

TUMORILE DESMOIDE ALE PERETELUI ABDOMINAL

S. Bologa, G. Simu, V. Gădălean

Desmoidele sînt fibroame care fac parte din categoria tumorilor intermediare, fiind situate între cancere și tumorile benigne (5). Deși structura lor histologică este benignă, ele au un potențial infiltrativ local, invadînd structurile vecine și disociindu-le (1; 2; 3; 5; 8). Punctul de plecare al desmoidelor abdominale sînt fasciile mușchilor lați abdominali, frecvent teaca dreptului, atît foița profundă cit și cea superficială. Ajunse la dimensiuni mai mari, prin invadarea musculaturii din vecinătate, este greu să se mai definească punctul lor de pornire. Ele sînt rare, din totalitatea tumorilor benigne ale peretelui abdominal anterior reprezentînd doar 7 % (6; 8; 9).

Sediul predilect al tumorilor desmoide îl reprezintă peretele abdominal anterior, dar ele se pot găsi și în restul regiunilor musculo-aponevrotice ale corpului, mai ales în regiunea centurii scapulare. Indiferent de localizarea lor, ele au aceeași structură macro- și microscopică și același comportament clinic. Nu s-au găsit niciodată metastaze de tumori desmoide la distanță, dar prin caracterul lor invadant local ele pătrund în profunzimea abdomenului ba chiar și în oase căpătînd o evoluție malignă prin această progresiune de aproape în aproape (1; 5; 6; 8; 9).

Etiologia desmoidelor nu este deplin lămurită. În geneza lor se incriminează traumatismele, la cele ale peretelui abdominal mai ales traumatismele obstetricale, legate de distensia peretelui abdominal din graviditate și de contractura sa din timpul nașterii. Totuși nu s-au găsit niciodată histologic vestigii ale unor hemoragii cum ar fi hemosiderina, fapt care îi face pe unii autori să nege originea lor traumatică. În același timp unii autori afirmă o anumită hormonodependență a acestor tumori, bazați pe faptul că apar adesea la scurt interval după o naștere și că afectează mai ales femeile tinere.

Macroscopic desmoidele peretelui abdominal se prezintă ca niște tumori dure-elastice, albe-gri, aparent destul de bine delimitate, scîrțîind la secțiune. Microscopic sînt structurate din fibre colagene mature, cu o celularitate mult mai rară decît cea întilnită în fibrosarcoame, cu absența mitozelor nucleare sau cu mitoze rare; fibroblaștii sînt de regulă dispuși sistematic și nu anarhic, cu nucleii alungiți în sensul axului mare al fibrelor. Delimitarea microscopică a tumorii nu este netă, întrepătrunzînd fasciculele musculare, stricturîndu-le, forțînd plasarea centrală a nucleilor fibrelor musculare. Sînt sărace în vase sanguine. În unele arii desmoidul are o celularitate mai bogată, dispusă în jurul unor vase mici (1; 2; 3; 5).

În asociație cu polipoza colică, desmoidul dă așanumitul sindrom Gardner, denumire dată de *Smith* în 1959 (3; 8; 9; 10).

Clinic tumoarea nu este dureroasă, crește progresiv în dimensiuni, iar atunci cînd își are originea în aponevrozele musculare profunde ale peretelui abdominal, se diagnostichează mai tardiv și la dimensiuni mai mari. Tratamentul îl reprezintă exereza largă în țesut sănătos, nece-

sitind uneori ridicarea întregii grosimi a peretelui abdominal, căci una din caracteristicile agresivității locale a tumorii o reprezintă tocmai frecvența ridicată a recidivelor locale. În seria lui *Enzinger* și cea a lui *Shiraki* ele au fost de 57 % (1; 8; 9). De aceea tratamentul chirurgical al desmoizelor abdominale reclamă uneori procedee de chirurgie plastică. Printre acestea în jurul anilor 1950—1955 au apărut și curele cu plăci de țesătură din fire de tantal sau fire de nylon, acestea din urmă impunându-se datorită bunei tolerabilități de către țesuturi (4).

