



CURS PENTRU STUDENȚI

Boris NEDELCIUC

Chișinău



Health & Beauty Online Journal: www.e-dermatologie.md





Boli cutanate produse prin fotoagresiune și/sau fotosensibilizare

- Grupa 1 – dermatoze fototraumatice: arsurile solare de gradul 1 și 2;
- Grupa 2 – dermatoze fotoalergice: eczema solară, urticaria solară, prurigo-ul solar;
- Grupa 3 – dermatoze fotodinamice: pelagra, porfiriea cutanată tardivă;
- Grupa 4 – dermatoze cu fotobiotropism: efelidele, lupusul eritematos;
- Grupa 5 – **neoplazii cutanate**: melanomul, epiteliomul bazocelular și spinocelular.



**Cancerul este opera
societății moderne ?!**



Poluare





Alimentație





Stil de viață





**Ne-am făcut-o cu mâna noastră,
spun cercetătorii.**



Conform datelor Mayo Clinic, Minnesota, SUA:

- Anul 1970:
 - 4,8 cazuri melanom la 100.000 populație.
- Anul 2010:
 - 30,8 cazuri melanom la 100.000 populație.

- Până la vârsta de 40 de ani:
 - Se întâlnește mai des la femei.
- După vârsta de 40 de ani:
 - Se întâlnește mai des la bărbați.



De ce femeile sunt expuse unui risc mai mare de a dezvolta tumori cutanate, în general, și melanom malign, în particular?



Beach suits for women



anii 1890-1900



Beach suits for women



anii 1920-1930



Beach suits for women



anii 1950-1960



Beach suits for women



anii 1980-1990



Beach suits for women



anii 2000 - prezent



TUMORILE CUTANATE



Actualitatea temei:

- **Cancerul cutanat – una dintre cele mai răspândite tumori maligne.**
- **Problemă medicală, socială, economică.**
- **În Republica Moldova:**
 - **Locul 1 – cancerul colo-rectal;**
 - **Locul 2 – cancerul mamar & pulmonar;**
 - **Locul 3 – cancerul cutanat:**
 - ✓ **20-25 cazuri la 100.000 populație.**



Mortalitatea în RM:

CAUZELE DECESELOR MOLDOVENILOR ÎN 2015

sursa | Ministerul Sănătății

Boli ale aparatului circulator

53,7%

Tumori

20,4%

Boli ale aparatului digestiv

7,7%

Traumatisme sau intoxicații

6,2%

Boli ale aparatului respirator

3,7%



Generalități:

- **Convențional, atunci când vorbim despre cancerul pielii, pot fi luate în calcul 4 subiecte / categorii:**
 - A. Tumorile cutanate benigne;**
 - B. Tumorile cutanate maligne;**
 - C. Precancerul pielii;**
 - D. Paraneoplaziile cutanate.**



A. Tumoare benignă – repere:

■ Tumoarea care:

- 1) Reproduce totalmente structura țesutului de origine;
- 2) Sunt circumscrise – tendință de creștere și persistență modestă;
- 3) Nu metastazează sau metastazează foarte rar.



Tumori benigne – varietăți:

- **1. De origine epitelială:**
 - **Verucă seboreică (keratoză seboreică);**
 - **Acantom;**
 - **Keratoacantom;**
 - **Trichoepiteliom;**
 - **Nev epidermal verucos inflamator liniar (NEVIL) etc.**



Verucă seboreică = keratoză seboreică:





Keratoze seboreice – “flori de cimitir”:





Keratoacantom al nasului:



