

la nivel republican – circa 27,32%. Diagnosticul de cancer pulmonar periferic se stabilește tardiv: în stadiile III-IV ale maladiei – 77,41%, respectiv în stadiile I-II – doar 22,59%.

Totodată, se atestă o incidență mai mare a patologiei la bărbați – circa 78,07% – comparativ cu 21,93% la femei, cu un raport B/F de 2-6/1, care tinde să scadă în ultimii ani. Incidența patologiei crește semnificativ după vârsta de 50 de ani (29,15%), vârful fiind caracteristic vârstei cuprinse între 60 și 69 ani (33,905%). Totuși, sunt și cazuri unice de depistare a cancerului pulmonar periferic până la vârsta de 39 de ani. Astfel, în anul 2008, la Ceadâr-Lunga maladia a fost depistată la un tânăr de doar 22 de ani și în același an la Drochia a fost stabilit diagnosticul la un tânăr de 26 de ani.

Un alt fenomen constatat este numărul mai mare al cazurilor depistate la nivel municipal decât la nivel republican. Acest fenomen poate fi explicat prin procesul de industrializare urbană intensă, dar și prin faptul că numărul populației investigate profilactic este mai mic în mediul rural.

La radiografia-standard s-au evidențiat aspecte radiologice extrem de variate, putându-se constata, în raport cu stadiul evolutiv al tumorii, diverse caracteristici: voal imprecis delimitat, opacitate segmentară, opacitate pseudoscizurala, opacitate macronodulară, asociată cu atelectazie, imagini cavitate, imagini hidroaerice etc. Tomografia computerizată este extrem de utilă pentru caracterizarea formațiunilor tumorale, stabilirea extensiei tumorale, evidențierea adenopatiilor și metastazelor (hepatice, suprarenale).

Concluzii. Radiografia-standard, microradiografia sunt metode de screening, însă din cauza procentului scăzut de populație investigată în ultimii ani (aproximativ 52-57%), rata de depistare incipientă a cancerului pulmonar periferic este scăzută. Totodată, TC este o metodă de diagnostic performantă, care precizează relațiile tumorii cu bronhiile, vasele, peretele toracic și alte structuri ale mediastinului.

Eficiențizarea continuă a diagnosticului imagistic în cancerul pulmonar periferic prin creșterea numărului populației investigate profilactic va contribui la ameliorarea nivelului de depistare timpurie a patologiei, pentru că tratamentul aplicat la aceste etape este mult mai efektiv și, cu siguranță, va duce la scăderea ratei morbidității și mortalității în cazurile de cancer pulmonar periferic.

TABLOUL RADIOLOGIC ÎN SINDROMUL TROMBOEMBOLIC PULMONAR

*Elena CEPOIDA, Ana VRABII, Aliona TORNEA,
Mariana COJOCARI,
IMSP Spitalul Clinic Republican,
USMF Nicolae Testemițanu*

Introducere. Sindromul tromboembolic pulmonar (STEP) reprezintă o patologie potențial letală, cu prevalența cazurilor severe – circa 0,5-1,0 cazuri la 1.000 locuitori pe an. Diagnosticul timpuriu corect permite administrarea timpurie a tratamentului trombolitic, ceea ce majorează semnificativ supraviețuirea pacienților și previne dezvoltarea hipertensiunii pulmonare arteriale posttromboembolice și a cordului pulmonar cronic.

Scop: determinarea comparativă a manifestărilor radiologice ale STEP letal și la pacienții-supraviețuitori.

Material și metode. Studiul retrospectiv a inclus 52 de cazuri de STEP confirmat morfopatologic și 24 de cazuri de STEP confirmat clinico-radiologic și *ex juvantibus*. Grupele de pacienți au fost omogene ca vârstă și sex, din punct de vedere etiologic și clinic, ceea ce a permis o comparație directă a rezultatelor examenului radiologic din ambele loturi.

Rezultate. Manifestările radiologice ale STEP includ, la etapa timpurie, dilatarea compartimentelor cordului, bombarea arterei pulmonare, apariția semnelor Goodwin (hilul pulmonar abrupt), Westermark (abolirea circulației pulmonare) și Zwiessel (ascensionarea hemidiafragmului ipsilateral). În continuare se asociază atelectazii discoidale, staza venoasă centrală, efuziuni pleurale bazale și opacifieri pulmonare. Forma acută a STEP letal a fost determinată la 3 (5,8%) (pacienții au decedat timp de câteva ore după un eveniment nefast). Încă 15 pacienți au decedat timp de o zi după debutul STEP. Astfel, din analiza modificărilor fazei a doua vor fi excluși acești 18 bolnavi și ponderea simptoamelor va fi raportată la 34 de pacienți. Incidența totală a semnelor Goodwin în grupul celor cu STEP letal a fost 33/52 (63,5%) [100% (decedați în primele ore) – 87% (decedați în prima zi) – 38,2% (decedați în continuare)] versus 7/24 (29,2%) (pacienții-supraviețuitori) ($p < 0,05$); incidența semnelor Westermark a fost 30/52 (57,7%) (100% – 80% – 35,3%) versus 6/24 (25%) (pacienții-supraviețuitori) ($p < 0,05$); ponderea semnelor Zwiessel a fost 27/52 (51,9%) (100% – 73,3% – 32,4%) versus 4/24 (16,7%) (pacienții-supraviețuitori) ($p < 0,01$) și rata atestării radiologice a supra-solicitării a compartimentelor drepte ale cordului a fost în studiu 31/52 (59,6%) (100% – 80% – 35,3%)

versus 6/24 (25%) (pacienții-supraviețuitori) ($p < 0,05$). Rata semnelor radiologice, care se dezvoltă la distanță, a fost următoarea: atelectaziile pulmonare discoidale – 28/49 (57,1%) [67% (decedați în prima zi) – 52,9% (decedați în continuare)] versus 14/24 (58,3%) (pacienții-supraviețuitori) ($p > 0,05$); staza venoasă centrală – 25/49 (51,0%) [60% (decedați în prima zi) – 47,1% (decedați în continuare)] versus 11/24 (45,8%) (pacienții-supraviețuitori) ($p > 0,05$) și apariția efuziunii pleurale reactive a fost înregistrată la 26/49 (53,1%) bolnavi [73,3% (decedați în prima zi) – 44,1% (decedați în continuare)] versus 12/24 (50,0%) (pacienții-supraviețuitori) ($p > 0,05$).

