

UNIVERSITATEA “OVIDIUS” CONSTANȚA

SCOALA DOCTORALA DE MEDICINA

Domeniul de Doctorat Medicina

***DIAGNOSTICUL ȘI ALGORITMUL
TERAPEUTIC AL TUMORILOR
RETROPERITONEALE***

REZUMAT

***CONDUCATOR STIINTIFIC ::
PROF.UNIV.DR. VASILE SÂRBU***

***DOCTORAND:
DR. RAUF OSMAN***

CONSTANTA
2017

CUPRINS

Cuprins	2
Lista tabelelor	6
Lista imaginilor	7
A. PARTEA GENERALĂ	12
Cap. I. Anatomia spațiului retroperitoneal	13
1. Peretele abdominal posterior	14
a. Regiunea prevertebrală	16
b. Regiunea lombo-iliaca	23
2. Rinichii	24
a. Structură	24
b. Vascularizația rinichiului	27
e. Limfaticele:	28
f. Inervația	28
3. Glanda suprarenală	29
a. Raporturi	29
b. Vascularizație	30
c. Limfaticele	30
d. Inervația:	30
4. Ureterul	31
a. Vascularizația ureterului	31
b. Limfaticele	31
c. Inervația:	32
5. Aorta abdominală	32
6. Vena cavă inferioară (VCI)	33
7. Venele lombare azygos	35
8. Drenajul limfatic	36
9. Histologia țesutului retroperitoneal	38
Cap. II. Tumorile retroperitoneale	43
1. Clasificare generală	43
A. Tumorile retroperitoneale primitive	44
a. Clasificarea tumorilor retroperitoneale primitive (TRP)	53
b. Carcinogeneza în tumorile retroperitoneale primitive	65
c. Proprietăți caracteristice celulelor maligne din tumorile retroperitoneale	74
d. Anatomie patologică în tumorile retroperitoneale	81
B. Tumori retroperitoneale secundare / metastaze	86
2. Diagnosticul tumorilor retroperitoneale	87
A. Simptomatologie clinică	87

B. Explorări paraclinice	87
Cap. III. Tratamentul tumorilor retroperitoneale primitive și particularitățile lor	91
1. Decizia terapeutică în tumorile retroperitoneale	95
2. Tratamentul chirurgical al tumorilor retroperitoneale	100
a. Stadializarea (bilanț preterapeutic)	102
b. Puncția-biopsie cu ac special (core-needle biopsy)	103
c. Biopsia incizională	103
d. Laparascopia	104
e. Tehnici chirurgicale	109
3. Prognosticul în tumorile retroperitoneale	117
a. Diagnosticul unei recidive în tumorile maligne retroperitoneale	117
b. Depistarea complicațiilor pe termen lung în tumorile retroperitoneale	119
c. Monitorizarea periodică în tumorile retroperitoneale	120
B. PARTEA PERSONALĂ	123
Cap. IV. Material și metode	124
1. Obiectivele studiului	124
2. Prezentarea cazuisticii	125
3. Metode și analiză statistică	127
4. Structura lotului	131
Cap. V. Rezultate și discuții privind analiza statistică a lotului studiat	133
1. Repartiția cazurilor după sex	133
2. Distribuția cazurilor pe grupe de vârstă	134
3. Repartiția cazurilor după mediul de proveniență	136
4. Repartiția cazurilor pe ani	137
5. Repartiția cazurilor pe tipuri de tumori și sex	138
6. Repartiția cazurilor pe tipuri de tumori și grupe de vârstă	139
Cap. VI. Diagnosticul clinic, paraclinic și histopatologic pentru tumorile retroperitoneale studiate	141
1. Analiza cazurilor după simptomatologia de debut	141
2. Diagnostiche probabile în tumorile retroperitoneale	146
3. Distribuția cazurilor după localizarea tumorii retroperitoneale	147
4. Analiza cazurilor după morfopatologia tumorilor retroperitoneale	152
5. Distribuția cazurilor după tipul metodelor imagistice utilizate	159
6. Evaluarea ultrasonografica sau ecografia	161
7. Diagnosticul imagistic prin tomografia axială computerizată CT	177
8. Aportul rezonanței magnetice nucleare în diagnosticarea cazurilor studiate	194
9. Angiografia în diagnosticul tumorilor retroperitoneale	199
a. Arteriografia	199
b. Flebografia	201
10. Examenul radiologic în diagnosticul imagistic al tumorilor retroperitoneale	203
a. Radiografia simplă	203
b. Urografia sau pielografia intravenoasă	203
Cap. VII. Abordul chirurgical al tumorilor retroperitoneale	205
1. Tratamentul chirurgical al tumorilor retroperitoneale	205

