

## CHIRURGIE

### REZULTATELE TRATAMENTULUI CHIRURGICAL LA I ETAPĂ AL CANCERULUI MUCOASEI CAVITĂȚII BUCALE

Adrian Clipca<sup>1</sup> – dr. med., conf. cercet., Gheorghe Țîbîrnă<sup>1</sup> – dr. hab. med., prof. univ., acad.,  
Valentina Darii<sup>1</sup> – dr. med., conf. cercet., Vasile Ciorici<sup>1</sup> – med. ordin., Andrei Doruc<sup>1</sup> – dr.  
med., conf. cercet., Andrei Țîbîrnă<sup>2</sup> – dr. med., asist. univ., Constantin Clim<sup>1</sup> – dr. med., conf.  
cercet., Rodica Mîndruță<sup>1</sup> – dr. med., cercet. șt., Ivana Clipca<sup>1</sup> – dr. med., Corneliu Cojocaru<sup>1</sup>  
– dr. med., cercet. șt., Alexandru Marandiuc<sup>1</sup> – dr. med., conf. cercet., Viorel Ureche<sup>1</sup> –  
doctorand, Rodica Tarnaruțcaia<sup>1</sup> – cercet. șt. stagiar,

<sup>1</sup> IMSP Institutul Oncologic din Moldova,

<sup>2</sup> USMF „Nicolae Testemițanu”

e-mail: adrian\_clipca@yahoo.com

#### Rezumat

Cancerul mucoasei cavității bucale reprezintă o problemă actuală a serviciului oncologic din Republica Moldova prin nivelul sporit al mortalității (cca 2,5 noi cazuri la 100.000 populație), cauzată de depistarea tardivă a maladiei, marea parte a pacienților (70 - 80%), fiind diagnosticați în stadii avansate (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>). Programul de tratament complex elaborat prevede efectuarea intervenției chirurgicale radicale la prima etapă, fiind completată ulterior cu telegamaterapie. Pe parcursul a 4 ani au fost incluși în studiu 175 bolnavi cu cancer al mucoasei cavității bucale, din ei 78 au fost tratați după programul complex cu efectuarea intervenției chirurgicale la I etapă. Rezultatele la distanță demonstrează o sporire a supraviețuirii bolnavilor (la 3 ani fiind de 86,7%).

**Cuvinte-cheie:** mucoasa cavității bucale, cancer, tratament chirurgical, supraviețuire

#### Summary. The results of surgical intervention as first stage of oral mucosa cancer treatment

Cancer of the oral cavity mucosa is a current problem in the oncology service of Republic of Moldova, by increased mortality (about 2.5 new cases per 100,000 population) due to late detection of the disease, most patients (70-80%) were diagnosed in advanced stages (T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>). The complex treatment program involves the implementation of radical surgery in the first stage followed by radiotherapy. Over the course of 4 years were included in the study 175 patients with cancer of the oral cavity mucosa, of them 78 were treated by complex program, with surgery at the first step. The results show an increased distant survival of patients (for 3 years was 86.7%).

**Key words:** oral mucosa, cancer, surgical treatment, survival

#### Резюме. Результаты хирургического этапа лечения рака слизистой полости рта

Рак слизистой оболочки полости рта является актуальной проблемой онкологической службы Республики Молдова ввиду высоких показателей смертности (около 2,5 новых случаев на 100000 населения), обусловленная поздним выявлением заболевания, большая часть пациентов (70-80%) диагностированы в стадии T<sub>3</sub>, T<sub>4</sub>. Разработанная комплексная программа лечения предусматривает выполнение радикального хирургического вмешательства на первом этапе с последующей лучевой терапией. За прошедшие 4 года были включены в исследование 175 пациентов с диагнозом рака слизистой оболочки полости рта, из них 78 получили комплексное лечение, с выполнением хирургического вмешательства на первом этапе. Отдаленные показатели указывают на улучшение результатов лечения (3-х летняя выживаемость составляет 86,7%).

**Ключевые слова:** слизистая оболочка полости рта, рак, хирургическое лечение, выживаемость

**Introducere.** Cancerul constiuie una din principale cauze de îmbolnăvire și deces în zilele noastre. Astfel, conform datelor statistice, anual se înregistrează peste 10 mln noi cazuri de îmbolnăvire și peste 6 mln cazuri de deces. Tumorile maligne sunt cauza a cca 20% din totalul deceselor în țările economic dezvoltate și a cca 10% în țările în curs de dezvoltare.

Conform estimărilor efectuate, în anul 2020 vor fi înregistrate peste 15 mln noi cazuri de îmbolnăvire și peste 10 mln cazuri de deces prin cancer. Una din cauzele sporirii rapide a morbidității prin tumori maligne este „îmbătrânirea” progresivă a populației.

Cancerul mucoasei cavității bucale cunoaște și el o creștere a incidenței, fiind mai marcată în țările în

curs de dezvoltare. Astfel, în Noua Guinee se înregistrează anual 18,2 noi cazuri la 100.000 populație, în Bangladesh – 14,1 și în India – 12,6 noi cazuri respectiv. Un nivel scăzut al incidenței, cca 2,0 cazuri de îmbolnăvire la 100.000 populație este raportat în Australia, Japonia, Noua Zelandă, Grecia. Dintre țările europene, cel mai înalt nivel al morbidității – cca 8 noi cazuri la 100.000 populație, este stabilit în Ungaria, urmată apoi de Slovacia, Portugalia și Franța (Figura nr.1). Cauzele indicilor astfel de variații constau în multipli factori teritoriali, de cultură alimentară, mod de viață, obiceiuri etc.

În Republica Moldova, morbiditatea prin cancer al mucoasei cavității bucale constituie până la 3,3‰, anual fiind diagnosticate cca 120 cazuri primare de îmbolnăvire (statistica anilor 2009-2010). Cu toate că nivelul morbidității nu este atât de înalt, ponderea bolnavilor depistați în stadii avansate constituie 80-90%, iar mortalitatea, în ultimii ani, atinge indicii de 2,3 – 2,6‰, constituind cca 70-85 cazuri anual. Nivelul sporit al mortalității este condiționat atât de depistarea tardivă a bolnavilor, cât și de eficiența scăzută a metodelor de tratament aplicate anterior. Toate acestea se reflectă asupra supraviețuirii bolnavilor cu cancer al mucoasei cavității bucale, care nu depășea indicii de 35-38% la 5 ani (statistica anilor 2009-2010).

Metoda de bază în tratamentul cancerului mucoasei cavității bucale aplicată până la conturarea proble-

mei date era radioterapia. Frecvența însă mai mare a formelor ulcero-infiltrative, cu prezența proceselor inflamatorii asociate reduce din eficiența metodei date. În clinica „Tumori cap și gât” a Institutului Oncologic se practica utilizarea chimioterapiei regionale intraarteriale, criodistrucției tumorii primare și, după caz, aplicarea tratamentului chirurgical la prima etapă cu rezultate inițial contradictorii, nefiind perfectate procedeele, nefiind restricționate indicațiile și contraindicațiile către aceste tipuri de tratament, nefiind elaborată o conduită optimă a acestor bolnavi, momente necesare de a fi studiate cât de curând.

