

Clinica de radiologie din Tirgu Mureş (cond.: prof. dr. I. Krepesz, doctor în medicină)
 şi Clinica de radiologie din Timişoara (cond.: conf. dr. N. Mărgineanu,
 doctor în medicină)

CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TUMORILOR OSOASE BENIGNE CU POTENȚIAL MALIGN*

dr. I. Krepesz, dr. N. Mărgineanu, dr. Gr. Stanciu, dr. A. Kertész, dr. Șt. Darvas

Sint considerate tumori osoase benigne cu potențial malign, sau tumori osoase semimaligne, respectiv condiționat benigne acelea care au un caracter histologic, clinic și radiologic benign, cel puțin în prima etapă, pentru ca o parte din ele (un procentaj de 10—15%), în cursul evoluției să-și schimbe simptomele clinice, aspectul radiologic (prin remanieri mai mult sau mai puțin accentuate), să recidiveze dacă sint rezecate, să invadeze organele din jur, să dea metastaze, deci să se comporte ca tumori maligne. Firește accepțiunea noțiunii s-a modificat oarecum pe parcurs. Apare pe deplin justificată concepția care consideră grupa „tumorilor osoase benigne cu potențial malign“, ca un capitol încă deschis, în care la constituenții actuali se adaugă mereu noi forme. În acest fel, cercul afecțiunilor cunoscute ca avind un potențial malign, într-un sens sau altul, se lărgeste mereu.

Astfel, bunăoară, o masă tumorală oricât de benignă, dacă a atins dimensiuni monstruoase, nu se mai pretează unei rezolvări favorabile; pentru un asemenea caz ar fi fost util ca — în cunoștința perspectivelor — intervenția să fi fost executată într-o fază precoce. Situația este similară și atunci când tumoarea evoluează într-o ambianță de importanță vitală, ca de pildă la nivelul coloanei vertebrale (fig. nr. 1/a) — condrom al corpilor C_6-C_7 , cu evoluție ulterioară malignă), extinderea sa — chiar limitată — la ambianța în cauză (devierea traheei) poate impune o intervenție mecanic-paleativă; în acest caz extensiunea ulterioară a procesului (fig. nr. 1 b) nu a mai fost compatibilă cu viața. Prin afectarea în întregime a unui os de funcționalitate importantă, de pildă chiar o simplă polichistomatoză a mandibulei (15) sau hemangiomul de altfel total benign al humerusului (5), afectind totalitatea osului respectiv, pot crea situații deosebit de complicate sub aspectul rezolvării chirurgicale, situații care fără îndoială se încadrează în noțiunea de „potențial malign“.

Din exemplificările date se desprinde în mod firesc încă o concluzie. Dacă nu malignitatea histologică, ci perspectiva sănătății bolnavului este factorul determinant în privința potențialului malign, atunci sub aspectul acestei perspective nici prezența detaliilor histologice de tumoare nu constituie o condiție sine qua non. Într-adevăr granuloamele eozinofile sau reticulozele osoase (fig. nr. 2. — manifestări la nivelul oaselor gambei) evoluează într-o bună parte a cazurilor mortal, chiar dacă temporar cura chirurgicală sau și radiantă au dat unele rezultate. Este de altfel cunoscută tendința la recidivare locală — după intervenția chirurgicală a granulomului eozinofil, chiar dacă efectul curei radiante a fost salutar, generalizarea putîndu-se produce și mult mai tirziu. În acest context, pare semnificativă frecvența crescută a comunicărilor din literatură care semnaleză

* În baza referatului prezentat la Consfătuirea interjudețeană de radiologie, Tg. Jiu, 29—30 mai 1971.

malignizarea unor procese cronice, ca: distrofia fibroasă, boala Paget, boala lui Recklinghausen, granulomul eozinofil etc. (6, 17, 20, 22, 39).

Deci se impune a se avea în vedere și unele distrofii sau degenerescențe care de asemenea pot evolua malign, adăugându-se grupei inițiale exostozele și calusul exuberant, precum și acele formații care prin sediul sau dimensiunile lor reprezintă un criteriu de malignitate potențială.

