

APROBAT
prin Ordinul IMSP IO
nr. 221 din 05 decembrie 2024

Protocol clinic instituțional PCI-197

CANCERUL RENAL

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național 197
aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1057 din 30.09.2013
„Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul renal”

Abrevierile folosite în document

CR	Cancerul renal
NR	Nefrectomie radicală
NS	Nefrectomie segmentară
AGU	Analiza generala de urina
PChT	Polichimioterapie
RT	Radioterapie
Rc	Recidivă
Mt	Metastază
UIV	Urografie intravenoasa
FCS	Fibrocolonoscopie
USG	Ultrasonografie
LD	Limfodisectie
TC	tomografie computerizată
AMS	Asistența Medicală Spitalicească
IMSP	Instituția Medico Sanitară Publică
IO	Institutul Oncologic
CCD	Centrul Consultativ Diagnostic

PREFAȚĂ

Protocolul Clinic Instituțional a fost elaborat de grupul de lucru pentru elaborarea Protoalelor Clinice Instituționale din cadrul IMSP Institutul Oncologic.

Drept temei a servit Protocolul Clinic Național PCN-197, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1057 din 30.09.2013 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul renal”, cu păstrarea structurii, numerotației capitolelor, tabelelor, figurilor, casetelor etc., luând în considerație posibilitățile reale ale instituției.

Protocolul Clinic Instituțional PCI-197 a fost discutat și aprobat la Consiliu de Calitate IMSP Institutul Oncologic (președinte, Veronica Ciobanu) și Comitetul Farmacoterapeutic al IMSP Institutul Oncologic (președinte, A. Mustea).

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Cancerul renal.

Exemple de diagnostic clinic:

1. Cancerul renal pe dreapta T1-4N0-1M0-1 st.I-IV

A.2. Codul bolii: (C 64)

A.3. Utilizatorii:

- CCD IMSP Institutul Oncologic (medicii oncologi, chirurghi, radioterapeuți, medicii endoscopiști, imagiști/ecoscopiști, medicii anatomopatologi/citologi);
- IMSP Institutul Oncologic, AMS (medicii chirurghi/urologi, oncologi, imagiști, radioterapeuți, chimioterapeuți, anatomopatologi etc.).

Notă: Protocolul poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. A spori depistarea precoce a CR în faza terapeutic utilă.
2. A îmbunătăți rezultatele tratamentului CR (supraviețuirea la 3 și 5 ani) și a reduce rata de Rc și Mt după tratamentul radical în CR prin utilizarea intervențiilor chirurgicale moderne și schemelor standarte de RT și PChT.

3. A îmbunătăți calitatea vieții la pacienții cu CR.

A.5. Data elaborării protocolului: (aprobat prin Ordinul IMSP IO nr. _____ din _____) în baza PCN 197 Cancerul renal, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1057 din 30.09.2013 „Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul renal”

A.6. Data revizuirii următoare: în termen de până la 6 luni de la următoarea revizuire a PCN 197 Cancerul renal

A.7. Definițiile folosite în document

Cancerul renal – este definit ca o aglomerare de celule cu morfologie anormală, care apar la nivelul parenhimului renal și cresc rapid cu formarea unei sau unor mase, numite tumori care pe parcurs au capacitatea de a invada parenhimul renal, structurile renale de colectie cu răspândire extracapsulară în tesuturile adiacente. Căile de metastazare preponderent hematogene, mai rar limfogene

A.8. Epidemiologie

Cancerul renal este una din cele mai frecvente tumori a sistemului urinar și prezintă 3% din totalul neoplazmelor la adulți. Anual în lume se înregistrează circa 189,1 mii de cazuri noi și circa 90,1 mii de decese cauzate de această patologie. După datele Cancer Registru în anul 2006 în Republica Moldova au fost înregistrate 267 de cazuri noi, iar incidența a crescut de două ori de la 2,6 în 1995 până la 5,0 în 2005 (la 100000 de locuitori). În 85% de cazuri tumoarea se dezvoltă din celulele epiteliului tubular proximal, fiind histologic definită ca carcinom. În literatură poate fi întâlnită sub denumirea cancer nefrocelular sau tumoarea Gravit. Cancerul renal se întâlnește la 24-45% de pacienți cu boala von Hippel-Lindau, fiind de obicei cauza deceselor. Spre deosebire de cancerul renal sporadic, la boala von Hippel-Lindau tumoarea renală se dezvoltă la o vârstă mai tânără, în decadele IV-V, cu o evoluție clinică agresivă, leziunile având tendința să fie multicentrice și bilaterale.

B. PARTEA GENERALĂ

B.2. Nivelul consultativ specializat

Descriere	Motivele	Pași
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C.2.3.1.	Adoptarea unui anumit stil de viață, cu respectarea unor indicații, pot preveni apariția cancerului de CR.	Recomandat: <ul style="list-style-type: none"> • pastrarea unei greutate normale; • alimentația sănătoasă: consumul unei varietăți cât mai mari de alimente bogate în fibre vegetale, în special fructe, legume, pește și cereale, reducerea cantității de grăsimi de origine animală; • utilizarea suplimentelor alimentare cu acid folic și calciu; • reducerea cantității de alcool consumate; • abandonul fumatului; • activitatea fizică dozată vârstei. • consumul adecvat de lichide pe parcursul zilei (1,5-2litri) • micșorarea la minim consumului de cafea. (casetele 2, 3)
1.2. Profilaxia secundară C.2.3.2.	Depistarea precoce și tratarea proceselor precanceroase permite preîntâmpinarea CR	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • USG anual (la bolnavii cu patologia renală cronică, chisturi, angiomiolipom renal) (casete 4)
1.3. Screening-ul	Diagnosticarea și tratarea anumitor afecțiuni care pot duce la apariția CR sunt recomandate să fie efectuate regulat după vârsta de 40 de ani în rândul persoanelor cu risc crescut (anticidente familiare pozitive) pentru CR și după vârsta de 50 de ani în rândul celorlalte persoane.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • USG /o data pe an (la bolnavii cu patologia renală cronică). • Analiza generală de urină/o data pe an
2. Diagnostic		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de CR C.2.5.	<i>Anamneza</i> permite elucidarea factorilor de risc pentru CR: vârsta de peste 50 de ani; Pe baza <i>semnelor generale</i> ; <i>semnelor clinice</i> aprecierea unei tumori lombare	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetele 8, 9) • Examenul fizic (casete 10) • Investigațiile paraclinice (casete 11) • Diagnosticul diferențial (casetele 12, 13)
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării C.2.5.5		<ul style="list-style-type: none"> • Recomandarea consultației specialistului oncurolog pacienților cu dificultăți în diagnostic • Aprecierea necesității spitalizării

		(casetă 14)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul specific	Tratamentul CR este recomandat numai în IMSP Institutul Oncologic conform standardelor contemporane.	
4. Supravegherea C.2.5.8.	La pacienții tratați radical de CR supravegherea este îndreptată spre depistarea precoce a progresării maladiei (Rc, Mt), la pacienții incurabili – spre optimizarea tratamentului simptomatic.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Examenul fizic (casetă 10) • Investigațiile paraclinice (casetă 11) <ul style="list-style-type: none"> ✓ palparea abdomenului ✓ UIV (la indicații) ✓ microradiografia cutiei toracice (la indicații și posibilități) ✓ USG sistemului uroexcretor, organelor cavității abdominale, spațiului retroperitoneal la fiecare 3 luni în primul an postoperator, apoi la 6 luni următorii 2 ani. • Tratament simptomatic (antalgic, antivomă, opioide, antibacterian, antiinflamator, hemostatic etc).

