

чания специального лечения) составили 24 женщины с диагнозом рак яичников III-IV стадии. Вторую группу представили 11 больных распространенным раком яичников.

В зависимости от объема остаточной опухоли хирургические операции подразделялись на полные, оптимальные и субоптимальные. Субоптимальная циторедукция являлась наиболее часто выполняемой операцией у больных распространенным раком яичников (у 46,1% больных). Хирургическое вмешательство в полном объеме выполнялось у 42,8% больных, в оптимальном – у 11,1% пациенток. Остаточный объем опухоли не оказывал влияние на развитие химиорезистентности ($p_{\text{Крускала-Уоллиса}}=0,09$).

Преобладающим морфологическим вариантом опухоли являлся серозный. Данный гистологический тип новообразования наблюдался у 92,3% больных распространенным раком яичников. Эндометриоидный вариант опухоли отмечался у 14,2% больных, недифференцированный – у 3,5% пациенток. Морфологический вариант опухоли также не оказывал влияние на развитие химиорезистентности ($p_{\text{Крускала-Уоллиса}}=0,08$).

Асцитная форма заболевания выявлена у 80% пациенток.

Распределение показателя уровня экспрессии гена M1Y в опухолевой ткани больных химиорезистентной и химиочувствительной групп не соответствовало закону нормального распределения и составило 1,18 и 0,18 (нижний квартиль – 0,19, верхний квартиль – 2,19; нижний квартиль – 0,08, верхний квартиль – 0,26) соответственно. Более высокий уровень экспрессии гена MDR1 отмечался в опухолевой ткани больных химиорезистентной группы по сравнению с химиочувствительной ($p_{\text{Манн-Уитни}}=0,016$).

В проведенном исследовании выявлена зависимость между возрастом больных распространенным раком яичников и уровнем экспрессии гена MDR1: с увеличением возраста отмечается увеличение уровня экспрессии данного гена (коэффициент Спирмена 0,4; $p=0,02$).

Выводы. Высокий уровень экспрессии гена множественной лекарственной устойчивости MDR1 (более 1) определяет прогрессирование заболевания в срок до 6 месяцев после окончания противоопухолевого лечения у 100,0% больных распространенным раком яичников.

Rezumat

Scopul acestei lucrări este de a estima rezistența chimică a cancerului ovarian prin estimarea valorilor MDR, utilizând metoda PCR.

Summary

The search of overcoming advanced ovarian cancer chemoresistance is the actual problem of modern oncogynaecology. The aim of this study is to estimate ovarian cancer chemoresistance by MDR levels using PCR method. The high level of MDR expression determined disease progression during 6 month after antitumor treatment in 100% patient with advanced ovarian cancer.

PROFILAXIA COMPLICAȚIILOR POSTOPERATORII DUPĂ LARINGECTOMII ÎN CANCERUL LARINGIAN

Gheorghe Țibîrnă, dr. hab. în medicină; *Valentina Darîi*, dr. în medicină; *Andrei Doruc*, dr. în medicină; *Constantin Clim*, dr. în medicină; *Adrian Clipca*, dr. în medicină; *Cornel Cojocaru*, dr. în medicină; *Andrei Țibîrnă*, dr. în medicină; *Alexandru Marandiuc*, dr. în medicină; *Anastasia Stanislav*, *Serghei Marina*, *Rodica Mândruța*, *Alexandru Postolache*, *I. Țurcan*
IMSP Institutul Oncologic din R. Moldova

Cancerul de laringe se constituie ca o localizare particulară a cancerului căilor respiratorii superioare, care în țara noastră are tendință de creștere continuă a morbidității. Astfel, în R. Moldova, indicele morbidității prin cancer laringian în 1961 constituia 1,4%, în 1990 – 2,7%, în 2008 – 3,8% la 100000 de locuitori. Incidența mondială a cancerului laringian este variabilă, pe primul loc situându-se Spania, cu 8% la 100000 de locuitori, incidența fiind scăzută în țări precum Japonia – 2%, Irlanda – 2,2%, Costa-Rica – 2,3%.

