

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



# Cancerul nazofaringelui

Protocol clinic național

PCN - 182

*Chișinău 2012*

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova  
din 06.12.2012, proces verbal nr.4**  
**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1324 din 26.12. 2012**  
**Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul nazofaringelui”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

**Gheorghe Țâbârnă**      academician, d.ș.m, profesor universitar IMSP Institutul Oncologic  
**Vasile Ciorici**              Șef secție Cap și Gât IMSP Institutul Oncologic

**Recenzenți oficiali:**

**Victor Ghicavii**              d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră farmacologie și farmacologie  
   clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”  
**Valentin Gudumac**        d.h.ș.m., profesor universitar, șef catedră medicina de laborator, USMF  
   „Nicolae Testemițanu”  
**Ala Nemerenco**              d.ș.m., conferențiar universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”  
**Rita Seicaș**                    Prim-vice-direcțor, Agenția Medicamentului  
**Anatolie Prisacari**        Director interimar, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în  
   Sănătate  
**Iurie Osoianu**                Vice-direcțor, Compania Națională de Asigurări în Medicină  
**Eusebiu Sencu**                conferențiar universitar, catedra ORL, USMF „Nicolae Testemițanu”

**CUPRINS**

Abrevierile folosite în document.....	4
<b>PREFAȚĂ .....</b>	<b>4</b>
<b>A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....</b>	<b>4</b>
A.1. Diagnosticul: Cancerul Nazofaringelui.....	4
A.2. Codul bolii.....	4
A.3. Utilizatorii:.....	4
A.4. Scopurile protocolului:.....	4
A.5. Data elaborării.....	4
A.6. Data revizuirii următoare: anul 2012 .....	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului.....	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informație epidemiologică.....	5
<b>B. PARTEA GENERALĂ.....</b>	<b>6</b>
B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară.....	6
B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional).....	6
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu Policlinica IMSP IO.....	7
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic).....	8
<b>C.1 . ALGORITMUL DE CONDUIȚĂ .....</b>	<b>10</b>
<b>C1.1</b> Algoritmul investigațiilor bolnavilor.....	10
<b>C.2. DESCRIEREA GENERALĂ, TEHNICI ȘI PROCEDURI.....</b>	<b>11</b>
C.2.1. Clasificarea.....	11
C.2.2. Factorii de risc.....	11
C.2.3 Profilaxia .....	11
C.2.3.1 Profilaxia primară.....	11
C.2.3.2 Profilaxia secundară.....	11
C.2.4. Conduita pacientului cu cancer nazofaringian.....	12
C.2.4.1. Anamneza .....	12
C.2.4.2. Manifestările clinice .....	12
C.2.4.3. Investigații paraclinice.....	13
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial.....	14
C.2.4.5. Criterii de spitalizare.....	16
C.2.4.6. Tratamentul cancerului nazofaringian .....	16
C.2.4.6.1. Tratamentul radioterapeutic al cancerului nazofaringian .....	16
C.2.4.6.2. Tratamentul chimioterapeutic a cancerului nazofaringelui.....	17
C.2.4.6.3. Tratamentul chirurgical a cancerului nazofaringian .....	18
C.2.4.6.3.1. Pregătirea preoperatorie a bolnavilor.....	19
C.2.4.6.3.2. Conduita postoperatorie a bolnavilor.....	19
C.2.4.6.3.3. Complicații în tratamentul chirurgical.....	19
C.2.4.7. Monitorizarea pacienților.....	19
<b>D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR</b> <b>PROTOCOLULUI.....</b>	<b>20</b>
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară .....	19
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional).....	20
D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulatoriu – policlinica IMSP Institutul Oncologic.....	21
D.4. Laboratorul tumori cap/gât și microchirurgie al IMSP Institutul de Oncologie.....	22
<b>E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....</b>	<b>23</b>
<b>ANEXE.....</b>	<b>24</b>
Anexa 1 Ghidul pacientului cu cancer nazofaringian .....	24
<b>BIBLIOGRAFIE.....</b>	<b>25</b>

## Abrevierile folosite în document

<b>RT</b>	Radioterapie
<b>PChT</b>	Polichimioterapie
<b>PCN</b>	Protocol clinic național
<b>ORL</b>	Otorinolaringolog

## PREFATĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din reprezentanți ai Institutului Oncologic din Republica Moldova.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind cancerul laringean și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

## A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

### A.1. Diagnosticul: Cancerul nazofaringelui

#### *Exemple de diagnostice clinice:*

1. Cancer nazofaringian T1N0M0, st.I .
2. Cancer nazofaringian T2N0M0, st.II.
3. Cancer nazofaringian T1N1M0, st.III.
4. Cancer nazofaringian T2N3M1, st.IV.

### A.2. Codul bolii C11-13

### A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, ORL, oncologi);
- instituțiile/secțiile consultative (ORL, oncologi);
- secțiile specializate ale Institutului Oncologic (oncologi- cap/gât, radiologi, chimioterapeuți).

*Notă:* Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

### A.4. Scopurile protocolului:

1. A facilita diagnosticarea cancerului nazofaringelui.
2. A spori depistarea precoce a pacienților cu cancer nazofaringian.
3. A contribui la scăderea ratei malignizării tumorilor benigne și stărilor precanceroase prin depistarea acestora și tratamentul oportun.
4. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu suspecție la cancer nazofaringian la nivelul medicinei primare și specializate.
5. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu cancer nazofaringian la nivelul policlinicii IMSP Institutul Oncologic. A elabora algoritmul tratamentului chirurgical, combinat și complex la bolnavii cu cancer nazofaringian la nivelul IMSP Institutul Oncologic.
6. A spori calitatea tratamentului cancerului nazofaringian și a ameliora rezultatele imediate.
7. A majora numărul pacienților cu cancer nazofaringian vindecați.
8. A ameliora rezultatele la distanță al tratamentului bolnavilor cu cancer nazofaringian prin perfecționarea tehnicii chirurgicale și aplicarea tratamentului combinat.


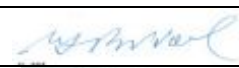
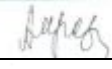
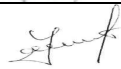


### A.5. Data elaborării protocolului: anul 2012

### A.6. Data revizuirii următoare: anul 2014

### A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Dr. Gheorghe Țâbârnă, Academician al AȘ RM, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	Vicedirector IMSP Institutul Oncologic, conducătorul laboratorului tumori cap și gât și microchirurgie
Dr. Vasile Ciorici	Șef secție Cap și Gât al IMSP IO

### Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Comisia Științifico-metodică de profil „Oncologie și Hematologie”	
Asociația medicilor de familie din RM	
Consiliul de experți al Ministerului Sănătății	
Agenția Medicamentului	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

### A.8. Definițiile folosite în document

**Cancerul nazofaringelui** – proces malign, care se dezvoltă în cavitatea corespunzătoare regiunii situate posteriar de fosele nazale și mai sus de orofaringe, care se dezvoltă din epiteliu plat pavimentos.

**Recomandabil** - nu are un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

### A.9. Informație epidemiologică

Cancerul nazofaringian mai frecvent se prezintă sub formă de cancere particulare, rar fiind determinate de tutun, mai frecvent având o cauză necunoscută, probabil virală, mai frecvent fiind cancere nediferențiate.

