

Rata supraviețuirii pacienților cu cancer avansat de col uterin.

Supraviețuirea Localizarea	< 3 luni	3-6 luni	6-12 luni	1-2 ani	4-5 ani	>5 ani	Total (n)	Pacienți vii (X.2012) (n)	Rata medie a supraviețuirii (luni)	p
Colul uterin	6	9	6	8	2	4	35	10	18.5	*

\* p &lt;= 0.05

### Concluzii

1. Nefrostomia percutanată ecoghidată este metoda de elecție și de mare succes în rezolvarea blocului infrarenal în neoplazmele urogenitale local avansate.
2. Ureterohidronefrozele atât uni- cât și bilaterale, provocate de tumorile bazinului, prezintă indicații pentru nefrostomia percutanată ecoghidată, uneori, cu indicații vitale în cazul instalării insuficienței renale acute.
3. Avantajele nefrostomiei percutane ecoghidate sunt următoarele: bolnavii suportă mai ușor nefrostomia percutanată ecoghidată, compensează destul de repede cu restabilirea funcției renale, diminuează riscul infecțiilor postoperatorii, reduce evident traumatismul operației, ameliorează supraviețuirea și calitatea vieții pacienților, creând condiții pentru reluarea tratamentului radio- sau chimioterapic.

### Bibliografie

1. Boja R.: Tratamentul percutanat al afecțiunilor reno-ureterale. Nicolescu D. Bazele chirurgiei endourologice.d. Eurobit. Timișoara, 1997. Zilele Medicale ale Spitalului Fundeni, 11-12.12.1997.
2. B.Uzun,R.Boja,V. Oșan, Orsolia Martha, L. Vass, D.Porav: Nefrostomia percutanată circular definitivă în tratamentul anuriei obstructive neoplazice-cazuistică pe 10ani; Conferința științifică a Universității de Medicină din Tîrgul Mureș, Decembrie 2008.
3. Gunther R., Alken P.: Perkutane Nephropylostomie. The-rapiewoche, 1981, 31, 13
4. Hruby W., Marbereger M.: Late sequelae of Percutaneous nephrostomy. Radiology, 1984, 152, 383.
5. Pollack H. M., Banner M. P.: Percutaneous urolitho-tomy: the use of balloon catheters as an adjunct. Radiology, 1984, 152, 213.
6. Schilling A., Gottinger H., Marx F. J., Schuffler I., Bauer H. W.: A new technique for Percutaneous nephropylostomy. J. Urol., 1981, 125, 475.
7. Stab-les D. P., Holt S. A., Sheridan H. M., Donohue R. E.: Permanent nephrostomy via Percutaneous puncture. J. Urol., 1975, DM, 684.

## HEMORAGIILE INTRAOPERATORII ȘI/SAU POSTOPERATORII LA PACIENȚII CU CANCER BRONHOPULMONAR

Valentin Martalog, Elena Șchiopu, Dorina Agachi

Catedra Hematologie, Oncologie și Terapie de Campanie USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *Intraoperative and / or postoperative hemorrhage of patients with lung cancer*

Intraoperative and/or postoperative bleedings represent an important problem in cases of bronchial and lung cancer surgery. The study was based on the analysis of intraoperative and/or postoperative bleedings at 21 patients that underwent lung cancer surgery. It was found that

postoperative bleedings were encountered more often in cases of pneumonectomy – 76,19%, followed by cases of lobectomy – 23,81%. The following sources of intraoperative and/or postoperative bleedings at patients that underwent bronchial and lung cancer surgery were identified: intercostal vessels, parietal pleura, crossed liaison pulmonary arteries and veins and pulmonary vein stump.

### **Rezumat**

Hemoragiile intra- și/sau postoperatorii constituie o problemă importantă în chirurgia cancerului bronhopulmonar. Studiul a fost efectuat în baza analizei hemoragiilor intra- și/sau postoperatorii la 21 pacienți operați de cancer pulmonar. S-a constatat că hemoragiile postoperatorii sau întâlnit mai frecvent la pacienții cu pneumonectomie – 76,19% urmate de lobectomie – 23,81%. Sursele hemoragiilor intra- și/sau postoperatorii la pacienții operați de cancer bronhopulmonar au fost: vase intercostale, pleură parietală, artere și vene pulmonare întretăiate de legătură și bontul venei pulmonare.

