

UNIVERSITATEA "OVIDIUS" CONSTANȚA
ȘCOALA DOCTORALĂ A FACULTĂȚII DE MEDICINĂ

METASTAZELE HEPATICE ȘI REZOLVAREA LOR ÎN CHIRURGIA ORGANELOR ABDOMINALE

- REZUMAT -

**COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:
PROF.UNIV.DR. VĂSILE SÂRBU**

**DOCTORAND:
MARIUS TOBĂ**

**CONSTANȚA
2015**

CUPRINS

STADIUL ACTUAL AL CUNOSTIINȚELOR

1. ANATOMIA FICATULUI ȘI A SISTEMULUI PORT.....	4
1.1. ANATOMIA FICATULUI.....	5
1.2. CAILE BILIARE EXTRAHEPATICE.....	10
1.3. PARALELĂ ANATOMICĂ ÎNTRE DIVIZIUNEA INTRAHEPATICĂ A VENEI PORTE HEPATICE SI RAMURILE VENEI HEPATICE.....	18
1.4. VENE PORTE ACCESORII.....	19
1.5. SEGMENTAREA HEPATICĂ.....	20
1.5.1. SEGMENTAREA BAZATĂ PE DISTRIBUTIA PEDICULULUI VENOS PORT HEPATIC	23
1.5.2. SEGMENTAREA BAZATĂ PE DISTRIBUTIA PEDICULULUI EFERENT.....	28
2. METASTAZAREA CANCERULUI COLO-RECTAL.....	34
2.1. EPIDEMIOLOGIE.....	34
2.2. HISTOLOGIE	35
2.3. STADIALIZAREA CANCERELOR COLORECTALE.....	35
2.3.1. STADIALIZAREA CLASICĂ.....	36
2.3.2. STADIALIZAREA TNM.....	37
2.4. PRINCIPII DE TRATAMENT AL CANCERULUI DE COLON.....	39
2.4.1. TRATAMENTUL LOCO-REGIONAL: CHIRURGIA.....	39
2.4.2. TRATAMENTUL LOCO-REGIONAL: RADIOTERAPIA..	39
2.4.3. TRATAMENTUL SISTEMIC: CHIMIOTERAPIA.....	40
2.4.4. CHIMIOTERAPIA LOCO-REGIONALĂ ADJUVANTĂ.....	41
2.4.5. TRATAMENTUL SISTEMIC MODERN.....	43
2.4.6. STRATEGIE TERAPEUTICĂ.....	45
2.4.7. PLANURI DE TRATAMENT UTILIZATE IN CANCERUL DE COLON METASTATIC.....	46
2.4.8. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	47
2.5. PRINCIPII DE TRATAMENT AL CANCERULUI RECTAL.....	51

2.5.1. TRATAMENTUL LOCO-REGIONAL : CHIRURGIA.....	51
2.5.2. TRATAMENTUL LOCO-REGIONAL: RADIOTERAPIA..	52
2.5.3. STRATEGIE TERAPEUTICĂ.....	53
2.5.4. URMĂRIRE	56
2.6. TUMORILE HEPATICE METASTATICE.....	57
2.6.1. INCIDENȚA.....	57
2.6.2. ASPECTE ALE DIAGNOSTICULUI.....	58
2.7. BIOLOGIA METASTAZELOR HEPATICE IN CANCERUL COLORECTAL.....	60
2.7.1. CASCADA METASTATICĂ.....	62
2.7.2. EXPRESIA MARKERILOR TUMORALI.....	63
2.7.3. ADEZIUNEA CELULELOR TUMORALE.....	64
2.7.4. ADEZIUNEA MOLECULARĂ.....	65
2.7.5. DIAGNOSTICUL IMUNOHISTOCHIMIC	
AL METASTAZELOR HEPATICE.....	66
2.7.6. TRATAMENTUL METASTAZELOR HEPATICE.....	70
2.7.7. PRINCIPII SI TACTICĂ IN EXEREZA METASTAZELOR HEPATICE DIN CANCERELE COLORECTALE.....	73
2.7.8. BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ.....	74

PARTE PERSONALĂ

	76
3. MATERIAL ȘI METODA DE LUCRU.....	77
4. STUDIU ANATOMO-IMAGISTIC AL METASTAZELOR HEPATICE ÎN CANCERELE COLORECTALE.....	79
5. STUDIU RETROSPECTIV ASUPRA TUMORILOR SECUNDARE HEPATICE ÎN CANCERELE COLORECTALE	85
6. CAZURI PERSONALE.....	92
7. REZULTATE SI DISCUȚII.....	141
8. BIBLIOGRAFIE.....	147
9. CONCLUZII	149

3. MATERIAL SI METODĂ DE LUCRU

Studiul nostru reprezintă o analiză statistică retrospectivă efectuată pe un număr de 243 de pacienți internați în Clinica de Chirurgie II a Spitalului Clinic Județean de Urgență Constanța în perioada 01.01.2007 – 31.12.2011 cu diagnosticul cancer colo-rectal. Au fost studiate atât foile de observație, protocoalele chirurgicale, precum și buletinele histo-patologice. Comparativ cu literatura de specialitate, conform căreia incidența originii colo-rectale a metastazelor hepatice este de 2/3- 3/4 din totalul metastazelor din ficat (2, 5, 6, 7), în studiul nostru, din cei 243 de pacienți, 71 au prezentat metastaze hepatice. Analiza clinico-statistică a datelor obținute a fost efectuată în funcție de următoarele criterii: sex, vârstă, mediul de proveniență, sediul metastazelor, determinări secundare asociate, tipul de intervenție chirurgicală.

Circulația hepatică dublă face ca debitul sanguin hepatic să fie foarte mare și este întrecut în hemodinamica viscerală numai de circulația pulmonară. Metastazarea hepatică depinde de vârstă, sex, localizarea tumorii primare, tipul său histologic și durata sa evolutivă. (3, 7)

Incidența originii colo-rectale a metastazelor hepatice este estimată a fi de 2/3- 3/4 din totalul metastazelor din ficat. 10- 30 % sunt sincrone cu operația primară, dar 60% din metastaze nu se pot anticipa prin studii preoperatorii. De asemenea s-a apreciat că la 1/4 din bolnavii cu cancer colorectal metastazele hepatice sunt tehnic rezecabile în timpul operației inițiale.(2, 4, 6).

Metastazele hepatice sunt cele mai frecvente tumori hepatice. Tratamentul tumorilor hepatice primare și metastatice depinde atât de extensia intra- si extrahepatică a bolii, precum și de rezerva funcțională a ficatului. Opțiunile terapeutice includ procedee chirurgicale și/sau nechirurgicale. (1, 4, 7) aplicate celor 71 de pacienți. Am fost interesați de numeroase aspecte ale acestor cazuri.

- dacă metastazele au fost cunoscute preoperator deoarece cancerul colorectal operat în ocluzie la care cancerul și metastazele se găsesc pe masa de operație impun o atitudine terapeutică particulară.
- dacă metastazele hepatice au fost rezolvate în aceeași ședință operatorie sau succesiv, printr-o nouă intervenție.
- dacă s-a aplicat o altă metodă de distrugere a metastazelor

- dacă rezolvarea metastazelor s-a făcut prin operații regulate sau atipice.

5. STUDIU RETROSPECTIV ASUPRA TUMORILOR SECUNDARE HEPATICE IN CANCERELE COLORECTALE

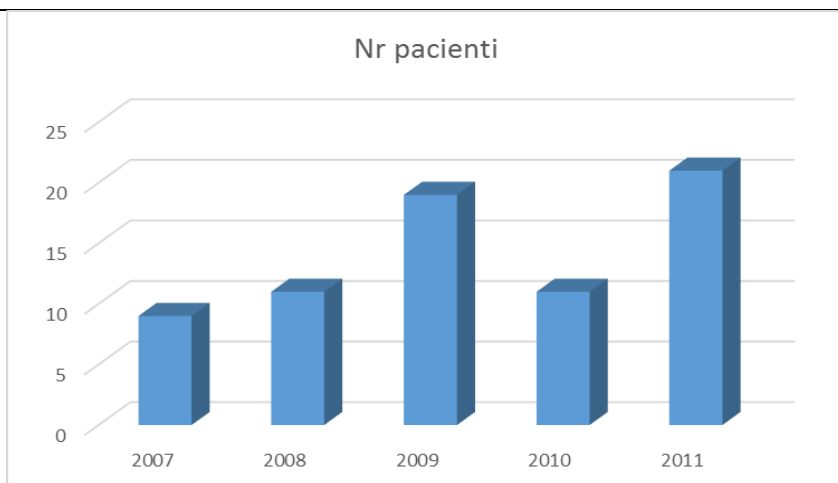
Analiza clinico-statistică a datelor obținute a fost efectuată în funcție de următoarele criterii:

- Distribuție pe ani de studiu
- Sex
- Vârsta
- Mediul de proveniență
- Sediul metastazelor
- Determinari secundare asociate
- Tipul de intervenție chirurgicală

Pentru fiecare dintre aceste criterii am realizat câte un tabel cu datele centralizate din numărul total de pacienți și un grafic din care au reieșit concluziile prezentate în cele ce urmează.

