

**MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA**



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛDOVA**

CANCERUL CAVITĂȚII BUCALE

Protocol clinic național

PCN-160

Cuprins

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT.....	3
PREFAȚĂ.....	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	3
A.1. Diagnosticul.....	3
A.2. Codul bolii ICD-O C00, C02-06.....	3
A.3. Utilizatorii.....	3
A.4. Scopurile protocolului.....	3
A.5. Data elaborării protocolului.....	4
A.6. Data următoarei revizuirii.....	4
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului.....	4
A.8. Definițiile folosite în document.....	5
A.9. Informație epidemiologică.....	5
B. PARTEA GENERALĂ.....	6
B.1. Nivel de asistență medicală primară.....	6
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog - nivel raional și municipal; republican-Policlinica IMSP Institutul Oncologic).....	7
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic).....	8
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ.....	10
C 1.1. Algoritmul de diagnostic în cancerul cavității bucale.....	10
C 1.2. Algoritmul de tratament al cancerului cavității bucale.....	11
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR.....	12
C.2.1. Clasificarea.....	12
C.2.2. Factorii de risc.....	13
C.2.3. Profilaxia.....	13
C.2.3.1. Profilaxia primară.....	13
C.2.3.2. Profilaxia secundară.....	13
C.2.4. Conduita pacientului cu cancer al cavității bucale.....	13
C.2.4.1. Anamneza.....	14
C.2.4.2. Examenul clinic.....	14
C.2.4.3. Investigațiile paraclinice.....	17
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial.....	17
C.2.4.5. Criterii de spitalizare.....	19
C.2.4.6. Tratamentul.....	19
C.2.5. Pregătirea preoperatorie.....	20
C.2.5.1. Intervenția chirurgicală.....	20
C.2.5.2. Conduita postoperatorie.....	20
C.2.5.3. Evoluția și pronosticul.....	20
C.2.5.4. Supravegherea pacienților.....	20
C.2.6. Stările de urgență.....	21
C.2.7. Complicațiile.....	21
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	21
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	21
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator.....	22
D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulator Policlinica IMSP Institutul Oncologic.....	22
D.4. Instituția de asistență medicală specializată IMSP Institutul Oncologic.....	23
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	22
ANEXĂ.....	24
Anexa: Ghidul pentru pacientul cu cancer al cavității bucale.....	24
BIBLIOGRAFIE.....	26

Abrevierile folosite în document

RT	Radioterapie
PCT	Polichimioterapie
ORL	Otorinolaringolog

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, constituit din reprezentanți ai IMSP Institutul Oncologic, în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind cancerul cavității bucale și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea Ministerului Sănătății al RM pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Cancerul cavității bucale

Exemple de diagnostic clinic: Cancer al buzei inferioare T1NoMo, st I
 Cancer al buzei superioare N1NoMo, st I
 Cancerul limbii T1NoMo, st I
 Cancerul planșeului bucal T1NoMo, st I
 Cancerul mucoasei obrazului T1NoMo, st I
 Cancerul gingiei inferioare T1NoMo, st I
 Cancerul gingiei superioare T1NoMo, st I
 Cancerul palatului dur T1NoMo, st I

A.2. Codul bolii ICD-O C00, C02-C06

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, stomatologi, ORL, oncologi);
- instituțiile/secțiile consultative (stomatologi, ORL, oncologi);
- secțiile specializate ale IMSP Institutul Oncologic (oncologi, radiologi, chimioterapeuți).

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

A.4. Scopurile protocolului:

1. A facilita diagnosticul cancerului cavității bucale și a spori calitatea examinării clinice și paraclinice a bolnavilor.
2. A spori depistarea precoce a pacienților cu cancer al cavității bucale.
3. A contribui la scăderea ratei malignizării tumorilor benigne și stărilor precanceroase prin depistarea acestora și tratamentul oportun.
4. A spori calitatea tratamentului cancerelor cavității bucale.
5. A majora numărul pacienților vindecați de cancer al cavității bucale

A.5. Data elaborării protocolului: anul 2012

A.6. Data revizuirii următoare: anul 2014

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

Numele	Funcția
Dr. Gheorghe Țibîrnă, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, academician al AȘM Tel. 852376	Vicedirector pe știință al IMSP IO, conducătorul laboratorului științific tumori cap și gât și microchirurgie
Dr. Clim Constantin, doctor în științe medicale, Tel. 852387	Cercetător științific coordonator, laboratorul tumori cap și gât și microchirurgie

Protocolul a fost discutat aprobat și contrasemnat:

Denumirea	Numele și semnătura
Comisia științifico-metodică de profil „Hematologie și Oncologie”	Semnat
Consiliul Științific al Institutului Oncologic	Semnat
Asociația medicilor de familie din RM	Semnat
Consiliul de experți al MS	Semnat
Agenția Medicamentului	Semnat
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	Semnat
Compania Națională de Asigurări în Medicină	Semnat
Specialist Principal al MS în farmacolgie clinică	Semnat
Specialist Principal al MS în medicina de familie	Semnat

A.8. Definițiile folosite în document

Cancerul cavității bucale (orale) este un proces malign, care se dezvoltă din celula epitelială cu informația genetică schimbată într-un anumit fel, ce provoacă divizarea ei necontrolată și creșterea cu afectarea țesuturilor sau organelor sănătoase din jur.

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

A.9. Informație epidemiologică

Cancerul cavității bucale reprezintă aproximativ 5% din totalul tumorilor maligne, dar ocupă un loc important în patologia oncologică datorită anumitor caractere clinice și evolutive, unei largi game de tipuri morfologice, metodelor de tratament foarte diversificate și prognosticului diferit al fiecărei localizări în parte. În structura tumorilor maligne ale capului și gâtului cancerul cavității orale ocupă al doilea loc după cancerul laringian și este a 8-a tumoare malignă întâlnită ca frecvență. Incidența cancerului cavității bucale la 100000 populație este de 10,5 la bărbați și 1,7 – la femei, adică la bărbați se dezvoltă de 5-7 ori mai frecvent ca la femei. Mai des se îmbolnăvesc persoanele în vîrstă de 60-70 ani, dar se întâlnește și la persoane tinere.

Aproximativ 80% din afecțiunile maligne ale cavității bucale sunt reprezentate de carcinoame pavimentoase spinocelulare. Carcinoamele cu celule de tranziție și limfoepitelioamele alcătuiesc un grup mai restrîns.

Cancerle cavității bucale pot fi împărțite, în funcție de localizare și în ordinea frecvenței clinice, în:

I - Cancerul buzelor;

II - Cancerul porțiunii mobile a limbii, adică ale celor 2/3 anterioare, situate înaintea Vălului lingual, sau limba orală;

III - Cancerul planșeului bucal;

IV - Cancerul mucoasei bucale, sau jugale;

V - Cancerul gingiei inferioare;

VI - Cancerul gingiei superioare;

VII – Cancerul palatului dur.

