

STAREA ACTUALĂ ȘI PROBLEMELE ASISTENȚEI ONCOLOGICE A BOLNAVILOR CU TUMORI ALE REGIUNII CAPULUI ȘI GÂTULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Gheorghe Țibîrnă, dr.h. în medicină, prof. univ., academician,
Institutul Oncologic din Moldova

Au trecut 30 de ani din momentul când din propria inițiativă și cu sprijinul prof. A.I. Paces și al dlui Gh. B Honelidze (director al IOM) a fost organizată în republică prima secție de studiere și tratare a tumorilor capului și gâtului. Din primele zile de activitate a secției au apărut multe probleme organizatorice privind acordarea asistenței oncologice bolnavilor cu tumori ale regiunii capului și gâtului și pregătirea specialiștilor calificați în acest domeniu.

În lipsa unui serviciu specializat, bolnavii cu tumori ale regiunii capului și gâtului erau tratați de către specialiștii respectivi din rețeaua generală: otorinolaringologi, stomatologi, dermatologi, radiologi, chirurghi, endocrinologi, oftalmologi și doar foarte puțini de către oncologi. Un mare dezavantaj al asistenței oncologice acordate de către medicii specialiști era tactica strict locală față de organul respectiv (limbă, laringe, sinusurile paranazale, glanda tiroidă etc.), în timp ce procesul se extindea și agresa organele vecine, ieșind din competența specialistului respectiv. Alt dezavantaj era imposibilitatea unui tratament complex, integral, bazat pe principii oncologice. Etapa chirurgicală o efectuau specialiștii în domeniu, după care bolnavii urmau să se adreseze în clinica oncologică pentru radio - sau chimioterapie.

În anul 1977 a început să activeze clinica de 40 de paturi pentru bolnavii cu tumori ale regiunii capului și gâtului în cadrul Institutului Oncologic din Moldova, care pe parcursul anilor a acumulat o experiență bogată de muncă în planurile organizatorico-metodic, curativ și științific. Această experiență în nenumărate rânduri a fost pe larg oglindită în presă, prezentată sub formă de rapoarte la conferințe, întruniri științifice organizate atât în republică, cât și peste hotarele ei.

Chiar de la început a fost bine argumentată necesitatea organizării unei astfel de clinici, aducându-se drept argument morbiditatea înaltă printre bolnavii cu neoformațiuni ale regiunii capului și gâtului (până la 32%⁰⁰⁰), particularitățile lor clinico-morfologice comune și capacitatea răspândirii rapide de pe un organ pe altul a căilor comune de metastazare (ganglionii limfatici cervicali), aceleași principii de tratament. În cadrul acestei secții medicii de diferite specialități au posibilitatea să facă schimb de experiență și de cunoștințe referitoare la disciplinele apropiate, formându-se ca **specialiști-oncologi, capabili să soluționeze probleme dificile de diagnostic și tratament ale tumorilor capului și gâtului.**

Experiența acumulată, multiplele relații științifice și clinice cu diferite specialități medicale din republica noastră și de peste hotare ne permit să afirmăm cu toată răspunderea că la momentul actual secțiile „Tumori ale regiunii capului și gâtului” constituie cea mai reușită formă organizatorică în sistemul instituțiilor oncologice. Odată cu organizarea lor a dispărut necesitatea transferului bolnavilor în alte instituții și secții de profil, toate etapele tratamentului fiind asigurate și urmărite de o singură echipă de medici cu pregătire oncologică specială. În cadrul Institutului Oncologic medicii din secție conlucrează cu specialiștii radiologi, chimioterapeuți, anesteziologi și reanimatologi, endoscopiști, reabilitologi, logopezi, specialiștii în protezare etc., astfel asigurându-se integritatea și succesiunea tratamentului.

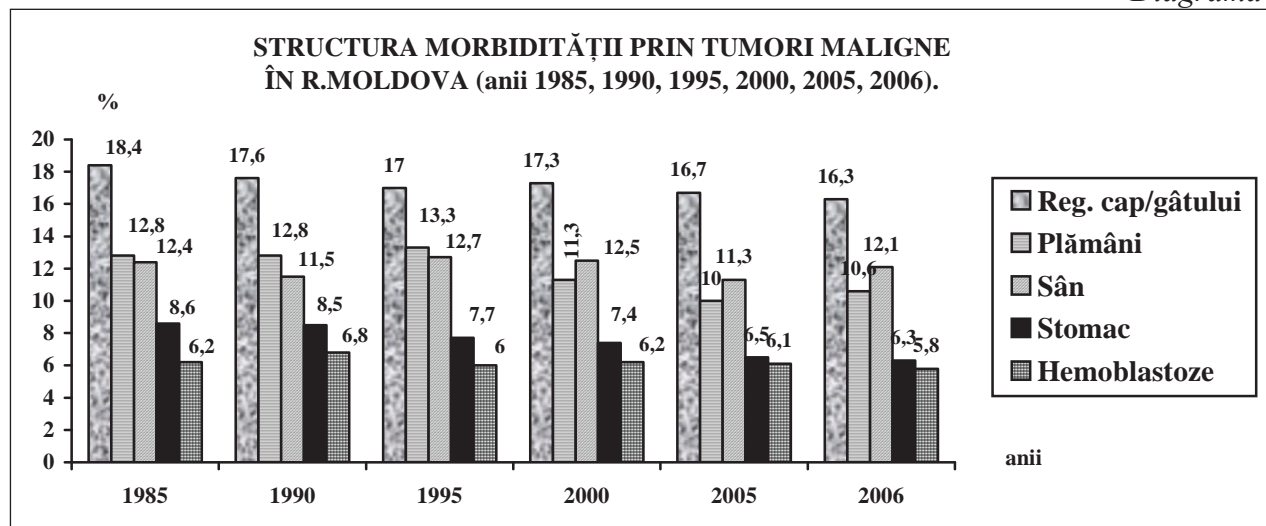
Existența acestei secții este justificată și de faptul că se observă o tendința sporită de creștere a morbidității prin tumori ale capului și gâtului. Astfel, se constată că primul loc în structura morbidității cu tumori maligne în Republica Moldova îl ocupă tumorile capului și gâtului — 1202 bolnavi primari sau 33,5 ‰ pe anul 2006 (*tab. 1 și diagrama 1*).

Tabelul 1

Dinamica morbidității prin tumori maligne în Republica Moldova
(C. ABS. și ‰)

Localizarea	1985		1990		1995		2000		2005		2006	
	c.a.	‰	c.a.	‰	c.a.	‰	c.a.	‰	c.a.	‰	c.a.	‰
În total	7325	177,4	7819	179,2	7014	162,1	6786	158,5	6952	193,4	7361	205,3
Plămâni	1051	24,9	1009	23,1	930	21,5	766	17,9	696	19,4	779	21,7
Piele	1082	24,6	965	23,8	733	17,0	659	15,4	709	19,7	781	21,8
Gl.mamară (f.)	717	28,9	764	33,3	892	39,3	849	37,7	783	41,8	889	47,6
Stomac	702	16,8	796	21,9	542	12,5	502	11,7	454	12,6	461	12,9
Colul uterin (f.)	459	21,3	350	16,2	298	13,1	370	16,4	330	17,6	329	17,6
Hemoblastoze	412	9,9	525	12,1	422	9,8	421	9,9	421	11,7	427	11,9
Alte localizări	2902	70,3	3410	77,8	3197	73,9	3219	73,1	3559	99,0	3695	103,1
Regiunea capului și gâtului												
În total	1348	32,7	1372	31,5	1194	27,6	1173	27,4	1158	32,2	1202	33,5
Pielea regiunii cap/gâtului	757	18,1	703	16,1	535	12,4	523	12,2	517	14,4	571	15,9
Cav.bucală și faringele	183	4,4	303	7,1	299	6,9	305	7,1	271	7,5	231	6,4
Buza inferioară	207	5,1	179	4,1	149	3,4	130	3,0	85	2,4	94	2,6
Laringele	124	3,1	137	3,2	148	3,4	112	2,6	101	2,8	131	3,7
Glanda tiroidă	77	1,9	50	1,1	63	1,5	103	2,4	184	5,1	175	4,9

Diagrama 1



Din categoria localizărilor vizuale fac parte tumorile organelor, care prin amplasarea lor sunt accesibile examenului vizual obișnuit, iar depistarea acestora, de regulă, nu necesită aplicarea instrumentelor și aparatelor complicate. Această categorie include în sine tumorile pielii, buzei inferioare, mucoasei cavității bucale, faringelui și laringelui, glandei tiroide și ale celor salivare. Diagnosticul precoce al acestor tumori depinde de faptul ce atenție acordă bolnavul propriei sănătăți, precum și de vigilența oncologică, erudiția profesională ale medicului generalist, cu alte cuvinte de faptul, dacă acesta știe nu numai să privească, ci și să vadă. Aceste tumori vizibile, aflate în stadiul III al evoluției, trebuie considerate drept un proces delăsător, nedepistat. Destinul vieții unor asemenea bolnavi depinde de medicul de familie sau de medicul specialist, căruia inițial i s-au adresat.

