

METODE CHIRURGICALE ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR MALIGNALE OASELOR BAZINULUI

METHODS OF SURGICAL TREATMENT OF MALIGN TUMORS OF THE PELVIAN BONES

Ion DĂSCĂLIUC

*Institutul Oncologic, secția Oncologie generală
Republica Moldova*

Rezumat

Tratamentul chirurgical al tumorilor oaselor bazinului considerabil rămâne în urmă de alte compartimente ale osteooncologiei. Activitatea chirurgicală scăzută în această zonă este condiționată de particularitățile anatomo-fiziologice ale bazinului, prezența unui număr mare de vase magistrale și trunchiuri nervoase, topografia specifică a organelor cavității bazinului și prezența numeroșilor mușchi masivi.

Summary

The surgical treatment of bone tumors of the pelvis is considerably lagging behind the other branches of oseooncology. The low surgical activity on this area is caused by anatomic-physiological particularities of the pelvis, the presence of multiple great vessels and nerve trunks, specific topography of the organs in the pelvic cavity and presence of numerous massive muscles.

Introducere

Diagnosticul și tratamentul tumorilor primare ale oaselor bazinului este dificil și puțin studiat, mai ales este complicat diagnosticul în stadiile incipiente atunci când tumorile se răspândesc în cavitatea bazinului. Erorile în diagnosticul acestor cazuri ajung până la 50 – 70%. În același timp diagnosticul precoce și tratamentul radical au o importanță mare în evoluția maladiei.

Actualitatea temei

Tratamentul bolnavilor cu tumori maligne ale oaselor bazinului este o problemă complicată și multilaterală. Deși referitor la această problemă s-a adunat o informație considerabilă, ea rămâne să atragă atenția cercetătorilor, mai ales a celor ce studiază oncologia oaselor și chirurgia osteoplastică atât la maturi, cât și copii. (Handghissalatas Spiridon G. 1995; Stănculescu D., Orban N., 1997; Демичев Н. П. 1981; Трапезников Н. Н., Цуркан А. М. 1989; Трапезников Н. Н., Амирасланов А. Т., Шербаков С. Д. 1991; Махсон А. Н., 1991; Зацепин С. Т. 2001; Нейштадт Э. Л., Маркочев А. Б. 2007).

Chirurgia oaselor bazinului a rămas în urmă considerabil de chirurgia altor localizări ale scheletului, aceasta este condiționat de particularitățile anatomo-fiziologice ale bazinului, prezența unui număr mare de vase magistrale și trunchiuri nervoase, topografia specifică a organelor cavității bazinului și prezența numeroșilor mușchi masivi. Toți acești factori fac dificile efectuarea nu numai a operațiilor mutilante, dar în deosebi a operațiilor organ-menajante, economice, ce au scopul să păstreze integritatea inelului pelvian, suportul și funcția membrului inferior.

Aceste date mărturisesc despre actualitatea problemei studiate și despre necesitatea elaborării unor variante noi de intervenții chirurgicale sau perfectarea operațiilor existente, îndreptate spre lărgirea indicațiilor către tratamentul chirurgical, îmbunătățirea ablasticii, păstrarea sau restabilirea integrității inelului osos al bazinului, articulației coxo-femorale și extremității funcționale.

Scopul lucrării

Compararea rezultatelor tratamentului chirurgical după diferite tipuri de operații și precizarea indicațiilor către aceste operații.

Materiale și metode

În calitate de suport metodologic au servit fișele de observație la 62 de pacienți cu tumori maligne ale oaselor bazinului care s-au tratat în secția Oncologie Generală a Institutului Oncologic, în perioada 1990 – 2006. Din acest grup de pacienți 25 (39,6%) au fost cu condrosarcom, pe locul doi s-au plasat pacienții cu sarcom osteogenic 14 (22,5%), mai rar s-au întâlnit pacienți cu fibrosarcom 9 (15,4), osteoclastom malignizat 8 (13,5%). Alte nozologii (sarcom osteogenic paraostal, mielomul solitar, liposarcomul) s-au întâlnit în cazuri unice.

Raportul bărbați : femei este de 1,5 :1.

În dependență de vârstă tumorile maligne ale bazinului se întâlnesc: în limita de vârstă 16-29 de ani – 19,4%, 30 – 39 de ani - 20,5%, 50 – 59 de ani - 22,5%.

În 58% tumorile se localizau în aripa și corpul osului iliac. Toți pacienții au fost supuși tratamentului chirurgical. Volumul operațiilor se hotăra în fiecare caz individual în dependență de structura morfologică a tumorii, gradul de diferențiere, localizare, dimensiunile, implicarea în proces a organelor bazinului mic, pachetelor vasculo-nervoase, de vârstă și starea generală a pacientului, de patologia concomitentă.

