la 51,7%) care ulterior au beneficiat de radio-și polichimioterapie. Deseori unul și același pacient poate prezenta un spectru larg al maladiilor concomitente.

În perioada analizată cazuri de deces pe masa de operație n-au fost, însă 6 bolnavi au fost

amânați de la intervențiile chirurgicale din cauza complicațiilor survenite în timpul inducției în anestezie și intubației traheii. Complicațiile legate de anestezii ce au avut final pozitiv s-au înregistrat la 2,37% .

Structura maladiilor concomitente

Patologia concomitentă	%
HTA	22,3
Deregări de ritm și conducere	6,9
Valvulopatii	10,3
Hepatopancreatită	28,4
Insuficiență renală	0,9
Flebotromboze	17,2
Alergii polivalente	1,4
Miocardite și pericardite	8,8
Carență nutritivă	5,4
Obezitate	12,7
Diabet zaharat	7,1
Ateroscleroză cerebrală	10,8
Stare după ictus cerebral	2,1
Encefalopatie	10,1
BPOC inclusiv fibroză	42,1
Astm bronșic	2,1
C.P.I	54,7

Complicațiile legate de anestezii ce au avut final pozitiv 2,43%

Complicații	%
Intubatii deficită	0,18
Hipoxie în timpul anesteziei	0,12
Restabilirea lentă a conștiinței	1,21
Deregarea circulației periferice	1,88
Șoc hemoragic	0,42
Deregări de ritm cardiac	1,79
HTA	4,29

În perioada analizată în secțiile de terapie intensivă au fost tratați 7146 bolnavi. Procentul complicațiilor postoperatorii în secțiile ATI este de 2,14 % care după structura lor sunt reprezentate în tabel.

Pe parcursul anului 2008-2009 în secțiile ATI au decedat 38 bolnavi, procentul deceselor constituind 0,53%.

Trebuie de menționat că pe lângă particularitățile generale specifice maladei

Nozologii	%
Insuficiență vasculară periferică	3,3
Șoc posthemoragic	0,38
Reacții alergice	0,21
Deregări de ritm cardiac	1,6
Hipoxie	0,45
Complicații septicopurulente	1,27
Tromboza ramurilor arterei pulmonare	0,09
Reacții psihoemoționale	0,13
Insuficiență coronariană	0,26

Structura deceselor în secțiile ATI anul 2008-2009

Stări toxico- septice	11
Insuficiență cardio pulmonară	8
Progresarea maladei de bază	12
Șoc posthemoragic	5
TEAP	2

oncologice la bolnavii de cancer sunt prezente particularități specifice localizării și tratamentului antineoplazic administrat. Noi am efectuat o analiză a particularităților de conduită perioperatorie fiecărei nozologii în parte.

Cancerul bronhopulmonar invadează plămânul și produce restricții anatomo funcționale ale parenchimului pulmonar provocând tulburări de ventilație, perfuzie și difuziune alveolo-capilară. Consecința este hipoxemia prin insuficiență pulmonară cronică, atelectazie.

Particularitățile intervențiilor chirurgicale în oncopulminologie: intervenții laborioase și traumatice, pierderi masive sanguine, citoliză masivă, intervenții combinate, necesitatea limfodisectiei largite.

Intervențiile chirurgicale la pacienți cu cancer esofagian sunt unele din cele mai traumatice și de lungă durată. Una din particularități este necesitatea abordării chirurgicale laparotomic și toracotomic. Traumatismul intraoperator, necesitatea limfodisectiei largite este o cauză care duce la dezvoltarea distres sindromului respirator a adulților în perioada postoperatorie precoce. Anastomoza gastro-esofagiană este amplasată în mediastin și cavitatea pleurală.

În perioada postoperatorie pacienții necesită ventilație mecanică prelungită timp de 10±2 ore. O altă particularitate este malnutriția(pierderi

ponderale 10-30%) ce necesita o pregătire preoperatorie calitativă.

Pacienții în perioada postoperatorie necesită hrană parenterală în mediu 7-8 zile. Din spectrul larg a preparatelor pentru hrane parenterală mai des se utilizează Infezol 100.

Tumorile regiunii capului și gâtului: laringelui, orofaringiale, sinusurilor, glandei tiroide, glandei parotide, ochiului și orbitei. Tumorile laringiene în 90% duc la stenoză cu dereglări respiratorii ce necesită traheostomie des în mod urgent ca prima etapă de tratament. Anesteziologul des se întâlnește la acești pacienți cu problema căilor respiratorii dificile. Uneori este necesar efectuarea intubației traheale prin căile nazale. La o parte de pacienți în preoperator se efectuează fibrolarigosopia în poziția culcată și șezîndă. La etapa intubației traheii este necesară prezența endoscopistului. Tumorile glandei tiroide duc des la disfuncții de la mixedemă pînă tireotxicoză.

Cancerul sistemului reproductiv ocupă unul din primele locuri în morbiditatea și mortalitatea la femei. Incidența cancerului mamar în RM în ultimii ani a crescut vădit fiind 40 cazuri la 10 000 populație. Mai mult de 60% din bolnavele de cancer mamar sunt paciente cu vîrsta de peste 50 de ani, cu o incidență crescută a maladiilor concomitente. Pentru ultimii ani este caracteristic o creștere a cazurilor de cancer mamar în stadiile avansate 3 și 4, care inițial are un șir de maladii concomitente, dar pe fon de tratament anticanceros unele din ele se acutizează altele duc la decompensarea funcției. Pacientele în perioada preoperatorie sunt supuse tratamentului antineoplazic radioterapie și chimioterapie, care pe lîngă efectul lor curativ prezintă repercusiuni severe asupra organelor și sistemelor: c/v, bronhopulmonar, hepatorenal gastrointestinal, statusului fluido-cuagulant care necesită o atîrnare deosebită în perioada preoperatorie, intra și postoperatorie. Pentru cancerul mamar sunt efectuate un șir de nozologii chirurgicale: (Mastectomie Patey, Maden, Pirogov, Holsten, simplă), care intraoperator afectează aproape 18% din suprafața corpului și prezintă un traumatism sporit care necesită o protecție anestezică adecvată pe parcursul a 90±20 minute în mediu, în secțiile de mamologie sunt în plan de desfășurare lucrări pentru ameliorarea asistenței preoperatorii la bolnavele de cancer

mamar. Au fost elaborate algoritme de conduită preoperatorie la bolnavele cu teren tarat de patologiile sistemului cardiovascular; bronhopulmonar, cu dereglări a hemostaziei și măsurile de contracarare a acestor perturbări. Aceste algoritme de conduită au ameliorat asistența perioperatorie la pacientele de cancer mamar. Pentru tumorile organelor genitale sunt aplicate următoarele intervenții chirurgicale: operația Werthaim; histerectomia totală cu anexe sau fără anexe, histerectomia subtotală cu anexe sau fără anexe, anexectomia, vulvectomia simplă sau lărgită. 20-25% din pacientele supuse intervențiilor chirurgicale prezintă anemie fie că posthemoragică fie că toxică. Terapia preoperatorie la bolnavele de cancer ovarian avansat prezintă particularități condiționate de administrarea chimioterapiei uneori în combinație cu hiperglicemie indusă.