Pentru soluționarea acestei probleme, în anul 2011 în departamentul științific „Tumori cap și gât și, microchirurgie” al IMSP IO a fost inițiat studiul „Elaborarea noilor metode de tratament complex al cancerului mucoasei cavității bucale”.

Scopul de bază al cercetării (la momentul aprobării) a fost - **majorarea supraviețuirii bolnavilor cu cancer al mucoasei cavității bucale**, care constituia 35-39% (la 5 ani). Respectiv, pentru atingerea scopului au fost trasate următoarele obiective:

- Utilizarea metodelor moderne de evidență statistică cu examinarea obligatorie a bolnavilor primari cu cancer al mucoasei cavității bucale de către specialistul oncolog cap și gât pentru confirmare morfologică și stadializare corectă, evidența statistică separată a patologiei oncologice a mucoasei cavității bucale



Figura 1. Incidența sumară prin cancer al buzei inferioare, mucoasei cavității bucale și faringelui în țările europene (cazuri noi la 100.000 populație, anul 2012, datele AICC, Lion, Franța)

de cea a faringelui. Elaborarea unui chestionar ce se va completa fiecărui pacient primar cu evidențierea minuțioasă a anamneșticului, factorilor promotori, evoluției bolii etc., pentru a putea totaliza informația sub formă de recomandări de profilaxie primară a cancerului mucoasi cavității bucale.

- Aprecierea indicațiilor pentru aplicare la prima etapă a tratamentului chirurgical cu completarea ulterioară cu chimioterapie adjuvantă sau radioterapie. Elaborarea tipurilor noi de intervenții chirurgicale în concordanță cu localizarea procesului și gradul de afectare, prezența metastazelor regionale.

- Stabilirea indicațiilor și contraindicațiilor către chimioterapia regională intraarterială în cancerul mucoasei cavității bucale. Elaborarea schemelor noi, eficiente de tratament chimioterapic regional.

- Perfecționarea metodei de criodistrucție pentru utilizarea ei în tratamentul complex al cancerului mucoasei cavității bucale, specificarea indicațiilor și contraindicațiilor.

- Recuperarea chirurgicală funcțională și estetică a bolnavilor cu elaborarea de noi tipuri de intervenții prin utilizarea de lambouri pediculate, pe pedicul vascular și microchirurgicale. Reabilitarea protetică, drept scop fiind restabilirea funcțiilor de glutiție, respirație, masticație și vorbire.

- Sinteza, prin totalizarea prealabilă a rezultatelor obținute, a unui algoritm de tactică optimă de tratament în funcție de stadiul maladiei, forma de creștere, forma morfologică, prezența metastazelor, vârsta pacientului, longevitatea perioadei de evoluție a bolii, tratamentul administrat anterior.

**Material și metode.** Drept modalitate a includerii bolnavilor în studiu a fost aprobat următorul principiu: toți pacienții (primari și secundari) internați în secțiile clinice ale laboratorului “Tumori cap și gât și microchirurgie” erau examinați și investigați, cu stadializare corectă și obiectivizarea evoluției maladiei. Bolnavilor în stadiile clinice locale T1, T2 și T3 (și unele stadii T4 - rezectabile), fără metastaze regionale sau cu noduli limfatici operabili și în lipsa metastazelor la distanță, li se propunea programul de tratament combinat, cu efectuarea intervenției chirurgicale ra-

dicale la I etapă, completată ulterior cu radioterapie postoperatorie. În cazurile de proces local-avansat, inoperabil, sau cu metastaze la distanță, se aprecia tactică de tratament individual, prin efectuarea operațiilor “sanitare”, pe condiții vitale, uneori combinate cu criodistrucția paliativă a tumorii, completate cu tratament sistemic chimioterapic sau radioterapic paliativ. În unele cazuri de creștere ulcero-infiltrativă a tumorilor limbii cu trecere pe planșeul bucal și imposibilitatea aplicării tratamentului radical, se aplica tratament chimioterapic “intraarterial regional”, prin administrarea citostaticelor în doze mici intraarterial, prin cateterizarea arterelor linguale.

La fel nu erau supuși tratamentului chirurgical și bolnavii care din start au refuzat intervenția chirurgicală (din motive personale, religioase etc.).

Astfel, pe parcursul a 4 ani de realizare a temei (anii 2011 – 2014) au fost incluși în studiu 175 bolnavi cu cancer al mucoasei cavității bucale, din ei 147 au fost pacienți primari (fără careva tratament administrat anterior) și, 28 de pacienți – secundari (după tratament radio-, chimioterapic suportat).

Analiza statistică a pacienților înregistrați relevă o prevalență marcată a maladiei la sexul masculin (bărbați – 78,5%; femei – 21,5%). Vârsta medie a bolnavilor constituie 49,7 ani la bărbați și 50,1 ani la femei (Fig. 2).

Conform localizării anatomice a tumorii primare, cele mai afectate regiuni sunt: mucoasa limbii - 33%; mucoasa planșeului bucal - 26%; mucoasa rebordului alveolar al maxilarelor- 18%; mucoasa palatului dur, velului palatin și pilierilor palatinali - 13%; mucoasa obrazilor și regiunii retromolare - 10% (Fig. 3).

Pe parcursul perioadei de derulare a proiectului, toți pacienții primari cu patologie oncologică a mucoasei cavității bucale au fost consultați de specialistul oncolog cap și gât pentru aprecierea tacticii de tratament.

Pacienților primari le-a fost indicat tratament combinat în volum de electrorezeecție a formațiunii primare, cu sau fără evidare ganglionară regională, urmat ulterior de tratament radioterapic postoperator. Din numărul total de 175 bolnavi au fost incluși în

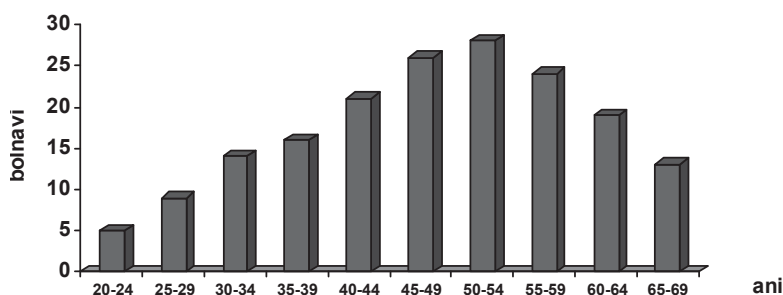


Figura 2. Repartizarea morbidității după grupe de vârstă. (Media de vârstă – 48,72 ± 7,16 ani. Cele mai afectate categorii de vârstă sunt 40-49 și 50-59 ani)

