

614.5
C 93

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU

Eva GUDUMAC Irina LIVȘIȚ

EPIDEMIOLOGIA TUMORILOR ABDOMINALE LA COPII

RECOMANDĂRI METODICE

**CHIȘINĂU
2012**

G 93

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
NICOLAE TESTEMIȚANU**

Catedra Chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică

Eva GUDUMAC Irina LIVȘIȚ

EPIDEMIOLOGIA TUMORILOR ABDOMINALE LA COPII

RECOMANDĂRI METODICE

706085

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
«Nicolae Testemițanu»
Biblioteca Științifică Medicală

SLIVL

Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2012

CZU 616.33-006-053.2(076.5)

G 93

Lucrarea a fost aprobată de Consiliul metodic central al USMF
Nicolae Testemițanu; proces-verbal nr.2 din 17 noiembrie 2011

Autori: *Eva Gudumac* – dr. hab. med., prof. univ., academician al AȘRM,
Om Emerit

Irina Livșiț – doctorandă

Recenzenți: *Vladimir Radilov* – dr. med., conf. univ.
Nadejda Andronic – dr. med., conf. univ.

Recomandările metodice sunt destinate studenților Facultății Medicină generală (anii IV–VI).

Redactor: *Sofia Fleștor*

Machetare computerizată: *Vera Florea*

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII

Gudumac, Eva

Epidemiologia tumorilor abdominale la copii: Recomandări metodice/ *Eva Gudumac, Irina Livșiț*; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, catedra Chirurgie, ortopedie și anesteziologie pediatrică. – Ch.: CEP *Medicina*, 2012. – 20 p.

Bibliogr.: p. 19–20 (24 tit.). – 50 ex.

ISBN 978-9975-113-03-8.

616.33-006-053.2(076.5)

G 93

© CEP *Medicina*, 2012

© E. Gudumac, I. Livșiț, 2012

NOȚIUNI GENERALE

Tumorile organelor abdominale la copil reprezintă o entitate aparte, cu o rată de creștere alarmantă în țările occidentale; în prezent, și în Republica Moldova. Aceste afecțiuni derulează în strânsă corelație cu starea anatomică, a ontogenezei regiunilor și organelor afectate și prin multiplele sale aspecte funcționale și ineditile afecțiuni privind integrarea regiunii în ansamblul morfofuncțional al întregului organism uman (Eva Gudumac, 2008). Copiii cu astfel de formațiuni tumorale ajung în atenția medicilor în situații de urgență sau atunci când tumora atinge dimensiuni semnificative (Птицын В.А., Нечепаяев А.В.).

Structura formațiunilor neoplazice ale regiunii abdominale la copii diferă de cea a formațiunilor neoplazice ale organelor abdominale la adulți. Tumorile întâlnite frecvent la adulți sunt rar diagnosticate la pacienții cu vârsta sub 15 ani (Дурнов Л.А.). Tumorile organelor și țesuturilor din cavitatea abdominală la copii, spre deosebire de adult, se întâlnesc mai frecvent decât cele retroperitoneale. În țările dezvoltate economic din Europa și în SUA mortalitatea infantilă prin procese maligne ocupă locul doi, cedând doar mortalității prin accidente (Журило И. П., Грона В.Н. и др.).

Este cunoscut faptul că organismul copilului diferă de cel al adulților prin creștere mai rapidă, prin instabilitatea proceselor metabolice, dezvoltarea inegală a organelor și sistemelor. Prin aceasta se poate explica de ce tumorile la copii apar și evoluează puțin mai diferit decât la adulți. Tumorile la copil se caracterizează prin dezvoltarea lor rapidă, tendința de generalizare timpurie și localizarea în zone dificil disponibile (cavitatea craniană, pelvis, regiunea retroperitoneală etc.). În prezența bolilor sistemice, tumora poate afecta mai multe organe și țesuturi.

Mai mult de 50% din copiii cu formațiuni tumorale abdominale sunt internați în fazele avansate ale bolii, când tratamentul radical este imposibil de aplicat.

Copiii din grupul de risc au drept factori cauzali: alimentația, mediul de viață, cât și rezultatul mutației în perioada prezigotică (germinală), predispoziția ereditară.

Unii autori au relevat rolul anomaliilor cromozomiale. S-a dovedit că creșterea tumorii depinde de durata ciclului celular, funcția de creștere, procentul celulelor pierdute etc.

Cunoașterea factorilor cauzali ai tumorilor permite optimizarea tratamentului, care, deși urgent, rareori este aplicat de urgență, adică în primele 2-3 săptămâni de la prezentarea pacientului cu tumoră.