Afectarea canceroasă a stomacului, pancreasului, ficatului aduc la malnutriție, dereglări proteice, hipovolemie, anemie, CID cronic, dezechilibre ionice, insuficiență hepatică e.t.c. Pacienții necesită pregătire minuțioasă de corecție a acestor dezechilibre. În secția de gastrochirurgie se efectuează intervenții chirurgicale voluminoase traumatice și combinate. Gasterctomie des în combinație cu splenectomie, rezecții pancreatice, colonului transvers, limfodiseccții lărgite ovaectomii, în cazurile de metastazare. Uneori gastrectomia se efectuează prin abordul toracoabdominal. De asemenea în gastrochirurgie se efectuează splenectomii la pacienți hematologici cu limfoame Non Hodgkin, anemii și trombocitopenii autoimune, aplazii medulare. Acești bolnavi timp îndelungat sunt tratați cu doze mari de corticosteroizi ce în perioada postoperatorie necesită administrarea strictă a acestor preparate, transfuzii de plasmă proaspăt congelată la necesitatea concentratului de plachete, eritrocite spălate. O altă particularitate prezintă pacienții cu afectarea canceroasă a pancreasului, icter mecanic. Pacienții sunt icterici intens, sindrom de impregnare neoplazică, anorexie, diaree grăsoasă, pierdere ponderală, evoluție progresivă, deficit pancreatic extern și intern cu tulburări homeostazice și insuficiență hepatorenală.

Pacienții necesită pregătire preoperatorie de detoxicare inclusiv plasmofereză, corecția

sistemului de coagulare ș.a. Particularitățile intervențiilor chirurgicale în gastrologie oncologică: intervenții voluminoase (gastrectomii, splenectomii ș.a, intervenții combinate pe stomac și intestine, hemoragii masive în rezecțiile de ficat). Cancerul de colon des este asociat cu ocluzia intestinală cronică și acută dezvoltând perturbări hidrosaline marcate, malnutriții, peritonite, anemii toxice, intoxicații, CID cronic. Deseori este limitată excursia diafragmei ceia ce provoacă dereglări respiratorii. Implimentarea tratamentului de pregătire adecvat și optimizarea strategiei și a tacticii chirurgicale-anestezice permite reducerea ratei complicațiilor postoperatorii, în urologie în ultimul timp se efectuează operațiile tip BRIKER, ce constă în cistpiostatectomie cu formarea din intestinul subțire rezervoarului și implantarea ureterelor. Operațiile de acest gen sunt traumatice și de lungă durată în mediu 300±30 min.

Un lucru important pe care îl efectuează secțiile ATI este deservirea bolnavilor prin secțiile terapeutice -radio- și chimioterapie. La acești bolnavi ca de obicei li se acordă ajutorul de urgență medical, li se indică tratament de susținere și simptomatic și suprimare a sindromului algic caracteristic pacientului oncologic mai ales când tratamentul poartă caracter paliativ. În acest caz tratarea sindromului algic este decisiv pentru pacient care are tangență directă asupra calității vieții.

Concluzie: Asistența perioperatorie la bolnavii oncologici necesită standarde concrete în toate perioadele acestui proces. Schemele standard permit crearea condițiilor optime pentru

individualizarea terapiei. Asistența perioperatorie a bolnavilor oncologici este un proces complex și solicită atenție continuă a medicului anesteziolog reanimatolog.

Bibliografie:

1. Departamentul ATI Institutul Oncologic din Moldova. Dare de seamă pe tema științifică de stat finisată. Complicațiile postoperatorii la bolnavii oncologici (cancer gastric, pulmonar, esofagian, al aparatului locomotor): probleme de profilaxie și tratament în perioada pre-, intra-, și postoperatorie. Chișinău, 2001, p.37-47.
2. Cojocaru V., Sofroni D., Buzu A. Argumentarea riscului anestezic chirurgical la bolnavele operate de cancer genital. Conferința practico-științifică consacrată a 25 ani de la fondarea catedrei anesteziologie-reanimatologie, Chișinău, 2000, p. 115-118.
3. Cojocaru V, Sofronii D., Tica A., S.Sofronie .Conduita perioperatorie în condițiile riscului chirurgical-anestetic avansat,Chișinău ,2003, p.44-138.
4. Brauwald E. Tratat de boli cardiovasculare. Editura M.A.S.T.2000,Vol.I-II p.877, 1289,1404, 1786, 1809.
5. Baer G.A., Paloheimo M., Randell T. Postoperative cognitive dysfunction in the elderly surgical patient .Br. J. Anaesth.- 1999. V. 82, N5.- p.812-813.
6. Bădulescu F. Recomandări pentru tratamentul pleureziei, pericarditei și ascitei. Ghid terapeutic de referință în oncologia medicală. Ed. medicală, București, 2002, p.261-263.
7. V. Cojocaru, D. Sofroni, A. Tica, S. Sofronie Conduita perioperatorie în condițiile riscului chirurgical-anestezic avansat. Chișinău 2003 p.21-38, 63-80,134-182.
8. Подольцев Э.И. Профилактика и лечение гематологических осложнений химиотерапии у онкологических больных. Журнал - Практическая онкология, 2000, с.31. 9. Волков В.П., Овчинников В.А. Функциональные изменения сердечно-сосудистой системы после первого этапа радикальной лучевой терапии рака легкого. Гродненский государственный медицинский университет. Материалы конференции, 2003, с.61-64.
9. Victor Cojocaru „Dereglări hemostazice în stări patologice crice”. Chișinău, 2006 p.49-57, 95-104, 125-129.



Rotaru Ghenadie, doctorand, USMF "N.Testemițanu"

MANAGEMENTUL DE DIMINUARE A STRESULUI PROFESIONAL LA JUDECĂTORI

Judges are part of the contingent with the highest level of exposure to occupational stress. Work of judges is related to the requirements of behavioral, cognitive and emotional, which are extremely demanded. The mechanisms of prevention and adaptation to stress are known as 'coping'. Measures that can be taken to reduce stress among judges could be divided into two big categories: A. measure to prevent stress; B. measures to reduce stress. These measures will address in a complex way the prevention, diagnosis and treatment of diseases that is developing the judges about their professional activity.

Key words: judges, professional stress, coping, morbidity of magistrates, management.

În ultimii zece ani stresul profesional și consecințele lui exprimate prin nivelul permanent crescând al morbidității psihosomatice devin tot mai frecvent obiect de studiu. Dacă în urmă cu câțiva ani categoriile profesionale considerate prin definiție stresante erau: piloții de încercare, controlorii de trafic aerian, cosmonauții, lucrătorii de la căile ferate și medicii, mai ales chirurgii; astăzi, lista s-a mărit adăugându-se printre altele și lucrătorii organelor de drept, fapt confirmat prin activizarea cercetării sănătății categoriilor profesionale supuse stresului permanent. Dacă preocupările de medicină ocupațională au fost inițial orientate spre industrie, treptat s-a realizat faptul că au fost neglijate sectoare importante ale societății, cu prezența unor reali factori de risc pentru sănătate. Au fost neglijate mai ales sectoarele cu activități preponderent intelectuale, printre care și sectorul judecătoresc.

