

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



Cancerul laringian

Protocol clinic național

PCN - 178

Chișinău 2012

**Aprobat la ședința Consiliului de Experti al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 25.10.2012, proces verbal nr.3**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1183 din 27.11.2012
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul laringian”**

Elaborat de colectivul de autori:

Gheorghe Țâbârnă	academician, d.ș.m, profesor universitar IMSP Institutul Oncologic
Valentina Darii	d.ș.m, colaborator științific coordonator, laboratorul tumori cap și gât și microchirurgie IMSP Institutul Oncologic
Alexandru Postolache	medic chirurg-oncolog, laboratorul tumori cap și gât și microchirurgie IMSP Institutul Oncologic

Recenzenți oficiali:

Victor Ghicavii	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ala Nemerenco	d.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Rita Seicaș	Prim-vicedirector, Agenția Medicamentului
Anatolie Prisacari	Director interimar, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Iurie Osoianu	Vicedirector, Compania Națională de Asigurări în Medicină
Victor Osman	d.ș.m., catedra ORL, USMF „Nicolae Testemițanu”

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii ICD-O C32. 0,1,2	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopurile protocolului.....	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data următoarei revizuirii	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informație epidemiologică	5
B. PARTEA GENERALĂ.....	6
B.1. Nivel de asistență medicală primară	6
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog - raional)	7
B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (Policlinica IMSP Institutul Oncologic).....	8
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic).....	9
C.1. ALGORITMI DE CONDUIȚĂ.....	12
C 1.1. Algoritm diagnostic în cancerul laringian.....	12
C 1.2. Algoritm de tratament al cancerului laringian	11
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....	12
C.2.1. Clasificarea.....	12
C.2.2. Factorii de risc	13
C.2.3. Profilaxia	13
C.2.3.1. Profilaxia primară.....	13
C.2.3.2. Profilaxia secundară.....	13
C.2.4. Conduita pacientului cu cancer laringian	13
C.2.4.1. Anamneza.....	13
C.2.4.2. Manifestările clinice	14
C.2.4.3. Investigații paraclinice.....	14
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial.....	16
C.2.4.5. Criteriile de spitalizare.....	16
C.2.4.6. Ttratamentul.....	18
C.2.4.6.1. Pregătirea preoperatorie.....	19
C.2.4.6.2. Conduita postoperatorie.....	19
C.2.4.6.3. Complicații postoperatorii.....	19
C.2.4.6.4. Radioterapia cancerului Laringian.....	20
C.2.4.6.5. Tratatamentul medicamentos. Principiile efectuării PCT	20
C.2.4.7. Supravegherea.....	21
C.2.5. Stările de urgență.....	21
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	22
D 1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	22
D2 Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional).....	22
D3. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator (Policlinica IMSP Institutul Oncologic).....	22
D4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția cap/gât, CT, RT a IMSP Institutul Oncologic.....	23
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	24
ANEXE.....	25
Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancer laringian.....	25
BIBLIOGRAFIE.....	26

Abrevierile folosite în document

RT	Radioterapie
PChT	Polichimioterapie
PCN	Protocol clinic național
ORL	Otorinolaringolog

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 laringean 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 laringean*Exemple de diagnostice clinice:*

1. Cancerul regiunii vestibulare al laringelui T3N0M0 st. IIIa.
2. Cancerul regiunii vestibulare a laringelui T3N1M0 st.IIIb.
3. Cancerul regiunii glotice a laringelui T2N0M0 st.II.

A.2. Codul bolii ICD-O C32. 0,1,2 C10.1**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);
- instituțiile/secțiile consultative (ORL, oncologi);
- 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 laringean.
2. A spori depistarea precoce a pacienților cu cancer laringean.
3. A contribui la scăderea ratei malignizării tumorilor benigne și stărilor precanceroase prin depistarea acestora și tratamentul oportun.
4. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu suspecție la cancer laringean la nivelul medicinei primare și specializate.
5. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu cancer laringean la nivelul policlinicii IMSP Institutul Oncologic. A elabora algoritmul tratamentului chirurgical, combinat și complex la bolnavii cu cancer laringean la nivelul IMSP Institutul Oncologic.
6. A spori calitatea tratamentului cancerului laringean și a ameliora rezultatele imediate.
7. A majora numărul pacienților cu cancer laringean vindecați.
8. A ameliora rezultatele la distanță al tratamentului bolnavilor cu cancer laringean prin perfecționarea tehnicii chirurgicale și aplicarea tratamentului combinat.

A.5. Data elaborării protocolului: anul 2012**A.6. Data revizuirii următoare:** anul 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 AȘ RM, d.h.ș.m., profesor universitar	Vicedirector Institutul Oncologic, conducătorul laboratorului tumori cap și gât și microchirurgie
Dr. Valentina Darii, d.ș.m.	Colaborator științific coordonator, laboratorul tumori cap și gât și microchirurgie
Dr. Alexandru Postolache	Medic, chirurg oncolog, categorie superioară, laboratorul tumori cap și gât și microchirurgie

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

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

A.8. Definițiile folosite în document

Cancerul Laringean – proces malign, care se dezvoltă din epiteliu plat pavimentos, scuamos (regiunea vestibulară), epiteliu pseudostratificat ciliar, columnar (regiunea glotică), epiteliu cilindric ciliat, pluristratificat (regiunea subglotică).

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

A.9. Informație epidemiologică

În structura tumorilor căilor respiratorii superioare, cancerul Laringean este unul din cel mai des întâlnit și constituie aproximativ 50% din totalul tumorilor sferei ORL și cuprinde 2 – 4% dintre toate cazurile de malignizare diagnosticate anual în toată lumea. Această maladie în ultimii ani este în centrul atenției oncologilor de specialitate, maladia având tendința de creștere continuă a morbidității. În R. Moldova indicele morbidității prin cancer Laringean în 1980 constituia 2,2%, în 2000 – 2,6%, în 2008 – 2,9% cazuri la 100 000 populație. În declanșarea cancerului Laringean contribuie mai mulți factori (factori de risc): fumatul, poluăr mediului, suprasolicitarea coardelor vocale, procese patologice de lungă durată netratate (laringite cronice, toate formele de discheratoze ale mucoasei laringelui ș.a.). Cel mai important este fumatul. În 98% cazuri pacienții sunt fumători abuzivi timp de 15-20 ani. Este un cancer predominant la sexul masculin, constituind 98% și numai 2% la cel feminin. Se întâlnește în general la vârsta matură cu un maximum de frecvență la 50-60 ani. În 80-85% cazuri diagnosticul se stabilește în stadiile III-IV și numai în 15-20% cazuri în stadiile I-II. În 31% cazuri leziunea primară este asociată unei adenopatii satelite metastatice în ganglionii limfatici cervicali, care demonstrează un pronostic al tratamentului foarte dezagregabil. În cancerul Laringean sunt aplicate toate metodele de tratament: radioterapeutic, chirurgical, crioterapeutic, laserodestrucție, chimioterapie și tratament combinat.

