

PARTICULARITĂȚILE TRAHEOSTOMIEI ÎN TRATAMENTUL CHIRURGICAL RADICAL AL CANCERULUI LARINGIAN

Constantin Clim – dr. med., Adrian Clipca – dr. med., Valentina Darii – dr. med.,
Ina Popa – cercet. șt.,
IMSP Institutul Oncologic din Moldova

Rezumat

Studiul realizează analiza particularităților traheostomiei efectuate în operațiile combinate, extinse și organomenajante a cancerului laringian la 182 bolnavi. Complicațiile postoperatorii locale au atins nivelul de 60% în lotul de bolnavi cu traheostomie definitivă. Sunt evidențiate procedeele tehnice utile în formarea traheostomei permanente și temporare ce pot duce la micșorarea complicațiilor postoperatorii.

Cuvinte-cheie: cancer laringian, traheostomă permanentă, traheostomă temporară

Summary. Particulars of tracheostomy in radical surgical treatment of laryngeal cancer

The work presents the analysis of different methods of performing tracheostomy in combined surgery and organohousehold enlarged in laryngeal cancer at 182 patients. Based on the frequency of complications studying local peculiarities (60% patients) have been developed to perform tracheostomy and methods of prevention of postoperative complications.

Key words: laryngeal cancer, temporary tracheostomy, permanent tracheostomy

Резюме. Особенности трахеостомии при радикальных операциях по поводу рака гортани

В работе представлен анализ различных способов выполнения трахеостомии при комбинированных и органосохраняющих операциях по поводу рака гортани у 182 больных. На основании изучения частоты возникновения местных осложнений (у 60% больных) разработаны особенности техники выполнения трахеостомии и способы профилактики послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: рак гортани, постоянная трахеостома, временная трахеостома

Introducere

Evaluarea situației arată că anual în R.Moldova sunt înregistrate cumulativ 120 persoane cu cancer laringian, iar în perspectivă se atestă o creștere a numărului de cazuri în rândul persoanelor tinere, apte de muncă. Pentru majoritatea pacienților prognosticul este nefavorabil fiind una din tumorile cele mai rezistente la tratament. În încercarea de a ameliora prognosticul dispunem în prezent de multiple modalități terapeutice, fără a exista o standardizare a acestora: rezecția, diverse metode radioterapeutice, crio-chirurgia, radiofrecvența, microundele, laserul, chimioterapia sistemică, imunochimioterapia. În majoritatea cazurilor la acești pacienți la prima etapă, pentru realizarea tratamentului radical, se propune efectuarea traheostomiei.

Material și metode. Au fost incluși în studiu 182 pacienți diagnosticați în anii 2005 -2014 cu carcinom cu celule scuamoase a laringelui sau sinus piriform și tratați chirurgical. Media de vârstă a pacienților a fost de 55 ani, cu limite extreme de vârstă între 32 și 78 ani. Ponderea bărbaților afectați de această maladie net mai mare (172) față de cea a femeilor (10). Pentru colectarea, analiza și interpretarea datelor necesare evaluării rezultatelor studiului, am folosit următorul algoritm (1): anamneza, examen clinic general, examen otorinolaringologic, examene imagistice (radiografia pulmonară, radiografia de profil a laringelui, tomografia laringiană în plan frontal), endoscopie laringiană, biopsie și examen histopatologic – acestea fiind investigații de rutină, efectuate la toți pacienții. În unele cazuri s-a efectuat în plus

