

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



Cancerul hipofaringelui

Protocol clinic național

PCN - 179

Chișinău 2012

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

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.1184 din 27.11.2012
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul hipofaringelui”**

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-vice-direcțor, Agenția Medicamentului
Anatolie Prisacari	Director interimar, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Iurie Osoianu	Vicedirecțor, Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	1
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii ICD-O C-13.	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.....	4
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 - nivel raional și municipal - republican, Policlinica IMSP Institutul Oncologic).....	6
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)	8
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	9
C 1.1. Algoritmul de diagnostic în cancerul hipofaringelui.....	9
C 1.2. Algoritmul de tratament al cancerului hipofaringelui.....	9
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	10
C.2.1. Clasificarea	10
C.2.2. Factorii de risc	11
C.2.3. Profilaxia.....	11
C.2.3.1. Profilaxia primară.....	11
C.2.3.2. Profilaxia secundară	11
C.2.4. Conduita pacientului cu cancer hipofaringelui	11
C.2.4.1. Anamneza.....	11
C.2.4.2. Examenul fizic (datele obiective).....	12
C.2.4.3. Investigații paraclinice	12
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial	13
C.2.4.5. Criterii de spitalizare.....	14
C.2.4.6. Tratamentul.....	15
C.2.4.7. Pregătirea preoperatorie	16
C.2.4.8. Conduita postoperatorie	16
C.2.4.9. Supravegherea pacienților.....	16
C.2.5. Stările de urgență.....	16
C.2.6. Complicațiile	16
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	17
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	17
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator.....	17
D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească: Secția tumori cap/gât al IMSP Institutul Oncologic	178
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	19
ANEXE	20
Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancer a hipofaringelui	20
BIBLIOGRAFIE	22

Abrevierile folosite în document

RT	Radioterapie
PChT	Polichimioterapie
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 hipofaringean 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 hipofaringelui

Exemple de diagnostic clinic: Cancerul hipofaringelui T3N0M0 st. IIIa

A.2. Codul bolii ICD-O C-13

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



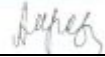



A.5. Data elaborării protocolului: 2012

A.6. Data revizuirii următoare: 2014

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

Numele	Funcția
Dr. Gheorghe Țâbârnă, academician al AȘM, doctor habilitat în medicină, profesor universitar Tel. 72 59 55	Vicedirector pe probleme de știință a IMSP IO, conducătorul laboratorului tumori cap și gât și microchirurgie
Dr. Valentina Darii, doctor în medicină, Tel. 85 23 86	Colaborator științific coordonator, laboratorul tumori cap și gât și microchirurgie
Dr. Alexandru Postolache	Medic chirurg – oncolog, categoria superioara, laboratorul tumori cap și gât și microchirurgie

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

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

A.8. Definițiile folosite în document

Cancerul hipofaringelui proces malign, care se dezvoltă în cavitatea corespunzătoare regiunii situate din epiteliu plat pavimentos.

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

A.9. Informație epidemiologică

Tumorile maligne ale hipofaringelui reprezintă circa 0,6% - 1% din totalul tumorilor maligne și 7-10% din tumorile maligne ale sferei ORL. Această maladie în ultimii ani este în centrul atenției oncologilor de specialitate, maladia având tendință de creștere continuă a morbidității. În declanșarea cancerului hipofaringean contribuie mai mulți factori (factori de risc): fumatul, consumul de alcool, majorarea poluării mediului înconjurător, procese patologice de lungă durată netratate (faringite cronice, toate formele de discheratoze ale mucoasei faringelui 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 90% și numai 10% la cel feminin. Se întâlnește în general la vârsta matură cu un maximum de frecvență la 40-60 ani. În 85-90% cazuri diagnosticul se stabilește în stadiile III-IV și numai în 10-15% cazuri în stadiile I-II. În 45-60% cazuri leziunea primară este asociată unei adenopatii satelite metastatice în ganglionii limfatici cervicali, care demonstrează un pronostic al tratamentului foarte dezagregabil. În cancerul hipofaringean sunt aplicate metodele de tratament: radioterapeutic, chirurgical, chimioterapie și tratament combinat.

Pronosticul cancerului hipofaringelui este extrem de rezervat datorită unor particularități legate de situația anatomică a hipofaringelui, simptomatologia clinică discretă, inaccesibilitatea la mijloacele uzuale de investigație și în ultimă instanță de ineficacitatea actualelor metode terapeutice.

