

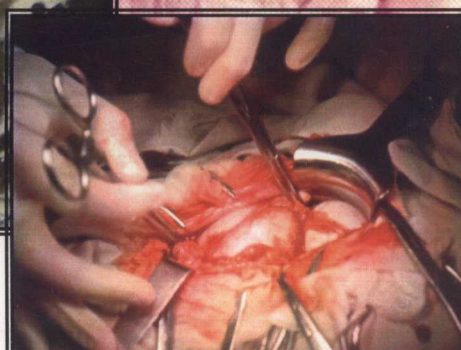


**Eva Gudumac  
Veaceslav Babuci  
Vergil Petrovici**

# **FORMAȚIUNILE CHISTICE LA COPII**

## **Prezentare de cazuri clinice rarisime**

### **(Culegere de lucrări)**



**Centrul  
Editorial-Poligrafic  
"MEDICINA"**

616-006

693

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA**  
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
„Nicolae Testemițanu”  
Asociația Chirurgilor Pediatri Universitari din Republica Moldova

*Eva Gudumac*  
*Veaceslav Babuci*  
*Vergil Petrovici*

# **FORMAȚIUNILE CHISTICE LA COPII**

## **Prezentare de cazuri clinice rarisime**

(Culegere de lucrări)

675361  
UNIVERSITATEA DE STAT  
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIȚEANU"  
BIBLIOTECA

sl.

Chișinău – 2008



CZU 616-006.2-053.2(076.5)

G 93

Aprobat de Consiliul metodic central al USMF „Nicolae Testemițanu”,  
pe 19.01.07, procesul verbal nr.3

### **Autori:**

**Eva Gudumac** – academician al AȘM, dr.hab.med., profesor universitar

**Veaceslav Babuci** – dr.hab.med., conferențiar cercetător

**Vergil Petrovici** – medic specialist în morfopatologie

### **Recenzenți:**

**Silviu Sofroni** – dr.hab.med., profesor universitar

**Victor Râvneac** – dr.hab.med., profesor universitar

Preparatele histologice au fost pregătite de **Svetlana Ceocâltan**

Materialul ecografic a fost prezentat de **Valeriu Moroșanu**

Investigațiile radiologice au fost descrise de **Olga Ivancenco**

Redactor: **Lilia Câssa**

Machetare computerizată: **Aliona Bârsan**

#### **DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII**

**Gudumac, Eva**

Formațiunile chistice la copii: Prezentare de cazuri clinice rarissime: (Culeg. de lucr.) / Eva Gudumac, Veaceslav Babuci, Vergil Petrovici; Univ. de Stat de Medicină și farmacie „Nicolae Testemițanu”, Asoc. Chirurgilor Pediatri Univ.din Rep.Moldova. - Ch. : CEP „Medicina”, 2008. – 111 p.

Bibliogr.la sfârșitul art.

ISBN 978-9975-915-33-5

50 ex

© CEP *Medicina*, 2008

© E.Gudumac ș.a., 2008

ISBN 978-9975-915-33-5

## Cuprins

Chistul timic cervical.....	5
Dificultăți de diagnostic în chistul bronhogen congenital cervicodiastinal la copil de vârstă fragedă.....	10
Chistul hidatic mediastinal.....	17
Chistul pulmonar solitar congenital.....	21
Corelații diagnostice și clinico-morfologice în displaziile chistice.....	27
pulmonare congenitale rar întâlnite la copii de vârstă fragedă Pneumotoraxul spontan drept complicație a bolii buloase congenitale.....	44
pulmonare Chistul hidatic pulmonar gigant.....	50
Chistul hidatic de dimensiuni majore cu afectarea concomitentă a plămânului și a ficatului .....	55
Rolul infecției bacteriale-micotice asociate în evoluția chistului hidatic.....	60
pulmonar complicat Considerațiuni de diagnostic, diagnostic diferențial și tratament pe.....	67
marginea unui caz aparte de hidatidoză multiplă hepatică Limfangiomul chistic gigant al marelui epiploon.....	73
Chisturile mezenterice gigante.....	77
Considerații comparative clinico-evolutive, diagnostice și morfopatologice.....	86
în ficatul polichistic la copii de diferită vârstă Principii de diagnostic și tratament în chistul dermoidovarian de dimensiuni .....	99
majore Chistul hidatic retroperitoneal primar.....	106
Fotodocumentare a unui caz aparte de chist intratoracic de dimensiuni impresionante de origine timică.....	108

## Cuvânt înainte

*Problema formațiunilor chistice la copii este și va rămâne un capitol extrem de interesant al patologiei, care derulează în strânsă corelare cu starea anatomică și a ontogenezei regiunilor și organelor afectate, cu multiplele sale aspecte funcționale și de asemenea ineditele afecțiuni privind integrarea regiunii în ansamblul morfofuncțional al întregului organism uman. Atât malformațiile chistice, cât și formațiunile chistice acaparate dețin o importanță practică deosebită și datorită particularităților locoregionale.*

*În această lucrare ne-am propus o analiză a unor cazuri clinice întâlnite foarte rar între anii 1994 – 2006 în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” în încercarea de a contribui la elucidarea unor aspecte ale problematicii, după cum urmează:*

- *raportul dintre sediul anatomic al chistului și structurile anatomice;*
- *relația dintre situația clinică și atitudinea de diagnostic, diagnostic diferențial;*
- *atitudinea terapeutică și chirurgicală, variantele de tehnici chirurgicale cu extirparea totală sau subtotală în funcție de rapoartele formațiunilor chistice cu structurile anatomice adiacente;*
- *aspectele morfopatologice și încercarea de a descifra unele particularități morfogenetice ale malformațiilor chistice etc.*

*În această modestă lucrare ne-am străduit expunerea cât mai clară a formațiunilor chistice de diversă localizare, destul de rar întâlnite pentru a pune la dispoziția practicienilor nu numai un material teoretic, dar și practic, care să faciliteze diagnosticul precoce și instituirea unei strategii terapeutice cât mai adecvate fiecărui caz, evitând erorile de diagnostic și tratament – surse de complicații, de recidive.*

*Lucrarea este destinată studenților Facultății Medicină Generală, rezidenților de specialitatea Chirurgie și medicilor chirurși pediatri.*

**Autorii**



## CHISTUL TIMIC CERVICAL CONGENITAL

Timusul reprezintă un organ de origine branhiogenă ce derivă (bilateral) din fantele branhiale III și IV la a 6-a săptămână de embriogeneză. Malformațiile congenitale ale acestei glande sunt descrise destul de rar în literatura de specialitate (7). Conform statisticelor contemporane de-a lungul anilor au fost descrise circa 90 cazuri de chisturi timice cervicale (8, 9, 10), dintre care  $\frac{2}{3}$  la copii în vârstă până la 10 ani (2). În același timp, conform unor opinii, aceste date nu reflectă realitatea, deoarece în marea majoritate a cazurilor malformațiile timusului evoluează asimptomatic și nu sunt diagnosticate. De menționat că un șir de studii recente indică că la circa 30% din copiii decedați supuși necropsiei se depistează țesut timic ectopiat în regiunea cervicală (14).

Raritatea acestei malformații, dificultățile de diagnostic și diagnostic diferențial ne-au determinat prezentarea unui caz clinic.

*Bolnavul I.*, a/n 1996, s-a adresat pe 06.01.2006 la Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” cu acuze la prezența unei formațiuni tumorale în regiunea cervicală pe dreapta. Fenomenul debutează cu circa 2 ani anterior. Inițial formațiunea tumorală dată avea dimensiuni mici și copilul nu prezenta careva acuze. În ultima perioadă aceasta a crescut rapid în volum, au apărut și fenomene subiective.

Tabloul clinic a fost dominat de palparea în regiunea cervicală dreaptă, anterior de mușchiul sternocleidomastoidian, a unei formațiuni tumorale mari, dur-elastice, puțin mobile, nedureroase.

Examinarea echografică duplex color a pus în evidență că circulația sanguină prin arterele carotide (comună și internă), arterele subclaviculare și trunchiul brahiocefalic sunt fără modificări patologice. La nivelul regiunii cervicale laterale pe dreapta se vizualiza o formațiune omogenă cu contur clar și o structură izocogenă vascularizată care se situa între artera carotidă comună dreaptă și vena jugulară dreaptă, ultima fiind deplasată lateral (*fig. 1*).

Examenul radiologic a pus în evidență o formațiune tumorală din țesuturi moi a regiunii cervicale pe dreapta.

Pe 12.01.06 cu diagnosticul de limfangiom cervical se intervine chirurgical, operația constând în înlăturarea radicală a formațiunii tumorale.

La examenul patomorfologic macroscopic (*fig. 2*) formațiunea înlăturată manifesta o consistență variabilă dur elastică cu focare fluctuabile, în secțiune cu aspect cavitărilor-chistice cu conținut semitransparent. Suprafața internă a chisturilor netedă, sidefie. Țesuturile perichistice cu structură polimorfă, în unele locuri se

observau zone asemănătoare țesutului grăsos, ce includeau focare de consistență mult sporită de culoare gălbuie.

Examenul histologic a depistat prezența țesutului glandular al timusului cu structură lobulară, unii lobuli fiind colabați ce frecvent includeau formațiuni chistice tapetate cu epiteliu atenuat cubic sau pluristratificat (fig.3).

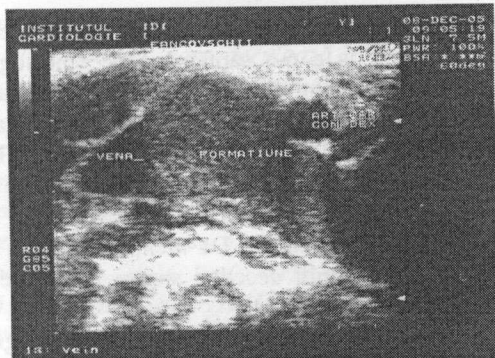
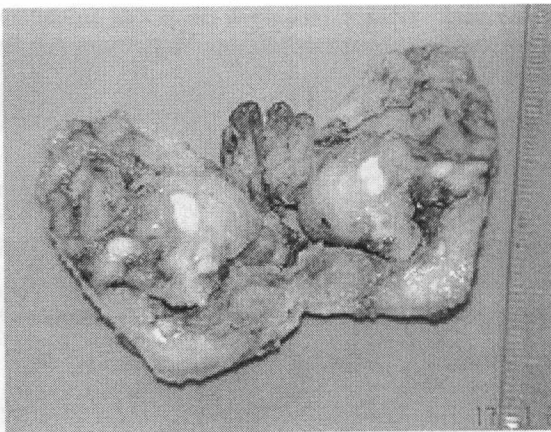


Fig. 1. Examenul ecografic al regiunii cervicale. Între vasele magistrale cervicale pe dreapta se vizualizează o formațiune tumorală.

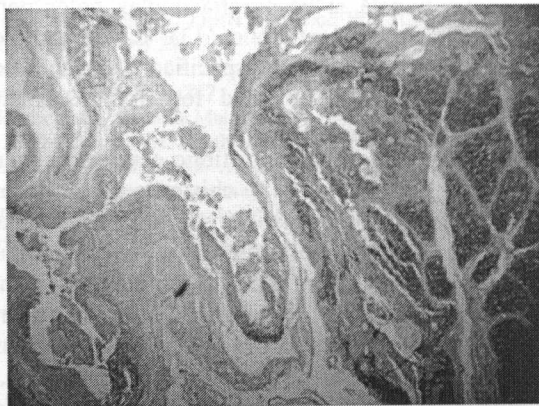
Corpusculii timici sunt solitari, repartizați haotic. Unii lobuli conțineau granuloame colesterinice, în unele locuri cu o reacție gigantocelulară de tipul corpilor străini (fig.4), modificări descrise și de alți autori (1).

Evoluția postoperatorie a fost una favorabilă, pacientul fiind externat la a 9-a zi postoperator.

**Discuții.** Malformațiile congenitale ale timusului se dezvoltă în urma descendenței incomplete în cutia toracică a timusului, sechestrării țesutului timic de-a lungul tractului de descendență și persistenței ductului timofaringian (3, 11, 12). Timusul cervical aberant sau chisturile cervicale timice sechestrate de-a lungul ductului timo-faringian pot fi întâlnite de la nivelul mandibulei până la cutia toracică. Unii autori remarcă că uneori aceste chisturi pot conține reminescente de tiroidă sau paratitoidă. În pofida evoluției asimptomatice în unele cazuri chisturile cervicale timice pot crește destul de repede în volum în rezultatul unei hemoragii, infecții, procese degenerative sau stază venoasă (11). În 10% din cazuri malformația evoluează cu prezența unor manifestări clinice determinate de compresiunea structurilor anatomice adiacente: disfagie, dispnee, dureri, modificarea vocii etc. (14). De asemenea concomitent se pot asocia tireotoxicoza, anemia aplastică, neurofibromatoza, limfoma Hodgkin (11).



**Fig. 2.** Macropreparat. Aspect macroscopic al formațiunii tumorale înlăturate în secțiune.



**Fig. 3.** Microfoto. Aspect microscopic al formațiunii tumorale (explicații în text). Color. H-E. Ocular 10, obiectiv 10.



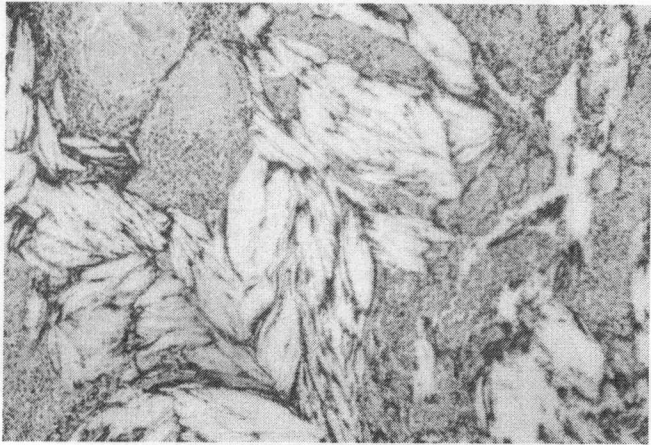


Fig. 3. Microfoto. Aspect microscopic al formațiunii tumorale (lămurire în text). Color. H-E. Ocular 10, obiectiv 10.

Ecografia convențională și ecografia duplex color permit în majoritatea cazurilor depistarea formațiunii tumorale (13), datele radiologice în stabilirea diagnosticului fiind importante, dar nu specifice. Timusul cervical ectopic este vizualizat mai bine prin RMN, pe când formațiunile chistice timice – prin tomografie computerizată (7).

Diagnosticul diferențial al chistului timic cervical congenital este destul de dificil și se va face cu higromul chistic, chisturile cervicale mediane și laterale, teratoamele chistice, afecțiunile tiroidei și paratiroidelor, maladiile limfoproliferative, limfadenopatiile reactive și tumorile vasculare (5). Examenul criohistologic intraoperatoriu poate orienta diagnosticul și ghida tactica medico-chirurgicală. Chisturile timice majore manifeste prin semne de compresie a structurilor adiacente necesită o excizie chirurgicală parțială sau radicală. Totodată intervenția chirurgicală este asociată cu un risc major de pneumotorax, hemoragie, leziune a nervilor vag și hipoglos, infecție etc. Unii autori sunt de părerea că timectomia totală poate duce la diminuarea imunității celulare și la reacții autoimune. În pofida faptului că legătura dintre atimia dobândită și tulburările imunologice încă nu a fost demonstrată, există studii rezultatele cărora confirmă faptul că timectomia la copiii mai mici de 3 luni este asociată cu reducerea numărului de limfocite T circulante și diminuarea răspunsului la mitogenele celulelor T (4).

Așadar, raritatea chisturilor timice cervicale congenitale la copii, precum și evoluția asimptomatică creează dificultăți majore în diagnosticul preoperator și diferențial, tratamentul de elecție fiind cel chirurgical. Până la clarificarea

definitivă a diagnosticului în cauză, eventuala excizie chirurgicală a timusului cervical ectopic trebuie precedată de un examen imagistic, care să verifice prezența țesutului timic mediastinal.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Al-Shihabi BM, Jackson JM.** Cervical thymic cyst. *J. Laryngol. Otol.* 1982; 96 (2): 181 – 9.
2. **Bieger R.C., McAdams A.J.** Thymic cysts. *Arch. Pathol.* 1966. 82:535 – 541.
3. **Boyd J, Templer J., Harvey A.** Persistent thymopharyngeal duct tract. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 1993;109:135 – 139.
4. **Brearley S, Gentle T., Baynham M.I. et al.** Immunodeficiency following neonatal thymectomy in man. *Clin Exp Immunol* 1987;70:322 – 327.
5. **Burton EM, Mercado-Deane MG, Howell CG.** Cervical thymic cysts: CT appearance of two cases including a persistent thymopharyngeal duct cyst. *Pediatr Radiol.* 1995;25(5):363 – 5.
6. **Iqbal S., Garg A.K, Dubey A.** Cervical thymic cyst - A case report. *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 2005. vol. 57. Issue : 1. P. 67 – 69.
7. **Khariwala S.S., Nicollas R., Triglia J.M. et al.** Cervical presentations of thymic anomalies in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 7 (68): 909 – 14.
8. **Loney D.A., Bauman N.M.** Ectopic cervical thymic masses in infants: a case report and review of the literature. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 1998;43:77– 84.
9. **Millman B., Pransky S., Castillo J., Zipfel T., Wood W.E.** Cervical thymic anomalies. *Int J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* 1999;47:29 – 39.
10. **Nguyen Q., de Tar M., Wells W., Corbett D.** Cervical thymic cyst: case reports and review of the literature. *Laryngoscope.* 1996;106:247 – 252.
11. **Tewfic T.L., Zoskovitch A.** Congenital Malformations, Neck. [www.eMedicine Specialties](http://www.eMedicine Specialties). 2005.
12. **Tovi F., Mares A.J.** The aberrant cervical thymus. *Am. J. Surg.* 1978;136:631– 637.
13. **Vishwanatha Kini, Adel Ismail, Essam Aref, Wojciech Szmigielski.** Ectopic thymus: A rare cause of cervical mass in the neonate. *Sygnatura: Pol. J. Radiol.* 2005; 70 (2): 93 – 95.
14. **Wagner C.W., Vinocur C.D., Weintraub W.H., Golladay E.S.** Respiratory complications in cervical thymic cysts. *J. Pediatr. Surg.* 1988; 23: 657 – 660.

## DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ÎN CHISTUL BRONHOGEN CONGENITAL CERVICOMEDIASTINAL LA COPIL DE VÂRSTĂ FRAGEDĂ

Chistul bronhogen congenital reprezintă o anomalie bronhopulmonară congenitală relativ rar întâlnită în practica medicală și chirurgicală la copil. Conform principiilor etiopatogenetice se relevă mecanismul, pe fundalul căruia se poate dezvolta leziunea malformativă dată – unele tulburări de diviziune ale plăcilor ventrale și dorsale ale tubului intestinal primitiv (2, 4, 8).

Mai multe studii definesc rolul metodelor contemporane instrumentale – tomografiei computerizate și RMN în diagnosticul malformației date (sensibilitatea tomografiei computerizate este de 69,2%, pe când a RMN – de 100% (5). În unele cazuri, în baza particularităților locoregionale, atitudinea formațiunii chistice față de stucturile anatomice, un șir de aspecte clinico-evolutive ale maladii, se impun unele greutăți în diagnosticul diferențial.

În acest context prezentăm următoarea observație clinică.

*Pacienta M.*, născută pe 21.11.2006 (f/o 00262) se internează în clinica de chirurgie a nou-născuților pe 10.01.2007 pentru prezența unei formațiuni tumorale a regiunii cervicale pe dreapta (*fig. 1*).

Examenul clinic la internare relevă următoarele elemente patologice: formațiune tumorală cu dimensiunile de 5,0 x 6,0 x 4,0 cm în regiunea cervicală laterală supraclaviculară pe dreapta, de consistență dur-elastică puțin mobilă. Starea generală a pacientei stabilă gravă determinată de prezența unei bronhopneumonii bilaterale (semne de detresă respiratorie – dispnee, cianoză în strânsă legătură cu tentativele de alimentare).

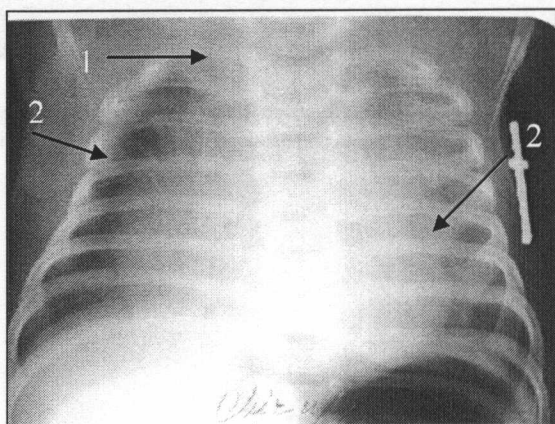
Examenul radiologic pune în evidență o timomegalie majoră (*fig.2*). Investigațiile de laborator pun în evidență accelerarea VSH, hiperleucocitoză. Tomografia computerizată axială efectuată cu pasul 5 mm confirmă prezența unei formațiuni tumorale de dimensiuni majore (4,3 x 4,0 x 6,0 cm), cu contururile șterse, cu o densitate de -2 - +11H, ce ocupa un spațiu din regiunea mediastinului anterior până în regiunea submandibulară dreaptă, cu deplasarea traheii spre stânga și a plămânului drept inferior și lateral (*fig. 3*).

Pe fondul unui tratament preoperator se determină o ameliorare evidentă clinic și pe 27.01.07 cu diagnosticul de higrom cervical se intervine chirurgical prin abord supraclavicular cervical pe dreapta. La revizie s-a depistat o formațiune chistică cu pereții denși, localizată sub mușchiul sternocleidomastoidian, fundul fiind localizat în mediastin, conținutul lichid transparent (*fig. 4*).





**Fig. 1.** Aspectul vizual al formațiunii tumorale cervicale.



**Fig. 2.** Radiografie toracică preoperatorie, incidența de față.  
1 – Timomegalie  
2 – Bronhopneumonie bilaterală

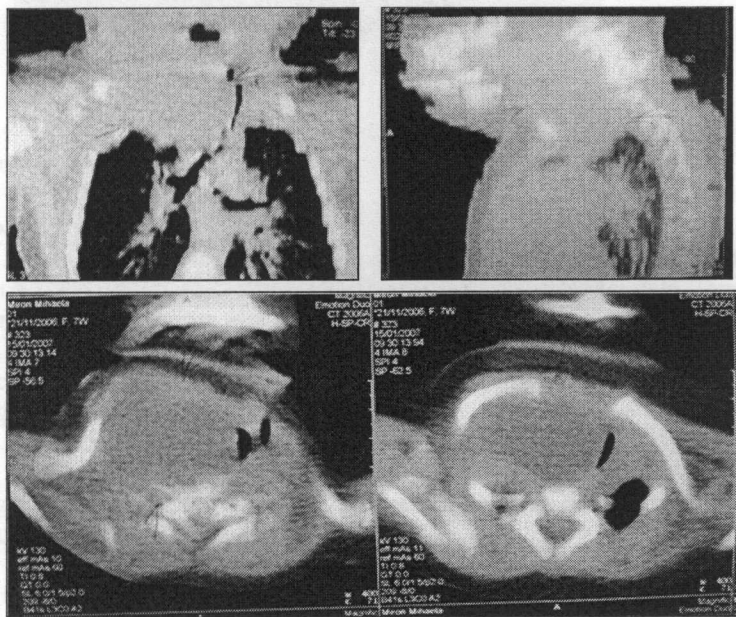
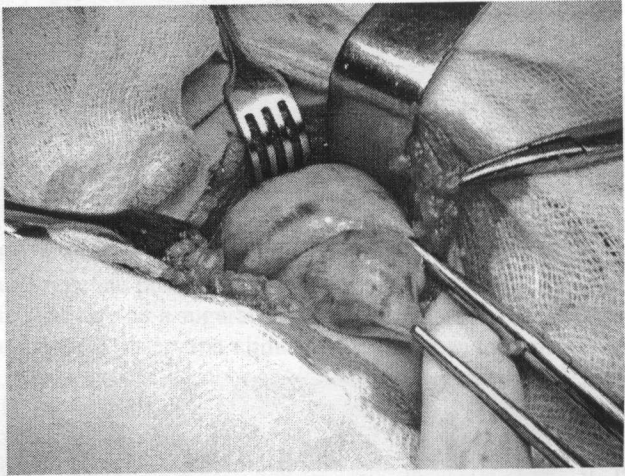
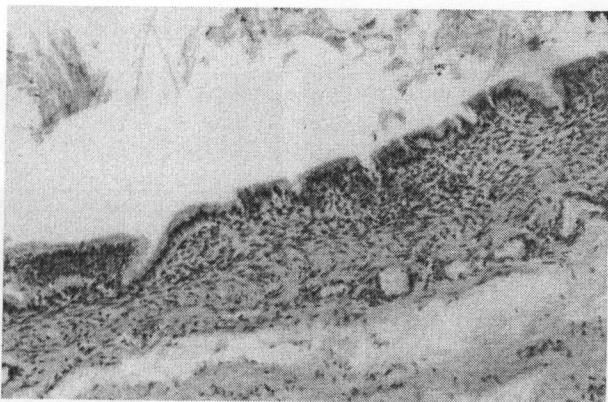


Fig. 3. CT axială preoperatorie a pacientei M. (explicații în text).

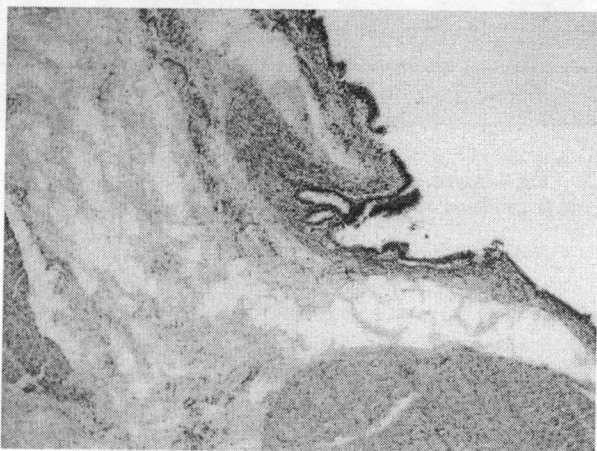


**Fig. 4.** Aspect intraoperator al formațiunii chistice cervicale pe dreapta.





**Fig. 5.** Microfoto. Chist bronhogen. Proliferări epiteliale polipase endofite.



**Fig. 6.** Microfoto. Ramificări de tip arborescent în aria peretelui chistic tapetat cu epiteliu cubic și ciliat.

Formațiunea adera intim la trahee, vasele magistrale regionale cervicale, nervii vag și diafragmal. S-a reușit mobilizarea, enuclearea și înlăturarea radicală a formațiunii chistice cervicale.

Examenul histopatologic reliefează prezența unei formațiuni tumorale chistice, pereții căreia erau constituiți din țesut conjunctiv lax și fibros, tapetat cu epiteliu cubic sau ciliat unistratificat, pe alocuri – pluristratificat, în unele zone erau prezente procese proliferative endofite cu aspect polipos sau papiliform (fig.5). Tunica proprie a mucoasei era îngroșată pe contul unor procese proliferative, circumscisă de o rețea vasculară accentuată. În diverse zone ale peretelui chistic au fost observate fibre musculare haotice sau ordanate în fascicule cu aspect circular și longitudinal. În unele zone subepiteliale puteau fi întâlnite structuri bronhogene primitive alungite sau fuziforme, ce comunicau cu lumenul chistic, având aspect arborescent, fiind tapetate cu același tip de epiteliu (fig.6). De asemenea a fost constatată prezența țesutului mezenchimal nediferențiat cu prezența unor elemente sferocelulare.

**Concluzie morfofopatologică:** chist bronhogen.

Evoluția postoperatorie imediată și la distanță a decurs fără complicații. Copilul a fost externat pe 07.02.2007 în vederea continuării unui tratament medical al bronșitei. Examenul repetat postoperator evidențiază starea clinică și biologică perfectă a pacientului, fapt care ne-a sugerat să prezentăm acest caz.

Așa cum demonstrează observația clinică prezentată conduita diagnostică și terapeutică implică câteva precauții: obligativitatea unui control rigid imagistic (ecografie, tomografie computerizată, RMN), radicalitatea operației primare în tumora dată, necesitatea unor controale periodice (clinice, ecografice, radiologice).

**Discuții.** Chistul bronhogen cu localizare atopică constituie o formă anatomo-clinică evolutivă rar întâlnită la copil, varianta pe care noi am întâlnit-o a fost cea cervicală. Aspectele clinice prezentate au constituit rememorarea unei alte istorii clinice asemănătoare, rezolvate chirurgical și descrise de noi în literatura de specialitate, atunci când s-a constatat un higrom cervical.

Este cunoscut faptul că între săptămâna a 3-a și a 6-a a perioadei embrionare intestinul primitiv se divizează dorsal în esofag și ventral în trahee. Separarea incompletă generează fistula traheo-esofagiană. Tulburările de dezvoltare ale părții ventrale a intestinului primar pot genera anomalii cum sunt chisturi bronhogene, fistule traheo-esofagiene, sechestrație pulmonară și lobi traheali. Totodată, duplicațiile esofagiene și chisturile neuro-enterogene provin din placa dorsală (1, 9, 10).

Studiile denotă că chisturile bronhogene sunt localizate de-a lungul traheei, intrapulmonar, în cavitatea pleurală sau intradiafragmal (7). În literatura de specialitate sunt descrise și chisturi bronhogene localizate în spațiul retroperitoneal (3), intraabdominal (6).

Diagnosticul cu certitudine al chistului bronhogen poate fi confirmat numai prin examen histopatologic, când este prezent epitelul respirator (7). În unele

cazuri chiar și histologic chisturile bronhogene pot fi confundate cu dublicaturile chistice ale esofagului, care de asemenea pot fi tapetate cu epiteliu ciliat (9). Prezența structurilor cartilaginoase este caracteristică numai pentru chisturile bronhogene (7).

Evoluția clinică a acestei malformații congenitale este determinată de prezența detresei respiratorii, durere toracică, semne de compresie a organelor adiacente, evoluția asimptomatică a bolii se întâlnește în 42% din cazuri (7).

Diagnosticul preoperator al chistului bronhogen congenital cu localizare cervicomediastinală rămâne dificil, deseori fiind confundat cu alte formațiuni tumorale congenitale. Concluzia generală a studiului nostru este aceea că în situația prezenței unei tumori este necesară explorarea atentă și completă a pacientului, trecând în revistă toate sursele posibile de diagnostic.

Așadar, tratamentul de elecție al chistului bronhogen este cel chirurgical – înlăturarea radicală a formațiunii chistice. Urgențarea intervențiilor chirurgicale este determinată de gradul de compresie al organelor adiacente vitale sau de asocierea complicațiilor. Complicațiile preoperatorii sunt de gravitate variabilă, mergând de la tulburări respiratorii apărute imediat la naștere.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Chapman K.R., Rebeck F.S.** Spontaneous disappearance of a chronic mediastinal mass. *Chest*. 1985. 87: 235 – 236.
2. **Cuillier F., Bideault J., Daguindeau D.** et al. Bronchogenic cyst. [www.TheFetus.net](http://www.TheFetus.net).
3. **Haddadin W.J., Reid R., Jindal R.M.** A retroperitoneal bronchogenic cyst: a rare cause of a mass in the adrenal region. *J.Clin.Pathol.* 2001. 54: 801 – 802.
4. **Hantous-Zannad S., Charrada L., Mestiri I., Fennira H., Horchani H., Kammoun N., Kilani T., Ben Miled-M'rad K.** Radiological and clinical aspects of bronchogenic lung cysts: 4 case reports. *Rev. Pneumol. Clin.* 2000. 56(4):249-54.
5. **Kanemitsu Y., Nakayama H., Asamura H., Kondo H., Tsuchiya R., Naruke T.** Clinical features and management of bronchogenic cysts: report of 17 cases. *Surg. Today.* 1999. 29 (11): 1201 - 5.
6. **Murley G.D., Lenz T.R.** Bronchogenic cyst, intraabdominal. *Rocky Mt. Med. J.* 1979. 76: 243 – 4.
7. **Page McAdams H., Kirejczyk W.M., Rosado-de-Christenson M.L., Matsumoto S.** Bronchogenic cyst: imaging features with clinical and histopathologic correlation. *Radiology.* 2000. 217: 441 – 446.
8. **Tireli GA, Ozbey H, Temiz A, Salman T, Celik A.** Bronchogenic cysts: a rare congenital cystic malformation of the lung. *Surg Today.* 2004. 34 (7): 573 – 6.
9. **Батаев С-Х.М., Разумовский А.Ю.** Бронхоэнтерогенные образования заднего отдела средостения. Удвоение пищевода. Детская хирургия. 2000. №1. С.44 – 47.
10. **Исаков Ю.Ф., Степанов Э.Ф.** Опухоли и кисты грудной полости у детей. М. 1975.

