

CHIRURGIA ONCOLOGICA

E86

STRATEGIA CHIRURGICALĂ A CANCERULUI PELVIN LOCAL AVANSAT

Mitulescu G., Stîngu C., Glück G., Boleac N., Pahomea I.

Institutul Clinic de Boli Digestive și Transplant Hepatic Fundeni, București, România

Multe dintre cancerelor pelvine (cca.10%) pot evolua cu invazie masivă locală, fie inițial fie ca recidivă și pot rămâne limitate numai în pelvis. În această situație, creșterea necontrolată a tumorii poate determina invazia unor părți sau chiar a tuturor structurilor și organelor pelvine în absența metastazării la distanță. Această evoluție poate cuprinde o perioadă nedefinită de timp, dar de multe ori suficientă pentru a putea interveni terapeutic. Acest tip particular de evoluție poate fi întâlnit în egală măsură la toate cancerelor aparținând organelor pelvine și pelvi-perineale, indiferent de tipul histologic al acestora și poate fi corelată cu vascularizația, factor decisiv pentru creșterea tumorală și care este extrem de bine reprezentată în pelvis, țesutul conjunctiv subperitoneal, abundent reprezentat în pelvis și care poate constitui o cale relativ rapidă în progresia locală a tumorii și cu comunicarea cu exteriorul prezentă la toate organele pelvine și care sunt astfel potențial infectate, activitatea imună activă din pelvis putând explica metastazarea tardivă. În cazul unei invazii tumorale locale masive iradierea și chimioterapie nu pot fi efective sau pot genera o serie de complicații specifice. În aceste circumstanțe singura opțiune cu intenție curativă rămâne intervenția chirurgicală, în sensul rezecției complete a țesutului neoplazic. În cazul unor tumori extrem de agresive și abordul lor chirurgical va fi în consecință extrem de agresiv și chiar mutilant, având în vedere necesitatea extirpării unor părți, sau unor organe sau chiar a tuturor organelor pelvine în scopul ablației tumorale complete, singura șansă de vindecare pentru acești pacienți. Este analizată experiența personală a 213 Exenterații pelvine totale (EPT) practicate pentru cancer pelvine local invazive, cu punctul de plecare la nivelul colului uterin-125 cazuri, rectului-48 cazuri, vaginului-11 cazuri, endometriului-11 cazuri, ovarului-9 cazuri, vezicii urinare-3 cazuri, vulvei-2 cazuri, retroperitoneului -2 cazuri, prostatei și miometrului - câte 1 caz, la 173 femei și 40 bărbați cu vârste cuprinse între 21 și 78 de ani, marea diversitate a neoplaziilor impunând aceeași intervenție terapeutică: EPT. 71 cazuri (33,3%) au fost neoplazii cu invazie masivă inițială și 142 (66,7%) au fost recidive local invazive ale unor cancer anterior operate. 176 au fost rezecții radicale, restul de 37 rămânând paliative. În 78 cazuri, EPT a fost extinsă lateral. Au fost adăugate diverse rezecții osoase parțiale – sacru, pubis, coccis - (EPT compozită) în 24 cazuri. În unele cazuri, situația locală a impus practicarea unor procedee chirurgicale adiționale (rezecții de nerv obturator-28, rezecții enterale- 37, sigmoidectomie- 15, hemicolecomie drepte-26, operații complexe de ovar-3, nefrectomie-9, ligaturi deliberat de ureter- 27, metastazectomie hepatică-4, evidări limfoganglionare lomboaortice-48, etc. În 125 cazuri au fost adăugate proceduri reconstructive: conținție perineală cu plasă-8, lambou omental-72, lambou muscular sau musclocutan gracilis-9, drept abdominal-53 și lambouri multiple-15, reconstrucții vaginale totale-29 (gracilis bilateral-3 și drept abdominal-26), diversie urinară continentă-23. Toți pacienții au supraviețuit actului operator dar s-au înregistrat 17 decese postoperatorii (7,98%). 97 din cei 213 de pacienți (45,53%) au prezentat 1 sau mai multe complicații, cu o medie de 1,5 per pacient, 52 dintre aceștia (24,41%) necesitând reintervenții. Supraviețuirea medie a fost 49,07 luni, rata medie de supraviețuire de 55 luni și supraviețuirea estimată la 11 și 78 luni de 68,49%, respectiv 48%. Comparând supraviețuirea după EPT în diversele varietăți de cancer pelvine local avansate au fost înregistrate date similare, ceea ce demonstrează evoluția, abordul terapeutic și prognosticul similar, indiferent de punctul de plecare inițial al tumorii. Supraviețuirea a fost compartă cu un lot de 69 pacienți cu cancer pelvin avansat, neoperați datorită invaziei pelvine osoase, a diseminării minime extrapelvine sau care nu au consimțit la practicarea unei intervenții cu consecințe atât de mutilante. Niciunul dintre acești pacienți, tratați prin chimioterapie, nu a supraviețuit mai mult de 11 luni, ceea ce demonstrează că EPT reprezintă ultima șansă pentru acest gen de bolnavi. Procedul este indicat în absența invaziei masive a peretelui pelvin și a diseminărilor secundare la distanță. EPT poate prelungi semnificativ durata de viață și poate îmbunătăți considerabil calitatea vieții.

