

World Gastroenterology News.— 2003.— Vol. 8, Is. 2.— P. 21—25.

8. Levin B. - Colorectal Cancer Review - Medscape, 2006
9. Okuno K. Surgical Treatment for Digestiv Cancer. Dig Surg, 2007, 24 (2). 108-114.
10. Ries, Wingo, Miller et al. : The annual report to the nation on the status of cancer; Cancer 88:2398, 2000
11. Robert S. Bresalier – Malignant Neoplasms of the Large Intestine - in Sleisenger&Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 2006
12. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2004 г. // Вестник Российского онкологического научного центра имени Н.Н.Блохина РАМН. Том 17, № 3 (прил. 1), 2006, М., 2006, 132 страницы
13. Хонелидзе Г.Б. Кошуг С.Д. Белев Н.Ф. Заболеваемость раком толстой кишки в Молдавской ССР и ее прогнозирование. Вопр. Онкол., 1983 т. XXXI, №6, 5 С. 86-90.
14. Хонелидзе Г.Б., Кошуг С.Д., Белев Н.Ф. Прогноз заболеваемости раком толстой кишки населения Молдавской ССР на 2000 год.-Здравоохр., 1986, №4, С.1112.

## MANAGEMENTUL DIAGNOSTIC AL CANCERULUI COLORECTAL

Serghei Ștepa

Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### *The diagnostic management of the colorectal cancer*

In the structure of oncological morbidity in Republic of Moldova colorectal cancer has been on the 1<sup>st</sup> place, constituting 28,8‰ (2009) of which 61‰ are advance stages (III - IV).

On the basis of statistical analysis of clinical records of 711 patients from Moldovan Oncological Institute are formulated the basic symptoms of disease and is elaborated the algorithm of diagnostic workshop, that should be performed for early diagnosis in colorectal cancer.

*Key words:* colorectal cancer, morbidity, structure.

### Rezumat

Cancerul colorectal ocupă locul I în structura morbidității oncologice în Republica Moldova constituind 28,8‰ la finele a. 2009, 61,0‰ dintre care se depistează în stadii avansate (III și IV).

Studiul a 711 fișe de observație din IMSP Institutul Oncologic a permis de a concretiza simptomele de bază a maladiei și a elabora un algoritm de diagnostic care va permite îmbunătățirea considerabilă a depistării precoce a cancerului colorectal.

*Cuvinte cheie:* cancer colorectal, morbiditate, structura.

### Actualitatea temei

Cancerul rămâne o problemă de sănătate publică cu un impact uriaș asupra morbidității și mortalității populației.

Cancerul colorectal pe parcursul ultimilor ani menține înțitate în structura morbidității oncologice, constituind 12,8% din tumorile maligne depistate, fiind urmat de cancerul glandei mamare 11,2%, cancerul bronhopulmonar 10,2%, cancerul cutanat 9,7% și cel gastric care pe parcursul anului 2009 a constituit 5,8%.

Prognosticul cancerului colorectal depinde de o multitudine de factori care pot fi grupați în mai multe categorii: factori care țin de stadiul tumorii, factori clinici, factori histopatologici și factori biologici (oncogenetici și moleculari).

Indiscutabil că rezultatele îndepărtate ale tratamentului aplicat sunt direct proporționale cu stadiul în care a fost început tratamentul, calitatea acesuia și posibilitățile organismului de a

suporta tratamentul necesar.

Fără îndoială, cei mai importanți factori pentru prognosticul supraviețuirii îl constituie gradul invaziei tumorale în perete și prezența metastazelor în ganglionii regionali - stadiul în care a fost diagnosticat cancerul colorectal. Evident, cu cât stadiul cancerului de colon sau de rect este mai avansat cu atât speranța de viață este mai mică.

Astfel, dacă în stadiul 0 - TNM supraviețuirea la 5 ani este de peste 95 %, în stadiul IV, când sunt prezente metastazele la distanță, aceasta scade dramatic sub 7%.

