

Concluzii

1. Tumorile ovariene cu celule granuloase tip juvenil apar în copilărie, tumorile ovariene cu celule granuloase tip matur apar între 30 și 78 ani, vârsta medie constituind 55 ani.
2. Simptomatologia clinică la pacientele cu tumori ovariene cu celule granuloase în 75% este manifestată prin hipersecreția de estrogeni, la fete se produce o pseudopubertate precoce, în perioada reproductivă apar tulburări menstruale în exces, iar după menopauză aceste tumori determină sângerări neregulate sau continue.

Bibliografie

1. Кержковская Н.С. Гранулезоклеточная опухоль яичников (клиника, диагностика, лечение, факторы прогноза). Дисс. ...канд. мед. наук. Москва. 2004. 194 с.
2. Farinola M.A. et al. Estrogen receptor alpha and progesteron receptor expression in ovarian adult granulosa cell tumors and Sertoli-Leydig cell tumor. Int. J. Gynaecol. Pathol. 2007. vol.26.p.375-382.
3. Hardy R.D. et al. Hormonal treatment of a recurrent granulosa cell tumor of the ovary: a case report and review of the literature. Gynaecol. Oncol. 2005. Vol.96. p. 865-869.
4. Meyer R. Beitrag zur Pathologie des Ovariums. Uber Carcinoma ovarii fol-liculoides of cylindromatosum. // Zsch. Geburtsh. U. Gynak. 1915. - v. 77.-p. 505.
5. McKay D.G., Herting A.T., Hickly W.F. Histogenesis of granulosa and theca cell tumors of human ovary. // J. Obstet. a. Gynec. 1953. - v. 1. -p. 125-136.
6. Powell J.L. et al. Management of Recurrent Juvenile Granulosa Cell Tumor of the Ovary. Gynaecologic Oncology. 2001. Vol.81. p.113-116.
7. Scully R.E., Sobin L.N. Histological typing of ovarian tumors. World Health Organization International Classification of Tumors, 2 nd ed. Berlin: Springer Verlag. 1999. p. 28-36.
8. Teilum G. Estrogen-producing Sertoli cell tumors (Androblastoma tubulare lipoides) of the human testis and ovary. Homologous ovarian and testicular tumors III. // J. Clin. Endocrinol. - 1949. Vol. 9. - P. 301.
9. Wolf J.K. et al. Radiation Treatment of Advanced or Recurrent Granulosa Cell Tumor of the Ovary. Gynaecologic Oncology. 1999. Vol.73. p.35-41.

ASPECTUL IMAGISTIC AL GLANDEI MAMARE ÎN FUNCȚIE DE DENSITATEA EI ȘI RISCUL DE CANCER MAMAR (REVISTA LITERATURII)

Doina Izbaș

Catedra de Radiologie si Imagistică Medicală, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

*The breast imaging aspect according to its density and risk of breast cancer
(literature review)*

Mammography offers the best ratio of benefits to side effects of any screening method tested to date. In this literature review, we ask whether early detection might be improved still further by combining mammography with other imaging modalities. Mammographic density refers to radiologically dense breast tissue, and reflects variations in the tissue composition of the breast. There is extensive evidence that mammographic density is a risk factor for breast cancer, independent of other risk factors. Randomized controlled studies are needed for a realistic assessment of the achievable benefits and unavoidable side effects of combined screening. For women whose risk of breast cancer is not elevated, mammography remains the standard screening method.

Rezumat

Mamografia oferă cel mai bun raport de beneficii/dezavantaje, decât orice altă metodă de screening testată până în prezent. În această revistă a literaturii, ne întrebăm dacă depistarea precoce ar putea fi îmbunătățită și mai mult prin combinarea mamografiei cu alte modalități de diagnostic. Densitatea mamografică se referă la țesutul mamar dens radiologic, și reflectă variațiile de structură a țesutului mamar. Există dovezi ample precum că, densitatea mamografică ar fi un factor de risc pentru cancerul de sân, independent de alți factori. Este necesară o evaluare realistă a beneficiilor realizabile și a dezavantajelor inevitabile de screening combinat. Pentru femeile al căror risc de cancer la sân nu este ridicat, mamografia rămâne metoda de screening standard.

Sânul este o lume în sine, o reflectare a vieții biologice și afective a femeii. Studiul sânelui se caracterizează prin amploare și complexitate.

Nici o metodă izolată nu permite detectarea cu certitudine a unei forme de patologie mamară, în special a cancerelor infraclinice.

Examenul clinic, utilizat ca metodă unică de explorare a sânelui, nu poate diagnostica natura benignă sau malignă a proceselor dezvoltate la acest nivel. Indicarea examenelor paraclinice este obligatorie.

