

comparativă a indicilor CV și SG la copii cu OM și patologia maxilo-facială a demonstrat influența negativă a patologiei auriculare cu ameliorare după tratamentul chirurgical.

Deci, evoluția OM la copii cu patologia MF are particularitățile evidente: tendința spre cronizare procesului inflamator purulent în UM cu formare coles-teatomului și progresarea scăderii de auz. [2, 8, 9]. Tratamentul OM la copii cu patologia MF este etapizat, îndelungat, include tratamentul complex medicamentos și chirurgical.

### Bibliografie

1. Vetrician S. *Maladia urechii operate*. Monografia. Centrul Editorial-Poligrafic Medicina. Chișinău, Moldova. 2018. 150 p.
2. Diacova S. *Evoluția otitei medii la copii*. Monografia. Centrul Editorial-Poligrafic Medicina. Chișinău, Moldova. 2019. 160 p.
3. Diacova S. *Electrophysiology characteristics of middle ear in understanding of otitis media development in early childhood*. 2017, Proceedings E-Health and Bioengineering Conference (EHB), 2017, 22-24 June, p.377-381.
4. Diacova S, McDonald T, Ababii I. *Clinical, functional, and surgical findings in chronic bilateral otitis media with effusion in childhood*. Ear Nose Throat J, 2016, v.95, Nr. 8:E31 – E 38.
5. Diacova S. *Electro-acoustical examination in noninvasive monitoring as a basis for treatment selection*. IFMBE Proceedings of the 4<sup>th</sup> International Conference on

### Concluzii

Copii cu patologia maxilo-facială necesită monitorizare urechii medii pentru diagnosticul otitei medii la timp și efectuare tratamentului adecvat. Managementul otitelor medii la copii cu patologia maxilo-facială se bazează pe diagnosticul complet și tratamentul etapizat, intensiv medicamentos și chirurgical. Monitoring-ul urechii medii în dinamică la copii cu patologia maxilo-facială permite profilaxia complicațiilor și evoluției nefavorabile ale otitei medii la aceasta categoria de pacienți.

Nanotechnologies and Biomedical Engineering; 2019 Sep 18-21; Chisinau, Moldova. Cham: Springer; 2020. p. 627-631.

6. Diacova S., McDonald T. *A Comparison of Outcomes following Tympanostomy Tube Placement or Conservative measures for Management of Otitis Media with Effusion*. Ear Nose Throat J, 2007,86(9):552-554.

7. Diacova S., Ababii I. *Metoda de tratament al otitei medii exudative la copii*. Brevet de invenție MD 674Y. BOPI, 2013-09-30, p. 24-25.

8. Diacova S. *Effectiveness of modified miniinvasive otomicrosurgery in recurrent and persistent otitis media in children*. 2017, Proceedings E-Health and Bioengineering Conference (EHB), 2017, 22-24 June, p.386-390.

9. Diacova S. *Post-surgical noninvasive monitoring of middle ear in otitis media prolonged forms*. În: Mold Med J. Chișinău, Moldova, 2020; 3(63), p.11-15.

CZU:618.19-006-053.2

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.13>

## TUMORILE GLANDELOR MAMARE LA MINORE: METODOLOGIE ȘI CLINICĂ

<sup>1,2</sup>Ion MEREUȚĂ, dr. în șt. med., prof. univ.,

<sup>3</sup>Veronica ȘVEȚ, asist. univ.,

<sup>1</sup>Institutul de Fiziologie și Sanocreatologie,

<sup>2</sup>Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”

<sup>3</sup>Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „N. Testemițanu”, Catedra Oncologie

e-mail: [ion.mereuta@usmf.md](mailto:ion.mereuta@usmf.md)

### Rezumat.

În acest articol se examinează aspectele clinice și metodologice ale cancerului mamar la adolescente și se bazează pe un studiu realizat în perioada anilor 2013-2020 la Clinica universitară din secția de Oncologie pediatrică a INSP IO. Scopul acestui studiu a fost de a confirma incidența fibroadenomului și a tumorilor filode.