TABEL NR. 1 - DISTRIBUTIA PACIENTILOR CU METASTAZE HEPATICE PE ANI DE STUDIU

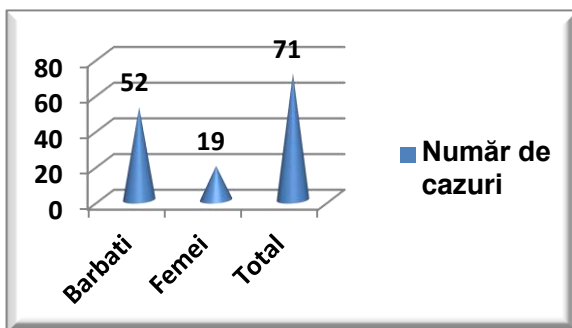
Anul de studiu	Nr pacienti	Procent (%)
2007	9	12.68
2008	11	15.49
2009	19	26.76
2010	11	15.49
2011	21	29.58
Total	71	



GRAFIC NR. 1 - REPARTIZAREA CAZURILOR ÎN PE ANI DE STUDIU

**TABEL NR. 2 - STUDIUL PACIENTILOR CU METASTAZE HEPATICE ÎN
FUNCȚIE DE SEX**

Sex	Număr de cazuri	Procentaj
Bărbați	52	73%
Femei	19	27%
Total	71	100%

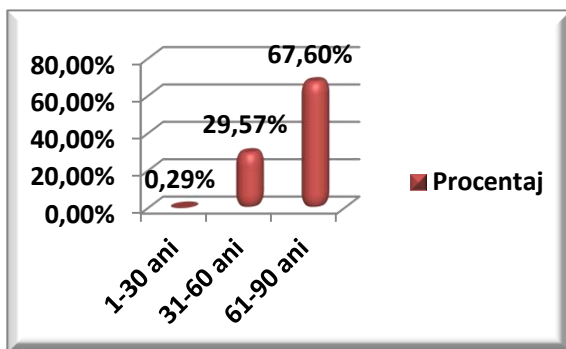


GRAFIC NR. II - REPARTIZAREA CAZURILOR ÎN FUNCȚIE DE SEX

Diferența dintre afectarea sexelor nu este foarte mare, sexul masculin fiind cel mai frecvent afectat. Datele obținute indică o frecvență mai mare a metastazelor hepatice la bărbați, cu un procent de 73% față de 27% la femei.

TABEL NR. 3 - STUDIUL PACIENTILOR CU METASTAZE HEPATICE ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ

Vârsta	Număr de cazuri	Procentaj
1-30 ani	2	0,29%
31-60 ani	21	29,57%
61-90 ani	48	67,6%
TOTAL	71	100%

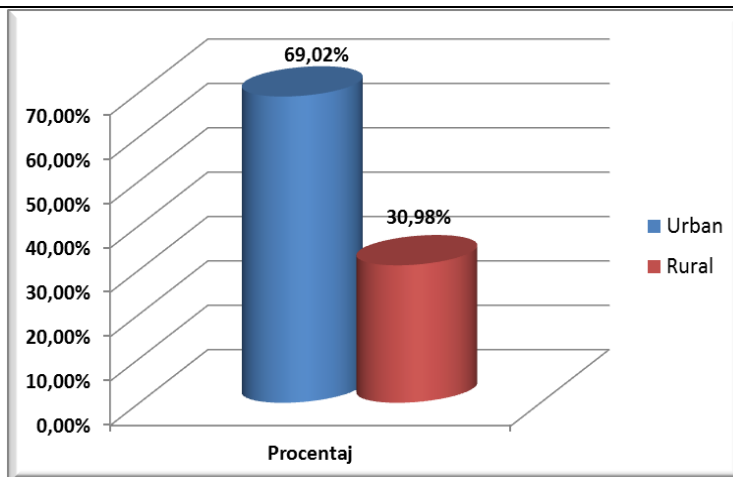


GRAFIC NR. III - REPARTIZAREA CAZURILOR ÎN FUNCȚIE DE VÂRSTĂ

Se constată din grafic că frecvența cea mai mare a neoplasmelor colo-rectale cu determinari secundare hepatice se întâlnește între 61 și 90 de ani. Vârsta minimă este de 22 de ani iar cea maximă de 88 de ani. Datele indică o repartizare inegală a cazurilor de neoplasme colo-rectale cu determinari secundare hepatice în funcție de vârstă, procentul cel mai ridicat (67,6%) fiind reprezentat de grupa de vârstă de peste 60 de ani.

TABEL NR. 4 - STUDIUL PACIENTILOR CU METASTAZE HEPATICE ÎN FUNCȚIE DE MEDIUL DE PROVENIENȚĂ

Mediul de proveniență	Număr de cazuri	Procentaj
Urban	49	69,02%
Rural	22	30,98%
Total	71	100%

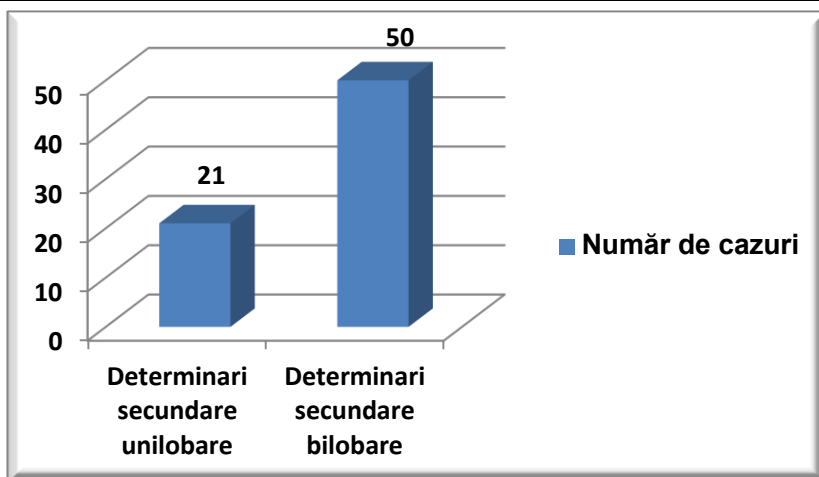


GRAFIC NR. IV - REPARTIZAREA CAZURILOR ÎN FUNCȚIE DE MEDIUL DE PROVENIENȚĂ

Mediul are unele semnificații în apariția neoplasmelor colo-rectale cu determinari secundare hepatice. Cazurile cele mai frecvente provin din mediul urban. Procentul din mediul rural (30,98%) se datorează probabil adresabilității reduse la medicul de specialitate datorită simptomatologiei căreia nu i se dă atenție decât prea târziu și a posibilităților materiale limitate de a accede la medici în oraș.

TABEL NR. 5 - STUDIUL PACIENȚILOR CU METASTAZE HEPATICE ÎN FUNCȚIE DE SEDIUL METASTAZELOR

SEDIUL METASTAZEI	Număr de cazuri	Procentaj
Determinari secundare unilobare	21	29.57%
Determinari secundare bilobare	50	70.43%

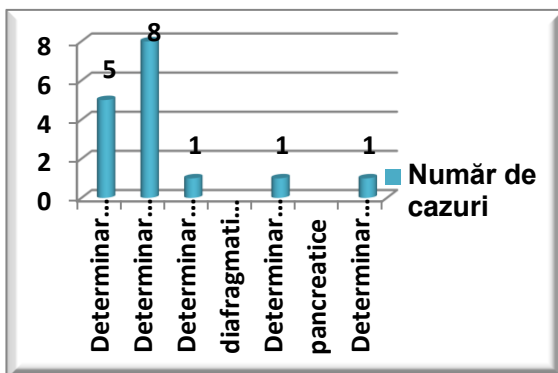


GRAFIC NR. V - REPARTIZAREA CAZURILOR ÎN FUNCȚIE DE SEDIUL METASTAZELOR

Am găsit 21 de pacienți cu determinări secundare unilobare din care 11 prezentau determinări solitare, restul având între 2 și 4 metastaze. Se observă că majoritatea metastazelor se găsesc în lobul drept hepatic, celelalte 10 determinări fiind bilobare, multiple.

TABEL NR. 6 - STUDIUL PACIENȚILOR CU METASTAZE HEPATICE ÎN FUNCȚIE DE SEDIUL DETERMINĂRIILOR SECUNDARE ASOCIATE

SEDIUL METASTAZEI ASOCIATE	Număr de cazuri	Procentaj
Determinari secundare pulmonare	5	7.04%
Determinari secundare peritoneale	8	11.26%
Determinari secundare diafragmatice	1	1.40%
Determinari secundare pancreatice	1	1.40%
Determinari secundare osoase	1	1.40%



Din totalul celor 71 de cazuri de pacienți cu neoplasm colo-rectal cu determinări secundare hepatice observăm că 16 prezintă metastaze asociate, respectiv: 8 cazuri cu carcinomatoză peritoneală, 5 cu metastaze pulmonare și câte un caz cu metastaze pancreatice, diafragmatice și osoase.