În stadiile inițiale I și II se aplică metoda radioterapeutică și chimioterapia. Iradierea se efectuează în doze 65-70 Gy. Supraviețuirea la 5 ani este aproximativ 85-90%.

În cancerul hipofaringelui local avansat III-IVa se aplică tratament combinat: chirurgical + radioterapie în diferită succesivitate. Intervențiile chirurgicale sunt în volum de laringectomii extinse și combinate. Supraviețuirea la 5 ani în stadiul IIIa-IIIb constituie 45-75%.

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.2.3.1	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: <ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață: <ul style="list-style-type: none"> - combaterea tabagismului, - evitarea consumului abuziv de alcool.
1.2. Profilaxia secundară C.2.3.2	Procese benigne și precanceroase netratate contribuie la malignizare	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Trimiterea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la specialiștii ORL și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de acești specialiști.
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea diagnosticului de cancer hipofaringean C.2.4	Anamneza permite suspectarea cancerului hipofaringelui la persoanele cu acuze de disconfort în gât, răgușeală până la afonie totală, dureri locale, dispnee.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 7) • Examenul fizic (caseta 6) • Investigațiile paraclinice: <ul style="list-style-type: none"> - analize clinice și biochimice - radiografia cutiei toracice - radiografia laterala a laringelui
2.2. Referire către specialist C.2.3.2	Orice bolnav cu suspecție la patologia hipofaringelui este necesar de trimis la ORL și oncologul raional pentru efectuarea investigațiilor, prevăzute în protocolul clinic național	<ul style="list-style-type: none"> • Toți bolnavii, la care se suspectă patologia hipofaringelui se trimite la ORL și oncologul raional
4. Supravegherea C.2.4.9	Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către oncologul IMSP Institutul Oncologic, efectul lui, maladiilor concomitente și depistarea precoce a recidivelor.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea se face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor oncologului IMSP Institutului Oncologic (caseta 16)

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional și municipal - republican)

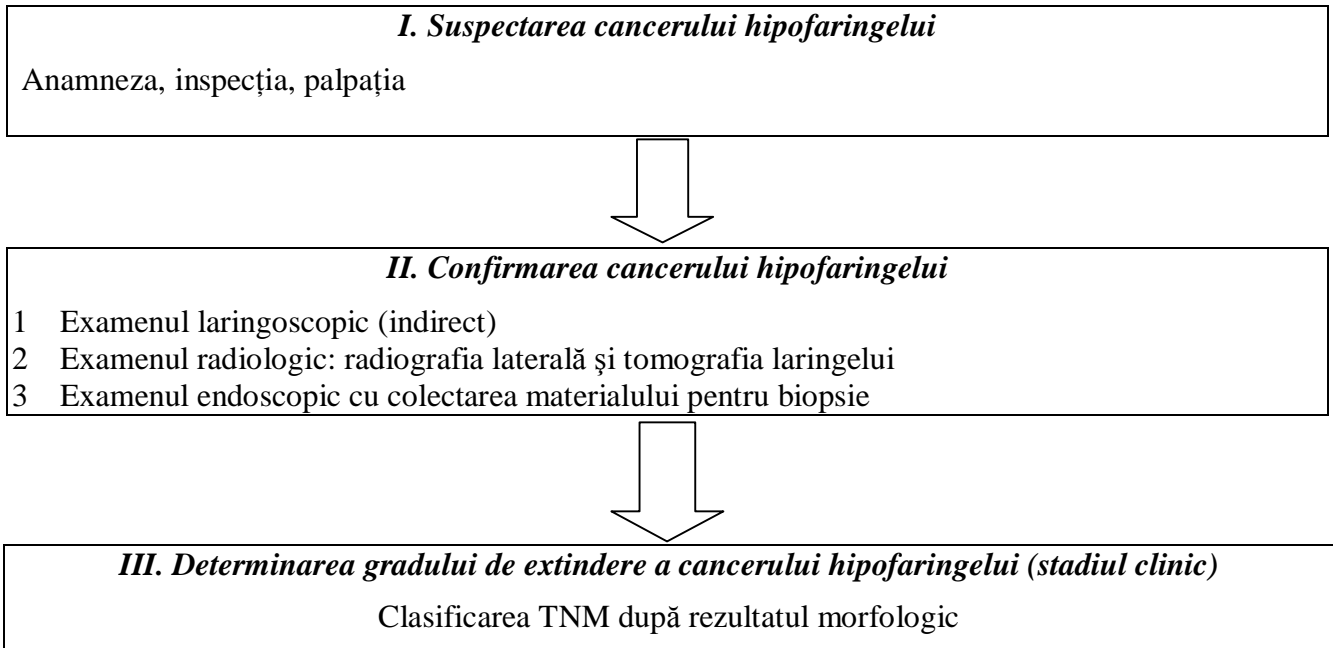
Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C.2.3.1	Tutunul conține mai mult de 4000 substanțe toxice, inclusiv cancerigene. Consumul abuziv de alcool,	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață: <ul style="list-style-type: none"> - combaterea tabagismului,

