

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



Tumorile maligne ale țesuturilor moi

Protocol clinic național

PCN-184

Chișinău 2013

**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. 69 din 28.01.2013
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”**

Elaborat de colectivul de autori:

Ion Mereuță	d.h.ș.m, colaborator științific, IMSP Institutul Oncologic
Ion Dascaluic	d.ș.m, șef secție Oncologie Generală, IMSP Institutul Oncologic
Tamara Prisacari	medic ordinator, secție chirurgie toraco-abdominală IMSP Institutul Oncologic
Daniela Andronati	medic ordinator, secție Oncologie Generală IMSP Institutul Oncologic
Iurie Bulat	d.h.ș.m., Șef secție Chimioterapie nr.2 IMSP Institutul Oncologic
Larisa Cotoneț	d.ș.m., Șef secție Radioterapie nr. 1 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”
Grigore Bivol	d.h.ș.m., profesor universitar, USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandru Coman	director, Agenția Medicamentului
Maria Cumpănă	director, Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Iurie Osoianu	Vicedirector, Compania Națională de Asigurări în Medicină
Petru Pihut	d.h.ș.m., conferențiar cercetător, USMF „Nicolae Testemițanu”
Nicodim Belev	d.h.ș.m., conferențiar cercetător, USMF „Nicolae Testemițanu”

CUPRINS	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A.PARTEA INTRODUCȚIVĂ	
A.1. Diagnosticul (<i>exemple de formulare a diagnosticului clinic</i>)	4
A.2. Codul bolii (CIM 10)	5
A.3. Utilizatorii	5
A.4. Scopurile protocolului	5
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data următoarei revizuirii	5
A.7. Listele și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definiții folosite în document	6
A.9. Informația epidemiologică	6
B.PARTEA GENERALĂ	
B.1. Nivel de asistență medicală primară	7
B.2. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional)	8
B.3. Nivelul de asistență medicală specializată de ambulator (Policlinica IMSP In.Oncologic)	9
B.4. Nivelul de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)	12
C.1. ALGORITMUL DE CONDUIȚĂ	
C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu tumorile maligne ale țesuturilor moi.	14
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	
C.2.1. Clasificarea	15
C.2.1.1. <i>Clasificarea histologică a tumorilor țesuturilor moi (caseta 1)</i>	15
C.2.1.2. <i>Stadializarea TNM a tumorilor maligne ale țesuturilor moi(caseta 2,tabelul 1)</i>	16
C.2.1.3. <i>Clasificarea R (tumora reziduală) (caseta 3)</i>	17
C.2.2. Factorii de risc (<i>caseta 4</i>)	17
C.2.3. Conduita pacientului cu tumorile maligne țesuturilor moi (<i>caseta 5, caseta 6</i>).	18
C.2.3.1. <i>Anamneza (caseta 7)</i>	18
C.2.3.2. <i>Manifestările clinice (tabelul 2)</i>	18
C.2.3.3. <i>Investigații paraclinice (tabelul3)</i>	20
C.2.3.4. <i>Tratamentul (tabelul 4, tabelul 5)</i>	21
C.2.3.4.1. <i>Tratamentul chirurgical (caseta 9,caseta 10)</i>	22
C.2.3.4.2. <i>Pregătire preoperatorie</i>	22
C.2.3.4.3. <i>Procedee chirurgicale (caseta 11)</i>	23
C.2.3.4.4. <i>Conduita postoperatorie (caseta 12)</i>	23
C.2.3.4.5. <i>Tratament chimioterapic (caseta 13,14,15,16, tabelul 6, tabelul 7)</i>	23
C.2.3.4.6. <i>Tratament radioterapic (caseta 18,19,20,21,22)</i>	26
C.2.3.5. <i>Supravegherea (caseta 23,24,25)</i>	27
C.2.3.6. <i>Dispensarizarea (caseta 26,27)</i>	28
C.2.4. <i>Complicațiile.(caseta 28,29,30,31)</i>	28
D.RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară	29
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulator (oncolog raional)	29
D.3. Instituțiile de asistență medicală specializată de ambulator (Policlinica IMSP Institutul Oncologic)	30
D.4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: IMSP Institutul Oncologic	31
E.INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	33
ANEXE	
<i>Anexa 1 Ghidul pacientului cu Tumorile maligne ale țesuturilor moi</i>	34
BIBLIOGRAFIE	35

