

7. Datele celei de-a III-a Conferință Națională de Ginecologie Oncologică // Revista medico-chirurgicală a societății de medici și naturaliști din Iași, vol. 108, nr. 2, supliment nr.1, 2004.
8. Decherney A.H., Goodwin T.M., Nathan L., Laufer N., *Gestational trophoblastic disease. Obstetrics and gynecology*. Ed. McGraw-Hill, Medical Publishing Division, New-York, p.885-896, 2006.
9. Dorigo O., Berek J., *Pathology of gestational trophoblastic disease*. www.uptodate.com. Version 13.3; August 2005.
10. Genest D.R., *Partial hydatidiform mole: clinicopathological features, differential diagnosis, ploidy and molecular studies, and gold standards for diagnosis*, Int J Gynecol Pathol 20: 315-322, 2001.
11. Gestational trophoblastic disease, 2nd edition, Edited by Hancock B.H., Newlands E.S., Berkowitz R.S. and Cole L.A., International Society for the Study of Trophoblastic Diseases, 2000.
12. Ghaemmaghami F. et al., *Management of patient with metastatic gestational trophoblastic tumor*, Gynecol Oncol 94:187, 2004.

Rezumat

În lucrare sunt elucidate rezultatele studiilor din ultimii ani, în ceea ce privește incidența, etiopatogenia, diagnosticul și tratamentul BTG. Sunt expuse clasificările BTG atât clinice, cât și patomorfologice. O deosebită atenție este atribuită managementului molei hidatiforme și coriocarcinomului, utilizării chimioterapiei funcție de forma histologică și prezența sau lipsa metastazelor.

Summary

In this study is elucidated results of recently studies about the incidence, etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment of GTD. The clinical and morfological classification of GTD are presented. A special attention is attributed to hydatidiform mole and choriocarcinoma, to management and chemotherapy of metastatic and nonmetastatic forms.

ASPECTE CONTEMPORANE DE TRATAMENT CHIRURGICAL ÎN CANCERUL LARINGIAN

Valentina Darii, dr. în medicină, Institutul Oncologic din Moldova

Problema tratamentului cancerului laringian rămâne extrem de actuală în oncologie. Această maladie în ultimii ani se află în centrul atenției oncologilor de specialitate, existând o tendință de creștere continuă a morbidității. Astfel, în Republica Moldova, indicele morbidității prin cancer laringian în 1980 constituia 2,2; în 1990 – 2,6; în 2000 – 2,8; în 2006 – 3,1 cazuri la 100000 populație.

În perioada anilor 1986 - 2006 în Departamentul tumori cap/gât al Institutului Oncologic din R. Moldova s-au tratat 1451 de bolnavi cu cancer laringian, care se întâlnește predominant la sexul masculin, constituind 98% și numai 2% la cel feminin. Cea mai afectată vârstă este de 40-60 de ani (73,5%). Repartizarea bolnavilor după vârstă este prezentată în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Parametrii de vârstă ai bolnavilor

<i>Vârsta (ani)</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>%</i>
30-39	75	5,2
40-49	326	22,5
50-59	740	51,0
60-69	283	19,4
70 în sus	27	1,9
În total	1451	100,0

La declanșarea cancerului laringian contribuie mai mulți factori de risc: fumatul, poluarea mediului înconjurător, suprasolicitarea coardelor vocale, procese patologice de lungă durată netratate (laringite cronice, toate formele de discheratoze ale mucoasei laringelui ș. a.). Cel mai important factor este fumatul. În 98% cazuri pacienții au fost fumători abuzivi timp de 15–20 de ani. Tumorile laringiene sunt tumori epiteliale. În lotul nostru de bolnavi în 98% cazuri au fost epiteliome spinocelulare: cancer plat pavimentos keratinizat (74,3%), cancer plat pavimentos nekeratinizat (24,3%), cancer nediferențiat (0,8%). Tumori maligne conjunctive s-au considerat în 0,6% cazuri: adenocarcinom, sarcom, alte tumori, ca melanomul, limfomul malign. Rezultatele sistematizate ale cercetărilor morfopatologice le prezentăm în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Structura histologică a tumorilor

