

DIFICULTĂȚI DE DIAGNOSTIC ÎN TUMORILE MEDIASTINALE LA COPIL

Eva Gudumac – prof. univ., dr. hab. șt. med., acad. AŞM, Om Emerit,
Irina Livșiț – doctorand,

IMSP Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică
„Academician Natalia Gheorghiu”
tel. 069018651, lisa81@mail.ru

Rezumat

Autorii prezintă două cazuri clinice privind dificultățile de diagnostic al tumorilor mediastinale la copil, care în evoluția lor pot îmbrăca, practic, orice tablou clinic acut sau cronic, diagnosticul rămânând în mod esențial în atribuția anatomopatologului cărui îi revine sarcina de a face diagnosticul pozitiv.

Cuvinte-cheie: tumori, mediastin, copil

Summary. Difficulties in the diagnosis of mediastinal tumors in children

The authors present two clinical cases considering difficulties in the diagnosis of mediastinum tumors in children, which in its development can take practically any clinical picture of acute or chronic disease, the diagnosis remaining essentially the task of the pathologist whose responsibility is to make a positive diagnosis.

Key words: tumor, mediastinum, child

Резюме. Трудности диагностики опухолей средостения у детей

Авторы представляют два клинических случая демонстрирующих трудности в диагностике опухолей средостения у детей, которые в своём развитии могут принимать клиническую картину практически любого острого или хронического заболевания, окончательный диагноз остаётся, по существу, задачей патологоанатома, в обязанности которого входит выставление окончательный диагноз.

Ключевые слова: опухоль, средостение, ребёнок

Introducere. Tumorile organelor cutiei toracice sunt în general tumori cu incidență rară, întâlnire în literatura cu incidență de 2,3% din toate tumorile la copii. Mai frecvent sunt reprezentate de tumorile mediastinale. Formațiunile tumorale mediastinale sunt

reprezentate de tumori și chisturi ce se dezvoltă din țesuturi embrionare proprii spațiului mediastinal sau din țesuturi aberante, deplasate în mediastin în rezultatul unor dereglări embriogenetice. Tabloul clinic și radiologic al formațiunilor patologice în proiecția

mediastinului determină erori în diagnosticul preoperator. În acest context prezentăm două cazuri clinice, copiii care s-au aflat la tratament în clinica Științifico-Practică de chirurgie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”.

Caz clinic nr. 1. Copilul Z., în vârstă de 4 ani, sex masculin a fost evaluat ambulator de medicul de familie pe o perioadă de 14 zile pentru pneumonie pe dreapta.

Din anamneză reținem că cu 2 zile înainte de internare în IMȘIC, Centrul Științifico-Practic de chirurgie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” copilul a căzut de la o înălțime de cca 1,6 m și ca urmare la copil au apărut șchiopătarea, dureri în membrul inferior pe dreapta. Diagnosticul de trimitere în clinica noastră de chirurgie pediatrică a fost pneumonie abcedantă pe dreapta.

Examenul clinic la internare pune în evidență starea generală a copilului gravă, acuză dureri în genunchiul drept și torace, șchiopătare, paraplezie a membrului inferior pe dreapta.

Hemoleucograma: Hemoglobină - 116g/l; eritrocite - $3,6 \times 10^{12}/l$; hematocritul - 0,34; leucocite - $10,4 \times 10^9/l$; nesegmentate - 12%; segmentate - 33%; eozinofile - 2%; limfocite - 50%; monocite - 3%; VSH - 10 mm/oră. Deci fără careva devieri de la normă, în afară de o anemie moderată.

Radiografia toracelui în două incidente ne arată o formațiune tumorală localizată în proiecția mediastinului inferior-posterior pe dreapta (Fig. 1).



Fig. 1. Radiografia toracelui Pacientul Z. (preoperator)

Scintigrafia pulmonară pune în evidență modificări ușoare circulatorii - micșorarea circulației sangvine în plămânul pe stânga. Difuzarea preparatului radiofarmaceuticului în plămânul stâng neomogenă, micșorarea difuză a perfuziei sangvine în plămânul stâng cu sectoare de acumulare a preparatului radiofarmaceutic parțial pe toate ariile (Fig. 2).

