

Se poate de menționat o tendință de îmbunătățire a diagnosticului în stadiul I și II, care a constituit în anul 2014 - 45%. Depistarea precoce a cancerului renal în stadiul pT1a a permis implementarea în Republica Moldova a intervențiilor organ-menajate (nefrectomie parțială).

În concluzie se poate de menționat că patologia

oncologică în Republica Moldova în ultimii 15 ani este în creștere constantă. Managementul cu implementarea metodelor noi de diagnostic a sporit semnificativ rata pacienților cu tumori a sistemului urinar depistați în stadiile precoce, ceea ce permite ameliorarea rezultatelor tratamentului și a îmbunătăți calitatea vieții pacienților.

Bibliografie

1. Arnold M, Karim-Kos HE, Coebergh JW, et al. Recent trends in incidence of five common cancers in 26 European countries since 1988: Analysis of the European Cancer Observatory. Eur J Cancer 2013 Oct 8. pii: S0959-8049(13)00842-3.
2. Cancer Registrul Republicii Moldova.
3. Ferlay J, Steliarova-Foucher E, Lortet-Tieulent J, et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer 2013 Apr;49(6):1374-403.
4. Lindblad P. Epidemiology of renal cell carcinoma. Scand J Surg 2004;93(2):88-96.
5. Lipworth L, Tarone RE, McLaughlin JK. The epidemiology of renal cell carcinoma. J Urol 2006 Dec;176(6 Pt 1):2353-8.
6. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2013. CA Cancer J Clin 2013 Jan;63:11-30.
7. World Cancer Report 2014 Edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild ISBN 978-92-832-0429-9.

TUMORILE RENALE ȘI SARCINA

Ana-Maria Mustea, Alexandru Piterschi

IMSP Institutul Oncologic

Rezumat

Deși sunt rare la gravide, neoplazmele renale sunt problematice în plan diagnostic și curativ. Din motivul informației insuficiente în literatura de specialitate, strategia de tratament optimal este încă controversată. Considerăm că experiența noastră în conduita conservatoare în timpul sarcinii, nașterea pe căi naturale și tratamentul chirurgical organomenajant (neferctomie parțială), va contribui la cunoașterea și tratamentul mai bun a acestor tumori rare la gravide.

Cuvinte cheie: tumori renale, angiomiolipom, sarcina

Summary

Renal tumours during pregnancy

Neoplasms are rare in pregnant women, however they are always a challenging diagnostic and curative problem. Optimal management is still controversial because there are very few cases reported in the literature. We expect that the case of our patient, who delivered her baby vaginally and underwent definitive treatment (partial nephrectomy) thereafter, to further enhance the knowledge about the management of these rare tumors during pregnancy.

Key words: renal tumours, angiomyolipoma, pregnancy

Introducere

Incidența tumorilor sistemului urinar este de 1 la 1000 de sarcini. Astfel de simptome a tumorilor urinare ca hematuria, durerea lombară și hipertensiunea arterială, pot fi confundate cu alte patologii mai comune cum ar fi cistita, pielonefrita, eminența de avort spontan, preeclampsia.[1] Deși depistarea tumorilor renale în timpul sarcinii cel mai frecvent are loc incidental, în urma unor investigații de rutină, apariția simptomelor sus numite justifică o evaluare urologică aprofundată. Posibilitățile de evaluare în timpul sarcinii sunt limitate de riscul de iradiere a fătului în timpul investigațiilor radioimagistice. Astfel la pacientele gravide la care va apărea necesitatea de a utiliza metode radiologice de diagnostic, va fi luat în considerație riscul matern și fetal. Expunerea la radiații trebuie evitată, cu excepția cazului când investigația va avea un impact major asupra sănătății mamei, iar informațiile relevante nu pot fi obținute în orice alt mod. Cel mai frecvent în diagnosticul tumorilor renale în timpul sarcinii sunt utilizate ecografia și rezonanța magnetică nucleară (RMN). Tratamentul

depinde de tipul tumorii și termenul de gestație. Planificarea tratamentului urmează a fi discutată cu pacientul, mama trebuie să cunoască riscurile asupra sănătății fetale a tratamentului imediat și riscurile tratamentului amânat, pentru sănătatea ei.

