

## DIAGNOSTICUL ŞI TRATAMENTUL CANCERULUI BUZEI INFERIOARE ÎN CONDIȚII DE AMBULATOR

Gheorghe Țîbîrnă, academician, prof. univ., Andrei Doruc, dr. șt. m.,  
Andrei Țîbîrnă, dr.șt.m., conf. univ.,  
Tudor Rotaru, d.ș.m., conf. univ., Daniela Rotaru  
USMF "N. Testemițanu", Institutul Oncologic al R. Moldova

### Rezumat

În urma cercetărilor pacienților cu cancer a buzei inferioare local răspândit au fost cercetați 432 de pacienți prin metoda criogenă. Vârsta cea mai vulnerabilă s-a determinat la bolnavii din decada a 5 și a 6. Bărbații au fost diagnosticați în 87% și femeii în 31%. Nu a fost înregistrat cu recidive locale după radioterapie în cancer al buzei inferioare în st. I, în stadiul II au fost înregistrați 1 pacient cu recidivă loco-regională, în st. III s-au înregistrat 8 pacienți. Prin metoda criogenă au fost tratați 432 pacienți cu cancer al buzei inferioare. S-a constatat, că metoda asigură un efect bun cosmetic și funcțional la majoritatea pacienților. Rezultatele obținute de noi ne permit să recomandăm utilizarea acestei metode și în condițiile de ambulatoriu, respectând indicațiile și cerințele către metodologie.

**Cuvinte-cheie:** buza inferioară, cancer, crioterapia.

### Резюме: Диагностика и лечение рака нижней губы в амбулаторных условиях.

Клинические исследования по вопросу криогенного метода лечения местно-распространенного рака нижней губы. В результате исследования было отмечено, что наиболее подверженными этой форме рака были люди старше 50 – 60-ти лет. Из 432 больных, нашей клинической группы 87% составляли мужчины и 31% - женщины.

Не было отмечено ни одного случая местного рецидива после радиотерапии при 1 стадии заболевания, в группе пациентов со 2 стадией заболевания был зарегистрирован 1 случай местного рецидива, а при 3 стадии было 8 случаев рецидива. Криогенному методу лечения местно-распространенного рака нижней губы было подвержено 432 пациента. В результате лечения были полученные удовлетворительные косметические и функциональные результаты у большинства пациентов, что позволило нам рекомендовать применение этого метода для лечения в амбулаторных условиях, строго соблюдая показания и требования, предъявляемые этому методу.

**Ключевые слова:** нижняя губа, рак, криотерапия.

### Summary: The diagnosis and treatment of inferior lip cancer in ambulatory conditions

After the clinical research of patients with local-spreading of inferior lip cancer, it was studied by cryogenic method to 432 of patients. The most vulnerable ages have been recorded to the patients at the 5 and 6th decades. Man are the

most often diagnosed in 87% and for women in 31%. There was no any local recurrence registration of inferior lip cancer after radiotherapy in stage I, in stage II one patient detect with local-regional relapse, and in stage III it was 8 patients. By cryogen method was treated 432 of patients with inferior lip cancer. It was found, that this method assures a good cosmetic and functional effect for majority of patients. Our results recommended for using this method in ambulatory conditions, respected the indication and requirements to the methodology.

**Key words:** inferior lip, cancer, cryotherapy.

**Introducere:** În oncologia contemporană ca principiu de bază în tratamentul cancerului buzei inferioare s-a luat schema consecutivă: tratamentul focarului primar – tratamentul metastazelor regionale. Tot mai multă atenție specialiștii acordă metodei criogene de tratament al cancerului buzei inferioare, mai ales în formele recidivante și radiorezistente. Metoda se bazează pe distrucția celulelor canceroase din focarul primar sub acțiunea directă a factorului criogen.

**Scopul lucrării:** Cercetarea metodei criogenă ca fiind o metodă eficientă în cancerul buzei inferioare și nu cedează în fața metodei radioterapeutice, în unele cazuri are și unele avantaje, mai ales din punct de vedere economic.

**Materiale și metode:** Între anii 1985-2016 în Centrul Consultativ de Diagnostic, și în secția ”Chirurgia Tumori Cap și Gât” al Institutului Oncologic din Moldova prin metoda criogenă au fost tratați 432 de pacienți cu cancer al buzei inferioare.

