

Clinica urologică a I.M.F. din Tg.-Mureș. Cond.: Conf. Kotay Pál

## UN CAZ DE TUMOARE WILMS OPERATA LA ADULT

Kotay P., Szombathelyi L., Monoki I., Kozák G.

*Eberth* este primul care a descris, în 1872 dezvoltarea histologică a tumorilor embrionare renale. El a atras atenția asupra caracterului histologic mixt al acestor tumori. Înainte de el, alte tumori embrionale ale adultului, cit și ale copilăriei, erau interpretate ca fiind tumori carcinomatoase. Monografia clasică a lui *Wilms* despre tumorile renale mixte, arată că aceste tumori se dezvoltă din țesuturi embrionare mezodermice incluse rediferențiate, care în cursul dezvoltării normale pornesc din celulele miotomului, sclerotomului și nefrotomului.

*Busser* și *Muus*, adversarii teoriei lui *Wilms*, au afirmat încă în 1899 că tumorile mixte survin într-un stadiu mult mai avansat al dezvoltării embrionare, din metanefrosul deja constituit, deoarece între țesutul renal embrionar și tumori există evidențe asemănări histologice. După *Nicholson* (1931), prezența glomerulilor în tumoare constituie, fără îndoială, dovada originii metanefrotice.

Nici teoria potrivit căreia tumorile s-ar dezvolta pe baza unei singure celule pluripotente a vieții embrionare precoce, și nici cealaltă, după care acestea ar fi o consecință a dezvoltării anormale a țesutului embrionar renal diferențiat, nu a izbit să se impună.

Aceste teorii sînt mecaniciste și deficiența lor comună este aceea că iau în considerare numai locul de apariție primar al tumorii, fără să examineze însăși unitatea funcțională a organismului.

*Sabbat*, *Petrov* și alții pe lângă proprietatea generală a organismului de a produce tumori, consideră că tulburările embrionare constituie un factor care creează condiții favorabile pentru manifestarea locală a tumorilor.

Este, fără îndoială, meritul lui *Wilms* că aceste tumori de o structură histologică diferită, trebuie să le privim și să le tratăm din punct de vedere clinic, independent de această structură a lor, ca forme patologice identice. Datorită acestei constatări, a încetat diversitatea denumirilor ce s-au dat pînă atunci, denumiri care provocau confuzii și indicau structura histologică a tumorilor (embrion, adenomiosarcom, nefrom malign, rabdomiom, disembrion, tumoare renală embrionară mixtă, etc.), iar în locul lor, e mult mai just să se vorbească de „tumoarea lui *Wilms*“, expresie care cuprinde caracteristicile unui tablou clinic identic.

Cu toate că întîlnim din ce în ce mai multe publicări de cazuri, afecțiunea nu este totuși frecventă. În 1938, *Bell* efectuînd 30.000 de autopsii, o găsește numai în cinci cazuri. Printre tumorile copilăriei, ea ocupă, ca frecvență, locul al doilea, imediat după tumorile oculare. În proporție de 75%, apare pînă la vîrsta de 5 ani. A fost găsită la nou născuți, ba chiar în embrioni. Nu este exagerat să spunem că dacă întîlnim la sugari sau la copiii mici tumori vizibile sau palpabile, trebuie să ne gîndim, în primul rînd la

tumoarea lui Wilms. Ca urmare a perfecționării procedurilor de examinare și a faptului ca se pot aplica și la copii mijloace de investigație urologică amănunțită, stabilirea diagnosticului premergător intervenției chirurgicale nu mai cauzează astăzi nici o greutate. Nici copilul, nici sexul nu mai constituie un obstacol în calea examinării. Trebuie să efectuăm întotdeauna un examen urologic amănunțit, deoarece în cazul tumorilor dezvoltate datorită anomaliilor embrionare, devine problematică prezența rinichiului controlateral, iar dacă acesta există, este indispensabil să se stabilească integritatea lui funcțională. Nefrectomiile efectuate pe baza unei intervenții exploratorii prezintă riscuri prea mari, și astăzi nu mai sînt admisibile.

În cele trei simptome clinice clasice ale tumorilor renale la adulți: tumoarea palpabilă, hematuria și durerea, de obicei e prezent numai primul. Hematuria lipsește, sau apare foarte târziu, durerea de asemenea e un simptom tardiv, și, de regulă, nu poate fi interpretat în vîrsta copilăriei. Părerile sînt unanime în a recunoaște caracterul deosebit de malign al acestor tumori. Dintre cele citeva sute de cazuri publicate, foarte puține au ajuns limita postoperatorie de cinci ani, sau au depășit această limită. Astfel, comunicarea sintetică a lui *Mc. Neil și Chieks*, publicată în 1938, din 383 de cazuri menționează numai cinci, în 1949, *Cahagan și Yeawod* stabilesc la 33 numărul cazurilor pe care le consideră ca fiind vindecate. După *Ladd și White*, bolnavul care a trecut de al doilea an postoperator fără recidivă, poate fi considerat ca fiind vindecat.