### **Actualitatea temei**

Cancerul bronhopulmonar – este o tumoră malignă care se dezvoltă, din epitelul arborelui bronșic, invadând ulterior și parenchimul pulmonar. Carcinomul pulmonar se caracterizează printr-o creștere progresivă și arhaică (autonomă) a țesutului cu compresia și infiltrarea invazivă distructivă a organelor adiacente cu metastaze regionale, la distanță și intoxicația întregului organism. [1]

Pe parcursul a 70 de ani se atestă o creștere permanentă a cancerului bronhopulmonar (CBP) și a devenit la sfârșitul secolului XX una din principalele cauze mondiale de deces. [2,6]

În Uniunea Europeană, incidența anuală a cancerului pulmonar este de 52.5/100.000 de persoane iar mortalitatea anuală este de 48.7/100.000 persoane.

În Republica Moldova incidența cancerului pulmonar în ultimii ani a constituit 23,0 ‰ în 2009, 24,0 ‰ – 2010 și 25,1 ‰ în 2011. Mortalitatea în urma maladiei date în aceeași perioadă de timp a fost de 23,9 ‰ în 2009, 23,8 ‰ – 2010 și 21,7 ‰ în 2011. Cancerul pulmonar este cea mai frecventă tumoră malignă a plămânului, se dezvoltă rapid și se supune greu tratamentului.

Sunt progrese neesențiale în ameliorarea tratamentului cancerului pulmonar. Din numărul bolnavilor tratați chirurgical peste 5 ani rămân în viață numai 20-35%. La baza supraviețuirii joase a bolnavilor nu stă eficacitatea metodelor de tratament, ci tumora avansată în timpul depistării sau la începutul tratamentului.

Există multe opțiuni de tratament al cancerului bronhopulmonar. Însă tratamentul de bază este cel chirurgical. Uneori în timpul intervențiilor chirurgicale sau în perioada postoperatorie se dezvoltă hemoragii.

Hemoragia masivă postoperatorie este estimată ca principala cauză a deceselor înregistrate și alcătuiește 78,6 % din cazuri. Cauzele hemoragiei intra și postoperatorii au fost: lezarea arterei și venei pulmonare, ruptură de aortă și lezarea atriului drept. [ 3 ]

Conform datelor Centrului Științific – Oncologic din Rusia cele mai grave complicații postoperatorii la bolnavii operați de cancer pulmonar sunt hemoragiile intrapleurale care au survenit în 2,1% din cazuri. [ 4 ]

Analizând datele studiului efectuat la catedra de chirurgie a Academiei Medicale din Rusia pe un lot de 1028 bolnavi operați de cancer pulmonar s-a stabilit că hemoragiile apar mai frecvent după operațiile mari cum ar fi: bilobectomie – în 9,25% și pneumonectomie- 4,9%. [ 5 ]

Astfel hemoragiile intra- și/sau postoperatorii la bolnavii operați de cancer pulmonar prezintă o problemă majoră în chirurgia toracică și necesită a fi studiată în continuare pentru diminuarea numerică a acestui tip de complicație.

### **Scopul**

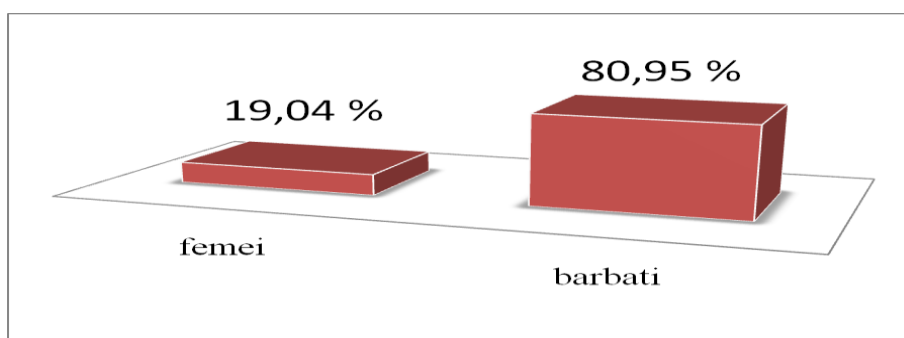
Studierea cauzelor hemoragiilor intrapleurale la bolnavii operați de cancer bronhopulmonar.

### Obiectivele

1. Studierea ratei hemoragiilor intra- și/sau postoperatorii la pacienții cu cancer pulmonar în dependență de volumul operației.
2. Analiza cauzelor hemoragiilor intrapleurale la pacienții operați de cancer bronhopulmonar.
3. Studierea metodelor diagnostice utilizate în depistarea hemoragiilor intrapleurale postoperatorii la bolnavii cu cancer bronhopulmonar.
4. Evaluarea metodelor chirurgicale întreprinse pentru stoparea hemoragiilor intrapleurale la bolnavii operați de cancer pulmonar.