Bărbații au constituit 87,7%, femeile - 14,1%, pacienții după 50 ani - 31,7%, iar după 60 ani 37,9%. Cifrele nu contravin datelor prezentate de alți cercetători (tab. 1).

Aceste date vorbesc despre o creștere a numărului

de pacienți în vârstă, în legătură cu majorarea longevității vieții.

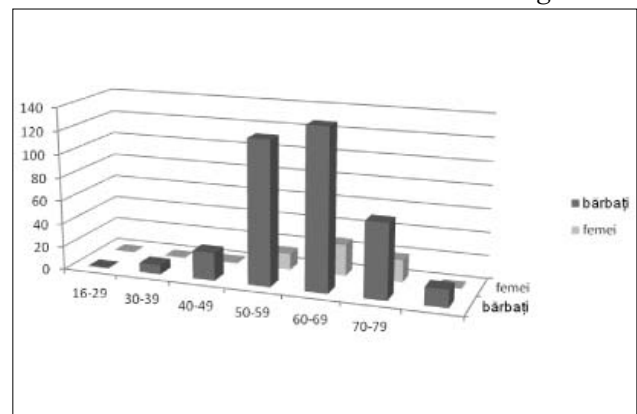
Gradul de răspândire a tumorilor au fost estimate conform stadializării clinice, aprobate în 1956 și după sistemul TNM (1962, 1976, 1981) -Gh. Țîbîrnă, 2003 (tab. 2).

În tab. 2 sunt evidențiați și pacienții cu metastaze în ganglionii limfatici regionali.

Din 432 pacienți metastaze submandibulare s-au depistat la 9 (2,08%) pacienți.

Recidivele după radioterapia de contact aveau un caracter local.

Diagrama 1



Tabelul 1

Sexul	Vârsta, ani							total
	16-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 și m.m.	
Bărbați	-	8	24	123	137	64	15	371
Femei	-	-	1	14	27	19	-	61
Total	-	8	25	137	164	83	15	432

Tabelul 2

**Repartizarea pacienților cu cancer al buzei inferioare conform stadializării clinice și după sistemul TNM**

Stadiile clinice	T	NI	N2a	N2b	N3	Mo	Total pacienți
I	164	-	-	-	-	-	164 37,9%
II	248	6	-	-	-	-	254 58,7%
III	9	3	-	-	-	-	12 2,7%
Recidive nerăspândite	2	-	-	-	-	-	2 0,46%
<b>TOTAL</b>	<b>423</b>	<b>9</b>					<b>432</b>

Tabelul 3

## Repartizarea pacienţilor după formele histologice şi formele clinice

Forma histologică	Formele clinice			Total pacienţi	%
	papilară	ulceroasă	infiltrativ ulceroasă		
Cancer pavimentos cornificat	10	29	379	418	96,7
Cancer pavimentos neconfirmat	-	14	-	14	3,2
Nr. total	10	43	379		
%	2,3	9,95	87,7	432	100

Nici un pacient nu a fost înregistrat cu recidive locale după radioterapie în cancer al buzei inferioare în st. I, în stadiul II au fost înregistraţi 1 pacient cu recidivă loco-regională, în st. III s-au înregistrat 8 pacienţi, ceea ce confirmă datele despre radio-rezistenţa acestor tumori ale buzei inferioare.

La toţi 432 bolnavi din lot diagnosticul a fost confirmat morfologic.

Cea mai mare parte din pacienţi (96,7%) au fost afectaţi de cancer pavimentos cornificat, ceea ce nu intră în controversă cu datele altor autori (Paces, 1971; Gh. Ţibîrnă, 1978; Paces, 1983).

Din formele clinice, cea mai frecventă s-a dovedit a fi forma infiltrativ-ulceroasă (87,7%), după care urmează forma ulceroasă (9,95%) şi papilară (2,3%).

Cancerul pavimentos necornificat s-a observat în exclusivitate în formele ulceroase.

Având în vedere, că vârstă vulnerabilă este după 60 de ani, evident că aceşti pacienţi sufereau şi de maladii asociate grave cum sunt: boală ischemică cardia-

că, insuficienţă cardio-vasculară, maladiile sistemice, diabet zaharat, HTA etc.

Câmpul operator se dezinfectează cu sol. Lugol, se marchează pe piele cu verde de briliant zona de acţiune în limitele necrozei presupuse. În cavitatea bucală pe mucoasă marcarea se face prin microincizii cu bisturiul. Aceste repere sunt necesare mai ales în repetarea ciclurilor de crioacţiune. După primul ciclu se recomandă a face biopsia prin ciupire cu ajutorul conhotomului.

