

**MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA**



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛDOVA**

CANCERUL BUZEI

Protocol clinic național

PCN - 162

Chișinău 2012

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnosticul	3
A.2. Codul bolii ICD-O C00.....	3
A.3. Utilizatorii	3
A.4. Scopurile protocolului.....	3
A.5. Data elaborării protocolului	3
A.6. Data următoarei revizuirii	3
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	3
A.8. Definițiile folosite în document.....	4
A.9. Informație epidemiologică	4
B. PARTEA GENERALĂ	5
B.1. Nivel de asistență medicală primară	5
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog - nivel raional și municipal - republican, Policlinica IMSP Institutul Oncologic).....	5
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)	6
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	8
C 1.1. Algoritm diagnostic în cancerul buzei.....	8
C 1.2. Algoritm de tratament al cancerului buzei	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	10
C.2.1. Clasificarea.....	10
C.2.2. Factorii de risc	11
C.2.3. Profilaxia	11
C.2.3.1. Profilaxia primară	11
C.2.3.2. Profilaxia secundară	11
C.2.4. Conduita pacientului cu cancer al buzei	11
C.2.4.1. Anamneza.....	11
C.2.4.2. Examenul fizic (datele obiective).....	12
C.2.4.3. Investigații paraclinice	12
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial	13
C.2.4.5. Tratamentul.....	14
C.2.4.6. Evoluția și prognosticul	15
C.2.4.7. Supravegherea pacienților	15
C.2.5. Stările de urgență	15
C.2.6. Complicațiile	15
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	16
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	16
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator.....	16
D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească: Secția tumori cap/gât al IMSP Institutul Oncologic	16
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	18
ANEXE	19
Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancer al buzei.....	19
BIBLIOGRAFIE	21

Abrevierile folosite în document

RT	Radioterapie
PChT	Polichimioterapie
OMF	Oromaxilofacial
CRIO	Criochirurgie

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din reprezentanți ai Institutului Oncologic din Republica Moldova.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind cancerul buzei și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Cancerul buzei

Exemple de diagnostic clinic: Cancerul pavimentos al bordurii roșii a buzei inferioare, 1/3 laterală stîngă, forma exofită T2N0M0 stII

A.2. Codul bolii ICD-O C00

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, ORL, oncologi, dermatologi, stomatologi, chirurghi, medici OMF);
- instituțiile/secțiile consultative (ORL, oncologi, dermatologi, stomatologi, chirurghi, medici OMF);
- secțiile specializate ale Institutului Oncologic (oncologi - cap/gât, radiologi, chimioterapeuți).

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. A facilita diagnosticarea cancerului buzei.
2. A spori depistarea precoce a pacienților cu cancer al buzei.
3. A contribui la scăderea ratei malignizării tumorilor benigne și stărilor precanceroase prin depistarea acestora și tratamentul oportun.
4. A spori calitatea tratamentului cancerului buzei.
5. A majora numărul pacienților cu cancer al buzei vindecați.

A.5. Data elaborării protocolului: 2012

A.6. Data revizuirii următoare: 2014

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Dr. Gheorghe Țâbârnă, academician al AȘM, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	Vicedirector IMSP IO, șef Laboratorul tumori cap/gât și microchirurgie
Dr. Andrei Doruc, doctor în medicină,	Colaborator științific coordonator, Laboratoru tumori cap/gât și microchirurgie

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Comisia științifico-metodică de profil „Hematologie și Oncologie”	
Consiliul Științific al Institutului Oncologic	
Asociația medicilor de familie din RM	
Consiliul de experți al MS	
Agenția Medicamentului	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document**Cancerul buzei**

Recomandabil - nu are un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

A.9. Informație epidemiologică

În structura maladiilor canceroase cancerul buzei se clasează pe locurile 5 – 7, în raport procentual constituind 5,5%. Actualmente se observă creșterea morbidității, dar, totodată și reducerea mortalității din cauza acestei maladii. În Moldova cancerul buzei inferioare ocupă locul 7 în structura maladiilor canceroase. Anual se depistează 170 – 200 bolnavi la 100 mii locuitori. Cancerul buzei se întâlnește aproape exclusiv la bărbați în vârstă de 50 – 70 ani, raportul bărbați: femei este 10:1. El apare pe fondul unor procese patologice de lungă durată, care au fost sistematizate și descrise ca stări precanceroase, sau, pur și simplu, precancer. În declanșarea cancerului buzei contribuie mai mulți factori (factori de risc): insolarea, poluarea mediului, lucrul în câmp, procese patologice de lungă durată netratate (hipercheratozele, papilomatozele, cicatricile cronice, pierderea elasticității pielii, lupus eritematos.), traumatizarea cronică. Cel mai important este expunerea excesivă la soare. Se întâlnește în general la vârsta matură cu un maximum de frecvență la 59-70 ani. În 80-85% cazuri diagnosticul se stabilește în stadiile I-II și numai în 15-20% cazuri în stadiile III-IV. În cancerul buzei sunt aplicate toate metodele de tratament: radioterapeutic, chirurgical, crioterapeutic, laserodistrucție, chimioterapie (în cazurile avansate) și tratament combinat.

În stadiile inițiale I și II se aplică separat una dintre metode – chirurgicală, crio-chirurgicală sau radioterapeutică. Iradierea se efectuează în doze 40-70 Ro. Metoda chirurgicală constă din electrorezeția buzei în limitele de 0,5 – 2,0 cm țesut vizual sănătos de la marginea tumorii, iar metoda criogenică prevede aplicarea a 3 – 5 cicluri congelare-decongelare cu azot lichid cu timpul de expoziție 3 – 5 minute. În aceste cazuri se obține vindecarea practic a 100% pacienți.