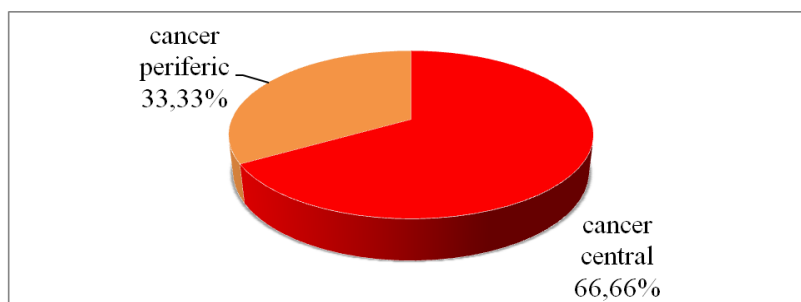
### Materiale și metode de cercetare

Studiul clinic include 21 pacienți operați de cancer bronhopulmonar în secția chirurgie toracoabdominală a Institutului Oncologic din Republica Moldova în perioada anilor 2008 – 2012 cu hemoragii intra și/sau postoperatorii. Printre ei au fost 17 bărbați (80,95%) și 4 femei (19,04%), (Fig. 1), în vârstă de la 42 până la 73 ani. Vârsta medie a fost de 57 ani.



**Fig. 1.** Caracteristica bolnavilor după sex

Repartizarea bolnavilor în conformitate cu forma clinico - anatomică a cancerului pulmonar este prezentată în fig. 2.

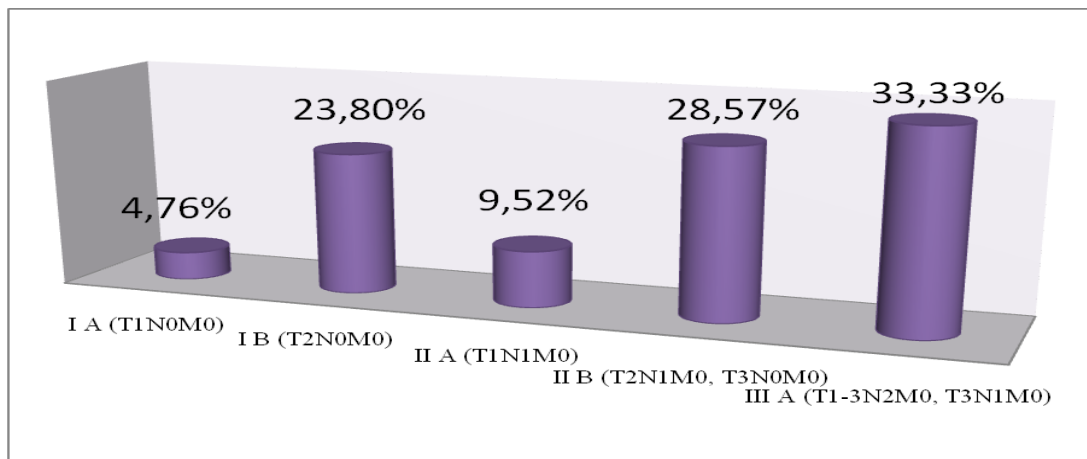


**Fig.2.** Forma clinico – anatomică a cancerului pulmonar

Diagnosticul de cancer pulmonar central a fost stabilit la 14 pacienți (66,66%), iar cel periferic la 7 bolnavi (33,33%).

Caracteristica bolnavilor operați de cancer bronhopulmonar cu hemoragii intra- și/sau postoperatorii în conformitate cu stadiul tumorii este prezentată în figura 3.

Hemoragiile intra- și/sau postoperatorii au fost stabilite mai frecvent la bolnavii operați de cancer bronhopulmonar în stadiul IIIA (33,33%), urmate de cele în stadiile IIB – 28,57 % și IB care s-au dezvoltat în 23,80% din cazuri. Mai rar hemoragiile s-au întâlnit în stadiile IIA – 2 pacienți (9,52 %) și IA la un bolnav (4,76 %).



**Fig. 3.** Repartizarea bolnavilor după stadii

La toți bolnavii spitalizați în secție au fost efectuate examinări clinice și paraclinice cum ar fi:

- analiza generală și biochimică a sîngelui;
- analiza generală a urinei;
- electrocardiografia (ECG);
- radiografia de ansamblu a toracelui în 2 incidente (postero-anterioară, și de profil);
- ultrasonografia organelor cavității abdominale;
- spirometria;

Anumite investigații s-au efectuat la necesitate în conformitate cu indicațiile medicului și anume:

- ❖ tomografia computerizată a mediastinului și toracelui – la 11 bolnavi
- ❖ ECO cordului – la 15 pacienți.
- ❖ fibrobronhoscopia – în 18 cazuri.