Distrugerea celulelor canceroase în rezultatul crioacţiunii depinde de regimurile temperatură-timp. Parametrii de bază fiind nivelul  $t^{\circ}$  etc. Este foarte important de a stabili dependenţa în dimensiunile zonelor de îngheţ şi gradul de necroză a ţesuturilor. La limita externă a zonei presupuse de destrucţie  $t^{\circ}$  nu trebuie să depăşească  $t^{\circ}$  „critică”, valorile căreia sunt specifice pentru anumite ţesuturi: astfel, pentru piele  $t^{\circ}$  critică este de  $-25^{\circ}$ , pentru ţesuturile limbii e de  $-18^{\circ}$  (Şentali V.V. şi coautorii, 1983).



În tratamentul tumorilor localizate (1-3 cm) cu scopul de a dirija procesul criodestrucției noi apreciem profunzimea necrozei după formula:

$$Ln = \frac{B}{\beta} Li$$

în care: **Ln** – profunzimea necrozei;

**B** – coeficientul proporționalității, care caracterizează viteza înaintării procesului de necroză în profunzime;

**β** – coeficientul proporționalității, care caracterizează viteza înghețării;

**Li** – profunzimea înghețării țesuturilor.

Timpul, necesar pentru obținerea profunzimii necesare necrozei îl calculăm după formula:

$$t = \left(\frac{Ln}{B}\right)^2$$

Această metodă matematică permite aprecierea cu exactitate a parametrilor de bază, permite dirijarea procesului de destrucție (Suceveanu V., Țibîrnă Gh., Doruc A. Brevet de raționalizare Nr.207, 1985).

Criodestrucția o efectuăm cu aparate criogene portative tip CR-02 și CA-02 (fig. 1), utilizând inele de protecție corespunzătoare diametrului tumorilor.

Pentru obținerea unui efect clinic maximal, dar cu condiția unei traumatizări minimale a țesuturilor din jur (osos, cartilagos și muscular) noi foloseam 2-3 criosonde, căutând punctele optime de aplicare și reglând timpul de expoziție.

$$r = \frac{a^2 + b^2}{4a} \text{ (pentru 2 sonde)}$$

Punctul optim de aplicare îl apreciem după formula:

$$r = \frac{a^2 + 3b^2}{3a^2 + b^2} * \frac{a}{2} \text{ (pentru 3 sonde)}$$

unde: **r** – distanța de la limita tumorii până la punctul optim de aplicare;

**a** – lungimea tumorii;

**b** – lățimea tumorii.

Distanța dintre 2 sonde, notate prin **l** o calculăm după formula:

$$l = \frac{a^2 - b^2}{3a^2 + b^2} * a \text{ (pentru 3 sonde cu diametrul}$$

de 3 cm

$$l = \frac{a^2 - b^2}{2a} \text{ (pentru 2 sonde cu diametrul de}$$

2 cm

Timpul de expoziție necesar pentru obținerea profunzimii necrozei **Ln** îl calculăm după formula:

unde **b** – coeficientul de proporționalitate.

În practica coterapiei noi folosim 2 metodici de aplicare: prin pulverizare și combinare (pulverizare+contact).

Criopulverizarea o practicăm în cancer local-avansat al buzei inferioare fără infiltrarea adâncă, în afecțiune primară, în forme multiple și forme exofite neobișnuite de dimensiuni mari.

Dezghetarea avea loc în mod natural la t<sup>0</sup> camerei. În funcție de mărimea tumorii, de gradul ei de avansare efectuăm 4-5 cicluri de înghețare-dezghetare.

Ca exemplu prezentăm un caz clinic.