examenul CT sau RMN cervical, ecografie de părți moi cervicale, examen imunohistochimic și dozări de markeri tumorali. S-a efectuat examen clinic general și examen ORL complet la toți pacienții din lotul studiat. Prima metodă folosită pentru examinarea laringelui a fost laringoscopia indirectă, în cadrul căreia s-a urmărit atât aspectul leziunii laringiene (localizare, forma creșterii, extensie, dimensiuni) cât și mobilitatea laringiană, de o importanță vitală în stabilirea indicației operatorii pentru laringectomiile parțiale. Ca modalitate de examen endoscopic s-a utilizat fibroscopia flexibilă nazo-faringo-laringiană pentru prelevarea biopsiei și utilă în studiul mobilității laringiene, pentru examinarea comisurii anterioare, stabilirea extensiei tumorale, mai ales, la pacienții cu reflexe faringiene exagerate. Un alt aspect urmărit în cadrul examinării clinice a fost palparea regiunii cervicale pentru evaluarea ganglionilor limfatici regionali. În cadrul lotului studiat s-a notat existența adenopatiilor laterocervicale palpabile în cazul a 28 pacienți, toți prezentând lezuni tumorale supraglotice evidențiate prin laringoscopie indirectă. Evaluarea pacienților a avut în vedere atât investigarea tumorii cât și a statutului imunologic preoperator. Pentru diagnostic diferențial s-a inclus ecografie abdominală și radiografia pulmonară și a mediastinului. Diagnosticul histopatologic al fragmentelor biopsate au fost de carcinom epidermoid spinocelular cheratinizat invaziv, bine diferențiat sau slab diferențiat, la majoritatea cazurilor. Am notat un caz de osteosarcom laringian și un caz de leziune mixtă, respectiv carcinom epidermoid asociat cu tuberculoză laringiană, tabelul 1. Pe baza datelor clinice, biologice, imagistice, endoscopice și histopatologice am realizat bilanțul extensiei tumorale și stadializarea clinică a leziunii, conform UICC, versiunea 2002 (2).

Majoritatea pacienților au prezentat stadii tumorale avansate: din întregul lot de 182 pacienți, 127 - au fost încadrați în stadiul T3 și IVa din clasificarea tumorii primare, adică tumora limitată la laringe, cu fixitate glotică și/sau invazia regiunii retrocricoidiene, a lojei preepiglotice, a spațiului paraglotic și/sau eroziune minimă (pericondrul intern) a cartilajului tiroid. 55 pacienți au fost încadrați în stadiile T1 și T2, adică tumora a fost limitată la o sub-localizare a etajului laringian afectat, cu mobilitate laringiană

norvală. În ceea ce privește clasificarea ganglionilor limfatici regionali N s-a notat că 154 bolnavi din lot erau fără adenopatii regionale (No). 22 pacienți au prezentat metastază ipsilaterală în diametrul său cel mare de 3 cm și 6 pacienți cu metastaze ganglionare multiple toate de 3 cm. Nu am notat nici un caz de metastaze la distanță în lotul de studiu. În stabilirea indicației tratamentului, am ținut cont de bilanțul caracteristicilor leziunii, radioterapia preoperatorie (40 Gy) efectuată la 80% bolnavi, cât și de starea generală a pacientului, vârsta, complianța, profesia și dorințele sale. La toți pacienții s-a efectuat operație radicală pe laringe, asociinduse în 32 de cazuri disecția cervicală comprehensivă sau selectivă. Închiderea defectului faringian rezultat s-a efectuat prin sutura manuală sau mecanică a mucoasei faringiene restante. Intraoperator s-a montat sonda alimentară nazo-gastrică. Tipul chirurgical a fost individualizat în funcție de particularitatea fiecărui caz: localizarea și extensia tumorii, stadializare, caracteristicile histopatologice ale neoplasmiei, afecțiunile generale asociate și, nu în ultimul rând opțiunea pacientului. Ținând cont de particularitățile localizării tumorii am efectuat laringectomii tipice și variante de laringectomii extinse (3) reprezentate în tabelul 2