B.3. Nivelul de staționar

Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizarea C.2.5.5.	Tratamentul radical al pacienților cu CR reprezintă unica șansă de vindecare. Tratamentul paliativ este îndreptat spre ameliorarea calității vieții la pacienții cu CR inoperabil.	Criterii de spitalizare în secții de profil chirurgical general (raional, municipal): <ul style="list-style-type: none"> • În cazurile de urgență medico-chirurgicală (hemoragie, tamponada VU). Secția urologie IMSP IO (nivel republican specializat) <ul style="list-style-type: none"> • Cazurile de CR confirmate clinic/paraclinic/ și cazurile în care nu este posibilă stabilirea diagnosticului CR la nivel raional sau municipal • Pacienții cu urgențe medico-chirurgicale (hemoragie, tamponada VU,)
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de CR C.2.5.	<i>Anamneza</i> permite elucidarea factorilor de risc pentru CR: vârsta de peste 50 de ani; Pe baza <i>semnelor generale</i> ; <i>semnelor clinice</i> și prezența tumorii palpabile poate fi suspectat CR.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetele 8, 9) • Examenul fizic (casetă 10) • Investigațiile paraclinice (casetă 11) • Diagnosticul diferențial (casetele 12, 13)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul specific C.2.5.6.	Tratamentul CR constă în exereza tumorii în limitele securității oncologice, exereza	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> - Tratament radical conform stadiului pentru CR

	Mt și Rc rezectabile, chimio- și radioterapie pre- și postoperatorie conform schemelor moderne de tratament.	- Tratament paliativ conform stadiului CR (casetele 15.1, 15.2 și 15.3)
4. Externare cu îndreptarea la nivelul AMP pentru continuarea tratamentului și supraveghere	La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru medicul de familie tactica ulterioară de management al pacientului.	Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; ✓ recomandări pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

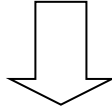
C 1.1. Algoritm diagnostic în CR

I. Suspectarea CR

Semnele generale: fatigabilitate, febră, slăbiciune generală, anemie sau eritremie, scădere ponderală, lipsa poftei de mâncare etc.;

Semnele clinice: hematurie, dureri lombare, palparea unei tumori în regiunea lombară,

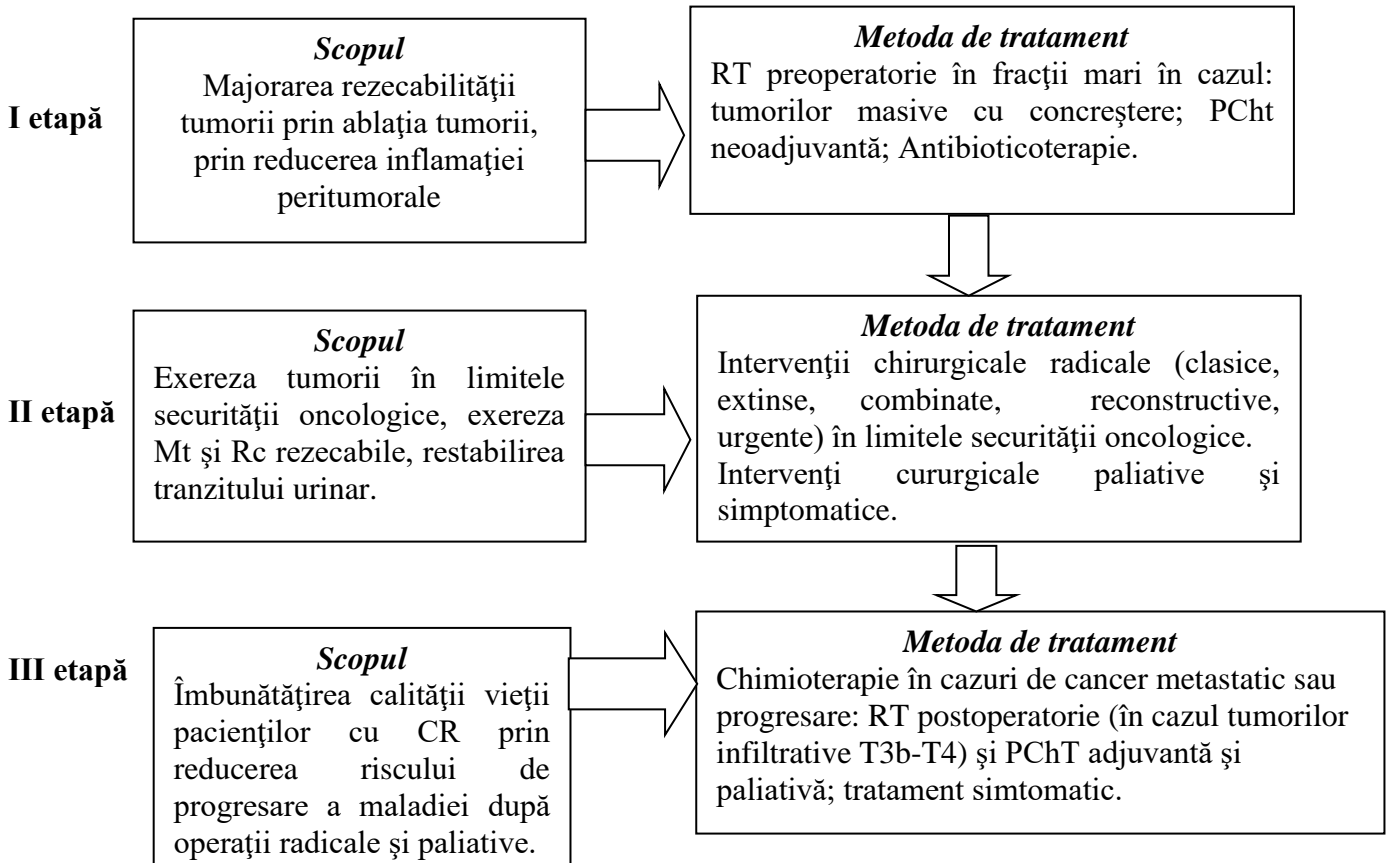
Semnele clinice de concreștere în alte organe: dureri lombare, varicocel, constipații, edem a membrilor inferioare etc.



II. Confirmarea diagnosticului de CR

1. Examenul clinic ce include palparea abdomenului și spațiului retroperitoneal;
2. USG sistemului uroexcretor, sistemului hepatobiliar, spațiului retroperitoneal, g/l paraaortali
3. AGU
4. UIV + cistografie descendentă
5. TC cu contrastare sau angioTC renal
6. Microradiografia/radiografia cutiei toracice;
7. Alte investigații (FGDS, renograma izotopică; FCS; scintigrafie osoasă; fibrobronhoscopia; laparoscopia etc.) și consultația specialiștilor (ginecolog, proctolog etc.) la indicații.

C 1.2. Algoritm de tratament al CR



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea CR:

Clasificarea clinică a cancerului renal Clasificarea histologică a tumorilor renale (OMS 2002)

T – tumora primară

Tx – nu sunt date suficiente pentru aprecierea tumorii primare

T0 – tumora primara ne se apreciază

T1 – tumora pînă la 7 cm în dimensiunea cea mai mare, limitată de rinichi

T1a – tumora pînă la 4 cm ;

T1b – tumora de dimensiuni între 4 cm și 7 cm .

T2 – tumora mai mare de 7 cm în dimensiunea cea mai mare, limitată de rinichi

T3 – tumora pătrunde în suprarenală, lumenul venelor , țesuturile paranefrale, dar rămîne în limitele fasciei Gerot.

T3a – tumora pătrunde în suprarenală sau țesuturile paranefrale, dar în limitele fasciei Gerot;

T3b – extinderea masivă a tumorii în lumenul venei renale sau venei cava inferioare mai jos de diafragmă;

T3c – extinderea masivă a tumorii în lumenul venei cava inferioare mai sus de diafragmă.

T4 – tumora pătrunde fascia Gerot

N – ganglionii limfatici regionali

Ganglionii limfatici regionali

Nx – date pentru aprecierea stării ganglionilor limfatici regionali sunt insuficiente ;

N0 – semne ale afectării metastatice a ganglionilor limfatici lipsesc;

N1 – metastază tumorală într-un singur ganglion limfatic regional;

N2 – metastaze tumorale regionale multiple.

Pentru renul drept ganglionii limfatici regionali sunt ganglionii limfatici hilari și cei situați în jurul venei cava inferioare de la diafragmă pînă la unirea venelor iliace comune.