## CHISTUL HIDATIC MEDIASTINAL

Cazurile de chist hidatic cu sedii rarissime însumează, după datele literaturii de specialitate, circa 1,5 – 1,9% din totalitatea pacienților afectați de această maladie (2, 6). Printre acestea se înscrie și afectarea mediastinului (1, 3) cu o incidență de 0,45% din totalul pacienților cu localizare toracică a maladiiei (5). Publicațiile referitoare la această problemă sunt reduse la număr și oferă date contradictorii asupra incidenței reale a acestora. O explicație asupra acestor diferențe notabile rezultă și din faptul că unele statistici se referă la chisturile toracice în totalitate. Raritatea cazurilor de chist hidatic mediastinal, precum și unele particularități clinico-evolutive ne-au determinat să descriem următoarea observație, unică în felul ei, din această categorie.

Pacientul P., a/n 03.05.1992, a fost spitalizat în secția de chirurgie toraco-abdominală a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pe 10.02.2004 pentru o tumoră mediastinală, diagnosticată prin radiografie toracică (fig.1). Bolnavul acuza dureri cervicale și retrosternale, slăbiciune generală majoră, tahicardie.

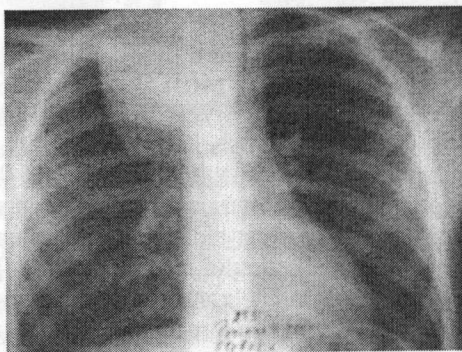


Fig. 1. Radiografie toracică preoperatorie a pacientului P.  
(explicații în text)

675361

UNIVERSITATEA DE STAT  
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIȚEANU"  
BIBLIOTECA

Anamnesticul a stabilit că pe 06.02.2004 după masă copilul a pierdut conștiința, motiv care i-a determinat pe părinți să consulte medicul de familie. În ultima perioadă, părinții afirmă că copilul vorbește răgușit.

*Simptome obiective:* starea generală a copilului gravă, deformarea toracelui cu bombarea hemitoracelui și regiunii cervicale pe dreapta cu accentuarea exprimată a desenului vascular tegumentar, dispnee în repaus.

În regiunea cervicală dreaptă s-a găsit o formațiune tumorală de consistență dur-elastică, imobilă, la auscultație – diminuarea respirației în regiunile superioare și medii ale plămânului drept. Investigațiile paraclinice de laborator – fără modificări semnificative.

Tomografia computerizată (fig.2) vizualiză în mediastinul superior posterior o formațiune lichidiană, cu o densitate omogenă 22 – 24H, contur net clar, de dimensiuni 9,5 cm x 7,5 cm x 6,7 cm, care deplasa structurile mediastinului spre stânga, diagnosticul fiind în favoarea unui chist enterogen mediastinal.

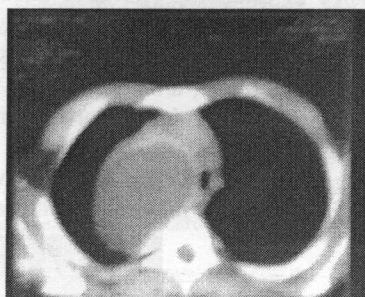
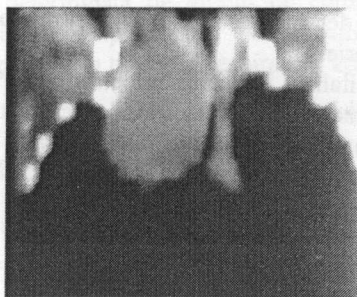


Fig. 2. Tomografie computerizată toracică preoperatorie a pacientului P.

După o pregătire preoperatorie minuțioasă, pe 16.02.2004, se intervine chirurgical prin toracotomie latero-posterioară pe dreapta în spațiul intercostal IV. La revizia a fost depistat un larvochist hidatic de dimensiuni majore localizat în etajele mediu și superior ale mediastinului medio-posterior. Ținând cont de faptul că capsula fibroasă era aderată intim la structurile anatomice ale mediastinului, după procedeul de echinococctomie, s-a recurs la excizia subtotală a acestuia cu un ulterior capitonaj, drenarea cavității pleurale și refacerea planului anatomic.

Examenul morfopatologic a confirmat originea parazitară a formațiunii chistice, depistându-se prezența membranei proligeră a larvochistului hidatic cu o structură sincițială variabilă în grosime, bine diferențiată cu proliferări în focar, având aspect de „muguri”. Membrana cuticulară avea o structură lamelară, în unele locuri cu microfisuri, pe suprafața externă depistându-se conglomerate mici formate din celule granulocitare cu amestec de limfocite și histiocite.

Postoperator, evoluția a fost simplă, fără complicații, cu externare la 10 zile.

Revăzut periodic, pacientul se prezintă sănătos, fără semne de recidivă sau de alte complicații la distanță (fig.3).

**Discuții.** Larvochistul hidatic mediastinal poate fi primar sau secundar, unic sau multiplu, cu sau fără afectarea parazitara concomitentă a altor organe. Uneori autorii semnaleză o evoluție complicată a maladei, dintre complicațiile grave făcând parte perforația larvochistului în organele adiacente, deseori cu sfârșit letal pentru pacient (5).

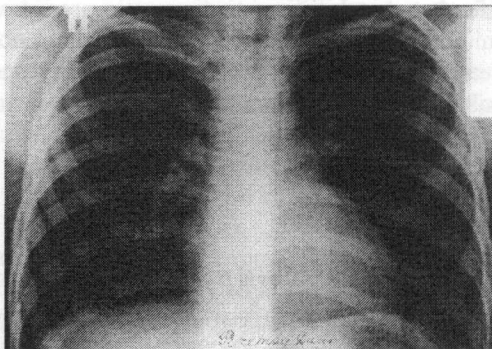


Fig. 3. Bolnavul P. Radiografie toracică postoperatorie – la 1 an după operație.

Chistul hidatic mediastinal are o semiologie variată în funcție de evoluție, topografie, dimensiunile chistului, starea de comprimare a organelor adiacente. Manifestările clinice ale bolii pot fi de la cazuri asimptomatice sau cu o semiologie ușoară nespecifică până la forme cu semne clinice majore. Simptomele subiective includ dureri retrosternale, uneori în regiunile omoplatului sau subclavicular. În cazul formațiunilor chistice parazitare de dimensiuni majore sau cu prezența de infecție chistică sau perichistic pot fi prezente tusea uscată, dispneea, palpitații, sindromul de comprimare a venei cavă superioară, fenomene de disfagie etc. (4).

Metodele clasice de diagnostic, inclusiv tomografia computerizată, RMN sunt destul de utile în depistarea chistului hidatic mediastinal. Există, însă, cazuri când imaginile radiologice se dovedesc a fi puțin sugestive, deoarece mai multe maladii pot simula același tablou radiologic. Se impune necesitatea unui diagnostic diferențial cu formațiunile chistice neparazitare (chisturile dermoide, bronhogene sau enterogene), tumorile benigne sau maligne pulmonare sau ale pleurei, anevrismele arterio-venoase etc. (4).

Tratamentul de elecție este cel chirurgical. Abordul prin toracotomie latero-posterioară în larvochistul hidatic mediastinal poate fi o decizie universală, fapt constatat și de alți autori (4). Remarcăm că în cazurile când capsula fibroasă este

conrescută intim cu structurile anatomice adiacente nu este necesar de a efectua exereza totală a acesteia. O astfel de manevră poate condiționa premisa neargumentată a unor complicații grave. Publicațiile recente denotă că folosirea unui utilaj sofisticat și a unor tehnici de precizie permit exereza radicală a capsulei fibroase (4).

În concluzie, cazul prezentat se include în simptomatologia descrisă de marea majoritate a autorilor, dar prezintă interes prin crizele de pierdere a conștiinței repetate, determinate de modificările circulatorii în sistemul venei cave superioare și prin dificultatea stabilirii unui diagnostic preoperator cert. Aceasta impune utilizarea unui complex de mijloace diagnostice pentru obiectivizarea certă a afecțiunii și aplicarea celui mai adecvat protocol terapeutic, respectând principiile de securitate de dezvoltare a complicațiilor.

## BIBLIOGRAFIE

1. **El Abbassi Skalli A., El Amraoui F., Chikhaoui N., Kadiri R.** Hydatid cyst of the mediastinum: 2 cases. *J.Radiol.* 2000. 81(2): 154 – 7.
2. **Iusco T., Gladun N., Balica I., Maxim I.** Forme de localizare rară a echinococcozei. Materialele conferinței științifice a colaboratorilor și studenților a USMF „N.Testemițanu”. 1999. P.332.
3. **Purohit M., Srivastava C.P., Yadav K.S.** Primary mediastinal hydatid cyst. *Indian J. Chest. Dis. Allied. Sc.* 1999. 41 (1): 57 – 60.
4. **Бирюков Ю.В., Исламбеков Э.С., Стреляева А.В. и др.** Эхинококкоз средостения. *Хирургия.* 2002. №1. С.32 - 33.
5. **Дейнека И.Я.** Эхинококкоз человека. М: „Медицина”. 1968. 376 с.
6. **Усманов Н.У., Гарипов М.К., Тюрязев А.А. и др.** Диагностика и лечение эхинококкоза редкой локализации. *Хирургия.* 1989. №6. С.86 – 89.



## **CHISTUL PULMONAR SOLITAR CONGENITAL**

Noțiunea de chist pulmonar veritabil presupune prezența unei cavități intrapulmonare stabile, cu un perete bine format, interior tapetat cu epiteliu ce conține aer sau lichid.

Dezvoltarea chistului pulmonar congenital reflectă rolul unor mutații embriogenetice în dezvoltarea acestei malformații. De subliniat faptul că chistul pulmonar congenital solitar este o malformație bronhopulmonară relativ rar întâlnită. Primele relatări ale acestei patologii îi aparțin lui Fortanus (1638), care a raportat un caz postmortem al unui copil cu un chist încordat pulmonar comunicant cu arborele bronșic.

Deși chistul pulmonar este o entitate clinică bine individualizată chiar și în prezent rămâne discutabilă etiopatogenia acestei malformații, fiind propuse mai multe teorii, printre care: teoria proliferării intrauterine, a sechestrării intrauterine a unei regiuni a arborelui bronșic, atelectaziei embrionale și fibrosclerozei primare, precum și a modificărilor congenitale de vascularizare etc. (1).

Problemele de diagnostic și tratament justifică prezentarea observației clinice date.

*Bolnava C.*, în vârstă de 6 ani a fost internată în secția de chirurgie toraco-abdominală a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu" cu acuze la oboseală, slăbiciune, tuse seacă, respirație șuerătoare, periodic dispnee, polipnee, cianoză perioronazală, semne clinice care se agravau în caz de efort fizic.

Debutul a fost insidios din primele zile de viață, fiind diagnosticată și tratată pentru bronhopneumonie. Pe parcursul a celor 6 ani a urmat un tratament conservator.

Examenul clinic la internare punea în evidență o reducere a amplitudinii mișcărilor respiratorii; la auscultație – lipsa respirației în regiunile inferioare și medii ale plămânului stâng, atenuarea respirației în ariile pulmonare superioare, deplasarea evidentă a limitelor cordului spre dreapta; la percuție – sunet timpanic.

Examenul radiologic al toracelui decelează o formațiune chistică cu contur clar, care conține aer și ocupă în totalitate teritoriul lobului inferior al plămânului stâng cu colabarea parțială a lobului superior pe stânga.

Examenul scintigrafic prin perfuzie cu  $^{99m}\text{Tc}$ -MAA al plămânilor aduce relații în ce privește lipsa vascularizării totalmente a lobului inferior al plămânului stâng (*fig. 1*).

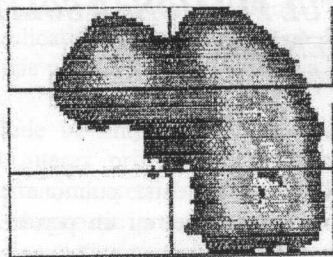
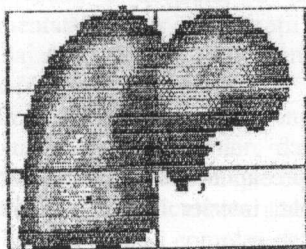


Fig. 1. Scintigrafie pulmonară (perfuzie). Lipsa imaginii scintigrafice în regiunea lobului inferior cu păstrarea microcirculației lobului superior.

Bronhografia a evidențiat imaginea unei formațiuni hipertransparente de dimensiuni majore a hemitoracelui stâng cu compresiunea segmentelor pulmonare învecinate și deplasarea organelor mediastinului spre dreapta (fig.2). Examenul de laborator a depistat relații normale.

Cu diagnosticul de chist pulmonar aerian gigant cu localizare în lobul inferior al plămânului stâng se intervine chirurgical. Sub anestezie endotraheală cu respirație asistată se practică toracotomie latero-posterioară fără rezecție de coastă. După secționarea țesuturilor în cavitatea pleurală se pune în evidență o formațiune chistică, de configurație ovală, cu multiple aderențe ale pleurei viscerale cu cea parietală. Formațiunea chistică ocupa  $\frac{3}{4}$  din volumul cavității pleurale, contribuind esențial la comprimarea ariilor pulmonare adiacente. Chistul a fost mobilizat, deschis și ulterior înlăturat total – exereza chistului (fig.3).

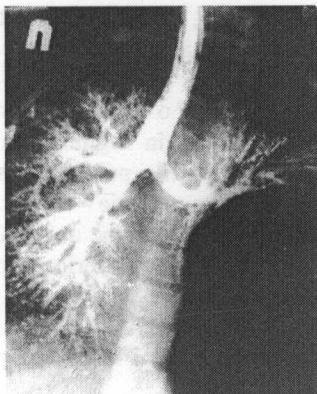
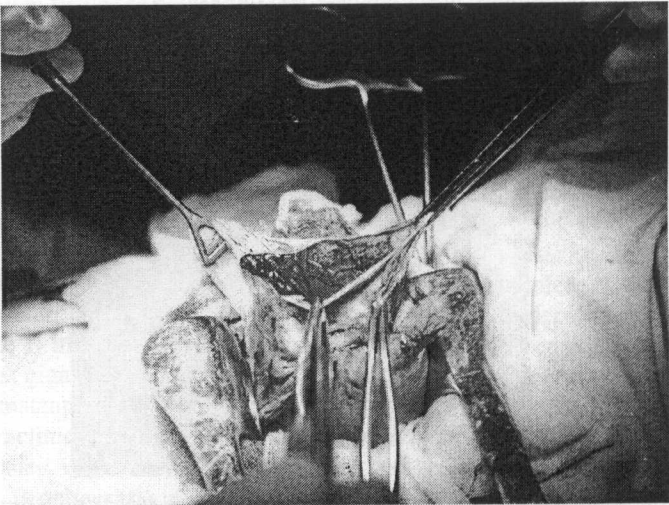


Fig. 2. Bronhografie. Formațiune chistică aeriană a lobului inferior al plămânului stâng, cu comprimarea lobului superior.



**Fig. 3.** Aspect intraoperator. Chist pulmonar de dimensiuni impresionante

Examenul morfopatologic a stabilit o formațiune chistică cu perete propriu fibroconjunctiv, cu zone de scleroză și hialinoză, tapetat cu epiteliu de tip respirator ciliat, pe alocuri cuboid. În unele locuri se determina prezența a unor fibre musculare fragmentate. În zonele periferice s-a constatat prezența de țesut pulmonar sclerosat cu dereglări de histogeneză a vaselor și a unor bronhiole, colaps alveolar.

Evoluția postoperatorie a fost una favorabilă. Complicații postoperatorii nu au fost înregistrate. La a 10-a zi postoperator pacienta a fost externată într-o stare generală satisfăcătoare. Controlul radiologic peste 3 ani a confirmat reexpansiunea segmentelor restante (fig.4), scintigrafic apreciindu-se restabilirea perfectă a microcirculației pulmonare în segmentele restante (fig.5).

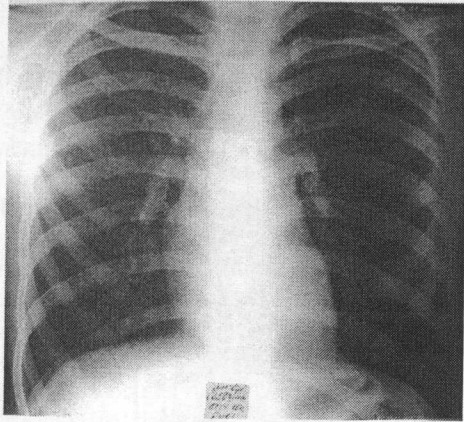


Fig. 4. Bolnava C. Radiografie postoperatorie (explicații în text)

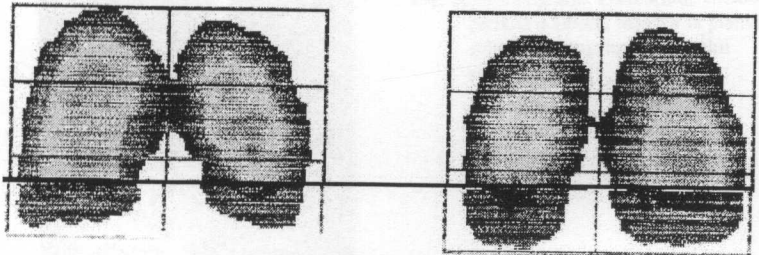


Fig. 5. Bolnava C. Scintigrafie pulmonară postoperatorie (explicații în text).

**Discuții.** Termenul de “boală chistică solitară” a fost propus de Almeida (4). Autorul clasifică chisturile pulmonare în bronhiale și alveolare, socotind că ele pot avea origine atât congenitală, cât și dobândită, părere împărtășită și de alți autori (6). În unele lucrări autorii disting chisturi pulmonare bronhogene (cu conținut lichid) și bronhiale, ce conțin aer (5).

După И.К.Есипова (1962) aceste malformații congenitale au 2 tipuri de dezvoltare. Primul tip – în perioada antinatală are loc oprirea dezvoltării mugurelui bronhial la diferit nivel, care ulterior se va transforma într-o formațiune chistică cu lipsa totală de țesut alveolar (3). Aceste momente sunt contestate de o serie de autori, după părerea cărora chistul bronhogen nu se oprește în dezvoltare, dar continuă la nivel tisular să se dezvolte în perioada antinatală într-o formă anormală, din care motiv histologic pot fi găsite structuri ce amintesc alveole și chiar bronhii de diferit calibru (2). În aceeași ordine de idei există lucrări care susțin că există legități morfogenetice unice pentru dezvoltarea diferitor forme de formațiuni chistice pulmonare, care constau în dezvoltarea vicioasă a mugurilor bronhopulmonari. Conform acestei păreri procesele de organogeneză și histogeneză nu se opresc, dar decurg vicios, în același plămân fiind constatate atât zone malformative, cât și zone dezvoltate normal.

Tipul II de dezvoltare al formațiunilor chistice este cauzat de lipsa generațiilor intermediare de bronhii. În aceste cazuri bronhiiolele își iau originea direct de la bronhiile de calibru mare. Totodată unii autori au depistat că nu în toate cazurile poate fi întâlnită lipsa generațiilor intermediare de bronhii. Sunt descrise cazuri de chist gigant pulmonar drenat prin mai multe bronhii (7).

Circumstanțele de diagnostic al chistului pulmonar sunt variabile și includ explorări paraclinice destul de utile. Tomografia computerizată (fig.6) oferă date asupra extensiei volumului chistic, permite evaluarea stării ariilor pulmonare comprimate. Bronhografia rămâne un examen valoros cu rezultate pozitive în chitele pulmonare, care permite de a evidenția calibrul, traiectul, structura arborelui bronșic, modificările secundare ale arborelui bronșic al segmentelor adiacente etc. Modificările microcirculatorii funcționale pot fi depistate cu ajutorul scintigrafiei pulmonare.

### **Concluzii:**

- Evaluarea complexă a metodelor imagistice permite stabilirea adecvată a diagnosticului de chist solitar pulmonar, precum și aprecierea efectului funcțional regional postoperator.
- Tratamentul chirurgical este obligatoriu, impunând exereza formațiunii chistice pulmonare. Ablația chistului trebuie să fie completă și constituie singura posibilitate de evitare a complicațiilor, riscului recidivei.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Gudumac Eva, Babuci V., Vataman V.** ș.a. Afecțiunile bronhopulmonare cronice nespecifice la copil. Chișinău. 1999.
2. **Бобков А.Г., Левашев Ю.Н.** Пороки развития и генетически обусловленные формы ХНЗЛ. Л. 1976. С.12-14.
3. **Есипова И.К.** Некоторые вопросы патологии легких в свете новейших данных об их нормальном строении и развитии, регенерации. М. 1962.
4. **Павлушин А.В.** Врожденные воздушные кисты легких. Гр.и сердечно-сосудистая хир. 1999. №5. С.64 – 72.
5. **Платов И.И.** Торакальная хирургия. Еузисы научной конференции. М: „Медицина”. 1993. С.72 – 78.
6. **Сазонов А.М., Цуман В.Г., Романов Т.А.** Аномалии легких и их лечение. М. 1981.
7. **Струков А.И., Кодолова И.М.** Хронические неспецифические заболевания легких. М. 1970.

## ***CORELAȚII DIAGNOSTICE ȘI CLINICO-MORFOLOGICE ÎN DISPLAZIILE CHISTICE PULMONARE CONGENITALE RAR ÎNTÂLNITE LA COPII DE VÂRSTĂ FRAGEDĂ***

Deși în ultimele două decenii au fost elaborate și implementate noi tehnici și metodologii de diagnostic precoce al proceselor malformative bronhopulmonare la copii, rezolvarea problemei date rămâne în continuare un deziderat, inclusiv în Republica Moldova (2, 5). Dificultățile de diagnostic al malformațiilor bronhopulmonare sunt determinate de neomogenitatea modificărilor congenitale, de diversitatea expunerii și unele greutăți în descrierea lor (7). În literatura de specialitate contemporană studiile menționează prezența unor modificări displastice ale aparatului bronhopulmonar la nou-născuți în primele zile și luni de viață. Printre factorii de risc sunt și consecințele ventilării artificiale a plămânilor (acțiunea toxică a oxigenului, volumotrauma, barotrauma, biotrauma etc.) (11).

În marea majoritate a cazurilor malformațiile congenitale bronhopulmonare sunt diagnosticate la copii de vârstă fragedă, totodată unele din ele pot evolua asimptomatic o perioadă destul de îndelungată de timp și se manifestă clinic numai la asocierile intercurrente de infecții virale sau bacteriene (5).

Contradictorii sunt și clasificările propuse, în special ale malformațiilor chistice. Noțiunea de "polichistoză pulmonară" este tratată diferit de diferiți autori (10, 12).

Deși tratamentul chirurgical a demonstrat beneficii evidente prin scăderea mortalității, siguranță și un raport risc-beneficiu acceptabil pentru bolnavii cu malformații chistice, totuși rămâne nerezolvat un șir de probleme corelate cu diagnosticul precoce și tratamentul formelor clinice asociate cu complicații (6).

La baza studiului dat se află o analiză complexă a observațiilor clinice, modificărilor morfopatologice, datelor clinico-evolutive ale unor metode imagistice și de laborator aplicate în cazul a 28 copii cu diverse forme clinico-evolutive de displazii chistice ale plămânilor supuși intervenției chirurgicale în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pe perioada 1996 – 2006. De menționat că au fost studiate și 6 cazuri de malformații chistice pulmonare depistate la bolnavii cu hernii diafragmatice.

Leziunile patologice pulmonare au interesat cu predilecție sexul feminin (57,14 %). După localizare, procesul patologic a afectat mai frecvent plămânul stâng (67,86 %) față de cel drept (28,57 %), într-un caz fiind diagnosticată forma bilaterală. La 11 copii au fost prezente și alte malformații congenitale: la 8 – hernia diafragmatică, la 2 – megacolon, într-un caz – viciul cardiac.

Simptomatologia clinică diferă în raport cu vârsta și fazele clinico-evolutive



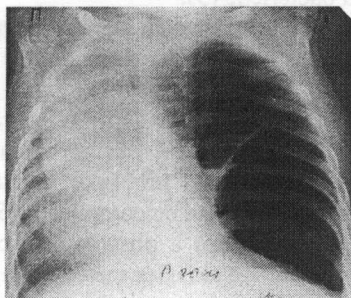
ale maladiei și a fost dominată de dispnee progresivă. În formele complicate s-a asociat tusea umedă productivă cu expectorații muco-purulente sau purulente, semne generale de intoxicație.

Diagnosticul clinic a fost stabilit în baza explorărilor radiologice - radiografia toracică, tomografia computerizată. Perfuzia pulmonară a fost examinată cu ajutorul scintigrafiei pulmonare.

Investigațiile microbiologice ale colecțiilor intraoperatorii a permis izolarea, cultivarea și identificarea germenilor prin metoda bacteriologică obișnuită. Piese de rezecție au fost supuse examenului morfopatologic, utilizând metode obișnuite de colorație.

**Rezultate și discuții.** Analiza rezultatelor obținute ne-a permis de a afirma că vârsta pacienților la care a fost stabilit diagnosticul de displazie chistică congenitală a fost începând cu primele ore după naștere până la vârsta de 16 ani.

Dintre explorările paraclinice, radiografia toracică a rămas metoda imagistică cea mai des utilizată, fiind evaluată la toți pacienții lotului de studiu. Totodată, remarcăm că metoda imagistică dată nu întotdeauna oferă date concludente în ceea ce privește stabilirea cu certitudine a diagnosticului. În aceste cazuri a fost necesar de a efectua un diagnostic diferențial cu emfizemul lobar congenital, hernia diafragmatică sau pneumotoraxul compresiv (*fig. 1*).



**Fig. 1.** Radiografie preoperatorie. Plămân hipertransparent pe stânga cu date de încordare intrapulmonară cu deplasarea contralaterală a organelor mediastinului (hernie mediastinală).

În condițiile de încordare intratoracică severă s-a renunțat la alte metode sofisticate de diagnostic, impunându-se un tratament chirurgical semiurgent sau chiar de urgență, lobectomia fiind operația de elecție (*fig. 2a, b*).

Pentru copiii operați în primele 4 - 6 luni de viață pentru displazia chistică pulmonară a fost caracteristică depistarea multiplelor formațiuni chistice, ce totalmente substituiau structurile bronho-alveolare (*fig. 3*), ultimele fiind întâlnite sub formă de țesuturi displaziate cu insule cartilagineose deplasate haotic sau, în unele cazuri, incluse în structurile pleurei viscerale (*fig. 4*). Formațiunile erau prezentate printr-un perete de țesut conjunctiv mai mult sau mai puțin lax, dotat cu o rețea capilară vasculară sau vase de calibru mediu. Aceste formațiuni au fost

tapetate cu epiteliu cilindric sau cubic. În lumenul chistic uneori putea fi evidențiat conținut seros.

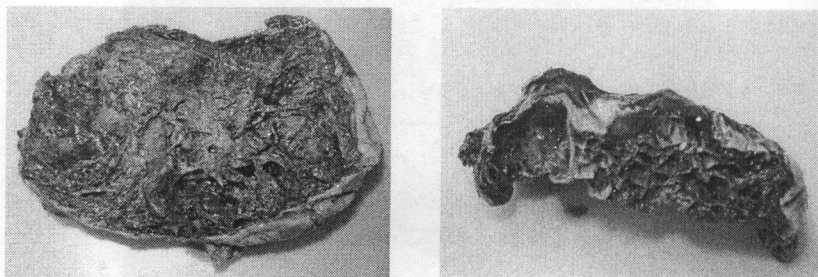


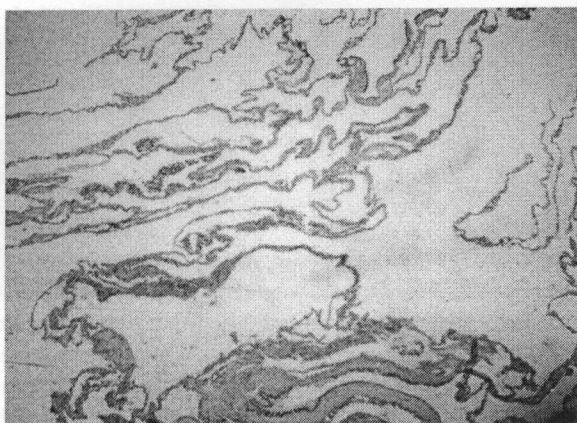
Fig. 2. Aspect macroscopic al piesei de rezecție.

Într-un caz la un copil decedat în primele ore de viață cu hernie diafragmatică la necropsie a fost depistată o malformațiune chistică pulmonară de tip adenomatoid (multiple formațiuni chistice tapetate cu epiteliu din celule cilindrice de tip bronșic sau cubic variabile în dimensiuni) cu substituirea structurilor bronhoalveolare. Pereții acestor formațiuni chistice, în afară de țesut conjunctiv, conțineau rare celule musculare, care erau lipsite de cartilaj și structuri glandulare bronhogene. De remarcat că unele formațiuni chistice erau tapetate chiar cu epiteliu de tip gastric, dând aspect de mucoasă gastrică sau intestinală (fig. 5, 6).

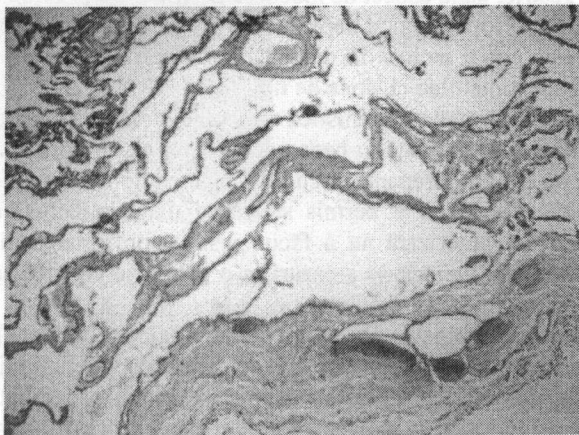
Modificările morfopatologice depistate, asociate cu evoluția acută chiar din primele ore de viață, pot fi incluse în diagnosticul descris în sursele bibliografice drept malformații adenomatoide chistice de tip I și II (1, 3).

În 12 cazuri malformația polichistică a fost diagnosticată ocazional la vârsta 1 – 3 ani la o radiografie efectuată în baza unei detrese respiratorii. La acest lot de bolnavi cu forme de evoluție trenantă și cu asocierea complicațiilor pioinflamatorii radiografia toracică clasică nu a permis stabilirea diagnosticului cu certitudine (fig. 7). Tomografia computerizată nu a făcut posibil confirmarea diagnosticului, fiind suspectată în marea majoritate a cazurilor o displazie chistică sau un proces bronhopulmonar distructiv (fig. 8).