În declanșarea cancerului laringian contribuie mai mulți factori (factori de risc): fumatul, majorarea poluării mediului, suprasolicitarea coardelor vocale, procese patologice de lungă durată netratate (laringite cronice, toate formele de discheratoze ale mucoasei laringelui ș.a.). Cel mai important este fumatul. În 98% din cazuri, pacienții sunt fumători abuzivi timp de 15–20 de ani. Riscul îmbolnăvirii îl constituie iradierea cronică a mucoasei. Simptomatologia cancerului laringian este variată și depinde de localizarea lui, gradul de invazie,

tipul de proliferare. În stadiul inițial, de regulă, cancerul laringian nu se manifestă prin careva simptome clinice pronunțate. În 65-70% din cazuri, diagnosticul a fost stabilit în stadiul III-IV. În 22,3% din cazuri, leziunea primară a fost asociată unei adenopatii satelite metastatice în ganglionii limfatici cervicali. În ordinea clasificării topografice a laringelui, regiunea supraglotică este cea mai frecventă, coincidența fiind de 70-78%, regiunea glotică 18-19% și subglotică-3-4% cazuri. Statistica bibliografică mondială și a noastră au scos în evidență agresivitatea deosebită a cancerului regiunii vestibulare. El are proprietatea de a se extinde repede pe organele și țesuturile vecine, de a metastaza devreme în ganglionii limfatici cervicali, ceea ce se datorează caracterului lax al stratului submucos. Metoda de bază în tratamentul cancerului laringian local avansat, stadiul IIIa-IIIb, IVa este combinată, în care etapa chirurgicală ocupă locul principal și se efectuează în volum de laringectomie tipică și extinsă.

Scopul și sarcinile acestui studiu a fost elaborarea unui complex de măsuri profilactice și curative, spre micșorarea incidenței complicațiilor postoperatorii în operațiile efectuate la focarul primar: laringectomii tipice și extinse; și căile limfatice cervicale: evidare ganglionară cervicală, operația Cryle în cancerul laringian local avansat IIIa-IIIb-IVa.

Pentru atingerea acestui scop, ne-am propus următoarele obiective:

- A analiza și a perfecționa etapa chirurgicală de tratament în cancerul laringian local avansat: IIIa-IIIb-IVa;
- A aplica și a studia metoda mecanică de suturare a defectului faringelui și esofagului cervical după laringectomie;
- A analiza complicațiile postoperatorii de ordin general și local în laringectomiile tipice și extinse;
- A evidenția particularitățile și factorii de bază ce influențează apariția complicațiilor postoperatorii;
- A efectua analiza histologică fracționată în serii a materialului postoperator, pentru aprecierea câmpului tumoral, starea țesuturilor adiacente cu tumora, pentru aprecierea și argumentarea volumului intervenției chirurgicale efectuate.

Rezumatul rezultatelor științifice

Pe parcursul anilor 2006-2010 au fost tratați 112 bolnavi cu cancer laringian local avansat, st. IIIa-IIIb-IVa. În anul 2006 – 25 de bolnavi, în anul 2007 – 29 de bolnavi, în anul 2008 – 22 de bolnavi, în anul 2009 – 21 de bolnavi și în anul 2010 – 15 bolnavi. Repartizarea bolnavilor după gradul de extindere și localizarea leziunii tumorale laringiene este reprezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Repartizarea bolnavilor după gradul de extindere a tumorii

Gradul de extindere a tumorii	Cifre absolute	%
St. III a	79	70,5
St. III b	25	22,3
St. IV a	8	7,2
TOTAL	112	100

Tipul de proliferare a tumorilor în laringe este ilustrat în tabelul 2.

Tabelul 2

Tipul de proliferare a tumorilor

Tipul de proliferare	Cifre absolute	%
Exofit	37	33,0
Endofit	30	26,7
Mixt	45	40,3
TOTAL	112	100

Cancerul laringian, în esență, este o tumoră epitelială. În lotul nostru de bolnavi a predominat cancerul pavimentos keratinizat (66,9%). Rezultatele sistematizate ale cercetarilor morfologice sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 3

Structura histologică a tumorilor

Tipul morfologic	Cifre absolute	%
Cr pav. keratinizat	75	66,9
Cr pav. Nekeratinizat	37	33,1
TOTAL	112	100

