

Eva Gudumac, Irina Livșiț
PATOLOGIA CHIRURGICALĂ A MEDIASTINULUI LA COPIL
Catedra Chirurgie, Ortopedie și Anesteziology pediatrică (director – Acad. Eva Gudumac)
IMSP Institutul Mamei și Copilului (director – dr. med., conf. Ș. Gațcan)

SUMMARY

SURGICAL DISORDERS OF THE MEDIASTINUM IN CHILDREN

Key words: *surgery, mediastinum, children*

Background. *Surgical disorders of the mediastinum are difficult to diagnose and manage in children.*

The aim of our study was to demonstrate peculiarities and the diversity of clinical manifestations and surgical treatment for tumors of the mediastinum in children, according to the anatomical location.

Over the last 25 years, the frequency of malignant tumors of the mediastinum in children has increased from 7% to 47% (most of them begin neurogenic tumors). Malignant tumors are found in 60-75% of cases of all tumors. The frequency of malignant tumors of the mediastinum is 20-57%, and the detection rate of primary mediastinal tumors is 0.38%.

Materials and methods. *This article presents same data from our clinic, which clearly demonstrate the clinical manifestations, diagnosis and surgical treatment of children with tumors of the mediastinum.*

Results. *We came to the conclusion that the presentation of these clinical observations illustrates clearly the complexity of the diagnosis and treatment of tumors mediastinal, and also shows how sometimes, they have may atypical manifestations.*

Conclusions:

1. *Recently, due to the wide spread of the ultrasonographic method and computed tomography, the frequency of detection of mediastinal tumors increased.*

2. *In some patients the tumors are asymptomatic for a long time and present a random finding during examination for other diseases or during a routine health checkup management.*

3. *Localization of the tumor and the risk of malignancy requires surgical.*

4. *When choosing a treatment strategy must be taken into account certain criteria such as localization of the tumor (left or right), the process extent, the age, general condition of the child, and no doubt, skills of the surgeon.*

РЕЗЮМЕ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СРЕДОСТЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Актуальность темы. *Хирургические заболевания средостения трудны для ранней диагностики и лечения.*

За последние 25 лет частота злокачественных опухолей средостения у детей увеличилась с 7% до 47% (преобладают нейрогенные опухоли). Злокачественные новообразования встречаются в 60-75% случаев от всех опухолей. Частота малигнизации опухолей средостения составляет 20-57%, а частота выявления первичных опухолей средостения – 0,38%.

Целью нашего исследования является демонстрация особенностей и разнообразия клинических проявлений и хирургической тактики при опухолях средостения у детей в зависимости от анатомической локализации.

Материал и методы. *В данной статье представлены несколько случаев из практики нашей клиники, которые наглядно демонстрируют клинические проявления, методы диагностики и хирургического лечения детей с опухолями средостения.*

Результаты. *Мы пришли к выводу, что представление этих клинических наблюдений хорошо иллюстрирует сложность диагностики и лечения опухолей средостения, а также показывает, атипичность проявлений опухолей средостения.*

Выводы:

1. *В последнее время, благодаря широкому распространению ультразвукового исследования и компьютерной томографии, частота выявления опухолей средостения увеличилась.*

2. *У некоторых пациентов опухоли длительное время протекают бессимптомно и являются случайной на-*

ходкой во время обследования по поводу другого заболевания или во время профилактического осмотра.

3. Локализация опухоли и высокий риск озлокачествления обязывают прибегать к хирургическому вмешательству.

4. При выборе тактики лечения учитываются такие критерии, как локализация (слева или справа), распространенность процесса, возраст и общее состояние ребёнка, и без сомнения, профессиональные навыки хирурга.

Actualitatea temei. Patologia chirurgicală a mediastinului este frecvent întâlnită la copii. Tabloul clinic variabil și uneori nespecific al afecțiunilor mediastinului situate fie în mediastinul anterior, mijlociu, inferior sau posterior îi conferă la unii pacienți dificultăți de diagnostic și de tratament chirurgical.