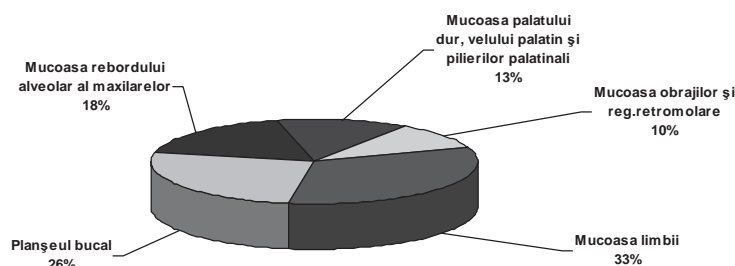


Figura 3.

studiu cu cancer al mucoasei cavității bucale, 78 au fost tratați după programul complex cu efectuarea intervenției chirurgicale la I etapă. Numărul mai redus de pacienți operați a fost condiționat de gradul de extindere a procesului neoplazic primar (în unele cazuri fiind prezente formațiuni tumorose nerezectabile), prezența metastazelor regionale nerezectabile, prezența metastazelor la distanță. La fel un factor decisiv a fost refuzul pacientului la tratamentul chirurgical.

Repartizarea pacienților pe stadii a fost similară cu datele statistice ale „Cancer-Registrului Național” (Fig. 4). Astfel, după examenul clinico-instrumental minuțios, a fost apreciat stadiul I la 12 bolnavi (6,9%), stadiul II – la 25 bolnavi (14,3%), stadiul III – la 80 bolnavi (45,7%), stadiul IV – la 58 bolnavi (33,1%).

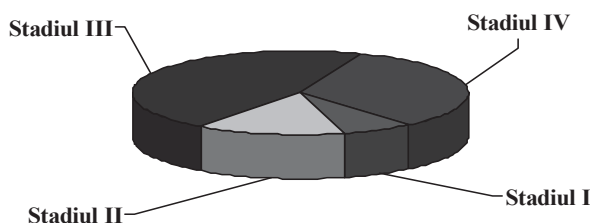


Figura 4. Repartizarea pe stadii a procesului tumoral

Toți pacienții au fost diagnosticați histopatologic (biopsie din tumor), fapt ce a favorizat alegerea optimă a tratamentului. Forma histologică „dominantă” a fost carcinomul pavimentos, fiind suplinită și de alte câteva forme: carcinom adenochistic, cancer nediferențiat și cancer solid cu diferențiere joasă (Tab. 1). În cazurile de carcinom adenochistic, la trei pacienți s-au înregistrat metastaze regionale, tratamentul fiind doar radiochimioterapie. Cazurile fără metastaze (2 bolnavi) au fost supuși tratamentului chirurgical la etapa II (după radioterapie prealabilă hiperfracționa-

tă). În toate trei cazuri de carcinom nediferențiat un efect bun la etapa inițială a oferit tratamentul chimioterapeutic (doar unul din acești pacienți a fost ulterior operat. Numărul covârșitor de bolnavi au fost cu carcinom pavimentos (cu sau fără cheratinizare) de diverse grade de proliferare, cărora le-a fost propus ca tratament de I etapă – intervenția chirurgicală.

După cum s-a menționat, tratamentul chirurgical ca primă etapă în programul complex a fost aplicat la 78 bolnavi. Din numărul pacienților tratați chirurgical, 67 erau „primari” și 11 – „secundari”. Dinamica „înrolării” pacienților în studiu relevă o evoluție relativ uniformă a inițierii tratamentului, fapt ce a permis monitorizarea bolnavilor.

**Rezultatele tratamentului chirurgical.** În corespundere cu localizarea tumorii primare, tratamentul chirurgical aplicat a fost sistematizat în trei grupe principale: 1 – intervențiile chirurgicale în cancerul mucoasei limbii, 2 – intervențiile chirurgicale în cancerul mucoasei planșeului bucal și rebordului alveolar al mandibulei, 3 – intervențiile chirurgicale în cancerul mucoasei obrazilor, palatului dur, regiunii retromolare etc.

Cele mai frecvente intervenții (la 28 bolnavi), au fost efectuate pe motiv de cancer al mucoasei limbii, în volum de la rezecție marginală, până la glosectomie totală în bloc cu rezecția pilierului palatinal, asociate cu intervenții de eradicare a nodurilor limfatici cervicali. Volumul intervenției era apreciat în concordanță cu stadiul maladiei, localizarea procesului patologic, prezența sau lipsa metastazelor regionale. Din numărul de intervenții efectuate (Fig. 5), s-au îndeplinit 6 rezecții marginale, 8 hemirezecții a limbii și 14 intervenții de rezecție subtotală a limbii sau glosectomii (operațiile din ultimul grup completate cu eradicarea nodurilor cervicali regionali).

Tabelul 1

**Tipurile histologice de tumori ale mucoasei cavității bucale diagnosticate**

TOTAL	Cancer pavimentos cornificat	Cancer pavimentos necornificat	Cancer adenochistic	Cancer nediferențiat	Cancer solid cu diferențiere joasă
175	102	64	5	3	1



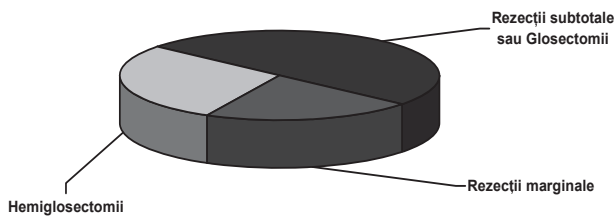


Figura 5. Tipurile de rezecții a limbii efectuate

În cazurile de tumoră primară  $T_2 - T_3$ , intervenția era completată cu aplicarea preventivă a traheostomului temporar și ligaturarea arterei lingvale de partea afectată. Nutriția pacienților în primele zile postoperator se efectua prin tub nazogastric, completată cu corijare parenterală. Acest grup sunt intervențiile cu cele mai puține complicații postoperatorii (cea mai severă fiind doar dehiscenta plăgii prin „leza-rea” suturilor, cu epitelizare *per secundam*). La fel, intervențiile nu sunt complicate în plan de recuperare postoperatorie imediată (pentru acoperirea defectului fiind utilizate țesuturile locale).

Vom descrie un caz clinic de Hemirezecție a limbii combinată cu eviderare ganglionară cervicală superioară și submandibulară pe stânga (Fig. 6).

Pacienta Ț., 66 ani, DS: “Cancerul limbii pe stânga st.II, T2N1M0”. S-a tratat în secția Tumori cap/gât a IMSP IO de pe 04.02.2011 până pe 25.02.2011.