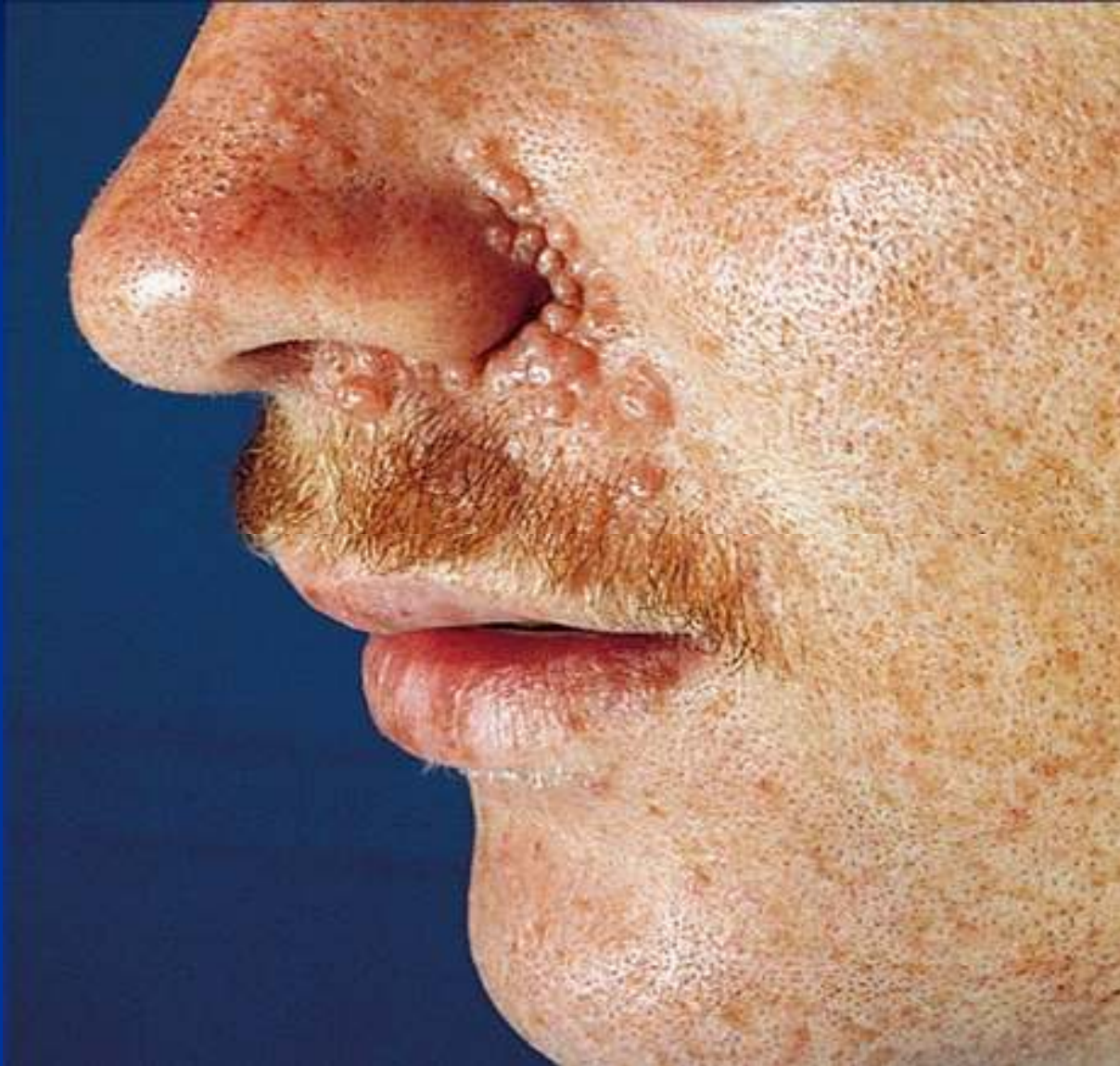


Keratoacantom al buzei superioare:





Trichoepitelioame pliul nazo-labial:





Trichoepitelioame multiple:





NEVIL:





Nevus epidermal = psoriasis nevoid:





Tumori benigne – varietăți:

- **2. De origine mezenchimală:**
 - Cheloid, fibrom – din țesutul conjunctiv;
 - Hemangiom – din vasele sanguine;
 - Limfangiom – din vasele limfatice;
 - Lipom – din țesutul adipos;
 - Leiomiom – din mușchi etc.