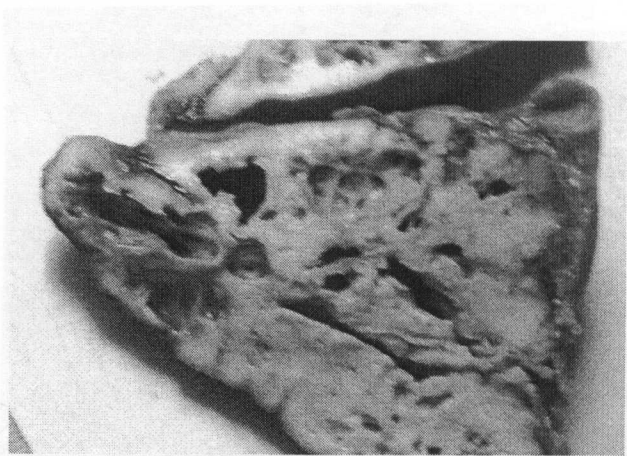
La acest lot de bolnavi cu tabloul radiologic prezentat la examenul morfopatologic a fost depistată o displazie chistică cu formațiuni chistice de dimensiuni variate, în interior tapetate cu epiteliu ambic sau ciliat cu caracter secretor, în lumenul cărora era prezent conținut seros eotinoofil. Pereții acestor formațiuni chistice aveau un substrat din țesut conjunctiv vascularizat de grosime variată (fig. 9). De menționat că epiteliul din interiorul formațiunilor chistice era de origine bronșică (fig. 10).



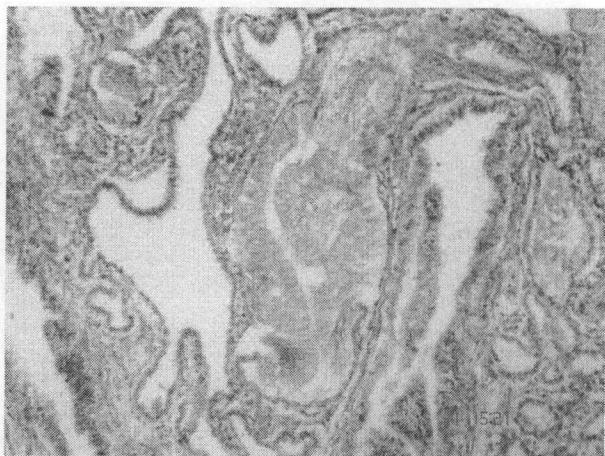
**Fig. 3.** Microfoto. Displazie chistică pulmonară (Explicații în text).



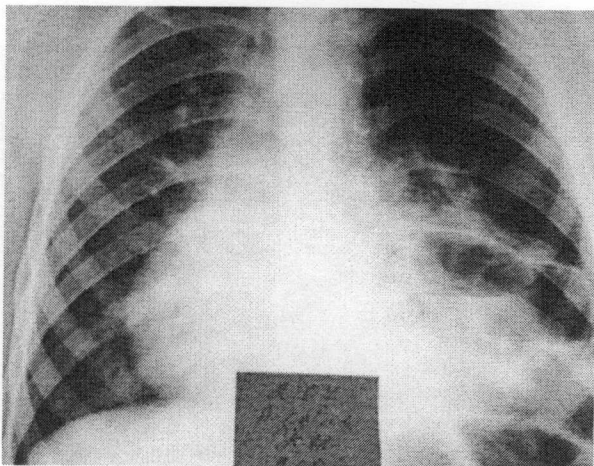
**Fig. 4.** Microfoto. Displazie chistică cu insulițe cartilajinoase depistate în structurile pleurei viscerale.



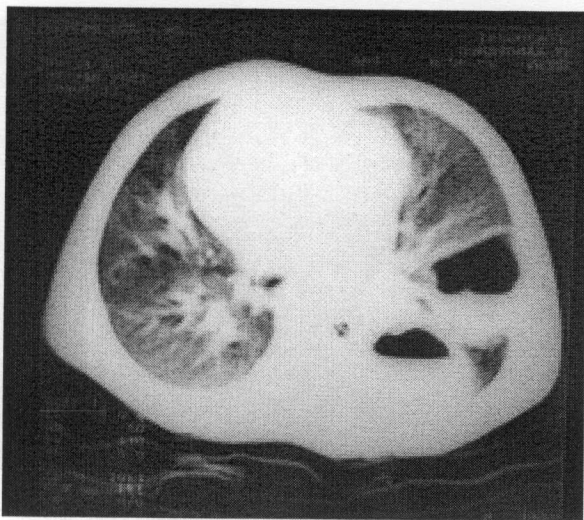
**Fig. 5.** Macropreparat. Aspect macroscopic al unui plămân cu malformație adenomatos-chistică depistat în cadrul unei hernii diafragmatice.



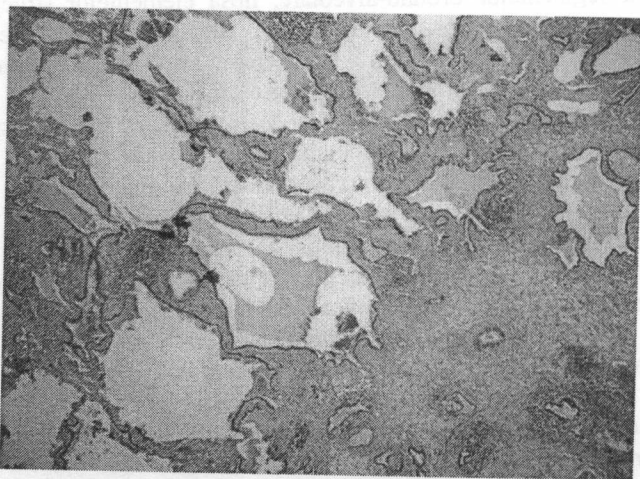
**Fig. 6.** Microfoto. Horisstie – formațiuni chistice tapetate cu epiteliiu de tip gastric în malformația de tip adenomatoïdă a plămânului



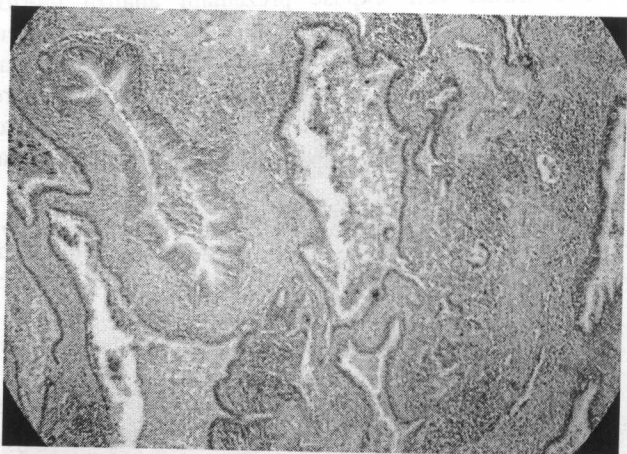
**Fig. 7.** Radiografie preoperatorie. Bolnavul P., în vârstă de 2 ani. Suspecție la hernie diafragmatică pe stânga. Polichistoza pulmonară pe stânga.



**Fig. 8.** Tomografie computerizată preoperatorie a bolnavului P., în vârstă de 2 ani



**Fig. 9.** Microfoto. Displazie chistică de tip adenomatoid (Explicații în text).



**Fig. 10.** Microfoto. Epiteliu maculo-secretor de origine bronșică.



Pe lângă modificările descrise mai sus, în toate cazurile se observa substituirea segmentelor bronho-alveolare, lipsa elementelor structurale bronho-gene – țesutului cartilajinos, glandelor epiteliale, țesuturilor musculare. Deseori pereții acestor formațiuni erau îngroșați pe contul procesului inflamator polimorfocelular, cu neformarea unor structuri foliculare limfoide (*fig.11*), în unele zone căpătând aspect de microabscedare (*fig.12*). În unele cazuri de displazie chistică (4 bolnavi) procesul inflamator secundar purta caracter cronic cu predominarea proceselor fibroplastice în aria septurilor intercavitare (*fig.13*).

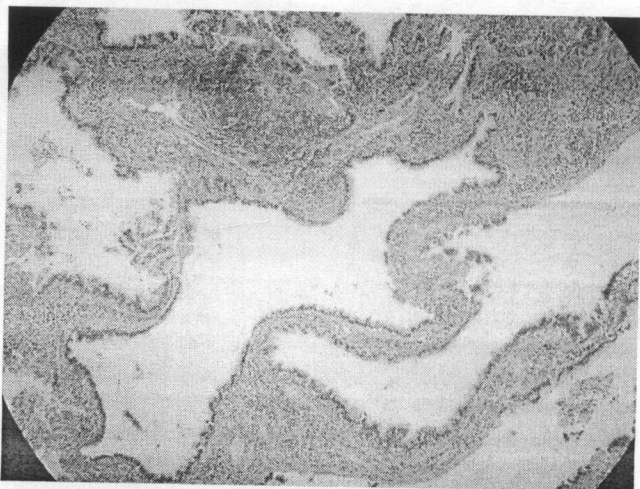
În cadrul acestor variante de displazii chistice pulmonare au fost constatate și modificări morfopatologice veritabile ale aparatului vascular, prezente prin displazie vasculară cu îngroșarea pereților pe contul proceselor sclerotiv-fibroplastice, ce determinau îngustarea semnificativă a lumenului (*fig.14*).

În displaziile chistice cu complicații inflamator-septice avansate în majoritatea cazurilor (7 bolnavi) atât radiografia toracică, cât și tomografia computerizată nu au permis de a stabili cu certitudine diagnosticul, acesta fiind confundat cu un proces bronhopulmonar destructiv. Cu toate acestea, la pacienții în cauză, ca și în formele precedente, a fost prezent semnul radiologic de încordare intrapulmonară cu deplasarea contralaterală a organelor mediastinului. În toate cazurile simptomatologia clinică a fost dominată de febră, intoxicație, tuse cu expectorații muco-purulente, insuficiența respiratorie plasându-se pe locul doi. Rezultatele examenului morfopatologic la acești bolnavi aveau unele particularități față de cele relatate anterior.

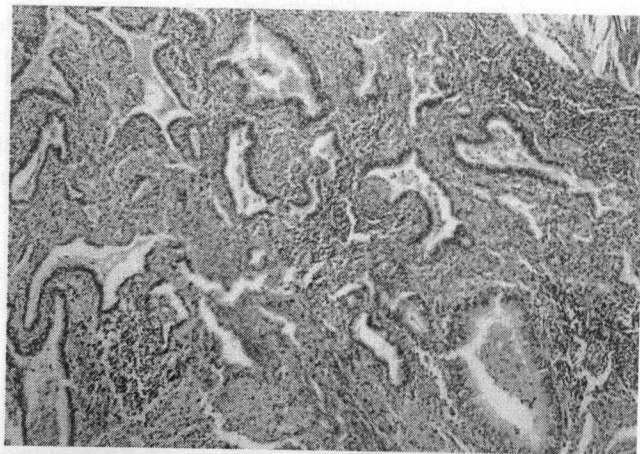
Pentru a confirma cele expuse prezentăm analiza morfopatologică a materialului rezecat a pacientei N., în vârstă de 3 ani, internată în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pentru un chist hidatic pulmonar infectat, ulterior stabilindu-se diagnosticul de proces bronhopulmonar distructiv cu afectarea plămânului stâng (*fig.15, 16*). Pacienta a fost supusă intervenției chirurgicale, suportând rezecția lobului inferior al plămânului stâng.

Macroscopic – lobul pulmonar prezenta dimensiuni 9,8x7 cm, cu suprafața neregulată, de o consistență variabilă. Pleura a fost în focar îngroșată, de culoare albicioasă – mată. În porțiunea hilului bronhiile erau de divers calibru, cu unele segmente cartilajinoase. În secțiune – preponderent în zona mediană, s-a constatat o distrucție cavitătar-chistică a parenchimului pulmonar (*fig.17a.*), spre periferie pseudosacciformă, cu suprafețele neregulate, rugoase și leziuni distructive piogene. La revizie, pereții neuniform îngroșați, unele zone aveau o structură pseudochistică cu septuri îngroșate (*fig.17b*). La distanță, de asemenea, s-a constatat un focar de structură polichistică. Parenchimul pulmonar perifocal și la distanță era dens, cu fâșii albicioase, fibroase (*fig.17c*). Zonele periferice ale chistului, parenchimul circumscris între capsulă și pleură aveau un aspect pseudocartilajinos.

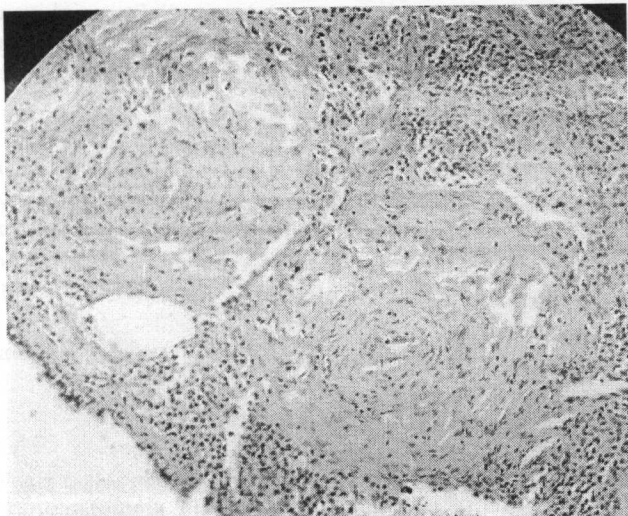




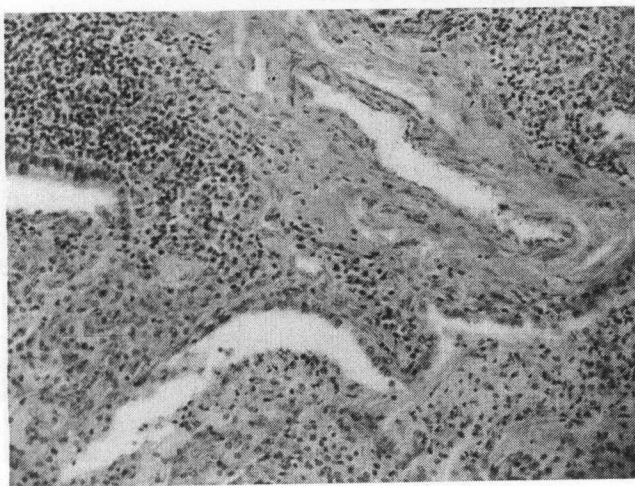
**Fig. 11.** Microfoto. Displazie chistică de tip adenomatoid cu neoformarea de structuri foliculare limfoide (Explicații în text).



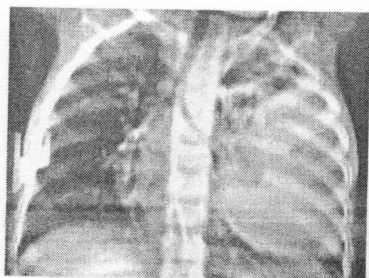
**Fig. 12.** Displazie chistică de tip adenomatoid asociată cu un proces inflamator polimorfocelular și aspect de microabscedare



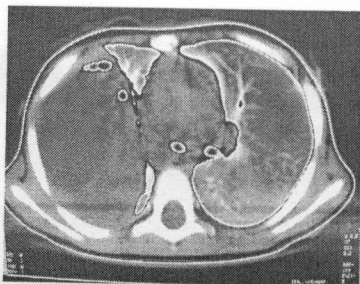
**Fig. 13.** Displazia vaselor de tip arterial cu îngroșarea peretilor și îngustarea lumenului.



**Fig. 14.** Scleroză perivasculară a vaselor pulmonare de tip venos.



**Fig. 15.** Radiografie preoperatorie. Pacienta N., 3 ani. (Explicații în text).



**Fig. 16.** Tomografie computerizată preoperatorie a pacientei N., 3 ani.

Examenul histologic a relevat o diversă gamă de modificări de origine dizontogenetică și inflamatorie, morfologic manifestate prin prezența structurilor cavitare-chistice de mărimi variate în unele zone cu substituirea structurilor bronho-alveolare (*fig.18*). De asemenea, se distingeau și chisturi mai mici, similare ca dimensiuni și structură cu segmentele bronșiolo-alveolare prezente. Pereții chisturilor sau septurile intercavitate erau de grosime variabilă, prezentate de țesut conjunctiv fibros și conjunctiv vascular. Chisturile mai mari, având un perete mult mai gros, uneori includeau fibre musculare haotice în masa de țesuturi conjunctive fibroziv-hipercelularizate, dar totalmente lipseau țesuturile de origine cartilajinoasă.

Modificările date au fost prezente în bronhiile din zonele perifocale-adiacente chisturilor (*fig.19*). Frecvent, chisturile erau tapetate cu epiteliu cubic, cilindriciliat, adesea cu caracter mucosecretor. Unele chisturi aveau lumenul căptușit cu un conținut muculo-macrofagal sau muculo-leucocitar, frecvent cu leucocite în stadiu de reksis. Interstițiul septal intercavitar – pereții chisturilor manifestă divers grad de inflamație de tip proliferativ-fibroplastic. Puteau fi văzute focare cicatriceale, infiltrație polimorfo-celulară și de tip xantomatos, neoformarea unor structuri foliculare cu centre germinative sau cu predominarea granulocitelor de tip neutrofil în zonele eroziv-ulcerative, uneori, granulate cu proeminarea în structuri pseudopolipoase (*fig.20*). Perifocal și la distanță, parenchimul era cu tesarea segmentelor alveolare și bronșiolice, atelectazii și procese sclerotice.

Din cele relatate putem afirma că în unele cazuri în același lob pulmonar au fost depistate zone de țesut pulmonar normal circumscris, ce alternează cu focare displastice de divers grad evolutiv al segmentelor bronhogene.

Un loc aparte în lotul de malformații congenitale bronho-pulmonare îl ocupă chisturile limfangiomatoase, maladie de cele mai dese ori fatală pentru nou-născut, care se manifestă clinic în primele ore sau zile de viață (1), în marea majoritate a cazurilor fiind depistată la prematuri (9).

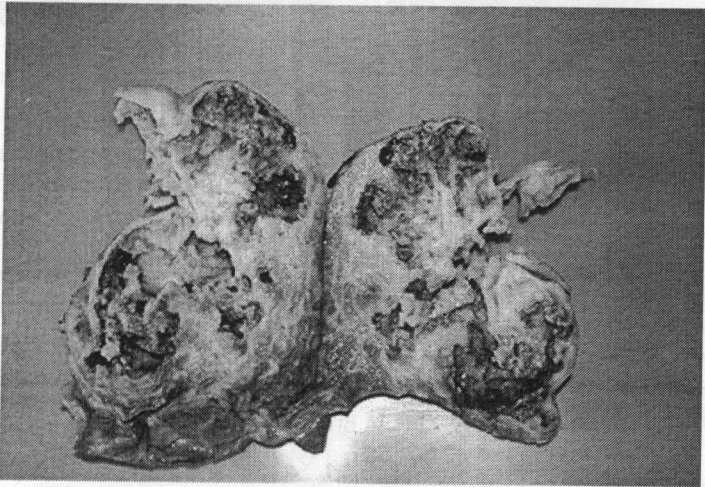
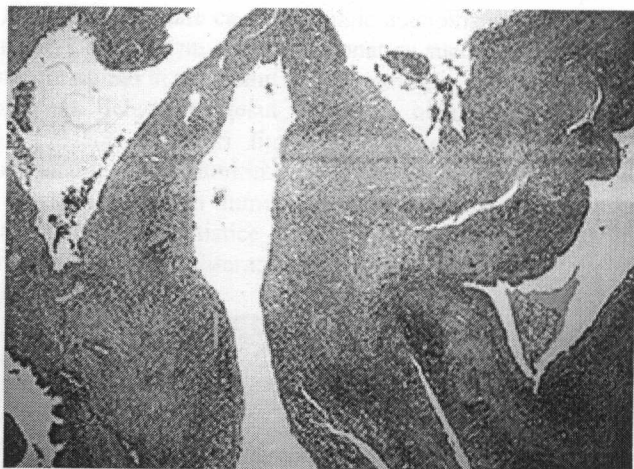
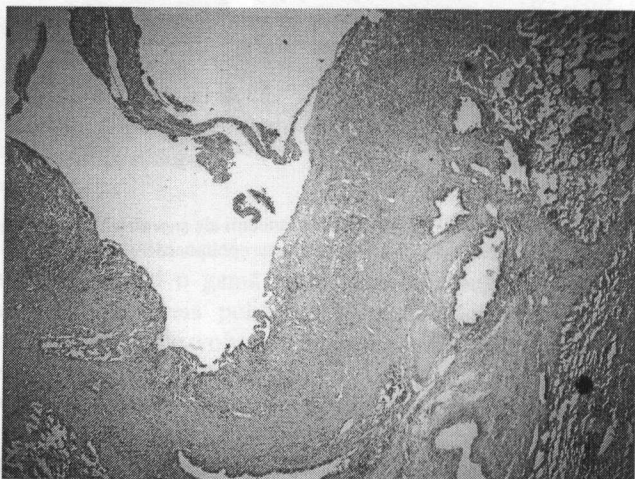


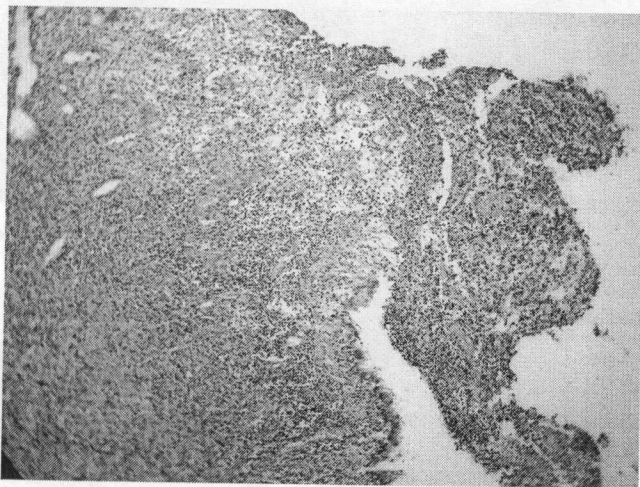
Fig . 17. Macropreparat. Lob pulmonar rezecat



**Fig. 18.** Microfoto. Structuri chistice cu substituția structurilor bronhoalveolare în asociere cu proces inflamator cronic.



**Fig. 19.** Focar displastic bronhogen la hotar cu țesut pulmonar normal.



**Fig. 20.** Microfoto. Ulcerații cu granulații ale suprafețelor formațiunilor chistice cu formare de structuri polipoase.



Pe parcursul perioadei de studiu în clinică a fost diagnosticat un singur caz de limfangiom chistic pulmonar la un nou-născut prematur cu afectarea totală a plămânului drept. Preoperator radiografic s-au apreciat semne de polichistoză pulmonară (fig. 21), fiind interpretate ca malformație adenomatoid-chistică de tip II sau emfizem pulmonar. Cazul dat nu a fost soluționat cu succes, iar diagnosticul de certitudine a fost stabilit numai la examenul morfopatologic.

Histopatologic s-a determinat țesut pulmonar hiperaerat-emfizematos, în care frecvent erau prezente structuri limfangiomatoase preponderent adiacent bronhiilor de calibru mediu. La secțiuni în serie au fost depistate structuri lacunare limfatice variate ca dimensiuni, în lumenul cărora putea fi observat conținut eozinofil. Pereții acestor cavități chistice erau tapetați cu endoteliocite, în unele locuri fiind observate procese proliferative și prezența unor infiltrate discrete limfocitare (fig. 22).

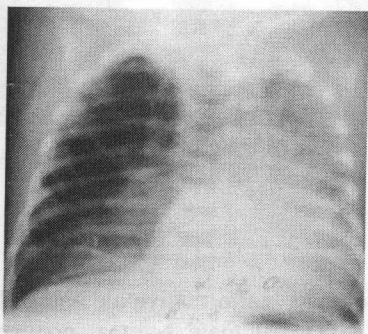


Fig. 21. Radiografie preoperatorie. Sindrom polichistic compresiv cu afectarea plămânului drept.

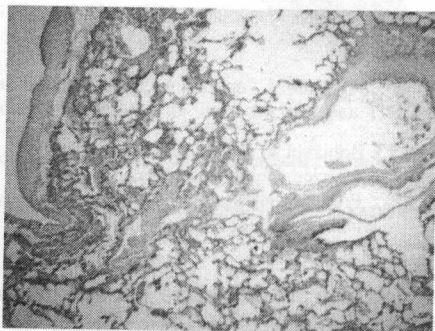


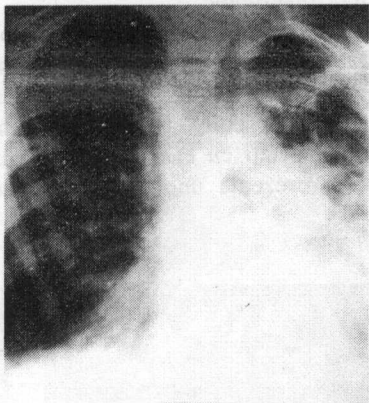
Fig. 22. Microfoto. Limfangiom chistic intrapulmonar în asociere cu emfizem pulmonar

După cum observăm, toate aceste malformații chistice incluse în noțiunea „polichistoză pulmonară” includ o gamă variată de modificări morfopatologice grave, care evoluează cu distensia pulmonului afectat (sindrom de încordare intrapulmonară), ce determină dezvoltarea progresivă a detresei pulmonare și insuficienței pulmonare.

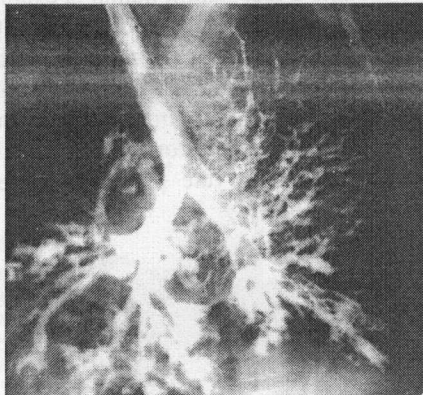
În literatura de specialitate destul de des prin polichistoză pulmonară se descrie hipoplazia chistică la copii (4, 10). Ținând cont de rezultatele proprii și cele din literatura de specialitate, suntem de părerea că această malformație se dezvoltă comparativ în faze mai tardive de dezvoltare embriogenetică, având drept substrat morfologic micșorarea în volum a parenchimului pulmonar nedevelopat sau dezvoltat vicios.



Aspectul polichistic depistat la examenul radiologic a fost oferit de dilatării chistice ale bronhiilor. Hipoplazia chistică are o evoluție relativ benignă, în multe cazuri diagnosticul fiind stabilit destul de tardiv din motivul lipsei manifestărilor clinice. În aceste cazuri bronhografia s-a dovedit a fi cea mai utilă metodă de diagnostic (fig. 23, 24).



**Fig. 23.** Bolnavul A., 16 ani. Radiografia cutiei toracice. Hipoplazia plămânului stâng. Proces bronhopulmonar cronic secundar al lobului inferior al plămânului drept.



**Fig. 24.** Bronhografie laterală a bolnavului A., 16 ani (explicații în text).

Remarcăm că fiecare în parte aceste modificări malformative ale aparatului bronho-pulmonar se întâlnesc destul de rar (3, 8). Cu toate acestea, ponderea malformațiilor bronho-pulmonare care necesită corecție chirurgicală este destul de mare. Fără îndoială, că în multe cazuri modificările morfopatologice depistate cu greu pot fi atribuite unei sau altei malformații chistice, îndeosebi în formele clinico-evolutive avansate, asociate cu procese inflamator-septice.

#### **Concluzii:**

1. Modificările morfopatologice descrise completează variabilitatea variantelor structurale ale malformațiilor chistice congenitale ale plămânilor la copii de vârstă fragedă.
2. Analiza rezultatelor morfopatologice a demonstrat că în plămânul afectat pot fi depistate mai multe variante histopatologice ale malformațiilor chistice congenitale.
3. Examenul imagistic preoperator nu permite stabilirea cu certitudine a diagnosticului concret, marea majoritate a malformațiilor chistice bronho-pulmonare congenitale incluzându-se în noțiunea de „pulmon polichistic”.
4. Ținând cont de rezultatele examenului morfopatologic, malformațiile chistice

bronho-pulmonare congenitale impun necesitatea unui tratament chirurgical de urgență, operația de elecție fiind înlăturarea radicală a segmentelor malformative.

## BIBLIOGRAFIE

1. Florescu P. Bazele morfopatologice ale bolilor copilului. Cluj-Napoca. Ed., „Dacia”. 1994. P.36 – 37.
2. Gudumac Eva, Babuci V., Vataman V., Gheorghita T., Dionidis I., Răvneac V., Grăjdiu M. Afecțiunile bronhopulmonare cronice nespecifice la copil. Chișinău. 1999. 115 p.
3. Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. С.-Пб. 1996. С.202 – 204.
4. Бисенков Л.Н. (под ред.). Торакальная хирургия. С.-Пб. 2004. С.316 – 319.
5. Бубнова Н.И. Врожденные пороки развития легких. В кн. Ерохина В.В., Романова Л.К. (ред.) Клеточная биология легких в норме и при патологии. М: „Медицина”. 2000. С.290 – 298.
6. Воронов С.А., Лукьянченко П.П., Ешмуратов Т.Ш. Определение объема и варианта оперативного вмешательства при врожденных бронхоэктазах и кистозной гипоплазии у взрослых больных. Гр.и сердечно-сосудистая хирургия. 2005. №2. С.42 – 46.
7. Есипова И.К. Врожденные пороки развития легких в аспекте эмбрио- и филогенеза. В кн. Легкое в патологии. Новосибирск: „Наука”. 1975. ч.1. С.3 – 40.
8. Коваленко В.Л., Кокшаров В.Н., Ободова Э.В. Врожденный кистозный аденоматоидный порок развития легкого. Арх.пат. 1988. №9. С.76 – 78.
9. Колесников И.С. (под ред.). Хирургия легких и плевры. Л: „Медицина”. 1988. С.138.
10. Лазюк Г.И., Лазюк И.Т. Гипоплазия легких. В кн. Тератология человека (под ред. Г.И.Лазюк). М: „Медицина”. 1979. С.225 – 228.
11. Смагин А.Ю., Чукунышев А.К. Бронхолегочная дисплазия у новорожденных. Анестезиология и реанимация. 2004. №1. С.71 – 74.
12. Шлыкова М.В. Случай врожденного поликистоза легких у новорожденного. Педиатрия. 2006. №1. С.105 – 106.

## ***PNEUMOTORAXUL SPONTAN DREPT COMPLICAȚIE A BOLII BULOASE CONGENITALE PULMONARE***

Malformațiile congenitale bronho-pulmonare pot fi clasate printre cele mai complexe probleme ale medicinei. Unele din ele pot evolua o perioadă îndelungată de timp fără a manifesta oarecare simptome clinice, ultimele dezvoltându-se numai în cazurile de apariție a complicațiilor. Diagnosticul tardiv deseori impune necesitatea unui tratament de o eficacitate discutabilă sau fiind descoperite întâmplător cu ocazia unor episoade infecțioase respiratorii, unor traumatisme, inhalării de corpi străini, tuberculoză, sarcoidoză etc. (1, 3).

Pneumotoraxul spontan reprezintă o stare patologică poli etiologică cu o incidență de 1:10000 populație, determinată de pătrunderea aerului în cavitatea pleurală fără a avea legătură cu traumatismele sau manipulațiile medicale (2). Una dintre stările patologice, care poate dezvolta pneumotoraxul spontan, este și boala buloasă a plămânilor (4). De menționat că forma congenitală a bolii buloase este o maladie destul de rar întâlnită, depistată în marea majoritate a cazurilor în faze avansate.

Problemele diagnostice și terapeutice, pe care le implică pneumotoraxul spontan în boala buloasă, sunt ilustrate printr-o observație clinică urmărită timp de 2 ani, având unele particularități în privința manifestărilor clinice și a rezolvării terapeutice.