Cazurile operate și studiate de noi au fost în număr de două.

Cazul nr. 1 — femeie de 27 de ani, care s-a prezentat cu o tumoare recidivată a peretelui abdominal situată în flancul și hipocondrul drept, dură, alungită cranial, avînd diametrele de 15×10 cm. Recidiva locală a apărut la 3 luni de la prima operație efectuată într-un alt serviciu, iar tumoarea a crescut progresiv în dimensiuni, ajungînd la dimensiunile amintite în trei ani de evoluție.

Operația efectuată a fost rezecția totală a peretelui abdominal peritumoral pe o suprafață de 25×20 cm. Neexistînd țesut propriu pentru refacerea defectului parietal, recurgem la o bucată de perdea de țesătură de relon pe care o fixăm cu fire separate nerezorbabile la fața profundă a peritoneului parietal, direct pe epiploonul mare desfășurat în plagă. Firele de sutură sînt apropiate din 2 în 2 cm și prind și din grosimea musculaturii parietale. Peste placa de relon s-a suturat apoi pielea, cu un drenaj subcutanat cu lamă de cauciuc.

Cazul nr. 2 — femeie de 34 de ani, cu o tumoare profundă a peretelui abdominal în fosa iliacă stîngă. Tumoarea este dură, ușor alungită oblic, semimobilă, nedureroasă, de 10×7 cm diametrul, pierzîndu-se în spre profunzimea fosei iliace omonime, fapt care a ridicat unele probleme clinice de diagnostic.

Intraoperator se constată că tumoarea este dependentă de peretele abdominal, aparent cu punct de plecare în joncțiunea musculo-aponevrotică a marginii laterale a tecii dreptului, interesînd toate straturile la acest nivel. Se extirpă larg tumoarea în țesut sănătos, și pe toată grosimea peretelui abdominal, reușind de data aceasta să refacem defectul parietal cu țesuturi proprii, prin sutură suprapusă în rever după procedeul Judd.

Examenle histologice ale ambelor tumori arată structura unor desmoame. În figurile alăturate se văd cele două tumori în secțiuni microscopice:

Figura nr. 1. Țesut fibros, cu celularitate destul de bogată, cu nucleii fibroblastilor alungiți, fără mitoze și atipii nucleare, fără semne histologice de malignitate.

Figura nr. 2. Proliferare fibroblastică fasciculară, înglobînd fragmente de fibre musculare striate indemne, în parte cu caracter regenerativ, fără caractere histologice de malignitate.

Discuții

Ambele cazuri au prezentat un desmom al peretelui abdominal. Recidiva timpurie postoperatorie la primul caz arată două lucruri: pe de o parte agresivitatea locală mare a tumorii, în ciuda unei structuri histologice benigne a acesteia și a unei stări generale bune, nealterate, iar pe de

altă parte insuficiența, chiar nocivitatea unei exereze chirurgicale limitate. Intervenția rațională o reprezintă exereza curajoasă și radicală, la cel puțin 5 cm distanță de marginea vizibilă a tumorii, în plin țesut sănătos. Este necesară îndepărtarea peretelui abdominal pe toată grosimea sa ori de câte ori desmoul invadează toate straturile sale. Această atitudine s-a dovedit eficace și în cazurile noastre, bolnavele fiind fără recidivă tumorală la 3 ani și la 1, 1/2 ani de la operație.

