



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.

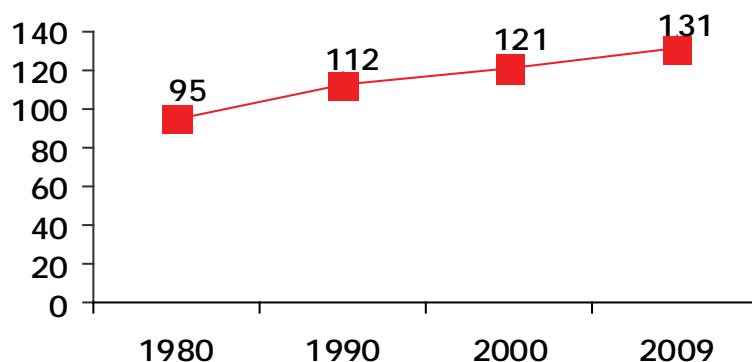
PROBLEME DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CONTEMPORAN ÎN CANCERUL LARINGIAN

Valentina Darii, dr. în medicină
IMSP Institutul Oncologic

În structura tumorilor căilor respiratorii superioare, cancerul laringian este unul dintre cel mai des întâlnite și constituie aproximativ 50% din totalul tumorilor sferei ORL. Această maladie în ultimii ani este în centrul atenției oncologilor de specialitate, maladia având 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 2009 – 3,1 cazuri la 100000 populație (diagrama 1).

Diagrama 1

Dinamica morbidității prin Cr laringian în R. Moldova (anii 1980, 1990, 2000, 2009)



Așadar, anual se iau la evidență 130-140 de bolnavi primari. Paralel se constată și o creștere a mortalității. În studiul respectiv au fost incluși 1425 de bolnavi cu cancer laringian tratați în Institutul Oncologic din R. Moldova. Cancerul laringian este predominant la sexul masculin constituind 98%, și numai 2%, la cel feminin. Cea mai afectată vârstă este de 40-60 de ani (85%) și extrem de rar sub 30 de ani. 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 au fost fumători abuzivi timp de 15–20 de ani. Canceriile laringiene sunt esențial tumori epiteliale. În lotul nostru de bolnavi, în 98% din cazuri au fost epiteliome spinocelulare: cancer plat pavimentos keratinizat (74%) și cancer plat pavimentos nekeratinizat (24%). Tumorile maligne conjunctive au fost în 3% cazuri: adenocarcinomul -1%, sarcomul -1%, alte tumori ca melanomul, limfomul malign -1%. În 65-70% cazuri diagnosticul s-a stabilit în stadiul III–IV (tabelul 1). În 31% 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%. Repartizarea bolnavilor după gradul de extindere și localizarea leziunii tumorale laringiene este repartizată în tabelul 1.

Tabelul 1

Repartizarea bolnavilor după gradul de extindere și localizarea leziunii tumorale laringiene

Stadiile	Regiunea supraglotică	Regiunea glotică	Regiunea subglotică
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	-	-
Total	1114 (78%)	256 (18%)	55 (4%)

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, cea ce se datorează caracterului lax al stratului submucos în care este bine dezvoltat sistemul limfatic, fiind alcătuit dintr-o rețea profundă și superficială, cu un număr mare de glande mucoase. Analizând datele tabelului 1, numărul înalt de cazuri de cancer laringian al regiunii vestibulare depistat în stadii tardive face pronosticul foarte dezagregabil. Pentru a găsi și a evidenția cauzele depistării tardive a maladiei, a fost efectuată analiza fișelor medicale a 900 de bolnavi, ce s-au tratat între anii 1995 și 2003 în Institutul Oncologic din Moldova. La 630 de bolnavi diagnosticul a fost stabilit în stadiul III-IV, ce constituie 70%. Studiul detaliat al unui număr considerabil de cazuri avansate de cancer, ne-a permis să facem următoarele concluzii, că la baza lor stau dificultăți obiective ce țin de:

1. Adresarea tardivă a bolnavilor după ajutor medical – 479 (79,8%);
2. Erori comise de medicii specialiști în policlinică, examinarea incompletă a bolnavilor – 121 (20,2%).