Se știe că diagnosticarea tumorilor mici la debut este dificilă, iar în stadiile avansate, diagnosticul se stabilește ușor, însă soluționarea deseori este imposibilă. Neuroblastomul, sarcomul Ewing, limfomul non-Hodgkin, tumorile neuroectodermale primitive fac parte din grupa neoplasmelor cu celule mici, rotunde, care apar la vârsta copilăriei și, în multe cazuri, sunt diagnosticate în fazele tardive.

Unii autori au stabilit că în copilărie se dezvoltă, de regulă, tumorile intestinului, mezenterului și cele metastazice hepatice (Дурнов Л. А., Бухны А. Ф., Лебедев В.И.) „Masele” abdominale sunt mai frecvent diagnosticate la copiii sub vârsta de 5 ani, pe când la sugari și copiii de vârstă fragedă – cele retroperitoneale, de origine renală și nonmaligne. Pentru copiii de vârstă fragedă sunt caracteristice tumorile țesuturilor moi (rabdomiosarcomul și nonrabdomiosarcomul), sarcomul, tumorile celulelor germinale și hepatoblastomul. Dintre tumorile renale cel mai frecvent se întâlnesc nefroblastomul (tumora Wilms), nefromul mezo-blastic etc. Incidența tumorii Wilms este de 5-11% din afecțiunile maligne ale copilului. Nefroblastomul este tumora primei copilării și îi afectează pe cei de 1-5 ani, cu punctul maxim la vârsta de 22 luni. Formele neonatale și ale copilului mare sunt rare. Deci, după vârsta de sugar și copil mic predomină tumora Wilms, sarcoamele și tumorile cu celule germinale.

La copiii de peste 10 ani, incidența tumorii Wilms și neuroblastomului este foarte mică, dar crește incidența sarcoamelor, tumorilor cu celule germinale și limfoamelor abdominale.

La copiii de până la un an prevalează tumorile embrionare („tumorile copilăriei”), care constituie 85% din toate tumorile maligne caracteristice acestei perioade de vârstă. La fetițele de vârstă mai mare formațiunile tumorale ale cavității abdominale apar mult mai rar decât la nou-născute; de regulă, 75% dintre acestea sunt chisturi ovariene. Pentru copii sunt tipice tumorile maligne solitare ale tractului gastrointestinal de origine sarcomatoasă, care variaza de la 0,8 la 6% din toate tumorile solide (Дурнов Л.А.).

FACTORII DEZVOLTĂRII TUMORILOR LA COPII

În oncologia pediatrică nu există o corelație între apariția tumorii și factorii geografici și ai mediului ambiant.

Oncologii pediatri, referindu-se la cauzele cancerului la copii, indică mai mulți factori: patologiile obstetricale (infecțiile virale) în timpul sarcinii la mame, vaccinarea mamei în timpul sarcinii, vârsta mamei, nocivitatea la părinți, anomaliile de dezvoltare etc. Datele epidemiologice aduc noi elemente în descifrarea etiologiei cancerului la copii ca rezultat al embriogenezei modificate. S-a dovedit că deteriorarea condițiilor în dezvoltarea fătului la etapele timpurii ale embriogenezei provoacă anomalii ereditare, drept urmare a dereglărilor circulatorii ale uterului, iar în cazul hemoragiei uterine în sarcină, poate apărea hipoxia fătului.

Scăderea presiunii parțiale a oxigenului în timpul sarcinii, expunerea la radiații ionizante, substanțele chimice (toxice), malnutriția, deficiențele de vitamine duc la dezvoltarea malformațiilor congenitale și a tumorilor. Utilizarea sulfanilamidelor, corticosteroizilor favorizează dezvoltarea tumorilor la copii.

Factorii ce stau la baza dezvoltării tumorilor la copii:

- 1) factorul congenital;
- 2) asocierea tumorilor maligne cu anomaliile congenitale;
- 3) caracterul înnăscut al unor tumori;
- 4) incompetența imunologică în unele tumori;
- 5) regresarea spontană a unor tumori;
- 6) blastomatoza transplacentară;
- 7) iradierea ionizantă a mamei în timpul sarcinii;
- 8) poluarea mediului înconjurător;
- 9) radiația solară;
- 10) vârsta mamei la momentul sarcinii (după 30 de ani, în 60-62% din cazuri se depistează tumoare la copil; iar vârsta mamei de peste 40 de ani este deosebit de importantă);
- 11) medicamentele;
- 12) susceptibilitatea genetică etc.

