

Prognostic

Deși tumorile phylloides sunt considerate a fi clinic benigne, există posibilitatea de recurență după excizie, mai ales la leziunile care prezintă histologie malignă. Tumorile care după tratamentul inițial prin excizie largă reapar local necesită tratament cu mastectomie totală. Boala metastazică este tipic observată în plămâni, mediastin și schelet.

Concluzii

- Tumorile phylloide (TF) sunt o patologie rară, motiv pentru care există un număr mic de studii randomizate și nu există standarde de tratament. Pe baza analizei literaturii mondiale, putem trage concluzii:

- Tumora phylloida este o structură palpatorie netedă, de regulă, multinodulară, ajungând la dimensiuni mari. Adesea (TF) este diagnosticată greșit ca fibroadenom la sân, și, prin urmare, diagnosticul final poate fi făcut numai după o

biopsie de bază. Puncția ganglionilor limfatici suspecti este de asemenea recomandată.

- Din punct de vedere histologic, TF sunt împărțite în benigne, border line, și maligne, tratamentul cărora trebuie să fie diferite.

- Tratamentul principal este rezecția largită a glandei mame. Este recomandată mastectomia dacă nu este posibilă efectuarea exciziei necesare a tumorii sau, din punct de vedere al rezultatelor estetice în tumori mari, pentru reconstrucția ulterioară a sânelui.

- Implicarea ganglionilor limfatici în procesul tumoral este foarte rară (1,6%). Limfadenectomia axilară în absența datelor pentru metastazele regionale nu este necesară.

- În cazul TF benigne, radioterapia și chimioterapia nu este necesară. În cazul border line sau malignă, radioterapia adjuvantă reduce riscul reapariției locale.

- Terapie hormonală este inefficientă în această patologie.

Bibliografie

- Liang M., Ramaswamy B., Patterson C. et al. Giant breast tumors: Surgical management of phyllodes tumors, potential for reconstructive surgery and a review of literature. *World J Surg Oncol* 2008;6:117-2. Muttarak M., Lerttumnongtum P., Somwangjaroen A., Chaiwun B. Phyllodes tumour of the breast. *Biomed Imag Interv J* 2006;2(2):33.
- Stromberg B.V., Golladay E.S. Cystosarcoma phylloides in the adolescent female. *J Pediatr Surg* 1978;13:423-25.
- Kahan Z., Toszegi A.M., Szarvas F. et al. Recurrent phyllodes tumor in a man. *Pathol Res Pract* 1997;193(9):653-8.
- Parker S.J., Harries S.A., Phyllodes tumours. *Postgrad Med J* 2001;77:428-35.
- Muller J. *Über den feineren bau und die formen der krankhaften geschwulste*. Vol. 1. Berlin, Germany: Reimer, 1838. P. 54-60.
- Кочергина Н.В., Корженкова Г.П., Ермилова В.Д. и др. Что такое листовидная опухоль молочных желез? *Мед визуал* 2000;(4):54-9. состояние проблемы. М.: ГЭОТАР- Медиа, 2006. С. 144-82.
- Azzopardi J.G. *Prognosis in breast pathology*. Philadelphia: WB Saunders, 1979. P. 346-65.
- Reinfuss M., Mitus J., Duda K. et al. The treatment and prognosis of patients with phyllodes tumor of the breast: an analysis of 170 cases. *Cancer* 1996;77:910-6.
- Chaney A.W., Pollack A., McNeese M.D. et al. Primary treatment of cystosarcoma phylloides of the breast. *Cancer* 2000; 89:1502-11.



LIPOMUL HIPOFARINGIAN HYPOPHARYNGEAL LIPOMA

Victor Osman d.ș.m.¹, **Iulia Cotelea**- medic otorinolaringolog², **Marin Buracovschi**- medic otorinolaringolog¹, **Vitalie Osman**- medic rezident otorinolaringolog³

1 - CSF „Galaxia”

2 - IMSP SCR

3 - IMSP SCMU

Rezumat

Autorii prezintă un caz de lipom hipofaringian gigant complicat cu dispnee marcată, care a pus în pericol viața pacientei, și rezolvat de urgență în clinica de specialitate. Tratamentul a constat în ablația lipomului hipofaringian prin microlaringoscopie suspendată cu anestezie generală, intubație oro-traheală.