În cancerul cutanat local avansat III-IV se aplică tratament combinat: chirurgical + radioterapie în diferită succesivitate. Intervențiile chirurgicale sunt în volum de electroexcizii largite cu diverse forme de plastii a defectelor postchirurgicale, la necesitate completate de evidări ganglionare în aceeași etapă sau în etape diferite. În prezența contraindicațiilor absolute pentru chirurgie sau radioterapie poate fi folosită independent crio tumorii. Supraviețuirea la 5 ani în stadiul III-IV constituie 75%.

De aceea problema cancerului buzei este dominantă, pe de o parte, de frecvența lui crescândă, iar pe de altă parte, de necesitatea unui diagnostic precoce și a unei terapii eficiente.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul de asistență medicală primară		
Descriere (măsuri)	Motivele (reper)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară Casetă 3. C.2.3.1.	Tabagismul este factorul de risc principal în geneza cancerului buzei Factorii nocivi de poluare a mediului.	Obligatoriu: • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață
1.2. Profilaxia secundară Casetă 4 C. 2.3.2.	Procesele benigne și precanceroase netratate contribuie la malignizare	Obligatoriu: • Referirea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase ale buzei la dermatolog, chirurg OMF, oncolog și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de acești specialiști.
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea diagnosticului de cancer al buzei Casetă 6, 7, 8. C. 2.4., C. 2.4.1., C.2.4.2.	Examenul obiectiv al pacienților permite suspectarea cancerului buzei, acesta fiind o neoformațiune cu localizare vizuală.	Obligatoriu: • Anamneza • Examenul fizic
2.2. Referire către specialist Casetă 8, 9, 10, 11. C.2.4.2 C.2.4.3 C.2.4.4	Orice bolnav cu suspexie la cancer al buzei este necesar de referit la oncologul raional pentru efectuarea investigațiilor, prevăzute în protocolul clinic național	• Toți bolnavii, la care se suspectă cancer al buzei se trimit la oncologul raional
3. Supravegherea Casetă 16. C. 2.5.8.	Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către oncologul IMSP Institutul Oncologic, efectul lui, maladiilor concomitente și depistarea precoce a recidivelor.	Obligatoriu: • Supravegherea se face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor oncologului IMSP Institutului Oncologic

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional și municipal - republican)		
Descriere (măsuri)	Motivele (reper)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară Casetă 3 C.2.3.1	Tabagismul este factorul de risc principal în geneza cancerului buzei Factorii nocivi de poluare a mediului.	Obligatoriu: • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață
1.2. Profilaxia secundară Casetă 4 C. 2.3.2	Procesele benigne și precanceroase netratate contribuie la malignizare	Obligatoriu: Referirea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase ale buzei la dermatolog, chirurg OMF și supravegherea în cadrul tratamentului

		indicat de acești specialiști.
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer al buzei Casetă 6, 7, 8. C. 2.4., C. 2.4.1., C.2.4.2.	Examenul obiectiv al pacienților permite suspectarea cancerului buzei, acesta fiind o neoplazie cu localizare vizuală. Efectuarea frotiurilor-amprentă de pe tumorile ulcerate, raclaj din tumoare, biopsia tumorilor, puncția ganglionilor limfatici regionali .	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Examenul fizic • Investigațiile paraclinice <ul style="list-style-type: none"> ✓ Examenul radiologic: ✓ Colectarea materialului pentru citologie și biopsie ✓ Investigațiile pentru determinarea extinderii leziunii tumorale a cancerului buzei (policlinica Institutului Oncologic) • Diagnosticul diferențial
2.2. Referirea la specialist și/sau spitalizarea Casetă 8, 9, 10, 11. C.2.4.2., C.2.4.3., C.2.4.4.		<ul style="list-style-type: none"> • Obligatoriu: Recomandarea consultației specialistului oncolog pacienților cu cancer al buzei Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Consultația altor specialiști în dependență de necesitate • Aprecierea necesității spitalizării
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul Casetă 12, 13, 14, 15 C. 2.4.5., C.2.4.6., C.2.5.,	Tratamentul cancerului buzei se efectuează în dependență de extinderea leziunii tumorale și prevede vindecarea bolnavilor de cancer buzei	Obligatoriu: Tratamentul pacienților se efectuează în staționarul Institutului Oncologic (secția chirurgie cap/gât și microchirurgie, secția radioterapie)
4. Supravegherea Casetă 16. C. 2.5.8.	Scopul supravegherii este monitorizarea tratamentului indicat de oncolog cap/gât, inclusiv prin aplicarea metodelor speciale, depistarea precoce a recidivelor și metastazelor	Supravegherea se va face de rând cu oncologul raional și a medicului de familie conform recomandărilor oncologului cap/gât IMSP Institutul Oncologic (1 dată la 2 luni primul an după tratament; 1 dată la 4 luni – anul 2; 1 dată la 6 luni – anul 3 și 1 dată în an – în următorii ani)

B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)