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

MS	Ministerul Sănătății
RM	Republica Moldova
IMSP	Instituția Medico Sanitară Publică
WHO (OMS)	World Health Organization (Organizația Mondială a Sănătății)
IO	Institutul Oncologic
SATI	Secția Anestezie și Terapie Intensivă
SR	Spitalul Raional
SCR	Spitalul Clinic Republican
CMF	Centrul Medicilor de Familie
SCHT	Secție Chimoiterapie
SRT	Secție Radioterapie
Mts	Metastază
ECG	Electrocardiografie
ECO cordului	Ecocardiografie
CT	Tomografie Computerizată (Computer Tomography)
RMN	Rezonanța Magnetică Nucleară
USG	Ultrasonografie
PPC	Plasma Proaspăt Congelată
CE	Concentrat Eritrocitar
TA	Tensiunea Arterială
FCC	Frecvența Contractiilor Cardiace
FR	Frecvența Respiratorie
i/v	Administrarea intravenoasă
i/m	Administrarea intramusculară
s/c	Administrarea subcutană
perf.	Perfuzie
p/o	Administrarea per os
RT	Tratament radioterapic
PCT	Tratament polichimioterapic
neoCht	Chimioterapie neoadjuvantă
DS	Doza Sumară
ALT	Alaninaminotransferaza
AST	Aspartataminotransferaza
TTPA	Timpul de tromboplastină parțial activat
TAR	Timpul activat de recalificare
LDH	Lactatdehidrogenaza
Sol.	Soluție
Tab.	Tableta
Sirr.	Sirupus
Caps.	Capsule

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din reprezentanți ai IMSP Institutului Oncologic din RM.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale în problema tumorilor maligne ale țesuturilor moi și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale (extras din protocolul național aferent pentru instituția dată, fără schimbarea structurii, numerotației capitolelor, tabelelor, figurilor, casetelor, etc.) în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Tumorile maligne ale țesuturilor moi

Exemple de diagnostice clinice:

1. Liposarcom gambei pe dreapta T_{2b}N₀M₀ st.III

2. Rabdomiosarcom al orbitei drepte.
3. Carcinom spinocelular pielii reguinii omoplatului stîng

A.2. Codul bolii (CIM 10): C 38.1, C 38.2 C 47, C 48, C 49

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, oncologi raionali)
- secțiile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale și republicane (medici chirurghi);
- secțiile specializate ale Institutului Oncologic (oncologi, imagiști, radioterapeuți, chimioterapeuți etc.).

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

A.4. Scopurile protocolului

1. A ameliora situația cu depistarea tardivă a bolnavilor cu tumorile maligne ale țesuturilor moi prin sporirea ponderii depistării precoce a procesului.
2. A constitui grupele de risc înalt în dezvoltarea tumorilor maligne ale țesuturilor moi prin elaborarea criteriilor definitive acestui risc la nivelul CMF.
3. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu suspexție la tumorile maligne ale țesuturilor moi la nivelul medicinei primare și specializate.
4. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu tumorile maligne ale țesuturilor moi la nivelul policlinicii IMSP Institutul Oncologic.
5. A elabora algoritmul tratamentului chirurgical și combinat la bolnavii cu tumorile maligne ale țesuturilor moi la nivelul IMSP Institutul Oncologic.
6. A ameliora rezultatele imediate ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu tumorile maligne ale țesuturilor moi
7. A ameliora rezultatele la distanță ale tratamentului la bolnavii cu tumorile maligne ale țesuturilor moi prin perfecționarea tehnicii chirurgicale și aplicarea tratamentului combinat.
8. Sporirea vigilenței oncologice la nivelul medicinei primare
9. Ameliorarea asistenței medicale a bolnavilor cu tumorile maligne ale țesuturilor moi.

