

TERATOMUL SACROCOCCIGIAN LA COPIL. (CAZ CLINIC)

^{1, 2} **Veaceslav BOIAN**, dr. șt. med., șef laborator

^{1, 2} **Olesea UTCHINA**, cercetător științific

¹ **Andrei DRAGANEL**, cercetător științific

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul științific de corecție chirurgicală a viciilor congenitale la copii

² Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Rezumat. Teratomul sacrococcigian este cel mai des întâlnit neoplasm din perioada neonatală. În articol în baza unui caz clinic se analizează problema recurenței teratomului sacrococcigian și importanța evaluării sechelelor funcționale la diatanță.

Cuvinte-cheie: teratoma sacrococcigiană, neoplasm, recidiva tumorii, rezultate funcționale

Summary. Sacrococcygeal teratoma in children.

The sacrococcygeal teratoma is the most common neoplasm in neonatal period. The article on the basis of a clinical case analyzes the problem of recurrence of the sacrococcygeal teratoma and the importance of evaluation the functional sequelae.

Key-words: sacrococcygeal teratoma, neoplasm, functional outcomes, tumor recidive

Резюме. Сакрококцигеальная тератома у детей

Сакрококцигеальная тератома является самым часто встречаемым новообразованием в неонатальном периоде. В статье на базе одного клинического случая анализируется проблема рецидива крестцово-копчиковой тератомы и важность исследования функциональных результатов.

Ключевые слова: сакрококцигеальная тератома, новообразование, функциональные результаты, рецидив опухоли

Introducere. Teratomul sacrococcigian (TSC) este o tumoră rară, cu o incidență de 1:35000/1:40000 de nou-născuți vii. TSC este cel mai des întâlnit neoplasm din perioada neonatală. Mai frecvent sunt afectate fetele, raportul fete:băieți fiind 3-4:1. În 70% din cazuri, tumora este reprezentată de o formă benignă - teratom matur, rezectabil după naștere [1]. În pofida tratamentului

chirurgical radical rata de recurență a TSC, conform datelor de literatură, variază între 7,5% și 22% [2,3,4], fiind mai frecventă la teratoamele de dimensiuni mari [5].

Deși diagnosticul și tratamentul TSC este bine codificat, observația pe care o prezentăm ilustrează faptul că evoluția postoperatorie este greu de prognozat, necesitând monitoring etapizat.

Caz clinic. Pacienta de sex feminin, născută cu teratom sacrococcigian, de la sarcina II , nașterea II, monofetală, la termenul de gestație 39-40 s.g, prin operație cezariană planică, prezentație craniană, de la mamă cu TORCH-infecție (chlamidioză), date antropometrice: greutatea 3800 g, talia 54 cm, perimetrul craniului - 36 cm, perimetrul toracelui - 34 cm, scorul Apgar 8/8.



Figura 1 Inspecția locoregională la internare: prezența unei formațiuni tumorale majore în regiunea sacrococcigiană cu deformarea regiunii anale

Teratomul sacrococcigian a fost suspectat în baza screeningului prenatal la examenul USG efectuat la vârsta de 20 săptămâni de gestație. Părinții au decis să păstreze sarcina. Luând în considerație dimensiunile mari a tumorii, nașterea a fost prin operația cezariană programată.

La 24 ore după naștere copilul s-a transferat în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu", internat în secția de RTI Chirurgicală.

În clinică pacientul a fost examinat paraclinic multilateral, atât cu scop de concretizare a diagnosticului, cât și cu scop de a exclude unele eventuale malformații concomitente la nivelul altor sisteme și organe. Menționăm că în calitate de malformație concomitentă, a fost identificată - hidronefroză pe

stinga. Patologie din partea sistemului cardiovascular și sistemului nervos central nu a fost depistată.

În baza examenului prin rezonanță magnetică nucleară (RMN) s-a diagnosticat TSC tip II după Altman (fig.2).