În delimitarea clasică a noțiunii, grupa tumorilor osoase benigne cu potențial malign — după majoritatea autorilor (7, 8, 19, 37, 41) — cuprinde mixofibromul, condroamele și osteocondromul, tumorile cu mieloplaxă (brună, cu celule gigante sau osteoclastomul), cordomul, cilindromul și ameloblastoamele.

Din această grupă inițială de tumori osoase cu potențial malign se impun a fi tratate descriptiv — mai pe larg — cele mai frecvente forme, adică tumorile cu mieloplaxă (A), condroamele (B) și ameloblastoamele (C); celelalte forme — mai rare — vor fi incluse în discutarea analitică a principalelor aspecte generale sau speciale ale problemei.

I Generalități histo-radiologice

Ca și în cazul celorlalte tumori osoase, două metode de investigație prezintă o importanță primordială pentru determinarea naturii și tipului; examenul radiologic și cel histologic. Această ordine a menționării lor semnaleză succesiunea acestor investigații; examenul radiologic mai prezintă și avantajul major, că — în condițiile prezumției unei tumori osoase — se poate practica cvasinelimitat, pe cînd examenul biptic ca metodă de rutină se indică din motive de anablastie, cu oarecare rezerve.

I a Examenul histologic este — cu rare excepții — suveran în precizarea detaliilor. Tumorile osoase benigne cu potențial malign pot avea o structură histologică benignă pînă la sfîrșit, sau pot da anumite indicații asupra acestui potențial de malignitate (1, 7, 8, 13, 19, 37, 41). Apariția degenerării unei tumori osoase benigne se trădează prin schimbarea calitativă a țesutului tumoral, în care se evidențiază lacune, cu distrugerea ulterioară a corticalei.

Factorul traumatic are un rol important prin producerea de hemoragii endostale, urmate de activarea proliferativă a osteoblaștilor; este posibil ca în acest mecanism de activare a elementelor osteoblastice să intervină și un factor endocrin (paratiroida, hipofiza). După Reinberg (cit. 19) osteodistrofia locală nu este altceva decît un proces presarcomat.

I b Examenul radiologic ne orientează asupra localizării și extinderii leziunii și — cu toate că nu are componența precizării structurii histologice — prin ansamblul semnelor depistate și adecvat corelate permite în imensa majoritate a cazurilor o justă concluzie în privința caracterului tumorii. Această concluzie practic echivalează cu un diagnostic. finele detalii de structură histologică neavînd importanță în aceste cazuri.

În privința semiologiei radiologice a tumorilor benigne cu potențial malign se impune observația:

Ca orice tumoră (benignă sau malignă, primitivă sau secundară, respectiv metastazică) și tumorile osoase benigne cu potențial malign pot evolua cu semne preponderent geodice sau și condensante, adesea caracteristice pentru natura tumorii. Detaliile de benignitate sau malignitate — amprentate pe caracterul geodic sau condensant — sînt de obicei comune pentru diversele structuri histologice. În acest fel, semnul caracteristic de benignitate bine cunoscut de os suflat, cu subțierea corticalei ce și-a păstrat continuitatea, poate fi văzut de pildă atît în cazul unui fibrom condromixomat (14), cit și în cazul unui ameloblastom chistic. Pe de altă parte — independent de histostrucura tumorii — în cazul prezumției de malignitate se constată străpungerea corticalei și distrugerea periostului (fig. nr. 3 — osteoclastom malignizat), cu formarea de pînteni periostali (7, 8, 19, 37).

Examenul radiologic trebuie să fie impecabil sub aspect tehnic, fiind necesare expunerii în incidențe multiple; este posibil, ca detaliul esențial să nu fie vizualizat decît într-una din incidențe, de pildă distrucția de corticală. Radiogra-

liile în serie, repetate la diverse intervale de timp, atrag atenția asupra evoluției, stagnării sau retrocedării procesului tumoral. În raport cu evoluția, după caz, tumorile osoase benigne cu potențial malign vor fi supuse necondiționat tratamentului chirurgical sau radiologic. În cazul suspiciunii de malignizare radiografia toracică este necesară pentru a pune în evidență eventualele metastaze pulmonare clinice asimptomatice.