Gradul invaziei tumorale a peretelui colonic (T) afectează prognosticul independent de statusul limfoganglionilor regionali (N). Totuși, gradul invaziei peretelui se poate corela în aprecierea prognosticului, cu numărul de ganglioni regionali metastazați. În ediția curentă (a șasea) a stadializării TNM conform AJCC, stadiul II este subîmpărțit în două substadii II A și II B, iar stadiul III este subîmpărțit în substadiile IIIA, IIIB, and IIIC pe baza atât a extensiei tumorale în grosimea peretelui intestinal cât și a numărului de limfonoduli regionali afectați.

Analizând adresabilitatea după stadii în Institutul Oncologic pe parcursul ultimului an, putem concluda, că în stadiul I se adresează 1.7 % - cu cancer rectal și 1.6 % - cu cancer colonic; în stadiul II 30,7 % - cu cancer rectal și 14.1 % - cu cancer colonic, în stadiul III 30,5% - cu cancer rectal și 40,5% - cu cancer colonic și spre regret 30,9 % - cu cancer rectal și 36,6% - cu cancer colonic se adresează în stadiul IV al maladiei, când tratamentul radical practic este imposibil. Reieșind din cele expuse s-a decis de a elabora algoritmul diagnostic și a recomanda o conduită comportamentală cât pentru medici, atât și pentru pacienți.

În urma analizei datelor din literatură de specialitate și a fișelor de staționar al pacienților tratați în IMSP Institutul oncologic, au fost determinați următorii factori clinici cu importanță prognostică:

*Varsta pacientului.* Multe studii au raportat un prognostic nefast la pacienții tineri cu neoplasm colorectal. Totuși, numai aproximativ 3 % dintre carcinoamele colorectale apar la pacienți cu vârsta sub 30 de ani, iar dintre aceștia doar 11 % au stări precanceroase în antecedente cum ar fi polipoza adenomatoasă familială sau colita ulcerativă.

Bolnavii tineri se pare că au un prognostic rezervat datorită prezenței mai frecvente a unor tumori slab diferențiate cu un grad înalt de malignitate (53% la tineri față de 20% în loturile neselectate după vârstă). Majoritatea acestor pacienți tineri se prezintă într-un stadiu avansat datorită diagnosticării tardive, gradului slab de diferențiere tumorale și prezenței în număr mare a celulelor tumorale mucosecretante și „în inel cu pecete”, care induce la un prognostic rezervat. Oricum, la analiza supraviețuirii corelată cu stadiul cancerului colorectal, nu se constată diferențe semnificative în prognosticul grupelor tinere de vârstă. [3].

La bolnavii cu vârste peste 70 de ani prognosticul este influențat negativ de rata scăzută a rezecabilității datorită stadiului avansat și/sau patologiei concomitente, dar și datorită mortalității postoperatorii mai ridicate; în ultima perioadă însă, s-a raportat și la aceste grupe de vârstă o îmbunătățire a prognosticului datorită schemelor moderne de tratament.

*Sexul.* Cele mai multe studii statistice atribuie un prognostic mai bun femeilor cu cancer colorectal, la fel ca și pentru alte localizări ale cancerului [2].

*Obstrucția și perforația.* Ocluzia intestinală cronică în deosebi cea acută și perforația tumorii înrăutățesc semnificativ supraviețuirea în neoplasmelor colorectale, unele studii apreciindu-le ca factori de prognostic independenți de stadiul tumorii [4]. Asocierea acestor doi factori care influențează negativ prognosticul la aceiași pacienți face ca, după unele studii, supraviețuirea la 5 ani să scadă la doar 6% [2], iar recidiva bolii după rezecție să fie crescută [1].

În condiții de chirurgie de urgență, cum se întâmplă în cazul tumorilor obstructive cu ocluzie intestinală, se consideră că numai la 50% din pacienții operați poate fi efectuată intenție curativă, morbiditatea și mortalitatea postoperatorie fiind evident mai mare față de operațiile programate. Chiar dacă se poate efectua o chirurgie oncologică „curativă” supraviețuirea la 5 ani în aceste cazuri este rareori mai mare de 30% [2].