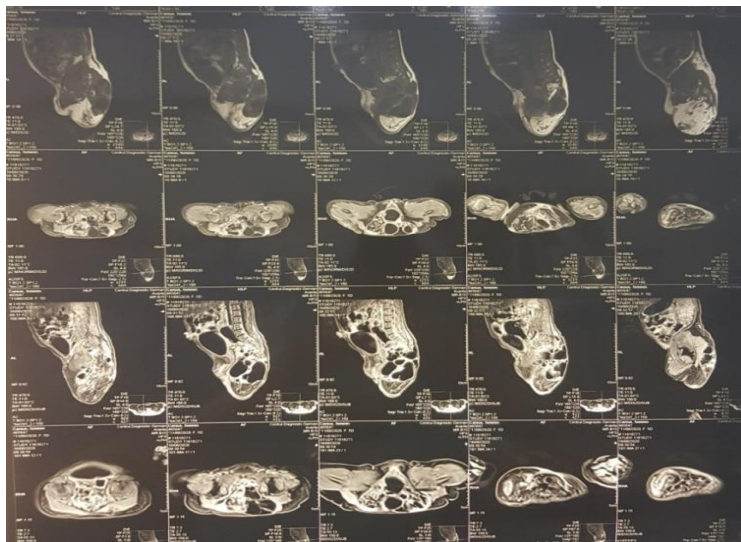


Figura 2 Examenul prin rezonanță magnetică nucleară

După o pregătire preoperatorie, la vârsta de 18 zile, s-a intervenit chirurgical. Calea de acces aleasă a fost cea sacrococcigiană. Incizia efectuată prin metoda Chevron (fig. 3 A). Ulterior s-a efectuat excizia tumorii în limitele țesuturilor intacte, precum și coccisectomia (fig. 3 B).

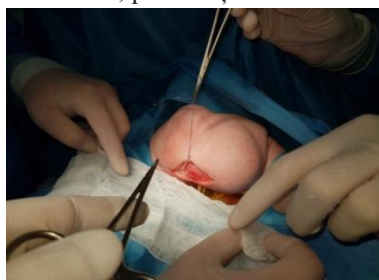


Figura 3 A - Incizia Chevron. B - Excizia tumorii sacrococcigiene

Dimensional tumora excizată corespundea cu datele prezentate de RMN (fig.4). Examenul histopatologic a relevat TSC matur cu reziduri de falangă, iar segmentele chistice includeau: chist dermoid, tesuturi nervoase mature, chisturi tapetate cu epiteliu tranzitoriu și prizmatic, țesut limfocitar.



Figura 4 Aspectul macroscopic al TSC excizat

Deși, din punct de vedere macroscopic s-ar părea că tumora a fost înlăturată total, la 6 luni postoperator se apreciază recurența TSC, cu o creștere expansivă și deformarea regiunii sacrococciene (fig.5).



Figura 5 Recurența TSC

Examenul paraclinic multilateral a confirmat recurența TSC de tip II după Altman. La reintervenția chirurgicală s-a efectuat repetat excizia tumorii în limitele tesuturilor intacte (fig.6). Examenul histomorfologic repetat a relevat celule diferențiate benigne.



Figura 6 Reexcizia tumorii sacrococcigiene

Discuții. Privind cazul dat prin prisma cunoștințelor contemporane se cere conștientizarea cauzei recidivei. Recurența TSC poate fi atribuită mai multor factori, printre care pe prim plan se situează: rezeckia incompletă a tumorii; neexcizia osului coccis în bloc cu tumora; scurgerea conținutului din componentul chistic al tumorii și nedetectarea componentelor maligne în cadrul examenului histomorfologic. În acest context eroarea în examenul histomorfologic se exclude, deoarece rezultatul primit în cadrul reexamenării tumorii recidivate deasemenea este benign. Analiza tehnicii chirurgicale primare relevă excizia coccisului în bloc cu formațiunea tumorală, iar dimensiunile formațiunii excizate corespunde cu cea apreciată în baza examenului paraclinic. Astfel cea mai probabilă cauză a recidivei poate fi lezarea intraoperatorie a segmentului cu formațiuni chistice și scurgerea conținutului acestora.