Descriere (<i>motive</i>)	Motivele (<i>repere</i>)	Pași (<i>modalități și condiții de realizare</i>)
1. Spitalizarea Casetă 8, 9, 10, 11 C.2.4.2., C.2.4.3., C.2.4.4.	Tratamentul corect programelor elaborate contribuie la majorarea numărului de pacienți cu cancer al buzei vindecați	Criterii de spitalizare în secții profil: <ul style="list-style-type: none"> • Prezența formațiunii tumorale a buzei • Starea generală a bolnavului permite efectuarea tratamentului specific: chirurgical, radioterapeutic, combinat, chimioterapeutic.
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului		Obligatoriu:

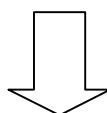
<p>de cancer al buzei Casetă 10, 11. C.2.4.3., C.2.4.4.</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Anamneza • Examenul fizic • Investigațiile paraclinice <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigații recomandate • Consultația altor specialiști după necesitate
<p>3. Tratamentul</p>		
<p>3.1. Tratamentul chirurgical, crio-chirurgical, laserodistrucție, radioterapie, roentgenoterapie Casetă 12, 13, 14, 15. C. 2.4.5., C.2.4.6., C.2.5.</p>	<p>Tratamentul cancerului buzei se efectuează în dependență de extinderea leziunii tumorale</p>	<p>Obligatoriu</p> <ul style="list-style-type: none"> • În stadiile I, II - se efectuează excizia tumorii, criodistrucția tumorii, laserodistrucția tumorii, roentgenoterapie. • În st III – IV tratament combinat sau complex.
<p>4. Externare cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere Casetă 16. C. 2.5.8.</p>	<p>La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru medic de familie tactica ulterioară de management al pacientului.</p>	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul exact detaliat; ✓ rezultatele investigațiilor ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; <p>recomandări pentru medicul de familie.</p>

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritm diagnostic în cancerul buzei

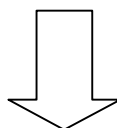
I. Suspectarea cancerului buzei

Anamneza, inspecția, palpația



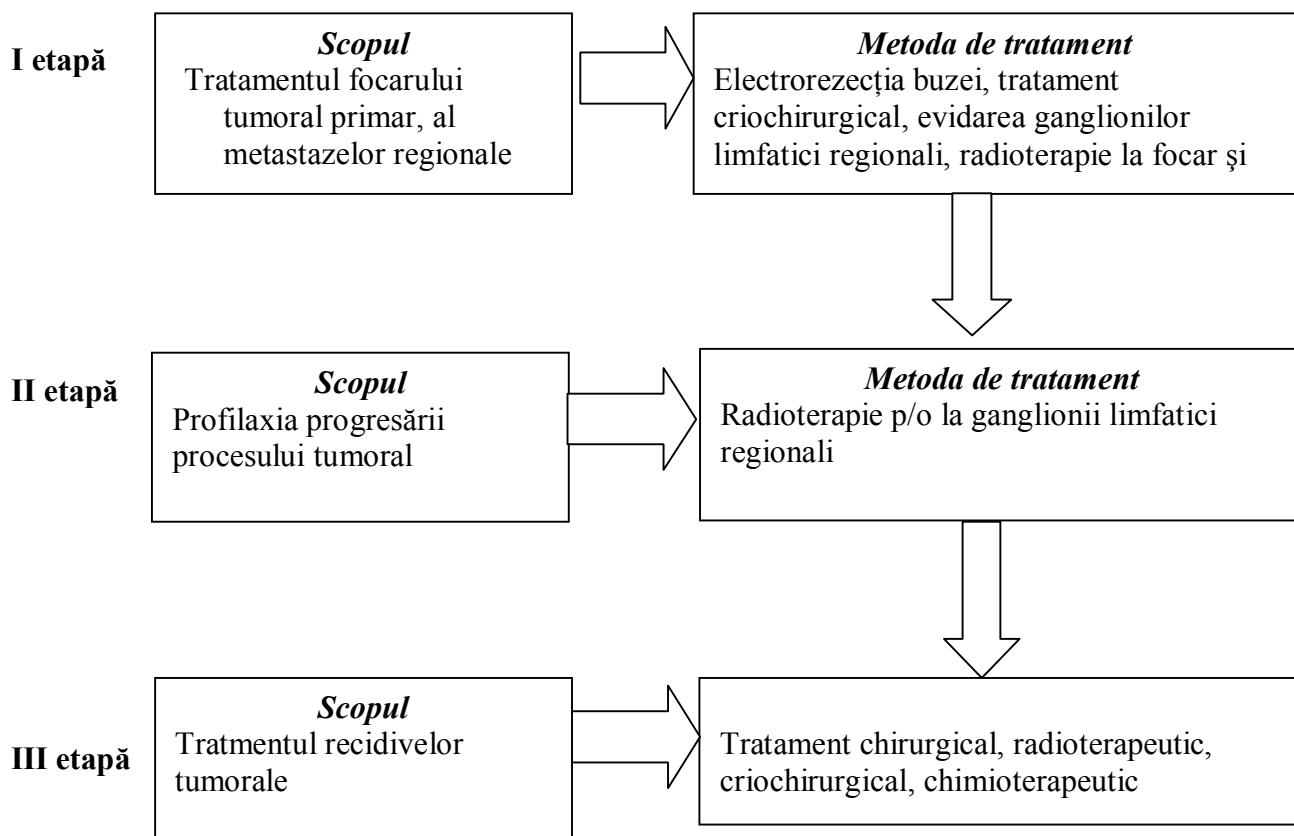
II. Confirmarea cancerului buzei

- 1 Examenul obiectiv
- 2 Examenul radiologic
- 3 Colectarea materialului pentru biopsie