TABEL NR. 7- STUDIUL PACIENȚILOR CU METASTAZE HEPATICE ÎN FUNCȚIE DE TIPUL INTERVENȚIEI CHIRURGICALE CURATIVE

TIPUL INTERVENȚIEI CHIRURGICALE	Număr de cazuri	Procentaj
Electrorezecție	11	34.37%
Metastazectomie atipică	4	12.50%
Electrocoagulare	6	18.75%
Alcoolizare	1	3.12%

Am constatat că din totalul de 32 de pacienți operați pentru ablația metastazelor chirurgicale, 8 au prezentat metastaze nerezecabile iar la restul de 22 de pacienți s-au folosit diferite tehnici chirurgicale în funcție de dimensiunile metastazelor. Astfel, la 11 dintre pacienți s-a practicat electrorezecția, la 4 dintre ei s-a practicat metastazectomie atipică, la 6

electrocoagulare, la un pacient s-a folosit alcoolizarea metastazelor iar la 2 pacienți s-au folosit tehnici asociate cum ar fi termoablația cu electrocauter și injectarea de etanol.

Concluzionând putem afirma că neoplasmale colo-rectale cu afectare hepatică sunt mai frecvente la sexul masculin (73%) într-un interval între 61-90 ani, predominând pacienții din mediul urban (69,02). Din punct de vedere al localizării metastazelor hepatice au predominat cazurile cu afectare bilobară (50%), iar afectarea secundară a metastazelor a fost găsită cel mai frecvent (8 cazuri din 16) la nivel peritoneal – carcinomatoza peritoneală, urmată de localizări pulmonare (7,04%), și în aceeași măsură localizări diafragmatice, pancreatice și osoase (1,40%). Metodele terapeutice folosite au constatat în 34,37% în electrorezeecție urmată de electrocoagulare (18,75%) și apoi metastazectomie atipică (12,5%) și alcoolizare (3,12%).

6. CAZURI PERSONALE

CAZUL 1.

B. G., 73 ani, jud. Cta, D I 8.05.2007

Dg internare: tumoră rect

Dg externare: tumoră de rect stenoizantă cu metastaze hepatice.

Raport colonoscopie: la 11-12 cm de orificiul anal se identifică o formațiune proliferativă circumferențială neregulată, friabilă și sângerândă la atingere, de consistență crescută în profunzime. Lumenul este îngustat și nu permite trecerea endoscopului.

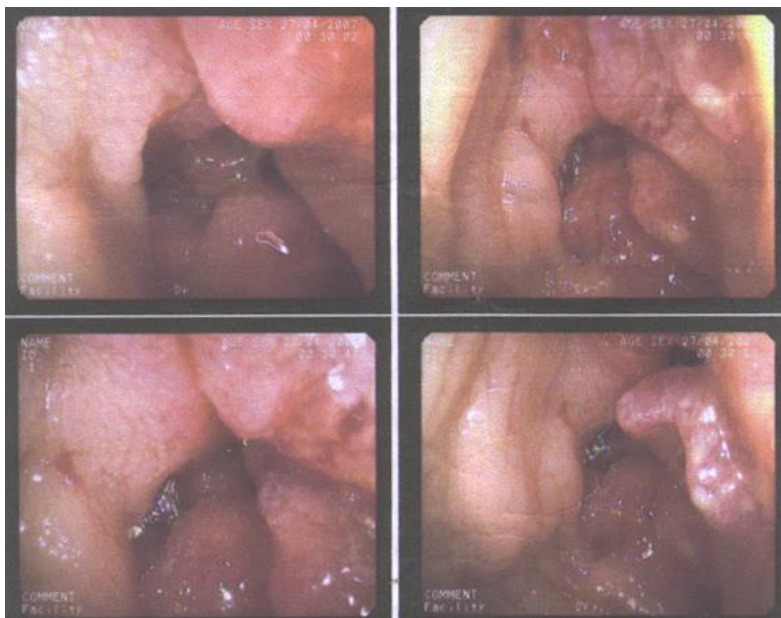


FIG. 25 -

Echo ficat: multiple formațiuni nodulare hiperecogene cu diametru variabil de până la 3 cm, cu halou distribuite în ambii lobi. (determinări secundare). Se practică rectocoliectomie segmentară tip Hartman cu anus iliac stâng.

Pacientul a fost operat pentru tumoră de rect, în cursul intervenției chirurgicale au fost decelate metastaze hepatice, s-a decis tratamentul chirurgical al tumorii de rect prin rectocoliectomie segmentară și temporizarea tratamentului metastazelor hepatice.

CAZUL 2

C. D. , 71 ani, jud.Cta. DI: 12.10.2007.

Dg internare: neoplasm sigmoidian.

Dg externare: neoplasm sigmoidian cu metastaze segment IV hepatic.

Epicriza: pacient fără antecedente patologice semnificative se internează actual pentru dureri la nivelul hipogastrului și tulburări de tranzit însoțite de rectoragii sporadice, scădere ponderală, simptomatologie ce a debutat în urmă cu 10 luni. Abdomen suplu, moderat dureros la palpare în flancul stâng și hipogastru, unde se decelează o formațiune pseudotumorală de 10/8 cm imprecis delimitată, mobilă pe planurile supraiacente și relativ fixată la planurile profunde.



FIG. 26

Rectoscopia descrie la 35 cm de orificiul anal o stenoză a lumenului colonic. Examenul CT descrie la nivelul lobului hepatic drept subdiafragmatic, o formațiune tumorală cu contur neregulat de 5 cm hipocaptantă, cu caracter de proces secundar și intrapelvin o formațiune de 6-7 cm cu pereti groși, anfractuosi.

Se practică incizie xifopubiană. În cavitatea peritoneală se găsește o tumoră pe versantul superior al sigmoidului la care aderă sigmoidul distal și porțiunea superioară a rectului. Tumora infiltrază țesutul până la bifurcata aortică. Se sectionează pediculul vascular mezenteric la origine apoi se ridică în bloc tumora, colonul și rectul proximal, se coboară unghiul splenic al colonului, se realizează anastomoza colorectală monostrat posterior dublu strat anterior. Se explorează apoi metastaza hepatică în segmentul

IV unde se dezvoltă aproape în totalitate, cu diametru de 5-6 cm. După secțiunea ligamentului sagital se secționează parenchimul hepatic la 2 cm de metastază și se îndepărtează printr-o hepatectomie atipică metastaza și tesutul de vecinătate. Se recoltează un ganglion de la nivelul arterei hepatice pentru HP. Se drenează în Douglas, spațiul subfrenic stâng și subhepatic.

Pacientul se prezintă pentru tumoră sigmoidiană, în cursul intervenției chirurgicale se decelază o metastază hepatică în segmentul IV și se decide îndepartarea acesteia prin hepatectomie atipică în cadrul aceleiași intervenții, după ce se rezecă tumora sigmoidiană și se realizează anastomoza colorectală.

CAZUL 4

A.C. -72 ani, jud Constanța; DI:21. 02. 2008

DG la internare: neoplasm rectal inferior cu metastaze hepatice

Dg la externare: tumoră rectală sângerândă, metastază hepatică, hemoroizi externi

Pacientă în vârstă de 71 ani, cunoscută în antecedentele personale patologice cu HTA, ulcer gastroduodenal, litiază biliară, hemoroizi externi, se internează cu rectoragii, tulburari de tranzit intestinal (constipație), dureri abdominale în hipocondrul drept și epigastru, în vederea diagnosticului și tratamentului de specialitate.

Examenul local: abdomen mărit, suplu, sensibil la palpare în epigastru și hipocondrul drept, hepatomegalie tumorală, fără semne de iritație peritoneală; la tuseul rectal la 4-5 cm de linia anocutanată se palpează o formațiune de aproximativ 5-6 cm, de consistență crescută, cu suprafața neregulată.

Echografia abdominală și CT: evidențiază hepatomegalie cu echostructură total dezorganizată, prin prezența a multiple imagini micro- și macronodulare de dimensiuni variate, cu fenomene de necroză centrală-parenchim practic absent, mase hipodense, cu caracter proliferativ secundar.

Se intervine chirurgical practicându-se sub AG-IOT laparotomie exploratorie, anus iliac stâng terminal definitiv, diagnosticul operator fiind de neoplasm rectal inferior cu metastaze hepatice multiple T4N1M1. Ținând cont de stadiul evolutiv se practică o colostomie stângă terminală cu ligatura capătului distal. Se fixează colostoma atât la aponevroză cât și la tegumente.

Pacientul se internează pentru tumoră de rect inferior, la examenul CT și în cursul intervenției chirurgicale au fost decelate metastaze hepatice multiple, s-a decis tratamentul chirurgical al tumorii de rect prin colostomie

stângă terminală și temporizarea tratamentului metastazelor hepatice, metastazele fiind nerezecabile.

CAZUL 8

A.G. 53 ani, sex M, jud Constanta. DI:26.09.2008

Dg la internare:sindrom ocluziv.

Dg la externare: ocluzie intestinala prin neoplasm de jonctiune colorectala. Metastaze ganglionare. Metastaza unica lob drept hepatic.

Pacientul in varsta de 53 ani, se interneaza cu fenomene de ocluzie intestinala pentru diagnostic si tyratament de specialitate.

Examinarea CT a abdomenului si pelvisului evidentiaza:

- Ficat ortotopic, cu forma si dimensiuni normale, cu structura neomogena prin prezenta unei formatiuni hipodense, localizate la nivelul segmentului IV , imprecis conturata, cu dimensiuni axiale maxime de 90/60 mm, neiodofila, fara dilatatii de cai biliare intrahepatice.
- Colon ascendent, transvers, descendent, sigmoid mult destins, cu lichid prezent
- Absenta adenopatiilor tumorale si a lichidului intraperitoneal.