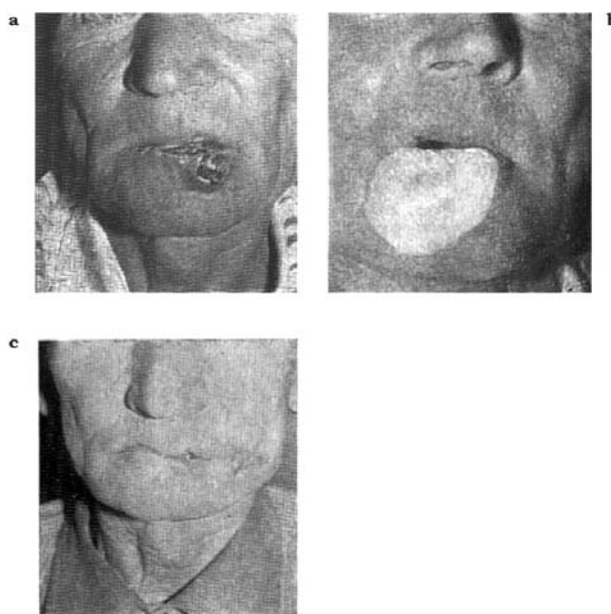


Fig. 2. Pacientul V. cu cancer exofit al buzei inferioare st. III.

a. Tumoare masivă exofită, care invadează totalmente buza inferioară cu invadarea pielii regiunii submentoniere și mucoasa cavității bucale, dimensiunile – 8,5 cm.

b. A treia zi după criodestrucție. Cu ajutorul a două criosonde cu diam. de 3 cm și distanța între ele de 5 cm. Se vizualizează linia de demarcație.

c. După 6 ani de la criodestrucție. Fără recidive și metastaze.

La 10.02.1979, a fost aplicată metoda criogenă prin metoda de contact în 3 cicluri cu expoziție de 10 min fiecare (fig. 2 b). Necrotomia – la a 12-a zi. Cicatrizare secundară. În prezent sănătoasă. Folosește ectoproteză (fig. 2 c).

În afara recidivelor locale în 9 cazuri după operațiile criodestructive au evoluat metastaze în ganglionii regionali cervicali cu preponderență în primul an după operație. Din aceste considerente am efectuat extirparea țesutului celular cervical „în teacă” în 8 cazuri și operația Cryle – într-un caz.

Metodica criogenă deschide noi perspective în tratarea pacienților cu cancer local-avansat și agravanți de vârstă înaintată sau de diverse maladii asociate, circumstanțe ce exclud aplicarea metodelor tradiționale. Pentru majorarea eficacității acestei metode sunt necesare următoarele măsuri:

Elaborarea indicațiilor și contraindicațiilor precise pentru a nu discredita metoda;

Dezvoltarea mijloacelor pentru amplificarea efec-

tului distructiv cum ar fi ultrasunetul și hipertermia;

Cercetarea mai profundă a circumstanțelor de metastazare după crioterapia tumorilor local-avansate;

Cercetări în ce privește reacția generală a organismului la crioacțiunea locală, în special includerea sistemului imun antitumoral și examinarea statutului imun al organismului în cancer local-avansat;

Elaborarea în continuare a regimurilor optime de crioterapie.



Vizualizarea tumorii primare forma ulcero-infiltrativă.



Vizualizarea tumorii primare forma ulcero-infiltrativă.



Efectuarea operației "Evidare ganglionară cervicală superioară bilaterală"



Etapile formării lamboului delto-pectoral sub anestezie locală.



Pacinetul C., 71 ani. Internat în secția Departamentul Tumori Cap și Gât cu diagnosticul: Cancerul buzei inferioare st. IIIa T<sub>3</sub>N<sub>1</sub>M<sub>0</sub>, Stare după Cro + electroexcizia tumorii primare și evidare ganglionară cervicală superioară. *Histologia* Nr. 34643-44/2005: "Carcinom pavimentos keratinizat".

**Studierea procesului de metastazare după criodestrucția cancerului buzei inferioare.**

Metastazarea în cancerul buzei inferioare are loc

preponderent pe căi limfatice (în ganglioni limfatici cervicali).

Vasele limfatice formează o rețea în stratul submucoasei buzei inferioare, de unde limfa se scurge în ganglionii submandibulari, submentali, apoi în cei cervicali superficiali și profunzi.

Pe lângă aceasta, vasele limfatice au o rețea bine dezvoltată cu anastomoze, care intersectează linia mediană și se îndreaptă spre ganglionii submandibulari. Acest fapt are o importanță deosebită pentru localizarea focarului primar, în caz de localizare a cancerului buzei inferioare mai aproape de 1/3 medie a buzei, metastazele se pot dezvolta în ganglionii limfatici cervicali din ambele părți. Metastaze la distanță se dezvoltă extrem de rar (0,5 %), preponderent în plămâni.

Cancerul buzei inferioare este, de regulă, pavimentos cornificat (95% după datele autorului A. Racov, 1952).