III. Determinarea gradului de extindere a cancerului buzei (stadiul clinic)

C 1.2. Algoritmul de tratament al cancerului buzei



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1 . Clasificarea cancerului buzei

Clasificarea este valabilă pentru toate cancerele buzei superioare și inferioare. Confirmarea histologică este indispensabilă

Clasificarea clinică TNM

- *T – Tumora primară*

T x – Tumora primară nu poate fi evaluată

T0 – Tumora primară nu este decelabilă

Tis – Carcinom in situ, tumoare intraepitelială

T1 – Tumora cu diametrul maximal < 2 cm

T2 - Tumora cu diametrul maximal 2 – 4 cm

T3 – Tumora cu diametrul maximal > 4 cm

T4 – Tumoră de orice dimensiuni cu concreștere în structurile adiacente (corticala osoasă, planșeul bucal, nervul dentar, partea cutanată a feței)

În cazul tumorilor primar multiple clasificarea T se va efectua după tumora cea mai mare, iar în paranteze se va indica numărul tumorilor.

- *N – ganglionii limfatici regionali.*

Nx – ganglionii limfatici nu pot fi evaluați

N0 – ganglionii nu se palpează;

N1 – ganglionii mobili se palpează pe partea afectată;

N2 - ganglionii mobili se depistează pe partea opusă sau în ambele părți;

N3 – se palpează ganglionii imobili.

- *M – metastaze distanționale (hematogene)*

M0 - metastaze distanționale nu se depistează

M1 - metastaze distanționale se depistează

Mx – lipsește posibilitatea de a depista metastazele distanționale.

Raportarea sistemului TNM la stadii:

Stadiul 0	Tis	N0	M0
Stadiul I	T1	N0	M0
Stadiul II	T2 T3	N0	M0
Stadiul III	T4	N0	M0
	Orice T	N1	M0
Stadiul IV	Orice T	Orice N	M1

Clasificarea histologică a tumorilor buzei

- Carcinom in situ (cancer intraepitelial)
- Cancer pavimentos (spinocelular) cu sau fără cheratinizare
- Cancer nediferențiat (anaplazic)
- Alte tumori din anexele pielii

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 2 *Factori de risc*

- Fumatul
- Insolația
- Majorarea poluării mediului
- Traumatism cronic al buzelor
- Microarsurile buzelor
- Radiația ionizantă, inclusiv cu scop terapeutic
- Procese inflamatorii cronice netratate:
- Modificările țesuturilor în urma cicatrizării (cheloizi)

C.2.3. Profilaxia

C.2.3.1. Profilaxia primară

Caseta 3 *Profilaxia primară*

Respectarea modului sănătos de viață

- Abandonarea fumatului
- Protecția de razele solare
- Evitarea contactului cu noxele din mediu
- Utilizarea hainelor și echipamentului de protecție

C.2.3.2. Profilaxia secundară

Caseta 4 *Profilaxia secundară*

- Îndreptarea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la specialiștii dermatologi, chirurghi OMF și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de către acești specialiști

C.2.4. Conduita pacientului cu cancer al buzei

Caseta 5 *Obiectivele procedurilor de diagnostic în cancerul buzei*

- Depistarea cancerului buzei
- Aprecierea dinamicii evoluției procesului tumoral
- Determinarea răspândirii procesului tumoral

Caseta 6 *Procedurile de diagnostic în cancer buzei*

- Anamneza
- Palpația și inspecția vizuală
- Examenul radiologic
- Biopsia tumorii cu cercetarea histologică

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 7 *Întrebările ce trebuie examinate la suspjecția cancerului buzei*

Recomandări pentru evaluarea antecedentelor personale

- Particularitățile modului de viață: tebagism, lucrul în condiții nocive, câmp deschis, contact cu substanțe chimice, factori fizici, radiații ionizante.
- Prezența în antecedente a proceselor inflamatorii cronice, proceselor proliferative netratate
- Tratarea proceselor inflamatorii timp îndelungat fără efect clinic
- Determinarea dinamicii evoluției bolii
- Concretizarea consecutivității extinderii leziunii tumorale în alte zone (ganglioni limfatici)

C.2.4.2. Manifestările clinice

Caseta 8 Manifestările clinice în cancerul buzei

Simptomatologia cancerului buzei este variată și depinde de localizarea procesului, forma de proliferare și gradul de extindere a tumorii. În cancerul buzei deosebim trei forme de proliferare clinică:

- a) exofită (papilomatoasă) – cu bază extinsă, limite bine determinate, suprafață tuberoasă și papilară, gradul de invazie mic, pronostic relativ favorabil.
 - b) endofită sau infiltrativ ulcerosă – proces infiltrativ, însoțit de ulcerare, limitele nu se determină bine, invadează țesuturile adiacente, prognostic mai puțin favorabil.
 - c) mixtă – este o îmbinare între forma exofită și endofită.
- Mai frecvent este afectată buza inferioară.