Pentru renul stîng ganglionii limfatici regionali sunt cei hilari și situați în jurul aortei de la diafragmă pînă la bifurcație.

M – metastaze la distanță

Mx – prezența metastazelor la distanță nu au fost evaluate;

M0 – nu există metastaze la distanță;

M1 – metastaze la distanță prezente.

pTNM clasificatia histopatomorfoloică

Categoriile Pt , pN , pM corespund categoriilor T , N, M .

pN0 - examenarea histopatomorfoloică a materialului după limfadenectomie regională necesită investigația a 8 și mai mulți ganglionii limfatici .În cazul absenței semnelor morfologice a metastazelor în ganglionii limfatici, dar numărul lor mai puțin de 8 , ei se clasifică pN0.

Stadializarea clinică

I	T1	No	M0
II	T2	N0	M0
III	T1-2	N1	M0
	T3a	N0-1	M0
	T3b	N0-1	M0

	T3c	N0-1	M0
IV	T4	N0-1	M0
	Orice T	N2	M0
	Orice T	Orice N	M1

C.2.1.2 Clasificarea histologică a tumorilor renale (OMS 2002)

Tumorile nefrocelulare (epiteliale)

- Carcinom nefrocelular clarcelular
- Carcinom nefrocelular multilocular clarcelular
- Carcinom nefrocelular papilar
- Carcinom nefrocelular cromofob
- Carcinom a ducturilor Bellini
- Carcinom renal medular
- Carcnoame , asociate cu translocarea cormozomului Xp11
- Carcinom , asociat cu neuroblastom
- Carcinom tubular mucinos și fusiform
- Carcinom nefrocelular neclasificat
- Adenom papilar
- Oncocitom

Tumorile metanefrogene

- Adenom metanefrogen
- Adenofibrom metanefrogen
- Tumora stromală metanefrogenă

Tumorile nefroblastice

- Rezidii nefrogene
- Nefroblastom
- Nefroblastom chistos parțial diferențiat

Tumorile mezenchimale

Preponderente la copii :

- sarcom clarcelular
- tumora rabdoidă
- nefrom congenital mezoblastic
- tumora osificantă a rinichiului a copiilor

Preponderente la maturi :

- Leiomiom (inclusiv și a venei renale)
- Angiosarcom
- Rabdomiosarcom
- Histiocitom fibros malign
- Hemangiopericitom
- Osteosarcom
- Angiomiolipom

Angiomiolipom epitelioid

- leiomiom
- Hemangiom
- Limfangiom
- Tumora din celule juxtaglomerulare
- Tumora interstițială renomedulară
- Șvanom

- Tumora fibroasă solitară

Tumori mezenchimale și epitaliale mixte

- Nefrom chistic
- Tumora epitelială și stromală mixtă
- Sarcom sinovial

Tumorile neuroendocrine

- Carcinoid
- Carcinoid neuroendocrin
- Tumora neuroectodermală primitivă
- Neuroblastom
- Feocromocitom

Tumorile țesuturilor hemapoetic și limfoid

- Limfom
- Leucemia
- Plazmocitom

Tumorile germinogene

- Teratom
- Corioncarinom

Tumorile metastatice

Diferențiere histopatomorfoloică al cancerului renal (după Fuhrman)

Gx – gradul de diferențiere nu a fost evaluat

G1 – înalt grad de diferențiere

G2 – moderat grad de diferențiere

G3 – gradul jos de diferențiere

G4 – cancer nediferențiat

C.2.2. Factorii de risc pentru CR

Caseta 2. Factori de risc.

- **Vârsta.** Riscul de apariție a CR crește considerabil după vârsta de 50 de ani. Majoritatea persoanelor diagnosticate cu acest tip de cancer au peste 50 de ani, odată cu înaintarea în vârstă riscul crescând exponențial
- **Istoricul medical familial** (antecedentele heredo-colaterale). Evidența unui determinism genetic în apariția CR a venit de la existența formelor familiale ale bolii într-un procent de 4% din totalitatea cazurilor. Există 4 tipuri bine definite de cancer renal ereditar: von HIPPEL-Lindau, forma familială a carcinomului renal cu celule clare; carcinomul papilar ereditar tip I și tip II și sindromul BIRT-Hogg-Dube cu risc crescut de dezvoltare a CR.
- **Fumatul.** Studiile medicale au arătat că fumatul (în special consumul exagerat de tutun), crește riscul de 2,3 ori mai mare de dezvoltare a CR.
- **Activitatea fizică.** Sedentarismul, lipsa exercițiului fizic regulat, asociate deseori și cu obezitatea, cresc riscul apariției CR
- **Greutatea corporală.** Persoanele supraponderale au un risc crescut de a dezvolta CR. Persoanele cu exces de țesut adipos abdominal (obezitate de tip masculin), au un risc mai mare de apariție a cancerului decât persoanele cu țesut adipos excesiv reprezentat la nivelul bazinului și coapselor (obezitatea de tip feminin).
- **Expunerea profesională** la hidrocarburi aromatice, metalele grele, azbest, cadmiu cresc riscul dezvoltării unui CR.

C.2.3. Profilaxia

C.2.3.1. Profilaxia primară

Caseta 3. Profilaxia primară

- pastrarea unei greutate normale;
- alimentația sănătoasă: consumul unei varietăți cât mai mari de alimente bogate în fibre vegetale, în special fructe, legume, pește și cereale, reducerea cantității de grăsimi de origine animală;
- utilizarea suplimentelor alimentare cu acid folic și calciu;
- reducerea cantității de alcool consumate;
- abandonul fumatului;
- activitatea fizică dozată vârstei.
- consumul adecvat de lichide pe parcursul zilei (1,5-2litri)
- micșorarea la minim consumului de cafea.

C.2.3.2. Profilaxia secundară

Caseta 4. Profilaxia secundară

- USG- anual (la bolnavii cu patologia renală cronică ca: pielonefrite, glomerulonefritele, tumori benigne chisturi, angiomiolipom renal)
- Persoanelor după 40 ani cu anticidente familiare (rude apropiate ce au fost bolnave de CR) - consultatul urologului, anual.
- AGU la fiecare adresare la medicul de familie.
- În grupul de risc: uretrocistoscopie, o dată la 3 ani
- Tratamentul la timp al infecțiilor (acute sau cronice) ale sistemului urinar.
- Tratamentul chirurgical și medicamentos al maladiilor precanceroase și de fond.

C.2.4. Screening-ul

Diagnosticarea și tratarea anumitor afecțiuni care pot duce la apariția CR sunt recomandate să fie efectuate regulat după vârsta de 40 de ani în rândul persoanelor cu risc crescut (anticidente familiare pozitive) pentru CR și după vârsta de 50 de ani în rândul celorlalte persoane. Screeningul în CR nu este argumentat.

C.2.5. Conduita pacientului cu CR

Caseta 6. Obiectivele procedurilor de diagnostic în CR

- Confirmarea diagnosticului de CR;
- Stabilirea stadiului și gradului de răspândire a CR;
- Aprecierea rezecabilității tumorii primare și/sau Mt loco-regionale și la distanță.

Caseta 7. Procedurile de diagnostic în CR

- Anamnestic
- Examenul clinic
- Cercetarea tractului uroexcretor
- Cercetarea organelor eventual implicate în procesul tumoral primar sau Mt la distanță.

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 8. Întrebările ce trebuie examinate la suspecția CR

- Depistarea *semnelor generale* (slăbiciune, fatigabilitate, dispnee la efort fizic, vertijuri, palpitații, pierdere ponderală, inapetență, febră etc.);
- Depistarea *semnelor clinice, apariția hematuriei (caracterul, dirata, perioada apariției), durerea* (durata lor, timpul apariției, dureri surde sau permanente provocate de distensia capsulei și tracțiunea pediculului renal)
- Depistarea *semnelor clinice de afectare în alte organe* (dureri furnizate de metastaze, a căror leziune pot decela sindroame pulmonare, osteo-articulare, cerebrale, adenopatii periferice ș.a)
- Depistarea factorilor de risc pentru CR (caseta 2).