A.5. Data elaborării protocolului: 2013

A.6. Data următoarei revizuirii: 2015

A.7. Listele și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului

numele	funcția deținută
<i>Ion Mereuță d.h.ș.m.</i>	Conducător științific, secția Oncologie, Generală IMSP Institutul Oncologic
<i>Ion Dascaluic d.ș.m.</i>	Șeful secției Oncologie Generală, IMSP Institutul Oncologic
<i>Daniela Andronachi</i>	Medic ordinator, secția Oncologie Generală IMSP Institutul Oncologic
<i>Tamara Prisacari</i>	Medic ordinator, secția toraco-abdominală IMSP Institutul Oncologic
<i>Iurie Bulat d.h.ș.m</i>	Șeful secției Chimioterapie nr.2, IMSP Institutul Oncologic
<i>Larisa Cotonet d.ș.m.</i>	Șef secție Radioterapie nr.1, IMSP Institutul Oncologic

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat

Denumirea instituției	Persoana responsabilă
Catedra Oncologie, Hematologie și Terapie de campanie USMF „N.Testemițanu”	
Consiliul Științific al IMSP Institutul Oncologic	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	
Agenția medicamentului	

A.8. Definițiile folosite în document

Screening – examinarea populației în scop de evidențiere a unei patologii anumite.

Recomandabil – nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

Factorul de risc - este acel factor, acțiunea căruia crește șansa unei persoane de a se îmbolnăvi. Cumularea acțiunii mai multor factori de risc crește posibilitatea îmbolnăvirii de tumori pleurale maligne.

A.9. Informația epidemiologică

Țesuturile moi cuprind mușchii, tendoanele, țesutul adipos, țesutul fibros, țesutul sinovial, vasele și nervii.

Tumorile maligne ale țesuturilor moi reprezintă 0,2 – 2,6 % în structura generală a maladiilor oncologice. Majoritatea tumorilor maligne ale țesuturilor moi sunt sarcoame, ce alcătuiesc 0,7% din toate tumorile maligne la om. Cel mai frecvent aceste tumori se întâlnesc în limitele de vârstă 20 – 50 ani. În structura maladiilor oncologice la copii sarcoamele țesuturilor moi reprezintă 10 – 11%. Predilect sarcoamele țesuturilor moi se localizează în regiunea membrilor (60%), din care 46% în regiunea membrilor inferioare și 13% în regiunea membrilor superioare. Localizare în țesuturile moi ale trunchiului se remarcă în 15 – 20% cazuri. Incidența în Republica Moldova este de 2,5% ce constituie 109 bolnavi primari pe an.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia primară	<ul style="list-style-type: none"> • sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operații chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor • carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul și dioxina, pot fi implicate în patogeneză • imunodeficiența congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influențează dezvoltarea sarcoamelor 	<p>Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață • Controlul respectării normativelor igienei muncii în condițiile agresive: <ul style="list-style-type: none"> ✓ contact cu substanțe chimice: cupru, beriliu, crom, oțel, asbest, hidrocarburi aromatice ciclice, siliciu, radon ✓ contact cu radiații ionizante și câmpuri magnetice de intensitate mărită ✓ micșorarea riscului de traumatizări (arsuri, fracturi)
2. Profilaxia secundară	Prevede sistem organizațional de dispensarizare a populației cu scop de evidențiere și tratamentul stărilor de fon și stărilor precanceroase – factorii de risc major	<ul style="list-style-type: none"> • examinarea profilactică a populației cu forțele lucrătorilor medicali ai instituției curativo-profilactice, inclusiv în cabinetele medicale • dispensarizarea bolnavilor oncologici conform ordinelor în vigoare și dispensarizarea persoanelor cu afecțiuni pretumorale și stări de risc, care se află la evidența medicilor de familie, generaliști
3. Referirea la specialist	<p>În baza datelor subiective și obiective</p> <ul style="list-style-type: none"> - prezența unei tumori - acuze la dureri, preponderent nocturne și de repaus rezistente la tratament antiinflamator și analgezice neopioide - atrofii musculare - dereglări ale circulației periferice - edeme ale membrelor, elefantiazis 	<p>Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orice bolnav cu suspecție la tumora malignă a țesuturilor moi este necesar de trimis la oncologul raional pentru efectuarea investigațiilor prevăzute de programul unic. • Pacientul va fi obligatoriu trimis cu rezultatele investigațiilor la IMSP Institutul Oncologic.
4. Supravegherea <i>C.2.4.6</i> <i>Algoritm C.1.1.</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către specialist în oncologia aparatului locomotor Institutului Oncologic, precum și tratamentul maladiilor concomitente (hepatice, endocrine, neurologice, etc.) 	<p>Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea se va face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor oncologului general IMSP Institutul Oncologic