### **Rezultate proprii și discuții**

Tratamentul chirurgical este metoda de bază în tratamentul cancerului pulmonar și este eficientă numai la bolnavii depistați în stadii precoce ale maladii. Posibilitățile acestei metode sunt limitate din motivul că la majoritatea pacienților în momentul stabilirii diagnosticului, procesul este deja răspândit. Mai mulți autori au considerat că tumora este rezecabilă numai la 10 – 30 % pacienți cu cancer bronhopulmonar. Spre regret, chiar și la bolnavii operați radical, rezultatele nu sunt din cele mai bune. Supraviețuirea la 5 ani la această categorie de pacienți este de 25 – 30 % și nu are tendința de îmbunătățire în ultimii ani.

Alegerea metodei de tratament depinde de:

- stadiul și localizarea tumorii
- dimensiunile tumorii
- gradul de răspândire regională și la distanță a procesului
- tipul histologic (structura morfologică)
- starea generală a bolnavului
- vârsta pacientului
- prezența sau lipsa patologiilor concomitente

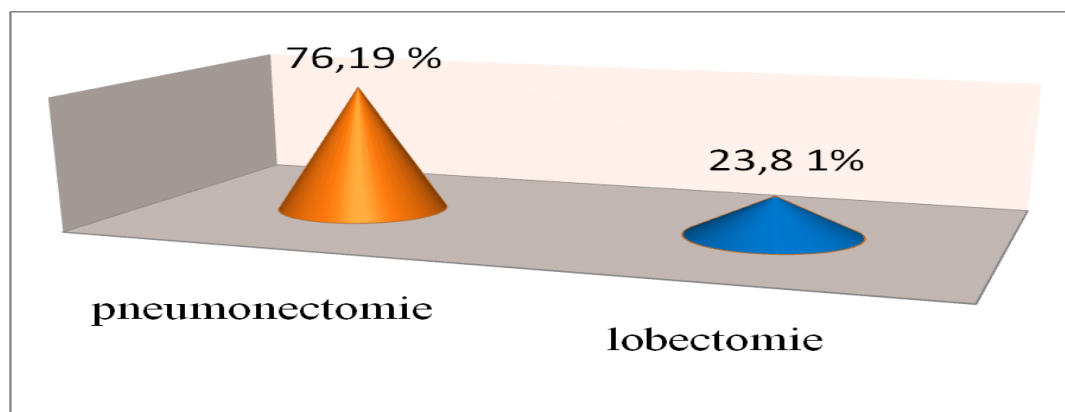
Tratamentul chirurgical este eficace în cazul tumorilor localizate care îndeplinesc condițiile de operabilitate (absența metastazelor, afectarea doar a ganglionilor limfatici regionali). Unii bolnavi cu stadii mai avansate pot fi operați după chimioterapie preoperatorie.

Uneori se întâmplă ca în timpul operației sau după intervenție chirurgicală să se dezvolte hemoragii - eveniment nedorit și negativ în evoluția bolnavului operat, situație imprevizibilă și dificil de controlat, având drept consecință:

- influențarea negativă asupra vindecării bolnavului;

- risc de mortalitate;
- implicații sociale, profesionale, economice, juridice.

Tipurile de operații efectuate la pacienții cu cancer bronhopulmonar în urma cărora s-au dezvoltat hemoragii intra- și/sau postoperatorii sunt prezentate în fig.4.



**Fig. 4.** Operațiile efectuate la bolnavii cu cancer pulmonar

Hemoragiile intra- și/sau postoperatorii au fost semnalate mai frecvent la pacienții cu pneumonectomii - 16 (76,19%), în comparație cu cele după lobectomii care au fost înregistrate la 5 bolnavi (23,81%). Perioadele instalării hemoragiei la bolnavii operați de cancer pulmonar sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Perioadele instalării hemoragiei la bolnavii operați de cancer bronhopulmonar

Indicator	Intraoperator		Postoperator		Intra- și postoperator		Total	
	Nr. absolut	%	Nr. absolut	%	Nr. absolut	%	Nr	%
Hemoragia	1	<b>4,76</b>	19	<b>90,47</b>	1	<b>4,76</b>	<b>21</b>	<b>100</b>

Cel mai frecvent hemoragia s-a dezvoltat în perioada postoperatorie - 19 bolnavi (90,47%), urmată de un caz intraoperator (4,76 %) și altul intra- și postoperator (4,76%).

Retoracotomia a fost efectuată la 18 (85,71 %) din 21 bolnavi cu hemoragii. Trei pacienți (14,28 %) nu au fost luați la reintervenție. Unul din ei a decedat în timpul primei intervenții chirurgicale în sala de operație, iar doi în secția ATI, de hemoragie profundă pulmonară.