Laringectomie totală tipică – această intervenție a fost practică la 85 bolnavi (46,7%) cu extirparea completă a laringelui, vâleculelor, cartilajelor cricoi-diene, urmată de reconstrucția căii digestive prin tubulizarea faringelui și formarea traheostomei permanente. În unele situații (32 cazuri) a fost necesară extinderea rezecției tumorale prin evidarea ganglionilor laterocervicali. Laringectomie combinată s-a efectuat în caz de extindere a tumorii în organele și țesuturile adiacente. Au fost realizate următoarele variante de laringectomie extinsă: superioară, inferioară, anterioară și posterioară (3). Pentru laringectomie totală extinsă superior (20 cazuri -11,0%) drept indicație a servit cancerul regiunii vestibulare a laringelui, stadiul III, cu extindere în baza limbii, spațiul periglotic. Varianta inferioară a laringectomiei extinse (6 cazuri – 3,3%) a fost efectuată în cancerul regiunii subglotice cu răspândire spre peretele traheei. Varianta anterioară a laringectomiei extinse (16 cazuri-8,8%) a fost indicată în cazurile în care procesul tumoral se extinde pe plicile faringoepiglotice și spațiul preepiglotic,

Tabelul 1

Repartizarea bolnavilor după gradul de extindere și localizarea neoplaziei laringiene

Stadiile	regiunea supraglotică	regiunea glotică	regiunea subglotică
St. I	5	4	1
St. II	38	5	2
St. III	100	12	5
St. IVa	8		2
În total	151	21	10

Tabelul 2

Variantele operațiilor efectuate

<i>Volumul operației</i>	<i>Cifre absolute</i>	<i>%</i>
Laringectomie totală tipică	85	46,7
Laringectomie totală extinsă superior	20	11,0
Laringectomie totală extinsă inferior	6	3,3
Laringectomie totală extinsă anterior	16	8,8
Laringectomie totală extinsă posterior	3	1,65
Hemilaringectomie	3	1,65
Laringectomie parțială fronto-laterală	6	3,3
Laringectomie parțială orizontală supraglotică	43	23,6
În total	182	100

cartilajul tiroid, glanda tiroidă și țesuturile moi ale gâtului. Varianta posterioară a laringectomiei extinse a fost efectuată în cazul extinderii procesului tumoral pe cartilajele aritenoidale, pe regiunea postericoidă, pe hipofaringe și 1/3 superioară a esofagului (3 pacienți - 1,65%). Hemilaringectomie – 3 pacienți (1,65%) au îndeplinit criteriile necesare practicării acestui tip de intervenție: tumora situată la nivelul unui hemilaringe (coarda vocală, ventricul, bandă ventriculară, cu sau fără extensie la nivelul aritenoidului sau subgloței), cu mobilitate păstrată. Laringectomie parțială fronto-laterală – s-a efectuat la 6 pacienți (3,3%) cu extensie a tumorii de coardă vocală către comisura anterioară și superior la ventricul. Laringectomie parțială orizontală supraglotică – 43 cazuri (23,6%) la care s-a efectuat rezecția 1/3 superioară a cartilajului tiroid și a conținutului său – corzile vocale false, epiglota, pliurile aritenocricoglotice - trecând razant de comisura anterioară și fundul ventriculului. În câteva situații a fost necesară extinderea rezecției tumorale dincolo de limitele descrise în tehnica clasică, cu includere de bază de limbă și aritenoid. În tratamentul chirurgical al cancerului laringian local avansat un loc important îl ocupă excizia radicală în teacă a țesutului limfoganglionar cervical. Această intervenție chirurgicală s-a efectuat la 28 pacienți cu metastaze decelabile în ganglionii limfatici cervicali.

Toate operațiile au fost realizate în anestezie generală cu intubarea traheei prin traheostomă. Tratamentul planificat la toți pacienții a fost început cu efectuarea traheostomei chirurgicale sub anestezie locală infiltrativă. În 127 cazuri (69,8%) a fost formată traheostoma permanentă după extirparea laringelui, prin sutura bontului traheal la pielea incizată oval, iar în 55 cazuri (30,2%) s-a instalat traheostoma temporară. În loja suprasternală, după incizia pielii, țesutului celular subcutanat și a mușchiului pielos al gâtului, disecția mediană a rafeului aponevrotic, printre mușchii sternocleidohioidian și sternotiroidian se expune istmul tiroidian, care se secționează. Se expune fața anterioară a traheei prin decolarea fragmentelor istmului tiroidian și a capsulei peritiroidiene corespunzător inelelor 2-3-4 traheale. La formarea traheostomei temporare (tip Bjork) se aplică un fir