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (oncolog raional)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia primară	<ul style="list-style-type: none"> • sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operații chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor • carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul și dioxina, pot fi implicate în patogeneza • imunodeficiența congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influențează dezvoltarea sarcoamelor 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață • Controlul respectării normativelor igienei muncii în condițiile agresive: <ul style="list-style-type: none"> ✓ contact cu substanțe chimice: cupru, beriliu, crom, oțel, asbest, hidrocarburi aromatice ciclice, siliciu, radon ✓ contact cu radiații ionizante și câmpuri magnetice de intensitate mărită ✓ micșorarea riscului de traumatizări (arsuri, fracturi)
2. Profilaxia secundară	Prevede sistem organizațional de dispensarizare a populației cu scop de evidențiere și tratamentul stărilor de fon și stărilor precanceroase – factorii de risc major	<ul style="list-style-type: none"> • examinarea profilactică a populației cu forțele lucrătorilor medicali ai instituției curativo-profilactice, inclusiv în cabinetele medicale • dispensarizarea bolnavilor oncologici conform ordinelor în vigoare și dispensarizarea persoanelor cu afecțiuni pretumorale și stări de risc, care se află la evidența medicilor de familie, generaliști.
3. Diagnosticul		
3.1 Confirmarea tumorii maligne a țesuturilor moi		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (caseta 7) • Investigații clinice • Investigații paraclinice (tabelul 3) <ul style="list-style-type: none"> ✓ USG (conform recomandărilor) ✓ Radiografia cutiei toracice ✓ Radiografia segmentului afectat ✓ Angiografie arterială ✓ ECG ✓ Analiza generală a sîngelui ✓ Analiza generală a urinei

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Biochimia sîngelui ✓ Indicii coaglogramei • Efectuarea diagnosticului diferențial
4. Referirea la specialistul oncolog general IMSP Institutul Oncologic	Orice tumoră a țesuturilor moi stabilit clinic și radiologic suspectat nu exclude prezența sectoarelor malignizate, care pot fi stabilite numai în cadrul investigațiilor morfologice. Intervențiile chirurgicale e necesar de efectuat numai în cadrul IMSP Institutul Oncologic - unica instituție republicană, care dispune de utilaj pentru efectuarea investigației morfologice urgente, de morfologi cu calificare corespunzătoare, care ar califica corect procesul și de medici oncologi generali, care ar lua drept decizia de tratament ulterior	Obligatoriu: Toți pacienții la care a fost suspectat sau confirmat tumorile maligne ale țesuturilor moi se trimit la consultația oncologului general la IMSP Institutul Oncologic.
5. Supravegherea temporară	Scopul supravegherii este de a monitoriza efectul atît al tratamentului indicat de către specialist oncologie aparatului locomotor IMSP Institutul Oncologic, cît și al maladiilor concomitente (hepatice, endocrine, neurologice, cardiace etc.).	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea se va face în comun cu medicul de familie conform recomandărilor specialistului în oncologie generală IMSP Institutul Oncologic • Lipsa eficacității tratamentului conservativ indicat de oncolog general IMSP Institutul Oncologic, oncologul raional îndreaptă bolnavul la consultație repetată, independent de termenii indicații de oncolog general.

B.3. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (Policlinica IMSP Institutul Oncologic)

Descriere (măsuri)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia primară	<ul style="list-style-type: none"> • sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operații chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor • carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburi policiclice, azbestul și dioxina, pot fi implicate în patogeneză • imunodeficiența congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influențează dezvoltarea sarcoamelor 	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Informarea pacienților privitor la respectarea modului sănătos de viață • Controlul respectării normativelor igienei muncii în condițiile agresive: <ul style="list-style-type: none"> ✓ contact cu substanțe chimice: cupru, beriliu, crom, oțel, asbest, hidrocarburi aromatice ciclice, siliciu, radon ✓ contact cu radiații ionizante și câmpuri magnetice de intensitate mărită