În structura tumorilor, cancerul nazofaringian este des întâlnit și constituie aproximativ 7,5% în Republica Moldova, incidența acestui cancer variază mult de exemplu în Franța incidența constituie 0,1%, în țările mediteraniene 5-7%, iar în China de Sud și Asia de Sud-Est constituie 30 %. Această maladie în ultimii ani este în centrul atenției oncologilor de specialitate, maladia având tendință de creștere continuă a morbidității. Spre exemplu, în Republica Moldova în 2006 morbiditatea cancerului nazofaringian a constituit 6,4 % ceea ce constituie 231 bolnavi anual, în 2007 - 7,6%, 273 de bolnavi, 2008 - 7,8 %, 278 de bolnavi, 2009 - 8,4 %, 299 de bolnavi. În declanșarea cancerului nazofaringian contribuie mai mulți factori (factori de risc): etiologie virală (virusul Epstein Barr) fumatul, majorarea poluării mediului, procese patologice de lungă durată netratate, predispunere genetică, alimentele sărate și mirodeniile ș.a. Este un cancer predominant care apare la tineri. În majoritatea cazurilor diagnosticul se stabilește în stadiile III-IV și mai rar în stadiile I-II. În 31% cazuri leziunea primară este asociată unei adenopatii satelite metastatice în ganglionii limfatici cervicali, care demonstrează un pronostic al tratamentului foarte dezagregabil. În cancerul nazofaringian sunt aplicate toate metodele de tratament: radioterapeutic, chimioterapie și tratament combinat ,chirurgical, laserodestrucție.

Cu regret cancerul nazofaringelui se depistează în stadii avansate, st. I aproximativ 1,7% din pacienții diagnosticați, st. II 4,7%, st. III 62,5%, st. IV 26,4. Din acest motiv mortalitatea prin cancer nazofaringian este mare, în Moldova anual mor aproximativ 230 de bolnavi, ceea ce constituie 6,5%. Supravețuirea la 5 ani fiind aproximativ 38,5%.

De aceea problema cancerului nazofaringian este dominantă, pe de o parte, de frecvența lui crescândă, iar pe de altă parte, de necesitatea unui diagnostic precoce și a unei terapii eficiente.

## B. PARTEA GENERALĂ

### B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
<b>1. Profilaxia</b>		
<b>1.1. Profilaxia primară</b> C.2.3.1	Afecțiuni virale cauzate de virusul Epstein-Barr. Tutunul conține mai mult de 4000 substanțe toxice, inclusiv cancerigene. Factorii nocivi de poluare a mediului.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață:</li> <li>- combaterea tabagismului,</li> <li>- includerea în grupul de risc în dezvoltarea cancerului nazofaringian a pacienților cu procese benigne și stări precanceroase. <b>(Casetă 3)</b></li> </ul>
<b>1.2. Profilaxia secundară</b> C.2.3.2	Procesele benigne și precanceroase netratate contribuie la malignizare	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Îndreptarea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la specialiștii ORL și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de acești specialiști. <b>(Casetă 4)</b></li> </ul>
<b>1.3. Referirea către specialist</b> C.2.4	Orice bolnav cu suspecție la patologia nazofaringelui cu acuze de dificultăți de respirație nazală, rinofonie, hemoragii nazale, scăderea auzului pe partea afectată, apariția ganglionilor limfatici regionali cervicali superiori, este necesar de îndreptat la ORL și oncologul raional pentru efectuarea investigațiilor, prevăzute în PCN	<b>Obligatoriu:</b> Investigații clinice, Anamneza, Examenul fizic, Nazofaringoscopia indirectă, Investigații paraclinice: Analiza generală a sângelui, Analiza biochimia a sîngelui, Radiografia nazofaringelui. <b>(Casetă 5, 6, 7, 8)</b>
<b>1.4. Supravegherea</b> C.2.4.7	Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către oncologul IMSP Institutul Oncologic, efectul lui, maladiilor concomitente și depistarea precoce a recidivelor.	<b>Obligatoriu:</b> Supravegherea se face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor oncologului IMSP Institutului Oncologic. <b>(Casetă 19)</b>

### B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional)

Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
<b>1. Profilaxia primară</b> C.2.3.1	Afecțiuni virale cauzate de virusul Epstein-Barr. Tutunul conține mai mult de 4000 substanțe toxice, inclusiv cancerigene. Factorii nocivi de poluare a mediului.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață:</li> <li>- combaterea tabagismului</li> </ul> <b>(Casetă 3)</b>
<b>2. Profilaxia secundară</b>	Procesele benigne și precanceroase	<b>Obligatoriu:</b>

C.2.3.2	netratate contribuie la malignizare	Supravegherea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la specialiștii ORL și oncolog. <b>(Casetă 4)</b>
<b>3. Diagnosticul și referire la consultația oncologului cap/gât IMSP IO</b> C.2.4	Orice bolnav cu acuze la dureri iradiante în ureche, dificultăți de respirație nazală, rinofonie, hemoragii nazale, scăderea auzului pe partea afectată prezența ganglionilor limfatici în creștere, necesită consultația oncologului și efectuarea explorării paraclinice.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza</li> <li>• Examenul fizic</li> <li>• Investigațiile paraclinice:  Nazofaringoscopia indirectă  Examenul radiologic și tomografia coputerizată a nazofaringelui.  Examenul endoscopic.  Analiza generală a sângelui,  Analiza biochimică a sângelui  USG organelor abdominale  R-grafia plămânilor  <b>(Casetă 5, 6, 7, 8)</b></li> </ul>
<b>4. Supravegherea bolnavilor cu cancer laringian tratați la IMSP IO</b> C.2.4.7	Bolnavii după tratament radical. Scopul supravegherii este monitorizarea tratamentului indicat de oncolog cap/gât, inclusiv prin aplicarea metodelor speciale, depistarea precoce a recidivelor și metastazelor	Supravegherea se va face de rând cu oncologul raional și a medicului de familie conform recomandărilor oncologului cap/gât IMSP Institutul Oncologic (1 dată la 2 luni primul an după tratament; 1 dată la 4 luni – anul 2; 1 dată la 6 luni – anul 3 și 1 dată în an – în următorii ani) <b>(Casetă 19)</b>

<b>B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulatoriu Policlinica IMSP IO</b>		
<b>Descriere (măsurile)</b>	<b>Motivele (reper)</b>	<b>Pașii (modalități și condiții de realizare)</b>
1. Diagnosticul 1.1. Confirmă prezența cancerului nazofaringelui C.2.4	Suspecții la cancer nazofaringian Cancerul nazofaringian este confirmat numai prin examen citologic sau morfologic pentru a efectua tratamentul oncologic	<b>Obligatoriu</b> Anamneza Examenul fizic Investigații paraclinice <b>Metode de stabilire a diagnosticului:</b> Nazofaringoscopia indirectă ✓ Examenul radiologic și tomografia nazofaringelui, tomografia coputerizată a nazofaringelui. Examenul endoscopic Colectarea materialului pentru citologie și biopsie <b>Metode de apreciere a extinderii leziunii tumorale a cancerului nazofaringian</b> Examenul endoscopic