	cocarcinogen care potențiază acțiunea fumatului. Factorii nocivi de poluare a mediului.	- evitarea consumului abuziv de alcool.
1.2. Profilaxia secundară C.2.3.2	Procesele benigne și precanceroase netratate contribuie la malignizare	Obligatoriu: Trimiterea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la specialiștii ORL și oncolog, și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de către acești specialiști
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer hipofaringean C.2.4 C.2.4.3 C.2.4.4	<i>Anamneza</i> permite suspectarea cancerului hipofaringelui la persoanele cu acuze la dureri în gât, afonie, dispnee, disfagie, prezența ganglionilor limfatici în creștere. Examenul endoscopic și biopsia tumorii permite confirmarea histologică a cancerului hipofaringelui. Puncția ganglionilor limfatici măriți permite confirmarea citologică a metastazelor.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 7) • Examenul fizic (caseta 6) • Investigațiile paraclinice (caseta 9) <ul style="list-style-type: none"> ✓ Laringoscopia indirectă ✓ Examenul radiologic: radiografia laterală și tomografia laringelui ✓ Examenul endoscopic ✓ Colectarea materialului pentru citologie și biopsie ✓ Investigațiile pentru determinarea extinderii leziunii tumorale a cancerului hipofaringelui (policlinica Institutului Oncologic) ✓ Diagnosticul diferențial (casetele 10,11)
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizării C.2.4.5.		<ul style="list-style-type: none"> • Obligatoriu: Recomandarea consultației specialistului oncolog pacienților cu cancerul hipofaringelui Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Consultația altor specialiști în dependență de necesitate Aprecierea necesității spitalizării (caseta 12)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul	Tratamentul cancerului hipofaringelui se efectuează în dependență de exinderea leziunii tumorale și prevede vindecarea sau prelungirea duratei vieții bolnavilor de cancer hipofaringean	Obligatoriu: Tratamentul pacienților se efectuează în staționarul Institutului Oncologic (secția chirurgie cap/gât și microchirurgie, secția radioterapie, secția chimioterapie)
4. Supravegherea C.2.4.9	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) (caseta 16)

