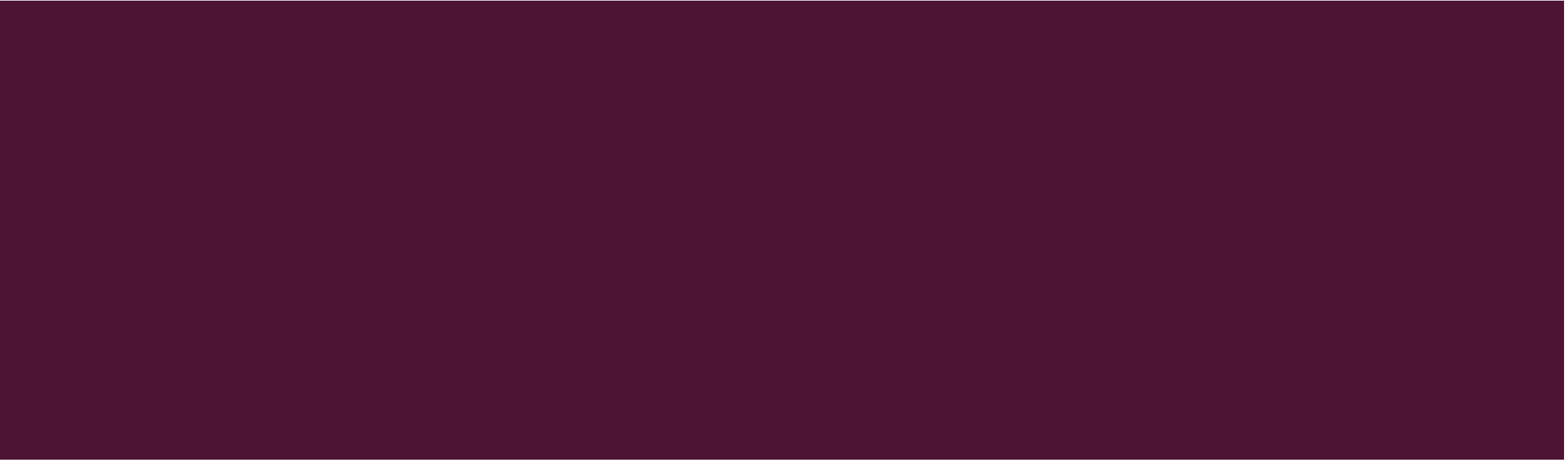


---

# TUMORI CUTANATE

LP 7



- 
- Tumorile ce se pot dezvolta la nivelul tegumentului sunt reprezentate de conglomerate celulare, fără funcționalitate. Acestea derivă din epiderm, derm și anexele pielii și pot fi benigne sau maligne.
  - Tumorile țesuturilor moi se pot dezvolta la nivelul mușchilor striati, grăsimii, țesutului fibros și sistem nervos periferic. Deoarece aceste tumori sunt reprezentate de un grup foarte heterogen, clasificarea acestora se face pe bază histogenetică după țesutul adult cu care se aseamănă cel mai mult.

# CLASIFICARE

- Tumorile cutanate se clasifică în 3 mari categorii: nevi, tumori cutanate benigne și maligne.
- Nevi
  - Nevi epidermici
  - Nevi Becker
  - Nev sebaceu
  - Nev intradermic
  - Nevi pigmentari
    - Nev joncțional
    - Nev compus
    - Nev albastru
  - Nev Ota
  - Nev acromic
  - Nev cafe au lait
  - Nevi pigmentari congenitali
  - Nevi piloși giganți
  - Nevi cu halou (Sutton)
  - Nev Spitz (melanom juvenil)
- Nevi vasculari
  - Nevi "strawberry" (cu aspect de căpușă)
  - Nevi flameus (pete port-wine)
- Sindromul Sturge-Weber
- Pete tip "somon"
- Nev "spider"
- Telangiectazia hemoragică ereditară – sindromul Weber-Rendu-Osler
- Angiokeratomul
- Nevi limfatici
  - Limfangiomul



- Tumori cutanate benigne

- Tumori epidermice
- Tumori ale țesutului conjunctiv
- Tumori vasculare
- Tumori ale glandelor sudoripare
- Tumori ale glandelor apocrine
- Tumori ale foliculilor pilo-sebacei
- Tumori nervoase
- Tumori histiocitice

- Tumori cutanate premaligne și maligne

- Keratoză solară
- Cheilită actinică
- Corn cutanat

- Porokeratoză actinică
- Carcinom bazocelular
- Carcinom spinocelular
- Keratoacantom
- Melanom malign
- Xeroderma pigmentosum
- Neoplazia cutanată postiradiere

- Organizația Mondială de Sănătate clasifică tumorile țesuturilor moi atât în funcție de tipul histopatologic, cât și de site-usul de pornire.

