

3. Ioiart I. Valoarea PSA-ului în depistarea și terapia cancerului prostatic. *Prostata*, 2001, 1; 2:18-24.
4. Kolesnicov G.P., Rusakov I.G., Șaplăgin L.V. et.al. Primenenie Diferelina pri pervicino- vâiavlennom mestnorasprostranennom i generalizovannom rache predstatelinoi gelezâ. *Urologia*, 2001; 6:17-19.
5. Miclea F., Raica M., Drăgan P. Cancerul prostatei. Ed. Almanahul Banatului, Timișoara, 1996.
6. Parkin J., Keeley F.X., Timoney A.G. Laparoscopic lymph node sampling in locally advanced prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:14-18.
7. Petrovich Z., Leiskovsky G., Stein J.P. et.al. Comparison of surgery alone with surgery and adjuvant radiotherapy for pT₃ N₀ prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:604-611.
8. Shirley S.E., Escoffery C.T., Sargeant L.A. et.al. Clinicopathological features of prostate cancer. *BJU International*, 2002; 89:390-395.
9. Sinescu I. Cancerul prostatei. în: "Urologie Clinică". Ed. I. Sinescu. Ed. Medicală AMALTEA. București 1998:255-269.
10. Sinescu I. PSA. *Prostata*, 2001; vol. 1; 2:13.

TUMORA WILMS LA ADULȚI

(caz clinic)

E. Pleșca, C. Guțu, A. Doljenco, P. Bujor
Spitalul Central Feroviar, sectia urologie

Summary

Wilms' Tumor is a highly malignant embryonic growth at children. For practitioners this case is of substantial interest not only as an age aspect casuistry (21 year) but also as a new growth that cannot be regarded as a pattern in the study of children oncology problems on the whole. Consideration must be also given to difficulties of pre-surgical and differential diagnostics at adults in choosing the necessary and the optimal level of medical treatment as Wilms' Tumor simulates cysts in the liver.

Actualitatea

Nefroblastomul este o tumoră malignă embrionară. Este una din cele mai des întâlnite formațiuni maligne ale sistemului urogenital al copilului și are o incidență 7,8 cazuri la 1 mln. copii de vârstă de până la 14 ani (N. A. Kraevski, 1993). Varianta determinată genetic a tumorii Wilms se întâlnește la aproximativ 1/3 dintre copiii bolnavi. Cazuri familiale de tumoră Wilms au fost întâlnite destul de rar, ele constituind 1-3% (L.A. Durnov, 2001). Deseori, nefroblastomul se însoțește cu alte anomalii înnașcute, dar frecvența cazurilor asociate cu alte anomalii de dezvoltare nu a fost încă stabilită, de vreme ce multe sarcini în care fătul este afectat de aceste anomalii se soldează cu avorturi spontane, iar copiii la care respectivele anomalii au caracter pronunțat decedează, fără a ajunge la vârsta când se pot depista simptomele clinice ale nefroblastomului (Leek, 1977).

Rareori nefroblastomul se întâlnește și la adulți.

Macroscopic, nefroblastomul se prezintă, de regulă, ca o tumoră solitară, bine izolată de țesuturile rinichiului normal. Ea poate fi atestată în orice segment al organului afectat. În cazul volumului sporit provoacă deformarea cavității renale. Într-o serie de cazuri este încapsulată și în ea se pot depista zone de necroză în care s-au format cavități, uneori cu hemoragii masive. În cazul așa-ziselor forme multichistice de nefroblastom, la suprafața inciziei se atestă numeroase chisturi cu pereți groși. E posibilă invadarea țesuturilor ce înconjoară tumora - vena renală, vena cava inferioară, ganglionii limfatici regionali și chiar a bazinețului și ureterului (Ritchey et al., 1988; E.B. Marinbah, 1975). Metastazează rapid. Cel mai frecvent, metastazele hemotogene se dezvoltă în plămâni, rinichi, mai rar în oase și în celulele SNC. Din punct de vedere morfologic, nefroblastomul reprezintă un amestec, în proporții diferite, de elemente epiteliale și stromale (Banadoi et al., 1983). Tabloul histologic este diferit, dar întotdeauna sunt prezente două tipuri de celule: celulele epiteliale și celulele-ligament ale țesuturilor.

Prezența nefroblastomului ca o formațiune de dimensiuni mari, palpabilă și vizualizată în cavitatea abdominală nu crează probleme de diagnostic la vârsta mică.

Scopul studiului nostru este atenționarea medicilor practicieni asupra eventualității prezenței tumorii Wilms la vârsta adultă și la problemele de diagnostic ce derivă din aceasta.

Material și metode

Prezentăm în continuare un caz clinic al unui pacient adult cu tumoră Wilms.