Aspect CT evocator de :

- Formatiune hipovasculara hepatica
- Distensie importanta colonica

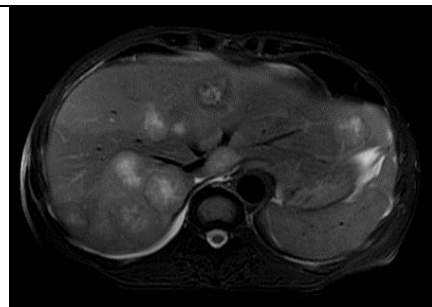


Fig. 28 - aspect tipic de metastaza de adenocarcinom la examen Rm, bine delimitata cu arie centrala necrotica cu hipersemnal in ponderatie T29

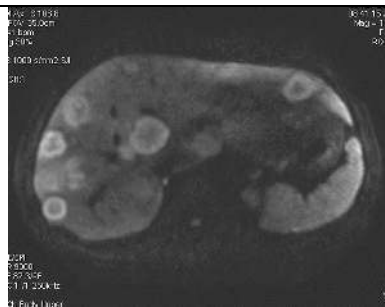


Fig 29 - aspect tipic de metastaza de adenocinom la examen Rm, bine delimitata cu arie centrala necrotica cu hipersemnal in ponderatie de difuzie.



Fig. 30 - aspect tipic de metastaza de adenocarcinoma la examen Rm, bine delimitata cu arie dentrala hipocaptanta cu minima priza de contrast periferic.

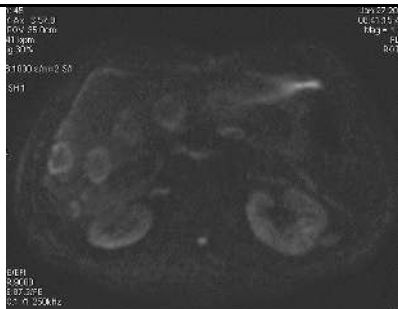


Fig. 31 - aspect tipic de metastază de adenocarcinom la examinare Rm.- hipersemnal in ponderatie de difuzie cu o valoare a coeficientului aparant de difuzie de aprox 1×10^{-3} sugestiv pentru caracter tumoral.



Fig. 32 - aspect tipic de metastază de adenocarcinom la examinare Rm – metastaze secundare hipocaptante

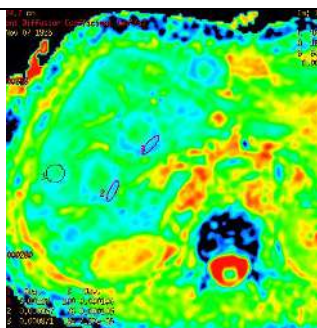


Fig. 33 - aspect tipic de metastază de adenocarcinom la examinare Rm - metastaze cu minima priza de contrast periferic

Echografie abdominala: lichid in ambele sinusuri costodiafragmatice

Se intervine chirurgical sub AG-IOT si se practica: rectocoliectomie segmentara cu colorectoanastomoza T-T. Hepatectomie atipica lob drept hepatic.

Se executa o incizie mediana supra- si subombilicala prelungita cranial si caudal de necesitate. Se pune in evidenta o tumora stenozanta, ocluziva la nivelul jonctiunii rectosigmoidiene. Colonul este foarte mult destins, ischemic si se fisureaza usor facand foarte dificila rezectia tumorii. Din

cauza acestor leziuni de la nivelul sigmoidului se coboara unghiul splenic si se face o anastomoza colo-rectala protezata pe o sonda Foley. In lobul drept hepatic se gaseste o metastaza de dimensiuni mari, circa 8-10 cm situata marginal in segmentul VI, iar la origine arterei mezenterice se gasesc ganglioni care se rezeca. Metastaza hepatica se rezeca printr-o hepatectomie atipica. Se dreneaza apoi loja splenica, spatiul subhepatic si Douglasul. Refacerea anatomica a peretelui abdominal. Pe suprafata ficatului numeroase zone punctiforme albicioase care ar putea fi citologic micrometastaze. Postoperator se instaleaza o fistula anastomotica cu debit mic care se sanctioneaza printr-o enterostomie de protectie.

Buletin anatomo-patologic: piese trimise

1. Ganglioni periaortici
2. Transa sectiune distala rectala
3. Polip rectal
4. Colon
5. Metastaza ganglioni mezenterici.

Descriere macroscopica:

1. Doua formatiuni nodulare cu diametrul de 1 cm, pe sectiune culoare cenusie, consistent.
2. Fragment tisular de 10/0,5 cm, culoare cenusie, aspect suplu.
3. Fragment tisular de 1/0,4 cm, culoare cenusie, consistenta elastica
4. Fragment de colectomie segmentara cu lungimea de 30 cm ce prezinta la o distanta de 5 cm o formatiune tumorala ulcero-vegetativa de 6/4 cm ce obstrueaza aproximativ 90% din lumen, rosietica, de consistenta variabila. Corespunzator acesteia, la nivelul seroasei prezinta o formatiune de culoare galbuie, consistenta crescuta cu zone abcedate. La o distanta de 3 cm de formatiune se observa alta formatiune exofitica de 1,5/1 cm cu suprafata ulcerata.
5. Fragment hepatic de 11/6/5 ce prezinta o formatiune tumorala nodulara de 10/5/5cm
6. Doua fragmente de tesut adipos de 2,5/1,5 cm si 1,2/0,5cm ce prezinta trei formatiuni nodulare, de culoare albicios-cenusie, de consistenta crescuta

Descriere microscopica:

1. Limfoganglion periaortic cu diametrul de 1/1 cu histiocitoza sinusala
2. Transa desectiune distala cu mucoasa de aspect tipic si hiperplazia foliculilor limfoizi
3. Polip glandulo-chistic cu accentuat infiltrat granulomatos in coriionul mucoasei

-
4. Piesa de colectomie segmentara ce prezinta la 5 cm fata de sectiunea chirurgicala prezinta o leziune de 5 cm- adenocarcinom papilar moderat diferentiat asociat unui carcinom adenoid-chistic cu infiltrat granulomatos disecant. Vase capilare cu trombi carcinomatosi. tesut nervos periferic granulomatos. Tesut adipos peritumoral cu invazie carcinomatoasa. 2 limfoganglioni de 0,3/0,4 cu invazie subcapsulara carcinomatoasa.
 5. Tesut hepatic cu invazie masiva de adenocarcinom coloido-chistic
 6. Trei limfoganglioni mezenterici de 0,5/0,5 cu histiocitoza sinusala. T4N1Mx.

Pacientul se internează pentru tumoră de jonctiune colorectală. În cursul intervenției chirurgicale a fost decelată o metastază unică de dimensiuni mari in lobul drept hepatic, s-a decis tratamentul chirurgical al tumorii prin rezectie și anastomoză colo-rectală protezată pe o sondă Foley și totodată se practică si hepatectomie atipică, rezecând metastaza.

CAZUL 9

8.M. V, 54 ani, jud. Constanța DI 27.08.2008

Dg. La internare: Tumoră malignă colon

Dg. La externare: tumoră de unghi splenic al colonului cu metastaze hepatice

Buletin anatomo-patologic:

Descriere microscopică: leziune nodulară de 3,5/3/2,8 cm, contur policiclic, culoare cenușiu-galbuie, consistență scăzută.

Descriere microscopică: ganglion limfatic (pedicul hepatic) - exerează-absența semnelor de invazie neoplazică; ficat – biopsie exerează – metastază de adenocarcinom moderat diferențiat.

Epicriza: pacienta fara antecedente patologice semnificative, prezinta de aproximativ o luna dureri abdominale nesistematizate însoțite de tulburări de tranzit. Colonoscopia decelează la nivelul colonului descendent spre unghiul splenic o formațiune tumorală protruzivă stenoizantă precum și un polip pediculat sigmoidian pentru care s-a practicat polipectomie. Local: abdomen suplu mobil, moderat dureros la palpare în flancul stâng unde se decelează palpator o formațiune tumorală imprecis delimitată relativ fixată la planurile profunde fără semne de iritație peritoneală. Ecografia și CT descrie la nivelul segmentului IV hepatic o formațiune hipodensă de 25/26 mm cu caractere imagistice sugestive pentru determinare secundară. Se intervine chirurgical practicandu-se sub AG-IOT hemicolectomie stanga, colo-coloanastomoza T-T, metastazectomie hepatică . evolutie favorabilă.

Diagnostic: Neoplasm de unghi splenic al colonului cu metastaze hepatice

Incizie supra si subombilicală prelungită cranial se pune în evidență o tumoră a colonului stâng imediat sub unghiul splenic spre descendent cu invazie a peretelui abdominal. In segmentul II al ficatului se evidentiaza o metastaza cu diametrul de 1,5 cm, iar segmentul IV dar in profunzime la cca 2 cm o alta metastaza de mici dimensiuni. In segmentul VII pe fata viscerală o metastaza cu diametrul de 7 cm in profunzimea ficatului la cca 1,5 cm – 2 cm. Se rezeca colonul stang impreuna cu tumora si se face limfadenectomie la originea arterei mezenterice inferioare si se practica colocoloanastomoza pastrand artera mezenterica superioara.