În cazul localizării procesului în osul pubian sau ischiatic se înlătură total aceste oase, în cele mai multe cazuri fără plastia defectului. De această tactică ne conducem în cazul înlăturării vertebrelor coccigiene și în cazul înlăturării parțiale a sacrului. Tehnic este posibil de înlăturat o parte a osului sacral nu mai sus de mijlocul vertebrei III-a a sacrului. În cazul afectării tumorale a simfizei pubiene, segmentul dat se înlătură totalmente. Aceasta este important mai ales în cazul fibrosarcomelor. Atunci când de către tumoare este afectat osul pubian sau ischiatic simfiza pubiană se înlătură împreună cu osul afectat în limitele țesutului sănătos. Iar dacă sunt afectate ambele oase pubiene și ischiatic se înlătură tot semiinelul anterior al bazinului. În cazul localizării condrosarcomului, fibrosarcomului, liposarcomului, osteoclastomului malignizat în aripa și corpul osului iliac s-a efectuat înlăturarea aripii și corpului osului iliac cu păstrarea punții între osul iliac și sacru. În 2 (3,2%) cazuri de condrosarcom al aripii și corpului osului iliac acest segment a fost înlăturat cu păstrarea articulației coxo-femorale. Rezecția aripii, corpului osului iliac și articulației sacro-iliace a fost efectuată în 2 (3,2%) cazuri și defectul a fost suplinit cu xeno-alo-autogrefoane. La 2 (3,2%) pacienți a fost rezecată aripa, corpul osului iliac cu o porțiune din fosa acetabulară, la 1 (1,6%) din acești pacienți plastia defectului a fost efectuată cu auto-alogrefoane. Hemipelviectomia a fost efectuată unei (1,6%) paciente cu condrosarcom al corpului osului iliac. Rezecția inter-ilio-abdominală a fost efectuată în cazul afectării oaselor ce formează fosa acetabulară. În cazul afectării de către tumoare a capsulei articulației coxo-femorale a fost efectuată rezecția după Maxon, cu înlăturarea semiinelului anterior, fosei acetabulare, corpului și o parte din aripa osului iliac, împreună cu extremitatea proximală a osului femural. Astfel de operații au fost efectuate la 2 (3,2%) pacienți. La 5 (8%) pacienți capsula articulației coxo-femorale nu era afectată, în aceste cazuri a fost efectuată rezecția inter-ilio-abdominală cu păstrarea capului și colului osului femural, astfel evitând scurtarea considerabilă a membrului operat. După cum se știe în cazul tumorilor masive ale corpului, aripii osului iliac și articulației coxo-femorale unica și cea mai radicală operație, în afară de hemicorporectomia (amputația translumbală), este considerată amputația inter-ilio-abdominală (efectuată în 9 cazuri (14,5%) sau dezarticulația inter-ilio-abdominală (efectuată în 7 cazuri (11,2%).

În cazul tumorilor masive ale corpului, aripii osului iliac și articulației coxo-femorale cu concreștere în osul ischiatic, pubian și articulația sacro-iliacă, în porțiunea laterală a sacrului sau când tumoarea se suprapune pe articulația sacro-iliacă se efectuează amputația inter-ilio-abdominală transsacrală. Prin această metodă au fost operați 3 (4,8%) pacienți cu condrosarcom.

Concluzii

1. Volumul intervențiilor chirurgicale se determină la fiecare caz individual în dependență de sediul tumorii, dimensiunile, varianta morfologică, gradul de diferențiere, raportul cu organele bazinului mic și pachetele vasculo-nervoase, vârsta pacientului și patologia concomitentă.

2. În cazul afectării pachetelor vasculo-nervoase se efectuează operații mutilante.

3. La afectarea aripii și corpului osului iliac de către condrosarcom, sarcom osteogenic paraostal, osteoclastom malignizat este indicată rezecția acestui segment cu păstrarea punții între corpul osului iliac și sacru.

4. În cazul dereglării integrității inelului pelvian se efectuează plastia acestuia.

5. La afectarea oaselor ce formează semiinelul anterior al bazinului se efectuează rezecția acestuia sau amputația inter-ilio-pubiană.

6. Concreșterea tumorii în articulația sacro-iliacă determină efectuarea amputației inter-ilio-abdominale transsacrale.

Bibliografie

1. HANDGHISALATAS SPIRIDON G., *Investigații anatomo-patologice în tumorile osoase*, Editura Medicală, București, 1995, p.170.
2. STĂNCULESCU D., ORBAN H., *Tumorile aparatului locomotor – concepții actuale*, Editura tehnică, București, 1997, p. 215.
3. ДЕМИЧЕВ Н. П., ГОНЧАРОВА А. А., САБОДАШЕВСКИЙ В. И. Диагностика и лечение опухолей костей, осложненных патологическими переломами. /Вестник хирургии/ 1981 с. 62-657.
4. ТРАПЕЗНИКОВ Н.Н., ЕРЕМИНА Л.А., АМИРАСЛАНОВ А.Т., *Опухоли костей*, Москва, «Медицина», 1986, с. 304.
5. ТРАПЕЗНИКОВ Н. Н., ЦУРКАН А. М. Сберегательные и сберегательно-восстановительные операции при опухолях костей Кишинев Штиинща 1989, с.196.
6. ТРАПЕЗНИКОВ Н.Н., АМИРАСЛАНОВ А. Т., ЩЕРБАКОВ С. Д., *Органосохраняющие и реконструктивные операции в онкологии* Тезисы доклада Всесоюзной конференции Томск 1991 с. 129-131
7. МАХСОН А. Н., *Об адекватной хирургии в костной онкологии*, Москва, «Медицина», 1991. с.278.
8. ЗАЦЕПИН С.Т., *«Костная патология взрослых»*, Москва, «Медицина», 2001, р.638.
9. НЕЙШТАДТ Э. Л., МАРКОЧЕВ А. Б. «Опухоли и опухолеподобные заболевания костей». Санкт-Петербург. 2007 с. 341.