		R-grafia cutiei toracice Tomografia mediastinului USG cavității abdominale Diagnosticul diferențial <b>(Caseta 5, 6, 7, 8, )</b>
<b>2. Aprecierea tacticii de tratament</b> <b>C.2.4.6</b>	Tratamentul cancerului nazofaringelui se efectuează în dependență de extinderea leziunii tumorale și prevede vindecarea sau prelungirea duratei vieții bolnavilor de cancer nazofaringian. Necesitatea monitorizării evoluției procesului. Consultația specialistului „cap/gât” radioterapeutului și chimioterapeutului. Necesitatea efectuării tratamentului combinat (radioterapie +chimioterapie), la necesitate tratament chirurgical .	<b>Obligatoriu:</b> Stabilirea și confirmarea diagnosticului definitiv Aprecierea extinderii procesului. Elaborarea tacticii de tratament. Spitalizarea în secția cap/gât și microchirurgie pentru tratament chirurgical. Elaborarea tacticii de tratament prin consiliu din 3 specialiști la bolnavii cu contraindicații către tratament specific. <b>(Caseta 12)</b>
<b>3. Supravegherea</b> <b>C.2.4.7</b>	Scopul supravegherii este monitorizarea tratamentului indicat de oncolog cap/gât, inclusiv prin aplicarea metodelor speciale, depistarea precoce a recidivelor și metastazelor. Se efectuează împreună cu medicul de familie și oncologul raional pentru depistarea precoce a complicațiilor sau progresării patologiei oncologice și tratamentul lor.	Supravegherea se va face de rând cu oncologul raional și a medicului de familie conform recomandărilor oncologului cap/gât IMSP Institutul Oncologic (1 dată la 2 luni primul an după tratament; 1 dată la 4 luni – anul 2; 1 dată la 6 luni – anul 3 și 1 dată în an – în următorii ani) <b>(Caseta 19)</b>

#### **B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)**

<b>Descriere</b> <i>(motive)</i>	<b>Motivele</b> <i>(reper)</i>	<b>Pași</b> <i>(modalități și condiții de realizare)</i>
1. Spitalizare <b>C.2.4.5.</b>	Tratamentul corect programelor elaborate contribuie la majorarea numărului de pacienți cu cancer nazofaringian vindecați	<b>Criterii de spitalizare în secții de profil:</b> <b>1.</b> Bolnavii cu diagnosticul stabilit de cancer nazofaringian confirmat histologic, fără semne de metastazare la distanță, sînt internați în secțiile de profil pentru tratament radioterapeutic și chimioterapeutic. La necesitate tratament chirurgical. <b>2.</b> Bolnavii cu diagnosticul de cancer nazofaringian în baza datelor endoscopice și radiologice fără confirmare morfologică (formă infiltrativă). <b>3.</b> Bolnavii cu hemoragii nazale care necesită tamponada căilor respiratorii sau legaturarea

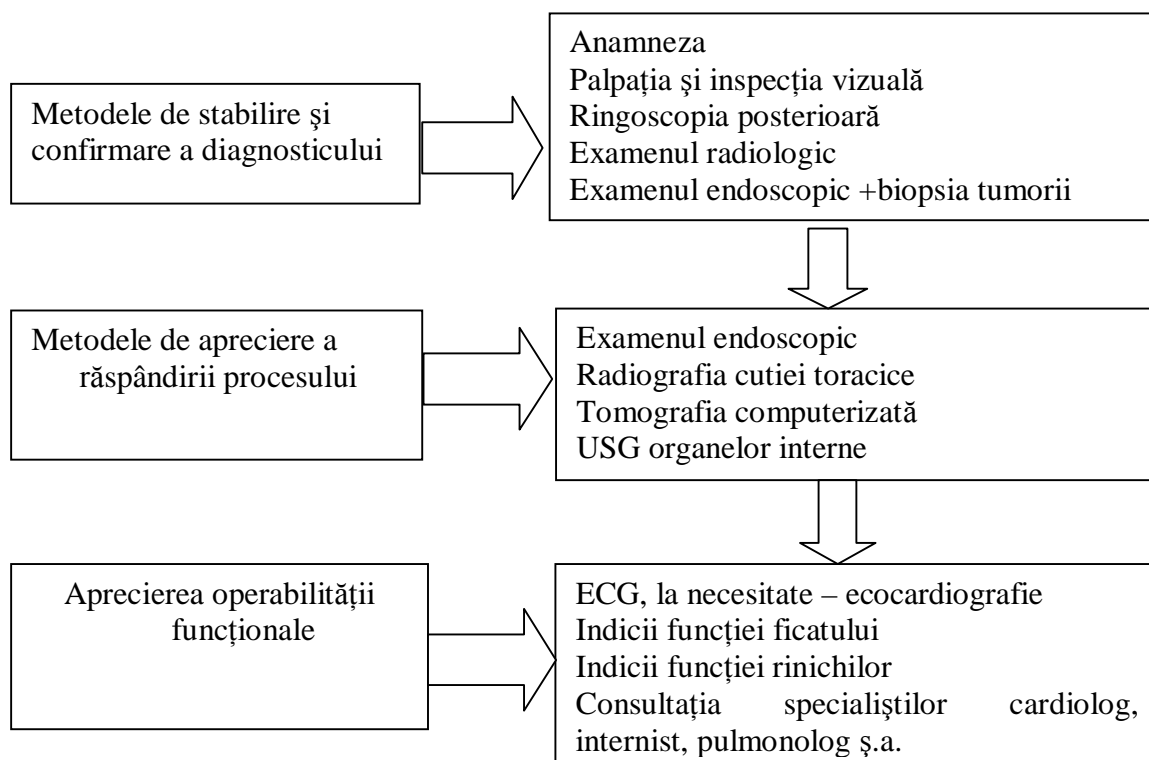


		arterelor carotide externe. <b>4. Bolnavii cu cancer nazofaringian</b> stare după tratament combinat radioterapie și chimioterapie cu focarul primar tratat, având metastaze ganglionare cervicale sînt internați în secția Cap și Gît pentru tratament chirurgical. <b>(Casetă 11)</b>
<b>2. Diagnostic</b>		
2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer nazofaringian <b>C.2.4</b>	Se efectuează cînd diagnosticul în policlinică este dificil sau necesită intervenție chirurgicală și în cazul cînd pacientul este în stare gravă sau pe condiții vitale.	<b>Obligatoriu:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamneza (casetele )</li> <li>• Examenul fizic (casetă )</li> <li>• Investigațiile paraclinice <b>(Casetă 5, 6, 7)</b></li> </ul> <b>Recomandabil:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigații recomandate</li> <li>• Consultația altor specialiști după necesitate <b>(Casetă 8)</b></li> </ul>
<b>3. Tratamentul</b>		
3.1. Tratamentul chirurgical <b>C.2.4.6.3</b>	Tratamentul cancerului chirurgical se efectuează în dependență de extinderea leziunii tumorale și metastazilor regionale.	<b>Obligatoriu</b> Conduita preoperatorie Intervențiile chirurgicale -Rezecția maxilei cu înlăturarea tumorii nazofaringiene -Operații la căile limfatice cervicale (evidare ganglionară cervicală, operația Krail). <b>(Casetă 15)</b>
<b>4. Externare cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supravegherea</b> <b>C.2.4.7</b>	La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru oncologul raional, medicul de familie tactica ulterioară de management al pacientului.	Extrasul <b>obligatoriu</b> va conține: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Diagnosticul exact detaliat;</li> <li>✓ rezultatele investigațiilor</li> <li>✓ tratamentul efectuat;</li> <li>✓ recomandări explicite pentru pacient;</li> </ul> recomandări pentru oncologul raional, medicul de familie și la IMSP IO <b>(Casetă 19)</b>

## C 1 . Algoritmi de conduită

În cadrul explorărilor paraclinice preoperatorii prevăd investigații pentru stabilirea diagnosticului, aprecierea nivelului răspândirii procesului și aprecierea operabilității funcționale a bolnavului