Pronosticul cancerului laringian este determinat în mare măsură de aprecierea exactă a gradului de extindere a leziunii tumorale, aprecierea tacticii de tratament și a volumului intervenției chirurgicale. În toate cazurile a fost efectuat tratament combinat: chirurgical + radioterapeutic, în diferită succesivitate. Radioterapia a fost efectuată la aparatul „ROCUS”, cu următoarele caracteristici tehnice: DSP – 75cm pe două câmpuri opuse, cu dimensiunile 5x6cm, 6x6cm, 8x10cm și chiar 10x12cm, doză unică de 2Gy x5 ori în săptămână, doza sumară – 40Gy. Dimensiunile câmpului erau stabilite strict individual, în funcție de localizare, avansarea procesului și particularitățile anatomice ale pacientului. La momentul actual, regimul fracționat de iradiere de 2Gy 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. Radioterapia postoperatorie începea imediat după cicatrizarea plăgii. Câmpul de iradiere cuprindea loja postoperatorie, rădăcina limbii și zonele metastazării regionale în doze de 40 Gy. Intervalul dintre cele două etape ale tratamentului asociat a fost de două-patru săptămâni. Termenul de două săptămâni, interval 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 două săptămâni. A fost demonstrat că în două-trei săptămâni după iradiere se restabilesc procesele imune locale, se normalizează microflora faringelui și se creează condiții favorabile pentru operație.

Variantele operațiilor efectuate sunt reprezentate în tabelul 4.

Tabelul 4

Variantele operațiilor efectuate

Volumul intervenției chirurgicale	Cifre absolute	%
Laringectomie tipică	79	70,5
Laringectomie extinsă superioară	12	10,7
Laringectomie extinsă inferioară	3	2,7
Laringectomie extinsă anterioară	6	5,3
Laringectomie extinsă posterioară	9	8,0
Laringectomie extinsă laterală	3	2,8
TOTAL	112	100

Reieșind din particularitățile localizării leziunii tumorale în laringe, au fost efectuate laringectomii tipice și variante de laringectomie extinse (lărgite) în conformitate cu clasificarea propusă de A.I. Paces 1976, E.S. Ogoșova 1977, Gh. Țibîrnă 1982.

Laringectomia tipică. Indicație pentru această operație a servit extinderea procesului tumoral afectând două și mai multe regiuni ale laringelui și a fost efectuată în 79 (70,5%) de cazuri.

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

Laringectomia extinsă superioară. Drept indicație a servit cancerul regiunii vestibulare a laringelui, stadiul IIIa–IIIb, cu extindere în baza limbii, spațiul periglolic și a fost efectuată în 12 (10,7%) cazuri.

Varianta anterioară a laringectomiei extinse. Indicație pentru această variantă a servit extinderea procesului și invazia cartilajului tiroidian, spațiului preepiglolic, istmul glandei tiroide, țesuturile moi ale suprafeței anterioare a gâtului și a fost efectuată în 6 (5,3%) cazuri.

Varianta inferioară a laringectomiei extinse. Acest tip de laringectomie a fost efectuat în cancerul regiunii subglotice cu extindere în trahee – a fost efectuată la 3 (2,7%) pacienți.

Varianta laterală a laringectomiei extinse. Este indicată în cazurile, când procesul tumoral se extinde pe plicile faringoepiglifice și aritenoepiglifice, pe peretele lateral al laringelui sau în sinusul piriform – 3 (2,7%) pacienți.

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 și a fost efectuată în 9 (8,0%) cazuri.

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 regiunii vestibulare a laringelui ce are un potențial de metastazare local foarte înalt. S-au efectuat două tipuri de intervenții chirurgicale: operația Cryle – în 6 cazuri și excizia celulară în teacă – 19 cazuri.

Operația Cryle – indicată în caz de invadare în ganglionii limfatici profunzi sau în metastaze intim crescute cu vena jugulară internă, mușchiul sternocleidomastoidian, pereții tecii fasciale.

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

Toate operațiile au fost efectuate cu anestezie generală. Intubarea se făcea prin traheostomul aplicat în procesul operației, sub anestezie infiltrativă locală pe fondul premedicației adecvate. Complicații intraoperatorii și decese pe parcursul operațiilor nu au avut loc.