Activitatea profesională a judecătorilor este legată de cerințe comportamentale, cognitive și emoționale extrem de solicitante. Orice dezechilibru al acestor aspecte poate duce în final la disfuncții psihosomatice de scurtă sau lungă durată, cum ar fi epuizare totală (burnout), depresie, boli cardiovasculare etc. Iar stresul profesional este o problemă ce capătă amploare în majoritatea țărilor. Din această cauză fenomenul nu reprezintă doar o problemă socială, ci și una științifică. După cum se știe, pentru a combate o problemă trebuie depistată cauza. Iar în cazul stresului profesional sursa "relelor" poate fi atât personalitatea individului, cât și caracteristicile meseriei.[1]

Stresul în activitatea profesională se manifestă ca rezultat al insuficienței resurselor psihice de a face față solicitărilor și exigențelor profesionale. Stresul profesional, la fel ca și stresul, în general, poate avea caracter benefic (eustresul), mobilizând persoana în activitatea profesională, și caracter negativ (distresul), care are efecte nefavorabile asupra sănătății psihosomatice a persoanei. Efectele stresului pot fi împărțite în trei categorii: fiziologice, comportamentale și psihologice.

Sursele majore ale acestui tip de stres se împart în șapte categorii [3]:

- controlul - acest factor este cel mai strâns legat de apariția stresului. Există studii care demonstrează că cei ce cred că au o mare

responsabilitate, dar o putere de decizie redusă la locul de muncă, au un risc crescut pentru boli cardio-vasculare și alte afecțiuni în care stresul poate fi implicat;

- competența - teama de a nu se ridica la standardele cerute, de a nu avea o provocare suficientă sau insecuritatea locului de muncă sunt factori declanșatori importanți;

- claritatea - neînțelegerea îndatoririlor, modul în care acestea se pot schimba sau care sunt obiectivele departamentului sau organizației pentru care lucrează contribuie la stres;

- comunicare - atmosfera tensionată la locul de muncă apare de multe ori ca urmare a lipsei de comunicare care treptat poate amplifica stresul. Incapacitatea de a își exprima temerile, frustrările sau alte emoții pot cauza stres;

- sprijinul - lipsa sprijinului colegilor poate îngreuna rezolvarea unor probleme la locul de muncă;

- importanța - stresul poate apare și ca urmare a faptului ca unele persoane nu se simt împlinite sau mândre de serviciul lor;

- responsabilități crescute - stresul poate apare și ca urmare a asumării unor responsabilități adiționale.

O importantă campanie de combatere a stresului profesional – pe locul doi în ierarhia problemelor de sănătate profesională în țările U.E., după afecțiunile musculo-scheletice – a fost lansată de către Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă în anul 2002, în cadrul Parlamentului European de la Strasbourg. Este prima campanie desfășurată în întreaga Europă, în care a fost dezbătută problema stresului profesional, afectând peste 40 de milioane de salariați din țările U.E. Intre 50% și 60% din absenteismul la locul de muncă este corelat cu stresul profesional. Împreună cu costurile de sănătate, costurile totale anuale datorate stresului profesional sunt estimate la circa 20 de miliarde EURO pentru țările U.E., fără a adăuga pierderile de productivitate. Rezultatele cercetărilor recente desfășurate în SUA au demonstrat că o consecință a stresului ocupațional, depresia la locul de muncă, prin absenteismul pe care îl provoacă și reducerea productivității, prejudiciază afacerile cu 70 miliarde dolari anual.[2]

Stresul nu înregistrează doar un cost economic, ci și un cost social. Pentru individ, pe

Îngă impactul devastator al deteriorărilor severe ale stării de sănătate, stresul poate conduce la scăderea eficienței în muncă și implicit la ratarea oportunităților de evoluție în carieră, iar în final chiar la pierderea locului de muncă. Acest fapt accentuează încordarea din relația familială și extrafamilială, iar în cele din urmă poate genera depresie și chiar suicid. În Rusia, de exemplu, se înregistrează anual 2-4 cazuri de suicid printre judecători pe an.

Judecătorii fac parte din contingentul cu cel mai înalt nivel de expunere la stres profesional.[11] Factorii stresogeni principali, care au influență negativă asupra stării de sănătate somatică și psihică a judecătorilor sunt :

- volumul de lucru în creștere permanentă (conform rapoartelor statistice în RM sarcina lunară medie pentru un judecător depășește 55 de dosare, în unele cazuri ajungând la 90-95 dosare lunar) ;

- insuficiența de timp ;
- legislația în continuă reformare, ce necesită capacități analitice deosebite ;
- caracterul public al activității sale ;
- critica din partea presei și societății, părților implicate în proces (orice decizie are nemulțumiți, care se consideră dezavantajați, neîndreptățiți).

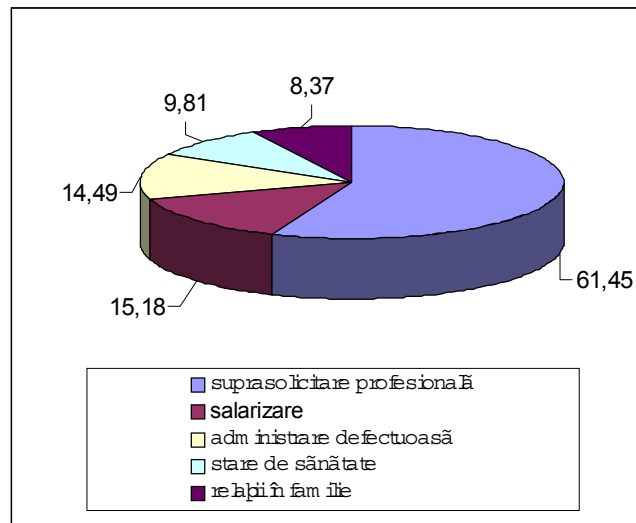
Efectele negative pe care le are stresul profesional asupra deciziei se manifestă la nivelul etapelor procesului decizional. Acest proces constă din etapa preparatoare/pregătitoare (colectarea informațiilor), etapa de prelucrare și interpretare a acestor informații și etapa decizională. Dacă una din aceste trei etape sau chiar toate trei se desfășoară în condiții de stres, este foarte probabil ca judecătorul să ia decizii greșite care ar putea avea consecințe grave.

Stresul poate conduce la:

- √ niveluri ridicate de îmbolnăvire și absenteism;
- √ scăderea productivității și incapacitatea de atingere a obiectivelor impuse;
- √ creșterea ratei de eroare;
- √ număr crescut de conflicte interne între angajați;
- √ rată exagerată a fluctuației de personal.[8]

Mecanismele de prevenție și adaptare la stres sunt cunoscute sub numele de coping. Coping – ansamblul eforturilor cognitive și comporta-mentale destinate controlării, reducerii sau tolerării exigențelor, cerințelor externe și/sau interne care amenință sau

Cauzele stresului



depașesc resursele unui individ.[6] Coping-ul vizează toate modalitățile de gestionare a stresului. Mecanismele de coping pot fi grupate în trei mari categorii [7,9]: comportamentale, cognitive, biochimice. Finalitatea acestor mecanisme diferite este aceeași: reducerea stresului.

