

9. Indicele de iod și siccitatea uleiurilor (http://www.bioterapi.ro/aprofundat/index_aprofundat_index_enciclopedic_substanteTrigliceride.html#structura_proprietati_chimice).

10. Trigliceride, Importanță pentru om (http://www.bioterapi.ro/aprofundat/index_aprofundat_index_enciclopedicsubstanteTrigliceride.html#raspandirea_in_natura).

Rezumat

Uleiurile din semințe de struguri, semințe de dovleac și miez de nucă sunt obținute prin metoda de presare la rece din materia primă autohtonă. Ele sunt o sursă valoroasă de principii activi vegetali (acizi grași esențiali, tocoferoli, vitamine și minerale), absolut indispensabili pentru organismul uman, cu proprietăți regeneratoare, citoprotectoare și antioxidative.

Summary

The oils from the pits of grape, pumpkins and nut, are received by method of cool pressing from local raw material. They are a valuable source of vegetable active material (fat acids, tocoferols, vitamins and minerals), absolutely necessary for human organism, with regenerating, citoprotective and antioxidant properties.

TERATOM CERVICAL LA NOU-NĂSCUT

Eva Gudumac, academician, prof. univ., **Irina Livșiț**, doctorandă,
USMF „Nicolae Testemițanu”, Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică
„Academician Natalia Gheorghiu”

Introducere

Teratoamele sunt cele mai frecvente tumori ale copilului, care se pot manifesta oricând, începând cu perioada intrauterină, nou-născuți, copil, adolescent. Substratul etiologic al afecțiunii congenitale este reprezentat din țesuturi provenite din cele 3 straturi de celule germinale: ectoderm, mezoderm, endoderm. Ele pot fi mature și imature, care conțin țesuturi mature și imature. În teratoamele imature este prezentă o cantitate variabilă a țesuturilor imature. Gradul imaturității a fost stabilit după un sistem propus de Thurlbeck și Scully și modificat de Dehner (1986). Literatura a adus în atenție studii importante privind aspectul clinic, paraclinic (ecografie, radiografie, scintigrafie, tomografie computerizată, enzime celulare, markeri citogenetici, moleculari etc). Multitudinea studiilor clinice dovedesc nu doar diversitatea aspectelor anatomice ale teratoamelor, dar mai ales incertitudinile persistente în cadrul nozologic.

În legătură cu acest caz pe care noi îl comentăm, teratoamele nu sunt întâlnite numai cu localizarea sacrococcigiană, dar și cervicală etc.

Prezentare de caz clinic. Bolnavul P. (fișa medicală № 4426) 7 ore de la naștere, a fost spitalizat în secția de reanimare chirurgicală în stare foarte gravă. Din anamneză este cunoscut că copilul este de la a II-a sarcină, a II-a naștere, la 39 de săptămâni, prezentare craniană, apele curate. Copilul a fost născut în asfixie gravă, cu cianoză pronunțată, bătăi cardiace unice, fără respirație de sine stătătoare. Au fost efectuate manipulări de resuscitare (inclusiv intubația traheală). Obiectiv la naștere, în regiunea cervicală s-a determinat o formațiune tumorală masivă. După stabilizarea stării generale pe tub endotraheal, copilul a fost transferat în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică „Academician Natalia Gheorghiu”. Examinarea obiectivă a evidențiat un nou-născut în stare generală gravă, la respirație de sine stătătoare prin tub endotraheal. În regiunea cervicală se atestă o formațiune patologică nodulară, în formă de gușă, cu consistența dur elastică, indoloră, imobilă, acoperită cu piele vizual neschimbată. (fig. 1,2).



Figura 1. Bolnavul P. la internare



Fig. 2. Bolnavul P. pe masa de operație

Radiologic la bolnavul dat se atestă o formațiune tumorală în regiunea cervicală (fig.3, fig.4).