Caseta 9. Recomandări pentru evaluarea cauzei CR

- Determinarea factorilor de risc pentru dezvoltarea CR (caseta 2)

C.2.5.2. Examenul fizic (datele obiective)

Caseta 10. Datele obiective în CR:

- Semne clinice ale sindromului dereglărilor generale (slăbiciune, fatigabilitate, dispnee la efort fizic, vertijuri, palpitații, pierdere ponderală, inapetență, febră etc.);
- Semne clinice ale tumorii palpabile (localizarea tumorii, mobilitatea, dimensiunile, consistența);
- Semnele tulburărilor de mictie: *aparitia hematuriei (caracterul ei dirata, perioada apariției, poate fi macroscopică, totală, spontană, unică sau repetată, abundentă, indoloră sau dureroasă, sau slabă etc.)*

C.2.5.3. Investigații paraclinice

Caseta 11. Investigațiile în CR

Investigații pentru confirmarea CR (investigații obligatorii):

- USG tractului urinar și abdomenului;
- UIV cu cistograma descendentă;
- TC (Tomografia computerizată)
- Arteriografia renală și cavografia
- Angiotomografia computerizată
- Radiografia pulmonară

Investigații recomandate (pentru evaluarea stării generale a pacientului în plan de tratament):

- analiza generală a sângelui;
- analiza generală a urinei cu însămăntarea și antibioticograma;
- analiza biochimică a sângelui (proteina generală, albumina, ureea, creatinina, bilirubina, glicemia, ALT, AST, fosfataza alcalină);
- coagulograma; ionograma;
- grupul sanguin și Rh-factorul;
- testarea sângelui la infecțiile transmisibile prin sânge (HBsAg, HIV-infecție, lues);
- ECG;
- spirometria.

Investigații suplimentare speciale (pentru determinarea operabilității tumorii și Mt la distanță):

- USG ficatului, spațiului retroperitoneal, bazinului; USG transrectală a bazinului pentru aprecierea stadiului maladiei și gradului de răspândire;
- TC ori angioTC al abdomenului
- Microradiografia/radiografia cutiei toracice;
- Alte investigații (FGDS, renograma izotopică; scintigrafia osoasă; irigoscopia; fibrobronhoscopia; laparoscopia etc.) și consultația specialiștilor (ginecolog, proctolog etc.) la indicații.

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 12. Diagnosticul diferențial al CR:

Tuberculoza renală	Polichistoza renală
Pielonefrita xantogranulomatoasă	Chist solitar renal
Angiomiolipomul renal	Abces renal
Limfoamele renale	Tumori renale (adenomul renal sau metastatice)

Caseta 13. Momente cheie în diagnosticul diferențial

În cazul oricărei suspiecții de afecțiune tumorală sau netumorală renală, datele subiective și obiective (fizicale) nu sunt suficiente pentru a diferenția CR de alte maladii, în toate cazurile fiind recomandat următorul algoritm de cercetare: USG sistemului uroexcretor- UIV cu cistograma descendenta –TC renală și abdomenului aceste metode nu sunt competitive, ci complementare și necesită a fi efectuate în toate cazurile suspecte.

- **Tuberculoza renală**
 - ✓ Diferențierea se efectuează în baza :-USG și -UIV, unde se pot citi semnele caracteristice afectării tuberculoase al rinichilor, sistemului de excreție superior și inferior; De asemenea semnele date de TC renală.
- **Chist solitar renal**
 - ✓ Sunt descrise diferite tipuri de leziuni chistice renale clasificându-se în funcție de: conturul, grosimea, prezența calcificărilor la nivelul pereților, sau septurilor, densitatea fluidului, prezența unor leziuni solide în interiorul sau periferia chistului
- **Adenomul renal**
 - ✓ Diagnosticul diferențial cu alte tumori renale rare este greu de făcut, în special cu adenomul renal, relația dintre acesta și CR fiind mai ales patogenică. Tumori benigne unice cresc mai rar de dimensiunile mai mare de 2 cm.
- **Angiomiolipomul renal**

Tumori benigne cu dimensiuni uneori impresionante, sunt diferențiate de cancer la examenul tomografic computerizat prin conținutul celulo-grăos, cu densități mai mici decât apa în unități Hounsfield.
- **Abcesul renal**

Este sugerat de febră, dureri lombare și leucocitoză, la care găsim poarta de intrare (cutanată, bucodentară etc.) în antecedentele apropiate.
- **Limfoamele renale**

Carcinoame renale tranziționale, cancerle glandei suprarenale și tumori renale secundare (metastaze în rinichi) reprezintă alte entități care vor fi diferențiate clinic și mai ales, tonodensimetric de carcinoamele renale parenchimatose primitive.

C.2.5.5. Criterii de spitalizare

Caseta 14. Criteriile de spitalizare a pacienților cu CR

- Diagnosticul de CR stabilit clinic și paraclinic, verificat prin USG, TC, UIV și radiografic,
- Urgențele medico-chirurgicale cu suspjecție la CR.
- Dificultăți în stabilirea diagnosticului.

C.2.5.6. Tratamentul

Caseta 15.1. Principiile de tratament radical în CR

- Metoda principală de tratament, ce poate asigura vindecarea CR este cea chirurgicală.
- Scopul tratamentului radical în CR constă în excizia în întregime a țesutului tumoral – fiind realizat prin **nefrectomie radicală** sau **operații conservatoare**.

Principiile nefrectomiei radicale

- Operația standard ce asigură securitatea oncologică este **nefrectomia radicală**, care constă în ligatura primară a arteriei și venei renale, cu excizia în bloc a țesutului adipos paranefral și glandei suprarenale în afara fasciei Gerota, asociată cu limfodisecție regională.

Alegerea căii de acces depinde de volumul tumorii, topografia acesteia, prezența sau absența limfadenopatiilor, vârsta și starea biologică a pacientului.

Acest tip de intervenție se efectuează de regulă prin abord transperitoneal, prin incizie mediană, subcostală, incizia Giuleani, Șevron.

Avantajul abordului constă în accesul larg cu posibilitatea ligaturii primare a arteriei și venei renale cu controlul posibilor leziuni vasculare și efectuarea limfodisecției și unor operații tactice sau de necesitate asociate- colectomie, splenectomie, hepatectomie, rezecție de mușchi psoas.

Principiile operațiilor conservatoare pentru CR:

Indicațiile pentru operațiile conservatoare la pacienți cu CR se împart în trei categorii-absolute, relative și electiv.

Indicațiile absolute, includ prezența unicului rinichi congenital, chirurgical sau funcțional și cazurile cu tumori bilaterale sincrone.

Indicațiile relative, includ pacienții cu tumori unilaterale și rinichi contrlateral cu afecțiuni benigne dar cu potențial evolutiv ce îi afectează funcția în viitor: litiaza, stenoza arterială, diabet, nefroscleroza.

Indicațiile electiv, includ pacienții cu rinichi contrlateral normal cu tumoare până la 4 cm, fără depășirea capsulei (pT1), limfadenopatii (No) și metastaze la distanță (Mo).

Comparativ cu nefrectomia radicală, intervențiile conservatoare necesită investigații adăugătoare pentru cunoșterea detaliată a anatomiei renale și în special a vascularizării. De obicei este suficientă angiografia CT spiralată.

Tehnicile de nefrectomie parțială sunt:

1. Enuclarea simplă.
2. Nefrectomia polară segmentară.
3. Rezecția cuniformă
4. Rezecția transversală.

Tumorile mari sau situate intrarenal necesită ocluzie temporală a arteriei renale. Dacă ocluzia anticipat depășește 30 min, se utilizează hipotermia *in situ*. După terminarea nefrectomiei se recoltează biopsie din patul tumoral. Marginele pozitive obligă rezecție mai largă sau nefrectomie.