### C 1.1 Algoritmul investigațiilor bolnavilor



## C 2. DESCRIEREA GENERALĂ, TEHNICI ȘI PROCEDURI

### C 2.1. Clasificarea cancerului nazofaringelui

#### Caseta1. Clasificarea clinică TN

- *T – Tumora primară*

T x – Tumora primară nu poate fi evaluată

T0 – Tumora primară nu este decelabilă

Tis – Carcinom in situ, tumoare intraepitelială

T1 – tumora localizată într-o singură regiune a nazofaringelui

T2 – tumora extinsă la părțile moi ale orofaringelui și/sau către fosele nazale

T2a- fără extindere parafaringiană

T2b-cu extindere parafaringiană

T3 – tumora invadează structurile osoase sau sinusurile maxilare

T4 – tumora cu extindere intracraniană și/sau implicarea nervilor cranieni a fosei infratemporale, a hipofaringelui sau a orbitei

*Notă: Extinderea parafaringiană înseamnă o infiltrație posterior-laterală a tumorii în afara fasciei bazei faringelui.*

- *N – ganglionii limfatici regionali.*

N0 – ganglionii nu se palpează;

N1 – ganglionii mobili se palpează pe partea afectată;

N2 - ganglionii mobili se depistează pe partea opusă sau în ambele părți;

N3 – se palpează ganglionii imobili.

- *M* – metastaze distanționale ( hematogene)

M0 - metastaze distanționale nu se depistează

M1 - metastaze distanționale se depistează

Mx – lipsește posibilitatea de a depista metastazele distanționale.

#### Raportarea sistemului TNM la stadii:

Stadiul I	T1	N0	M0
Stadiul II	T2	N0	M0
Stadiul III	T3	N0	M0
Stadiul IV	T1,T2,T3	N1	M0
	T4	N0,N1	M0
	T1-4	N2,N3	M0
	T1-4	N	M1

#### Clasificarea histologică a tumorilor nazofaringelui

- Cancer pavimentos cornificat
- Cancer pavimentos necornificat
- Cancer nediferențiat
- Adenocarcinom
- Carcinom chistadenoid
- Alte forme

#### C.2.2 Factorii de risc

##### Caseta 2. Factori de risc

- Afecțiuni virale cauzate de virusul Epstein-Barr
- Fumatul
- Majorarea poluării mediu
- Modificările țesuturilor în urma cicatrizării (cheloizi) de origine tuberculoasă, sifilitică, scleromatoasă, postraumatică ș.a.
- Procese inflamatorii cronice netratate: toate formele de diskeratoze, procese degenerativ-proliferative (ulcerații, granulome)
- Predispunere genetică

#### C 2.3. Profilaxia

##### C.2.3.1 Profilaxia primară

##### Caseta 3 . Profilaxia primară

- Respectarea modului sănătos de viață
- Combaterea tabagismului
- Evitarea consumului excesiv de alcool

##### C.2.3.2. Profilaxia secundară

##### Caseta 4 . Profilaxia secundară

- Trimiterea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la stomatolog, medicul ORL, oncolog și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de către acești specialiști

## C.2.4. Conduita pacientului cu cancer nazofaringian

### Caseta 5. *Obiectivele procedurilor de diagnostic în cancerul nazofaringelui*

- Confirmarea prezenței cancerului
- Evaluare
- Aprecierea gradului de avansare locală (T N)
- Aprecierea gradului de avansare la distanță (M)

### *Procedurile de diagnostic în cancer nazofaringian*

- Anamneza
- Palpația și inspecția vizuală
- Rinoscopia posterioară
- Examenul radiologic, radiografia sinusurilor paranazale
- Etapa medicinei specializate:
- Tomografia computerizată
- Examenul endoscopic (fibrolaringoscopia)
- Biopsia tumorii cu cercetarea histologică

### C.2.4.1. Anamneza

#### Caseta 6. *Întrebările ce trebuie examinate la suspecția cancerului nazofaringelui*

##### *Recomandări pentru evaluarea antecedentelor personale*

- Particularitățile modului de viață
- Lucrul în condiții nocive
- Fumător abuziv timp îndelungat
- Prezența în antecedente a proceselor inflamatorii cronice, proceselor proliferative netratate
- Tratarea proceselor inflamatorii timp îndelungat fără efect clinic
- Determinarea dinamicii evoluției bolii
- Concretizarea consecutivității extinderii leziunii tumorale în alte zone (ganglioni limfatici)

### C.2.4.2. Manifestările clinice

#### Caseta 7. *Manifestările clinice în cancerul nazofaringelui*

Simpptomica cancerului nazofaringian este variată din acest motiv s-a decis gruparea simptomelor în trei grupe.

Prima grupă de simptome se datorează prezenței tumorii în nazofaringe și este în legătură cu formele de creștere a tumorii. După caracterul de creștere deosebim 3 forme:

a) exofită – are formă rotundă, cu contururi clare, mucoasa nemodificată, se localizează pe fornexul nazofaringelui, are evoluție rapidă, se răspîndește în nas și orbită, ca simptome precoce sînt dereglarea respirației, mai tîrziu apar elimenări sangvinolente.

b) endofit-ulceroasă – se localizează mai frecvent pe peretele posterior al nazofaringelui și în buzunarul faringian, are suprafață tuberoasă, cu limite neclare, în scurt timp apar eroziuni cu zone neclare, are evoluție lentă, simptomele apar mai tîrziu și se manifestă prin scăderea auzului pe partea afectată, cefalee, eliminări din nas.

c) lobulară – se localizează preponderent în regiunea orificiului tubului auditiv, are evoluție lentă, din simptome clinice sînt scaderea auzului pe partea afectată și dificultăți de respirație.

A doua grupă de simptome sînt simptomele apărute în rezultatul răspîndirii procesului în regiunile anatomice învecinate. În caz de afectare a nervului trigemen apare hipoestezia în regiunea frontală și palpebrală, dureri nevralgice pe trigemen. Răspîndirea tumorii în nervul glosfaringian, accesoriu și vagus duce la hemiparalizia palatului moale, a faringelui și laringelui, răgușeală, tuse, dereglări de deglutiție. Dacă tumoarea avansează în orbită și craniu apare cefalee.

A treia grupă de simptome sînt cauzate de metastazarea regională și la distanță (hematogenă) și depind de localizarea metastazelor.

Cancerul nazofaringian metastaziază devreme și destul de frecvent (50-86%) în ganglionii regionali cervicali. Metastazele pot fi unilaterale și bilaterale, solitare și multiple, se localizează mai frecvent în ganglionii jugulari superiori profunzi, metastazele ajung la dimensiuni mari, formează conglomerate, provoacă dureri puternice, uneori apare sindromul Horner. Adesiori metastazele se manifestă clinic înaintea focarului primar.

În 7-28 % se produc metastaze la distanță, mai frecvent în oase, mai rar în ficat și plămâni.

### C.2.4.3. Investigații paraclinice

#### Caseta 8. Investigațiile paraclinice în cancerul nazofaringelui

##### Investigații pentru confirmarea cancerului nazofaringelui

- Rinoscopia posterioară
- Radiografia sinusurilor paranazale
- Tomografia nazofaringelui
- Examenul endoscopic – fibrolaringoscopia
- Confirmarea morfologică a diagnozei

##### Investigații pentru determinarea gradului de extindere a cancerului nazofaringelui (stadiul clinic)

- Examenul endoscopic
- Radiografia cutiei toracice
- Tomografia mediastinului (simplă)
- Tomografia computerizată
- Examenul ultrasonografic al organelor cavității abdominale
- Scintigrafia sistemului osos, în regim „corp integru” la apariția durerilor în oase

##### Investigații clinice și biochimice

- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- Glicemia
- Ureea
- Creatinina
- Bilirubina
- Proteina totală
- Albumina
- ALT, AST
- $\alpha$ -amilaza
- Coagulograma – indicele protrombolic, fibrinogenul, timpul activ de recalcificare, timpul de trombină, activitatea fibrinolitica, testul cu etanol
- Ionograma – Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Cl<sup>-</sup>
- Grupa de sânge și Rh- factor
- RPR
- SIDA
- ECG
- Spirometria
- La necesitate: ecocardiografia, renografia radionuclidă, urografia excretorie, tomografia computerizată
- Aprecierea titrului anticorpilor pentru virusul Epstein-Barr.