Pentru a demonstra justețea celor afirmate să urmărim evoluarea proceselor după stadii (tab.2).

Tabelul 2

Repartizarea bolnavilor cu tumori maligne în regiunea capului și gâtului în funcție de extinderea procesului tumoral (pe parcursul anului 2006)

Localizarea tumorii	Total bolnavi	Stadiul				Confirmarea diagnozei	
		I	II	III	IV	histologic	citologic
Pielea	571	189 (33,1%)	217 (38,0%)	68 (11,9%)	10 (1,8%)	545 (95,5%)	26 (4,5%)
Buza inferioară	94	13 (13,8%)	44 (46,8%)	25 (26,6%)	6 (6,4%)	92 (97,8%)	2 (2,2%)
Cavitatea bucală și faringele	231	1 (0,4%)	17 (7,4%)	141 (61,0%)	66 (28,6%)	230 (99,6%)	1 (0,4%)
Laringele	131	1 (0,8%)	16 (12,2%)	92 (70,2%)	18 (13,7%)	129 (98,5%)	2 (1,5%)
Glanda tiroidă	175	8 (4,6%)	83 (47,4%)	64 (36,6%)	11 (6,3%)	175 (100%)	-
În total	1202	212 (17,6%)	377 (31,4%)	390 (32,4%)	111 (9,2%)	-	-

Din tabel se vede că în anul 2006 din numărul total al bolnavilor cu tumori în regiunea capului și gâtului 390 (32,4%) au fost depistați în stadiul III și 111 (9,2%) în stadiul IV. Noi am cercetat cauzele depistării tardive a acestor cancere (tab.2b). Conform datelor din tabel, cauzele au fost următoarele: 1) adresarea tardivă a bolnavilor după ajutor medical (370 - 73,9%); 2) greșeli de diagnostic comise de medici (131, - 26,1%).

Tabelul 2b

Cauzele depistării tardive a bolnavilor cu tumori ale capului și gâtului în anul 2006

Localizarea procesului tumoral	Numărul bolnavilor	Cauzele depistării tardive	
		adresarea tardivă	greșeli de diagnostic
Pielea	78	55	23
Buza inferioară	31	19	12
Cavitatea bucală și faringele	207	159	48
Laringele	110	78	32
Glanda tiroidă	75	59	16
În total	501	370 (73,9%)	131 (26,1%)

În tab. 2c sunt analizate erorile comise de medicii din rețelele curative generale. Cele mai multe din ele aparțin stomatologilor (30,5), otorinolaringologilor (21,4) și endocrinologilor (13,7).

Tabelul 2c

Erorile comise de medicii din rețeaua curativă generală în diagnosticul tumorilor maligne ale regiunii capului și gâtului pe parcursul anului 2006

Medicul specialist	Numărul erorilor	%
Stomatolog	40	30,5
Otorinolaringolog	28	21,4
Endocrinolog	18	13,7
Dermatolog	16	12,2
Chirurg	15	11,4
Terapeut	14	10,7
În total	131	99,9

Pentru îmbunătățirea diagnosticului precoce al tumorilor maligne ale capului și gâtului lucrul organizatoric trebuie efectuat în două direcții: 1) Educația sanitară oncologică a populației R. Moldova, astfel, ca primul pas spre stabilirea diagnosticului precoce al maladiei să fie efectuat **de însuși bolnavul**; 2) creșterea vigilenței oncologice în activitatea medicului generalist și de familie având la baza cunoașterea simptomelor generale caracteristice cancerului (tab.2d).

Simptomele generale caracteristice pentru cancer (cunoașterea lor este obligatorie pentru orice medic specialist și de familie)

<ol style="list-style-type: none"> 1. Apariția maladiei pe fondul stării precanceroase existente de mai mult timp. 2. Progresarea continuă (săptămâni și luni) a simptomelor maladiei (lipsa efectului de la tratamentul conservativ). 3. Lipsa în tabloul clinic a perioadei inițiale de dezvoltare a maladiei — sindrom algic accentuat. 4. Dezvoltarea relativ rapidă a maladiei.
--

Din primele zile de activitate a secției au fost strict determinate neoformațiunile ce se încadrează în noțiunea de „tumori ale capului și gâtului”. După mai multe discuții și dezbateri, s-au ales tumorile localizate mai sus de claviculă:

1. Pielea și țesuturile moi ale regiunii capului și gâtului.
2. Regiunea maxilofacială:
 - a) organele cavității bucale și buzele;
 - b) glandele salivare mari (parotidă, submandibulară, sublingvală);
 - c) oasele maxilei și mandibulei, osul zigomatic etc.
3. Organul vizual (pleoapele, globul ocular, orbita).
4. Urechea externă și medie.
5. Căile respiratorii superioare:
 - a) cavitatea nazală și sinusurile paranazale (sinusul maxilar, frontal și sfenoidal);
 - b) faringele (nazofaringele, orofaringele, hipofaringele);
 - c) laringele.
6. Glanda tiroidă.
7. Tumorile extraorgane (de origine nervoasă, derivate ale mezenchimei, neclasificate, tumori disembrigene și afectarea tumorosă a ganglionilor limfatici cervicali).

Diagnosticul, dar, în special, tratamentul neoformațiunilor organelor și țesuturilor enumerate, constituie o problemă dificilă, cauzată de faptul că aceste tumori, pe lângă variabilitatea evoluției clinice, mai au și o structură histologică și o histogeneză variată, posedă sensibilitate diferită la tratamentul radioactiv și medicamentos, iar intervențiile chirurgicale sunt atât de numeroase și atât de variate, încât ar putea alcătui un atlas voluminos la prezentarea lor grafică.

Să luăm drept exemplu neoformațiunile faringelui, preponderent maligne: ele au o frecvență de apariție diferită în funcție de regiunile lui anatomice: în nazofaringe — 26%, în orofaringe — 44%, în hipofaringe — 30% (tab.3).

Tabelul 3

Localizarea	În total	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
1. Nazofaringe	282	36	26	40	43	50	45	42
2. Orofaringe	423	50	67	64	81	66	50	45
3. Hipofaringe	302	52	42	44	52	38	36	38
În total	1007	138	135	148	176	154	131	125

Deși toate aceste neoformațiuni, conform datelor din literatura de specialitate, alcătuiesc un singur compartiment al tumorilor faringelui, în realitate ele au puțin comun atât în plan morfologic și clinic, cât și în plan diagnostic și de tratament.

1. Cancerul nazofaringelui, de regulă, are o structură nediferențiată și, luând în considerație sensibilitatea lui la iradiere, mai frecvent este supus telegamaterapiei sau tratamentului asociat (radioterapie+medicamentos). Telegamaterapia se aplică prin scindarea dublă a dozei sumare, iar în calitate de preparate antitumorale se utilizează vinblastin, metotrexat, ciclofosfamid, cistplatină.

Prin metoda radiochimică de tratament, regresia deplină a cancerului nazofaringelui a fost atinsă

în 81,2% cazuri (majoritatea bolnavilor până la tratament prezentau și metastaze regionale). Aceste rezultate impun necesitatea continuării cercetărilor în direcția dată.

2. Tumorile maligne ale orofaringelui sunt localizate mai frecvent la baza limbii, pe tonzilele palatine, pe peretele posterior al faringelui și, de obicei, după structura histologică prezintă cancer plat pavimentos. Caracteristica clinico-morfologică a acestor tumori diferă în funcție de localizarea lor pe structurile orofaringelui și necesită tactici diferite de tratament, inclusiv chirurgical sau combinat. Tehnica acestor operații este complicată, variată și traumatică, în cancerul peretelui posterior al faringelui se aplică cu succes metoda crio-chirurgicală de tratament

3. Cancerul hipofaringelui (cu structură de cancer plat pavimentos), localizat preponderent în sinusul piriform. Pe parcursul multor ani se aplică metoda de tratament combinat cu terapie radiologică preoperatorie. Cercetările în problema tratamentului combinat au necesitat eforturi mari, dar ele au fost justificate prin obținerea unor rezultate bune în favoarea asocierii extirpării radicale a porțiunii cervicale a faringelui la prima etapă cu radioterapie la etapa a doua. În termeni stabiliți se recuperează plastic defectele postoperatorii.