Ca factori etiologici au fost incriminați: fumatul, alcoolul, unele particularități de regim alimentar, iritațiile din cavitatea bucală, expunerea prelungită la acțiunea razelor solare, vântului și frigului pentru cancerul buzelor. În 42% din cazuri bolnavii cu cancer al cavității bucale au prezentat în antecedente: leucoplazii, hipercheratoze, papiloame, granuloame sau fisuri cronice. Pe lângă factorii cauzali menționați, igiena deficitară a cavității bucale, prezența dinților cariati și resturilor radiculare pot favoriza, prin traumatisme repetate, apariția cancerului la acest nivel. În unele cazuri ca factor etiologic al cancerului acestei localizări se constată obiceiul de a mesteca diferite mixturi de tutun și alte ingrediente (nuca de Areca, var stins etc.) sau practica de a întrerupe fumatul, prin introducerea capătului aprins al țigării în gură.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivelul instituțiilor de asistență medicală primară

Descriere (măsurile)	Motivele (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C.2.3.1.	Micșorarea riscului de dezvoltare a cancerului prin punerea la dispoziție a informației despre factorii implicați în provocarea malignizării: <ul style="list-style-type: none"> • Fumatul este factor favorizant în 90% de cazuri; • Consumul cronic de alcool; • Iritațiile din cavitatea bucală; • Igiena orală deficitară; • Factorii nocivi a mediului; • Bărbați după vârsta de 45 ani. 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață; • Combaterea tabagismului, • Evitarea consumului abuziv de alcool (casetele 2,3).
1.2. Profilaxia secundară C.2.3.2.	Procesele benigne și precanceroase netratate contribuie la malignizare.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Trimiterea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la medicul stomatolog, ORL, oncolog și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de acești specialiști (casetă 4).
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea patologiei tumorale a cavității bucale C.1.1. C.2.4.1. C.2.4.2.	Evidențierea simptomelor ce permit identificarea cazurilor suspecte de tumoare a cavității bucale.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetele 5,6,7) • Examenul clinic (casetă 8) • Investigațiile paraclinice recomandabile (casetă 9).
2.2. Deciderea consultului medicului specialist C.2.3.2.	Bolnavul cu suspiciune la cancerul cavității bucale este necesar de a fi trimis la oncologul raional pentru efectuarea investigațiilor, prevăzute în protocolul clinic național.	<ul style="list-style-type: none"> • Toți bolnavii, la care s-a suspectat patologia tumorală a cavității bucale sunt trimiși la stomatolog și oncologul raional (casetă 4).
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul simptomatic medicamentos	Tratamentul se efectuează conform recomandărilor centrului de oncologie	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul se efectuează conform recomandărilor medicului specialist și oncologului.
4. Supravegherea C.2.5.4.	Monitorizarea rezultatelor tratamentului radical și de recuperare efectuat și depistarea precoce a eventualelor recidive și metastaze.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea se face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor Institutului Oncologic (casetă 16)

B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator, inclusiv stomatologică

Descriere (măsuri)	Motivele (repere)	Pașii (modalități și condiții de realizare)
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C.2.3.1.	Reducerea numărului de cazuri de apariție a cancerului cavității orale prin excluderea factorilor cancerigeni cunoscuți (fumatul, abuzul de alcool, lipsa igienei bucale etc)	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață, igienei cavității orale; • combaterea tabagismului, • evitarea consumului abuziv de alcool (casetele 2,3).
1.2. Profilaxia secundară C.2.3.2.	Prevenirea malignizării proceselor benigne și precanceroase (hiperplaziile gingivomucoase) prin aplicarea tratamentului oportun.	Obligatoriu: Trimiterea pacienților cu patologii benigne și stări precanceroase la medicul stomatolog, ORL, oncolog și supravegherea în cadrul tratamentului indicat de către acești specialiști (casetă 4).
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer al cavității bucale C.1.1. C.2.4.	Semnele timpurii permit suspectarea cancerului cavității bucale la persoanele, care acuză leziuni la nivelul mucoasei, dureri în gură, prezența ganglionilor limfatici cervicali în creștere.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetă 5,6,7) • Examenul clinic (casetă 8) • Investigațiile paraclinice (casetă 9) • Examenul radiologic • Colectarea materialului pentru citologie și biopsie • Investigațiile pentru determinarea extinderii leziunii tumorale (casetă 9) • Diagnosticul diferențial (casetele 10, 11).
2.2. Deciderea consultului specialistului și/sau spitalizarea C.2.3.2.	Selectarea tratamentului optim permite obținerea celor mai bune rezultate.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Recomandarea consultației specialistului oncolog pacienților cu cancer al cavității orale. Recomandat: <ul style="list-style-type: none"> • Consultația altor specialiști în dependență de necesitate. • Aprecierea necesității spitalizării (casetele 12,17).
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul C.2.4.6. C.2.5.	Asigurarea volumului necesar de tratament, optimizat în dependență de localizarea și exinderea leziunii tumorale.	Obligatoriu: Tratamentul pacienților se realizează în staționarul IMSP Institutului Oncologic (secția chirurgie cap/gât și microchirurgie, secția radioterapie, secția chimioterapie), (casetele 13,14,15).
4. Supravegherea C.2.5.4.	Scopul supravegherii este monitorizarea tratamentului indicat de oncolog, 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 (1dată la 2 luni primul an după tratament; 1dată la 4 luni – anul 2; 1dată la 6 luni – anul 3 și 1dată în an – ulterior), (casetă16).

B.3. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)

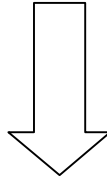
Descriere (<i>motive</i>)	Motivele (<i>repere</i>)	Pașii (<i>modalități și condiții de realizare</i>)
<p>1. Spitalizarea C.2.4.5.</p>	<p>Optimizarea terapiei și asigurarea volumului necesar de tratament complex al cancerului cavității orale.</p>	<p>Criterii de spitalizare în secții de profil</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prezența formațiunii tumorale în organele cavității orale. • Starea generală a bolnavului să permită efectuarea tratamentului special: chirurgical, radiologic, combinat sau chimioterapiei. • Hemoragie, asfixie. (casetele 12,17).
<p>2. Diagnostic</p>		
<p>2.1. Confirmarea diagnosticului cancerului cavității bucale C.1.1. C.2.1. C.2.4.</p>	<p>Determinarea diagnosticului pozitiv și gradului de răspândire a cancerului cavității bucale permit efectuarea tratamentului adecvat.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetele 5,7) • Examenul clinic (casete 8) • Investigațiile paraclinice (casete 9) <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigații recomandate (casetele 1,6,9) • Consultația altor specialiștilor după necesitate.
<p>3. Tratamentul</p>		
<p>3.1. Tratamentul chirurgical. 3.2. Radioterapia. 3.3. Crioterapia. 3.4. Polichimioterapie C.1.2. C.2.4.6. C.2.5.</p>	<p>Tratamentul cancerului cavității orale are un caracter complex și se efectuează în dependență de localizarea și extinderea leziunii tumorale și prevede vindecarea cu prelungirea duratei vieții bolnavilor.</p>	<p>Obligatoriu</p> <ul style="list-style-type: none"> • În stadiile I, II - se efectuează radioterapie, rezecție parțială de organ, crioablația tumorii. • În stadiul III - radioterapie + operație. • Stadiul IV - PChT (casete 13,14,15,17,18)
<p>4. Externare cu trimitere la medicul de familie, oncologul raional pentru continuarea tratamentului și supravegherea bolnavului. C.2.5.4.</p>	<p>Asigurarea condițiilor de reintegrare eficientă a pacientului în societate cu revenirea în câmpul de muncă</p>	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosticul exact, detaliat; • rezultatele investigațiilor; • tratamentul efectuat; • recomandări pentru oncologul raional și medicul de familie privind condițiile de urmărire medicală eficientă în continuare (casete 16); • recomandări explicite pentru pacient.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C 1.1. Algoritmul de diagnostic în cancerul cavității bucale