Pe 09.02.2011, sub anestezie generală intravenoasă a fost efectuată intervenția chirurgicală “Hemirezecția limbii pe stânga + eviderare ganglionară cervicală superioară și submandibulară pe stânga”. Rezultatul histologic nr. 8151-56/2011: “Carcinom pavimentos cu tendință spre keratinizare, pe suprafață cu exulcerații, cu focare de necroză și hemoragii”. Postoperator a urmat o cură de radioterapie (doza sumară = 40 Gy). Perioada de supraveghere 3 ani și 6 luni fără semne de metastaze sau recidivă.

Volumul intervențiilor chirurgicale în cancerul mucoasei planșeului bucal. Un alt grup de intervenții chirurgicale efectuate în cadrul studiului (la 27 bolnavi), au fost pentru tumori ale mucoasei planșeului bucal și a rebordului alveolar a mandibulei cu sau fără implicarea osului mandibular. Pentru această categorie de bolnavi au fost elaborate 3 tipuri de intervenții chirurgicale. În primul subgrup (la 7 bolnavi), au fost efectuate rezecții de mucoasă a planșeului bucal și parțial al spațiului sublingval (cu sau fără rezecția mucoasei rebordului alveolar), dar fără rezecția osului rebordului alveolar al mandibulei (tumorile nu depășeau stadiul clinic  $T_1$ , iar lipsa invaziei osoase era confirmată atât radiologic, cât și clinic - păstrarea mobilității tumorii în coraport cu suprafața mandibulei). În 3 cazuri s-a efectuat ligaturarea preventivă omolaterală a arterei lingvale, în alte 4 cazuri s-a omis acest

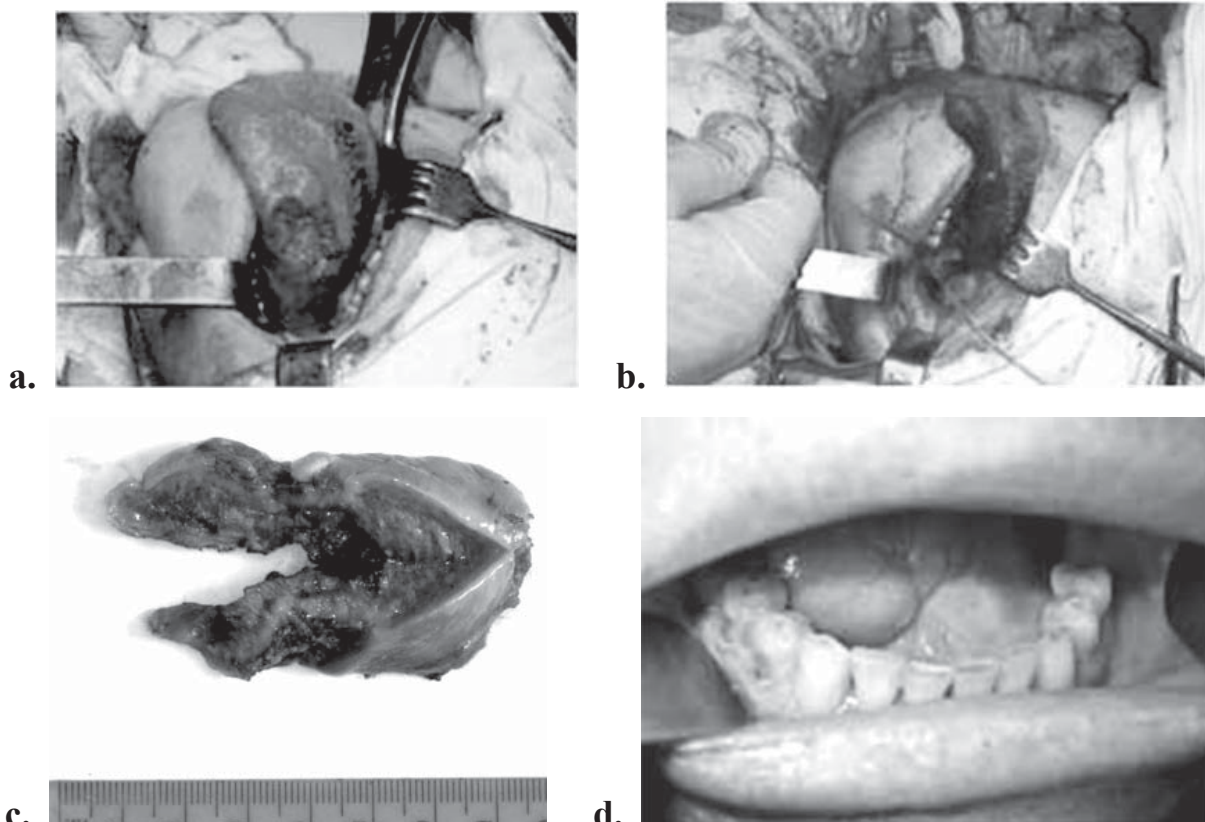


Figura 6. Etapele intervenției chirurgicale

a – tumoră ulceros infiltrativă a părții laterale a limbii, dim. 2,5 cm.; b – plaga limbii rezectată; c – piesa postoperatorie a limbii (secționată); d – aspectul limbii la 1 an fără semne de recidivă.

procedeu - unul din ele complicându-se la a 8-a zi postoperator cu hemoragie din plagă ca urmare a procesului inflamator local (pacientul fiind și diabetic). Această complicație a necesitat ligaturarea în mod urgent a *arterei lingvalis*. Situația critică fiind depășită, pacientul a fost externat la domiciliu. Acoperirea defectului posttumoral s-a efectuat prin mobilizarea lamboului lingval. Nici un pacient nu a necesitat aplicarea traheostomului provizoriu, alimentarea preponderent per os și parenteral.

Subgrupul doi (12 bolnavi), a fost alcătuit din cazurile de afectare tumorală a mucoasei planșeului bucal și rebordului alveolar cu invazia incipientă a osului mandibular (care nu depășește însă 1,0 cm pe verticală - fiind radiologic superior de nivelul canalului nervului mandibular). Pentru acest tip de pacienți

a fost elaborată intervenția chirurgicală complexă, în care de rând cu electrorezecția tumorii mucoasei planșeului bucal și rebordului alveolar + rezecția parțială a limbii, se efectua rezecția segmentară orizontală a mandibulei, cu excizia astfel a unui fragment „trapezoid” al zonei afectate, puțin inferior de nivelul canalului nervului mandibular. Acest tip de intervenție permite eradicarea tumorii cu păstrarea integrității și funcționalității arcului mandibular. De regulă, rezecția osului se efectua ca primă etapă a intervenției, urmată ulterior de rezecția în bloc a tumorii mucoasei planșeului bucal (schematic reprezentată în Fig.10b). De menționat, că în cazurile de prezență a dinților în aria rezectată a osului mandibular, aceștia din urmă erau incluși în piesa operatorie rezectată. În 9 cazuri intervenția asupra focarului primar era completată cu