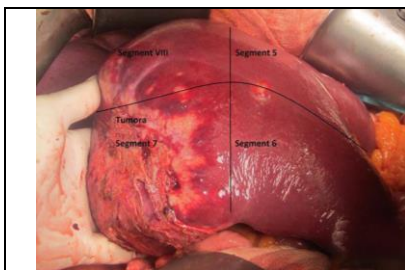


Fig. 34

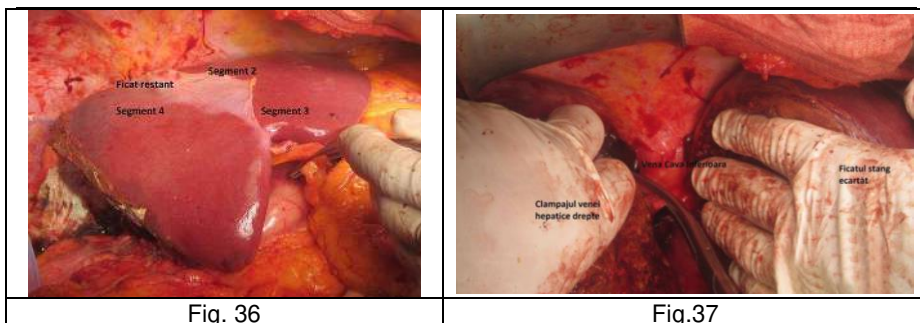


Fig. 35

Anastomoza s-a realizat mono plan cu fire separate de nylon. Se rezeca apoi metastaza din lobul stang hepatic segmentul III.

Se electocoaguleaza doua metastaze prin microtomie. Se rezeca si o metastaza cu diametrul de 1,5 . o alta hepatectomie pe fata viscerală a segmentului VII folosindu-se de manevra Pringle. Se patrunde intrahepatic, se decoleaza o metastaza ovoida de 4/2cm.

Uterul are 2 noduli fibromatosi. In pediculul hepatic se gasesc limfoganglioni care se excizeaza Si se trimit la AP dupa care se dreneaza dublu patul hepatic si intrahepatic.



Control hemostaza

Inchiderea peretelui in straturi anatomice.

Pacienta se internează pentru tumoră de unghi splenic al colonului, în cursul intervenției chirurgicale au fost decelate metastaze hepatice, s-a decis tratamentul chirurgical al tumorii de colon prin rezecția tumorii și a colonului stâng și colo-coloanastomoza. În cursul aceleiași intervenții se practică hepatectomie stângă atipică și electrocoagularea metastazelor .

CAZUL 10

M. P. 71 ani, jud Constanta. DI:09.03.2009

Dg la internare neoplasm de colon transvers cu coloanastomoza latero-laterala.

Dg la externare: neoplasm de colon operat si metastaze hepatice segment 7-8 si 1

Pacient in varsta 71 ani, cunoscut in APP cu HTA gr II si regurgitare aortica, diagnosticat in urma cu trei ani cu neoplasm de colon transvers cu coloanastomoza latero-laterala, cu evolutie ulterioara favorabila, prezinta in investigatiile imagistice efectuate in urma cu doua luni, doua formatiuni tumorale la nivelul ficatului cu aspect sugestiv de procese secundare, motiv pentru care se interneaza pentru diagnostic si tratament de specialitate.

Examen local: abdomen suplu, mobil cu miscarile respiratorii, dureros spontan si la palpare, fara semne de iritatie peritoneala, TI prezent.

Se decide si se intervine chirurgical si sub AG-IOT se practica ablatia metastazelor cu agent termic si chimic, drenaj subhepatic si interhepatodiafragmatic. Se executa o incizie xifoombilicala. La deschiderea cavitatii peritoneale se constata intens proces aderential ce necesita adezioliza. La inspectia si palparea ficatului se constata prezenta unei metastaze de aproximativ 1cm in segmentul 7-8 si una voluminoasa in segmentul 1, pentru care se practica termoablatie cu electrocauter si

respectiv injectarea cu etanol 96 grade dupa deschiderea ligamentului posterohepatic.

M. P., 71 ani, jud Cta DI 23.12.2009

Dg internare: neoplasm colon cu metastaze hepatice.

Dg externare: neoplasm colon cu metastaze hepatice.

Epicriza: pacient hipertensiv cunoscut cu neoplasm de colon transvers pentru care s-a practicat colectomie segmentara de colon transvers in 2006 si metastaze hepatice pentru care s-a practicat metastazectomie in 2009 si sapte sedinte de chimioterapie, prezinta actual dureri in hipocondrul drept, motiv pentru care se interneaza in vederea investigatiilor si tratamentului de specialitate. Echografie abd descrie multiple arii hipodense la nivel hepatic. Ct abdominal descrie hepatomegalie accentuate cu multiple formatiuni centimetrice cu caractere de determinari secundare. Post contrast intravenos intrahepatic se delimiteaza multiple formatiuni imprecise conturate cu dimensiuni intre 1-10 cm hipocaptante cu iodofilie neomogena situate in lobul drept hepatic.

8. M.P: 72 ani, Constanta, DI:01.02.2010

Dg la externare: neoplasm de colon operat. Metastaze hepatice nerezecabile.

Pacient in varsta de 72 ani, cunoscut in APP cu HTAE stadiul II, Insuficienta aortica, neoplasm de colon transvers pentru care s-a practicat colesctomie segmentara dde transvers(2006), chimiotratat(7 sedinte), prezinta actual dureri in hipocondrul drept, motiv pt care se interneaza in vederea investigatiilor si tratamentului de specialitate.

Examen local: abdomen suplu, mobil cu miscarile respiratorii, nedureros la palpare, fara semne de iritatie peritoneala

RMN abdomen cu subsatanta de contrast evidentiaza metastaze hepatice multiple bilobare dintre care cea mai voluminoasa ocupa lobul caudat si se extinde in segmentele invecinate, ingloband venele hepatice dreapta, hepatica medie si venele porta dreapta si stanga

Datorita metastazelor hepatice multiple bilobare si nerezecabile nu este indicata interventia chirurgicala. Pacientul se externeaza in stare stationara.

Pacient cunoscut cu neoplasm de colon transvers cu colo-coloanastomoză latero-laterală diagnosticat și operat în urmă cu trei ani prezintă la internare două formațiuni tumorale la nivelul ficatului cu aspect sugestiv de procese secundare diagnosticate imagistic pentru care intraoperator se practică termoablație cu electrocauter și respectiv injectarea cu etanol 96 grade după deschiderea ligamentului posterohepatic. Pacientul se externează în stare ameliorată. La distanță de 11 luni, timp în care a urmat șapte ședințe de chimioterapie, pacientul revine iar examenul RMN abdominal cu

substanță de contrast evidențiază metastaze hepatice multiple bilobare dintre care cea mai voluminoasă ocupă lobul caudat și se extinde în segmentele învecinate, înglobând venele hepatice drepte, hepatica medie și venele portă dreaptă și stângă. Tratamentul chirurgical este depășit, metastazele fiind de dimensiuni mari și nerezecabile. Pacientul decedează la 4 luni de la ultimul control.

CAZUL 21

M.G.: 63 ani, Constanta, DI: 07.05.2010

Dg la externare: Tumora giganta retroperitoneala pelvi-abdominala, cu invazie de sigmoid. Metastaze hepatice.

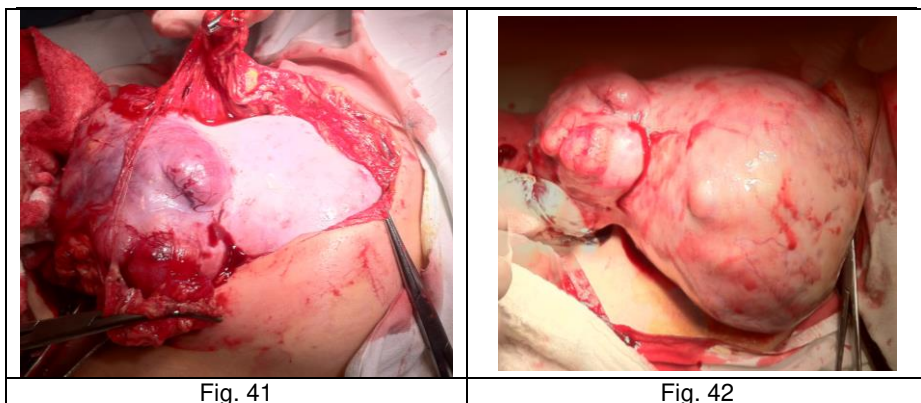
Pacient in varsta de 63 ani, hipertensiv, prezinta rectoragii si dureri in etajul abdominal inferior, motiv pentru care se interneaza pentru diagnostic si tratament de specialitate.

