

DIAGNOSTICUL TUMORILOR RETROPERITONEALE PRIMITIVE: REVIUL LITERATURII

Șchiopu Victor - student-doctorand

IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra Oncologie

tel. +37369064383, victor.schiopu@usmf.md

Rezumat

Tumorile retroperitoneale primitive (TRP) sunt tumori care se dezvoltă în spațiul retroperitoneal (SRP), nu au apartenență organică și au proveniență mezenchimală, neuro-ectodermală sau vestigială. Termenul de “tumori retroperitoneale primitive” (TRP), este un termen general dat tumorilor cu geneză diferită, fiindu-le comună doar localizarea anatomică și independența de organ. Această grupă de tumori este heterogenă, fiind clasificată în dependență de aspectul microscopic al țesutului de proveniență, gradul de diferențiere tisulară și potențialul biologic tumoral. Incidența mică și polimorfismul clinico-morfologic al TRP, experiența în managementul diagnostic și curativ al pacienților cu TRP, precum și în consilierea pacienților referitor la prognostic, monitorizare și diagnosticul precoce al recurențelor este una critică pentru majoritatea centrelor de excelență în domeniul chirurgical și oncologic. Astfel activitatea științifico-clinică în studiul patologiilor date, rămâne actuală și în prezent. (Schmalz, 2016) Cuvinte cheie: tumori retroperitoneale primitive, spațiu retroperitoneal, diagnostic

Summary. The diagnosis of primitive retroperitoneal tumors: the review of literature

The retroperitoneal primitive tumours (RPT) is developed in retroperitoneal space, do not have the organic membership and have the mesenchymal, neuro-ectodermal or vestigial origin. The term “primitive retroperitoneal tumours” (RPT) is a general term given to tumours of different genesis, being only anatomical localization and organ independence. This group of tumours is heterogeneous, being classified according to the microscopic appearance of the tissue of origin, the degree of tissue differentiation and the biological tumour potential. The low incidence and clinical-morphological polymorphism of RPTs, experience in the management of the diagnosis and curative treatment of patients with RPTs, as well as in counselling patients on prognosis, monitoring and early diagnosis of recurrences is critical for most centres of surgical and oncology excellence. Thus, the scientific-clinical activity in the study of pathologies remains current (Schmalz, 2016).

Key words: retroperitoneal primitive tumours, retroperitoneal space, diagnostic

Резюме. Диагностика первичных забрюшинных опухолей: обзор литературы

Первичные Забрюшинные Опухоли (ПЗО) развиваются в забрюшинном пространстве (ЗП), не принадлежат висцеральным органам и являются мезинхимальными, нейро-эктодермальными и из остатков некоторых недоразвитых органов. Эта теория ПЗО является общей для опухолей различного генеза, только по анатомической локализации не зависят от органа. Эта группа опухолей носит гетерогенный характер, классифицируется в зависимости от микроскопического аспекта тканей и их степени дифференцировки, основного биологического потенциала опухоли, редкости встречаемости и ее клиники. Морфологический полиморфизм ПЗО, опыт диагностики и лечения этих опухолей, а также сообщение больным о прогнозе, наблюдение и ранняя диагностика рецидивов является специфической и весьма сложной для большинства клинических центров в области хирургии и онкологии. Вот почему клинко-научное исследование этой патологии остается актуальной и в настоящее время (Шмальц, 2016).

Ключевые слова: забрюшинные опухоли, забрюшинное пространство, диагностика.

Introducere

TRP sunt tumori care se dezvoltă în spațiul retroperitoneal (SRP), nu au apartenență organică și au proveniență mezenchimală, neuro-ectodermală sau vestigială. [1,2,3,4,5].

TRP se întâlnesc destul de rar, constituind 0,1%-0,2% din toate tipurile de tumori și 10%-15% din toate tipurile de sarcoame ale țesuturilor moi. Pack și Tabah oferă date de incidență a TRP de 0,2% din 60.000 tumori cercetate, iar Bucalossi - 0,07% din 30.000 cazuri analizate [7,16]. Literatura rusă de specialitate menționează raritatea TRP, oferind date

de incidență de 0,03-1% dintre toate tumorile umane [8,9,10].