Cuvinte cheie: lipom hipofaringian, intubație oro-traheală dificilă, microlaringoscopie suspendată, ablație.

Summary

The authors present a complicated case of hypopharyngeal giant lipoma with dyspnea that threatened patient life and was solved by emergency surgery. The treatment consisted in ablation of the hypopharyngeal lipoma by suspended microlaryngoscopy with general anesthesia and orotracheal intubation.

Key words: hypopharyngeal lipoma, difficult orotracheal intubation, suspended microlaryngoscopy, ablation.

Date generale. Lipomul hipofaringian, descris pentru prima dată în anul 1854 de Holt, Fergusson și Partridge, este o tumoră benignă mezenchimală extrem de rară, provine din zonele cu conținut, în mod normal, de țesut adipos (epiglota, benzile ventriculare și repliurile ariepiglotice, sinusurile piriforme, peretele hipofaringian lateral) - din celule grase albe mature (adipocite) și poate ajunge la o dimensiune considerabilă.

Lipomul este, de obicei, solitar, dar poate fi și multiplu, neted, pediculat, cu o dimensiune care variază de la 2-3 cm în diametru până la 15-20 cm în lungime.

Lipomul hipofaringian se clasează printre cele mai frecvente tumori benigne ale țesuturilor moi și reprezintă 4-5% din totalul tumorilor benigne. Lipoamele sunt depistate, de obicei, în țesutul moale din gât, trunchi, spate și extremități, dar sunt relativ mai puțin frecvente la nivelul tractului aerodigestiv superior. Lipoamele cavității bucale, inclusiv lipomul bazei limbii, reprezintă doar 1-2,2% din tumorile benigne ale acestei localizări.

Lipomul de hipofaringe apare mai frecvent la vârsta de peste 40 de ani, dar sunt raportate și cazuri de tumoră la vârste mai tinere, afectează în primul rând bărbați adulți. Raportul bărbați:femei constituie 3-6:1. Leziunea posedă potențial letal din cauza riscului de aspirație a tumorii pediculate și obstrucție a căilor aeriene superioare.

Lipomul hipofaringian și laringian reprezintă circa 0,6% din tumorile benigne hipofaringiene și laringiene. În anul 1995 a fost publicată o sinteză a literaturii mondiale de specialitate care a raportat 80 de cazuri de lipoame hipofaringiene și laringiene [46]. Unii autori [46] consideră că incidența lipoamelor din laringe și hipofaringe este mai mică decât incidența raportată. Caracteristicile similare ale lipoamelor și liposarcoamelor pot contribui la diagnosticarea eronată a unor cazuri de liposarcoame de stadii mici ca lipoame.

Etiologia lipoamelor este necunoscută. Există două teorii de formare a lipomului: (1) diferențierea fibroblaștilor, celule multipotențiale, în celule de grăsime și (2) dezvoltarea lipomului din țesutul lipomatos al benzilor ventriculare, epiglotice și repliurilor ariepiglotice.

Tabloul clinic. Lipomul hipofaringian și lipomul bazei limbii, datorită dimensiunii mici sau potențialului redus de prolaps în esofag sau trahee, este asimptomatic și poate fi descoperit doar accidental la inspecția de rutină a laringelui și faringelui. Tumora crește lent și devine simptomatică doar în ultimele decade de viață. Aceste caracteristici explică prezentarea tardivă la medic a pacienților, deja cu leziuni masive care produc modificări semnificative. Simptomele tipice în majoritatea tumorilor voluminoase sunt disfagia, disfonia, senzația de corp străin în gât, tuse iritantă sau paroxistică, odinofagie și, ocazional, detresă respiratorie produsă de obstrucția căilor respiratorii, senzația de secreții excesive în gât și intensificarea sforăitului. În cazul unei mase pediculate polipoidale, aceasta poate eructa din gura pacientului (figura 1). Durata simptomelor poate varia de la câteva luni la mulți ani.