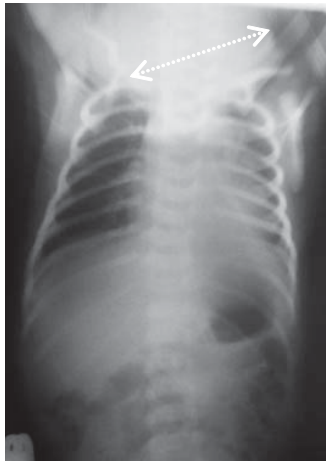


Figura 3. Radiografia bolnavului P. față



Figura 4. Radiografia bolnavului P. profil drept

La ecografia abdominală ficatul cu contur clar, ecogenitatea medie, parenchimul omogen, lobul drept – 41mm, lobul stâng – 26 mm, v. portă – 2 mm, vezica biliară se depistează, pancreasul rău se vizualizează, splina – 30 mm, omogenă. Rinichiul drept 44x24 mm, rinichiul stâng 45x25 mm, parenchimul D=S=8 mm. Vezica urinară nu-i plină. În regiunea cervicală se determină o formațiune 45x43 mm cu contur șters, ecogenitatea crescută.

Hemograma: hemoglobină – 168 g/l; eritrocite – 5,2; leucocite – 20,2; nesegmentate – 5; segmentate – 80; eozinofile – 0; limfocite – 13; monocite – 3; VSH – 20; biochimia sângelui: ureea – 5,2; K – 5,00; Na – 13,6; Ca – 2,0, ALT – 144; AST – 102. Grupa de sânge A (II); Rh(+).

După o pregătire preoperatorie generală a copilului s-a intervenit chirurgical. Cu anestezie generală, după prelucrarea câmpului operator, a fost efectuată o incizie longitudinală sub formațiunile patologice. Pe straturi a fost efectuată eliberarea formațiunii tumorale din țesuturile adiacente și înlăturarea ei în totalmente, fiind vizualizată traheea fără schimbări patologice (fig.5, fig. 6, fig.7).

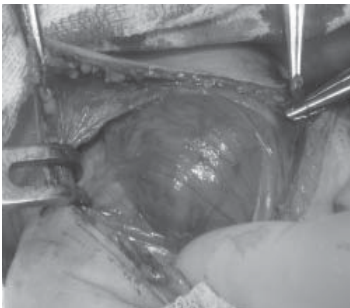


Figura 5. Formațiunea tumorală la incizia pielii (stratul adipos)



Figura 6. Timpii operativi de mielizare a formațiunii tumorale cervicale



Figura 7. Traheea după înlăturarea totală a formațiunii tumorale

Examenul macroscopic denotă o formațiune 9x5 cm., compusă din trei noduli acoperită cu o capsula fină, surie, neîntreruptă. La secțiune a fost prezentată din multipli noduli mici cu diferite dimensiuni (fig.8). După controlul hemostazei și al aspectului final al regiunii cervicale antero-laterale s-a plasat un dren – lamela de mânășă cu refacerea planului anatomic. Evoluția postoperatorie imediată după intervenția chirurgicală laborioară a fost simplă, în special în ce privește timpul de reconstrucție, fapt confirmat prin cicatrice aproape invizibilă, refacerea postoperatorie rapidă.

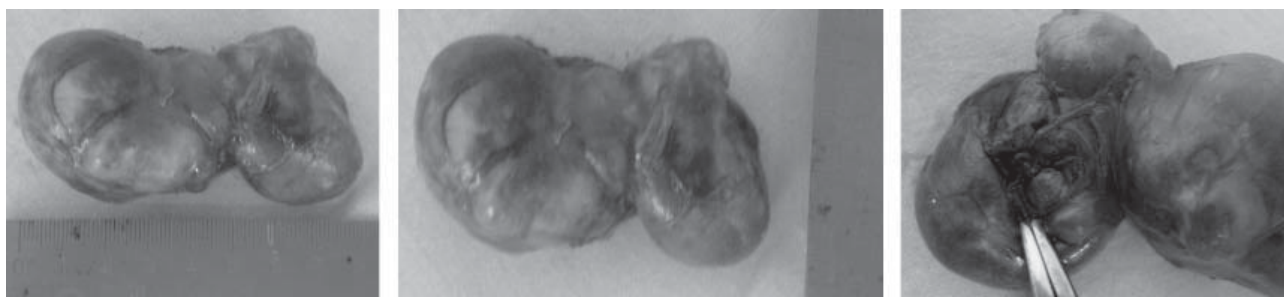


Figura 8. Piese de tumoră excizată totalmente

Examenul histopatologic indică la un teratom imatur.