de reper trecut prin al doilea inel traheal, cu ajutorul căruia se execută o tracțiune ușoară (în scop de a menține în poziție) a traheei, manevră care facilitează incizia orizontală a peretelui anterior traheal între al doilea și al treilea inel traheal. Incizia orizontală poate fi completată cu câte o incizie verticală, la fiecare extremitate a inciziei orizontale și perpendiculară pe aceasta, a inelului trei (la necesitate și inelului patru) creindu-se un lambou în formă de „U”, baza fiind orientată spre partea caudală. Se trece al doilea fir de reper prin al treilea inel traheal, expunându-se (prin tracțiunea ușoară a firelor de reper) breșa traheală creată chirurgical. Urmează refacerea anatomică a planurilor incizate cu fixarea marginilor breșei traheale și lamboului format la piele. Această preîntâmpină prăbușirea canulei în spațiul celular pretraheal, simplifică procedura de schimbare și îngrijire a canulei pe durata perioadei radioterapiei postoperatorii planificate. La aplicarea traheostomei temporare păstrată pe o perioadă scurtă lumenul traheei este deschis pe linia mediană cu o incizie transversală a inelelor 2 și 3 după care marginile breșei se suturiază la piele, având grijă ca trecerea firelor să fie la intervale mai mari, ca să permită drenajul secrețiilor și eventual al aerului. Canula (cu un calibru compatibil maxim dimensiunilor traheei) se introduce prin breșa formată cu mișcări precaute de rotație și împingere progresivă și se etanșează la peretele traheal prin umflarea balonului de etanșare. Pansamentul plăgii lasă orificiul extern al canulei liber, canula fiind fixată cu o meșă în jurul gâtului. Periodic, canula de traheostomie se schimbă (zilnic) datorită depunerilor de secreție care diminuează lumenul acesteia. Preîntâmpinarea reflexelor vagale se realizează cu atropină (1mg s.c.). Tratamentul postoperator a inclus la toți pacienții: profilaxia infecției cu asociere de antibiotice cu spectrul larg de acțiune, profilaxia refluxului gastro-esofagian și al vărsăturilor, profilaxia accidentelor trombo-embolice, mucolitice și fluidificante ale secrețiilor traheobronșice, bronhoscopie cu aspirarea secrețiilor, antialgice minore.

Rezultate și discuții. Complicații intraoperatorii grave și decese pe parcursul operațiilor nu au avut loc. Au fost analizate complicațiile locale în aplicarea tra-

Tabelul 3

Complicații postoperatorii locale din partea stomei și traheei

Caracterul complicațiilor	Traheostomie permanentă		Traheostomie temporară	
	cifre absolute	%	cifre absolute	%
Procese inflamatorii cu dehiscenta plăgii	57	44,9	10	18,1
Necroza inelelor traheale	12	9,4	1	1,8
Hemoragii	1	1,0	2	3,6
Emfizema subcutană	4	3,1	-	-
Stenoza stomei	2	1,6	2	3,6
Complicații total	76	60	15	27,1

heostomei permanente la 127 și traheostomei temporare la 55 pacienți. Vârsta, sexul, situsul tumoral primitiv, infiltrarea țesutului moale sau a cartilajelor, doza radioterapeutică preoperatorie nu au influențat rata complicațiilor postoperatorii. Complicațiile imediate sunt consecința actului chirurgical și pot fi evitate sau minimalizate prin pregătirea judicioasă preoperatorie și traumatism operator minim, evitarea suprainsinciziei și supradecolării gl. tiroide, manipulare cu atenție a țesuturilor, traumatism minim mecanic și termic a cartilajelor traheei (4). Cel mai frecvent incident este hemoragia intraoperatorie (ca sursă de sângerare menționăm trunchiul venos brahiocefalic, vena jugulară anterioară). Alt incident ce poate apărea intraoperator, este senzația de sufocare a pacientului și chiar apnee, de origine centrală, care survine datorită pătrunderii unei cantități mari de oxigen, ce inhibă respirația la un pacient anoxic și hipercapnic cronic, urmat de stopul cardiac. Prevenirea acestei complicații se poate realiza prin deschiderea treptată a traheei, cu ajutorul unui dilatator. De asemenea pot apărea în cursul intervenției lezări ale organelor vecine, pneumotorax, pneumomediastin. În lotul studiat complicațiile imediate au fost tranzitorii, dar au întârziat vindecarea. Observațiile noastre constată că procesul vindecării plăgii traheostomei este influențat de complicațiile la nivelul plăgii de bază ce duc la suprainfecția stomei traheale. Frecvența complicațiilor tardive la nivelul stomei la lotul studiat este de 60% la aplicarea traheostomei permanente și 27,1% la instalarea traheostomei temporare și este ilustrată în tabelul 3.