A fost aplicată metoda mecanică de suturare a defectului postoperator la 58 de bolnavi cu ajutorul instalației de suturare mecanică ISF – 80 (instalație de suturare a defectului faringoesofagian). La 21 de bolnavi a fost efectuată suturarea manuală a defectului postoperator. La 33 de bolnavi care au suportat laringectomii extinse a fost efectuată faringostomă plană. 30 de bolnavi au urmat etapa de plastie a faringostomei plane cu lambou DP (delto-pectoral). În perioada postoperatorie au apărut complicații de ordin general și local. Cele mai frecvente complicații de ordin general au fost pneumoniile și traheobronșitele care sunt reprezentate în tabelul 5.

Tabelul 5

Complicații postoperatorii de ordin general

Caracterul complicațiilor	Cifre absolute	%
Pneumonie	9	8,0
Insuficiență cardiovasculară	4	3,6
Traheobronșită	10	8,9
Insuficiență hepatorenală	--	--
Tulburări ale circulației	--	--
Sangvine cerebrale		

Cele mai des întâlnite complicații de ordin general au fost: pneumoniile și traheobronșitele în 8,0% - 8,9% cazuri.

Mult mai frecvente au fost complicațiile cu caracter local în perioada regenerării și cicatrizării plăgilor postoperatorii. Insuficiența suturilor aplicate pe peretele faringoesofagian după laringectomii, suturarea neermetică a defectului postoperator duce la pătrunderea în plagă a salivei și florei bacteriene din cavitatea bucală și căile respiratorii superioare ce provoacă supurarea plăgii postoperatorii, necroza eventuală a lambourilor cutanate, dihiscenta de suturi cu formarea ulterioară a fistulelor cutaneo-mucoase cu drenaj salivar. Complicațiile postoperatorii de ordin local în cazul aplicării suturii mecanice au fost la 11 (18,8%) bolnavi și sunt ilustrate în tabelul 6

Tabelul 6

Complicații postoperatorii locale (în cazul aplicării suturii mecanice)

Caracterul complicațiilor	Cifre absolute	%
Necroza marginală a lambourilor cu dehiscența suturilor	6	10,3
Dehiscența suturilor faringiene cu fistulă mică care s-a închis de sine stătător	5	8,5
Dehiscența suturilor faringiene cu fistulă mare ce necesită plastie	0	0
TOTAL	11	18,8

În cazul aplicării suturii manuale a defectului postoperator după laringectomii, complicațiile postoperatorii locale au avut loc la 9 (42,9%) bolnavi și sunt reprezentate în tabelul 7.

Tabelul 7

Complicații postoperatorii locale (în cazul aplicării suturii manuale)

Caracterul complicațiilor	Cifre absolute	%
Necroza marginală a lambourilor cu dehiscența suturilor	3	14,3
Dehiscența suturilor faringiene cu fistulă mică care s-a închis de sine stătător	5	23,8
Dehiscența suturilor faringiene cu fistulă mare ce necesită plastie	1	4,8
TOTAL	9	42,9

Analiza incidenței complicațiilor postoperatorii de ordin local în cazul aplicării suturii mecanice și manuale ne-a permis să decidem că aplicarea suturii mecanice cu ajutorul instalației ISF – 80 este o metodă sigură de profilaxie și diminuare a complicațiilor postoperatorii de ordin local după laringectomii, ameliorând rezultatele regenerării plăgii postoperatorii cu 24,1%. Aceasta ne-a impus să elaborăm și să confecționăm un nou

aparatură de suturare mecanică a defectelor faringoesofagiene (ISF – 80) la bolnavii după laringectomie pe motiv de cancer al laringelui. În practica medicală este cunoscută metoda de suturare mecanică de tipul YKJI, УГ-70. Aparaturile sunt învechite, aplicarea acestor aparate nu înlătură complet problema sau nu permite reducerea ratei complicațiilor postoperatorii de ordin local. Analizând cauzele apariției complicațiilor postoperatorii de ordin local (dihiscentă de suturi, cu formarea ulterioară de fistule salivare), s-a constatat că în majoritatea cazurilor ele sunt condiționate de plasarea în linia suturii a vârfului epiglotei și mușchilor bazei limbii. Analizând particularitățile anatomice ale zonei faringolaringelui și bazându-ne pe practica chirurgicală acumulată de către colectivul departamentului Tumori ale capului și gâtului, în frunte cu academicianul Gheorghe Țîbîrnă, a fost elaborată instalația de sutură curbă a defectului faringoesofagian. În trecut s-au făcut mai multe încercări de a construi instalații de sutură curbă, însă s-au încheiat fără rezultat.