- Tumorile țesutului conjunctiv

- Benigne

- Fibrom
- Dermatofibrom (histiocitom)

- Maligne

- Dermatofibrom agresiv și recidivant Darier-Ferrand
- Fibrosarcom

- Histiocitom malign

- Leziuni pseudotumorale

- Molluscum pendulum
- Cicatrice hipertrofică
- Cheloid
- Fasceită nodulară

- Tumorile țesutului adipos

- Benigne

- Lipom
- Angiolipom
- Hipernom

- Maligne

- Liposarcom

- Tumori musculare

- Benigne

- Leiomiom cutanat (dermatomiom)

- Maligne

- Leiomiosarcom
- Rabdomiosarcom



- Tumorile vaselor sanguine

- Benigne

- Botricomicom
    - Hemangiom capilar (juvenil)
    - Hemangiom cavernos
    - Hemangiom cheratozic verucos (angiom cheratozic)
    - Tumori glomice (tumoră glomică; glomangiom; angiomiom)
    - Angiocheratom
    - Alte varietăți

- Maligne

- Angiosarcom (hemangioepiteliom malign)
    - Boala Kaposi
    - Stare pseudotumorală
      - Hiperplazie vasculo-sanguină reacționată

- Tumorile vaselor limfatice

- Benigne
      - Limfangiom (capilar, chistic, verucos)
    - Maligne

- Limfangiosarcom (limfangioendoteliom malign)

- Tumorile nervilor periferici

- Benigne

- Neurofibrom și nevrom pexiform
      - Neurilenom (schwannom)

- Maligne

- Schwannom malign
      - Alte varietăți

- Stări pseudotumorale
  - Nevrom posttraumatic
  - Gliom nazal
  - Meningiom cutanat
  - Alte varietăți
- Leziuni xantomatoase pseudotumorale
  - Xantom
  - Fibroxantom
  - Fibroxantom atipic
  - Xantogranulom juvenil (nevo-xanto-endoteliom)
- Granulom reticulo-histiocitar (reticulo-histiocitom)
- Tumori și leziuni pseudotumorale variate
  - Tumori cu celule granuloase Abrikosov
  - Osteom cutanat
  - Condrom cutanat
  - Mixom
  - Mucinoză focală cutanată
  - Chist mucoid cutanat (zis și sinovial)
  - Hamartom fibros infantil
- Fibrom digital recidivant
- Pseudosarcom
- Nodul reumatismal juxtaarticular
- Granulom inelar profund
- Calcinoză pseudotumorală
- Alte varietăți

- Clasificarea clinică a tumorilor țesuturilor moi, Geneva 2002
- T – tumora primară
  - Tx – tumora primitivă nu poate fi evaluată
  - T0 – nu se poate decela tumora primitivă
  - T1 – tumoră sub 5 cm în diametrul maxim
    - T1a – tumoră superficială
    - T1b – tumoră profundă
  - T2 – tumoră ce depășește 5 cm în diametrul maxim
    - T2a – tumoră superficială
    - T2b – tumoră profundă
- N – adenopatii locoreginoale
  - Nx – nu se pot depista ganglioni limfatici regionali invadați
  - N0 – nu sunt afectați ganglioni limfatici regionali
  - N1 – ganglioni limfatici regionali invadați
- M – metastaze la distanță
  - Mx – nu se pot depista metastaze la distanță
  - M0 – nu există metastaze la distanță
  - M1 – prezența metastazelor la distanță



| Stadiul | T       | N       | M  | Grad de malignitate       |
|---------|---------|---------|----|---------------------------|
| IA      | T1a     | N0, Nx  | M0 | Grad jos                  |
|         | T1b     | N0, Nx  | M0 |                           |
| IB      | T2a     | N0, Nx  | M0 | Grad jos                  |
|         | T1b     | N0, Nx  | M0 |                           |
| IIA     | T1a     | N0, Nx  | M0 | Grad înalt                |
|         | T1b     | N0, Nx  | M0 |                           |
| IIB     | T2a     | N0, Nx  | M0 | Grad înalt                |
| III     | T2b     | N0, Nx  | M0 | Grad înalt                |
| IV      | Orice T | N1, Nx  | M0 | Orice grad de malignitate |
|         | Orice T | Orice N | M1 |                           |