##### Investigații necesare pentru spitalizare în secție IO :

- Analiza generală a sângelui
- Ureea, creatinina, bilirubina, transaminazele, glucoza în sânge
- Grupul sangvin și Rh-factor
- Examinarea la HIV/SIDA până la operație

- Determinarea antigenelor hepatitelor B,C,D

#### **Investigațiile și tratamentul bolilor concomitente la etapa medicului de familie:**

- Hipertensiunea arterială
- Diabet zaharat
- Varice la membrele inferioare
- Hepatită cronică
- Cardiopatii
- Pielonefritele

**Rinoscopia posterioară** este o metodă instrumentală care permite să se aprecieze starea nazofaringelui și a regiunilor lui, să se constate caracterul procesului, localizarea lui, gradul de invazie. În cazul apariției dificultăților în efectuarea examenului, examinarea se efectuează aplicând anestezia locală cu Sol. Lidocaină 2%.

**Examenul radiologic** include radiografia sinusurilor paranazale și tomografia nazofaringelui

**Radiografia sinusurilor paranazalei** evidențiază toate elementele structurale ale sinusurilor paranazale.

**Tomografia nazofaringelui** asigură vizualizarea răspândirii procesului spre baza craniului

**Examenul endoscopic** fibrolaringoscopie. Avantajele acestei metode sunt:

- introducerea atraumatică a aparatului atât prin cavitatea bucală, cât și nazală, datorită elasticității și plasticității lui,
- capacitatea optico-vizuală mare
- posibilitatea colectării materialului pentru biopsie, mai ales din regiunile greu accesibile sau în forme infiltrative de proliferare.

Etapă finală în examinarea complexă a bolnavilor cu cancer nazofaringian este confirmarea morfologică a diagnozei.

#### **C.2.4.4. Diagnosticul diferențial**

##### **Caseta 9. Diagnosticul diferențial al cancerului nazofaringelui**

- Angiofibromul juvenil
- Papilomul și papilomatoza
- Pahidermia
- Discheratozele
- Leucocheratoza
- Leucoplachia
- Tumorile vasculare
- Scleromul nazofaringelui
- Tuberculoza nazofaringelui
- Sifilisul nazofaringelui
- Amiloidoza nazofaringelui

##### **Caseta 10. Momente cheie în diagnosticul diferențial**

Multitudinea formațiunilor tumorale ale nazofaringelui, clinic și endoscopic pot fi confundate cu stadiile inițiale ale cancerului sau invers. Iată de ce apare necesitatea unui diagnostic diferențiat al cancerului cu procesele patologice de alt gen și cu unele maladii specifice ca: tuberculoza, sifilisul, scleroma, amiloidoza ș.a.

**Angiofibroma juvenilă** mai frecvent se întâlnește la băieți, apare de obicei la începutul dezvoltării sexuale, vârsta medie constituind 16 ani, de obicei odată cu finisarea dezvoltării sexuale tumoarea se micșorează sau involuiază complet. În răutățirea respirației nazale și fonația nazală sînt simptomele primare și precoce. De obicei cresc rapid și distrug țesuturile adiacente. De obicei se vizualizează prin rinoscopie, unde se vizualizează o tumoare de nuanță roșie, care sîngerează la atingere. Tratamentul este preponderent chirurgical.

**Papilomul și papilomatoza** la adulți are o incidență destul de înaltă (7% - 15% din toate tumorile

benigne). Rata malignizării alcătuiește 7% - 20% și poate avea loc în termeni de 1 – 20 ani din momentul apariției primelor manifestări. Localizari preferate sînt: suprafața posterioară a palatului moale, alături de uvulă și cuoanele nazale. În cazul cînd sînt mai multe papilome, care se răsîndesc – în acest caz se vorbește despre o papilomatoză. Papilomul este o formațiune rotundă, cu o suprafață tuberoasă. Culoarea variază în dependență de vascularizare și gradul de cornificare. Cu cît cheratoza este mai pronunțată, cu atît tumoarea este mai pronunțată. Simptomul esențial și relativ precoce este dereglarea respirației nazale, care progresează. Tratamentul este preponderent chirurgical.

**Pahidermia** reprezintă excrescențe sub formă de plăci festonate. Are culori ce variază de la gri-deschis pînă la gălbui sau roz în dependență de gradul de cornificare al epitelului. Pahidermiile pot fi solitare sau multiple, de diferite dimensiuni și extindere. Ca regulă se dezvoltă pe fonul unui proces inflamator. Mucoasa din jurul ei este laxă, cianotică. Se tratează prin excizie chirurgicală sau criodestrucție.

**Discheratozele** (leucoplachia, leucocheratoza) reprezintă procese de proliferare exagerată a epitelului pavimentos multistratificat. Incidența lor în structura altor afecțiuni precanceroase constituie 8% – 30%.

**Leucoplachia** are aspectul unei pete bine determinate și delimitate, de culoare albicioasă-fumurie, cu suprafața neregulată, proeminentă.

**Leucocheratoza** este o plăcuță alb-gri cu suprafața viloză. Are dimensiuni mici și contur bine delimitat. Simptomatica este neînsemnată.

Tratamentul discheratozelor constă în excizia formațiunilor mai mici. În procesele extinse se recurge la criodestrucție sau electrocoagulare ulterioară.

**Tumorile vasculare** – prevalează hemangiomul. Are culoare roșie cu diferite nuanțe. Caracter solitar. Evoluție lentă. Manifestările clinice depind de localizarea și dimensiunile tumorii. Tratament – excizie endoscopică.

**Scleromul nazofaringelui.** De obicei această tumoare are localizare multiplă, apare în laringe paralel cu existența ei în cavitatea nazală și în faringe, dar nu sînt excluse și cazurile de manifestare primară. În evoluția acestei tumori deosebit următoarele etape: nodular-infiltrativă; difuză-infiltrativă sau specifică și regresivă (cicatrizarea). Boala debutează insidios, cu disfonie și tuse, cărora li se adaugă o dispnee inspiratorie, care se accentuează progresiv. Endoscopic se constată infiltrație albicioasă sau roză. Diagnosticul pozitiv se confirmă prin proba bacteriologică cu depistarea agentului patogen – bacilului *Klebsiella rhinoscleromatis*. Tratamentul este conservativ.

**Tuberculoza nazofaringelui** se întâlnește rar ca afecțiune de sinestătătoare. Mai des este secundară tuberculozei pulmonare. Inocularea are loc prin tuse, mai rar pe cale limfatică sau sangvină. Leziunile produse în nazofaringe sînt variate: simplă congestie, granulații cenușii pe fon roșu edematos, inflamație, ulceratii, cicatrice.. Diagnosticul cert se face prin examen histologic și bacteriologic.

**Sifilisul nazofaringelui.** Conform datelor bibliografice în nazofaringe se întîlnesc manifestări ale sifilisului secundar și terțiar. Sifilisul secundar apare după 6-7 săptămîni de la apariția șancrului dur, iar cel terțiar în termeni diferiți (de la cîteva luni la cîteva ani). Diagnosticul se confirmă prin examen serologic și biologic.

