



Tumorile maligne ale țesuturilor moi (TMTM) sunt un grup nozologic mare de tumori format după principiul anatomo-clinic și include în sine: tumorile nervilor periferici și tumorile de origine mezenchimală (cu excepția tumorilor oaselor, sarcomului de uter, tumorilor sistemului hemopoietic și țesutului reticulo-endotelial). Țesuturile moi cuprind mușchii, tendoanele, țesutul adipos, țesutul fibros, țesutul sinovial, vasele și nervii. 2/3 din TMTM se localizează în regiunea coapselor, bazinului, umărului.

Codul bolii (CIM-10): C 38.1, C 38.2 C 47, C 48, C 49

Clasificarea clinică (Geneva, 2002)

T – tumora primară

T – tumora primară	T _{1a} – tumora superficială
T _x – tumora primitivă nu poate fi evaluată	T _{1b} – tumora profundă
T ₀ – tumora primitivă nu este decelabilă	T ₂ – tumora mai mare de 5 cm în dimensiunea sa cea mai mare
T ₁ – tumora mai mică de 5 cm în dimensiunea sa cea mai mare	T _{2a} – tumora superficială
	T _{2b} – tumora profundă

Notă: Tumoarea superficială este situată mai superficial de fascia superficială, tumoarea profundă este situată subiacent fasciei superficiale sau concrește fascia superficială.

N – adenopatii metastatice

N _x – date insuficiente pentru depistarea ganglionilor limfatici regionali
N ₀ – nu sunt date de afectare metastatică a ganglionilor limfatici regionali
N ₁ – în ganglionii limfatici regionali sunt metastaze

M – metastază la distanță

M _x – nu sunt date suficiente pentru aprecierea metastazelor la distanță
M ₀ – nu sunt metastaze la distanță
M ₁ – sunt date de metastaze la distanță

Stadializarea

Stadiul	T	N	M	Grad de malignitate
Stadiul IA	T _{1a} , T _{1b}	N ₀ , N _x	M ₀	grad jos de malignitate
Stadiul IB	T _{2a} , T _{1b}	N ₀ , N _x	M ₀	grad jos de malignitate
Stadiul IIA	T _{1a} , T _{1b}	N ₀ , N _x	M ₀	grad înalt de malignitate
Stadiul IIB	T _{2a}	N ₀ , N _x	M ₀	grad înalt de malignitate
Stadiul III	T _{2b}	N ₀ , N _x	M ₀	grad înalt de malignitate
Stadiul IV	orice T	N ₁ , N _x , orice N	M _{1a} , M ₁	orice grad de malignitate

Profilaxia primară

- Consilierea privind respectarea modului sănătos de viață.
- Consilierea privind respectarea igienei muncii în condiții nocive:
 - ✓ reducerea/evitarea contactului cu substanțe chimice: cupru, beriliu, crom, oțel, asbest, hidrocarburi aromatice ciclice, siliciu, radon;
 - ✓ reducerea/evitarea contactului cu radiații ionizante și câmpuri magnetice de intensitate mărită;
 - ✓ reducerea riscului de traumatizări (arsuri, fracturi).

Profilaxia secundară

Sanarea tuturor stărilor precanceroase ale țesuturilor moi, tumorilor benigne și inflamațiilor cronice:

- osteomieliita
- fistulele,
- chisturile demoide, etc.

Factorii de risc

- **Factorii de mediu:** carcinogenele chimice (cupru, beriliu, crom, oțel, asbest, hidrocarburi aromatice ciclice, siliciu, radon), traumatismele/leziunile (arsuri, fracturi).
- **Factorii iatrogeni:** radioterapia.
- **Virusii:** virusul imunodeficienței umane (HIV) tipul 1, virusul herpetic uman (VHU-8).
- **Factorii imunologici:** imunodeficiența congenitală sau dobândită, terapia imunosupresivă.
- **Factorii genetici:** tumorile demoide, lipoamele, leiomiomele, neuroblastoamele și paraganglioamele, demonstrează o predispoziție familială.
- **Factorul de creștere asemănător insulinei (IGF) tipul 2** produs de unele sarcoame, se presupune că acționează atât ca un factor de creștere autocrin, cât și ca un factor de motilitate care accelerează metastazarea.

Grupurile de risc

- Persoanele cu anamneza eredo-colaterală agravată pentru TMTM.
- Persoanele cu expunere de lungă durată la carcinogene chimice, activități în mediu cu noxe, factori traumatizanți, radiații ionizante, câmpuri magnetice de intensitate mărită.
- Persoanele cu antecedente a stărilor precanceroase ale țesuturilor moi, tumorilor benigne și inflamațiilor cronice (osteomieliită, fistule, chisturi demoide, etc.).
- Pacienții cu imunodeficiență congenitală sau dobândită, terapie imunosupresivă.

Screening-ul

- Examinarea persoanelor din grupurile de risc, la fiecare 6 luni, cu aprecierea stării clinice în baza examenului fizic: palpației zonelor de drenare limfatică (axilară, supraclaviculară și subclaviculară), percuției, auscultației.

Manifestările clinice

Manifestările clinice ale TMTM depind de localizarea inițială a focarului tumoral, gradul de răspândire a procesului tumoral în organism (stadiul clinic) și forma morfologică.