De aceea, problema cancerului laringian este dominată, pe de o parte, de frecvența crescândă, iar pe de altă parte, de necesitatea unui diagnostic precoce și a unei terapii eficiente. Știința modernă deține un arsenal mare de metode diagnostice, bazate pe ultimele realizări ale medicinei și tehnicii, cum ar fi stroboscopia electronică, microlaringoscopia, tomografia computerizată, fibrolaringoscopia. Aceasta însă nu diminuează rolul metodelor tradiționale și, în primul rând, al anamnezei, după care urmează palparea și inspecția vizuală. Deosebit de importantă este palparea pentru depistarea metastazelor regionale. O metodă simplă instrumentală, care nu cere mari cheltuieli, dar care permite, în majoritatea cazurilor, să se aprecieze starea laringelui și a regiunilor lui în parte, să se constate caracterul procesului, localizarea lui, gradul de invazie, este laringoscopia indirectă. Doar uneori apar dificultăți în efectuarea acestui examen laringoscopic: epiglot rigid, epiglot deformat, reflex laringian exagerat. În aceste cazuri, laringoscopia indirectă s-ar putea efectua aplicând anestezia locală. Pentru un examen mai amplu și un diagnostic mai precis se folosește metoda radiologică. Astăzi diagnosticul cancerului laringian este de neconceput fără radiografia laterală a laringelui, care evidențiază toate elementele lui structurale. Nu se proiectează ventriculele laringelui, plicile vestibulare, coardele vocale, din cauza suprapunerii lor și din cauza opacității cartilajului tiroidian osificat (după 40 de ani). În aceste cazuri, se recurge la analiza comparativă a radiogramelor și tomogramelor. Tomografia asigură examenul radiologic al laringelui în proiecție anterioară. Pentru o eficacitate mai mare a tomografiei se practică probe funcționale (expirare cu gura închisă, pronunțarea sunetelor vocale). O metodă modernă de ultimă oră este tomografia computerizată cu rezonanță magnetică. Un loc deosebit în diagnosticul cancerului laringian îl ocupă fibrolaringoscopia. Ea se aplică cu succes în clinica noastră din anul 1982. Metoda se folosește atât în plan diagnostic, pentru stabilirea extinderii leziunii tumorale, cât și în plan de diagnostic diferențial, cu tumori de alte origini. Fibrolaringoscopia se utilizează la colectarea materialului de biopsii, mai ales din regiunile greu accesibile sau în forme infiltrative de proliferare, în care deseori se recurgea la biopsii repetate. Astăzi biopsiile repetate s-au redus până la 1%. Etapa finală în examinarea completă a bolnavilor cu cancer laringian este confirmarea sau verificarea morfologică a diagnozei.

Pronosticul cancerului laringian este determinat în mare măsură de aprecierea exactă a gradului de extindere a leziunii tumorale și alegerea unei metode adecvate de tratament. În leziunile tumorale superficiale și limitate, stadiul I-II, s-a efectuat: tratament radioterapeutic, chirurgical, chirurgical+criodestrucția logei tumorale, lazerodestrucția tumorii. Șansele de vindecare prin aceste metode sunt aproape identice, durata vieții la 5 ani constituind 86- 98%. Numai 55 de pacienți au fost cu cancer laringian stadiul I, unde durata vieții la 3- 5 ani constituie 98%, 233 de pacienți, cu cancer laringian, stadiul IIa, și 62 de pacienți – stadiul IIb. Durata vieții la 3-5 ani constituie 86- 93%. Metoda principală de tratament a formelor avansate (stadiul IIIa, IIIb, IVa) este radiochirurgicală, asociată în diferite modalități, în care tratamentul chirurgical ocupă locul principal. Pentru a aprecia o variantă optimală de tratament integral, a fost efectuată analiza rezultatelor tratamentului diferitor grupe de pacienți tratați în secția Tumori cap și gât, cu aceeași extindere a leziunii tumorale, dar supuși diferitor variante de asociere a radioterapiei, intervenției chirurgicale, hipertermiei și evidării ganglionare cervicale cu scop terapeutic și profilactic, monobloc, cu înlăturarea procesului primar. Astfel bolnavii au fost divizați în 8 grupe de tratament și evidențiate. 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 căilor limfatice cervicale cu țel 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 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.

S-a constatat că vârsta cea mai vulnerabilă pentru cancerul laringian este 50-59 de ani, preponderent bărbații, din tot lotul doar 2 bolnavi au fost femei (51 și 55 de ani în gr.III). La această vârstă pacienții suferă modificări fiziopatologice de vârstă sunt prezente diferite boli concomitente. Perioada de timp până la începerea tratamentului se folosea la maximum pentru investigații în ce privește starea fiziologică a bolnavului la moment, caracterul maladiilor concomitente, complicațiile maladii canceroase. În toate grupele prevalează tipurile de proliferare exofit și mixt. 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% din cazuri. Dimensiunile ganglionilor limfatici variau între 0,3- 0,5 și 1,0 –1,5 cm. Incidența metastazelor este influențată de tipul de proliferare a tumorii, cea mai înaltă fiind în formele endofite și constituie 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 diferită 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 ușurează concreșterea tumorii în cartilajul osificat (figura 1).