<i>Tipul morfologic</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>%</i>
Cr pav.keratinizat	1078	74,3
Cr pav. Nekeratinizat	358	24,3
Cr nediferențiat	11	0,8
Tumori maligne conjunctive	9	0,6
În total	1451	100,0

În ordinea clasificării topografice a laringelui regiunea supraglotică este cea mai frecventă, coincidența fiind de 78%, regiunea glotică – 18% și subglotică –4%. Repartizarea bolnavilor după gradul de extindere și localizarea leziunii tumorale laringiene este indicată în *tabelul 3*.

Tabelul 3

Repartizarea bolnavilor după gradul de extindere și localizarea leziunii tumorale laringiene

<i>Stadiile</i>	<i>Regiunea supraglotică</i>	<i>Regiunea glotică</i>	<i>Regiunea subglotică</i>
St. I	9	39	7
St. IIa	71	141	21
St. IIb	47	13	2
St. IIIa	625	48	12
St. IIIb	254	15	13
St. IV	118	-	-
În total	1114 (78%)	256 (18%)	55 (4%)

Pronosticul cancerului laringian este determinat, în mare măsură, de aprecierea exactă a gradului de extindere a leziunii tumorale și de alegerea unei metode adecvate de tratament. În leziunile tumorale superficiale și limitate în stadiile I-II s-au efectuat: tratament radioterapeutic, chirurgical, chirurgical + criodestrucția logei tumorale, laserodestrucția tumorii. Șansele de vindecare prin aceste metode sunt aproape identice, durata vieții la 5 ani constituind 86- 98%. Numai 55 de pacienți au avut cancer laringian stadiul I, durata vieții la 3- 5 ani alcătuind 98%. 233 de pacienți erau cu cancer laringian stadiul IIa și 62 de pacienți –stadiul IIb. Durata vieții la 3-5 ani constituie 86- 93%.

Varianta chirurgicală de tratament. Volumul intervențiilor chirurgicale efectuate este indicat în *tabelul 4*.

Tabelul 4

Variantele operațiilor efectuate

<i>Volumul operației</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>%</i>
Hordectomie	161	12,0
Rezecție laterală a laringelui	46	3,4
Rezecție anterolaterală	35	2,6
Laringectomie tipică	631	46,9
Laringectomie extinsă superioară	242	18,0
Laringectomie extinsă inferioară	20	1,5
Laringectomie extinsă anterioară	45	3,4
Laringectomie extinsă posterioară	81	6,0
Laringectomie extinsă laterală	21	1,7
Laringectomie combinată	61	4,5
În total	1343	100

În cancerul laringian st.I – st.II s-au efectuat operații de rezecție de laringe: verticală, laterală, lateroanterioară. Toate operațiile au fost efectuate prin laringofisură, incizia fiind pe linia mediană de la osul hioid până la cartilajul cricoid.

Hordectomia – variantă a rezecției laterale, indicată în caz de tumoare, localizată în porțiunea medie a coardei vocale, cu păstrarea mobilității coardei.

Rezecția laterală a laringelui - este indicată în cancerul st. I-II, localizat în porțiunea medie a coardei vocale sau a vestibulului laringian.

Rezecția antero-laterală - este indicată în cancerul coardei vocale cu implicarea comisurii anterioare. Mobilitatea laringelui nu trebuie să fie afectată.

În studiul nostru clinic 967 (66,6%) de bolnavi erau în stadiile IIIa – IIIb, 118 (8,1%) bolnavi – în st. IV (adică forme local avansate ale cancerului laringian). Metoda principală de tratament al formelor avansate este cea radiochirurgicală, asociată în diferite modalități, în care tratamentul chirurgical ocupă locul principal.

Ținând cont de particularitățile localizării cancerului, am efectuat laringectomii tipice și variante de laringectomii extinse (lărgite) în conformitate cu clasificarea propusă de Paces A.I., 1976, Ogoțova E.S., 1977, Țibîrnă Gh., 1982.