În stadiile inițiale I și II supraviețuirea la 5ani – 90-98%. În cancerul Laringean local avansat III-IVa, supraviețuirea la 5 ani constituie 45-75%.

De aceea problema cancerului Laringean 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 instituțiilor de asistență medicală primară**

Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C.2.3.	Tutunul conține mai mult de 4000 substanțe toxice, inclusiv cancerigene. Consumul abuziv de alcool, cocarcinogen care potențiază acțiunea fumatului. Factorii nocivi de poluare a mediului.	Obligatori: • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață: - combaterea tabagismului, - evitarea consumului abuziv de alcool. - includerea în grupul de risc în dezvoltarea cancerului Laringean a pacienților cu procese benigne și stări precanceroase. (Caseta 2, 3)
1.2. Profilaxia secundară C.2.3.	Procesele benigne și precanceroase netratate contribuie la malignizare	Obligatori: Îndreptarea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la specialiștii ORL și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de acești specialiști. (Caseta 4)
2. Diagnosticul		
2.1 Suspectarea diagnosticului de cancer laringean C 2.4 C 2.4.1 C 2.4.2	Examenul obiectiv permite suspectarea cancerului Laringean la persoanele cu acuze de disconfort în gât, răgușală până la afonie totală, dureri locale, dispnee,	Obligatori: Anamneza, examenul fizic, Investigațiile paraclinice: analize clinice și biochimice, radiografia cutiei toracice, radiografia laterală a laringelui, tomografia laringelui (Caseta 6.7.8)
2.2. Referire către specialist. C 2.4.2 C 2.4.3 C 2.4.4	Orice bolnav cu suspjecție la patologia laringelui cu acuze de disconfort în gât, răgușală până la afonie totală, dureri locale, dispnee este necesar de trimis la ORL și oncologul raional pentru efectuarea investigațiilor, prevăzute în PCN	Obligatori: Toți bolnavii la care se suspectă patologia laringelui se trimit la specialiștii ORL și oncologul raional Recomandabil: Consultația altor specialiști în dependență de necesitate (Caseta 8, 9, 10, 11)
4. Supravegherea C 2.4.7	Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către oncologul IMSP Institutul Oncologic, efectul lui, maladiilor concomitente și depistarea precoce a recidivelor.	Obligatori: Supravegherea se face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor oncologului IMSP Institutului Oncologic (Caseta 18)

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional)		
Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C 2.3.	Tutunul conține mai mult de 4000 substanțe toxice, inclusiv cancerigene. Consumul abuziv de alcool, cocarcinogen care potențiază acțiunea fumatului. Factorii nocivi de poluare a mediului.	Obligatoriu: • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață: - combaterea tabagismului, - evitarea consumului abuziv de alcool. (Casetă 2, 3)
1.2. Profilaxia secundară C 2.3.	Procese benigne și precanceroase netratate contribuie la malignizare	Obligatoriu: Supravegherea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la specialiștii ORL și oncolog. (Casetă 4)
2. Diagnosticul		
2.1. Diagnosticul și îndreptarea la consultația oncologului cap/gât IMSP IO C 2.4 C 2.4.1 C 2.4.2	Orice bolnav cu acuze la dureri în gât, afonie, dispnee, prezența ganglionilor limfatici în creștere necesită consultația oncologului și efectuarea explorării paraclinice..	Obligatoriu: • Anamneza • Examenul fizic Investigațiile paraclinice Laringoscopia indirectă ✓ Examenul radiologic: radiografia laterală și tomografia laringelui ✓ Examenul endoscopic. Analiza generală a sângelui, Biochimia USG organelor abdominale R-grafia plămânilor (Casetă 6, 7, 8)
2.2 Referire către specialist C 2.4.2 C 2.4.3 C 2.4.4	Orice bolnav cu suspecție la cancer Laringean este necesar de referit la specialistul ORL și oncolog	Toți bolnavii la care se suspectă cancer al laringelui se trimit la consultația oncologului cap/gât IMSP IO (Casetă 8, 9, 10, 11)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul C 2.4.6	Tratamentul se efectuează conform recomandărilor centrului de oncologie (IMSP Institutul Oncologic)	Tratamentul se efectuează conform recomandărilor oncologului (IMSP Institutului Oncologic) (Casetă 12, 13, 14, 15)
4. Supravegherea C 2.4.7	Bolnavii după tratament radical. 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) (Casetă 18)

B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu Policlinica IMSP IO		
Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Diagnosticul Confirmă prezența cancerului Laringean C 2.4.3 C 2.4.4	Suspecții la cancer Laringean Cancerul Laringean este confirmat numai prin examen citologic sau morfologic pentru a efectua tratamentul oncologic	Obligatori Anamneza Examenul fizic Investigații paraclinice Metode de stabilire a diagnosticului: Laringoscopie indirectă Examenul radiologic: radiografia laterală și tomografia laringelui Examenul endoscopic Colectarea materialului pentru citologie și biopsie Metode de apreciere a extinderii leziunii tumorale a cancerului laringean Examenul endoscopic R-grafia cutiei toracice Tomografia mediastinului USG cavității abdominale Diagnosticul diferențial (Casetă 10, 11)
2. Aprecierea tacticii de tratament C 2.4.6	Tratamentul cancerului Laringean se efectuează în dependență de extinderea leziunii tumorale și prevede vindecarea sau prelungirea duratei vieții bolnavilor de cancer Laringean. Necesitatea monitorizării evoluției procesului. Consultația specialistului „cap/gât”, radioterapeutului și chimioterapeutului. Necesitatea efectuării tratamentului chirurgical, combinat (chirurgical+radioterapie în diferită succesivitate), radioterapeutic și chimioterapeutic.	Obligatori: Stabilirea și confirmarea diagnosticului definitiv Aprecierea extinderii procesului. Elaborarea tacticii de tratament. Spitalizarea în secția cap/gât și microchirurgie pentru tratament chirurgical. Elaborarea tacticii de tratament prin consiliu din 3 specialiști la bolnavii cu contraindicații către tratament specific. (Casetă 13)
3. Spitalizarea C 2.4.5	După stabilirea diagnozei de cancer Laringean sau suspiciunii de cancer Laringean, stabilirea bolilor concomitente, indicilor analizelor de sânge și rezultatele examenului paraclinic, în lipsa contraindicațiilor pacienții sunt internați pentru tratament staționar: chirurgical, combinat, radioterapeutic, chimioterapeutic. Pacientul poate fi internat și în caz de necesitate de a confirma diagnosticul în condiții de staționar. Pacientul poate fi internat ca excepție	Îndreptarea în staționar a pacienților cu cancer Laringean confirmat se efectuează în secțiile respective, conform tacticii de tratament stabilit de specialistul „cap/gât” sau radioterapeut, chimioterapeut În cazuri dificile pacientul este discutat la consilium sau la CMC. (Casetă 8, 9, 10, 11)