# DIAGNOSTIC ȘI EXPLORĂRI PARACLINICE

- Diagnosticul prezumtiv este unul clinic și implică examinarea pielii în totalitate. Acesta se va baza în primul rând pe aspectul macroscopic al tumorii și pe caracteristicile acesteia, ce vor conduce spre suspiciunea de tumoră malignă sau nu. Examenul clinic va cuprinde obligatoriu palparea stațiilor ganglionare, în vederea stabilirii existenței sau nu a adenopatiilor.
- Exporările paraclinice vor cuprinde obligatoriu probele de sânge (hemoleucograma completă) și cele biologice, pentru a urmări funcționalitatea principalelor organe (rinichi și ficat). Se efectuează de elecție electrocardiogramă și radiografie pulmonară față și profil.
- Acolo unde există suspiciunea invadării ganglionare se va efectua o ecografie ganglionară, iar toate tumorile subcutanate vor fi investigate și imagistic (ecografic și/sau radiologic, după caz).
- În funcție de particularitatea cazului, de tipul tumorii suspectate, se mai pot efectua probe de conducere nervoasă, pentru tumorile nervilor periferici, RMN și CT, ce vor viza atât tumora, cât și alte părți suspectate a fi purtătoare de metastaze.
- Diagnosticul pozitiv va fi pus în urma rezultatului examenului histopatologic, ce se poate realiza din piesa excizată sau biopsie, în funcție de caz, extemporaneu sau după includerea la parafină.

# TRATAMENT CHIRURGICAL

- Protocolul terapeutic al tumorilor, atât cutanate, cât și ale țesuturilor moi, poate fi strict chirurgical sau completat cu alte tipuri de tratament adjuvante, însă cel chirurgical rămâne de elecție în vederea obținerii unui rezultat curativ, cu risc minim de recidivă.
- Tratamentul chirurgical constă în excizia formațiunii tumorale până în țesut sănătos, în limite oncologice, atât în suprafață, cât și în profunzime. De exemplu, în cazul formațiunilor tumorale cutanate se va alege ca și limită de siguranță o margine de țesut sănătos de minim 0,5 – 1 cm, iar în cazul suspectării unui melnom malign de minim 2 cm. Acolo unde se va considera necesar se va ridica și fascia subiacentă tumorii. În cazul tumorilor de părți moi, excizia se va realiza până în țesut macroscopic sănătos, fără modificări.
- Închiderea plăgii rezultate în urma exciziei se va face per-primam prin sutură acolo unde defectul restant permite. În cazul exciziilor largi, cu defecte mari în suprafață se poate opta pentru diverse metode de acoperire a defectelor, plastie cu piele liberă despicată, când starea pacientului permite, iar fascia subiacentă formațiunii a fost lăsată pe loc sau lambouri cutanate sau miocutanate locale, atunci când în urma exciziei au rămas expuse tendoane, nervi, vase de sânge, porțiuni de os. În cazul tumorilor mari, invadante, cu excizii largi atât în suprafață, cât și în profunzime se va recurge la metode de reconstrucție, folosindu-se lambouri compozite acolo unde defectul permite sau reconstrucția pe etape acolo unde este necesară refacerea unei zone ce implică atât un rezultat funcțional, cât și estetic optim (exemplu: defecte la nivelul nasului). De asemenea protocolul chirurgical va fi adaptat fiecărui pacient în parte, în funcție de defectul restant postexcizie, dar și de starea lui generală la momentul intervenției și tarele asociate.

- 
- 
- Dezideratele protocolului chirurgical sunt reprezentate de obținerea unei excizii optime, largi, cu riscuri de recidivă minime, dar și reparea defectului restant, cu un rezultat satisfăcător funcțional și estetic, fără a supune organismul unui stres operator major.
  - De asemenea, acolo unde este cazul se vor efectua limfanedectomii, în același timp operator sau secundar intervenției principale, cât și excizia diferitelor metastaze acolo unde localizarea și extinderea acestora, cât și starea generală a pacientului o permit.
  - Standardul actual în SUA, în ceea ce privește tratamentul chirurgical al tumorilor cutanate cu risc crescut sau recidele este reprezentat de procedura Mohs. Aceasta este o tehnică chirurgicală progresivă, în cadrul căreia se efectuează excizii seriate, treptate a formațiunii tumorale, până la obținerea unor margini de rezeecție curate. Excizia se va efectua cu margini foarte înguste inițial, ulterior piesa va fi controlată prin examene extemporanee la gheață succesive, astfel existând un control teoric total al marginilor de rezeecție. Deși este considerată o tehnică cu o durată mai scurtă comparativ cu chirurgia clasică, este o metodă mult mai elaborioasă.
  - Alte tipuri de tratamente locoregionale sunt: radioterapia, electrodesicația și chiretajul lezional, criochirurgia, tratamentul topic și intralezional, terapia cu laser și fotodinamică. Ca și tratament sistemic este utilizată chimioterapia.