Diagnosticul lipomului hipofaringian și a lipomului bazei limbii este deseori dificil și tardiv din cauza creșterii foarte lente și simptomatologiei ușoare și subtile a acestei leziuni.

Radiografia normală și cu contrast de bariu de multe ori nu reușește să detecteze leziunea.

Aspectul endoscopic a lipoamelor hipofaringiene și a bazei limbii variază de la o masă submucoasă la o masă intraluminală polipoidă. Macroscopic se determină o masă rotundă, sesilă sau

pediculată, netedă sau lobată, cu zone solide și chistice, cu limite bine definite, bine.



Figura 1. Lipom de hipofaringe: aspect preoperator (A) și lipomul excizat (B) încapsulată, gălbui, acoperită cu mucoasă normală. Dimensiunile leziunilor variază de la profunde (submucoase) de câțiva milimetri până la leziuni polipoidale mari - de 6 cm.

Tomografia computerizată și imagistica prin rezonanță magnetică permit un diagnostic preoperator definitiv prin determinarea leziunii omogene, a localizării și extinderii leziunii, a modificărilor tipice pentru țesutul adipos - aspect mai puțin densitometric comparativ cu apa. Imagistica prin rezonanță magnetică are unele avantaje majore față de tomografia computerizată - definește mai exact originea pediculului, vizualizează mai bine țesutul moale, detectează extinderea tumorii în spațiul adiacent și relația cu structurile vitale.

Studiul funcțional endoscopic și videofluoroscopic permite de a evalua în dinamică tulburările de deglutiție.

Histologic, lipomul constă din adipocite mature uniforme, univaculate, cu variații ușoare în dimensiuni și formă, separate prin fire largi fibroase. Tumora poate fi compusă din foi și lobuli de țesut adipos matur separate cu septuri fibrocolagenoase. În lipomul bazei limbii pot fi determinate fibre musculare cu diferit grad de atrofie sau cu modificări degenerative minime, plasate adiacent sau intercalate între lobulii tumorii. Majoritatea vaselor sangvine în țesutul lipomatos sunt capilare, dar la baza tumorii pot fi și vase de calibru mai mare - vene și artere. Suprafața tumorii este acoperită cu epiteliu scuamos hiperplastic. Tumorile nu sunt infiltrative, lipsesc adipocitele atipice, caracterizate prin variabilitate majoră în dimensiuni și formă, cu nuclee hiperchromatice.

Lipomul cu celule fusiforme este o variantă histologic distinctă, care conține adipocite mature, celule fusiforme mici și cilindrice într-o matrice cu material mucinos și fascicule de collagen (figura 2). Celulele fusiforme sunt celule uniforme, cu un singur nucleu alungit și îngust, citoplasmă bipolară și mitoză rară, care formează clustere scurte și paralele. Leziunea este acoperită cu epiteliu scuamos stratificat necheratinizat. Lipomul cu celule fusiforme este bogat vascularizat, dar vasele se apreciază dificil din cauza compresiei cu adipocite largi.

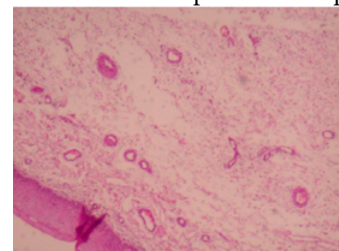


Figura 2. Secțiune histologică a lipomului de hipofaringe cu celule fusiforme în stromă de collagen (Hematoxilina-Eosina x40)