	și în mod urgent dacă starea este gravă iar diagnosticul clinic este vădit.	
4. Supravegherea C 2.4.7	Scopul supravegherii este monitorizarea tratamentului indicat de oncolog cap/gât, inclusiv prin aplicarea metodelor speciale, depistarea precoce a recidivelor și metastazelor Se efectuează împreună cu medicul de familie și oncologul raional pentru depistarea precoce a complicațiilor sau progresării patologiei oncologice și tratamentul lor.	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). (Caseta 18)

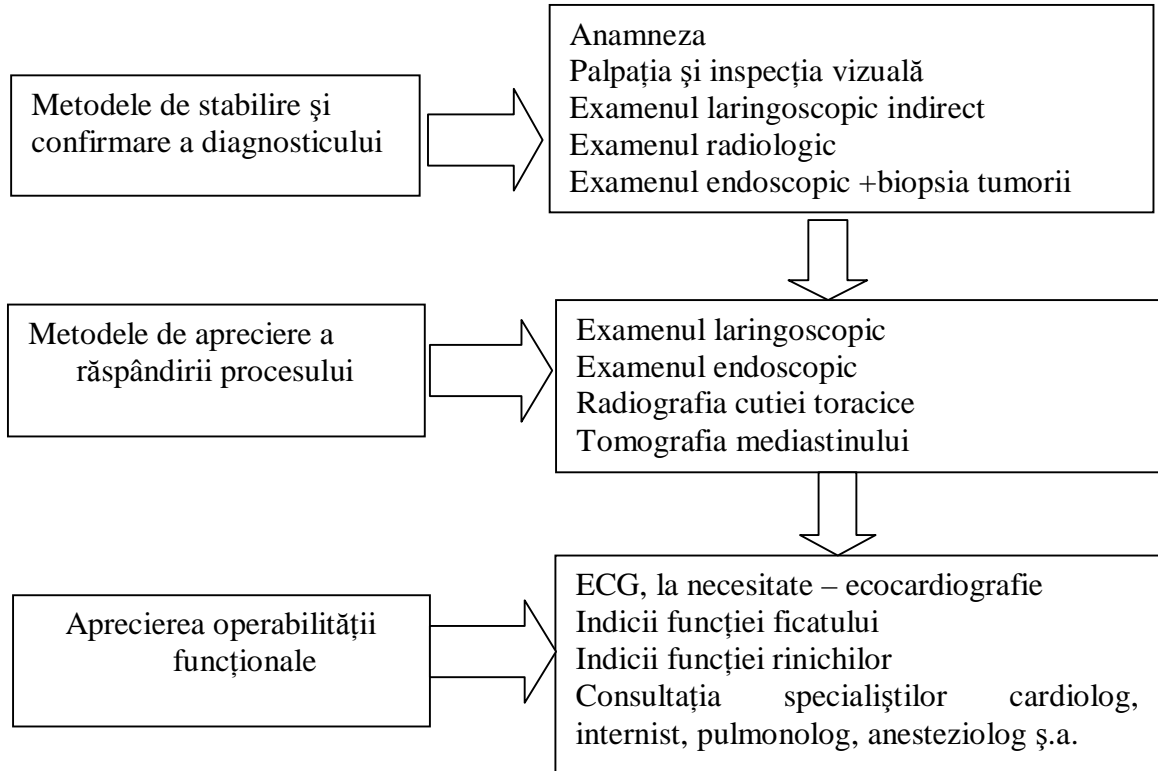
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)		
Descriere (motive)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizare C 2.4.5	Tratamentul corect programelor elaborate contribuie la majorarea numărului de pacienți cu cancer laringean vindecați	Criterii de spitalizare în secții de profil: 1. Bolnavii cu diagnosticul stabilit de cancer Laringean confirmat histologic, fără semne de metastazare la distanță, pentru tratament chirurgical. 2. Bolnavii cu diagnosticul de cancer Laringean în baza datelor endoscopice și radiologice fără confirmare morfologică (formă infiltrativă). 3. Bolnavii cu cancer Laringean și stenoză sub și decompensată care nu pot fi investigați în condiții de policlinică și necesită aplicarea traheostomiei de urgență. 4. Bolnavii cu cancer Laringean ce necesită tratament radioterapeutic sau radioterapie preoperatorie și postoperatorie în plan de tratament combinat sunt internați în secțiile de radioterapie. 5. Bolnavii cu cancer Laringean răspândit se spitalizează după consiliu în secții terapeutice (chimioterapie) <ul style="list-style-type: none"> • Prezența formațiunii tumorale în laringe • Starea generală a bolnavului permite efectuarea tratamentului specific: chirurgical, radioterapeutic, combinat, chimioterapeutic. Necesitatea efectuării traheostomiei urgente (Caseta 8, 9, 10, 11, 12)
2. Diagnosticul în staționar		
2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer Laringean C 2.4.3 C 2.4.4	Se efectuează în cazul când diagnosticul în policlinică este dificil sau cere intervenție chirurgicală În caz când pacientul este internat în stare gravă sau pe condiții vitale.	Obligativ: Confirmarea diagnozei Stabilirea tacticii de tratament <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>(Casetă 10, 11)</p>
<p>3. Tratamentul</p>		
<p>3.1. Tratamentul chirurgical, tratament combinat (chirurgical+radioterapie în diferită succesivitate), tratament radioterapeutic, tratament chimioterapeutic.</p> <p>C2.4.6 C2.4.6.1 C2.4.6.2 C2.4.6.3 C2.4.6.4 C2.4.6.5</p>	<p>Tratamentul cancerului Laringean se efectuează în dependență de extinderea leziunii tumorale</p>	<p>Obligatoriu</p> <p>Conduita preoperatorie</p> <p>Intervențiile chirurgicale</p> <ul style="list-style-type: none"> • În stadiile I, II - se efectuează rezecție de laringe • În stadiul IIIa – laringectomie • În stadiul IIIb – laringectomie + operație la căile limfatice cervicale • Stadiul IV - • Conduita postoperatorie <p>(Casetă 12, 13, 14, 15)</p>
<p>Externare cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere.</p> <p>C 2.4.7</p>	<p>La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru oncologul raional, medicul 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 oncologul raional, medicul de familie și la IMSP IO (Casetă 16)</p>