## IMPACTUL PSIHOSOCIAL

- Studiile ce vizează această parte a protocolului terapeutic în cazul formațiunilor tumorale, la orice nivel, sunt puține, acest lucru intrând în atenția medicilor de foarte puțin timp.
- Deși este o latură a pacienților puțin explorată până acum, s-a constatat că impactul psihosocial pe care îl are această patologie asupra individului vizează în primul rând relația acestuia cu lumea înconjurătoare și cu prejudecățile societății. Pacientul tinde să se izoleze de societate, simțindu-se stigmatizat, dar și prin prisma modificării percepției acestuia asupra relației viață – moarte.
- Pornind de la aceste lucruri, protocolul terapeutic al formațiunilor tumorale trebuie să ia în considerare și viziunea pacientului asupra patologiei pe care o are, dar și asupra rezultatelor postoperatorii, ce trebuie să îi ofere pacientului un confort ridicat, ușurându-i astfel reintegrarea în societate.

# CARCINOMUL BAZOCELULAR

## ■ Simptome și semne clinice esențiale:

- papule și plăci infiltrate eritematoase, cu suprafața netedă, lucioasă care cresc lent în dimensiuni; plăcile pot fi delimitate de chenar de papule lucioase (perle epiteliomatoase), noduli, ulcerații, tumori
- localizare: predominant în cele 2/3 superioare ale feței (80%) dar și pe trunchi și extremități.
- Leziunile sunt de obicei asimptomatice
- Dezvoltare lentă, în ani de zile cu excepția formelor ulcerate, terebrante

## ■ Forme clinice și complicații:

- Forme clinice:
  - Carcinom bazocelular nodular: tumoră nodulară cu margine perlată, telangiectazii pe suprafață
  - Carcinom bazocelular perlat, perlat-ulcerat, plan cicatricial

- Carcinom bazocelular ulcerat: tumoră ulcerată, cu margine perlată; poate invada și distruge structurile profunde (forma terebrantă, ulcus rodens)
- Carcinom bazocelular pigmentar
- Carcinom bazocelular sclerotizant / morfeiform
- Carcinom bazocelular chistic: papulă sau nodul moale, translucid, situat adesea periocular
- Carcinom bazocelular superficial/ pagetoid

## ■ Complicații

- distrucția structurilor profunde osoase și cartilaginoase în cazul formelor ulcerate, terebrante
- sângerare, suprainfecție

# CARCINOMUL SPINOCELULAR

- Clinic
- Localizare mai frecvent pe zonele expuse la soare: fata, gat, fata dorsala a mainilor
- Pacientii prezinta semne ale expunerii indelungate la soare: riduri, pigmentare neregulata, telangiectazii, lentigine, leziuni precancer
- Forme clinice
- CSC cutanat: papula, placa sau nodul indurat cu diametrul de 0,5-1.5 cm, acoperite de cruste galbui sau cenușii. Leziuni unice sau multiple. In stadiile incipiente este mobil pe planurile subiacente. Ulterior tumora devine fixa. Se poate ulcerata si poate sangea
- CSC oral: placa sau nodul sau ulceratie localizata la nivelul limbii sau palatului.
- CSC al semimucoaselor: buza inferioara e mai frecvent afectata. Leziunea initiala este o eroziune sau fisura care nu se vindeca. Ulterior apare un nodul.
- CSC periungheal: este confundat frecvent cu o veruca in stadiile incipiente
- CSC genital: asociat cu infectia cu HPV
- Alte forme- CSC verucos: o forma rara, bine diferentiata de CSC. Exista 4 tipuri
  - Condilomatoza giganta Buschke-Lowenstein
  - Papilomatoza orala florida
  - Epithelioma cuniculatum
  - Papillomatosis cutis carcinoides