Tumorile retroperitoneale primitive (TRP) constituie un grup heterogen și variază clinic în patologia oncologică. Incidența mică și polimorfismul clinico-morfologic al TRP, experiența în managementul diagnostic și curativ al pacienților cu TRP, precum și în consilierea pacienților referitor la prognostic, monitorizare și diagnosticul precoce al recurențelor este una critică pentru majoritatea centrelor de excelență în domeniul chirurgical și oncologic. Astfel activitatea științifico-clinică în studiul patologiilor date, rămâne actuală și în prezent. (Schmalz, 2016).

Scurt Istoric

Date științifice despre TRP apar sporadic pe parcursul anilor în literatura de specialitate. Conform datelor oferite de W. Wirbatz și coaut. (1963), Beniwiemi în 1507 este primul care descrie o tumoră retroperitoneală primitivă. În 1761, G.B. Morgagni, în timpul unei necropsii identifică un lipom al SRP. Noutatea științifică despre TRP, este materializată de către același Morgagni mai târziu printr-un review al literaturii contemporane lui, în care descrie 10 cazuri distincte de TRP, 2 cazuri dintre care aparțin autorului. În 1824, fortuna face ca John Lizars, în tentativa de a efectua ovariectomie, efectuează ablația unui lipom gigant retroperitoneal devenind pionierul tratamentului chirurgical în TRP. Anul 1829 este anul în care, J.F. Lobstein, în «Traité d'Anatomie Pathologique», utilizează pentru prima dată termenul de "sarcom retroperitoneal". În 1906, ilustrul chirurg rus Gaghen-Torn (И.Э. Геген-Торн), la al VI-lea simpozion al chirurgilor din Rusia, relatează despre experiența sa în efectuarea operațiilor combinate de ablație a TRP, acesta efectuând ablația în bloc a liposarcomului cu suprarenala și rinichi precum și a unui liposarcom în bloc cu rezecția distală a pancreasului. Ulterior interesul pentru TRP a crescut, datele științifice fiind sistematizate în articole științifice în care se analizează datele literaturii despre: etiologie, diagnostic și tactica de tratament (tehnici chirurgicale) al TRP. În 1949 Palumbo și coaut. publică lucrarea sa în care relatează 500 de cazuri de TRP descrise în literatura mondială, iar în 1963, А.П. Шанина, contabilizează 3000 de cazuri.[17]

Anatomia spațiului retroperitoneal

Spațiul retroperitoneal (SRP) este spațiul virtual delimitat anterior de peritoneul parietal, posterior – fascia endoabdominală, superior – diafragma, lateral – de inflexiunea peritoneului de pe peretele lateral al abdomenului pe cel posterior, iar inferior drept graniță virtuală servește linia terminalis pelvis.

SRP este un spațiu vast împărțit convențional în 5 regiuni: regiunea lombară stângă (flancul stâng), regiunea lombară dreaptă (flancul drept), regiunea prevertebrală, fosa iliacă dreaptă și stângă.

B.B. Цвиркун propune clasificarea originală de a delimita SRP în 5 zone [18,19]:

1. suprarenal pe stânga, având ca limite: superior – diafragma; inferior - planul transversal de la nivelul arterei renale pe stânga; medial – aorta; lateral – peretele abdominal;

2. infrarenal pe stânga: superior - planul transversal de la nivelul arterei renale stângi; inferior – linia terminalis; medial – aorta și artera iliaca comună stângă; lateral – peretele abdominal;

3. spațiul interiliac: zona cuprinsă între arterele iliace comune și linia terminalis;

4. infrarenal pe dreapta: superior - planul transversal de la nivelul arterei renale drepte; inferior – linia terminalis; medial – aorta și artera iliacă comună dreaptă; lateral – peretele abdominal;

5. suprarenal pe dreapta, având ca limite: superior – diafragma; inferior - planul transversal de la nivelul arterei renale drepte; medial – aorta; lateral – peretele abdominal;