Keloid liniar – reacție postoperatorie:





Keloizi multipli – post acnee, post furuncul:





Fibrom:

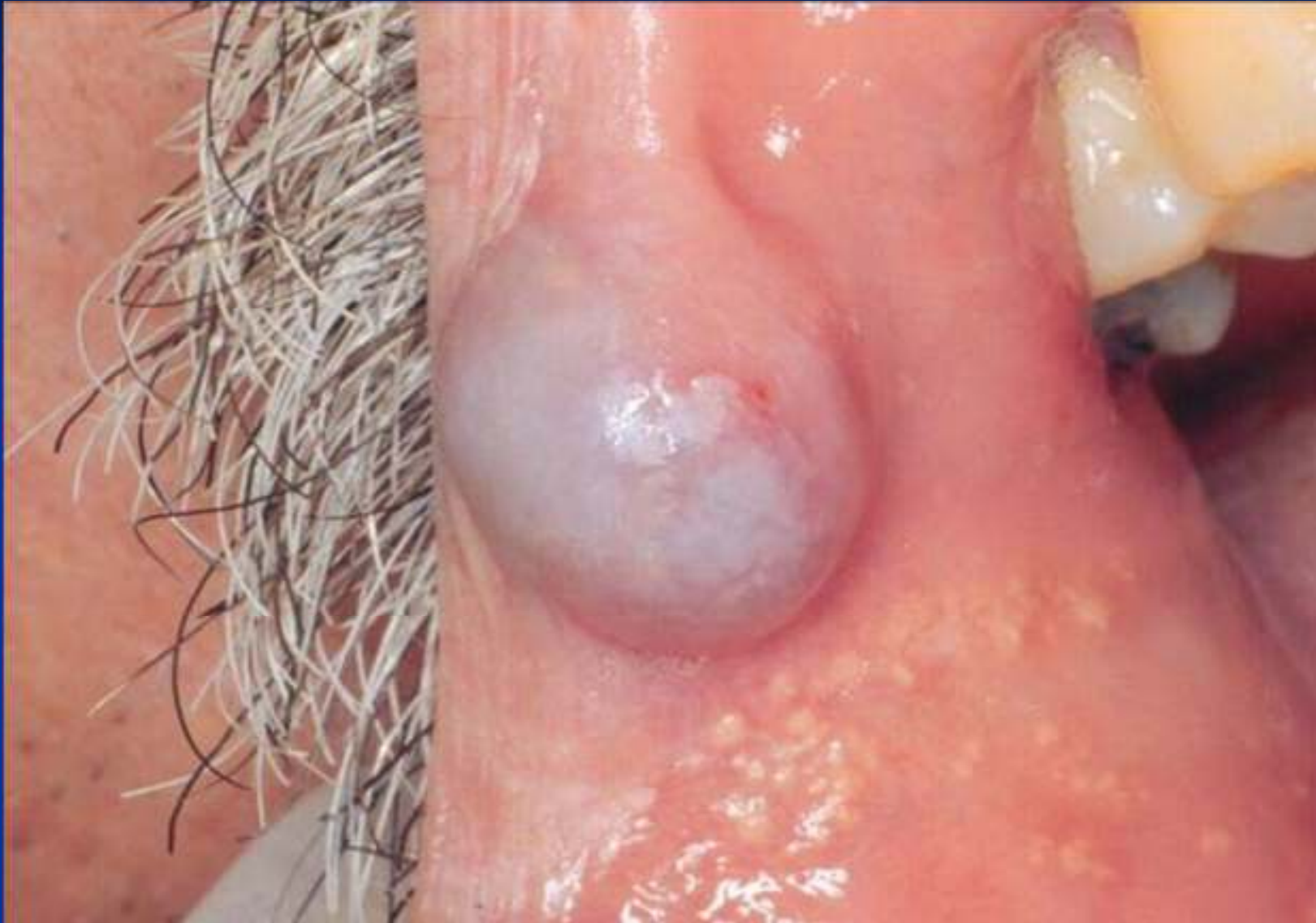




Hemangiom:



Limfangiom:





Lipom:





Tumori benigne – varietăți:

- **3. Diverse chisturi:**
 - **Chist epidermal;**
 - **Chist sebaceu;**
 - **Chist sudoripar etc.**



Chist epidermal:





Chisturi epidermoide ale scrotului:





Chisturi sebacee ale scalpului:





Chist sudoripar:





B. Tumoare malignă – repere:

■ Tumoarea care:

- 1) Reproduce parțial structura țesutului de origine – apar celule atipice;
- 2) Tendință de creștere și persistență rapidă, furtunoasă;
- 3) Metastazează foarte des.