C 1. Algoritmii de conduită

În cadrul explorărilor paraclinice preoperatorii se prevăd investigații pentru stabilirea diagnosticului, aprecierea nivelului răspândirii procesului și aprecierea operabilității funcționale a bolnavului

C 1.1. Algoritmii investigațiilor bolnavilor



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR**C.2.1. Clasificarea****Caseta 1. Clasificarea cancerului laringean****Clasificarea clinică TN**• *T – Tumora primară*

T x – Tumora primară nu poate fi evaluată

T0 – Tumora primară nu este decelabilă

Tis – Carcinom in situ, tumoare intraepitelială

• *Regiunea supraglotică*

T1 – tumora nu depășește limitele unui sediu anatomic, nu provoacă imobilizarea laringelui, limitată la nivelul stratului mucos și submucos.

T2 – tumora localizată în limitele regiunii supraglotice (invadează epiglota, ventriculul laringean sau corzile vocale false);

T3 – tumora în limitele laringelui cu fixarea laringelui sau alte semne de infiltrare profundă;

T4 – tumora depășește limitele laringelui;

• *Regiunea medie - glotică*

T1 – tumoare în limitele regiunii date cu mobilitate nemodificată;

T1a – tumoare în limitele unei corzi;

T1b – proces răspândit pe ambele corzi;

T2 – tumoarea în limitele laringelui, invadează regiunile vestibulare și subepiglotică cu mobilitate normală sau fixare neesențială;

T3 – tumoarea în limitele laringelui cu fixarea corzilor uni- sau bilateral;

T4 – tumoarea depășește limitele laringelui;

• *Regiunea inferioară - infraglotică*

T1 – tumora în limitată la cavitatea infraglotică

T1a – tumora localizată pe o parte a regiunii infraglotice;

T1b – tumora cuprinde ambele părți ale regiunii infraglotice;

T2 – tumora nu depășește limitele laringelui, invadează una sau ambele corzi vocale, care au o mobilitate normală sau parțială;

T3 - tumora nu depășește limitele laringelui, imobilitatea unei sau ale ambelor corzi vocale;

T4 - tumora depășește limitele laringelui.

• *N – ganglionii limfatici regionali.*

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 I	T1	N0	M0
Stadiul II	T2	N0	M0
Stadiul III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Stadiul IV	T4	N0,N1	M0
Oricare	T0 - 4	N2	M0
Oricare	T0 - 4	N0-3	M1

Clasificarea histologică a tumorilor laringelui

- Carcinom in situ (cancer intraepitelial)
- Cancer pavimentos (spino celular)
- Cancer verucos (pavimentos)
- Cancer din celule fuziforme (pavimentos)
- Carcinom adenochistos
- Carcinoid
- Adenocarcinom
- Cancer nediferențiat (anaplastic)
- Alte tumori

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 2. Factori de risc

- Fumatul
- Majorarea poluării mediului
- Suprasolicitarea coardelor vocale (profesori, cântăreți etc.)
- Consumul exagerat de alcool
- Procese inflamatorii cronice netratate: laringite cronice hipertrofice, toate formele de diskeratoze, procese degenerativ-proliferative (ulcerații, granulome)
- Modificările țesuturilor în urma cicatrizării (cheloizi) de origine tuberculoasă, sifilitică, scleromatoasă, postraumatică ș.a.

C2.3. Profilaxia

C2.3.1. Profilaxia primară

Caseta 3. Profilaxia primară.

Respectarea modului sănătos de viață

- Combaterea tabagismului
- Evitarea consumului excesiv de alcool
- Evitarea suprasolicitării corzilor vocale

C2.3.2. Profilaxia secundară

Caseta 4. Profilaxia secundară

Îndreptarea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la specialiștii ORL, oncologi cap/gât și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de către acești specialiști

C.2.4. Conduita pacientului cu cancer laringean

Caseta 5. Obiectivele procedurilor de diagnostic.

Confirmarea prezenței cancerului

Evaluarea

Aprecierea gradului de avansare locală (T N)

Aprecierea gradului de avansare la distanță (M)

Caseta 6. Procedurile de diagnostic în cancer laringean

Anamneza

Palpația și inspecția vizuală

Examenul laringoscopic (indirect)

Examenul radiologic: radiografia laterală și tomografia laringelui

Examenul endoscopic (fibrolaringoscopia)

Biopsia tumorii cu examen histologic

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 7. Întrebările ce trebuie examinate la suspectia cancerului laringean

Recomandări pentru evaluarea antecedentelor personale

- Particularitățile modului de viață
- Lucrul în condiții nocive
- Fumător abuziv timp îndelungat
- Surmenajul vocal
- Abuz de alcool.
- 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 laringean

Simptomatica cancerului Laringean este variată și depinde de localizarea procesului în laringe, forma de proliferare și gradul de extindere a tumorii. În cancerul Laringean 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 ulceratie, limitele nu se determină bine, invadează țesuturile adiacente, duc la imobilizarea laringelui în termen scurt, pronostic nefavorabil.

c) mixtă – este o îmbinare între forma exofită și endofită.

Regiunea vestibulară este una din cele mai frecvent afectate. Conform datelor noastre statistice indicele incidenței pentru această localizare este de 75-80%. Din elementele structurale mai frecvent este afectată epiglota.

În stadiul inițial, ca regulă, cancerul Laringean nu se manifestă prin careva simptome clinice. Simptomele principale sunt: parastezie sub aspect de xerostomie, senzație de iritație în laringe, discomfort în glutiție, care ulterior, pe măsura creșterii rigidității, trece în senzație de corp străin. Progresarea procesului duce la apariția durerilor la glutiție, cu iradiere în ureche pe partea afectată sau în ambele părți, tuse chinuitoare, din cauza aspirației la început a alimentelor lichide, apoi și a celor solide. Pe măsura progresării procesului durerea devine permanentă, apare disfonia, care debutează cu o simplă schimbare a tembrului vocii, apoi trece în răgușeală până la afonie.

Cancerul regiunii medii sau glotice își are specificul său. El ocupă locul II în structura Cr laringean, constituind 20-23 %. Un simptom esențial al acestei localizări este disfonia de intensitate diferită: de la răgușire până la afonie totală, dispnee.