Diagnosticul senologic este bazat pe un trefped constituit din examenul clinic, mamografia și citologia. Bineînțeles, există și examenele complementare de diagnostic ca: ecografia, elastografia, tomografia computerizată și rezonanța magnetică nucleară [13].

Mamografia reprezintă examinarea radiologică a sânelui; prin această metodă pot fi depistate formațiunile tumorale care sunt prea mici pentru a fi decelate la examenul fizic; eficiența acestei metode în a depista cancerul de sân depinde de dimensiunea tumorii, de densitatea tumorii, de densitatea țesutului glandei mamare și de îndemânarea și experiența medicului imagist [13].

Mamografia rămâne "standardul de aur" imagistic în detectarea și evaluarea neoplasmului mamar. Asocierea ultrasonografiei și a rezonanței magnetice la examinarea mamografică, crește sensibilitatea și specificitatea diagnosticului cancerului de sân.

Cercetată mamografic, anatomia sânelui este complexă datorită suprapunerilor dintr-un organ tri-dimensional proiectat în două dimensiuni. Incidența oblică permite realizarea de imagini ce cuprind un mare volum de țesut mamar [2, 7].

Pielea se detașează ca imagine netă în incidența tangențială și este separată de parenchim prin țesut grasos.

Elementele ductale converg spre mamelon iar conul parenchimului este delimitat de adipozitatea subcutanată și retromamară. Se observă structurile cuprinse între ligamentele Cooper. Canalele galactofore sunt greu delimitabile pe mamografiile bi-dimensionale obișnuite. Ele pot apărea ca densități dispuse în formă de serpentine ce dau impresia nodularității. Vasele sanguine apar ca traiecte sinuoase [2].

În majoritatea cazurilor parenchimul celor două glande apare simetric.

Există variații în distribuția și aparențele diverselor structuri (elemente ductale, țesut fibros sau adipos). Aceste aspecte contribuie la definirea noțiunii de normal, aplicată structurilor mamare [7].

Aspectele mamografice au fost grupate în 4 categorii (Clasificarea J.N.Wolfe): [17, 18]

-conținut adipos proporțional important, densitate radiografică redusă (N1); risc redus; după 40 de ani se recomandă control mamografic la 3-5 ani;

-structuri canalare vizibile reprezentând 25% din volumul sânelui (P-1); risc scăzut; control la fiecare 2-3 ani (după vârsta de 40 de ani);

-mai mult de 25% structuri canalare vizibile (P-2); risc crescut; după 35-40 de ani se recomandă control mamografic anual;

-structuri ce produc arii de densitate radiografică difuză (DY); risc major; control anual.

Densitatea mamografică se referă la densitatea radiologică a țesutului mamar și reflectă variațiile în compoziția tisulară a sânului. Aceasta este pozitiv asociată cu celule de colagen, epiteliale și non-epiteliale și negative, asociată cu celule adipoase[5].

Densitatea țesutului mamar la femeile tinere face adesea foarte dificilă interpretarea mamografiei. De fapt, pe măsură ce femeia înaintează în vârstă, se produc unele modificări în structura sânilor: țesuturile glandulare și cele fibroase își reduc dimensiunile și țesutul mamar devine mai gras. Aceste schimbări modifică claritatea unei mamografii, făcând-o astfel mult mai ușor de interpretat la femeile în vârstă, unde cancerul de sân va fi mult mai ușor de “văzut” cu ajutorul mamografiei.

Conform datelor cercetărilor efectuate de către dr.Nicolae M.Perry, femeile cu o proporție mai mare de țesut glandular au sânii mai denși și aproape de patru ori mai mult prezintă risc de cancer la sân, comparativ cu femeile ale căror sânii au mai mult țesut adipos [12, 17].

Cercetătorii americani au confirmat că riscul de a face cancer la sân crește odată cu densitatea mare a țesuturilor mamare ale femeii și cu nivelul hormonilor sexuali ai acesteia.Nu sunt de neglijat și următorii factori: statutul genetic, factorii de creștere și riscul înaintării în vârstă.

Studiile au arătat că riscul ca o femeie la menopauză să facă un cancer la sân crește cu 400% dacă ea are țesuturile mamare dense. Nivelul ridicat de hormoni sexuali (estrogen, testosteron) crește acest risc cu până la 200%. În plus, nivelul scăzut de hormoni sexuali nu reduce riscul de a face cancer la sân, dacă femeia are o densitate mamara ridicată. Dacă femeia are sânii denși și hormoni în exces, riscul crește cu 600%, potrivit cercetătorilor. Dacă femeia are nivel scăzut de hormoni sexuali, dar sânii sunt denși, riscul crește cu 400% [3,6,8].

Cercetătorii nu știu deocamdată cu certitudine ce determină concret densificarea țesuturilor mamare și nici cum acest lucru mărește riscul de a dezvolta un cancer la sân [8,11].

Ecografia mamară este un examen complementar în examinarea sânului [1].