Tumori maligne – varietăți:

- **1. De origine epitelială:**
 - Epiteliom bazocelular (EBC);
 - Epiteliom spinocelular (ESC).



EBC sau bazaliom:





ESC sau spinaliom:





Tumori maligne – varietăți:

■ 2. De origine mezenchimală:

- Angiosarcom;
- Limfosarcom;
- Fibrosarcom;
- Liposarcom;
- Osteosarcom;
- Reticulosarcom etc.



Angiosarcom:





Angiosarcom:





Limfosarcom:





Fibrosarcom:





Liposarcom:





Osteosarcom:





Reticulosarcom:





Tumori maligne – varietăți:

- **3. De origine nevică / neuroblastică:**
 - Melanom (melanocit – celulă stelată cu origine în creasta neurală);
- **4. De origine anexială:**
 - Carcinom sebaceu;
 - Carcinom sudoripar etc.



Melanom:





Carcinom sebaceu palpebral:





Porocarcinom:





C. Precancere cutanate – repere:

- **Leziuni cutaneo-mucoase:**
 - eritemato-scuamoase sau
 - hiperkeratozice sau
 - papilomatoase sau
 - eroziv-ulceroase etc.

care în anumite condiții, circumstanțe se pot transforma în cancere.



Precancere cutanate – varietăți:

- **1. Diverse keratoze:**
 - solare,
 - chimice,
 - termice,
 - post Rx;
- **2. Diverse cicatrici cronice:**
 - în special după arsuri;



Keratoze actinice:





Keratoze arsenicale:





Precancere cutanate – varietăți:

- 3. Cornul cutanat;
- 4. Eritroplazia;
- 5. Leucoplazia;
- 6. Boala Bowen;
- 7. Boala Paget;
- 8. Cazuri de LE, lichen sclero-atrofic;
- 9. Cazuri de lupus tbc;
- 10. Unele forme de lues terțiar etc.



Corn cutanat:





**Corn cutanat:
Pacienta Z.R., 101 ani, China (foto – a. 2009)**





Boala Bowen:





Boala Bowen:





Boala Bowen genitală = eritroplazia Queyrat:



Boala Paget:





Boala Paget:





Precancere cutanate – varietăți:

■ 10. Papiloamele:

- Leziuni pseudotumorale, cu aspect sesil / pediculat, de origine inflamatorie virală (PVU), unele din ele (tipurile 6 și 11) având risc major de transformare malignă.
- Menționăm, de asemenea:
 - Condilomatoza gigantă Buschke-Löwenstein;
 - Epidermodisplazia veruciformă Lutz-Lewandowsky.



Condiloame acuminate:





Condilomatoza gigantă Buschke-Löwenstein:





Condilomatoză bucală:





**Epidermodisplazia
veruciformă
Lutz-Lewandowsky:**





Epidermodisplazia veruciformă Lutz-Lewandowsky:





Epidermodisplazia veruciformă Lutz-Lewandowsky.

**Omul copac:
Pacientul D.K., 38 ani,
Indonezia
(foto – a. 2010)**





D. Paraneoplazii cutanate – repere:

- Ansamblu / complex de manifestări cutanate (markeri cutanați) ce apar în cadrul unor neoplazii maligne interne.
- Leziunile respective apar, de obicei, odată cu cancerul, dispar dacă acesta este eradicat și reapar în cazul recidivelor.



Paraneoplazii cutanate – varietăți:

- 1. Acanthosis nigricans;
- 2. Ihtioza dobândită;
- 3. Vasculite subinflamatorii;
- 4. Dermatomiozita;
- 5. Eritem inelar multiplu;
- 6. Dermatita herpetiformă la bătrâni;
- 7. Diverse forme de pemfigus etc.