a. Căile de abord	207
b. Bilanțul peroperator	207
c. Probleme tactice operatorii	208
2. Particularități intraoperatorii ale tumorilor retroperitoneale studiate	210
a. Prezentare de caz I	210
b. Prezentare de caz II	215
c. Prezentare de caz III	220
d. Prezentare de caz IV	223
e. Prezentare de caz V	227
f. Prezentare de caz VI	232
3. Analiza statistică a evoluției postoperatorii la cazurile studiate	240
a. Morbiditatea postoperatorie în lotul de studiu	240
b. Hemoragii postoperatorii	242
c. Complicații septice ale plăgilor chirurgicale	244
d. Recidivele postoperatorii	246
e. Mortalitatea și prognosticul în tumorile retroperitoneale	249
4. Rolul terapeutic al chirurgiei în tumorile retroperitoneale	254
a. Principiul radicalității	254
b. Chirurgia conservatorie	258
c. Operabilitatea	259
d. Rezecabilitatea	260
e. Tehnici chirurgicale	260
f. Locul chirurgiei în strategia terapeutică oncologică	265
Cap. VIII. Concluzii	269
Bibliografie	275

Cuvinte cheie : tumori retroperitoneale , diagnosticul imagistic ,chirurgia tumorilor retroperitoneale, histopatologie

Rezumat

Spațiul anatomic cunoscut ca retroperitoneal, “un teritoriu al nimănui dar deopotrivă al tuturor, dă întâlnire medicilor din specialitățile endocrinologie, chirurgie generală, vasculară, urologi, neurochirurghi și ortopezi, fapt ce se datorează fie organelor situate total sau parțial aici, fie elementelor vasculare, nervoase, resturilor embrionare sau țesuturilor ectopice “învelite” într-un bogat țesut conjunctivo-grăsos”.

Lucrarea definește ``spatiul retroperitoneal ``intelegandu-l ca un spatiu de la diafragm la stramtoarea superioara a bazinului .

In lucrare se afla o descriere foarte amanuntita a acestui spatiu din care nu se poate exclude zona pelvisubperitoneala si nici prelungirile ale acestui spatiu.

Capitolul II prezinta o clasificare a tumorilor retroperitoneale primitive mai ales dar si a celor secundare ,de carcinogeneza acestora ,semiologia si diagnosticul pozitiv de anatomopatologia si tratamentul acestora .

Diagnosticarea tumorilor retroperitoneale este dificila datorita simptomelor de imprumut (de la aparatul urinar ,sistemul nervos ,digestiv ,vascular etc) insa multe tumori retroperitoneale ajung la dimensiuni mari datorita saraciei simptomelor sau lipsa acuzelor subiective din partea bolnavilor

Multe dintre cazurile studiate ajung la medic datorita maririi de volum a abdomenului .

O mare importanta este acordata diagnosticului imagistic al tumorilor retroperitoneale in special Computerul tomograf si Rezonanta magnetica nucleara

Tomografia computerizată (CT) a devenit cea mai importantă explorare imagistică pentru diagnosticul și stadializarea maselor tumorale retroperitoneale. Aduce date nu numai despre localizarea tumorii, ci și despre natura leziunilor (chistică sau solidă), prezența sau absența necrozelor, invazia structurilor adiacente, precum și prezența metastazelor intraabdominale..