Scopul studiului nostru este determinarea frecvenței și originii formațiunilor tumorale în aria noastră geografică, stabilirea comportamentului lor clinic, analiza comparativă a caracteristicilor anatomo-clinice și a tehnicilor chirurgicale la copiii cu afecțiuni tumorale ale mediastinului.

Obiective: Formațiunile tumorale ale mediastinului și chirurgia modernă presupun nu numai scăderea ratei de recidivă, ci și o recuperare rapidă, durere post-operatorie minimă, scăderea costurilor acestor tehnici chirurgicale, reducerea invalidității și a deceselor. Caracteristicile epidemiologice legate de incidența globală, vârstă, tehnicile chirurgicale folosite în Republica Moldova se suprapun cu datele din literatura de specialitate. Chisturile și tumorile mediastinului reprezintă 3-7% din totalitatea formațiunilor tumorale ale copilului.

În ultimii 25 ani greutatea specifică a proceselor maligne mediastinale la copii a crescut de la 7% până 47%; predomină tumorile maligne neurogene. Neoplasmele maligne constituie 60-75% din formațiunile tumorale. Frecvența malignizării tumorilor mediastinale este de 20-57%, iar morbiditatea prin tumorile primare ale mediastinului constituie 0,38%. 1/3 din tumorile mediastinale sunt diagnosticate la vârsta copilului sub 2 ani. Menționăm că copiii cu vârsta sub 2 ani cu tumori maligne mediastinale au un prognostic de supraviețuire cu mult mai favorabil decât cei cu vârsta peste 2 ani. Cauzele erorilor în diagnosticul formațiunilor tumorale mediastinale pot fi: în mediastin sunt localizate tumori și chisturi care diferă după histogeneza și patomorfologie, toate formațiunile patologice mediastinale prezintă semne clinice și radiologice identice, precum și particularitățile anatomotopografice ale mediastinului, etc

Astfel, evoluția clinică este în strânsă legătură cu: localizarea, mărimea și consistența formațiunii tumorale, caracterul și ritmul tumorii, gradul dereglărilor funcției organelor invecinate ca rezultat la compresiune sau iritație organică, cu evoluția maladiei, caracterul complicațiilor asociate, vârsta copilului, reacția organismului în creștere la prezența tumorii, etc.

Fazele clinice ale procesului mediastinal sunt: cea latentă clinic (luni, câțiva ani), de manifestare clinică și faza complicațiilor.

Simptomele generale sunt slabiciunea generală, oboseala, scăderea ponderală, febra, iar simptomele care sunt legate de compresiunea traheobronșică - dispneea în funcție de volumul tumorii, cianoză, tuse de iritație, seacă, crize de asfizie, atelectazia diferitelor teritorii ale plămânilor sau plămânului, sindromul de venă cavă superioară (staza, turgescența venelor jugulare, edemul feței, gâtului, umerilor și al regiunii anterosuperioară a toracelui, hemoptizia se asociază destul de rar și apare în cazul invaziei tumorale a bronhiei, a congestiei de vecinătate, sau a vaselor sangvine magistrale)

Explorările paraclinice de bază sunt radiografia toracică (standard, cu contrast gazos (pneumomediastinul, pneumotoraxul, pneumoperitoneul) sau cu substanțe de contrast opace (esofagografia baritată, radiografia baritată a stomacului, trahiobronhografia, angiografia, limfografia)); ecografia toracică transcutanată (TCE) sau transbronșică (TEE); tomografia computerizată toracică, rezonanța magneticonucleară toracică, scintigrafia organelor mediastinale, explorări endoscopice (traheobronhoscopia, laringoscopia, esofagoscopia, toracoscopia); examen biopsic (prelevarea de țesuturi); examene citobacteriologice și biochimice, markeri tumorali (serologici: α -fetoproteina, catecolaminele, tireoglobulina serică, fosfataza alcalină placentară, feritina, hormonul paratiroidian; teste histologice (imunohistochemici); urinare (catecolaminele, acidul homovacilic, vanilimandelic); genetice (citogenetice); microscopia electronică, în special, în tumorile nediferențiate (sarcomul, limfomul, carcino-mul, melanomul)).