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **1. Determinismul genetic.**
 - **Transmiterea este, de cele mai multe ori, autosomal-dominantă cu mutații ale unor gene:**
 - **PTCH și CYP2D6 – pentru bazaliom și spinaliom;**
 - **BRAF, NRAS și KIT – pentru melanom.**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **2. Dereglarea activității unor enzime.**
 - **GST – Glutation S Transferaza – cu rol major în mecanismul de apărare a celulelor împotriva agenților chimici nocivi.**
 - **MMP-2 – matrix metaloproteinaza 2 – cu rol major în deteriorarea mecanismelor de proliferare celulară.**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **3. Radiația solară.**
 - **Morbiditatea cancerului cutanat este mai mare în zonele geografice însorite.**
 - **Cancerogenitatea razelor ultraviolete (RUV) solare este amplificată de scăderea concentrației de ozon din păturile superioare ale atmosferei.**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **4. Rasa / fototipul pielii.**
 - **Fototipul 0 – Este reprezentat de albinoși: au părul alb, nu au deloc melanină și se ard extrem de ușor la soare, riscul de cancerizare – f. mare;**
 - **Fototipul 1 – Este reprezentat de nordici, persoane cu părul roșcat și/sau blond, piele foarte deschisă la culoare, ochi albaștri. Aceștia se ard aproape întotdeauna, se bronzează foarte greu, riscul de cancerizare – mare;**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **Rasa / fototipul pielii – continuare.**
 - **Fototipul 2 – persoane șatene, cu piele deschisă la culoare, care au ochii verzi sau albaștri. Aceștia se bronzează, dar nu ating o culoare prea întunecată, riscul de cancerizare – relativ mare;**
 - **Fototipul 3 – persoane șatene, cu ochi căprui și cu pielea puțin mai întunecată. Aceștia se ard la începutul expunerii la soare, dar se bronzează ușor, riscul de cancerizare – moderat;**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **Rasa / fototipul pielii – continuare.**
 - **Fototipul 4 – persoane brunete, cu ochi căprui sau negri, care se bronzează întotdeauna și se ard foarte rar, riscul de cancerizare – relativ mic;**
 - **Fototipul 5 – persoane de tip mediteranean, asiaticii și metișii/mulatrii, riscul de cancerizare – mic;**
 - **Fototipul 6 – este reprezentat de rasa neagră, riscul de cancerizare – f. mic.**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **5. Radiațiile ionizante.**
 - **Radiațiile ionizante administrate cu scop terapeutic sau cu scop de diagnostic.**
 - **În context, din grupul de risc fac parte laboranții și medicii radiologi, persoanele din localitățile cu fond radiologic ridicat – Cernobîl, Fukusima etc.**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **6. Statutul profesional.**
 - **Anumite profesii, care prin natura lor determină expuneri frecvente și repetate la radiația solară, favorizează alterări degenerative ale tegumentului fotoexpus, care constituie teren favorabil pentru dezvoltarea tumorilor.**
 - **Grupe de risc: grădinari, agricultori, constructori, drumari, marinari, pescari, lucrători ai uzinelor de prelucrare a petrolului etc.**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **7. Diverse cicatrici / sechele.**
 - **Persistă riscul cancerizării după diverse arsuri, traumatisme, ulcerații, procese atrofo-cicatriceale, granuloame cronice – lupus tuberculos, lupus eritematos, lichen sclero-atrofic, sifilis terțiar etc. Mai frecvent, pe acest fond apar epitelioame spinocelulare.**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **8. Dereglări imune.**
 - **Dereglările imune primare și secundare, care determină supresia imunității celulare și activitatea NK și K – verigă importantă în declanșarea tumorilor pielii. Terapia îndelungată cu remedii imunosupresive, glucocorticoizi etc. mărește probabilitatea apariției cancerelor cutanate.**



Etiopatogenia tumorilor pielii:

- **Mini-concluzie:**

- Transformarea și dezvoltarea tumorală este rezultatul unei alterări (alterare multifactorială, genetic determinată) a echilibrului dintre proliferarea celulară și moartea celulară.



EBC – definiție:

- Bazaliomul este o tumoare cutanată cu evoluție cronică, benignă, care provine din celulele germinative primitive ale epiteliului (cheratinoblaști) și, mai cu seamă, ale anexelor pielii (se dezvoltă exclusiv pe pielea unde sunt foliculi piloși).



EBC – localizare:

- Teoretic, bazaliomul poate apărea în orice areal cutanat, exceptând mucoasele, palmele și plantele (deoarece pe aceste teritorii lipsesc foliculii pilo-sebacei).
- Sediul preferențial – fața și urechile – aproximativ 90% din totalul epitelioamelor bazocelulare;
- Mai rar – gât, trunchi și membre.