II Cele mai frecvente tumori benigne cu potențial malign

A. *Tumoarea cu mieloplax (osteoclastomul)* are procentajul de malignitate de 10%. Unii autori o consideră ca distrofie osoasă și contestă evoluția ei malignă (38). Anatomico-patologic și histologic este reprezentată prin celule voluminoase cu nuclee multipli într-o stromă fibroblastică bogată în țesutul vascular tânăr, hemoragii repetate și necroze, ce declanșează activitatea fagocitară a unor elemente celulare din focar. Aceste din urmă aspect pare a confirma în parte acele păreri, care presupun un fond hemoragic, eventual posttraumatic, celulele gigante fiind considerate ca o consecință a „corpului străin” hemoragic.

Formele pe care le poate îmbrăca sînt: centrală, periferică (1, 11) și cea care evoluează cu pusee osteolitice, cînd trabeculele care dau aspectul caracteristic în „bule de săpun” se decalcifică și dispar.

Se pune întrebarea firească, dacă între formele tumorii cu mieloplax se pot observa acelea care poartă factorul malignității. Sînt considerate ca tumori maligne formele osteolitice cu evoluție rapidă.

Este instructiv unul din cazurile noastre de tumoare cu mieloplax, cu localizare în epifiza peroneului (fig. 4 a); recidiva după intervenție a fost bine influențată prin radioterapie, s-a produs însă și osteoliza segmentului vecin al tibiei, acesta trebuind să fie „întărit” printr-un grefon osos; biopsia efectuată cu această ocazie pleda încă pentru benignitate. La scurt interval, starea clinică locală (tume-fiere, dureri) a impus amputarea gambei, de data această punîndu-se în evidență — histologic — o degenerescență sarcomatoasă în aria tibială; după cîteva săptămîni s-au evidențiat și metastazele pulmonare bilaterale (fig. nr. 4/b).

Se întîmplă totuși, ca după trecerea puseelor, tonalitatea calcară a uneori să sporească, trabeculele să se vadă din nou, iar conturul tumorii să redevină precis.

Merită a fi subliniat faptul că în gama radiosensibilităților, dintre tumorile osoase tumoarea cu mieloplax se situează pe locul doi (după sarcomul Ewing), deci pe lingă tratamentul chirurgical cel radiologic este recomandabil (18, 33).

Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu: chistul solitar osos, chisturile osoase anevrismale (34), cu fibromul endosteal neosificant (24), abcesul Brodie, mielomul solitar, encondromul, ameloblastomul chistic.

B. *Condromul* este o tumoare formată din cartilaj hialin, care se dezvoltă din cartilajul preexistent sau din metaplasia țesutului conjunctiv local, localizările de predilecție fiind oasele tubulare mici (degetele mîinii și piciorului — 2,18) și mai rar cele lungi (coastele), plate (omoplat, stern), vertebrale (9,23). Sediul poate fi central (encondrom), periferic (eccondrom) sau juxtacortical (16), respectiv generalizat (condromatoză — 22).

Condromul poate avea structura lobată, contur neted sau boselat, corticala împinsă excentric, spongioasa distrusă prin compresiune, iar în interiorul nodurilor se pot găsi depuneri calcare. Aspectul radiologic este de imagini clare, transparente, intraosoase sau în vecinătatea osului, cu contur precis, fără reacție osoasă sau perioastică; în aria imaginii de transparență putîndu-se vedea linii fine cu detalii în „clăbuci de săpun”, iar în tumorile de lungă durată și pete calcare mari grosolane.

Condromul epixostoic prezintă un pedicul format din mase calcare și cartilaginoase, dispuse în jurul exostozei, mai ales pe metafiză, avînd un aspect conopidiform. Cunoaștem mai multe varietăți: condrom liniștit, proliferativ și degenerat (tendință de creștere expansivă, infiltrarea pereților vaselor sub formă de mase ce se întind ca iedera, respectiv apariția metastazelor pulmonare).

Indiciile care ne îndreaptă spre posibilitatea unei evoluții maligne sînt: tumoarea solitară mare care apare la vîrste înaintate, creșterea rapidă, scăderea calcificărilor, osteoliza, întreruperea corticalei, recidiva după rezecție.