*Bolnavul C.*, în vârstă de 16 ani a fost transferat în secția de chirurgie toraco-abdominală a CNȘP „Natalia Gheorghiu” din spitalul orașenesc pe 16.04.2004 pentru pneumotorax spontan. Suferința clinică a bolnavului a debutat 2 săptămâni cu slăbiciuni generale, tuse, dispnee progresivă, clinic și ulterior radiologic s-a constatat pneumotorax spontan (*fig. 1*).

S-a recurs la tratamentul chirurgical minor – pleurotomie „minimă” tip Bulau cu drenaj pleural aspirativ pasiv. S-a indicat tratament medical. Tratamentul a rămas ineficient. Copilul a fost îndrumat în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”. Examenul clinic la prezentare a relevat următoarele elemente patologice: stare generală gravă, paloare a tegumentelor și mucoaselor, periodic cianoză, dispnee în repaus cu agravare la cel mai mic efort fizic. La auscultația hemitoracelui drept respirația lipsea cu excepția regiunilor inferioare ale plămânului, unde se constata o respirație foarte atenuată. În plămânul stâng – pe fundalul unei respirații aspre s-au depistat nenumeroase raluri umede, preponderent de calibru mediu. Tonurile cardiace sunt ritmice, surde.

Investigații de laborator: Hb - 121g/l, E - 4,0, L-9,4, n/s - 9, s - 60, e - 1, l - 24, m - 6, VSH - 15 mm/oră; coagulograma și timpul de sângerare - în limitele valorilor normale; acidoză metabolică.

Examenul radiologic confirmă colabarea plămânului drept, prezența aerului în cavitatea pleurală dreaptă - pneumotorax. În ariile superioare ale plămânului stâng se decelau multiple formațiuni chistice polimorfe aeriene.

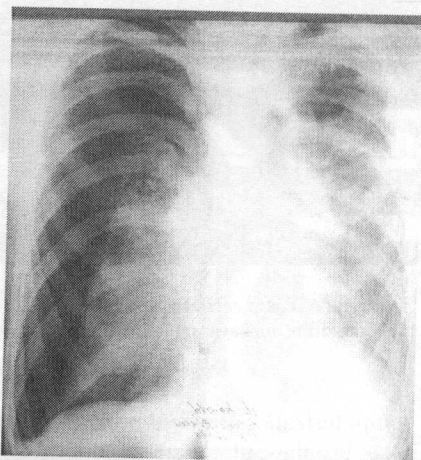


Fig. 1. Radiografie toracică preoperatorie (lămurire în text).

A fost utilă și scintigrafia pulmonară relevând insuficiența circulatorie a ariilor pulmonare afectate.

Pe 13.04.04 după o pregătire preoperatorie generală, ținând cont de evoluția negativă a pneumotoraxului, s-a intervenit chirurgical major. Abordul pleural prin toracotomie latero-posterioară pe dreapta în spațiul intercostal IV. La revizie, din cavitatea pleurală s-a aspirat lichid transparent, s-a constatat un proces aderențial major, lobi pulmonari fiind aderați intim între ei cu depuneri masive de fibrină. S-a efectuat adezioliza cu înlăturarea depunerilor de fibrină, s-au depistat modificări polichistice ale întregului plămân, formațiuni chistice de dimensiuni comparativ mai mari fiind depistate în lobul superior. S-a recurs la rezecția atipică pulmonară a zonelor afectate mai masiv, suturarea și ligaturarea la bază a chisturilor mai majore (blebs-urilor mari). De asemenea s-a efectuat elementele de gofrare a pleurei viscerale și pleurodeză. S-a aplicat drenaj pleural după Bulau și refacerea planului anatomic. Sub protecția unui tratament conservativ efectuat după principiile terapiei antimicrobiene, administrarea remediilor antiinflamatorii și dezagregantelor în perioada postoperatorie a decurs dificil și îndelungat, dar cu o evoluție pozitivă cu reexpansionarea completă a pulmonului.

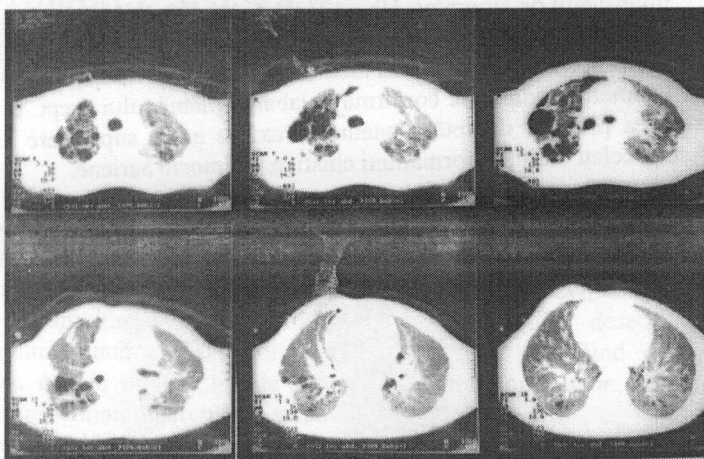


Fig. 2. Tomografie computerizată. Multiple cavități chistice vizualizate bilateral, difuz, mai avansat în lobul superior pe dreapta.

Tomografia computerizată transpulmonară postoperatorie a decelat malformație congenitală bronho-pulmonară, polichistoză pulmonară bilaterală difuză complicată cu fibroză pulmonară (fig.2).

Pe 26.04.04 într-o stare generală satisfăcătoare pacientul a fost externat pentru a continua tratamentul de recuperare (Solcoseril, Omega 3 plus, Pentillini, Wobenzym, Silymarini, Retabolil, Vitamina E etc.)

Examenul histopatologic confirmă o bronșită și bronșiolită cronică limfo-histiocitară cu pneumonie interstițială infiltrativ-productivă cu o deformare chistică a segmentelor bronho-alveolare. Formațiunile chistice erau tapetate cu epiteliu ciliat și cubic, pleura indurată pe contul edemului și plasmoragiilor cu o infiltrație leucocitară dispersă și în focare cu component eozinofil pe fundal de endovascularită. De asemenea erau prezente formațiuni chistice lipsite de înveliș epitelial.

Bolnavul revine timp de 2 ani la controale periodice (la 2 – 3 luni) clinice, ecografice, radiologice, scintigrafice, care relevă o stare stabilă, creștere ponderală, absența semnelor de recidivă a pneumotoraxului spontan, dar fiind prezente frecvente acutizări – bronhopneumonii. Refacerea stării biologice, recuperarea funcțională moderată permite de a continua tratamentul medical conservator.

**Discuții.** Pneumotoraxul spontan se întâlnește la toate vârstele, însă preponderent la tineri și la sexul masculin, afectând în mod egal hemitoracele drept și stâng.

Diagnosticul clinic se bazează pe trepedul lui Gaillard: timpanism, absența

murmurului vezicular, a vibrațiilor vocale, iar radiologic – imaginea tipică de pneumotorax, deplasarea organelor mediastinale, tomografia computerizată și rezonanța magnetică toraco-pulmonară poate decela bule de emfizem și blebsurile pulmonare.

În literatura de specialitate autorii disting formațiuni chistice veritabile ce dispun de un înveliș intern epitelial și vezice aeriene, ultimele întâlnindu-se sub formă de bule și vezici emfizematoase subpleurale (blebs-uri).

Se presupune că bula se dezvoltă în urma atrofiei și proceselor degenerative ale septelor interalveolare, suprafața internă fiind tapetată de celule alveolare atrofice (fig.3).

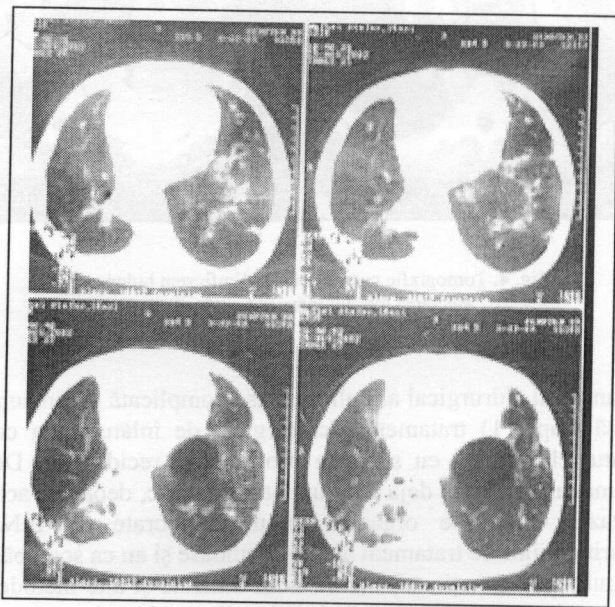


Fig. 3. Tomografie computerizată. Bula de dimensiuni majore dezvoltată la un bolnav cu o formă avansată a bolii bronșiectatice.

Blebs-urile sunt delimitate de pleura viscerală de sectoare de țesut pulmonar. Blebs-urile se dezvoltă în rezultatul perforării alveolei cu decolarea foiței viscerale a pleurei, ne fiind tapetată cu țesut pulmonar, peretele ei este reprezentat de elementele structurale ale pleurei, ne având și înveliș intern epitelial (2). Diagnosticul diferențial se va face cu emfizemul bulos (fig.4), chistul aerian, caverna tuberculoasă, hernia diafragmatică etc.



Tratamentul conservator indicat în pneumotoraxul spontan parțial trebuie abandonat la momentul oportun înaintea apariției complicațiilor.

Pleurotomia „a minima” tip Bulau cu drenaj aspirativ rămâne o metodă optimă în pneumotoraxul spontan. Tratamentul chirurgical major este indicat în pneumotoraxul spontan secundar, cel recidivant, în pneumotoraxul drenat nerezolvat timp de 7 zile și trebuie asociat cu tratamentul medical.

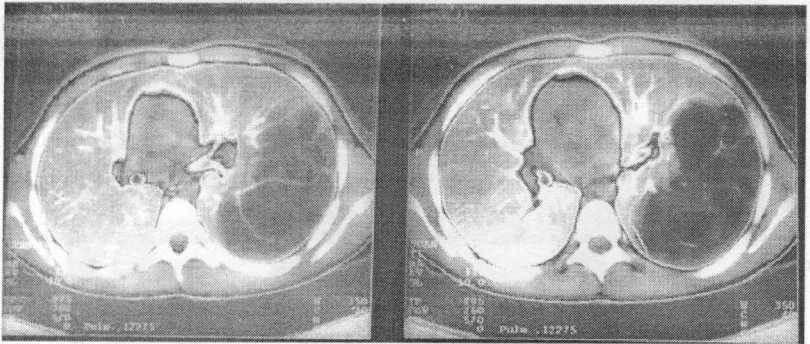


Fig. 4. Tomografie computerizată. Emfizem bulos cu afectarea lobului inferior pe stânga.

Tratamentul chirurgical al bolii buloase complicată cu pneumotorax spontan include două etape: 1) tratamentul chirurgical de înlăturare a cauzei maladiei; 2) tratamentul chirurgical cu scop de profilaxie a recidivelor. De menționat că rezecția pulmonară prezintă deja doar un interes istoric, deoarece actualmente nu se mai utilizează. Operațiile organomenajante elaborate de E.Naclerio (1947) corespund principiilor de tratament ale bolii buloase și au ca scop păstrarea maximă a țesutului pulmonar funcțional. Paralel sunt utilizate și alte metode, scopul cărora constă în dezvoltarea unor condiții de adeziune a pleurei – pleurodeza, deci de dispariție a cavității pleurale. Cu toate achizițiile contemporane, inclusiv și tehnicile videoasistate, problema tratamentului chirurgical al bolii buloase complicată cu pneumotorax este departe de a fi soluționată și necesită studii științifice aprofundate (4).

Așadar, observația clinică prezentă poate fi încadrată nozologic în anomaliile bronhopulmonare complicate cu pneumotoraxul spontan secundar, care a survenit pe leziuni grave preexistente.



## **BIBLIOGRAFIE**

1. **Воронов С.А., Лукьяченко П.П., Ешмуратов Т.Ш.** Определение объема и варианта оперативного вмешательства при врожденных бронхоэктазах и кистозной гипоплазии у взрослых больных. Гр. и сердечно-сосудистая хирургия. 2005. №2. С.42 – 46.
2. **Колесников И.С.** (под ред.). Хирургия легких и плевры. Л: «Медицина». 1988. С.320 – 331.
3. **Макаров А.В., Сокур П.П.** Диагностика и хирургическое лечение врожденных пороков развития бронхолегочной системы. IX Конгресс Ассоциации хирургов им. Н.Анестиади. Кишинев. 17 – 19 сентября. 2003. С.103.
4. **Назырев Ф.Г., Исламбеков Э.С., Исмаилов Д.А., Пахомов Г.Л.** Хирургическое лечение буллезной болезни легких, осложненной спонтанным пневмотораксом. Анналы хирургии. 1998. №6. С.23 – 25.

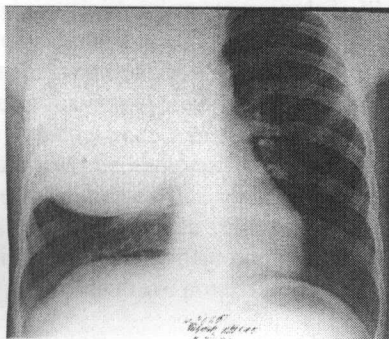
## CHISTUL HIDATIC PULMONAR GIGANT

Hidatidoza constituie și astăzi o afecțiune gravă, cu morbiditate importantă, caracterizată printr-o evoluție postoperatorie dificilă și frecvente reintervenții. Tratamentul este departe de a fi bine codificat și continuă să constituie subiectul a numeroase discuții, deseori contradictorii. Majoritatea autorilor conchid că principalele cauze de contradicție le constituie valoarea tehnicilor chirurgicale de tratament, tratamentul multiplelor complicații generate de cavitatea reziduală, de recidive etc. (6, 7).

Pentru organismul în creștere chistul hidatic manifestă o virulență înaltă, caracterizată prin dezvoltare rapidă cu formarea unor formațiuni chistice de dimensiuni majore și gigantice cu tendință de perforație (2). Acest fapt se datorează reactivității scăzute a organismului copilului. Echinococcoza la copii decurge cu semne de endotoxicoză progresivă cronică (12), având o evoluție mult mai gravă comparativ cu adulții.

Prezentarea cazului clinic.

*Bolnavul C.*, în vârstă de 14 ani a fost internat în clinică pe data de 10.12.1999 pentru dureri în hemitoracele drept, dispnee în repaus, ce se agrava la efort fizic, tuse umedă cu expectorații muco-purulente, periodic hemoptizie. Examenul fizic al pacientului a evidențiat la auscultație lipsa respirației în regiunile superioare și medii ale plămânului drept, în zonele inferioare apreciindu-se murmur vezicular atenuat; la percuție în zonele respective – matitate. Investigațiile de laborator au indicat anemie și VSH mărit. Radiografia toracică indica o formațiune voluminoasă de dimensiuni impresionante, ocupând întreaga suprafață a lobului superior al plămânului drept și 1/3 a câmpului lobului pulmonar inferior și mediu (*fig. 1*). Ecografia toracică concretiza o formațiune cu consistență lichidă.



**Fig. 1.** Radiografie toracică preoperatorie. Bolnavul C., 14 ani. Larvochist hidatic de dimensiuni gigante al plămânului drept.

Studiul anamnesthic a permis de a aprecia că pacientul pe parcursul unui an a beneficiat de un tratament conservator ambulator și staționar în baza unei bronhopneumonii.

După o pregătire preoperatorie cu diagnosticul de chist hidatic pulmonar gigant bolnavul a fost operat pe 14.12.1999 – toracotomie latero-posterioară pe dreapta în spațiul intercostal IV. La nivelul lobului superior s-a identificat o formațiune chistică de dimensiuni impresionante, ce ocupa toată suprafața lobului pulmonar afectat cu comprimarea segmentelor pulmonare adiacente. În cavitatea pleurală s-a depistat un proces aderențial major. După adezioliza pulmonară s-a efectuat echinococsectomia lobului superior, înlăturarea parțială a capsulei fibroase, cu suturarea fistulelor bronhiale, capitonarea cavității reziduale cu sutură în burse supraetajate plan pe plan cu sirjet final “dus-întors”, folosind în calitate de material plastic pentru plombaj preparatul “LitAr”. Drept remediu scoloid a fost utilizată soluția de nitrat de argint de 2%. Cavitatea pleurală a fost drenată prin microtoracotomie. Evoluția postoperatorie a fost gravă, dar cu reexpansarea completă a parenchimului pulmonar restant. A fost externat în a 11-a zi postoperator. Controlul radiologic peste 0,5 – 1,5 ani a confirmat lipsa dezvoltării complicațiilor (fig.2, 3), scintigrafic apreciindu-se restabilirea perfectă a microcirculației pulmonare (fig.4).

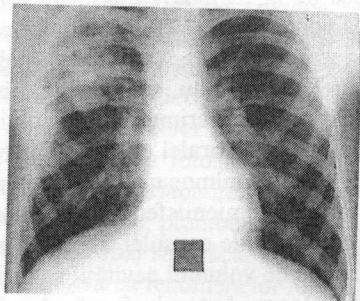


Fig. 2. Radiografie toracică postoperatorie a bolnavului C. (6 luni după operație)

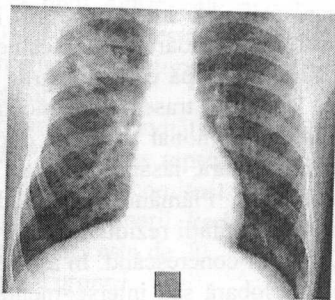


Fig. 3. Radiografie toracică al aceluiași bolnav la 1,5 ani după operație.

**Discuții.** În chirurgia chistului hidatic pulmonar gigant problema rezolvării eficiente a cavităților reziduale ocupă una dintre principalele probleme, îndeosebi în chisturile de dimensiuni majore (3, 5), care deseori evoluează cu episoade de microperforație. Conținutul chistului hidatic este elementul principal, ce creează și întreține starea de conflict între gazdă și parazit. Această imixtiune este reprezentată de acidul succinic, lactic, propionic, diferite săruri și fermenți (14, 16), care nimerind în căile respiratorii provoacă fenomene de traheobronșită acută cu o

clinică respectivă (17). Ptomaina, conținută în lichidul hidatic, este în mare măsură responsabilă de patogenia anumitor simptome alergice(4), inclusiv șocul anafilactic, provocate prin efracția chistului, puncția sau ruptura lui accidentală intraoperatorie.

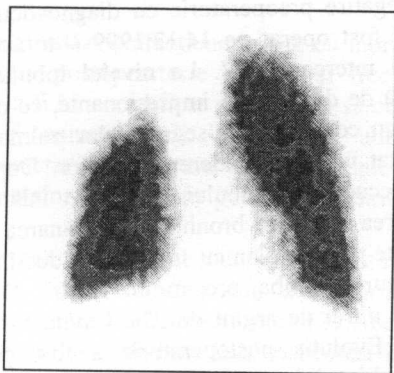


Fig. 4. Scintigrafie pulmonară (perfuzie) postoperatorie (1,5 ani după operație).

Metoda de echinococcectomie propusă de A.T.Pulatov constă în formarea unor fisuri artificiale interlobare sau intersegmentare (15, 17). Principiul operației date constă în următoarele. Se efectuează o toracotomie largă, se face o incizie pe capsula fibroasă, după care se extrag elementele parazitului, se suturează fistulele prezente, apoi se trasează o incizie lungă pe tot perimetrul chistului și a parenchimului pulmonar adiacent, după posibilitate, în paralel cu fisura interlobară sau intersegmentară, lăsând capsula fibroasă, țesutul pulmonar și vasele numai în hilul pulmonar. Plămânul căpătându-și forma, semiemisferele superioare și inferioare ale cavității reziduale, ce prezintă rămășițe ale capsulei fibroase, intră în contact, ulterior concrescând. În așa fel, în funcție de volumul cavității se formează o fisură interlobară sau intersegmentară adăugătoare. Autorul afirmă că cele mai multe complicații în tratamentul chirurgical al chistului hidatic pulmonar cu afectarea lobului superior se întâlnesc la bolnavii operați după metoda Delbe și după metoda A.A.Vișnevski, precizând că aceste metode pot fi folosite în cazul formațiunilor chistice parazitare situate la suprafață, de dimensiuni mici sau mijlocii, când diametrul cavității reziduale nu depășește 5 - 6 cm. Eficacitatea metodei propuse de A.T.Pulatov este confirmată și de alți autori (8). Pentru tratamentul chistului hidatic de dimensiuni majore în literatura de specialitate se întâlnesc și relatări despre folosirea metodei de pneumonostomie folosind procedeul de marsupializare, metodă, ce poate fi utilizată și în cazul chistului hidatic pulmonar complicat (1).

A.T.Pulatov (1998) a propus o tactică chirurgicală originală de soluționare în caz de rupere a chisturilor gigante. Intervențiile chirurgicale în aceste cazuri sunt efectuate de urgență (13). Cu toate acestea, cu scop de prevenire a complicațiilor, bolnavul înainte de operație trebuie scos din starea critică determinată de șocul anafilactic și pleuropulmonar, de hipovolemie și endotoxicoză majoră, această tactică fiind susținută și de alți specialiști (11). Autorul susține că volumul intervenției chirurgicale necesită o reglementare strictă. Accesul operator trebuie să fie suficient. În timpul operației cavitatea capsulei fibroase a chistului hidatic rupt se eliberează de resturile parazitului, se prelucrează cu alcool de 70<sup>0</sup>, se suturează fistulele, apoi cavitatea capsulei fibroase temporar se tamponează. Se face revizia cavității seroase (pleurale sau abdominale) cu asanarea ei ulterioară de elementele parazitului, folosind 8 – 10 litri de soluție caldă de furacilină (1: 5000) sau ser fiziologic. Lichidarea cavității reziduale se efectuează prin metoda formării fisurilor artificiale interlobare sau intersegmentare (13).

Procesele reparatorii în organism reprezintă un proces complicat, ce decurge la diferite niveluri – molecular, subcelular, celular, tisular și la nivel de organ și este legat de fenomenul de inflamație, cu care formează o reacție unică la acțiunea factorului lezant. De menționat că regenerarea reparatorie reprezintă un proces stereotip, deși în diferite țesuturi și organe au anumite particularități (18, 19).

Este cunoscut faptul că în organism fibroblaștii sunt înconjurați de o matriță extracelulară, iar gelul de collagen reprezintă unul dintre cele mai fiziologice substraturi de cultivare a fibroblaștilor (10). Totodată, este cunoscută funcția morfogenetică a collagenului în calitate de “mediator structural”, ce deține un rol de regulator al diferențierii la nivel celular și tisular (9).

În contextul celor spuse cu scop de plombaj al cavității reziduale supuse capitonajului noi am folosit materialul plastic “LitAr”, ce reprezintă un preparat collagenic cu hidroxapatite. Preparatul s-a folosit concomitent cu capitonarea cavităților reziduale, plombând 2/3 din volumul acestor spații. Perioada de timp ce permite un plombaj satisfăcător al cavității reziduale, este de 20 – 25 zile, fapt ce permite accelerarea fenomenelor reparatorii locale proprii.

Așadar, elaborarea unei scheme de tratament medico-chirurgical complex, individualizat în funcție de forma clinico-evolutivă a maladiei cu utilizarea preparatului cu efect scolucid major sol. AgNO<sub>3</sub> 2% și a materialului plastic “LitAr” permite reducerea semnificativă a complicațiilor postoperatorii și îmbunătățirea calității tratamentului utilizat în larvochistul hidatic de dimensiuni majore la copil.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Anand V., Sen S., Jacob R., Chacko J., Zachariah N., Thomas G., Mammen K.E.** Pneumonostomy in the surgical management of bilateral hydatid cysts of the lung. // *Pediatr. Surg.* 2001; 17 (1) : 29 – 31.
2. **Halezeroglu S., Celik M., Uysal A., Senol C., Keles M., Arman B.** Giant hydatid cysts of the lung. // *J.of Thoracic & Cardiovasc. Surg.* 1997. 113 (4) : 712 – 7.
3. **Karaoglanoglu N., Kurkcuoglu I.C., Gorguner M., Eroglu A., Tuckyilmaz A.** Giant hydatid lung cysts. // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2001. 19 (6) : 914 – 7.
4. **Părăian I.** Chistul hidatic hepatic. Editura didactică și pedagogică. 1998. P.86.
5. **Scarpulla M., Giuliana G., Scarpa G., Corsentino G., Cusumano A.** Giant hydatid cyst of the left lung. // *Minerva Chir.* 2000. 55 (7-8): 541 – 4.
6. **Turkyilmaz Z, Sonmez K, Karabulut R. et. al.** Conservative surgery for treatment of hydatid cysts in children. // *World J. Surg.* 2004. 28 (6): 597 – 601.
7. **Uchikov A.P., Safev G.P., Stefanov C.S. Markova D.M.** Surgical treatment of bronchobiliary fistulas due to complicated echinococcosis of the liver: case report and literature review. // *Folia Med.* 2003. 45 (4): 22 – 4.
8. **Бирюков Ю.В., Сабилов Б.У., Стреляева А.В., Садыков В.М., Эшанкулов У.С.** Результаты хирургического лечения эхинококкоза легких с применением мощных противоэхинококковых препаратов. // *Проблемы экологии, здоровья, паразитологии и фармации.* М. 1999. С.197 – 201.
9. **Бобро Л.И.** Фибробласты и их значение в тканевых реакциях. // *Архив патологии.* 1990. №12. С.65 – 67.
10. **Голубков С.П., Белкин В.М., Руднева С.В. Терских В.В.** Фибронектин из плазмы крови не влияет на контракцию коллагенового геля, вызываемую фибробластами. // *Цитология.* 1990. №5. С.499.
11. **Кусков С.И., Джеброн А.Ф.** Выбор тактики лечения больных эхинококкозом легких. // *Гр.и сердечно-сосуд.хир.* 1990. №2. С.49 – 52.
12. **Перлин С.М., Шатунов В.Н.** Эхинококкоз легких у детей. 1986.
13. **Пулатов А.Т.** Ошибки при диагностике и лечении эхинококкоза у детей. // *Детская хир.* 1998. №4. С.23 – 27.
14. **Пулатов А.Т.** Эхинококкоз IV сегмента печени у детей. // *Детская хир.* 2002. №5. С. 11 – 17.
15. **Пулатов А.Т., Абдуфатаев Т.А.** Эхинококкэктомия верхней доли легкого у детей. // *Хирургия.* 1994. №8. С.12 – 15.
16. **Пулатов А.Т., Петлах В.И., Брянцев А.В., Шипулева И.В., Туманова М.В.** Прорыв эхинококковой кисты печени в плевральную полость. // *Детская хир.* 2002. №1. С.41 – 44.
17. **Пулатов А.Т., Петлах В.И., Карасева О.В.** Об эхинококкозе верхней доли легкого у детей. // *Детская хирургия.* 2001. №3. С.8 – 12.
18. **Серов В.В., Пауков В.С.** Воспаление: Руководство для врачей. М. 1995.
19. **Федоров Д.Н., Ивашкин А.Н., Шинин В.В., Васильев А.В., Иванов А.А.** Морфологическая и иммуногистохимическая характеристика репаративных процессов в длительно не заживающих ранах. // *Архив патологии.* 2002. №1. С.8 – 11.

## **CHISTUL HIDATIC DE DIMENSIUNI MAJORE CU AFECTAREA CONCOMITENTĂ A PLĂMÂNULUI ȘI A FICATULUI**

Procesul epidemic în maladia hidatică este destul de complicat, dependent de un larg spectru de factori naturali și sociali, precum și de caracterele procesului epizootic, deoarece în epidemiologia invaziei se implică un cerc larg de animale vertebrate, parazitul adaptându-se perfect în organismul multora dintre acestea (3, 5, 9). Numeroase studii și cercetări efectuate în ultimii ani au demonstrat că, în cadrul variantelor de *E. granulosus* denotă modificări de ordin biochimic și fiziologic, stabilindu-se că diferite variante ale parazitului prezintă o patogenitate variată, fapt ce poate influența prognosticul bolnavilor de hidatidoză.

Studiile recente au precizat că la copii în vârsta de până 7 ani hidatidoza se întâlnește de 2 ori mai rar decât la cei de vârstă 11 – 14 ani, totodată evidențiindu-se că pentru copiii de vârstă fragedă sunt caracteristice formele clinico-evolutive grave (6, 11), cu afectare poliorganică, prevalând și formele pulmonare cu evoluție complicată (10). Statisticile în domeniu ne demonstrează că în ultimii ani a crescut frecvența afectării concomitente a ficatului și plămânilor la copii, anunțându-se valori, ce oscilează între 5,7 – 14,8% (7).

Conform datelor lui A.T. Pulatov în evoluția clinică a hidatidozei la copil deosebit 3 stadii.

*Stadiul I* – chiar și în prezența unui larvohist de dimensiuni mici, îndeosebi la copii mici și la preșcolari clinic se depistează paloarea tegumentelor, adinamie, anorexie, anemie, deficit ponderal, retard fizic. La această etapă precoce a maladii încă nu sunt prezente semne locale evidente de afectare a organului și diagnosticul se stabilește prin investigații imagistice și de laborator.

*Stadiul II* – perioada de stare a bolii. Pe fondul reacției generale a organismului în caz de formațiuni chistice de dimensiuni mari se determină deformația tegumentelor din regiunea organului afectat. Diagnosticul se stabilește obiectiv cu ajutorul investigațiilor imagistice și de laborator.

*Stadiul III* – perioada complicațiilor maladii. Pentru copii este caracteristică ruperea larvohistului, mai rar – infectarea sau calcificarea acestuia.

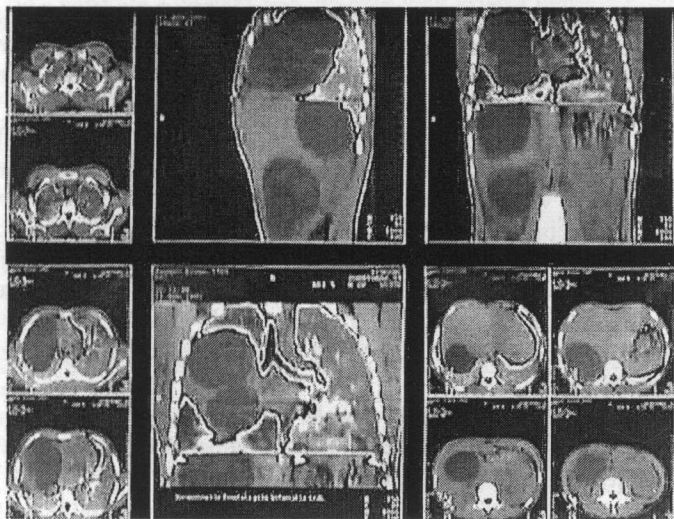
Pentru a preveni erorile de diagnostic al hidatidozei la copil este important de a diferenția clar evoluția clinică și aprecierea gravității de afectare a organismului. În acest context unii autori afirmă că clasificarea evoluției clinice a hidatidozei adoptată pentru adulți la copii nu este valabilă, deoarece organismul în



creștere reacționaeză mult mai rapid și mai expresiv la invazia parazitului (10), idee susținută și de noi.

În același timp formațiunile chistice parazitare pot ajunge la dimensiuni impresionante fără a avea o oarecare simptomatologie, diagnosticul stabilindu-se ocazional.

*Bolnava J.* de 10 ani a fost internată în secția chirurgie toraco-abdominală a Centrului Național Științifico-practic "Natalia Gheorghiu" pe 21.08.01 cu diagnosticul de hidatidoză hepatică constatată ocazionala la examenul ecografic. Tomografia computerizată a confirmat diagnosticul anterior, fiind vizualizate două formațiuni chistice de dimensiuni majore ale lobului drept al ficatului, totodată apreciind și două formațiuni chistice de dimensiuni impresionante în lobul mediu și cel superior al plămânului drept (*fig. 1*).



**Fig. 1.** Tomografie compiuterizată. Bolnava C., 9 ani. Sunt vizualizate câte două formațiuni chistice de dimensiuni majore localizate în lobul mediu și superior al plămânului drept și în lobul drept al ficatului.