Material și metode: Prezentăm un studiu observațional centrat pe câteva cazuri clinice care demonstrează clinica, diagnosticul, strategia chirurgicală, strategia anestezică aplicate copiilor suferinzi de chisturi și tumori mediastinale.

Caz clinic № 1. Pacientul L. în vârstă de 3 ani, din spusele mamei, este bolnav de 9 zile, când au apărut febra până la 39 °C, tusea. Copilul a fost tratat ambulatoriu, dar în dinamica starea generală s-a agravat: s-a asociat dispneea pronunțată și părinții s-au adresat la spitalul raional, unde a fost efectuată radiografia toracică și cu suspiecție la tumoră mediastinală a fost transferat la Centrul Național Științifico- Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”.

Datele de laborator la internare: Grupa de sânge 0(I), Rh pozitiv; hemoglobină – 120 g/l; eritrocite – 3,8; Ht – 0,36; leucocite – 9,1; nesegmentate – 7; segmentate – 49; eozinofile – 0; limfocite – 41; monocite – 3; VSH – 13, trombocite -220, timpul coagulării 4²⁵;

proteina totală – 58 g/l; ureea –2,5; bilirubină –6-0-6; K -4,51; Na -137; Ca -2,09; ALT -18; AST – 45, protrombina –85%, fibrinogenul - 3,55 .

Radiografia cutiei toracice a evidențiat o formațiune tumorală pe matitatea cordului, localizată retrosternal spre stânga, organele mediastinale nu sunt deplasate, câmpurile pulmonare sunt transparente. (Fig.1)

Tomografia computerizată a indicat o formațiune de volum în mediastin localizată paravertebral pe stânga la nivelul Th_{4,9}; intramedular ce nu se extinde. Formațiunea tumorală are forma ovală, cu dimensiunile 71,8x37,2x29,2 mm., cu contur net, conține calcificate. Ariile pulmonare sunt libere, desenul pulmonar fără patologice, arborele bronșic și traheea sunt permeabile. Hemidiafragmul cu aspect obișnuit. Sinusurile libere. (Fig.2)

După o pregătire preoperatorie și evaluarea constantelor biologice s-a practicat toracotomia latero-posterioară pe stânga prin spațiul intercostal VI. La revizia hemitoracelui stâng a fost depistată o formațiune tumorală localizată paravertebral, de formă ovală, cu dimensiunile 6x7 cm, dură, imobilă, aderată la organele adiacente.

(Fig.3) A fost prezent lichid liber în cavitatea pleurală, iar pleura mediastinală și viscerală prezenta component de inflamație. S-a efectuat înlăturarea totală a tumorii, hemostază prin aplicarea firelor de suturi unice, electrocoagularea și aplicarea buretei hemostatice. Microtoracotomie cu aplicarea drenului intercostal și cu conectarea la sistemul Bülau.

Examenul histologic a pus în evidență diagnosticul de ganglioneurom mediastinal.

După intervenție copilul a urmat tratament medical și la a 10-a zi postoperatoriu cu cicatrizarea primară a plăgii a fost externat la domiciliu.

Caz clinic № 2. Copil bolnav de 16 zile. Patologia a debutat cu febră 38°C. A fost evaluat ambulatoriu 5 zile, iar mai apoi internat în spitalul raional cu acuze la febră 38,5°C, tuse uscată, seacă, dispnee, somnolență. Tratamentul efectuat în staționar timp de 10 zile - fără dinamică pozitivă. Pacientul a fost transferat în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”

Datele de laborator la internare: Grupa de sânge A(II), Rh pozitiv; hemoglobină – 128 g/l; eritrocite – 4,1; Ht-0,39; leucocite – 5,0; nesegmentate – 5; segmentate – 67; eozinofile – 1; limfocite – 23; monocite – 4; VSH – 6; proteina totală – 74,2 g/l; ureea – 4,2; bilirubină –8,4-0-8,4; K – 5,28; Na -135; Ca -2,04; glucoza – 5,1; ALT -0,64; AST – 0,56, protrombina –89%, fibrinogenul – 5,11 mg/l .