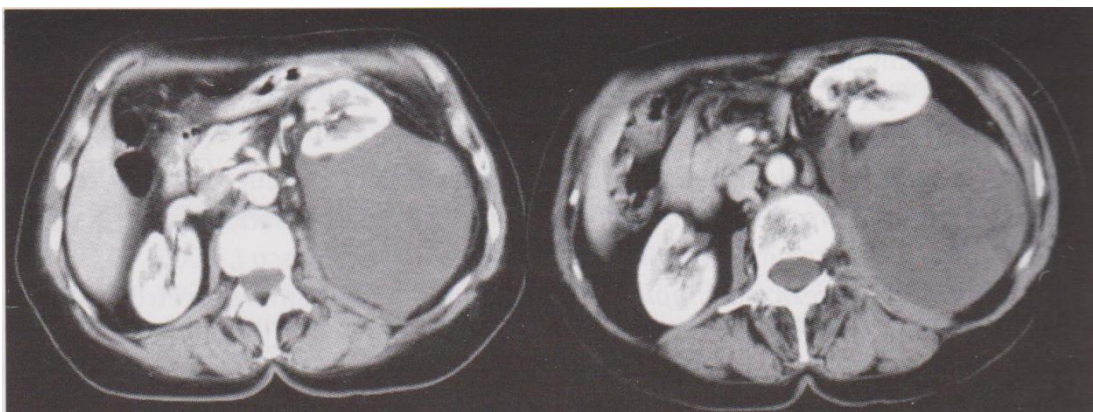


Fig. 1 Tomografie computerizata - tumora retroperitoneala stanga voluminoasa. (lipom retroperitoneal 2008– colectie dr. Osman S.)



Fig.96 formatiune paravertebrala stanga



Fig.97 formatiune paravertebrala stanga

Diagnosticul sarcoamelor retroperitoneale “poate fi suspiciat prin CT pe baza heterogenicității maselor tumorale retroperitoneale, cu arii de necroză. CT este importantă și în diagnosticul diferențial al sarcoamelor de alte tumori maligne retroperitoneale primare sau metastatice, ca și de tumorile benigne dezvoltate în retroperitoneu” (50). Afectarea mai multor ganglioni limfatici retroperitoneali asociată cu existența unei formațiuni tumorale retroperitoneale poate sugera un limfom, diagnosticul fiind confirmat prin biopsia ganglionilor limfatici. Stabilirea diagnosticului de limfom este foarte importantă, deoarece în acest caz tratamentul nu este chirurgical. (146)

Rezonanța magnetică (MRI) aduce informații utile stadierii și ofera avantajul imaginilor în planuri multiple, ajutând la stabilirea tacticii chirurgicale. Poate evidenția mai multa acuratețe relațiile de vecinătate ale maselor tumorale față de

structurile adiacente, în special cele vasculare, precum și extensia invaziei tumorale. Este utilă decelarea infiltrării tumorale a filetelor nervoase și cu posibila invazie a găurilor spinale.

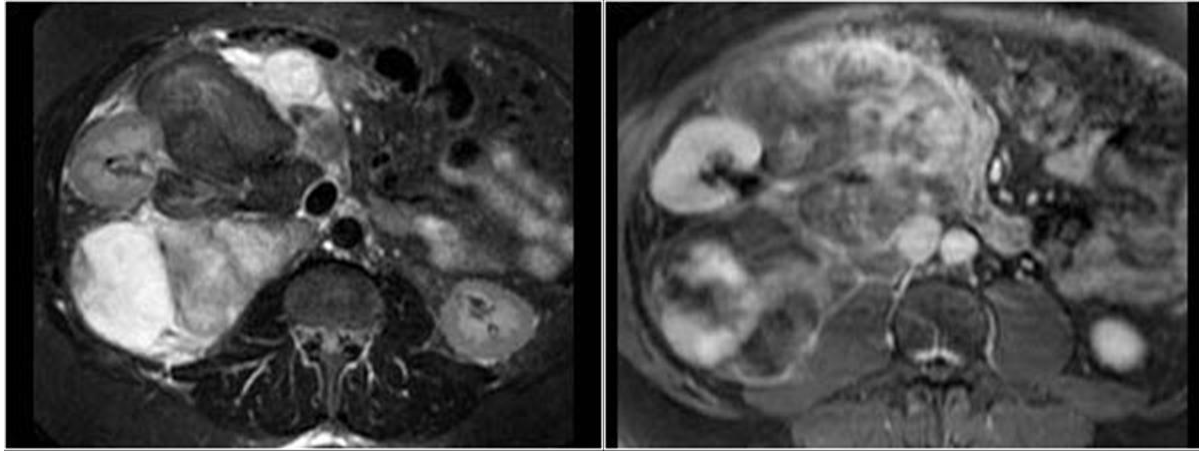


Fig. 2 Tumoră retroperitoneală mixoidă (liposarcom)

fig.109 – tumora retroperitoneala mixoida cu adenopatii
Mezenterice si retroperitoneale

Biopsia tumorii are valoare , mai ales sub control ecografic sau tomografic. Biopsia aspirativă cu ac fin reduce mult riscul diseminării celulelor maligne în spațiul retroperitoneal.