După o pregătire preoperatorie minuțioasă s-a recurs la intervenție chirurgicală pe etape – echinococctomie pulmonară, apoi la echinococctomie hepatică.

În ambele cazuri drept remediu scolucid a fost utilizat nitratul de argint, iar cavitățile reziduale au fost supuse capitonajului. Sub protecția unui tratament medicamentos perioada postoperatorie a decurs fără complicații. Într-o stare generală satisfăcătoare pacienta a fost externată pe 22.09.01.

Examenul scintigrafic postoperator al fluxului sanguin pulmonar microcirculator, efectuat peste 2 zile, a constatat diminuarea severă a irigării sanguine în segmentele apicale, medii și bazale ale plămânului operat îndeosebi în proiecție anterioară (fig.2). Analizând rezultatele examenului scintigrafic efectuat în dinamică (peste 3 luni și 6 luni) am constatat redistribuirea valorilor cantitative microcirculatorii în ambii plămâni (fig.3) cu date veridice de îmbunătățire evidentă a indicilor microcirculației pulmonare în plămânul afectat față de valorile inițiale. Îmbunătățirea circuitului capilar al plămânilor afectați în cadrul larvochistului hidatic în perioada postoperatorie se datorează atât lichidării componentului morfo-funcțional al modificărilor patului microcirculator, cât și pe contul funcționării capilarelor pulmonare de rezervă.

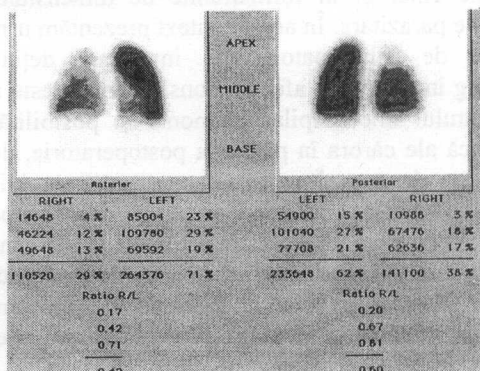


Fig. 2. Scintigrafie pulmonară de perfuzie postoperatorie a bolnavei C. – peste 5 zile de la operație de echinococctomie pulmonară.

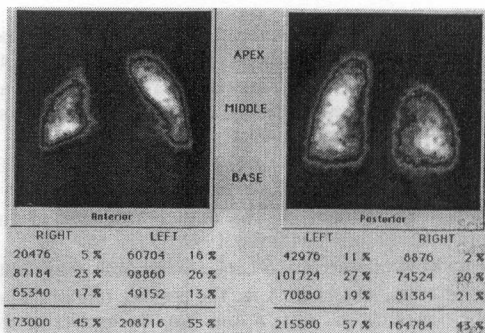


Fig. 3. Scintigrafie pulmonară postoperatorie a bolnavei C. efectuată la 6 luni din momentul intervenției chirurgicale la plămânul drept.

De asemenea examenul scintigrafic postoperator al ficatului a constatat micșorarea organului până la dimensiuni normale, cu o oarecare neuniformitate de redistribuire a radiofarmaceuticului și acumularea acestuia în splină.

**Discuții.** Echinococoză multiviscerală constituie un capitol special al chirurgiei bolii hidatice (1, 4). Ordinea în care se operează chisturile și alegerea căii de abord pun probleme deosebite de tactică chirurgicală (2, 8). În funcție de gravitatea bolii și de necesitatea unor intervenții chirurgicale complicate, unii autori efectuează operațiile în mai multe etape (7, 12), pe când alții susțin ideea operațiilor radicale unimomentane (2, 13). Atitudinea noastră rezervată față de operațiile unimomentane este dictată de traumacitatea operațiilor, de riscul dezvoltării unor grave complicații în perioada postoperatorie, operațiile pe etape dând rezultate bune chiar și în formațiunile de dimensiuni impresionante ale formațiunilor chistice parazitare. În acest context prezentăm următorul caz clinic.

Ținând cont de rolul patogenetic important deținut de modificările metabolice ce decurg în plămânul afectat, considerăm că este absolut necesar de a evalua starea circuitului microcapilar pulmonar și posibilitățile lui de rezervă, evaluarea în dinamică ale cărora în perioada postoperatorie, după părerea noastră, permite cu certitudine de a evalua eficacitatea tratamentului medico-chirurgical aplicat. Evoluția nefavorabilă a bolii se caracteriza prin hipoperfuzia progresivă a plămânului afectat cu creșterea nivelului de activitate în plămânul contralateral.

De asemenea scintigrafia hepatică în caz de hidatidoză hepatică este o metodă informativă de determinare a gradului de afectare a parenchimului organului până la operație, cât și în controlul evoluției proceselor de restabilire în perioada postoperatorie.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Aribas O.K., Kanat F., Turk E., Kalayci M.U.** Comparison between pulmonary and hepatopulmonary hydatidosis. // Eur. J. Cardiothorac. Surg. 2002. 21 (3) : 489 – 96.
2. **Boțianu A., P.Boțianu, D.Coțma. ș.a.** Echinococoză cu localizare multiviscerală (pulmonară bilaterală și hepatică) rezolvată în aceeași ședință operatorie prin toracotomie stângă și toracotomie dreaptă. // Juranalul de chirurgie toracică. 1999. Nr.2. P.211 – 213.
3. **Campos-Bueno A., Lopez-Abente G., Andres-Cercadillo A.M.** Risk factors for Echinococcus granulosus infection: a case-control study. // Ann. J. Trop. Med. Hyg. 2000. 62 (3) : 329 – 34.
4. **Mikhailova V., Brankov O., Drebov R.** The surgical treatment of pulmonary and associated echinococcosis in childhood. // Khirurgia (Sofia). 1999. 55 (2): 16 – 20.
5. **Romig T.** Epidemiology of echinococcosis. // Langenbecks Arch. Surg. 2003. 388.(4) : 209 – 1 213
6. **Zahawi H.M., Hameed O.K., Abalkhail A.A.** The possible role of the age of the human host in determining the localization of hydatid cysts. // Ann. Trop. Med. end Parasitol. 1999. 6: 621 – 627.
7. **Алиев М.М., Аллаберганов А.Т., Икрамов А.И., Сабирджанов Н.Р.** Сочетанный эхинококкоз легких и печени у детей. // Детская хирургия. 2000. №6. С.18 – 22.

8. **Гладун Н.В., Балика И.М., Юско Т.И., Марталог В.Ф., Чеботарь А.М.** Особенности хирургического вмешательства при сочетанном эхинококкозе печени и легкого. // *Материалы VII съезда хирургов Молдовы.* 1991. С.120 – 121.
9. **Лейкина Е.С.** Паразитология: Теоретические и прикладные проблемы. Киев. 1985. С.64 – 93.
10. **Пулатов А.Т.** Ошибки при диагностике и лечении эхинококкоза у детей. // *Детская хирургия.* 1998. №4. С.23 – 27.
11. **Пулатов А.Т., Петлах В.И., Брянцев А.В. и др.** Прорыв эхинококковой кисты печени в плевральную полость. // *Детская хирургия.* 2002. №1. С.41 – 44.
12. **Рустамов И.Р., Одилов А.Х., Машарипов Ю.** // *Клин хирургия.* 1987. №10. С.56 – 57.
13. **Тухтасинов И.А., Болоболов В.В.** Одноэтапная двухсторонняя эхинококкэктомия легких из чрезгрудинного доступа. // *Хирургия.* 1986. №5. С.23 – 25.

## **ROLUL INFECȚIEI BACTERIAL - MICOTICE ASOCIATE ÎN EVOLUȚIA CHISTULUI HIDATIC PULMONAR COMPLICAT**

În evoluția maladiei hidatice de oricare localizare pot fi constatate diferite complicații (10, 11, 13, 14), frecvența cărora oscilează între 16,3 și 32,7% (2, 4, 5), printre cele mai frecvente complicații fiind și infectarea larvochistului (19,2 – 34,5%). O problemă stringentă în tratamentul echinococozei este și tratamentul cavităților reziduale infectate (3).

Tratamentul formelor complicate ale acestei maladii este departe de a fi bine codificat și continuă de a fi subiectul numeroaselor discuții, deseori contradictorii (1). Majoritatea autorilor conchid că principala piatră de contradicție o constituie valoarea tehnicilor chirurgicale de tratament, tratamentul multiplexelor complicații generate de cavitatea reziduală, de recidive etc. (6, 7, 8,).

Menționăm că diagnosticul formelor complicate de hidatidoză pulmonară la copii chiar și până la momentul de față pune destule probleme specialiștilor instituțiilor medicale raionale, fapt ce determină adresarea tardivă a bolnavilor în faze, când deja au survenit complicații inflamator-septice, deși nu în toate cazurile s-a reușit a izola agentul microbian.

În scopul elucidării celor spuse prezentăm rezultatele investigațiilor date efectuate la un copil operat pentru chist hidatic pulmonar pe dreapta complicat prin ruptură simultană în bronhie și cavitatea pleurală cu dezvoltarea în perioada postoperatorie (la 6 zi după operație) a unei pleurezii purulente.

*Bolnavul C.*, de sex masculin, în vârstă de 12 ani, se internează în secția de chirurgie septică a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică "Natalia Gheorghiu" într-o stare foarte gravă pentru un hidropneumotorace compresiv pe dreapta, confirmat radiologic.

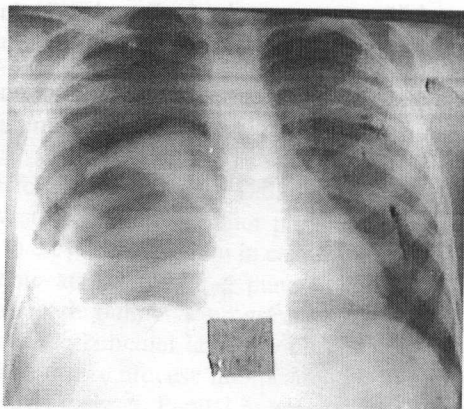
Examenul clinic constată insuficiență respiratorie de gradul II – III, durere majoră în regiunea hemitoracelui drept, febră, auscultativ respirația în pulmonul drept nu se produce.

Explorările paraclinice indică anemie moderată, hiperleucocitoză cu deviere spre stânga (16,8 x 10), VSH sporit.

Datele anamnestice concretizau că în antecedente copilul (3 săptămâni în urmă) a suportat un traumatism, din care cauză a fost internat într-un spital raional. A fost diagnosticată o ruptură traumatică de hemidiafragm. S-a intervenit chirurgical. Intraoperator diagnosticul nu s-a confirmat. În perioada postoperatorie s-a semnalat o alterare semnificativă a stării generale, îndeosebi al aparatelor

respirator și cardiovascular, motiv, ce a determinat transferul pacientului în clinica noastră.

Concretizarea anamnesticalui ne-a oferit date suplimentare prin faptul că imediat după traumatism copilul a avut vomică cu un lichid cu gust amarui. Retrospectiv studiate, clișeele radiologice efectuate în spitalul județean permiteau deja de a stabili o complicație severă a chistului hidatic pulmonar (*fig. 1*).



**Fig. 1.** Radiografie toracică preoperatorie. Chist hidatic al plămânului drept complicat prin ruptură în cavitatea pleurală și bronhie. Proces distructiv al parenchimului pulmonary. Hidropneumotorace compresiv pe dreapta.

După o pregătire preoperatorie cu ameliorarea relativă a stării pacientului și a indicilor de laborator cu diagnosticul de ruptură traumatică a chistului hidatic pulmonar în bronhie și cavitatea pleurală s-a intervenit chirurgical. S-a efectuat toracotomia latero-posterioară pe dreapta. S-a evidențiat un proces adheziv major cu hemoragie moderată în cavitatea pleurală, lezarea lobului inferior al plămânului drept, ruptură de chist hidatic pulmonar al lobului mediu în bronhie și cavitatea pleurală. Parenchimul pulmonar al lobilor afectați era cu elemente de carnicare. S-a efectuat extragerea membranei chitinoase sanarea cavității reziduale, s-a refăcut configurarea lobului inferior lezat prin suturare cu fire absorbabile și utilizarea materialului plastic „LitAr”. S-a instalat drenajul intratoracic cu aspirație după Bulau.

Evoluția postoperatorie a fost gravă cu dezvoltarea unui proces inflamator-distructiv grav, pleurezie purulentă, pacientul fiind evaluat clinic, imagistic. În lichidul pleural colectat intraoperator a fost depistată floră coccică (*S.aureus* și *S.epidermidis*) (*fig. 2*).

Drenajul intrapleural a fost suprimat la a 10-a zi postoperator. Pacientul a

fost externat la a 28-a zi cu reexpansionarea totală a plămânului afectat pentru tratament ambulator, inclusiv fiind asociat preparatul eskazol 400 mg – 10 zile, solcoseril, aevit, wobemzym, selymarin etc.

Analiza rezultatelor investigațiilor de laborator în primele 3 zile postoperator al lichidului pleural la acest bolnav au fost constatate valori comparativ majore ale citokinelor proinflamatorii comparativ cu indicii obținuți la bolnavii cu evoluție postoperatorie favorabilă, cu creșterea lor în dinamică (inclusiv și a IL-2), totodată determinându-se micșorarea evidentă a activității imunoglobulinelor.

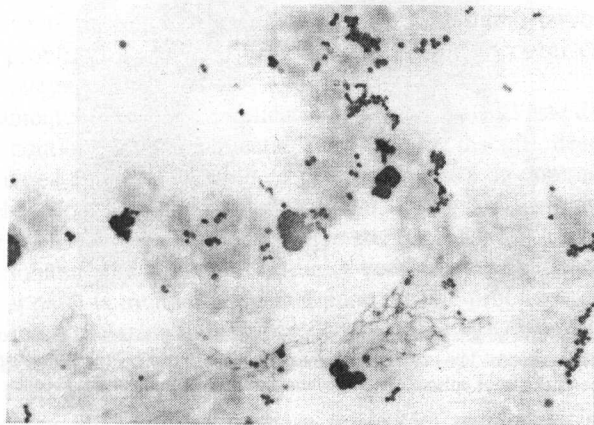


Fig. 2. Stadiul de hemotaxis a macrofagului tisular ce trece în stadiul de adheziune.

După cum observăm la acest bolnav în lichidul pleural postoperator se constată o hiperproducere de citokine proinflamatorii cu micșorarea evidentă a indicilor imunității umorale. Ținând cont de datele literaturii, o astfel de micșorare catastrofală a titrelor de anticorpi, probabil, poate fi legată de o supresiune secundară exprimată a activității funcționale a celulelor limfoide de produsele activității vitale ale parazitului, fapt constatat și în unele izvoare științifice de specialitate (12), care ulterior în mod evident a determinat evoluția complicată a perioadei postoperatorie. Totodată, în caz de hiperproducerea IL-1 efectul de acțiune al acestei citokine este slăbit, sintetizându-se titre mici de anticorpi. Deci presupunem că în perioada postoperatorie micșorarea indicilor imunității umorale pe fond de hiperproducere a citokinelor proinflamatorii poate fi considerat drept criteriu prognostic nefavorabil în privința dezvoltării unor complicații septice, fiind necesară indicarea unei terapii de imunocorecție.

Analiza comparativă a rezultatelor obținute ne indică că testarea nivelului



local de citokine este un test mult mai sensibil în aprecierea intensității fenomenelor inflamatorii postoperatorii ale cavității pleurale comparativ cu determinarea nivelului PCR. Cu toate acestea determinarea concomitentă a nivelului de citokine și PCR ne permite de a înțelege mai profund interacțiunea verigilor patogenetice, ce au loc în cavitatea pleurală după intervențiile chirurgicale.

De rând cu folosirea locală a substanțelor antiproteolitice, ținând cont de rezultatele unor investigații imunologice ale lichidului pleural, s-a recurs la utilizarea locală a leikinferonului. În acest context, totodată am menționa că modificările sistemului imun general nu întotdeauna corespundea modificărilor indicilor locali.

Investigațiile morfologice în cadrul chistului hidatic pulmonar la copil deține un rol major în ce privește concretizarea unor particularități clinico-evolutive ale maladiei în organismul în creștere, îndeosebi în cazurile cu evoluție complicată.

Rezultatele obținute au permis de a pune în evidență în cazul formelor complicate ale chistului hidatic pulmonar progresarea fenomenelor degenerative și celor necrotico-supurative ale cuticulei laminare cu distrucția totală a membranei proligeră. De menționat că aceste procese întotdeauna încep cu straturile interne și se răspândesc spre straturile externe. Paralel în acest caz s-au determinat prezența fungilor miceli de origine *aspergillus*, ce penetrau în structuri arborescente cuticula lamelară (fig.3).



Fig. 3. Larvochistul hidatic este invadat de infecție micotică.

În majoritatea cazurilor aspergiloza se dezvoltă drept maladie secundară pe

fundalul unor afecțiuni bronhopulmonare cronice, afecțiuni ale sângelui sau tumori, sau în cazurile de folosire în tratament al antibioticelor sau corticosteroidelor. În calitate de afecțiune primară aspergiloza viscerală se întâlnește foarte rar, deseori evoluând nefavorabil (9). Cazuri de afectare concomitentă a hidatidozei pulmonare și aspergilozei în literatura accesibilă noi nu am găsit.

Gravitatea modificărilor morfopatologice ale parenchimului pulmonar în mare măsură se datorează agresivității majore a lichidului hidatic, ulterior determinând gradul fenomenelor distructiv-necrotice – substrat favorabil pentru dezvoltarea proceselor septice ale capsulei fibroase și parenchimului perichistic adiacent (fig.4).

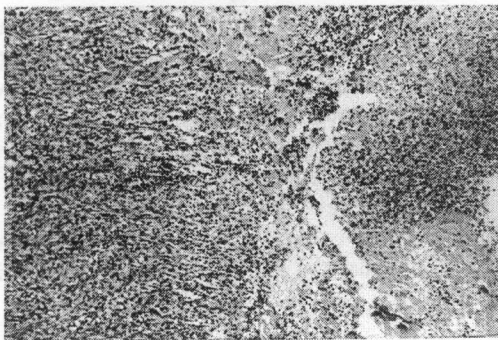


Fig. 4 Invadarea lichidului parazitar în aria barajului fibro-vascular cu infiltrație polimorfă celulară, cu predominarea granulocitelor și tendință de microabscedare. Colorație H-E. Oc.10, ob.10.

De asemenea s-a constatat penetrarea pleurei de o infiltrație leucocitară cu disjunția structurii și apariția proceselor alterativ-necrotice.

De menționat că aceste modificări grave se dezvoltă în condiții de imaturitate morfofuncțională a parenchimului pulmonar, rezistență tisulară minoră, insuficiență a mecanismelor de apărare imunologică locală. Anume acești factori determină evoluția progresivă rapidă a complicațiilor în maladia hidatică pulmonară la copil.

Investigațiile morfopatologice au confirmat că tendința de a efectua capitonajul cavităților reziduale capitonării este irațională datorită prezenței fenomenelor inflamator-distructive marcate ale straturilor capsulei fibroase și țesutului pulmonar perichistic, care determină dezvoltarea insuficienței suturilor de capitonare.

Paralel cu capitonajul cavităților reziduale în astfel de cazuri noi utilizăm materialul plastic "LitAr", plombând 2/3 din volumul acestor spații.

Folosirea acestui material plastic a permis de a obține o aerostază și

hemostază stabilă în cavitatea reziduală postechinococctomică. Perioada de timp, ce permite un plombaj satisfăcător al cavității reziduale, este de 20 – 25 zile, ceea ce permite accelerarea fenomenelor reparatorii locale proprii. Această metodă a fost deosebit de utilă și în cazurile de chist hidatic pulmonar de dimensiuni majore sau complicate, forme clinico-evolutive, ce decurg, de regulă, cu fenomene inflamatorii pleural-pulmonare marcate și prezența fistulelor bronhiale. Astfel au fost evitate operațiile de rezecție pulmonară.

Concluzii:

- Erorile de diagnostic al chistului hidatic pulmonar complicat prin ruptură pot avea urmări grave pentru pacient atât imediat după traumă, cât și la distanță, îndeosebi în cazurile când se asociază unele infecții concomitente, care condiționează dezvoltarea unor procese bronhopulmonare inflamator-distructive grave..
- Nivelul sporit de citokine cu diminuarea indicilor imunității umorale poate fi considerat drept factor prognostic nefavorabil al evoluției postoperatorii, fapt ce determină necesitatea utilizării terapiei locale cu leukinferon.
- Rezultatele examenului morfologic în cazurile de chist hidatic complicat prin ruptură în bronhie sau cavitatea pleurală, forme clinico-evolutive ce evoluează cu fenomene inflamator-septice ale organului afectat impun argumentat necesitatea utilizării unor metode efective de plombaj intraoperator al cavităților reziduale postechinococctomice.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Apostolescu C.** Eficacitatea cu Albendazol în hidatidoză. // Revista Română de Parazitologie. 2000. Nr.1. vol.X. P.15.
2. **Chafik A., El Messlout A., Khallafi S. et al.** Bronchogenic dissemination of a pulmonary hydatid cyst. // Rev. Mal. Respir. 2001; 18 (3) : 333 – 4.
3. **Keramidas D., Mavridis G., Soutis M., Passalidis A.** Medical treatment of pulmonary hadatidosis: complications and surgical management. // *Pediatr. Surg. Int.* 2004. 19 (12) : 774 – 6.
4. **Klancir S.B., Raos M., Koncul I.** Echinococcal pulmonary cyst with multiple fistulization into the bronchi. // *Lijechnicki Vjesnik.* 1997. 119 (11 - 12) : 326 – 8.
5. **Ozvaran M.K., Ersoy Y., Uskul B. et al.** Pleural complications of pulmonary hydatid disease. // *Respirology.* 2004.9 (1) : 115 – 9.
6. **Pesamosca A., Bratu N., Trancioveanu M. ș.a.** Probleme de diagnostic și tratament în chistul hidatic pulmonar la copil. // Revista Română de Parazitologie. 2000. Nr.1. vol. X. P. 71 – 72.
7. **Popovici Z., Popescu M., Bardac O.** Tratamentul chirurgical de urgență pentru ruptura intrapleurală a unui chist hidatic pulmonar primitiv gigant supurat. // Revista Română de Parazitologie. 1996. Nr.1 – 2. Vol. VI. P. 42 – 43.
8. **Turkyilmaz Z., Sonmez K., Karabulut R. et al.** Conservative surgery for treatment of hydatid cysts in children. // *World J. Surg.* 2004. 28 (6): 597 – 601.
9. **Григорьев Б.А.** Генерализованный аспергиллез. Архив патологии. 1984. №12. С.63 – 66.

10. **Исламбеков Э.С., Исмаилов Д.А., Акмеев В.Р.** Хирургическое лечение дренировавшегося в бронх эхинококка легкого. // Хирургия. 2001. №8. С.33 – 36.
11. **Исламбеков Э.С., Тищуков А.А., Исмаилов Д.А.** Лечение прорыва эхинококкоза легкого в плевральную полость. // Грудная и сердечно-сосуд.хирургия. 1990. №3. С.34 – 37.
12. **Кулаков А.В., Карсонова М.И., Черноусов А.Д.** Особенности гуморального антибактериального иммунитета у больных эхинококкозом. // Иммунология. 2000. №5. С.62 – 64.
13. **Сафаров И.С., Амиридинов О.Н., Карабаев Б.Х.** Осложнение эхинококкоза легкого – прорыв в бронх и плевральную полость с развитием ригидного гидропневмоторакса. // Грудная хирургия. 1986. №6. С.79 – 80.
14. **Усманов Н.У., Гарипов М.К.** Хирургическая тактика при осложненном эхинококкозе легких. // Грудная и сердечно-сосуд.хир. 1991. №8. С.53 – 56.

## **CONSIDERAȚIUNI DE DIAGNOSTIC, DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL ȘI TRATAMENT PE MARGINEA UNUI CAZ APARTE DE HIDATIDOZĂ MULTIPLĂ HEPATICĂ**

Hidatidoza hepatică – una dintre afecțiunile parazitare – a fost și rămâne una dintre marile provocări referitoare la strategia terapeutică și poate crea mari probleme de diagnostic diferențial, în special cu patologiiile chistice hepatice (1). Afectarea ficatului în caz de hidatidoză este reprezentată în 50 – 74% din cazuri, plasându-se pe primul loc comparativ cu alte organe (2, 3, 4). O particularitate aparte a hidatidozei hepatice la copii este afectarea multiplă de organ, cu implicare poliorganică aproximativ de 3 ori mai frecventă față de adulți (8). La ora actuală statisticele ne indică că chistul hidatic cu afectare multiplă a ficatului deține o frecvență ce oscilează între 26 – 34% (3, 4, 5, 7).

O serie de autori remarcă că în dezvoltarea formațiunilor chistice parazitare gigante unice pe prim plan se află principiul de concurență ce se exprimă, destul de frecvent, prin lipsa altor formațiuni chistice parazitare (6), idee ce nu întotdeauna are suport bine argumentat, în special în hidatidoza hepatică polichistică la copil. La unii copii evoluția clinică a maladiei, necătând la gravitatea bolii, pierderile anatomice și funcționale de organ, nu pe deplin este confirmată de acele modificări biologice ce se produc în organismul copilului. Datorită acestei ipoteze am considerat oportună prezentarea următorul caz clinic.

Pacienta P., a/n 06.08.1991 (f/o 03221) a fost internată în CNȘPCP „Natalia Gheorghiu” pe 16.05.05 pentru diagnosticul de maladie congenitală hepatică - polichistoză hepatică, depistată la examenul ecografic, efectuat în condiții de ambulator. Pacienta prezenta periodic dureri abdominale în hipocondrul drept, nefiind influențate de alimentație, inapetență, slăbiciuni, grețuri și o scădere ponderală nesemnificativă (2 kg în 4 luni). Durerile abdominale au un debut în urmă cu 1 an, acutizându-se în ultimele 4 luni.

Diagnosticul a inclus coraborarea stării clinice a pacientului cu valorile biologice, ecografia abdominală, tomografia computerizată, esofagofibrogastroduodenoscopia etc.

Probele biologice au fost în limite normale cu excepția unui sindrom anemic neînsemnat. Analiza generală a sângelui la internare: Hb- 105, E- 3,2, i/c - 0,9, L - 7,3; n/s - 6, s - 64; e- 4, l- 25; m- 1, trombocite - 218,0; VSH- 7 mm/oră;

Analiza biochimică a sângelui depista proteina totală - 75; ureea - 3,0; bilirubina generală - 8,8; bilirubina legată - 0; bilirubina liberă - 8,8; ALT - 0,38; AST - 0,69.

Coagulograma: protrombina - 80%; fibrinogenul - 2,4 g/l.

Ecografia abdominală decela multiple formațiuni chistice hepatice.

Tomografia computerizată a organelor cavității abdominale decela multiple formațiuni chistice, dar nu a permis un diagnostic diferențial cu polichistoza hepatică congenitală (*fig. 1*).

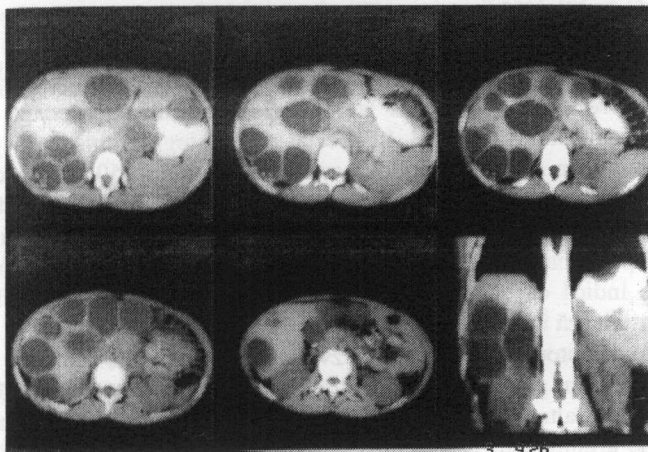


Fig. 1. Tomografie computerizată. Pacienta P.12 ani. Polichistoză hepatică.

Endoscopia digestivă superioară a constatat gastropatie papulo-erozivă, reflux duodeno-gastral, duodenopatie eritematoasă.

Scintigrafia hepatică (*fig.2*) puna în evidență deformarea majoră a ficatului cu o poziție obișnuită. Parenchimul hepatic se vizualiza sub formă de fragmente izolate. Distribuirea preparatului radionucliidic s-a dovedit a fi neuniformă, cu sectoare multiple „reci” sau cu un nivel de acumulare a radiofarmaceuticului foarte scăzut. În splină s-a depistat acumulare de radiofarmaceutic (++)

Se intervine chirurgical pe 03.06.05 cu scor de risc anestezic ASA III, prin laparotomie mediană superioară. Intraoperator s-au decelat multiple formațiuni chistice parazitare (28 chisturi) pe toate ariile hepatice. De menționat că s-a efectuat punctarea tuturor formațiunilor chistice cu aspirația conținutului lichid, în 4 din ele fiind prezentă o secreție bilioasă, prelucrare cu sol. Betadină, cu extragerea capsulei hitinice și capitonajul în totalmente al cavităților reziduale, operația sfârșindu-se cu drenarea cavității abdominale cu o lamelă de mânășă și refacerea planului anatomic al peretelui abdominal. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, pacienta fiind externată la a 15-a zi postoperator. Programul de tratament pre- și postoperator a inclus eskazol, silymarin, solcoseril, linex, vit.E, wobenzym, ulei de pește, ulei de măsline. Pacienta se află în continuare sub monitorizare clinico-biologică și instrumentală, prezentând o stare generală bună.

Analiza studiului histopatologic a pieselor bioptice, prelevate intraoperator, a constatat modificări inflamatorii sub formă de infiltrație, constituită din limfocite în amestec cu macrofage și granulocite solitare (neutrofile). În spațiile perisinoidale (Disse) s-a decelat accentuarea fibrelor de colagen (*fig.3*).

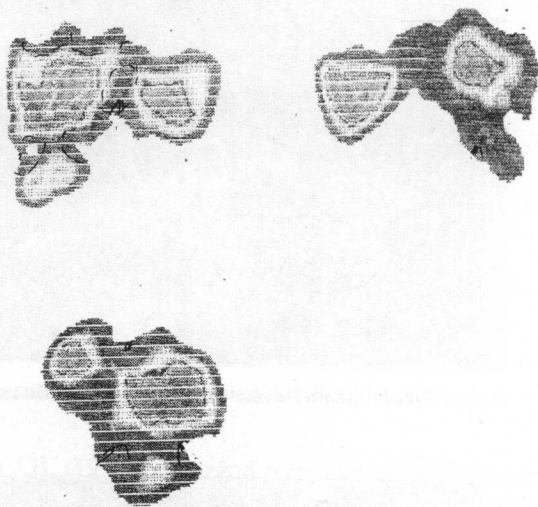


Fig. 2. Scintigrafie hepatică preoperatorie a pacientei P.

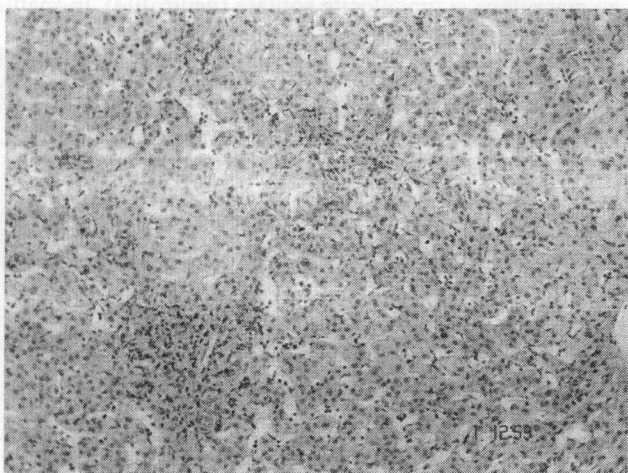
Într-un șir impunător de arii hepatice biotate s-a vizualizat o fibroză și scleroză în special accentuată pe traiectele portale însoțite de proliferarea fibroblaștilor cu infiltrație de diversă intensitate cu limfocite, macrofage, plasmocite și granulocite solitare. Paralel sa constatat o proliferare semnificativă intralobulară a țesutului conjunctiv cu neformarea pseudolobulelor (*fig.4*).