Radiografia toracică a indicat la o formațiune tumorală rotundă în proiecția timusului și lobului inferior al plămânului stâng, care deplasează traheea spre dreapta. (Fig.4)

Scintigrafia pulmonară a pus în evidență micșorarea în dimensiuni a plămânului stâng, cu dereglări de circulație sangvină. (Fig.5)

Tomografia toracică a depistat la o formațiune tumorală masivă, localizată în mediastinul anterior pe stânga cu extindere cervicală, cu dimensiunile de 5,8x5,6x5,6 cm, contur clar. TC în regimul angiografic a indicat deplasarea traheei și a pedunculului vascular spre dreapta, deplasarea v. subclavia pe stânga, deplasarea și comprimarea anterioară a plămânului stâng, ariile pulmonare erau transparente, desenul pulmonar îmbogățit, în masa tumorală se determinau arterele subclavia și vertebrală stângă, artera carotida stângă era situată pe marginea tumorii. CONCLUZIE: Limfangiom mediastinal pe stânga cu extindere cervicală. (Fig.6)

Sub anestezie orotraheală prin toracotomie latero-posterioară pe straturi a fost deschis hemitoracele pe stânga. La deschidere în plaga s-a vizualizat o formațiune tumorală majoră, concrescută cu vasele magistrale, vertebrele toracice, coaste, de consistență neomogenă, cu zone de descompunere. A fost efectuată excizeza subtotală a tumorii cu refacerea planurilor anatomice, aplicarea sistemului de aspirație Bülau.

Histologic a fost confirmat diagnosticul de neuroblastom mediastinal.

Postoperatoriu copilul a urmat tratament intensiv medical, care a inclus detoxicare, antihipoxante, antibioterapie, analgezice, etc. La a 7-a zi postoperatoriu, cu plaga în curs de cicatrizare, copilul a fost transferat la Institutul Oncologic pentru tratament specific.

Caz clinic № 3. Copilul C., în vârstă de 4 luni a fost internat în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” pentru tumoră mediastinală. Din spusele mamei, copilul este bolnav de 21 zile, când au apărut crize de tuse de iritație, seacă, dispnee pronunțată, tahicardie, edemul feței, cianoză, disfagie. Cu 3 zile înaintea spitalizării dispneea și cianoza s-au agravat, au devenit mai pronunțate, starea generală s-a alterat.

Datele de laborator la internare: Grupa de sânge A(II), Rh pozitiv; hemoglobină – 114 g/l; eritrocite – 3,7; Ht-0,34; leucocite – 4,0; nesegmentate – 9; segmentate – 30; eozinofile – 0; limfocite – 58; monocite – 3; VSH – 4; proteina totală – 67,7 g/l; ureea – 1,9; bilirubină –10,2-0-10,2; K -4,35; Na -137; Ca -2,02; ALT -1,44; AST – 1,04, protrombina –84%, fibrinogenul -2,44 mg/l .

Radiografia toracică a evidențiat o formațiune tumorală opacă, asimetrică, cu contur bine delimitat, cu dimensiunile 70x70x60 mm, structura neomogenă, calcificate, deplasarea organelor mediastinului spre dreapta și posterior, localizată preponderent în hemitoracele stâng, în mediastinul anterior superior. CONCLUZIE: Formațiune de volum a mediastinului superior. (Fig.7)

Ultrasonografia toracelui - în hemitoracele stâng, în proiecția mediastinului se vizualizează o formațiune cu contur șters, dimensiunile 41x40 mm, conținut solid și lichid. CONCLUZIE: Formațiune de volum a mediastinului anterior superior. (Fig.8)

Tomografia computerizată toracică: în mediastinul anterior superior, preponderent pe stânga, a determinat o formațiune tumorală extinsă, bine conturată, neomogenă, dimensiunile 60x70x92 mm, ce conținea component lichidian, lipidic și multiple calcificate. Deplasarea avansată a organelor mediastinului posterior spre dreapta, a compresiunea traheei și arborelui bronșic, vasele magistrale ale cordului erau intacte, ganglionii limfatici mediastinali și bronhopulmonari nu difereau de cei normali, lobul superior al pulmonului stâng cu sectoare de atelectazie, bazal pe stânga – atelectazie discoidă S₁₀, în proiecția S₂ a pulmonului drept era prezentă o infiltrație pulmonară. După contrastare - semne de acumulare a substanței de contrast lipsesc. Bronhoscopia virtuală a pus în evidență dereglări de permeabilitate a arborelui bronșic la nivelul bronhiilor superioare pe stânga. **CONCLUZIE:** Formațiune tumorală extinsă a mediastinului superior anterior. (Fig.9)