Astfel, pe exemplul cancerului faringelui, am demonstrat pe scurt cât de complicate și variate sunt formele clinico-morfologice și metodele de tratament al bolnavilor de cancer în regiunea capului și gâtului și cât de multe probleme mai sunt de rezolvat în acest domeniu.

Cancerul mucoasei cavității bucale (limbii, planșeului bucal, mucoasei bucale, gingiilor, mandibulei și maxilei, palatinului dur) are o evoluție extrem de agresivă și prezintă dificultăți serioase în ceea ce privește tratamentul. Diversitatea de localizări și forme histologice, multiplele grade de malignizare ale cancerului plat pavimentos al cavității bucale fac dificilă aprecierea timpurilor de avansare chiar și în stadiile inițiale. De aceea la planificarea tratamentului este necesar a dispune de informație clinico-morfologică deplină, bazată pe analiza multifactorială. Aceste cercetări s-au dovedit a fi foarte voluminoase, însă efectuarea lor a permis să se stabilească legăturile directe dintre caracteristicile tumorii și rata de supraviețuire de 5 ani.

Începând cu anul 1972 și până în prezent, în clinică s-a efectuat tratamentul a peste 850 de bolnavi cu cancer al mucoasei cavității bucale de diferite localizări. La stadiile inițiale (I-II) cancerul mucoasei cavității bucale se caracterizează prin sensibilitate crescută la iradiere și poate fi tratat cu succes doar prin radioterapie. Merită atenție metodică iradierii externe cu gama-terapia intracavitară la aparatul «Selectron», elaborată în institutul nostru (A. S. Marandiuc, 1987). Bolnavii rămân sub observare în continuare chiar după regresia totală a tumorii. Supraviețuirea bolnavilor supuși radioterapiei la stadii inițiale a constituit circa 70% la 3 ani și 50% — la 5 ani.

În caz de tumor restant, tumor radiorezistent sau de recidive este aplicată metoda chirurgicală - *electroexereza lărgită a tumorii*. Astfel, în cancerul limbii la stadii inițiale și în recidive limitate, ca operație radicală este considerată hemiglosectomia. Rata supraviețuirii la 5 ani a bolnavilor cu cancer la stadiile I-II, în toate formele de tratament (chirurgical, radiologie sau combinat), conform diferitor autori, constituie 65,3%. Deosebit de dificile sunt cazurile în care tratamentul chirurgical la stadiile inițiale este contraindicat din cauza patologiilor asociate grave, vârstei înaintate etc. În aceste cazuri am recurs la crio-chirurgie. Rezultatele obținute ne obligă să continuăm investigațiile în această direcție.

Am aplicat metoda criodestrucției la 89 de bolnavi cu forme local avansate și recidivante ale cancerului mucoasei cavității bucale, 75% dintre care aveau vârsta între 60 și 75 de ani și sufereau de maladii asociate, 19 pacienți prezentau tumori radiorezistente și tumori primar multiple ale cavității bucale. În acest lot de bolnavi s-a obținut supraviețuirea la 5 ani în 45% cazuri. Menționăm că în ultimii ani în secția noastră practicăm ocluzia arterei carotide externe înainte de acțiunea criogenă pentru a evita hemoragiile postnecrotice.

Crio-chirurgia este o metodă de perspectivă, o șansă pentru cazurile cu maladii asociate grave sau dacă nu s-au obținut efectele dorite prin celelalte metode. Crioacțiunea este mai avantajoasă comparativ cu hemiglosectomia în ceea ce privește efectul cosmetic și cel funcțional.

Tactica de tratament al bolnavilor de cancer al organelor cavității bucale la stadiile III-IV (52-

85%) diferă mult de cea în stadiile incipiente și constă în aplicarea metodelor combinate de tratament - iradiere preoperatorie în asociere cu rezecția tumorului primar și a metastazelor cervicale.

S-a constatat că hemiglosectomia aplicată ca metodă de bază în cancerul la baza limbii de st.III ulterior dă recidive în 45% cazuri. Evident că aceasta ne-a făcut să punem sub semnul întrebării raționalitatea acestei operații și să căutăm metode mai efective. În clinica noastră au fost elaborate metode de operații lărgite și combinate, cu includerea în blocul țesuturilor rezectate a câtorva formațiuni anatomice ale cavității bucale. Detaliat tot ce se referă la aceste intervenții chirurgicale se descrie în lucrarea „Tratarea cancerului local-răspândit al regiunii capului și gâtului”, Editura «Știința», 1987 (Gh. Țîbîrnă).

În prezentul studiu vom elucida doar problema tratamentului chirurgical al bolnavilor cu cancer la baza limbii, și anume problema accesului larg spre baza limbii, care întotdeauna a fost o dificultate serioasă în acest gen de operații.

Experiența ne permite să afirmăm că metoda de acces existentă prin cavitatea bucală cu rezecția mandibulei în regiunea incizivilor este incomodă, traumatică și nu asigură vizualitate suficientă. Prin multe probe și căutări am elaborat o metodă nouă de acces la baza limbii prin faringotomie laterală cu rezecția temporară a segmentului orizontal al ramurii mandibulei („Metoda operației chirurgicale în cancerul bazei limbii”) - propunerea de raționalizare nr.106 din 28.06.80 (Gh. Țîbîrnă).

Operațiile lărgite și combinate în caz de cancer al cavității bucale local-răspândit sunt extrem de voluminoase și cu risc mare de complicații postoperatorii. Astfel de operații am efectuat în 60% cazuri, lotul constituind 211 bolnavi. Din numărul acestor bolnavi (*tab.4*) după operații combinate la 5 ani au supraviețuit 34,9±4,1%, ceea ce, credem, justifică intervențiile chirurgicale, chiar dacă unii cliniciști-oncologi de vază au refuzat aplicarea lor.

Tabelul 4

Supraviețuirea bolnavilor cu cancer al mucoasei cavității bucale în funcție de tipul intervenției chirurgicale

<i>Tipul operației</i>	<i>Numărul bolnavilor operați</i>	<i>Din ei externați din staționar</i>	<i>Supraviețuirea, %</i>	
			<i>3 ani</i>	<i>5 ani</i>
Tipice	8	28	67,2+8,5	57,2+8,1
Lărgite	52	48	71,5+10,3	56,1+11,2
Combinat	131	123	35,4+6,8	32,1+6,7
În total	211	199	52,2+4,5	34,9+4,1

Cancerul mucoasei cavității bucale la stadiile III-IV se caracterizează prin metastazare frecventă (50-60%) în nodulii limfatici regionali (cervicali). Tactica curativă în ceea ce privește metastazele va fi determinată de situația clinică concretă:

- 1) metastaze regionale nu se determină;
- 2) metastaze regionale se suspectează;
- 3) metastaze regionale se determină clinic.

În cazurile în care metastazele regionale nu se stabilesc pot fi aplicate 3 variante de comportament:

- 1) Observarea bolnavului după tratarea tumorului primar.
- 2) Aplicarea curei de radioterapie asupra zonelor de metastazare regională.
- 3) Aplicarea operațiilor preventive de evidare a ganglionilor.

Din experiența proprie am ajuns la concluzia că cea mai favorabilă este varianta a treia de comportament, argumentele fiind următoarele: dificultatea diagnosticului clinic al metastazelor regionale la o frecvență înaltă de metastazare în ganglionii limfatici cervicali, rata supraviețuirii mai mare la bolnavii cu metastaze nedepistate - 71,3% -, comparativ cu 21,2% în metastaze depistate. Aproximativ aceleași date comunică și alte clinici. Rezultate bune s-au obținut și la iradierea zonelor regionale, mai ales în cazurile în care operațiile preventive au avut contraindicații. Investigațiile în această direcție rămân actuale și necesită cercetări prin randomizare.

La depistarea sau suspectarea metastazelor părerea majorității specialiștilor coincide și constă în evidarea ganglionilor afectați, rămânând a fi discutabilă doar problema în ce termeni și în ce volum. Aici opiniile diferă mult. Noi credem că tactica în privința ganglionilor trebuie să fie strict individuală și să depindă de caracterul metastazării (metastaze solitare sau multiple, uni - sau bilaterale). În clinica noastră, de regulă, excizia tumorii primare într-un bloc comun cu ganglionii regionali se efectuează peste 2-3 săptămâni după iradierea preoperatorie a acestor zone. Noi utilizăm trei variante de excizie a țesutului celuloadipos cervical, respectând indicațiile pentru fiecare din ele, în funcție de localizarea metastazelor în diferite forme de cancer al mucoasei cavității bucale și ale altor organe din această regiune:

- 1) evidarea ganglionară cervicală superioară;
- 2) evidarea ganglionară cervicală (tipurile laringian și tiroidian);
- 3) operația Cryle.