Cancerul regiunii inferioare-subglotice: tumorile în această regiune se dezvoltă relativ mai rar, constituind 2-3 %. Relativ repede duce la tulburări ale respirației. În stadiile avansate apare tuse care devine treptat pronunțată, apar eliminări de spută cu striuri sangvinolente, pot interveni hemoragii, stenoza laringeană, dureri de intensitate diferită.

C.2.4.3. Investigații paraclinice

Caseta 9. Investigațiile paraclinice în cancerul laringean

Investigații pentru confirmarea cancerului laringean

- Examenul laringoscopic (indirect)
- Radiografia laterală a laringelui
- Tomografia laringelui
- Examenul endoscopic – fibrolaringoscopia
- Confirmarea morfologică a diagnozei

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

- Examenul laringoscopic
- Examenul endoscopic
- Radiografia cutiei toracice
- Tomografia mediastinului (simplă)
- Tomografia computerizată
- Examenul ultrasonografic al organelor cavității abdominale
- Scintigrafia sistemului osos, în regim „corp integru” la apariția durerilor în oase

Investigații clinice și biochimice

- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- Glicoză în sânge
- Ureea
- Creatinina
- Bilirubina
- Proteina totală
- Albumina
- ALT, AST
- α -amilaza
- Coagulograma – indicii protrombinic, fibrinogenul, timpul activ de recalcificare, timpul de trombină, activitatea fibrinolitică, testul cu etanol
- Ionograma – Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺, Cl⁻
- Grupa de sânge și Rh- factor
- RPR
- SIDA
- ECG
- Spirometria
- La necesitate: ecocardiografia, renografia radionuclidă, urografia excretorie, tomografia computerizată

Investigații necesare pentru spitalizare în secțiile IO:

Analiza generală a sângelui și urinei

Ureea, creatinina, bilirubina, transaminazele, glucoza în sânge

Crupul sangvin și Rh-factor

Examinare la HIV/SIDA până la operație

Determinarea antigenelor hepatitelor B,C,D

Investigațiile și tratamentul bolilor concomitente la etapa medicului de familie:

Hipertensiunea arterială

Dibet zaharat

Varice la membrele inferioare

Hepatită cronică

Cardiopatii

Pielonefritele

Examenul laringoscopic (indirect) este o metodă instrumentală care permite să se aprecieze starea laringelui și a regiunilor lui, să se constate caracterul procesului, localizarea lui, gradul de invazie. În cazul apariției dificultăților în efectuarea examenului laringoscopic: epiglotă rigidă, epiglotă deformată, reflex laringean exagerat, examinarea se efectuează aplicând anestezia locală cu sol. Dicaină sau Lidocaină 2%.

Examenul radiologic include radiografia laterală și tomografia laringelui.

Radiografia laterală a laringelui evidențiază toate elementele structurale ale laringelui, ambele suprafețe ale epiglotei, plicile aritenoide, cartilajele aritenoide, se proiectează clar cavitatea bucală și laringofaringele, scheletul cartilagos al laringelui. Nu se proiectează ventriculele laringelui, plicile vestibulare, corzile vocale din cauza suprapunerii lor una peste alta și din cauza suprapunerii opacității

cartilajului tiroidian osificat. În acest caz se recurge la analiza comparativă a radiogramelor și tomogramelor.

Tomografia laringelui asigură examenul radiologic în proiecție anterioară, în special al regiunilor corzilor vocale și plicilor vestibulare, plicilor aritenopiglotice, sinusurilor piriforme și regiunii subepiglotice. Pentru o efectuare mai mare a tomografiei se practică probe funcționale (expirare cu gura închisă, pronunțarea sunetelor vocale).

Examenul endoscopic fibrolaringoscopie. Avantajele acestei metode sunt:

- introducerea atraumatică a aparatului atât prin cavitatea bucală, cât și nazală, datorită elasticității și plasticității lui,
- capacitatea optico-vizuală mare
- posibilitatea colectării materialului pentru biopsie, mai ales din regiunile greu accesibile sau în forme infiltrative de proliferare.

Pe lângă metodele descrise în ultimul timp se mai utilizează:

- microlaringoscopia
- laringostroboscopia
- tomografia computerizată.

Etapele finale în examinarea complexă a bolnavilor cu cancer Laringean este confirmarea morfologică a diagnozei.

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Diagnosticul diferențial al cancerului laringean

- Papiloma și papilomatoza (papilomul hipercheratozic unic al adultului și papilomatoza laringiană)
- Pahidermia
- Discheratozele
- Leucocheratoza
- Leucoplachia
- Laringita cronică hipertrofică
- Fibrom al laringelui
- Tumorile vasculare
- Chisturi laringiene
- Scleromul laringelui
- Sifilisul laringean
- Amiloidoza laringelui
- TBC-laringian
- Granulomul laringian
- Laringocelul

Caseta 11. Momente cheie în diagnosticul diferențial

Multitudinea formațiunilor tumorale ale laringelui, clinic și laringoscopic 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 specifice ca: tuberculoza, sifilisul, scleroma, amiloidoza ș.a.

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. Localizari preferate sînt: coardele vocale, comisura anterioară – ca structuri care au suprasolicități funcționale în procesul de fonație. Din regiunea glotică papilomele se pot răspîndi și în alte regiuni – în acest caz se vorbește despre o papilomatoză a laringelui. Papilomul este o formațiune rotundă, cu o suprafață tuberoasă. Culoarea variază în dependență de vascularizare și gradul de cornificare. Cu cît cheratoza este mai pronunțată, cu atît tumoarea este mai pronunțată. Simptomul esențial și relativ precoce este răgușeala, care progresează pînă la afonie. Cu timpul se asociază dispneea.

Tratamentul este chirurgical și medicamentos (preparate antivirale).

Pahidermia constituie 4% - 20% din structura afecțiunilor precanceroase ale laringelui. Ea reprezintă excrescențe sub formă de plăci festonate, amplasate pe segmentele posterioare ale corzilor vocale în apropierea cartilajelor aritenoidale. Are culori ce variază de la gri-deschis până la gălbui sau roz în dependență de gradul de cornificare al epitelului. Pahidermiile pot fi solitare sau multiple, de diferite dimensiuni și extindere. Ca regulă se dezvoltă pe fonul unui proces inflamator. Mucoasa din jurul ei este laxă, cianotică. Bolnavii prezintă acuze de răgușeală. Se tratează prin excizie chirurgicală sau criodestrucție.

Discheratozele (leucoplachia, leucocheratoza) reprezintă procese de proliferare exagerată a epitelului pavimentos multistratificat. Incidența lor în structura altor afecțiuni precanceroase constituie 8% – 30%.