**Cuvinte-cheie:** glandă mamară, adolescent, tumori, metodologie, clasificare.

### Summary. Breast cancer at minors: methodology and clinical.

This article highlights the importance of clinical and methodological aspects of the mammary gland tumors of the girls, and it is based on the study conducted between 2013-2020 in the University Clinic and Pediatric Oncology Department of the INSP IO. The stake of this study was to argue the frequency of the fibroadenomas and phylloid tumors.

**Key-words:** mammary gland, minor, tumors, methodology, classification.

**Резюме. Опухоли молочной железы у несовершеннолетних: методология и клиника.**

В данной статье рассматриваются клинические и методологические аспекты опухоли молочной железы у девочек, и оно основано на исследовании, проведенной между 2013-2020 в университетской клинике в отделении детской онкологии INSP IO. Цель данного исследования было подтвердить частоту фиброаденомы и филоидных опухолей.

**Ключевые слова:** молочная железа, подросток, опухоли, методология, классификация.

**Introducere.** Glandele mamare sunt o parte a sistemului reproductiv a femeii care diferă de alte organe prin unele particularități. Ca organ reproductiv sânul este foarte sensibil la acțiunea diferitor schimbări hormonale în organismul feminin, care au loc chiar și la fiecare ciclu menstrual. Astfel glanda mamară este unul dintre cele mai vulnerabile organe din corpul femeii din punct de vedere oncologic. Este necesar de menționat, că creșterea celulară și dezvoltarea tuturor organelor are loc accelerat în perioada dezvoltării accelerate a organismului cum ar fi dezvoltarea în perioada embrionară, apoi în perioada dezvoltării intrauterine, apoi în perioada nou-născutului etc., pe când în această perioadă dezvoltarea glandelor mamare este nesemnificativă. Creșterea accelerată, dezvoltarea și formarea glandelor mamare ca organ începe în adolescență și relativ tardiv, când se apropie perioada fiziologică de alăptare. Prin acest fapt se lămurește dezvoltarea proceselor tumorale ale sânelui, inclusiv și a celor maligne, la femei și astfel se explică apariția excepțional de rar a patologiei maligne a glandelor mamare la minore.

Diminuarea importanței depistării precoce și tratamentului patologiei mamare la minore și adolescente majorează riscul de stări proliferative într-un stadiu incipient. Totodată majoritatea cercetărilor confirmă faptul că formele proliferative de mastopatie difuză, fibro-chistică, au un înalt nivel de malignizare [9]. Cancerul de sân se depistează de 3-5 ori mai frecvent pe fondalul patologiei mamare benigne și de 30-40 de ori mai frecvent pe fondalul mastopatiilor nodulare cu proliferarea epitelială a glandelor mamare [8]. Este de menționat faptul, că diferite stadii de dezvoltare a procesului tumoral a glandei mamare poate fi evidențiat substanțial în timp.

Din datele statistice a diferitor centre oncologice procesele maligne a glandelor mamare la minore se întâlnesc nu mai frecvent de 0,04% [1, 11]. Pentru Republica Moldova cancerul mamar la fete până la 18 ani este o cazuistică, însă procesele tumorale benigne, care chiar provoacă mutilarea glandei mamare se întâlnesc destul de frecvent [10].

**Clasificarea.** Conform clasificării curente patologia glandei mamare la minore și adolescente poate fi divizată în anomalii, tulburări de dezvoltare, boli non-tumorale, tumori benigne și tumori maligne ale glandei mamare. Evaluarea clinică a diferitor forme

de anomalii și malformații ale glandelor mamare în mare măsură este de natură subiectivă și nu este la moment complet formată.

Luând în considerare că la copii se întâlnesc mai frecvent procesele tumorale benigne [2], este necesar de prezentat clasificarea proceselor benigne utilizată de oncologii din Republica Moldova.