Abordarea preventivă în domeniul stresului recurge la trei modalități principale:

- identificarea factorilor stresanți cât și a indivizilor și grupelor vulnerabile la stress;
- reducerea vulnerabilității și mărirea rezistenței organismului (prin alimentație, efort fizic rațional etc.);
- protecția prin evitarea și eliminarea agenților ambientali fizici sau psihosociali nocivi. [4]

Stresul profesional poate și trebuie să fie prevenit. Totuși, stim că singura cale eficientă este de a lucra împreună în abordarea acestei probleme. Aceasta înseamnă implicarea tuturor factorilor: de la cei care elaborează politici până la cercetători științifici, parteneri sociali și fiecare angajat în parte. Măsurile care pot fi luate pentru a reduce stresul în rândurile judecătorilor, ar putea fie împărțite în două mari categorii:

- A. măsuri de prevenire a stresului;
- B. măsuri de reducere a stresului.

Primele au ca scop eliminarea potențialului de situații stresante, în timp ce ultimele încearcă să mențină stresul între limite rezonabile, atunci când se constată apariția lui. Ambele categorii de măsuri sunt puse în practică mai degrabă la nivel organizațional decât individual.[5,10]

Prevenirea stresului este greu de atins, însă în cadrul reformelor în justiție din alte țări au fost

luate unele măsuri în acest aspect. În SUA din anii 80 în programul de pregătire a judecătorilor este inclus un compartiment dedicat stresului profesional și stăpânirea acestuia; în Rusia în anul 2004 a fost introdus serviciul psihologic în judecătoria și organizarea dispanserizării anuale; în Noua Zelandă judecătorii sunt incluși în categoria profesională cu risc înalt a dezvoltării dependenței alcoolice. În multe țări a fost adoptată legea privind asigurarea obligatorie de stat a vieții și sănătății judecătorilor.[9,11]

Managementul de diminuare a stresului profesional la judecători trebuie început încă de la angajarea în funcție. Fiecare candidat la funcția de judecător pe lângă examenul medical obligator, care apreciază sănătatea somatică, ar trebui să treacă testarea psihologică, care va aprecia și starea psihologică a candidaților, rezistența la situații stresante etc. Totodată, anual în cadrul examenului medical obligator a judecătorilor este absolut necesar de apreciat nivelul sănătății somatice și psihice, de luat măsuri de corecție a dereglărilor depistate. Pentru prevenirea reacțiilor neadecvate în situații stresante, este nevoie de un șir de măsuri – respectarea unui regim de lucru și odihna, care include ziua de lucru de 8 ore, numărul dosarelor examinate să nu influențeze calitatea, adică corectitudinea decizională, asigurarea judecătorilor cu judecători conform necesităților, asigurarea securității judecătorilor, asigurarea accesului la serviciile medicale solicitate, asistarea psihologică în incinta judecătoriilor de către un serviciu specializat etc.

Sistemul existent de deservire medicală a judecătorilor rezolvă problemele de sănătatea a

acestora nu în plină măsură. De aceea sunt necesare măsuri care vor aborda într-un mod complex problemele profilaxiei, diagnosticului și tratamentului maladiilor, ce se dezvoltă la judecători în legătură cu activitatea lor profesională. Este necesar de a elabora bazele legislative pentru organizarea activității de dispanserizare anuală a judecătorilor. Din punct de vedere economic tratamentul maladiilor în stadiile precoce necesită cheltuieli mult mai mici decât tratamentul aceluiași maladii în stadiile avansate.

Bibliografie:

1. BĂBAN, A. (1998), Stres și personalitate, Editura Dacia, Cluj-Napoca.
2. Byrne, Z.S., Kacmar, C., Stoner, J., & Hochwarter, W.A. (2005). The relationship between perceptions of politics and depressed mood at work: Unique moderators across three levels. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10, 330-343.
3. Capotescu Roxana. Stresul ocupațional. Teorii, modele, aplicații, 2006.
4. DEREVENCO, P.; ION, A.; BĂBAN, A. (1992), DEREVENCO, P.; ION, A.; BĂBAN, A, Sresul in sănătate și boală, Editura Dacia, Cluj-Napoca.
5. Kendall E., Murphy P., O'Neill V. and Bursnall S. Occupational stress: Factors that contribute to its occurrence and ineffective management. - Centre for Human Services, Griffith University. -2000.
6. Lazarus R.S., Folkman S. The concept of coping // A. Monat, R.S. Lazarus Stress and Coping, New York, 1991.
7. MICLEA, M. (1997), Mecanisme psihice de autoreglare în condiții de stres, Editura Polirom, Cluj-Napoca.
8. OECD (1999), Implementing the OECD Job Strategy: Assessing Performance and Policy, Paris: OECD.
9. Zimmerman I.M. Isolation in the Judicial Career, 2000.
10. Леонова А.Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал. - 2004. - т. 25. - №2. - С. 86-92.
11. Сумароков И. Судебный стресс //Российская юстиция. – 2003. - №12. – с. 60 – 63.



Mereuță Ion, d.h.m., prof. univ., USMF "N. Testemițanu", Rotaru Ghenadie, doctorand, USMF "N. Testemițanu"

PROFILUL DE PERSONALITATE A MAGISTRAȚILOR

The magistrate profile must contain all necessary competences for basic requirements of this profession, respecting the most important problems currently facing the legal system in Moldova. The judge is empowered to enforce the law on behalf of the state, which develops professional sense of responsibility for the consequences of his actions. Personality profile of the magistrate includes emotional stability, critical thinking, cognitive and moral integrity, social awareness, ability in a constructively action in a constant psycho-emotional overload conditions, etc. The competences included in the profile must be understood as internal, intrapersonal conditions, of right, independent and impartial action of the magistrate.

Keyword: Judge, professional stress, personality profile, coping.

Sistemul juridic în Republica Moldova se află în perioada reformării avînd drept scop final asigurarea cerinței fundamentale a procesului de justiție - rezolvarea corectă și imparțială a tuturor cazurilor particulare. Din această nevoie fundamentală a sistemului derivă cele mai importante cerințe ale funcției de magistrat, printre care un rol important este acordat stării de sănătate psihosomatică, inclusiv aspectelor psihoemoționale și sociale care influențează nivelul morbidității la acest contingent[2,11]. Profilul magistratului trebuie să cuprindă toate competențele absolut necesare și suficiente satisfacerii cerințelor de bază ale profesiei de magistrat, cerințe derivate, la randul lor, din cele mai importante probleme cu care se confruntă în prezent sistemul juridic în RM.