Tomografia computerizată a toracelui. Grilajul

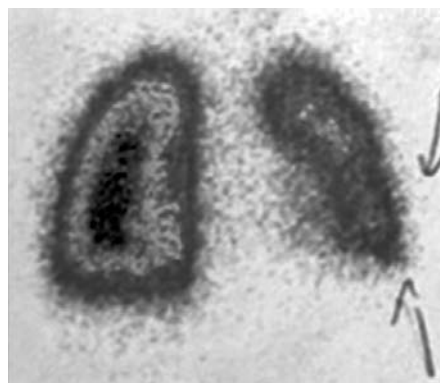


Fig. 2. Scintigrafia pulmonară Pacientului Z.

costal este simetric, intact. Coloana vertebrală dorsală conține modificări osteosclerotice, în special, în corpul vertebral Th8 afectând-o total și punctiform în Th6. În proiecția paravertebrală pe dreapta, la nivelul vertebrelor Th5-Th10 se determină o formațiune tumorală de formă ovală contur regulat cu dimensiunile 57,5x45,3x76,2 mm, structura neomogenă hiperdensă, conține insule hemoragice în interior și precursori de calcificări, densitatea 36-48UH. Totodată se determină îngroșarea rădăcinilor la nivelul vertebrelor Th8-Th9 bilateral, mai exprimat pe dreapta, prezintă invazia în canalul osos spinal, unde se vizualizează o formațiune cu dimensiunile de 29x10,6x11,4 mm, care comprimă sacul dural și cordonul medular cu instalarea unei stenoze critice. Se determină mărirea ganglionilor limfatici parahilari superior și inferior până la 12 mm, paravertebrali până la 8-9 mm, axilari până la 8,5-9,5 mm.

În jurul formațiunii tumorale prezent lichid liber și atelectazia lobului inferior pe dreapta. Traiectul bronhopulmonar a lobului inferior pe dreapta comprimat iar structurile anatomice îngustate.

Concluzie: Formațiune tumorală mediastinală paravertebrală cu invazia canalului spinal. Metastaze în ganglionii limfatici regionali și a corpurilor vertebrale Th6 și Th8. Nu se exclude neuroblastom mediastinal (Fig. 3).

După o prealabilă și extrem de susținută pregătire preoperatorie, cu vize multiple, dar în special a anemiei secundare, s-a reieșit o reabilitare biologică la limită și s-a intervenit chirurgical cu risc anestezico-chirurgical maxim. S-a practicat toracotomia prin abord latero-posterior pe dreapta. La deschiderea cavității hemitoracelui a fost depistată o tumoră voluminoasă cu contur neregulat, de formă ovală, aderată intim la coloana vertebrală și vertebrele costale cu dimensiunile de 15x14 cm, acoperită cu capsula surie. La secțiune tumora de consistența „carne de pește” cu zone de descompunere. A fost stabilită și atelectazia lobului inferior pe dreapta și lichid liber intrapleural pe dreapta în volum de 900 ml. S-a practicat

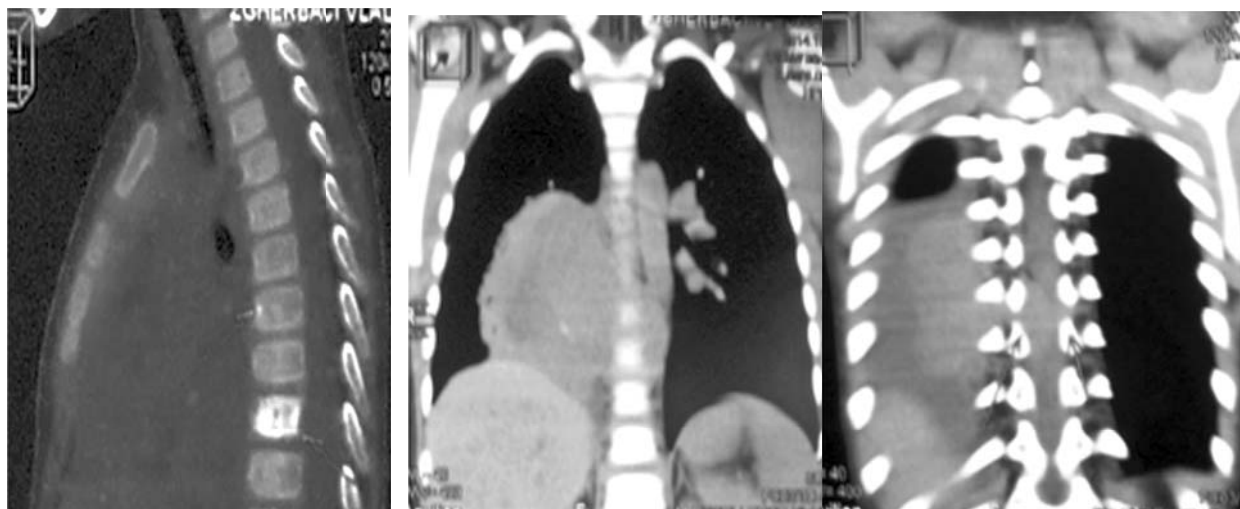


Fig. 3. Tomografia computerizată a cutiei toracice a Pacientului Z.