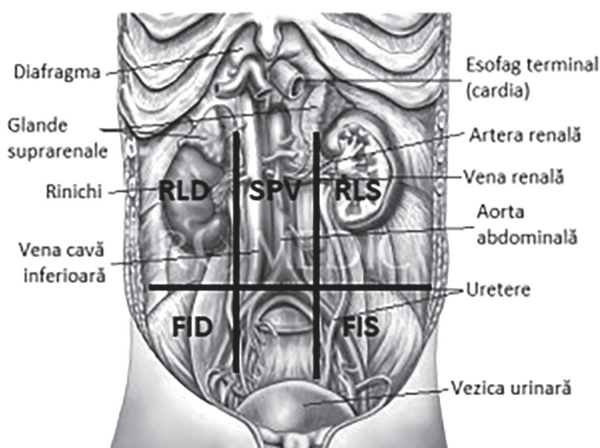


Fig. 1. Regiunile spațiului retroperitoneal
RLD- regiunea lombară dreaptă, SPV – spațiul prevertebral, RLS – regiunea lombară stângă, FID – fosa iliacă dreaptă, FIS – fosa iliacă stângă

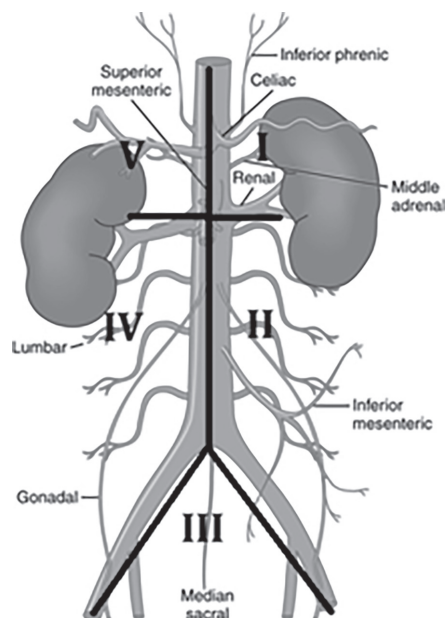


Fig. 2. Zonele retroperitoneale propuse de B.B. Цвиркун

Clasificarea Tumorilor Retroperitoneale Primitive

Prima clasificare a TRP, criteriul de clasificare fiind proveniența histologică a tumorii datează din anul 1954 și a fost propusă de către L.V. Ackerman.

Tabelul 1

Clasificarea Ackerman

Țesutul de origine	Benign	Malign
Mezodermal Adipos Țes. muscular neted Țes. muscular streat Țes. conjunctiv Vase limfatice Țes. mezenchimal primitiv Vase Histiocitic Origine incertă	Lipom Leiomiom Rabdomiom Fibrom Limfangiom Mixom Hemangiom Hemangiopericitom benign Histiocitom fibros benign Xantogranulom	Liposarcom Leiomiosarcom Rabdomiosarcom Fibrosarcom Limfangiosarcom Mixosarcom Hemangiosarcom Hemangiopericitom malign Histiocitom fibros malign
Nervos Nervi Sistem nervos Simpatic Țesut adreno-cortical ectopic și țesut cromafin	Neurofibrom Neurilemom benign Ganglioneurom benign Simpaticoblastom Neuroblastom benign Chemodectom Ependimom extra-adrenal	Neurofibrosarcom Neurilemom malign Ganglioneurom malign Neuroblastom malign Carcinom adreno-cortical Paragangliom malign non-cromafin
Țesuturi vestigiale	Teratom benign Condrom	Teratom malign

Această clasificare este comodă în utilizare și partajează tumorile în: de proveniență mezenchimală, neurogenă și embrională.

Ambiguitatea histologică a TRP, pune probleme importante în utilizarea unei clasificări unice. Actualmente TRP, sunt clasificate în baza clasificării histologice a tumorilor țesuturilor moi și țesutului osos, propusă și actualizată de către OMS (2013). Clasificarea dată este complexă, iar un șir de tumori incluse în clasificare fie nu se întâlnesc în spațiul retroperitoneal s-au se întâlnesc cazuistic. Astfel, pentru utilizarea zilnică și comodă se dă predilecție clasificării internaționale TNM.