Rolul personalității judecătorului în exercitarea actului de justiție are o importanță deosebită. Profilul de personalitate a magistratului cuprinde calități mentale care permit persoanei să își dezvolte, conștient și intenționat competențele sale și include stabilitatea emoțională, gîndirea critică, integritatea cognitiv-morală, conștientizarea socială, capacitatea la o activitate constructivă în condiții de suprasolicitare psihoemoțională permanentă etc [1,3,12]. Componentele gîndirii critice sunt următoarele: interpretarea, analiza, evaluarea, interferența, explicația și autoreglarea. A avea integritate înseamnă, în primul rînd, a avea consistență, înseamnă a avea anumite principii morale și a acționa consecvent în acord cu ele. Valorile unei persoane trebuie să alcătuiască o structură coerentă în care unele sunt mai importante decît altele. Doar astfel persoana poate apăra o

anumită opinie mai degrabă decît alta. Conștientizarea socială este competența care-i permite magistratului să analizeze, să evalueze și să se angajeze creativ în reconstruirea modelelor după care se desfășoară practicile sociale curente legate de exercițiul profesiei de magistrat în sistemul juridic din RM. Integritatea poate fi exercitată numai în cadrul legii: un magistrat trebuie să urmeze litera legii chiar dacă personal nu este de acord cu ea. Integritatea magistratului se referă la faptul că imparțialitatea, corectitudinea, onestitatea să nu-i fie cîntite de nici un fel de practici corupte. Mobilizarea resurselor intelectuale este condiționată de convingerea că abilitățile și cunoștințele juridice nu sunt statice. Ele se îmbunătățesc într-un proces conștient de învățare continuă sau se degradează prin învățarea neintenționată dintr-o experiență nesupusă reflecției[4, 10].

Judecătorul este împuternicit să aplice legea din numele statului, ceea ce dezvoltă simțul profesional de responsabilitate pentru urmările acțiunilor sale. Profilul magistratului trebuie alcătuit în spiritul unui echilibru între independența și răspunderea judecătorului și a justiției, respectînd anumite aspecte[2,7]:

- acțiunea politică, orientată spre păstrarea separării puterilor;
- asigurarea condițiilor de bază de întărire a capacității judecătorilor de a rămâne incoruptibili. Spre exemplu, inamovibilitatea judecătorilor și salarizarea decentă a magistraților;
- întărirea răspunderii magistraților pentru calitatea actului de justiție, prin angajarea, reținerea și promovarea în sistem a persoanelor capabile și hotărîte să asigure calitatea actului de justiție.

Temperamentul judecătorului trebuie să corespundă unui șir de solicitări: reacțiile senzorio-motoare trebuie să fie rapide, iar decizia – promptă; e nevoie de o mare flexibilitate, de prezență de spirit și de sănătate psihică generală evidentă, care se menține chiar la eforturi durabile și persistente[4,10]. Caracterul trebuie să fie unitar și stabil; conștiinciozitatea, confidențialitatea, discreția, simțul etic puternic, conștiința datoriei, obiectivitatea, onestitatea, simțul de ordine sunt printre calitățile pomenite. Se adaugă o capacitate superioară de învățare[3,8]. Depistăm în această listă solicitări intense și extrem de diferite, care vorbesc despre prezența factorilor de personalitate cauzatori de ardere profesional-emoțională și despre climatul organizațional, conferind teren de manifestare pentru fenomenul în cauză.

Cerințele de bază ale exercitării profesiei de magistrat sunt[7,12]:

- capacitatea de a gândi independent în chestiuni juridice
- imparțialitatea, indiferent de propriile convingeri
- aprecierea și aprobarea supremației legii în societate, restabilirea încrederii cetățenilor în justiție.

Toate aceste calități vorbesc despre solicitarea intensă socială pe care o confruntă judecătorii. Remarcăm că analiza dată evidențiază impactul puternic al factorilor cauzati de rolul profesional asupra stării afective a judecătorilor și vulnerabilitatea pentru ardere profesional-emoțională [5,6,9]. Următorii factori sociali influențează deformarea personalității judecătorului :

- nerecunoașterea meritelor adevărate
- limitarea dreptului la libera alegere (alegerea stilului de viață, direcției cercetării științifice etc)
- necorespunderea cerințelor moral - etice profesiei, situației reale la locul de muncă; drept exemplu poate servi tema deseori discutată în mass-media despre dependența judecătorilor de puterea executivă, mită etc

- scăderea statutului social al profesiei
- problemele personale, familiare.

În concluzie, profilul trebuie înțeles ca un mijloc de sprijinire a magistratului individual și a sistemului juridic în ansamblu, în direcția dezvoltării competențelor care permit acțiunea independentă și imparțială. Competențele incluse în profil trebuie, așadar, înțelese drept condiții interne, intrapersonale ale acțiunii corecte, independente și imparțiale a magistratului. Evaluarea judecătorilor prin raportare la profilul magistratului trebuie percepută ca modalitate prin care sistemul juridic încurajează selecția, reținerea și promovarea persoanelor care, pe fondul unor predispoziții personale, își dezvoltă conștient și intenționat competențele care le permit acțiunea corectă și imparțială.

Bibliografie:

1. Ackerman P. L., Heggstad E. D. Intelligence, personality and interests: Evidence for overlapping traits. *Psychological Bulletin*, 121, p. 218-245, 1997.
2. Butoi T., Psihologie judiciara, Fund. România De Măine, 2001, 312 p.
3. Dunareanu I.A., Justiție, judecator, management, București, 2005, p. 24-28.
4. Fahnestock K. The loneliness of command - One perspective on judicial isolation. // *Judges J.* -1991, Vol. 12, p. 30-32.
5. Kaplan S.M. and Winget C. The occupational hazards of jury duty, 1992, 192 p.
6. Miclea M., Mecanisme psihice de autoreglare în condiții de stres, Editura Polirom, Cluj- Napoca, 1997, 182 p.
7. Osoianu T., Reforma judiciara și de drept în Republica Moldova - condiție necesară în vederea integrării europene, 2004, 58 p.
8. Rogers J.M., Freeman S.J. 1991 The Occupational Stress of Judges.//*Canadian J. of psychiatry*-1991 Vol. 36 p.317- 320.
9. Snyder, C.R. Coping: the psychology of what works // Clarendon Press. - 2004, Nr. 5, p.3-20.
10. Weiner N.A. et al. Safe and Secure: Protecting Judicial Officials. // *Court Review*, 2000, Vol. 36, p. 26-33.
11. White B.R. The special role of State judges.//*Judges J.*1991, Vol.2, p.6.
12. Павловский В., Степанов О. Судебной системе требуется психолог //*Российская юстиция.* – 2004, №1, с. 47- 50.



Dumitru Butuceț, IMSP INSTITUTUL ONCOLOGIC DIN REPUBLICA MOLDOVA, Laboratorul
Oncologie Generală și ATI

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL TUMORILOR PERETELUI ABDOMINAL ANTERIOR ÎN REGIUNEA HIPOGASTRICĂ ȘI METODĂ DE PLASTIE A DEFECTELOR FORMATE

Surgical treatment of voluminous tumours of soft tissue of the abdominal anterior wall in the hypogastric region usually involves a wide excision of the tumor together with parts of muscles, fasciae, aponeuroses, followed by large tisslar defects, which are difficult to suture by means of classic methods, due to anatomical peculiarities of this region.