Clasificarea histologică a proceselor benigne ale glandei mamare (Clasificarea Internațională N2, Ediția II, Geneva, 1984) [9]:

I. Tumori benigne epiteliale: papilom intraductal; adenomul mamelonului; adenomul (tubular; cu semne de lactație).

II. Tumori fibrocelulare și epiteliale: fibroadenomul; tumoare filodă (chistosarcom filod).

III. Alte tipuri de tumori: tumorile țesuturilor moi; tumorile pielii; tumorile țesutului hematopoietic și limfoid.

IV. Tumori neclasificate

V. Displazia glandei mamare / maladia fibrochistică

VI. Afecțiunile pseudotumorale: ectazia ductală (este o componentă structurală a maladiei fibrochistice); pseudotumorile inflamatorii; hamartomul; ginecomastia.

În unele centre științifice oncologice și clinici universitare a fost elaborată o clasificare clinică de stări patologice ale glandelor mamare la minore și adolescente, care servesc drept suport metodologic medicilor în utilizarea terminologiei corecte în activitatea zilnică.

Clasificarea clinică de stări patologice a glandelor mamare la copii și adolescenți [8, 9]:

1. Glande mamare sănătoase: telarhe (de la 8 ani la fete).

2. Devieri temporare de la starea normală a glandei mamare: îngroșarea nodulară, fiziologică, a glandelor mamare la nou-născuți; telarhe prematura izolată; ginecomastie juvenilă; galactoree.

3. Malformații: atrofia; atelia; amastia; polythelia; polimastyia; asimetria sânilor (până la 100 ml și mai mult de 100 ml diferență); macromastia; mikromastia; coilomastia.

4. Stări patologice: telarhe premature; ginecomastia; mastalgia; mastopatia; chisturile mamare (până la 0,5 cm și BO Leah 0,5 cm); fibroadenoma; patologie intraductală; infecții și inflamații; patologie mamelo-

nului (Miliom, aterom, telită); transformarea chistică a țesuturilor; stări posttraumatice etc.

**Aspecte de normă.** Până la vârsta de pubertate glandele mamare la băieți și fete este la fel și sunt formate din mamelon și areolă. Dezvoltarea sânului este primul semn al debutului pubertății la minore. Aproximativ cu 6 luni înainte de menarhă, se observă intensificarea creșterii glandei mamare. Creșterea glandei mamare începe de obicei la 11-12 ani, dar poate să apară mai devreme sau mai târziu (se consideră norma de la 8 până la 13-14 ani). Această intensificare de creștere de țesutului glandular sub mamelon se numește – telarhe. În primele luni de la începerea acestui fenomen se poate observa o asimetrie a creșterii glandelor mamare (cu durata de până la 3 luni), de multe ori în primul rând începe să se dezvolte sânul stâng, iar sânul drept poate să întârzie și se dezvoltă mai târziu. Sensibilitatea mameloanelor și a glandelor mamare în această perioadă este o variantă a normei [3, 4, 5].

**Abateri temporare de la starea normală.** Îngroșarea fiziologică a glandelor mamare apare la 60% nou-născuți, egal frecvent la băieți și fete din primele săptămâni de viață. Această stare este cauzată de particularitățile fiziologice ale sistemului endocrin al nou-născutului și influența hormonilor materni care pătrund în sângele copilului din laptele matern. Această stare trece în câteva săptămâni, sânii revin spontan la dimensiunile inițiale, deși în 1,5-2% îngroșarea poate dura până la 8-10 luni [6].

**Telarheea** prematură izolată se întâlnește la fete de la 6 luni la 7 ani și se manifestă printr-o creștere a glandelor mamare. Procesul poate fi pe una sau pe ambele părți. În acel moment nu se depistează alte semne de pubertate.