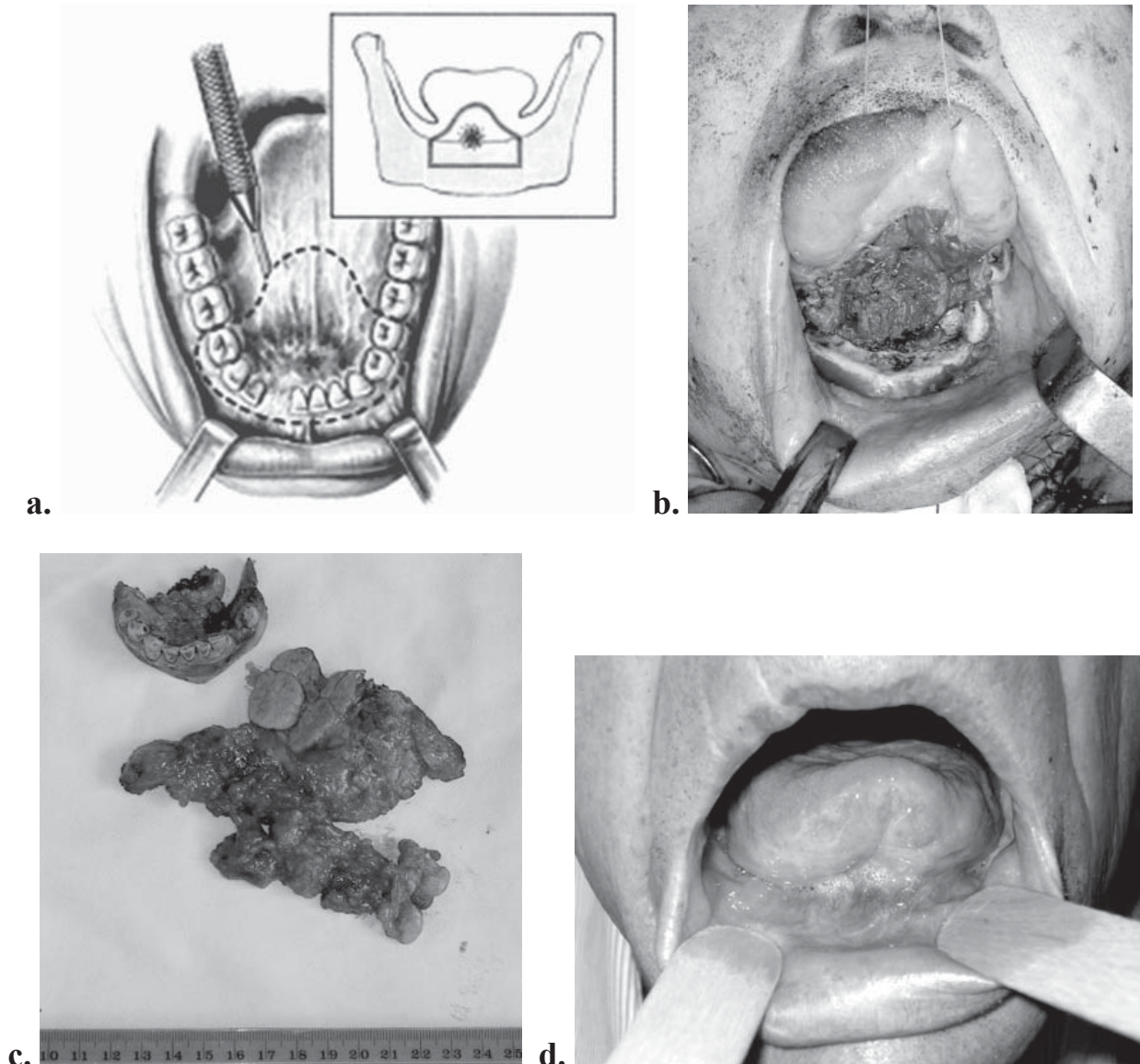


Figura 7. Caz clinic de rezecție segmentară orizontală a mandibulei:

a. – marcarea volumului țesuturilor rezectate, b. – defectul operator după extirparea tumorii primare, c. - piesa operatorie rezectată a osului mandibulei în bloc cu dinții adiacenți și nodulii limfatici submandibulari eliminați, c. – aspectul cavit. bucale la 1 an după tratamentul complex.

evidare ganglionară cervicală superioară. Ca metodă de rutină se aplica traheostomul provizoriu și ligaturarea arterelor lingvale (uni- sau bilaterală). Nutriția pacienților prin tub nazogastric și parenteral. Acopețirea defectului postoperator se efectua prin mobilizarea largă a lamboului lingval. Drept complicații postoperatorii pot fi considerate 2 cazuri de necroză marginală a segmentului anterior al limbii cu dehiscența plăgii și dezgolirea suprafeței mandibulei (epitelizarea plăgii ulterior *per secundam*).

În subgrupul trei (8 bolnavi), invazia osoasă depășea limita de 1,0 cm pe verticală, în 5 cazuri infiltrând și canalul nervului mandibular. Pentru acești bolnavi au fost elaborate intervenții chirurgicale complexe cu diferența de la subgrupul precedent prin efectuarea rezecțiilor segmentare totale a osului mandibulei (volumul maxim aplicat fiind de extirpare a 2/3 din arcul mandibular) cu sau fără exarticulare. În 4 intervenții a fost efectuată și rezecția limbii. Obligator la prima etapă se efectua aplicarea traheostomului provizoriu și ligaturarea trunchiului *arterei carotis externa*. Toate operațiile asupra focarului primar au fost completate cu evidare ganglionară cervicală superioară și laterală, într-un caz cu rezecția mușchiului sternocleidomastoid și a venei jugulare interne, în alt

caz fiind efectuată parotidectomie omolaterală. Doar două din intervenții au finisat cu aplicarea orostomei plane (unul din bolnavi fiind secundar, iar altul în stadiul clinic T<sub>4</sub>), în restul cazurilor fiind efectuată recuperarea unimomentană a continuității arcului mandibular. Ca material de protezare s-au utilizat plăci perforate de titan. Astfel s-au efectuat două recuperări a segmentului orizontal al mandibulei, în alte două cazuri - cu recuperarea regiunii unghiului mandibulei, iar în celelalte două cazuri - recuperarea hemimandibulei cu articulația temporo-mandibulară pe stânga. Pentru primele patru tipuri de recuperare au fost utilizate plăci perforate din titan de producția „Ascom”, India. Recuperarea unimomentană complexă cu articulația temporo-mandibulară s-a efectuat cu utilizarea protezelor firmei „Conmet”, Rusia (Fig.8). Restabilirea componentului tisular s-a efectuat prin mobilizarea țesuturilor adiacente și mobilizarea largă a lamboului lingval. Un moment important al protezării unimomentane a constituit în restabilirea ocluziei centrale dentare, fiind obținut un efect cosmetic și funcțional satisfăcător.