Clasificarea TNM*:

- T1 – dimensiunile tumorii <5 cm;
- T2 – dimensiunile tumorii >5 cm, dar <10 cm;
- T3 – dimensiunile tumorii >10 cm, dar <15 cm;
- T4 – dimensiunile tumorii > 15 cm;
- Nx- ganglionii limfatici regionali nu sunt evaluați;
- N0 – metastaze absente în ganglionii limfatici regionali;
- N1 – metastaze în ganglionii limfatici regionali;
- M – prezența metastazelor
- M0 – focare metastatice la distanță lipsesc;
- M1 – focare metastatice la distanță prezente;

*Clasificarea TNM a tumorilor maligne, Ediția a VIII-a, James D. Brierley, Mary K. Gospodarowicz, Christian Wittekind coordonatorul ediției în limba română: Rodica Anghel. PRIOR 2017

Un rol important în determinarea prognosticului clinic pentru pacientul cu TRP, îl are gradul de malignitate tumorală care este în corelație directă cu gradul de diferențiere celulară[19,21]:

Gx – gradul diferențierii tumorale nu este determinat

- G1 – celule diferențiate,
- G2 – celule moderat diferențiate,
- G3 – celule slab diferențiate/nediferențiate.

Determinarea gradului de diferențiere celulară se face după criteriile:

- Numărul de mitoze,
- Paternul histologic al țesuturilor,
- Prezența celulelor atipice,
- Prezența celulelor gigante polinucleate,
- Gradul de necroză tumorală,
- Prezența embolilor tumorali în vasele tumorii.

Caracteristicile clinico-biologice ale TRP

TRP prezintă 4 caracteristici biologice importante ce determină manifestările clinice ale acestora: (1) creștere expansivă și puțin invazivă, (2) prezența

capsulei, veridică în cazul tumorilor benigne și "virtuale" în cazul tumorilor maligne, (3) rata mică de metastazare la distanță, (4) rata înaltă de recurențe locale (Yanyong Jiang, 2017).

TRP fiind în 80 % maligne și 20 % benigne, metastazează rar, în 20-30% [12]. Având rata de metastazare mică, acest proces de avansare la distanță este caracteristic mai mult pentru următoarele tipuri de tumori: tumorile vestigiale, mezenchimale mai ales pentru leiomiosarcome, neurogene și angiogene (20—28%), și cel mai rar pentru liposarcoame (5,5%).

Deși rata de metastazare este mică, TRP recidivează frecvent, rata de recidivă chiar și a tumorilor benigne este cuprinsă între 20-90%. Odată cu recidivarea tumorii, morfopatologii menționează un proces de "întinerire celulară", gradul de diferențiere celulară diminuând, iar potențialul de malignizare crește. Se poate presupune că focarele cu celule slab sau moderat diferențiate persistă din start, odată cu apariția tumorii, astfel cu fiecare recidivă, ponderea celulelor slab și moderat diferențiate crește, fiind martorii malignizării tumorii. În aceste condiții, diagnosticul final despre morfologia și tipul tumorii, benign/malign, ceea ce este foarte dificil de determinat.

Datorită creșterii lente și expansive, SRP vast, fără delimitări anatomice, face ca manifestarea clinică să fie asimptomatică o perioadă îndelungată de timp, dezvoltate în SRP din primordii histologice variate, TRP reprezintă un grup heterogen de afecțiuni oncologice cu diagnosticare tardivă. Semnele clinice apar drept consecință a compresiei sau invadării de organe din vecinătate. Clinica apărută este una secundară, caracteristică pentru organul adiacent afectat. Conform datelor din literatură, tumorile cu o dimensiune mai mică de 5 cm în diametru poate fi diagnosticată incidental [13,16], cel mai frecvent TRP sunt

diagnosticate la o dimensiune mai mare de 10 cm a tumorii [14,15]. Conform datelor literaturii pacienții cu TRP prezintă următoarele simptome [19]:

Diagnosticul TRP

Având în vedere că semnele clinice de cele mai dese ori sunt secundare, caracteristice organelor pe care tumorile le invadează, diagnosticul TRP începe cu analize de laborator și metode de investigații pentru excluderea patologiei organului afectat. USG-ul cavității abdominale și spațiului retroperitoneal este metoda imagistică de start care poate să răspundă la următoarele întrebări:

- localizarea tumorii
- caracterul tumorii: tumoare nodulară sau multinodulară.
- dimensiunea
- caracterul regulat sau neregulat al marginilor tumorii (încapsulată sau nu),
- structura tumorii (chistică, solidă, mixtă),
- ecogenitatea (anechogenă, hipoechogenă, izoechogenă, hiperechogenă),
- prezența pediculului vascular,
- caracterul relației cu organele vecine.