În structura sa în biotatele hepatice hepatocitele manifestau diferit grad de distrofie, mult mai evidențiată în zonele centrolobulare. Într-o serie de câmpuri de vedere (zonele cu infiltrație și cele adiacente) puteau fi observate și elemente de reacție hiperplastică.

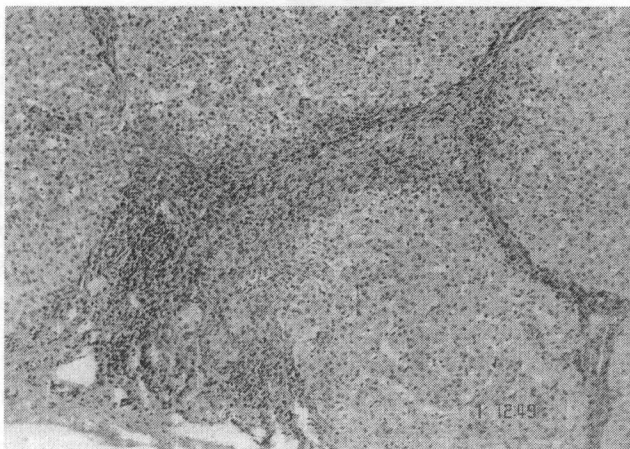
Triada portală a fost caracterizată de ectazia venelor și stenoza arterială. Ducturile biliare nu prezentau careva modificări morfologice severe, fiind manifeste printr-o stază biliară ușoară sau proliferare neînsemnată (*fig.5*).

**Concluzie:** Hepatită cronică reactivă nespecifică, forma mixtă (interstițial-intralobulară) cu ciroză incipientă în focar.





**Fig. 3.** Modificările țesutului hepatocelular (lămurire în text)



**Fig. 4.** Aspectul cirotic al parenchimului hepatic (lămurire în text).



Fig. 5. Modificările morfopatologice ale triadei portale (lămurire în text).

**Discuții.** Dixon J.B. (1997), analizând rezultatele proprii și ale mai multor autori a conchis că creșterea și metastazarea parazitului în organismul gazdă este însoțit de multiple reacții de apărare datorită mecanismului de “eschivare” a parazitului de reacțiile imune ale gazdei. Rezultatele unor investigații recente au sugerat că relațiile parazit-gazdă pot fi privite ca un echilibru dinamic între dezvoltarea parazitului și imunitatea dobândită, ambii factori participând la menținerea acestui echilibru. În același timp experimental a fost confirmat fenomenul de “concrență” în dezvoltarea evolutivă a parazitului în organismul gazdei intermediare (6).

Cazul elucidat prezintă interes prin numărul de formațiuni chistice parazitare, practic de aceleași dimensiuni, cu dezvoltarea unor modificări cirotice ale ficatului și cu lipsa fenomenelor de insuficiență hepatică evidentă, cu mari probleme de diagnostic diferențial preoperator cu alte afecțiuni chistice.

În abordarea terapeutică a hidatidozei hepatice multiple se impune standartizarea unor protocoale de investigații și tratament. Tratamentul chirurgical precoce în coraborare cu cel medical îmbunătățește rata de succes în această afecțiune parazitara. Comparativ cu chistul hidatic gigant unic afectarea hepatică cu chist hidatic multiplu are o rezolvare tehnică mai facilă, dar care nu exclude obligativitatea unei inspecții riguroase intraoperatorii a ficatului. Atitudinea chirurgicală cea mai bună este echinococctomia cu capitonajul cavităților

reziduale.

Ținând cont de dificultățile întâlnite în diagnosticul diferențial, prezentăm o altă observație clinică, ce se referă la polichistoza pulmonară.

Cazul ilustrat dovedește o dată în plus arealul posibilităților compensatorii ale organului afectat, a întregului organism la copii, posibilitatea principală de succes a tratamentului medico-chirurgical aplicat contrar contraindicațiilor aparente. Totodată menționăm că în toate cazurile, în pofida unui tratament chirurgical adecvat, există posibilitatea recidivei maladiei parazitare a ficatului, motiv pentru care bolnavii operați trebuie monitorizați pentru o perioadă îndelungată de timp prin controale periodice clinice, biologice și imagistice, în toate cazurile fiind asociată terapia complimentară cu preparate hepatoprotectoare pentru profilaxia complicațiilor hepatice.

## BIBLIOGRAFIE

1. Celebi F., Balik A.A., Salman A.B., Oren D. Hydatid disease in childhood. // *Pediatr. Surg.* 2002. 18 (5-6): 417 – 9.
2. Col C., Col M., Lafci H. Unusual localizations of hydatid disease. // *Acta Med. Austriaca.* 2003. 30 (2): 61 – 4.
3. Агаев Р.М. Хирургическое лечение эхинококкоза печени и его осложнения. // *Хирургия.* 2001. №2. С.32 – 36.
4. Алиев М.М., Аллаберженов А.Т., Икрамов А.И., Сабирджанов Н.Р. Сочетанный эхинококкоз легких и печени у детей. // *Дет.ская хирургия.* 2000. №6. С.18 – 22.
5. Аллаберженов А.Т., Алиев М.М., Байбеков И.М., Икрамов А.Т., Джураева Н.М. Профилактика рецидива множественного эхинококкоза печени у детей. // *Вестник хирургии.* 2001. №6. С.51 – 53.
6. Журавлева Н.А., Шакаров А.Г. Моделирование однокамерного эхинококкоза в эксперименте. // *Пробл. биол. и мед.* 1997. №2. С.71 – 75.
7. Кахаров А.Н., Мадалиев И.Н. Плазменная перикистэктомия и внутриканальная электрокоагуляция при эхинококкозе печени. // *Хирургия.* 1998. №3. С.14 – 16.
8. Пулатов А.Т. // *Педиатрия и детская хир. Казахстана.* 1996. №3 - 4. С.17 – 20.

## **LIMFANGIOMUL CHISTIC GIGANT AL MARELUI EPIPLON**

Limfanioul chistic al marelui epiplon reprezintă o tumoare chistică cu incidență rară, care poate condiționa unele probleme de diagnostic, diagnostic diferențial cu alte formațiuni chistice ale abdomenului și tratament (1).

Etiopatogenia acestei malformații nu este cunoscută. Există un șir de ipoteze științifice cum e cea a obliterării vaselor limfatice (Virchow și William), ganglionară (susține ideea degenerescenței necrotice în centrul unui ganglion cu dilatația secundară compensatorie a zonei periferice), de geneză congenitală, care evidențiază factorii congenitali ai anomaliei malformative date (3).

Particularitățile de diagnostic al manifestărilor clinice, pe care le implică limfangiomul chistic al marelui epiplon, sunt elucidate în următoarea observație clinică.

*Fetița M.*, în vârstă de 3 ani, a fost internată în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” serviciul de chirurgie toraco-abdominală pe 12.02.2005 (f/o nr.01055) pentru sindrom algic abdominal, subfebrilitate. Analiza datelor anamnestice concretizau că aproximativ 10 zile au apărut modificări digestive tranzitorii: dureri abdominale, vome repetate, motiv pentru care s-a prezentat la medicul de familie. S-a stabilit diagnosticul de gastroduodenită, indicându-se tratament simptomatic. Evolutiv s-au asociat modificări urinare tranzitorii, drept urmare adresându-se medicului de familie repetat și fiind îndrumată în CNȘPCP „Natalia Gheorghiu” pentru precizarea diagnosticului și tratament.

Examenul obiectiv la internare punea în evidență starea generală relativ bună, o ușoară agitație psiho-motorie, tegumentele și mucoasele palide. Aparatul digestiv: abdomenul mărit moderat în volum, meteorism, cu participare limitată la ampliațiile respiratorii. La palpare – abdomenul moale, sensibil pe tot parcursul. În vederea stabilirii diagnosticului s-a efectuat examenul ecografic, care vizualiza o formațiune tumorală-chistică, localizată în bazinul mic, neomogenă, de dimensiuni 9,0x7,0x8,0 cm fără a putea preciza cărui organ aparține (*fig.1*). Tomografia computerizată confirma diagnosticul de formațiune chistică de dimensiuni gigante (83,0x33,0x90 mm) a bazinului mic, originea căreia a fost imposibil de stabilit (*fig.2*).

Laborator: hemoleucograma – anemie moderată. Probele hepatice, analiza sumară a urinei – fără patologice.

Fiind considerat caz chirurgical, se decide intervenție chirurgicală atât în scop diagnostic, cât și de tratament.

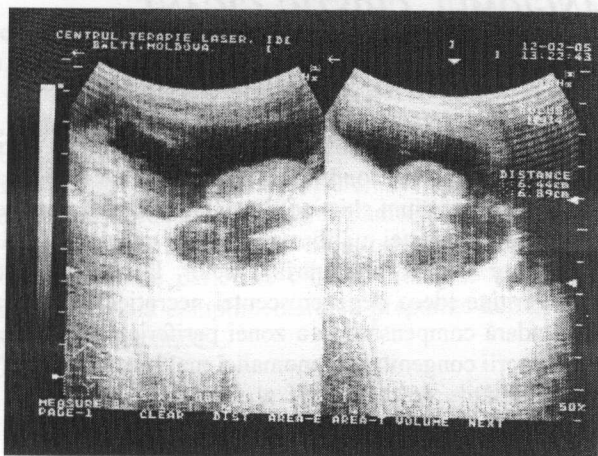


Fig. 1. Pacienta M., 3 ani. Ecografie abdominală (explicații în text).

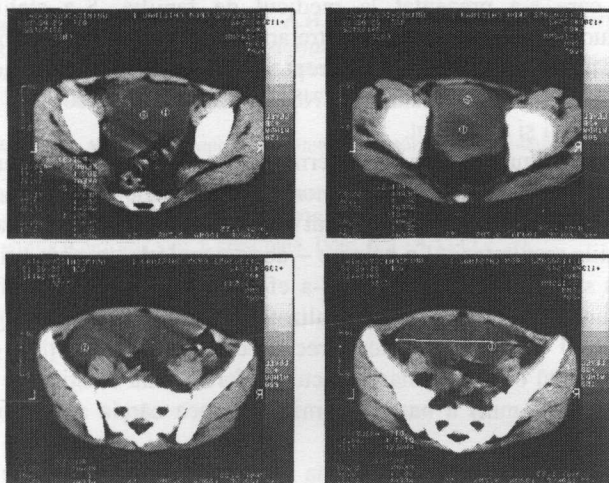
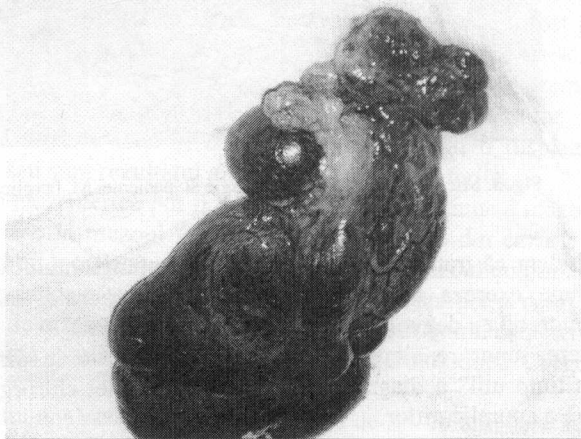


Fig. 2. Pacienta M., 3 ani. Tomografie computerizată preoperatorie (explicații în text).

**Protocolul operației.** În anestezie generală se efectuează laparotomie mediană inferioară. În cavitatea peritoneală se găsește o formațiune tumorală chistică multiloculară, de dimensiuni impresionante, ce ocupa totalmente marele eplon cu multiple aderențe la vezica urinară, ovare, uter, lichid sero-hemoragic în cavitatea peritoneală, care a fost aspirat. S-a efectuat adezioliza cu mobilizarea treptată a eplonului modificat, cu extirparea radicală a formațiunii chistice (*fig. 3*). În continuare se utilizează sol.novocaină 0,25% - 20 ml în mezou și drenarea cavității peritoneale cu o lamelă de mânășă și refacerea planului anatomic. Evoluția postoperatorie bună cu sublimarea drenajului la a 4-a zi postoperator.



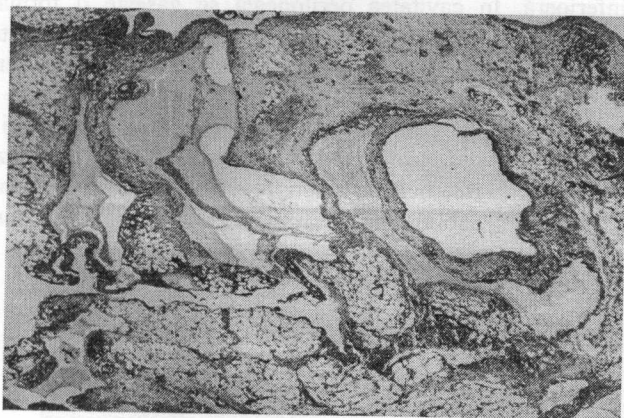
**Fig. 3.** Aspect macroscopic al piesei de rezecție

Examenul morfopatologic al formațiunii înlăturate a constatat limfangiom chistic al eplonului (*fig. 4*), histopatologic apreciindu-se dilatarea chistică a vaselor limfatice, infiltrație discretă limfocitară cu neoformarea unor noduli limfoizi. În chisturi se observa conținut hilos.

Copilul a fost externat pe 04.03.2005 într-o stare generală satisfăcătoare. Examele repetate de control după intervenția chirurgicală n-a constatat recidiva maladiei.

**Discuții.** Cazul prezintă interes prin raritatea tumorilor chistice ale marelui eplon, absența semnelor clinice specifice, ceea ce a făcut dificil diagnosticul diferențial cu formațiunile chistice ovariene (4). De asemenea unii autori indică că maladia poate simula ascita (2, 5). Examenul ecografic completat cu tomografia computerizată permite suspectarea maladiei, dar diagnosticul definitiv poate fi confirmat numai prin examen histopatologic (4).





**Fig. 3.** Microfoto. Examenul histologic al pacientei M. (explicații în text).

Conchidem că tratamentul chirurgical al limfangiomului chistic al marelui epiplon impune exereza completă a formațiunii tumorale, maladia având un prognostic favorabil, cu dezvoltarea recidivelor ca excepție.

Obținerea unor rezultate postoperatorii bune este în directă corelare cu indicarea „în timp util” a diagnosticului și a intervenției chirurgicale la etapa de supraadăugare a complicațiilor.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Angulo J.M., Ruiz I., Villanueva A., San Vicente M., Tovar J.A.** Primary surgical pathology of the epiploon. *Cir. Pediatr.* 1990. 3 (3): 125 – 9.
2. **de la O-Cavazos M.E., Mortera-Ortiz G., Berrones-Espericueta D., Esquivel-del Rio C.** Cystic lymphangioma of epiploon simulating ascites. Presentation of a case and review of the literature. *Biol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 1990. 47 (4): 270 – 5.
3. **Ionescu A.** Limfangiomul chistic al marelui epiplon. În cartea: *Chirurgia marelui epiplon.* Botoșani. 1997. P.108 – 111.
4. **Kably A., Moumen M., Raissouni N., Benjelloun N., Mehhane M., Abi F., Elfares F.** Cystic lymphangiomas of the bbesentery and epiploon. About two cases. *Gynecol. Obstet. Fertil.* 2003. 31 (2): 136 – 8.
5. **Доронин В.Ф., Веригин О.Ф.** Кистозная лимангиома большого сальника, симулирующая фасцит у ребенка. *Вестн. хирургии. им. Грекова.* 1988. №2. С.86.



## CHISTURILE MEZENTERICE GIGANTE

Formațiunile chistice ale mezenterului la copil au o răspândire destul de rară (15) și sunt întâlnite la 1:20000 copii spitalizați în staționar (7, 12).

Un caz de chist mezenteric depistat la necropsie la o fetiță de 8 ani pentru prima dată a fost descris în 1507 de anatomistul italian Benevieni (8). În 1842 chistul mezenteric chilos a fost documentat de marele chirurg von Rokitsansky C.F. Prima intervenție chirurgicală cu succes în chistul mezenteric a fost prezentată de chirurgul francez Tillaux (1880) (11).

Din punct de vedere embriologic etiologia chisturilor mezenterice nu este încă bine înțeleasă. Este greu de explicat apariția diverselor varietăți ale patologieilor malformative date și dacă au la bază numai o displazie chistică a vaselor limfatice sau sunt rezultatul altor cauze complet diferite.

Chisturile mezenterice pot fi depistate în orice porțiune a mezoului, dar mai frecvent se întâlnesc în mezoul intestinului subțire (60% din cazuri) (7). Studiile afirmă că de rând cu localizarea izolată a chistului în mezoul colonic sunt descrise cazuri de afectare concomitentă a mezoului intestinului subțire și celui colonic (14).

În funcție de origine, histogeneză, localizare, structură, caracterul conținutului este recunoscută clasificarea chisturilor mezenterului după Curguzov O.P. și coaut. (1991).

Acest studiu analizează 28 copii în vârstă de 2 – 18 ani, care au fost operați cu formațiuni chistice ale mezoului în secția de chirurgie toraco-abdominală a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pe o perioadă de 15 ani (1994 – 2005). La 13 dintre ei s-a stabilit diagnosticul de limfangiom chistic și câte 1 copil cu chist hidatic și cu chist posttraumatic al mezoului intestinului subțire; într-un caz în procesul patologic a fost implicat mezoul colonic (limfangiom al mezocolonului).

Remarcăm că toți pacienții au fost operați în fazele avansate ale bolii, formațiunile chistice atingând dimensiuni impresionante. Dimensiunile maxime ale unui chist mezenteric, descrise la fel ca în literatura de specialitate (10) au fost de 30 cm x 40 cm x 10 cm .

**Prezentare de caz clinic.** Prezentăm cazul unei *paciente I.* în vârstă de 3 ani (f/o Nr.04644) care se internează în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pe 22.06.05.

Motivele internării: dureri abdominale, pierdere ponderală, abdomen mărit în volum.

*Diagnosticul de trimitere* – chist hidatic hepatic.

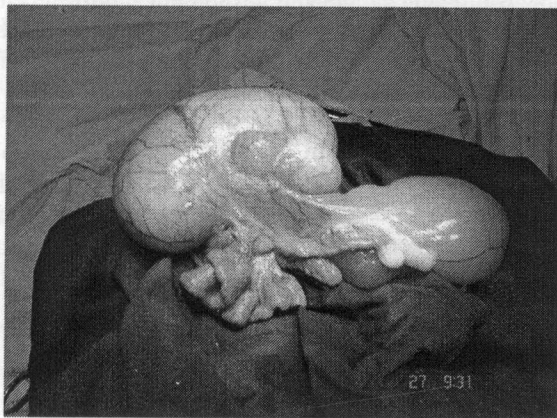
*Istoricul bolii:* Aproximativ o săptămână pacienta acuză dureri abdominale

însoțite de modificări ușoare digestive (grețuri). Cu trei zile înainte de internare părinții indică la prezența unui abdomen mărit în volum, motiv pentru care a fost îndreptată în Clinica noastră pentru precizarea diagnosticului și tratament specializat.

*Examenul chirurgical:* abdomen mărit în volum cu participarea parțial redusă la mișcările respiratorii; la palpate se evidențiază prezența unei formațiuni tumorale, mobile, nedureroase, ce ocupă aproximativ  $\frac{3}{4}$  din cavitatea abdominală. La percuție – matitate abdominală difuză. Afirmativ tranzit intestinal prezent.

Examenul de laborator indică o anemie moderată (Hb – 104 g/l, Er –  $3,4 \times 10^9/l$ ), cel echografic la o formațiune chistică, prezentând aspectul unui chist hidatic hepatic gigant. Pe baza datelor anamnestice (dureri abdominale, creșterea în dimensiuni a abdomenului, datele echografiei etc.) se pune diagnosticul de chist abdominal. Tratamentul fiind considerat caz chirurgical, se decide intervenția chirurgicală, atât în scop diagnostic, cât și terapeutic.

Pregătirea preoperatorie a fost de o durată de 3 zile. În anestezie generală se efectuează laparotomia mediană superioară. În cavitatea peritoneală se găsește o formațiune chistică gigantă cu dimensiunile de aproximativ 30 cm x 40 cm x 10 cm cu antrenarea în procesul patologic a rădăcinii mezoului intestinului subțire (*fig. 1*).



**Fig. 1.** Limfangiom chistic al mezoului intestinului subțire de dimensiuni majore.

La punția cavității chistice s-a evacuat un lichid chilos, care nici pe departe nu semăna cu clasicul aspect de apă de stâncă. Ținând cont de topografia formațiunii se practică o excizie subtotală a chistului, iar fragmentele capsulei restante au fost prelucrate cu tinctură de iod, cu plasarea unui drenaj intracavitar exterior în hipocondrul drept după care a urmat închiderea etanșă a cavității

restante pentru a evita comunicarea liberă a cavității restante cu cavitatea peritoneală.

Evoluția postoperatorie a fost simplă la 12 zile de la intervenția chirurgicală constatându-se ecografic o reducere aproape completă a cavității restante, iar suprimarea drenajului a permis externarea pacientului la a 14-a zi de la intervenția chirurgicală, fiind considerată vindecată chirurgical la etapa dată. Diagnosticul patomorfologic a depistat limfangiom chistic.

Examenul ecografic postoperator efectuat la a 45-a zi și la 3 luni postoperator a constatat obliterarea completă a cavității restante.

**Discuții.** Evoluția limfangioamelor chistice poate să fie staționară sau să urmeze o creștere rapidă. Din cele elucidate rezultă că limfangiomul chistic al mezenterului poate evolua asimptomatic o perioadă îndelungată de timp. Tabloul clinic al acestor formațiuni tumorale nu dispune de o simptomatologie patognomonică, durerea fiind unica cauză ce determină adresarea la medic. De regulă, acest simptom se asociază în perioadele tardive ale bolii și este cauzat de compresiunea organelor și țesuturilor adiacente sau de o serie de alte complicații cum este inflamația survenită prin inflamația vaselor limfatice cu structură normală, vase care comunică cu cavitățile chistice, alteleori, în urma unor traumatisme pot să apară fenomene de hemoragie intrachistică sau să se transforme într-un hemlimfangiom.

Susținem părerea autorilor că conținutul formațiunilor chistice ale mezenterului nu indică în marea majoritate a cazurilor originea și structura morfologică (14). Enuclearea completă a chisturilor mezenterice reprezintă operația preferabilă (7). Totodată, în cazurile unor formațiuni chistice gigante cu localizare în regiunea rădăcinii mezoului exereza radicală devine imposibilă, intervenția finisându-se cu înlăturarea subtotală a chistului, drenarea cavității restante, capitonaj sau marsupializare (11).

Actualmente geneza limfangiomului chistic al mezoului nu este pe deplin cunoscută, fiind propuse mai multe concepții teoretice (11, 14).

Studiul lui Gross denotă că dezvoltarea limfangiomului chistic are loc pe fundalul unei proliferări benigne sau ectopii ale limfaticelor, care nu comunică adecvat cu sistemul limfatic (1). Conform unui șir de ipoteze aceste formațiuni chistice neparazitare provin din spațiile limfatice ale sacului limfatic embrionar retroperitoneal, similar higromelor chistice cervicale, care își au originea din sacul limfatic jugular (Skandalakis J.E. et al., 1994 cit. Richard Ricketts, 2003).

Feins N.R. (1990) conchide ca una dintre cauzele chisturilor mezoului să fie considerată obstrucția căilor limfatice. Totodată, conform datelor unui șir de autori, ocluzia experimentală a limfaticelor nu conduce la dezvoltarea formațiunilor chistice, deoarece există o rețea bogată de colaterale, fapt ce pune la îndoială corectitudinea acestei teorii (10, 12). Chiar și alte teorii cum sunt incapacitatea canalelor limfatice embrionare de a se conecta la sistemul venos, traumatismele,

nefuziunea foițelor embrionare, degenerarea ganglionilor limfatici etc., nu reușesc de a rezolva etiologia afecțiunii malformative date (11).

Evolutiv în limfangiomul chistic mezenterial se pot asocia unele complicații: inflamația, infecția, torsia, hemoragii, ocluzia intestinală etc. (14).

Ultima complicație a fost întâlnită și de noi într-un caz, care a fost rezolvat chirurgical prin ablația radicală a limfangiomului chistic al mezoului cu rezecția segmentară a ileonului comprimat și aplicarea unei anastomoze termino-terminale (6).

Unii autori semnaleză că în dezvoltarea chisturilor mezenteriale posttraumatice un rol causal îl deține reabsorbția hematomului cu formarea unei cavități înconjurată de țesut conjunctiv (Ataev S.D., Abdulaev M.R., 1979 cit. Curguzov O.P. și coaut., 1991), și nu în ultimul rând îl dețin dereglările circulatorii ale mezoului.

În cazul nostru (*pacientul B., 12 ani*) boala a debutat acut după 19 zile de la momentul traumatismului (cădere de pe bicicletă) cu dureri abdominale, ce a condiționat spitalizarea cu diagnosticul de abdomen acut. De menționat că în aceste cazuri este destul de dificil de a diferenția un chist mezenteric primar complicat cu hemoragie intrachistică de pseudochisturile de în urma unui traumatism (*fig.2*), decisiv fiind doar examenul morfologic.

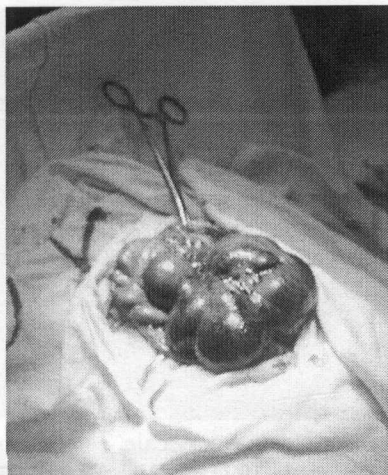


Fig. 2. Aspect intraoperator al unui pseudochist posttraumatic cu conținut hemoragic

Chistul hidatic primar mezenterial la fel se include printre maladiile rar întâlnite, în pofida faptului că unii autori reclamă o incidență de 8,16% (24). Diagnosticul deseori poate fi confundat cu alte formațiuni chistice și tumorale ale

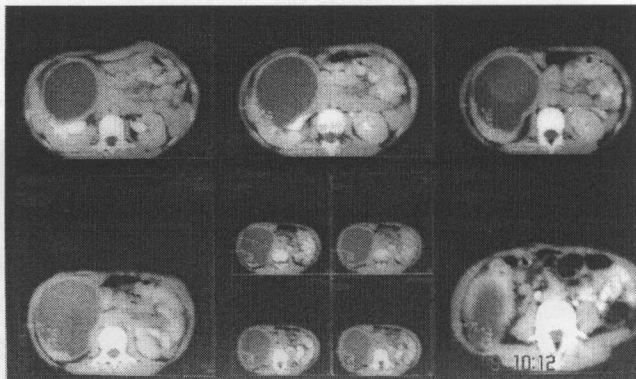
intestinului, mezoului și organelor retroperitoneale (9).

În acest context prezentăm următorul caz clinic.

**Cazul clinic nr.2.** *Pacienta S.*, 9 ani (f/o Nr.03530) a fost internată în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” cu diagnosticul de chist hidatic hepatic depistat la examenul ecografic al organelor cavității abdominale. Boala a debutat cu 3 zile în urmă cu dureri violente în hipocondrul drept; părinții au constatat o bombare a regiunii dureroase.

Examenul obiectiv a pus în evidență o modificare structurală a hipocondrului drept, la palpare s-a depistat o formațiune tumorală, mobilă, dureroasă, de consistență dur-elastică.

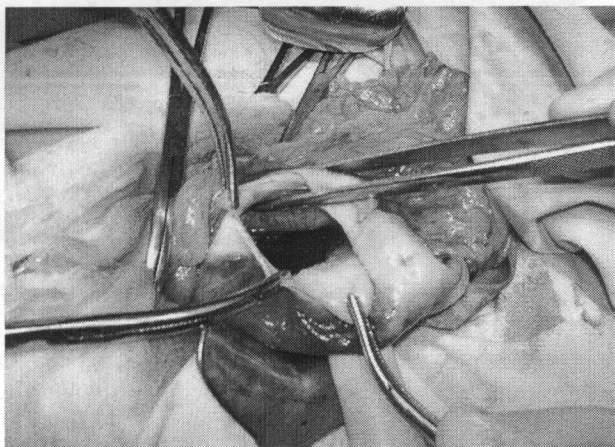
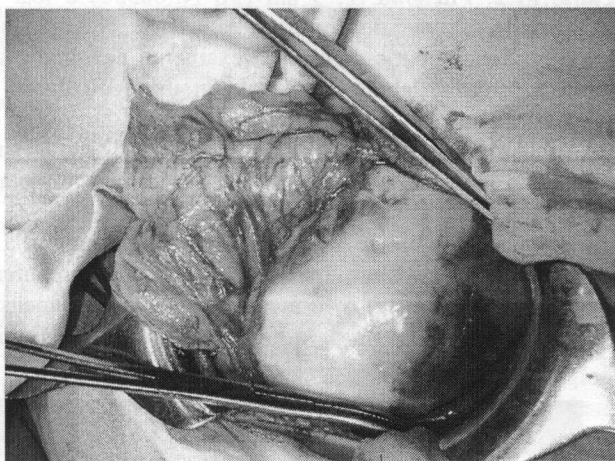
Explorările clinico-biochimice – fără modificări. Scintigrafia hepatică a exclus oarecare formațiuni de volum hepatice. Examenul computer (*fig.3*) cu contrastarea căilor urinare a depistat o formațiune chistică de dimensiuni majore 12,3 x 8,0 x 6,5 cm, concluzia fiind în favoarea unei formațiuni chistice a rinichiului drept.



**Fig. 3.** Tomografia computerizată a pacientei S. (explicații în text)

După o pregătire preoperatorie s-a intervenit chirurgical, intraoperator, depistându-se o formațiune chistică parazită a rădăcinii mezoului (*fig.4*), omentul fiind aderat intim la aceasta. Ca și în cazul clinic precedent, localizarea și topografia vaselor nu a permis înlăturarea totalmente a capsulei fibroase a chistului hidatic.

S-a recurs la prelucrarea cavității reziduale cu un remediu sclerozant, capitonaj parțial și drenare externă. Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, drenul tubular fiind înlăturat la a 5-a zi postoperator. Pacienta a fost externată la a 10-a zi. La examenul ecografic efectuat la 5 luni postoperator nu a decelat careva cavități intraabdominale.



**Fig. 4.** Aspect intraoperator al unui chist hidatic; a) – intact, b) – cavitatea reziduală după procedeu de echinococectomie.



În unele cazuri chisturile renale de dimensiuni majore la fel pot simula tabloul clinic al chisturilor abdominale (fig.5), punând destule probleme de diagnostic (fig.6) și ulterior de tratament (fig.7).

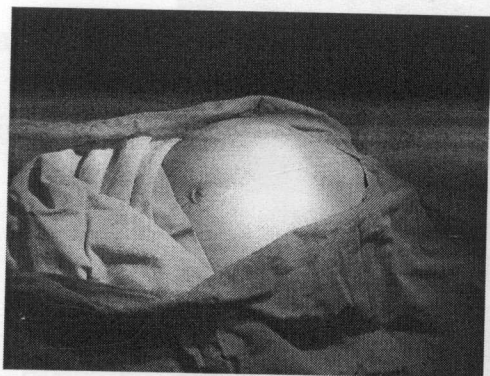


Fig. 5. Aspectul abdomenului în caz de chist renal gigant.

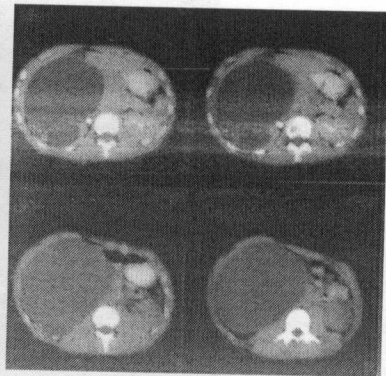


Fig. 6. Tomografie computerizată.  
Chist renal gigant.