Modificările secundare includ hemoragie, calcificare, formare de chisturi, necroze și infarct. În general, diagnosticul de lipom nu necesită examen histochimic, imunohistochimic sau prin microscopie electronică. Modificarea tipului obișnuit de lipom cu adaos din diverse elemente mezenchimale, parte intrinsecă a tumorii, includ mixolipomul cu depozite de substanță mucoidă și fibrolipomul ce conține o componentă deosebit de importantă de țesut conjunctiv fibros. Lipomul este de fapt în cele mai multe cazuri fibrolipom. Alte variante histologice de lipom hipofaringian extrem de rar constau dintr-un amestec de diferite elemente mezenchimale: lipomul mixoid sau mixolipomul conține substanțe mucoide, angioliipomul are o vascularizare mult mai mare decât cea a unui lipom simplu, miolipomul conține și fibre musculare netede, la examenul imunohistochimic se colorează pozitiv cu antigenul musculaturii netede și desmin, angiofibrolipomul, angiomiolipomul, condrolipomul - lipom vechi și de dimensiuni mari cu metaplasie cartilajinoasă, mixocondrofibrolipomul.

Diagnosticul diferențial. Din punct de vedere clinic, lipomul de hipofaringe sau al bazei limbii poate fi confundat cu alte leziuni benigne sau maligne. Endoscopic, lipomul poate fi confundat cu un chist de retenție mucos sau laringocel. Lipomul laringian și valecular au aspect și simptomatologie similară cu lipoamele de hipofaringe. Tumorile benigne pediculate ale esofagului, ca și lipoamele hipofaringiene, pot produce simptome vagi și se pot prezenta ca mase proeminente din gură. Liposarcoamele pot fi inițial diagnosticate ca lipoame benigne sau fibrolipoame și adevărata natură a tumorii este evidențiată atunci când pacienții prezintă mai multe recurențe. În astfel de cazuri, imagistica prin rezonanță magnetică contribuie la ameliorarea considerabilă a diagnosticului preoperator. Tomografia computerizată stabilește cu o probabilitate ridicată natura lipomatoasă a tumorii.

Microscopic, liposarcomul bine diferențiat poate fi interpretat greșit ca un lipom. Lipoamele scanate prin tomografie computerizată au o structură omogenă, neintensivă, cu atenuare scăzută și densitate mai mică decât apa.

Lipoamele cu celule fusiforme pot fi greșit diagnosticate ca liposarcoame din cauza caracteristicilor histologice similare. Histopatologic, lipoamele sunt tumori capsulate cu celule albe mature grase. Uniformitatea celulelor fusiforme, absența lipoblastelor și prezența fibrelor de colagen groase mature sunt caracteristicile tipice ale lipoamelor cu celule fusiforme. Pentru liposarcoame nu este specifică capsula, însă sunt tipice creșterea rapidă, pleomorfism celular cu celule atipice și lipoblaste multivacuolare, vascularizație bogată, proces infiltrativ și o matrice foarte pronunțat mucoidă.

Imunohistochimic, în celulele fusiforme sunt exprimate proteinele CD34, bcl-2 și vimentina, dar nu S-100. Recent, proteinele MDM2 și CDK4, cunoscute ca chei reguletoare a progresiei ciclului celular, s-au dovedit a fi exprimate în liposarcomă, însă nu sunt exprimate în lipoame și adipocite mature normale.

Tratamentul de elecție pentru tumorile lipogenice hipofaringiene și a bazei limbii este excizia chirurgicală radicală a leziunii, fie peroral, endoscopic sau prin intermediul unei faringotomii laterale, în funcție de dimensiunea și localizarea anatomică a lipomului. În ultimele decenii frecvent se aplică

microlaringoscopia în suspensie. Eliminarea endoscopică submucoasă a tumorii cu sutura planului mucoasei permite o recuperare rapidă și completă a funcției hipofaringiene, fără complicații precoce și tardive.

Tumorile mici se elimină endoscopic. Tumorile mari pot necesita o abordare externă (faringotomia laterală, laringofisura, faringotomia subhioidală). Traheostomia este utilizată rar. Indiferent de tipul de intervenție, îndepărtarea chirurgicală a tumorii trebuie să fie completă, în scopul prevenirii unei posibile recurențe a tumorii.