Diagnosticarea neoplasmelor la copii, deseori, este dificilă, din cauza lipsei acuzelor și a dificultății de colectare a anamnezei bolii, în special la cei de vârstă fragedă. Manifestările unor procese fiziologice la

copiii de vârstă fragedă nu diferă de ale tumorilor sau bolilor nononcologice (Жумашев У.К.).

Tumorile maligne utilizează o cantitate importantă de substanțe nutritive, favorizând subnutriția. În consecință, copilul devine apatic, adinamic, preferă să stea culcat. Totodată, tumora excretă un șir de produse toxice ale metabolismului, care acționează asupra celulelor vitale și asociază insomnie, transpirație nemotivată, paliditate. Pielea copilului capătă un aspect suriu, cu semne de hipoavitaminoză. La unii copii sunt prezente subfebrilitatea ($37-37,5\text{ }^{\circ}\text{C}$) și scăderea ponderală. Manifestările clinice sunt caracteristice și pentru alte afecțiuni, dar părinții și medicul de familie afirmă că, în pofida tratamentului efectuat, starea copilului se alterează.

Explorările de laborator indică anemie, creșterea VSH, iar la unii copii – albuminurie, hematurie etc.

De regulă, o masă abdominală palpabilă este semnul care trebuie să sugereze o tumoră malignă solidă, o tumoră benignă sau o pseudotumoră, cum ar fi fecaloamele, aorta abdominală, rinichiul hidronefrotic. Toate formațiunile tumorale abdominale suspecte necesită investigații, pentru a stabili un diagnostic corect. Natura tumorii va fi confirmată doar histopatologic.

Istoricul bolii permite de a preciza dacă au existat simptome caracteristice formațiunilor abdominale și durata lor. În tumorile renale este importantă anamneza atentă referitor la tractul urinar la copil, care va fi completată cu un examen abdominal atent și pe un abdomen relaxat. Dacă este suspectat un fecalom, se va efectua o clismă și se va reexamina copilul, iar vezica urinară se va cateteriza. Pentru adolescenți este important examenul rectal. La un copil fără patologie abdominală examenul fizic ne permite să decelăm marginile ficatului, splinei, rinichiului, aortei, colonului sigmoid.

Semne locale la copiii cu formațiuni abdominale pot fi: protruziile și asimetria abdomenului (*fig. 1*), diferența de densitate palpatorie a abdomenului în diferite regiuni.



Fig. 1. Abdomen asimetric.

Sindromul dolo nu este caracteristic tumorilor maligne, dacã nu sunt prezente complicațiile. Ele se asociazã cu durerile abdominale, prezența sãngelui în masele fecale, dereglãri în actul de defecație și/ sau micțiune etc.

Peste 50% din copii sunt internați în fazele avansate ale bolii, atunci când tratamentul radical nu mai poate fi efectuat. Mortalitatea în tumorile maligne la copii ocupã locul doi, dupã decesele în accidente. În prezent, se înregistreazã o creștere a mortalității în tumorile maligne în toate țãrile din lume.

Metastazele în tumorile maligne la copii pot apãrea în primul an dupã intervenția chirurgicalã sau dupã chimioradioterapie. Dar dacã nu apar pe parcursul primului an, apoi în al doilea an ele pot apãrea mai rar, iar peste 2 ani dupã tratament – și mai rar (Дурнов Л. А., Бухны А. Ф., Лебедев В. И.).

În formele abdominale ale limfomului non-Hodgkin sunt implicați în proces ganglionii limfatici abdominali (42%) și tractul intestinal (36%). Frecvența afectãrii diferitor segmente ale tractului digestiv este diferitã. Astfel, stomacul este afectat în 3% din cazuri, intestinul subțire – în 38%, intestinul colonic – în 30%, cecul și segmentul terminal al ileonului – în 28% (Дурнов Л.А., 2006).

Tumorile hepatice primare la copii ocupã locul trei între toate tumorile abdominale. Tumorile hepatice la copii constituie 1-4% din toate

tumorile determinate în copilărie (Дурнов Л.А., 2006) și 70-80% din ele sunt maligne, fiind reprezentate de hepatoblastom și carcinom hepatocelular. Tumorile hepatice benigne sunt rar întâlnite la copii, fiind reprezentate de hemangioame sau hemangioepitelioame. Tumorile hepatice primare constituie aproximativ 1% din toate tumorile maligne la copii (Vos A., Kuijper C.F.).