Capitolul al III-lea analizează tratamentul acestor tumori retroperitoneale.

Tratamentul primar trebuie ales cu cea mai mare atenție, deoarece există tumori înalt chimio-radiosensibile

Tratamentului chirurgical este detaliat pornește de la stadializarea acestor tumori, de la rezultatul puncției bioptice prin ac fin sau incizional adaptat fiecărui caz în parte și care se califică fie pentru o terapie conservatoare, fie o rezecție cât mai extinsă. Este analizată și chirurgia metastazelor

O secțiune separată este cea care analizează strategia care se aplică în această terapie și prognosticul acestora. Diagnosticul cât mai precoce este fundamental, acest lucru fiind demonstrat de monitorizarea tumorilor retroperitoneale .

Partea personală cuprinde cele mai eficiente metode de investigare și diagnostic “în funcție de caz” în patologia tumorală retroperitoneală. Scopul final al studiului este un management corect și complet al pacienților care au confirmat acest diagnostic..

Diagnosticul imagistic pentru tumorile retroperitoneale studiate, referitor la diagnostic este ilustrat cu imagini microscopice colorat când se analizează

Histopatologia tumorilor, iar partea imagistica prezinta importanta investigatiilor CT si RMN in daignosticul tumorilor retroperitoneale.

În capitolul VII se prezintă propriu-zis actul chirurgical practicat în cazul bolnavilor din lotul analizat, începând cu indicațiile acestuia, căile de abord, problemele tactice, etc. autorul analizează numeroase particularități intraoperatorii prezentând concret 6 cazuri operate. Aceste cazuri sunt prezentate împreună cu o bogată imagistică și discuții pe marginea fiecărei intervenții

Problemele ridicate la extirparea în bloc a a cestor tumori au fost numeroase dar nu par legate de viscerele invadate, ci mai degrabă de vasele regionale, de compresiunile tumorii și efectul decomprimării bruște a venei cave inferioare și ramurilor ei. Invazia rinichilor sau a viscerelor intraabdominale are în general soluții chirurgicale codificate, dar alte implicări vasculare se rezolvă cu o mai mare dificultate, precum și prezența concomitentă a altor afecțiuni cum ar fi feocromocitomul de la unul din cazuri.

Evoluția postoperatorie a lotului studiat pornește cu complicațiile rezolvate chiar intraoperator: hemoragii, lezarea pleurei, lezarea organelor adiacente tumorii cum ar fi colonul vena cavă, duodenul, rinichiul. Aceste intervenții conduc la reintervenții de hemostază, aceste complicații sunt corelate cu datele din literatura de specialitate..

O problemă generală a exerezei acestor tumori, comună și altor autori, o constituie recidivele postoperatorii. În cazul studiului la 40 dintre bolnavi nu au existat recidive pe perioada urmărită, dar la 13 cazuri au fost prezente recidivele. Dintre acestea doar 9 au fost reoperate, restul de 4 cazuri au fost abandonate chirurgical.

Teza prezinta un amplu studiu asupra rolului chirurgiei în condițiile datelor statistice aminate. Acest studiu se referă la o analiză a principiului radicalității, la chirurgia conservatoare, la tehnicile folosite (inclusiv la limfadenectomie) la chirurgia paliativă, la chirurgia metastazelor.

În final sunt prezentate discuții pe marginea rezultatelor și concluziile. Bibliografia cuprinde peste 300 titluri citate în lucrare. Lucrarea conține 35 de tabele și 176 de imagini.

Material si Metoda

. Această lucrare și-a propus să răspundă unora dintre aceste întrebări, dar, în mod inevitabil, la rândul ei va naște altele noi.