Aceste trei tipuri de operații sunt descrise de noi în câteva monografii ilustrate (A. I. Paces, 1983; Gh. A. Țîbîrnă, 1987; Gh. A. Țîbîrnă, 2003; Gh. A. Țîbîrnă, 2005). Rezultatele tardive după evidarea ganglionară cervicală nu cedează celor după operația Cryle și constituie 15,1% metastazări după 5 ani de observare. Marele avantaj al evidării ganglionare cervicale este posibilitatea de a păstra vena jugulară internă, mușchiul sternocleidomastoidean și nervul accesoriu, astfel evitându-se dereglările funcționale postoperatorii.

Tumorile glandelor salivare mari (parotidă, submandibulară, sublingvală) prezintă dificultăți serioase atât în plan clinico-morfologic, cât și curativ, mai ales tumorile glandei parotide cu frecvență mai mare comparativ cu celelalte localizări.

În clasificarea histologică internațională la momentul actual sunt descrise și grupate foarte multe forme morfohistologice de tumori ale glandelor salivare. Pentru un tratament cât mai efektiv este necesar a determina cu precizie forma histologică a tumorii și, în funcție de această formă, particularitățile evoluției ei clinice (A.I.Paces, 2003).

Tumoarea mixtă (adenomul pleomorf) a glandei parotide, ca una din cele mai frecvente, până nu demult era supusă tratamentului combinat (radioterapie preoperatorie cu evidarea ulterioară a tumorii). Această operație conține un risc mare de lezare a nervului facial cu paralizia musculaturii mimice. Cercetările în comun cu radiologii au demonstrat că este suficient doar tratamentul chirurgical, deși unii medici mai continuă să aplice radioterapia. În lucrările noastre au fost descrise etapele rezecției subtotale a glandei parotide - înlăturarea tumorii cu țesutul glandular adiacent în raza ramificațiilor nervului facial, care, practic, exclude apariția recidivelor, progresarea creșterii sau diseminarea celulelor canceroase. Din 520 de bolnavi operați astfel recidive au apărut doar la cinci din ei și nu am avut nici un caz de lezare a nervului facial (perioada anilor 1972-2006). În tratarea tumorilor maligne ale glandei parotide aplicăm metoda combinată de tratament cu radioterapie preoperatorie la prima etapă, componentul chirurgical variind individual: de la rezecția subtotală a glandei parotide în limita ramificațiilor nervului facial cu păstrarea integrității până la extirparea totală a glandei într-un bloc cu țesuturile din zona de metastazare.

Rezultatele tardive ale tratamentului combinat în cancerul glandei parotide relatează despre o supraviețuire de 5 ani și mai mult la 35,1% bolnavi, ele fiind dependente, în mare măsură, de tipul morfologic al carcinomelor. Astfel, supraviețuirea de 5 ani în caz de carcinom adenoid-chistic, conform datelor noastre, a atins cota de 50%.

Cancerul laringelui — este una din cele mai frecvente localizări din structura tumorilor maligne ale regiunii capului și gâtului. Între anii 1976-2006 în clinica noastră au fost tratați peste 1700 de bolnavi cu cancer laringian: la st. I - 10,1%; la st. II - 18,2%; la st. III - 62,1% și la st. IV - 9,6%.

Tratamentul cancerului laringian rămâne o problemă foarte dificilă, planificarea tratamentului trezând opinii și păreri controversate, adepții metodei radioterapeutice și ai celei chirurgicale apărându-și prioritatea în tratamentul cancerului laringelui la stadiile I-II. Totuși este evidentă prioritatea radioterapiei, care dă rezultate pozitive de regresie totală a tumorii în 90% cazuri, iar supraviețuirea de 5 ani în 80%. Doar în 20% cazuri există necesitatea unui tratament chirurgical,

care, de altfel, poartă un caracter crușător și economicos. Noi am propus spre utilizare în practică două metode noi de tratament: terapia cu laser - și crioterapia (P. Gurău, V. Ciorici; *tab.5a și 5b*).

Tabelul 5a

Efectele laseroterapiei în tratarea bolnavilor cu recidive limitate ale cancerului porțiunii medii a laringelui în funcție de forma de proliferare a tumorii (P. Gurău)

<i>Forma de creștere</i>	<i>Numărul bolnavilor</i>	<i>Efectul tratamentului</i>		
		<i>Efect deplin</i>	<i>Efect parțial</i>	<i>Fără efect</i>
Exofită	7	6		1
Endofită	2	2		
Mixtă	7	4	1	2
În total	16	12	1	3

Tabelul 5b

Rezultatele tratamentului criogen al formelor limitate de cancer laringian T1-T2 și recidivelor în funcție de localizarea procesului (V. Ciorici)

<i>Localizarea tumorii</i>	<i>Numărul bolnavilor</i>	<i>Efectul tratamentului</i>		
		<i>Efect deplin</i>	<i>Efect parțial</i>	<i>Fără efect</i>
Coardele vocale	45	42	3	
Valecule	10	9	1	
Reg. Vestibulară	17	14	3	
În total	72	65 (90,25%)	7 (9,75%)	

Datele din tabel demonstrează că laserodestrucția endoscopică, fiind aplicată la 16 bolnavi în condiții de ambulator, a dus la vindecarea a 12 din ei, cu termeni de observare de la 0,5 până la 5 ani. Metoda s-a dovedit a fi cu perspectivă și cere investigații în continuare (P. Gurău). La 72 de bolnavi cu cancer laringian (formă limitată) cu vârsta înaintată și cu maladii asociate s-a înfăptuit metoda criogenă de tratament, la 65 bolnavi efectul fiind deplin. Cercetările în această direcție vor fi prelungite (V. Ciorici, 2005).

În cancerul laringian la stadii inițiale cea mai rațională este tactica de planificare individuală. Noi propunem să se înceapă cu un curs radical de radioterapie. După o doză de 40-45 Grey, trebuie depistate prin metode clinico-morfologice formele radiorezistente de cancer și în cazul depistării acestora, radioterapia trebuie abandonată (stopată) și efectuată operația economă - rezecția laringelui.

Extrem de dificil este tratamentul bolnavilor cu cancer laringian la st. III (rata de adresare - 65-70%). Planificarea tratamentului acestor bolnavi este o sarcină mult mai dificilă comparativ cu tratamentul la stadii inițiale și cere să se ia în considerație mai mulți factori ca: vârsta, profesia, localizarea cancerului (regiunea supraglotică, glotică sau subglotică), forma de proliferare, prezența stenozei, metastaze regionale, forma morfologică a tumorii etc). Aceste forme extinse ale cancerului laringian (stadiul III) manifestă adeseori sensibilitate la iradiere. Supraviețuirea la 5 ani după radioterapie, conform datelor radiologilor institutului nostru (R. Codița, A. Marandiuc, S. Ivanov, N. Novicova), a atins cota de 25-30% bolnavi. În baza acestui fapt am elaborat metoda combinată de tratament și continuăm s-o perfecționăm. Pentru fiecare bolnav de cancer laringian la st. III se elaborează un program individual de tratament în baza principiilor generale deduse din multiplele probe. În secția „Tumorile capului și gâtului” au fost efectuate cercetări clinico-morfologice speciale pe un lot de 197 de bolnavi cu cancer al regiunii supraglotice (vestibular) la stadiul III, cărora li s-a administrat tratament combinat în diferită succesivitate a componentelor chirurgicale și radioterapeutic (V. A. Darii).

Drept rezultat, s-a stabilit că:

1. Tratamentul combinat al cancerului vestibular al laringelui la stadiile IIIa-IIIb trebuie început cu o cură preoperatorie de radioterapie în doză sumară de 40 Grey, după care peste 2-3 săptămâni se recurge la intervenție chirurgicală.

2. La aceeași formă a cancerului st. IIIa este indicată în scop profilactic evidarea ganglionară cervicală, ca o metodă sigură de profilaxie și tratament al metastazelor regionale nedepistate clinic.

3. Ca indicație pentru efectuarea operațiilor profilactice asupra zonelor de metastazare limfatică servește forma endofită de proliferare a tumorii și osificarea cartilajelor laringiene, depistată radiologic în aceste forme cu tendință exagerată de metastazare regională.

Există însă cazuri care necesită inițial intervenție chirurgicală, în special cazurile cu stenoză a laringelui, cu pericondrită exprimată sau formele endofite și mixte de proliferare a cancerului laringian cu invazie profundă în țesuturile adiacente și imobilizarea jumătății de laringe. Cura de radioterapie postoperatorie se administrează la 2-4 săptămâni după etapa chirurgicală.