Conform datelor Centrului Oncologic al AS URSS (Cozlov, 1971) din 417 pacienți cu cancer al buzei inferioare, st. I-II, tumorile primare vindecate total doar în 6 cazuri au fost depistate metastaze în ganglionii limfatici cervicali (1,4%).

Din 86 bolnavi de cancer al buzei inferioare la st. I metastaze la 0,5 an după criodestrucție s-au dezvoltat numai într-un singur caz (Cozlov, 1971). În cancerule la st. II metastazele se dezvoltă mai frecvent, fapt care explică procentul de vindecare mai mic în studiile mai multor cercetători.

La momentul actual problema indicațiilor, termenelor și volumului operațiilor de extirpare a căilor de metastazare rămâne a fi discutabilă.

Necesitatea extirpării metastazelor depistate nu se discută, însă rămâne o problemă tactică în ce privește extirparea profilactică, (în caz de ganglioni limfatici clinic negativi).

Majoritatea chirurgilor-oncologi, bazându-se pe propria lor experiență, susțin părerea lui A. Racov (1949), că ganglionii regionali în cancerul buzei inferioare trebuie extirpați indiferent de stadiul, forma clinică și starea ganglionilor (Goldștein, 1971; Fiodorova, 1959; Iahontov, 1961 ș.a.).

Alți autori socot, că ganglionii limfatici nemodificați clinic necesită doar monitorizarea dinamică (Fediușih, 1955; Sopilnac, 1959, Paces, 1971; Falileeva, 1971; ș.a.).

S-a constatat, că rata invadării cu metastaze a ganglionilor limfatici extirpați a constituit 35%, conform datelor Institutului Oncologic din Leningrad această rată a constituit 26% (Racov, 1949).

Din 1220 pacienți cu cancer al buzei inferioare, metastaze limfatice regionale au fost confirmate histologic în 132 (10,8%) cazuri (Gh. Țibîrnă și coaut., 1978, Institutul Oncologic din Republica Moldova).

Din 132 pacienți tratați prin metoda radioterapeutică metastaze în primul an la st. I s-au dezvoltat la 13 (9,8%) pacienți, la st. II – 32 (24,2%) pacienți, la st. III – la 74 (51,2%), la st IV – la 13 (9,1%) pacienți (Gh. Țibîrnă și coaut, 1978; Tobolinovskaia, 1993).

Metastaze în ganglionii limfatici regionali pot fi depistate nu numai în tumori primare sau recidive, dar și după vindecarea acestora, în unele cazuri aceste metastaze, în majoritatea lor covârșitoare apar solitare, în ganglionii submandibulari sau cervicali (așa-zise metastaze „latente”). Pot să apară peste câțiva ani după vindecarea focarului primar.

**Metoda de bază în tratamentul metastazelor este cea chirurgicală.**

În funcție de gradul de răspândire a metastazelor se efectuează diverse tipuri de operații: operația Vannah, excizia facială „în teacă” varianta superioară sau obișnuită, operația Cryle.

La momentul implementării în practica noastră a metodei criogene în tratamentul cancerului buzei inferioare ne-am propus ca scop să aflăm dacă această metodă nu duce la creșterea incidenței de metastazare în ganglionii limfatici cervicali.

Astfel, din 432 de pacienți metastazele regionale s-au depistat în 9 cazuri (1,7%), dintre care 22 (1,8%) – în timpul tratamentului și 7 (0,7%) la 3 ani după tratament (tab. 6).

Peste o lună după vindecarea focarului primar 25 pacienți cu cancer al buzei inferioare la st. I, 76 – la st. II și 7 – în recidivă au fost supuși operației de extirpare facială „în teacă” a țesutului celular adipos cervical, în ganglionii plasați în acest țesut morfologic s-a depistat hiperplazia limfoidală cu histiocitoză.

Tabelul 4

**Incidența metastazării în cancerul buzei inferioare**

Răspândirea tumorii	Numărul de bolnavi	Numărul de bolnavi cu metastaze depistate		Total bolnavi %
		în timpul tratamentului	după tratament	
Stadiul I	164	-		164 37,9%
Stadiul II	248	-	6	254 58,7%
Stadiu III	9		3	12 2,7%
Recidive nerăspândite	2	-		2 0,46%
Total	423		9	432

În baza rezultatelor studiului am ajuns la concluzia, că în stadiul I și II forma superficială-exofită a cancerului buzei inferioare extirparea profilactică a țesutului celular cervical nu este obligatorie, dar este necesară monitorizarea acestor pacienți de către specialistul-oncolog.