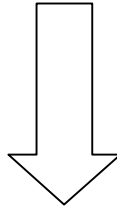
I. Suspectarea cancerului cavității bucale

Anamneza, inspecția, palpația



II. Confirmarea cancerului cavității bucale

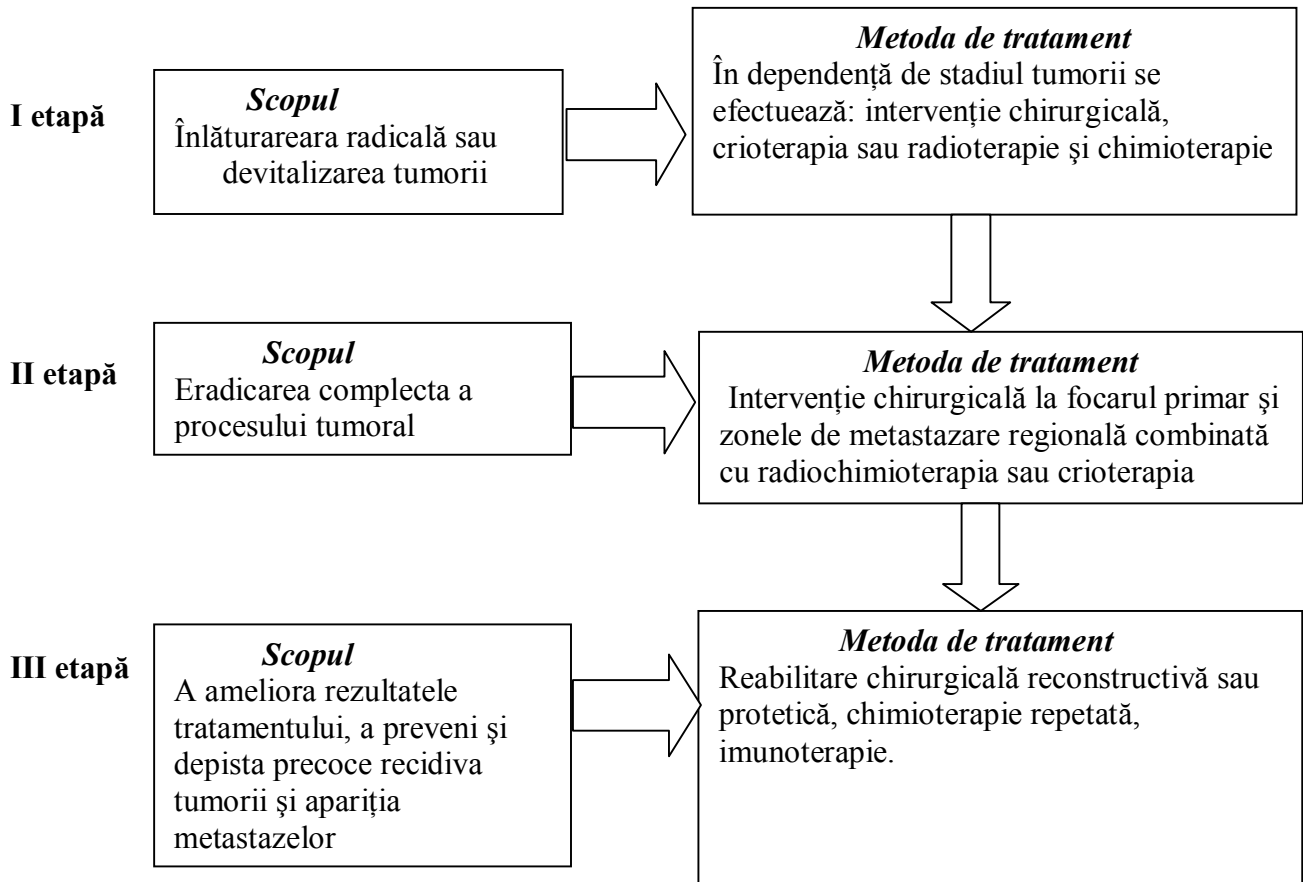
- Examenul clinic (vizual și digital)
- Examenul radiologic.
- Colectarea materialului pentru biopsie.
- Examenul citologic și histopatologic.



III. Determinarea gradului de extindere a cancerului cavității bucale (stadiul clinic)

- Investigația clinică care cuprinde totalitatea examenelor clinice (anamneza, examenul fizic loco-regional etc.)
- Investigații paraclinice de laborator, metode imagistice, endoscopice, radioizotopice etc.

C 1.2. Algoritmul de tratament al cancerului cavității bucale



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1 . Clasificarea cancerului cavității bucale

Clasificarea clinică TNM pentru buze este următoarea:

- *T – Tumora primară*

Tis – Carcinom preinvaziv (in situ).

To – Tumora primară nu este decelabilă.

T1 – Tumoră limitată la buză; 2cm sau mai puțin în dimensiunea ei cea mai mare.

T2 – Tumoră limitată la buză; mai mare de 2cm, dar care nu depășește 4 cm.

T3 – Tumoră limitată la buză; mai mare de 4 cm.

T4 – Tumoră care depășește buza și invadează structurile învecinate (os, limbă, piele).

Tx – Nu există date asupra tumorii primare.

- *N – Ganglionii limfatici regionali.*

No – Fără semne clinice de interesare a ganglionilor limfatici regionali.

N1 - Ganglion unic homolateral, clinic invadat, sub 3 cm în diametru.

N2 - Ganglion unic clinic invadat ipsilateral între 3 - 6 cm sau ganglioni multipli sub 6 cm.

N3 - Ganglioni masivi homolaterali, ganglioni bilaterali sau controlaterali.

Nx – ganglionii limfatici nu pot fi evaluați.

- *M – metastaze la distanță (hematogene).*

M0 - metastaze la distanță nu se depistează.

M1 - metastaze la distanță se depistează

Mx – lipsește posibilitatea de a depista metastazele la distanță.

Clasificarea clinică TNM pentru cancerul cavității bucale:

Tis – Carcinom in situ, tumoare intraepitelială.

To - Tumora primară nu se evidențiază.

T1 - Tumora cu diametrul maximal sub 2 cm.

T2 – Tumora cu diametrul maximal între 2 – 4 cm.

T3 - Tumora cu diametrul maximal mai mare de 4 cm.