Leucoplachia are aspectul unei pete bine determinate și delimitate, de culoare albicioasă-fumurie, cu suprafața neregulată, proeminentă. Aceste formațiuni se localizează, de obicei, pe plicile vestibulare sau vocale, mai rar pe epiglota și extrem de rar în regiunea subepiglotică.

Leucocheratoza este o plăcuță alb-gri cu suprafața viloză. Localizările preferate sînt corzile vocale, comisura anterioară, spațiul interaritenoid. Are dimensiuni mici și contur bine delimitat. Simptomatica este neînsemnată și constă în xerostomie, răgușeală periodică.

Tratamentul discheratozelor constă în excizia formațiunilor mai mici. În procesele extinse se recurge la laringofisuri cu criodestrucție sau electrocoagulare ulterioară.

Laringita cronică hipertrofică este un proces distrofic, care apare în rezultatul inflamațiilor acute repetate, acțiunii cronice a unor substanțe iritante asupra mucoasei laringelui sau ca rezultat al suprasolicitării corzilor vocale. În toate aceste cazuri are loc metaplazia epitelului ciliat în pavimentos și apare hipercheratoza. Modificările afectează stratul epitelial și submucos. Hiperplazia poate fi difuză sau localizată. Obiectiv se depistează modificări diverse în funcție de forma laringitelor cronice hipertrofice, de culoare a mucoasei corzilor vocale, ele fiind gri-deschise, îngroșate, cu marginile rotunjite, slab tensionate în fonație. Simptomatologia este caracterizată prin senzație de corp străin, prurit, tuse, disfonie și diverse fenomene iritative. Laringita hipertrofică se tratează prin aplicarea cauterizării diatermice, laserului chirurgical. Formele difuze se tratează conservativ și cer excluderea factorilor nocivi.

Fibrom al laringelui este un neoplazm fibromatos. În dependență de cantitatea țesutului conjunctiv fibromatos deosebim fibrome dure și moi. Dacă fibromul este îmbibat cu lichid el poartă denumirea de fibrom edematos sau polip. Se localizează de obicei pe corzile vocale, uneori pe plicile vestibulare sau în ventricolul laringean. Sînt formațiuni solitare pe pedicul sau bază lată. Simptomul precoce al acestei afecțiuni este răgușeala. Tratamentul este chirurgical – excizie endolaringeană.

Tumorile vasculare – prevalează hemangiomul. Localizarea preferată este porțiunea superioară a laringelui. Are culoare roșie cu diferite nuanțe. Caracter solitar. Evoluție lentă. Manifestările clinice depind de localizarea și dimensiunile tumorii. Tratament – excizie endolaringeană.

Chisturi laringiene pot fi primare și secundare ce degenerază din fibrome, miome ș.a. chisturile primare la rîndul lor se divizează în chisturi de retenție și congenitale. Mai frecvent se întîlnesc cele de retenție. Ele se dezvoltă în rezultatul obturării canalelor și dilatația acinilor glandulari. Chisturile congenitale se dezvoltă din rămășițele rudimentare ale fantei viscerale a canalului tireo-lingval. Au conținut fluid, seros sau consistent de aspect gelatinos sau coloidal. Se situează de obicei pe marginea liberă a epiglotei, au o colorație albă-sidefie, formă rotundă, suprafața netedă. Tratamentul este chirurgical.

Scleromul laringelui. De obicei această tumoare apare în laringe paralel cu existența ei în cavitatea nazală și în faringe, dar nu sînt excluse și cazurile de manifestare primară. În evoluția acestei tumori deosebim următoarele etape: nodular-infiltrativă; difuză-infiltrativă sau specifică și regresivă (cicatrizarea). Boala debutează insidios, cu disfonie și tuse, cărora li se adaugă o dispnee inspiratorie, care se accentuează progresiv. Laringoscopic se constată infiltrație albicioasă sau roză, fuducerea mobilității plicilor vocale, care treptat stenozează spațiul subglotic, extinzîndu-se în trahee și uneori în bronhii. Diagnosticul pozitiv se confirmă prin proba bacteriologică cu depistarea agentului patogen – bacilului *Klebsiella rhinoscleromatis*. Tratamentul este conservativ.

Tuberculoza laringelui se întîlnește rar ca afecțiune de sinestătătoare. Mai des este secundară tuberculozei pulmonare. Inocularea are loc prin tuse, mai rar pe cale limfatică sau sangvină. Leziunile

produse în laringe sînt variate: simplă congestie, granulații cenușii pe fon roșu edematos, inflamație, ulceratii, cicatrice. Este caracteristică unilateralitatea procesului. Boala se manifestă prin disfonie cu evoluție lent progresivă, însoțită de disfagie dureroasă și otalgie, dispnee. Diagnosticul cert se face prin examen histologic și bacteriologic.

Sifilisul Laringean. Conform datelor bibliografice în laringe se întîlnesc manifestări ale sifilisului secundar și terțiar. Sifilisul secundar apare după 6-7 săptămîni de la apariția șancrului dur, iar cel terțiar în termeni diferiți (de la cîteva luni la cîteva ani). Diagnosticul se confirmă prin examen serologic și biologic.

Amiloidoza laringelui se întîlnește sub formă generalizată și locală: în laringe, trahee, cavitatea nazală, faringe, mai rar la baza limbii. În acest proces de sedimentare și depozitare al amiloidului contribuie dereglările neuro-umorale. Afectează laringele asimetric. Se prezintă sub aspectul unor infiltrații galben-roze cu suprafața granulară. În serul sangvin se depistează disproteinemie cu creșterea conținutului globulinelor.

Din alte afecțiuni tumorale ale laringelui rar întîlnite putem menționa: rabdomiomul, hemodectomul, leucomiomul, lipomul, osteomul, adenomul, tumori mixte etc. Diagnosticul se confirmă doar în baza examenului histologic.

C 2.4.5 Criterii de spitalizare

Caseta 12. Criterii de spitalizare

Prezența tumorii în laringe. Dacă diagnosticul este confirmat histologic, se internează în secția respectivă conform tacticii de tratament stabilită de specialistul cap/gât, radioterapeut, chimioterapeut. Pacienții cu stenoză sub și decompensată pentru traheostomie de necesitate.

C 2.4.6. Tratamentul

Caseta 13. Principiile de tratament al cancerului laringean

Tratamentul cancerului laringean

În stadiile I și II se efectuează tratamentul radioterapeutic, laserodestrucție, criodestrucție și diferite variante de rezecție a laringelui.