**Ginecomastie juvenilă** – mărirea sânilor la băieți. Apare în timpul pubertății active (vârsta 12-17 ani). Aproximativ 30% din mărirea sânilor la băieți este clasificată ca ginecomastie juvenilă. Această stare este cauzată de schimbările hormonale semnificative care pot apărea la această vârstă.

**Galactoree** – prezența eliminării lactiforme din mamelon. La nou-născuți este un simptom rar, pot apărea în primele săptămâni după naștere. Eliminările lactiforme apar ca urmare a concentrației crescute în sânge de hormoni hipofizari (prolactina, hormonul tireotrop, hormon adrenocorticotrop, hormon de creștere), ce este tipic perioadei de nou-născut.

**Dezvoltarea anormală a glandei mamare.** Atrofia glandei mamare (hipomastia) – apare ca urmare a pierderii de țesut adipos și a țesutului conjunctiv de menținere, poate fi din cauza absenței congenitale sau subdezvoltarea țesutului glandular, sau a tulburărilor sistemice (de exemplu, tulburări de alimentație, boala

Crohn), pe fond de radioterapie, disfuncției congenitale a suprarenalelor, disgenesiei gonadelor, hipogonadism hipogonadotrop etc. Cele mai frecvente cauze – deficitul de greutate corporală. Nutriția adecvată contribuie la o creștere a sânului [7].

**Atelia** – lipsa mamelonului. Necesită corecție chirurgicală plastică de mamelon care se recomandă după vârsta de 18 ani pentru a evita distrucția țesutului glandular.

**Amastia** – absența completă a țesutului glandular, este parte a sindromului înăscut Poland. Acest sindrom a fost descris pentru prima dată de Alfred Poland în 1841 și include o absență parțială sau completă a mușchiului pectoral asociată cu anomalia membrului superior pe aceeași parte.

**Politelia** – numărul crescut de mameloane, care sunt situate pe linia mamară embrionară situată de la linia medioclaviculară (axilară) până la mijlocul pliului inghinal. Această patologie este adesea asociată cu malformații congenitale de cord sau cu anomalii renale. Politelia provoacă disconfort în perioada alăptării. Această patologie nu necesită tratament activ. În unele cazuri se recurge la corecție cosmetică. Riscul de a dezvolta cancer de sân la pacientele cu politelie este același cu cel a femeilor cu glande normale.

**Polimastia** – apare la 5% din femei. Aceasta se caracterizează prin focare situate anormal de țesut glandular care pot forma tumefieri suplimentare în peretele toracic, de multe ori în fosa axilară. Adesea primele plângeri apar în aceste zone în timpul sarcinii sau alăptării. Politelia și polimastia sunt mai frecvente decât atelia și amastia.

Asimetria sânilor (de la 100 ml diferență). Această stare se poate dezvolta ca urmare a unor leziuni de sân în copilărie, deși în multe cazuri cauzele asimetriei nu pot fi stabilite. În final, evaluarea asimetriei glandelor mamare se va efectua la sfârșitul pubertății. La volumul mediu a glandelor mamare de 500 ml cel mai frecvent se depistează o asimetrie a glandelor mamare în volum de 50-60 ml. Diferența de 100 ml este considerată evidentă. Interesant că în 73% din cazuri este mai mare sânul stâng. La o asimetrie semnificativă poate fi efectuată corectarea cosmetică chirurgicală la finalizarea dezvoltării sexuale.

