

Clinica de ortopedie-traumatologie și chirurgie infantilă din Tg.-Mureș
(cond.: conf. I. Száva)

DEGENERAREA CARCINOMATOASĂ A ORIFICIULUI FISTULOS ÎN OSTEOMIELITA CRONICĂ

M. Cosmuta, F. Vánky

Apariția carcinomului pe dermatozele cicatriciale sau pe fistulele consecutive osteomielitei cronice se întâlnește rar în practica medicală. În acest sens este semnificativă statistica comunicată de către *Bastera*: din 1400 osteomielite studiate, *Benedict* (1931) raportează 12 cazuri de carcinoame; *Henderson* și *Stewart* (1936) publică 5 cazuri din 2396 osteomielite. *Dal Monte* (1950) un caz din 790

osteomielite. *Mirabella* (1953) 2 cazuri din 1400 osteomielite observate. *Giacca* (1958) 4 cazuri din 721 osteomielite. *Mariotti* (1962) 2 cazuri din 420 osteomielite. *Mosiiciuk* (1961) publică statistica adunată din literatura de specialitate de către *V. D. Kelemen*, *B. K. Rozentveig*, *M. D. Podiliceak*, care se ridică la 30 cazuri.

În literatura de specialitate românească am găsit referirea lui *A. Cosăcescu* (1943) care în decurs de 10 ani observă 3 cazuri.

După *Henderson* și *Stewart* frecvența apariției unui carcinom tegumentar, în cazul osteomiitelor cronice, ar fi de 0,208%, iar după *Benedict* 0,84%; *R. Farrou* (1962), pe baza unui studiu de 2500 osteomielite cronice constată o frecvență care nu depășește 0,2%.

Intrucât cazurile publicate pînă în prezent depășesc cu puțin 100, credem oportuna prezentarea bolnavei noastre, care este singura internare din evidența clinicii de ortopedie și traumatologie din Tg.-Mureș, cu o degenerare carcino-matoasă a fistulei osteomielitei cronice.

Bolnava *H. M.* (F. o. nr. 581/1965), în vîrstă de 65 ani, din mediu rural, este transferată de la clinica de dermatologie din Tg.-Mureș. Din anamneză rezultă că la 16 ani debutează osteomielite tibiei stîngi care este tratată cu mijloacele terapeutice existente la un dispensar rural. Se instalează osteomielite cronică cu prezența fistulelor care se redeschid periodic, cicatrici întinse ale gambei, înfundate și foarte scleroase. În urmă cu 4 ani fistulizează pe fața antero-externă a gambei în treimea inferioară, după un puseu de reactivare. Cu 5 luni înainte de internare apare la nivelul orificiului extern al fistulei o neoformație sub forma unei nodozități de aspect dermo-hipodermic, care crește, apoi se ulcerează și devine crateriformă, neregulată, cu o bază și o margine dură care depășește ulcerația, avînd c secreție de consistență densă și foarte fetidă. Ulcerația ajunge la mărimea unei palme de copil. Ganglionii limfatici regionali nu sînt interesați.

La examenul radiologic tibia apare îngrosată, neregulată, hiperostozată cu îngrosarea corticalei, trabeculație normală cu zone osteoporotice.

Examenul histopatologic după practicarea biopsiei ne relevă aspectul unui carcinom spinocelular.

Se intervine făcînd amputația membrului pelvin, la nivelul treimii inferioare a coapsei. Postoperator evoluție bună. Bolnava părăsește clinica după 20 de zile.

În grupul precancerului cutanat intră o mulțime de afecțiuni, cu un procent variabil de malignizare. Printre acestea și dermatozele produse de agenții microbieni. Fistulele cronice produse de procese supurative pot și ele maligniza după o lungă perioadă de cronicitate. Procesul neoplazic nu interesează traiectul fistulei, ci orificiul extern care se deschide pe pielea. Transformarea malignă a orificiului fistulos cutanat se face insidios. Acest orificiu este în mod obișnuit sediul unor muguri cărnoși care pot masca proliferarea malignă, împiedicînd astfel un diagnostic precoce. De aici necesitatea supravegherii purtătorilor de fistule cronice, mai ales ai celor trecuți de 40 ani, vîrstă la care se impune în toate cazurile.

Diagnosticul clinic se face pe baza simptomatologiei, dar această simptomatologie variază în funcție de caracterul histologic, forma clinică, stadiul evolutiv și de localizare.