Formațiunile tumorale hepatice se întâlnesc mai frecvent la băieți. Cancerul ficatului la copiii sub vârsta de 4 ani constituie 4,6% din toate tumorile copilului și adultului, iar la copiii cu vârsta între 5 și 19 ani – 1% (Дурнов Л.А.).

Hepatoblastomul (*fig. 2*) este cea mai frecventă tumoră din copilăria timpurie (până la 5 ani), care se dezvoltă în perioada embrionară, atunci când există erori în morfogeneză, cu proliferarea necontrolată a țesutului imatur. Pacienții cu sindrom de polipoză colonică familială, sindromul Beckwith-Wiedermann prezintă schimbări în cromozomii 5 și 11. Conform studiilor lui Kasai și Watanabe (1976), hepatoblastomul se întâlnește exclusiv la copiii de vârstă mică: în 90% din cazuri – la copiii de până la 3 luni și în 60% – la cei de până la 12 luni (Дурнов Л.А.).

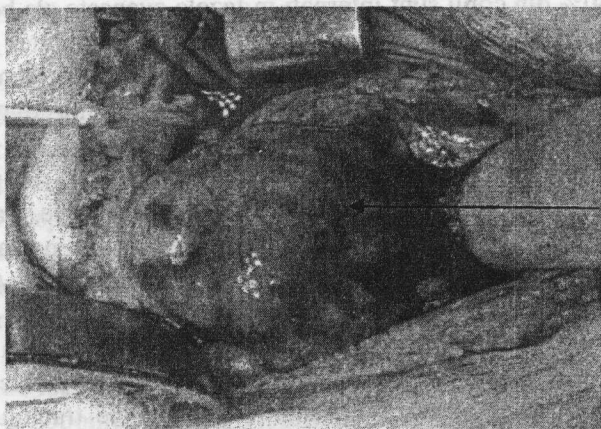


Fig. 2. Hepatoblastom.

Carcinomul hepatocelular (*fig. 3*) este caracteristic pentru copiii mai mari de 5 ani și nu diferă de tumora la adulți, în special la cei de 10-15 ani (Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В.). Afectarea bilobară a ficatului se de-

pistează în 50-70% din cazuri. Supraviețuirea în carcinomul hepatocelular este de la 10-20% până la 40% (Vos A., Kuijper C.F.).

Carcinomul hepatocelular este o tumoră malignă cu creștere rapidă și prognostic nefavorabil. Frecvența acestei tumori este mai înaltă la copiii cu afecțiuni hepatice cronice progresive, inclusiv boala Byler, hepatitele virale B și C cronice, precum și la cei cu dereglări metabolice (tirozinemie, fructozemie, boala glicogenică, hemocromatoza ereditară, deficit de α_1 -antitripsină) (Дегтярѐв А.В., Пыков М.И., Мухина Ю.Г., Лукина Л.И., Филатова Н.Ф.).

La momentul stabilirii diagnosticului, tumora este deja profund invazivă sau pluricentrică și face posibilă excizeza radicală în mai puțin de 30% din cazuri (Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В.). Conform datelor unor autori, mortalitatea în acest tip de tumoră este de 80% (în medie pe parcursul a 11 luni) (Шиманский А.Т., Никифоров А.Н., Исмаил-заде Р.С., Рущкая Е.А.).



Fig. 3. Carcinom hepatocelular (16,0x10,0x12,0 cm).

În ultimii ani se observă o creștere și a incidenței **formațiunilor ovariene** la fete (Кутушева Г.Ф., Немилова Т.К., Караваева С.А.). Printre toate neoplasmеle genitale la copii, tumorile ovariene reprezintă cea mai mare și cea mai diversă grupă. La fetele sub 15 ani, tumorile ovariene se dezvoltă mai des în timpul pubertății, atunci când există mari schimbări hormonale în organism (Вишневский Е.Е.). Acest fapt caracteri-

zează toate formațiunile ovariene – benigne, maligne și funcționale (Адамян Л.В., Богданова Е.А.). Trebuie de remarcat întinerirea vârstei stabilirii diagnosticului de formațiuni ovariene. Tumorile și formațiunile ovariene se întâlnesc rar la nou-născuți și sugari. Odată cu examenul ultrasonografic al uterului gravid, sunt depistate mai multe cazuri de chisturi ovariene la făt și nou-născut. Potrivit datelor unor publicații referitoare la diagnosticarea prenatală a chisturilor ovariene, în timpul sarcinii ele pot fi depistate la termenul de 27-33 de săptămâni (Демидов В.Н., Медведев М.В., Юдина Е.В., Стручкова Н.Ю., Никифоровский Н.К., Авраменко А.А., Петрова В.Н., Молчанов В.В.).