Pe imagini prezentăm pacientul P. imediat după operație, peste 10 zile postoperator și peste 5 luni după operație (fig. 9, fig. 10, fig. 11).



Figura 9. Imediat după operație



Figura 10. Peste 10 zile postoperator



Figura 11. Peste 5 luni postoperator

În stare generală satisfăcătoare cu cicatrizarea primară a plăgii, copilul a fost externat la domiciliu cu evaluare la distanță.

Discuții. Teratomul (sinonim embriom) este o tumoră care se dezvoltă din celule embrionale și histologic se atribuie la tumora disembrională. Se dezvoltă încă până la nașterea copilului, dar se manifestă clinic la diferite vârste. Denumirea tumorii provine de la cuvântul grecesc „teratos” – „monstru” și „oma”- „tumoare”. Incidența 1:20000-40000 nou-născuți vii și doar în 5% se localizează în regiunea cervicală.

Anomalia hromozomială celulară este cauza ce se confirmă prin faptul, că tumora conține celule embrionale a mai multor organe (chiar țesut hepatic), care nu sunt caracteristice zonei anatomice afectate. Cu cât mai devreme în viața embrionului începe dezvoltarea tumorii, cu atât mai mult va fi dereglată dezvoltarea copilului. Semnele clinice ale tumorii în aceste cazuri sunt prezente deja la naștere.

Teratomul se determină în deosebi la copii în primii ani de viață și corespunde aproximativ 6% dintre toate tumorile întâlnite la copii. La nou-născuți și sugari cu afecțiuni tumorale, teratomul se determină în 22-25% de cazuri.

Este necesar de indicat că dezvoltarea teratomului:

- nu este legată cu modul de viață al mamei până la/și în timpul sarcinii;
- nu este legată de vârsta mamei;
- nu este legată cu ereditate;
- nu este legată cu rasă și etnologie.

La nou-născuți teratomul se dezvoltă din țesut nedevelopat și greu de diferențiat de tumorile maligne. La copiii de la 4 luni până la 5 ani teratomele sunt maligne în aproximativ 50-60% de cazuri.

Teratomul secretă substanță biologică activă (α -fetoprotein, ganadotropină β -corionică), prezența cărora în cantități mari în sânge indică activitatea tumorii.

Teratoamele sunt mature și imature (dezvoltate și nedevelopate).

Teratoamele imature sunt tumori alcătuite din țesut nedevelopat, provenind din toate cele trei foițe embrionale (ectoderm, mezoderm, endoderm), amintind de țesutul embrionar în perioada organogenezei. Macroscopic au o consistență solidă sau solid-chistică, consistență netedă-neomogenă, de culoare sur-albuie, la incizie cu multiple chisturi și sectoare mucoide. Microscopic se determină focare proliferative de epitelium intestinal imatur, respirator, pluristratificat plat, mușchi transversali neformați, cartilajiu, localizați printre țesutul mezenchimal mixomatos. Pe alocuri printre elementele imature, de tip embrionar se întâlnesc sectoare de țesut teratomatos matur.

Pe lângă elementele de tip embrionar nedevelopate se determină și zone de țesut teratomatos dezvoltat. Este necesar de indicat că semnele patognomice ale tumorii maligne prezintă doar acele teratoame mature și imature, care se asociază cu cancerul embrionar, tumora vezicii biliare, testiculului sau carinoepiteliomul.

Semnele comune ale teratomului la copii sunt, ca regulă, debut benign și metastazarea rară în ganglioni limfatici apropiați, pulmoni, ficat și oase.

Formele teratoamelor:

- chisturi epidermoidale, întâlnite mai frecvent decât celelalte teratoame, alcătuit din epitelium plat pluristratificat;
- chisturi dermoide – cavitatea acoperită cu epitelium pluristratificat și conține rudimente ale pielii;
- chisturi teratoide – cavitatea acoperită cu epitelium și umplut cu conținut brânzos.