Există două situații în care se face evaluarea ecografică a sânului:

-screeningul pentru carcinom la subiectele asimptomatice;

-diagnosticul și monitorizarea ecografică a leziunilor maligne și benigne ale sânului.

Limitele examenului ecografic nu indică examinarea ecografică pentru depistarea unei leziuni solide la femeile cu sânii denși (erori mari de diagnostic).

Examinarea ecografică a sânului este o investigație complementară mamografiei. Ecografia este utilă în cazurile în care mamografia nu este concludentă la fetele cu sânii foarte denși, în distrofiile mamare.

În ultimii 10-20 de ani, ecografia și-a câștigat un loc important în diagnosticul și monitorizarea patologiei mamare.

Sânul normal poate avea diverse aspecte ecografice, în funcție de structura anatomică dependentă de varstă, perioada ciclului menstrual, perioada de sarcină\lactație;

Aspectul ecografic al sânului normal mai poate varia în funcție de dimensiunile glandei mamare, grosimea lamei grăsoase periglandulare.

Sânii denși au aspect ecografic omogen, ecogen, împiedicând identificarea mamografică a leziunilor de mici dimensiuni.

În sânul tânăr predomină țesutul fibroglandular cu structuri grăsoase slab reprezentate; odată cu înaintarea în vârstă și cu creșterea numărului de sarcini, straturile grăsoase subcutanat și retromamar cresc în grosime;

În sarcină și lactație:

-predomină țesutul glandular, aspectul sânului fiind hiperecogen, compact;

-pot fi vizibile numeroase ducturi lactifere dilatate (7-8mm), pline cu material hiperecogen, dificil de identificat separat;

-galactocelele, sunt vizibile ocazional, ca mase bine circumscrise, hipoecogene, conținând material hiperecogen;

-țesuturile grăsoase subcutanat\retromamar au grosime mică, fiind comprimate de țesut mamar dezvoltat.

Modificări ciclice ale sânului în cele mai multe cazuri nu sunt modificări semnificative; pot apare dilatări ușoare ale ducturilor lactifere în a doua jumătate a ciclului menstrual;

Sânul la menopauză odată cu creșterea în vârstă se produce regresia țesutului glandular și micșorarea lobulilor, fiind înlocuit de grăsime; ducturile lactifere sunt greu vizibile [11,1].

Modificările anatomopatologice ale structurii sau compoziției țesuturilor, sunt asociate cu modificări ale elasticității acestora, fapt ce a justificat interesul manifestat în ultimii 20 de ani pentru dezvoltarea unor metode imagistice dedicate caracterizării vizuale a elasticității organelor.

De-a lungul timpului, au fost imaginate mai multe tehnici de apreciere a elasticității tisulare cu ajutorul ultrasunetelor. În anul 1991, Ophir G.I. și colaboratorii au descris modalitatea de a obține imagini ale deformării țesuturilor în condiții statice prin aplicarea unui stimul extern și au denumit metoda elastografie [15,16].

Pentru a putea clasifica aspectul elastografic al leziunilor mamare focale, mai mulți autori au apelat la o scală semicantitativă, propusă de Ueno și colaboratorii săi. Pentru clasificare este utilizat un scor, în evaluarea căruia se ține cont de uniformitatea și intensitatea deformării, precum și de extinderea rigidității, comparativ cu aspectul ecografic bidimensional. Utilizând această scală de clasificare, leziunile cu scorul 1, 2 și 3 sunt, în marea majoritate, benigne, iar leziunile cu scorul 4 și 5 sunt, cel mai frecvent, maligne. Studiile publicate până în prezent atestă faptul că elasticitatea medie a leziunilor mamare maligne este semnificativ mai mică decât cea a leziunilor benigne.

Rezultatele elastografiei depind, la fel ca și ale ecografiei bidimensionale, de densitatea țesutului mamar examinat. Elastografia pare să aducă informații importante, pe lângă cele furnizate de ecografia bidimensională, în cazul în care sunt prezente leziuni de transformare lipomatoasă a glandei mamare. De la elastografie nu se așteaptă, în primul rând, depistarea leziunilor mamare cât, mai ales, o contribuție în diferențierea caracterului benign sau malign al leziunilor și un aport important în aprecierea structurii lor. În acest sens, elastografia nu poate înlocui examinarea ecografică bidimensională și mamografia, dar se consideră că ar putea fi un adjuvant util acestora, pentru a diferenția leziunile benigne de cele maligne [10,16].

În concluzie, este important de a investiga glanda mamară, apreciind gradul densității ei, cu scopul determinării conduitei terapeutice.

Cea mai bună metodă de screening rămâne mamografia digitală, fiind cea mai eficientă pentru supravegherea glandelor mamare cu risc de dezvoltare a patologiei maligne.