Alegerea unei tactici adecvate de extirpare a țesutului adipos va depinde de vârsta și starea generală a pacientului, de caracterul și gradul de agresivitate a maladiilor asociate.

Dintre cei 9 bolnavi cu metastaze depistate – 9 au fost supuși operației de extirpare a țesutului adipos.

Decese nu au fost înregistrate.

Analizând rezultatele tardive în tratamentul cancerului buzei inferioare, s-a ajuns la concluzia, că termenul favorabil pentru extirparea țesutului adipos este de 4-8 săptămâni după operația la focarul primar. Tratamentul criogen nu implică necesitatea modificării termenelor, prevăzute în cadrul tratamentului chirurgical al metastazelor.

**Metastaze la distanță în cancerul buzei inferioare**

Tabelul 5

*Supraviețuirea pacienților cu cancer al buzei inferioare în funcție de gradul de răspândire al procesului tumoral*

Răspândirea tumorii	3 ani				5 ani				10 ani			
	Nr. abs	vii	sănătoși	%	Nr. abs	vii	sănătoși	%	Nr. abs	vii	sănătoși	%
St.I	164	162	162	99,2	149	138	138	95,6	113	113	113	85,4
St.II	248	205	205	82,6	198	148	148	74,7	183	113	113	61,7
St III	9	8	8	88,8	5	3	3	60	5	3	3	60
Recidive localizate	2	1	1	50								
Total	432	376	376	87,2	352	289	289	82,1	301	229	229	76,3

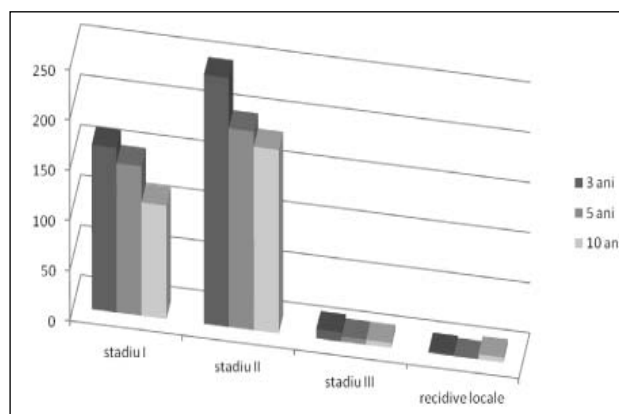
Tabelul 6

*Supraviețuirea la cancerul buzei inferioare st. I-II după tratamentul prin metoda criogenă și R-terapie de contact*

Autor, anul	Roentgen-terapie de contact	Supraviețuiți la 3 ani st. I-II	Autor, anul	Criodestrucție	Supraviețuiți la 3 ani
Peliman G., 1953	Roentgen-terapie	92,7%	V. Sentali, 1978	Criodestrucție	100%
Plint E., 1966	Roentgen-terapie	97,4%	A. Paces, T. Tabolnovschi, 2000	Criodestrucție	100%
Țișenco L., Miișciuc R., 1975	Roentgen-terapie	89,6%	Țibîrnă Gh. și coautorii 2011	Criodestrucție	100%

Diagrama 2

*Supraviețuirea pacienților cu cancer a buzei inferioare în funcție de gradul de răspândire a procesului tumoral*



oare practic se înregistrează foarte rar. Conform datelor, prezentate de V. Șentali (1978), G. Tobolinschi (1980), dintre 115 pacienți cu cancer al buzei inferioare st. I-II nu s-a depistat nici un caz de recidive și metastaze.

Ameliorarea rezultatelor tratamentului cancerului buzei inferioare se datorează în mare măsură perfecționării metodelor de tratament și diagnosticului precoce. Se știe că eficacitatea tratamentului depinde în mod indirect de gradul de răspândire a tumorii. Deci, cu cât mai devreme se depistează cancerul, cu atât eficiența tratamentului este mai mare.

La bolnavii primari vindecați și monitorizați nu s-a înregistrat nici o recidivă (tab. 7).

Prin metoda criogenă au fost tratați 432 pacienți cu cancer a buzei inferioare st. I cu vârste între 50 și 80 ani, dintre care 371 bărbați și 61 femei. 9 (2,3%) dintre acești pacienți au fost supuși în diferite termene după tratamentul focarului primar exciziei faciale „în teacă” varianta superioară a țesutului celular cervical.