Caseta 15.2. Schemele de tratament al pacienților cu CR în raport cu stadiul maladiei :

Stadiul I

La tumori < 4 cm poate fi electiv recomandată nefrectomia parțială

La tumori < 7 cm: nefrectomie radicală

Stadiul II

- Tumoare > 7 cm limitată la rinichi: nefrectomie radicală

Stadiul III

-pT3a- extensie extrarenală fără afectarea fasciei Gerota : nefrectomie radicală, radioiterapie

-pT3b- tumoare extinsă în vena renală și vena cava : nefrectomie radicală cu cavatomie și trombectomie

Stadiul IV

-Tumoarea depășește fascia Gerota: nefrectomie radicală la necesitate cu intervenții asociate: splenectomie, colectomie, rezecție hepatică et ct., raditerapie postoperatorie.

-Nefrectomie paliativă cu scopul controlului unor simptome severe: hematurie majoră, hemoragie retroperitoneală, sindromul paraneoplazic sau duror.

-Nefrectomie ajutantă la pacienții cu metastaze în scopul regresiei metastazelor și prelungirii supraviețuirii în asociere cu chimioterapie, imunoterapie, radioterapie.

După operațiile paliative:

- Radioterapie postoperatorie

- Imunoterapie sau chimioterapie sistemică

Supraveghere.

Tratament simptomatic.

Caseta 15.3. Principiile de tratament paliativ în CR:

Tratamentul paliativ este îndreptat spre ameliorarea calității vieții și spre majorarea supraviețuirii pacienților incurabili (stadiul IV).

• **Tratament chirurgical:**

-Nefrectomie paliativă/simptomatică cu scopul controlului unor simptome severe: hematurie majoră, hemoragie retroperitoneală, sindromul paraneoplazic sau duror.

-Nefrectomie ajutantă la pacienții cu metastaze în scopul regresiei metastazelor și prelungirii supraviețuirii în asociere cu chimioterapie, imunoterapie, radioterapie.

Categoriile de pacienți la care poate fi indicată nefrectomie ajutantă sunt:

-pacienții cu metastaze unice rezecabile chirurgical

- pacienții selecționați, tineri cu tumoare primar rezecabilă chirurgical, și cu metastaze limitate pulmonare care pot fi incluși în tratament sistemic, de regulă imunoterapic.

RT simptomatică este indicată cu scopul :

1. Radioterapia în plan postoperator.

2. Radioterapie cu scop simptomatic.

1. Radioterapia adjuvantă postoperatorie în tratamentul Ca renal are un scop paliativ și profilactic și este indicată în caz de creșterea tumorului în capsula renală și prezența metastazelor în gl.limfatici regionali.

După nefrectomie radicală RT postoperatorie poate îmbunătăți rezultatul tratamentului local, în deosebi la tumorile T₃-T₄. Tratamentul radiant se aplică la aparatele TERABALT cu Co₆₀ energie 1,25 MeV sau prin iradiere la accelerator liniar cu energie înaltă 6-15MeV. Postoperator se aplică doza 40-50 Gy în 20-25 fracții în regim clasic de fracționare 2 Gy în decurs de 4-5 săptămâni cu includerea lojei renale, gl. limfatici paraaortali și paracavali.

RT se aplică după pregătirea minuțioasă a pacientului cu topometria organului și CT scanare a cavității

abdominale, poziția pacientului ramine identică în timpul tratamentului, din 3-4 cimpuri de iradiere cu dimensiunile 14x13cm. Limita superioară a cimpului de iradiere se află la nivelul discului intervertebral vertebrelor toracice Th₁₁-Th₁₂, limita inferioară la nivelul discului intervertebral vertebrelor lombare L₄-L₅.

2. RT simptomatică se aplică cu scop de cupare a sindromului algic în caz de metastaze în oase, în regim concentrat cu doza la sedinta de 5Gy timp de 6-7 zile, doza sumară fiind de 30-35Gy, care evident ameliorează starea generală a pacientului și îmbunătățirea calității

- **PChT sistemică:** Pacienții cu stadiul IV (orice T orice N M1) al CR, care poate fi efectuată conform diferitor scheme (caseta 15.4):

Tratament simptomatic.

Caseta 15.4. Principiile de imunoterapie și PChT în CR:

Tratamentul medical

Criteriile generale de spitalizare:

- Diagnosticul stabilit morfologic
- Prezența indicațiilor pentru tratament specific (imunoterapie, chimioterapie, tratament hormonal)
- Starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific
- Lipsa patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)
- Indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

Indicații pentru imunoterapie, chimioterapie și tratament hormonal:

- Boala recidivată și metastatică

Protocoale de chimioterapie combinată:

- **Interferon-α + IL-2:** Interferon-α-2 9 mln UI s.c. 1-4 zi
4 săptămâni
Interleukin-2 12 mln UI s.c. 1-4 zi 4 săptămâni
fiecare 6 săptămâni
- **FG:** 5-Fluorouracil 150 mg/m²/zi perfuzie continuă 1-21 zi
Gemcitabine 600 mg/m² i.v. 1, 8, 15 zi
fiecare 4 săptămâni
- **VFI:** Vinblastine 5 mg/m² i.v. 1, 8 zi
5-Fluorouracil 500 mg/m² 1, 3, 5, 8 zi
Interferon-α-2 5 mln UI/m² s.c. 9-14 zi
fiecare 4 săptămâni
- **BI:** Bevacizumab 10 mg/kg i.v.
fiecare 2 săptămâni
Interferon-α-2 9 mln UI s.c. 3 ori pe săptămână

Monoterapie:

- **IL-2 (low-dose):** Interleukin-2 3 mln UI/zi i.v. perfuzie cont. 1-5zi
fiecare 2 săptămâni
- **Interferon-α-2** 5-15 mln UI s.c. zilnic 3-5 ori pe săptămână sau
Interferon-α-2 3-6 mln UI s.c. 1-10 zi, fiecare 3 săptămâni
- **Gemcitabine** 1200 mg/m² i.v. 1, 8, 15 zi
fiecare 4 săptămâni
- **Capecitabine** 2500 mg/m² p.o. în 2 prize 1-14 zi
fiecare 3 săptămâni
- **Vinorelbine** 25 mg/m² i.v. 1, 8, 15 zi

fiecare 4 săptămâni

- **Sorafenib(*)** 300-400 mg/zi p.o. în 2 prize 28 zile
- **Sunitinib malate(*)** 50 mg/zi p.o. 28 zile, apoi pauză 2 săptămâni
- **Tamoxifen** 20-40 mg p.o. zilnic îndelungat
- **Medroxiprogesteron acetate(*)** 500 mg i.m. săptămânal N4, apoi lunar
- **Megestrol acetate(*)** 40-80 mg p.o. zilnic
- **Temsirolimus(*)** 25 mg i.v. 30 min. Săptămânal

P.S. Preparatele farmaceutice însemnate cu (*) nu sunt înregistrate în Nomenclatura de Stat a Medicamentelor, dar conform standardelor și ghidurilor internaționale servesc drept linii de tratament chimioterapic în cancerul renal.

Particularități de administrare ale unor medicamente citostatice:

Gemcitabine – se va administra în 250 ml ser fiziologic de clorură de natriu timp de 30min. cu aplicarea prealabilă de antiemetice specifice (inhibitori de receptori 5HT₃) și corticosteroizi.

Bevacizumab – se va administra intravenos în 100-250 ml ser fiziologic de clorură de natriu sub formă de perfuzie cu durata de 90 min. prima perfuzie, apoi - 60 min. și 30 min.

Capecitabine – se va administra peroral 2 ori pe zi cu 30 min. după mâncare în prize egale.

Vinorelbine - se va administra în ser fiziologic de clorură de natriu timp de 10 min. cu aplicarea prealabilă de antiemetice specifice (inhibitori de receptori 5HT₃) și corticosteroizi.

Evaluarea eficienței tratamentului anticanceros:

- Metodele de evaluare: subiective, fizicale (vizuală, palpate, percuție), radiologice, endoscopice, sonografice, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, izotopice, biochimice.
- Criteriile de evaluare:

Eficacitatea nemijlocită:

1. Criterii recomandate de OMS (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare).
2. Conform sistemului RECIST (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare).

Rezultatele la distanță (Durata remisiunilor, Supraviețuirea fără semne de boală, Timpul până la avansare, Supraviețuirea medie).