The method of plastic of anterior abdominal wall in hypogastric region, which includes the local tissue application , which is characterized by that as a plastic material are used 3 cutaneous-subcutaneous- fascial lambous, when two of them are formed from forming of duplication of superior margin of deepitermisated wound and fixed superior aponeuroses and inferior margins of musculus rectus abdomini and oblique' s inferior by symphysis pubis and saved soft tissue, and the third is formed by inferior margin of wound which is settled on formed duplication and fixed at the border of intact and deepitermised skin.

Key words: abdominal wall, hypogastric, defect, plastic.

Tratamentul chirurgical al tumorilor voluminoase ale țesuturilor moi ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică impune necesitatea exciziei lărgite a tumorii împreună cu segmente de mușchi, teci musculare, aponevroze, în rezultatul căreia se formează defecte mari tisulare, care din cauza particularităților anatomice ale acestei regiuni, prin metodele cunoscute, sunt greu de închis.

În legătură cu aceasta a fost elaborată o metodă de plastie pentru închiderea defectelor mari ale peretelui abdominal anterior în această regiune. Esența metodei propuse de plastie constă în faptul că după înlăturarea tumorii defectul tisular format este închis prin utilizare în calitate de material plastic a trei lambouri pluristratificate din însuși peretele abdominal: printr-o incizie modificată tip Pfannenstiel de la *spina iliaca anterior superior dextra* până la *spina iliaca anterior superior sinistra* se disecă pielea, țesutul adipos subcutan, teciile *mm.recti abdominis* și aponevrozele celor oblici, se înlătură tumora într-un bloc unic cu țesuturile adiacente implicate în procesul tumoral fără a deschide neoformațiunea. Defectul tisular format este substituit în modul următor: preventiv măsurând în ce măsură pot fi extinse structurile păstrate ale

peretelui abdominal se separă lamboul superior, suprafața necesară a căruia se deepidermizează. Lamboul deepidermizat este plasat sub formă de duplicatură și este suturat cranial de marginea inferioară a segmentelor păstrate ale dreptilor abdominali, cei oblici și de aponevrozele lor. Ulterior marginea inferioară a acestui lambou deepidermizat în duplicatură este suturată de țesuturile moi păstrate și de simfiza pubiană, apoi de partea anterioară a lamboului în duplicatură este suturat ligamentul inghinal din ambele părți. Printr-o incizie suplimentară a pielii până la țesutul adipos subcutan se formează un hotar între pielea intactă și pielea deepidermizată a lamboului. Lamboul inferior este așezat asupra lamboului deepidermizat în duplicatură și este suturat de marginea pielii intacte a inciziei suplimentare. Astfel, defectul tisular al peretelui abdominal anterior este suplinit cu trei lambouri pluristratificate.

Exemplu 1: Bolnava S., 45 ani, fișa de observație Nr.11715-515, a fost internată cu diagnosticul: Tumor al țesuturilor moi ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică. În timpul intervenției chirurgicale a fost depistată o neoformațiune a țesuturilor moi care ocupa regiunea inferioară mezogastrică și cea

hipogastrică de mărimi 20x15 cm și care concreștea m.drept abdominal și cei oblici pe dreapta și parțial pe stânga. Pe cale oarbă și prin secționare tumora a fost decolată de pe vezica urinară și s-a înlăturat într-un bloc unic împreună cu segmentele de mușchi, teci și aponevroze implicate în proces. S-a format un defect 20x25 cm. La bolnavă era un perete abdominal flax, extins. Măsurând preventiv în care măsură poate fi întins peretele abdominal anterior, care după înlăturarea tumorii, a segmentelor musculare și aponevrotice era format din piele, țesut adipos subcutan și parțial din din aponevroze s-a efectuat plastia defectului după metoda descrisă. Perioada postoperatorie a decurs fără complicații. La examenul histologic Nr.45279-82/07 – Fibrom. Bolnava a fost externată în stare satisfăcătoare la domiciliu peste 16 zile după operație.

Au trecut 9 ani și 2 luni după operație. În prezent semne de recidivă a tumorii, relaxare a peretelui abdominal sau hernii ventrale nu se determină.

Această metodă de plastie a peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică poate

fi aplicată cu succes atât în tratamentul chirurgical al tumorilor țesuturilor moi, cât și în herniile mari ventrale, mai ales la pacienții cu perete abdominal flax. Aplicând anume trei lambouri pluristratificate din însuși peretele abdominal este posibilă o fixare mai sigură a peretelui abdominal anterior, ceea ce protejază pacienții de intervenții chirurgicale repetate.

Metoda de plastie a defectelor mari ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică a fost brevetată la Agenția de Stat pentru Protecția Proprietății Industriale, Brevet de Invenție nr.1631 din 2001.03.31.

Bibliografie:

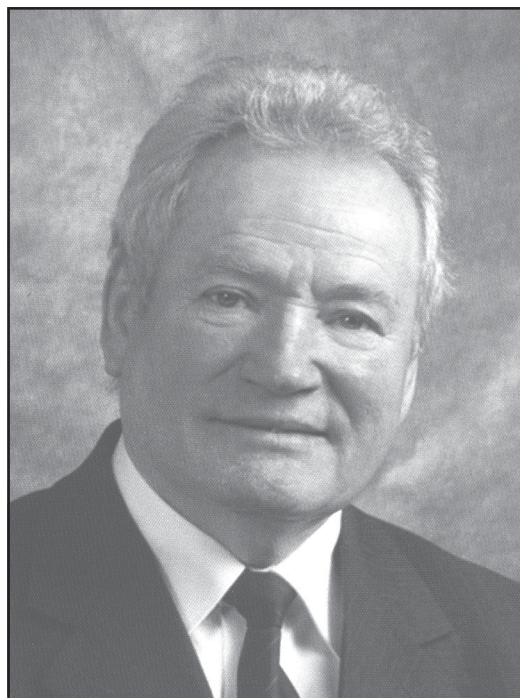
1. Е. Н. Любых. Способ ушивания срединных операционных ран брюшной стенки в гипогастрии. – авторское свидетельство RU 2021763 C1.
2. О. Г. Бабаев и др. Способ лечения срединных вентральных грыж. – авторское свидетельство SU 1657157 A1.
3. Țurcan A., Butucel D. Metodă de plastie a defectelor mari ale peretelui abdominal anterior în regiunea hipogastrică. Brevet de Invenție MD1631 G2.



**Domnului ministru al
Sănătății, academician,
Profesor universitar,
Savant Emerit**

Gheorghe GHIDIRIM

**cu ocazia jubileului
de 70 de ani**



Născut pe 22 aprilie 1939 în a primăverii jumătate,
Când pământurile arabile ale Basarabiei erau toate însămânțate!
Atunci „Barza albă” în familia Ghidirim din Palanca istorică a adus un puișor
Cu numele de Ghițișor !