EBC – forme clinice:



1. EBC plan cicatriceal:





2. EBC ulcers – “ulcus rodens”:





3. EBC nodular cu ulcerare centrală:





4. EBC multinodular cu ulcerare:





5. EBC pagetoid trunci:





6. EBC sclerodermiform:





7. EBC superficiale multiple:





ESC – definiție:

- **Spinaliomul este o tumoare cutanată cu activitate invazivă pronunțată și risc major de malignizare, care provine din celulele malpighiene – celule germinative aflate într-un stadiu mai avansat de diferențiere (comparativ cu celulele germinative primitive din care provine bazaliomul).**
- **Spre deosebire de EBC – sunt afectate și semimucoasele, respectiv mucoasele.**



ESC – localizare:

- **Extremitatea cefalică – 80% din cazuri:**
 - buza inferioară – 32% (**fumătorii!**);
 - pe obraji – 30%;
 - la nivelul nasului – 15%;
 - tâmples, frunte și zona periorbitală – 3% din cazuri.
- **Dincolo de extremitatea cefalică – 20% din cazuri.**



ESC – forme clinice:



1. ESC ulcero-vegetant:





2. ESC nodular:





3. ESC verucos:





4. ESC ulceros (buza inferioară):





ESC – particularități evolutive:

- Caracter **accelerat** – creștere vertiginoasă într-un interval de timp relativ scurt;
- Caracter **distructiv** – distrucția rapidă a țesuturilor moi, cartilajelor, vaselor, nervilor, oaselor;
- Caracter **invaziv** – metastazarea precoce (după 4-6-8 luni de la debut), mai des pe cale limfatică, a tumorii;
- Caracter **imprevizibil** – ESC netratate – exitus în 2-3 ani de la debut, în 95-97% din cazuri.



EBC și ESC – diagnosticul:

- **Histopatologie** – identificarea celulelor specifice provenite din stratul bazal, respectiv spăinos al epidermului
- **Citodiagnostic** – frotiu amprentă cu identificarea modificărilor specifice celulare – localizare, dimensiune, contur, cromație etc.



EBC și ESC – tratament:

- 1. Excizie chirurgicală.
- 2. Radioterapie.
- 3. Electrocauterizare.
- 4. Crioterapie.
- 5. Chimiochirurgie.
- 6. Chimioterapie sistemică.
- 7. Imunoterapie.



Melanomul malign – definiție:

- Afecțiune malignă a sistemului pigmentar, dezvoltată din melanocite - celule stelate cu origine în creasta neurală.
- Poate apărea pretutindeni unde sunt prezente astfel de celule: piele, mucoase (bucală, nazală, genitală, esofagiană), ochi, meninge, sistemul nervos central.



Melanomul malign – epidemiologie:

- **Constituie:**
 - 1-2% din totalul tumorilor maligne;
 - 2-7% din totalul cancerelor cutanate.
- În copilărie, până la pubertate, MM apare în 1-2% din cazuri, de regulă pe fondul unor alunițe (nevilor pigmentari giganți), care depășesc 20 cm în diametru (în 50%).
- Incidența crește după 20 ani, maximumul incidenței fiind între 40-60 ani.
- Femeile sunt mai predispuse decât bărbații – 60/40.



Melanomul malign – etiopatogenie:

- 1. Determinismul genetic. Mutații ale genelor BRAF, NRAS și KIT. Se moștenește nu predispoziția la melanom, ci culoarea pielii și tipul de pigmentare.
- 2. Radiația solară. Expunerile abuzive și cumulative (!!!) la RUV (UVA, dar mai ales UVB) pot induce modificări ale ADN-ului melanocitelor cu rol major în procesul cancerizării.



Melanomul malign – etiopatogenie:

- 3. Traumatismele și iritațiile cronice (**în special la femei!**). Sunt factori importanți ai declanșării transformării maligne a nevilor nevocelulari pigmentari.
- 4. Factorul hormonal. În sarcină evoluția MM este mai rapidă și, în consecință, mai gravă, cu o rată de supraviețuire mai redusă. Contraceptivele orale, utilizate pe o perioadă care depășește 10 ani, pot influența evoluția MM (discutabil).