Evaluarea toxicității tratamentului anticanceros:

Se va efectua conform recomandărilor OMS (gradele 0-IV). Pentru evaluare se vor efectua următoarele metode de diagnostic: analiza generală a sângelui + trombocite (o dată pe săptămână), analiza biochimică a sângelui ((glicemia, urea, creatinina, bilirubina, transaminazele ș.a. în funcție de necesitate) înaintea fiecărui ciclu de tratament), analiza generală a urinei (înaintea fiecărui ciclu de tratament), ECG ș.a. în funcție de necesitate.

Aspecte tactice ale tratamentului medical al cancerului renal:

- Inițial vor fi evaluate cel puțin 2 cicluri de chimioterapie, sau 6-8 săptămâni de imunoterapie, sau 4-6 săptămâni de hormonoterapie
- Tratamentul medical va fi întrerupt după primul ciclu numai în caz de apariție a simptomelor evidente de avansare a maladiei.
- În caz de control al procesului, confirmat subiectiv și obiectiv (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare), tratamentul va fi continuat cu aplicarea aceluiași regim până la 6 cicluri.
- Tratamentul de menținere (consolidare) după 6 cicluri chimioterapie nu va fi recomandat.
- În caz de avansare a procesului după aplicarea I linii de tratament în prezența indicațiilor respective vor fi recomandate scheme de tratament de linia II.
- În cazul înregistrării simptomelor de toxicitate insuportabilă se va recurge la optimizarea tratamentului de suport și/sau corecția dozelor preparatelor aplicate conform principiilor contemporane acceptate. Dacă aceste măsuri vor fi ineficiente, în cazul prezenței indicațiilor

respective, planul tratamentului va fi modificat.

Contraindicații pentru tratamentul medical specific:

- Lipsa verificării morfologice a maladiei
- Starea generală, ce nu permite efectuarea tratamentului specific
- Prezența patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)
- Indicii de laborator – în afara limitelor admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific
- Lipsa acordului pacientului pentru efectuarea tratamentului specific antitumoral

Supravegherea pacienților

Nu există recomandări standard pentru urmărirea pacienților cu cancer renal avansat. Examinările fizicale, radiologice și altele vor fi executate în dependență de situația clinică concretă.

C.2.5.7. Evoluția și prognosticul

Evoluția și prognosticul depind în cea mai mare măsură de stadiul CR în care pacientul este tratat. Astfel, în stadiul I supraviețuirea la 5 ani atinge cifrele 85%, în stadiul II– 75%, în stadiul III – 38% iar IV- 38%

C.2.5.8. Supravegherea pacienților

Caseta 16. Supravegherea

- Pacienții se vor afla la supravegherea medicului de familie, oncologului raional, medicului specialist urolog din Policlinica Oncologică.
- **Regimul de Supraveghere:**
-Pentru tumori neinvazive:
Pacienți cu risc scăzut (tumora bine diferențiată, mai mică de 6 cm) control la 9 luni, apoi anual 5 ani.
Pacienții cu risc înalt (tumora de diferențiere medie și mai mare de 7 cm) de recidivă și progresie fiecare 3 luni doi ani, 4 luni la al 3-lea an; 6 luni până la al 5-lea an, apoi anual
-Pentru tumori ivazive: fiecare 3 luni primii 2 ani, apoi fiecare 6 luni al 3lea an, apoi anual
- **Volumul cercetărilor:**
 - examenul fizic (inspecția generală, palparea abdomenului și ariilor ganglionare, tușeul rectal etc.);
 - paraclinice (la indicații)
 - cistoscopia la 3 luni după operație
 - radiografia cutiei toracice (1 dată în an);
 - USG-rinichilor, ganalionilor limfatici regionali (1 an – 1 dată în 3 luni, 2-5an 1 dată în 6 luni);
 - investigații suplimentare la indicații (TC a organelor cavității abdominale, spațiului retroperitoneal; FGDS; renograma radionuclidă; urografia intravenoasă; fibrobronhoscopia etc.) și consultația specialiștilor (ginecolog, proctolog, etc.).

Notă. Nu există date convingătoare, care confirmă necesitatea investigațiilor regulate după un tratament paliativ reușit efectuat pacienților cu cancer renal metastatic. Sunt recomandate vizite numai în prezența simptomelor corespunzătoare. Investigațiile de laborator și instrumentale de asemenea se recomandă la apariția simptomelor de avansare cu condiția posibilității tratamentului paliativ ulterior.

C.2.6. Stările de urgență

Caseta 17. Stările de urgență în cancerul renal

1. **Hemoragie din renul afectat (cu tamponada vezicii urinare):** Are loc când este afectat bazinetul renal de tumoare renală cu hemoragie prin căile urinare superioare din partea afectată. Se efectuează cateterizarea vezicii urinare cu detamponarea ei (în cazul tamponării cu cheaguri vechi), tratament hemostatic activ intavenos și intarmuscular.
2. **Sindrom algic pronunțat în regiunea lombară:** În cazul unui proces tumoral masiv cu extinderea capsulei renale de partea afectată și cu extinderea asupra țesuturilor moi.
3. **Blocul infrarenal unilateral** .În cazul blocului infrarenal cauzat de hemoraie cu tamponarea căilor urinare infrarenale. Se efectuează cateterizarea vezicii urinare cu detamponarea ei (în cazul tamponării cu cheaguri vechi), tratament hemostatic activ intavenos și intarmuscular.

4. **Acutizarea de pielonefrită** : Se efectuează tratament antibacterian intensiv, infuzional și spazmolitic.
5. **Insuficiența renală acută**: Se efectuează tratament antibacterian intensiv, infuzional și de substituție cu monitorizarea indicilor hemogramei, ureei și creatininei.

C.2.7. Complicațiile

Caseta 18. Complicațiile CR

1. Bloc infrarenal prin concreștere ureterală, uni- ori bilateral, cu ori fără IR(insuficiență renală)
2. Hemoragie cu tamponada VU ;cu anemizare profundă.
3. Pielonefrită acută
4. Insuficiență renală acută
5. Metastaze la distanță(plămâni, oase, gangl.limfatici, ficat, duprarenala homolaterală ș.a)

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.2. CCD IMSP IO	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic urolog • medic de laborator clinic și biochimic • medic patomorfolog/citolog • medic imagist • oncolog • asistente medicale • laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic
	<p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet urologic dotat conform standartelor (cistoscop rigid ori flexibil cu posibilități de biopsie endoscopică) • cabinet radiologic/USG
	<p>Medicamente: Preparate pentru tratament simptomatic</p> <ul style="list-style-type: none"> * Analgezice * Antiemetice * Hemostatice * Spasmolitice
D.4. Secțiile clinice IMSP IO	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medici urologi • medici radiologi • medici chimioterapeuți • medici radioterapeuți • medici de laborator clinic și biochimic • medici patomorfologi și citologi • medici imagiști • medici endoscopiști • asistente medicale • medici specialiști în diagnostic funcțional
	<p>Aparate, utilaj: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor: Set de aparate și utilaj pentru asistența perioperatorie în efectuarea intervențiilor chirurgicale deschise ori endoscopice radicale, paliative, combinate, urgente, seriate, reconstructive (caseta 15) Instalație pentru RT</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet endoscopic (cistoscop rigid sau flexibil etc.) • cabinet radiologic/USG și USG transrectală/TC a organelor cavității

	<p>abdominale, spațiului retroperitoneal/renograma radionuclidă/urografia intravenoasă etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> • laborator citologic și patomorfologic • tonometru/fonendoscop/electrocardiograf/spirometru
	<p>Medicamente: Set medicamentos pentru asistența perioperatorie în efectuarea intervențiilor chirurgicale radicale, paliative, combinate, urgente, seriate, reconstructive (caseta 15)</p> <p>Preparate pentru tratament simptomatic:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ analgezice ✓ spasmolitice ✓ antiemetice etc. <p>Preparate pentru PChT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tegafur ✓ Capecetabină ✓ LV ✓ 5-FU ✓ Oxaliplatin ✓ Irinotecan ✓ agenți cu acțiune pe ținte moleculare (EGF, VEGF, inhibitori COX2).