T4 – Tumoră masivă care depășește 4 cm cu invazia structurilor anatomice învecinate (os, mușchi, piele).

Clasificarea elementelor **N** și **M** este identică cu cea prezentată pentru cancerul buzelor.

Raportarea sistemului TNM la stadii:

Stadiul I	T1	N0	M0
Stadiul II	T2	N0	M0
Stadiul III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Stadiul IV	T4	N0,N1	M0
Oricare	T0 - 4	N2N3	M0
Oricare	T0 - 4	N0-3	M1

Clasificarea histologică a cancerului cavității bucale

- Carcinom in situ (cancer intraepitelial);
- Cancer pavimentos (spinocelular) cu sau fără cheratinizare;
- Cancer verucos (pavimentos);
- Carcinom adenochistos;
- Adenocarcinom;
- Cancer nediferențiat (anaplazic)
- Alte tumori

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 2 . *Factori de risc*

- Fumatul și mestecatul tutunului
- Consumul cronic de alcool
- Expunerea îndelungată la soare și vânt
- Iritațiile din cavitatea bucală (provocate de proteză, procese inflamatorii cronice netratate ș.a.)
- Alimentația proastă
- Lipsa igienei bucale

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 al cavității bucale

Caseta 5. *Obiectivele procedurilor de diagnostic în cancerul cavității bucale*

- Depistarea cancerului cavității orale
- Aprecierea dinamicii evoluției procesului tumoral
- Determinarea gradului de răspândire a procesului tumoral

Caseta 6. *Procedurile de diagnostic în cancerul cavității bucale*

- Anamneza
- Oroscopia
- Examinarea digitală a cavității bucale și palparea ganglionilor limfatici regionali

- Biopsia tumorii cu examinare citologică și histologică
- Examinarea radiologică

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 7. *Întrebările ce trebuie examinate la suspectarea cancerului cavității bucale* *Recomandări pentru evaluarea antecedentelor personale*

- Particularitățile modului de viață: lucrul în aer liber, condiții nocive, fumător abuziv timp îndelungat, abuz de alcool.
- 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)

Anamneza. Va semnala simptomatologia de debut, durata ei, eventuale tratamente anterioare. În mod special trebuie de menționat consumul de alcool, fumatul, prezența unor afecțiuni cronice asociate etc.

C.2.4.2. Examenul clinic.

Caseta 8. *Manifestările clinice în cancerul cavității bucale. Examenul fizic.*

Simptomatologia cancerului cavității bucale este variată și depinde de localizarea tumorii.

Cancerul de buză poate să apară ca leziune unică sau sub forma unor focare multiple, care pot interesa toată suprafața buzei. Macroscopic poate fi: exofit, ulcerativ (superficial) sau verucos (profund infiltrativ). El poate apărea ca leziune unică sau sub forma unor focare multiple, care pot interesa toată suprafața buzei. 80% din cancere apar mai ales în cele 2/3 mijlocii ale buzei inferioare și mult mai rar la nivelul comisurilor bucale. Tumora crește progresiv, fiind nedureroasă până la apariția infecției, cu repetate epizoade de formare de cruste și sîngerări, fără cicatrizare completă. Procesul evoluează lent interesînd toată grosimea buzei cu extindere la mucoasa bucală și pe suprafața cutanată.

Microscopic, carcinoamele buzelor sunt carcinoame pavimentoase spinocelulare. Carcinoamele slab diferențiate sau anaplazice sunt rar întîlnite.

Diseminarea limfatică are loc, de regulă, în ganglionii submentonieri, submaxilari și subdigastrici homolaterali, sau bilateral, atunci cînd leziunea depășește linia mediană, fiind găsită în 5-10% din cazuri în momentul adresării, mai crescută în leziunile comisurale (19%).

Cancerul porțiunii mobile a limbii, în faza inițială, este lipsit de acuze subiective dureroase și se prezintă sub forma unei îngroșări a mucoasei (hiperkeratoze), pe o zonă limitată, puțin elevată. Ulterior, zona indurată se extinde, se ulcerează, avînd o margine ușor proeminentă și începe să sîngereze spontan la atingere. Uneori semnul cel mai frecvent este durerea locală, care la început apare numai în timpul alimentației. Odată cu apariția ulcerăției durerea devine mai intensă, iradiînd în canalul auricular extern și hemicraniul homolateral. Leziunile treimii anterioare pot să se extindă la planșeul bucal, rădăcina limbii, ducînd la ulcerății și fixitatea limbii. Leziunile din treimea mijlocie invadează musculatura limbii, planșeul bucal lateral și gingia mandibulară. Leziunile din treimea posterioară invadează musculatura limbii, planșeul bucal, pilierul amigdalian anterior, baza limbii și șanțul amigdalolingual. În stadiile avansate apar tulburări de deglutiție și de fonație asociate cu halenă fetidă.

Micrscopic, mai mult de 95% din tumorilor maligne ale porțiunii mobile a limbii sunt carcinoame pavimentoase spinocelulare. Cancerul vîrfului limbii metastazează în ganglionii limfatici submentonieri bilateral, în timp ce cancerul marginii limbii dă metastaze în ganglionii submandibulari de aceeași parte sau la nivelul unghiului mandibulei. 35% dintre pacienți cu cancer al limbii prezintă metastaze ganglionare la internare, în 5% acestea pot fi bilaterale. În 30% din

cazuri metastazele pot să fie oculte.

Cancerul planșeului bucal în cca.90% din cazuri își are originea la nivelul porțiunii anterioare a liniei mediane a planșeului și în stadii incipiente este asimptomatic. Bolnavul sesizează, de obicei, cu vârful limbii o indurație a mucoasei, imprecis delimitată și cu aspect eritematos care, cu timpul, se ulcerează. Aceste schimbări pot apărea pe fondul unei plăci de leucoplazie, care se poate maligniza în 10% din cazuri. Tumorile T1-2 au o sensibilitate în timpul contactului cu alimentele solide și lichide, fiind adesea confundate cu o carie dentară sau o leziune protetică. Tumora primară deseori se extinde spre limbă și deaceia este greu de stabilit punctul de plecare real al tumorii. Leziunile avansate duc la exacerbarea durerii, hemoragii din ulceratie, halenă fetidă, expulzii dentare, disfonie și la apariția unei mase submaxilare dureroase, adesea cu invadarea tegumentelor, din cauza obstrucției canalelor excretoare sau penetrarea tumorii. Majoritatea neoplasmelor sunt de tip scuamos cu diferențiere moderată. Carcinoamele mucoepidermoide și chistadenocarcinoamele reprezintă cca. 5% din tumorile maligne din această regiune. Diseminarea pe cale limfatică se face, cel mai frecvent, în regiunea submandibulară. 30% dintre pacienți prezintă ganglioni pozitivi la internare. Deoarece majoritatea leziunilor depășesc linia mediană, riscul invadării bilaterale este mare (47%).

