

rezultatelor studiilor experimentale efectuate pe șobolani și pe primate, a permis prelungirea termenului de imunotoleranță a recipientului față de greșă și micșorarea dozelor medicamentelor imunosupresive . Alotransplantarea țesuturilor compuse prezintă un potențial de dezvoltare în chirurgia reconstructivă, principalele direcții de dezvoltare fiind: elaborarea metodelor noi de imunosupresie, aprofundarea cercetărilor în direcția sintezei in vitro a organelor și țesuturilor.

### **Bibliografie**

1. **Mario Benanzio** Cosmas and Damian Revisited Bruce Benanzio, Hand Transplantation, Springer Milan, 2007
2. **Marco Lanzetta** Hand Transplantation as an Evolution of Microsurgery: A Logical Step towards Better Reconstructive Options, Hand Transplantation, Springer Milan, 2007.
3. **Milomir Ninkovic** Technical and Surgical Details of Hand Transplantation, Hand Transplantation, Springer Milan, 2007
4. **Marco Lanzetta, Roberta Nolli** Hand Replantation and Transplantation: More Differences than Similarities, Hand Transplantation, Springer Milan, 2007
5. **Jean Kanitakis** Skin Rejection in Human Hand Allografts: Histological Findings and Grading System, Hand Transplantation, Springer Milan, 2007
6. **Palmina Petruzzo** Pharmacological Treatment of Rejection, Hand Transplantation, Springer Milan, 2007
7. **Selahattin Ozmen, MD, Betul G. Ulus, MD, Ali E. Ulus, MD, Dariusz Izycki, MD, PhD, Maria Siemionow, MD, PhD, DSc** Composite Vascularized Skin/Bone Transplantation Models for Bone Marrow-Based Tolerance Studies Annals of Plastic Surgery, Annals of Plastic Surgery, Vol. 56, Nr.3, Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 2006
8. **Alexander Kubitskiy, Jian Li, Marco Lanzetta, Earle Owen, Geoffrey W. Mc Gaughan , G. Alex Bishop** Simultaneous Vascularized Bone Marrow Transplantation to Promote Acceptance of Hind Limb Allografts and Its Effects on Central and Peripheral Chimerism, Transplantation, Vol. 83, Nr. 9, Lippincott Williams & Wilkins, Inc. 2007.
9. **Marina Noris, Giuseppe Remuzzi** Induction of Tolerance in Alotransplantation, Hand Transplantation, Springer Milan, 2007
10. **Keiichi Muramatsu, Kazuteru Doi, Hiroshi Tanaka Toshihiko Taguchi** - Induction of High-Level Chimerism in Composite Tissue Transplants Hand Transplantation, Springer Milan, 2007
11. **Rollin K. Daniel, Kevin A. Brenner** The History of Experimental Hand Transplantation in Primates Hand Transplantation, Springer Milan, 2007
12. **M. Semionow, A. Klimczak, S. Unal, G. Agaoglu, K.Carnevale** Hematopoietic Stem Cell Engraftment and Seeding Permits Multi-Lymphoid Chimerism in Vascularized Bone Marrow Transplants, American Journal of Transplantation, Vol. 8, Nr.6, Blackwell Munksgaard, 2008.

## **TUMORI OVARIENE MALIGNE**

**Daniela Efremova**

(Conducator științific – asistent universitar Elena Reuțchi)

Catedra Morfopatologie USMF “Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

Ovarian cancer is the most frequent cause of death among malignant tumors, especially in the well-developed countries, the main reason of it being late diagnosis (70-75 per cent). Because of the difficulty of its early diagnosis, it is also called a "silent killer".

## **Rezumat**

Cancerul ovarian este cauza cea mai frecventă de deces printre tumorile maligne, mai ales în țările dezvoltate, motivul principal fiind diagnosticul tardiv (70-75%). Din cauza dificultății diagnosticului precoce mai este numit “ucigaș tăcut” (silent killer).