Depistarea hemoragiei postoperatorie trebuie să fie cât mai rapidă deoarece fiecare minut este prețios pentru salvarea vieții bolnavului. La orice suspecție de hemoragie intrapleură în perioada postoperatorie trebuie efectuate cele mai informative investigații pentru a preîntâmpina întârzierea depistării ei și efectuarea cât mai curând posibil a retoracotomiei sau aplicării tratamentului conservativ.

Metode utilizate pentru diagnosticarea hemoragiilor postoperatorii au fost:

1. Înregistrarea parametrilor hemodinamici și datele obiective: pulsul, TA (sistolică, diastolică), frecvența respirației în minut.

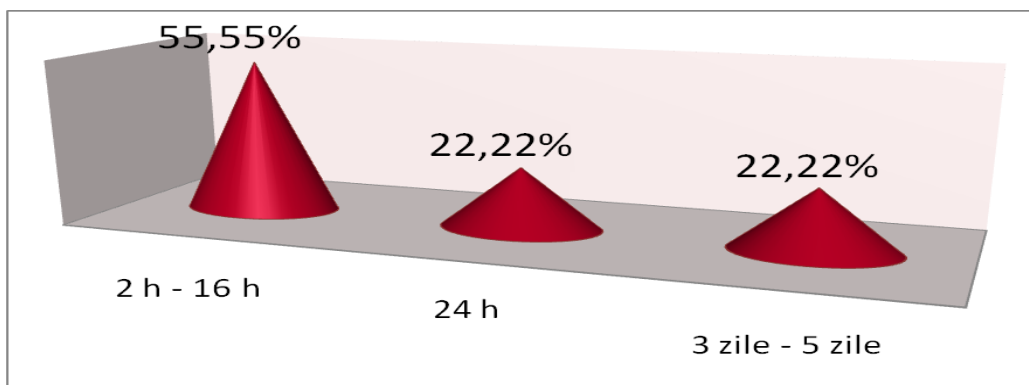
În urma examenului clinic s-a stabilit că la toți pacienții cu hemoragii postoperatorii tegumentele și mucoasele vizibile au fost palide, acoperite cu transpirații reci, pulsul inițial era cu valori crescute (100-110 b/min) care ulterior se micșora în legătură cu prăbușirea valorilor TA, până la 40 bătăi/min. FCC prezenta tahicardie fiind mai mult explicată drept un mecanism compensator pentru pierderile masive de sânge. Cifrele inițiale au ajuns până la 120 cu scăderea ulterioară până la 40 b/min, dispnee pronunțată (25-30/min), prăbușirea TA cu atingerea

valorilor de până la 80/60 mm/Hg, în mediu, în primele ore după operație. Obiectiv – bombarea spațiilor intercostale, lipsa mișcărilor respiratorii în hemitoracele afectat; percutor – sunet mat; auscultativ – lipsa murmurului vezicular, în cazul pulmonectomiei sau respirație diminuată în cazul rezecțiilor pulmonare

## 2. Examen paraclinice:

- ❖ Analiza sângelui roșu: scăderea Hb și eritrocitelor, anemie hipocromă, anizocitoză, poekilocitoză. În mediu, la bolnavi s-a evidențiat o scădere a valorilor timp de 40 min – 2 ore după operație cu aproximativ 10 – 15 unități a cifrelor Hb și  $1 - 1,5 \times 10^{12}$  a eritrocitelor, astfel valorile înainte de retoracotomie atingând valori minime de aproximativ 64 – 80 mmol/l a Hb, iar Et:  $2 - 2,2 \times 10^{12}/l$ .
- ❖ Cantitatea sângelui eliminat prin tuburile din cavitatea pleurală: pierderea de sânge de 80 - 100 ml pe oră, în medie, pentru primele 4-7 ore, sau 700 - 1500 ml în 24 de ore după intervenție chirurgicală.
- ❖ Radiografia toracică: la toți bolnavii era prezentă opacitate totală sau subtotală pe partea intervenției chirurgicale. În favoarea prezenței cheagului intrapleural pleda: opacitatea care confluează cu opacitatea mediastinului, cordului, cu sau fără diafragm sau cu opacitatea dată de lichidul din cavitatea pleurală.

Perioadele de timp de la prima intervenție chirurgicală până la retoracotomie sunt prezentate în fig.5.



**Fig. 5.** Segmentele de timp de la operație până la retoracotomie

Din 18 pacienții (85,71%) cu retoracotomie, în primele 2 – 16 ore au fost reoperați 10 bolnavi (55,55 %). Patru pacienți (22,22%) au fost luați la reintervenție chirurgicală peste 24 ore, iar restul 4 bolnavi (22,22%) peste 3 – 5 zile.