Laringectomia tipică. Indicație pentru această operație a servit extinderea procesului tumoral, care a afectat două și mai multe regiuni ale laringelui.

Laringectomiile extinse s-au efectuat în caz de extindere a tumorii în organele și țesuturile adiacente. Au fost realizate următoarele variante de laringectomii extinse: superioară, anterioară, inferioară și posterioară (*tab. 4*).

Laringectomia extinsă superioară. Drept indicație a servit cancerul regiunii vestibulare a laringelui, stadiile IIIa – IIIb, cu extindere în baza limbii, spațiul periglotic.

Varianta anterioară a laringectomiei extinse. Indicație pentru această variantă a fost extinderea procesului și invazia cartilajului tiroidian, spațiului preepiglotic, istmul glandei tiroide, țesuturile moi ale suprafeței anterioare a gâtului.

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

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

Varianta posterioară a laringectomiei extinse – a fost efectuată în cazul extinderii procesului tumoral pe cartilajele aritenoide, pe regiunea postcricoidă, pe hipofaringe și 1/3 superioară a esofagului.

Laringectomia combinată – s-a efectuat diferite variante ale combinațiilor descrise mai sus în cazul procesului tumoral ce depășea limitele laringelui și afecta 2-3 organe învecinate (rădăcina limbii, faringele, glanda tiroidă, țesuturile moi ale gâtului).

În tratamentul chirurgical al cancerului laringian local - avansat un loc important îl ocupă excizia radicală în teacă a țesutului celular cervical. Aceasta se referă, mai ales, la cancerul vestibular al laringelui cu un potențial de metastazare locală foarte înalt. S-au efectuat două tipuri de intervenții chirurgicale: operația Cryle – în 198 de cazuri – și excizia celulară în teacă – 251 de cazuri.

Operația Cryle - este indicată în caz de invadare în ganglionii limfatici profunzi sau în metastaze intim concrescute cu vena jugulară internă, mușchiul sternocleido-mastoidian, pereții tecii faciale.

În cazurile de metastazare: ganglionii limfatici tumefiați, mobili, solitari; ganglionii modificați suspecti – s-a efectuat excizie celulară în teacă fascială.

Toate operațiile au fost realizate cu anestezie generală. Intubarea se făcea prin traheostomul aplicat în procesul operației sub anestezie infiltrativă locală pe fondul premedicației adecvate (Soltan A.F., 1985). Complicații intraoperatorii și decese pe parcursul operațiilor nu au avut loc. Complicațiile postoperatorii au fost de origini generală și locală.

Complicații postoperatorii generale

<i>Caracterul complicațiilor</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>%</i>
Pneumonie	77	7,0
Insuficiență cardiovasculară	44	4,0
Traheobronșită	82	7,4
Insuficiență hepatorenală	5	0,5
Tulburări ale circulației sangvine cerebrale	11	1,1

Complicații postoperatorii locale

<i>Caracterul complicațiilor</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>%</i>
Necroza marginală a lambourilor cu dehiscența suturilor	154	14,0
Dehiscența suturilor faringiene cu fistulă mică care s-a închis de sine stătător	112	10,2
Dehiscența suturilor faringiene cu fistulă mare ce necesită plastie	67	6,1

Complicațiile de ordin general care s-au întâlnit mai des au fost pneumonia și traheobronșita cu aceeași frecvență în toate grupele de evidență (7,0-7,4%). Mult mai frecvente au fost complicațiile cu caracter local în perioada regenerării și cicatrizării plăgilor postoperatorii. Caracterul complicațiilor postoperatorii locale: necroză marginală a lambourilor cu dehiscența suturilor (14,0%); dehiscența suturilor faringiene cu formare de fistule care s-au închis de sine stătător (10,2%); dehiscența suturilor faringiene cu fistule, care necesită plastie (6,1%). Efectuând analiza comparativă a fișelor medicale, s-a constatat că complicațiile locale sunt influențate, în mare măsură, de extinderea leziunii tumorale și de volumul intervenției chirurgicale, dar nu de tratamentul preoperator (radioterapie; hipertermie+ radioterapie). Pentru a aprecia o variantă optimală de tratament integral, a fost efectuată analiza rezultatelor tratamentului diferitor grupe de pacienți tratați cu aceeași extindere a leziunii tumorale, dar supuși diferitor variante de asociere a intervenției chirurgicale, hipertermiei și evidării ganglionare cervicale cu scop terapeutic și profilactic, monobloc cu înlăturarea procesului primar. Bolnavii au fost divizați în 8 grupe de tratament și evidență. Pentru st. III a – VI grupe de evidență:

I – iradierea focarului primar + laringectomie RFP + OFP.