După cel de al doilea război mondial, în literatura tumorilor *Wilms*, se deschide un nou capitol, care arată că aceste tumori ce erau socotite drept caracteristice exclusiv pentru vîrsta copilăriei, deși rareori, apar totuși și la adulți. În 1947, *Panov, Mendel, Jakobi, Schuffer, Esserski și Gary*, în legătura cu cele 3 cazuri ale lor, menționează prezența a 54 de asemenea cazuri în literatura mondială. În nici unul din aceste cazuri nu s-a reușit să se stabilească diagnosticul preoperator.

Între 1946—1953, în clinica noastră am întâlnit 6 cazuri de tumoare *Wilms*. În ordine cronologică, cazul la adult, pe care-l

vom expune, a fost al cincilea. Datele clinice sînt următoarele:

Bolnava K. F., de 42 de ani, muncitoare în fabrică (fișa de observație Nr. 1010/1952). Se internează în clinică în ziua de 10. IV. 1952. De aproximativ un an, simte ușoare dureri abdominale, cu senzație de presiune. De aproximativ o lună, își poate palpa periumbilical o tumoare care evoluează lent. Nu prezintă tulburări urinare. E afebrilă. Foftă de mîncare păstrată. Greutatea corporală în ușoară scădere. Sub rebordul costal corespunzător regiunii ombilicale, se palpează o formație tumorală de mărimea unui cap de lăut și alta de mărimea unui pumn de bărbat, nedureroase, mobile și netede. Urina  $\checkmark$ , Chromocystoscopia: vezica de aspect normal, prin orificiile ureterale de aspect normal, indigocarmina inoculată intravenos apare după 5 minute intens, de ambele părți. Cateterism ureteral, se efectuează ușor de ambele părți. Pielografia necesită cîte 8 cmc. de umbral de fiecare parte. Umbra rinichiului drept corespunde vertebrelor I—V. lombare. Hilul renal e localizat normal. În porțiunea lombară a ureterului drept se constată 2 deviații succesive de la lină mediană. Ureterul e ușor dilatat, aton. Umbra renală de partea stîngă, corespunde vertebrei D. XI. și L. V. în poziție normală. Partea superioară a pelionului e normală, iar partea inferioară comprimată. Ureterul este împins înafară, la nivelul marginii superioare a vertebrei L. IV. La pasajul gastrointestinal, cele două formațiuni mobile alăturate par a fi retroperitoneale.

Am efectuat intervenția în ziua de 15 IV. 1952. Anestezie rahidiană, laparotomie mediană. După deschiderea cavității abdominale, am deschis peritoneul posterior de partea dreaptă la nivelul limitei sale laterale, apoi am eliberat și extirpat tumoarea încapsulată de mărimea unui cap de lăut, care era intim legată de polul inferior renal drept. Am suturat plaga capsulei renale și peritoneul cu catgut. Palpînd de partea stîngă, la nivelul polului inferior al rinichiului, am întîlnit mai multe formațiuni tumorale mici; de aceea am deschis peritoneul posterior și în această parte, extirpînd 4 tumori de mărimi diferite (variînd între mărimea unei pumni de bărbat și aceea a unei prune); aceste tumori au fost de asemenea încapsulate și aderente



Fig. 1.

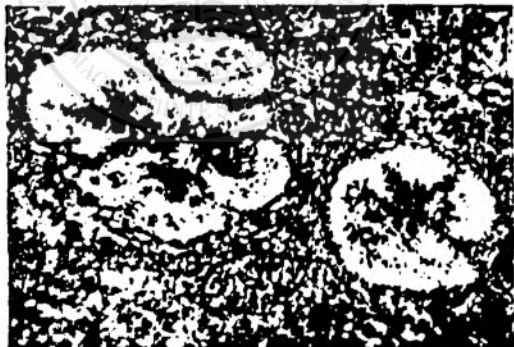


Fig. 3.



Fig. 2.



Fig. 4.

la polul inferior al rinichiului, fiind ușor de izolat din țesuturile înconjurătoare și ușor de îndepărtat din parenchimul renal. Operația s-a încheiat prin închiderea cavității peritoneale și a peretelui abdominal în straturi și fără drenaj. În ziua de 30. IV. 1952, bolnava a părăsit clinica cu plaga vindecată per primam.