Angiomiolipomul (AML) reprezintă a doua cauză ca și frecvență a tumorilor renale în timpul sarcinii, întîietatea fiind cedată cancerelor renale. AML este o tumoare mezenchimală benignă compusă din proporții diferite de țesut adipos, celule fuziforme și musculare netede epitelioide și vase sangvine cu perete gros anormal. [2] Până la 80% din AML sunt sporadice și nu sunt asociate sindroamelor genetice, restul cazurilor sunt asociate sclerozei tuberoase și limfangioleiomiomatozei sporadice. Inițial AML erau considerate ca tumori cu origine din proliferarea abnormală din țesuturile prezente în rinichi și erau clasificate ca hamartoame. Astăzi se consideră că ele aparțin unei familii de neoplasme numite – tumori epitelioide perivasculare ce apar din proliferarea clonală a celulelor epitelioide distribuite în jurul vaselor sanguine. [3]

AML sporadice, cel mai frecvent, în stadiile inițiale sunt

asimptomate, au un debut imperceptibil și o creștere lentă. Creșterea tumorii în dimensiuni poate duce la apariția durerilor lombare cu caracter surd, disconfortului și senzației de distensie abdominală. În cazuri rare AML pot duce la rupturi spontane cu hemoragii masive și stare de șoc, aceasta se întâlnește mai frecvent la tumori ce depășesc 4 cm. Sîngerarea retroperitoneală este un element clinic sugestiv pentru AML. În literatura de specialitate au fost descrise cazuri sporadice de hemoragie retroperitoneala masivă și șoc în timpul sarcinii. [4]

Diagnosticul AML este imagistic. Ecografic AML apar ca niște leziuni hiperecogene, în general această tumoare este considerată ca fiind cea mai ecogenică din toate leziunile renale. [5] Cu toate acestea, pînă la 47% din cancerele renale pot conține elemente hiperecogene, dar și AML de multe ori nu prezintă umbre acustice. RMN permite un studiu complet al angiomiolipomului renal. Grăsimea tumorală se traduce printr-un înalt semnal caracteristic. Vasele intra și peritumorale se disting ușor de componentele grăsoase. [6] AML cu conținut scăzut de țesut adipos pot crea dificultăți în diagnostic și induc necesitatea efectuării biopsiilor renale.

Opțiunile terapeutice includ excizia laparoscopică sau deschisă, cu nefrectomie totală sau parțială, crioablația, ablația prin radiofrecvență sau embolizarea. [7]

De obicei sunt tratate AML ce depășesc 4 cm înaintea sarcinii. AML ce nu au fost diagnosticate anterior sarcinii pot fi tratate conservator prin observație dacă pacienta este asimptomatică sau stabilă hemodinamic. [8] Au fost raportate cazuri de naștere vaginală la pacientă cu ruptură spontană de AML ce a fost monitorizat conservator. [9] În cazurile cînd persistă hemoragia ce duce la instabilitate hemodinamică este recomandată embolizarea selectivă a arterelor renale.

Scop: De a prezenta experiența noastră în conduita unei paciente cu tumoare renală diagnosticată în timpul sarcinii.

Material și metode

O pacientă de 37 ani, diagnosticată cu angiomiolipom renal la termenul de 8 săptămîni de gestație a fost monitorizată în timpul sarcinii și tratată chirurgical la 6 luni după naștere.

Rezultate

Pacienta M. în vîrsta de 37 ani, a fost diagnosticată cu formațiune de volum al rinichiului stîng la termenul de 8 săptămîni de sarcină (a doua sarcină a doua naștere). Complet asimptomatică, tumoarea a fost depistată în urma unui control ultrasonografic, care a evidențiat o formațiune de volum localizată la polul inferior al rinichiului stîng, solidă, neomogenă cu ecogenitate sporită și dimensiunile de 13,3 cm x

8,7 cm (Figura 1). La ultrasonografia fetală nu au fost depistate schimbări patologice. Probele de sînge și urină au fost în limitele normelor.