## **Actualitatea temei**

În șirul patologiilor tumorale feminine procesele proliferative ovariene ocupa un loc deosebit. Nu există un alt organ, unde s-ar întâlni un spectru atât de larg de tumori benigne și maligne. Datele epidemiologice și clinice arată că mai frecvent sunt afectate femeile în vârstă de 40-50 ani, ce au în anamneză dereglări ale funcției ovariene (menstruale, reproductive), hemoragii în postmenopauză, miom uterin, procese inflamatoare etc.

Bohman (1983) demonstrează comunitatea patogenetică a tumorilor ovariene cu cele ale uterului și glandei mamare. Prin aceasta el argumentează, că tumorile ovariene apar în condițiile dereglărilor hormonale în sistemul hipofizar-ovarian și pot fi calificate ca tumori hormonal-dependente. Din aceste motive bolnavele în cauză trebuie considerate nu numai purtătoare de tumoare, dar și femei cu diferite devieri hormonale.

Datele mondiale medii privind morbiditatea și mortalitatea provocată de tumorile ovariene constituie respectiv 7,5 și 5,4 la 100000 de femei. Cele mai înalte date sunt din Canada, Suedia (13 la 100000 de femei) față de Japonia, unde aceste cifre scade pînă la 2 la 100000 (Silverberg, 1985). Cancerul ovarian constituie cea mai frecventă cauză de deces a pacientelor cu oncopatologie ginecologică.

În Republica Moldova morbiditatea și mortalitatea de cancer ovarian în 1995 constituia respective 8,5 și 5,7 la 100000 de femei. Conform datelor statistice morbiditatea cancerului ovarian e mai înaltă la locuitorii orașelor, față de cele ale satelor (uneori de 2,5 ori).

Cancerul ovarian, în ceea ce privește mortalitatea prin tumori ginecologice, ocupă locul III (4,3 cazuri de deces la 100000 populație feminină în 2005), fiind întrecut de cancerul cervixului uterin (10,6 cazuri de deces la 100000 populație feminină în 2005) și cancerul de corp uterin (5,4 cazuri de deces la 100000 populație feminină în 2005). De menționat că în anul 2005 în republică au fost diagnosticate numai 16,9% cancere ovariene în stadiul I. Mortalitatea provocată de cancerul ovarian nu s-a micșorat de-a lungul anilor, din cauza obscurității particularităților biologice ale acestuia, ce conduce, la rândul său, la absența unor markeri biologici specifici care ar permite depistarea la timp a acestei afecțiuni ovariene (Bast R., 2003; Ozols R., 2003).

## **Scopul lucrării**

1. Studiarea tipurilor de cancer ovarian și incidența acestuia.
2. Studiul metastazării cancerului ovarian.

## **Materiale și metode**

1. Foile de observație a pacientelor IOM
2. Preparate microscopice
3. Literatura de specialitate și lucrările altor autori (Internet)

## **Discuții**

1. Neoplazmele ovarului fiind foarte variate trebuie clasificate pe baza unui sistem logic, ce ar putea orienta și ușura activitatea clinicienilor. Numai stabilind tipul tumorii poate fi aleasă tactica curativă corectă. Tumorile ovariene pot să apară din orice celulă din componența țesuturilor ovarului sau din celulele precursorale ale acestora, dar cel mai frecvent din epitelium de înveliș.

Clasificarea histologică a tumorilor ovariene maligne:

### 1. Tumori epiteliale

- chistadenocarcinom papilar seros
- chistadenocarcinom mucinos
- carcinoame endometriale
- carcinoame cu celule clare
- tumoare malign Brenner
- tumori nediferențiate

### 2. Tumorile stromei

- tumorile celulelor granuloase
- tumorile celulelor Sertoli-Leydig

- tumori mixte

### 3. Tumori germinale

- disgerminom (seminom)
- carcinom embrionar
- coriocarcinom
- mixte

### 4. Stroma

- sarcoame
- carcinom metastatic
- limfoame

În studiul tumorile ovariene epiteliale (Osadci Diana, studiu efectuat pe perioada anilor 1998 – 2000 ) au fost sistematizate în următoarele forme histologice: carcinom seros, carcinom mucinos, carcinom endometrioid, carcinom mezonefroid. Distribuția numerică și procentuală a tipurilor de carcinoame este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Formele histologice ale carcinomului ovarian primar