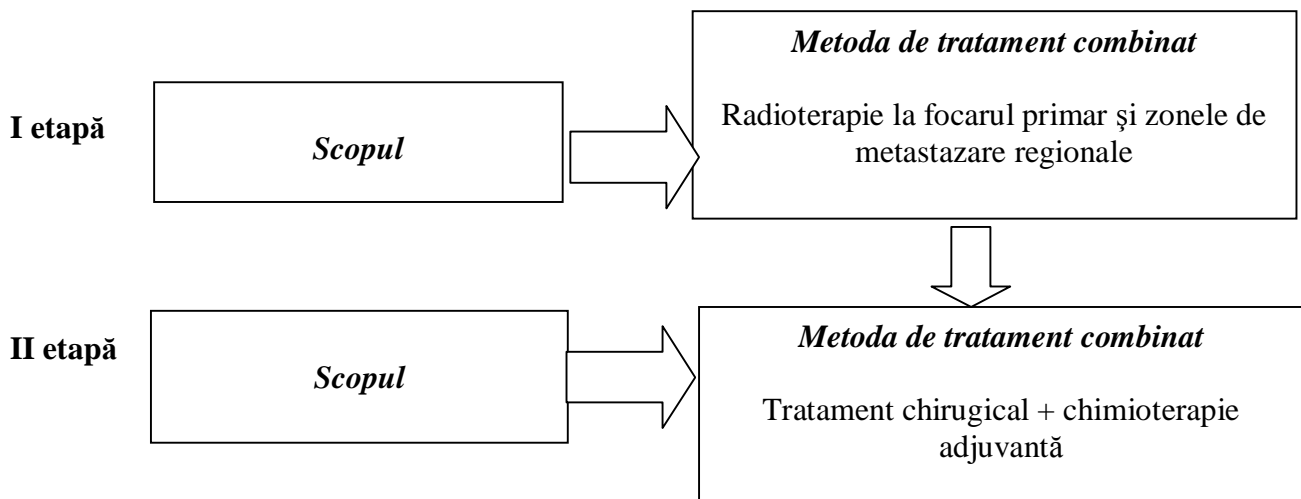
B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)		
Descriere (motive)	Motivele (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Spitalizarea C.2.4.5.	Tratamentul corect cu programele elaborate contribuie la majorarea numărului de pacienți cu cancer hipofaringelui vindecați	Criterii de spitalizare în secții profil: <ul style="list-style-type: none"> • Prezența formațiunii tumorale în hipofaringe • Starea generală a bolnavului permite efectuarea tratamentului specific: chirurgical, radeoterapeutic, combinat, chimioterapeutic. • Necesitatea efectuării traheostomiei urgente (caseta 12)
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer a hipofaringelui C.2.4 C.2.4.3 C.2.4.4		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (caseta 7) • Examenul fizic (caseta 6) • Investigațiile paraclinice (caseta 9) Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Investigații recomandate (caseta 9) • Consultația altor specialiști după necesitate
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul chirurgical C.2.4.6	Tratamentul cancerului chirurgical se efectuează în dependență de extinderea leziunii tumorale	Obligatoriu <ul style="list-style-type: none"> • În stadiile I, II - se efectuează radioterapie și chimioterapie • În stadiul IIIa – tratament combinat: radiochimioterapie + laringectomie desfășurată • În stadiul IIIb – laringectomie + operație la căile limfatice cervicale + radiochimioterapie • Stadiul IV - la fel (caseta 13)
4. Externare cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere	La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru medic de familie tactica ulterioară de management al pacientului.	Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diagnosticul exact detaliat; ✓ rezultatele investigațiilor ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; recomandări pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritmul de diagnostic în cancerul hipofaringelui



C 1.2. Algoritmul de tratament al cancerului hipofaringelui



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta N1. Clasificarea cancerului hipofaringelui

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, carcinoma preinvaziv

T1 – tumora pînă la 2cm, localizată la o singură structură anatomică

T2 – tumora de la 2 la 4cm, care se extinde la o structură sau regiune anatomică adiacentă, fără fixarea hemilaringelui

T3 – tumora mai mare de 4cm, care se extinde la o structură sau regiune anatomică adiacentă, cu fixarea hemilaringelui

T4 – tumora invadează structurile adiacente cu extindere la os, cartilagiu sau țesuturile moi, glanda tiroidă și esofag

- *N – ganglionii limfatici regionali.*

N0 – fără ganglioni palpabili;

N1 – ganglionii mobili homolaterali;

N2 - ganglionii mobili contralaterali sau bilaterali;

N3 – se palpează ganglionii imobili fixați.

- *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 hipofaringelui

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

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 2. *Factori de risc*

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

C.2.3. Profilaxia

C.2.3.1. *Profilaxia primară*

Caseta 3 . *Profilaxia primară*

- Respectarea modului sănătos de viață
- Combaterea tabagismului
- Evitarea consumului excesiv de alcool

C.2.3.2. *Profilaxia secundară*

Caseta 4. *Profilaxia secundară*

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

C.2.4. Conduita pacientului cu cancer hipofaringean

Caseta 5. *Obiectivele procedurilor de diagnostic în cancerul hipofaringelui*

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

Caseta 6. *Procedurile de diagnostic în cancer hipofaringelui*

- Anamneza
- Palpația și inspecția vizuală
- Examenul laringoscopic (indirect)
- Examenul radiologic: radiografia laterală și tomografia laringelui
- Examenul endoscopic (fibrolaringoscopia)
- Biopsia tumorii cu cercetarea histologică