Semnele clinice ale teratomului cervical:

- este prezent imediat la naștere, rar după primul an de viață;
- mărimea diferită, în mediu 5-12 cm., mai frecvent ating valori gigante;
- înconjoară structurile vitale, așa ca esofagul, glanda tiroidă, traheea, ce provoacă greutate în respirația copilului după naștere;
- palpator este netedă sau deluroasă, nedureroasă sau dureroasă;
- conținutul semilichid sau dur;
- pielea deasupra formațiunii – nemodificată sau necrotizată în tumorile majore;
- temperatura pielii deasupra teratomului malign este de obicei normală, iar desenul vascular este bine accentuat;
- teratoamele maligne nu ating mărimi mari comparativ cu cele benigne
- respirația este stridorosă;

- cianoză și sufocare în rezultatul compresiei sau deplasării traheei;
- este posibilă disfagia;
- la examinările radiologice în 50% de cazuri se determină calcificări.

La ecografia uterului gravidei la a 18-a săptămână, patologia va fi suspectată dacă se va determina stomacul gol și polihidramnios, și necesită un monitoring ecografic în excluderea altor patologii. În 20-40 % de cazuri polihidroamniosul complică diagnosticarea prenatală a teratomului cervical.

Diagnosticul diferențial se va face cu:

1. Limfangiomul – tumora benignă cu caracter înăscut, macroscopic ne amintește de chist cu pereții subțiri de diferită mărime de la noduli 0,2-0,3 cm până la formațiuni masive și constituie 10-12 % din toate tumorile benigne la copii. Mai frecvent se depistează în primul an de viață, mai rar în primii 2-3 ani. Formațiunea are diferite mărimi de la îngroșarea pielei, cu suprafața neregulată, cu margini rău conturate, cu o porțiune mică subcutanată până la formațiuni mari, de consistență elastică, cu fluctuație. La compresie se comprimă, apoi încet își revine, cu mobilitatea neînsemnată, pielea, ca regulă neschimbată, poate fi aderată la formațiune, fiind întinsă, subțiată (se prevede formațiunea albăstruie).

2. Chisturile cervicale mediane care nu ating mărimi mari, sunt deseori aderate la traheea și ușor deviază în timpul înghițirii.

3. Chisturile bronșice se situează pe marginea mușchiului sternocleidomastoidian.

4. Dermoizi-singulari, de consistență densă, delimitate clar, mai frecvent de forma rotundă, fără tendință de creștere rapidă.

Prognosticul la copii cu teratoame imature este deseori discutabil, comparativ cu cei cu teratoame mature.

După efectuarea terapiei complexe, copilul se va afla sub supraveghere permanentă.

Concluzii

1. Tratamentul chirurgical al teratoamelor se va efectua imediat la diagnosticarea lor;
2. Tehnicile radiologice au îmbunătățit posibilitățile de evaluare a tratamentului;
3. Tehnicile neinvazive (tomografia computerizată, diagnosticul cu ultrasunete, rezonanța magnetică) completează explorările paraclinice;
4. Calea sigură pentru stabilirea diagnosticului rămâne confirmarea histopatologică;
5. Microscopia electronică, analiza citogenetică, ADN prin citometrie sunt proceduri diagnostice specializate oferite azi de multe laboratoare;
6. Clinicianul și anatomopatologul în cele mai multe cazuri decid investigațiile speciale potrivite.

Bibliografie selectivă

1. Ашкрофт К. У., Холдер Т. М., Детская хирургия, Санкт-Петербург, 1999, p. 205-207.
2. Дурнов Л. А., Голдобенко Г. В., Детская хирургия, Москва, 2002.
3. Литовка В. К., Грона В. Н., Журило И. П., Мальцев В. Н., Латышов К. В. и соав., Тератоидные опухоли у детей // Украинский Журнал Хирургии, №2, 2008.

Rezumat

În acest articol este prezentat un caz clinic al unui bolnav cu teratom cervical. Această localizare este foarte rară și nu-i tipică pentru teratom. Acest articol descrie principiile de diagnostic și tactici de tratament în cazul pacienților cu această patologie.

Summary

In this article is described clinical case of child with neck teratoma. Given localization is very rare and not typical for teratomas. In the workn are described the principles of diagnostics and tactics of treatment of patients with such pathology.