**Amiloidoza nazofaringelui** se întâlnește sub formă generalizată și locală: în faringe, în laringe, trahee, cavitatea nazală, mai rar la baza limbii. În acest proces de sedimentare și depozitare al amiloidului contribuie dereglările neuro-umorale. Se prezintă sub aspectul unor infiltrații galben-roze cu suprafața granulară. În serul sangvin se depistează disproteinemie cu creșterea conținutului globulinelor.

#### C.2.4.5. Criterii de spitalizare

##### Caseta 11. Criterii de spitalizare

Bolnavii cu diagnosticul stabilit de cancer nazofaringian confirmat histologic, fără semne de metastazare la distanță, sînt internați în secțiile de profil pentru tratament radioterapeutic și chimioterapeutic. La necesitate tratament chirurgical.

Bolnavii cu diagnosticul de cancer nazofaringian în baza datelor endoscopice și radiologice fără confirmare morfologică (formă infiltrativă).

Bolnavii cu hemoragii nazale care necesită tamponada căilor respiratorii sau legaturarea arterelor carotide externe.

Bolnavii cu cancer nazofaringian stare după tratament combinat radioterapie și chimioterapie cu focarul primar tratat, avînd metastaze ganglionare cervicale sînt internați în secția Cap și Gît pentru tratament chirurgical.

## C.2.4.6. Tratamentul cancerului nazofaringian

### Caseta 12. Principiile de tratament al cancerului nazofaringian

#### •Aspecte tactice ale tratamentului combinat al cancerului rinofaringelui:

În boala locală (stadiul 0-IIA):

Inițial va fi recomandată radioterapia singură.

Ulterior poate fi considerată chimioterapia (2-3 cure)

În boala loco-regională (stadiul IIB-IVB):

Inițial vor fi recomandate 3 cure de chimioterapie de inducție.

Ulterior va fi recomandată radioterapia în asociere cu chimioterapia.

Poate fi considerată chimioterapia de consolidare (2-3 cure).

Tratamentul chirurgical poate fi considerat pentru adenopatiile, care nu regresează după radioterapie sau care reapar după răspuns clinic complet.

În boala metastatică (stadiul IVC):

Inițial vor fi recomandate cel puțin 3-4 cure de chimioterapie de inducție

Tratamentul medical al acestor pacienți va fi întrerupt după primul ciclu numai în caz de apariție a simptomelor evidente de avansare a maladiei.

Chimioterapia se va administra până la obținerea răspunsului maxim urmat de tratament local (radioterapia) concomitent cu chimioterapia, iar la sfârșit vor fi recomandate încă 2-3 cure chimioterapie.

În caz de avansare a procesului după aplicarea I linii de tratament în prezența indicațiilor respective vor fi recomandate scheme de tratament de linia II, III.

Tratamentul chirurgical poate fi considerat pentru adenopatiile, care nu regresează după radioterapie.

### C.2.4.6.1 Tratamentul radioterapeutic a cancerului nazofaringelui.

#### Caseta 13. Indicații:

Se solicită efectuarea radioterapiei Ca rinofaringian stadiul I, II, III în regim de tratament radical cât de sinestător cât și în combinație cu preparatele chimioterapeutice. Este posibilă efectuarea tratamentului Ca rinofaringelui și în regim paliativ cu aplicarea dozelor zilnice medii și mari cu multifracționarea lor. De asemenea este posibilă combinarea tratamentului cu radioterapia intracavitară.

Aplicarea fluxului de electroni este valabilă în cadrul tratamentului recidivelor cancerului rinofaringelui.

Specificarea dozei.

Daza zilnică de bază, în cadrul radioterapiei tumorilor maligne rinofaringiene este de 2,0 Gy Doza Totală – 60 Gy (în regim de spleet curs). În caz de combinare cu PchTer doza totală poate fi redusă la 50-55 Gy. Dacă se efectuează combinația cu tratament intracavitar doza administrată la acceleratorul liniar v-a fi redusă 35-40 Gy. În general specificarea repartiției dozei în timp v-a fi efectuată în dependență de reacții și efectul clinic obținut.

#### Volumele țintă:

În cadrul tumorilor maligne rinofaringiene volumul țintă necesită cuprinderea următoarelor structuri anatomice: pereții rinofaringelui, Cela turcica, lanțul limfatic retrofaringian și, la primele itape a tratamentului, Inelul limfatic Valdeier.

#### Organele de risc:

Un risc avansat în timpul iradierii prezentă globii oculari. Acestea devin superior actuali atunci când volumul țintă planificat include cavitatea nazală, ce necesită adăugarea câmpului nazal, iar în cadrul tratamentului recidivelor – a câmpurilor maxilare.

#### Doze recomandate pentru organele de risc.

În timpul planificării dozimetrice trebuie de luat în considerație ca globul ocular, ca organ de risc principal să, fie cuprins în cadrul izodozic nu mai mare 10%-20%, doza la curs să constituie nu mai mult de 10,0-15,0 Gy. În timpul includerii câmpurilor nazale, planificarea dozimetrică trebuie efectuată așa ca globul ocular să fie protejat dar sinusul etmoidal să fie supus iradierii și să fie inclus în cadrul izodozei 80%-90%



### C. 4.6.2.Tratamentul chimioterapeutic a cancerului nazofaringelui:

#### Caseta 14.

- Criteriile de spitalizare:

Diagnosticul stabilit morfologic

Prezența indicațiilor pentru tratament specific (chimioterapie, tratament hormonal)

Starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific

Lipsa patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)

Indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

- Indicații pentru chimioterapie:

Poate fi recomandată în tumorile T3-T4, N0

În tumorile cu orice T și N+

În cancerele avansate

În recidivele loco-regionale și recidivele metastatice

- Selectarea chimioterapiei:

#### Scheme de chimioterapie combinată:

ACOP+Pt: Doxorubicin 50 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

Ciclofosfamid 600 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

Vincristin 1,4 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

Prednisolon 1 mg/kg per os timp de 5 zile

Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> intravenos 4 zi fiecare 3-4 săptămâni

CF: Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

5-Fluoruracil 425 mg/m<sup>2</sup> intravenos timp de 5 zile sau

5-Fluorouracil 1000 mg/m<sup>2</sup> intravenos perfuzie continuă timp de 4 zile fiecare 3-4 săptămâni

CBDCA + 5-FU: Carboplatin 300-400 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

5-Fluorouracil 600 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi fiecare 3 săptămâni

PBF: Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

Bleomicin 16 mg/m<sup>2</sup> intravenos timp de 4 zile

5-Fluorouracil 500 mg/m<sup>2</sup> intravenos timp de 4 zile fiecare 4 săptămâni

PEB: Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

Epirubicin 70 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

Bleomicin 16 mg/m<sup>2</sup> intravenos timp de 4 zile fiecare 4 săptămâni

ILF: Ifosfamid 1200 mg/m<sup>2</sup> intravenos + Uromitexan 1200 mg/m<sup>2</sup> intravenos timp de 5 zile

Folinat de calciu 30 mg/m<sup>2</sup> intravenos timp de 5 zile

5-Fluorouracil 425 mg/m<sup>2</sup> intravenos timp de 5 zile fiecare 4 săptămâni

VP: Vinorelbin 25 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1, 8 zi

Cisplatin 80 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi fiecare 3 săptămâni