În dependență de paternul histologic al tumorii, ultrasonografic fiecare tip de tumoră se caracterizează în felul său:

Tumorile provenite din țesut adipos de obicei sunt multinodulare. Lipomul se vizualizează cu contur cert, izoechogen, structură solidă uniformă, de obicei cu capsulă hiperechogenă, în regim Doppler, pediculul vascular nu se determină. În formele maligne, tumora se vizualizează cu margini neregulate, hiperechogenă. În structura tumorii maligne se identifică artere unice sau vascularizație colaterală. Formele recidivante devin tot mai neomogene, cu diferit grad de ecogenitate. Este posibilă identificarea zonelor de distracție.

Tabelul 2

Manifestările clinice ale TRP

Simptom	Pinson C.W. (în %)	Столяров В.И. (în %)	Вашакмадзе Л.Ф. (în %)
Dureri abdominale	69	69	69
Dureri lombare	30	31	30
Dureri în membrele inf. Edemul acestora	15	8	8-15
Pierdere ponderală	55	32	32-35
Distensie abdominală	35	11	11-35
Dereglări funcționale intestinale	27	26	46
Febră	12	11	17
Dereglări de urinare	12	14	10-14

Odată cu fiecare recidivă apar tot mai multe vase în structura tumorii.

Tumorile provenite din țesut muscular neted sunt uni- sau multinodulare de cele mai deseori sferice, cu contur regulat. Forma benignă, are structură omogenă, hipo- sau izoecogenă cu capsulă bine evidențiată. Vascularizația tumorii este identificată la o dimensiune a tumorii mai mare de 5 cm în Dm. În cazul formelor maligne, tumora se prezintă cu formă neregulată, cu contur neclar. Structura tumorii prezintă o structură neomogenă cu diferit grad de ecogenitate, cu zone de destrucție. Tumorile sunt bine vascularizate cu rețea colaterală bine dezvoltată. Cu fiecare recidivă, tumorile devin hipoecogene, iar circulația sanguină intratumorală mai abundentă.

Tumorile provenite din țesut limfatic - Limfangi-omul reprezintă de cele mai dese ori formațiune nodulară mono- sau polilobulară, cu contur regulat bine delimitat. Poate fi evidențiată capsula. Structura tumorii poate fi atât omogenă cât și heterogenă, masa tumorii fiind alcătuită din mai multe camere lichidiene, septurile fiind bine evidențiate. La examenul Doppler, rețeaua de vascularizare în capsulă, septuri sau părțile solide ale tumorii absente.

Limfomul poate să se prezinte ca formațiune mono- sau multinodulară formă sferică cu contur clar, regulat, foarte rar se poate identifica capsula. Structura tumorii este neomogenă cu consistență semisolidă sau solidă. Vascularizație la examenul Doppler de obicei nu se determină.

Tumorile provenite din țesut nervos - reprezintă formațiune nodulară unică cu margini și contur regulat. Este posibilă și prezența capsulei. Tumora poate fi cu structură atât omogenă cât și neomogenă, cu ecogenitate joasă sau medie. În ceea ce privește vascularizația, este prezentă ca și la leiomiome, la dimensiunile tumorii mai mari de 5 cm în Dm.

Chisturile și formațiunile chistice, ca formațiuni de volum, sunt tumori nodulare unice cu contur și margini regulate și capsulă bine diferențiată. Pot avea structură omogenă sau neomogenă în dependență de conținutul formațiunii. Vascularizația este absentă. Chistadenomul sau chistadenosarcomul comparativ cu chistul simplu poate fi unic sau multiplu, dar ca și în cazul chisturilor cu margini regulate și capsulă. Structura, de obicei, este neomogenă, iar vascularizația este absentă în formele benigne și din abundență în capsulă sau septuri în formele maligne [19,22].

În baza datelor sus-menționate putem afirma că USG abdominală și al SRP, atât în regim standard, în regim Doppler sau cu reconstrucție tridimensională permite stabilirea unui diagnostic de TRP, oferă date preventive despre implicarea organelor din vecinătate sau caracterul benign/malin al tumorii. Astfel, USG

poate fi utilizată ca metodă imagistică de screening, dar nicidecum pentru programarea volumului și tacticii de tratament chirurgical.