		✓ micșorarea riscului de traumatizări (arsuri, fracturi)
2. Profilaxia secundară	Prevede sistem organizațional de dispensarizare a populației cu scop de evidențiere și tratamentul stărilor de fon și stărilor precanceroase – factorii de risc major	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • coordonarea lucrului asistentei medicale controlului profilactic oncologic în vederea efectuării screening-ului profilactic a populației • consultarea bolnavilor care s-au adresat în legătură cu tumori benigne și maligne și procese pretumorale sau suspectii • tratarea în condiții de ambulator a bolnavilor cu neoformațiuni maligne conform recomandărilor IMSP Institutului Oncologic • organizarea spitalizării în IMSP Institutul Oncologic a bolnavilor suspectați sau cu prezența neoformațiunilor maligne pentru completarea unor examene clinice și tratament • supravegherea de dispensar a bolnavilor cu neoformațiuni maligne și unele forme de procese pretumorale • consultarea și patronarea la domiciliu a bolnavilor oncologici • organizarea spitalizării pentru tratament specializat sau simptomatic a bolnavilor cu neoformațiuni maligne • evidența de dispensar a bolnavilor de profil, completarea fișelor de control (f. 030-6)
3. Diagnosticul		
3.1. Confirmarea diagnosticului de tumora malignă a țesuturilor moi și aprecierea tacticii de tratament		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (caseta 7) • Investigații clinice • Investigații paraclinice (tabelul 3) <ul style="list-style-type: none"> ✓ USG (conform recomandărilor)* ✓ Radiografia cutiei toracice* ✓ Radiografia segmentului afectat* ✓ Angiografie arterială* ✓ RMN zonei afectate ✓ ECG* ✓ Analiza generală a sîngelui* ✓ Analiza generală a urinei* ✓ Biochimia sîngelui* ✓ Indicii coagulogramei* ✓ Preluarea frotiului-amprentă (dacă este posibil)

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Investigația citologică a materialului preluat ✓ USG organelor abdominale, retroperitoneale și ale bazinului mic. ✓ Scanarea scheletului osos <p><i>Notă:</i> * în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedentă.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectuarea diagnosticului diferențial
4. Deciderea tacticii de tratament:		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toți pacienții care au indicații pentru tratament chirurgical sunt consultați în mod obligatoriu de către chirurg din secția oncologie generală, care îi prezintă unui consiliu medical • Conform deciziei consiliului sunt internați în secția Oncologie Generală a IMSP Institutul Oncologic pentru tratament. • În cazul când tratamentul chirurgical nu este indicat pacientul se trimite pentru consultație la chimioterapeut și/sau radioterapeut, care îl prezintă unui consiliu medical • Conform deciziei consiliului pacienții sunt internați în secția chimioterapie (nr.1, 2) sau secția radioterapie (nr.1,2,3)
5. Tratamentul paliativ (simptomatic):	Tratamentul paliativ(simptomatic) se indică pacienților cu procese neoplazice în stadii avansate, cu patologii concomitente (cardiace, hepatice, renale, neurologice etc.) incompatibile cu administrarea tratamentului specific (chirurgical, chimioterapic, radioterapic). Scopul tratamentului paliativ (simptomatic) constă în ameliorarea temporară a stării generale și a calității vieții pacientului cu proces malign avansat	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se realizează prin conlucrarea medicului de familie și medicului oncolog raional. • Constă în supravegherea și controlul îndeplinirii tratamentului prescris de către oncolog general IMSP Institutul Oncologic
6. Supravegherea temporară	Scopul supravegherii este de a monitoriza efectul tratamentului, inclusiv prin aplicarea metodelor speciale și a corija schema tratamentului în caz de ineficacitate.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supravegherea se va face de rînd cu oncologul raional și medicul de familie conform recomandărilor specialistului IMSP Institutul Oncologic