Alte incidente tardive - expulzia canulei, frecvență, mai ales, la pacienții cu gât scurt și gros, la care s-a introdus o canulă cu dimensiuni necorespunzătoare. Obstrucția traheobronșică este de asemenea posibilă, deși canula este permeabilă cu aspirația secrețiilor. Se realizează traheoscopia în vederea extragerii dopului de mucus. Pneumotoraxul și emfizemul subcutanat pot de asemenea să apară, alături de hemoragia postoperatorie pericol de sângerare în cazul în care tubul erodează într-un vas de sânge important (5). Fistula eso-traheală este suspectată în momentul apariției tusei și conținutului gastric în cursul curățării canulei. Postoperator infecția traheostomei poate apărea datorită unei îngrijiri inadecvate. O altă complicație la

distanță este stenoza traheală, apariția ei putând fi împedată prin plasarea și întreținerea corectă a canulei și prevenirea leziunilor determinate de aceasta. În 2 cazuri s-au instalat fenomene de insuficiență respiratorie acută după înlăturarea desinestăților a canulei urmată de stenoza stomei, care au necesitat redeschiderea orificiului de traheostomă. Ambii pacienți prezentau status post-laringectomie parțială cu edem important al coroanei mucoasei neolaringelui. Având în vedere faptul că după acest tip de intervenție am recomandat radioterapie adjuvantă tuturor pacienților, nu s-a efectuat decanularea în perioada postoperatorie imediată, ci doar după terminarea tratamentului oncologic și remiterea edemului postradic laringian (la 3-4 luni postoperator). Renunțarea la orificiul de traheostomie temporară s-a realizat între a 7-a și a 21-a zi postoperator. Decanularea se pregătește progresiv prin utilizarea de canule din ce în ce mai mici, ventilația fiind posibilă și cu traheostoma închisă.

Concluzie. Pe baza rezultatelor studiului, a experienței și observațiilor noastre anterioare, considerăm că traheostomia stabilită cu maximă acuratețe și adecvată situației volumului intervenției chirurgicale pe laringe îmbunătățește controlul loco-regional prin minimalizarea dezavantajelor provocate de complicații. Pacientul purtător al unei traheostome definitive sau temporare trebuie instruit în privința îngrijirii traheostomei (toaletarea locală, schimbarea canulei, umidifierea aerului inspirat etc.).

Bibliografie

1. Cancerul laringian. Protocol clinic național № 178. Aprobabil prin ordinal MS al RM nr.1183 din 27.11.2012 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național "Cancerul Laringian".
2. Mendenhall W.M., Riggs C.E. Jr, Cassisi N.J. Treatment of head and neck cancers. In: De Vita VT Jr, Hellman S., Rosenberg S.A. eds. Cancer: Principles and Practice of Oncology. Philadelphia, 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005, p. 662-732.
3. Țîbîrnă Gh. Ghid clinic de oncologie. Editura „Universul”, Chișinău 2003. p. 828.
4. Kulcički K.I., Bobrik I.I et al. Chirurgie operatorie și anatomie topografică. Chișinău, Știința, 1995. p 127-129.
5. Шахсуварян С.Б. Аррозивное кровотечение из общей сонной артерии как поздное осложнение трахеостомии и лучевой терапии. Вестник оториноларингологии, 1983, N5, с.