C.2.4.1. *Anamneza*

Caseta 7. *Întrebările ce trebuie examinate la suspecția cancerului hipofaringelui*

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 N8. Manifestările clinice în cancerul hipofaringelui

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

- a) exofită (papilomatoasă) – cu bază extinsă, limite bine determinate, suprafață tuberoasă și papilară, gradul de invazie mic, pronostic relativ favorabil.
- b) endofită sau infiltrativ ulcerosă – proces infiltrativ, însoțit de ulcerare, limitele nu se determină bine, invadează țesuturile adiacente, duc la imobilizarea laringelui în termen scurt, pronostic nefavorabil.
- c) mixtă – este o îmbinare între forma exofită și endofită.

Simptomatologia clinică de debut este vualată și de cele mai multe ori trece neobservată – senzație de corp străin intrafaringian, iritație locală sau disfagie capricioasă și intermitentă.

Pe măsură ce boala evoluează, disfagia devine tot mai supărătoare și se însoțește de durere – odinofagie, otalgie reflexă sau dureri locale care arată deja o interesare a cartilagiului. Bolnavul scade progresiv în greutate din cauza dificultăților de gluțiție și simptomatologia devine tot mai bogată datorită interesării secundare a laringelui, cu răgușeală, disfonie, insuficiență respiratorie, tuse după ingestie de alimente sau lichide. Adeseori bolnavii prezintă o halenă fetidă cu expectorație de material necrotic sau chiar fragmente de tumoră, sau pot fi febrili din cauza unor colecții purulente subcutanate sau adenopatii supurate, aceste simptome sunt deja dovada unor stadii tardive în care probabilitatea vindecării este excepțională. Uneori boala se manifestă predominant prin semne laringiene ca disfonie, dispnee, insuficiență respiratorie, și de multe ori bolnavul este chiar traheotomizat de urgență.

C.2.4.3. Investigații paraclinice

Caseta N9. Investigațiile paraclinice în cancerul hipofaringelui

Investigații pentru confirmarea cancerului hipofaringelui

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

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

- Examenul laringoscopic
- Examenul endoscopic
- Radiografia cutiei toracice
- Tomografia mediastinului
- Examenul ultrasonografic al organelor cavității abdominale
- Radiografia oaselor la apariția durerilor în oase

Investigații recomandabile

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

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

aparității dificultăților în efectuarea examenului laringoscopic: epiglotă rigidă, epiglotă deformată, reflex laringian 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 cartilajinos al laringelui. Nu se proiectează ventriculele laringelui, plicile vestibulare, plicile 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 plicelor vocale și plicilor vestibulare, plicilor aritenoepiglotice, 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:

- tomografia computerizată.

Etapă finală în examinarea complexă a bolnavilor cu cancer hipofaringian este confirmarea morfologică a diagnozei.

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Diagnosticul diferențial al cancerului hipofaringelui

- Papilomatoza hipofaringelui
- Leucocheratoza și leucoplachia hipofaringelui
- Laringita cronică hipertrofică
- Fibrom al hipofaringelui
- Tumorile vasculare
- Chisturi hipofaringiene
- Scleromul hipofaringelui
- Sifilisul hipofaringean
- Amiloidoza hipofaringelui

Caseta N11. Momente cheie în diagnosticul diferențial

Multitudinea formațiunilor tumorale ale hipofaringelui, 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.

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. Din regiunea glotică papilomele se pot răspîndi și în alte regiuni – în acest caz se vorbește despre o papilomatoză a hipofaringelui. Papilomul este o formațiune rotundă, cu o suprafață tuberoasă. Culoarea variază în dependență de vascularizare și gradul de cornificare. Cu cât cheratoza este mai pronunțată, cu atât tumoarea este mai pronunțată. Simptomul esențial și relativ precoce este răgușeala, care progresează pînă la afonie. Cu timpul se asociază dispneea. Tratamentul este preponderent chirurgical.

Discheratozele (leucoplachia, leucocheratoza) reprezintă procese de proliferare exagerată a epiteliului 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, mai rar pe epiglotă și extrem de rar în regiunea subepiglotică.

Leucocheratoza este o plăcuță alb-gri cu suprafața viloză. Localizările preferate sînt plicile vocale, comisura anterioară, spațiul interaritenoid. Are dimensiuni mici și contur bine delimitat. Simptomatologia 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 suprasolicității plicilor 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 de focar. Obiectiv se depistează modificări de culoare a mucoasei coardelor 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 hipofaringelui 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 plicile 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 endo-laringiană.