Scopul principal al retoracotomiei a constat în stabilirea sursei hemoragiei, alegerea metodei de hemostază și înlăturarea sângelui și/sau cheagurilor acumulate în cavitatea pleurală.

Sursa hemoragiei intrapleurale în timpul retoracotomiei la 10 bolnavi (47,61%) nu a fost depistată. În 5 cazuri (23,80%) hemoragia a fost din vasele intercostale. La 2 pacienți (9,52%) hemoragia a fost din pleura parietală. Mai rar a fost hemoragia din artera toracică internă depistată la un bolnav (4,76%). Hemoragia intraoperatorie a fost la un bolnav (4,76%) din cauza întretăierii venei pulmonare de către ligatura. La 2 dintre pacienți s-au identificat câte 2 surse de hemoragie: la unul (4,76%) - întretăierea arterei pulmonare de către ligatură în timpul primei intervenții chirurgicale și postoperator bontul venei pulmonare identificată la retoracotomie, iar la altul (4,76%) vasele intercostale și bontul venei pulmonare stabilite la retoracotomie.

Hemoragia în general este o complicație precoce postoperatorie și poate fi depistată prin scurgerea sângelui prin tuburile plasate în cavitatea pleurală. Totodată aceasta contribuie și la stabilirea algoritmului de diagnostic individual pentru fiecare bolnav cu hemoragie intrapleurală.

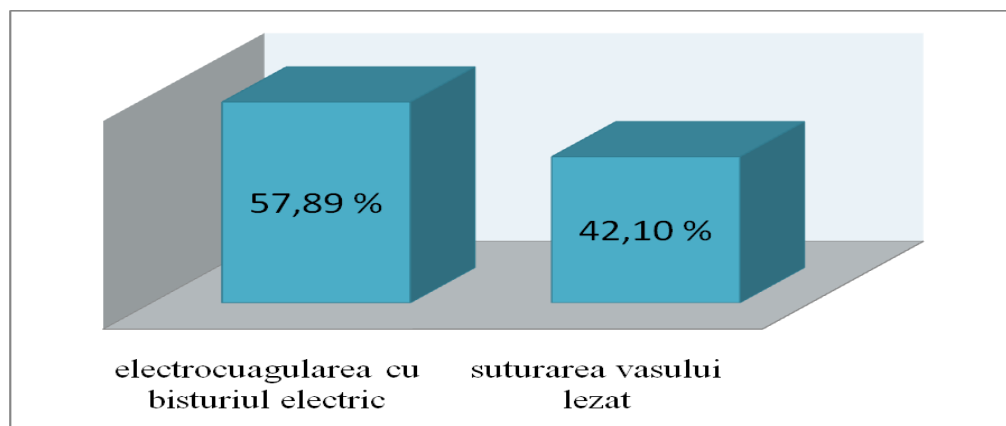
Sânge lichid în cavitatea pleurală a fost depistat la 8 bolnavi (38,09%), dintre care la 4 pacienți (19,04 %) în cantitate de la 300 până la 500 ml, la alții 2 (9,52 %) – de la 1000 până la 1100 ml, și la restul 2 bolnavi (9,52 %) volumul de sânge pierdut a fost între 2500 – 5500 ml.

Cheaguri de sânge intrapleurale au fost depistate la 4 pacienți (19,04%): la 2 bolnavi (9,52 %) – 600 ml, iar la ceilalți doi câte 400 și respectiv 700 ml.

Atât cheaguri cât și sânge lichid s-a identificat la 9 pacienți (48,52 %): în 5 cazuri (23,80%) volumul era 200-300 ml sânge și 300-400 ml cheag, la 3 bolnavi (14,28%) limitele volumului au fost 300-500 ml sânge și 700 cheag. La un bolnav (4,76%) sânge a fost găsit în cantitate de 4500 ml iar cheag – 250 ml.

Metodele chirurgicale de hemostază au fost aplicate la 19 pacienți (90,47%), la doi bolnavi (9,52 %) nu a fost posibil de stopat hemoragia, care a fost masivă și nu s-a reușit cu retoracotomia și ca rezultat bolnavii au decedat.

Metodele chirurgicale de hemostază folosite la pacienții cu hemoragii intrapleurale sunt ilustrate în figura 6.



**Fig. 6.** Metodele de hemostază

Drept metode de hemostază pentru stoparea hemoragiilor intra- și/sau postoperatorii au fost folosite: electrocuagularea cu bisturiul electric care a fost aplicată la 11 pacienți (57,89 %), și suturarea vaselor lezate fiind utilizată la 8 bolnavi (42,10 %).