Celelalte 23 cazuri de tratament chirurgical aplicat sunt greu de grupat, deoarece sunt foarte diverse ca localizare: 3 bolnavi cu cancer al mucoasei obrazu-

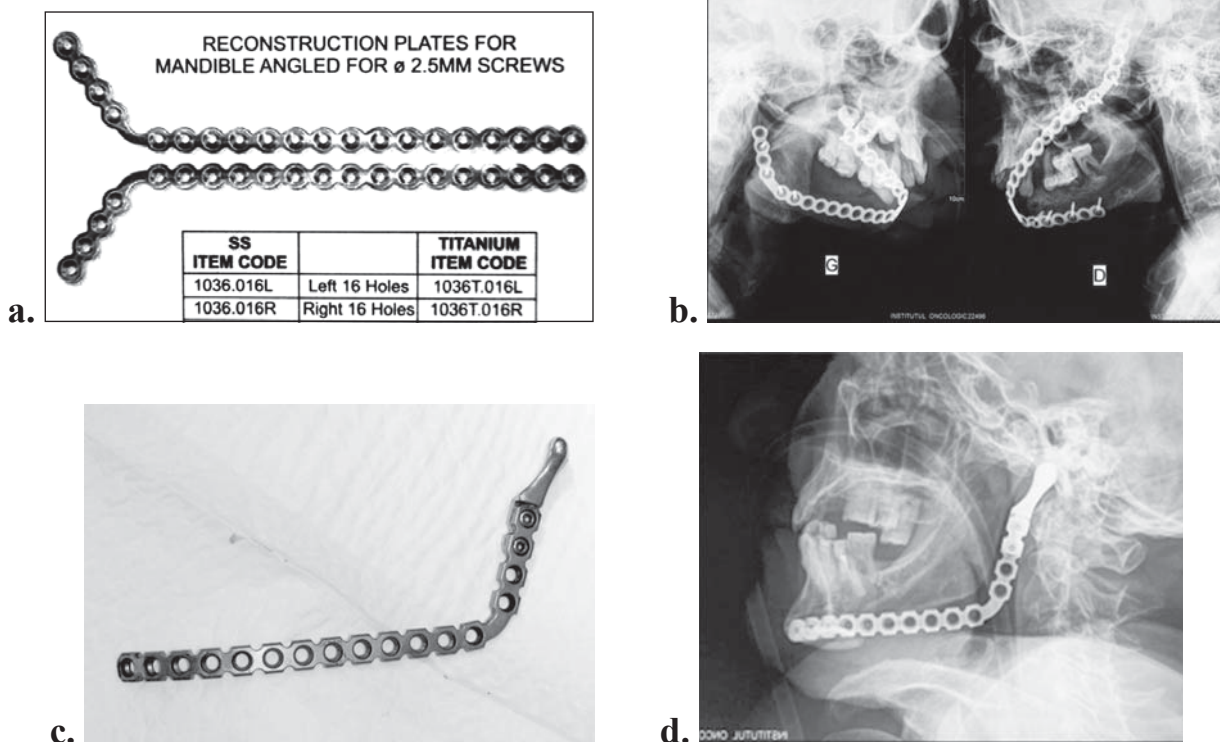


Figura 8. Utilizarea protezelor metalice în recuperarea bolnavilor cu invadarea mandibulei:

a. - plăcile reconstructive de producția „Ascom”, India, b. - utilizate în recuperarea continuității a 2/3 din arcul mandibular, c. - proteza articulară „Conmet”, Rusia, d. - aspectul radiografic al protezei complexe articulare aplicate după hemirezecția mandibulei cu exarticulare.



lui, 3 bolnavi cu cancer al uvulei palatine cu extindere pe palatul moale adiacent, 5 bolnavi cu cancer al rebordului maxilei superioare cu trecere pe palatul dur, 3 bolnavi cu cancer al mucoasei în limita palatului dur, 3 bolnavi cu afectarea mucoasei zonei pilierului palatinal anterior, 3 bolnavi cu afectarea mucoasei regiunii retromolare și 3 bolnavi cu afectare complexă a mucoasei rădăcinii limbii cu trecere pe pilierul palatinal și parțial - tonzila palatină.

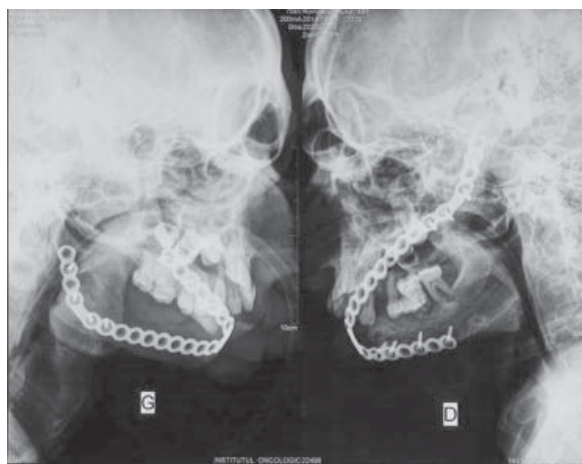
Unul din astfel de bolnavi a fost cu afectarea mucoasei regiunii retromolare, fiind extrem de avansat, cu infiltrarea țesuturilor moi ale obrazului, penetrare în sinusul maxilar și regiunea pterigo-palatină, trism complet al mușchilor masticatori (diagnosticul preoperator fiind confirmat doar citologic din cauza imposibilității examinării clinice a bolnavului). Intervenția a fost de volum, cu traheostomie provizorie și ligaturarea trunchiului *arterei carotide externe* pe dreapta, operație tip Craill pe dreapta cu evidare ganglionară cervicală superioară, hemirezecția mandibulei cu exarticulare, rezecția marginală a limbii, parotidectomie și electrorezecția maxilei superioare pe dreapta. Aplicată orostomă plană. Postoperator efectuată cura de radioterapie DS=40 Gy. Boala însă a progresat, atât local, cât și la distanță (prin metastaze hepatice), și la 15 luni de la intervenție bolnavul a decedat.