În aceste condiții pentru diagnosticul de certitudine a TRP sunt necesare metode imagistice cu sensibilitate și specificitate sporită care să permită elucidarea diagnosticului și oferirea unei imagini cât mai reale pentru programarea și planificarea volumului operator. În această ordine de idei, Tomografia Computerizată (TC) și Rezonanța Magnetică Nucleară (RMN) prin capacitățile tehnice de determinare a densității tisulare, epicentrului formațiunii, sunt mai utile și mai precise în diagnosticul TRP comparativ cu USG-ul. Semiologia imagistică este complexă și poate genera răspuns la întrebări ce țin de: localizarea exactă a tumorii, gradul de implicare a organelor adiacente și natura tumorii.

Topografierea exactă a TRP se face prin racordarea tumorii la cele 2 planuri anatomice: cranio-caudal și antero-posterior.

Orice dislocare a organelor atât retroperitoneale cât și intraperitoneale în plan cranio-caudal (deplasarea spre anterior a rinichilor, suprarenalelor, splinei, intestinului subțire, colonului, deformarea mușchilor psoas, schimbarea traiectului sau comprimarea vaselor SRP) servește indiciu despre localizarea tumorii în spațiul retroperitoneal [19,23,24].

Pentru determinarea gradului de implicare a organelor retroperitoneale în proces, este necesară analiza semnelor imagistice [23,24,25].

În afară de semiologia imagistică caracteristică relațiilor de vecinătate tumoare-organ, un șir de semne vorbesc despre diagnosticul specific al tumorii. Prin urmare:

- prezența calcinatelor intratumorale sunt caracteristice pentru ganglioneurom sau fibrosarcom;
- densitatea formațiunii caracteristică țesutului adipos, structura omogenă este caracteristică pentru lipom, în cazul structurii heterogene este vorba despre liposarcom.
- zonele de necroză intratumorală, vorbește despre gradul înalt de malignitate a tumorii, ex. Leiomi-osarcom.
- hipervascularizarea tumorii este la fel un semn de malignitate, însă poate fi caracteristică și formațiunilor de volum de proveniență vasculară, ex. heman-giom sau hemangiopericitom.
- ariile de omogenitate redusă și densitate diferită este caracteristică pentru neurofibrom.

RMN, la moment este principala metodă imagistică pentru examinarea țesuturilor moi. Cu toate avantajele ei, RMN, nu este capabilă să furnizeze informații specifice de fiecare dată. Prezența unui patern histologic anume, poate fi sugerată prin evaluarea ca-

Tabelul 3

Semiologia CT caracteristică pentru TRP

Semnul	Descrierea semnului	Imagine
Semnul umărului	De fiecare parte a leziunii sau tumorii se determină o ”limbă” de ţesut care provine din organul implicat în focar, care mărturiseşte de apartenenţa tumorii la acest organ (ex. în chisturile renale). Absenţa semnului umărului confirmă natura independentă a masei în raport cu organul adiacent.	
Semnul represiunii	Aceasta corespunde unei deformări a unui organ flexibil (tractul digestiv, vena cavă inferioară) ca urmare a compresiei din partea unei formațiuni dure fără invazia organului comprimat.	
”Dispariția organului”/organul fantomă	Atunci când o leziune se dezvoltă dintr-un organ mic, astfel după creșterea formațiunii organul dat nu mai poate fi detectabil	
Semnul de organ încorporat	când o parte a unui organ cavitat apare încorporată în tumoare	
Semnul arterei de alimentație	Tumora are pedicul vascular propriu.	
Semnul invadării de organ	Tumora ”concrește”cu organul, independența tumorii de organ este incertă	

racteristicilor semnalului (intensitatea și intensificarea) înregistrat. Un avantaj deosebit față de celelalte metode de diagnostic, RMN-ul capătă la administrarea substanței de contrast.