**Macromastia** – glanda mamară de dimensiuni mari. Dimensiunea normală de sân este dificil de a fi determinată din cauza atitudinii societății și criteriilor de modă. În medie în grupul de femei cu vârsta de 25-45 ani, volumul sânului este de aproximativ 500 mm<sup>3</sup>. În mod ideal, volumul glandei mamare este de 250-300 mm<sup>3</sup>. Volumul de 400-600 mm<sup>3</sup> este considerat hipertrofia moderată, 600-800 mm<sup>3</sup> – hipertrofia pronunțată, 800-1000 mm<sup>3</sup> – hipertrofia semnificativă, iar >1500 mm<sup>3</sup> – gigantomastia. În plus

se depistează o corelare strânsă dintre macromastie și anamneza familială. La aproximativ 80% dintre fetele macromastia începe în perioada de pubertate. Glanda mamară în cazul macromastiei este de obicei mobilă, cu infiltrații difuze, fără o diferențiere clară de țesut adipos adiacent, pot apărea infiltrații fuziforme. Fetele cu macromastie frecvent acuză dureri în piept, umăr, spate. Uneori adolescentele și părinții lor în mod greșit asociază aceste dureri cu efectul de disconfort psihologic. Macromastia se poate dezvolta rapid în câteva luni sau se manifestă prin creșterea treptată pe parcursul a mai multor ani. Corelație directă dintre macromastie și statusul hormonal, inclusiv sensibilitatea eronată a receptorilor glandei mamare către hormoni nu a fost depistată. Macromastia poate fi atât bilaterală, cât și unilaterală, deși, de obicei se manifestă o creștere simetrică a sânilor. Examenul patomorfologic descrie țesut a glandei mamare în stare de dezvoltare normală. Examenul sonografic prezintă țesutul glandular și adipos [7, 9].

În unele cazuri de macromastie poate fi indicat un tratament chirurgical de obicei după perioada de pubertate, în volumul de mamoplastie de reducere. În unele cazuri este indicat tratament hormonal. Se descrie scheme de tratament hormonal eficient. Macromastia poate fi, de asemenea, un factor de risc pentru dezvoltarea mastopatiilor.

Coilomastia – este un defect anatomic care se manifestă prin retracția mameloanelor. Frecvența de apariție în populație este de aproximativ 10%. Frecvent generează disconfort psihologic. Provoacă dificultăți de alăptare. Principala cauză sunt ducturile lactate scurte (ce este predispoziție genetică), cu formarea de benzi fibroase (posibil după inflamație). Metoda de bază de tratament este conservativă. Majoritatea metodelor de tratament chirurgical provoacă distrugerea ducturilor lactate. Coilomastia poate fi unilaterală sau bilaterală și se depistează în aproximativ 2-4% din adolescente.

Micromastia – nu este o patologie severă care ar provoca dificultăți de alăptare. Starea în cauză are o predispunere constituțional-ereditară. După alăptare sau pe fondul maturizării, pe fondul adăugării masei ponderale dimensiunile glandelor mamare se pot normaliza. Cu scop curativ se poate aplica stimularea fiziologică sau limfatică a sânilor pentru o perioadă de 3-6 luni. Corecția cosmetică chirurgicală se recomandă după alăptarea la necesitate.

**Stări patologice ale sânelui.** Telarhee prematură este o stare când se determină telarhie la fetele sub vârsta de 8 ani, pe fondul apariției părului pubian (adrenarhe) și depistării dezvoltării sexuale accelerate. Necesită o examinare mai detaliată pentru a confirma sau exclude pubertatea precoce.

Ginecomastia – în copilărie și adolescență este o patologie relativ rară nu depășește 5-8% din toate cazurile de ginecomastie în această vârstă. În caz de sensibilitate crescută a țesutului mamar la estrogeni aceste caracteristici conduc la proliferare de țesut de suport a glandelor mamare. Boala este cauzată de metabolismul vicios al hormonilor sexuali.

Mastalgia – (cu dependență de ciclu menstrual și fără). Mastalgia fără modificări morfologice a glandei mamare apare frecvent la adolescente (aproximativ 65%) durerile au natură ciclică, înainte de menstruație apar pe ambele părți, fără o localizare clară și poate radia în umăr sau braț.