La 3 pacienți, cu localizarea procesului tumoral pe mucoasa obrazului au fost supuși operațiilor în focarul primar cu extirparea concomitentă a țesutului celulo-adipos cervical. O particularitate deosebită a acestor operații este necesitatea electroexciziei largi a tumorii cu marja de siguranță de 5 cm și includerii în blocul țesuturilor evidente a pielii și mucoasei obrazului. Ca urmare apar defecte penetrante de diverse forme și mărime, pentru recuperarea cărora am utilizat lamboul tubular Filatov sau lambouri cutanate cu peduncul nutritiv, formate pe suprafața laterală a gâtului. Pacientul G., 52 de ani, spitalizat în secția "Tu-

mori cap și gât" a IOM cu diagnoza cancerul mucoasei obrazului drept cu metastaze nodulare în dreapta, st.IIIb, T4N1M0. În aprilie 2011, după o traumă pe mucoasa obrazului drept a apărut o ulceratie cu evoluție rapidă, pe care pacientul a tratat-o de sine stătător cu diverse unguente, dar fără careva efect clinic. S-a adresat la dispensarul oncologic când tumoarea a penetrat pielea obrazului. La internare în clinica oncologică pe mucoasa obrazului drept afecțiunea se prezenta ca o tumoare ulcerată cu penetrare în toate țesuturile obrazului, având dimensiuni de circa 8 cm în diametru. Tot în dreapta se depistau ganglionii limfatici, cu o consistență dură, mobili, cu diametru 1,0-1,5 cm. Examenul histologic N112202-14 – cancer pavimentos cornificat. Tratamentul combinat a fost început la 21.10.2012 cu o cură de telegamaterapie în zona focarului primar și în zonele de metastazare în doză sumară de 47,4Gy cu o regresie neesențială a tumorii.

La 28.11.2012, a fost efectuată electroexcizia largă a tumorii obrazului cu rezecție marginală a crestei alveolare, evidarea țesutului celulo-adipos cervical din dreapta. Orostomă plană. Ulterior au urmat etape de plastie a orostomei. Până în prezent, bolnavul fără date de recidivă sau metastaze.

La fel necesită menționate intervențiile chirurgicale în cele trei cazuri de afectare complexă a bazei limbii, pilierului palatinal și parțial - tonzilei palatine. Un moment important îl constituie accesul către tumoare, pentru asigurarea căruia, în premieră a fost efectuată intervenția de mandibulotomie mediană, cu devierea laterală a ramurilor mandibulei, rezecția planșeului bucal, electrorezecția procesului tumoral și refacerea ulterioară a continuității arcului mandibular prin osteosinteză cu placă metalică (Fig. 9). Intervențiile la fel au fost de volum, cu respectarea rigorilor expuse în descrierea operațiilor anterioare. Recuperarea defectului posttumoral rămâne a fi o problemă,



**a.** defectul postoperator după extirparea tumorii, **b.** – osteosinteza mandibulei cu placă metalică.

Figura 9. Accesul chirurgical către tumorul bazei limbii cu implicarea pilierului palatinal anterior pe stânga:



în unul din cazuri fiind efectuată prin mobilizarea țesuturilor locale, în alt caz - prin aplicarea lamboului facial pediculat (având ca vas de nutriție *artera facială*), iar în al treilea caz - prin utilizarea lamboului musculo-cutanat *pectoralis major* (având ca vas de nutriție *artera toracoacromială*). Evoluția postoperatorie a tuturor cazurilor a fost benefică, cu restabilirea nutriției per os la cca 3 săptămâni postoperator. Unul din bolnavi însă a progresat, cu apariția metastazelor la distanță (fiind din start pacient secundar - după tratament radioterapic preoperator în doză deplină de 60 Gy.), local - fără semne de boală. Decesul înregistrat la 10 luni postoperator.

**Rezultate și discuții.** Din cei 78 de bolnavi supuși tratamentului chirurgical 67 au fost pacienți

primari (fără careva tratament administrat anterior), iar 11 - pacienți secundari (care au urmat inițial tratament radioterapic în una sau două etape). Pe parcursul perioadei de urmărire au fost înregistrate 7 decese (3 decese fiind din grupul pacienților primari și alte 4 - din grupul pacienților secundari). Drept cauză de deces s-a înregistrat progresarea locală și la distanță a maladiei în 3 cazuri, progresarea doar la distanță a maladiei prin metastaze hepatice și pulmonare - în 2 cazuri (fără semne locale de boală) și, un caz de otrăvire (fiind lipsă manifestările locale sau la distanță a bolii). La fel este necesar de menționat că din cei 61 de bolnavi aflați la evidență - 57 sunt fără careva semne de boală. La 3 bolnavi este înregistrată recidivă locală a procesului (2 din ei fiind reopeși,