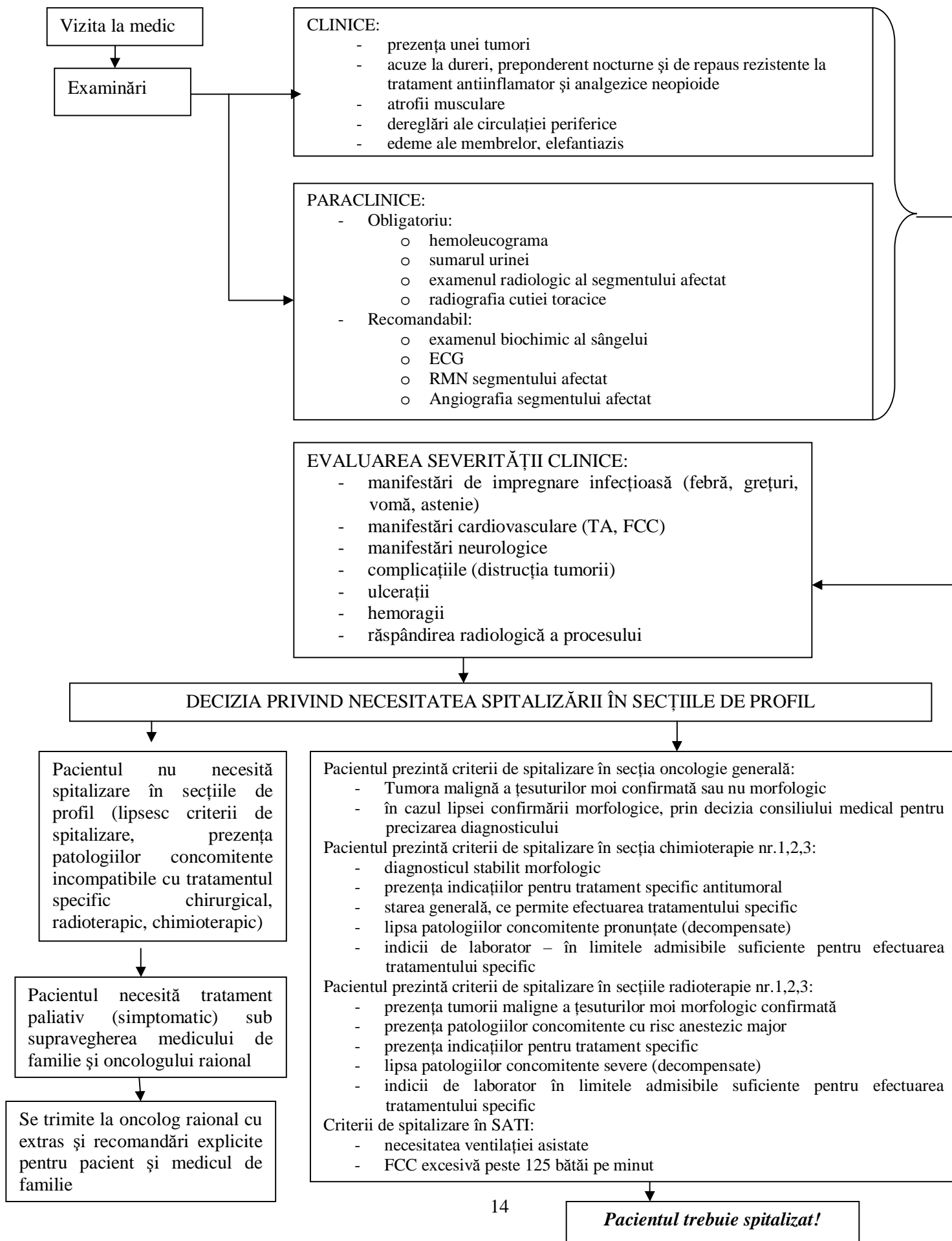
B.4. Nivel de asistență medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic)

Descriere (măsuri)	Motive (repere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Spitalizarea		Criteriile de spitalizare <ul style="list-style-type: none"> • Prezența formațiunii tumorale țesuturilor moi (confirmată sau nu morfologic) pentru diagnostic și tratament
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului tumorii maligne ale țesuturilor moi, evaluarea stadiului tumorii maligne, diagnosticul diferențial.		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei (caseta 7) • Examenul clinic • Investigații paraclinice (tabelul 3) <ul style="list-style-type: none"> ✓ USG (conform recomandărilor)* ✓ Radiografia cutiei toracice* ✓ Radiografia segmentului afectat* ✓ Angiografie arterială* ✓ RMN zonei afectate* ✓ ECG* ✓ Analiza generală a sîngelui* ✓ Analiza generală a urinei* ✓ Biochimia sîngelui* ✓ Indicii coagulogramei* ✓ USG organelor abdominale, retroperitoniale și ale bazinului mic*. ✓ Scanarea scheletului osos* ✓ La indicații puncția tumorii cu preluarea materialului ✓ Pregătirea frotiului pentru investigații citologice ✓ Investigația citologică a frotiului ✓ Biopsie deschisă a tumorii ✓ Examenul histologic al materialului obținut <p><i>Notă:</i> * în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedentă.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Efectuarea diagnosticului diferențial
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul	•Bolnavul cu tumora malignă a țesuturilor moi rezectabilă	Obligatoriu:

chirurgical C.2.3.5.1.	•Bolnavul cu tumora malignă a țesuturilor moi pentru intervenție chirurgicală cu țel paliativ	<ul style="list-style-type: none"> • Conduita preoperatorie • Intervenția chirurgicală (caseta 11) • Conduita postoperatorie (caseta 12)
3.2. Tratament chimioterapic C.2.3.5.5.	Prezența tumorii maligne a țesuturilor moi avansate neresectabile sau a patologiilor concomitente cu risc anestezic major	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Aprecierea schemei adecvate de tratament (în dependență de varianta morfologică, răspândirea procesului, patologii concomitente) • Tratament de susținere
3.3. Tratament radioterapic C.2.3.5.6.	Prezența tumorii maligne a țesuturilor moi neresectabile, refuzul pacientului la tratamentul chirurgical, patologii concomitente cu risc anestezic major	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Definirea precisă a volumelor de tratat • Definirea precisă a dozei tumorale • Determinarea organelor critice • Aprecierea dozei totale și fracționarea ei • Tratament de susținere
4. Externarea cu recomandări necesare		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv desfășurat cu indicația numărului și rezultatului investigației morfopatologice. • Rezultatele celorlalte investigații efectuate. • Tratamentul aplicat și rezultatele tratamentului. • Recomandările explicite pentru pacient. • Planul detaliat al tratamentului conservativ (în caz de necesitate) și termenii de monitorizare

C. 1. ALGORITMELE DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm general de conduită a pacientului cu tumorile maligne ale țesuturilor moi



C.2. DESCRIEREA METODELOR,TEHNICILOR ȘI A PROCEDURELOR

C.2.1. Clasificarea

C.2.1.1. Clasificarea histologică a tumorilor maligne țesuturilor moi

Caseta 1. Clasificarea histologică (OMS – 1969)

1. Tumorile și leziunile pseudotumorale ale țesutului fibros (conjunctiv)
 - A. Dermatofibrosarcom proeminent
 - B. Fibrosarcom (fibrohistiocitom malign)
2. Tumorile și leziunile pseudotumorale ale țesutului adipos (liposarcom)
 - bine diferențiat
 - mixoid (embrionar)
 - din celule rotunde
 - polimorf (puțin diferențiat)
 - tip mixt
3. Tumorile țesutului muscular
 - A. Mușchii netezi (Leiomiomasarcom)
 - B. Mușchii striați - rabdomiosarcom (embrionar, alveolar, polimorf, mixt)
4. Tumorile și leziunile pseudotumorale ale vaselor sanguine
 - hemangioendoteliom malign (angiosarcom)
 - hemangiopericitom malign
5. Tumorile și leziunile pseudotumorale ale vaselor limfatice
 - limfangioendoteliom malign (limfangiosarcom)
6. Tumorile țesutului sinovial - sarcom sinovial
 - a. bifazic (cu celule fuziforme și epiteloide)
 - b. monofazic (sau cu celule fuziforme, sau cu celule epiteloide)
7. Tumorile țesutului mezotelial - Mezoteliomul malign
 1. Epitelioid
 2. Fibros (fuziformocelular)
 3. Bifazic
8. Tumorile nervilor periferici
 - șvanom malign (sarcom neurogen, neurofibrosarcom)
 - tumorile periferice ale neuroectodermului primar
9. Tumorile ganglionilor nervoși și simpatici
 - Neuroblastomul (simpaticoblastomul, simpaticogoniomul)
 - Ganglioneuroblastomul
10. Tumorile structurilor paraganglionare – Feocromocitom malign
11. Tumori și afecțiuni pseudotumorale ale țesutului mezenchimal - mezenchimomul malign
12. Tumori din structuri embrionare rudimentare - cordon malign
13. Tumori germinative
 - teratocarcinom
 - carcinom embrionar
 - coriocarcinomul
14. Tumori de histiogeneneză discutabilă sau neclară
 - sarcom alveolar al țesuturilor moi
 - condrosarcom al țesuturilor moi
 - osteosarcom al țesuturilor moi
 - tumora gigantocelulară a țesuturilor moi
 - histiocitom malign (fibroxantom malign)
 - sarcom Kaposi
 - sarcom din celule clare al tendoanelor și aponevrozelor
14. Tumori neclasificate ale țesuturilor moi

C.2.1.2. Stadializarea tumorilor maligne ale țesuturilor moi

Caseta 2. Clasificarea clinică a tumorilor țesuturilor moi (Geneva, 2002)