Cancerul mucoasei bucale în stadii precoce se descoperă în general cu ocazia unui examen stomatologic pe fondul leucoplaziei. Apare în vecinătatea molarilor inferiori, sau de-a lungul liniei de ocluzie a dinților, dar se întinde și la nivelul comisurilor bucale. Leziunile ulcerative, mai rar înțelnite, evoluează agresiv, invadează precoce planurile subiacente și chiar tegumentele obrazului. Formele verucoase, pot apărea în șanțul gingivo-bucal, au o suprafață extinsă cu aspect alb, granuloasă și relativ moale, dar pot deveni mai dure și proeminente dacă se suprainfectează. Carcinoamele cu punct de plecare din “trigonul retromolar” invadează mandibula și mușchii ce determină apariția trismusului. Extensia limfatică se face în ganglionii submaxilari și subdigastrici și este întâlnită în aproximativ jumătate din cazurile venite la consultație.

Cancerul gingiei inferioare apare la vârste mai înaintate, comparativ cu celelalte cancere ale cavității bucale, și se întâlnește rar sub vârsta de 40 de ani. Tumora mai des se localizează la nivelul treimeii posterioare a arcului dentar, mai rar, în aria treimeii mijlocii și, foarte rar, în zona treimeii anterioare a mandibulei. Forma exofită apare sub aspectul unei excrescențe conopidiforme, care sîngerează ușor și are tendința de necrozare spontană. Forma ulcerativă este însoțită, de obicei, de invazia exinsă a mandibulei și expunerea osului. Forma verucoasă se caracterizează printr-o tumoră granulară, superficială, neinfectată, care se poate extinde la mucoasa planșeului bucal și poate invadea osul și alveolele dentare. Incidența interesării mandibulei este de 56% pentru leziunile gingiei și de 10% pentru leziunile trigonului molar.

Microscopic, în majoritatea cazurilor întâlnim carcinomul pavimentos spinocelular diferențiat sau moderat diferențiat, mai rar – melanomul. Chistadenocarcinomul și carcinomul mucoepidermoid au punctul de plecare glandele salivare minore ale șanțurilor gingivale.

Diseminarea limfatică se constată în cca. 40% din cazuri. Prima stație ganglionară invadată este cea submandibulară, iar în cazurile avansate se produc metastaze și la nivelul grupului subdigastric.

Cancerul gingiei superioare se descoperă mai rar decât cancerul gingiei inferioare și adesea, este raportat împreună cu neoplasmul antrului maxilarului superior, deoarece, ele nu pot fi evaluate separat, decât cu multă dificultate. Inițial apare o masa ușor dureroasă la nivelul gingiei cu mobilizarea dinților vecini. Cu timpul se ulcerează, sîngerează și apar tulburări de masticatie. Leziunile cu malignitate redusă au evoluție lentă, iar cele cu malignitate înaltă invadează osul și alveolele dentare. De obicei antrul maxilar este invadat târziu, exceptînd cazurile în care o extracție dentară a deschis această cale de răspîndire a tumorii.

Formele microscopice ale cancerului gingiei superioare sunt cele menționate la localizarea descrisă anterior. Metastazarea are loc în ganglionii submandibulari și subdigastrici, cu creșterea extinderii odată cu invazia tumorii primare a șanțului gingivo-bucal și a mucoasei bucale.

Cancerul palatului dur mai frecvent este reprezentat de tumorile glandelor salivare minore. Tumorile mucoasei și glandelor salivare, apar de o parte și de alta a liniei mediane, în

jumătatea posterioară a palatului dur. Aceste tumori sunt, de obicei, incapsulate și au o suprafață polilobată. Carcinoamele primare epidermoide sunt rare, majoritatea fiind secundare carcinoamelor sinusului maxilar și predomină la bărbații în vârstă. Chistadenocarcinoamele și carcinoamele mucoepidermoide apar în proporție egală, în timp ce tumorile mixte maligne sunt mai puțin frecvente. Tumorile au evoluție lentă iar durerile și ulcerarea apar târziu, ganglionii cervicali nefiind invadați inițial. Carcinoamele de tip pavimentos metastazează, pe cale limfatică, în aproximativ 13% din cazuri. Neoplazmele salivare, de la nivelul palatului dur, au tendința la diseminare pe cale sanguină, dar ele pot metastaza și pe cale limfatică, în ganglionii submaxilari.

Examenul fizic. Pentru examinarea cavității orale se va folosi spatula linguală și o bună iluminare prin oglinda frontală. Astfel se va examina planșeul bucal, șanțurile linguale, pilierii amigdalieni, fața inferioară și marginile laterale ale limbii. În continuare se vor examina gingiile și maxilarul inferior, deoarece șanțurile gingivobucale pot ascunde uneori tumori neoplazice. Urmează examinarea mucoasei bucale ce poate evidenția zone de hiperkeratoză și suprafețe granuloase. Se va analiza poziția și mobilitatea limbii, devieria acesteia indică o paralizie a nervului hipoglos. În sfârșit vor fi examinate amigdalele, vălul palatin și palatul dur. O formațiune tumorală netedă, nedurerosă, de consistență fermă, situată pe linia mediană la nivelul palatului dur, este, de obicei, o malformație congenitală denumită torus. Aceasta poate să apară și la nivelul mucoasei mandibulare, neavând nici o semnificație patologică.

Orice masă tumorală întâlnită poate fi examinată prin palpate bidigitală sau bimanuală. La palpate se poate determina extensiunea indurației și gradul de fixare a tumorii. Extensiunea tumorii poate fi apreciată cu mai multă precizie prin palpate regiunilor cervicale pentru a detecta ganglionii invadați. Explorarea începe de la incizura sternală, cu palpate ganglionilor mediastinali superiori. În mod normal se palpează doar peretele anterior al traheei. Grupurile următoare sunt cele ale ganglionilor jugulari inferiori, situați la baza gâtului, profund și ale ganglionilor jugulari superiori, în contact strâns cu sterno-cleido-mastoidianul. Bulbul arterei carotide este indicat prin pulsația vasului. Vîrfurile hioidului adiacent cu bulbul carotidian poate să ducă în eroare pe cei neavertizați. La pacienții slabi pot fi confundate cu un ganglion și vîrfurile apofizei transversale a celei de-a doua vertebre cervicale palpate în spatele ramului ascendent a mandibulei, dacă nu este realizată consistența osoasă și sediul bilateral. În trigonumul posterior al gâtului, pîntecul posterior al omohioidianului, poate fi luat drept un nodul fusiform, dar extremitățile “ganglionului” nu pot fi palpate. Uneori poate fi palpată o coastă cervicală supranumerară. În regiunea submentală și sub unghiul mandibulei se vor palpa ganglionii limfatici, glandele submaxilare și polul inferior al glandei parotide.