Frageda copilărie i-a trecut prin vremuri grele,
Ani de război, secetă, foamete, deportări și alte rele !
Mămica, la vârsta lui Gicu de 4 ani, a decedat !
Rămânând sub ocrotirea lui tăticu și a fraților mai mari, care l-au educat !

Cu toate acestea, la suferințele nefaste Gicu a rezistat
Și din ele, cu ajutorul Domnului, a scăpat !
În 1946 -1953 șapte clase în satul natal cu mențiune a finisat,
Gândindu-se mai departe actele la școala de 10 clase din satul Tudora de înaintat,

Deoarece avea spre matematică o mai mare înclinație,
Visa să devină ofițer de aviație !
Însă cumnatul lui, fiind profesor de limbă română, l-a îndrumat,
Mai bine actele la Colegiul de Medicină din Tighina de prezentat,

Pentru a obține mai rapid o specialitate,
Care-i va favoriza întreținerea lui de mai departe
Și a ajuta familia lor numeroasă, pe cât se poate,
Având în scop și o ieșire mai ușoară din situațiile grele pe acele timpuri create !

Gicu sfatul cumnătelului drag l-a ascultat
Și actele la Colegiul de Medicină nominalizat în 1953 le-a înaintat,
Pe care în 1956 cu mențiune l-a terminat
Și în ambulatoriul din satul Tudora în calitate de felcer a activat !

Peste un an, având prioritate, actele la ISM din Chișinău, Facultatea de Pediatrie le-a înaintat,
Unde concursul cu brio l-a luat
Și la facultatea nominalizată energic medicina a studiat,
Fiind totodată și un activist pe tărâm obștesc înflăcărat.

După ce ISM în 1963 cu mențiune a finisat,
Domnul doctor Gh.Ghidirim în calitate de asistent la Catedra Anatomie
Topografică și Chirurgie operatorie a fost angajat,

Unde disciplina respectivă a studiat și a predat,
Aprofundându-și cunoștințele în tehnologia de operat !

În anii de studenție pe Gică și eu l-am cunoscut, l-am admirat,
Cum dumnealui era foarte ager, iute și îndrăzneț, când pe „totame” energic se lupta
Și deseori biruința de partea lui era !

Dumnealui, fiind student, Campion la spartachiada URSS din 1960 la „trântă liberă” a devenit,
Iar ulterior titlul de Campion al RM de multiple ori a cucerit !

Apoi când trânta liberă a abandonat,
De badminton în scop de antrenament s-a apucat
Pentru ca fizicul mereu să fie păstrat
De a nu pierde capacitatea de operat !

De menționat, că Gicu încă din anii de studenție gândurile spre chirurgie le-a concentrat,
Iar din anul 3 de studii, până la finisare, în cercul de chirurgie a activat !

Nu în zadar Ilustrul Chirurg, Profesorul N.Anestiadi ulterior l-a selectat
Pentru doctoratură la catedra sa, chirurgia mai aprofundat de studiat !

Ulterior faptele au confirmat, că domnul Profesor N.Anestiadi nu s-a înșelat,
Deoarece d-nul doctor Gh.Ghidirim după ce un an la catedra de Anatomie Topografică a activat,
Actele în doctoratură la catedra Chirurgie le-a înaintat,
Unde în anii 1964-1966 detaliat a studiat
„Modificările tensiunii venoase și altor indici hemodinamici în afecțiunile chirurgicale
ale pulmonului”, care în 1969 s-a finisat

Cu strălucitoarea susținere a tezei de doctorat !

În timpul studiilor în doctoratură pe d-nul Gh.Ghidirim l-am cunoscut mai detaliat,
Deoarece și eu aproape în aceiași ani în doctoratură la catedra Boli infecțioase am studiat.
Ne întâlneam la diferite adunări, întreceri sportive, sărbători și alte sindrofii
De nu mai este posibil pe toate în memorie să le mai ții !

Ba mai mult, împreună cu soții Ghidirim am fost nănași la a finilor cununie,
Unde am aflat, că d-nul Gh.Ghidirim mai este și un bun om de veselie !

Dumnealui după doctoratură în anii 1966-1969 a activat asistent la catedra Chirurgie,
Apoi în anii 1969-1978 - conferențiar la catedra Chirurgie a facultății de Pediatrie,
Iar din 1978-1979 – șef catedră pentru subordinatorii de Chirurgie
Și în 1979-1992 – șef catedră Chirurgie Generală și Stomatologie.

Din 1992 și până în prezent cu catedra Chirurgie nr.1 „Nicolae Anestiadi” dirijează
Și probleme majore în domeniul chirurgiei în masștab republican și internațional soluționează!

În 1983 cu succes la Moscova a susținut teza de doctor habilitat,
După care rapid gradul științific de doctor habilitat i s-a confirmat,

Ulterior în 1986 și titlul științific de profesor universitar i s-a acordat !

Fiind ministrul Sănătății în anii 1990-1994 numeroase probleme medicale a rezolvat,
Printre care cu participarea nemijlocită a Domniei Sale secția medicală a AȘ din RM a fondat !
În legătură cu ce, ca semn de recunoștință și meritele Sale în 1993 titlul de academician
al AȘ din RM i s-a acordat

Și la postul de Președinte al Secției medicale nou-formate al AȘ RM a fost nominalizat.

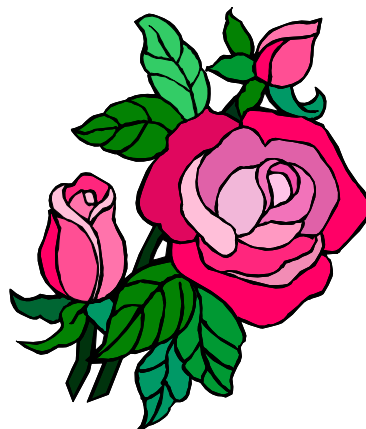
Domnia Sa școala de pancreatologie chirurgicală a fondat

Și undă verde aplicării chirurgiei laparoscopice în practica medicală din republică a dat !

De asemenea, d-nul academician o ramură nouă a chirurgiei, așa numita chirurgie bariatrică în RM a inaugurat,
Care v-a favoriza o posibilitate mai eficientă persoanelor obeze de tratat!