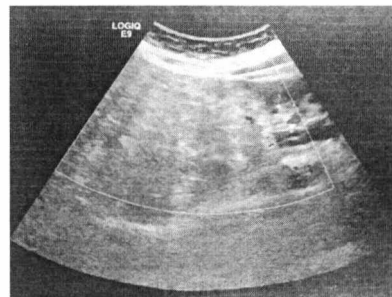


Figura 1. Aspect ultrasonografic al tumorii renale

Pentru confirmarea diagnosticului a fost efectuată rezonanța magneto nucleară, care a depistat o formațiune de volum de 10 x 10 x 8,8 cm cu contururi nete, bine delimitate, marcată prin semnal heterogen hiperintens în tehnicile T1w și T2w și moderat hipointens în tehnica cu supresiune de grăsimi și traversat de sectoare cu lipsă de semnal în contra-fază. (Figura 2)

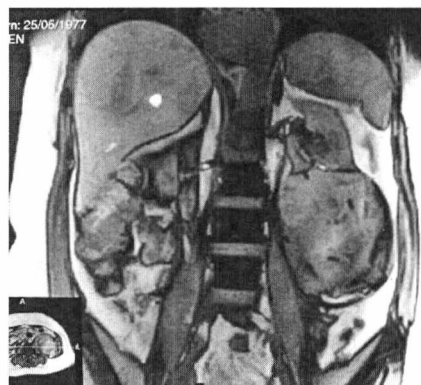


Figura 2. Aspect RMN

Pentru stabilirea diagnosticului morfologic și aprecierea conduitei, a fost luată decizia de a efectua biopsie ecoghidată a tumorii, în urma căreia a fost confirmat diagnosticul de angiomiolipom renal.

Pacienta a fost informată despre eventualele riscuri, dar a insistat asupra continuării sarcinii și monitorizării tumorii. Sarcina a decurs bine, pacienta a născut la termen, pe căi fiziologice, travaliul a decurs fără particularități.

La patru luni după naștere a fost efectuată tomografie computerizată a abdomenului care a constatat mărirea în dimensiuni a tumorii pînă la 14 x 11 x 13,5 cm. (Figura 3)

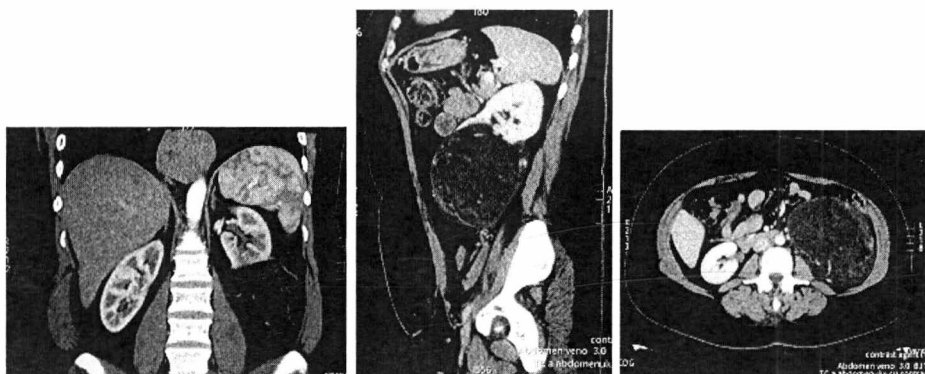


Figura 3. Aspect CT

La șase luni după naștere a fost efectuat tratament chirurgical în volum de nefrectomie parțială pe stînga. Intraoperator a fost depistată o tumoare masivă cu creștere din polul inferior al rinichiului stîng. (Figura 4)



Figura 4. Aspect intraoperator

Ca și metodă de hemostază a fost efectuată clamparea polului inferior al rinichiului stîng cu pensa Satinski. (Figura 5). Sutura parenchimului renal a fost efectuată în fir continuu. (Figura 6)



Figura 5. Clamparea polului inferior al rinichiului stîng cu pensa Satinski



Figura 6. Aspect final al nefrectomiei parțiale

Tumoarea a fost excizată în întregime, pînă la marginea macroscopică a țesuturilor sănătoase. (Figura 7) Examenul histopatologic postoperator a prezentat un angiomiolipom renal cu dimensiunile de 15 x 11 x 14 cm. Evoluția postoperatorie a fost fără particularități, pacienta fiind externată la a 5-a zi.