Tumoarea pe care am extirpat-o e compusă din patru părți rotunde mai mari, și din câteva țesuturi friabile. Greutatea părților mai mari a fost de 520 g., 300 g., 290 g. și 50 g. (fig. 1). Părțile mai mici au cântărit în total 60 g. Secțiunea tumorii prezintă același aspect pretutindeni: suprafața e netedă, acoperită de o capsulă subțire, greu decolabilă, iar țesutul tumoral dens și destul de friabil. Culoarea: roșu-galben-pal, pe alocuri roșu-livid. În tumori, am găsit uneori părți foarte friabile, de o culoare galben-alburie. (Fig. nr. 2).

*Examenul histo-patologic:* capsula tumorii este formată din țesut conjunctiv fibros care indică degenerescență hialină; acest țesut e sărac în celule. Corpul tumorii este format în cea mai mare parte din celule conjunctive. Dintre acestea, unele sînt fusiforme, altele rotunde, iar altele diforme. În general, celulele conțin protoplasmă, deschisă la culoare, dînd aspectul unui țesut conjunctiv polimorf; în unele regiuni, celulele fusiforme sînt în preponderență și se dispun în fascicule neregulate, în alte locuri formează cavități alveolare. Uneori aranjarea celulelor este cu totul dezordonată. (Fig. nr. 3).

În țesutul tumoral descris, întîlnim deseori aspecte tuboglandulare, care pe alocuri, fac să dispară țesutul tumoral de bază, datorită suprafețelor circumscrise larg anastomozate. În alte părți, acestea înfățișează aspecte rotunde sau semilunare, care formează în jurul țesutului tumoral de bază o capsulă fină din ce în ce mai densă. Aceste ultime aspecte arată multă asemănare cu glomerulii renali (Fig. nr. 4). În căile glandulare și în căile glomerulare, întîlnim, în cantitate destul de mare, o substanță colorată omogen în roșu, cu colorație de eozină și Van Gieson. Celulele glomerulare și tubulare sînt de aspect cubic, dar nu pot fi diferențiate net de celulele de bază ale tumorii, nici după forma lor, nici după localizare.

Țesutul tumoral este sărac în vase sanguine: nu am întîlnit decît pe alocuri ar-

tere strimte, cu pereții îngroșați oarecum hialini.

Parțile friabile arătate la descrierea macroscopică, corespund unor zone necrotice tumorale. Secțiunile pregătite din diferite regiuni ale tumorii lasă să se desprindă același aspect, descris mai sus.

Aspectul histologic corespunde adenosarcomului embrionar sau tumorii sarcomatoase glandulare, care după numele celui ce l-a descris poartă denumirea de tumoarea lui *Wilms*.

După operație, bolnavei i s-a aplicat röntgenterapie, de la 1. VI. 1952 pînă la 1. VIII. 1952, în cinci cîmpuri, în total 10.000 r. În acest timp cîștigă 5 kg în greutate. Bolnava a fost revăzută periodic în ianuarie 1953, 1954, 1955 și în sfîrșit, în 3 mai 1956 fără să prezinte nici o acuză. Capacitatea de muncă și-a păstrat-o intactă.

Tumorile *Wilms* la adult sînt mai frecvente decît se pare. *Hill* menționează 35 de cazuri în 1946, *Panoff* și colaboratorii 54 de cazuri, în legătura cu cele 3 cazuri personale. Din datele pe care le cunoaștem, cazul nostru ar fi al 58-lea. Tumoarea adultului se aseamănă întru-totul, ca simptomatologie, histopatologie și patogenie, cu tumoarea vîrstei copilăriei. Din datele literaturii precum și din evoluția cazului nostru rezultă că prognosticul ar fi mult mai favorabil.

Tratamentul tumorii lui *Wilms* este mult controversat pînă și în zilele noastre. S-au preconizat și aplicat diferite metode terapeutice. La pregătirea tratamentului ce urmează să se aplice bolnavului care de obicei se prezintă într-o stare generală alterată, trebuie să se țină seamă de legea veșnic valabilă a chirurgiei: operația nu poate constitui un pericol mai mare decît însăși boala. Înainte de efectuarea intervenției, trebuie să facem totul pentru întărirea capacității de rezistență a organismului. În acest sens, un rol preponderent îl au transfuziile de sînge ce se fac înainte de operație și în timpul operației.