II – laringectomie + iradierea logei focarului primar OFP + RFP.

III – hipertermie, radioterapia focarului primar HRFP.

IV – hipertermie, radioterapie + laringectomie HRFP + OFP.

V – iradierea focarului primar și a căilor limfatice cervicale cu scop profilactic + evidare ganglionară cervicală cu scop profilactic, laringectomie. RFP și CLC + OFP și CLC.

VI – evidare ganglionară cervicală cu scop profilactic, laringectomie + iradierea focarului primar și a căilor limfatice cervicale cu scop profilactic OFP și CLC + RFP și CLC.

Pentru st. III b - II grupe de evidență:

VII – radioterapia focarului primar și a căilor limfatice cervicale + evidare ganglionară cervicală + laringectomie RFP și CLC + OFP și CLC.

VIII – evidare ganglionară cervicală, laringectomie + radioterapia logei focarului primar și a căilor limfatice cervicale. OFP și CLC + RFP și CLC.

Macropreparatele se studiau imediat după terminarea operației și înainte de prelucrarea lor. Tot atunci se colectau porțiuni de țesut tumoral și din țesuturile adiacente pentru examenul histologic. Prin examenul histologic fracționat în serie al ganglionilor extirpați în operațiile preventive s-au depistat metastaze în 29,9% cazuri. Dimensiunile ganglionilor limfatici variaua între 0,3- 0,5 și 1,0 –1,5 cm. Incidența metastazelor era influențată de tipul de proliferare a tumorii, cea mai înaltă fiind în formele endofite și constituind 83%. Cercetând starea cartilajelor laringiene rentghenologic înainte de operație și histologic după, s-a constatat că cartilajele osificate și cele neosificate au proprietăți de barieră diferite în raport cu tumoarea. Cartilajele osificate pierd proprietatea de a inhiba factorii

de angiogeneză, produși de celulele tumorale, iar apariția în acest caz a vascularizării facilitează concreșterea tumorii în cartilajul osificat (*fig. 1*).

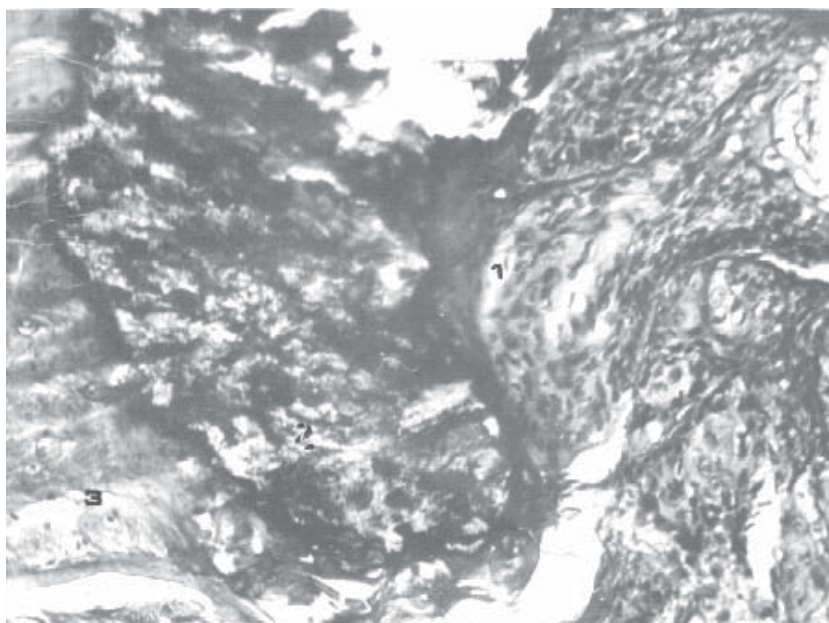


Fig. 1. Concreșterea cancerului spinocelular în cartilaj tiroidian osificat (1, 2), sector de cartilaj neosificat (3)