VAMC: Vincristin 1 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1, 8 zi

Doxorubicin 40 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1, 8 zi

Metotrexat 20 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1, 8 zi

Ciclofosfamid 400 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1, 5, 8 zi fiecare 3-4 săptămâni

VFP: Vinblastin 6 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1, 8 zi

5-Fluorouracil 600 mg/m<sup>2</sup> intravenos 2, 3, 4 zi

Cisplatin 120 mg/m<sup>2</sup> intravenos 6 zi fiecare 4 săptămâni

PC: Paclitaxel 175 mg/m<sup>2</sup> intravenos 3 ore 1 zi

Carboplatin AUC 6 intravenos 1 zi fiecare 3 săptămâni

CAP: Ciclofosfamid 500 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

Doxorubicin 50 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi

Cisplatin 100 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi fiecare 3 săptămâni

#### Monochimioterapie:

Docetaxel 100 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi fiecare 3 săptămâni

Paclitaxel 175-200 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1 zi fiecare 3 săptămâni  
Gemcitabine 1000 mg/m<sup>2</sup> intravenos 1, 8, 15 zi fiecare 4 săptămâni  
Vinorelbine 30 mg/m<sup>2</sup> intravenos o dată pe săptămână  
Metotrexat 40-60 mg/m<sup>2</sup> intravenos o dată pe săptămână  
Topotecan 1,5 mg/m<sup>2</sup> intravenos timp de 5 zile fiecare 3 săptămâni  
Oxaliplatin 130 mg/m<sup>2</sup> intravenos perfuzie 2-6 ore 1 zi fiecare 3 săptămâni  
Irinotecan 350 mg/m<sup>2</sup> intravenos 90 min. 1 zi fiecare 3 săptămâni  
Capecitabin 2500 mg/m<sup>2</sup> per os în 2 prize timp de 14 zile fiecare 3 săptămâni

- Evaluarea eficienței tratamentului chimioterapeutic:

Metodele de evaluare: subiective, fizicale (vizuală, palpate, percuție), radiologice, endoscopice, sonografice, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară, izotopice, biochimice.

- Evaluarea toxicității tratamentului anticanceros:

Se va efectua conform recomandărilor OMS (gradele 0-IV). Pentru evaluare se vor efectua următoarele metode de diagnostic: analiza generală a sângelui + trombocite (o dată pe săptămână), analiza biochimică a sângelui ((glicemia, urea, creatinina, bilirubina, transaminazele ș.a. în funcție de necesitate) înainte fiecărui ciclu de tratament), analiza generală a urinei (înaintea fiecărui ciclu de tratament), ECG ș.a. în funcție de necesitate.

- Contraindicații generale pentru tratamentul specific medical:

Lipsa verificării morfologice a maladiei

Starea generală, ce nu permite efectuarea tratamentului specific

Prezența patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)

Indicii de laborator – în afara limitelor admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

Lipsa acordului pacientului pentru efectuarea tratamentului specific antitumoral

#### C.2.4.6.3. Tratamentul chirurgical a cancerului nazofaringian

**Caseta 15.** Tratamentul chirurgical poate fi considerat pentru adenopatiile, care nu regresează după radioterapie sau care reapar după răspuns clinic complet.

**Intervențiile chirurgicale în metastazele regionale.** În tratamentul chirurgical al cancerului nazofaringian un loc important îl ocupă excizia radicală în teacă a țesutului celular cervical. Se efectuează două tipuri de intervenții chirurgicale: operația Cryle și excizia celulară în teacă.

**Operația Cryle** este indicată în caz de invazie în ganglionii limfatici profunzi sau în metastaze imobile, intim concreșcute cu vena jugulară internă, mușchiul sternocleido-mastoidian, pereții tecii faciale. La baza acestei operații este principiul exciziei unimomentale a țesutului celular în limitele: linia mediană a gâtului, clavicula, marginea anterioară a mușchiului trapezoidal, polul inferior al glandei parotide, marginea inferioară a mandibulei. Se extirpează într-un bloc țesutul celular cu ganglionii limfatici regionali, mușchiul sternocleidomastoidian, vena jugulară internă, glanda salivară submandibulară cu țesutul celular submentonian și submaxilar, polul inferior al glandei parotide.

**Excizie celulară cervicală în teacă facială** este indicată în cazurile de metastazare: 1) ganglionii limfatici tumefiați, mobili, solitari; 2) ganglionii modificați, suspecti; 3) excizia preventivă a țesutului celular.

##### C.2.4.6.3.1 Pregătirea preoperatorie a bolnavilor

**Caseta 16.** Pregătirea preoperatorie va depinde de patologia concomitentă, și dereglările metabolice determinată de ea. Individual se va hotărî în caz de pregătire de lungă durată, ea se va efectua în condițiile secțiilor corespunzătoare ale spitalelor raionale sau în caz de patologie concomitentă severă – în instituțiile republicane de profil

##### C.2.4.6.3.2. Conduita postoperatorie a bolnavilor

**Caseta 17.** Tratamentul postoperator depinde de volumul intervenției chirurgicale. La bolnavii cu intervenții chirurgicale voluminoase (operațiile la căile limfatice cervicale) tratamentul perfuzional se efectuează 10 – 14 zile.

### C.2.4.6.3.3. Complicații în tratamentul chirurgical

#### Caseta 18.

##### I. Imediate

- a) complicații intraoperatorii: hemoragie, șoc hemoragic
- b) hemoragie tardivă: la câteva zile postoperator prin eliminarea sfacelului unor țesuturi necrotice de diverse cauze; hipoxie îndelungată la cei cu insuficiență respiratorie cronică.
- c) serom și hematom subcutan: sursă de sângerare minoră și intermitent, cauza fiind lipsa unui drenaj eficient.

##### II. Tardive

După zile

- a) decolarea lambourilor cutanate (hematom, serom)
- b) sfascel al plăgii
- c) supurarea plăgii
- d) dehiscență de suturi :
  - vicii de tehnică (decolări neglijente)
  - hemostază neglijentă
  - sutură defectuoasă
  - tuse persistentă
  - septicitate buco-faringiană
  - cauze generale: diabet, imunitate scăzută, radioterapie preoperatorie în doze de peste 50 Gy.

### C.2.4.7. Monitorizarea pacienților.

#### Caseta 19

Supravegherea este orientată spre depistarea bolii recidivante sau metastazării.

- Pacienții cu cancer nazofaringian după finisarea tratamentului se află la supravegherea oncologului în policlinica Institutului Oncologic, oncologului raional. Primul an după tratament o dată la 2 luni, al doilea an – o dată la patru luni, al 3-lea an o dată la 6 luni. În următorii ani – o dată în an.
- La fiecare prezentare la consultație în condiții de ambulator se efectuează examenul nazofaringoscopia indirectă, examenul endoscopic a nozofaringelui. Radiografia cutiei toracice, tomografia mediastinului primii 2 ani se efectuează la fiecare 6 luni, ulterior – o dată în an.