În perioada de început carcinomul spinocelular este reprezentat printr-un nodul dur, un mic placard ușor reliefat sau o formațiune cornosă mobilă pe planurile profunde. Dacă forma este keratozică, producția de keratină se accentuează cu timpul, pentru ca apoi nodulul să ulcereze. Celelalte forme de debut își măresc dimensiunile și ajung la exulcerație și ulcerație. O dată ulcerată, leziunea se acoperă cu o crustă sanguină de culoare roșie închisă sau cenușie care după ridicare lasă o suprafață neregulată sîngerindă, sau acoperită cu o secreție tulbură de culoare cenușie sau gălbuie. Toate aceste forme iau după un timp variabil formă vegetantă sau infiltrativă. În cazul nostru, carcinomul spinocelular infil-



Fig. nr. 1: Aspectul macroscopic al carcinomului apărut pe orificiul fistulos în os teomielita cronică. la bolnava H.M.



Fig. nr. 2: Aspectul histological al biopsiei

trant se prezintă ca o ulcerăție crateriformă, cu marginile neregulate și ușor relie-fate, depășind cu 2—3 mm nivelul tegumentului înconjurător, care poate prezenta un aspect inflamator. Crusta este și aici prezentă, iar palparea arată indurație care merge mai mult sau mai puțin în profunzime, în funcție de stadiul evolutiv.

În toate suspiciunile de metaplazie carcinomatoasă a fistulelor de osteomielită, practic diagnosticul de certitudine îl pune numai examenul histopatologic după biopsie.

Raritatea apariției carcinomului pare a fi relativă, întrucît evoluția îndelun-gată, uneori timp de decenii a osteomielitelor face ca să se piardă din evidența ortopedului, iar raportarea la osteomielitele cronice internate să nu pună în evi-dență adevărata proporție.

În tratamentul carcinomului apărut pe fistula osteomielitei cronice se reco-mandă amputația la distanță. Este singurul procedeu tehnic care dă rezultate bune, întrucît leziunile extinse osoase cu cicatrice foarte scleroase ale părților moi, atro-fia și fibroza secundară a musculaturii întregului segment, nu pot asigura crearea unui bont bun din punct de vedere funcțional.

Autorii care descriu cazuri în care bolnavii au refuzat din diferite motive această intervenție și s-a făcut doar ablația tumorii, urmată de plastie tegumen-tară, au obținut rezultate nesatisfăcătoare, urmînd fără excepție recidivele cu dez-nodămînt fatal, uneori cu toată intervenția radicală aplicată.

Sosit la redacție: 4 iunie 1966.

Bibliografie

1. BAITZ T., KYLE R. A.: Arch. Int. Med. (1964), 113, 6, 872; 2. BOWERS R. F., YOUNG I. M.: Arch. Surg. (1960), 80, 4, 564; 3. COSĂCESCU A.: Afecțiuni osoase, Edit. H. Welther, Sibiu, 1948; 4. ENGLER H. S., FERNANDEZ A., BLIVEN F. E., MORETZ W. H.: Surgery (1964), 55, 5, 654; 5. FARROW R., CRETON R. J.: Brit. J. Surg. (1962), 50, 219, 107; 6. GUTH G.: Dtsch. Gesundh.-Wes. (1957), 12, 34, 1037; 7. JOHNSON L., KEMPSON R.: J. Bone Jt. Surgery (1965), 47-A, 1, 133; 8. MARIOTTI M.: Chir. Organi. Mov. (1962), 51, 1, 39; 9. MARKS K. L., TURNER W. L.: Brit. J. Surg. (1950), 38, 206; 10. MARUSIAK J.: Acta Chir. Orthop. Traum. Cech. (1955), 22, 232; 11. MAZURIK E. V.: Nov. Chir. Arch. (1962), 2, 70; 12. MOSII-CIUK N. M.: Chirurgia (1961), 37, 3, 111; 13. NICOLAU ȘT. GH.: Dermatologie și venerologie, Edit. Med. București 1958; 14. SADIKHOV A. C., FERSHTER B. V.: Ortop. Travm. Protez. (1963), 24, 2, 54; 15. SEDLIN E. D., FLEMING J. L.: J. Bone Jt. Surg. (1963), 45-A, 4, 827; 16. SPIRT M. I.: Ortop. Travm. Protez. (1955), 2, 76; 17. WIESNER H.: Zbl. Chirurg. (1954), 79, 7, 271.