Ca regulă radioterapia se efectuează prin metoda fracționată cu doza de iradiere 2 Gr pe zi de 5 ori în săptămîna pînă la doza sumară de 60 Gy. 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 și specificul anatomic al gîtului pacientului. Dimensiunile variază între 4x4 cm, 5x6cm, 6x6cm, 6x8cm, 8x10cm, 10x12cm. În cazurile de radiorezistența a tumorii, ce este determinată la 40 Gy – se recurge la tratament chirurgical.

Variante de rezecții laringiene. Există două scheme de bază ale rezecțiilor de laringe: rezecție orizontală și verticală.

Rezecție orizontală supraglotică. Acest tip de rezecție este indicat în cancer al epiglotei st. I-II sau în recidivă strict localizată pe epiglotă.

Rezecții verticale: laterale, lateroanterioare și anterioare.

Hordectomia este o variantă a rezecției laterale și este indicată în caz de tumoare, localizată în porțiunea medie a coardei vocale.

Rezecția laterală a laringelui: Drept indicație servește cancerul de gradul I-II localizat în porțiunea medie a coardei vocale sau a vestibulului laringean

Rezecție antero-laterală: este indicată în cancerul coardei vocale cu implicarea comisurii anterioare. Procesul poate trece pe coarda opusă

În stadiile III – IV tratamentul este combinat: radioterapeutic (40 Gy) + chirurgical, 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 caz de insuficiență respiratorie la prima etapă a tratamentului combinat se efectuează intervenția chirurgicală. În dependență de extinderea leziunii tumorale se efectuează laringectomii tipice, extinse sau

combinate.

Variante de laringectomii. Laringectomiile se împart în laringectomii tipice și extinse. Selectarea unui sau altui tip de operație depinde de localizarea, gradul de extindere a leziunii tumorale și forma de proliferare a tumorii.

Laringectomia tipică: Indicație pentru această operație este extinderea procesului tumoral, ce afectează două și mai multe regiuni anatomice.

Laringectomiile extinse se efectuează în caz de extindere a tumorii în organele și țesuturile adiacente.

Laringectomia extinsă superioară: Drept indicație servește cancerul regiunii vestibulare a laringelui, stadiul IIIa – IVa cu extindere în baza limbii.

Varianta anterioară a laringectomiei extinse. Indicațiile pentru această variantă este extinderea procesului și invazia în cartilajul tiroid, spațiul preepiglotic, istmul glandei tiroide, țesuturile moi ale suprafeței anterioare a gâtului.

Varianta inferioară a laringectomiei extinse. Acest tip de laringectomie este indicat în cancerul regiunii subglotice cu extindere în trahee.

Varianta laterală a laringectomiei extinse. Este indicată în cazurile, când procesul tumoral se extinde pe plicile faringoepiglotice și aritenoepiglotice, pe peretele lateral al laringelui sau în sinusul piriform.

Varianta posterioară a laringectomiei extinse. Este indicată în caz de extindere a procesului tumoral pe cartilajele aritenoide, regiunea postcricoidă, în hipofaringe și 1/3 superioară a esofagului.

Laringectomia combinată. Dacă procesul tumoral se extinde pe 2 – 3 organe învecinate cum ar fi: rădăcina limbii, faringele, glanda tiroidă, țesuturile moi ale gâtului se pot face diferite combinații ale variantelor descrise mai sus.

Intervențiile chirurgicale în metastazele regionale. În tratamentul chirurgical al cancerului Laringean un loc important îl ocupă excizia radicală în teacă a țesutului celular cervical. Aceasta se referă mai ales la cancer vestibular al laringelui cu un potențial de metastazare locală foarte înalt. Se efectuează două tipuri de intervenții chirurgicale: operația Cryle și excizia celulară în teacă.

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.

C 2.4.6.1 Pregătirea preoperatorie

Caseta 14.

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.

C 2.4.6.2 Conduita postoperatorie

Caseta 15.

Tratamentul postoperator depinde de volumul intervenției chirurgicale. La bolnavii cu intervenții chirurgicale voluminoase (laringectomii, laringectomii extinse, laringectomii combinate, monobloc cu operațiile la căile limfatice cervicale) tratamentul perfuzional se efectuează 10 – 14 zile, în rezecții de laringe 5-7 zile.

C 2.4.6.3 Complicații în tratamentul chirurgical

Caseta 16.

I. Imediate

- a) complicații intraoperatorii: hemoragie, șoc hemoragic
- b) hemoragie tardivă: la câteva zile postoperator prin eliminarea sfacelului unor țesuturi necrotice de diverse cauze; hipoxie îndelungată la cei cu insuficiență respiratorie cronică
- c) emfizem subcutan – apare în primele zile postoperator prin mecanism de supapă provocat de tuse. Aerul intră subcutan cu presiune, în timp ce posibilitățile de eliminare sunt limitate.
- d) serom și hematom subcutan:
 - sursă de sângerare minoră și intermitentă
 - lipsa unui drenaj eficient.

II. Tardive

După zile

- a) decolarea lambourilor cutanate (hematom, serom, emfizem subcutan)
- b) sfascel al plăgii
- c) supurarea plăgii
- d) dehiscență de suturi cu formare ulterioară de fistulă faringo-cutanată prin:
 - vicii de tehnică (decolări neglijente)
 - hemostază neglijentă
 - sutură defectuoasă
 - tuse persistentă cu creșterea presiunii intrafaringiene
 - septicitate buco-faringiană
 - nerespectarea de către pacient a indicației de a nu înghiți
 - cauze generale: diabet, imunitate scăzută, radioterapie preoperatorie în doze de peste 50 Gy.

C 2.4.6.4 Tratamentul radioterapeutic

Caseta 16.

În cancerul laringean st I - II se efectuează tratament radioterapeutic până la 60-65 Gy

În cazul regresiei tumorii sub 50% (în doze de 45 Gy) se recurge la tratamentul chirurgical

În cancerul laringean st III - IV se aplică tratament combinat: radioterapie + chirurgie în diferită succesivitate în doze de 40 Gy.

C 2.4.6.5 Tratamentul chimioterapeutic

Caseta 17.

În ultimii ani se practică tratamentul combinat: chimioterapie + iradiere. Sunt elaborate două variante:

I.

1. 5- Fluorouracil + Bleomicină (3 zile);
2. a 4-a zi – Cisplatina;
3. peste 2-3 zile – telegamaterapie fracționată.

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

II.

1. Cisplatina – 1 zi.
2. 5 – Fluorouracil (3 zile).
3. Radioterapie (40Gy).
4. Se repetă schema chimioterapeutică.
5. Se evaluează regresia.

Metoda polichimioterapeutică este în continuă cercetare.

C 2.4.7. Monitorizarea pacienților

Caseta 18.