- **Diagnostic diferencial**

- Keratoza actinica

- CBC

- Nev

- Granulom piogen

- Veruca

- Porom ecrin

- Keratoza seboreica

- Carcinomul cu celule Merckell

# MELANOMUL MALIGN

- Exista 4 tipuri de melanom, in functie de zona in care apare, dar si de forma in care acesta apare:
- Melanomul superficial – se regaseste in 70% dintre cazurile de melanom si apare, in general, in randul persoanelor tinere. Dupa cum si numele sugereaza, melanomul superficial apare in prima faza la suprafata, iar abia dupa mult timp patrunde mai adanc in piele. Primul semn al melanomului superficial sunt zonele depigmentate de la nivelul pielii, care au marginile neregulate. Culoarea acestor pete variaza de la alb pana la maro, negru, rosu sau albastru. Acest tip de melanom poate aparea si intr-o alunita care a fost initial de natura benigna.
- Melanomul nodular – acest tip de melanom este, in prima faza, invaziv. Atunci cand devine malign, este destul de usor de recunoscut intrucat se transforma intr-o umflatura a carei culoare este, de regula, negru, insa poate fi si albastru, rosu, gri sau maro. Aceasta forma de melanom este cea mai agresiva si apare in 10-15% dintre cazuri. De regula, apare pe trunchi, pe picioare, pe brate, dar poate aparea si pe scalp.
- Melanomul lentiginos – similar cu melanomul superficial, acesta apare in prima faza in stratul superior al pielii, iar aspectul sau este de zona mai bronzata ori de pete maronii aparute la nivelul pielii. De regula, acest tip de melanom apare in zonele care au fost expuse mai mult la soare precum fata, urechile, bratele sau trunchiul.
- Melanomul lentiginos acral – si acesta apare in faza incipienta in stratul exterior al pielii, iar apoi patrunde mai adanc. Aspectul acestui melanom este de pete maro sau negre sub unghii, pe talpi sau pe palme. Melanomul lentiginos acral apare foarte rar in randul rasei caucazienilor, fiind mai degraba intalnit la afro-americani sau asiatici.

- 
- De asemenea, exista si 3 subcategorii rare ale melanomului:
  - Melanomul lentiginos mucos – acest tip de melanom poate aparea la nivelul oricarei membrane mucoase a corpului, incepand de la mucoasa nazala, pana la cea bucala, vaginala ori anala.
  - Melanomul desmoplastic – melanomul desmoplastic apare in zonele expuse indelung la soare, la persoanele varstnice. Este un tip foarte rar intalnit de melanom, dar si destul de dificil de diagnosticat intrucat poate fi cu usurinta trecut cu vederea, ori confundat cu alte tipuri de melanom.
  - Melanomul verucos – este adesea intalnit la femei, in general in zona extremitatilor. Acesta apare sub forma unei placi verucoase.

- 
- 
- Semnele care indica prezenta melanomului sunt urmatoarele:
  - Asimetria – daca o alunita nu este simetrica, este posibil sa fie ceva in neregula cu ea
  - Marginea neregulata – nu numai forma asimetrica a alunitii ar trebui sa te puna pe ganduri, ci si marginea neregulata, care indica de asemenea probleme
  - Culoarea – poate fi vorba despre melanom daca alunita devine neagra, poate capata chiar si pete albastre, roz, albe sau rosii
  - Diametrul – daca diametrul unei aluniti depaseste 6 mm, e nevoie de un control dermatologic
  - Evolutia – daca alunita isi schimba volumul, forma sau culoarea, ar trebui sa mergi la medic.
- Alte simptome care ar trebui sa te puna pe ganduri sunt urmatoarele:
  - O rana care nu se vindeca
  - Inrosirea sau inflamarea pielii de langa o alunita
  - Prurit la nivelul unei aluniti
  - Sangerarea unei aluniti



## ■ Metoda ABCDE

A – asimetria alunitei

B – bordurile alunitei (marginile)

