

diverticulilor duodenali. Cea mai frecventă complicație a diverticulilor duodenali la pacienții examinați a fost diverticulita, întâlnită în 9 (31%) cazuri.

Concluzii. Metoda de elecție de screening și diagnostic al diverticulului duodenal s-a dovedit a fi duodenografia, cu o sensibilitate de 89%, și FGDS, cu o sensibilitate de 78%. Tomografia computerizată este utilă pentru aprecierea volumului intervenției chirurgicale. Colangiografia retrogradă precizează mai clar raporturile diverticulului cu papilla Water și cu pancreasul.

DIAGNOSTICUL RADIOLOGIC AL CANCERULUI GASTRIC

*Marina HAREA¹, Igor GAVRILAȘENCO¹,
Natalia ROTARU²,*

¹Institutul Oncologic,

²USMF N. Testemițanu

Scopul studiului: ameliorarea diagnosticului timpuriu și prezentarea semnelor radiologice caracteristice cancerului gastric în diferite etape de evoluție.

Materiale și metode. În calitate de material pentru elaborarea prezentului studiu au servit rezultatele investigațiilor radioimagistice (radioscopia stomacului), endoscopice (EFGDS) și biopsiei, efectuate în secția de imagistică și laboratorul IMSP Institutul Oncologic în perioada 2006-2010. În lucrare au fost utilizate metodele documentară, statistică și de analiză comparativă.

Rezultate și discuții. Conform datelor statistice, în Republica Moldova se atestă o evoluție ondulatorie a incidenței și prevalenței cancerului gastric în perioada 2006-2010, în același timp mortalitatea indică o creștere moderată în 2010 comparativ cu 2006 și o stabilizare cu o ușoară descreștere din 2008.

Studiul efectuat a demonstrat că cel mai frecvent cancerul gastric avea o localizare în regiunea piloroantrală – 50-60% cazuri, pe curbura mică – în 12-15%, în regiunea proximală – 10-12%, pe curbura mare – 2-3%, pe peretele anterior sau posterior – o localizare de cca 1,0-1,5%, iar afectarea totală a corpului gastric se întâlnește în cca 3% cazuri.

Radioscopia și radiografia sunt investigații radiologice valoroase în depistarea cancerului gastric și a gradului de difuzare. Se folosesc două tehnici radiologice principale: metoda clasică, care include radioscopia gastrică în strat subțire și în repleție totală, și metoda prin dublu contrast. Semnele radiologice caracteristice cancerului gastric sunt:

- 1) Forma *polipoidă*;
 - a) Afectarea porțiunii proximale a stomacului – punga de aer deformată; pliurile întrerupte; pereții rigizi; unghiul His se mărește;
 - b) Afectarea corpului gastric – defect de umplere de diverse forme; contur clar, neregulat; neomogen; întreruperea pliurilor gastrice la acest nivel;
 - c) Afectarea porțiunii antrale – îngustarea circulară a regiunii date; afectarea pilorului cu stenoză pilorică; nișă (polimorfă după formă și dimensiuni, nu proiemină în afara conturului organului, are bază largă, contur regulat sau neregulat) sau depou de bari;
- 2) Forma *ulcerantă*, caracterizată prin nișa malignă inclusă în conturul gastric; formă cocardă, menisc, șa, platou; contur neregulat; lățimea depășește adâncimea nișei; zona periulceroasă se delimitează net, neregulată; pliuri întrerupte;
- 3) Forma *infiltrativ-ulceroasă* – defect circular la nivelul corpului gastric; nișă pe curbura mare; pliuri convergente, întrerupte; pereții rigizi;
- 4) Forma *infiltrativă* – îngustarea circulară a lumenului gastric; poziția stomacului în ascensiune; mobilitate redusă; contur policiclic, zimțat, neregulat; limita între porțiunea sănătoasă și cea afectată este netă.

Concluzie. Examenul radiologic standard, cu administrare a substanței de contrast (masă bariată), rămâne și în continuare metoda „de aur” în diagnosticul cancerului gastric, în special al formei infiltrative. Cu toate că mortalitatea din 2008 atestă o stabilizare, chiar cu o ușoară scădere, majoritatea cazurilor o constituie bolnavii în stadii tardive.

CORELĂRI ALE INVESTIGAȚIILOR IMAGISTICE PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ PRE-/POST- RADIOTERAPIE ȘI ANATOMO-MORFOLOGICE ALE CANCERULUI DE RECT. Studiu preliminar

Simion MARGA,

*Catedra Radiologie și Imagistică, Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie N. Testemițanu*

Obiective

Studiul de față își propune stabilirea corelării comparative a imaginilor RM obținute la pacienții cu cancer de rect pre- și postradioterapie cu datele anatomomorfologice și histopatologice.