## D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<b>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</b>	<b>Personal:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• medic de familie</li> <li>• asistenta medicului de familie</li> <li>• medic de laborator și laborant cu studii medii</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fonendoscop</li> <li>• tonometru</li> <li>• laborator clinic standard.</li> </ul>

<b>D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional)</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medic oncolog</li> <li>• medic ORL</li> <li>• medic de laborator clinic și biochimic</li> <li>• medic funcționalist</li> <li>• medic imagist</li> <li>• asistente medicale</li> <li>• laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic</li> <li>• alți specialiști (la necesitate)</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reflector, oglindă pentru examinarea laringelui</li> <li>• fonendoscop</li> <li>• tonometru</li> <li>• electrocardiograf</li> <li>• cabinet radiologic</li> <li>• laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma, K, Ca, Mg), glucoza sângelui, indicilor coagulogramei</li> <li>• cabinet endoscopic (fibrolaringoscop)</li> </ul>

<p><b>D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulatoriu – policlinica IMSP Institutul Oncologic</b></p>	<p><b>Personal:</b>                  medic oncolog (cap, gât)                  medic imagist                  medic endoscopist                  medic funcționist                  medic morfolog,                  medic citolog,                  medic de laborator clinic și biochimic                  asistente medicale                  laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic, morfologic, citologic</p>
	<p><b>Dispozitive medicale:</b> aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• reflector, oglindă pentru examinarea nazofaringelui</li> <li>• fibrolaringoscop</li> <li>• fonendoscop</li> <li>• tonometru</li> <li>• electrocardiograf</li> <li>• cabinet radiologic</li> <li>• laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma, K, Ca, Mg), glucoza sângelui, indicilor coagulogramei</li> <li>• cabinet endoscopic</li> <li>• laborator patomorfologic,</li> <li>• laborator bacteriologic</li> <li>• aparate pentru iradiere la distanță (Rocus, Teragam)</li> </ul>
	<p><b>Medicamente, consumabile:</b>                  Preparate</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alcool etilic</li> <li>✓ Iodonat</li> <li>✓ Tifon</li> <li>✓ Emplastru</li> <li>✓ Seringi pentru puncție</li> <li>✓ Sticle pentru frotiuri</li> </ul>

<b>D.4. laboratorul tumori cap/gât și microchirurgie al IMSP Institutul de Oncologie</b>	<b>Personal:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medici chirurghi oncologi cap/gât</li> <li>• medici de laborator în biochimie</li> <li>• medici imagiști</li> <li>• medici endoscopiști</li> <li>• medici specialiști în diagnostic funcțional</li> <li>• specialiști morfologi (histologi, citologi)</li> <li>• asistente medicale</li> <li>• laboranți cu studii medii în laboratorul patomorfologic</li> <li>• laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic</li> <li>• laboranți cu studii medii în laboratorul bacteriologic</li> <li>• alți specialiști (la necesitate)</li> </ul>
	<b>Dispozitive medicale:</b> aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fibrolaringoscop</li> <li>• set de instrumentariu ORL</li> <li>• laserdistructor</li> <li>• aspirator</li> <li>• tonometru</li> <li>• fonendoscop</li> <li>• electrocardiograf</li> <li>• ultrasonograf</li> <li>• cabinet radiologic</li> <li>• cabinet endoscopic</li> </ul>
	<b>Medicamente:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Medicamente și consumabile eliberate de farmacie conform prescripțiilor medicale</li> </ul>

## E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul	Indicatorul	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A îmbunătăți diagnosticarea pacienților cu cancer nazofaringian	1.1. Proporția pacienților suspecți la cancer de nazofaringe la care diagnosticul a fost confirmat la prima adresare pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer nazofaringian confirmați pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului specialist (ORL, oncolog) și a medicului de familie pe parcursul ultimului an
2.	A spori depistarea precoce a pacienților cu cancer nazofaringian	2.1. Proporția pacienților cu cancer nazofaringian, care au fost diagnosticați în stadiile inițiale pe parcursul unui an	1.1. Numărul pacienților cu cancer nazofaringian diagnosticați în stadiile inițiale I-II pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului specialist (ORL, oncolog) și a medicului de familie pe parcursul ultimului an
3.	A îmbunătăți tratamentul pacienților cu cancer nazofaringian	3.1. Proporția pacienților cu cancer nazofaringian care au fost supuși tratamentului conform recomandărilor PCM pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer nazofaringian cărora li s-a efectuat tratament conform recomandărilor PCM pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului specialist (ORL, oncolog) și a medicului de familie pe parcursul ultimului an
4	A majora numărul pacienților cu cancer nazofaringian tratați	4.1 . Proporția pacienților cu cancer nazofaringian tratați radical pe parcursul unui an	Numărul pacienților cu cancer nazofaringian tratați radical pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți care se află la evidența medicului specialist (ORL, oncolog) și a medicului de familie pe parcursul ultimului an

## ANEXE

### *Anexa 1 Ghidul pacientului cu cancer nazofaringian*

#### Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați  
Diagnosticul cancerului nazofaringian  
Tratamentul cancerului nazofaringian

#### Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu cancer nazofaringian în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu cancer nazofaringian, dar poate fi util și pentru membrii familiilor acestora, care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și tratament care trebuie să fie disponibile în Sistemul de Sănătate.

#### Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană este afectată de cancer nazofaringian
- ✓ tratamentul cancerului nazofaringian
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu cancer nazofaringian
- ✓ reabilitarea psihologică a pacientului cu cancer nazofaringian

#### Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este cancerul nazofaringian și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

#### Cancerul nazofaringian

Cancerul nazofaringian este un cancer care se dezvoltă în caile respiratorii superioare, sub baza craniului. Prezintă cancere particulare, rar legate de tutun, mai frecvent cu o cauză total diferită, probabil virală, de obicei sînt cancere nediferențiate. Afectează mai des tinerii. Se recunosc mai mulți factori de risc ce stau la originea cancerului: virusul Epstein-Barr, o predispunere genetică, factorii de mediu, mai ales alimentele sărate și condimentate, deasemenea poate apărea și pe fonul unor procese patologice de lungă durată, netratate, numite procese precanceroase, cum ar fi: toate formele de discheratoze ale mucoasei nazofaringelui, procese degenerative-proliferative și modificările țesuturilor în urma cicatrizării (chiloizi) de origine tuberculoase, sifilitice, scleromatoase, posttraumatică ș.a..

Semnele revelatoare a acestui cancer sînt hemoragiile nazale, o obstucție permanentă a foselor nazale, diminuarea auzului de o parte, dureri faciale, cefalee permanentă, apariția ganglionilor limfatici cervicali metastazici. Dacă nu este depistat la timp și tratat, maladia dă metastaze în ficat, plămîni și măduva osoasă, îndeosebi formele nediferențiate.

Principalul tratament al cancerului nazofaringian este radioterapia, dacă maladia este extinsă atunci se aplică chimioterapia sau se aplică un tratament combinat, tratamentul chirurgical se aplică în caz de metastazare în ganglionii limfatici cervicali sau apariția unor complicații care necesită intervenție chirurgicală de urgență (hemoragii). Șansele vindecării acestui cancer sînt mari, dacă este diagnosticat precoce. Vindecarea este însoțită de unele inconveniente, printre care diminuarea de salivă și o uscăciune a gurii, la copii modificări hormonale în legătură cu iradierea hipofizei, și defect al dezvoltării maxilarului.



## **BIBLIOGRAFIE**

1. Gh. Țîbîrnă. *Ghid clinic de oncologie*. Editura „Universul”, 2003.
2. Ghileyan N. *Oncologie generală*. Editura medicală. București, 1992.
3. Пачес А.И. *Опухоли головы и шеи*. М., 1995.
4. Amanda F. Cashen. *Hematology and Oncology Subspecialty Consult*. 2008
5. Цыбырнэ Г.А. *Лечение местно распространенного рака головы и шеи*. Кишинев, Штиинца, 1987.
6. *Онкология*. Под ред. Трапезникова Н.Н. М., Медицина, 1981.
7. Dennis Albert Casciato, Mary C. Territo. *Manual of clinical oncology*, 2009