Forma histologică	Nr. de paciente	%
Carcinom seros	174	77 %
Carcinom mucinos	34	15 %
carcinom endometrioid	10	4,5 %
carcinom mezonefroid	8	3,5 %
<i>TOTAL</i>	226	100 %



Tumori ovariene (după secționare)

Examen histopatologic: adenocarcinom papilifer

Cele mai numeroase au fost carcinoamele seroase care au constituit 77% din numărul total de carcinoame, mai puțin frecvent întâlnindu-se carcinomul mucinos-15%, carcinomul endometrioid - 4,5 și mezonefroid - 3,5 %.

Printre formele histologice, rata carcinomului seros variază, spre exemplu, între 30% și 70% (Simajoki M., 2003).

## 2. Metastazarea tumorilor ovariene.

Metastazarea determină evoluția clinică, selecția metodei de tratament și prognosticul bolii. Pentru tumorile ovariene limitate sunt caracteristice afectările peritoneului parietal și visceral, omentului mare în urma metastazării exclusive implantaționale. Cel mai frecvent metastazele se găsesc în spațiul Douglas și în oment, frecvent fiind depistate numai histologic, reprezentând micrometastaze. Metastazele hematogene și limfogene nu se depistează nici clinic, nici histologic. Frecvența metastazării crește la bolnavele relativ tinere, care se afla în vîrsta reproductivă și cu o anamneză scurtă a bolii. Intensitatea metastazării crește la prezența lichidului ascitic.

La tumori maligne spre începutul tratamentului deja 60-85% din numărul bolnavelor cu cancer ovarian au metastaze multiple (M. Piver, 1982; R. Pfiederer, 1984). Frecvența metastazării în diferite organe variază de la 0,1 pînă la 69,9%. Localizările predilecte ale metastazelor sunt peritoneul (69,6%), omentul mare (64,7%), nodulii limfatici (23,0%), ficatul (12,6%), pleura (10,5%), diafragma (9,2%). Mai frecvent metastazele se localizează în peritoneul pelvian, regiunea spațiului Douglas și excavației vezico-uterine, mai rar pe peritoneul vezicii urinare, seroasa uterului, ligamentele late și trompele uterine. Importanța clinică a metastazelor peritoneale este mare, deoarece ele se pot răspîndi la distanță (după unele presupuneri, la trecerea prin orificiile fiziologice ale diafragmului, pe pleură, mai ales în caz de ascită, ceea ce frecvent determină generalizarea procesului și necesită includerea chimioterapiei în tratament.

Atragerea omentului mare în proces denotă o evoluție severă și un prognostic dramatic. Metastazarea în oment provoacă un complex de simptome ce agravează starea generală a pacientelor. Călea de metastazare în oment preponderent e implantațională. Acestea uneori pot fi depistate numai microscopic, impunîndu-se extirparea omentului în toate stadiile clinice ale cancerului ovarian. În tabelul de mai jos sunt prezentate datele studiului efectuat de Diana Osadci în decursul anilor 1998-2000.

Tabelul 2

Rata metastazării în oment a carcinomului ovarian

Forma histologică	Carcinom unilateral	Metastaze omentale	Carcinom bilateral	Metastaze omentale
Carcinom seros	76	27	98	69
Carcinom mucinos	24	6	10	8
Carcinom mezonefroid	6	2	2	-
Carcinom endometrioid	6	1	4	1
<i>TOTAL</i>	112	36	114	78

În ceea ce privește nodulii limfatici cei mai des sînt atacați nodulii paraaortali (lombari), pelvieni, mezenterici și inghinali. Metastazele în pleură indică un grad avansat al procesului cu hidrotorax.