Obiectivele urmărite prin realizarea acestui studiu științific au fost:

- 1. primordialitatea metodelor imagistice în diagnosticul tumorilor retroperitoneale;*
- 2. stabilirea celei mai eficiente metode de investigare și diagnostic “în funcție de caz” a patologiei tumorale retroperitoneale, cu evidențierea locului și aportului fiecărei metode imagistice;*
- 3. valoarea examului histopatologic extemporaneu în diagnosticul intraoperator*
- 4. managementul corect și complet al pacienților cu tumori retroperitoneale pentru îmbunătățirea prognosticului.*

PREZENTAREA CAZUISTICII

Realizat în Spitalul Clinic Județean de Urgență Constanța, studiul de față cuprinde cazuistica Clinicilor de Urologie și Chirurgie în perioada 2005-2014 (53 pacienți), completată cu cazuistica Clinicii de Oncologie a SCJU Constanța în aceeași perioadă și a Clinicii de Urologie a Spitalului Clinic “Prof. Dr. Theodor Burghel” întrucât o parte din pacienți au demarat procedurile de investigare în cadrul Clinicii de Urologie, au continuat tratamentul chirurgical la Spitalul “Th. Burghel” (6 pacienți) și tratamentul chimioterapic în cadrul Clinicii de oncologie.

Necesitatea unui astfel de studiu s-a datorat oportunității de a prezenta în aceasta teza de doctorat experiența personală dobândită în cadrul Clinicii de Urologie a SCJU Constanța, completată și de valoroasa experiență a Spitalului Clinic “Th. Burghel”, în vederea obținerii unor date complete necesare și suficiente pentru o valoare semnificativă statistic, având ca rezultat concluzii pertinente și relevante asupra subiectului ales.

Pacienții au fost urmăriți pe baza unei fișe care a inclus:

- a) Date epidemiologice: sex, vârstă, mediu de proveniență, ocupație, noxe profesionale și de mediu*
- b) Date etiopatogenice: antecedente familiale, factori de risc, comorbidități*
- c) Diagnostic clinic: întâmplător, simptomatic, sau prin complicații (ocluzie intestinală, hemoragie digestivă)*
- d) Diagnostic imagistic preoperator: ultrasonografie abdominală, tomografie computerizată, endoscopie digestivă*
- e) Tratamentul: chirurgical – de urgență sau programat; endoscopic; tratament adjuvant*
- f) Evoluție*
- g) Morbiditate postoperatorie*
- h) Mortalitate*

Pentru evaluarea parametrilor microscopici, au fost utilizate două tipuri de fragmente de țesut tumoral:

- fragmente de țesut tumoral prelevate din piesele operatorii la cazurile incluse în lot care au fost operate în timpul desfășurării studiului;*
- blocurile de parafină ale cazurilor incluse în lot care au fost operate înainte de începerea studiului.*

Fragmentele de țesut tumoral au fost supuse tehnicilor histologice clasice de prelucrare (fixare și includere la parafină) după care au fost efectuate secțiuni seriate din fiecare bloc.

- Prima secțiune a fost colorată cu metoda clasică de colorare H-E*
- Următoarele secțiuni au fost utilizate pentru marcarea IHC.*

Secțiunile au fost examinate în laboratorul de anatomie patologică al SCJU Constanța, o parte dintre pacienți fiind reevaluați și confirmați la Institutul Național “Victor Babeș” București, de unde provin și imagini prezentate în acest studiu.

Metode si analize de statistica

*Datele obținute despre fiecare pacient au fost prelucrate cu ajutorul programului Stata versiunea 11 și aplicația EpiInfo. Pentru analiza statistică a datelor înregistrate am folosit **testul T (Student)** care constă într-o suită de operații matematice care **compară valorile medii a două eșantioane populaționale sau media a două șiruri de valori**, în cazul de față unul dintre eșantioane este parametrul observat iar celălalt este reprezentat de un eșantion aleator sau estimat.*

Au mai fost utilizate și alte metode de analiza statistică în cadrul tezei de doctorat Testul Chi patrat(servește la compararea a două distribuții.), testul Anova precum și alte tipuri de teste

4. STRUCTURA LOTULUI

Studiul clinic efectuat în Clinica de Urologie și Clinica de Chirurgie a Spitalului Clinic Județean de Urgență din Constanța se bazează pe un lot de 53 de bolnavi internați și investigați în clinică în perioada 1 ianuarie 2005 – 31 decembrie 2014.

