

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 faringoesofagian 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 faringoesofagostomelor.

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 faringoesofagian 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 faringoesofagian am propus noi metode de reconstrucție a peretelui rezectat, realizabile prin utilizarea dispozitivelor optice, instrumentelor microchirurgicale și a firelor atraumatice.

Din punct de vedere metodologic definiția concretă a suturii aplicate are importanță mare pentru evaluarea tehnicii și a metodei în ansamblu. Suntem de părerea să denumim sutură “microchirurgicală” atunci când pentru aplicarea ei au fost utilizate microscopul de operație și micromonofilamente sintetice de mărime de la 6/0 până la 10/0, iar în caz de aplicare a firelor de mărime până la 6/0, cu sau fără ajutorul lupelurilor de operație, ea să fie numită “sutură atraumatică de precizie”.

Preventiv am experimentat pe porțiuni de intestin subțire, apreciind rezistența suturii microchirurgicale și atraumatice. Calitățile mecanico-fizice ale suturii aplicate, după cum a demonstrat experimentul, prezintă o rezistență adecvată chiar la o presiune considerabilă a lichidului injectat în lumenul fragmentului intestinal. Lichidul colorat nu s-a exteriorizat printre suturile microchirurgicale și atraumatice executate la capătul fragmentului intestinal. La o simplă comparare a acestor procedee se putea observa avantajele aplicării suturii microchirurgicale. Această metodă conferă o afrontare perfectă a seroaselor, linia de sutură devenind mai etanșă, fără protruzia mucoasei printre firele aplicate. Pornind de la această considerare, ne-am propus să verificăm efectul aplicării suturii microchirurgicale comparativ cu suturile atraumatice pe peretele tubului digestiv la nivelul faringelui și esofagului după laringectomie.

Aceste tehnici au fost folosite la toți 30 de bolnavi incluși în studiu și divizați în două loturi a câte 15 pacienți fiecare (tab. 1).

Tabelul 1

Repartiția bolnavilor în funcție de tipul operației și sutura aplicată pe faringe

<i>Tipul intervenției chirurgicale</i>	<i>Varietăți de sutură</i>	
	<i>Microchirurgicală, nr. cazuri</i>	<i>Atraumatică, nr. cazuri</i>
Laringectomie totală (cu evidarea gangl.)	6 (1)	9 (3)
Laringofaringectomie (cu evidarea gangl.)	9 (3)	6 (4)
În total	15 (4)	15 (7)

Având în vedere factorii ce influențează asupra insuficienței suturii după laringectomie, ca extensiunea tumorii, volumul operației și radiochimioterapiei preventive, infecția asociată, pericondrita ș.a., loturile se pot considera omogene. La 15 pacienți (lotul 1) după înlăturarea laringelui suturile au fost aplicate într-un singur plan cu microscopul de operație, cu ac atraumatic și microfilamente sintetice de 6/0-8/0 mărime. Sutura se realiza cu fire separate aplicate pe stratul seromusculo-submucos al marginelor defectului faringelui și esofagului, cu o afrontare perfectă a seroaselor ca nici o hernie a mucoasei să nu apară între fire. Sutura acestei tunici interne pe aproximativ 6-8 cm lungime se face alternativ din toate unghiurile defectului pentru a obține o cât mai exactă congruență. La restabilirea integrității defectului linia suturii avea forma “Y” cu axul mare situat longitudinal pe peretele anterior al tubului faringo-esofagian.

La ceilalți 15 bolnavi (lotul 2) s-a practicat sutura atraumatică, folosind fire de mărime până la 6/0, în două planuri cu/sau fără utilizarea dispozitivelor optice. Sutura s-a realizat cu fire separate aplicate cu pași mai rari sau încontinuu. Trecerea firelor prin marginea defectului mucoasei faringelui era urmată de înnodarea lor imediată. Firul aplicat încontinuu era înnodat la începutul și la sfârșitul pasului. Pentru verificarea etanșeității s-a efectuat o mică presiune a esofagului la nivelul traheostomei. În cazul unei etanșeități imperfecte aceasta duce la exteriorizarea salivei printre firele de sutură, verificare întodeauna suficientă pentru adăugarea firelor suplimentare. Tot ca măsură de precauție se suturează fragmentele mușchilor constrictori cu câteva fire separate fără tensionarea țesuturilor. Operația se finalizează cu suturarea tegumentelor și instalarea drenajului aspirativ. Durata procesului de aplicare a suturilor microchirurgicale este de 1,5 - 2 ore, a celor atraumatice de 1-1,5 ore.