C.2.4.3. Investigații paraclinice

Caseta 9 Investigațiile paraclinice în cancerul buzei

Investigații pentru confirmarea cancerului buzei

- Frotiu- amprentă din tumoarea ulcerată
- Raclaj din tumoare
- Biopsia tumorii
- Radiografia regiunii afectate la necesitate

Investigații pentru determinarea gradului de extindere a cancerului buzei (stadiul clinic)

- Examenul obiectiv
- Examenul radiologic
- USG regiunii cervicale
- Radiografia cutiei toracice
- Tomografia mediastinului
- Examenul ultrasonor al organelor cavității abdominale
- Radiografia oaselor la apariția durerilor în oase

Investigații recomandabile

- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- Biochimia sângelui (proteina generală, bilirubina totală și fracțiile ei, ureea, creatinina, aminotransferazele, fosfataza alcalină)
- Coagulograma
- Ionograma
- ECG
- Grupa de sânge și Rh-factor
- RPR și HIV infecția

Frotiu-amprentă din tumoarea ulcerată se efectuează pentru tumorile buzei ulcerate prin aplicarea lamei de sticlă pe suprafața tumorii. Permite obținerea materialului pentru examen citologic.

Raclaj din tumoare se efectuează pentru tumorile ulcerate, cu transferarea materialului obținut pe lamele și examinarea lor citologică ulterioară .

Biopsia tumorii se efectuează cu ajutorul conhotomului și/sau bisturiului. Permite obținerea materialului pentru examen histologic.

Radiografia regiunii afectate se efectuează în toate cazurile când este suspectată clinic concreșterea tumorii în mandibulă sau maxilă.

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 10 Diagnosticul diferențial al cancerului buzei

- Hiperkeratoze infectate
- Leucoplazie
- Șancru dur
- Ulcer TBC
- Tumori vasculare
- Chisturi
- Papilom și papilomatoza
- Cicatrice de diverse origini
- Nevi
- Cheratoacantomul
- Cheilita Manganoti
- Adenopatii

Caseta 11. Momente cheie în diagnosticul diferențial

Multitudinea formațiunilor tumorale ale buzei, clinic pot fi confundate cu stadiile inițiale ale cancerului sau invers. Iată de ce apare necesitatea unui diagnostic diferențiat al cancerului cu procesele patologice de alt gen și cu unele maladii inflamatorii.

Hiperkeratoze infectate prezintă formațiuni acoperite cu mase cheratinizate, clinic manifestate prin plăci de culoare gălbuie, dure la palpare, indolore, dar care pot deveni dureroase la asocierea infecției.

Papiloma și papilomatoza la adulți are o incidență destul de înaltă (20% - 40% din toate tumorile benigne). Rata malignizării alcătuiește 7% - 20% și poate avea loc în termeni de 1 – 20 ani din momentul apariției primelor manifestări. Papilomul este o formațiune rotunjită, cu o suprafață tuberoasă. Culoarea variază în dependență de vascularizare și gradul de cornificare. Cu cât cheratoza este mai pronunțată, cu atât tumoarea este mai pronunțată. Tratamentul este îndreptat spre înlăturarea tumorii (chirurgicală, criochirurgicală, laserodistrucție) și terapie antivirală.

Leucoplazia constituie 4% - 20% din structura afecțiunilor precanceroase ale buzei. El reprezintă pete, de dimensiuni variate. Are culori ce variază de la albicioasă până la alb mat. Pot fi solitare sau multiple, de diferite dimensiuni și extindere. Se tratează prin excizie chirurgicală sau criodistrucție.

Șancru dur reprezintă o formațiune nodulară, dură, indoloră, uneori crateriformă, cu marginile festonate, de dimensiuni variate. Diagnosticul diferențial se bazează pe anamnezic și examenul serologic.

Tumorile vasculare pot fi de diferită localizare și dimensiuni, solitare sau multiple. Culoarea variază de la roșie până la violetă-albastră. La vitropresiune se constată modificarea culorii tumorii. Tumorile sîngerează ușor la atingere. Uneori, în tumorile masive se poate determina pulsare. Tratamentul prevede înlăturarea tumorii (excizie chirurgicală, criodistrucție)

Boli cronice inflamatorii de regulă nu prezintă dificultăți de diagnostic diferențial. Se vor trata la specialistul de profil.

Cheratoacantomul tumoră cu creștere exofită, cu focar de hipercheratoză în centrul tumorii, pe bază lată. Tratamentul este chirurgical sau criochirurgical.

Cornul cutanat. Reprezintă o tumoare exofită, dură, de culoare surie-gălbuie până la brună, dură, bine delimitată, de diverse dimensiuni. Tratamentul este chirurgical.

Ulcerul TBC reprezintă un ulcer cronic, cu conținut de mase necrotice și cazeum. Diagnosticul diferențial se bazează pe anamnezic și examenul morfologic.

Cheilita Manganoti Suprafața bordurii roșii este ulcerată, acoperită cu eroziuni asociate cu procese inflamatorii și de hipergranulare.

C.2.4.5. Criterii de spitalizare

Caseta 12. Criteriile de spitalizare a pacienților cu cancer al buzei

- Toți pacienții cu cancer buzei confirmat histologic sau citologic necesită tratament specific

C.2.4.6. Tratamentul

Caseta 13 Principiile de tratament al cancerului buzei

Tratamentul cancerului buzei

În stadiile I și II se efectuează tratamentul radioterapeutic, laserodestrucție, criodestrucție și diferite variante de excizie chirurgicală a tumorii.

Ca regulă roentgenoterapia se efectuează prin metoda fracționată cu doza de iradiere 550 Ro pe zi de 5 ori în săptămână pînă la doza sumară de 6500 Ro. – 7000 Ro., în dependență de toleranța mucoasei. Metoda fracționată permite să se creeze un interval terapeutic mare, acțiunea distructivă fiind maximală pentru țesuturile afectate și minimală pentru cele sănătoase.