Figura 1. Instalație de suturare mecanică ISF-80



Figura 2. Instalație de suturare mecanică ISF-80 în formă dezasamblată



Metodele și mijloacele utilizate în realizarea proiectului au fost: simulările pe calculator ale funcționării instalației, proiectarea pe calculator a ansamblurilor și subansamblurilor instalației, prelucrarea prin metode de eroziune electrică a casetelor pentru agrafe, prelucrarea mecanică fină a dispozitivului de deplasare a agrafelor.

Parametrii tehnici ai instalației de suturare mecanică ISF-80 satisfac cerințele tehnice înaintate, corespund zonei anatomice cervicale. Implementarea și utilizarea practică a instalației ISF-80 furnizează siguranța suturilor efectuate în cadrul intervențiilor chirurgicale.

Prioritățile suturii mecanice:

- Se evită „deschiderea” cavității oro- și hipofaringelui, corespunzător evitându-se și contactul direct cu tumoarea (sporește randamentul aseptice și ablastice al intervenției chirurgicale);
- Suturarea defectului posoperator durează 2-3 minute;
- Defectul este închis unimomentan;
- Marginile mucoasei se suprapun simetric una peste alta;
- Distanța între suturi este simetrică;
- Mucoasa se traumează mult mai puțin comparativ cu suturarea manuală;
- Procesele de regenerare durează 10-12 zile.

Elementul de inovare a instalației de suturare mecanică unimomentală a defectelor faringoesofagiene ISF-80 constă în originalitatea lui absolută.

Analiza statistică, în baza datelor obținute, ne permite să facem următoarele CONCLUZII:

- Volumul intervenției chirurgicale este în dependență de extinderea leziunii tumorale;
- Agresivitatea tumorii este direct dependentă de forma de creștere a tumorii și gradul de osificare a cartilajului tiroidian;
- Cele mai frecvente complicații postoperatorii de ordin general sunt: traheobronșitele și pneumoniile, constituind 8,9 %, fiind influențate de starea generală a pacientului, prezența patologiilor concomitente, volumul intervenției chirurgicale;
- Cele mai frecvente complicații postoperatorii sunt de ordin local: dehiscentă de suturi și formarea ulterioară a fistulelor salivare, constituind 42,9%;
- Frecvența complicațiilor postoperatorii este mai mică în cazul aplicării suturii mecanice a defectului postoperator, constituind 18,8%.

În urma studiului efectuat, a fost elaborat un algoritm de măsuri profilactice după laringectomie în cancerul laringian.

Algoritmul măsurilor profilactice după laringectomie în cancerul laringian:

- Sanarea cavității bucale;
- Aprecierea florei bacteriene a cavității bucale și a căilor respiratorii superioare;
- Aprecierea sensibilității florei bacteriene la antibiotice;
- Aplicarea suturii mecanice în suturarea defectului postoperator al faringelui și esofagului cervical;
- Aplicarea fibrolaringoscopiei și bronhoscopiei de sanăție în perioada pre- și postoperatorie după laringectomie.

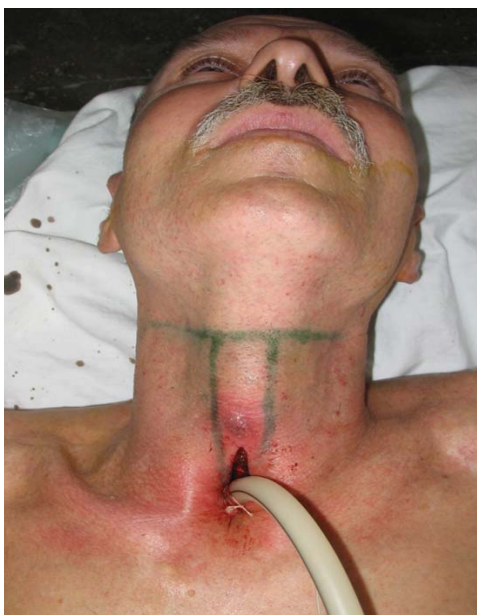


Figura 3. Pacient cu cancer laringian local avansat al regiunii vestibulare a laringelui, cu extinderea procesului și invazia cartilajului tiroidian, spațiul preepiglotic, țesuturilor moi și pielea suprafeței anterioare cervicale.
Aspect clinic preoperator