Una din cele mai dificile probleme rămâne a fi tratata cancerului laringian local-răspândit. În baza cercetărilor pe un lot de 258 de bolnavi am argumentat raționalitatea clasificării operațiilor în funcție de volumul țesuturilor extirpate în operații largite și combinate. Conform legităților de răspândire a cancerului laringelui: în sus - cu afectarea bazei limbii și a spațiului preepiglotic, în jos - cu concreștere în segmentul cervical al traheei, anterior - cu infiltrarea țesuturilor suprafeței anterioare a gâtului, posterior - cu trecerea pe porțiunea inferioară a faringelui și porțiunea cervicală a esofagului, lateral - cu afectarea sinusului piriform și a peretelui lateral al faringelui și a unui lob al glandei tiroide. Drept rezultat, am considerat rațională elaborarea a cinci variante de bază de laringectomie largite: superioară, inferioară, anterioară, posterioară și laterală. Pe lângă variantele enumerate mai sunt posibile și diferite combinații din ele, de asemenea asocierea lor cu extirparea radicală în monobloc a metastazelor cervicale regionale. Astfel de operații le-am numit laringectomii combinate.

În varianta superioară a laringectomiei largite (109 operații) este important să se aprecieze exact volumul de extirpare în bloc cu laringele a țesuturilor bazei limbii cu păstrarea, pe cât e posibil, a nervilor sublinguali.

Varianta inferioară a laringectomiei largite (28 de operații) prezintă dificultăți în determinarea liniei de rezecție a traheei din cauza răspândirii invizibile submucoase a cancerului laringian pe acest organ. Pe lângă aceasta, majoritatea bolnavilor cu localizarea subglotică a procesului se internează cu traheostom deja aplicat, însoțit de efecte inflamatorii. Din aceste considerente rezecția traheei urmează să fie efectuată la un nivel, pe cât e posibil, mai inferior, în cazul bontului prea scurt al traheei pentru formarea traheostomului este rațională incizia semilunară a pielii în treimea inferioară a gâtului.

Varianta anterioară a laringectomiei largite (19 operații) are un specific al său în ceea ce privește excizia largită în monobloc cu laringele a țesuturilor suprafeței cervicale anterioare, inclusiv pielea. În metoda elaborată de noi, incizia propusă asigură ablazia acestui tip de laringectomie.

În varianta posterioară a laringectomiei largite (12 operații) se extirpează într-un bloc cu laringele un segment sau hipofaringele în întregime și treimea superioară a esofagului. Defectul postoperator impune recuperarea plastică cu lambou deltopectoral, tubular sau microchirurgical în scopul asigurării integrității tractului digestiv.

În laringectomia largită varianta laterală (22 de operații) este important să se determine volumul țesuturilor faringelui extirpate în monobloc cu laringele, în caz de infiltrare a procesului tumoral. Linia de excizie uneori atinge polul inferior al tonzilei palatinale. În caz de răspândire pe laterală și superior se cere o precauție deosebită, persistând riscul lezării arterei carotide interne. La răspândirea cancerului în direcția inferioară, spre cartilajul tiroid, în monobloc cu laringele va fi extirpat istmul și unul din lobi glandei tiroide plus țesutul celuloadipos paratraheal.

Cea mai serioasă problemă o constituie laringectomiile combinate (68 de cazuri) din cauza volumului mare al țesuturilor extirpate și a gradului înalt de traumatism. Aproape în toate cazurile a fost necesară aplicarea faringostomelor planificate.

Analiza rezultatelor tardive justifică operațiile largite și combinate în cancerul local-răspândit al laringelui (supraviețuirea totală la 5 ani constituind 53,6+5,4%) (tab.6).

Supraviețuirea bolnavilor cu cancer laringian local-răspândit în funcție de volumul intervenției chirurgicale

Volumul intervenției chirurgicale	3 ani			5 ani			
	Observați	Sănătoși	%	Observați	Sănătoși	%	
Laringectomia lărgită:							
Superioară	109	57	34	69,6+6,5	31	21	67,7+8,4
Inferioară	28	19	12	63,1+11,1	12	4	33,3+13,6
Anterioară	19	13	6	46,1+13,8	7	3	42,8+18,7
Posterioară	12	9	5	55,6+16,6	6	1	16,7+15,2
Laterală	22	17	11	64,7+11,6	11	5	45,5+15,01
Laringectomia							
combinată	68	22	16	72,7+9,5	17	11	64,7+11,7
În total	258	137	84	61,3+4,2	84	45	53,6+5,4

În cazurile depistării metastazelor cervicale (din observările noastre - 25% bolnavi), radioterapia preoperatorie trebuie să includă atât focarul primar, cât și zonele de metastazare regională, după care, concomitent cu intervenția chirurgicală asupra tumorului primar, se efectuează și evidarea ganglionilor cervicali uni- sau bilateral cu extirparea în monobloc a întregii piese operatorii. Tehnica și volumul operației vor depinde de caracterul metastazării (numărul metastazelor și infiltrarea în țesuturile adiacente). Noi recomandăm extirparea ganglionară în teacă fascială (variantă laringiană) sau operația Cryle.

Rezumând cele expuse mai sus referitor la cancerul laringian, am schițat câteva probleme-sarcini în investigațiile noastre în această direcție:

1. Elaborarea măsurilor eficiente de diagnostic precoce al cancerului laringian.
2. Elaborarea metodelor clinico-morfologice de determinare a radiosensibilității tumorii înainte și în procesul aplicării radioterapiei, ceea ce va asigura un tratament adecvat și bine dozat. Sunt necesare și criteriile precise de determinare a gradului de malignizare a cancerului laringian plat pavimentos pentru a elabora o tactică corectă de tratament.
3. Cercetarea și perfecționarea metodelor de radioterapie a cancerului laringian prin: utilizarea aparatelor moderne cu surse noi de iradiere, cu dozimetre perfecționate, aplicarea procedurilor de cercetare topografică a tumorii pentru radioterapie, stabilirea unui regim rațional de fracționare a dozei de iradiere, cercetări în vederea căutării de noi materiale radiosensibilizante. În prezent cea mai reușită se socoate asocierea iradierii cu astfel de preparate ca prospidina, dactinomicina, bleomicina etc.
4. Perfecționarea fibrolaringoscopiei ca metodă suficientă de diagnostic al neformațiilor laringelui fiind confirmată morfologic în 95% cazuri.
5. Perfecționarea laserodestrucției fibroendoscopice în tratamentul tumorilor benigne și al afecțiunilor precanceroase ale laringelui.
6. Investigații în direcția aplicării crioterapiei pentru tratamentul cancerului laringian și al recidivelor limitate cu formă exofită de creștere a tumorii și cu localizarea ei pe două treimi anterioare ale plicii vocale.
7. Perfecționarea de mai departe a tehnicii de operație la laringe cu scopul de a păstra funcția organului și de a stabili indicații precise pentru diferite tipuri de rezecție în asociere cu radioterapie preoperatorie după program radical. Elaborarea și perfecționarea tehnicii operațiilor lărgite și combinate în caz de cancer laringian local-răspândit.
8. Elaborarea schemelor de tratament al bolnavilor cu tumori maligne radiorezistente. Problema conține multe momente dificile: diagnosticul oportun al radiorezistenței, necesitatea repetării curei de radioterapie, folosirea metodicilor moderne de terapie intensivă în operațiile lărgite, în special la bolnavii de vârstă înaintată și cu maladii asociate.

9. Cercetarea și elaborarea metodelor de prevenire a complicațiilor postoperatorii locale și generale. Elaborarea metodelor de suturare a defectului faringelui (manual, mecanic, microchirurgical etc.). În numărul problemelor privind tratamentele chirurgical, radioterapeutic, criogen, combinat trebuie să fie inclusă și problema pregătirii preoperatorii, asigurării anesteziei și conduitei postoperatorii, măsurile de reanimare, alimentarea optimală (prin sondă, parenterală), restabilirea vocii. Pentru toate aceste cercetări se cere conlucrare cu o serie de specialiști în materie.

Cancerul tiroidian, spre deosebire de alte tumori maligne, are o evoluție și un pronostic mai favorabil, datorită particularităților specifice biologice ale glandei tiroide. Investigațiile multiple și multilaterale în problema cancerului tiroidian s-au soldat cu succese serioase și au făcut ca în prezent tratamentul acestei maladii să fie unul din cele mai rezultative în structura neoplaștilor regiunii capului și gâtului.

Institutul Oncologic din Moldova dispune de un vast material clinic (peste 1500 de cazuri clinice) referitor la diferite neoplaștilor ale glandei tiroide.

Cancerul glandei tiroide s-a dovedit a fi o maladie nu chiar atât de rar întâlnită după cum se credea până acum și în statistica clinicii noastre constituie 10% din tumorile capului și gâtului sau 2% din numărul total al maladiilor oncologice. În momentul de față mulți bolnavi cu tumori ale glandei tiroide sunt tratați în diverse clinici (endocrinologie, chirurgie generală, radiologie), aplicându-se metode deseori neadecvate.