Melanomul malign – localizare:

- Membre inferioare – 27-40% – **epilarea!**;
- Cap și gât – 22-28%;
- Trunchi – 19-24%;
- Membre superioare – 10%.



Melanomul malign – forme clinice:



1. Melanom superficial extensiv:





2. Melanom nodular:





3. Lentigo maligna al bătrânilor:





4. Melanom acral ulcerat:





5. Melanom acral unghial:





Melanomul malign – diagnostic:

■ 1. Anamneza:

- Ocupație în aer liber, hobby în aer liber;
- Arsuri solare în anamneză – **efect cumulativ!**;
- Odihnă la mare, munte;
- Utilizarea sau nu a cremelor pentru fotoprotecție;
- Folosirea solarului (>20 ședințe pe an);
- Istoric familial de cancer cutanat, melanom;
- Fototipul pacientului etc.



Melanomul malign – diagnostic:

- 2. Examenul clinic vizual – aprecierea cantitativă și calitativă a nevilor pigmentari cu potențial de transformare malignă.
 - **Metoda ABCDE** – acronim franțuzesc de la:
 - Asymétrie,
 - Bords irréguliers,
 - Couleur non-homogène,
 - Diamètre,
 - Evolution.



Melanomul malign – diagnostic:

- 3. Termografia sau termoviziunea tumorii.
- 4. Conductivitatea electrică.
- 5. Citodiagnosticul – valabil doar în leziunile cu suprafața ulcerată.
- 6. **Dermatoscopia computerizată.**
- 7. **SIAscopia – spectrofotometria intradermală.**
- 8. Biopsia – Nota bene! Excizia totală a tumorii + biopsie !!!



Melanomul malign – tratament:

■ Metodele folosite:

- Excizia chirurgicală a tumorii.
- Excizia ganglionilor limfatici regionali.
- Chimioterapie – bleomicina, cisplatina.
- Imunoterapie – vaccin *Corinebacterium parvum*.
- Inhibitori ai genelor mutante BRAF, NRAS și KIT – sorafenib, imatinib, nilotinib.



Limfoame cutanate (LC):

- LC sunt modificări limfoproliferative, benigne sau maligne, multifactoriale, caracterizate prin alterări inflamatorii, atât de tip tisular, respectiv celular, cât și vascular, cu sau fără atingeri hemactice, viscerale.
- Evoluția este, de obicei, îndelungată, lentă sau progresivă.



Etiologia LC:

- Etiologia LC rămâne încă neelucidată, la ora actuală considerându-se că în determinismul lor intervin o serie de factori, un rol aparte având:
 - ✓ Factorii genetici;
 - ✓ Factorii infecțioși;
 - ✓ Factorii fizici;
 - ✓ Factorii chimici.



Simptomatologie:

- Cele mai întâlnite în practica medicală sunt LC epidermotrope:
 - ✓ Micozsisul fungoid = limfomul cutanat cu celule T;
 - ✓ Sindromul Sezary.



Micozsisul fungoid (MF):

- **Există 3 forme:**
 - ✓ **Comună sau MF Alibert-Bazin:**
 - 1) **Eritematos;**
 - 2) **Infiltrativ;**
 - 3) **Tumoral.**
 - ✓ **Eritrodermică sau MF Hallopeau-Besnier;**
 - ✓ **Tumorală sau MF Vidal-Brocq.**



Caz clinic – MF, f. comună, st. eritematos:





Caz clinic – MF, f. comună, st. eritematos:





**Caz clinic – MF,
f. comună,
st. eritematos &
infiltrativ:**





**Caz clinic – MF,
f. comună,
st. infiltrativ &
tumoral:**





**Caz clinic – MF,
f. comună,
st. tumoral:**





Sindromul Sezary:

- **Afectează ambele sexe, dar mai frecvent bărbații, în special după 50 ani. Debutează prin prurit intens și rebel, generalizat, pielea fiind uscată, scuamoasă.**
- **Pe acest fond apare o eritrodermie de culoare rușu-aprins, cu infiltrație și adenopatie. Tardiv, la unii bolnavi se constată și keratodermie palmo-plantară.**



Sindromul Sezary:

- În sângele periferic: hiperleucocitoză cu predominanța celulelor mononucleate → celulele Sézary.
- Histologic: limfocite T-anormale (cerebriforme).
- Prognostic letal în câțiva ani, fiind inclus, după unii autori, în categoria limfosarcoamelor.