Împreună cu colaboratorii catedrei minuțios au studiat,
Cum cea mai gravă complicație în boala ulceroasă chirurgical mai eficient de tratat !
Fiind ministru al Sănătății din RM și al URSS deputat,
Domnul academician Gh.Ghidirim considerabil a contribuit
La reducerea mortalității multor maladii, inclusiv și a celor abdominale, ce s-au răspândit !
Ierarhic a avansat de la doctorand, asistent, doctor în medicină, conferențiar
Până la doctor habilitat, șef catedră Chirurgie, profesor universitar,
Academician, Președinte al Ligii Medicilor, Președinte al Asociației de Chirurgie,
Președinte al Comisiei de Atestare a specialiștilor în Chirurgie,
Președinte al Consiliului Științific pentru susținerea tezelor în Chirurgie!
Mai devenind Membru al Societății
Mondiale chirurgicale în hepato-pancreatologie
Și Membru al Societății Mondiale de Chirurgie !
A publicat 450 lucrări științifico-didactice,
Inclusiv 2 manuale, 4 monografii, multiple articole, invenții și recomandări metodice.
Cu 14 teze de doctorat și 9 – de doctor habilitat a dirijat
Și încă cu 22 teze pentru susținerea gradului științific mai are de dirijat !
Pentru eforturile depuse și meritele sale
A fost menționat cu multiple diplome, insigne și medalie.
Cu „Gloria Muncii” și „Ordinul Republicii” a fost decorat.
Și în calitate de Membru de Onoare al Societății Române Chirurgicale de Laparoscopie a fost înregistrat!
În 1994 Membru de Onoare al AȘM Române a devenit,
Iar în 1995 – titlu onorific de Savant Emerit al RM i-a fost conferit !
Parcă ai făcut foarte multe de toate,
Îți mai trebuie și-o trainică sănătate!
Fiindcă știi bine, n-ai să pui
Bisturiul tău în cui !
Să-ți dea Domnul o trainică sănătate,
Discipoli deștepți, c-o vastă carte !
La mulți,mulți ani, dragă bădie,
Fii mereu cel mai strălucitor Luceafăr în chirurgie !

22.04.2009



*Cu profund respect, prietenul și colegul de activitate,
Constantin Andriuță, profesor universitar la catedra
Boli Infecțioase, Tropicale și Parazitologie medicală
a USMF „Nicolae Testemițanu”, Savant Emerit*

CERINȚELE DE PREZENTARE A LUCRĂRILOR PENTRU TIPAR

Format A4, Times New Roman 14, Word 2000, două intervale, cîmpul de 2,5cm.

1. FOAIA DE TITLU este necesar să includă prenumele, numele, gradul științific al autorului, instituția ce prezintă lucrarea, adresa, numărul de telefon și adresa electronică.

2. ARTICOLELE ȘTIINȚIFICE (în volum de pînă la 15 pagini) vor fi structurate în funcție de schema standard: introducere, materiale și metode, rezultatele studiului, discuții, concluzii și recomandări. Publicațiile de reviu și cele farmaceutice nu vor depăși ca volum 20 de pagini și 50 de referințe.

3. REFERATELE (în volum de pînă la 200 cuvinte) se prezintă în limba originalului și, de asemenea, în engleză, și trebuie să includă 3-6 cuvinte-cheie, la final.

4. TABELELE se prezintă pe foi separate, la două intervale, numerotate prin cifre romane, legenda fiind plasată la baza tabelului.

5. DESENELE. Pe verso pozei se indică numărul de ordine, denumirea articolului și numele autorului. Legendele desenelor se prezintă pe foi separate în conformitate cu numărul pozelor.

6. BIBLIOGRAFIA se prezintă pe foi separate, în ordinea referințelor din text, la două intervale.

- Lucrările propuse pentru tipar se prezintă în trei exemplare.

- Pe dischetă anexată se indică datele despre autor, denumirea articolului și a fișierelor.

- Materialele prezentate spre publicare urmează să fie însoțite de o scrisoare de motivare a autorului responsabil, care vine să confirme acordul tuturor semnătarilor asupra conținutului și a caracterului inovator al publicației.

- Publicațiile vor fi prezentate pe numele redactorului șef, prof. Ion Mereuță.

ADRESA: MD 2025, Chișinău, str. Testemițanu, 30, Institutul Oncologic din Moldova,

Clinica oncologie-microchirurgie, et.3

prof. Ion Mereuță, fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md.

ТРЕБОВАНИЯ ДЛЯ ПОДАЧИ РУКОПИСЕЙ

Формат А4, Times New Roman 14, Word 2000, 2 интервала, поля по 2,5 см.

1. ТИТУЛЬНЫЙ ЛИСТ должен включать фамилию, имя, степени и звания автора, название учреждения, из которого работа выходит, адрес, номер телефона и электронный адрес.

2. НАУЧНЫЕ СТАТЬИ (до 15 страниц) должны включать: введение, материалы и методы, результаты, обсуждения, выводы и рекомендации. Обзорные и фармакологические статьи не превысят 20 страниц и 50 источников.

3. РЕФЕРАТЫ (до 150-200 слов) представляются на языке оригинала и на английском языке. В конце рефератов приводят ключевые слова, от 3 до 6.

4. ТАБЛИЦЫ подаются на отдельных листах, через 2 интервала, обозначены римскими цифрами, с пояснениями снизу.

5. РИСУНКИ. На оборотной стороне фотографии указывается порядковый номер, название статьи, фамилию автора. Пояснения к фотографиям приводятся на отдельных листах, в соответствии с номером.

6. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ приводят на отдельных листах, в соответствии с ссылками в тексте.

- Рукописи приводятся в трех экземплярах.

- На представленной дискете указывается имя автора, название статьи и файлов.

- Рукописи подаются с сопровождающим письмом от имени ответственного автора, которое содержит подтверждение о согласии всех авторов с содержанием и о первичном опубликовании материала.

- Рукописи подаются на имя главного редактора, профессора И. Мереуцэ.

АДРЕС: MD 2025, Кишинев, ул. Тестемитану, 30, Онкологический Институт Республики Молдова,

Клиника онкологии и микрохирургии, эт.3

профессор Ион Мереуцэ, fax: 73.33.27, e-mail: lax@mail.md.

PAPER PRESENTATION REQUIREMENTS

Printing standards: A4, printing-type 14 Times New Roman, Word 2000, double line spacing, 2,5cm margins.

1. THE COVER PAGE should include the author's name and scientific degrees, name of the institution presenting the paper, address, telephone number and E-mail.

2. THE SCIENTIFIC ARTICLES (up to 15 pages) should be structured according to the standard scheme: - introduction, materials and methods, results of the survey, discussions, conclusions and recommendations. Review papers and pharmacy articles should not exceed 20 pages and 50 references.

3. EXECUTIVE SUMMARY (up to 200 words) should be in the original language and English and should include 3 to 6 key words in the end.

4. TABLES should be presented on separate sheets with double line spacing and Roman numerals numbering; the legend should be placed at the foot of the table.

5. FIGURES. The back of each photograph should have a label showing the number, the title of the article and the author's name.

Figure legends should be presented on separate sheets in accordance with the number of figures.

6. REFERENCES are listed on separate pages, as they appear in the text, with double line spacing.

- Three copies of the papers proposed for publication should be submitted;

- The floppy disk attached should contain data about the author, title of the article and files;

- Materials proposed for publication should be accompanied by the author's letter of intent confirming the approval of the signatories on the content and the innovative character of the publication.

- Manuscripts should be sent to Professor Ion Mereuta:

ADDRESS: Moldovan Oncology Institute, Oncology-Microsurgery Clinics,

30 Testemitanu Street, Chisinau, MD 2025

email: lax@mail.md.

Articolele vor fi publicate numai după recenziile specialiștilor de notorietate