C.2.4.3. Investigații paraclinice

Caseta 9. Investigațiile paraclinice în cancerul cavității bucale

Investigații pentru confirmarea cancerului cavității bucale

- Radiografia regiunii afectate
- Confirmarea morfologică a diagnosticului

Investigații pentru determinarea gradului de extindere a cancerului cavității bucale (stadiul clinic)

Radiografia maxilarelor

- Radiografia cutiei toracice
- Examenul ultrasonografic al organelor cavității abdominale
- Radiografia segmentelor scheletului la apariția durerilor în oase
- Examenul tomografic computerizat
- Examenul morfologic al biotatelor tisulare prelevate

Investigații recomandabile

- Analiza generală a sângelui
- Analiza generală a urinei
- Biochimia sângelui (proteina generală, bilirubina totală și fracțiile ei, ureea, creatinina, aminotransferazele, fosfataza alcalină)
- Coagulograma
- Ionograma
- Electrocardiograma
- Grupa de sânge și Rh-factor

Examenul radiologic. Radiografia mandibulei (radiografii panoramice) și a maxilarului superior este obligatorie în toate cazurile de carcinom al gingiilor și al palatului dur pentru a pune în evidență o invazie a osului ciar în lipsa unei suspiciuni clinice.

Radiografia pulmonară: este un examen de rutină obligatoriu

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Diagnosticul diferențial al cancerului cavității bucale

- Hiperplazia inflamatorie
- Granuloame cu celule gigante
- Granuloame piogene
- Fibroame
- Chisturile
- Tumorile glandelor salivare mici
- Hemangioamele
- Mioblastoamele cu celule granuloase
- Leucoplazia
- Tuberculoza
- Sifilisul
- Actinomicoza

Caseta 11. Momente cheie în diagnosticul diferențial

Multitudinea formațiunilor tumorale ale mucoasei cavității bucale, clinic pot fi confundate cu stadiile inițiale ale cancerului sau invers. Iată de ce apare necesitatea unui diagnostic diferențial al cancerului cu procesele patologice de altă natură și cu unele maladii inflamatorii.

Hiperplazia inflamatorie apare atît în rezultatul iritațiilor mecanice cu proteze dentare neadecvate, abuzului de gumă de mestecat, cît și a lipsei igienei bucale. Toate acestea pot produce o leziune de tip

inflamator edematoasă unică (*papilomul*), alteori fibroasă, denumită *polip fibroepitelial*. Atunci când apar la nivelul mucoasei vestibulare, în vecinătatea gingiei, sunt numite *epulis*. Lipsa ulcerăției de obicei indică caracterul benign al leziunii.

Granuloamele cu celule gigante sunt situate de obicei la nivelul gingiilor, pe papilele interdente. Macroscopic apar ca tumori sesile, netede, roșietice, cu creștere lentă. Histologic leziunea este acoperită de epiteliu pavimentos stratificat, cu proliferări fibroblastice, celule gigante multinucleate și impregnații cu hemosiderină. Uneori prezintă spiculi osoși.

Granuloamele piogene sunt tumori pediculate sau sesile, bine vascularizate, care sîngerează ușor la atingere. Apar la femei în timpul sarcinii la nivelul gingiilor, fiind denumite *granuloma gravidarum*, dispărînd după naștere.

Fibroamele sunt situate de asemenea pe mucoasa bucală, mai des la nivelul gingiilor fiind asemănătoare cu granuloamele avînd însă o consistență mai fermă și fiind mai bogate în țesut fibros. **Chisturile (mucocele)** rezultă din ruptura canalelor salivare minore cu revărsarea mucusului în țesuturile înconjurătoare, neavînd un înveliș epitelial (pseudochisturi). Dimensiunea lor variază între 1mm și 2 cm diametru și apar ca niște leziuni elevate, translucide, albăstrui ale mucoasei. Uneori pot apărea mucocele mai voluminoase, care au fost denumite *ranule (grenuete)* și se manifestă în regiunea sublinguală. Chisturile dermoide se dezvoltă la nivelul planșeului bucal sau a bazei limbii, de-a lungul liniei mediane, conțin fire de păr, resturi dentare și au un înveliș epidermic.

Tumorile glandelor salivare mici denumite și adenoame (tumori mixte) provin din cele 400-700 glande salivare minore. Se dezvoltă ca niște leziuni nodulare ,discrete, dure acoperite de mucoasa elevată, ușor rugoasă.

Hemangioamele capilare apar de obicei ca niște leziuni întunecate submucoase mici sau pe o suprafață mai întinsă, rareori cuprind aproape în întregime mucoasa bucală.

Mioblastoamele cu celule granuloase (tumora Abrikosov) se dezvoltă submucos, de-a lungul liniei mediane și pot fi descoperite prin palpate ca formațiuni dure, mai frecvent în limbă . S-a crezut că se dezvoltă din mușchi (de aici și denumirea de mioblastom), dar s-a ajuns la concluzia că derivă din celulele Schwann.

Leucoplazia inițial apare sub forma unor pete albe-sidefii la nivelul mucoasei bucale. Ulterior plăcile albe, subțiri și moi se îngroașă, apar scuame, mase keratinizate, care, cu timpul formează ulcere sau vegetații papilare. Microscopic se evidențiază hiperkeratoză, parakeratoză sau grade variate de displazie. Similar cu leucoplazia, eritroplazia este o placă roșie pe mucoasă, datorită keratinizării scăzute. Leucoplazia asociată cu eritroplazia este mult mai predispusă la transformare malignă și trebuie biopsiată.

Tuberculoza se întâlnește rar ca afecțiune de sinestătătoare, mai des este secundară tuberculozei pulmonare. Leziunile produse în cavitatea bucală sunt variate: simplă congestie, granulații cenușii pe fon roșu edematos, inflamație, ulcerății. Diagnosticul cert se face prin examen histologic și bacteriologic.

Sifilisul se diagnostică în cavitatea bucală ca o leziune (șancru) care devine durerosă de obicei la asocierea infecției. Pe limbă se caracterizează prin fisuri longitudinale și plăci groase de hiperkeratoză. Diagnosticul este confirmat prin teste de sânge.

Actinomicoză dată de *Actinomyces israeli* , fiind cea mai frecventă, duce la tumefiere, leziuni destructive pe mucoasă, abcedare și fistulizări cu o secreție purulentă, grunjoasă de aspect caracteristic: galben cu grunji verzui. Fistulele multiple, trenante se pot asocia cu o infiltrație lemnoasă, aderentă la planurile profunde cervicale.

C.2.4.5. Criterii de spitalizare

Caseta 12. Criteriile de spitalizare a pacienților cu cancer al cavității bucale

- Toți pacienții cu cancer al cavității orale, confirmat histologic, necesită tratament specializat.

C.2.4.6. Tratamentul

Caseta 13 . Principiile de tratament al cancerului cavității bucale

În stadiile I și II se efectuează tratamentul radioterapeutic, crioterapia și diferite variante de rezecție a organului afectat.

Ca regulă, radioterapia se efectuează prin metoda fracționată cu doza de iradiere 2 Gy/zi - 5 zile/săptămână, se administrează timp de 6 săptămâni (doza totală 60 Gy). Metoda fracționată permite să se creeze un interval terapeutic mare, acțiunea distructivă fiind maximală pentru țesuturile afectate și minimală pentru cele sănătoase. Dimensiunile câmpului de iradiere se stabilește în mod individual în dependență de localizarea tumorii, gradul de avansare și specificul anatomic al gâtului pacientului. În cazurile de radierezistența a tumorii, dacă la doza de 40 Gy regresia este mai mică de 50% - se recurge la operație, dacă regresia este mai mare de 50% - iradierea se continuă până la 70 Gy. ce este determinată la 40 Gy – se recurge la tratament chirurgical. Tot prin chirurgie sunt salvate și eșecurile radioterapiei. Salvarea după un eșec chirurgical se poate tenta, fie printr-o nouă operație, radioterapie sau chimioterapie.