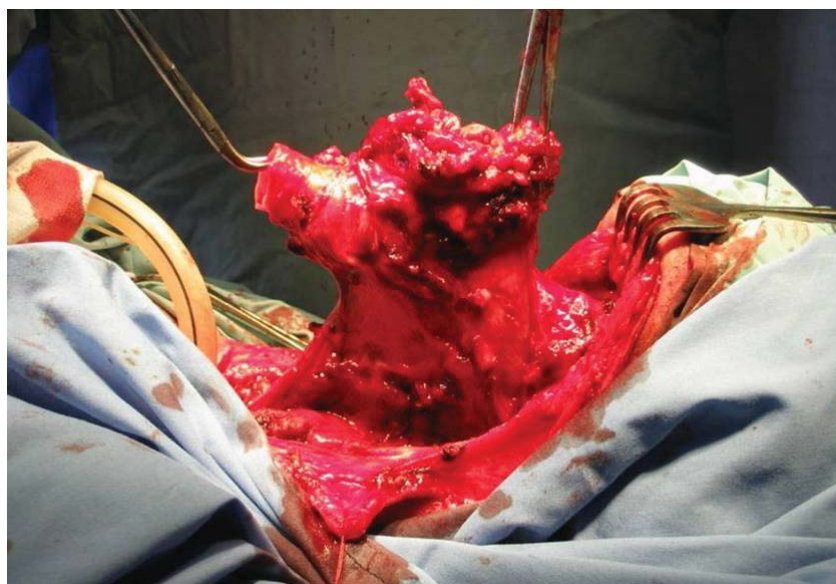


Figura 4. Caz clinic ilustrând separarea laringelui

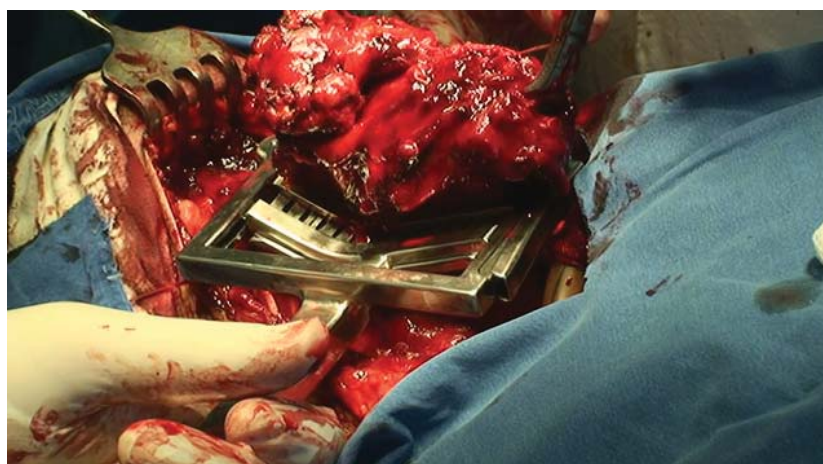


Figura 5. Caz clinic ilustrând laringele separat și aplicarea instalației de suturare mecanică a defectului faringo-esofagian (ISF-80)