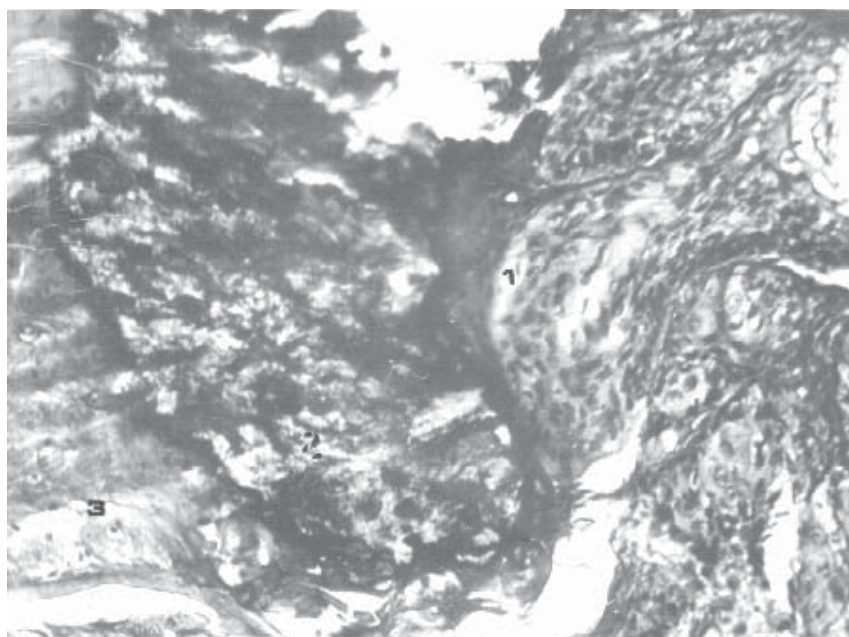


Figura 1. Concreșterea cancerului spino-celular în cartilaj tiroidian osificat (1, 2), sector de cartilaj neosificat (3)

Gamma-terapia la distanță a fost efectuată cu aparatul *Rocus*, cu următoarele caracteristici tehnice: DSP – 75 cm pe două câmpuri opuse cu dimensiunile 5x6 cm, 6x6 cm, 8x10 și chiar 10x12 cm, doză 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. Aprecierea eficacității radioterapiei o facem la doza de 40 Gr. Efect total am considerat regresia tumorii, când ea nu putea fi depistată clinic în laringoscopie. Astfel de rezultate am obținut în 25 de cazuri, după care a urmat radioterapia, ca metodă de sine stătătoare, până la 60 Gr și bolnavii au fost excluși din lotul de observări. Efect parțial am considerat în caz de regresie a tumorii la 50% și ineficiența radioterapiei sau tumori radiorezistente la regresie sub 50%, creșterea tumorii sub 25%. Dacă tumorile s-au mărit în volum de 25% și mai mult, dacă au apărut metastaze, am constatat progresarea procesului tumoral. Rata de regresie s-a arătat a fi mai înaltă în formele exofite, comparativ cu cele endofite. Intervalul dintre cele două etape ale tratamentului asociat a fost de 2-4 săptămâni. Termenul de 2 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 2 săptămâni. A fost demonstrat că în 2-3 săptămâni după iradiere se restabilesc procesele imune locale, se normalizează microflora faringelui și se creează condiții favorabile pentru operație. Un interval mai mare este inadmisibil, din cauza dezvoltării fibrozei în țesuturile iradiate și riscului complicațiilor postoperatorii.

Radioterapia postoperatorie începea imediat după cicatrizarea plăgii. Câmpul de iradiere cuprindea loja postoperatorie, rădăcina limbii și zonele metastazării regionale în doze de 40 Gray.

Pentru obținerea hipertermiei locale a fost folosit aparatul Volna-2, care generează câmp electromagnetic cu o frecvență de 915 MHz. Pentru hipertermia leziunii tumorale am folosit 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 a 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, intervalul de timp nu depășea o oră.