Evoluția postoperatorie este favorabilă cu vindecare completă a locului de excizie. Transformarea malignă a lipomului solitar este extrem de rară. Recurența lipomului poate fi cauzată de managementul chirurgical inadecvat, dar poate indica și prezența unui liposarcom, care necesită confirmare histologică. După tratament se recomandată observare îndelungată a pacientului din cauza riscului de asfixie prin lipoame multiple asimptomatice cu caracter metacronic.

Caz clinic

Autorii prezintă un caz clinic de lipom hipofaringian la o pacientă care a fost internată de urgență, și care prezenta o formațiune tumorală hipofaringiană, exteriorizată din cavitatea bucală. Din antecedentele personale patologice pacienta menționează că în urmă cu 2 ani a fost diagnosticată cu formațiune de volum hipofaringiană de dimensiuni mici și i s-a recomandat evidența medicului ORL. În urmă cu 4 ore la pacientă evoluează dispnee violentă cu cianoză, tiraj și coraj și după tenezme spontane de vomă se exteriorizează formațiunea tumorală care este ținută cu mâna de către pacientă pentru a nu-i provoca din nou sufocarea.

Pacienta a fost operată de urgență de către echipa medicilor de gardă a secției otorinolaringologie prin microlaringoscopie directă suspendată cu anestezie generală și intubație orotraheală. Formațiunea tumorală a fost îndepărtată cu ajutorul electrocauterului și trimisă la examenul histopatologic.

Discuții

Complicația cea mai importantă a unei tumori pediculate, localizate în hipofaringe sau la baza limbii, este obstrucția căilor respiratorii superioare cu disfonie sau stridor, disfagie, iar ocazional cu asfixie și moarte. Diagnosticul lipomului hipofaringian și a lipomului bazei limbii este deseori dificil și tardiv din cauza creșterii foarte lente și simptomatologiei ușoare și subtile a acestei leziuni.

Radiografia normală și cu contrast de bariu de multe ori nu reușește să detecteze leziunea.

Concluzii

Diagnosticarea lipoamelor hipofaringiene deseori se efectuează când lipoamele ajung de dimensiuni mari punând viața în pericol. Una din evoluțiile lipomului hipofaringian este apariția subită a unui fenomen de sufocare în afara unui proces inflamator acut în sfera ORL. Este indicat ca tratamentul să fie efectuat în stadiile de compensare a stenozei hipofaringiene, deoarece decompensarea frecvent evoluează rapid, neavând timp pentru acordarea ajutorului medical de mare urgență.

Bibliografie

1. Chapter 3. Tumours of the Hypopharynx, Larynx and Trachea. WHO and TNM classification.
2. Dubrulle F., Souillard R., Chevalier D. et al. Imaging of tumors of the larynx and hypopharynx. J. Radiol. 2008, vol. 89, no. 7-8, pt. 2, p. 998-1012.

3. Evcimik M., Ozkurt F., Sapci T. et al. Spindle cell lipoma of the hypopharynx. Int. J. Med. Sci. 2011, vol. 8, no. 6, p. 479-481.
4. Di Bartolomeo J.R., Olsen A.R. Pedunculated lipoma of the epiglottis. Second known case reported. Arch. Otolaryngol. 1973, vol. 98, no. 1, p. 55-57.
5. Popescu I., Ciuce C., Sarafoleanu C. Tratat de chirurgie, Editia a II-a. Bucuresti 2012, vol. 1, p. 190-191.



MANAGEMENTUL HIPOPARATIROIDISMULUI POSTOPERATOR (REVIUL LITERATURII)

MANAGEMENT OF POSTOPERATIVE HYPOPARATHYROIDISM (A REVIEW)

Ambros Tatiana - medic endocrinolog

CSF „Galaxia”

Rezumat

Dezvoltarea hipoparatiroidismului postoperator este una dintre problemele mari ale endocrinologiei clinice moderne. Acest lucru se datorează faptului că la pacienții operați cu patologii tiroidiene, de multe ori (0,6-15%), se atestă o scădere semnificativă a nivelului de calciu în sânge din cauza deteriorării sau îndepărtării glandelor paratiroide în timpul intervenției chirurgicale. Hipoparatiroidismul postoperator poate fi permanent sau temporar. Hipoparatiroidismul nedignosticat și respectiv netratat duce la consecințe grave și invalidizante (convulsii, criză tetanică, deces etc). Astfel un management corect al hipoparatiroidismului ar evita handicapul fizic și social al pacienților.