În cazul tumorilor maligne colorectale perforate în cavitatea peritoneală, aceasta este însoțită cu celule tumorale, ceea ce face ca gestul terapeutic chirurgical să nu mai poată fi

considerat curativă și prin aceasta, speranța de supraviețuire este diminuată considerabil. Pe un lot de 99 de cazuri cu perforație tumorală liberă sau acoperită s-a constatat o supraviețuire la 5 ani de 41,4 % pentru sublotul de 58 pacienți cu perforație acoperită, și de numai 7,3% pentru cei 41 pacienți cu perforație liberă [2].

*Sediul tumorii primare.* Sunt opinii diferite cu privire la modul în care localizarea cancerului colorectal pe diverse segmente ale intestinului gros ar influența sau nu, supraviețuirea.

Un studiu arată că localizarea cancerului sub a peritoneu pe rect (rectul subperitoneal) ar diminua supraviețuirea la 5 ani comparativ cu localizările deasupra acestei reflexii (rectul intraperitoneal) și pe colon [5]; deci cancerul de rect ar avea un prognostic mai nefast decât cancerul de colon. S-ar părea că localizările pe colonul drept ar avea un prognostic mai pesimist decât cele la nivelul colonului stâng, supraviețuirea fără recidivare la 3 ani după tratament chirurgical fiind mai mare cu 2-14 % pentru cancerul colonului stâng comparativ cu cele localizate pe colonul drept [4], faptul se lămurește prin disecția mai dificilă tehnic a bazinelor limfatice de metastazare de la nivelul originii arterei mezenterice superioare.

*Pronunțările clinice.* Conform datelor Mogoș D, Păun M. 2000 programele de screening pentru cancerul colorectal au arătat că tumorile diagnosticate la pacienții asimptomatici sunt mai puțin avansate și au un prognostic mai bun. Supraviețuirea de 5 ani este mai bună la acești pacienți - 71%, comparativ cu pacienții cu o simptomatologie pronunțată - 49%, fapt lămurit prin ceea ce simptomatologia apare la tumorile avansate și este mai mult caracteristică complicațiilor apărute pe fondul tumorii maligne [6].

Corelându-se procentajul supraviețuirii peste 5 ani cu semnele clinice predominante, Copeland et al. găsește următoarele date: 37% - anemie, 35% - tumoră palpabilă, 24% - semne de obstrucție [2]. Este logic că atunci când sunt prezente complicațiile și/sau cancerul este depistat în stadiu avansat este afectat atât prognosticul imediat postoperator cât și supraviețuirea la distanță.

*Durata simptomatologiei.* Unii autori au raportat în trecut, la pacienții cu o simptomatologie mai lungă de 6 luni o rată de supraviețuire la 5 ani mai ridicată, posibil datorită creșterii mai lente a tumorii [7].

Totuși, numeroase studii mai recente au arătat că nu există o corelație între durata scurtă a simptomatologiei și o îmbunătățire a supraviețuirii postoperatorii și nici între o suferință clinică de mai lungă durată și o agravare a prognosticului la distanță [2]. Se poate presupune că o simptomatologie mai scurtă ar trăda o tumoră mai agresivă, pe când o simptomatologie îndelungată ar fi mai caracteristică unor tumori mai puțin virulente, deci cu un posibil prognostic mai bun; însă trialurile randomizate, cu analize multivariate corelate cu stadiul neoplaziei colorectale, nu au arătat nicio asociere între durata simptomelor și supraviețuire [8].

*Rectoragia.* Rectoragia asociată cu cancerul colorectal, spre deosebire de complicațiile acute cum ar fi obstrucția sau perforația, se corelează cu un prognostic mai bun, posibil datorită faptului că duce la alarmarea pacientului cu diagnostic și tratament mai precoce. Un studiu statistic efectuat pe un lot de 267 cazuri de cancer de colon drept, constata că supraviețuirea la 5 ani a fost de 54% pentru pacienții care prezentau clinic hemoragie, 28% pentru cei cu obstrucție și doar 11% pentru cei cu perforație [2].