Varianta chirurgicală de tratament. Volumul intervențiilor chirurgicale întotdeauna este în raport direct cu gradul de avansare și cu localizarea procesului tumoral. Fiindcă în studiul nostru clinic bolnavii erau în stadiul III (adică forme local avansate ale cancerului laringian), reieșind din particularitățile localizării, am efectuat laringectomii tipice sau unele din variantele laringectomiilor extinse (lărgite), în conformitate cu clasificarea propusă de A.I. Paces 1976, E.S. Ogoļova 1977, Gh.Țibîrnă 1982. Concomitent cu laringectomiile, s-au efectuat și operațiile Crile (10 cazuri) sau excizia țesutului celular cervical în teacă fascială într-un bloc (18 cazuri). În grupa II de evidență, unde la prima etapă a fost efectuată hipertermie + radioterapie, în 7 cazuri a fost obținut efect pozitiv – regresia tumorii la 85%, s-a efectuat hemilaringectomia.

Caracterul și volumul intervențiilor chirurgicale în toate cazurile era determinat numai de indicațiile și contraindicațiile clinice și nicidecum nu depindeau de radioterapia administrată anterior.

Toate operațiile au fost efectuate cu anestezie generală. Intubarea se făcea prin traheostomul aplicat în procesul operației sub anestezie infiltrativă locală pe fondalul premedicației adecvate (A.F. Soltan 1985). În cele mai frecvente cazuri (60-69%) a fost efectuată laringectomia tipică. Din toate variantele de laringectomii extinse a fost utilizată mai frecvent varianta superioară (25%). Complicații introoperatorii și decese pe parcursul operațiilor nu au avut loc. Complicații postoperatorii au fost de origine generală și locală. Cele mai des întâlnite complicații de ordin general au fost pneumonia și traheobronșita, cu aceeași frecvență în toate grupele de evidență (6-7,9%). 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 dihiscenta suturilor (13,5-15,8%); dihiscenta suturilor faringiene, cu formare de fistule care s-au închis de sine stătător (10-11%); dihiscenta suturilor faringiene cu fistule care necesită plastie (6-7%). Efectuând analiza comparativă a fișelor medicale, s-a constatat că complicațiile locale sunt influențate, în mare măsură, de extinderea leziunii tumorale și volumul intervenției chirurgicale, dar nu de tratamentul preoperator (Radioterapie; Hipertermie+ Radioterapie). Pentru a aprecia eficacitatea variantelor de tratament, am folosit nu numai datele clinice ci și rezultatele investigațiilor histologice. În acest scop au fost expuse examenului materialul postoperator raportat la materialul colectat prin biopsie înainte de începerea tratamentului. S-a constatat că radioterapia preoperatorie contribuie la:

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

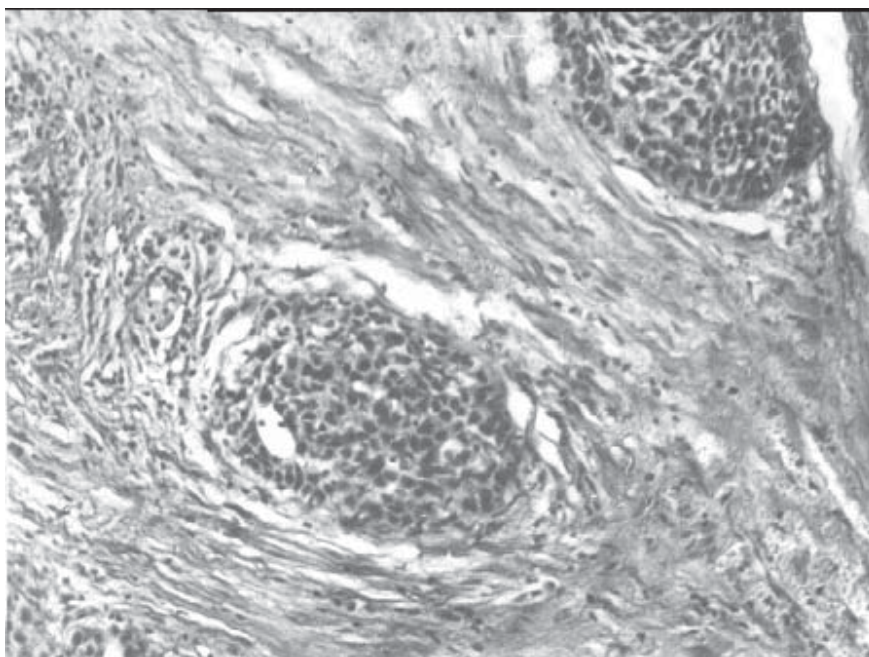


Figura 2. Insulițe mici de cancer plat pavimentos, înconjurat de o cantitate considerabilă de stromă după radioterapie 40 Gr (x 170)

Modificări minimale în structura celulelor canceroase s-au apreciat ca distrucție de gradul I, modificări 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 gradul 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 al eficacității tratamentului bolnavilor oncologici îl constituie rezultatele tardive, durata evoluției, 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 socotește că pentru cancer 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 termenilor de evaluare fără recidive și a supraviețuirii s-a făcut 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 expuse în tabelul 2.