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A majora operabilitatea și rezecabilitatea tumorilor maligne renale.	3.1. Proporția pacienților cu CR la care s-au efectuat intervenții chirurgicale radicale.	Numărul pacienților cu CR la care s-au efectuat intervenții chirurgicale radicale pe parcursul ultimului an.	Numărul pacienților cu CR la care s-au efectuat intervenții chirurgicale paliative pe parcursul ultimului an.
2.	A îmbunătăți rezultatele tratamentul radical al pacienților cu CR.	4.1. Proporția pacienților tratați radical de CR ce supraviețuiesc cu și fără progresarea maladiei canceroase perioada de 5 ani după tratament.	Numărul pacienților tratați radical de CR ce supraviețuiesc cu și fără progresarea maladiei canceroase perioada de 5 ani după tratament.	Numărul pacienților tratați radical de CR ce au decedat din cauza progresării maladiei canceroase în primii 5 ani după tratament.
3.	A îmbunătăți rezultatele tratamentul paliativ al pacienților cu CR.	5.1. Proporția pacienților tratați paliativ de CR ce supraviețuiesc diferite perioade de timp după tratament.	Numărul pacienților tratați paliativ de CR ce supraviețuiesc diferite perioade de timp după tratament.	Numărul pacienților tratați paliativ de CR ce au decedat în diferite perioade de timp după tratament.
6.	A îmbunătăți rezultatele tratamentul radical și paliativ al pacienților cu CR.	4.1. Prevalența /Proporția pacienților ce sunt în viață cu diagnosticul de CR la 100 000 populație.	Numărul pacienților cu diagnosticul de CR ce sunt în viață la sfârșitul anului de studiu.	Numărul populației Republicii Moldova.

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

F.1. Indicațiile (criteriile) de trimitere a pacientului

Transferul în alte secții (transferul intern și transferul extern) a pacienților cu CR:

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Agravarea stării pacientului cu CR	IMSP Institutul Oncologic Secția Anesteziologie și Terapie Intensivă	Nr.tel: 022 85 23 18 Intern: 317
Caz suspectat/confirmat de TBC la pacient	IMSP IFP „Chiril Draganiuc” Secția consultativă str. C.Vîrnab 13	Șef secție consultativă Nr. tel:
În caz de necesitate tratamentului chimioterapic conform standartelor (după consultația chimioterapeutului)	IMSP Institutul Oncologic Secția Oncologie Medicală 1 Secția Oncologie Medicală 2 Secția Oncologie Medicală 3	Nr. tel: 022 85 26 09 Nr. tel: 022 85 23 47 Nr. tel: 022 85 23 50 Nr. tel: 022 85 24 63
În caz de necesitate tratamentului radioterapic conform standartelor (după consultația radioterapeutului)	IMSP Institutul Oncologic Secția Radiologie Oncologică 1 Secția Radiologie Oncologică 2 Secția Radiologie Oncologică 3	Nr. tel: 022 85 23 28 Nr. tel: 022 85 23 37 Nr. tel: 022 85 23 39

Procedura generală de transfer a pacientului cu CR:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: agravarea stării, necesitatea tratamentului specific chimioterapic, radioterapic, depistarea TBC.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia corespunzătoare.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează Vice directorul chirurgie oncologică despre cazul respectiv.
6. Vice directorul chirurgie oncologică invită consultant din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă consiliul medical în componență: directorul IMSP Institutul Oncologic, vice director chirurgie oncologică, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern – forma 003e; pentru transfer extern – forma 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.

F.2. Cerințele privind necesitatea investigațiilor de diagnostic a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigații respective

Investigații petrecute pacienților cu CR:

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
CT toracelui cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare
CT abdomenului	Instituțiile contractate	Serviciu programare
ECO cordului	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Scanarea scheletului osos	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Renografia cu izotopi	Instituțiile contractate	Serviciu programare
CT abdomenului cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare

CT pelvisului cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Rezonanța magnitonucleară (RMN) a abdomenului și/sau pelvisului	Instituțiile contractate	Serviciu programare

CT toracelui cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT toracelui cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT toracelui cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

CT abdomenului cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT abdomenului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT abdomenului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

ECO cordului:

1. Necesitatea efectuării ECO cordului va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea ECO cordului și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

Scanarea scheletului osos:

1. Necesitatea efectuării scanării scheletului osos va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea scanării scheletului osos și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

Renografia cu izotopi:

1. Necesitatea efectuării renografiei cu izotopi va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea renografiei cu izotopi și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

CT pelvisului cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT pelvisului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT pelvisului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant

Rezonanța magnitonucleară (RMN) cu/fără angiografie a abdomenului și/sau pelvisului

1. Necesitatea efectuării RMN abdomenului și/sau pelvisului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea RMN a abdomenului și/sau pelvisului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant

F.3. Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului și/sau probelor de laborator

1. Pentru efectuarea investigațiilor în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul curant îndreptare, care va include obligatoriu date de pașaport a pacientului, diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul poliței de asigurare (forma 027e)
2. Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care nu necesită prezența pacientului) materialul biologic va fi însoțit de forma standardă de îndreptare și transportat de către IMSP Institutul Oncologic.
3. Pentru consultații în alte instituții, medicul curant argumentează necesitatea efectuării consultației în forma 003e. Consultația preventiv se coordonează prin șeful secției sau vice director pe profil chirurgical. Pacientul este însoțit de către personalul medical, care este responsabil de documentația medicală.

F.4. Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusiv întoarcerea în instituție la locul de observare sau investigare

1. În contract cu instituțiile subcontractate este menționat modalitatea de expediere și recepționare a rezultatelor

F.5. Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul transferului la alt nivel de asistență medicală.

1. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer intern sau extern). Transferul se efectuează cu acordul informat al pacientului.

F.6. Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere pentru evidența ulterioară

1. Extrasul (forma 027/e și 027-1/e) obligatoriu va include recomandări pentru pacient. De asemenea pacientul va beneficia de Ghidul pacientului cu CR (Anexa 1).

ANEXE

Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancer renal (CR)

Cancerul renal (CR)

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați
Cancerul renal
Diagnosticul CR
Tratamentul CR

Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu CR în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu CR, dar poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și tratament care trebuie să fie disponibile în Serviciul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicul trebuie să stabilească dacă o persoană are CR
- ✓ modul în care pacientul poate evita, suspecta CR sau poate favoriza stabilirea precoce a diagnosticului de CR
- ✓ factorii de risc pentru dezvoltarea CR, manifestările clinice ale maladiei.
- ✓ variantele de tratament modern în CR.
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu CR.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este cancerul renal și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Cancerul renal(CR).

Cancerul renal – este definit ca o aglomerare de celule cu morfologie anormală, care apar la nivelul parenhimului renal și cresc rapid cu formarea unei sau unor mase, numite tumori care pe parcurs au capacitatea de a invada parenhimul renal, structurile renale de colectie cu răspândire extracapsulară în tesuturile adiacente. Căile de metastazare preponderent hematogene, mai rar limfogene

Cauzele dezvoltării cancerului renal pot fi următoarele:

- **Vârsta.** Riscul de apariție a CR crește considerabil după vârsta de 50 de ani. Majoritatea persoanelor diagnosticate cu acest tip de cancer au peste 50 de ani, odată cu înaintarea în vârstă riscul crescând exponential
- **Istoricul medical familial (antecedentele heredo-colaterale).** Evidența unui determinism genetic în apariția CR a venit de la existența formelor familiale ale bolii într-un procent de 4% din totalitatea cazurilor. Există 4 tipuri bine definite de cancer renal ereditar: von HIPPEL-Lindau,

forma familială a carcinomului renal cu celule clare;carcinomul papilar eriditar tip I și tip II și sindromul BIRT-Hogg-Dube cu risc crescut de dezvoltare a CR.