Examen local: abdomen marit de volum prin panicul adipos, mobil cu miscarile respiratorii, sensibil la palparea profunda in etajul abdominal inferior, fara semne de iritatie peritoneala in momentul examinarii, TI prezent. TR: ampula rectala supla, cu resturi de materii fecale

Ecografie abdominala: hepatomegalie moderata cu ecostructura neomogena; in segmentul IV-V se evidentiaza o formatiune hiperecogena cu ecostructura neomogena, cu aspect in cocarda, cu contur neregulat si diametrul de 4cm. In mezogastru, spre flancul drept, se evidentiaza un conglomerat tumoral, cu diametrul de aproximativ 12cm, cu contur neregulat, imprecis delimitat

Colonoscopie: se patrunde cu colonoscopul pana la circa 30cm unde se evidentiaza o formatiune tumoralamare, imprecis delimitata, cu aspect conopidiform, foarte friabila, circumferentiala, aproape stenoizanta, care nu permite trecerea colonoscopului.

Se decide si se intervine chirurgical si sub AG-IOT se practica rezectie recto-sigmoidiana cu colostomie stanga; extirparea tumorii retroperitoneale si alcoolizarea metastazelor hepatice. Se executa o laparotomie mediana, se pune in evidenta o tumora retroperitoneala care evolueaza in pelvis unde invadeaza seroasa vezicala, deasemeni invadeaza sigmoidul, realizand un obstacol aproape complet.



În lobul drept hepatic, segmentul IV, se pune în evidență o metastază de 5cm, iar în segmentul II regiunea parasagitală, se evidențiază o altă de dimensiuni mai mici. Tumora invadează și o zonă de circa 6 cm dintr-o ansă de intestin subțire, această ansă se rezecă cu o anastomoză entero-enterală în dublu strat, se decolează tumora de pe vezică urinară fără deschiderea vezicii cu electrocauterul, apoi se ligaturează artera mezenterică inferioară în apropierea marginii și se extirpă tumora retroperitoneală, se sectionează rectul sub invazia rectosigmoidiană. Tumora are circa 15-20cm

CAZUL 22

A. P.: 64 ani, Cnstanta, DI:03.11.2010.

Dg la externare: tumora malignă a joncțiunii recto-sigmoidiene. Tumora malignă secundară a ficatului. Peritonită acută.

Pacient în vârstă de 64 ani, transferat de urgență de la clinica de oncologie cu semne clinice de abdomen acut chirurgical. După investigarea și pregătirea preoperatorie se practică rezecție rectosigmoidiană cu anus iliac stâng terminal, lavaj, drenaj peritoneal multiplu, pentru neoplasm rectal superior cu perforație și peritonită stercorală, ocluzie intesinyală mixtă maecano-inflamatorie

Examinarea RMN a abdomenului și pelvisului evidențiază ficat ortotopic cu formă și dimensiuni în limitele normalului, cu structură neomogenă preîn prezentă de numeroase formațiuni bine delimitate dispuse aleatoriu la nivelul parenchimului hepatic, cu dimensiuni axiale diferite până la maxim 33/27mm, fără dilatații de cai biliare intrahepatice. Îngroșare circumferențială a peretelui rectosigmoidian, pe o distanță de 52mm ce

determina stenoza importanta la acest nivel.; adenopatii infracentimetrice peritumoral.

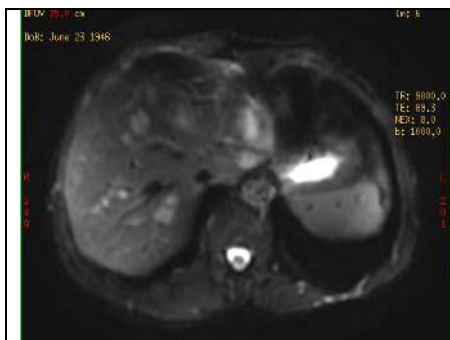


Fig. 43 - aspect tipic de metastaze de adenocarcinom rectosigmoidian la exam Rm. , hipersemnal in ponderatie de difuzie

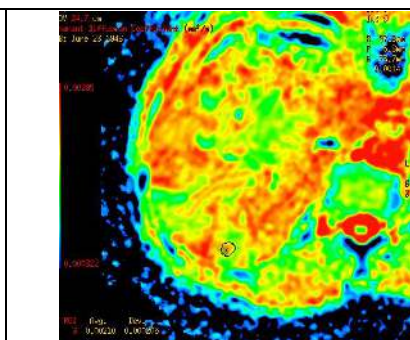


Fig. 44 - aspect tipic de metastaze de adenocarcinom rectosigmoidian la examen Rm. cu valoare a coeficientului aparent de difuzie de aprox 2×10^{-3} sugestiv pentru determinari secundare



Fig. 45 - aspect tipic de metastaze de adenocarcinom rectosigmoidian bine delimitate hipocaptante cu minima priza de contrast periferica la exam Rm



Fig. 46 - aspect tipic de metastaze de adenocarcinom rectosigmoidian bine delimitate hipocaptante cu minima priza de contrast periferica la examen CT

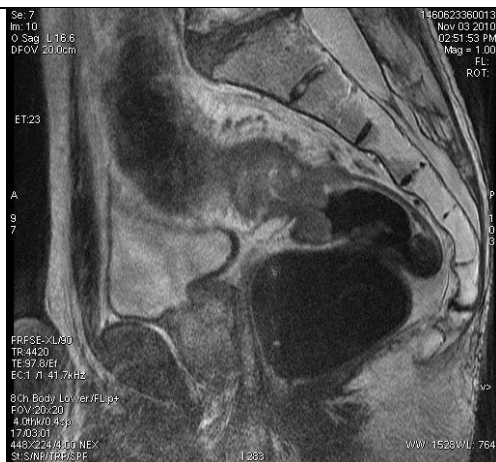


Fig. 47 - tumora primara recto-sigmoidiana vizualizabila la examen Rm ce asociaza determinari secundare hepatice

Se decide si se practica sub AG-IOT rezectie rectosigmoidiana segmentara cu anus iliac stang terminal. Celiotomie mediana pubosupraombilicala. Intestinul prezinta anse de ocluzie aglutinate cu abcese intre ele. Colonul sigmoid prezinta o perforatie proximal de tumora prin care se scurg materii fecale. Se practica rezectie segmentara rectosigmoidiana cu mobilizarea rectului cu ligatura mezorectului si mezosigmoidului corespunzator si inchiderea capatului distal in bursa. Fiactul prezinta metastaze multiple cea mai mare de 5/6cm in lobul stang cele mai mici de 0,5cm in lobul drept.

7. REZULTATE SI DISCUȚII

Cancerale colorectale sunt în marea lor majoritate epiteliale (adenocarcinoame), până la 95%-98%. Pericolul acestor tumori este reprezentat de elementele locale de invazie ce lezează organele vecine, dar și de metastazarea în ganglioni și apoi în organele filtrante, pe primul rand aflându-se ficatul. Chirurgii, în cazul cancerelor colorectale, se întâlnesc frecvent și cu “însămânțări” de celule neoplazice în peritoneul liber sau visceral abdominal, apărute prin descuamări în cazul cancerelor care invadează seroasa. În aceste situații în chirurgie a aparut Chirurgia multiorganică, iar pentru metastaze au aparut metastazectomiile. Unele tumori canceroase digestive au structuri apropiate de normal și poartă numele de adenomorf. Acestea au agresivitate redusă. Organizarea celulară a acestor cancere schițează și sugerează structura adenomatoasă. În cazul bolnavilor noștri acest fenomen s-a găsit la 6 cazuri, care au avut prognostic mai favorabil.

Alte cazuri au avut tumori anaplastice, adică au prezentat anarhie celulară totală. Acestea dau metastaze mai agresive, cu dificultăți de metastazectomie și prognostic nefavorabil.

Pe aceste baze cercetările lotului nostru au conturat un fenomen modern al oncochirurgiei colorectale și anume indicatorii citohistologici de prognostic. Aici se conturează o categorie la care metastazectomiile vor evolua mai nefavorabil. Este vorba de invazii locale rapide dar și de metastazare prin emboluri tumorale vasculo-limfatice. În cazul nostru a fost vorba de tumori cu celule mici, de celule mucinoase, în inel de pecete.

Un al doilea grup de cazuri au avut un prognostic favorabil. La aceste cazuri nu am făcut metastazectomii și ei au fost majoritari. Este vorba de multe ori de descrieri de infiltrații peritumorale limfoplasmocitare, iar ganglionii, deși mari, au prezentat reacții ganglionare histiocitare.

De remarcat faptul că noi nu am constatat și nu am studiat metastazele în plamani, realizate pe calea venelor din sistemul retroperitoneal venos al lui Retzius și venele lombare. Am observat 7 cazuri la care cancerale erau dezvoltate posterior pe colonel acolat prin fascia Toldt I și Toldt II, care nu aveau metastaze pulmonare.

La lotul nostru de bolnavi ne-am bazat pe date imagistice, deși există și unele elemente clinice sugestive pentru metastaze hepatice. Ele sunt tardive și de aceea nu le-am folosit nici noi, nefiind nici patognomonice. În

schimb datele de laborator, desi cu specificitate redusa, ca si elementele clinice, au fost prezente si patologice.

Cele mai utile am putea sugera ca sunt: F. alcalina, TGO si TGP si hipercalcemia. Dintre testele imunologice care merg paralel cu datele imagistice in metastazele hepatice sunt alfafetoproteina, CEA.

Dintre explorarile cele mai fidele decelarii metastazelor hepatice au fost: ecografia, ecografia intraoperatorie, CT, RMN

Vom supune discutiei ecografia intraoperatorie care reprezinta un gest esential in metastazectomiile hepatice.