Actualitatea temei

Metoda etalon de tratare a HPB mult timp, se considera rezecția transuretrală a prostatei, care era unica alternativă supravegherii expectative sau cateterizării. Însă nu tuturor pacienților este indicată această intervenție chirurgicală destul de costisitoare, însoțită uneori și de unele complicații vital periculoase. Astăzi progresul în domeniul farmacoterapiei permite de a propune pacienților și medicilor alte alternative. În aceste situații se folosesc preparatele medicamentoase, care pot fi la fel utilizate și în perioada preoperatorie a bolnavilor, aflați în așteptarea intervenției chirurgicale, cu scopul de a ameliora întru cîțva starea acestora. Mecanismul obstrucției infravezicale, ca rezultat al HPB, include factori atât anatomici (mecanici), cît și funcționali (dinamici). Se consideră, că obstrucția anatomică (mecanică), datorată exclusiv creșterii glandulare, ține să crească gradual și nu poate fi definitiv înlăturată prin terapia chirurgicală. Această obstrucție are loc ca rezultat al creșterii volumului zonelor tranzitorii și periuretrale ale prostatei.

Obstrucția funcțională (dinamică), din contra, se datorează creșterii tonusului musculaturii netede simpatic dependente a prostatei, uretrei posterioare și colului vezicii urinare.

Conform studiului recent, componența dinamică reprezintă aproximativ 40% din cauzele obstrucției. Componența dinamică a obstrucției, care determină în mare măsură simptomatologia iritativă, apare în rezultatul stimulării α -adrenoreceptorilor, localizați în colul vezicii urinare, uretra posterioară și în prostată, ceea ce provoacă creșterea tonusului și contractilitatea musculaturii netede a triunghiului vezicii urinare, colului vezicii urinare, uretrei proximale și prostatei. Din aceste considerente, unul din cele mai perspective mijloace în tratamentul conservativ al HPB este administrarea α_1 -adrenoblocantelor selective.

Tabelul 1

Medicamentele folosite în studiu și modul de administrare (Nr.46 pacienți)

Medicamentul și forma	Tipul și subtipurile de α -AR blocați	Doza mg/zi	Perioada de tratament, săpt.	Nr. pacienți
Alfuzosin, comp.	α_1 -AB	10	12	8
Doxazosin, comp.	α_1 -AB	4	12	8
Prazosin, comp.	α_1 -AB	4	12	10
Tamsulosin, comp.	α_{1A} -AB	0,4	12	20

Material și metode

În studiu au fost incluși 46 pacienți cu HPB de gradul I și II, la care nu erau prezente indicațiile directe pentru intervenția chirurgicală. Vîrsta medie a pacienților constituia 53,3 ani (de la 42-63 ani). Durata bolii constituia de la 3 luni pînă la 4 ani. Din motivul dereglărilor micției (simptoamelor iritativ-obstructive) lor li sa efectuat tratamentul cu α -adrenoblocante (tab. 1) și anume: alifuzosin - 10 mg pe zi, 12 săptămîni (8 pacienți); doxazosin - 4 mg pe zi, 12 săptămîni (8 pacienți), tamsulosin - 0,4 mg pe zi, 12 săptămîni (20 pacienți) și prazosin 2 mg de 2 ori pe zi, 12 săptămîni (10 pacienți). Dozele și modul de administrare a preparatelor folosite în studiu au fost consultate cu literatura de specialitate (tab.2).

Aprecierea eficacității tratamentului medicamentos cu α -AB a dereglărilor actului micțional s-a efectuat în baza controlului ecografic al volumului prostatei și urinei reziduale, datelor urofloumetriei (viteza maximă și medie a jetului urinar, timpul micției). S-a determinat de asemenea și nivelul antigenului specific al prostatei în plasma sanguină (AgPS). Starea clinică a pacienților, frecvența micțiilor nocturne și de zi și parametrii urofloumetrici au fost determinați pînă la tratament, în timpul (la 6 săptămîni) și la sfîrșitul tratamentului (12 săptămîni), cît și după tratament (la 6 luni). Nivelul AgPS a fost determinat la început de tratament, în timpul (la 3 luni) și la 6 luni după administrarea α -AB. Numărul pacienților tratați cu α -adrenoblocante și rămași în procesul de studiu timp de 6 luni după finalizarea acestuia a fost de 46. Motivele conform cărora 7 pacienți au fost retrași din studiu sînt următoarele: efecte adverse (2); adenomectomia (2); refuz de tratament (2); cauze familiale (1).