Din tabelul 7 și diagrama 2 reiese că metoda criogenă de tratament a focarului primar al cancerului buzei inferioare a fost efectuată în procesele localizate (st I, II 412 de bolnavi primari ce constituie 95,3%). Supraviețuirea la 5 ani 82,1%.

Prin metoda criogenă au fost tratați 432 de pacienți cu recidive localizate după radioterapie, dintre care 371 bărbați și 61 femei.

În cadrul tratamentului combinat dintre 424 pacienți cu st. II-III a cancerului buzei inferioare și cu recidive localizate au fost supuși exciziei țesutului celular cervical 9 (2,4%) pacienți. Numai în 9 cazuri s-au depistat metastaze în ganglionii submandibulari, și laterocervicali: la st. II – 6 cazuri, la st. III – 3 cazuri.

Pentru comparație prezentăm 2,9 % de metastaze regionale după radioterapie (Gh. Tîbîrnă, 1978, 1998; A. Paces, 1985; V. Sentali și coaut, 1996).

Astfel, metoda criogenă de tratament a cancerului buzei inferioare nu contribuie la dezvoltarea metastazelor regionale la stadiul II al maladiei, pe când la stadiul III se recomandă excizia profilactică a țesutului celular cervical.

După tratamentul focarului primar cele mai adecvate termene pentru etapa a 2-a sunt 4-9 săptămâni, în caz de necesitate ambele etape (crioacțiunea în focarul primar și excizia țesutului celular) pot fi efectuate concomitent.

În baza datelor, putem trage concluzia, că în tratamentul cancerului buzei inferioare metoda criogenă după eficiență nu cedează în fața metodei radioterapeutice, ba chiar are și unele avantaje, mai ales din punct de vedere economic.

**Complicațiile.** În pofida faptului, că majoritatea bolnavilor aveau o vârstă înaintată și multiple maladii asociate grave, metoda criogenă nu a provocat complicații, nu s-a înregistrat nici un caz de agravare a stării generale sau de acutizare a maladiei asociate. Prin înlăturarea sindromului algic starea pacienților chiar se ameliorează.

Așadar, metoda criogenă nu are contraindicații de vârstă înaintată (peste 70 de ani) a pacienților cu maladii asociate grave.

Au fost înregistrate astfel de complicații ca hemoragie capilară în 21 cazuri în rezultatul traumatizării mucoasei cu cristale de gheață în timpul ciclurilor de înghețare-dezghetare. 6 pacienți au făcut hemoragii capilare după desprinderea crustei în a 21-a zi după crioacțiune. Procese inflamatorii s-au înregistrat în 35 de cazuri, în scopul profilaxiei proceselor inflamatorii se recomandă prelucrarea plăgii cu cristale de  $\text{KMnO}_4$  și o atitudine cruțătoare față de țesuturi în timpul necrotomiei, mai ales în cazurile de recidive postradiaționale.

Toate complicațiile enumerate mai sus s-au înregistrat la grupul de pacienți cu recidive postradiaționale.

În rezultatul criodestrucției am obținut o rată de vindecare de 100% la toți pacienții (432) cu recidive și cu cancer primar al buzei inferioare la st. I-II.

Cicatrizarea la pacienți cu st. I a avut loc la 3-4 săptămâni, numai în localizarea comisurală – la 4-5 săptămâni. Metoda criogenă are un efect cosmetic și funcțional favorabil.

**Rezumat.** Metoda criogenă a fost folosită pentru tratamentul focarului primar al cancerului buzei inferioare la st. I-II și III la 432 pacienți.

S-a constatat, că metoda asigură un efect bun cosmetic și funcțional la majoritatea pacienților.

Rezultatele obținute în condițiile de ambulator ne permit să recomandăm utilizarea acestei metode, respectând indicațiile și cerințele metodologice.

Excizia țesutului adipos celular cu scop profilactic se recomandă să se efectueze la 4-8 săptămâni după tratamentul focarului primar prin metoda criogenă.

Metoda s-a dovedit a fi de o eficiență înaltă, astfel avem tot temeiul să afirmăm că criodestrucția este o metodă de elecție în tratamentul focarului primar a cancerului buzei inferioare la st. I-II și în tratamentul recidivelor localizate în condiții de ambulator.