înlăturarea totală a tumorii intratoracice cu instalarea microtoracotomiei pe dreapta cu un tub de cauciuc intrapleural care a fost conectat la sistemul Bülau (Fig. 4).

Diagnosticul histopatologic ne precizează o tumoră malignă cu celule mici - Sarcomul Ewing (5441/22042).

Evoluția postoperatorie a fost satisfăcătoare, iar controlul radiologic (Fig. 5) la a 3-a zi postoperator atestă plămâni funcționali și lipsa tumorii, pe când obiectiv la copil mai persista paraplegia inferioară moderată.

La a 10-a zi postoperator copilul a fost transferat pentru tratament adjuvant la Institutul Oncologic, secția oncopediatrie.

După a 3-a cură de polichimioterapie la copil s-a restabilit mersul.

Caz clinic nr. 2. Pacientul B., în vârstă de 3 ani, a fost internat în Centrul Național Științifico-Practic de chirurgie pediatrică „Acad. N. Gheorghiu” IMȘIC cu diagnosticul de formațiune tumorală mediastinală.

Din spusele mamei, copilul este bolnav de cca o lună, când ocazional a vizualizat o formațiune în regiunea superioară a hemitoracelui pe stânga.

La internare în Centrul Științifico-Practic de chirurgie pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu” starea generală a copilului a fost de gravitate medie. În regiunea superioară a hemitoracelui pe stânga se determină o formațiune tumorală cu dimensiunile de 8,0x6,7 cm, de consistență elastică, nedureroasă, dar și cu o zonă de 4,0x3,5 cm de heperemie.

Tomografia computerizată a toracelui ne indică la o deformare a peretelui toracic anterior cu bombarea în regiunea hemitoracelui pe stânga. În regiunea superioară și medie a mediastinului anterior, mai anterior și spre stânga de timus și crosa aortei cu extindere între vertebrele I și II ale cutiei toracice prezintă o formațiune tumorală în formă de „clipsidra” cu contur clar, cu structura omogenă, cu dimensiunile de 4,3x3,9x4,5 cm. Structurile osoase adiacente fără schimbări distructive. Arborile bronșic permiabil. Schimbări în focare sau infiltrative în plămâni nu se determină.

Concluzie: Tumora mediastinului anterior-superior (Timora? Adenoma, hemangioma, limfoma timusului? Chist?) (Fig. 6).

Scintigrafia pulmonară ne indică la o micșorare

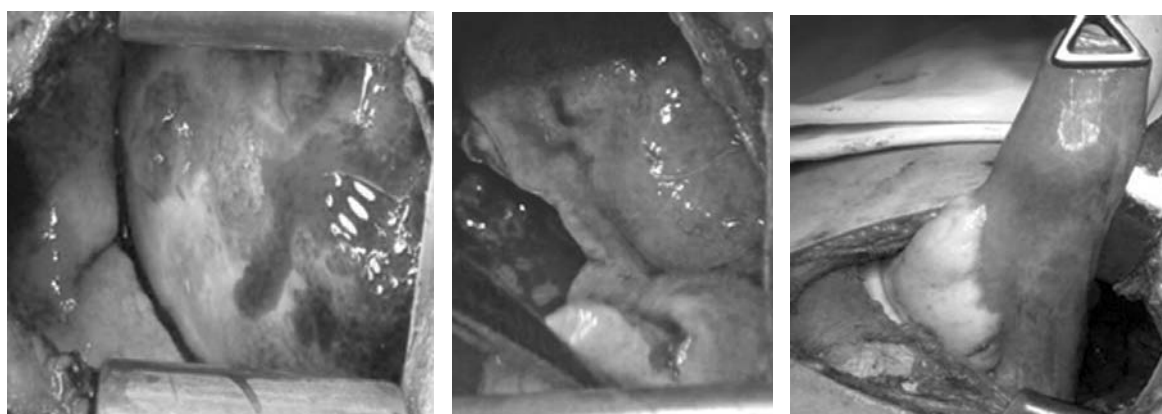


Fig. 4. Tablou intraoperator a Pacientului Z.



Fig. 5. Radiografia toracelui Pacientului Z. (postoperator)



Fig. 6. Tomografia computerizată Pacientului B.

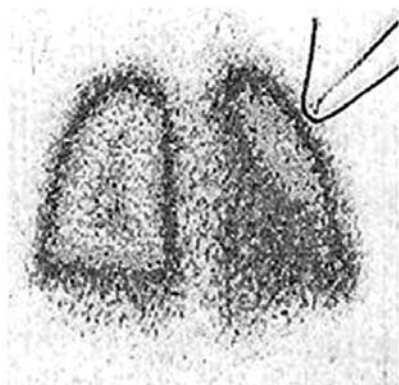


Fig. 7. Scintigrafia pulmonară Pacientului B.