Figura 7. Macropreparat

Discuții

Neoplazmele sunt rare la gravide, dar incidența lor este în creștere. Aceste schimbări pot fi facilitate de cîțiva factori: în primul rînd, vîrsta medie a femeilor gravide, este în creștere. În al doilea incidența generală a malignităților este în creștere, în al treilea, diagnostic avansat înseamnă în special depistarea ultrasonografică, prenatală a tumorilor asimptomatice. Foarte puține dintre tumorile din timpul sarcinii se manifestă prin triada clasică de hematurie, dureri în flanc și prezența masei tumorale palpabile. [10] În zilele noastre tumorile sunt mai frecvent depistate în stadii timpurii, pînă la apariția semnelor clinice. [11,12]

În peste 25% cazuri, AML renale conțin receptori pentru estrogen și progesteron [13], de aceea se consideră că ele pot crește în timpul sarcinii sau sub influența contraceptivelor orale. Simptomele bolii pot apărea în această perioadă la pacenți anterior asimptomatici. În cazul paciente noastre, la momentul stabilirii diagnosticului, tumoarea deja avea dimensiuni impresionante, dar prezența ei nu ducea la apariția semnelor clinice, din acest motiv a fost aleasă tactica conservativă. Molina și coautorii [14] de asemenea recomandă monitorizarea pacientelor asimptomatice, în special în timpul sarcinii. Noi suntem de acord cu autorii ce recomandă tactica conservativă în timpul sarcinii și nașterea pe căi naturale.[9] Decizia de tipul de naștere se face în baza indicațiilor obsterticale, pentru că nașterea prin cesariană nu reduce riscurile de ruptură spontană.

În literatura de specialitate nu există un consensus privitor la durata monitorizării acestor pacenți, dar se recomandă efectuarea contoralelor mai frecvente pe motivul prezenței riscurilor de rupturi spontane.

Concluzii

Deși sunt rare la gravide, neoplazmele renale sunt problematice în plan diagnostic și curativ. AML renale pot rămîne asimptomatice pe parcursul sarcinii chiar dacă cresc în dimensiuni. Diagnosticul cel mai frecvent este în baza RMN, dar în cazuri selecte poate fi necesară biopsia tumorii. Recomandăm conduita conservatoare și nașterea pe căi naturale, dar din motivul informației insuficinate în literatura de specialitate, strategia de tratament urmează a fi individualizată. Intervenția chirurgicală de preferință este nefrectomia parțială.

Bibliografie

1. HENDRY WF. Management of urological tumors in pregnancy. Br J Urol 1997;80(Suppl 1):24-8.
2. WHO Classification of Tumours, vol.7: Pathology and Genetics - Tumours of the Urinary System and Male Genital Organs, Lyon, IARCPress, 2004.

3. BISSLER JJ, KINGSWOOD JC. Renal angiomyolipomata. *Kidney Int* 2004 ;66 : 924 – 34
4. LEWIS EL, PALMER JM. Renal angiomyolipoma and massive retroperitoneal hemorrhage during pregnancy. *West J Med* 1985;143(5):675–6.
5. NELSON CP, SANDA MG. Contemporary diagnosis and management of renal angiomyolipoma. *J Urol* 2002 ;168 : 1315 – 25
6. IOIART I. *Urologie*; 2002, pag 130
7. MORALES JP, GEORGANAS M, KHAN MS, ET AL. Embolization of a bleeding renal angiomyolipoma in pregnancy: case report and review. *Cardiovascular Interventional Radiology* 2005;28(2):265–8.
8. KHAITAN A, HEMAL AK, SETH A, ET AL. Management of renal angiomyolipoma in complex clinical situations. *Urol Int* 2001;67(1):28–33.
9. TANAKA M, KYO S, INOUE M, ET AL. Conservative management and vaginal delivery following ruptured renal angiomyolipoma. *Obstet Gynecol* 2001; 98:932–3.
10. WALKER JL, KNIGHT EL. Renal cell carcinoma in pregnancy. *Cancer*. 1986; 58: 2343–2347.
11. RADOPOULOS D, DIMITRIADIS G, GOLOGINAS P, TAHMATZOPOULOS A, KOTAKIDOU R. Solitary multilocular cystic renal cell carcinoma in adults: diagnostic problems, pathological features and treatment. *Scand J Urol Nephrol*. 2009; 43: 84–87.
12. CEGŁOWSKA A, MICHALSKI A. Renal cell carcinoma during pregnancy. *Gin Pol*. 2004; 75: 145–149.
13. OHORI NP, YOUSEM SA, SONMEZ-ALPAN E, COLBY TV. Estrogen and progesterone receptors in lymphangioliomyomatosis, epithelioid hemangioendothelioma, and sclerosing hemangioma of the lung. *Am J Clin Pathol* 1991;96:529-35
14. ILLESCAS MOLINA T, MONTALVO MONTES J, CONTRERAS CECILIA E, MUNOZ MUNIZ MDEL M, GONZALEZ GONZALEZ A, HERRAIZ MARTINEZ MA. Angiomyolipomas, tuberous sclerosis and pregnancy. *Ginecol Obstet Mex* 2009;77:380-6.