Prezentăm o scurtă analiză a experienței noastre în această problemă. În perioada anilor 1977-2005 în clinica noastră s-au tratat 1346 de bolnavi cu diagnosticul verificat de cancer al glandei tiroide, dintre care la st. I - 13%, la st. II - 37,5%, la st. III - 32,9% și la st. IV - 16,6%. Din numărul total de bolnavi cu recidivă a maladii - 5,1%; în stare după tratament chirurgical primar neadecvat - 6,2%; cu metastazare în ganglionii limfatici regionali - 37,6%.

Examenul histologic a depistat în 51,5% cazuri adenocarcinom folicular; în 40,2% - adenocarcinom papilar; în 3,8% - cancer medular și în 4,5% - forme neidentificate ale cancerului glandei tiroide. O mare parte din bolnavi au manifestat forme local-răspândite ale maladii (45,5%) și în 50,5% cazuri - procese la stadiile I-II. Este deosebit de important să se determine exact forma histologică a tumorii, factor decisiv în elaborarea programului de tratament și pentru pronosticul maladii, desigur, în îmbinare cu alți factori.

În diferite clinici au fost studiate diverse metode de tratament al cancerului glandei tiroide (chirurgical, radioterapeutic, medicamentos, combinat etc.), dar s-a ajuns la concluzia că tratamentul de bază totuși rămâne cel chirurgical. Celelalte metode pot fi aplicate ca supliment sau paliativ, deși se cer investigații minuțioase în continuare.

Înainte de a elabora tactica operației, volumul și limitele ei trebuie stabilite exact forma histologică, forma clinică, caracterul proliferării, gradul de avansare a tumorii, vârsta și starea generală a bolnavului (A.I.Paces, R.M.Propp, 1984).

Experiența demonstrează că atât hemitiroidectomia, cât și rezecția subtotală a glandei tiroide și tiroidectomia pot fi apreciate ca operații radicale în tratamentul cancerului tiroidian în lipsa metastazelor în ganglionii limfatici cervicali. În aceste intervenții deosebit de importantă este problema păstrării nervilor recurenți, iar necesitatea rezecției lor trebuie bine argumentată.

Cancerul glandei tiroide are o tendință exagerată de metastazare în ganglionii limfatici cervicali regionali (37,6%), la 8,5% din ei - bilateral. Iată de ce la depistarea metastazelor cervicale sau la suspectarea lor este necesară extirparea radicală a țesutului adipos-fascial cu ganglionii limfatici regionali incluși. În clinica noastră practicăm operația asupra focarului primar (rezecția glandei tiroide, rezecția subtotală a glandei tiroide sau tiroidectomia) concomitent cu evidarea ganglionară laterocervicală din una sau din ambele părți (variantele tiroidiene). Operațiile de tip Cryle sunt utilizate mai rar - la infiltrarea metastazelor în v. jugulară internă sau în mușchiul sternocleidomastoidean.

În cancerul tiroidian extirparea profilactică a țesutului adipos-fascial laterocervical în lipsa metastazelor nu ameliorează rezultatele tratamentului, fapt condiționat, în primul rând, de esența biologică a tumorii și de particularitățile evoluției clinice. Nici iradierea zonelor de metastazare

regională după operația radicală nu favorizează aceste rezultate. Radioterapia are efect la tratarea bolnavilor cu forma neidentificată a maladiei, problema necesitând cercetări mai profunde în această direcție.

Discuții serioase trezește problema tratamentului chirurgical la formele local-răspândite ale cancerului tiroidian, în special operațiile lărgite.

Vecinătatea anatomică intimă a glandei tiroide cu laringele, traheea, esofagul și invazia tumorii în aceste organe chiar la etapele inițiale ale procesului canceros influențează evoluția clinică a cancerului tiroidian local-răspândit. În baza cercetărilor noastre asupra unui lot de 105 bolnavi cu cancer local-răspândit în funcție de direcția de răspândire a tumorii în raport cu istmul glandei, am elaborat câteva variante de tiroidectomie lărgită: superioară, inferioară, laterală sau combinată.

Varianta superioară prevede extirparea glandei tiroide împreună cu țesuturile moi și peretele anterior al traheei, mai sus de istm. Varianta inferioară - excizia radicală a țesuturilor moi ale părții anterioare a gâtului, traheei, mai jos de istm. Varianta laterală presupune extirparea glandei tiroide, nervului recurent, rezecția traheei și a stratului muscular al esofagului. În caz de afectare a câtorva organe vecine cu glanda tiroidă se efectuează tiroidectomia combinată. Atunci când există indicații respective tiroidectomia se suplimentează cu evidarea ganglionară cervicală în volum radical.

Rezultatele operațiilor lărgite și combinate aplicate în forme local-răspândite ale cancerului glandei tiroide sunt dependente de volumul intervenției chirurgicale (tab. 7).

Tabelul 7

Supraviețuirea la 3 și 5 ani a bolnavilor cu cancer tiroidian în funcție de tipul operației aplicate

Volumul operației	Numărul bolnavilor	3 ani			5 ani		
		observați	sănătoși	%	observați	sănătoși	%
Tiroidectomie extinsă:							
- Superioară	18	8	6	75,5+15,3	5	3	60,0+21,9
- Inferioară	14	7	5	71,0+17,2	4	2	50,0+25,0
- Laterală	23	9	6	66,6+15,7	6	4	66,6+19,25
Tiroidectomie combinată	50	30	27	90,0+5,5	16	14	87,5+9,27
În total	105	54	44	75,7+13,4	31	23	66,0+18,8

Astfel, cele mai bune rezultate au fost obținute în tiroidectomii combinate, iar cele mai nefavorabile — în tiroidectomii extinse inferioare. Maxima indicelui mortalității revine primilor 2 ani după operație, în cercetările noastre din 31 de bolnavi 23 au decedat în primii 1,5 ani după intervenția chirurgicală. Analiza rezultatelor tardive justifică operațiile lărgite și combinate în cancerul local-răspândit al glandei tiroide (supraviețuirea de 5 ani, în total, constituie 66,0±18).

Bibliografia contemporană prezintă puține date despre supraviețuirea la 5 și 10 ani a bolnavilor în funcție de forma histologică a tumorilor tiroidiene (tab. 8).

În baza datelor noastre am constatat că cel mai favorabil pronostic îl au adenocarcinoamele papilare și cele foliculare, mai nefavorabil — în cazul cancerului medular și absolut nefavorabil — în cancerul nediferențiat. În ceea ce privește stadiul procesului tumoral, eficacitatea tratamentului depinde mai mult de răspândirea tumorului primar decât de metastazele regionale. Mortalitatea postoperatorie a constituit 1,7%, recidivarea cancerului tiroidian în 0,5% cazuri.

În ultimii ani oncologii tot mai mult sunt îngrijorați de problema operațiilor repetate la bolnavii cu cancer tiroidian, după operații primare neadecvate în alte instituții medicale. De obicei, intervențiile chirurgicale sunt efectuate pentru gușă nodulară, fără a bănui existența unei tumori maligne, astfel, cancerul tiroidian se depistează doar la examenul histologic al piesei operatorii. Diagnosticul stabilit doar pe baza datelor anamnezei, examenului vizual și palpator este insuficient pentru a stabili diagnoza corectă. Se cer intervenții speciale în examenul citologic al punctatului.

Rezultatele tardive în tratarea bolnavilor cu cancer tiroidian în funcție de morfologia tumorii (în %)

<i>Autorul</i>	<i>Adenocarcinom papilar</i>		<i>Adenocarcinom folicular</i>		<i>Cancer medular</i>		<i>Cancer nediferențiat</i>	
	<i>5 ani</i>	<i>10 ani</i>	<i>5 ani</i>	<i>10 ani</i>	<i>5 ani</i>	<i>10 ani</i>	<i>5 ani</i>	<i>10 ani</i>
Valdina E.A., 1987	95	90	80	73				
Helnan K., 1977	54	52	42	40	56	33	11	
Aldinger K., 1978	91,4		85,1				13,2	
Simson W., 1984					57	50		
Paces A.I. și Propp R.M., 1984	95,3	94,2	90,1	75,7	87	80		
Bologa S., 1995	91,2	90,1	90,0	82,4	81	35		
Datele noastre (2004)	93,2	91,1	90	84,1	50	30		

Intervenția chirurgicală de tipul enucleației nodului se înfăptuiește, mai ales, sub anestezie locală. După cunoașterea rezultatului examenului histologic (unii bolnavi deja sunt externați), trezește nedumerire îndreptarea în instituțiile oncologice. Și atunci apare întrebarea: Ce tactică trebuie aplicată în aceste cazuri? În clinica noastră toți acești bolnavi au fost reopeși. La 47% din ei a fost depistat cancerul în fragmentele restante ale glandei tiroide, iar la 18,2% — era afectat de cancer și celălalt lob. Desigur, reopeșiile sunt mai complicate, se suportă mai greu de bolnavi și mai frecvent apar complicații postoperatorii. Aceasta ne-a determinat să schimbăm tactica chirurgicală, asociind-o cu tratamentul medicamentos postoperator. Ca urmare, rezultatele tardive în tratarea bolnavilor reopeși s-au ameliorat, supraviețuirea de 5 ani constituind, conform datelor noastre, 81%.