Pentru profilaxia infecției la toți bolnavii în perioada postoperatorie s-a indicat antibioticoterapie și spălături cu soluții dezinfectante ale cavității bucale și faringelui. Alimentarea se efectua prin sonda nazogastrală introdusă pe masa de operație. La a 6-a zi după intervenția chirurgicală, faringostome

de 1,5 - 3,0 cm, ceea ce au necesitat operații plastice, s-au format la un bolnav din primul lot și la 4 bolnavi din lotul II. La alți 6 pacienți, câte trei din fiecare lot, s-au format fistule mici ce s-au vindecat spontan în timp de două săptămâni. Așadar, incidența complicațiilor postoperatorii în lotul I de bolnavi, la care s-a folosit metoda microchirurgicală de sutură a defectului faringoesofagian a fost de 26,7%, iar în lotul II, după aplicarea suturii atraumatice pe faringe, de 46,7% (tab. 2).

Tabelul 2

Rezultatele postoperatorii în funcție de metoda de sutură a faringelui

Variante de sutură	În total	Vindecare primară		Complicații	
		Nr.	%	Nr.	%
Microchirurgicală (lotul I)	15	11	73,3	4	26,7
Atraumatică (lotul II)	15	8	53,3	7	46,7

Luând în considerație complicațiile neînsemnate din ambele loturi, se poate concluziona că rezultate favorabile s-au obținut în 25 de cazuri (83,3%), toți acești bolnavi având posibilitatea să se alimenteze pe cale orală la a 6 - 14-a zi după operație. Într-un caz bolnavul (inclus în lotul I) a înlăturat de sine stătător sonda și la a 4-a zi a început să se alimenteze normal. Porțiunea suturată microchirurgical sau atraumatic a faringelui și esofagului nu prezenta obstacol pentru bolul alimentar, în toate cazurile obținându-se un pasaj alimentar satisfăcător.

Comparația metodelor de sutură microchirurgicală și atraumatică arată că aplicarea suturii microchirurgicale este urmată de rezultate mai bune, reduce mult complicațiile grave și dă posibilitate bolnavilor să se alimenteze normal la a 4 - 6-a zi după operație, față de 21 - 60 de zile la folosirea metodelor tradiționale.

Procedeele tehnice propuse asigură etanșeitătea sporită a suturii aplicate pe tubul faringoesofagian. Metoda atraumatică de sutură aplicată încontinuu reduce considerabil durata operației.

Deși există unele inconveniențe legate de durata intervenției chirurgicale (4 - 5 ore), considerăm aceste tehnici avantajoase, întrucât permit o plastie funcțională a faringelui și în cazurile laringectomiei combinate în care lățimea mucoasei păstrate a peretelui posterior faringoesofagian e mai mică de 5 cm. Așadar, indicațiile aplicării acestor metode sunt defectele tisulare complexe la nivelul faringelui și porțiunii cervicale esofagiene, care nu pot fi rezolvate aplicând metodele tradiționale de sutură în trei planuri.

În concluzie, metoda de sutură microchirurgicală și atraumatică în plastia defectului peretelui faringelui și a esofagului permite obținerea unor rezultate funcționale și cosmetice bune, la pacienții laringectomizați și reduce perioada de timp de la operație la instituirea alimentării normale până la 4 - 6 zile, facilitând reabilitarea socială precoce a bolnavilor. Rezultatele obținute de noi arată că lărgirea sferei de indicații pentru folosirea tehnicilor microchirurgicale de sutură este de un real folos în ceea ce privește prognosticul funcțional după laringectomie pentru cancer avansat. Aceste tehnici, bine stăpânite, pot fi aplicate și în intervențiile reconstructive la alte niveluri ale tractului digestiv.

Bibliografie selectivă

1. Пачес А.И., *Опухоли головы и шеи*, М., 1997, с. 346-378.
2. Огольцова Е.С., Алферов В.С., *Ушиватель глотки (УГ-70) и результаты его клинического применения при ларингэктомии у больных раком гортани* // Вестник ОНЦ АМН России, N2, 1992, с. 16-22.

Rezumat

Au fost studiate comparativ posibilitățile metodelor de sutură microchirurgicală și atraumatică a faringelui după laringectomie pentru cancer. La folosirea acestor procedee s-a constatat rezultate favorabile în 83,3% de cazuri.

Summary

In the study we compared the opportunities of microsurgical suture and atraumatique methods of the pharynx defects after laryngectomy for cancer. The results of the used microsurgical techniques were favourable in 83,3% of cases.