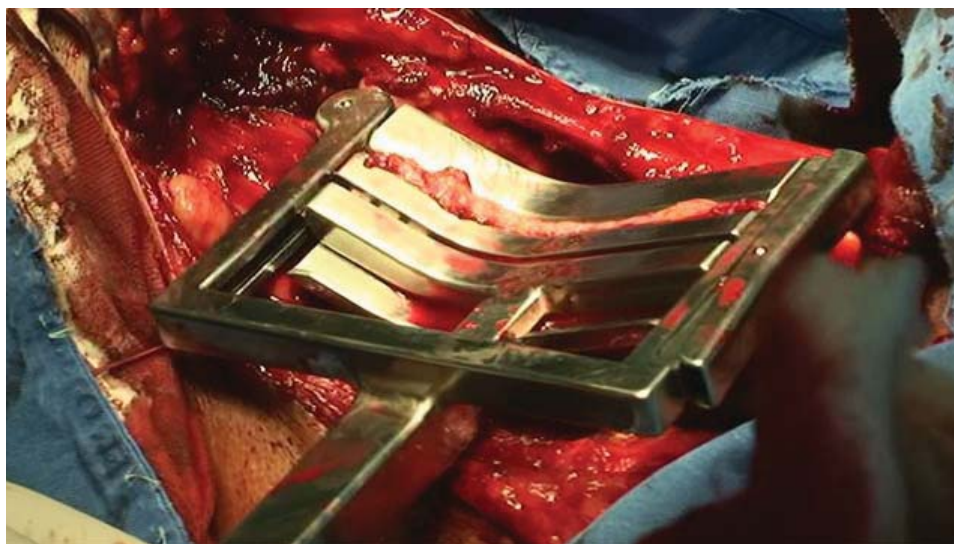


Figura 7a

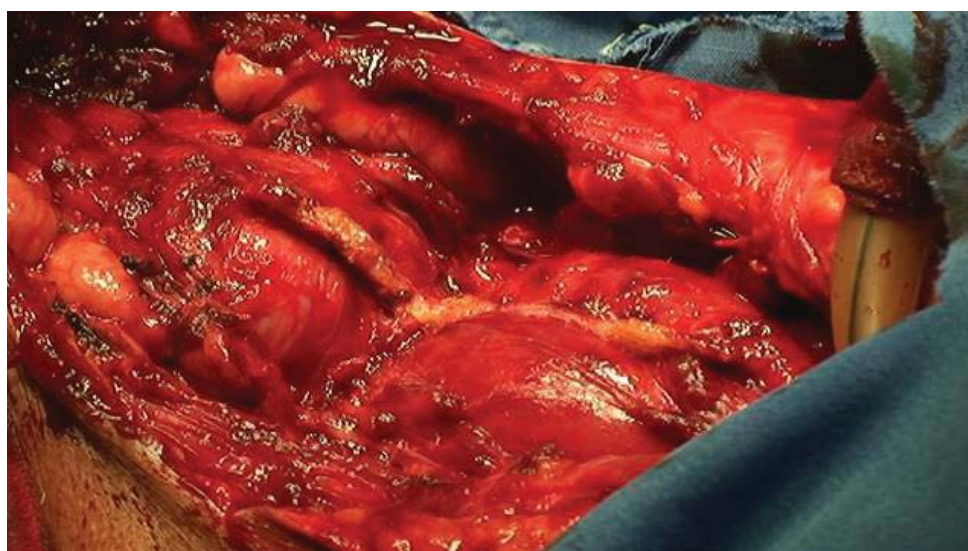


Figura 7b. Laringele înlăturat și sutura mecanică aplicată cu ajutorul instalației ISF-80



Figura 8. Aspect clinic postoperator

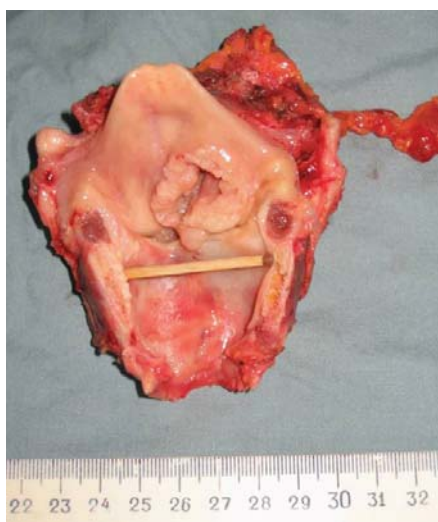


Figura 9. Macropreparat. Laringele înlăturat și ganglion limfatic cervical. Tumoare ce afectează regiunea vestibulară a laringelui cu extindere în cartilajul tiroidian