Postoperator copilul s-a prezentat la control lunar, înregistrându-se o evoluție fără particularități. O atenție deosebită s-a atras rezultatelor funcționale perineale postrezeckionale a TSC. Sunt bine cunoscute posibilele sechele funcționale, care includ incontinența fecală și urinară; dereglări de motilitate la nivelul colonului distal; slăbiciunea funcțională la nivelul membrelor inferioare și disfuncțiile sexuale. Cauzele probabile ale acestor disfuncții pot fi presiunea formațiunii tumorale asupra nervilor și plexurilor pelviene, compresia asupra țesuturilor și organelor adiacente, mai ales în dimensiuni mari a TSC, precum și trauma chirurgicală.

Luând în considerație faptul că pacientul a fost purtător de TSC de dimensiuni mari, iar intervenția chirurgicală s-a efectuat de două ori cu interval de 6 luni, la distanța de 1 an postoperator, copilul a fost examinat funcțional multilateral cu scopul aprecierii unei eventuale dizabilități funcționale regionale. Ținând cont de vârsta fragedă a pacientei, ce nu ne-a permis

acumularea informației în baza chestionării, accentul s-a pus pe examenul paraclinic în baza imagisticii neurofiziologice.

Evaluarea parametrilor electromanometrici al canalului anal și a ampulei rectale, ne-a oferit o informație amplă referitor la biomecanica actului de defecație.

Stabilirea gradului de competență contractilă și a rezervelor potențialului funcțional a mușchilor aparatului rectoanal de conținție s-a efectuat în baza examenului electromiografic (EMG) al sfincterului anal extern. S-a stabilit activitatea EMG sumară a sfincterelor anale în repaos, la contracție voluntară și reflexogenă (tuse, excitație perianală tactilă și dureroasă). Paralel cu înregistrarea biopotențialelor activității EMG bazale, contracției voluntare și reflexogene de pe regiunea perianală (reflexul anal), s-a calculat timpul recrutării motoneuronilor (TRMN).

Parametrii funcționali a membrelor inferioare au fost studiate în baza examenului electroneurografic și electromiografic, apreciindu-se conductibilitatea impulsului nervos și integritatea transmiterii neuromusculare la nivel periferic.

Analiza parametrilor primiți în baza examenului neurofuncțional și confruntarea lor cu datele subiective primite la chestionarea părinților ne-a permis să apreciem un rezultat de etapă bun.

În **concluzie** menționăm că recidiva TSC rămâne o problemă în practica chirurgicală pediatrică. Respectarea momentelor cheie intraoperatorii, așa ca rezecția completă a tumorii, excizia osului coccis în bloc cu tumora și evitarea scurgerii conținutului tumoral, ne permite minimalizarea probabilității unei recidive.

Bibliografie:

1. Barakat, MI., Abdelaal, SM., Saleh, AM. Sacrococcygeal teratoma in infants and children. *Acta Neurochir* 2011;153(9):1781–6.
2. De Backer, A., Madern, GC., Hakvoort-Cammel, FG. et al. Study of the factors associated with recurrence in children with sacrococcygeal teratoma. *J Pediatr Surg* 2006;41 (1):173–81.
3. Derikx JP., De Backer, A., van de Schoot, L. et al. Factors associated with recurrence and metastasis in sacrococcygeal teratoma. *Br J Surg* 2006; 93(12):1543–8.
4. Padilla, BE., Vu, L., Lee, H. et al. [Sacrococcygeal teratoma: late recurrence warrants long-term surveillance.](#) *Pediatr Surg Int.* 2017 Nov;33(11):1189-1194.
5. Yao, W., Li, K., Zheng S. et al. [Analysis of recurrence risks for sacrococcygeal teratoma in children.](#) *J Pediatr Surg.* 2014 Dec;49(12):1839-42.