Supravegherea este orientată spre depistarea bolii recidivante sau metastazării.

- Pacienții cu cancer Laringean după finisarea tratamentului se află la supravegherea oncologului în policlinica Institutului Oncologic, oncologului raional. 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 laringoscopic (indirect), examenul endoscopic – fibrolaringoscopia. Radiografia cutiei toracice, tomografia mediastinului primii 2 ani se efectuează la fiecare 6 luni, ulterior – o dată în an.

C2.5. Stările de urgență

Caseta 19. Stările de urgență în cancerul laringean.

Stenoză subcompensată și decompensată a laringelui

Hemoragii

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 <hr/> <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 de laborator clinic și biochimic • medic funcționist • medic imagist • asistente medicale • laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic • alți specialiști (la necesitate) <hr/> <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reflector, oglindă pentru examinarea laringelui • 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 • cabinet endoscopic (fibrolaringoscop)
<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 funcționist medic morfolog, medic citolog, medic de laborator clinic și biochimic asistente medicale laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic, morfologic, citologic</p> <hr/> <p>Dispozitive medicale: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reflector, oglindă pentru examinarea laringelui • fibrolaringoscop • 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) <p>Medicamente, consumabile Medicamentele prescrise sunt eliberate de farmacii.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Alcool etilic ✓ Iodonat ✓ Tifon ✓ Emplastru ✓ Seringi pentru puncție ✓ Sticle pentru frotiuri.
<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 • medic anesteziolog • 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: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor: Aparataj și utilaj standart pentru sala de pansament Consumabile pentru pansamente Blocul chirurgical dotat cu instrumente și utilage pentru efectuarea intervențiilor chirurgicale în oncologia cap/gât și microchirurgie</p> <ul style="list-style-type: none"> fibrolaringoscop • set de instrumentariu ORL • laserdistructor • aspirator • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • ultrasonograf • cabinet radiologic • cabinet endoscopic • Laborator patomorfologic • Laborator bacteriologic
	<p>Medicamente: Medicamente și consumabile eliberate de farmacie conform prescripțiilor medicilor. Fluorouracil, Bleomicină, Cisplatina.</p>

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

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

ANEXE

Anexa 1 Ghidul pacientului cu cancer laringean

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Diagnosticul cancerului laringean

Tratamentul cancerului laringean

Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu cancer laringean în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu cancer laringean, 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 laringean
- ✓ tratamentul cancerului laringean
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu cancer laringean
- ✓ reabilitarea chirurgicală și psihologică a pacientului cu cancer laringean

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 laringean și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Cancerul laringean

Cancerul laringean este o afecțiune tumorală a căilor respiratorii superioare și constituie aproximativ 4-5% din totalul tumorilor maligne. Această maladie este în centrul atenției oncologilor de specialitate, fiind că conform statistici, maladia are tendință de creștere a morbidității. Cancerul laringean afectează cu predilecție bărbații în raport de 45 la 1. Maladia debutează mai frecvent la vârsta de 40-60 ani și foarte rar este întâlnită sub 30 ani. În declanșarea cancerului laringean contribuie mai mulți factori (factori de risc): fumatul, majorarea poluării mediului, suprasolicitarea coardelor vocale, (profesori, cântăreți, etc), consumul exagerat de alcool. Cel mai important este fumatul. 98% din bolnavi cu cancer laringean sunt fumători abuzivi timp de 15-20 ani. Riscul îmbolnăvirii constituie iritarea cronică a mucoasei cu produsele de ardere ale tutunului. Cancerul laringean poate apărea și pe fonul unor procese patologice de lungă durată, netratate, numite procese precanceroase, cum ar fi: laringitele cronice, toate formele de diskeratoze ale mucoasei laringelui, procese degenerativ-proliferative (ulcerațiile, granuloamele) și modificările țesuturilor în urma cicatrizării (chiloizi) de origine tuberculoase, sifilitice, scleromatoase, posttraumatică ș.a. În dezvoltarea stărilor precanceroase o importanță deosebită o are dereglarea activității sistemelor reglatoare ale organismului. Factorii de risc, stările de fon, îmbătrânirea organismului provoacă modificări constante dar reversibile ale epiteliului laringean, ceea ce favorizează apariția cancerului.

Manifestările cancerului laringean

Cancerul laringean *se manifestă* prin:

În stadiul inițial, ca regulă, cancerul laringean nu se manifestă prin careva simptome clinice. Simptomele principale sunt: parastezie sub aspect de xerostomie, senzație de iritație în laringe, discomfort în glutiție, care ulterior, pe măsura creșterii rigidității, trece în senzație de corp străin. Progresarea procesului duce la apariția durerilor la glutiție, cu iradiere în ureche pe partea afectată sau în ambele părți, tuse chinuitoare, din cauza aspirației la început a alimentelor lichide, apoi și a celor solide. Pe măsura progresării procesului durerea devine permanentă, apare disfonia, care debutează cu o simplă schimbare a tembrului vocii, apoi trece în răgușeală până la afonie.

Tratamentul

În stadiile I și II se efectuează tratamentul radioterapeutic, laserodestrucție, criodestrucție și diferite variante de rezecție a laringelui.

În stadiile III – IV tratamentul este combinat: radioterapeutic (40Gy) + chirurgical, 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 caz de insuficiență respiratorie la prima etapă a tratamentului combinat se efectuează intervenția chirurgicală și la etapa a doua – radioterapie postoperatorie. Se mai aplică și metoda polichimioterapeutică care este în continuă cercetare.

BIBLIOGRAFIE

1. Блохин Н.Н., Петерсон Б.Е. *Клиническая онкология*. М., Медицина.1979.
2. *Онкология*. Под ред. Трапезникова Н.Н. М., Медицина, 1981.
3. Пачес А.И. *Опухоли головы и шеи*. М., 1995.
4. Пачес А.И., Огольцова Е.С., Цыбырнэ Г.Г. *Актуальные вопросы хирургического лечения рака гортани*. Кишинев, Штиинца, 1976.
5. Цыбырнэ Г.А. *Лечение местно распространенного рака головы и шеи*. Кишинев, Штиинца, 1987.
6. Ghileyan N. *Oncologie generală*. Editura medicală. București, 1992.
7. Gh. Țîbîrnă. *Ghid clinic de oncologie*. Editura „Universul”, 2003.
8. Чойнзонов Е.Л., Мухамедов М.Р., Балацкая Л.Н. *Рак гортани. Современные аспекты лечения и реабилитации*. Томск. Изд-во НТЛ, 2006. – 280 с.
10. Dennis Albert Casciato, Mary C. Territo. *Manual of clinical oncology*, 2009