Abstract

The development of postsurgical hypoparathyroidism is one of the major problems of modern endocrinology. This is due to the fact that patients with thyroid pathologies, have a significant decrease in blood calcium (0.6-15%), due to injury to the parathyroid glands during surgery or inadvertent resection. Postoperative hypoparathyroidism may be permanent or temporary. Undiagnosed and untreated hypoparathyroidism leads to serious and disabling consequences (seizures, tetanus, death, etc.). Thus, it is important that a proper management of hypothyroidism avoids the physical and social disability of patients.

Introducere

Hipoparatiroidismul postoperator (HPTPO) este cea mai frecventă consecință a chirurgiei tiroidei. Hipoparatiroidismul dobândit rezultă în urma rezecției inadecvate sau leziunii glandelor paratiroide și în special a vascularizatiei acestora, în timpul tiroidectomiei, para-tiroidectomiei sau disecției radicale a gâtului. Factori de risc pentru hipoparatiroidism sunt chirurgia centrală bilaterală a gâtului, tiroidectomia în cancer, tratamentul chirurgical al hiperplaziilor paratiroidelor (PT), sexul feminin, deficitul de vitamina D, sarcina, lactația, patologii tiroidiene autoimune, bypassul gastric. [1,2]

Incidența HPTPO este complicat de apreciat. Un reviu al literaturii internaționale estimează că HPTPO permanent apare în 0,5-6,6% din toate tiroidectomiile, rata fiind mai mare în anumite serii, însă în centrele specializate este de 0,9-1,6%. [2] AACE (asociația americană a endocrinologilor clinicieni) prezintă date conform cărora în mâini iscusite a chirurgilor de performanță, riscul HPTPO permanente după o tiroidectomie totală este <1%. Limfadenectomia compartimentului central crește riscul de la 1 la 15%. [1,3]

Definiție

Definiția hipoparatiroidismului clinic - sindromul care se manifestă prin afectarea metabolismului calciului (hipocalcemie) și fosforului și este datorat sintezei alterate, secreției sau efectului periferic scăzut al parathormonului. [1,4,5]

Hipoparatiroidismul postchirurgical este de obicei clasificat

ca tranzitoriu sau permanent. Tranzitoriu este atunci când după 12 luni de tratament cu suplینirea deficitului (Ca, VitD, Mg) se obține restabilirea funcției PT, pe când despre HPTPO permanent se va vorbi când după 1 an postoperator nu se obține ameliorarea completă a funcției. [1]

HPTPO determină hipocalcemie și hiperfosfatemie prin scăderea mobilizării calciului din depozitele osoase, scăderea reabsorbției calciului la nivelul nefronului distal și micșorarea excreției fosforului, scăderea activării 1 α -hidroxilazei renale cu formare insuficientă de 1,25-dihidroxivitamina D și absorbție scăzută a calciului la nivel intestinal. [2,6]

Tabloul clinic

Semiologia clinică include elemente de tip hiperexcitabilitate neuro-musculară și neuro-psihică specifice hipocalcemiei [1,2,4,6]:

- convulsii (inclusiv convulsii generalizate tonico-clonice);
- spasme ale mușchilor feței, mâinii, reflexul carpedal;
- dureri și parestezii în mușchii gambei;
- dereglări de ritm cardiac (alungirea intervalului QT și altele.)
- laringospasm (în criză tetanică);
- semnele Chvostek, Weiss, Trousseau pozitive,
- agitație psihomotorie, cu stridor laringian și spasm.

Clinic hipocalcemia se poate prezenta dramatic prin tetanie acută, convulsii, alterarea statusului mental, insuficiență cardiacă congestivă refractară sau stridor; durata, severitatea