Astfel, repererele de bază în tratamentul modern al cancerului glandei tiroide sunt: 1) tactica selectivă de tratament și volumul adecvat al operației; 2) aplicarea rațională a radioterapiei, hormonoterapiei și terapiei medicamentoase. Hormonoterapia administrată sub controlul strict al fonului hormonal.

În clinica noastră o atenție deosebită se acordă problemei reabilitării chirurgicale a bolnavilor cu oncopatologii în regiunea capului și gâtului (tab.9).

Noi aplicăm toate tipurile existente de plastie primară și secundară a defectelor postoperatorii, cea mai utilizată fiind plastia primară cu lambou musculocutanat pe pedicul vascular (cervical, humeral, deltopectoral – C. I. Clim). Primii am aplicat, de asemenea, în oncologia tumorilor capului și gâtului plastia cu lambou microchirurgical pentru acoperirea oricărui defect postoperator, indiferent de formă și dimensiuni (Gh. Țîbîrnă, N. Antohii).

Reabilitarea chirurgicală a bolnavilor oncologici cu defecte extinse ale țesuturilor capului și gâtului (C. Clim)

<i>Localizarea defectului</i>	<i>Num. bolnavilor (total)</i>	<i>Numărul bolnavilor, cărora li s-a efectuat plastie</i>						
		<i>Cu lambou tubular</i>	<i>Cu lambou cervic</i>	<i>Cu lambou frunte</i>	<i>Cu lambou DP</i>	<i>Prin metoda combinată</i>	<i>Cu lambou insular</i>	<i>Cu translat microchirurgical</i>
Fruntea și partea piloașă a capului	21	6				6		9
Zona medie a pielii feții	86	14	4	6	18	14	7	23
Partea inferioară a feții	186	23	48	4	39	24	5	37
Faringele, ezofagul, regiunea cervicală	325	90	7		110	59	4	55
În total	618	133	59	10	167	103	16	124

În total au fost efectuate circa 2000 de operații plastice. Complicațiile în aplicarea lamboului deltopectoral au alcătuit 20% cazuri; la aplicarea lamboului cervical - 40%; a celui microchirurgical - 15% cazuri. Cercetările în această direcție continuă, reabilitarea bolnavilor oncologici și readucerea lor la modul de viață normal fiind sarcina majoră a oncologilor.

La trecerea în revistă a stării actuale în problemele tratamentului oncologic pe exemplul a cinci localizări ale tumorilor capului și gâtului menționăm că, în afară de metodele chirurgicale, medicamentoasă, combinată și radioterapeutică tradiționale de tratament, am introdus o metodă nouă (metoda de crioacțiune), asupra elaborării căreia lucrăm pe parcursul a mai mult de 20 de ani.

Împreună cu specialiștii Centrului Oncologic Științific al Academiei de Științe a Federației Ruse (prof. V. V. Șentali, 1977), am participat la discuțiile tehnico-ingerice cu fizicienii și la aprobarea noilor aparate. La acest capitol a fost acumulat un număr mare de observări clinice. Analizând rezultatele investigațiilor, putem afirma că lucrările noastre au contribuit la fundamentarea științifică a metodei de criotratament în medicină.

Am propus două variante de crioacțiune - instalații staționare și aparate portative de dimensiuni mici. Am elaborat o metodă de prognozare a efectului criogen cu ajutorul unei serii de normograme speciale (V. Sucevan, A. Doruc, 2005), obținute drept rezultat al cercetărilor clinicomorfoloșice ale formelor limitate de carcinom bazocelular, cancer cutanat etc. Aplicarea acestei metode de prognozare asigură rezultate înalte în tratament. Au fost elaborate diverse variante tehnologice de aplicare a crioacțiunii: de contact, în flux de aerrozol, de penetrare. S-au propus metode combinate de criodistrucție a tumorii, de potențare a efectului criodestructiv cu ajutorul ultrasunetului de intensitate joasă (0,5 Wt/cm. pat.).

Rezultatele satisfăcătoare obținute prin crioterapie ne-au convins pe noi și noi, la rândul nostru, le propunem și altor specialiști această metodă eficace cu condiția respectării stricte atât a tehnicii, cât și a indicațiilor.

În caz de bazaliom sau de cancer cutanat al regiunii capului și gâtului criodistrucția poate fi utilizată ca metoda de bază cu efect total. Criodistrucția ca metodă mai are un avantaj serios - poate fi aplicată în condiții de policlinică și permite vindecarea într-o singură ședință cu efectul de 100%. Către anul 1994 cota cazurilor de aplicare a crioterapiei a constituit 11000; deocamdată cel mai voluminos material de observare clinică în toate țările C.S.I. (tab. 10).

Tabelul 10

Rezultatele criotratamentului bolnavilor cu tumori benigne și maligne ale regiunii capului și gâtului în condiții de policlinică (A. Doruc)

Localizarea	Numărul bolnavilor	Supraviețuirea de 5 ani	
		Fără recidive	%
Bazaliom de formă limitată (1-5 cm.)	6442	6442	100
Cancer cutanat, st.I-II	542	542	100
Cancerul b/infer., st.I-II	1137	1137	100
Maladii precanceroase facultative	2090	2090	100
În total	10211	10211	100

Metoda criodistrucției este aplicată de noi și la bolnavii cu cancer local-răspândit al capului și gâtului, în special, la persoanele de vârstă înaintată, cu maladii asociate grave, când metodele tradiționale de tratament sunt contraindicate. Pentru mărirea potențialului de acțiuni criogene am utilizat ultrasunetul, hipertermia, fracții majore de radioterapie și terapia medicamentoasă (tab.11).

**Rezultatele criodestrucției la bolnavii cu cancer local-răspândit al capului și gâtului
(A. Doruc)**

Localizarea	Numărul bolnavilor	Tratarea deplină		Remisie	
		n.b.	%	n.b.	%
Bazoliom al pielii local-răspândit (5-10 cm)	198	187	94,5	11	5,5
Cancer al buzei inferioare, st.I-II, cu progresare locală	339	321	94,7	18	5,3
Cancer al pielii, st.III-IV, cu progresare locală	117	111	94,8	6	5,2
Cancer al mucoasei cavității bucale, st.III-IV, local-răspândit.	76	68	89,5	8	10,5
Cancer al orbitei și sinusurilor paranazale, st.III-IV.	20	17	85,0	3	15,0
Melanom cutanat	87	72	82,7	15	17,3
În total	837	776	92,7	61	7,3

Din tabel rezultă eficacitatea înaltă a metodei chiar în cazurile cele mai grave. Astfel, tratamentul criodestructiv al melanoamelor nu cedează metodelor chirurgicale și combinate. Mai mult decât atât, are chiar o serie de avantaje prin simplitatea și accesibilitatea metodei, posibilitatea aplicării la bolnavii cu maladii asociate grave, rezultatele cosmetice și funcționale mai favorabile.*

Timp de trei decenii colaboratorii noștri au editat peste trei sute de lucrări științifice, dintre care 11 monografii și trei recomandări metodice referitoare la diagnosticul precoce, tratamentul și reabilitarea bolnavilor cu tumori în regiunea capului și gâtului și 13 brevete de invenție:

1. Пачес А. И., Огольцова Е. С., Цыбырнэ Г. А., *Актуальные вопросы хирургического лечения рака гортани*, Кишинев, 1976, 176 с.

2. Цыбырнэ Г. А., Годорожа Н. М., *Рак нижней губы*, Кишинев, 1978, 117с.

3. Б. М. Втюрин, Г. А. Цыбырнэ, К. И. Клим, *Хирургическое лечение рака головы и шеи*, Кишинев, 1981, 149с.

4. Цыбырнэ Г. А., *Лечение местно распространенного рака головы и шеи*, Кишинев, 1987, 266 с.

5. Цыбырнэ Г. А., Камышов Я. М., Мереуцэ И. Е., *Лечение хронического болевого синдрома*, Кишинев, 1993, 241 с.

6. Boris Melnic, Gheorghe Țîbîrnă, Gheorghe Duca, Simona Corina Cică, *Chimia, stresul și tumoarea*, Editura «Universul», Chișinău, 1997, 236 p.