Bibliografie

1. Adrian Pop, Adrian Costache, Liviu Ghilencea: *Ghid practic de Ultrasonografie clinică*. Editura InfoMedica 2003
2. Baines C.J.: *Physical Examination of the Breasts in Screening for Breast Cancer*, JGerontol 47:63-67 1999
3. Boyd NF, Guo H, Martin LJ, Sun I, Stone J, Fishell E: *Mammographic density and the risk and detection of breast cancer*. N Engl J Med 2007,356:227-236
4. Buruiian M. *Tratat de tomografie computerizată*. Tg. Mureș: Ed. University Press; 2006
5. Costa M.J., Tadros T., Hilton G.: *Breast Fine aspiration Cytology. Utility as a Screening Tool for Clinically Palpable Lesions*, Acta Cytologica, 1993, 37:461-471.
6. Dupont WD, Page D.L: *Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease*. N Engl J Med 1985,312:146-151
7. Frankl G.: *Imagining for the Detection of Breast Cancer in Hindle W.H. Breast Disease for Gynecologists*, Appleton 1990

8. Hartmann LC, Sellers TA, Frost MH, Lingle WL, Degnim AC etc.: *Benign breast disease and the risk of breast cancer*. *Engl J Med* 2005; 353:229-237
9. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). *Diagnosis of breast disease*. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement; 2008 Jan. 47p.
10. Itoh A, Ueno E, Tohno E, Kamma H, Takahashi H.: *Breast Disease: Clinical Applications of US Elastography for Diagnosis*, *Radiology* 2006; 239(2):341-350.
11. Jacques Brisson, Caroline Diorio and Benoit Masse: *Wolfe's parenchymal pattern and percentage of the breast with Mammographic densities: Redundant or complementary classifications?* *Cancer epidemiology, Biomarkers & Prevention*, August 2003, Vol.12, 728-732.
12. Lisa J. Martin and Norman F. Boyd: *Potential mechanism of breast cancer risk associated with mammographic density: hypotheses based on epidemiological evidence*. *BioMed Central Ltd. Breast cancer research* 09-01-2008, 10:201.
13. Mihai Pricop; Zenovia Florentina Pricop: *Glanda mamară* Ankarom, Iași 1995
14. Natalia Rotaru *Imagistica tumorilor mamare* Chișinău 2004; II.5.2:119-120.
15. Ophir G I, Céspedes H, Ponnekanti Y, Yazdi Xli, *Elastography: a quantitative method for imaging the elasticity of biological tissues* *Ultrasonic Imaging* 1991; 13:111-134.
16. Radu Ion Badea, Sorin Marian Ducea, Petru Adrian Mircea, Mircea Stamate: *Tratat de ultrasonografie clinică*; Editura Medicală București, 2009, vol 3.
17. Wolfe JN.: *Breast patterns as an index of risk for developing breast cancer*. *Am J Roentgenol* 1976, 126:1130-1139.
18. Wolfe JN.: *Risk for breast cancer development determined by mammographic parenchymal pattern*. *Cancer* 1976, 37:2486-2492.

MONITORIZAREA NEUROFIZIOLOGICĂ INTRAOPERATORIE ÎN REZECȚIA TUMORILOR DE UNGHI PONTO-CEREBELOS

Serghei Borodin, Victor Andronachi, Grigore Zapuhlîh
Catedra Neurochirurgie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Intraoperative neurophysiologic monitoring during cerebellopontine angle tumor removal

Facial nerve (FN) paresis is a frequently encountered complication in the surgical management of cerebellopontine (CP) angle tumors, severely affecting the quality of the patient's life. We report the technique, outcome and complications seen in 5 cases of CP angle tumor surgery performed with intraoperative neurophysiologic monitoring of the FN function (ISIS IOM, Inomed, Germany). Facial nerve assessment was done by House&Brackmann (H&B) grading system criteria before surgery, next day after the operative procedure and 2 weeks after surgery. The intraoperative neuromonitoring of the FN allows a more efficient CP angle tumor removal with a good preservation of the FN function.

Rezumat

Pareza nervului facial este o complicație întâlnită frecvent în tratamentul chirurgical al tumorilor de unghi ponto-cerebelos (UPC), care afectează sever calitatea vieții pacientului. Noi raportăm tehnica, rezultatele și complicațiile întâlnite în 5 cazuri de rezecție a tumorii de UPC, efectuată cu monitorizare neurofiziologică intraoperatorie a funcției nervului facial (ISIS IOM, Inomed, Germania). Estimarea funcției nervului facial a fost efectuată conform sistemului de gradare House&Brackmann (H&B) înainte de intervenția chirurgicală, după operație și după 2 săptămâni postoperator. Neuromonitoringul intraoperator al nervului facial permite o rezecție mai eficientă a tumorilor de UPC, cu o preservare mai bună a funcției nervului facial