Prin aceasta metoda se pot decela metastaze hepatice profunde, adesea necunoscute preoperator. De asemenea se obtin intraoperator date foarte importante despre relatia metastazelor cu vasele intrahepatice mari si cu canalele biliare segmentare.

Acest element intraoperator este esential deoarece elementul de siguranta la exereza unei metataze impune rezectia la o distanta de 1 cm exterior metastazei.

Tot pe cale ecografica intraoperatorie se observa si se confirma metastazele grupate numeric, care impun rezectii hepatice atipice. Cu totul alta este situatia metastazelor hepatice unice, care se rezuma la metastazectomii.

Rezehtiile hepatice largi trebuie pe cat posibil evitate, deoarece metastazectomiile menajeaza parenchimul hepatic restant. Acesta este necesar atat cantitativ de minim 20-30% cat si pentru ipoteza unei recidive metastatice ce impune o rezectie iterativă. In cazul in care s-a practicat o rezectie masiva (hepatectomie dreapta sau stanga) operatia de rezectie este greu de conceput deoarece restul de parenchim sanatos nu mai acopera necesarul de supravietuire.

Rezehtiile hepatice metacrone sunt mult mai posibile in cazul in care se practica metastazectomii si nu hepatectomii. Ecografia intraoperatorie s-a aplicat la Constanta, fiind, conform publicatiilor consultate de noi o prioritate nationala. Primele concluzii privind valoarea aceste metode le regasim intr-o lucrare din revista Dobrogea Medicala intitulata "Valoarea ecografiei intraoperatorii in metastazele hepatice"(V.Sarbu, F. Botea, T. Iusuf, O. Unc, R. Popescu)

In anii urmasori bolnavii operati utilizand ecografia intraoperatorie pentru diverse operatii hepatice, au crescut numeric.

Asa s-a realizat un lot de cazuri ce au fundamentat in 2009 teza de doctorat "Aplicatii ale ecografiei intraoperatorii in chirurgia abdominala" coordonata de Prof. V. Sarbu si realizata de Dr. F. Botea. In urmatorii ani, experienta colectiva din Constanta in domeniul chirurgiei hepatice ecoghidate a facut subiectul mai multor lucrari stiitifice. Vom aminti in anul

2009 la simpozionul IASGO lucrarea "Chirurgia hepatica ecoghidata - single center preliminary experience" (V. Sarbu and all). O serie de lucrari au aparut in Analele Academiei Domeniilor De stiinta din Romania (2010) sau revista Chirurgia (2006). Asadar, experienta clinicii de Chirurgie din Constanta, in domeniul metastazectomiilor hepatice, se bazeaza pe o experienta de circa doua decenii. Experienta noastra ne arata ca aplicarea sondei ecografice direct pe ficat, aduce o mare acuratete imaginilor. Este nevoie de o sonda cu frecventa inalta (7,5-15 MHz) cu posibilitati de Doppler color si Power Doppler. Se asigura o penetrare complete a ficatului (profundime pana la 15 cm). transductorul cu vedere laterala este superior celui cu vedere frontal. Ecografia intraoperatorie completeaza si clarifica diagnosticul preoperator. Ecografia intraoperatorie poate da informatii despre operabilitatea unor metastaze sau a oricaror leziuni focale hepatice. Am avut doua cazuri, la inceputul experientei, cand aceasta metoda ne-a descoperit unele leziuni oculte. Explorarea vizuala si cea palpatorie hepatica, in cazul metastazectomiilor este mult inferioara ecografiei intraoperatorii.

Metoda a fost apreciata in acest sens din anul 1996 cand Hermank, pe un lot de 272 de cazuri a gasit metastaze hepatice la 7,7% din cazuri.

Asadar ultrasonografia intraoperatorie reprezinta o metoda capital in chirurgia metastazelor hepatice, avand o sensibilitate de 95-100% pe cazurile in care noi am aplicat-o

La bolnavii nostri, metastazele hepatice au fost mai frecvente in lobul drept. De mentionat ca noi nu avem cazuri la care sa fi folosit ecografia pe cale laparoscopica. Am observat insa faptul ca s-a obtinut o imagine ecografica foarte buna intraoperatorie daca s-au sectionat ligamentele hepatice de sustinere, in special a triunghiularului din dreapta.

Daca intre metastaze si vasele mari intrahepatice exista relatii intime, metastazectomia poate fi contraindicata. Acesti bolnavi la care nu s-a decis metastazectomie, nu au fost inclusi in studiu.

Folosirea substantei de contrast este un alt element pe care nu l-am cuantificat, dar literatura de specialitate il apreciaza ca fiind foarte folositor. Este dificil sa se rezece o metastaza daca este la mai putin de 5 mm de un vas important intrahepatic sau daca are dezvoltare bilobara cu invazie de pedicul portal. Acest fenomen il mentionam, deoarece ecografia intraoperatorie poate asista si o rezectie hepatica, nu numai o metastazectomie. Dar elementul fundamental ni-l ofera ecografia intraoperatorie in momentul deciziei. Ultrasonograful folosit la Constanta a fost un G.E.LOGIQ 500. Sonda ecografica a fost introdusa intr-o husa sterile din plastic in care am introdus gelul ecografic de contact. Nu s-a mobilizat ficatul, ci s-au urmarit segmentele de la stanga la dreapta.

Am observant metastaze in contact cu venele intrahepatice dar si metastaze care invadau aceste vase, in aceasta indelungata perioada de folosire a metodei. Este bine ca postoperator la aceste cazuri metastazectomizate sa se urmareasca: testele functionale hepatice, markerul CA 19-9 corelat cu metastazele, alfa fetoproteina (care este mai putin fidela in metastazectomii si mai fidela in cancerele primare hepatice). In prima etapa de metastazectomii hepatice, in clinica Chirurgie II din Constanta s-au efectuat metastazectomii in aproximativ 90 de cazuri. Experienta a continuat si lotul actual cuprinde deja 71 de metastazectomii pana la sfarsitul anului 2011. Pe primele noastre cazuri observate, metastazectomiile au fost contraindicate de carcinomatoza peritoneala. De remarcat faptul ca metastazectomia nu a inregistrat niciun caz de mortalitate prin efectele sale directe.

Toate metastazele hepatice rezecate si-au confirmat malignitatea prin examenul histopatologic postoperator.

Durata medie a unei interventii chirurgicale de exereza a tumorii si a metastazelor am urmarit-o la 25 de cazuri si a fost de 310 minute. De mentionat ca media din literature depaseste 500 de minute dar se refera la operatii mult mai complexe decat cele efectuate de noi, in clinici specializate. Pierderile sanguine urmarite riguros la 10 cazuri au fost de 400 ml/caz. Nici literatura de specialitate nu reda pierderi foarte mari (500ml). La 23 de cazuri am folosit Tahosil pe locul metastazectomiei, folii de 2-4 cm cu efect foarte bun.

Pe cazurile din lotul nostru nu am reusit decat la 23 de bolnavi sa rezecam 1cm in jurul metastazei. La restul cazurilor s-au rezecat 2-3 mm. acest lucru nu a influentat evolutia postoperatorie. Analiza lotului nostru conduce la concluzia ca ecografia intraoperatorie este extrem de valoroasa si trebuie efectuata de chirurghi cu experienta in acest domeniu.

In lucrare, pe langa prelucrarea statistica a lotului sunt prezentati 25 de bolnavi care au fost operati si urmariti direct. Rezultatele acestui lot ne conduc la ideea ca metastazectomiile hepatice sunt incluse deja in bagajul de tehnici chirurgicale obligatorii ori de cate ori se pot efectua. Carcinomatoza peritoneala sau metastazele in alte organe sau teritorii anatomice decat ficatul trimit bolnavul spre tratament oncologic fara abord chirurgical. Chimiohipertermia intraperitoneala, asociata cu metastazctomia pe metastaze reduse numeric si cu rezectiile multiple intraperitoneale sunt inca in studiu si au doar sansa de a prelungi supravietuirea pacientului.

Din studiul nostru reiese ca metastazectomiile s-au efectuat la bolnavi cu varste de peste 60 de ani, cel mai varsnic avand 88 de ani. Acest lucru este foarte important deoarece clasic, metastazele nu se extirpa la interventii

aplicate cazurilor cu patologie asociata majora cum ar fi cea oferita de varsta avansata.

In principiu, in cazul metastazelor concomitente si in alte teritorii ale corpului, in alte organe sau pe seroasa peritoneala, prognosticul este rezervat si indicatia terapeutica are limite doctrinare.

Fenomenul de citoreductie a fost conceput pentru cancerele foarte responsive la terapii adjuvante cum ar fi cancerele ovariene. Acolo logica extirparii unor metastaze cu lasarea pe loc a altora este demonstrata, deoarece chimioterapia va fi mai eficienta pe tumorile restante imputinate si implicit supravietuirea mai indelungata, mai ales dupa aplicarea terapiilor hormonale. Cu toate acestea, metoda s-a aplicat si la 16 cazuri din statistica noastra, la care nu s-a facut nimic la metastazele concomitente pulmonare (5 cazuri), peritoneale (8 cazuri), pancreatice (1 caz) si osoase (1 caz). Aceste 16 cazuri deschid perspectiva metastazectomiilor extinse multiorganice, care nu trebuie indepartata din arealul terapeutic al chirurgiei viitoare.