Fig. 4. Chist ovarian torsionat la nou-născut.

În structura morbidității ginecologice la copii și adolescenți, greutatea specifică a tumorilor și formațiunilor tumorale, după datele diferitor autori, variază de la 1 până la 4,6% (Мартыш Н.С., Богданова Е.А., Киселева И.А., Волков Н.И.). Printre factorii etiologici, aproape toti cercetătorii indică o ereditate agravată (chist ovarian la mamă), precum și o dezvoltare agravată a fătului în perioada prenatală (de gestoză), boli infecțioase în timpul sarcinii (în special virale), administrarea medicamentelor hormonale pentru a menține sarcina. Un rol important îl are anamnesticul ginecologic îngreuiat la mamă – avortul, salpingoovarita, bolile ginecologice (Адамян Л. В., Богданова Е. А., Короткова С. А., Глыбина Т. М.).



Fig.5. Chist paraovarian pe dreapta.

Diagnosticul diferențial al chisturilor ovariene la făt și nou-născut se efectuează cu afecțiunile renale, care sunt, de regulă, unilaterale și cu localizare în partea anterioară a cavității abdominale, între vezica urinară și ombilic, cu chisturile mezenterice, deoarece ele nu diferă de cele ovariene (Адамян Л. В., Богданова Е. А., Короткова С. А., Глыбина Т. М.). Conform studiilor lui V.N. Demidov, unicul semn, dar nu și de încredere, este localizarea chistului mezenteric mai proximal decât cel ovarian. Diagnosticul diferențial se va efectua și cu hidrocolposul, care este situat adânc în pelvis. Diagnosticul diferențial este dificil în unele anomalii dublicative ale tractului gastrointestinal, care, de obicei, au o formă tubulară, în extinderea segmentară a intestinului subțire și în chistofibroză (Адамян Л. В., Богданова Е. А., Короткова С. А., Глыбина Т. М.). Dimensiunile mari ale formațiunilor ovariene (mai mult de 7 cm) la făt pot provoca contracții uterine discoordinatorice la naștere pe cale naturală, hipoplazia plămânilor și rupturi ale chistului (Медведев М.В., Юдина Е.В., Стручкова Н.Ю., Никифоровский Н.К., Авраменко А.А., Петрова В.Н., Молчанов В.В.). Creșterea formațiunilor ovariene în diametru la etapele clinico-evolutive indică prezența unui chistadenom, care necesită tratament chirurgical.

Chisturile ovariene care prezintă arii dense hiperecogene sau septuri groase și suspensie microdispersă imobilă, cu dimensiuni fără micșorare în dinamică, în perioada neonatală indică prezența unei tumori adevărate sau tulburări circulatorii în chist (Адамян Л. В., Богданова Е. А., Короткова С. А., Глыбина Т. М.).

Androblastomul constituie 5-7% din toate formațiunile ovariene la copii. Mai des, androblastoamele sunt diagnosticate la fete după începutul menstruației.

Tumorilor epiteliale ovariene le revin 15-20% din totalul formațiunilor ovariene. După datele lui Meire, diagnosticul diferențial ultrasonografic al formațiunilor epiteliale ovariene (benigne și maligne) este posibil în 81% din cazuri. Pentru aceasta, sunt luate în considerare următoarele criterii: 1) dimensiunile formațiunii, 2) prezența sau absența septurilor în interior și în grosimea lor, 3) prezența componentelor parietale și nodulilor solizi, tumorilor fixe etc. Există studii care descriu tumorile maligne ovariene ca formațiuni cu septuri interne multiple groase, însoțite de ascită. În opinia N.D. Selezniova și B.I. Zheleznova, tratamentul chirurgical al tumorilor organelor reproductive la copii și adolescenți trebuie să fie cât mai econom și constă din rezecția subtotală a ovarului sau decolarea tumorii. După cum s-a constatat, doar după rezecția subtotală a ovarelor fetele prezintă menstruații (Маргыш Н.С., Богданова Е.А., Киселева И.А., Волков Н.И.).

Trompa uterină dreapta



Fig. 6. Tumoaară ovariană.

Tumorile și chisturile splinei se întâlnesc extrem de rar. După Gross, există trei tipuri de chisturi: limfangiom lichidian, chist epidermoid și chist parazitar. Chisturile de splină nu ating dimensiuni mari și de multe ori sunt diagnosticate numai la necropsie. În literatura de specialitate, sunt descrise sarcomul și hemangiomul splinei (Gross) (Дурнов Л. А., Бухны А. Ф., Лебедев В. И.).