Gamma terapia la distanță a fost efectuată cu aparatul “Rocus” cu următoarele caracteristici tehnice: DSP – 75 cm pe două câmpuri opuse cu dimensiunile de 5x6 cm, 6x6 cm, 8x10 și chiar 10x12 cm, doza unică de 2 Gr x 5 ori în săptămână, doza sumară 40 Gr. Dimensiunile câmpului erau stabilite strict individual, în funcție de localizarea, avansarea procesului și particularitățile anatomice ale pacientului.

La momentul actual regimul fracționat de iradiere de 2Gr x 5 ori pe săptămână este cel mai practicat, fiind ușor suportat de țesuturile normale, neafectate.

Radioterapia preoperatorie începea odată cu terminarea investigațiilor clinice și confirmarea histologică a cancerului laringian. Intervalul între cele două etape ale tratamentului asociat a fost de 2-4 săptămâni. Intervalul de 2 săptămâni între radioterapie și operație este cel mai favorabil, ținând cont de faptul că efectul iradierii se reflectă doar asupra unei generații de celule tumorale și durează aproximativ 2 săptămâni. A fost demonstrat că în 2-3 săptămâni după iradiere se restabilesc procesele imune locale, se normalizează microflora faringelui și laringelui și se creează condiții favorabile pentru operație. Un interval de timp mai mare este inadmisibil din cauza dezvoltării fibrozei în țesuturile iradiate și a riscului complicațiilor postoperatorii.

Radioterapia postoperatorie se începea imediat după cicatrizarea plăgii. Câmpul de iradiere cuprindea loja postoperatorie, rădăcina limbii și zonele metastazării regionale.

Pentru obținerea hipertermiei locale a fost folosit aparatul Volna –2, care generează câmp electromagnetic cu o frecvență de 915 MHz. Pentru hipertermia leziunii tumorale s-au utilizat dispozitive de iradiere la distanță și de contact. Ultimele se dispuneau pe linia mediană cervicală sau în regiunile laterocervicale. Corectitudinea instalării acestor dispozitive era controlată cu ajutorul peliculelor termoindicatoare sau cu pirometrul. În timpul hipertermiei în tumoare temperatura atingea 41° – 42° C și se menținea la acest nivel pe parcursul 1- 2 ore. Indicii temperaturii în leziunea tumorală se determinau cu ajutorul indicatoarelor cu semiconductori, montați în ace injectabile. Hipertermia se efectua de 5 ori în săptămână, înainte de radioterapie sau intervalul de timp nu depășea o oră.

Pentru a aprecia eficacitatea variantelor de tratament am folosit nu numai datele clinice, ci și rezultatele investigațiilor histologice. În acest scop a fost supus examenului materialul postoperator prin comparația cu materialul colectat prin biopsie înainte de începerea tratamentului. S-a constatat că radioterapia preoperatorie contribuie la:

- regresia tumorii prin destrucția sectoarelor ei periferice;
- lichidarea inflamației în steoma tumorală și în țesuturile adiacente;
- inhibarea activității mitotice a celulelor tumorale;
- dezvoltarea unei rețele de țesut conjunctiv și încapsularea în el a celulelor tumorale;
- obliterarea vaselor sangvine și limfatice mici, blocând fluxul limfatic, ceea ce inhibează alimentația tumorii și diminuează riscul metastazării (*fig. 2*).