SURGERY OF THE ADVANCED PELVIC CANCER

Many of pelvic cancers (~10%) may evolve with massive local invasion, initial or whether relapse and remain confined to the pelvis. In this situation, can cause uncontrolled growth of tumor invasion of part or all pelvic structures and organs in the absence of metastatic distance. This development may include an indefinite period of time, but often enough to intervene therapeutically. This particular type of development can be met equally to all pelvic organs and pelvic cancers belonging- perineal, regardless of their histology and can be correlated with vascularization, tumor growth decisive factor which is extremely well represented in the pelvis, subperitoneal connective tissue, abundantly represented in the pelvis and can be a relatively quick way in local tumor progression and communication with the outside present in all pelvic organs, their are thus potentially infected, immune activity can explain the pelvis active late metastasis. If a massive invasion of local tumor, irradiation and chemotherapy can not be effectively or generate a specific set of complications. In these circumstances the only option with curative intent remains surgery, complete resection of the purposes of neoplastic tissue. In the case of highly aggressive tumors and their surgical approach will therefore be very aggressive and even mutilated, given the need for extirpation of parts or organs, or even of all pelvic organs for tumor ablation complete, the only chance of cure for these patients. It examined the personal experience of 213 total pelvic exenterations (TPE) practiced for local pelvic cancer invasive to the point of departure to the cervix - 125 cases , the rectum - 48 cases , vagina - 11 cases, endometrial - 11 cases, ovary - 9 cases , bladder - 3 cases, the vulva - 2 cases, retroperitoneal - 2 cases, prostate and myometrium, 1 case each, to 173 women and 40 men aged between 21 and 78 years. The great variety of malignancies requiring the same therapeutic intervention: TPE. 71 cases (33.3%) were cancers with massive initial invasion and 142 (66.7%) were local recurrences of invasive cancers of the previously operated. 176 resections were radical, the remaining 37, palliative. In 78 cases, EPT was extended laterally. Were added various partial bone resection - sacred, pubis, coccyx - (Composite TPE) in 24 cases. In some cases, local conditions of practice imposed additional surgical procedures (resection of the obturator nerve-28, 37 enteral resection, sigmoidectomy-15, right hemicolecotomy -26, 3 ovarian complex operations, nephrectomy-9, deliberately ligatures of uretery 27 , liver metastasectomy -4, lumbo-aortic lymphadenectomy -48, i.e. In 125 cases have been added reconstructive procedures: Content perineal purse-8, 72 omental flap, gracilis flap muscle or musclocutan -flap- 9, rectus abdominis flap - 53, multiple abdominal flaps-15, total vaginal reconstruction-29 (bilateral gracilis-3 and rectus abdominis-26), continent urinary diversion-23. All patients survived operator act but there were 17 postoperative deaths (7.98%). 97 of the 213 patients (45.53%) had 1 or more complications, with an average of 1.5 per patient, 52

of them (24.41%) requiring reinterventions. Average survival was 49.07 months, the average survival of 55 months and estimated survival at 11 and 78 months of 68.49% and 48%. Comparing the survival after TPE in different varieties of pelvic locally advanced cancer were recorded similar data, which shows similar progress, address therapeutical and prognosis, regardless of the point of departure of the tumor. Survival was compared to only a group of 69 patients with cancer pelvic advanced unresectable due to invasion of the pelvic bone, dissemination of minimum extrapelvine or not consented to engage in an intervention with consequences so mutilated. None of these patients treated with chemotherapy, did not survive more than 11 months, which shows that TPE is the last chance for this kind of sick. The procedure is indicated in the absence of massive invasion of pelvic wall and releases the remote side. TPE can significantly prolong life and improve quality of life.

E87

TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL PACIENȚILOR CU TUMORI ADRENALE

Hotineanu V, Bujac M., Hotineanu A., Cucu I.