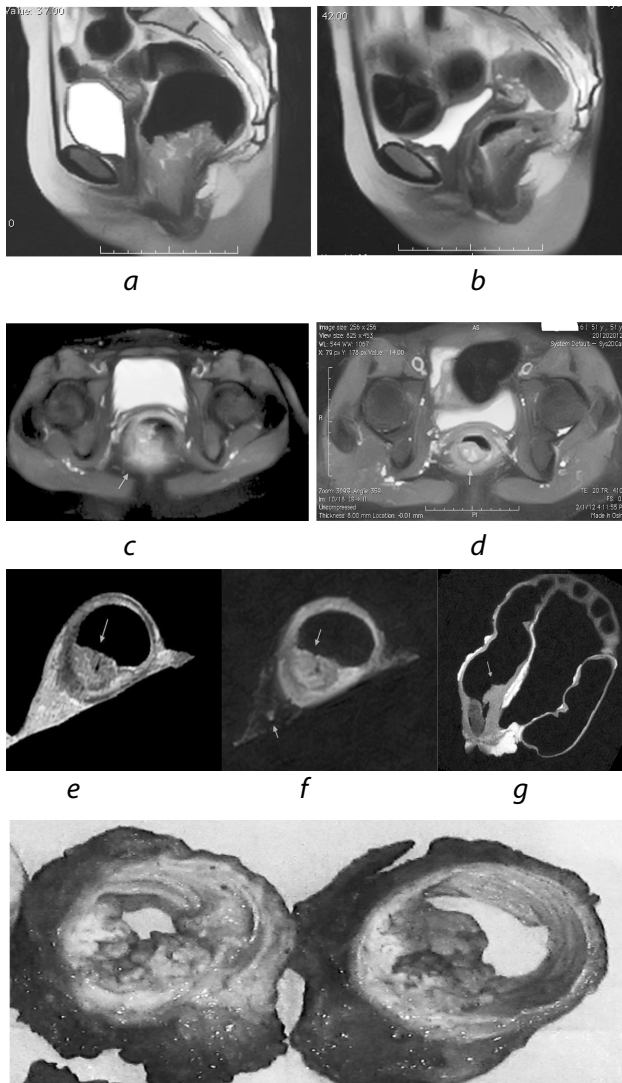
Materiale și metode

Imaginile RM în tehnicile T1w, T2w și T2 IR a 17 pacienți cu diferit grad de avansare a cancerului de

rect, efectuate preradioterapie, au fost comparate cu cele obținute la 4 săptămâni după efectuarea radioterapiei, ultimele fiind contrapuse cu datele IRM și morfopatologice ale piesei operatorii. Evaluarea datelor a fost realizată conform clasificării TNM.

Rezultate

Reducerea volumetrică a infiltrației tumorale a fost vizualizată la 12 (70,6%) pacienți, involuția stadială după criteriul T – la 9 (52,9%) pacienți, iar după criteriul N – în 6 (35,2%) cazuri. Absența nodulilor limfatici patologic modificați expusă IRM a fost confirmată morfopatologic în 7 (41,1%) cazuri. Extinderea tumorii în mezorect este vizualizată prin IRM cert, realizând o corelare obiectivă dintre tumoră și marginea de rezecție circumferențială, fiind expusă corect în 88,1% cazuri. Este dificilă diferențierea afectării canceroase față de cea inflamatorie a nodulilor limfatici locoregionali, veridicitatea fiind de până la 50% cazuri.



Imagini IRM1 obținute în diferite tehnici și planuri de scanare: preoperatoriu – a (sagital), c (transversal); postoperatoriu – b (sagital), d

(transversal); ale pieselor operatorii – e, f (transversal), g (sagital); macropreparat secționat la nivelul tumorii – h. Se atestă afectarea canceroasă a peretelui postero-lateral dreapta al rectului în 1/3 inferioară, pe o porțiune de circa 5 cm, cu extindere exoendofită cu infiltrația mezorectului și incipient a fasciei mezorectale în cadranul orelor 6-10 (imaginile a, c).

În postradioterapie se apreciază reducerea volumetrică a masei tumorale cu aproximativ 1/2 din volumul inițial și retragerea infiltrației patologice față de fascia mezorectală (imaginile b, d). Scanarea IRM a piesei operatorii evidențiază cert extinderea procesului tumoral în plastul parietal rectal cu infiltrație delimitată a mezorectului (imaginile e, f, g) și pune în evidență prezența unui nodul limfatic mezorectal afectat canceros (imaginea f), fapt confirmat histopatologic (imaginea h).

Concluzie

Investigațiile IRM estimează cu certitudine diminuarea volumetrică a infiltrației tumorale și mai puțin a afectării nodulilor limfatici locoregionali. Totodată, furnizează date certe dintre infiltrația tumorală și marginea de rezecție circumferențială, ameliorând esențial eficiența tratamentului chirurgical. Parțial incerte sunt datele despre diferențierea afectării tumorale/inflamatorii a nodulilor limfatici locoregionali.

Bibliografie

1. Beets-Tan R.G., Beets G.L., Vliegen R.F., et al. *Accuracy of magnetic resonance imaging in prediction of tumour-free resection margin in rectal cancer surgery*. In: *Lancet*, 2001; 357 : 497-504.
2. Hadfield M.B., Nicholson A.A., MacDonald A.W., et al. *Preoperative staging of rectal carcinoma by magnetic resonance imaging with a pelvic phased array coil*. In: *Br. J. Surg.*, 1997; 84 : 529.
3. Beets-Tan R.G., Beets G.L. *Rectal cancer: review with emphasis on MR imaging*. In: *Radiology*, 2004; 232: 335-346.
4. Greene F.L., Page D.L., Fleming I.D., et al. *AJCC cancer staging handbook*, 6th ed., New York, NY: Springer Verlag, 2002 : 113-123.
5. Grubnic S., Vinnicombe S.J., Norman A.R., Husband J.E. *MR evaluation of normal retroperitoneal and pelvic lymph nodes*. In: *Clin. Radiol.*, 2002; 57:193-200.
6. Therasse P., Arbuck S.G., Eisenhauer E.A., et al. *New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumors*. In: *J. Nat. Cancer Inst.*, 2000; 92: 205-216.
7. Sauer R., Becker H., Hohenberger W. et al. *Preoperative versus postoperative chemoradiotherapy for rectal cancer*. In: *N. Engl. J. Med.*, 2004; 351:1731-1740.
8. Peschard F., Cuenod C.A., Benoist S. et al. *Accuracy of magnetic resonance imaging in rectal cancer depends on location of the tumor*. In: *Dis. Colon Rectum.*, 2005; 8: 1603-1609.