În stadiile III – IV tratamentul este combinat sau complex: radioterapie (40Gy) + chirurgie, în diferită succesivitate, chimioterapie sau PCT + chirurgie, RT + PCT + operație, în care intervenția chirurgicală este de bază. Radioterapia și chimioterapia preoperatorie contribuie la rezorbția tumorii, inhibă bioactivitatea acesteia, blochează fluxul limfatic și crează condiții de ablăstie pentru operație. Intervalul dintre radio- chimioterapie și operație este de 2 – 4 săptămâni. La această categorie de bolnavi rezecția tumorii primare se asociază de obicei cu evidarea ganglionară cervicală. În diseția cervicală radicală (operația Crile) mușchiul sterno-cleido-mastoidian, vena jugulară internă și ramura descendentă a nervului spinal accesoriu, împreună cu glanda submaxilară sunt rezectate monobloc. În operația combinată cu rezecția structurilor din interiorul cavității bucale, țesutul limfoganglionar provenit din diseția cervicală rămâne atașat la ramul orizontal al mandibulei care poate fi adesea secționat sau rezecat.

Remisiuni durabile determină uneori tratamentul cu preparate citostatice:

Metotrexat (MTX) monochimioterapie:

- Metotrexat 50mg/m² peroral, zilele 1, 8, 15.

În caz de mucozită severă se va administra:

- Foliat de calciu 15 mg. peroral, peste 24 h după administrarea MTX (4 doze unice la fiecare 6h).

În cazurile mai avansate se practică asociațiile de citostatice. Sunt elaborate diferite variante de polichimioterapie:

a) PF

- Cisplatin 100mg/m² intravenos (perfuzie 30'), ziua 1;
- 5-Fluorouracil 1000mg/m² intravenos (perfuzie 24h), zilele 1-5.

Se repetă la fiecare 3 săptămâni.

b) PFL

- Cisplatin 25 mg/m² intravenos, zilele 1-5;
- 5- Fluorouracil 800 mg/m² intravenos (perfuzie 24h), zilele 2-6;
- Foliat de calciu 500 mg/m² intravenos, zilele 2-6.

Se administrează câteva cicluri la 3-4 săptămâni.

C.2.5. Pregătirea preoperatorie

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.

C2.5.1. Intervenția chirurgicală

Caseta 14. Particularitățile tratamentului chirurgical

Alegerea tratamentului se face în funcție de stadializare. Tumorile precoce pot fi tratate atât prin operație, cât și prin criodestrucție cu rezultate superpozabile. Leziunile mici (T1-T2) pot fi excizate și suturate primar. Leziunile mai mari (peste 1,5 cm) după excizie pot fi închise folosind un lambou tisular pediculat, care se transferă prin rotație pentru a reconstrui defectul din buză sau a mucoasei cavității bucale. Alte tulburări funcționale grave, necesită reconstrucție cu lambouri microchirurgicale și proteze complicate. În caz de invazie metastatică a ganglionilor limfatici regionali se va efectua evidarea ganglionară cervicală standard (operația Crile) sau disecția funcțională cervicală.

C.2.5.2. Conduita postoperatorie

Caseta 15. Conduita postoperatorie

Medicație antialgică puternică

Prelungirea tratamentului cu analgezice

Indicarea tratamentului antibacterian în funcție de sensibilitatea florei depistate

Înlăturarea suturilor

C.2.5.3. Evoluția și prognosticul

Pacienții cu leziuni precoce (T1N0-1, T2N0-1) au un prognostic favorabil. În stadiile mai avansate evoluția și prognosticul sunt rezervate.

C.2.5.4. Supravegherea pacienților

Caseta 16. Supravegherea pacienților cu cancer al cavității bucale

- Pacienții cu cancer ale cavității bucale tratați cu intenție curativă se află sub supravegherea oncologului în policlinica Institutului Oncologic, oncologului raional și medicului de familie prin examene clinice la fiecare 2 luni, în primul an după tratament, la 4 luni în anul 2, la 6 luni în anii 3-5 și la 12 luni ulterior.
- La fiecare prezentare la consultație în condiții de ambulator se efectuează examenul clinic, ecografic cu biopsii din regiunile suspecte. Radiografia cutiei toracice, tomografia mediastinului primii 2 ani se efectuează la fiecare 6 luni, ulterior – o dată în an.

C.2.6. Stările de urgență

Caseta 17. Stările de urgență în cancerul cavității orale

- Hemoragii
- Stenoză a căilor respiratorii superioare

C.2.7. Complicațiile

Caseta 18. Complicațiile tratamentului chirurgical:

- Intraoperatorii: hemoragii.
- Postoperatorii: supurarea plăgii, dihiscentă țesuturilor suturate, hemoragii din vasele magistrale cervicale, formarea fistulelor orocutanate salivare, osteomielită a fragmentelor osoase, trismus.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistenta medicului de familie; • medic de laborator și laborant cu studii medii. <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tonometru; • laborator clinic standard.
<p>D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog; • medic stomatolog; • medic laborant în laboratorul clinic și biochimic; • medic funcționalist; • medic imagist; • asistente medicale; • laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic; • alți specialiști (la necesitate). <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reflector, oglindă pentru orofaringoscopie, spatule; • fonendoscop; • tonometru; • electrocardiograf; • cabinet radiologic; • 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; • utilaj stomatologic.
<p>D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulator – policlinica IMSP Institutul Oncologic</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog (cap, gât); • medic imagist; • medic endoscopist; • medic funcționalist; • medic morfolog; • medic citolog; • medic de laborator clinic și biochimic; • asistente medicale; • laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic, morfologic, citologic. <p>Dispozitive medicale: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • reflector, spatule, oglindă pentru orofaringoscopie; • utilaj stomatologic; • fonendoscop; • tonometru;

	<ul style="list-style-type: none"> • electrocardiograf; • cabinet radiologic; • 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; • cabinet endoscopic; • laborator patomorfologic; • laborator bacteriologic; • aparate pentru iradiere la distanță (Rocus, Teragam).
	<p>Medicamente: Preparate</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conform prescripțiilor medicului curant.
<p>D.4. Instituția de asistență medicală specializată spitalicească IMSP Institutul Oncologic</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medici chirurghi oncologi cap/gât • medici laboranți în laboratorul biochimic • medici imagiști • medici endoscopiști • medici specialiști în diagnostic funcțional • specialiști morfologi (histologi, citologi) • asistente medicale • laboranți cu studii medii în laboratorul patomorfologic • laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic • laboranți cu studii medii în laboratorul bacteriologic • alți specialiști (la necesitate) <p>Dispozitive medicale: <i>aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fibrolaringoscop, • set de instrumentariu stomatologic și otorinolaringologic, • electrocauter, • aspirator, • tonometru, • fonendoscop, • electrocardiograf, • ultrasonograf, • cabinet radiologic, • cabinet endoscopic.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conform prescripțiilor medicului curant

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

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

ANEXĂ

Anexa: Ghidul pentru pacientul cu cancer al cavității bucale

Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu cancer al cavității bucale în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor bolnave, 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 al cavității bucale ;
- tratamentul cancerului cavității bucale;
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu cancer al cavității bucale;
- reabilitarea chirurgicală și psihologică a pacientului cu cancer al cavității bucale.