Ca un procedeu de chirurgie plastică am utilizat într-un caz placa de țesătură de relon, care s-a dovedit a fi bine sterilizabilă, rezistentă și bine tolerată de organism, chiar și atunci când este plasată retroperitoneal. În decursul timpului, această plastie nu a provocat nici un deranj subiectiv sau obiectiv bolnavei. Singurul inconvenient îl reprezintă doar contraindicația unei gravidități viitoare la o femeie tânără. Bolnava noastră a avut aceeași toleranță ca și o altă pacientă la care, pentru o evențuație gigantică am aplicat același procedeu de plastie, dar cu o placă de țesătură specială de mersilenă, confecționată direct în acest scop. În experiența Institutului oncologic Cluj-Napoca sînt și alte cazuri cu defecte ale peretelui abdominal operate de profesorul *Chiricuță*, *Popescu* și *Galatir*, care au tolerat perfect aceste plase din țesătură de relon.

Cel de al doilea caz al nostru, avînd suficiente țesuturi proprii, s-a pretat la o reparare autoplastică a defectului parietal. Considerăm că procedeu operatoriu ales a dat o consolidare bună, la un an și jumătate de la operație, pacienta fiind fără acuze subiective și obiective.

Justificarea comentării celor două cazuri constă în însăși istoria clinică a lor, cu problemele de diagnostic și de terapeutică chirurgicală ridicate de ambele și nu în ultimă instanță și prin faptul că sînt cazuri relativ rare. În 26 ani de practică chirurgicală, dintre care 14 dedicați în mod deosebit patologiei tumorale, unul din autori nu a întîlnit decît aceste două cazuri.

Concluzii

1. Deși tumori cu structură benignă, desmoidele peretelui abdominal trebuie diagnosticate și tratate la timp datorită agresivității lor locale mari și a puterii lor de recidivă.
2. Exereza chirurgicală trebuie să fie largă, la distanță în țesut sănătos, interesînd la nevoie toată grosimea peretelui abdominal.
3. Refacerea defectului parietal cu placă din țesătură de relon, la îndemînă în orice serviciu, este bine tolerată de bolnav.

Bibliografie

1. *Ackermann L. V.*: Surgical Pathology. Ed. IV., C. V. Mosby Company, Saint-Louis, 1968; 2. *Anderson W.A.D., Kissane J. M.*: Pathology. vol. I, C.V. Mosby Company, Saint-Louis, 1977; 3. *Ashley J.B.D.*: Evans histological appearances of tumours. Ed. III. Churchill Livingstone—Edinburg—London—New York, 1978; 4. *Détrie Ph.*: Nouveau traité de technique chirurgicale — vol. IX. Masson et Cie, Paris, 1967; 5. *Eder M., Gedick P.*: Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der pathologischen Anatomie. Ed. 30. Springer, Berlin—Heidelberg—New York, 1977; 6. *Kirschner M., Nordmann O.*: Die Chirurgie — vol. V. Urban et Schwarzen-

berg, Berlin—Wien, 1927; 7. *Marchant G. R.*: Glossaire d'histopathologie des tumeurs humaines. Masson, Paris, 1971; 8. *Sabiston*: Davis Christopher Textbook of Surgery. W. B. Saunders Company, Philadelphia—London—Toronto, 1977; 9. *Schwartz S. I., Shires T. G., Spencer F. C., Starer E. H.*: Principles of Surgery. Ed. III, Mc Grow—Hill Book Company, 1979; 10. *Zollinger H. U.*: Pathologische Anatomie — vol. I, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1968.

Sosit la redacție: 19 februarie 1980

S. Bologa, G. Simu, V. Gădălean



DESMOID TUMOURS OF THE ABDOMINAL WALL

Knowing the rarity of the desmoid tumours of the abdominal wall (7% of all the parietal benign tumours), as well as their great local aggressivity in spite of their benign structure (frequent local recidivations, continuous and progressive increase in dimensions, with the invasion of the neighbouring tissues), the discussions are about two cases resolved by great parietal resection on its whole thickness and plastic operation of the defect with relon tissue in one case. The conclusions are as follows: a) Necessity of wide exeresis in the healthy tissue. b) Good tolerance of the relon tissue by the living tissues, even in retroperitoneal fixation.