Este instructiv cazul de osteocondrom al femurului stîng (fig. nr. 5/a), care prezintă deja radiologic amprenta evoluției maligne rapide, cu persistența fracturii pe teren patologic (fig. nr. 5/b) și după osteosinteză, constituind totodată indicul clinic al malignizării; în acest caz deci, aspectul radio-clinic — fără confirmare histologică — are o valoare cvasideplină pentru aprecierea caracterului malign; efectuarea unei biopsii ar fi fost chiar dăunătoare.

C. *Ameloblastomul* este o tumoare epitelială, ce rezultă din rămășițele parodontare; poate fi solidă, în caz de ramolire devine chistică, putîndu-se — mai rar — și dentifica („odontom“). Din punct de vedere radiologic osul apare suflat, corticala subțiată pînă la grosimea unei foițe de țigară, datorită creșterii formațiunii chistice sau solide nedentificate, care distruge în interior osul interesat; în jurul acestei geode osoase traveele comprimate dau un contur mai sclerotic; între multiplele focare traveele comprimate realizează linii fine de tip septal, grupate faguriform, care — la o evoluție mai lungă — se pot demineraliza; în rarele forme solide dentificate („odontom“) conglomeratul central de elemente opace microdentare realizează un aspect caracteristic în lizereul transparent policiclic delimitat.

Localizarea de predilecție este mandibula și mai rar maxilarul superior. ameloblastomul ajungînd uneori la dimensiuni impresionante (mărirea unui cap de copil și 1—1,5 kg). Semne de malignizare: întreruperea conturului corticalei, dacă produc mari distrucții osoase infiltrarea vecinătății, după extirpare recidivează foarte frecvent, mai ales în cazul cînd intervenția nu a fost radicală invadînd baza craniului, dînd și metastaze: formele solide se comportă malign, cu prognostic sever (11, 15, 19), identificarea însă indică benignitatea.

III. Discutarea unor aspecte speciale semiologice

Problemele ridicate în cadrul expunerii explică situația grea a medicului nevoit să-și asume răspunderea unei decizii hotărîtoare pentru soarta bolnavului. Partea „matematică“ a răspunderii ce-i revine radiologului — este doar unul din membrii colectivului care decide — este relativ mică, realmente însă fundamentarea deciziei colectivului se bazează mai ales pe tabloul radiologic.

În acest context este demonstrativ cazul de osteoclastom cu fractură pe teren patologic a humerusului drept; vindecarea inițială a fracturii constituie verificarea radiologică a caracterului încă benign. După 3 ani însă, aspectul radiologic a devenit caracteristic pentru osteosarcom.

În realizarea practică a diagnosticului ce fundamentează conduita terapeutică, ponderea majoră o au concluziile desprinse din corecta identificare și corelare a detaliilor radiologice (a) și reperatele de localizare (b) valorificate.

ad a Detaliile radiologice pot fi în general considerate fidele, este însă neapărat necesară atît precizia maximă în diferențierea elementelor similare posibile, cît și obiectivitatea deplină în circumspecta corelare a informațiilor obținute; în majoritatea cazurilor, cu mai mult sau mai puțin efort, problema poate fi corect clarificată, ca de pildă în cazul aspectului radiologic privind un proces benign (27), tabloul putea fi corect identificat pe baza eschilelor de corticale. Se întîmplă însă ca anumite elemente ale imaginii radiologice să nu corespundă detaliilor semiologice corect interpretate; astfel, bunăoară, se descrie (15) un ameloblastom la un copil, situat mult mezial, realizînd o imagine perfectă de chist folicular cu coroană dentară în centru. Detaliile microchistice polare ce caracterizează de obicei ameloblastoamele lipsesc.

ad b Sub aspectul localizărilor de predilecție este indiscutabilă posibilitatea pozitivă oferită, de pildă, în cazul unei manifestări sfenoidale maligne (18), leziunile digitale caracteristice confirmînd concludent fondul encondromatozic. Pe de altă parte însă, trebuie să ținem cont și sub acest aspect de posibilitatea unor diferențe față de principalele jaloane semiologice; astfel, nu trebuie să ne surprindă etiologia mixomatoasă (37) a unei leziuni geodice-faguriforme de la nivelul man-