Având în vedere marea diversitate simptomatică pe care o poate îmbrăca o tumoră retroperitoneală, îndeosebi malignă, este extrem de important să cunoaștem toate simptomele patologiei tumorale, modalitățile de debut precum și frecvența fiecărei astfel de posibilități întâlnite în practică, în vederea unui diagnostic precoce. Surprinderea tumorilor retroperitoneale încă din stadiile incipiente, fără manifestări clinice reprezintă o condiție esențială pentru o intervenție terapeutică eficientă și un pronostic favorabil.

Diagnosticul în tumorile retroperitoneale s-a bazat pe date clinice (anamneză, examen obiectiv) și pe date paraclinice (mai puțin cele de laborator și în special cele imagistice). Pentru un diagnostic corect trebuie parcurse mai multe etape, omiterea uneia sau superficialitatea efectuării ei putând duce la un diagnostic eronat, prognosticul bolii putându-se prejudicia considerabil:

ANAMNEZA: - simptomele relatate de bolnav, în ordinea apariției lor, momentul de debut al fiecărui simptom, evoluția lor în timp, asocierea mai multor simptome, corelarea cu anumiți factori ce le influențează, prezența antecedentelor personale patologice și heredocolaterale semnificative, obiceiuri alimentare, consum de tutun sau alcool, toxicitate la locul de muncă sau acasă.

EXAMENUL CLINIC: - efectuarea minuțioasă a tuturor pașilor acestuia, fără omiterea unui segment, cu depistarea tuturor modificărilor patologice generale.

TESTE DE LABORATOR ȘI EXAMENE PARACLINICE: testele screening de laborator și investigații țintite (markerii tumorali).

Examenul complet al urinei este un test care trebuie efectuat la toți pacienții cu tumori retroperitoneale, nefiind un test diagnostic pentru această afecțiune, ci unul de screening, important în decelarea hematuriei, bacteriuriei, piuriei și altor parametrii biochimici.

Prevalența leziunilor organelor retroperitoneale afectate sau prezența unor valori modificate ale constantelor sanguine este ridicată în rândul populației cu patologie tumorală, astfel încât se impune efectuarea unei baterii de teste biochimice și hematologice de rutină, urmând ca acestea să fie aprofundate dacă sunt prezente alterări ale intervalelor fiziologice.

Explorările imagistice:

- *Radiografia standard*
- *Ecografia (ultrasonografia)*
- *Tomografia axială computerizată*
- *Rezonanța magnetică nucleară*
- *PET, urografia intravenoasă, angiografia, flebografia – mai puțin folosite*

În funcție de caz: irigografie, colonoscopie, radiografii craniene și pulmonare, ureteropielografie retrogradă, scintigrafie renală, osoasă, limfografie, aspirația percutanată cu ac fin, cavografie, arteriografie renală.

Între explorările imagistice există completări reciproce și corelații care duc la un diagnostic corect. Uneori tumorile retroperitoneale nu pot fi detectate prin radiografie datorită localizării, mărimii lor sau datorită coexistenței unor

anomalii anatomice. În schimb, imaginile oferite de computer tomografie sau multiplele metode de display ale ecografiei, prin acuratețea lor, detectează orice tip de tumoră malignă sau benignă localizată în spațiul retroperitoneal.

Concluzii

1. Tumorile primitive ale spatiului retroperitoneal ridică probleme particulare de diagnostic, categorie histologică, evoluție, dar mai ales de conduită terapeutică.

Spatiul anatomic cunoscut ca retroperitoneal, un teritoriu al nimănui sau al tuturor, dă întâlnire endocrinologilor, chirurgilor generalisti, vasculari, urologilor, neurochirurgilor si ortopezilor, fapt ce se datorează fie organelor situate total sau partial aici, fie elementelor vasculare, nervoase, resturilor embrionare sau tesuturilor ectopice "împachetate" într-un bogat tesut conjunctivo-grăsos.

2. Raritatea tumorilor retroperitoneale primitive este enunțată de majoritatea datelor din literatura medicală și confirmată și în studiul de față.

De aici, alături de particularitățile anatomo-chirurgicale decurge și complexitatea diagnostică și terapeutică a acestor cazuri. În aceste condiții nu se poate relaționa apariția tumorilor retroperitoneale primitive cu sexul pacienților dar se observă o conexiune statistică între vârsta pacienților și anumite tipuri histologice.