Dimensiunile cîmpului de iradiere se stabilește în mod individual în dependență de localizarea tumorii, gradul de avansare. Dimensiunile variază între 4x4 cm.

Tratamentul crio-chirurgical constă în aplicarea temperaturilor joase – 190° – 196° C, care le posedă la folosirea metodei prin pulverizare a azotului lichid cu viteza de transmitere de 200° C /min de la 0,5 min pînă la 3-4 min. Temperatura de congelare -190° C, temperatura necrozei țesuturilor -40° C, temperatura de înghețare - 2° C. Pentru cancerul pavimentos se necesită 4 – 5 cicluri congelare-decongelare.

Tratamentul chirurgical se bazează pe electoexcizia tumorii respectînd cîmpul lui Williams, care este egal cu 1,5 – 2 cm. de la marginea vizuală a tumorii.

În stadiile III – IV tratamentul este combinat: radioterapeutic (40Gy) + chirurgical, sau complex folosind metodele fizice hipertermia, crioterapia în diferită succesivitate, în care intervenția chirurgicală este de bază. Radioterapia preoperatorie are cele mai mari avantaje contribuind la rezorbția tumorii, inhibă bioactivitatea acesteia, blochează fluxul limfatic și contribuie la crearea condițiilor de ablative pentru operație. Intervalul dintre radioterapie și operație este de 2 – 4 săptămîni.

În prezența metastazelor în ganglionii limfatici regionali se va efectua evidare ganglionară regională sau operația Cryle.

Operația Cryle este indicată în caz de invazie în ganglionii limfatici profunzi sau în metastaze imobile, intim concrescute cu vena jugulară internă, mușchiul sternocleido-mastoidian, pereții tecii faciale. La baza acestei operații este principiul exciziei unimomentale a țesutului celular în limitele: linia mediană a gîtului, clavicula, marginea anterioară a mușchiului trapezoidal, polul inferior al glandei parotide, marginea inferioară a mandibulei. Se extirpează într-un bloc țesutul celular cu ganglionii limfatici regionali, mușchiul sternocleidomastoidian, vena jugulară internă, glanda salivară submandibulară cu țesutul celular submentonian și submaxilar, polul inferior al glandei parotide.

Excizie celulară cervicală în teacă facială este indicată în cazurile de metastazare: 1) ganglionii limfatici tumefiați, mobili, solitari; 2) ganglionii modificați, suspecti; 3) excizia preventivă a țesutului celular.

Tratamentul chimioterapeutic

Se efectuează în stadiile III – IV, în cazurile de afectare a ganglionilor limfatici de metastaze, în cadrul tratamentului complex.

I.

1. 5- Fluorouracil 7 – 12 mg/kg/zi (3 zile) + Bleomicină 15 -30 mg (prima zi);
2. a 4-a zi – Cisplatin 100 mg/m² i/v ;
3. peste 2-3 zile – telegamaterapie fracționată.

Dacă la doza de 40 Gy regresia este mai mică de 50% - se recurge la operație, dacă regresia e mai mare de 50% - iradiere pînă la 70 Gy.

II.

1. Cisplatin – 1 zi 100 mg/m² i/v.

2. 5 - Fluorouracil 7 – 12 mg/kg/zi (3 zile).
3. Radioterapie (40Gy).
4. Se repetă schema chimioterapeutică.
5. Se evaluează regresia.

Metoda polichimioterapeutică este în continuă cercetare.

C.2.5. Pregătirea preoperatorie

Pregătirea preoperatorie va depinde de patologia concomitentă, și dereglările metabolice determinată de ea. Individual se va hotărî în caz de pregătire de lungă durată, ea se va efectua în condițiile secțiilor corespunzătoare ale spitalelor raionale sau în caz de patologie concomitentă severă – în instituțiile republicane de profil.

C2.5. Intervenția chirurgicală

Caseta 14 Particularitățile tratamentului chirurgical

În stadiile III – IV, după electroexcizia tumorii se obțin defecte masive ce necesită efectuarea plastiei defectului prin: țesuturi locale, lambouri migrate, lambouri microchirurgicale.

C.2.5. Conduita postoperatorie

Caseta 15 conduita postoperatorie

Administrarea preparatelor analgezice

Prelungirea tratamentului cu analgezice

Indicarea tratamentului antibacterian în funcție de sensibilitatea florei depistate

Înlăturarea suturilor

C.2.5.7. Evoluția și prognosticul

Evoluția și prognosticul sunt, în general, pozitive pentru pacient.

C.2.5.8. Supravegherea pacienților

Caseta 16 Supravegherea pacienților cu cancer al buzei

- Pacienții cu cancer al buzei după finisarea tratamentului se află la supravegherea oncologului în policlinica Institutului Oncologic, oncologului raional și medicului de familie. Primul an după tratament o dată la 2 luni, al doilea an – o dată la patru luni, al 3-lea an o dată la 6 luni. În următorii ani – o dată în an.
- La fiecare prezentare la consultație în condiții de ambulator se efectuează examenul obiectiv. Radiografia cutiei toracice, tomografia mediastinului primii 2 ani se efectuează la fiecare 6 luni, ulterior – o dată în an.