I. KREPSZ ȘI COL.AB.: CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TUMORILOR OSOASE
BENIGNE CU POTENTIAL MALIGN

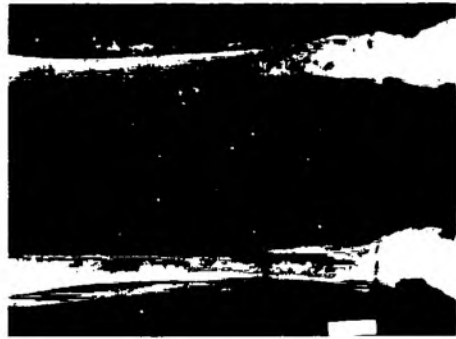


Fig. nr. 1 a și 1 b: Osteocondrom al vert. cervicale 6—7, cu evoluție malignă după extirpare parțială. Invadarea malignă ulterioară a vertebrelor cervicale și a părților moi. M. I. 45 ani. b. Evoluție fatală (confirmare histologică)

Fig. nr. 2: Reticuloza ambelor tibiai. Radiografia comparativă a oaselor gâmbei. Generalizarea ulterioară. Evoluție fatală. Sz. A. 34 ani. f. (confirmare histologică)

I. KREPSZ ȘI COLAB.: CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TUMORILOR OSOASE
BENIGNE CU POTENȚIAL MALIGN



Fig. nr. 3: Tumoare cu mieloplaxă a epifizei distale a femurului drept. Malignizarea procesului, confirmată operator și histopatologic. Predominanța osteolizei grefată pe fondul tumoral benign, formare a pintenilor periostali. Z. S. 16 ani, f.



Fig. nr. 4a și 4b: Tumoare cu mieloplaxă a epifizei proximale a peroneului drept. Radioterapie preoperatorie, rezecție—osteoplastie. Recidivă, invadarea segmentului vecin tibial. Metastaze pulmonare bilateral (confirmare histopatologică). B. I. 34 ani, b.

I KREPSZ SI COLAB : CONSIDERAȚIUNI ASUPRA TUMORILOR OSOASE
BENIGNE CU POTENȚIAL MALIGN



Fig. nr. 5 a și 5 b: Osteocondrom al femurului stîng, cu evoluție malignă ulterioară. Fractură pe teren patologic (confirmat histopatologic). Evoluție fatală prin cașexie neoplazică. D. P. 44 ani. f

dfibulei sau evoluarea unui osteoclastom în metafiza proximală a peroneului; este de asemenea posibilă evoluția endosteală a fibrosarcomului cu pseudoaspect de fibrom osificat benign (43) — sau pseudoaspectul de osteom benign — a osteosarcomului (25). În mod excepțional pot fi observate și atipii de localizare într-adevăr surprinzătoare, ca de pildă leziunea geodică suflată-septată excentrică meta-diafizară de la nivelul tibiei, confirmată ca ameloblastomatoasă (26).

Tumorile benigne osoase cu potențial malign ne obligă la stabilirea unui diagnostic precis, bazat pe date clinice, radiologice și histologice și la urmărirea evoluției acestora spre a hotărî cu promptitudine conduita terapeutică.

Pe de altă parte cunoașterea eventualului potențial malign ne obligă la precauții suplimentare, obiectivul major fiind totdeauna păstrarea optimă a sănătății pacientului. În acest context nu se admite nici o manipulare dispensabilă, dacă aceasta ar fi în detrimentul pacientului. Este deci indicat să se renunțe la precizarea excesivă a unui diagnostic prin biopsie, dacă și fără biopsie s-a lămurit deja apartenența leziunii în grupul de malignitate potențială; acest diagnostic „de grup”, realizabil prin metode radio-clinice, se pretează perfect la orientarea conduitei terapeutice corecte.

Considerăm că, în ceea ce privește încadrarea grupului tumorilor osoase benigne cu potențial malign, se impune o revizuire, intrînd în discuție — atît teoretic cît și practic — și o serie de distrofii osoase etc., în afara constituenților clasici ai grupului.

Sosit la redacție: 27 aprilie 1971.