Mastopatia – conform definiției OMS (1984), mastopatia – boala fibrochistică, prezintă procese complexe caracterizate printr-un spectru larg de modificări proliferative și regresive în țesutul mamar cu formarea anormală de epiteliu și țesut conjunctiv și cu formarea modificărilor fibroase la sân, cu formarea structurilor chistice și structurilor cu natura proliferativă. Nivelul de proliferare a țesutului mamar, inclusiv epiteliul, structurile alveolare, stroma. Progesteronul, dimpotrivă, inhibă aceste procese proliferative și reduce numărul de mitoze. Procesele proliferative sunt individuale și sunt asociate cu vârsta. La adolescente și femeile tinere proliferările fibroase sunt minime, și implică mai frecvent cadranul superior exterior.

Chist de sân (0,5 cm și mai mult) – apare la aproximativ 6% din fete în perioada de pubertate. Unii autori presupun că chistul este rezultatul de malabsorbție de secreție a glandelor postnatale. Dimensiunile chisturilor variază de la câțiva milimetri până la câțiva centimetri. În absența inflamației în chisturi, copiii și adolescenții nu simt această patologie. Uneori formațiunea chistică poate fi însoțită de extindere la nivelul mamelonului. Localizarea chisturilor la copii este întotdeauna în regiunea sub- sau periareolară [8, 9].

Fibroadenom – o tumoră benignă a sânelui. Modificările în glanda mamară în acest caz constă din două componente: stromale și epiteliale. Leziunile fibro-epiteliale pot fi apreciate ca hiperplastice (fibroadenoame și hiperplazie fibroadenomatose) sau neoplazice (tumoră filodă). Boala este diagnosticată foarte frecvent mai ales la vârsta de 15-25 ani. Clinic, acestea sunt formațiuni rotunjite cu contururi clare, mobile, nedureroase. Dimensiuni diferite. Există patru tipuri de fibroadenoame: generale, gigante, juvenile, tumoră filodă. Adolescenții adesea depistează fibroadenomul în timpul băii sau autopalpare.

Diagnosticul complex al fibroadenomului include examenul clinic, ecografia, biopsia cu ac subțire, examen citologic. Se recurge la tratament chirurgical

în dependență de mărimea nodului, vârsta pacientului, precum și de familia adolescentei. În majoritatea cazurilor se operează formațiuni de la 1 cm. Intervenția se petrece cu protecția anesteziei locale, cu unele excepții individuale, cu păstrarea maximal posibilă a țesutului glandei mamare sănătoase. Cu anestezie generală se înlătură fibroadenoame de dimensiuni mari sau fibroadenoame localizate profund. La adolescente fibroadenomul este mai frecvent în grupul de 16-18 ani. Prezența fibroadenomului mărește riscul de cancer mamar de 2 ori.

Tumoarea filodă la adolescenți se depistează în 0,4% din cazuri. Ea poate avea până la 20 cm, contururi clare, dense, este mobilă. Tumoarea mare oferă schimbări ale pielii, ale venelor și provoacă asimetria mamelonului. Tumoarea filodă se manifestă clinic ca formațiune tumorală neomogenă, densă, uneori fixată de piele. Din cauza dimensiunii mari și hiperextensiei a pielii poate deteriora ducturile lactice, pot fi eliminări hemoragice la nivelul mamelonului. Cel mai frecvent tumoarea filodă este benignă, însă sunt descrise cazuri de tumoare filodă malignă la adolescenți. Extrem de rar în tumorile filode pot fi detectate focare de cancer non-invaziv (*in situ*) sau focare de cancer ductal invaziv sau cancer lobular. Tumorile filode benigne se deosebesc de fibroadenoame prin schimbări fibrozante și hiperplastice a stromei.

Patologie intraductală a glandelor mamare – papilomul intraductal al glandei mamare, precum cancer intraduct. Din cauza dimensiunilor mici, acest tip de patologie nu este posibil de depistat la examenul ecografic sau mamografie. Primul simptom sunt eliminările patologice din mamelon.