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 endolaringiană.

Chisturi hipofaringiene 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, suprafață netedă. Tratamentul este chirurgical.

Scleromul hipofaringelui. 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, reducerea 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 hipofaringelui 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 faringe 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 faringian. 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 faringelui 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 faringele 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. Criteriile de spitalizare a pacienților cu cancer hipofaringelui

- Toți pacienții cu cancer hipofaringean confirmat histologic ce necesită tratament specific

C.2.4.5. Tratamentul

Caseta 13. Principiile de tratament al cancerului hipofaringelui

Tratamentul cancerului hipofaringelui

În stadiile I și II se efectuează tratamentul radioterapeutic și chimioterapeutic.

Ca regulă radioterapia se efectuează prin metoda fracționată cu doza de iradiere 2 Gr pe zi de 5 ori în săptămână până la doza sumară de 60 Gr. Metoda fracționată permite să se creeze un interval terapeutic mare, acțiunea distructivă fiind maximală pentru țesuturile afectate și minimală pentru cele sănătoase.

Dimensiunile câmpului de iradiere se stabilește în mod individual în dependență de localizarea tumorii, gradul de avansare și specificul anatomic al gâtului pacientului. Dimensiunile variază între 4x4 cm, 5x6cm, 6x6cm, 6x8cm, 8x10cm, 10x12cm. În cazurile de radiorezistența a tumorii, ce este determinată la 40 Gr – se recurge la tratament chirurgical.

În stadiile III – IV tratamentul este combinat: radioterapic (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 ablăstie 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. În dependență de extinderea leziunii tumorale se efectuează laringectomii extinse sau combinate.

Varianta laterală a laringectomiei extinse. Este indicată în cazurile, când procesul tumoral se extinde pe plicile faringoepigloteice și aritenoepigloteice, 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 hipofaringelui un loc important îl ocupă excizia radicală în teacă a țesutului celular cervical. 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, suspecți; 3) excizia preventivă a țesutului celular.

Tratamentul chimioterapeutic

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

I.

1. 5- Fluorouracil 1000 mg/m² i/v + Bleomicină 10 mg/m² i/v (3 zile);
2. a 4-a zi – Cisplatin 20mg/m² i/v;
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. Cisplatin 20mg/m² i/v – 1 zi.
2. 5 – Fluorouracil 1000 mg/m² i/v (3 zile).

3. Radioterapie (40Gy).
 4. Se repetă schema chimioterapeutică.
 5. Se evaluează regresia.
- Metoda polichimioterapeutică este în continuă cercetare.

C.2.4.6. 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. Conduita postoperatorie

Caseta 15 conduita postoperatorie

Administrarea preparatelor analgezice

Prelungirea tratamentului cu analgezice

Indicarea tratamentului antibacterian în funcție de sensibilitatea florei depistate

Înlăturarea suturilor

C.2.4.7. Supravegherea pacienților

Caseta 16 Supravegherea pacienților cu cancer a hipofaringelui

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

C.2.5. Stările de urgență

Caseta 17. Stările de urgență în cancer a hipofaringelui

- Stenoză subcompensată și decompensată a laringelui.
- Hemoragii

C.2.6. Complicațiile

Caseta 18. Complicațiile tratamentului chirurgical:

Intraoperatorii: hemoragii,

Postoperatorii: supurarea plăgii, dihiscentă de suturi, hemoragii din vasele magistrale cervicale

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie • asistenta medicului de familie • medic de laborator și laborant cu studii medii <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • tonometru • laborator clinic standard.
<p>D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional)</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog • medic ORL • medic de laborator clinic și biochimic • medic funcționalist • medic imagist • asistente medicale • laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic • alți specialiști (la necesitate) <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 funcționalist medic morfolog, medic citolog, medic de laborator clinic și biochimic asistente medicale laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic, morfologic, citologic</p> <p>Dispozitive medicale: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reflector, oglindă pentru examinarea laringelui • fibrolaringoscop