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 sănătății. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este cancerul cavității bucale și care este tratamentul cel mai potrivit la momentul actual.

Ce este cancerul cavității bucale?

Cancerul cavității bucale este o afecțiune tumorală a căilor digestive superioare și constituie aproximativ 5% din totalul tumorilor maligne. Această maladie este în centrul atenției oncologilor de specialitate deoarece, conform statisticii, frecvența ei are tendința de creștere. Cancerul cavității bucale afectează cu predilecție bărbații. Maladia debutează mai frecvent la vârsta de 40-60 ani și foarte rar este întâlnită sub 30 ani. În declanșarea cancerului cavității bucale contribuie mai mulți factori (factori de risc): fumatul, consumul exagerat de alcool, expunerea prelungită la soare, iritațiile din cavitatea bucală, alimentația nesănătoasă, lipsa igienei bucale. Cel mai important este fumatul. 98% din bolnavi cu cancer sunt fumători abuzivi timp de 15-20 ani. Riscul îmbolnăvirii constituie iritarea cronică a mucoasei cu produsele de ardere ale tutunului. Cancerul cavității bucale poate apărea și pe fondul unor procese patologice de lungă durată, netratate, numite procese precanceroase, cum ar fi: toate formele de diskeratoze ale mucoasei cavității orale, procese degenerativ-proliferative (ulcerațiile, granuloamele) și modificările țesuturilor în urma cicatrizării de origine tuberculoase, sifilitice, actinomicoase, posttraumatică ș.a. Factorii de risc, stările precanceroase, îmbătrânirea organismului provoacă modificări displazice constante, uneori ireversibile ale epiteliului cavității orale, ceea ce favorizează apariția cancerului. Unii pași care pot fi făcuți pentru prevenirea cancerului sunt:

- Îngrijirea cavității bucale și o igienă dentară sănătoasă;
- Tratamentul cariilor;
- Extracția resturilor radiculare, înlăturarea depozitelor de tartru;
- Tratamentul hiperplaziilor gingivomucoase ale vechilor purtători de proteze incorecte;
- Evitarea mușcăturilor de buză și de obraz involuntare;
- Controlul periodic al limbii și gurii;

- Fumătorii și cei beau alcool să fie atenți la schimbările de culoare, umflături, ulcerații ce apar;
- O alimentație sănătoasă;
- O expunere redusă la soare.

Manifestările de debut ale cancerului cavității bucale

Semnele timpurii ale cancerului cavității bucale, în funcție de localizare, nu sunt ușor de depistat, de aceea devin atât de importante vizitele la stomatolog și medicul de familie pentru controlul de rutină. Pe lângă aceste controale, este bine să mergeți la medic dacă observați următoarele schimbări:

- O rană la nivelul buzelor sau pe mucoasa gurii, care sîngerează cu ușurință și nu se vindecă în decurs de două săptămîni.
- O excrescență sau îngroșare a mucoasei bucale, pe care o puteți simți cu limba. Scăderea sensibilității sau senzație de amorțeală a limbii și altor zone ale gurii.
- Pete albe sau roșiatice pe gingii, limbă sau restul mucoasei bucale.
- Leziuni sau dureri inexplicabile în cavitatea bucală sau senzația de discomfort la deglutiție, fără identificarea unei cauze, care nu dispăre.
- O deformare a maxilarului ce împiedică fixarea protezei.
- Probleme în mișcarea limbii, umflarea sau îngroșarea ei cu modificarea vocii.
- Respirația urît mirositoare persistentă.

Diagnosticul de cancer al cavității bucale se stabilește în baza anamnezei, manifestărilor clinice și trebuie confirmat prin examenul histopatologic. Este necesar de inclus în planul de investigație și cercetările pentru evidențierea bolilor concomitente. După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate medicul trebuie să vă comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul în stadiile I și II presupune radioterapie, crioterapie și diferite variante de rezecție a organului afectat. Depistarea precoce alături de radicalitatea intervenției asigură însănătoșirea bolnavului. În stadiile III – IV tratamentul este combinat: radioterapie (40Gy) + chirurgie, în diferită succesiune, în care intervenția chirurgicală este de bază. Intervalul dintre radioterapie și operație este de 2 – 4 săptămîni. La pacienții în stadii avansate tratamentul presupune intervenții chirurgicale complicate, de lungă durată cu secțiuni de buză, limbă, mandibilă, de maxilar ca să fie eradicată atât tumora, cât și adenopatia metastatică regională. În aceeași ședință operatorie țesutul trebuie refăcut prin recoltare și „replantare” de mușchi, os sau tegument din alte zone ale organismului. În completarea tratamentului chirurgical pacientul va urma radio și/sau chimioterapie. În ultimii ani se practică tratamentul complex, care include și polichimioterapia. Metoda polichimioterapeutică este în continuă cercetare.

Supravegherea pacienților cu cancer al cavității bucale

Pacientul cu cancer după finalizarea tratamentului se află sub supravegherea oncologului în policlinica Institutului Oncologic, oncologului raional și medicului de familie cu controlul în dinamică. Primul an după tratament o dată la 2 luni, al doilea an – o dată la 4 luni, al 3-lea an o dată la 6 luni și la 12 luni ulterior. La fiecare prezentare la consultație în condiții de ambulator se efectuează examenul clinic, ecografic cu biopsii din regiunile suspecte. Radiografia cutiei toracice, tomografia mediastinului primii 2 ani se efectuează la fiecare 6 luni, ulterior – o dată în an. Reabilitarea chirurgicală, protetică și psihologică a pacientului tratat de cancer al cavității bucale sunt procese terapeutice de lungă durată.

BIBLIOGRAFIE

1. Блохин Н.Н., Петерсон Б.Е. *Клиническая онкология*. М., Медицина.1979.
2. *Онкология*. Под ред. Трапезникова Н.Н. М., Медицина, 1981.
3. Цыбырнэ Г.А. *Лечение местно распространенного рака головы и шеи*. Кишинев, Штиинца, 1987.
4. Ghileyan N. *Oncologie generală*. Editura medicală. București, 1992.
5. Пачес А.И. *Опухоли головы и шеи*. М., 1995.
6. Gh. Țîbîrnă. *Ghid clinic de oncologie*. Editura „Universul”, 2003.
7. Marandas P., Germain M., Margainaud I.P., Colb F., *Chirurgie de tumeur malignes du plancher buccal: exeresis et reparation*. EMC (Elsevier SAS, Paris), *Tehniques chirurgicales – Tete et cou*, 46-240, 2006.