**Discuții.** Chistul hidatic al mezoului reprezintă o problemă dificilă și controversată de diagnostic și tratament. Mecanismul infectării primare a peritoneului și derivatelor lui rămâne încă necunoscut (4). Formațiunea parazitara poate fi localizată nu numai în mezoul intestinului subțire, dar și în mezocolon (5). În cazurile de dezvoltare a complicațiilor (rupere) chistul hidatic mezenteric poate simula clinica unei apendicite acute (13).

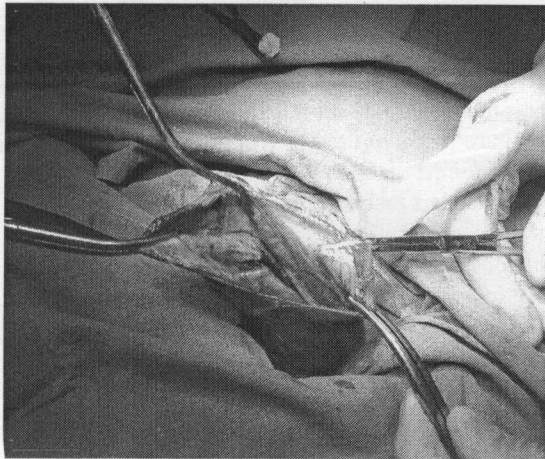
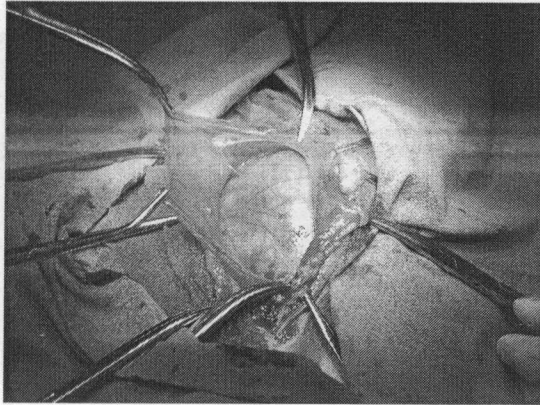
Cazurile prezentate trezesc interes nu numai prin cazuistica maladiilor, dar și prin diagnosticul diferențial dificil.

Tratamentul chirurgical radical al chisturilor mezenterice permite un prognostic favorabil. În același timp volumul intervențiilor chirurgicale în chisturile mezenterice gigante este dependent de dimensiunile și localizarea formațiunilor, relațiile cu organele adiacente și vasele mezenterice majore, caracterul complicațiilor, terenul biologic al pacientului. Prognosticul pacienților cu chisturi ale mezenterului este favorabil.

#### **Concluzii:**

1. Chisturile mezenterului se întâlnesc rar la copil, frecvent asimptomatice, fiind leziuni benigne. Tabloul clinic sărac și nespecific face ca diagnosticul preoperator corect al acestor leziuni să se facă în puține cazuri și cu întârziere.
2. Explorările de laborator rămân nemodificate. Examenul ecografic abdominal, radiologic simplu, computer-tomografic poate descoperi formațiuni tumorale, iar examenul bacteriologic prezența factorului microbian.





**Fig. 7. Aspect intraoperator al chistului renal gigant.**  
 a – înainte de mobilizare. b – după mobilizare.

3. Tratatamentul de elecție în chisturile mezenterice este cel chirurgical și depinde de mărimea și localizarea leziunii mezenterului, caracterul complicației, rezultatele obținute în urma tratamentului fiind satisfăcătoare.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Bliss D.P., Coffin C.M., Bower R.J.** Mesenteric cysts in children. *Surgery*. 1994. 115(5): 571 – 7.
2. **Cooney R.M., Flanagan K.P., Zehyle E.** Review of surgical management of cystic hydatid disease in a resource limited setting: Turkana, Kenya. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.* 2004. 16 (11): 1233 – 6.
3. **Egozi E.I., Ricketts R.R.** Mesenteric and omental cysts in children. *Am. Surg.* 1997. 63 (3): 287 – 90.
4. **Galati G., Fiori E., Sanmartino F., Cosenza M. et al.** Unusual localizations of hydatid cyst. Epidemiological aspects and diagnostic problems. Description of a clinical case. *Minerva Chir.*, 2003. 58(2): 231– 4.
5. **Gangopadhyay A.N., Sahoo S.P., Sharma S.P. et al.** Hydatid disease in children may have an atypical presentation. *Pediatr. Surg. Int.* 2000. 16 (1-2): 89 – 90.
6. **Gudumac Eva, Babuci S., Jana Bernic, Aglaia Malai, Angela Maniuc, Jalbă A.** Limfangiomul chistic la copii. Particularități clinice și diagnostice. *Buletin de perinatologie*. 2001. N2. p.71– 72.
7. **Kurtz R.J., Heimann T.M., Holt J.** Mesenteric and retroperitoneal cysts. *Ann. Surg.* 1986. 203(1): 109 – 12.
8. **Mohanty S.K., Bal R.K., Maudar K.K.** Mesenteric cyst – an unusual presentation. *J. Pediatr.* 1998. 33 (5): 792 – 3.
9. **Moraes M.A., Sobreira M.N., Medeiros F.P., Tavares A.C., Gomes M.I.** Polycystic hydatidosis: casual finding of calcified hydatid cyst simulating mesenteric neoplasm. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2003. 36 (4): 519 – 21.
10. **O'Neil J.A., Rowe M., Grosfeld J., Foncalrud E., Coran A.** *Pediatric Surgery*. Mosby. 1998. P.1269 – 1275.
11. **Ricketts R.** Mesenteric and Omental cysts. *www. eMedicine*. 2003.
12. **Takiff H., Calabria R., Yin L.** Mesenteric cysts and intra-abdominal cystic lymphangiom. *Arch Surg* 1985. 120 (11): 1266 – 9.
13. **Turdibaev M.A., Nazarov K.I., Maksudov A.T.** Rupture of an echinococcal cyst of the mesentery of the small intestine simulating acute appendicitis. *Vestn. Khir. Im. I.I.Grek.* 1984. 132 (2): 49.
14. **Кургузов О.П., Кузнецов Н.А., Артюхина Е.Г.** Кисты брыжейки кишечника. *Хирургия*. 1991. №2. С.148 – 154.
15. **Румянцева Г.Н., Мешелова Д.Г., Шмелев Ф.Л.** Энтерокисты и мезентериальные кисты у детей. *Детская хирургия*. 2002. №5. С.46 – 47.

## **CONSIDERAȚII COMPARATIVE CLINICO-EVOLUTIVE, DIAGNOSTICE ȘI MORFOPATOLOGICE ÎN FICATUL POLICHISTIC LA COPII DE DIFERITĂ VÂRSTĂ**

Maladiile fibropolichistice ale ficatului reprezintă un grup de unități nozologice, care rezultă din dereglările de dezvoltare ale plăcii embrionare ductale la diverse etape embriogenetice (4, 6) și sunt corelate, în special, cu unele tulburări de remodelare ale acestia cu persistența structurilor embrionare de duct (5). Aceste afecțiuni malformative includ atât fibroza hepatică congenitală, cât și hamartroamele biliare, maladia polichistică autosom-dominantă, boala Caroli, transformările chistice ale căilor biliare extrahepatice (2).

La acest capitol există date controversate, care alături cu imperfecțiunea metodelor de diagnostic, diagnostic diferențial, tratament determină actualitatea problemei respective. În acest context prezentăm două cazuri clinice diagnosticate, confruntate cu rezultatele examenului morfopatologic al pieselor operatorii, pacienții aflându-se la tratament medico-chirurgical în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu”.

**Observația clinică nr. 1.** *Pacientul T., f/o nr.10140*, născut la 15.08.2006 a fost internat repetat în secția de chirurgie a nou-născuților pe 22.12.2006 cu suspjecție la un proces de volum al ficatului (hepatomegalie).

Starea generală a copilului la internare e stabilă. Tegumentele și mucoasele sunt vizibil curate, de culoare roz-pal, respirația nazală liberă. La auscultația pulmonilor – respirație atenuată, aspră, cordul în normă. Abdomenul a fost de o configurație obișnuită, dar ficatul proiemină cu 2,5 cm de sub ribordul costal, iar splina cu + 0,5 cm. Scaunul și diureza sunt fără modificări. Datele de laborator ne-au indicat: An. gen. a sângelui – Hb- 71 g/l, E-  $2,5 \times 10^{12}$ , L  $5,9 \times 10^9$ , n/s – 9 %, s – 37 %, e – 2 %, l – 50 %, m – 2 %, T –  $236 \times 10^9/l$ ; proteina totală – 59 g/l, protrombina – 87%, fibrinogenul – 2,7 g/l, ureea – 3,0 mmol/l, creatinina – 54 mkmol/l, Br.tot. – 9,8 mkmol/l, K – 5,3 mmol/l, Na – 137 mmol/l, Ca – 2,38 mmol/, ALAT – 0,38 mmol/(oră-l), ASAT – 0,85 mmol/(oră-l).

Examenul ecografic (*fig. 1*) al organelor cavității abdominale și retroperitoneale pune în evidență un ficat cu contur clar, lobul drept – 66 mm, lobul stâng – 36 mm, ecogenitate omogenă. În lobul drept al ficatului în segmentele VI – VII se apreciau formațiuni chistice de diferite dimensiuni. V. porta – 3 mm, vezica biliară – contractată, căile biliare – moderat dilatate, splina 58 mm, pancreasul se vizualiza slab din cauza unui volum exagerat de gaze în intestin.



Fig. 1. Ecografia abdominală preoperatorie. Polichistoză hepatică

Tomografia computerizată axială (fig.2) cu pasul 8 mm, în regim de colangiografie evidențiază ficatul de dimensiuni obișnuite și o densitate neomogenă de 50 – 70 H, cu multiple formațiuni chistice polimorfe după formă și dimensiuni (diametrul varia între 5 mm – 3 cm), cu o densitate de 6 – 10 H. Arborele biliar moderat dilatat în zonele deplasate de formațiunile chistice. Diagnostic clinic: polichistoză hepatică.

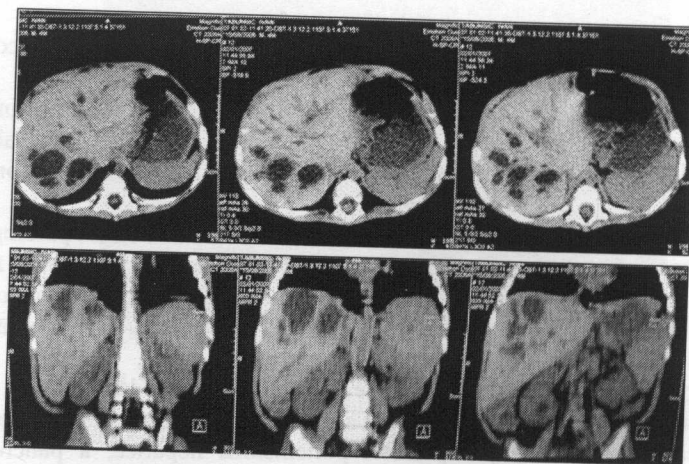


Fig. 2. Tomografie computerizată axială preoperatorie: polichistoză hepatică

După o pregătire preoperatorie pe 04.01.2007 s-a intervenit chirurgical. Intraoperator la revizia ficatului s-a depistat ultimul fiind dur la palpare, pe toate ariile hepatice – focare albicioase de diverse dimensiuni. În segmentul al VII-lea a fost depistată o formațiune chistică de cca 3 cm în diametru. La chistectomie s-a eliberat un lichid de culoare gălbuie; s-a efectuat diatermocoagularea capsulei cu capitonajul cavității reziduale. S-a recurs la diatermocoagularea și a altor formațiuni chistice hepatice, de asemenea la drenarea spațiului subhepatic; refacerea planului anatomic.

Perioada postoperatorie a decurs dificil; la a 5-a zi după operație s-a asociat o hemoragie gastrică. Ulterior la EGDS s-a depistat o hemoragie activă postoperatorie pe suprafața mucoase gastrice. Tratamentul medical diferențiat a permis ameliorarea stării copilului, acesta fiind externat pentru tratament simptomatic.

Examenul histopatologic al piselor de biopsie a confirmat o dezorganizare a componentului structural hepatic-colangial; câmpuri portale lărgite cu diverse grade de fibrozare, cu ducturile biliare deformate, dilatate chistic, ultimele au avut aspect bizar proliferativ sau arborescent. Formațiunile chistice erau tapetate cu epiteliu cubic sau cilindric unistratificat (*fig. 3*), în unele sectoare cu o proliferație nesemnificativă a epitelului, fără semne evidente de stază (*fig. 4*).

În unele zone s-a constatat un substrat proliferativ chistic interlobular cu tendință de contopire a traectelor portale și cu păstrarea zonei hepatocelulare (*fig. 5*); în unele traecte erau prezente modificări sclerotico-stenozante ale vaselor arteriale. Componentul hepatocelular, venele centrolobulare – fără modificări. Pe unele traecte portale au fost depistate infiltrații granulocitare pe parcursul colangiilor, prezența colangitei leucocitare (*fig. 6*).

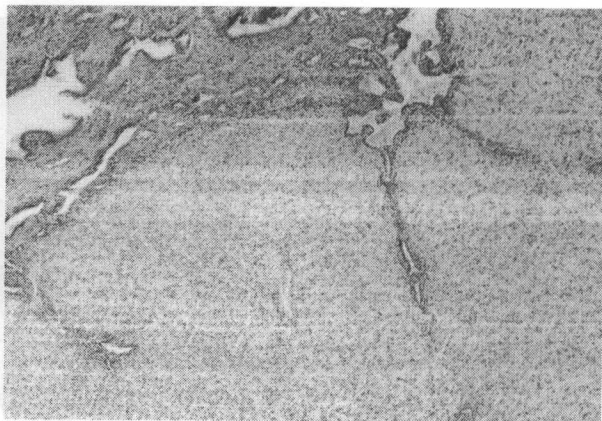
Concluzia morfopatologică a fost: fibroadenomatoză chistică congenitală hepatică.

**Observația clinică nr. 2.** *Pacienta G.*, în vârstă de 9 ani, a fost internată în CNȘPCP „Academician Natalia Gheorghiu” cu acuze la: discomfort abdominal, dureri periodice moderate în hipocondrul drept și în regiunea paraombelicală, scădere ponderală.

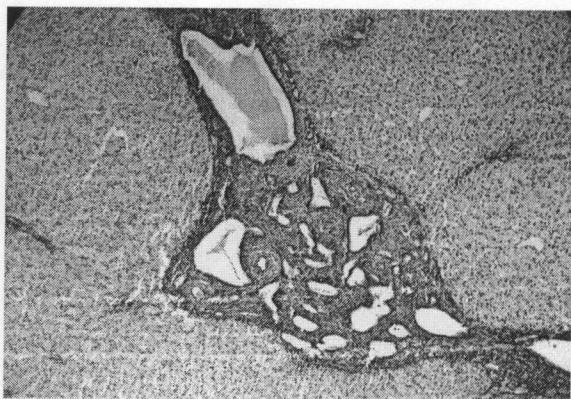
Investigațiile biumorale nu au evidențiat careva modificări patologice.

Ecografia abdominală a relevat multiple formațiuni chistice în ficat și în ambii rinichi (*fig. 7*). Pentru concretizarea diagnosticului și a relațiilor topografice s-a recurs la tomografie computerizată (*fig. 8*), care a scos în evidență multiple formațiuni chistice în lobul drept și stâng al ficatului, în ambii rinichi și cefalopancreas; în parenchimul splinei se apreciau zone hipodense.

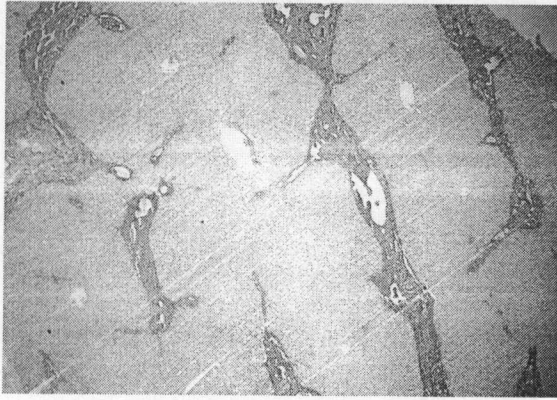
Fibrosofagogastroscoopia a pus în evidență o gastropatie erozivă hemoragică. Diagnosticul preoperator: polichistoză hepatică, a pancreasului și renală.



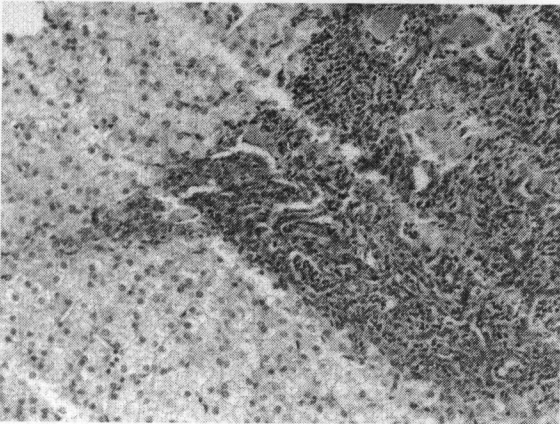
**Fig. 3.** Aspect arborescent a ducturilor biliare intrahepatice cu antrenarea segmentelor interlobulare



**Fig. 4.** Dilatarea chistică a ducturilor biliare cu prezența de conținut eozinofil în lumen. Păstrarea structurii lobulare a componentului hepatocelular.



**Fig. 5.** Dezorganizarea arhitectonicii parenchimului hepatic pe seama componentului portal.



**Fig.6.** Date de colangită



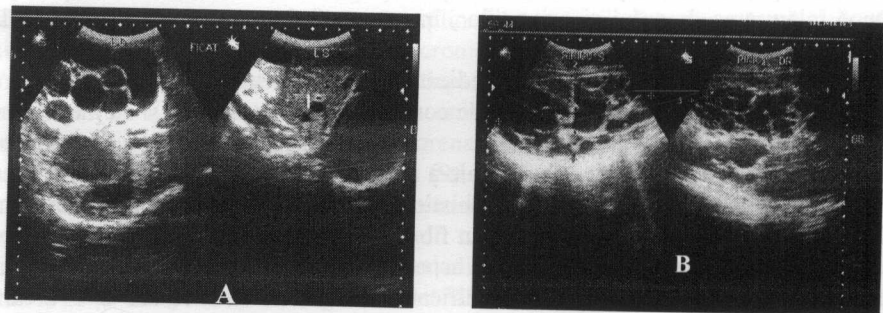


Fig. 7. Ecografie abdominală. Polichistoză hepatică (A), renală (B)

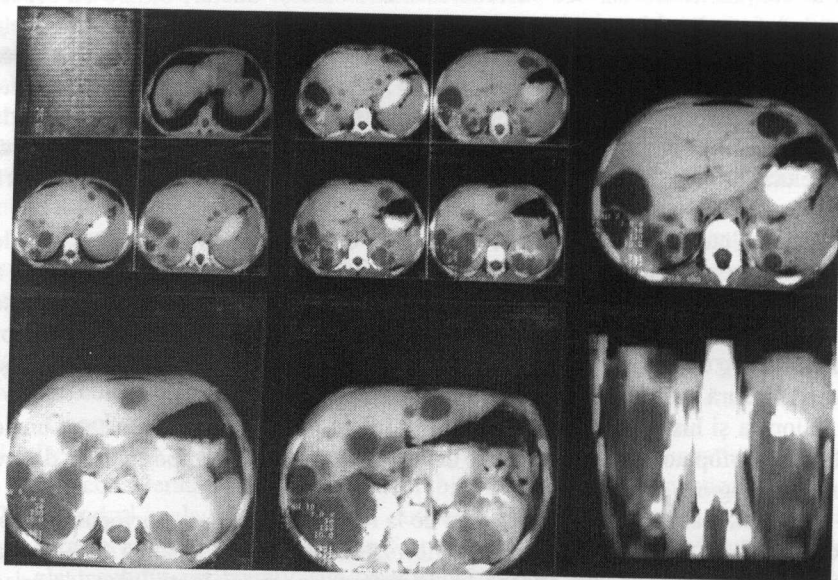


Fig. 8. Tomografie computerizată a abdomenului. Polichistoză hepatică, a pancreasului și ambilor rinichi (de tip adult)

După o pregătire preoperatorie minuțioasă de 4 zile s-a efectuat: laparotomia mediană superioară cu revizia organelor cavității abdominale; excizia parțială a formațiunilor chistice hepatice, diatermocoagularea, capitonajul cavităților restante, drenarea spațiului subhepatic. Perioada postoperatorie a evoluat fără complicații. După înlăturarea drenului și a suturilor, în stare satisfăcătoare a fost externată la domiciliu.

Examenul morfopatologic a indicat dilatarea chistică a ducturilor biliare (*fig. 9*); traiecte portale aveau aspect de contopire, fiind deformatate și cu modificări chistico-fibrozante.

În aria unui șir de traiecte portale a fost observată o deformație cu dilatarea componentului colangial, cu aspect chistic sau sacciform comunicant. Adiacent chisturilor majore, în câmpurile de țesut fibros, puteau fi vizualizate ducturi biliare de divers grad de dilatare, având aspect bizar sau ondulant. Parenchimul circumscris de traiecte portale modificate fibrochistic manifestau o structură pseudocirotică cu reducerea structurilor lobulare hepatocelulare, compresia și proliferarea colangiilor traiectelor interlobulare. Totodată, componentul structural hepatocelular nu prezenta careva modificări (*fig. 10*).

În unele sectoare clar s-a constatat lărgirea câmpurilor portale pe contul țesutului conjunctiv-fibroziv cu includerea numeroaselor ducturi biliare cu aspect bizar sau deformatate chistic tapetate cu epiteliu cubic unistratificat (*fig. 11*). În unele formațiuni chistice de dimensiuni majore în focar erau prezente procese proliferative ale epitelului, iar segmentele colangiale adiacente erau dilatate arborescent fuziform în urma compresiei (*fig. 12*), cu sporirea fenomenelor de colagenizare în zonele perichistice. În aceste zone componentul structural hepatocelular a fost intact, dar cu o deformare a structurii trabecular-lobulare (*fig. 13*).

Paralel cu aceste zone intacte au fost depistate modificări cirotice ale parenchimului circumscris între traiecte portale fibrozate și deformarea chistică a ducturilor cu o infiltrare polimorfocelulară moderată. Proliferarea fibrocitelor se asocia cu procese de penetrație în structurile lobulare, neformarea fibrelor conjunctive (*fig. 14*), îngroșarea sclerotică a venelor centrolobulare (*fig. 15*) și dilatarea lacunară a sinusurilor hepatice cu divers grad de stază (*fig. 16*).

Biopsia și histopatologia sectoarelor de ficat macroscopic a constatat unele modificări morfopatologice sub formă de fibroză a câmpurilor portale cu divers număr de colangiolo deformatate.

**Discuții.** Cazul clinic nr. 1, pornind de la rezultatele clinico-morfopatologice, se încadrează în lotul de pacienți cu fibroză congenitală hepatică și vizează copilăria fragedă, vârsta de sugar. În literatura de specialitate sunt descrise modificări similare (1, 7, 8). Fibroza congenitală hepatică reprezintă o afecțiune hepatică malformativă rară, deseori ereditară de tip autosom-recisiv. În literatura de specialitate se întâlnesc și alți termeni, ce specifică patologia drept: pseudociroză

holangiodisplastică, fibroholangiochistoză, fibroadenomatoză biliară, fibrochistoză etc. (2, 8, 9).

Simptomele clinice variază de la o stare asimptomatică până la o evoluție avansată cu asocierea hepatomegaliei, hipertensiunii portale, semnele clinice ne fiind patognomice maladiei date. Complicațiile timpurii favorizează evoluția în ciroză hepatică, insuficiență hepatică cronică, care necesită transplant de ficat. Probele funcționale hepatice deseori nu depășesc limitele normale sau sunt moderat majorate (3). Fibrochistoză hepatică la unii pacienți se asociază cu polichistoză renală – sindromul fibrocistic hepatorenal (5), rareori paralel fiind afectate malformativ pancreasul sau pulmonii (9). Evoluția gravă a maladiei la copilul prezentat este cauzată de dezvoltarea precoce a colangitei – complicație severă a patologiei date

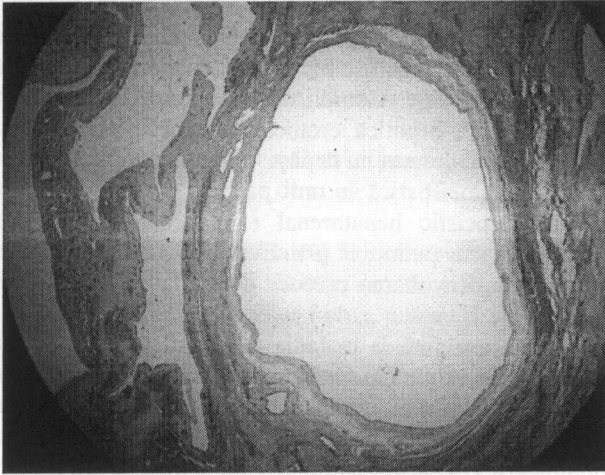
Cazul clinic nr.2 se referă la maladia polichistică autosom-dominantă – o malformație congenitală de origine asemănătoare fibrozei congenitale hepatice, dar fiind prezentă afectarea ducturilor intrahepatice de calibru mediu, care își pierd continuitatea și legătura cu arborele biliar. Astfel, marea majoritate a autorilor explică lipsa comunicării chisturilor intrahepatice între ele (2). Totodată, analiza rezultatelor studiului propriu ne-a permis a conchide că paralel cu modificările caracteristice acestei afecțiuni malformative, descrise detaliat în literatura de specialitate, sunt prezente și elemente morfopatologice asemănătoare fibrozei congenitale hepatice. Un șir de modificări morfopatologice avansate, cu dereglarea arhitectonicii sistemului hepatobiliar, sunt dependente de caracterul complicațiilor precoce și de vârsta copilului. Odată cu creșterea în volum a formațiunilor chistice au loc modificări de structură în segmentul hepatocelular ca pseudolobularea, drept rezultat al proliferării intralobulare a țesutului conjunctiv asociat cu divers grad de inflamație cu dereglări structurale distrofice ale componentei hepatocelulare.

Examenul ecografic, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, scintigrafia hepatică, EFGS permit de a stabili diagnosticul la etapele precoce, când nu s-au asociat complicațiile severe.

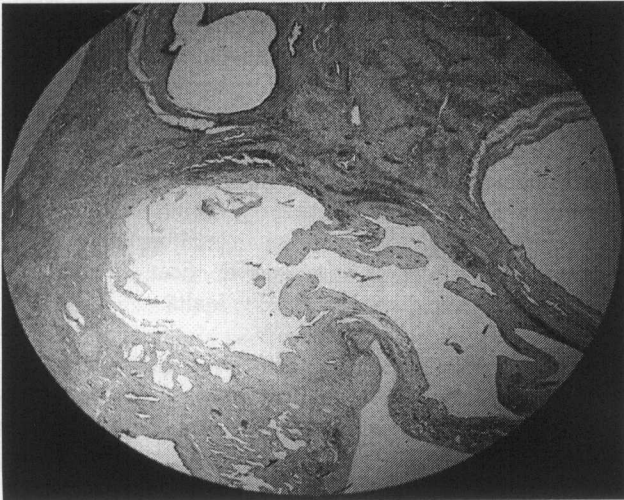
Tratamentul chirurgical al acestor afecțiuni malformative include tehnicile de rezecție segmentară, fenestrare și transplant de ficat. Ponderea formelor cu evoluție complicată și prognostic discutabil rămâne înaltă.

### **Concluzii:**

1. Dezvoltarea precoce a colangitei la copii cu fibrochistoză hepatică congenitală este considerată drept factor nefavorabil în evoluția și prognosticul bolii.
2. În cadrul maladiei polichistice autosom-dominante în afară de modificările caracteristice patologiei date au fost atestate și un șir de modificări displazice ale țesutului conjunctiv, ale tracturilor portale, indicând originea comună a acestor afecțiuni.
3. Tratamentul medical și cel chirurgical are drept scop profilaxia complicațiilor precoce, a proceselor inflamatorii septice (colangite) și a stazei biliare.



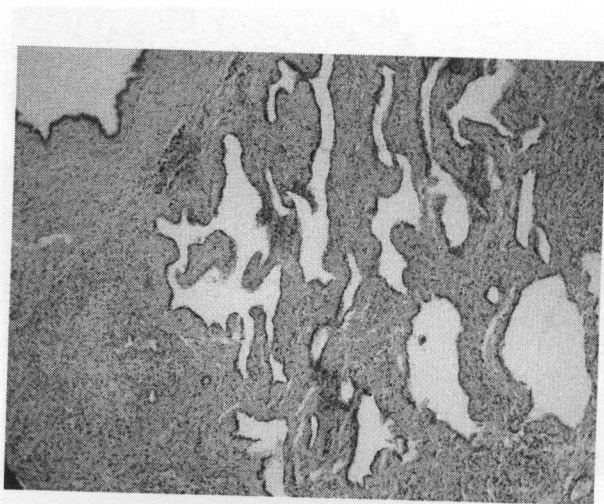
**Fig. 9.** Dilatarea chistică segmentară a ductului biliar.



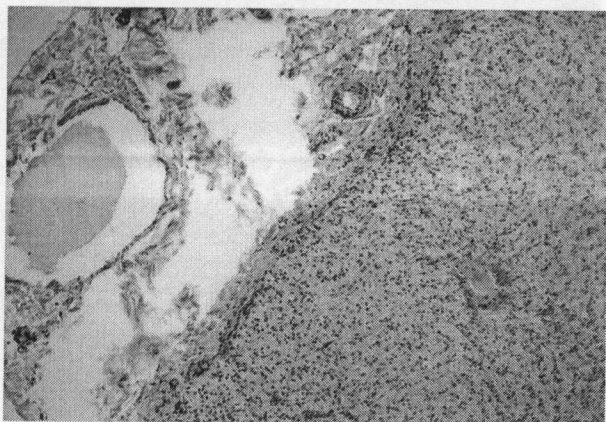
**Fig. 10.** Aspect chistic al traectelor portale și sacciform comunicant.



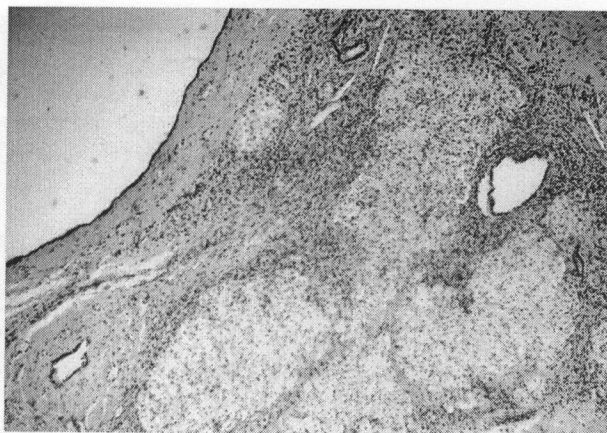
**Fig. 11.** Ducturi biliare deformate chistic tapetate cu epiteliu cubic unistratificat, cu procese proliferative a epitelului.



**Fig. 12.** Deformarea segmentelor colangiale de tip lacunar chistic, având aspect de „hartă geografică”.

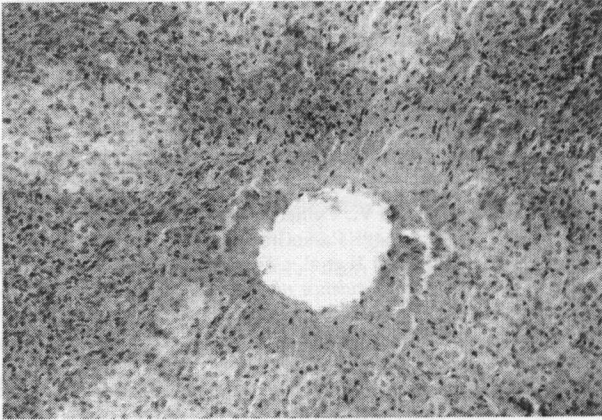


**Fig. 13.** Păstrarea zonei hepatoculare la hotar cu traiectele portale. Vas arterial stenozat. Ecatazia unui vas limfatic. Vena centrolobulară ușor sclerozată.

