

PROBLEME ACTUALE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT IN TUMORILE MALIGNE

În ziua de 25 noiembrie 1980 a avut loc la Tirgu Mureș Sesiunea științifică cu tema Probleme actuale de diagnostic și tratament în tumorile maligne organizată de Institutul de medicină și farmacie din localitate în colaborare cu Secția de oncologie a Filialei Mureș a U.S.S.M. Au participat aproximativ 150 de persoane, cadre didactice, cercetători, medici de diferite specialități din Tirgu Mureș, Luduș, Reghin, Tirnăveni, Cluj-Napoca și alte localități, precum și numeroși studenți.

Programul sesiunii a fost alcătuit spre a discuta manifestările importante ale tumorilor maligne, specialiști cu experiență urmînd să prezinte metodele actuale de diagnostic și tratament, cit și perspectivele apropiate de ameliorare. Expunîndu-se unele probleme teoretice importante ale bolii maligne, s-a insistat însă în special asupra aspectelor practice care permit o mai bună depistare în stadiu cît mai timpuriu și un tratament mai eficient al tumorilor maligne.

Sesiunea a fost deschisă de *prof. I. László*, rectorul I.M.F. Tirgu Mureș care a subliniat importanța problemelor teoretice și mai ales practice legate de diagnosticul și tratamentul tumorilor maligne.

Prof. Z. Barbu pornind de la realitatea că diagnosticul precoce al cancerului bronhopulmonar a devenit o problemă majoră de organizare sanitară, arată că la ora actuală modalitățile screeningului sînt relativ bine puse la punct și există metode satisfăcătoare de confirmare sau infirmare. Există de asemenea metode convenabile de tratament chirurgical al formelor timpurii. Întrucît nu se poate realiza controlul radiofotografic al întregii populații de 3 ori pe an, acesta trebuie limitat la persoanele cu risc crescut (mari fumători, persoane din atmosferă impurificată, purtători de leziuni bronhopulmonare precanceroase). Este mai ușor de executat examenul citologic al sputei cu metode perfecționate, care trebuie însă confirmat histopatologic. Există și perspective de ameliorare a diagnosticului prin utilizare de trăsori radioactivi sau metode enzimatiche și imunologice.

Prof. E. V. Bancu, sintetizînd experiența obținută prin tratamentul chirurgical al 210 cazuri de cancer rectal, recomandă extinderea procedeei de rezecție. Rezecția pe cale abdominală pură anterioră Dixon este rezervată cazurilor cu tumoare la 10 cm de joncțiunea muco-cutanată. Se preferă colostomia de protecție distal de unghiul hepatic, mai ales în anastomoze joase, sutura monplan aplicîndu-se numai atunci cînd există condiții de securitate. În cazuri particulare se aplică și rezecția abdomino-endoanală Babcock. Se preferă coborîrea colonului transvers după procedeul Toupet; necroza ansei sigmoidiene face necesară coborîrea transversului înainte de infectarea bazinului. Amputația se execută de preferință pe cale abdomino-perineală. Rezultatele depind în primul rînd de vîrsta și starea generală a bolnavilor, mai puțin de tipul de intervenție.

Dr. L. Róna subliniază importanța endoscopiei asociate cu recoltare dirijată de biopsie, executată cu fibrogastroscoap, pentru diagnosticul formelor timpurii de cancer gastric, procedeu cu care, pe 234 de examinări, neconcordanța dintre examenul histopatologic pe material obținut endoscopic sau operator a fost minimă (fals negativ 8%, fals pozitiv 3%). Eficacitatea metodei recomandă utilizarea sa periodică pentru depistarea cancerului gastric timpuriu la persoane cu risc mare (polipi gastrici, atrofie gastrică, anemie Birmer, ulcer gastric, grupa sanguină A II, antecedente familiale pozitive, stomac rezecat) sau la persoane trecute de 50 ani cu acuze epigastrice persistînd peste 10 zile.

Prof. L. Popoviciu, în legătură cu valoarea electroencefalografiei în diagnosticul tumorilor cerebrale, recomandă tomografia axială computerizată, scintigrafia cerebrală, arteriografia cerebrală și electroencefalografia, în special cu montaje speciale și sisteme computerizate. Modificările EEG pot fi produse de tumoarea propriuzisă, dar și de edemul cerebral, interesarea formației reticulare activatoare sau de perturbările lichidiene. În tumorile supratentoriale localizarea poate fi efectuată în 85% din localizările emisferice și 70% din cele bazale. În tumorile de fosă posterioară, anomalile EEG sînt mai mari pe regiunile temporale.