După o pregătire preoperatorie copilul a fost supus intervenției chirurgicale sub anestezie orotraheală, s-a efectuat toracotomia latero-posterioară pe stânga în spațiul intercostal V. S-a depistat lichid liber și o formațiune tumorală cu dimensiunile 8x8x10 cm. Formațiunea tumorală dată a fost înlăturată total. Hemostaza a fost adecvat stăpânită.

Macropreparat - formațiunea tumorală consta din multiple chisturi cu lichid, gelatină + conglomerat de țesut dur și cartilajinos, fiind acoperită cu o capsulă de culoare alb-surie,

Microscopic a fost pus diagnosticul de teratom matur mediastinal.

Caz clinic №4. Copilul U., în vârstă de 1an 9 luni a fost internat în mod

urgent în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” cu diagnosticul de pneumonie distructivă pe stânga. Pleurezie. Sepsis pulmonar. Din spusele mamei, copilul era bolnav de la naștere, prezintă permanent subfebrilitate. Periodic a fost tratat pentru bronșită, pneumonie sau pielonefrită acută. Începând cu luna a 9-a de viață a fost diagnosticată și anorexia, iar în ultimele 2 săptămâni s-a asociat dispneea, și cu o zi înainte de spitalizare au apărut dureri abdominale. Părinții au consultat medicul de familie.

Datele de laborator la internare: Grupa de sânge 0(I), Rh pozitiv; hemoglobină – 108 g/l; eritrocite – 3,4; Ht-0,32; leucocite – 8,2; nesegmentate – 12; segmentate – 26; eozinofile – 4; limfocite – 58; monocite – 0; VSH – 15, trombocite -275,7; proteina totală – 67,1 g/l; ureea – 1,9; bilirubină –12-0-12; K -2,11; Na -137; Ca -4,26; ALT -19; AST – 27, protrombina –88%, fibrinogenul -3,55 .

Auscultativ, în plămâni respirația aspră, pe stânga superficială, atenuată, tahipnoe. Apexul cardiac se palpa și se vizualiza sub osul xifoid. Abdomenul de formă ovală, ușor distensat, fără defans muscular,

moale și accesibil la palpare. S-a determinat dilatarea moderată a desenului vascular pe peretele abdominal și al toracelui. Ficatul +4 cm, splina +2,5 cm. Ganglionii limfatici periferici nu erau măriți.

Radiografia cutiei toracice a indicat prezența lichidului liber în cavitatea pleurală pe stânga; îngroșarea pleurei paracostale; lărgirea și deplasarea organelor mediastinului spre dreapta; sinusul costo-diafragmal stâng opacifiat; în S₂ pe stânga atelectazie subsegmentară. **CONCLUZIE:** Pleurezie exudativă masivă pe stânga. Atelectazie subsegmentară S₂ pe stânga. (Fig.10.)

Ecografia organelor interne ne releva un ficat cu lobul drept 100 mm, lobul stâng 41mm, contur regulat, parenchimul omogen, ecogenitatea medie; v.portă 7mm, vizica biliară se depistează, pancreasul 11x10x11mm, splina 77 mm, parenchimul omog; rinichiul drept 88x31mm, rinichiul stâng 88x31mm. Splina și rinichiul drept erau deplasate. În abdomen s-a depistat o formațiune tumorală cu dimensiunile de 78x61mm, ecogenitatea crescută, cu component lichid. **CONCLUZIE:** Tumoră abdominală (Fig.11)