CARCINOMUL MEDULAR TIROIDIAN: REVISTA LITERATURII ȘI DATE PROPRII

Anatol Cernii¹, dr.h. în medicină, prof. univ. **Andrei Țâbârnă**², oncolog, **Adrian Clipca**¹, oncolog, **Mihail Toderăș**¹, dr.h. în medicină, Institutul Oncologic¹, USMF „N. Testemițanu”²²

Carcinomul medular tiroidian (CMT) este o neoplazie neuroendocrină cu originea din celulele parafoliculare C, care secretă calcitonină și care sunt iod-independente. CMT nu răspunde la terapia cu iod radioactiv și este numai parțial sensibil la radioterapie (Șt. Milcu și colab., 1984). CMT are un prognostic mai rezervat decât formele diferențiate, carcinoamele papilare și foliculare, dar mai bun ca forma anaplazică de cancer tiroidian (M.A.Mureșan, 1995), este o tumoare rară, reprezentând până la 10% din tumorile maligne tiroidiene. Incidența CMT poate varia în timp și în diverse arii geografice, iar datele despre rata acestuia printre toate cancerurile tiroidiene diferă de la autor la autor: 1,5 – 3% în statistica lui Șt. Milcu și colab. (1984), 7% - conform datelor lui M.A.Block (1990), 5,2% - în practica lui J.R.Hahm et al. (2001).

Deși în ultimii ani se observă o creștere a adresabilității bolnavilor de cancer tiroidian către Institutul Oncologic din Moldova, incidența CMT nu sporește, doar ceva variază din an în an. Conform datelor publicate anterior (A.Cernii și colab., 2005), din 1985 (anul precedent accidentului nuclear de la Cernobîl) până în 2004, incidența cancerului tiroidian în Republica Moldova a sporit mai mult de două ori, de la 77 până la 165 cazuri anual de îmbolnăvire. În Departamentul de Morfopatologie al Institutului Oncologic din Moldova au fost investigate histopatologic 60 de canceruri tiroidiene în 1985 și 163 în 2004. Printre aceste canceruri, rata CMT a fost de 3 (5,0%) cazuri în 1985 și 1 (0,6%) caz în 2004. Semnificativ a crescut numai numărul carcinoamelor foliculare din celule A iod-captante. CMT, fiind iod-independent, rămâne rar întâlnit.

Pornind de la datele histogenetice, considerăm că CMT nu poate fi etichetat ca un carcinom, deoarece nu se dezvoltă din celulele epiteliale ale tiroidei (celulele A). CMT este, de fapt, un apudom (APUD-om) malign, având ca sursă celulele parafoliculare C, care, la rândul lor, împreună cu alte celule endocrine (audocite) dispersate prin organism, sunt incluse în sistemul APUD (de la *Amine Percursore Uptake and Decarboxylation*), acesta fiind derivat în perioada embriogenetică din celulele creștelor neurale (M.J.Shapiro, 1977; И.М.Кветной, 1981; A.N.Schmidt, 2002). În funcție de localizarea tisulară și originea celulară, apudomele, ca și apudocitele normale, secretă bioamine sau hormoni peptidici: serotonin, melatonin, catecholamine, somatostatin, glucagon, insulin, gastrin, calcitonin etc. (Д.И.Головин, А.А.Никонов, 1981; И.М.Кветной, 1981). Ca particularități morfologice esențiale ale apudomelor pot fi menționate granulele secretorii neuroendocrine, prezente în citoplasma apudocitelor, care pot fi detectate electronomicroscopic sau imunohistochimic, de asemenea amiloidul prezent în tumori, acesta fiind deosebit de abundent în CMT. Amiloidul poate fi identificat în secțiunile histologice ca o masă amorfă eozinofilă și ca o substanță care se colorează electiv cu iod, roșu de Congo, metil violet sau violet de gențiană (I.Moraru, 1980).

Amiloidul este o substanță proteică constituită din fibre insolubile fine și lungi cu diametrul de aproximativ 7-10 nm (J.D.Sipe, 1992), care se depune extracelular în diverse condiții patologice însoțite de afectarea metabolismului proteic, cum sunt afecțiunile prionice cerebrale, boala Alzheimer, bolile inflamatorii cronice, diabetul zaharat tipul II, afecțiunile sistemice ereditare sau idiopatice, imunopatiile, tumorile etc. (R.Khurana et al., 2004). Printre tumori, deseori sunt însoțite de depuneri