Prof. J. Száva, vorbind despre principiile de diagnostic și tratament în tumorile osoase, subliniază predominanța leziunilor mielogene multiple și a metastazelor, ca și supraviețuirea redusă condiționată de gradul ridicat de malignitate a acestor tumori și insuficiența posibilităților terapeutice. Diagnosticul trebuie stabilit prin

examen radiologic, inclusiv arterio- și flebo-osteomiograma și mai ales histologic. Ultimul diagnostic trebuie stabilit corect (anatomopatolog competent, biopsie consistentă; se preferă dacă e posibil biopsia intraoperatorie care evită o eventuală diseminare postoperatorie). Intervenția chirurgicală este recomandată în sarcoamele fibro-condro-osteoblastice radiorezistente și în tumorile gigantocelulare, ca și în formele timpurii de tumori mielogene. Rezultatele depind în mare măsură de stadializarea corectă a leziunii.

Prof. I. Krepisz tratează problema dificilă a atitudinii terapeutice în cancerul mamar cu metastaze osoase în care unele rezultate se obțin prin combinarea radioterapiei cu citostatice și tratament hormonal, sub rezerva unei selecționări atente a cazurilor în funcție de hormonodependență. Se discută de asemenea utilitatea castrării și a îndepărtării altor glande endocrine.

Prof. C. Boga prezintă problemele principale legate de diagnosticul și tratamentul tumorilor maligne genitale ale femeii. S-au obținut succese importante în depistarea precoce a cancerului de col uterin, forma predominantă a tumorilor genitale feminine în țara noastră, prin utilizarea screeningului citologic, finalizat prin examinări ginecologice, inclusiv colposcopice și histopatologice. În urma acestei conduite, cancerul de col preclinic a fost diagnosticat de 10 ori mai frecvent în ultimii 5 ani, formele avansate reprezentând doar 7% din cazuri. În contrast cancerul cavității uterine și cancerul ovarian prezintă dificultăți în ce privește diagnosticul timpuriu. Se propune precizarea prin laparoscopie, lavaj peritoneal și examen citologic a naturii oricărei tumori ovariene. Tratamentul chirurgical perfecționat trebuie completat cu radioterapie, chimioterapie și imunoterapie.

Prof. F. Fodor, trecind în revistă discuțiile în legătură cu tumorile retiniene, propune o clasificare originală a acestor tumori, bazată pe studiul a 77 cazuri. Tumorile retiniene se clasifică în retinoblastom nediferențiat, retinoblastom parțial diferențiat (cu tipurile cu rozete adevărate, cu pseudorozete, mixti, angiomas, epiteliomas, pigmentat, gliomas), gliom adevărat (astrocitom, spongioblastom); tumora de epitelului pigmentar. Evoluția clinică și tratamentul sînt condiționate de structura microscopică.

Conf. V. Mulfay prezintă noile posibilități de diagnostic timpuriu al cancerului nazofaringian, tumora care evoluează îndelungată asimptomatic. Se recomandă, pe lângă rinoscopie posteroară, vizionarea directă cu instrumentul Yankauer sau endoscopia măritoare. Carcinomul rinofaringian, avînd o anumită susceptibilitate genetică și relații etiopatogenice cu virusul Epstein-Barr trebuie diferențiat de alte tumori faringiene cum sînt teratomul, adenomul pleomorf salivar, cordomul, diferite tipuri de limfom malign sau diferite formațiuni chistice, conduita terapeutică variînd cu leziunea.

Conf. D. Nicolescu subliniază interesul actual al tumorilor renale. Din analiza a 50 de cazuri reiese importanța citologiei pe material obținut prin lavaj sau „periere”, ca și a biopsiei renale transvenoase pentru stabilirea diagnosticului; execuția arteriografiei este de asemenea obligatorie. Date suplimentare pot fi obținute prin flebografie (cavografie, spermatoğrafie) și limfografie. Starea imunologică a bolnavilor se explorează prin reacții de hipersensibilitate întârziată cu DNCE și determinarea numărului limfocitelor T și B prin tehnici de rozetare. Se urmărește realizarea unei intervenții chirurgicale reducionale care să înlăture cea mai mare parte a țesutului tumoral prin abordare largă anterioară peritoneal sau toraco-abdominal. În funcție de împrejurări, se evită limfadenectomiile largi. Ulterior se aplică polichimioterapie secvențială (în raport cu ciclul celular), radioterapie (cobalt, betatron), hormonoterapie (progestative), imunoterapie (BCG, Levamisol), eventual imunoterapie specifică).

În încheiere, *conf. dr. G. Simu* prezintă posibilitățile și limitele examenului histopatologic în clinică a tumorilor maligne. Acest examen constituie cea mai precisă metodă de diagnostic, fiind din ce în ce mai mult utilizat sub forma biopsiei intraoperatorie, a biopsiei endoscopice sau a puncției biopsie; metodele complementare histoenzimochimice și electronoptice îi cresc sensibilitatea, examinările citologice, inclusiv screeningul, selecționează cazurile. Limitele metodei derivă din recoltarea improprie a materialului (material redus, necrotic, defectuos fixat), urmare uneori a inabordabilității leziunii, lipsei de corespondență între aspectul microscopic și comportarea tumorii, uneori din incompetența specialistului.