7. Gheorghe Țîbîrnă, Ion Mereuță, *Cancerul «Vigilența oncologică în activitatea medicului de familie»*, Editura «Universul», Chișinău, 1997, 175 p.

8. Gh.Țîbîrnă, N.Ghidirim, *Combaterea cancerului*, Chișinău, 2000, 112 p.

9. Gh.Țîbîrnă, *Ghid clinic de oncologie*, Chișinău, 2003, 827 p.

10. Г.Цыбырнэ, *Клиническая онкология*, Изд. «Универсул», Кишинэу, 2005, 832 с.

11. Gh.Ghidirim, I.Ababii, Gh.Țîbîrnă, Gh.Palade. *Membrii secției de științe medicale. Activitatea științifică și managerială*. Ediție jubiliară, 60 de ani de la fondarea A.Ș.M., Tipografia A.Ș.M., Chișinău, 2006, 222 p.

1. Цыбырнэ Г. А., Огольцова Е. С., Антохий И. Н., *Организация ранней диагностики и выбор оптимального лечения рака гортани*. Метод. рекомендации, Кишинев, Штиинца, 1981, 25 с.

2. Цыбырнэ Г. А., Монул Ф. А., Бурджуа Г. И., Гуцан А. Э., *К организации ранней диагностики злокачественных новообразований челюстно-лицевой области*, Метод. рекомендации, Кишинев, Штиинца, 1980, 27 с.

* Timp de 30 de ani în clinica tumorilor cap și gât au fost tratați peste 19000 de bolnavi, dintre care 12500 cu tumori maligne. S-au efectuat 20000 de operații chirurgicale la bolnavii cu tumori în regiunea capului și gâtului. Mortalitatea a fost numai de 1,9%.

3. P. Gurău, Gh. Țîbîrnă, *Organizarea depistării precoce a cancerului laringian*, Recomandări metodice. Chișinău, 1994, 15 p.

Indiferent de succesele obținute trebuie însă studiate multe probleme ce țin de aplicarea în practică a noilor metode de diagnostic și tratament al tumorilor capului și gâtului.

În încheiere menționăm că cele expuse sunt doar o schiță a unui tablou imens ce oglindește starea actuală a diagnosticului și tratamentului bolnavilor cu tumori ale capului și gâtului. Au fost evidențiate numai unele rezultate obținute de secție, în studierea și tratarea tumorilor capului și gâtului în speranța că în viitor vor fi căpătate rezultate mai bune.

Succesele realizate de specialiștii noștri nu ar fi fost posibile fără susținerea unor profesori, colegi și discipoli cu care am împărtășit nu numai bucuriile, dar am cunoscut și amărăciunea înfrângerilor, fără de care nu poate exista o școală științifică adevărată.

Îi amintesc aici doar pe unii din ei: acad. N.N.Blohin, acad. N.N.Trapeznicov, prof. A.I.Paces, E.S.Ogolitova, C.A.Draganiuc, G.B.Honelidze, C.A.Țîbîrnă, A.P.Ciornîi, E.T.Mălai, G.A.Bulbuc, I.T.Corcimaru, I.T.Zisman, M.G.Zagarschi, M.V.Godină, E.N.Fomenco, A.G.Cucieru, V.C.Jovmir, N.F.Belev, V.F.Cernat, V.V.Eftodii, I.E.Mereuță, R.I.Codița, A.S.Marandiuc, N.V.Novicova, A.A.Grinberg, N.P.Ghidirim, I.S.Suharschi, V.A.Darie, A.S.Doruc, C.I.Clim, V.A.Ciorici, P.Gurău, A.M.Bejan, V.Paladi, R.Mîndruța, S.Marina, A.D.Postolachi, A.F.Soltan, N.I.Piterschi, A.Clipca, C.Cojocar, A.Țîbîrnă, G.Arîcu, D.Cebotari, L.Ursu, M.C.Gabunia.

Aduc mulțumiri și multor altor colegi, care au activat și continuă să activeze în institutul nostru. Cuvinte de recunoștință și de mulțumire le adresez tuturor conducătorilor colectivelor cu care colaborăm permanent și față de care avem un respect deosebit.

ANEXĂ

Lista disertațiilor de doctor și de doctor habilitat în medicină susținute de către colaboratorii Departamentului clinic de studiere a tumorilor capului și gâtului al Institutului Oncologic din Moldova, și de lucrătorii altor instituții medicale sub **conducerea** doctorului habilitat în medicină, prof. Gh. Țîbîrnă (1977-1997).

Disertațiile de doctor în medicină:

1. Doruc A. S., *Криогенный метод лечения ограниченных форм базалиом, рака кожи головы и шеи, рака нижней губы I-II стадии в условиях онкологической поликлиники*, Ленинград, 1987.

2. Darii V. A., *К тактике комбинированного лечения рака вестибулярного отдела гортани III стадии*, Ленинград, 1990.

3) Cernat V. F., *Reabilitarea bolnavilor oncologici și posibilitățile ameliorării calității vieții lor în condițiile unui raion rural*, Chișinău, 1993.

4) Gurău Petru, *Fibrolaringoscopia în diagnosticul și chirurgia cu laser a tumorilor și patologiei precanceroase a laringelui*, Chișinău, 1994.

Disertațiile de doctor habilitat în medicină:

1) Țîbîrnă Gheorghe, *Хирургическое лечение местно-распространенных злокачественных опухолей головы и шеи*, Москва, 1982.

2) Banari Ilie, *Хирургическое лечение больных с периферическими параличами и сочетанными (рубцово-паралитическими) стенозами гортани*, Ленинград, 1990.

3) Pihut P. M., *Доброкачественные заболевания и рак молочной железы (клинико-эпидемиологические исследования)*, Москва, 1995.

4) Mereuța Ion, *Реабилитация и паллиативное лечение онкологических больных в Республике Молдова*, Санкт-Петербург, 1995.

5) Belev N.F., *Генетический анализ предрасположенности к аденомам и раку толстой кишки*, Москва, 1996.

6) Eftodii V.V., *Posibilități moderne de ameliorare a rezultatelor postoperatorii precoce la bolnavii oncologici*, Chișinău, 1997.

Rezumat

Experiența acumulată timp de 30 de ani permite să afirmăm că la momentul actual secțiile „Tumori ale regiunii capului și gâtului” constituie cea mai reușită formă organizatorică în sistemul instituțiilor oncologice. Odată cu organizarea lor a dispărut necesitatea transferului bolnavilor în alte instituții și secții de profil, toate etapele tratamentului fiind asigurate și urmărite de o singură echipă de medici cu pregătire oncologică specială.

Timp de 30 de ani în clinica tumorilor cap și gât au fost tratați peste 19000 de bolnavi, dintre care 12500 cu tumori maligne. Au fost efectuate 20000 de operații chirurgicale la bolnavii cu tumori în regiunea capului și gâtului, mortalitatea fiind numai de 1,9%.

Summary

The experience for 30 years long showed up, that the Department of Head and Neck tumors constitutes the most successful organizational form in the system of Oncologic Institutions.

Simultaneously with its creation the necessity of transferring patients from one specialized institution or department to another disappeared, all the stages of treatment being provided and supervised by a single team of doctors, that have a special Oncologic preparation.

During the 30 years, in clinic of head and neck surgery were treated over 19.000 patients almost 12.500 with malignant tumours. There was effectuated 20.000 of surgical operation to the patients with tumours of head and neck region. The mortality being only 1,9%.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАЗВИТИЕ НОВОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

А. И. Пачес, проф., Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина
РАМН

История становления и развития нового направления в организации практической и научной деятельности по оказанию онкологической помощи больным опухолями головы и шеи является весьма поучительной и важной.

Сегодня, оценивая современный уровень развития этого по-прежнему нового фундаментального направления в онкологии, можно утверждать, что избранный путь оказался единственно правильным, очень востребованным, с большим перспективным будущим.

Многолетний анализ деятельности отделений опухолей головы и шеи в системе здравоохранения Российской Федерации (и прежде в СССР) позволяет определять дальнейшие пути развития всей многоотраслевой проблемы в целом, а также отдельные вопросы частной онкологии.

Именно поэтому ознакомление, обсуждение и дальнейшее изучение огромного пласта накопленных за несколько десятилетий материалов, а также строгий аналитический подход к ним, является для специалистов этого профиля первоочередной задачей.

Rezumat

Istoria apariției și dezvoltării direcției noi în organizarea activității practice și științifice privind acordarea ajutorului medical pacienților cu tumori ale capului și gâtului este de o importanță majoră și prezintă un interes deosebit. Timpul a demonstrat că în anii '60 ai secolului trecut au fost alese