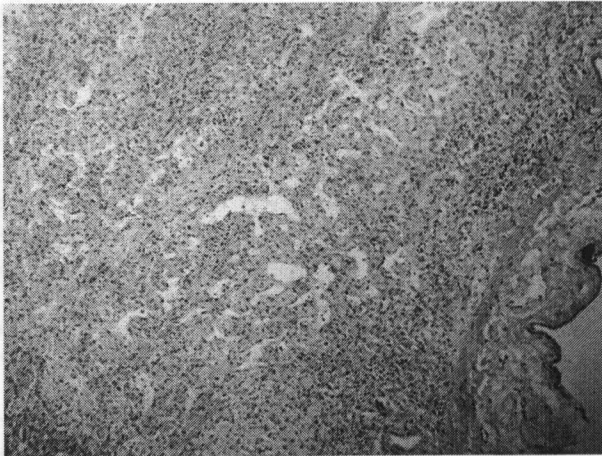


**Fig. 14.** Modificări pseudo cirotice în parenchimul circumscris între traiectele portale cu modificări fibrochistice.





**Fig. 15.** Îngroșarea sclerotică a venei centrolobulare. Pseudolobularea parenchimului hepatocelular.



**Fig. 16.** Dilatarea lacunară a sinusurilor hepatice din preajma ducturilor deformate chistic.



4. Corecția medicamentoasă continuă cu antihipoxante,  $\beta$ -blocante, antacide, plasmafereza permite a menține o stare generală stabilă și o evoluție relativ favorabilă a acestei afecțiuni malformative.

## BIBLIOGRAFIE

1. Bernstein J., Stikler G.B., Neel I.V. *Congenital hepatic fibrosis: evolving morphology*. APMIS Suppl. 1988. 4: 17 – 26.
2. Brancatelli G., Federle M.P., Vilgrain V., Vullierme M.P., Marin D., Lagalla R. *Fibropolycystic liver disease: CT and MR imaging findings*. RadioGraphics. 2005. 25: 659 – 670.
3. De Ledinghen V., Le bail B., Trillaud H. et al. *Case report: secondary biliary cirrhosis possibly related to congenital hepatic fibrosis – evidence of decreased number of portal branch veins and hypertrophic peribiliary vascular plexus*. J. gastroenterol. Hepatol. 1998. 13: 720 – 724.
4. Desmet V.J. *Congenital diseases of intrahepatic bile ducts: variations on the theme „ductal plate malformation”*. Hepatology. 1992. 16: 1069 – 1083.
5. Johnson C.A., Gissen P., Sergi C. *Molecular pathology and genetics of congenital hepatorenal fibrocystic syndromes*. J. of Medical Genetics. 2003. 40: 311 – 319.
6. Sherlock S. *Cystic diseases of the liver*. In: Schiff L., Schiff E., eds. *Diseases of the liver*. 7th ed. Philadelphia, Pa: Lippincott. 1999. P.1083 – 1090.
7. Ивановская Т.Е., Леонова Л.В. (под ред.). *Патологическая анатомия болезней плода и ребенка*. М: „Медицина”. 1989. С. 374 – 376.
8. Клочков С.А., Втюрин Б.В., Сенякович В.М. *Анализ ультраструктурных изменений печени у детей при врожденном фиброзе ее*. Арх.пат. 1989. №6. С. 43 – 55.
9. Клочков С.А., Потапова И.Н., Потапова-Виноградова И.Н. *Патоморфология врожденного фиброза печени у детей*. Арх.пат. 1988. №11. С. 60 – 66.

## **PRINCIPII DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN CHISTUL DERMOID OVARIAN DE DIMENSIUNI MAJORE**

Tumorile ovariene la adolescente se află în atenția specialiștilor din cauza diagnosticului tardiv și al rezultatelor nesatisfăcătoare frecvente ale tratamentului. Polimorfismul clinic este determinat, în mare măsură, de compresia organelor vecine și de apariția complicațiilor, cum sunt infecția, ocluzia intestinală, fistulizarea, malignizarea etc. (3, 5, 6).

Chistul dermoid (teratomul) poate fi descoperit, practic, la nivelul tuturor segmentelor organismului (teratom nazal, cervical, cerebral, oro-faringian, timic, tiroidian, pericardiac, mediastinal, gastric, diafragmatic, pancreatic, cecal, renal, mezosigmoidian, retroperitoneal, etc.). În regiunea abdominală se dezvoltă mai rar decât cea sacro-coccigiană. Totodată, localizările de elecție ale chistului dermoid sunt reprezentate de cea sacro-coccigiană (40%), cu o frecvență înaltă la copiii sub 5 ani, incidența lor scăzând progresiv odată cu vârsta, și, respectiv, ovariană (40%) (2).

Incidența maladiei este de 1:30 000 – 40 000 nașteri cu o frecvență de 3 ori mai mare la sexul feminin. Studiile citogenetice au demonstrat că diferite căi genetice pot conduce fenotipul caracteristic acestui tip de tumoră. Nu se exclude originea clonală comună a teratoamelor și a tumorilor maligne provenite din celulele germinale ale testiculului.

Teratoamele mature se prezintă drept tumori solide, chistice sau solid-chistice. Există tumori embrionare, ce conțin derivate a două sau trei foițe embrionare sau a uneia dintre foițe cu excepția mezodermei. Teratoamele, care conțin derivate ectodermice sau endodermice sunt numite teratoame monodermale. Localizarea teratoamelor este, de regulă, unilaterală, iar în 15% din cazuri pot fi bilaterale și în 20% pot fi maligne. Statisticile demonstrează că maturitatea tumorilor teratoide a ovarelor contralaterale poate să nu coincidă (4).

Teratoamele imature dețin o frecvență de 3% din numărul total al bolnavilor cu teratoame și sunt prezentate de țesuturi embrionale nervoase, cartilajinoase sau de tip mezodermal. (4).

*Scopul lucrării* este de a prezenta limitele chirurgiei cu viză curativă în tratamentul chistului dermoid ovarian la adolescente în funcție de dimensiuni absolut impresionante. Tratarea unui număr mare de cazuri de tumori ovariene la copii cu vârste cuprinse între cea a nou-născutului și 18 ani, descoperite întâmplător, ne determină să ne referim la unele nopțiuni de diagnostic și tratament.

Cazul prezentat se referă la un teratom matur, cu diagnosticul imagistic și histopatologic bine documentat de teratom ovarian.

*Pacienta C.*, în vârstă de 16 ani a fost internată în secția de chirurgie toraco-abdominală a Centrului Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Natalia Gheorghiu” pe 25.07.2005 (f/o nr.05792) cu diagnosticul de tumor abdominal depistat cu ocazia unui control în baza unui sindrom ocluziv intestinal. La examenul ecografic s-a descoperit o formațiune tumorală abdominală majoră.

Anamneza a identificat că cu 2 ani în urmă părinții au observat mărirea în volum a abdomenului, dar, deoarece aceasta nu provoacă oarecare suferințe, la medic nu s-au adresat.

Examenul obiectiv la internare: stare generală bună, tegumente palide. Examenul local a pus în evidență abdomenul mărit evident în dimensiuni, la palpație s-a determinat o formațiune tumorală de dimensiuni impresionante de consistență dur-elastică, nedureroasă.

Ecografia a relevat o formațiune gigantă lichidiană (190 x 205 mm) cu multiple septuri în interior, contur neregulat, deci o formațiune cu un conținut neomogen al tumorii, unde zonele chistice alternau cu cele solide. Laboratorul a indicat o anemie moderată, probele biologice fiind în limitele normei.

Cu diagnosticul de tumor abdominal se intervine chirurgical cu anestezie generală prin abord laparotomic median, operația având drept scop excizarea tumorului. La revizie în cavitatea abdominală o fost descoperită o formațiune tumorală chistică de consistență elastică, incapsulată, de dimensiuni impresionante, care a putut fi exteriorizată în plaga operatorie numai după puncția acesteia (*fig. 1*). Ulterior formațiunea tumorală a fost mobilizată, constatându-se că aceasta adera la ansele intestinale și care avea origine din ovarul stâng (*fig. 2*).

Tumora a fost extirpată radical (*fig. 3*). Cavitatea abdominală a fost drenată cu o lamelă de mânășă, fiind refăcut planul anatomic. Evoluția postoperatorie a fost simplă cu sublimarea drenului la a 3-a zi postoperator.

Piesa operatorie (*fig. 4*) a fost o formațiune tumorală de 21x18 cm în diametru de consistență variabilă - dură în focar, cu zone fluctuabile sau turgistente. În secțiune tumorul manifestă o structură diversă prin prezența formațiunilor chistice 5 – 7 cm sau 1 – 3 cm în diametru, mai frecvent cu conținut seros transparent. Unele structuri chistice erau localizate în conglomerări, căptușite cu mase grăsoase și lagună. De asemenea erau bine evidențiate structuri din țesuturi fibroase și osteocartilaginoase.

Examenul histopatologic a decelat diverse structuri tisulare diferențiate de proveniență preponderent ecto- și endodermală, prezente prin țesut cartilaginoid și adipos matur, foliculi piloși, glande sebacee, țesuturi diferențiate fibro-musculare, pe unele arii țesuturi nervoase – neuroglie și trunci nervoase, cât și țesut limfatic cu neoformarea unor structuri foliculare diferențiate cu centre germinative. Formațiunile chistice erau tapetate cu epiteliu pavimentos necornificat, ciliat,

prismatic, bine diferențiat, frecvent cu conținut seros sau proteic, unele din ele căptușite cu celule pavimentoase descumate.

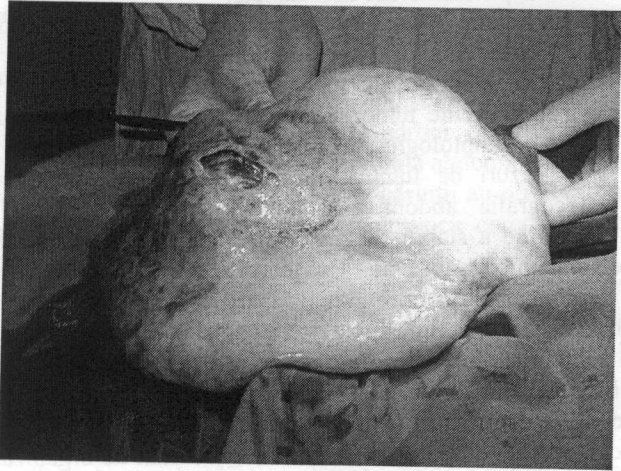
Examenul clinic și imagistic al pacientului la patru luni postoperator nu a decelat semne locale de recidivă a teratomului.

**Discuții.** În literatura de specialitate se menționează că teratoamele sunt printre cele mai frecvente tumori întâlnite la copil. Autorii conchid că tumorile ovariene nu au o simptomologie specifică în funcție de structura morfologică, cu excepția unor cazuri de tumori hormonal-active. Metodele contemporane de diagnostic (ecografia abdominală, tomografia computerizată) în majoritatea cazurilor permit de a stabili diagnosticul, localizarea inițială, atitudinea față de structurile anatomice adiacente. Cu toate acestea, în cazurile unor formațiuni tumorale de dimensiuni majore numai laparoscopia se dovedește a fi concludentă (1, 5, 7). Examenul definitiv al teratoamelor este reprezentat de varietatea deosebită a modificărilor histopatologice.

Histopatologic teratoamele mature sunt prezentate totalmente de țesuturi mature, conținând structuri tisulare asemănătoare celor din organele normale (creier, ochi, ureche, dinți, vase etc.) cu un grad înalt de organizare. Baza tumorii este reprezentată de o cavitate chistică tapetată cu epiteliu aplatisat, de la care concentric pornesc restul componentelor structurale ale tumorii: glande sebacee și sudoripare, fire de păr, epiteliu de tip respirator, structuri cartilajinoase. În același timp, în teratoamele mature pot fi depistate semne caracteristice pentru patologia neoncologică – procese distrofice sau displastice (nevus, focare de angiofibromatoză sub epidermis, structuri bazaloide, modificări lactaționale în țesuturile glandei mamare etc. (4).

Așadar, se poate sublinia că teratoamele mature la adolescente pot să rămână o perioadă îndelungată de timp „mute”, fiind depistate în perioade avansate ale maladiei, ceea ce creează probleme majore de diagnostic. Tratamentul teratomului trebuie să fie totdeauna chirurgical și să includă exereza completă pentru înlăturarea riscului de recidivă a maladiei.

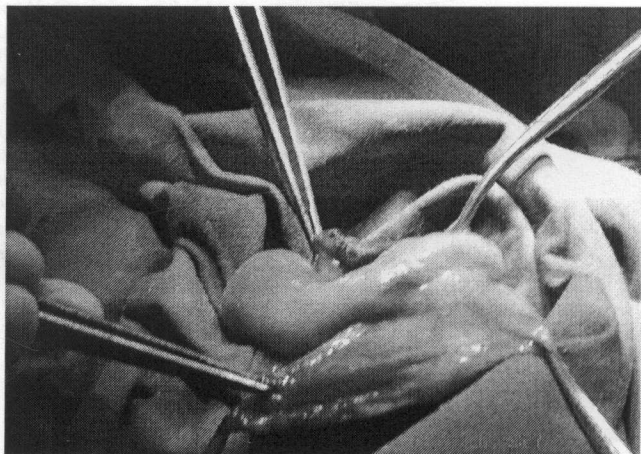
Este necesar de atenționat că în toate cazurile (teratom benign sau malign) există posibilitatea recidivei, motiv pentru care pacienții operați trebuie monitorizați clinic, imagistic pe o perioadă de mai mulți ani.



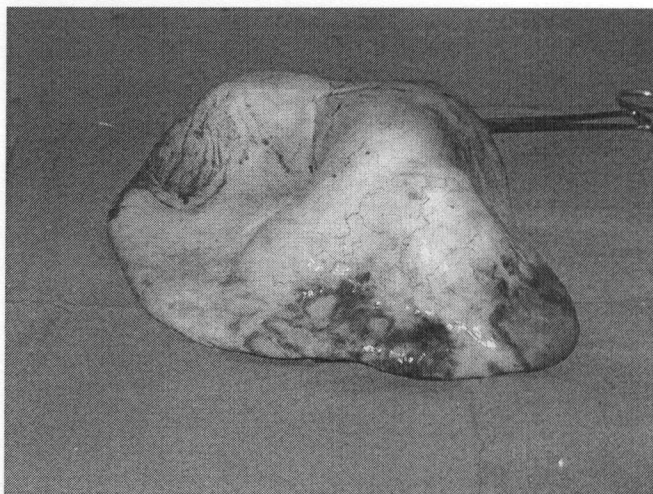
**Fig. 1.** Aspectul intraoperator al tumorului chistic al ovarului stâng după puncție.



**Fig. 2.** Tumora de origine din ovarul stâng



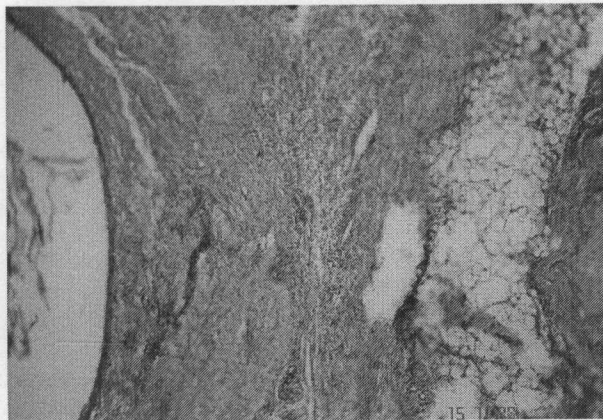
**Fig. 3.** Aspectul intraoperator după înlăturarea radicală a tumorului ovarului stâng.



**Fig. 4.** Aspectul macroscopic al tumorului înlăturat (explicații în text).



**Fig. 5.** Microfoto. Teratom chistic diferențiat (matur), ce conține țesut cartilaginos, țesut nervos (neuroglie), formațiuni chistice cu conținut seros, tapetate cu epiteliu pavimentos, ce include glande sebacee intramurale.



**Fig. 6.** Microfoto. Arii de teratom, ce conține țesut adipos diferențiat, țesut limfatic, trunchiuleț nervos și scuamă celulară epidermală.



## BIBLIOGRAFIE

1. **Alexander H.** Overview of the development of laparoscopic surgery at the gynecologic clinic of the Leipzig University. Zbl. Gynak. 1995. 117 (6): 310 – 113.
2. **Selvaggi S.M., Guidov B.J.** Immature teratoma of the ovary on fluid cytology. Diagnostic Cytopathology. 2001. 75: 411.
3. **Вишневецкая Е.Е.** Детская онкология. Минск: „Высшая школа”. 1997. 396 с.
4. **Карселадзе А.Р.** Клинико-морфологическая диагностика опухолей яичников. Архив патологии (приложение). 2005. С.36 – 42.
5. **Коколина В.Ф., Алиханов А.А., Дядик М.Г., Сенякович Н.Б.** Диагностика доброкачественных опухолей и опухолевидных новообразований яичников у детей. Вопросы гематологии, онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2003. Т.2. №3. С.39 – 44.
6. **Кулаков В.И., Кузнецова М.Н., Мартыш Н.С.** Ультразвуковая диагностика в гинекологии детского и подросткового возраста. М: „Медицина”. 1994. 280 с.
7. **Савельева Г.И.** Итоги и перспективы отечественной эндоскопии в гинекологии. Акушерство и гинекология. 1996. (5): 3 – 5.

## CHISTUL HIDATIC RETROPERITONEAL PRIMAR

Chistul hidatic retroperitoneal este o afecțiune cu incidență rară, în literatura de specialitate fiind relatat un număr infim de cazuri. A fost descrisă de Alberts în anul 1878, dar ulterior s-au comunicat foarte puține cazuri, fiind relatată la mari intervale de timp de I.Deineca (1968), O.Babaiev (1978), Iu.Gheller (1989).

**Prezentarea cazului clinic.** *Bolnava L.*, 10 ani, a fost spitalizată în Clinica de Chirurgie Pediatrică a ICȘOSMșiC în ianuarie 1996, prezentând dureri și tensiune abdominală. Simptomele au fost resimțite pe parcursul unui an. Examenul obiectiv la internare relevă palpator în fosa iliacă dreaptă o formațiune tumorală de consistență dură, imobilă, dureroasă, cu dimensiuni de 10x15 cm. Tușeul rectal a pus în evidență un proces tumoral abdominal.

Examenul ecografic al cavității abdominale distingea imaginea unei formațiuni voluminoase cu structură multicamerală, incapsulată, localizată în fosa iliacă dreaptă (*fig. 1*).

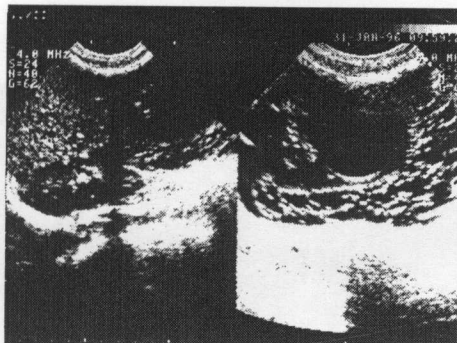


Fig. 1. Pacienta L., 10 ani. Ecografie abdominală (explicații în text)

Investigațiile de laborator atestau o anemie moderată (Hb - 96g/l, E -  $2,9 \times 10^{12}$ ), accelerarea VSH - 27 mm/h. Examenul clinic și investigațiile suplimentare au evidențiat alte asociații morbide.

Pornind de la rezultatele probelor imagistice, s-a stabilit diagnosticul de tumor abdominal, pentru care s-a indicat intervenție chirurgicală sub anestezie endotraheală combinată. După laparotomie, în cavitatea peritoneală se atesta o

tumoare cu dimensiuni majore (10x15x10 cm), ce provine din spațiul retroperitoneal. Formațiunea avea o configurație sferică, culoare albicioasă, adera întim la mușchiul psoas major și la nervul femoral. Prin excizie progresivă s-a mobilizat și extras formațiunea tumorală în bloc cu capsula, fără a i se afecta integritatea. La deschiderea capsulei fibroase s-au găsit 30 ml de puroi și multiple chisturi hidatice de diverse dimensiuni.

Plaga postoperatorie s-a închis, urmând drenarea spațiului retroperitoneal cu o lamă de mânășă. Evoluția postoperatorie a evoluat fără accidente. Pacienta a fost externată în stare satisfăcătoare. Revenind la control peste 2 luni, s-a înregistrat o creștere ponderală cu 2 kg.

Acestea fiind rezultatele, propunem câteva reflecții concluzive. Formațiunile de volum retroperitoneale constituie un grup heterogen din punct de vedere histologic, destul de rar întâlnite în practica chirurgicală, dar care prin particularitățile spațiului unde se dezvoltă pune probleme severe de diagnostic și tratament (1). Chistul hidatic retroperitoneal nu are o simptomatologie patognomonică, semnul subiectiv evocator fiind cel al unei senzații de tensiune, durere surdă persistentă. Semnul subiectiv de certitudine este dat de palparea tumorii, fapt ce depinde de proporțiile chistului și localizarea lui. Ecografia este o metodă valoroasă pentru diagnosticul formațiunilor chistice retroperitoneale, deși fiecare caz necesită, pentru siguranță, utilizarea tomografiei computerizate.

Diagnosticul diferențial al chistului hidatic retroperitoneal primar este dificil practic în toate cazurile, îndeosebi în cazurile când formațiunea poate fi prezentată de un chist bronhogen retroperitoneal, sau în cazurile când aderă la alte organe (2, 3). Din acest motiv în cazuistica noastră inițial s-a interpus prezumția eronată de chist abdominal.

## BIBLIOGRAFIE

1. **Vasile D., Volcea R., Curcă T.** ș.a. Tumorile retroperitoneale primitive – probleme de diagnostic și tratament. *Chirurgia*. 2006. 100 (1): 27 – 33.
2. **Haddadin W.J., Reid R., Jindal R.M.** A retroperitoneal bronchogenic cyst: a rare cause of a mass in the adrenal region. *J.Clin.Pathol*. 2001. 54:801 – 802.
3. **Shih-Peng Hsieh, Hui-Hwa Tseng, Jong-Khing Huang.** Retroperitoneal bronchogenic cyst: a case report. *Chin.Med.J*. 1997. 59:311 – 4.
4. **Бабев О.Г., Каргин В.Я., Хадырова А.Н.** Тактика хирурга при лечении гидативного эхинококкоза. *Хирургия*. 1978. №2. С.59 – 63.
5. **Дейнека И.Я.** Эхинококкоз человека. М. Медицина. 1968. С.310 – 311.
6. **Геллер И.Ю.** Эхинококкоз. М: „Медицина”.1978. С.59 – 63.

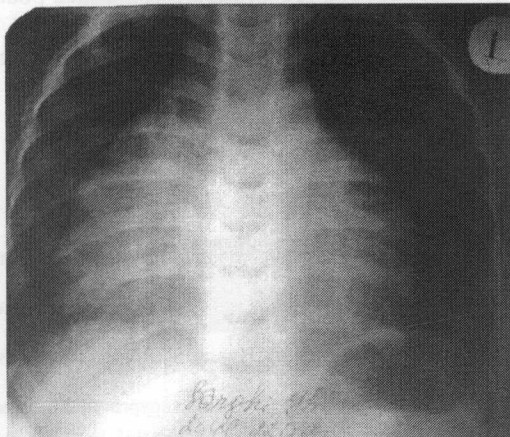
## **FOTODOCUMENTARE**

### **A UNUI CAZ APARTE DE CHIST INTRATORACIC DE DIMENSIUNI IMPRESIONANTE DE ORIGINE TIMICĂ**

*Pacientul S.*, în vârstă de 6 ani (f/o nr.0272), a fost internat în secția de chirurgie toraco-abdominală pe 15.01.2008 cu diagnosticul de tumor mediastinal.

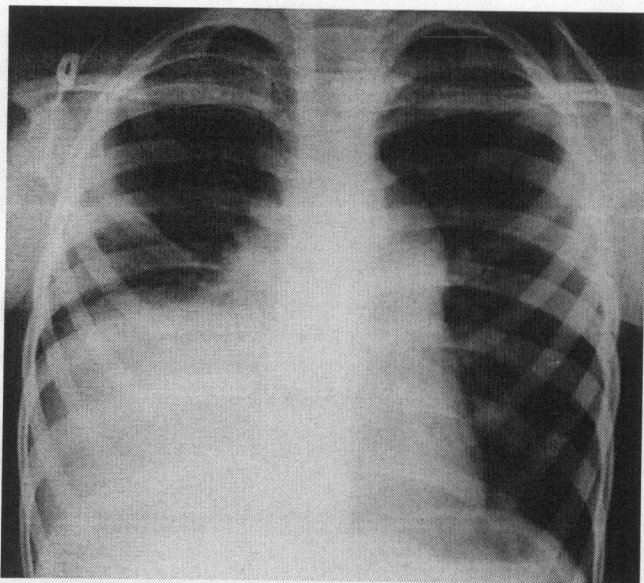
Copilul este bolnav de aproximativ 4 ani, când a suportat o infecție virotică a căilor respiratorii, la radiografia cutiei toracice depistându-se hiperplazia timusului (*fig.1.*). Cu acest diagnostic copilul a fost tratat conservativ o perioadă mai îndelungată de timp. Diagnosticul de tumor mediastinal a fost presupus pe 14.01.2008 (*fig.2*), motic ce a determinat efectuarea tomografiei computerizate la care s-a stabilit un diagnostic cu certitudine (*fig.3*).

Pe 19.01.2008 a pacientul a fost supus intervenției chirurgicale: toracotomie latero-posterioară pe dreapta, înlăturarea radicală a formațiunii chistice. Diagnosticul intraoperator: chist celomic al pericardului.

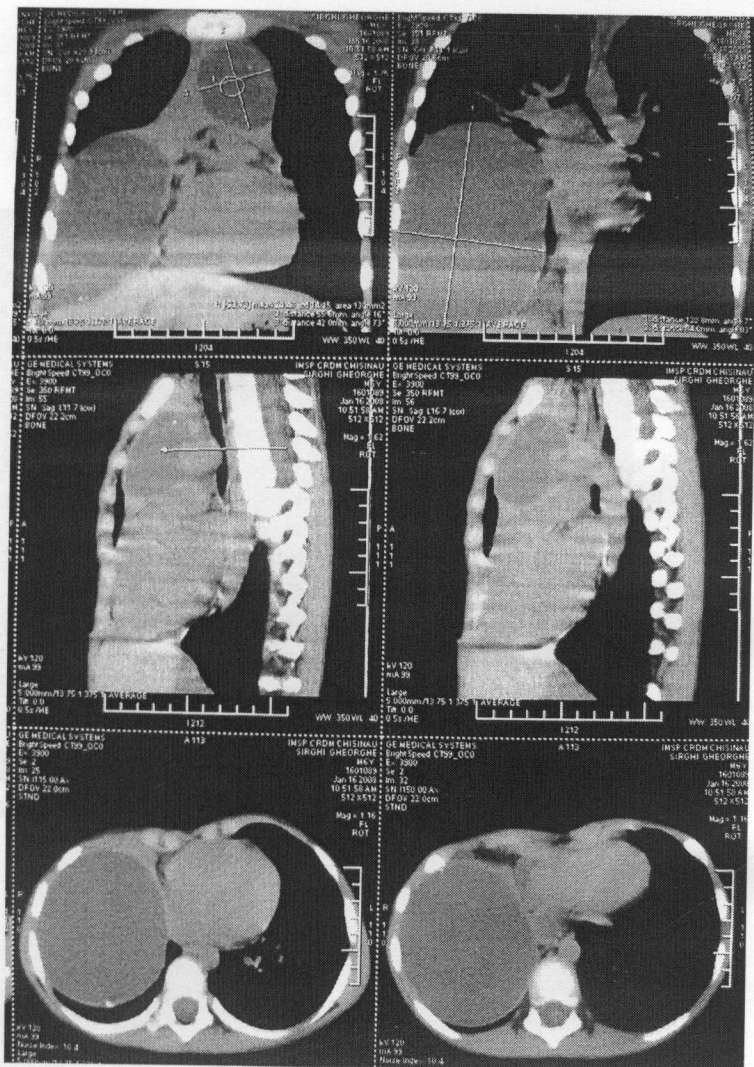


**Fig. 1.** Radiografie toracică efectuată pe 22.09.2004.

*Concluzie:* IRVA, bronșită. Hiperplazia timusului?

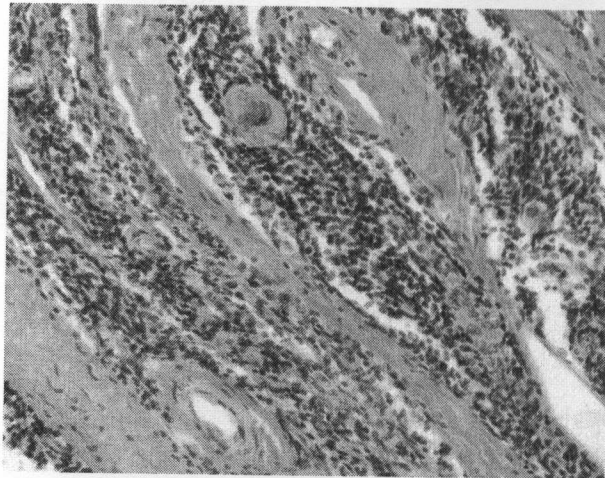
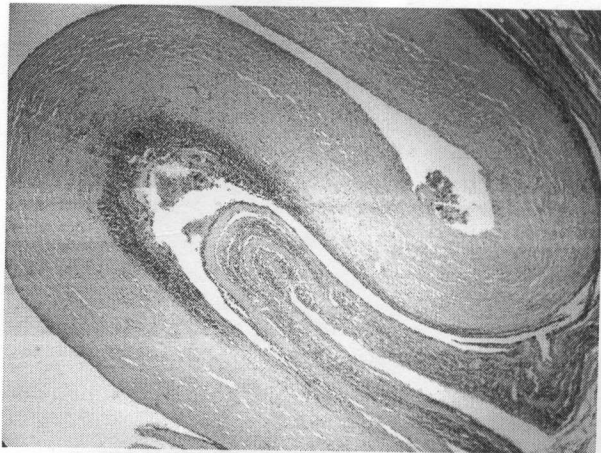


**Fig. 2.** Radiografie toracică pe 14.01.2008. *Concluzie:* tumor mediastinal, tumor pulmonar pe dreapta?



**Fig. 3. Tomografie computerizată preoperatorie. Pacientul S., 6 ani. În mediastinul anterior – superior se evidențiază un chist de dimensiuni 55 x 42 mm, ce proeminează în hemitoracele stâng. De asemenea în hemitoracele drept se vizualizează un chist de dimensiuni 120 x 84 mm ce aderă intim la mediastin.  
 Concluzie: Chisturi mediastinale.**





**Fig. 4.** Investigație morfopatologică nr.086 din 19.01.2008. Peretele chistului include țesuturi de diversă proveniență (*fig. 4a*) prezente din interior printr-un țesut conjunctiv, sclerotizat, neuniform cu modificări focare sclero-cicatriciale. În unele zone pot fi evidențiate infiltrate mici limfocitare ce includ calcificate sferice. Suprafața internă a chistului este lipsită de înveliș epitelial sau endotelial. În unele zone pot fi observate mase fibrinoase proteice organizate. Spre exterior în divers raport se constată țesut de origine timică cu aspect lobular, colabat sau populat de limfocite cu prezența corpusculilor timici (*fig. 4b*).