Una din metodele mai vechi de distrugere a metastazelor a fost alcoolizarea. Produsul tumoricid folosit la bolnavii nostri a fost alcoolul 95%. Acesta induce necroza prin deshidratarea celulara si prin denaturarea proteinelor din metastaze. Defectiunea metodei, dupa cazurile analizate, consta in difuzia defectuasa a alcoolului. El se introduce cu un ac de seringa si la metastazele mari, de peste 3 cm, nu avem convingerea ca nu va difuza asimetric, inafara metastazei. De aceea se repeta punctia, pentru cresterea eficientei metodei.

Dar metoda nu este nefolosibila, deoarece exista autori care sustin distructii de tumori hepatice prin alcoolizare transcutana, in cancer unic. Astfel Mosoia in teza sa de doctorat din 2013, „ Criodistructia tumorilor hepatice „ , mentioneaza la astfel de cazuri o supravietuire la 5 ani de 30-50%, chiar daca mentioneaza o recidiva locala. Noi nu am aplicat crioterapia dar autorul citat sustine metoda.

Crioterapia a inceput folosind azotul lichid pe suprafata ficatului. Metodele moderne folosesc temperaturi foarte joase, adica -143 C. In perioada de dupa 1985 criodistructias-a folosit asociat cu ecografia intraoperatorie si autorul o considera superioara altor metode nechirurgicale. Noi am folosit electrocoagularea la 6 cazuri si electrozectia la alte 11 cazuri cu rezultate identice cu metastazectomiile chirurgicale deoarece la sfarsitul acestor proceduri fiecare metastaza a fost distrusa complet iar tesutul vecin deasemenea a fost distrus prin efectul caloric rezultat.

Rezectia chirurgicala este considerata astazi ca fiind metoda cea mai buna mai ales daca este aplicata asociat cu ultrasonografia intraoperatorie. La 2

din cazurile din lotul nostru am folosit intraoperator manevra Pringle care a facut ca sangerarea sa fie minima.

Ceea ce este nou in lucrarea noastra este inceperea metastazectomiei cu distrugerea electrica a acestora, deci se poate vorbi de electroresectie. Consideram electroresectia superioara resectiei obisnuite a metastazelor. Cazurile noastre sunt inca in studiu si urmarire le vom adauga si compara cu studii similare(Nordlinger in 1996, Stone in 1990, Mosoia in 2013). Redam aceste date care incurajeaza metastazectomiile si deasemeni reamintim ca exista autori care au efectuat operatii de rerezectie si de resectie de metastaze pulmonare si hepatectomii in 2 timpi. Noi am ligaturat vena porta lobara dreapta la 3 cazuri, dar interventia la 6 luni a fost facuta in alta unitate sanitara dupa refacerea dimensiunilor conglomeratelor metastatice hepatice.

8. BIBLIOGRAFIE

1. Badea Ghe.Badea R., Văleanu A - Bazele echografieie clinice - Ed. medicală Buc. 1994, pg.146- 177
2. Bonnin A, Legmann P, Convard J.P., Broussouloux C - Echographie - Ed. Masson, Paris, 1993, pg.25 - 48
3. Bruneton J.N., Matter D, Benozio M, Senecail P - Echographie en pathologie tumorale de l'adulte - Ed. Masson, Paris, New York, Barcelona, Sao Paolo; 1994; pg.33 - 43
4. Darnis F, Ballet F - Cancer primitif du foie - EMC, Paris, Foie - Pancreas, 7038, A10, 6- 1982
5. Delorme G, Monnier J.P. - Trăite de Radiodiagnostic - tomo VII; Masson & Cie, 1975; p 97 - 112
6. Encyclopedie Medico-chirurgicale - Radiodiagnostic appareil digestif - Ed. Techniques; Paris; 1992; 33520 A20; pg. 1 -20
7. Georgescu M - Bolile ficatului - Ed. Aius; Craiova; 1996; pg 20 - 50
8. Gluhovschi Ghe, Spore I, Boiboreanu P, Matieș P - Echografia abdominală în urgențele medico-chirurgicale - Ed.Helicon, Timișoara, 1995, pg.194 - 319
9. Grigorescu M, Pascu O-Tratat de gastroenterologie clinică, voi.II - Ed.Tehnică București, 1997, pg.97 - 118, pg. 535 - 557
10. Grancea V - Radiologie Medicală; Lit. I.M.F. București; 1990, pg.184 -192
11. Gunther V.H., Romrell J.L., Ross H.M., Tiedemann K-The visible human body, An atlas of septional anatomy; Ed. Lea & Febiger; Philadelphia, Lon don; 1991; pg.81 -111
12. Meire H.B., Dewbury K.C., Cosgrove D.O. - Ultrasound teaching cases - vol.I, Second Ed., Ed. John Wiley & Sons, Chichester - New York - Brisbane -Toronto - Singapore; 1987 , pg.1 - 49
13. Nubert G - Radiologie medicală - Lit. I.M.T. 1989, pg.120 - 125
14. Priest R.J., Berk J.E. - Tumors of the liver - part II - Methastatic and other tumors in gastroentorology, H.L. Bockus Ed., voi III 3rd Edition Ed. Philadephia, W.B. Saunders, 1976, pg.535 - 553
15. Regent D, Schmutz G, Gemin G - Imagerie du foie des voies biliaires et du pancreas; Ed. Masson; Paris, Barcelona, Milan; 1993; pg. 35 - 61

-
16. Senecail B - Enseignement du module d'ultrasonologie du D.E.S. de Radiodiagnostic - 1er fascicule - L'exploration échographique du foie; C.H.U. de Brest; 1990, pg. 1 - 7
 17. Voinea F - Hepatologie clinică - Ed. Ex Ponto; Constanța 1996; pg. 233 - 243
 18. Wegener H.O. - Whole body computed tomography - Second edition - Blackwell Scientific Publication; Boston; 1993; pg.245 – 275
 19. Stanciu C, Trifan Anca, Cojocariu Camelia. Cancerul colorectal. In: Stanciu C, editor, Ghiduri și protocoale de practică medicală în gastroenterologie, Vol. 1 Cancere digestive. Iași: Editura Junimea; 2007.
 20. Okuno K. Surgical Treatment for Digestive Cancer. Dig Surg. 2007.
 21. Kitano S, Kitajima M, Konishi F, Kondo H, Satomi S, Shimizu N; Japanese Laparoscopic Surgery Study Group. A multicenter study on laparoscopic surgery for colorectal cancer in Japan. Surg Endosc. 2006.
 22. Monga DK, O'Connell MJ. Surgical adjuvant therapy for colorectal cancer: current approaches and future directions. Ann Surg Oncol. 2006.
 23. Goyle S, Maraveyas A. Chemotherapy for colorectal cancer. Dig Surg. 2005.
 24. Sasson AR, Sigurdson ER. Surgical treatment of liver metastases. Semin Oncol. 2002.
 25. Saunders M, Iveson T. Management of advanced colorectal cancer: state of art. Br J Cancer. 2006;

9. CONCLUZII

- Prognosticul bolnavilor cu cancere colorectale cu metastaze hepatice este foarte grav, supravietuirea la 5 ani fiind 0 in absenta distrugerii metastazelor, care este singurul tratament cu viza curativa.
- Studiul de fata este o cercetare retrospectiva si prospectiva pe un lot de 71 de pacienti la care s-au efectuat metastazectomii sau distrugerii ale metastazelor prin alte metode, fara mortalitate legata de aceasta manevra efectuata in aceeasi sedinta operatorie cu rezectia cancerului primar colorectal.
- Operatiile echoghidate sunt net superioare operatiilor clasice si s-au practicat ca prioritate nationala la Clinica Chirurgie II din Constanta incepand din anul 2002. Metoda presupune formarea unui chirurg cu competenta in ecografie si un aparat performant cu penetratie de peste 10-12 cm si Echo Doppler color.
- Rezultatele la distanta sunt inca in studiu pe cazuistica noastra dar supravietuirile la un an depasesc procentul de 20% care este acceptat in literatura de specialitate in cazul maximal al lasarii metastazelor neoperate.
- Metastazectomiile dupa electrodestructie sunt apreciate de noi si le consideram cu originalitatea de rigoare ca fiind superioare metastazectomiilor pe metastaze „ vii „ care ar putea difuza chiar in timpul rezectiei.
- Metastazectomiile, prin rezerva de tesut hepatic maximala sunt superioare hepatectomiilor reglate sau atipice. Ele permit interventii iterative in caz de recidive.
- Pe lotul analizat de noi varsta inaintata nu constituie o contraindicatione pentru distrugerea metastazelor, cel mai varstnic pacient din lotul nostru avand 88 de ani. Consideram ca la bolnavii cu patologie asociata grava si varsta inaintata intra in discutie operatiile seriate, pe lotul nostru neaplicand aceasta metoda (metastazectomie la distanta de operatia primara).
- In urmarirea postoperatorie a posibilelor complicatii dupa metastazectomiile hepatice se utilizeaza explorarea functiei hepatice (TGO si TGP), determinarea alfafetoproteinei si ecografia de control. La distanta se foloseste antigenul carcinoembrionar, pentru determinarea recidivelor.