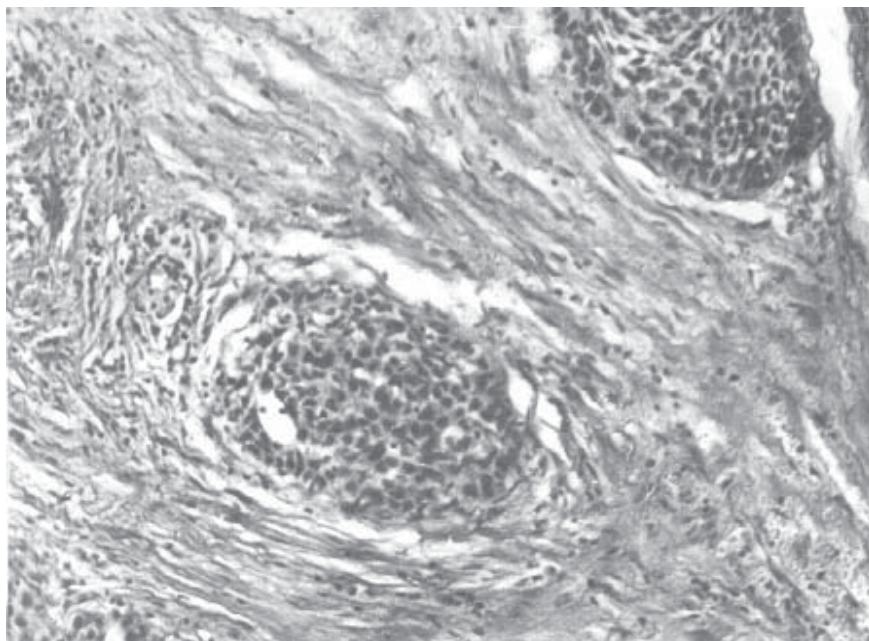


Fig. 2. Insulițe mici de cancer plat pavimentos, înconjurat de o cantitate considerabilă de stromă după radioterapie 40 Gr (x 170)

Modificările minimale în structura celulelor canceroase s-au apreciat ca distrucție de gradul I, modificările moderate – distrucție de gradul II.

În gr. I (radioterapie+laringectomie) – patomorfoză de gradul I s-a înregistrat în 71% cazuri și în 29% - patomorfoză de gr.II.

În gr. III (hipertermie + radioterapie) – patomorfoză de gradul I în 32% cazuri și 68% - patomorfoză de gradul II.

În gr. IV (hipertermie, radioterapie+laringectomie) – patomorfoză de gradul I – 31% cazuri și în 69% - patomorfoză de gradul II.

Criteriul de bază de stabilire a eficacității tratamentului maladiilor oncologice îl constituie rezultatele tardive, durata evoluării, fără recidive și metastaze și supraviețuirea la 3 – 5 ani a bolnavilor. În cancerul laringian stadiul III se plasează metastazarea în ganglionii cervicali și recidivele locale în zona focarului primar cu localizare pe diferite regiuni ale traheostomei, pe linia de trecere între limbă și faringe. Pericolul recidivării și metastazării persistă în primul an după tratament și scade pe parcursul anilor următori. Din aceste considerente se consideră că pentru cancerul laringian termenul de observare de 1-2 ani este rezultativ.

Problema cea mai importantă rămâne de a electa și a propune varianta optimală a tratamentului asociat cu o maximă eficacitate. În acest scop a fost făcută analiza comparativă a frecvenței recidivării (recidive locale și/sau metastaze), a evoluției acestei perioade și a supraviețuirii bolnavilor în grupele de evidență I-VIII supuși diferitor variante de tratament combinat. Calcularea termenelor de evaluare fără recidive și a supraviețuirii s-a efectuat în conformitate cu recomandăția OMS din 1979. Veridicitatea datelor obținute și coeficientul diferenței s-a stabilit după metoda X2 și criteriul Velcoxon. Rezultatele obținute sunt prezentate în *tabelul 7*.