Caz clinic – sindrom Sezary:





**Caz clinic –
sindrom Sezary
cu eritrodermie &
pigmentație
difuză:**





Caz clinic – sindrom Sezary cu hiperkeratoză palmară:





Caz clinic – sindrom Sezary cu hiperkeratoză plantară:





Diagnostic:

- **Abordare complexă:**
 - ✓ **Clinică;**
 - ✓ **Histologică;**
 - ✓ **Imunofenotipică.**



Tratamentul limfoamelor cutanate:

■ 1. Tradițional:

- ✓ Radioterapie;
- ✓ Chimioterapie sau polichimioterapie;
- ✓ Fototerapie – UVB, PUVA;
- ✓ Steroizi topici.



Tratamentul limfoamelor cutanate:

- 2. Mai nou:
 - ✓ Retinoizi;
 - ✓ Re-PUVA terapie;
 - ✓ Interferonii α și γ ;
 - ✓ Iradierea superficială cu flux de electroni (EBT), inclusiv Laser-ul;
 - ✓ Fotoforeza – fotochimioterapia extracorporală.



Tratamentul limfoamelor cutanate:

- **3. Medicație de ultimă oră:**
 - ✓ **Ac monoclonali anti-CD19, CD22, CD52 și, în mod special, anti-CD20 (rituximab);**
 - ✓ **Radioimunoterapie – Ac monoclonali cuplați cu izotopi radioactivi (Ibritumomab);**
 - ✓ **IL-2 cuplată cu proteina de fuziune a toxinei difterice – ONTAK (dinileukin diftitox);**
 - ✓ **Chimioterapice locale – cariolysina, carmustina.**



Sarcomul Kaposi – definiție:

- **Hiperproliferare mixtă, vasculară și conjunctivă, de geneză necunoscută, dar care este, pare-se, favorizată de infecțiile virale:**
 - **virusul herpetic uman tip 8 (HHV-8),**
 - **virusul citomegalic (CMV),**
 - **virusul Epstein-Bar,**
 - **virusul HIV / SIDA.**



Sarcomul Kaposi – generalități:

- Este o neoplazie multifocală, cu atingere prevalent cutanată, dar care poate interesa și organele interne (plămânii, ficatul).
- Sunt descrise 4 forme clinice:
 - forma europeană,
 - forma africană,
 - forma iatrogenă și
 - forma sidatică.



Sarcomul Kaposi – tabloul clinic:

- **Cu referință la prima formă, cea europeană, întâlnită mai frecvent în practica dermatologică, menționăm următoarele particularități:**
 - **debut după 50-60 ani,**
 - **predominant la bărbați,**
 - **localizare, de regulă, pe porțiunile distale ale membrelor.**



Sarcomul Kaposi – tabloul clinic:

- **Obiectiv: noduli dermo-hipodermici sau plăci infiltrative roșii-brune, discret edematoase.**
- **În anumite situații, plăcile se pot extinde în dimensiuni, pot ulceră, numărul acestora însă rămâne timp îndelungat redus.**
- **Uneori se poate ajunge până la elefantiazis caposian.**
- **Evoluția este, în general, indefinită, benignă.**



Caz clinic – sarcom Kaposi:





Caz clinic – sarcom Kaposi:





Diagnostic & tratament:

■ Diagnostic:

- Anamneza;
- Tabloul clinic specific;
- Biopsie – examen histopatologic.

■ Tratament:

➤ În trecut:

- ✓ AINS și citostatice (prospidină, ciclofosfan);
- ✓ Radioterapie;

➤ Recent:

- ✓ Doxorubicină, doxorubicină liposomală.



Health & Beauty Online Journal: www.e-dermatologie.md





MULȚUMESC PENTRU

ATENȚIE!

boris.nedelciuc@usmf.md