Rezultate și discuții

În rezultatul tratamentului HPB cu α -AB s-a constatat ameliorarea parametrilor urodinamici. Așa, la analiza parametrilor urofloumetriei (tab. 3) după tratamentul cu α_1 -AB și α_{1A} -AB timp de 84 zile s-a depistat o creștere a vitezei maxime a jetului urinar în mediu de la $10,3 \pm 0,08$ ml/s pînă la $12,2 \pm 0,15$ ml/s pentru α_1 -AB și de la $9,8 \pm 0,18$ ml/s pînă la $13,8 \pm 0,28$ ml/s pentru α_{1A} -AB, adică viteza maximă a

Bolnavul C., în vîrstă de 21 ani, prezintă la internare în secția chirurgie, dureri abdominale, subbordul costal drept și în regiunea lombară, cefalee, scădere ponderală (cu 4 kg în ultimele 2 luni)

Din anamneză: se consideră bolnav de circa două luni, când la examenul ultrasonor a fost descoperite chisturi hepatice. A fost efectuată scintigrafia ficatului și a fost depistat un focar în lobul drept hepatic și splenomegalie. Rinichiul drept, pancreasul și vezica biliară nu au putut fi vizualizate din cauza unei tumori enorme.

Obiectiv se determină prezența unei formațiuni tumorale ce ocupa jumătatea dreaptă a cavității abdominale până la bazinul mic. Rinichiul stîng nu se palpează. Semnul Giordano absent bilateral. Hemoteucograma arată prezența unei anemii moderate, iar sumarul de urină -leucociturie.

Urografia excretorie și tomografia computerizată nu s-a efectuat.

S-a decis efectuarea intervenției chirurgicale. Sub anestezie generală, prin incizie paracostală a fost realizată laparotomia. La examinarea organelor cavității abdominale, partea dreaptă a ficatului, vezica biliară și o parte din intestinul subțire au fost deviate medial și a fost descoperită o tumoră enormă cu punct de pornire din rinichiul drept. A fost solicitat consult urologic intraoperator, intervenția fiind continuată împreună. Cu dificultăți tehnice a fost efectuată nefrectomia pe dreapta.

Macropreparatul prezintă o tumoră enormă de circa 5 kg de consistență spongioasă, cu fluctuații și necroză.

Postoperator plaga s-a cicatrizat *per primam*, iar bolnavul a fost externat în stare satisfăcătoare.

Examenul histopatologic Nr 2674-88 - Tumoră Wilms cu hemoragii extinse.

Pacientul a fost internat pentru supraveghere și tratament multimodal în serviciul de oncologie. Urmărirea timp de 4 ani nu arată prezența metastazelor sau a altor complicații.

Discuții, concluzii

Tumora Wilms are o frecvență sporită în ultimii ani. Depistarea la adulți a nefroblastomului este o cazuistică, confirmată și de datele literaturii studiate.

Cazul de față prezintă interes clinic atât pentru urologi, cît și pentru medicii de alte specialități, prin faptul, tumora Wilms s-a manifestat la un pacient de 21 ani, vîrstă ce o depășește pe cea a copiilor. În diagnosticul diferențiat al formațiunilor tumorale renale trebuie de ținut cont și de acest fapt, în special în cazurile cu patologii concomitente (chisturi hepatice în cazul nostru).

Bibliografie

- 1.Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека. Ред. Н.А.Краевского, А.В.Смолянникова, Д.С.Саркисова, том.2, Москва, 1993, с.142-145.
- 2.Нефробластома – тест-объект детской опухоли. Ред. Л.А.Дурнов, Т.А.Шароев, В.И.Лебедев, том.3, Москва, 2001.
- 3.Клиническая онкоурология. Ред. Е.Б.Маринбаха, Медицина, 1975, с.351.
- 4.Breslow N.E. – Wilms' Tumor Epidemiology in Encyclopedia of Cancer. (vol.III) New York Academic Press, p.2003-2013, 1997.

α -ADRENOBLOCANTELE SELECTIVE ÎN TRATAMENTUL HIPERPLAZIEI PROSTATICE BENIGNE

V.Ghicavii, A.Tănase, I.Codreanu, I. Dumbrăveanu, M. Popov, E.Ceban, C. Lupașco, V.Platon, C. Spînu, O. Taranov, V. Gorbatovschii, I. Milici, I.Barsan
Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "N.Testemițanu"

Summary

The work is dedicated to comparative analysis of results after drugs treatment in patients with Benign Prostate Hiperplasia. The 46 patients with BPH treated with α - adrenoblokere (doxazosin, tamsulosin, prasosin, alfusosin). It was found that the efficacy of drugs, used in conservative treatment of BPH depends essentially on the mechanism and the point of their action in etiopatogenic process of BPH, on the moment of the beginning and duration time of their action. The chosen rationally and individually treatment may exclude the necessity of operation, but more often contribute to the extension of the period, in with operation is not needed (2-5 years and more) and to improve the conditions of carrying out the surgical intervention, to remove completely or decrease considerably intra -and post-operation complications.