Tomografia computerizată: În mediastinul posterior superior, paravertebral pe stânga era prezentă o formațiune tumorală cu implicarea țesutului paravertebral, a cordonului medular la nivelul Th₆ pe stânga (gaura de conjugare). Formațiunea dată avea dimensiuni gigante, situată în mediastin, neuniformă, cu contur avansat bombat, neregulat, structura neomogenă, cu acumularea substanței de contrast în faza arterială până la 90UH, iar în faza parenchimotoasă până la 110UH, dimensiunile 102x95x65 mm. Sediul și răspândirea formațiunii - retroperitoneal până la trunchiul celiac. Era prezentă o compresiune avansată a bronhiilor principale pe stânga cu atelectazie subtotală prin compresiunea a plămânului pe stânga și anterior. Pulmonul drept era transparent cu desenul pulmonar structurat, fără semne de infiltrație sau zone patologice. Hilul pulmonar drept cu dimensiuni obișnuite, fără formațiuni suplimentare. Traheea permeabilă pe tot parcursul. În cavitatea pleurală stângă era prezent lichid liber în cantități majore. Organele mediastinale - deplasate spre dreapta. Artera pulmonară, venele pulmonare erau contrastate, dar comprimate semnificativ și deplasate anterior. Aorta descendentă - deplasată anterior la distanța 35-38 mm și avea tract transtomoral. Diafragma, situat obișnuit, contur net. Organele abdominale fără modificări patologice. **CONCLUZIE:** Formațiune de volum a mediastinului posterior cu extindere în spațiul retroperitoneal. Atelectazie subtotală prin compresie a plămânului stâng. Pleurezie avansată pe stânga. (Fig.12)

După o pregătire preoperatorie s-a practicat toracotomia lateroposterioară pe stânga în spațiul intercostal V sub anestezia orotraheală. La deschiderea hemitoracelui stâng s-a eliminat ≈ 400 ml de lichid serohemoragic. La revizia cavității hemitoracelui stâng a fost



Fig. 1. Radiografia pacientului L.



Fig.2. TC pacientului L.



Fig.3. Pacientul L. intraoperatoriu



Fig.4. Radiografia pacientului S.

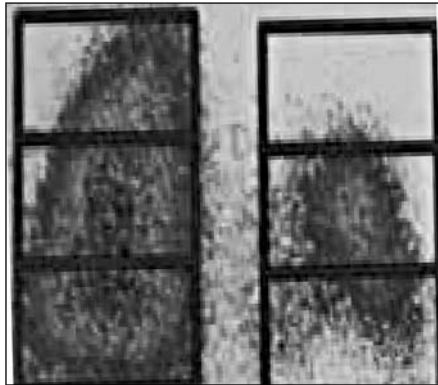


Fig.5. Scintigrafia pacientului S.



Fig.6. CT pacientului S.



Fig.7. Radiografia pacientului C.



Fig. 8. USG pacientului C.



Fig. 9. CT pacientului C.

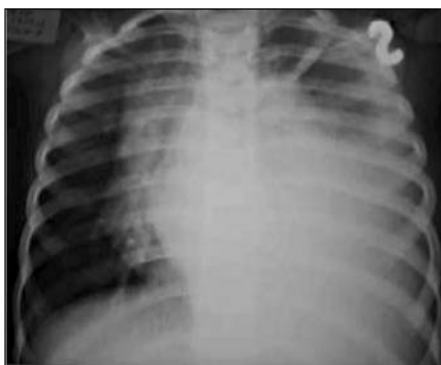


Fig.10. Radiografia pacientului U.



Fig. 11. USG pacientului U.

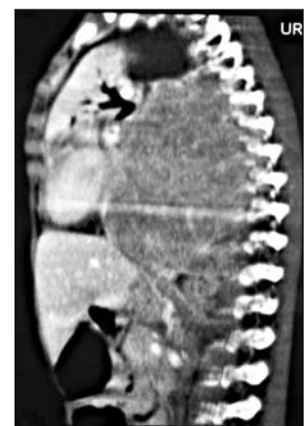


Fig.12. CT pacientului U.