C.2.6. Stările de urgență

Caseta 17 Stările de urgență în cancerul buzei

- Hemoragii

C.2.7. Complicațiile

Caseta 18 Complicațiile tratamentului chirurgical:

Intraoperatorii: hemoragii,

Postoperatorii: supurarea plăgii, dihiscentă de suturi, hemoragii din vasele magistrale cervicale, formarea fistulelor salivare.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistenta medicului de familie • medic de laborator și laborant cu studii medii <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • tonometru • laborator clinic standard.
<p>D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional)</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog • medic ORL • medic chirurg OMF • medic dermatolog • medic de laborator clinic și biochimic • medic funcționalist • medic imagist • asistente medicale • laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic • alți specialiști (la necesitate) <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • tonometru • electrocardiograf • cabinet radiologic • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma, K, Ca, Mg), glucoza sângelui, indicilor coagulogramei
<p>D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulatoriu – policlinica IMSP Institutul Oncologic</p>	<p>Personal:</p> <p>medic oncolog (cap, gât) medic imagist medic endoscopist medic funcționalist medic morfolog, medic citolog, medic de laborator clinic și biochimic asistente medicale laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic, morfologic, citologic</p> <p>Dispozitive medicale: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • tonometru • electrocardiograf • cabinet radiologic • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui,

	<p>analizei generale a urinei, biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma, K, Ca, Mg), glucoza sângelui, indicilor coagulogramei</p> <p>cabinet endoscopic</p> <ul style="list-style-type: none"> • laborator patomorfologic, • laborator bacteriologic • aparate pentru iradiere la distanță (Rocus, Teragam) și Roentgenterapie <p>Medicamente, consumabile:</p> <p>Preparate</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ antibacteriene ✓ analgetice ✓ material de pansament
<p>D.4. laboratorul tumori cap/gât și microchirurgie al IMSP Institutul de Oncologie</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medici chirurghi oncologi cap/gât • medici de laborator în biochimie • medici imagiști • medici endoscopiști • medici specialiști în diagnostic funcțional • specialiști morfologi (histologi, citologi) • asistente medicale • laboranți cu studii medii în laboratorul patomorfologic • laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic • laboranți cu studii medii în laboratorul bacteriologic • alți specialiști (la necesitate) <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aparataj pentru criodistrucție • laserdistructor • aspirator • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • ultrasonograf • cabinet radiologic • cabinet endoscopic
	<p>Medicamente, consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ antibacteriene ✓ analgetice ✓ material de pansament

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A îmbunătăți diagnosticarea pacienților cu cancer al buzei	1.1. Proporția pacienților suspecți la cancer al buzei la care diagnosticul a fost confirmat la prima adresare pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer al buzei confirmați pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului specialist (oncolog) și a medicului de familie pe parcursul ultimului an
2.	A spori depistarea precoce a pacienților cu cancer al buzei	2.1. Proporția pacienților cu cancer al buzei, care au fost diagnosticați în stadiile inițiale pe parcursul unui an	1.1. Numărul pacienților cu cancer al buzei diagnosticați în stadiile inițiale I-II pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului specialist (oncolog) și a medicului de familie pe parcursul ultimului an
3.	A îmbunătăți tratamentul pacienților cu cancer al buzei	3.1. Proporția pacienților cu cancer al buzei care au fost supuși tratamentului conform recomandărilor PCM pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer al buzei cărora li s-a efectuat tratament conform recomandărilor PCM pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului specialist (oncolog) și a medicului de familie pe parcursul ultimului an
4	A majora numărul pacienților cu cancer al buzei tratați	4.1 . Proporția pacienților cu cancer al buzei tratați radical pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer al buzei tratați radical pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului specialist (oncolog) și a medicului de familie pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancer al buzei

(ghid pentru pacient)

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Diagnosticul cancerului buzei

Tratamentul cancerului buzei

Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu cancer al buzei în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu cancer al buzei, dar poate fi util și pentru membrii familiilor acestora, 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 medicii trebuie să stabilească dacă o persoană este afectată de cancer al buzei
- ✓ tratamentul cancerului buzei
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu cancer al buzei
- ✓ reabilitarea chirurgicală și psihologică a pacientului cu cancer al buzei

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 cutanat și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Cancerul buzei

În structura maladiilor canceroase cancerul buzei se clasează pe locurile 5 – 7, în raport procentual constituind 5,5%. Actualmente se observă o tendință spre creștere a morbidității, dar, totodată și de reducere a mortalității din cauza acestei maladii. În Moldova cancerul buzei inferioare ocupă locul 7 în structura maladiilor canceroase. Anual se depistează 170 – 200 bolnavi la 100 mii locuitori. Cancerul buzei se întâlnește aproape exclusiv la bărbați în vârstă de 50 – 70 ani, raportul bărbați: femei este 10:1. El apare pe fondul unor procese patologice de lungă durată, care au fost sistematizate și descrise ca stări precanceroase, sau, pur și simplu, precancer. Această maladie în ultimii ani este în centrul atenției oncologilor de specialitate, maladia având tendință de creștere continuă a morbidității. În declanșarea cancerului buzei contribuie mai mulți factori (factori de risc): insolația, majorarea poluării mediului, lucrul în câmp, procese patologice de lungă durată netratate (hipercheratozele, papilomatozele, cicatricele cronice, pierderea elasticității pielii, lupus eritematos.), traumatizarea cronică. Cel mai important este expunerea excesivă la soare. Se întâlnește în general la vârsta matură cu un maximum de frecvență la 59-70 ani. În 80-85% cazuri diagnosticul se stabilește în stadiile I-II și numai în 15-20% cazuri în stadiile III-IV. În cancerul buzei sunt aplicate toate metodele de tratament: radioterapeutic, chirurgical, crioterapeutic, laserodestrucție, chimioterapie (în cazurile avansate) și tratament combinat.