Evoluția stării bolnavilor după intervenții chirurgicale a fost diferită de la caz la caz. Nouă (42,86%) din 21 pacienți cu hemoragii intra- și/sau postoperatorii au decedat. Perioadele de timp în care a survenit decesul bolnavilor sunt descrise în tabelul 2.

Tabelul 2

Perioadele de timp în care a survenit decesul bolnavilor

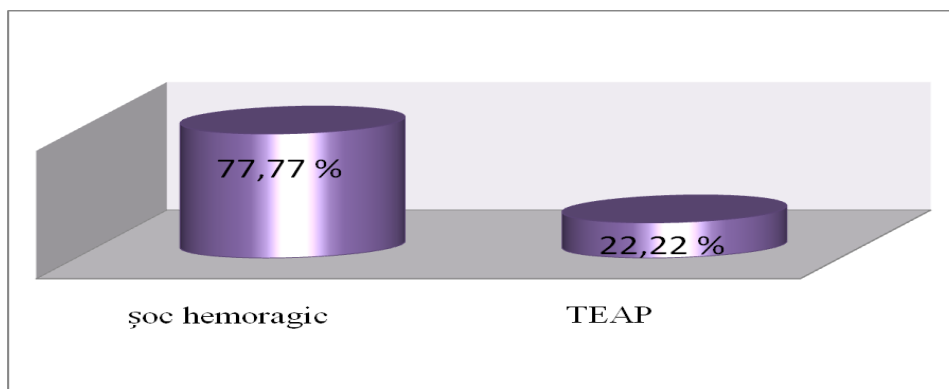
Indicator	Pneumonectomie/ lobectomie				Retoracotomie				Total	
	Intraoperator		Postoperator		Intraoperator		Postoperator			
Deces	Nr	%	Nr	%	Nr	%	Nr	%	9	100
	1	11,11	2	22,22	1	11,11	5	55,55		

După prima operație decesul a survenit la 3 pacienți (33,33%), iar după retoracotomie – 6 bolnavi (66,66%).

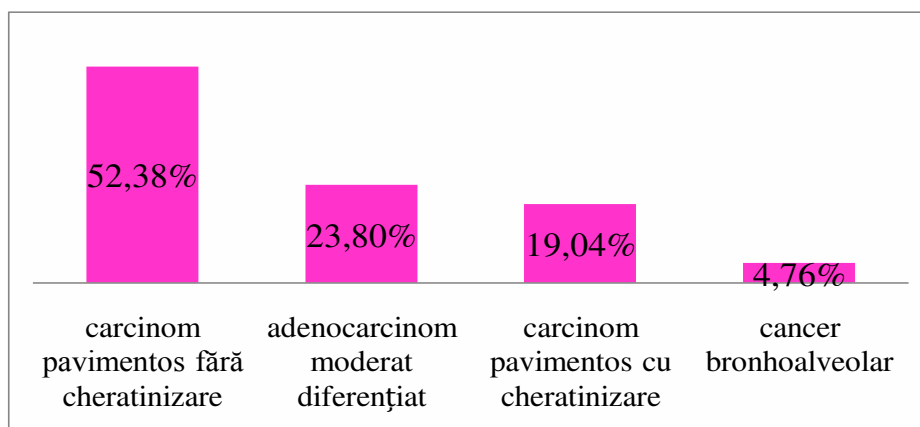
Cauzele deceselor sunt prezentate în figura 7.

Șocul hemoragic a fost cauză a decesului la 7 pacienți (77,77%), urmată de TEAP la 2 bolnavi (22,22 %).

Intervenția chirurgicală oferă de fiecare dată posibilitatea de a confirma morfologic diagnosticul. Rezultatul examenului histologic este prezentat în figura 8.



**Fig. 7.** Cauza decesului



**Fig. 8.** Rezultatele examenului histologic

Carcinomul pavimentos fără cheratinizare a fost stabilit cel mai frecvent – 11 pacienți (52,38%) urmat de adenocarcinom moderat diferențiat – 5 bolnavi (23,80%) și carcinomul pavimentos cu cheratinizare în 4 cazuri (19,04%). Mai rar a fost semnalat tipul de cancer bronhoalveolar – la doar un bolnav (4,76%).