- **Fumatul.** Studiile medicale au arătat că fumatul (în special consumul exagerat de tutun), crește riscul de 2,3 ori mai mare de dezvoltare a CR.
 - **Activitatea fizică.** Sedentarismul, lipsa exercițiului fizic regulat, asociate deseori și cu obezitatea, cresc riscul apariției CR
 - **Greutatea corporală.** Persoanele supraponderale au un risc crescut de a dezvolta CR. Persoanele cu exces de țesut adipos abdominal (obezitate de tip masculin), au un risc mai mare de apariție a cancerului decât persoanele cu țesut adipos excesiv reprezentat la nivelul bazinului și coapselor (obezitatea de tip feminin).
- Expunerea profesională** la hidracarburii aromatice,metalele grele,azbest,cadmium cresc riscul dezvoltării unui CR.

Cunoașterea cauzelor dezvoltării CR are o mare importanță practică, deoarece acestea pot impune cercetările îndreptate spre diagnosticul precoce al CR, al maladiilor precanceroase. De asemenea, pentru evitarea dezvoltării cancerului renal, în grupurile de risc este necesar de efectuat profilaxia primară și secundară.

Tineți minte: Pentru prevenirea cancerului renal urmați recomandările:

- păstrați o greutate normală, evitați obezitatea;
- alimentați-vă sănătos: consumați o varietate cât mai mari de alimente bogate în fibre vegetale, în special fructe, legume, pește și cereale, reduceți cantitatea de grăsimi de origine animală;
- utilizați suplimentele alimentare bogate în acid folic și calciu;
- reduceți cantitatea de alcool consumată;
- abandonați cât mai rapid fumatul;
- mențineți o activitatea fizică dozată conform vârstei și altor patologii;
- efectuați conform indicațiilor specialistului urolog tratamentul chirurgical și medicamentos al maladiilor precanceroase.

Manifestările CR

CR *se manifestă* prin următoarele semne clinice:

- *Semnele generale* (slăbiciune, fatigabilitate, dispnee la efort fizic, vertijuri, palpitații, pierdere ponderală, inapetență, febră etc.);
- *Semnele clinice, apariția hematuriei* (caracterul ei dirata, perioada apariției),durerea (durata lor, timpul apariției,dureri surde sau permanente provocate de distensia capsulei și tracțiunea pediculului renal)
- *Semnele clinice de afectare în alte organe* (dureri furnizate de metastaze,a căror leziune pot decela sindroame pulmonare,osteo-articulare,cerebrale,adenopatii periferice ș.a)

Depistarea factorilor de risc pentru CR (casetă 2).

Dacă observați unele din aceste manifestări clinice la Dstră, nu ezitați, adresați-vă medicului.

Tineți minte: Succesul tratamentului în CR este în dependență directă de stadiul în care este stabilit diagnosticul, iar tratamentul în stadiile incipiente oferă șansa de vindecare completă la 75% pacienți.

Diagnosticul de CR se stabilește în baza anamnezei, manifestărilor clinice și este confirmat prin cercetările USG; radiologice: policistografie; UIV cu cistografie descendentă; TC renală: AngioTc completate de examenul patomorfologic (histologic).

Pentru a evita dezvoltarea și pentru a favoriza diagnosticul timpuriu al CR este suficient de efectuat următoarele investigații:

- USG; an. gen. de urină - anual

- TC renală
- UIV - o data la 5 ani.

După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate medicul trebuie să discute rezultatele cu Dvs. și să vă comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul

Scopul tratamentului radical în CR constă în vindecarea pacientului prin înlăturarea tumorii maligne renale în limitele țesuturilor normale, conform standartelor mondiale moderne de tratament în CR sau înlăturarea renului afectat de tumoare.

Metoda principală de tratament radical în CE este cea chirurgicală. Intervenția chirurgicală poate fi: rezecția renală(cu tipurile ei), nefrectomie radicală sau nefrectomie simplă. Medicul curant Vă va informa despre toate posibilitățile și variantele tratamentului până la începerea lui. După tratament medicul Vă va informa despre termenii și modalitățile de control ulterior, despre recomandările care trebuie să le urmați.

În tratamentul CR asemenea se mai folosește radioterapia în diferite variante și chimioterapia conform diverselor scheme. Aceste metode de tratament uneori sunt însoțite de efecte adverse, care Vă vor fi explicate de medicul curant.

Anexa 2. Recomandări pentru implementare în conduita pacienților cu CR

1. Considerăm necesară implementarea obligatorie la nivelul medicului de familie, medicilor interniști și specialistului oncolog și chirurg a tușeului rectal, USG, TC renală efectuate anual la persoanele din grupurile de risc.
2. Considerăm necesară centralizarea pacienților pentru tratament în IMSP IO, unde pacienții pot beneficia de tratament contemporan complex: chirurgical, radio- și chimioterapeutic.

BIBLIOGRAFIE

1. Sinescu I, Gluk G.,Hirza M., (2006, București) Urologie Oncologică, pag. 7- 72.
2. Birkhauser; Kroeger, Pantuck (2013). "Etiology of Renal Cell Carcinoma: Incidence, Demographics, and Environmental Factors". Renal Cell Carcinoma Clinical Management. Humana Pr Inc. pp. 3–22. ISBN 978-1-62703-061-8.
3. Cohen, Herbert T.; McGovern, Francis J. (8 December 2005). "Renal-Cell Carcinoma". *New England Journal of Medicine* 353 (23): 2477–2490. 10.1056/NEJMra043172.PMID 16339096.
4. Häggström, Christel; Rapp, Kilian; Stocks, Tanja; Manjer, Jonas; Bjørge, Tone; Ulmer, Hanno; Engeland, Anders; Almqvist, Martin et al. (2013). "Metabolic Factors Associated with Risk of Renal Cell Carcinoma". In Miller, Todd W. *PLoS ONE* 8 (2):
5. KIM, HYUNG L.; BELLDEGRUN, ARIE S.; FREITAS, DANIELO G.; BUI, MATTHEW H.T.; HAN, KEN-RYU; DOREY, FREDERICK J.; FIGLIN, ROBERT A. (1 November 2003). "Paraneoplastic Signs and Symptoms of Renal Cell Carcinoma: Implications for Prognosis". *The Journal of Urology* 170 (5): 1742–1746.
6. Lane (2013). "Prognostic Factors for Localised Renal Cell Carcinoma". Renal Cell Carcinoma Clinical Management. Humana Pr Inc. pp. 83–102. ISBN 978-1-62703-061-8.
7. Ljungberg, Börje; Campbell, Steven C.; Cho, Han Yong; Jacqmin, Didier; Lee, Jung Eun; Weikert, Steffen; Kiemeny, Lambertus A. (2011). "The Epidemiology of Renal Cell Carcinoma". *European Urology* 60(4): 615–21.
8. Metz; Davis (2013). "Palliative and Supportive Care for Renal Cancer". Renal Cell Carcinoma Clinical Management. Humana Pr Inc. pp. 339–348. ISBN 978-1-62703-061-8.
9. Motzer, Robert J.; Bander, Neil H.; Nanus, David M. (19 September 1996). "Renal-Cell Carcinoma". *New England Journal of Medicine* 335 (12): 865–875.
10. Mulders PF, Brouwers AH, Hulsbergen-van der Kaa CA, van Lin EN, Osanto S, de Mulder PH (February 2008). "[Guideline 'Renal cell carcinoma']". *Ned Tijdschr Geneeskd* (in Dutch; Flemish) 152(7): 376–80.
11. Ramana, Jayashree (2012). "RCDB: Renal Cancer Gene Database". *BMC Research Notes* 5 (1).
12. Rini BI, Rathmell WK, Godley P (May 2008). "Renal cell carcinoma". *Curr Opin Oncol* 20 (3): 300–6.
13. Singer, Eric A.; Gupta, Gopal N.; Marchalik, Daniel; Srinivasan, Ramaprasad (2013). "Evolving therapeutic targets in renal cell carcinoma". *Current Opinion in Oncology*: 1.
14. Proca E., (București , 1984) *Tratat de Patologie medicală*, Editura Medicală.
15. *Pocket Guidelines* (2009 edition), European Association of Urology, pag. 46-58.