Cancerul de sân la copii – este o patologie extrem de rară. Sunt descrise cazurile de apariție a cancerului

mamar la adolescente. Cancerul de sân se întâlnește la 0,04% din toate tumorile maligne la copii. Cancerul mamar la copii are următoarele particularități: grad mai puțin pronunțat de malignitate; metastazează în organele la distanță mult mai târziu comparativ cu maturii; debutul bolii la copii a cancerului de sân începe cu simptomatologia generală (ale întregului organism) și după o perioadă relativ îndelungată apare simptomatologia locală; țesutul tumoral al cancerului de sân la copii puțin diferă de țesutul adiacent sănătos din care este format. Acesta este un criteriu de diagnostic favorabil.

La copii, cancerul de sân poate să se dezvolte atât la fete, cât și la băieți. Apariția tumorii, în majoritatea cazurilor, la vârsta de 12 ani, se datorează faptului că în această perioadă se depistează modificări hormonale ale întregului organism. Părinții ar trebui să acorde o atenție deosebită la apariția în regiunea sânelui a unei ulceratii, eroziuni, deformarea glandei mamare, apariția căror-va noduli sau retracții a pielii sânelui, la apariția eliminărilor din mamelon. Deseori, la locul tumorii se poate schimba pielea. Pielea poate fi retrasă, să aibă aspectul coajei de portocală, riduri și alte defecte. Copiii mai mari pot prezenta, de asemenea, semne de boală inflamatorie a sânelui. Scopul studiului a fost studierea tumorilor glandelor mamare la minore.

**Rezultate și discuții.** În perioada 2013-2020 au fost înregistrate 97 (100%) cazuri de tumori: benigne – 94 (96,9%) și cancer – 3 (3,0%). Fibroadenomul a fost identificat în 44 (45,2%) cazuri, tumorile filode – 20 (20,3%), adenomul – 11 (11,3%), chistadenopapilomul – 4 (4,1%) (Tabelul 1).

La minorele cu vârsta de 16-17 ani a fost stabilit diagnosticul de fibroadenomatoză, ce corelează cu procesele proliferative fiziologice. S-au depis-

Tabelul 1

Tipul tumorilor mamare la adolescente

Anul	Total		Fibroadenom		Tumoare filodă		Adenom		Chistadenopapilom		Fibroadenomatоза		Cancer	
	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%	c.a.	%
2013	11	11,3	7	63,6	2	18,2	0	0	1	9,0	0	0	1	9,1
2014	28	28,8	22	78,5	2	7,1	1	3,8	0	0	3	10,7	0	0
2015	7	7,3	6	85,7	1	14,3	0	0	0	0	0	0	0	0
2016	10	10,3	3	30	4	40	0	0	1	10	1	10	1	10
2017	17	17,5	1	5,9	7	41,1	1	17,5	2	11,7	6	35,3	0	0
2018	11	11,3	2	18,1	2	18,1	2	18,1	0	0	4	36,4	1	9,0
2019	7	7,3	2	28,5	1	14,3	3	42,8	0	0	2	28,5	0	0
2020	6	6,2	1	16,6	1	16,6	4	66,6	0	0	0	0	0	0
Total pe toți anii	97	100	44	45,2	20	20,3	11	11,3	4	4,1	16	16,4	3	3,0

tat preponderent tumorile la adolescentele cu vârsta cuprinsă între 15-17 ani (86,9%). După locul de trai au prevalat tumorile la minorele din sectorul rural – 65%. Fibroadenomul intracanalicular a fost depistat histologic în 55 (56,7%) din cazuri.

### Concluzii

1. Tumorile glandelor mamare la minore reprezintă o problemă actuală atât din punct de vedere medical, cât și social.

2. În baza semnelor clinice, examinarea glandelor mamare cu prezența tumorii palpabile, investigațiilor necesare poate fi stabilit diagnosticul de tumoare a glandelor mamare, cu aprecierea ulterioară a metodei de tratament.