## Concluzii

După cum rezultă din datele prezentate mai sus, există un spectru larg de tumori ovariene maligne, care pot lua naștere din toate elementele structurale ale ovarului. În ce privește incidența unui anumit tip de cancer ovarian, există studii care confirmă că cel mai frecvent întîlnit este carcinomul seros (77%). Invazia și diseminarea precoce a celulelor tumorale sunt factorii majori care conduc la mortalitatea sporită în cancerul ovarian. Locul de elecție a diseminării celulelor tumorale în cancerul ovarian este peritoneul (Terauchi F., 1995; Coelho S., 1998). Importanța clinică a metastazelor peritoneale este mare, deoarece ele se pot răspîndi la distanță (după unele presupuneri la trecerea prin orificiile fiziologice ale diafragmului, pe pleură, mai ales în caz de ascită). Dacă particularitățile anatomice ale unor organe permit utilizarea metodelor instrumentale de investigație, ovarele deseori sunt inaccesibile pentru vizualizare, fapt care provoacă serioase dificultăți la urmărirea și stabilirea etapelor precoce ale dezvoltării

metastazelor. Ca urmare, o bună parte din ceea ce se cunoaște despre metastazarea precoce a cancerului ovarian se bazează pe presupuneri și unele experiențe pe animale de laborator (Ровенский Ю., 1983; Strobel și col., 1997). Decurgerea asimptomatică și diseminarea precoce a tumorilor ovariene conduce la un prognostic nefavorabil, deoarece metastazele se depistează deseori la momentul constatării diagnosticului de cancer ovarian.

### **Bibliografie**

1. Gheoghe Țibîrnă. Ghid de oncologie. Chișinău, 2003, pag. 517-528.
2. Gheoghe Țibîrnă, Ion Mereuță. Cancerul. Vigilența oncologică în activitatea medicului de familie. Chișinău, 1997, pag. 90-92.
3. Gheorghe Paladi. Ginecologie. Chișinău, 1997, pag. 318-352.
4. Bădulescu F., Bădulescu A., Brăila M.. Patologia tumorală genito-mamară. București, 2000, pag. 324-354.
5. Petrache Vîrtej. Ginecologie. București 1997, pag. 378-390.
6. *Diana Osadci*. Particularități histologice și ultrastructurale ale implantelor peritoneale în cancerul ovarian. Autoreferat al tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2007.

## **MORFOLOGIA TUBERCULOZEI MULTI-DROG-REZISTENTE (TBC MDR)**

**Tatiana Cucu, S. Gaiu**

(Conducător științific: asistent universitar E. Reuțchi)  
Catedra Morfopatologie USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***The morphology of multi-drug-resistant tuberculosis (MDR TBC)***

Multi-drug-resistant tuberculosis (MDR TBC) represents a form of tuberculosis, characterized by resistance towards at least two antituberculous drugs of the first line (isoniazide and rifampicine). This type of chemical resistance is most often met in the fibro-cavernous form of pulmonary TBC, which represents, in its turn, the final stage in the evolution of the inflammatory tuberculous process – a destructive chronic process with marked fibrosis in the capsule of the cavity and in the surrounding pulmonary tissue, as well as with multiple foci of bronchogenous dissemination.

### **Rezumat**

Tuberculoza multi-drog rezistentă reprezintă o formă a tuberculozei, caracterizată prin rezistență la cel puțin două medicamente antituberculoase de prima linie (izoniazidă și rifampicină). Acest tip de chimiorezistență este întâlnit cel mai frecvent în forma fibro-cavernoasă a TBC pulmonare, care reprezintă etapa finală în evoluția procesului inflamator tuberculos, un proces distructiv cronic cu prezența de fibroză pronunțată în capsula cavității și în țesutul pulmonar circumiacent, precum și cu focare multiple de diseminare bronhogenă.

### **Actualitatea și gradul de studiere a temei investigate**

Tuberculoza (TBC) este o boală infecto-contagioasă, cu caracter endemic produsă de *Mycobacterium tuberculosis* (bacilul Koch), caracterizată prin formarea de granuloame, cu inflamație și distrucție tisulară importante, localizarea obișnuit pulmonară, dar poate da și leziuni extrapulmonare (tuberculoza ganglionară, urogenitală, meningeală, vertebrală, osoasă), și evoluție naturală (adică în absența unui tratament corect) cronică, consumptivă și deseori fatală.

#### ***Chimiorezistența MTB***

Leziunile tuberculoase conțin populații micobacteriene cu caracteristici diferite în funcție de:

- localizare: intracelulare și extracelulare