Frecvența apariției recidivelor, durata perioadei fără recidive și durata vieții bolnavilor

Grupele de evidență	Nr. bolnav.	Frecvența apariției recidivelor după ani					Durata perioadei fără recidive		Durata vieții bolnavilor	
		1	2	3	4	5	3 ani	5 ani	3 ani	5 ani
Gr. I	189	57	3	3	-	-	48,9	48,9	56,5	54,5
Gr. II	165	80	5	5	5	-	44,6	39,9	54,0	49,6
Gr. III	66	17	2	-	1	-	67,3	67,3	72,2	69,8
Gr. IV	57	22	4	2	-	-	52,5	52,5	58	58
Gr. V	116	20	8	4	-	-	72,0	72,0	79,3	74,7
Gr. VI	124	32	4	2	2	-	67,3	67,3	74,2	69,8
Gr. VII	186	102	6	-	6	-	37,7	37,7	41,8	37,1
Gr. VIII	198	126	-	6	-	6	29,6	22,3	30,3	26,2

Analiza rezultatelor imediate și tardive în funcție de varianta de tratament combinat al cancerului laringian local avansat (IIIa, IIIb) a demonstrat cea mai înaltă evoluție fără recidive și metastaze la 3 și 5 ani în grupa III, unde s-a administrat hipertermia, radioterapia + tratament chirurgical; și în gr. V, unde s-a efectuat iradierea focarului primar și a căilor limfatice cervicale + evidare ganglionară cu scop profilactic și laringectomie. Analiza rezultatelor obținute permite să facem următoarele concluzii:

1. În cancerul laringian st. I – II este indicat a efectua operații economice – rezecții de laringe.
2. În cancerul laringian local avansat: st. IIIa – IIIb – IVa - de realizat laringectomii tipice, extinse și combinate.

3. Evidarea ganglionară cervicală profilactică efectuată în monobloc cu operația la focarul primar este o metodă sigură de profilaxie și tratament al metastazelor regionale nedepistate clinic. Rata de supraviețuire la 3-5 ani constituie 79,3- 74,7%.

4. Forma endofită de proliferare a tumorii și cartilajele cu un grad de osificare înaltă sunt două caracteristici, care impun în mod obligatoriu excizia profilactică a țesutului celular cervical.

Bibliografie selectivă

1. Țîbîrnă Gh., *Ghid clinic de oncologie*, Editura „Universul”, Chișinău, 2003, 828p.
2. Mureșanu M., *Chirurgia oncologică*, Editura medicală universitară „Iuliu Hașeganu”, Cluj-Napoca, 2001.
3. Miron Lucian, *Oncologie clinică*, Editura „Egal”, Bacău – Iași, 2001.
4. Brumund K.T., Garcia D. et al., *Frontolateral vertical partial laryngectomy without tracheotomy for invasive squamous cell carcinoma of the true vocal cord. a 25- year experience*. Ann Otol Rhinol Laryngol., 2005. Apr; 114 (4): 314-22.
5. Kociaturk S., Han U. et al., *A hystopathological study of thyroarytenoid muscle invasion in early (T1) glottic carcinoma*. Otolaryngol Head Neck Surg., 2005 Apr;132 (4): 581-3.
6. Пачес А.И., *Опухоли головы и шеи*, Москва, 1995.
7. Огольцова Е.С., *Опухоли верхних дыхательных путей*, Москва, 1997.

Rezumat

Au fost tratați 1451 de bolnavi cu cancer laringian stadiile I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IVa în perioada anilor 1986-2006. S-au efectuat tratamentele radioterapeutic, crioterapeutic, laseroterapie și combinat în diferite variante de asociere a radioterapiei, intervenției chirurgicale și hipertermiei. Hipertermia electromagnetică locală cu frecvență înaltă provoacă reacții degenerative – patomorfoză de gradul II în 72 % cazuri, duce la scăderea incidenței recidivelor și metastazelor, favorizează durata supraviețuirii bolnavilor la 3-5 ani, aceasta constituind respectiv 72,2 și 69%. Evidarea ganglionară cervicală profilactică este o metodă sigură de profilaxie a metastazelor regionale nedepistate clinic.

Summary

1451 patients with larynx cancer in I, IIa, IIb, IIIa, IIIb and IVa stages were treated between 1986 and 2006. Combined methods of tumor therapy were performed. The treatment included radiotherapy, hyperthermia and operation associated in different variants.

The local electromagnetic hiperthermia of high frequency produced degenerative reactions – pathomorphosis of II stage – in 72%. It also reduced the incidence of recurrences and metastasis thus increasing the survival of the patients: 3-years survival in 72,2% and 5-years survival in 69%.