Intrucît tumoarea e sensibilă la raze, înafară de tratamentul exclusiv chirurgical, sînt autori care preconizează atît röntgenterapia cît și röntgenterapia combinată cu terapia chirurgicală. Röntgenterapia tumorilor care manifestă cele mai evidente tendințe de „devilizare” poate

să dureze luni de zile, și din această cauză röntgenterapia tumorilor deosebit de maligne este însoțită de marele risc al extinderii și metastazei. *Ladd* și *White* adepții nefrectomiei cu orice preț recomandă ca aceasta să se efectueze transperitoneal, deoarece în felul acesta se poate apropia mai ușor hilul renal, iar răspândirea celulelor tumorale e mai puțin verosimilă.

*Melikow*, *Hazzard* și *Schleich* recomandă röntgenterapia postoperatorie. Și noi am aplicat, în cazul nostru, această metodă.

Interesul pe care îl prezintă cazul nostru constă, pe lângă raritatea lui, și în faptul că tumorile au fost în legătura de ambele părți cu polii renali inferiori, și că prin urmare, din cauza bilateralității procesului, a trebuit să asigurăm cu orice preț menținerea organelor. Cei patru ani care au trecut de la efectuarea intervenției, chiar dacă nu ne fac să fim peste măsură de

optimiști, îndreptălesc totuși speranța că acest caz al nostru îmbogățește numărul restrâns, cu o evoluție favorabilă, a acestor maladii tumorale rare.

*Sosit la redacție: la 22 iunie 1956.*

#### Bibliografie

*Bell*: J. Urol. 39, 238, 1938; *Burgess*: The Journal of Urology 58, 1947, 412.1; *Busse*: Archiv Fath. Anat. 157, 346, 1899; *Eberth* *Wirchows Archiv Path. Anat.* 55, 518; *Gahagan*: J. Urol. 62, 295, 1949; *Gerry*, *Essersky* și colaboratorii: The Journal of Urol. 58, 1947, 395; *Hazard*, *Melikow*, *Seidal*: N. Y. J. med. 49, 6, 1949; *Ladd*, *White*: J. A. M. A. 117, 1858, 1941; *Muss*: *Wirchows Archiv* 155—405, 1899; *Nicholson*: J. Path. and Bacteriol. 34, 711, 1931; *Wilms*: Die Mischgeschwülste der Niere. Heft I. I. Georg Leipzig 1899.

### СЛУЧАЙ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА, ОПЕРИРОВАННОЙ У ВЗРОСЛОГО

П. Котан, Л. Сомбатхей, И. Моноки, Г. Козак

Вслед за обзорением литературных данных, авторы описывают один из шести случаев опухолей Вильмса зарегистрированных с 1946 до 1953 г., а именно случая больной женщины 42 лет.

В мезогастрнуме, на уровне пупка радиологическое исследование показало опухоли (одна имела размеры головы ребенка, другая величину мужского кулака) которые своим нажимом отклонили оба мочеточника и повернули правую почку ололо её продольной оси.

Путём трансперитонеальной операции, были удалены инкапсулированные, срощенные с нижним полюсом обеих почек, разной величины (голова ребенка, мужской кулак, слива) опухоли, гистопатологическое исследование которых показало эмбриональную аденосаркому. После операции, болную подвергли лучевому лечению. За 4 года, после операции больная жалад не имела.

В клинике, авторы придерживаются принципа спешного хирургического вмешательства и послеоперационного лучевого лечения.

### UN CAS DE TUMEUR WILMS OPERÉ CHES L'ADULTE

Kótaý P., Szombathelyi L., Monoki I., Kozák G.

Après avoir passé en revue la bibliographie respective, cette communication présente, d'entre les 6 cas de tumeur Wilms traités entre 1946—1953 le cas d'une malade âgée de 42 ans. Sous le rebord costal correspondant à la région ombilicale la radioscopie met en évidence une tumeur de la grandeur d'une tête de nouveau-né et une autre de la grandeur d'un poing d'homme, tumeurs qui font dévier les deux uretères et font faire une torsion au rein droit autour de son axe longitudinal. Précédant à l'intervention par la voie transperitonéale on a extirpé des formations tumorales de grandeurs différentes (tête de nouveau-né, poing d'homme, prune) pourvues d'une capsule liée des pôles rénaux inférieurs. L'examen histopathologique prouve que ces tumeurs ont les caractéristiques de l'adénosarcome embryonnaire. Après l'intervention, la malade a été soumise à la radiothérapie. Quatre ans après, son état est parfait. Les auteurs préconisent une intervention sans retard et la radiothérapie post-opératoire.