3. Pe parcursul anilor 2013-2020 s-au înregistrat 97(100%) cazuri de tumori ale glandelor ma-

mare, cele mai răspândite fiind fibroadenoamele (44 (45,2%) cazuri), urmate de tumori filoide (20 (20,3%) cazuri). În 86,9% din cazuri erau minorele cu vârsta de 15-18 ani. Indicii confirmă influența estrogenică asupra apariției tumorilor mamare la adolescente, în special a fibroadenomului. După mediul de trai a dominat mediul rural (65%), ce denotă faptul că la minorele din localitățile rurale nu se efectuează screening-ul tumorilor glandelor mamare, având acces mai limitat la specialiști pentru evaluare și diagnostic.

4. Pe parcursul anilor 2013-2020 s-au înregistrat 3 cazuri de cancer (vârsta 16-17 ani).

5. Tumorile la sân în rândul minorelor crește, ce argumentează adresarea precoce la medicul specialist. Sunt argumentate măsurile de monitorizare a adolescenților în școli și licee.

### Bibliografie

1. Breast cancer highlights from ASCO 2004 (conference report). *Int J Fertil Womens Med.* 2004; 49(5): 239-40.

2. Buțureanu Șt. *Patologie ginecologică benignă*. Ed. Institutul European, 2004. 42.

3. Chang D.S., McGrath M.H., *Management of benign tumors of the adolescent breast*, *Plast Reconstr Surg.* 2007 Jul; 120(1): 13e-19e.

4. Copeland, Larry J.: *Textbook of Gynecology*, W.B. Saunders Company, 1999.

5. De Vitta V., Hellman S., Rosenberg S.A. *Principles and practice of oncology*, Jones and Bartlett publishers, 2003.

6. Diaconu C., Chifu C., Iftime C., Iftime I., Miron L., Carasevici E., Ferariu D., Cobzeanu C., Crumpei F. *Bilateral*

*breast cancer (BBC)*. Considerations on a series of 20 cases. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2006; 110(4): 867-73.

7. Greydanus D.E., Parks D.S., Farrell E.G: *Breast disorders in children and adolescents*. *Pediatric Clin North Am* 1989; 36:601.

8. Mereuță I., Cernat V., Vozian I. *Tumorile la copii. Managementul clinic al cancerelor ereditare*. Ch.: Tipogr. „Print-Caro”, 2012, 72 p.

9. Mereuță I., Gațcan S. *Mastopatiile difuze*. Ch.: Print-Caro, 2012. – 151 p.

10. Țibîrnă Gh. *Ghid clinic de Oncologie*. Chișinău: Univers, 2003, 828 p.

11. Окулов А.Б., Адамьян Л.В., Бровин Д.Н., Богданова Е.А. *Молочные железы и их заболевания у детей*. М.: МИА, 2010. 160 с.

CZU: 616.831-006-053.2

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.14>

## THE MANAGEMENT OF BRAIN TUMORS AT CHILDREN

Angela LEANCĂ

Children Clinical Hospital „V. Ignatenco”, Chisinau, the Republic of Moldova

e-mail: [leanca.angela@mail.ru](mailto:leanca.angela@mail.ru)

### Summary.

**Background:** Brain tumors are a severe form of pathologies, that are more common in children and it is associated with hydrocephali. The long term effects of central nervous system therapy for children with brain tumors have been the subject of research since the 1970. Many studies have demonstrated that children treated for brain tumors with surgery and standard radiation therapy have developed intellectual decline which is progressive over at least a decade.

Risk factors for the cognitive deterioration have been identified and include: perioperative complications, hydrocephalus, high radiation dose, large volume radiation, chemotherapy (especially methotrexate), vasculopathy and young age at the time of treatment.

**The purpose of research:** Study of surgical treatment applied to children with brain tumors hydrocephalus by implementing and perfecting the surgical treatment.