*Transfuziile de componente sanguine perioperatorii.* Administrarea de sânge perioperator este asociată conform unor autori cu creșterea ratei de recidivă, reducând intervalul de supraviețuire fără progresarea maladiei, sau chiar cu scăderea supraviețuirii totale. Se crede că, de fapt, sunt responsabile pentru aceasta motivele pentru care a fost necesară transfuzia de sânge. Totuși se poate deduce că trebuie acordată o atenție mai mare faptului de a nu recurge la transfuzii de sânge perioperatorii decât dacă acest lucru este considerat indicație absolută.

Alt grup de factori importanți în prognosticul cancerului colorectal îl constituie factorii histopatologici (Morfologia tumorii cu gradul de diferențiere a acesteia; afectarea metastatică a ganglionilor limfatici regionali și numărul de ganglioni afectați). Aceste sunt în strânsă concordanță cu clasificarea stadială TNM.

Majoritatea pacienților cu cancer colorectal pînă a se adresa în instituții specializate la

tratament sunt tratați la locul de trai pentru maladii cornice așa cum colecisto-pancreatita cronică, gastrita cronică, colite cornice și cel mai des de hemoroizi cronici fără investigarea colonului și rectului, în unele cazuri fără un banal tușeu rectal.

### **Scopul studiului**

A elabora un algoritm diagnostic pentru medicii de familie și medici specialiști pentru ameliorarea diagnosticului precoce al cancerului colorectal.

### **Materiale și metode**

Au fost analizate fișele medicale și anamneza la pacienții tratați în IMSP Institutul Oncologic pe parcursul anului 2009 (711 pacienți).

### **Rezultatele obținute**

Cele mai dese simptome incipiente pentru cancerul colorectal au fost dereglarea pasajului intestinal 74% %, constipații – 32%, diaree 42%, eliminări mucosangvinolente în 67% și alte simptome mai rar întâlnite ca anemie, anorexie și foarte rar durerea ca simptom incipient.

Bolnavii cu acuzele susnumite se adresează la medicul de familie, fiind investigați preponderant pentru a exclude o maladie cronică, ignorând vigilența oncologică, perzând momentul oportun pentru începerea tratamentului timpuriu.

Ca rezultat al acestui fapt mortalitatea prin cancer colorectal pe anul 2009 a constituit 28,8‰ ce constituie 750 de decese, iar supraviețuirea generală de 5 ani a constituie 46,4% pentru cancerul colonic și 43,6% pentru cel rectal.

Întru diagnosticarea sau excluderea maladiilor oncologice a rectului și colonului a fost elaborat următorul algoritm de diagnostic la toate nivelele ale sistemului ocrotirii sănătății de la nivelul de medicină primară până la nivelul de asistență medicală terțială:

1. Anamneza minuțioasă a debutului maladiilor.
2. Anamneza ereditară, ce tine de maladii oncologice pentru a exclude simptomele ereditare: Linci I și Linci II, polipoza difuză și alte maladii precanceroase.
3. Examinarea clinică din partea tractului digestiv: palparea, percuția, auscultarea.  
La aceste manipulări poate fi polpată însuși tumoarea, sau clinic poate fi detremată prezența unei inflamații paratumorale care în majoritatea cazurilor este prezentă în tumoările maligne. Percuția poate să ne demonstreze balonarea regională a unor părți ale colonului comparative cu părțile distale. Auscultația ne demonstrează prezența unei hiper-peristaltism sau aprecierea zgomotului de picături în cădere, care de asemenea necesită efectuarea controlului amănunțit al tractului gastrointestinal.
4. Efectuarea tușeului rectal în deponență de poziția pacientului ne permite depistarea tumorilor rectale până la nivelul de 11-12 cm. Însă, amprente de pe mână pot argumenta necesitatea unei investigații ale intestinului (urme de sînge, mucozități sau produse alimentare în digestive incompletă).
5. La prezența suspjecției unei maladii colorectale pacientul necesită a fi îndreptat la medicul specialist proctolog sau chirurg pentru examinarea la următorul eșalon al sistemului medical, unde obligatoriu este indicate RRS, colonoscopia sau irgoscopia, reieșind din posibilitățile diagnostic ale policlinicii rationale. Întru minimalizarea cheltuielilor este recomandabil de efectuat biopsia cu îndreptarea materialului colectat la laboratorul morfopatologic, iar în cazul investigației radiologice aceasta să includă toate porțiunile colonului și rectului.
6. După consultația medicului specialist, în dependență de rezultatele investigațiilor, se stabilește sau se suspectă diagnosticul de maladie precanceroasă sau cancer colorectal și pacientul este îndreptat la centrală consultativă al IMSP IO pentru tratament combinat și complex. Iar în cazul excluderii maladiilor oncologice se aplică tratament al maladiilor depistate la locul de trai sau la alte Instituții republicane de profil corespunzător.