USMF "N. Testemitanu", Catedra Chirurgie nr 2

Introducere. Conform datelor OMS ponderea tumorilor suprarenale constituie 0,6%. Conduita terapeutică și chirurgicală a acestor pacienți depinde de natura acestora, dimensiunile și rezultatele analizelor histologice, respectând criteriile de diagnostic și tratament pre- și postoperatoriu. Scopul lucrării - aprecierea particularităților clinico-paraclinice și elaborarea tratamentului contemporan al pacienților cu tumori suprarenale. Material și metode. Studiul este bazat pe un lot ce cuprinde 116 pacienți tratați în Clinica Chirurgie nr.2, USMF „N.Testemitanu” pe parcursul anilor 1996-2011, din care 20(26,72%) cu aldosterom, 15(12,93%) cu corticosterom, 16(13,79%) cu feocromocitom, 10(8,62%) cu androsterom și 44(37,93%) cu tumori hormonal-inactive. Raportul pe sexe indică predominarea sexului feminin (85 de bolnave, 73,28%) față de cel masculin (31 pacienți, 26,72%), vârsta medie constituind $36,7 \pm 1,3$ ani. Prin abord laparoscopic au fost operați 34(29,31%), prin abord deschis- 82(70,68%) bolnavi. Rezultate. S-a propus un algoritm contemporan de diagnostic în baza căruia s-au stabilit indicațiile pentru tehnicile adrenalectomiei. În adrenalectomia deschisă s-au constatat: complicații intraoperatorii - 6(7,3%) cazuri, în adrenalectomii laparoscopice - 0 cazuri; complicații postoperatorii în AED - 7 (7,6%) cazuri, în AEL - 1 (1,09%) cazuri, pierderi sanguine în AED - 350 ± 50 ml, în AEL - 80 ± 10 ml; durata spitalizării după operație în AED - 7 (5-16) zile, în AEL - 3 (3-4) zile; necesitatea postoperatorie a opioidelor în AED - 2 (1-3) zile, AEL - 0,5 zile. Conform valorilor postoperatorii ale TA, rezultate bune s-au înregistrat la 18(46,15%) bolnavi, satisfăcătoare s-au atins la 20 (51,28%) bolnavi; iar rezultate nesatisfăcătoare - la 1 (2,56%) pacient. Concluzii. Rezultatele obținute demonstrează corectitudinea programului propus de diagnostic și tratament chirurgical al bolnavului cu formațiuni de volum suprarenale, iar alegerea corectă a accesului chirurgical în adrenalectomie este imperativă pentru reducerea traumatismului intraoperatoriu și reabilitarea mai curândă a pacienților adrenalectomiizați, AEL fiind prioritară atât din punct de vedere chirurgical, cât și socioeconomic. Cuvinte-cheie: formațiune de volum suprarenală, aldosterom, corticosterom, feocromocitom, adrenalectomie.

THE SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH ADRENAL TUMORS

Introduction. Recording WHO data, the adrenal tumors represent 0,6 % from all tumors. The surgical approach and therapy depends on nature of them, and histological results, without miss the diagnostic criteria and pre- and postoperative treatment. The goal of the study was appreciation of the clinical particularities and to propose a modern surgical treatment to the patients with adrenal tumors. Material and methods. The article is based on a study which included 116 patients treated in Clinic of Surgery 2 of State Medical University "N. Testemitanu" during the period of 1996-2011 years, 20(26,72%) of them were with aldosteromas, 15(12,93%) with corticosteromas, 16(13,79%) pheochromocytomas, 10(8,62%) with androsteromas and 44(37,93%) patients with non-active tumors. The sex ratio demonstrated female predomination (85 patients, 73,28 %) versus male (31 patients, 26,72%), the age $36,7 \pm 1,3$ years. Were performed adrenalectomy by transabdominal approach in 82(70, 68%) cases, laparoscopic adrenalectomy in 34(29, 31%) cases. Results. A contemporary diagnostic algorithm was proposed which established the indications for adrenalectomy techniques. In open adrenalectomia there were operative complications in 6(7,3%) cases, in laparoscopic adrenalectomia - 0 cases; postoperative complications were established in OAE - 7 (7,6%) cases, in LAE - 1 (1,09%) cases; blood loss in OAE - 350 ± 50 ml, in LAE - 80 ± 10 ml; the length of hospital stay in OAE - 7 (5- 16) days, in LAE - 3 (3-4) days, postoperative pain medication in OAE - 2 (1-3) days in LAE - 0,5 days. Good results were assessed in 18 (46,15 %) patients, satisfactory results were achieved in 20(51.28%) patients, and unsatisfactory results at 1 (2.56%) patient. Conclusions. The results demonstrate the correctness of the proposed program of diagnosis and surgical treatment of the patient with adrenal tumors, it is very important to select the correct surgical approach for adrenal removed to minimize the operative trauma and quicker return to normal activity of patients, and laparoscopic approach is preferred by surgical and economical point of view. Key words: volume formation of adrenal gland, aldosteromas, androsteromas, corticosteromas, pheochromocytomas, adrenalectomy.