Analizând semnalele RMN după administrarea substanței de contrast, se disting 4 tipuri de intensificare a semnalului:

1. fără intensificarea semnalului – este caracteristic pentru formațiunile tumorale benigne;
2. intensificare precoce a semnalului pe o perioadă scurtă – este caracteristică pentru formațiunile tumorale benigne sau pentru maladia Castelman;
3. Intensificare precoce cu menținere în platou – este caracteristică pentru formațiunile tumorale maligne;

4. intensificarea întârziată a semnalului – este caracteristică pentru unele formațiuni benigne sau pentru formațiunile tumorale maligne cu component mixoid (ex. leiomiosarcomul sau liposarcomul mixoid).

Un alt grup de semne caracteristice pentru un anumit patern histologic detectabile la RMN sunt [24,25]:

- Semnul țintei: zona centrală cu semnal de intensitate joasă sau intermediar, înconjurată de un halou cu semnal de intensitate mare în T2. Acestea corespund țesutului fibros central și țesutului mixoid din jur. Semnul dat este caracteristic pentru neurofibrom sau schwanom.

- Semnul bolului cu fructe: un mozaic din semnale de diferită intensitate: mică, intermediară și înaltă în faza T2. Se datorează combinării componentelor solide, degenerării chistice, hemoragiei, stromei mixoide și țesutului fibros. Acest lucru este adesea observat în fibrohistiocitomul malign, sarcomul sinovial sau sarcomul lui Ewing.

- Semnul panglicii: o structură liniară sau curbilinară care reprezintă semnal hipointens în T2. Aceasta corespunde unei benzi de celule Schwann și fibre de collagen în masă. Este frecvent observată în gangliom neurom și neurofibrom.

- Semnul "flow void"/lipsa semnalului – acest lucru este adesea observat la hemangiopericytom, hemangiomul arteriovenos și sarcomul alveolar al țesuturilor moi.

- Semnul "pistruiilor" – reprezintă zonele de intensitate sporită care apare în faza T1, după administrarea substanței de contrast. Corespunde structurilor septate, ex. leiomiosarcom și rabdomiosarcom.

Concluzii

Cu toate avantajele diagnostice oferite de metodele imagistice descrise mai sus, uneori este greu de determinat paternul histologic al tumorii sau tipul tumorii benign/malign, semnele imagistice fiind doar indicii indirecte care permite stabilirea diagnosticului. În aceste condiții, diagnosticul final se poate pune cu

exactitate doar după examenul histologic al tumorii. Mostra histologică pentru examinare se poate obține prin punctii ghidate sau după înlăturarea piesei operatorii.

Incidența mică, polimorfismul clinic, histologic precum și particularitățile anatomice ale spațiului în care se dezvoltă tumorile, în pofida progreselor obținute pe plan diagnostic al TRP, pune la grea încercare chiar și pe cei mai versați chirurghi și oncologi. [6]. În acest context, cercetările științifice axate pe problema de diagnostic și tratament al TRP, rămâne a fi actuală și în prezent.

Bibliografie

1. Vasile I., Vilcea D., Nemeș R., Curcă T., Pașalega M., Calotă F., Paraliu T., Meșină C., Mogoș D. Chirurgia, 100(1), p. 27-33.
2. Popovici A. *Tumori primitive retroperitoneale*. Tratat de Patologie Chirurgicală, Editura Medicală, București, 2001, vol. 2, p. 1814-1826.
3. Setlacec D., Proca E., Popa C. *Tumorile retroperitoneale primitive*. Editura Medicală, București, 1986.
4. Hoover H.C. *Retroperitoneal neoplasms*. Oxford Textbook of Surgery on CD-ROM. 1995 and Electronic Publishing B.V. Rotterdam, The Netherlands and Oxford University Press, 1995, p. 1335-1338.
5. Ingu A., Watanabe, A., Ichimiya, Y., Saito T., Abe T. *Retroperitoneal bronchogenic cyst: a case report*. Chest, 2002, p. 121:1357.
6. Mischian D., Bănă M., Dinu M., Vlasin G. *Tumorile retroperitoneale - experienta Clinicii Urologie a Spitalului Militar Central*. Chirurgia, 2002, 97, p. 139.
7. Bennisa N., Soualy K. *Tumeurs rétroperitoneales primitives de l'adulte : à propos de 11 cas*. Ann Urol. 2003, 37, p. 252. [http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4401\(03\)00098-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0003-4401(03)00098-6). [PubMed].
8. Адамян Л.В., Кулаков В.И., Савицкая Л.К. К вопросу о профилактике кровотечений у женщин с забрюшинными опухолями таза путем эмболизации внутренних подвздошных артерий. Акушерство и гинекология, 1992, 2, с. 57-61.
9. Бабаджанян С. С. Клиника и диагностика первичных внеорганных забрюшинных опухолей таза. Автореферат дисс. к.м.н., Москва, 1978.
10. Бачиашвили А. К. Комплексная диагностика, лечение и прогноз неорганных опухолей забрюшинного пространства. Дисс. док. мед. наук, Москва, 1988.
11. Singer A.J., Andres K.H. *Nejrilemoma of the kidney*. Urology. 1996, 47, p. 575. [http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295\(99\)80500-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0090-4295(99)80500-7). [PubMed].
12. Gatcombe H.G., Assikis V., Kooby D. et al. *Primary retroperitoneal teratomas: A review of the literature*. J Surg Oncol. 2004, 86, p. 107– 3. <http://dx.doi.org/10.1002/jso.20043>. [PubMed].
13. Windham T.C., Pisters P.W. *Retroperitoneal sarcomas*. Cancer Control. 2005, 12, p. 36–43. [PubMed].
14. Fang Lee, Tung-Sun Huang, Xin-Yi Ng, Wen-