7. La nivelul instituției terțiale se aplică tratament combinat și complex în conformitate cu protocoalele clinice Naționale și standardele de tratament ale cancerului colorectal

### **Discuții**

Creșterea continuă a incidenței cancerului colorectal a dublat numărul de bolnavi tratați pentru maladia dată. Concomitent cu mărirea numărului bolnavilor crește și numărul pacienților depistați în stadiile avansate, care au un prognostic rezervat pentru supravegherea acestora.

Implementarea screeningului (hemocult test) posibil pentru cancerul colorectal în Republica Moldova la momentul actual este destul de rezervat din motivul costului executiv al acestuia și din motivul social. Acest argument poate fi explicat prin faptul că în regiunile rurale lipsește sistemul de canalizare și apeduct centralizat. Până în prezent viceurile în majoritatea localităților sunt în afara casei unde lipsesc condițiile igienice elementare, ce nu permite nici vizualizarea ordinară a excrimentelor la prezența sîngelui și mucozităților.

Algoritmul de diagnosticare va permite cu cheltuieli materiale minime diagnosticarea precoce a maladii, mărind astfel vigilența oncologică. Acest fapt va majora supravețuirea generală a acestei categorii de bolnavi și desigur va crește prevalența.

### **Concluzii**

1. Depistarea precoce al cancerului colorectal poate fi ameliorată, prin îndeplinirea recomandărilor standartelor și protocoalelor clinice de diagnostic și tratament ale acestor maladii.
2. Includerea efectuării a hemocult testului la persoanele de la vîrsta de 50 ani, vor ameliora indicii depistării precoce și nemijlocit, rezultatele supraviețuirii ale pacienților cu cancer colorectal.
3. Elucidarea factorilor cancerigeni, simptomelor precoce ale cancerului colorectal și profilaxia primară cu mediarizarea acestora în populație va spori vigilența oncologică, mărind adresabilitatea și va micșora rata stadiilor avansate.
4. Executarea algoritmului diagnostic și curativ pentru cancerul colorectal, va permite excluderea erorilor în diagnostic și va micșora intervalul de timp de la apariția primelor simptome pînă la aplicarea tratamentului radical.

### **Bibliografie**

1. Bresalier R. Malignant Neoplasms of the Large Intestine, In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, editors. *Gastrointestinal and Liver Disease (Pathology / Diagnosis / Management)*. Philadelphia, London, New York: Saunders; 2002, p. 2215-2263.
2. Mogoș D, Păun M. Prognosticul cancerului de colon. In: Mogoș D, Vasile I, editors. *Cancerul de colon*. Craiova: Editura Aius; 2000. p. 503-519.
3. Umpleby HC, Williamson RC. Carcinoma of the large bowel in the first four decades. *Br J Surg*. 1984; 71(4): 272-277.
4. Wolmark N, Wieand HS, Rockette HE, Fischer B, Glass A, Lawrence W, Lerner H, Cruz AB, Shibata D. The prognostic significance of tumor and location and bowel obstruction in Dukes' B and C colorectal cancer: Findings from the NSABP clinical trials. *Ann Surg*. 1983; 198(6): 743-752.
5. Freedman LS, Macaskill P, Smith AN. Multivariate analysis of prognostic factors for operable rectal cancer. *Lancet*. 1984; 2(8405): 733-736.
6. Beahrs OH, Sanfelippo PM. Factors in the prognosis of colon and rectal cancer. *Cancer*. 1971; 28(1): 213-218.
7. Pescatori M, Maria G, Beltrani B, Mattana C. Site, emergency, and duration of symptoms in the prognosis of colorectal cancer. *Dis Colon Rectum*. 1982; 25(1): 33-40.
8. Chapuis PH, Dent OF, Fisher R, Newland RC, Pheils MT, Colquhoun K.. A multivariate analysis of clinical and pathological variables in prognosis after resection of large bowel cancer. *Br J Surg*. 1985; 72(9): 698-702