	<ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop • tonometru • electrocardiograf • cabinet radiologic • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma, K, Ca, Mg), glucoza sângelui, indicilor coagulogramei • cabinet endoscopic • laborator patomorfologic, • laborator bacteriologic • aparate pentru iradiere la distanță (Rocus, Teragam)
<p>D.4. Laboratorul tumori cap/gât și microchirurgie al IMSP Institutul de Oncologie</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medici chirurghi oncologi cap/gât • medici de laborator în biochimie • medici imagiști • medici endoscopiști • medici specialiști în diagnostic funcțional • specialiști morfologi (histologi, citologi) • asistente medicale • laboranți cu studii medii în laboratorul patomorfologic • laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic • laboranți cu studii medii în laboratorul bacteriologic • alți specialiști (la necesitate) <p>Dispozitive medicale: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fibrolaringoscop • set de instrumentariu ORL • laserdistructor • aspirator • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • ultrasonograf • cabinet radiologic • cabinet endoscopic <p>Agente chimioterapici: Fluorouracil, Bleomicină, Cisplatin</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 a hipofaringelui	1.1. Proporția pacienților suspecți la cancer a hipofaringelui la care diagnosticul a fost confirmat la prima adresare pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer a hipofaringelui 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 a hipofaringelui	2.1. Proporția pacienților cu cancer a hipofaringelui, care au fost diagnosticați în stadiile inițiale pe parcursul unui an	1.1. Numărul pacienților cu cancer a hipofaringelui 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 a hipofaringelui	3.1. Proporția pacienților cu cancer a hipofaringelui care au fost supuși tratamentului conform recomandărilor PCM pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer a hipofaringelui 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 a hipofaringelui tratați	4.1 . Proporția pacienților cu cancer a hipofaringelui tratați radical pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer a hipofaringelui 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 pentru pacientul cu cancer a hipofaringelui

(ghid pentru pacient)

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați
Diagnosticul cancerului a hipofaringelui
Tratamentul cancerului a hipofaringelui

Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu cancer a hipofaringelui în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu cancer a hipofaringelui, 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 Sistemul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană este afectată de cancer a hipofaringelui
- ✓ tratamentul cancerului hipofaringelui
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu cancer a hipofaringelui
- ✓ reabilitarea chirurgicală și psihologică a pacientului cu cancer a hipofaringelui

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 hipofaringelui și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Cancerul hipofaringelui

Cancerul hipofaringelui este o afecțiune tumorală a căilor respiratorii superioare și constituie aproximativ 0,6% 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 hipofaringelui 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 hipofaringelui contribuie mai mulți factori (factori de risc): fumatul, majorarea poluării mediului, consumul exagerat de alcool. Cel mai important este fumatul. 98% din bolnavi cu cancer a hipofaringelui sunt fumători abuzivi timp de 15-20 ani. Riscul îmbolnăvirii constituie iritarea cronică a mucoasei cu produsele de ardere ale tutunului. Cancerul hipofaringelui 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 hipofaringelui, 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 faringean, ceea ce favorizează apariția cancerului.

Manifestările cancerului hipofaringelui

Cancerul hipofaringelui **se manifestă** prin senzație de corp străin intrafaringian, iritație locală sau disfagie capricioasă și intermitentă.

Pe măsură ce boala evoluează, disfagia devine tot mai supărătoare și se însoțește de durere – odinofagie, otalgie reflexă sau dureri locale care arată deja o interesare a cartilagiului. Bolnavul scade progresiv în greutate din cauza dificultăților de glutiție și simptomatologia devine tot mai bogată datorită interesării secundare a laringelui, cu răgușeală, disfonie, insuficiență respiratorie, tuse după ingestie de alimente sau lichide. Uneori boala se manifestă predominant prin semne laringiene ca disfonie, dispnee, insuficiență respiratorie, și de multe ori bolnavul este chiar traheotomizat de urgență.

Diagnosticul se stabilește în baza anamnezei, manifestărilor clinice și confirmat prin examenul radiologic, endoscopic și morfologic.

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

Tratamentul complex al cancerului hipofaringelui

În stadiile I și II se efectuează tratamentul radioterapeutic și chimioterapeutic.

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. În dependență de extinderea leziunii tumorale se efectuează laringectomii extinse sau combinate.

Tratamentul chimioterapeutic

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

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.

Metoda polichimioterapeutică 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, Ghileyan N *Cancerul ORL Cluj-Napoca*, 1979