Chin Ko, Chien-Liang Liu, Jiunn-Chang Lin. *Surgical management of primary retroperitoneal tumors – Analysis of a single center experience*, Journal of Cancer Research and Practice, 2017. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcrpr.2017.01.001>[Scienedirect];

15. Zheng-jun Cheng, Qian Cheng, Jian-ping Gong, Chan Qiu, Da-xing Li. *Surgical Treatment of Huge Primary Retroperitoneal Tumor: A Report of 14 Cases*. American Journal of Cancer Prevention, 2016, 4(4), p. 64-69.

16. Adil Aitsakel, Hachem Elsayegh, Lounis Benslimane, Yassine Nouini. *Tumeurs rétropéritonéales primitives: Profils diagnostique, thérapeutique et anatomopathologique*. Can Urol Assoc J., 2015, 9(11-12).

17. Rasulov R.I., Dvornichenko V. V., Muratov A.A., Songolov G.I., Mozgunov D. V. Неорганные забрюшинные опухоли: прошлое и настоящее. Сибирский медицинский журнал (Иркутск), 2015, 7, с. 5–14.

18. Зубков Р.А., Расулов Р.И. Непосредственные результаты хирургического лечения неорганных забрюшинных опухолей. 2009, 2(32), с. 6–10.

19. Vashakmadze L.A., Cheremisov V.V. *Current clinical aspects, diagnosis and treatment of nonorganic retroperitoneal tumors*. Oncosurgery, 2011, 3, p. 44–54.

20. Новикова И.А., Ульянова Е.П., Селютина О.Н.,

Алиев Т.А., Ващенко Л.Н., Аушева Т.В. *DNA-cytometric characteristics of primary soft tissue sarcomas*. Kazan meditsinskiy zhurnal, 2017, 98(4), p. 509–13.

<http://journals.eco-vector.com/index.php/kazanmedj/article/view/6864>

21. Степанова Ю.А. Комплексная ультразвуковая диагностика неорганных забрюшинных образований. Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2014, 2(1607–0771), p. 27–40.

22. Merran S., Karila-Cohen P., Vieillefond A. *Tumeurs rétropéritonéales primitives de l'adulte*. J Radiol, 2004, 85(2), p. 252–64. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0221036304975762>

23. Carbognin G., Pinali L. *Retroperitoneal Tumors*. 2005, 78(4), p. 619–43. https://link.springer.com/chapter/10.1007/3-540-26664-X_27#citeas

24. Nishino M., Hayakawa K., Minami M., Yamamoto A., Ueda H., Takasu K. *Primary Retroperitoneal Neoplasms: CT and MR Imaging Findings with Anatomic and Pathologic Diagnostic Clues*. Radiographics, 2003, 23(1), p. 45–57. <http://radiographics.rsna.org/content/23/1/45%5Cnhttp://radiographics.rsna.org/content/23/1/45.full%5Cnhttp://radiographics.rsna.org/content/23/1/45.full.pdf>