Cancerul pielii regiunii capului și gâtului și al buzei inferioare constituie 23,5% din celelalte cancere ale acestei regiuni, în prezent, pentru tratamentul lor se folosește metoda radioterapeutică și combinată.

În ultimele decenii tot mai mulți cercetători și cliniciști au început să se intereseze de acțiunea temperaturilor joase asupra țesuturilor tumorale, ceea ce a contribuit la apariția și dezvoltarea unei metode noi de tratament – crio-chirurgia.

Această metodă este avantajoasă prin faptul, că are:

- eficiență înaltă
- este simplă în utilizare
- este economă
- nu provoacă complicații serioase
- nu provoacă reacții negative ale organismului,

De aceea poate fi recomandată și folosită la pacienții în vârstă cu maladii asociate grave și în condiții de ambulator.

Lucrarea se bazează pe investigații clinice în aplicarea metodei criogene de tratament în condiții de ambulator.

În majoritatea cazurilor nu s-au putut folosi metodele tradiționale din cauza maladiilor asociate grave și a vârstei înaintate.

Conform obiectivelor trasate am elaborat o metodă specială și am perfecționat tehnica aplicării tratamentului criogen în forme localizate ale bazaliomelor și cancerului pielii capului și gâtului, cancerului buzei inferioare I-II st. în condiții de ambulator.

În investigațiile noastre ne-am bazat pe rezultatele cercetărilor de mai mulți ani, efectuate în Centrul Oncologic Unional de pe lângă AȘ a fostei URSS și pe datele bibliografice de specialitate (I. Pustânschii, A. Paces, 2010).

Studierea dependenței parametrilor externi ale crioacțiunii și efectele acestei acțiuni în țesuturile biologice ne-au permis să determinăm parametrii optimați de temperatură-timp pentru acțiunea asupra tumorilor pielii și buzei inferioare.



Temperatura inițială a fost de  $-160^{\circ}$   $-180^{\circ}$ C, timpul de expoziție depindea de tipul tumorii, localizarea ei, gradul de răspândire, și varia între 1,5 și 5,5 min.

În investigațiile noastre am utilizat aparatul criogen, elaborat și construit în Institutul de Cercetări a Temperaturilor Joase de pe lângă AȘ a fostei URSS în colaborare cu Centrul Oncologic Unional din or. Moscova: KA-02, KA-02MT, KAM-01, KAVM-01 (T. Ptuha, 1977).

Noi am perfecționat această metodă prin elaborarea unei sonde speciale cu canulă de argint pentru a mări viteza de înghețare și respectiv eficiența tratamentului.

Observările clinice au demonstrat, că timpul optimal de expoziție este de 1,5-2,5 min. pentru cancerul buzei inferioare și 4,0-5,5 min. pentru recidive. Pentru a argumenta necesitatea criodestrucției în câteva cicluri repetate de înghețare-dezghețare am studiat schimbările morfologice în țesuturile tumorale, ce au loc la acțiunea temperaturilor joase. Cercetările morfologice au fost efectuate în colaborare cu departamentul de patomorfologie al Institutului Oncologic din Republica Moldova (I. A. Iacovleva, N. Bogdan-scaia, A. Cernâi).

Reieșind din cele expuse mai sus, am elaborat o metodă specială a tratamentului criogen al formelor localizate de bazaliom, a cancerului pielii capului și gâtului, a cancerului buzei inferioare la st. I-II, în condiții de ambulator. Au fost folosite 2 tipuri de crioacțiune: de contact și prin pulverizare.

În cancerul buzei inferioare st. I, formă ulcerosă, s-a folosit metoda de contact a crioaplicării, cu timpul de expoziție de 3,5-4,5 min., unde tratamentul include 3 cicluri de înghețare-dezghețare, marja de securitate fiind de 1,5 cm.

După părerea noastră, criodestrucția nu are contraindicații pentru aplicarea acestei metode în condiții de ambulator.

#### Bibliografie:

1. A.Paces, «Опухоли головы и шеи»; 1971 стр 46.
2. Gh. Țibîrnă, 1978 "Tumorile capului și gâtului" p. 83.
3. Gh. Țibîrnă "Atlas. Chirurgia oncologică în imagini" 2011, p. 67.
4. Gh. Țibîrnă, V.Cernat, V.Stratan "Criochirurgie în oncologie" 2013 p. 135; 294.
5. Gh. Țibîrnă "Ghid clinic de oncologie" 2004 p. 179