3. Clasificarea tumorilor primare retroperitoneale este dificil de realizat din cauza polimorfismului tumoral și intratumoral; clasificarea OMS din 2002 a tumorilor de părți moi pare să corespundă în momentul actual acestei probleme.

4. Polimorfismul histopatologic al tumorilor retroperitoneale este extrem de variat, putând să se manifeste chiar în interiorul aceleiași tumori.

Examenul extemporaneu poate predispute la greșeli de interpretare în defavoarea diagnosticului pozitiv, în acest sens examenul histopatologic la parafină va fi definitiv. Tehnicile de imunohistochimie sunt utile în elucidarea tipului tumoral, în cadrul TRP fiind predominante tumorile maligne (sarcoamele au frecvența cea mai mare). Invazia nodulilor limfatici și metastazele la distanță sunt excepții în evoluția tumorilor retroperitoneale, iar recidiva tumorală se poate însoți de schimbări ale profilului histopatologic datorită polimorfismului acestor entități.

5. Dezvoltarea unor mase tumorale de dimensiuni mari în spațiul retroperitoneal, fără simptomatologie proprie sau cu semne minore “de împrumut” este una dintre particularitățile cele mai importante pentru direcționarea diagnosticului pozitiv.

Simptomatologia extrem de variabilă întâlnită la pacienții cu tumori retroperitoneale – durerea abdominală, scăderea în greutate, palparea unei mase abdominale – sunt identificate ca date clinice relevante pentru suspiciunea diagnostică de tumoră retroperitoneală. Este, însă, de precizat faptul că oricare dintre aceste semne poate apărea și evolua independent de celelalte.

6. Diagnosticul imagistic reprezintă pilonul diagnosticului pozitiv în cadrul TRP și se bazează pe asocierea investigațională ultrasonografie abdominală – tomografie computerizată abdominală.

Aceste investigații stau la baza algoritmului diagnostic al tumorilor retroperitoneale primare, un instrument diagnostic util relevat de acest studiu.

7. Fiecare tip histologic de tumoră retroperitoneală prezintă particularități intraoperatorii, pornind de la dimensiune, delimitare, relația cu structurile adiacente.

Adeseori aspectul intraoperator poate fi diferit de imaginea diagnostică preoperatorie a unei tumori retroperitoneale, explorarea intraoperatorie fiind importantă pentru definirea caracterului său primitiv, dar și pentru adoptarea tacticii chirurgicale adecvate.

8. Diagnosticul histologic trebuie făcut conform clasificării Organizației Mondiale a Sănătății, gradul de malignitate (G) trebuie stabilit în toate cazurile în care este posibil.

O puncție biopsie poate subestima gradul de malignitate; atunci când tratamentul preoperator reprezintă o opțiune, examenele imagistice pot oferi clinicianului informații utile în estimarea gradului de malignitate. Diagnosticul anatomo-patologic se bazează pe histologie și imunohistochimie. Acesta ar trebui completat cu histologie moleculară (FISH, RT-PCR), efectuate într-un laborator cu program extern de verificare a calității (mai ales atunci când forma histologică este rar întâlnită sau diagnosticul histologic este în dubiu). Piesa trebuie fixată cu formol (fixarea cu soluție Bouin ar trebui evitată, aceasta putând diminua fezabilitatea analizei moleculare). Colectarea mostrelor de țesut congelate sau a amprentelor tumorale trebuie încurajată, deoarece pot apărea noi metode de analiză histopatologică, ce ar putea fi utilizate în folosul pacientului.

9. Ablația chirurgicală este tratamentul standard pentru pacienții având boală localizată, intervenția trebuie efectuată de un chirurg specializat în tratamentul acestei afecțiuni.

Procedeul standard este excizia largă, urmată de radioterapie și/sau chimioterapie ca tratament standard pentru tumorile profunde de grad de malignitate mediu-înalt, cu diametrul mai mic de 5 cm [II,A]. Aceasta implică excizia tumorii cu o zonă de țesut normal în jur, ca reper a fost stabilită o limită de siguranță de 1 cm; este important însă de realizat că aceasta poate fi minimă în cazul existenței unor bariere anatomice precum fascii musculare, periost sau perinerv. O excizie marginală poate fi acceptabilă în

cazuri selectate, în special pentru tumorile lipomatoase atipice extracompartimentale.