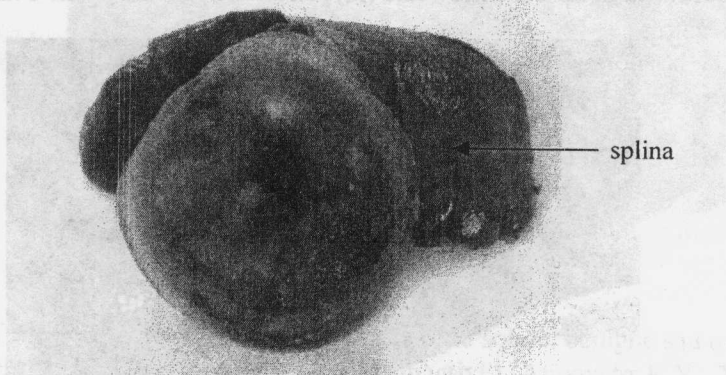


Fig. 7. Chist lienal benign.

Tumorile benigne și maligne ale splinei apar rar, în special cele benigne. Din formațiunile benigne mai frecvente sunt chisturile, hemartioamele (splenoma și hiperplazia nodulară), hemangioamele și limfangioamele. Tumorile pot evolua asimptomatic, dar, uneori, se manifestă cu dureri sau formațiuni palpabile în partea superioară a abdomenului pe stânga (Ашкрафт К.У., Холдер Т.М.). Chisturile neparazitare ale splinei constituie 0,5-2% din toate bolile splinei (Поддубный И. В., Дурнов А. Ф., Смирнов А. Н., Маннанов А. Г., Чундокова М. А., Залихин Д. В., Аль-Машат Н. А., Трунов В. О., Война С. А.).

Tumorile maligne epiteliale ale tractului gastrointestinal la copii apar mult mai frecvent decât la adulți. Frecvența lor variază de la 0,8 până la 6% din tumorile solide la copii și 1% cu rezultat terapeutic nefavorabil. Băieții sunt aproape de 2 ori mai predispuși la cancer al tractului gastrointestinal. În cele mai multe cazuri, cancerul tractului digestiv la copii are un prognostic nefavorabil, deoarece evoluează mai agresiv decât la adulți și este diagnosticat într-un stadiu avansat, în lipsa simpto-

melor patognomonice pentru patologia dată. În 75-95%, tumorile maligne ale tractului digestiv sunt reprezentate de adenocarcinoame. De regulă, tumora metastazează pe cale limfatică și depinde de caracterul și structura ei histologică. Totodată, metastazarea poate avea loc și pe cale hematogenă, în special în ficat. Metastazele în ficat se pot dezvolta și pe cale limfogenă. În alte organe, metastazele se întâlnesc rar. Astfel, metastazarea are loc prin implantarea în peritoneu și diseminarea în nodulii mezoului sau în ansele intestinale (Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В.).



Fig. 8. Limfom malign non-Hodgkin în regiunea ileocecală, care provoacă invaginație.

Chistul mezenteric se dezvoltă din țesutul limfatic distopiat, apare în orice arie a mezoului, fiind localizat între foițele lui, și nu este legat cu peretele intestinului (Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я.). Tumorile maligne mezenterice primare la copii sunt extrem de rare, dar reprezentate prin reticulosarcom mezenteric, cu manifestarea reticulosarcomatozei. La copil se întâlnesc rar tumorile benigne chistice ale mezoului (Дурнов Л. А., Бухны А. Ф., Лебедев В. И.).

Intestinul subțire

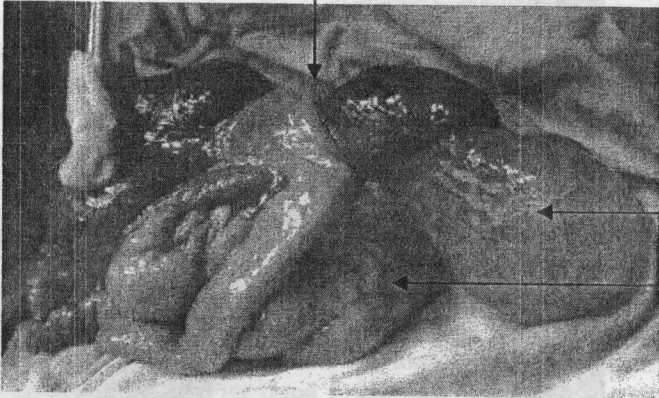


Fig. 9. Chisturi mezenterice.