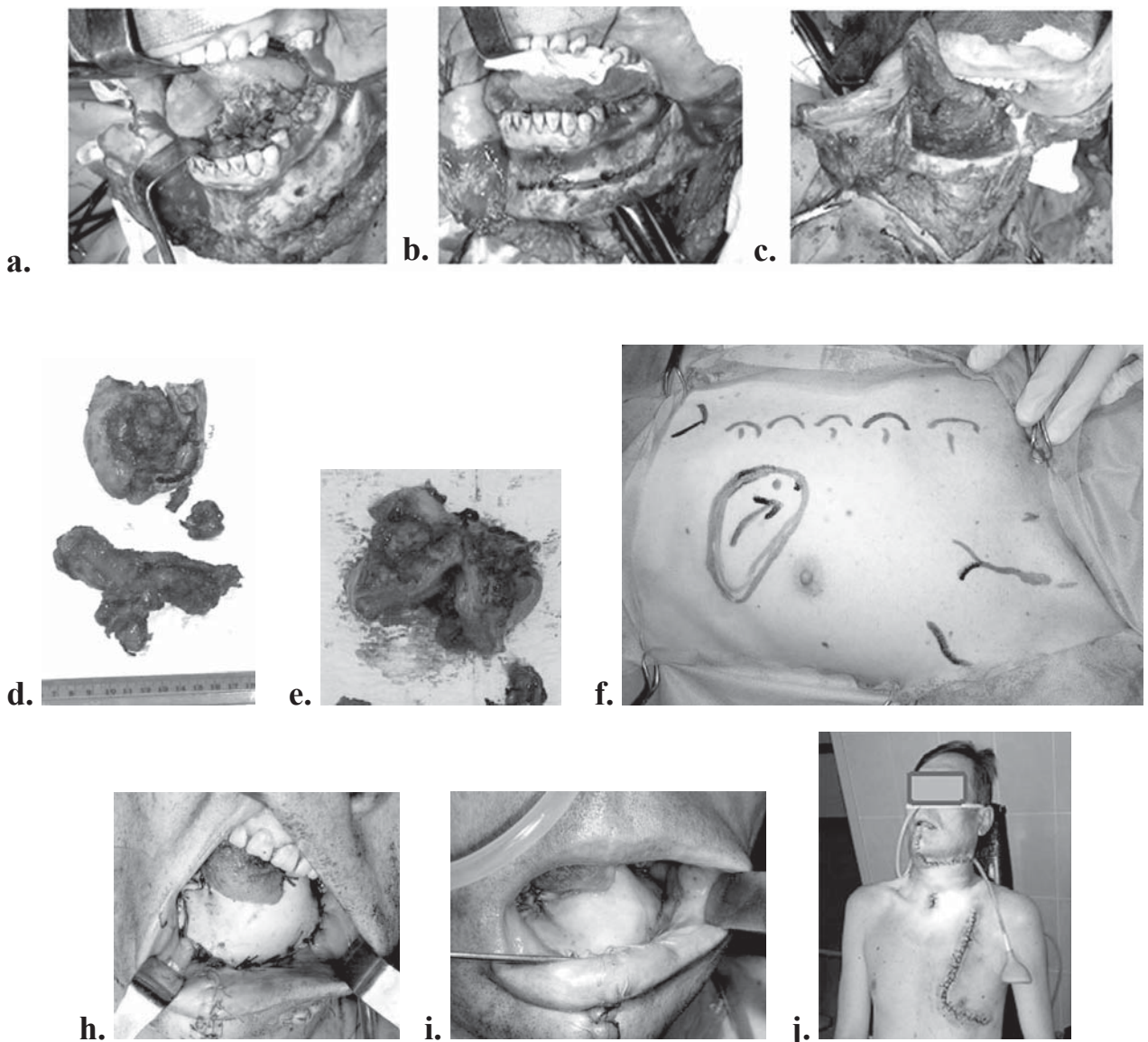


Figura 10. Pacientul B., 43 ani, cu Cancer al mucoasei planșeului bucal, st.IIIb, T3N1M0, extins în spațiul sublingval, forma ulcero-infiltrativă:

a. - aspectul tumorii primare, b. - marcajul volumului rezecției mandibulei, c. - dimensiunile defectului posttumoral format, d., e. - piesa operatorie înlăturată cu nodulii limfatici extirpați și în „secțiune”, f. - marcajul prelevării lamboului miocuranat „pectoralis major” utilizat la plastia defectului, h. - aplicarea lamboului în cavitatea bucală, i., j. - aspectul local și al pacientului la ziua a 5-ea postoperator.

unul a refuzat reintervenția) și, 1 bolnav cu manifestări la distanță a bolii (urmează tratament sistemic medicamentos).

La momentul prezentării materialului dat termenul de urmărire de 3 ani au suplinit 30 bolnavi, în numărul lor fiind înregistrate 4 decese. Astfel se poate constata că la moment, supraviețuirea la 3 ani constă în 86,7% (Diagrama 1).

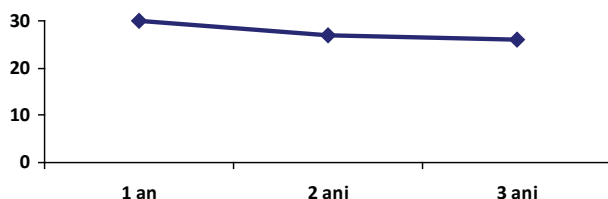


Diagrama 1. Supraviețuirea la 3 ani a bolnavilor tratați chirurgical la I etapă

În toate cazurile analizate de supraviețuire, intervenția chirurgicală a fost îndeplinită ca prima etapă în realizarea tratamentului complex. Pentru asigurarea continuității fluxului de pacienți, ei sunt examinați primar în policlinica oncologică cu efectuarea procedurilor diagnostice necesare, ulterior fiind discutați la consiliul comun al oncologilor-chirurghi ai laboratorului științific „Tumori cap și gât și microchirurgie” cu specialistul radioterapeut și la necesitate - chimioterapeut. Etapele de tratament sunt asigurate de colaboratorii Institutului Oncologic ce permite respectarea consecutivității și continuității sale. Reabilitarea bolnavilor de asemenea se efectuează în secțiile clinice a Institutului cu antrenarea, la necesitate, a laboratorului de protezare oromaxilofacială.

Totalizarea prealabilă a rezultatelor obținute, a permis sinteza unui algoritm de tactică optimă de tratament, care însă este stric individualizată, fiind în funcție de stadiul maladiei, forma de creștere, forma morfologică, prezența metastazelor, vârsta pacientului, longevitatea perioadei de evoluție a bolii, tratamentul administrat anterior etc.

Ca eficacitate sunt mai bune rezultatele tratamentului complex la pacienții primari, cu aplicarea intervenției chirurgicale la prima etapă, completată de cura postoperatorie de radioterapie.

În plan de recuperare postoperatorie funcțională și estetică s-au elaborat și implementat intervenții majore ca volum, având drept scop recuperarea primară a bolnavilor. Ca metodă de elecție este utilizarea lamboului miocutanat pediculat „*pectoralis major*”, prelevat de regulă de partea omolaterală a defectului (Fig. 10).

### Concluzii:

1. Rezultatele tratamentului chirurgical sunt în dependență directă de stadiul depistării maladiei, localizarea și forma de creștere a tumorii, prezența sau lipsa metastazelor, tratamentul administrat anterior etc.

2. Tactica tratamentului necesită a fi apreciată după stabilirea gradului de răspândire, verificarea morfologică a maladiei, prin consiliul comun a oncologilor cap și gât cu specialiștii radioterapeuți și chimioterapeuți.

3. Pentru bolnavii primari, cu tumori clinic resectabile, tratamentul de elecție va fi intervenția chirurgicală radicală, completată cu cura postoperatorie de telegamaterapie.

4. La planificarea tratamentului chirurgical necesită a fi luată în calcul prealabil posibilitatea recuperării bolnavului atât funcțional, cât și estetic, cu asigurarea unui nivel decent al calității vieții.

### Bibliografie

1. Bsoui S.A., Huber M.A., Terezhalmay G.T. Squamous cell carcinoma of the oral tissues: A comprehensive review for oral healthcare providers. *J Contemp Dent Pract.* 2005;4:1–16.
2. Chaturvedi A.K., Engels E.A., Pfeiffer R.M. et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncol.* 2011 Nov 10;29(32):4294-4301. Epub 2011 Oct 3.
3. Henley S.J., Thun M.J., Connell C., Calle E.E. Two large prospective studies of mortality among men who use snuff or chewing tobacco (United States). *Cancer Causes Control.* 2005;16:347–358.
4. Koch W.M., Stafford E., Bajaj G. Cancer of the Oral Cavity. Part A: General Principles and Management. In: Harrison LB, Sessions RB, Hong WK, eds. *Head and Neck Cancer: A Multidisciplinary Approach.* Philadelphia, Pa: Lippincott Williams and Wilkins; 2009: 250–265.
5. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Head and Neck Cancers. V.2.2014. Accessed at [www.nccn.org](http://www.nccn.org) on June 5, 2014.
6. Stewart B.W., Kleihues P. (eds). World Cancer Report. Lyon: WHO International Agency for Research on Cancer; 2003.
7. Tibirna Gh. Atlas – Chirurgia oncologica a tumorilor regiunii capului și gâtului în imagini. Editura “Euro-pess”, 328p., Chisinau 2011.
8. Vartanian J.G., Magrin J., Kowalski L.P. Total glossectomy in the organ preservation era. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2010;18:95–100.
9. Vermorken J.B., Mesia R., Rivera F. et al. Platinum-based chemotherapy plus cetuximab in head and neck cancer. *N Engl J Med.* 2008;359:1116–1127.