10. Pentru recidivele tumorale retroperitoneale reintervenția chirurgicală ar trebui luată în considerare, dacă limitele de siguranță pot fi realizate fără morbidități majore, luând în considerație extensia tumorală și biologia tumorală (poate fi omisă în tumorile lipomatoase atipice intracompartimentale).

În cazul recidivelor reintervenția se realizează eventual cu tratament preoperator dacă limitele de siguranță nu pot fi obținute sau dacă intervenția chirurgicală ar fi prea mutilantă. În acest ultimul caz, utilizarea tratamentului multimodal, urmat de intervenție chirurgicală mai puțin radicală necesită luarea unei decizii comune (medic-pacient) în condiții de incertitudine. Când sunt necesare chirurgia plastică și grefele vasculare trebuie utilizate, echipa chirurgicală trebuie extinsă cu specialiști de domeniu dacă este nevoie.

11. Exereza completă sau rezecția parțială a tumorii retroperitoneale aduce beneficii directe pacientului prin creșterea ratei de supraviețuire postoperatorii scăderea ratei de recidivă tumorală. În cazul exerezei parțiale există avantajul creșterii calității vieții prin rezolvarea temporară a unor complicații apărute în urma invaziei structurilor adiacente și câștigul continuării tratamentului oncologic adjuvant.

Calitatea exerezei este controlată prin examenul histopatologic al piesei operatorii. Prezența invaziei tumorale în tranșele de rezecție reprezintă un factor de recidivă locală și justifică indicarea unei reintervenții mai largi sau radioterapia postoperatorie. Rezecția chirurgicală a tumorilor solide determină rezultate excelente în controlul local dacă tumora este cu adevărat localizată și reprezintă actual singura opțiune curativă în majoritatea tumorilor solide retroperitoneale.

12. *Abordul laparoscopic al tumorilor retroperitoneale, aflat deocamdată la începuturi, în general este indicat numai dacă a fost exclus caracterul carcinomatos al tumorii.*

Tumorile solide până la 10 cm sunt mai rar abordate în funcție de poziție și dimensiuni (mai reduse), ca și de caracterul relativ mai precis al delimitării tumorii. Evitarea însămânțărilor metastatice peritumorale în timpii de pregătire și de exereză pare a fi realizabilă prin folosirea procedurii laparoscopice fără cameră de aer cu un retractor mecanic (laparolift).

13. *Beneficiile tratamentului chirurgical al tumorilor retroperitoneale primitive este evidențiat prin rata redusă a complicațiilor postoperatorii la aceste tumori (hemoragia, limforagia), apărute în special la pacienții cu afecțiuni asociate, dar și prin mortalitatea mai redusă față de cea înregistrată în statisticile OMS.*

Datele înregistrate în acest studiu conturează ideea unor rezultate benefice prin tratamentul chirurgical al tumorilor retroperitoneale.

14. *Evaluarea riscului de recidivă, bazată pe gradul de diferențiere, dimensiunile și localizarea tumorii retroperitoneale poate ghida alegerea strategiei de urmarire.*

Pacienții la care s-au identificat tumori cu risc înalt recidivează în general în primii 2-3 ani, în timp ce pacienții cu risc scăzut pot recidiva mult mai târziu. Descoperirea precoce a recidivelor poate avea implicații prognostice, metastazele fiind asimptomatice în stadiile în care sunt rezecabile. Astfel, investigațiile de control se pot concentra pe situs-urile de recidiva (ficat, pulmon, rinichi).

15. *Abordul rațional al pacientului cu tumoră retroperitoneală este unul pluridisciplinar. Beneficiile potențiale vor fi apreciate în funcție de creșterea tumorală și vor fi fixate obiective realiste de îngrijire care să urmărească în primul rând calitate vieții.*

Deși pacientul reprezintă arbitrul final, familia și medicul terapeut trebuie să participe și să comunice în cursul procesului decizional terapeutic. Când vindecarea sau diminuarea progresiei bolii nu poate fi obținută, un tratament paliativ competent trebuie să devină scopul medicului.