Tumorile pancreasului pot fi chistice sau solide, benigne sau maligne și endocrin-funcționale sau „surde” (inactive) (Ашкрафт К.У., Холлдер Т.М.).

Chisturile pancreasului la copii se întâlnesc relativ rar, cele post-traumatice – mai frecvent, ele fiind consecința pancreatitei distructive, iar cele congenitale – foarte rar (Баиров Г. А.). Metastazarea în splină constituie 2-3% (С. Аул, U. Germing, G. Meckenstock und A. Heyll).

Chisturile omentului sunt consecințe ale distopiei țesutului limfoid sau obturării căilor limfaticе; sunt situate între foițele omentului. Ele au pereții subțiri, o structură lobulară și conțin lichid seros. Dimensiunile chisturilor sunt variate; uneori, destul de mari (Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я.). Tumorile primare ale omentului la copii apar foarte rar (Куш Н.Л., Лиговка В.К., Кононученко В.П. и др.).

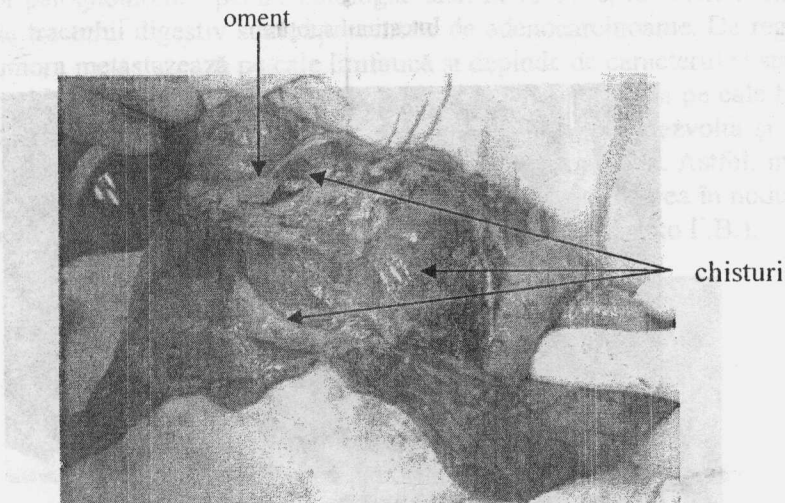


Fig. 10. Limfangiom multichistic al omentului.

În majoritatea țărilor, cancerul reprezintă una dintre principalele cauze ale mortalității infantile și ocupă un loc important în patologia copilului. Unii autori susțin că mai mult de 40% dintre tumorile maligne ar fi curabile, dacă ar fi diagnosticate în perioada precoce a evoluției naturale a bolii și s-ar efectua un tratament multimodal, complex, complet, în funcție de caz, prin asocierea judicioasă a diferitor tipuri de terapii oncologice: tratament chirurgical, chimioterapie, radioterapie, hormonoterapie, imunoterapie.

Trebuie să menționăm că tratamentul chirurgical poate fi radical sau paliativ. Limitele chimioterapiei, în obținerea unui efect, depind de caracteristicile biologice ale tumorilor maligne, de particularitățile individuale ale copilului și de citostaticele utilizate, care vor avea o acțiune selectivă pentru celulele tumorale față de cele normale. Se știe că tratamentul cu doze mari de citostatice permite refacerea rezervelor până la următoarea administrare. În cursul chimioterapiei sunt afectate și celulele imunocompetente și de aceea imunosupresia poate favoriza o serie de complicații terapeutice, mai ales infecțioase.

Unele efecte adverse ale citostaticelor au caracter general: greața, vărsăturile, depresia, depresia măduvei osoase, hiperglicemie (rar) prin distrugerea masivă a celulelor și alopeție.

S-a dovedit că neutropenia de lungă durată reprezintă un important factor de risc pentru infecțiile multiple, micozele invazive, cauzate de candidă și aspergillus. Pacientul febril va urma un tratament cu antibiotice cu spectru larg pe toată durata neutropeniei, asociat cu tratament antifungic.

Tratamentul este de durată, pe parcursul a câțiva ani. După tratament, copiii sunt supravegheați, pentru determinarea precoce a recidivelor. Toată viața, copiii cu tumori maligne se află sub supravegherea medicului oncolog. Copiilor le este contraindicată fizioterapia, iar problema masajului va fi rezolvată individual. La toate etapele tratamentului, vaccinarea este contraindicată, iar după finisarea tratamentului va fi concordată cu medicul oncolog (Москаленко В.З, Журило И.П., Литовка В.К.).