ELEMENTE DE PROGRES ÎN TEHNICILE DE SUTURĂ A FARINGELUI DUPĂ LARINGECTOMIE

Constantin Clim, dr. în medicină, **Gheorghe Țîbîrnă**, dr.h. în medicină, prof.univ., academician, **Anatolie Bejan**, chirurg oncolog, **Valentina Darii**, dr. în medicină, **Andrei Doruc**, dr. în medicină, **Serghei Marina**, chirurg oncolog, **Vasile Ciorici**, medic ordinator, Institutul Oncologic din Moldova

Tratamentul chirurgical rămâne și în prezent unicul tratament eficient și radical al cancerului de laringe local avansat.

Este cunoscut faptul că în mai mult de 50% cazuri extirparea chirurgicală a laringelui se efectuează la bolnavii preventiv iradiați în doze de 50-60 Gy, care prezintă modificări radiodistrofice în țesuturile cervicale. Aceste schimbări pot contribui la insuficiența suturilor aplicate pe peretele faringo-esofagian la etapa finală a laringectomiei. Închiderea neermetică a defectului peretelui faringelui duce la pătrunderea în rană a salivei, la supurarea plăgii, necroza țesuturilor iradiate și la formarea fistulelor sau faringo-esofagostomelor.

B.S. Ogolițova, V.S. Alfiorov, 1992, A.I. Paces, 1997 au descris apariția fistulelor faringo-esofagiene, incidența fiind de 40-70% la această categorie de bolnavi. Fistulele cervicale formate necesită intervenții chirurgicale plastice repetate și prelungesc perioada de vindecare a pacientului.

Problema majoră a cercetării date este diminuarea inconvenientelor laringectomiei desfășurate, care împreună cu securitatea oncologică maximă trebuie să micșoreze, în același timp, numărul sechelelor funcționale și estetice și să avantajeze aplicarea metodelor terapeutice ulterioare.

Clinicienii oncologi sunt în căutarea metodelor noi de conduită terapeutică și a tehnicilor chirurgicale de sutură a defectului mucoasei faringelui pentru a micșora numărul complicațiilor grave în perioada postoperatorie.

Pornind de la cele expuse mai sus, în studiul de față am avut drept scop elaborarea metodelor și a tehnicilor chirurgicale de închidere ermetică a defectului faringelui și esofagului după laringectomie, pentru a exclude formarea fistulelor digestive și a micșora perioada de vindecare a bolnavului. Pentru a realiza acest scop analizei statistice au fost supuși 30 de pacienți, bărbați cu carcinoame pavimentoase spinocelulare, bine sau moderat diferențiate, cu sediul la laringe și hipofaringe, care se aflau în stadiile III și IV. Vârsta bolnavilor a variat între 37 și 68 de ani, cu mediana de 52 de ani. Din toți acești bolnavi, care au necesitat o laringectomie totală ori laringofaringectomie, 6 au fost internați primar, 24 după chimioterapie și cure de radioterapie în doze de 40-60Gy la nivelul focarului primar și al ganglionilor regionali clinic pozitivi.

Intervențiile chirurgicale au fost efectuate sub anestezie combinată. Traheotomia s-a realizat sub anestezie locală. După intubația pacientului prin traheostomă, intervenția chirurgicală a continuat sub narcoză intratraheală. La etapa oncologică procedeul chirurgical se realiza monobloc, piesa operatorie cuprinzând ganglionii limfatici cervicali, laringele și peretele faringelui și esofagului rezectat. Dimensiunile mari ale defectelor și fâșia îngustă de mucoasă rămasă la nivelul peretelui posterior faringo-esofagian ne obliga să renunțăm la aplicarea metodelor clasice de sutură în trei planuri pentru restabilirea integrității tubului digestiv. Pentru a îmbunătăți calitățile suturii mucoasei defectului faringo-esofagian am propus noi metode de reconstrucție a peretelui rezectat, realizabile prin utilizarea dispozitivelor optice, instrumentelor microchirurgicale și a firelor atraumatice.