Caracteristica opacităților pulmonare, care s-au dezvoltat la circa două treimi din pacienți în ambele grupuri, a fost practic similară [26/34 – 76,4% din cei decedați la distanță mai mult de o zi după evenimentul tromboembolic versus 16/24 (66,7%) ($p > 0,05$)], cele mai frecvente fiind formațiunile nodulare polimorfe mici, formațiuni ovalare mari, opacifieri conform lobului embolizat și opacifieri „clasică” triunghiulară. Pentru evoluția nefavorabilă au fost caracteristice apariția opacifierelor noi și / sau majorarea celor existente la ziua a treia după STEP. Aproximativ la o pătrime (6/26 – 23,1%) din cei decedați s-au dezvoltat diferite forme de supurație pulmonară, pe când în grupul pacienților-supraviețuitori astfel de complicații nu au fost depistate.

Concluzii. Prezența unor astfel de simptome ca semnele Goodwin, Westermarck și/sau Zwielfel la pacienții cu STEP suspectat este asociată cu un risc letal sporit. Manifestările radiologice la etapa timpurie a STEP au fost mai evidente în grupul pacienților cu embolism pulmonar letal, în comparație cu supraviețuitorii (faza acută). În același timp, manifestările radiologice ale STEP la etapa a doua au fost practic similare în ambele grupuri (faza subacută), cu excepția ratei puțin sporite a complicațiilor purulente la cei decedați.

DIAGNOSTICUL IMAGISTIC AL MEZOTELIOMULUI PLEURAL

Igor GAVRILAȘENCO¹, Maria JELEZNAIA-BONDAREVA², Anna SIMION²

¹IMSP Institutul Oncologic,

²USMF Nicolae Testemițanu

Scopul lucrării: stabilirea cauzelor de diagnosticare tardivă a mezoteliomului pleural și argumentarea eficacității metodelor de diagnostic imagistic.

Material și metode. În calitate de material pentru selectare au servit cazurile de neoplazii primar

depistate la IMSP Institutul Oncologic (IMSP IO) în anii 2010 (7852 de cazuri) și 2011 (8080 de cazuri). Au fost selectate cazurile de mezoteliom malign – 17 cazuri: 10 au fost examinate în anul 2010 și 7 – în 2011. Toți pacienții au fost examinați radiologic complex: au fost efectuate radiografia-standard și tomografia computerizată (TC). În toate cazurile diagnosticul a fost confirmat histologic prin puncție și biopsie.

Rezultate. Mezoteliomul malign este o maladie rar întâlnită: după datele statistice ale IMSP IO, pe parcursul anilor 2010 și 2011, neoplaziile cutiei toracice au fost diagnosticate primar în 1744 de cazuri, raportul mezoteliomului cu acestea constituind circa 1:100.

Morbiditatea a constituit circa 0,3 la 100.000 de populație. Majoritatea cazurilor a fost depistată după 60 de ani (40%), iar 30% de pacienți au avut vârsta între 40 și 59 de ani. Până la 39 de ani numărul îmbolnăvirilor este la fel considerabil, constituind circa o treime din totalitatea cazurilor (30%). În cazuri excepționale maladia se depistează la persoane cu vârsta sub 30 de ani (2 pacienți pe parcursul perioadei de studiu).

Raportul după sexul bolnavilor este circa 2:1, cu prevalența bărbaților. Pe parcursul perioadei de studiu, patologia dată a fost diagnosticată la etapa practic incurabilă la 71% de pacienți: în 59% de cazuri a fost depistat stadiul IV, iar în 12% – stadiul III. La 1 bolnav (5%) a fost stabilit stadiul II. În 24% de cazuri stadiul procesului a rămas nestabil, prezentând dificultăți de diagnostic al patologiei în cauză, precum și din cauza adresării tardive a pacienților, legate de manifestarea scundă a maladii, cu clinica nespecifică. S-a constatat mortalitatea înaltă: 57% de decese survin pe parcursul primului an după diagnosticare.

La radiografia-standard s-a constatat: îngroșarea pleurei parietale, pleurezie, micșorarea volumului hemitoracelui, deplasarea mediastinului, afectarea secundară a coastelor și lărgirea spațiilor intercostale. La TC s-a constatat: prezența pleureziei; îngroșarea pleurei parietale (uniformă sau lobulară); îngroșarea fisurilor interlobare; masele tumorale ce comprimă pulmonul respectiv; deplasarea mediastinului.

Concluzii

1. Mezoteliomul pleural reprezintă o patologie relativ rară, greu de diagnosticat, confundată cu diferite patologii ale cutiei toracice, coloanei vertebrale, coastelor, inimii, sistemului gastrointestinal etc.
2. Radiografia cutiei toracice se consideră metoda de screening, însă orientativă, care indică prezența pleuromului, dar cu specificitate mică.
3. Tomografia computerizată este metoda de diagnosticare și stabilire a stadiului procesului.