Fig.13. Radiografia pacientului U. postoperatoriu



Fig. 14. CT pacientului U. postoperatoriu

depistată o formațiune tumorală cu dimensiunile de 12x10x9 cm, de consistență dur-elastică, cu capsula surie, contur neregulat, cu extindere în spațiul retroperitoneal și invadarea pleurei, pericardului și vaselor magistrale. A fost efectuată înlăturarea subtotală a tumorii. Hemostază prin electrocoagulare și aplicarea buretelui hemostatic. Microtoracotomie în spațiul intercostal VII pe linia subaxilară medie cu instalarea tubului pentru drenaj pasiv. Restabilirea planurilor anatomice. Pansament aseptice.

Examenul histologic a confirmat diagnosticul de sarcom Ewing.

Examenul imunohistologic a pus în evidență datele concludente pentru sarcom Ewing.

Datele de laborator după intervenție chirurgicală: hemoglobină – 112 g/l; eritrocite – 3,5; Ht-0,33; leucocite – 9,0; nesegmentate – 8; segmentate – 49; eozinofile – 8; limfocite – 41; monocite – 0; VSH – 4; pH – 7,4; pCO₂ -29 mmHg; BE—5,5 mmol/l; Becnf-6,8 mmol/l; Lac – 1,1 mmol/l; HCO₃- 63 mmHg; O₂sat -92%; THbc – 133 g/l.

Postoperatoriu copilul a urmat tratament intensiv medical, inclusiv reechilibrarea hidro-electrolitică, antihipoxice, antibioterapie, analgezice. La a 6-lea zi postoperatoriu copilul a fost transferat în Institutul Oncologic în secția oncopediatrie pentru tratament specific.

După 4 cure de PCT s-a determinat dinamica radiologică pozitivă și starea bună a pacientului. Tumora mediastinală și retroperitoneal clinic, radiologic, TC nu se evidențiază. (Fig.13,14)

Rezultate. Putem menționa că prezentarea acestor observații clinice prilejuiește aducerea în discuție a complexității problemei diagnostice și terapeutice în formațiunile tumorale ale mediastinului precum și posibilitatea de a ilustra o dată cât de atipică și neevocatoare poate fi uneori evoluția unor formațiuni tumorale mediastinale. Decese pe parcursul evaluării nu am avut.

Concluzii:

1. Formațiunile tumorale mediastinale au căpătat în ultimii ani o incidență în creștere. Această creștere este relativă, datorându-se în fapt depistărilor ecogra-

fice și computer tomografiei.

2. La unii pacienți aceste formațiuni tumorale sunt o perioadă de timp asimptomatice, constituind descoperii întâmplătoare.

3. În polimorfismul clinic al formațiunilor tumorale, formele asimptomatice sau care evoluează sub masca altor afecțiuni constituie o problema actuală. Diagnosticul preoperator este multimodal cu implicarea TC și RMN.

4. Sediul formațiunii tumorale, pericolul malignizării obligă de a interveni chirurgical în toate cazurile clinice.

5. Formațiunile tumorale mediastinale, prin volumul lor, cele maligne, prin caracterul lor infiltrativ, pun probleme delicate chirurgului precum și histologului, iar rezolvarea lor operatorie poate să fie dintre cele mai dificile, reclamând acte de amploare ca în cadrul chirurgiei neoplasmelor. În evoluție lor pot îmbracă practic orice tablou clinic, acut sau cronic, asimptomatic sau simptomatic, diagnosticul rămânând în mod esențial în atribuția anatomo-patologului

6. În alegerea tacticii chirurgicale se vor lua în considerare mai multe criterii, între care contează localizarea formațiunii tumorale – stânga /dreapta în mediastin, extensia locală și la distanță, vârsta, starea generală a pacientului și, fără îndoială, posibilitățile tehnice ale chirurgului.

Bibliografia:

1. Romeo-Milea, Fane Gnelase Chirurgia toracală, București, 1999
2. Ашкрафт К. У., Холдер Т.М. Детская хирургия, С-П, 1999
3. Бондарь И.В. Клинические проявления и диагностика опухолей средостения в детском возрасте // Вестник Российской Академии медицинских наук, 2000, №6
4. Дурнов Л.А. Детская онкология, М., 1997
5. Кулева С.А. Злокачественные новообразования у детей// Вестник хирургии, 2003, №2
6. Овнатян К.Т., равец В.М. Опухоли и кисты средостения, Киев, 1971