### Concluzii

1. Rata hemoragiilor intra- și/sau postoperatorii la bolnavii cu cancer pulmonar în dependență de volumul operației a fost mai mare după pneumonectomie – 76,19 %, urmată de lobectomie 23,81 %.
2. Hemoragiile intra-și/sau postoperatorii la bolnavii cu cancer bronhopulmonar au fost din următoarele surse: vase intercostale, pleura parietală, întretăierea de către ligatură a arterei și venei pulmonare și bontul venei pulmonare
3. Metodele diagnostice utilizate în depistarea hemoragiilor intrapleurale postoperatorii la bolnavii cu cancer pulmonar au fost: datele obiective, analiza sângelui roșu, volumul sângelui eliminat prin tuburile din cavitatea pleurală, și radiografia toracică.
4. Au fost evaluate metodele chirurgicale întreprinse pentru stoparea hemoragiilor intra- și/sau postoperatorii cum ar fi electrocoagularea cu bisturiul electric și suturarea vasului lezat.

### Bibliografie

1. **Bădiță M., Baran T., Koske M.** // Statistica, București, 1998,380p.
2. **Board PG, Losowsky MS, Miloszewski KJ.** Factor XIII: Inherited and acquired deficiency. Blood Rev. 1993, 7: 229-242.
3. **Blanchette VS, Sparling C, Turner C.** Inherited bleeding disorders. Baillieres Clin Haematol. 1991, 4: 291-332.



4. **De Pierre A., Milleron B., Moro-Sibiot D.** et al. Preoperative chemotherapy followed by surgery compared with primary surgery in resectable stage I (except T1N0), II and IIIA non-small-cell lung cancer // J. Clin. Oncol. 2002. Vol. 20. pag. 247–253.
5. **Ghidirim N.** Dicționar explicativ de oncologie. Chișinău 2005. – pag 543.
6. **Martalog V., Cernat V., N. Ghidirim și alții.** Cancerul bronhopulmonar. Chișinău, 2009, 48 p.

## **ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL AL TIMOMULUI MEDIASTINAL**

**Valentin Martalog, Elena Șchiopu, Larisa Draguțan, Svetlana Martalog, Igor Usturoi**  
Catedra Hematologie, Oncologie și Terapie de Campanie, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *The diagnostic and surgical aspects of mediastinal thymoma*

The study presents the results of investigations and surgical treatment of 49 patients with mediastinal thymoma. It describes the main methods used for diagnostics of mediastinal thymoma. It was established that in 29% of mediastinal thymoma cases there was myasthenic syndrome. The study presents the surgical access ways and the types of surgery performed in cases of mediastinal thymoma. Morphological verification revealed the spectrum of mediastinal thymomas. Benign thymoma was found in 73,47% of cases, malignant thymoma – in 18,36% of cases and thymic cancer at 8,16% of patients.

### **Rezumat**

Studiul prezintă rezultatele investigațiilor și tratamentului chirurgical a 49 de pacienți cu timom mediastinal. Sunt descrise metodele principale în diagnosticul timomului mediastinal. S-a stabilit că în 29% din cazuri timomul mediastinal a decurs cu sindromul miastenic. Sunt prezentate căile de acces chirurgical și tipurile de operații efectuate în timomul mediastinal. Verificarea morfologică a permis stabilirea spectrului timoamelor mediastinale. Timomul benign a fost depistat în 73,47% din cazuri, timomul malign – 18,36% și cancerul timic la 8,16% de pacienți.

### **Actualitatea temei**

Termenul de timom a fost propus pentru prima dată de Grandhomme și Scminke în anul 1900 pentru toate tumorile timusului. În prezent termenul de timom este utilizat doar la tumorile care se dezvoltă din celulele epiteliale a timusului. [1,6]

Timomul mediastinal alcătuiește 20-25% din toate tumorile mediastinului și se întâlnește preponderent în porțiunea superioară a mediastinului anterior. Tumora este depistată mai frecvent la adulți, apogeul fiind în decada a patra, a cincea a vieții. În măsura egală afectează bărbații și femeile. De obicei timomul mediastinal crește lent, dar se poate extinde spre pleură, pericard și vase sangvine mari. [2,3,6,7]

Manifestările clinice ale timomului mediastinal depind de tipul histologic, activitatea endocrină a tumorii, caracterul creșterii și dimensiunile ei. De la 1/3 până la 1/2 pacienți timomul decurge asimptomatic fiind depistat în timpul unui examen radiologic profilactic. Inițial timomul decurge fără manifestări clinice iar durata acestei perioade depinde de localizarea, dimensiunile, caracterul tumorii (benignă, malignă) viteza de creștere și comprimarea structurilor mediastinului (2,3,4,7).

În 40% din cazuri timomul mediastinal decurge cu sindromul miastenic. Clinic miastenia gravis se manifestă prin două forme: oculară și generalizată. Miastenia gravis este o afecțiune relativ rară autoimună a nervilor periferici, în care se formează anticorpi împotriva receptorilor