Fig. 8. Tablou Intraoperator Pacientului B. (postoperator)



Fig. 9. Radiografia toracelui Pacientului B.

ușoară a fluxului sangvin în segmentele anterioare a plămânului stâng. (Fig. 7).

După o pregătire preoperatorie, copilul a fost supus intervenției chirurgicale sub anestezie orotraheală. A fost efectuată o incizie liniară de asupra formațiunii tumorale cu înlăturarea țesutului patologic de consistența „carne de pește” cu zone de necroză. (Fig. 8).

Examenul histopatologic a pus în evidență multiple abcese și țesut de granulați cu elemente de inflamație specifică – caracteristice pentru tuberculoză.

Radiografia cutiei toracice efectuată la a 6 zi postoperator – plămâni și cordul fără modificări patologice (Fig. 9).

La a 8-a zi postoperator cu diagnosticul TBC a ganglionilor limfatici toracici cu cicatrizarea primară a plăgii copilul a fost transferat la Institutul de Ftiziatrie pentru tratament specializat.

Discuții. 1. Tumora Ewing rămâne una din cele mai agresive tumori maligne, care afectează oasele și țesuturile moi adiacente. Deține o incidență de 10-15% din totalul tumorilor maligne osoase. Raportul între băieți și fete este 1,5:1. În 64-91% din cazuri se depistează la vârsta de 10 și 20 ani. În 14-50% din cazuri metastazele sunt prezente deja la momentul dia-

gnosticării. Preponderent metastazarea are loc pe cale hematogenă, pe când metastazarea pe cale limfogenă face prognosticul pentru supraviețuire negativ. Statisticile arată că supraviețuirea în prezența metastazelor constituie 70%.

2. TBC poate surveni la orice vârstă. În marea majoritate a cazurilor tuberculoza apare la copil la scurt timp după prima infecție (2 - 8 săptămâni). Cei mai sensibili față de tuberculoză sunt copiii în vârstă până la 3 ani, în special, în primul an de viață. Prima infecție de TBC la copil evoluează de cele mai multe ori neobservată, deoarece manifestările clinice sunt fruste și nespecifice. Este demonstrat că aproximativ 10% din copiii infectați cu TBC pot dezvolta boala. În 20,0% din cazuri debutul bolii evaluează sub o „mască”, ce atenuează simptomologia tuberculozei.

La momentul actual $\frac{2}{3}$ din cazurile noi de TBC sunt formele extrapulmonare. TBC ganglionilor limfatici ai toracelui este una din formele extra pulmonare și deseori se depistează la vârsta sub 5 ani. Cel mai frecvent se înregistrează tuberculoza ganglionilor limfatici intratoracici (91%).

Concluzii:

1. Tumorile toracelui rămân tumori cu incidență rară, dar cu potențial marcat de recidivă. Uneori este

posibil ca exprimarea clinică să îmbrăce tabloul unei pneumonii, situație cu care noi ne-am confruntat în observație № 1.

2. Diagnosticul formațiunilor tumorale intratoracice este foarte dificil în special în stadiile precoce, deoarece evoluează asimptomatic sau nespecific.

3. O anamneză atentă, datele clinice, imagistice standard (USG, radiografia, scintigrafia osoasă, TC sau RMN) pot depista procesele tumorale, dar deseori nu pot specifica geneza procesului tumoral, iar evoluția îndelungată este datorată clinicii mascate.

4. Aceste tumori atât prin volumul lor, și caracterul infiltrativ pun probleme delicate chirurgului, iar rezolvarea lor operatorie poate să fie dintre cele mai dificile.

5. Diagnosticul final, cel diferențial și cel pozitiv aparțin în exclusivitate examenului histopatologic

și ca obiectiv diferențierea de alte procese tumorale benigne sau maligne, sau cu caracter inflamator.

Bibliografie

1. Ашкрафт К. У., Холдер Т.М. Детская хирургия, С-П, 1999, с.385.
2. Бондарь И.В. Клинические проявления и диагностика опухолей средостения в детском возрасте // Вестник Российской Академии медицинских наук, 2000, №6.
3. Дурнов Л.А. Детская онкология, М., 1997, с.608.
4. Кулева С.А. Злокачественные новообразования у детей// Вестник хирургии, 2003, №2.
5. Рачинского С.В. Бронхолегочный туберкулез у детей раннего возраста, М., 1970.
6. Кессель М. М. Хирургическое лечение туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей и подростков: диссертация, М, 2009.