MANAGEMENTUL MEDICO- CHIRURGICAL ÎN UROPATIILE MALFORMATIVE LA COPII

Bernic Jana¹, Curajos Boris¹, Dzero Vera¹, Roller Victor², Revenco Adrian², Celac Victoria³, Curajos Anatol³, Bernic Valentin⁴

¹ *Catedra chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică*

² *Laboratorul Infecții Chirurgicale la copii*

³ *IP USMF „Nicolae Testemițanu” Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”, IMSP IM și C*

Rezumat

Autorii prezintă experiența personală referitoare la diagnosticul și tratamentul uropatiilor malformative la copii pe grupele de patologie ca hidronefroza, refluxul vezico-ureteral la copii.

Summary

Medical surgical management in malformative uropathies in children

The authors describe their experience concerning the diagnosis and treatment of malformative uropathies in children on groups of pathology as hydronephrosis, vesico-ureteral reflux in children.

Introducere. Uropatiile malformative a căilor urinare superioare se întâlnesc cu o frecvență de 7,5 la 10.000 nou-născuți cu o predominare netă a hidronefrozei. Etiologia afecțiunilor malformative este insuficient cunoscută și controversată. Marea majoritate a autorilor le clasifică în categoria celor generate de procese disemбриoplazice. La momentul actual grație dezvoltării spectaculoase a imagisticii, în special al ecografiei sistemului urinar și monitorizării intrauterine la diferite etape a embriogenezei, putem depista uropatia renală începând cu a 15 săptămână, iar mai apoi la a 25-27 și la a 34-35 săptămână de gestație [5]. În 80 % din cazuri anomaliile fetale renale se manifestă prin obstrucția joncțiunii pieloureterale cu dilatarea sistemului colector renal [1]. Cu toate că dilatarea bazinetului și calicelor în perioada intrauterină se înregistrează destul de frecvent - 1 la 800 embrioni, postnatal acest indice are o frecvență de 1 la 1500 nou-născuți [2]. Incidența refluxului vezico-ureteral este de 25 – 30 % din toate uropatiile malformative la copii [3], cu o prevalență la băieți, raportul fiind 6 la 1 până la vârsta de 3 ani – mai apoi, cu predilecție la fetițe [4]. Există motive importante pentru a cunoaște aceste uropatii malformative, deoarece destul de frecvent sunt asimptomatice, pun adeseori

probleme de diagnostic clinicianului, radiologului și pot fi stabilite numai atunci când se asociază complicațiile (infecția, urolitiază, insuficiență renală cronică, etc.).

Scopul studiului este de a stabili cât de mult influențează uropatiile malformative cât și sistemele celulare în asocierea procesului inflamator renal la copii.

Material și metodă. Cercetarea se bazează pe o experiență de 2 ani (2012 – 2014) evaluată pe 754 copii, dintre care 387 copii cu hidronefroza, gradul I, II, III și IV, și 367 copii cu reflux vezico-ureteral gradul I, II, III, IV, V. Repartiția pe sexe a indicat o prevalență a sexului masculin - 387 băieți, față de cel feminin - 367. Indicele de masă corporală a fost cu o medie de 6,8 kg. Diagnosticul a inclus manifestările clinice, markerii de laborator, unii din ei special selectați. Varietatea formelor clinice a cuprins copii cu vârstele 0-18 ani, fapt ce a creat o paletă semiotică vastă și o posibilitate de a evalua nu numai uropatiile malformative dar și fenomenul inflamator. Au fost evaluate teste ale funcției renale, diagnostic imagistic (ecografia sistemului urinar, urografia intravenoasă, cistouretrografia micțională,