9. Ju JH, Chang SC, Wang HS, Yang SH, Jiang JK, Chen WC, Lin TC, Hung Hsu, Wang FM, Lin JK. Changes in disease pattern and treatment outcome of colorectal cancer: a review of 5,474 cases in 20 years Int J Colorectal Dis. 2007 Mar 28

10. Fenton JJ, Cai Y, Weiss NS, Elmore JG, Pardee RE, Reid RJ, Baldwin LM. Delivery of cancer screening: how important is the preventive health examination? Arch Intern Med. 2007 Mar 26;167(6):580-5

## **ASPECTE MEDICO-SOCIALE A PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ DIN RAIONUL HÎNCEȘTI**

**Alexandra Cornei**

Școala de Management în Sănătate Publică USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### ***The medical and social aspects of the patients with tuberculosis from district Hincesti***

At the moment tuberculosis presents a major priority for the public health. According to the statistics the epidemiological situation of tuberculosis in the region of Hincesti, though having a stabilization character, is still at a high level.

In this work the medical and social aspects of patients with tuberculosis from district Hincesti are discribed. Lies on the family doctor and on the patient itself through changing his attitude towards his own health.

### **Rezumat**

La momentul actual tuberculoza prezintă o prioritate majoră a sănătății publice.

Conform rezultatelor datelor statistice situația epidemiologică a tuberculozei în raionul Hîncești deși poartă un caracter de stabilizare, se menține la un nivel înalt.

În acest articol sunt evidențiate aspectele medico-sociale a pacienților cu tuberculoză în raionul Hîncești. O importanță deosebită în realizarea problemei abordate îi revine rolului medicului de familie și a pacientului prin schimbarea comportamentului față de sănătatea proprie.

### **Actualitatea temei**

Tuberculoza constituie o problemă majoră de sănătate publică atât pentru Republica Moldova cât și pentru sistemul de sănătate a raionului Hîncești

Tuberculoza se consideră boală infecțioasă vindecabilă pulmonară. Depistarea precoce a pacienților infectați cu tuberculoză și tratarea corectă, duce la vindecare fără consecințe la marea magoritate a bolnavilor. Importanța studierii tuberculozei rezultă din impactul epidemiologic, social, medical și economic. Importanța medicală și socială a maladiei se explică prin dinamica răspîndirii, gradul de afectare a sănătății, precum și prin povara produsă de tuberculoză asupra indiviziiilor infectați și societății în întregime. [5, 10].

Asistența medicală pacienților ce suferă de tuberculoză în raion este acordată de medicul ftziopulmonolog și de către lucrătorii din AMP în conformitate cu obiectivele și strategiile Programului Teritorial de Control și Profilaxie Tuberculozei pentru anii 2006-2010.

Direcțiile principale întru realizarea Programului Tertorial de Control și Profilaxie a Tuberculozei în raionul Hîncești pentru perioada anilor 2006- 2010 sunt : perfecționarea și optimizarea controlului și profilaxiei tuberculozei, elaborarea măsurilor de prevenire a formării chimiorezistenței și a măsurilor în scăderea incidenței, invalidității, mortalității prin tuberculoză

S-a amplificat gradul de conștientizare și responsabilitate a factorilor de decizie