706085

Universitatea de Stat de
Medicină și Farmacie
«Nicolae Testemițanu»

Biblioteca Științifică Medicală

CONCLUZII

1. Mortalitatea prin boli maligne la sugar și copil este destul de înaltă.
2. Mortalitatea prin boli maligne la copil ocupă un loc important după cea prin accidente, prematuritate, malformații.
3. Șansele de însănătoșire, de remisiuni de durată depind de: caracterul tumorii, stadiul, mărimea și dimensiunile ei la momentul stabilirii diagnosticului, subtipul histopatologic și biologic al bolii, răspunsul la terapia aleasă și, mai ales, de vârsta pacientului.

BIBLIOGRAFIE

1. Адамян Л.В., Богданова Е.А. «Оперативная гинекология детей и подростков». Москва, 2004.
2. Адамян Л.В., Богданова Е.А., Короткова С.А., Глыбина Т.М. «Врожденные кисты яичников у грудных детей». Проблемы репродукции, №6, 2006.
3. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. «Детская хирургия». Санкт-Петербург, 1997.
4. Баиров Г. А. «Хирургия поджелудочной железы у детей». Ленинград, 1978.
5. Вишневский Е.Е. «Детская онкогинекология». Минск, 1997.
6. Дегтярёв А.В., Пыков М.И., Мухина Ю.Г., Лукина Л.И., Филатова Н.Ф. «Болезнь Байлера». Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, 2002, №4, том 12, с. 26-30.
7. Демидов В.Н. «Эхография при кистах и опухолях плода». Пренатальная диагностика, 2003; 2: 2: 104-107.
8. Дурнов Л.А. «Клинические лекции по детской онкологии». Москва, 2006.
9. Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В. «Детская онкология». Москва, 2003.
10. Жумашев У.К. «Особенности ранней диагностики опухолей в детском возрасте». Казахстан, 2006.
11. Журило И. П., Грона В.Н. и др. «Синдром пальпируемой абдоминальной опухоли». Вопросы детской хирургии, ИТ и реанимации в практике педиатра, 1(4)2007.
12. Исаков Ю.Ф., Долецкий С.Я. «Детская хирургия». Москва, 1972.
13. Кутушева Г.Ф., Немилова Т.К., Караваева С.А. «Опухоли половых органов у новорожденных девочек». Журнал акушерства и женских болезней, 1999; 48: 4.
14. Куш Н.Л., Литовка В.К., Кононученко В.П. и др. «Новообразование большого сальника у детей». Вестник хирургии, №1, 1991.
15. Мартыш Н.С., Богданова Е.А., Киселева И.А., Волков Н.И. «Эхографическая диагностика опухолей и опухолевидных образований яичников у девочек». Гинекология, №1, 2000.

16. Медведев М.В., Юдина Е.В., Скворцова М.Н. и др. «Пренатальная ультразвуковая диагностика кист яичников». Ультразвуковая диагностика в педиатрии, 1995; 1: 22-27.

17. Медведев М.В., Юдина Е.В., Стручкова Н.Ю. «Пренатальное аспирационное дренирование кисты яичника». Ультразвуковая диагностика, 1998; 3: 44-47,

18. Москаленко В.З, Журило И.П., Литовка В.К. «Опухоли и опухолеподобные образования у детей». Донецк, 2003.

19. Никифоровский Н.К., Авраменко А.А., Петрова В.Н., Молчанов В.В. «Случай аспирационного дренирования кисты яичника у плода в III триместре беременности». Пренатальная диагностика, 2002; 1: 1: 73-75.

20. Поддубный И. В., Дронов А. Ф., Смирнов А. Н., Маннанов А. Г., Чундокова М. А., Залихин Д. В., Аль-Машат Н. А., Трунов В. О., Война С. А. «Непаразитарные кисты селезенки у детей». Эндоскопическая хирургия, №3, 2004.

21. Птицын В.А., Нечепаев А.В. «Объемные образования органов брюшной полости и таза у детей – особенности клинической картины и диагностики», 2008.

22. Шиманский А.Т., Никифоров А.Н., Исмаил-заде Р.С., Руцкая Е.А. «Опухоли печени у детей». Медицинская панорама, №4, 2002.

23. C. Aul, U. Germing, G. Meckenstock und A. Heyll. «Differentialdiagnostische Überlegungen zum Problem der Splenomegalie». Paediat. prax, № 54, 69-82.

24. Vos A., Kuijper C.F. «Primary liver tumors in infancy and childhood». Amsterdam.