În stadiile inițiale I și II se aplică separat una dintre metode – chirurgicală, crio-chirurgicală sau radioterapeutică. Iradierea se efectuează în doze 40-70 Ro. Metoda chirurgicală constă din electrorezecția buzei în limitele de 0,5 – 2,0 cm. țesut vizual sănătos de la marginea tumorii, iar

metoda criogenică prevede aplicarea a 3 – 5 cicluri congelare-decongelare cu azot lichid cu timpul de expoziție 3 – 5 minute. În aceste cazuri se obține vindecarea practic a 100% pacienți.

În cancerul cutanat local avansat III-IV se aplică tratament combinat: chirurgical + radioterapie în diferită succesivitate. Intervențiile chirurgicale sunt în volum de electroexcizii lărgite cu diverse forme de plastii a defectelor postchirurgicale, la necesitate completate de evidări ganglionare în aceeași etapă sau în etape diferite. În prezența contraindicațiilor absolute pentru chirurgie sau radioterapie poate fi folosită independent crio tumorii. Supraviețuirea la 5 ani în stadiul III-IV constituie 75%.

Manifestările cancerului buzei

1. Cancerul buzei *se manifestă* prin prezența formațiunii tumorale ale buzei superioare sau inferioare, care pot fi solitare sau multiple, ulcere care nu se vindecă mai mult de 3 săptămâni, hemoragii din tumoră.

Tratamentul

În stadiile I și II se efectuează tratamentul radioterapeutic, laserodestrucție, criodestrucție și diferite variante de excizie chirurgicală a tumorii.

Ca regulă roentgenoterapia se efectuează prin metoda fracționată cu doza de iradiere 550 Ro pe zi de 5 ori în săptămână până la doza sumară de 6500 Ro. – 7000 Ro. în dependență de toleranța pielii. Metoda fracționată permite să se creeze un interval terapeutic mare, acțiunea distructivă fiind maximală pentru țesuturile afectate și minimală pentru cele sănătoase.

Dimensiunile câmpului de iradiere se stabilește în mod individual în dependență de localizarea tumorii, gradul de avansare. Dimensiunile variază între 4x4 cm.

Tratamentul crio-chirurgical constă în aplicarea temperaturilor joase – 190° – 196° C, care la posedă la folosirea metodei prin pulverizare a azotului lichid cu viteza de transmitere de 200° C /min de la 0,5 min până la 3-4 min. Temperatura de congelare -190° C, temperatura necrozei țesuturilor - 40° C, temperatura de înghețare - 2° C. Pentru cancerul pavimentos se necesită 4 – 5 cicluri congelare-decongelare.

Tratamentul chirurgical se bazează pe electroexcizia tumorii respectând câmpul lui Williams, care este egal cu 1,5 – 2 cm. de la marginea vizuală a tumorii.

În stadiile III – IV tratamentul este combinat: radioterapeutic (40 Gy) + chirurgical, sau complex folosind metodele fizice hipertermia, crioterapia în diferită succesivitate, în care intervenția chirurgicală este de bază. Radioterapia preoperatorie are cele mai mari avantaje contribuind la rezorbția tumorii, inhibă bioactivitatea acesteia, blochează fluxul limfatic și contribuie la crearea condițiilor de ablative pentru operație. Intervalul dintre radioterapie și operație este de 2 – 4 săptămâni.

În prezența metastazelor în ganglionii limfatici regionali se va efectua evidare ganglionară regională sau operația Cryle.

Operația Cryle este indicată în caz de invazie în ganglionii limfatici profunzi sau în metastaze imobile, intim concrescute cu vena jugulară internă, mușchiul sternocleido-mastoidian, pereții tecii faciale. La baza acestei operații este principiul exciziei unimomentale a țesutului celular în limitele: linia mediană a gâtului, clavicula, marginea anterioară a mușchiului trapezoidal, polul inferior al glandei parotide, marginea inferioară a mandibulei. Se extirpează într-un bloc țesutul celular cu ganglionii limfatici regionali, mușchiul sternocleidomastoidian, vena jugulară internă, glanda salivară submandibulară cu țesutul celular submentonian și submaxilar, polul inferior al glandei parotide.

Excizie celulară cervicală în teacă facială este indicată în cazurile de metastazare: 1) ganglionii limfatici tumefiați, mobili, solitari; 2) ganglionii modificați, suspecti; 3) excizia preventivă a țesutului celular.

Tratamentul chimioterapeutic

Se efectuează în stadiile III – IV, în cazurile de afectare a ganglionilor limfatici de metastaze, în cadrul tratamentului complex.

BIBLIOGRAFIE

1. Gh. Țîbîrnă. *Atlas. Chirurgia oncologică în imagini, Chișinău 2011*
2. De Vita et al. *Cancer. Principles and practice of oncology, VIII ed., New York 2008*
3. Пачес А.И. *Опухоли головы и шеи. М., 2001..*
4. Neligan PC. Strategies in lip reconstruction. *Clin Plast Surg.* Jul 2009;36(3):477-85
5. Kronic AL, Weitzul S, Taylor RS. Advanced reconstructive techniques for the lip and perioral area. *Dermatol Clin.* Jan 2005;23(1):43-53, v-vi.
6. Bailey BJ, Calhoun KH. *Head and Neck Surgery.* 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven; 2002.
7. Gh. Țîbîrnă. *Ghid clinic de oncologie.* Editura „Universul”, 2003.