C – culoarea alunitei

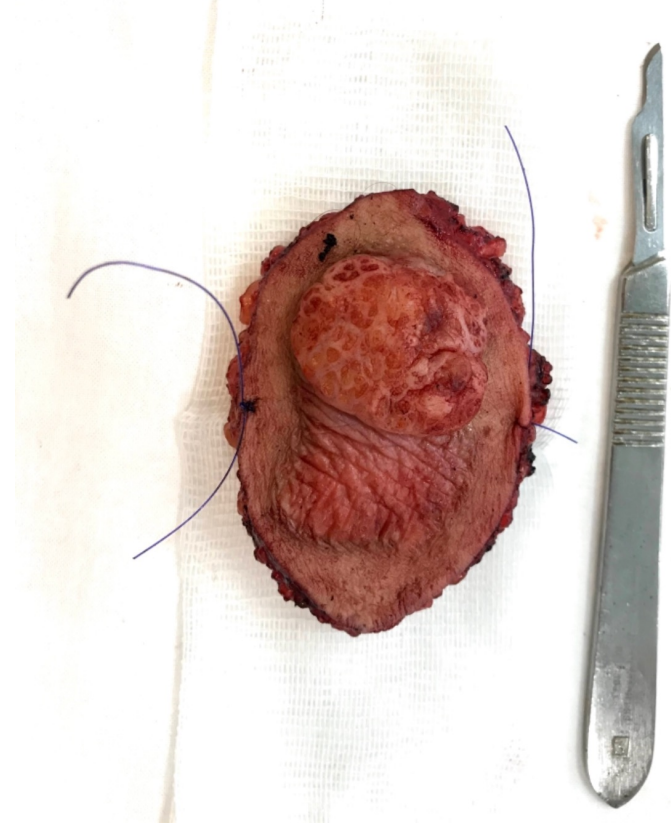
D – diametrul alunitei

E – evolutia alunitei

- Daca medicul observa ca toate aceste caracteristici ale alunitei sunt modificate, va recomanda o biopsie pentru ca sunt sanse mari sa fie vorba despre melanom.

# PREZENTARE DE CAZ

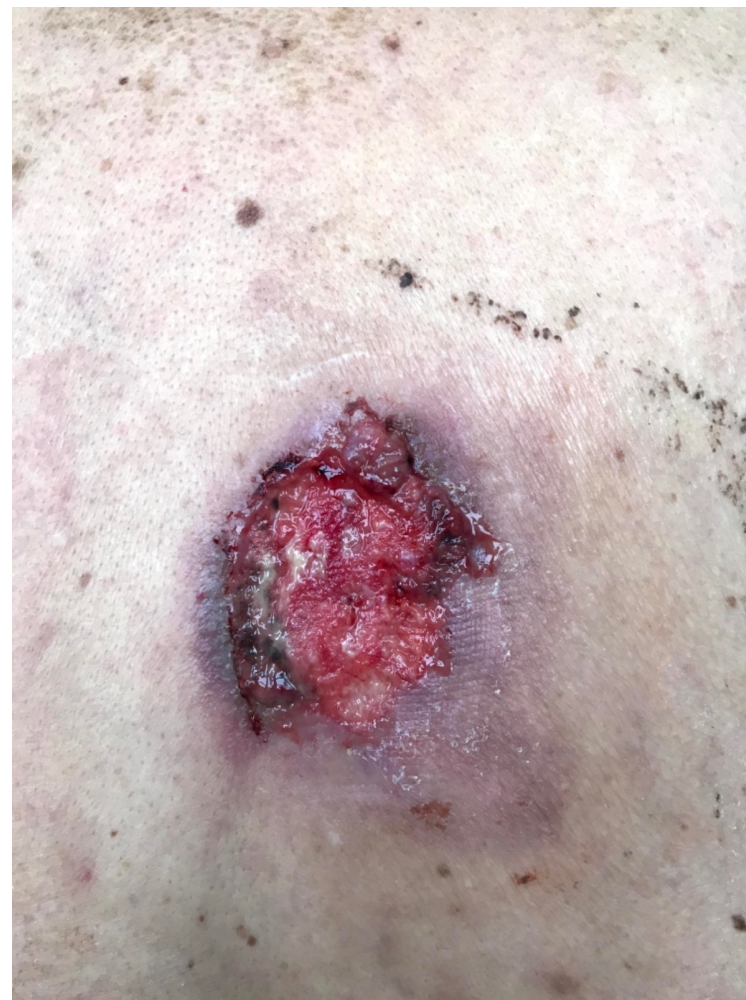
- S. A.
- Sex M, Mediu U
- Vârsta: 53 ani
- DG: Tumoră cutanată coapsă dreaptă







- 
- D.I
  - Sex M, Mediu U
  - Vârsta: 75 ani
  - DG: Tumoră cutanată hemitorace drept posterior





- 
- B. O.
  - Sex M, Mediu U
  - Vârsta: 72 ani
  - DG: Tumoră cutanată suborbitală drp





- 
- I. F.
  - Sex F, Mediu R
  - Vârsta: 67 ani
  - DG: Formațiune tumorală subcutanată scalp, ulcerată, suprainfectată