Tabelul 2

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
I	189	57	3	3	-	-	48,9	48,9	56,5	54,5
II	165	80	5	5	5	-	44,6	39,9	54,0	49,6
III	66	17	2	-	1	-	67,3	67,3	72,2	69,8
IV	45	18	3	-	-	-	52,5	52,5	58	58
V	58	10	4	2	-	-	72,0	72,0	79,3	74,7
VI	62	16	2	-	2	-	67,3	67,3	74,2	69,8
VII	62	34	2	-	2	-	37,7	37,7	41,8	37,1
VIII	66	42	-	2	-	2	29,6	22,3	30,3	26,2

Analiza rezultatelor imediate și tardive, în funcție de varianta de tratament combinat a 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 căilor limfactice cervicale + euidare ganglionară cu țel profilactic și laringectomie. Așadar, datele obținute ne permit să facem următoarele concluzii:

1. Hipertermia electromagnetică locală cu frecvență înaltă are o amplificare distructivă a radiației ionizante asupra tumorii, provocând reacții degenerative pronunțate, ce duc la micșorarea apariției recidivelor și metastazelor, favorizând durata supraviețuirii bolnavilor cu 15,5%.

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

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

Referințe bibliografice

1. Țibîrnă Gh. Ghid clinic de oncologie, Chișinău: Universul, 2003, 828p
2. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. Москва, 1995.
3. Огольцова Е.С. Опухоли верхних дыхательных путей, Москва, 1997.
4. Mureșanu M. Chirurgia oncologică, Cluj –Napoca: Editura medicală universitară „Iuliu Hașeganu”, 2001.
5. Miron Lucian. Oncologie clinică, Bacău – Iași: Egal, 2001.
6. 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.
7. 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.

Rezumat

Au fost tratați 1425 de bolnavi cu cancer laringian, stadiul I, IIa, IIb, IIIa, IIIb, IVa. A fost efectuat tratament radioterapeutic, crioterapeutic, lazeroterapie 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, constituind 72,2% și 69%, respectiv. Euidarea ganglionară cervicală profilactică este o metodă sigură de profilaxie a metastazelor regionale nedepistate clinic.

Summary

In the last 30 years 1425 patients with larynx cancer in I, IIa, IIb, IIIa, IIIb and IVa stages were treated. Combined methods of tumor therapy were performed. The treatment included radiotherapy, hyperthermia and surgery associated in different variants. The local electromagnetic hyperthermia 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%.

ELABORAREA ALGORITMULUI DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT CHIRURGICAL AL ADENOMULUI ȘI CANCERULUI INCIPIENT AL GLANDEI TIROIDE

Andrei Țibîrnă, dr. în medicină, asist. univ. USMF „Nicolae Testemițanu”
IMSP Institutul Oncologic, Chișinău

Actualitatea problemei. În ultimul timp se observă o tendință de creștere a morbidității prin patologii nodulare și cancer al glandei tiroide. Aceasta se explică prin mai multe cauze, cele mai principale fiind: creșterea contingentului de persoane în vârstă, ameliorarea diagnosticului precoce și poluarea mediului ambiant. În mod deosebit menționăm creșterea fondului radioactiv în apă, aer, sol, în rezultatul activității umane. Patologia glandei tiroide este una dintre cele mai frecvente maladii ale glandelor endocrine, devenind o problemă serioasă în lumea întregă [17, 14, 10, 7].

Rata morbidității prin cancer tiroidian variază în lume de la 1,2‰ la 5,0‰ la femei și de la 0,6‰ la 1,6‰ la bărbați. O morbiditate foarte înaltă se înregistrează în Singapore, Israel, Canada, Suedia. Astfel, în SUA, morbiditatea prin cancer tiroidian constituie 3,7‰ la femei și 1,2‰ la bărbați, în Danemarca 3,7‰