Referințe bibliografice

1. Țibîrnă Gh. Ghid clinic de oncologie, Chișinău: Universul, 2003, 828 p.
2. Галстеан А.М., Аракелян В.Р., Ованесбекова Т.Г. Значение двухсторонней профилактической шейной лимфаденэктомии при лечении рака гортани II-III стадии. Материалы III съезда онкологов и радиологов СНГ. - Минск, 2004.- Часть II.-с.10.
3. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. Москва, 1995.
4. Светицкий П.В. Хирургическая реабилитация функций гортани в лечении местно-распространенных процессов. Материалы VI Всерос. съезда онкологов – Ростов на Дону, 2005.-Т.1.- с.104-105.
5. Сметанин И.Г. К вопросу о бронхолегочных осложнениях у больных раком гортани; особенности предоперационной подготовки. Вестник оторинолар.-1998. - № 6.- с.34-36.
6. Огольцова Е.С. Опухоли верхних дыхательных путей, Москва 1997.
7. Babin E. Life after total laryngectomy /E. Babin // Rev. Laryngol. Otol. Rhinol (Bord). -2001.-Vol.122.-No.5-P. 303-309.
8. Gonzalez Aguilar O. Total laryngectomy: pre- and intrasurgical variables of infection risk / O. Gonzalez Aguilar, N.A. Prado, A. Vanelli et al. // Int. Surg.-2001. Jan-Mar.-Vol.86.- No.1.- P. 42-48.
9. Mureșanu M. Chirurgia oncologică, Cluj –Napoca: Editura medicală universitară „Iuliu Hașeganu”, 2001.
10. Miron Lucian. Oncologie clinică, Bacău – Iași: Egal, 2001.
11. 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.
12. Jovic R.M. The Pearson method of „near total” laryngectomy: a radical surgical procedure with preservation of laryngeal phonatory function / R.M. Jovic, H. Swoboda // Med. Pregl.- 2002. Nov-Dec.- Vol. 55.- No.11-12.- P.481-484.
13. Kociaturk S., Han U. et al. A histopathological study of thyroarytenoid muscle invasion in early (T1) glottic carcinoma. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005 Apr;132 (4): 581-3.
14. Hishimoto N.I., Pinheiro A.N., Rogatto R.S., Carvalho N.A. Alcohol dehydrogenase 3 Genotipe as a Risk Factor Upper Aerodigestive Tract Cancer. Arh. Otoloryngol Head Neck Surg./ 130, Ian 2004: 78-81.
15. Ronchetti D., Neglia B.C., Cesana M.B., Cerboni N., Pruneri G., Pignataro L. Association Between p53 Gene Mutations and Tobacco Alcohol Exposure in laryngeal Squamous Cell Carcinoma. Arch. Otolaryngol Head Neck Surg /130, 2004; 303 – 307.

Rezumat

În perioada anilor 2006-2010 au fost tratați 112 bolnavi cu cancer laringian local avansat; st. IIIa –IIIb, IVa. A fost efectuat tratament combinat: chirurgical+radioterapeutic, în diferită succesivitate. Complicațiile postoperatorii de ordin general au fost pneumoniile și traheobronșitele în 8-8,9% cazuri. Complicațiile postoperatorii de ordin local au fost: dehiscența de suturi, cu formarea ulterioară de fistule salivare faringoesofagiene în 42,9%, în cazul aplicării suturii manuale, și în 18,8%, în cazul aplicării suturii mecanice. Aplicarea suturii mecanice cu ajutorul instalației ISF-80 (instalație de suturare a defectului faringoesofagian) este o metodă sigură de micșorare a complicațiilor postoperatorii de ordin local.

Summary

Between 2006 and 2010, 112 patients with laryngeal cancer IIIA, IIIB and IVA stages were treated in our clinic. The treatment included surgery and radiotherapy in different combinations. General postoperative complications were pneumonia and tracheobronchitis in 8-8.9% of cases. Local postoperative complications were closure dehiscence with the ulterior formation of the pharyngeal salivary fistula in 42.9% of cases with manual suturing and in 18.8% of cases when the mechanical suture device ISF-80 was applied. The ISF-80 suture device is a secure suturing method and decreases the number of local postoperative complications.