Denumire	Frecvență/vîrstă	Localizare	Semne clinice	Evoluție
Fibrosarcom	Se întâlnește mai frecvent la 30-40 ani.	Coapsă, umăr. Se dezvoltă în adîncul mușchilor din septurile intermusculare.	Nu prezintă simptome clinice. Dureri în cazul compresiei nervilor periferici. La palpare - tumoră dură, indoloră, formă rotundă, bine delimitată. Piele neschimbată, fără ulcerații.	Evoluează lent o perioadă de timp, apoi se accelerează și în scurt timp metastazează rapid, mai mult în pulmoni.

Manifestările clinice

Denumire	Frecvență/vîrstă	Localizare	Semne clinice	Evoluție
Liposarcom	Se întâlnește mai frecvent la 50-60 ani, preponderent la bărbați.	Coapsă, articulație a genunchiului, retroperitoneum. Crește în spațiile intermusculare.	La palpare tumoră rotundă, elastică, cu structură lobulară, indoloră, bine delimitată. Piele neschimbată.	Tumorile diferențiate evoluează lent, asimptomatic, cele nediferențiate au evoluție rapidă. Formele nediferențiate metastazează în pulmoni (40%), uneori în inimă, ficat, creier.
Rabdomiosarcom	Se întâlnește mai frecvent la 40-60 ani, preponderent la bărbați.	Tumoră malignă din elementele musculaturii striate.	Are 4 forme: pleomorfă, alveolară, embrionară, bitrioidă. Clinic se manifestă prin noduli (solitari sau multipli) de consistență moale-elastică, cu limite neclare. Este însoțită de dilatație varicoasă a venelor. Penetreză derma și provoacă ulceratii.	Evoluează rapid, asimptomatic. Recidivează devreme. Metastazează în pulmoni.
Angiosarcom	Se întâlnește rar.	Tumoră malignă a vaselor.	Se depistează întîmplător în adîncul țesuturilor. Nodul tumoral de consistență moale-elastică, limite neclare, parțial mobil, dureros la palpare. Afectează țesuturile și venele, provocînd edeme.	Evoluează rapid, metastazează frecvent în ganglionii regionali și hematogen în pulmoni, oase și alte organe interne.
Sarcom sinovial	Se întâlnește mai frecvent la 40-50 ani, în măsură egală la bărbați și femei.	Membrele inferioare. Tumoră malignă din capsula sinovială articulară, fasciile și tunicile tendinoase.	Se depistează întîmplător, decurge asimptomatic. Tumoră de consistență dură, fixată, invadează osul.	Sinoviomele maligne adenomatoase metastazează regional (16-20%), cele fibroase metastazează în pulmoni (50-60%).
Neurinom malign	Se întâlnește rar, preponderent la bărbați tineri și de vîrstă mijlocie.	Părțile distale ale membrilor (mîinile, labele picioarelor). Tumoră malignă din tunica nervilor (Șwan).	Tumoră fuziformă, moale-elastică, indoloră la palpare, cu contururi neclare. Decurge fără simptome, invadează derma, dar nu ulcerează.	Metastazează în pulmoni.

Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza generală a urinei.
- Analiza biochimică a sîngelui, (proteina generală, bilirubina, ALAT, ASAT, fosfataza alcalină, ionograma, indexul protrombinic, fibrinogenul).
- USG abdomenului.
- Radiografia zonei afectate, cutiei toracice
- ECG.

Tratamentul

- Toți pacienții cu TMTM confirmate histologic sau citologic necesită tratament specific în secția specializată a IMSP Institutul Oncologic.
- Aprecierea tacticii de tratament depinde de localizarea și răspîndirea procesului, starea generală a pacientului.
- Tratamentul include efectuarea intervenției chirurgicale, chimioterapiei și radioterapiei.
- La pacienții cu patologii concomitente grave se aplică numai chimioterapia și/sau radioterapia în volum paliativ sau tratament simptomatic la locul de trai.

Referirea la specialist

- Necesitatea confirmării diagnosticului.
- Necesitatea ajustării tratamentului medicamentos.

⚠ Notă: Referirea la specialist (traumatolog, oncolog) se efectuează absolut în toate cazurile de suspexție a TMTM.

Criteriile de spitalizare

- Dificultăți în confirmarea diagnosticului de TMTM.
- Diagnosticul de TMTM confirmat prin investigații clinice și paraclinice.
- Necesitatea tratamentului schirurgical.
- Necesitatea tratamentului chimioterapeutic și/sau radioterapeutic.
- Urgențele medicale prin TMTM (hemoragii, destrucție a tumorii).

⚠ Notă: Pacienții cu progresare la etapa incurabilă (stadiul IV) necesită spitalizare pentru tratament simptomatic în staționar la locul de trai.

Supravegherea

Pacienții cu TMTM după finisarea tratamentului se află la supravegherea medicului de familie în comun cu oncologul raional, oncologul din Policlinica Institutului Oncologic.

Regimul de supraveghere

- în primul an – o dată în 3 luni;
- al 2-lea an – o dată în 6 luni;
- după al treilea an – control o dată în an, toată viața.

Volumul cercetărilor

- Examenul fizic (inspecția generală, palpația ganglionilor limfatici).
- Radiografia toracelui, zonei afectate - la necesitate.
- USG organelor interne, locului afectat, ganglionilor limfatici - la necesitate.

Abrevierile folosite în document:

ALAT – alaninaminotransferaza
ASAT – aspartataminotransferaza
M – metastaza
N – ganglionul

PCT – tratamentul polichimioterapic
IRM – investigația prin rezonanță magnetică
USG – ultrasonografia
T – tumora

TC – tomografia computerizată
TMTM – tumorile maligne ale țesuturilor moi