Bibliografie

1. ACKERMAN L., del REGATO J.: Cancer. Mosby C., St. Louis, 1947; 2. BESSLER W.: Fortschr. Röntgenstr. (1963), 99, 5, 730; 3. BOYTCHEV P.: Archivio Putti (1962), 17, 85; 4. BÜCHLER E.: Fortschr. Röntgenstr. (1966), 165; 1. 119; 5. BYRNE W. R. și colab.: Cancer Seminar (1958), II, 4, 133; 6. CAYLA J. și colab.: J. Radiol. Electrol. (1964), 45, 5, 283; 7. CHIȘLEAG GH.: Cours de Roentgendiagnostic, vol. IV., Ed. Institutului de Medicină, Iași, 1958, 245; 379; 8. CHIȘLEAG GH.: Radiologie medicală, vol. II., Ed. Institutului de medicină, Iași, 219; 9. DOUBLIER J. și colab.: Mém. de l'Acad. de chir. (1963), 89, 22, 113; 10. FERRAND J. și colab., Ibid.: (1963), 89, 22, 699; 11. FORSBERG A.: Acta Odontologica Scandinavica (1954), 12, 39; 12. FRUCHTER Z.: Atlas de radiologie pediatică, Ed. Med. București, 1965; 13. GESCHICKTER CH., COPELAND M.: Tumors of Bone J. Lipincott C., Philadelphia—London—Montreal, 1949; 14. HARTSHORN F. și colab.: Cancer Seminar (1958), II, 4, 147; 15. HAUNFELDER D.: Fortschr. Röntgenstr. (1965), 102, 6, 702; 16. HOMER M. D. și colab.: Cancer Seminar (1967), IV, 23; 17. HULTBERG S. și colab.: Excerptum Acta Radiologica (1957), 47, 3, 229; 18. KREPSZ I.: Acta Morph. Acad. Sci. Hung. (1954), 3, 3, 287; 19. KREPSZ I.: Probleme de Radiologie, Ed. de Stat pentru literatură și știință, București, 1954, 248; 20. QUILLAMINET M.: Lyon chir. (1947), 6, 710; 21. LAX I., STANCIU G.: Oncologia și Radiologia (1964), 3, 2, 245; 22. LEDOIX-LEBARD G. și colab.: J. Radiol. Electrol. (1962), 8—9, 518; 23. LERGE J. și colab. ibid. (1965), 46, 1—2, 39; 24. LEIDLER F.: Cancer Seminar (1958), II, 4, 164; 25. LUBCHENCO A. E. și colab.: ibid. 155; 26. MARCIAL-ROJAS R.: ibid. 122; 27. MARCIAL-ROJAS R.: ibid. (1967), IV, 1, 30; 28. MARQUEE P. și colab.: J. Radiol. Electrol. (1948), 29, 3—4, 116; 29. MAUDINT A.: ibid. (1964), 45, 5, 277; 30. MEARY R. și colab.: Rev. Radiologica (1963), 6, 333; 31. MERLE R.: Lyon Chir. (1962), 58, 3, 389; 32. MOULONGNET M.: Odontologia-Stomatologia-Maxill-Faciale (1951), 7, 5—6, 179; 33. PAPILLON J. și colab.: J. Radiol. Electrol. (1957), 39, 4, 288; 34. PARRISH F. S. și colab.: Cancer Seminar (1967), IV, 1, 16; 35. RONNEY J.: Ann. Radiol. (1970), 13, 7—8, 465; 36. RUSSESCU A. și colab.: Diagnostic clinic și radiologic în pediatrie, Vol. III., Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1967, 1408; 37. SCHINZ H. R. și colab.: Lehrbuch der Röntgendiagnostik, Vol. I., G. Thieme, Stuttgart, 1952, 853; 38. SCHMITZER G.: Radiologie medicală.

vol. I. Ed. Didactică și Pedagogică, București, 1963, 242, 267; 39. STANCIU G., KREPSZ I., KERTÉSZ A.: Asupra a 3 cazuri de granulom eozmofil cu evoluție nefavorabilă (sub tipar); 40. TUBIANA M.: Ann. Radiol. (1970), 13, 7—8, 507; 41. TURCOTTE B. și colab.: Amer. J. Roentgenol. (1962), 87, 6, 1085; 42. TAEZER V., HARTEL M.: Fortschr. Röntgenstr. (1970), 113, 2, 207; 43. VELLIOS F.: Cancer Seminar (1958), II, 4, 125.