T – tumora primară

T_x – tumora primitivă nu poate fi evaluată

T₀ – tumora primitivă nu este decelabilă

T₁ – tumora mai mică de 5 cm în dimensiunea sa cea mai mare

T_{1a} – tumora superficială

T_{1b} - tumora profundă

T₂ – tumora mai mare de 5 cm în dimensiunea sa cea mai mare

T_{2a} – tumora superficială

T_{2b} – tumora profundă

Notă: Tumoarea superficială este situată mai superficial de fascia superficială, tumoarea profundă este situată subiacent fasciei superficiale sau concrește fascia superficială

N – adenopatii metastatice

N_x – date insuficiente pentru depistarea ganglionilor limfatici regionali

N₀ – nu sunt date de afectare metastatică a ganglionilor limfatici regionali

N₁ – în ganglionii limfatici regionali sunt metastaze

M – metastază la distanță

M_x – nu sunt date suficiente pentru aprecierea metastazelor la distanță

M₀ – nu sunt metastaze la distanță

M₁ sunt date de metastaze la distanță

Apreciere morfologică a extinderii procesului tumoral – pTNM

Fiecărei categorii pT, pN și pM îi corespund cerințelor pentru aprecierea categoriilor T, N, M.

Tabelul nr.1 Gruparea după stadii

Stadiul IA	T _{1a}	N ₀ , N _x	M ₀	Grad jos de malignitate
	T _{1b}	N ₀ , N _x	M ₀	
Stadiul IB	T _{2a}	N ₀ , N _x	M ₀	Grad jos de malignitate
	T _{1b}	N ₀ , N _x	M ₀	
Stadiul IIA	T _{1a}	N ₀ , N _x	M ₀	Grad înalt de malignitate
	T _{1b}	N ₀ , N _x	M ₀	
Stadiul IIB	T _{2a}	N ₀ , N _x	M ₀	Grad înalt de malignitate
Stadiul III	T _{2b}	N ₀ , N _x	M ₀	Grad înalt de malignitate
Stadiul IV	Orice T	N ₁ , N _x	M _{1a}	Orice grad de malignitate
	Orice T	Orice N	M ₁	Orice grad de malignitate

C.2.1.3. Clasificarea R (tumora reziduală)

Caseta 3. Clasificarea R.

Lipsa sau prezența tumorii reziduale după tratament se descrie ca **R**

R_x – tumora reziduală nu poate fi apreciată

R₀ – nu este tumoră reziduală

R₁ – microscopic se determină tumoră restantă

R₂ – macroscopic se determină tumoră restantă

C.2.2. Factorii de risc

Caseta 4. Factorii de risc.

Transformarea malignă a tumorilor benigne de la nivelul țesuturilor moi este extrem de rară, cu excepția tumorilor maligne de la nivelul tecii nervilor periferici (neurofibrosarcoame, schwanom malign), care se pot dezvolta din neurofibroamele pacienților cu neurofibromatoza.

Factori de mediu: Traumatismele sau leziunile anterioare sunt rareori incriminate, dar sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operații chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor. Carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul și dioxina, pot fi implicate în patogeneza.

Factori iatrogeni: Sarcoamele ale țesuturilor moi apar la pacienții neoplazici care sunt tratați cu radioterapie și care supraviețuiesc cel puțin 5 ani. Tumora se dezvoltă aproape întotdeauna la nivelul zonelor iradiate. Riscul crește odată cu timpul.

Virusurile: Asocierea sarcomului Kapoși (SK) cu virusul imunodeficienței umane (HIV) tipul 1 a condus la studierea rolului virusurilor în patogeneza SK. Secvențele de ADN asemănătoare cu virusurile herpetice au fost demonstrate în SIDA asociată cu SK, SK clasic și la bărbații homosexuali HIV-negativi și cu SK, conducând la ipoteza că acest nou virus herpetic [virusul herpetic uman (VHU-8)] poate fi un factor etiologic comun pentru toate cele trei variante de SK.

Factori imunologici: Imunodeficiența congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influențează dezvoltarea sarcoamelor.

Factori genetici: Sindromul Li-Fraumeni este un sindrom neoplazic familial, în care indivizii afectați au anomalități ale liniei germinative ale genei supresoare tumorale p53 și au o incidență crescută a sarcoamelor țesuturilor moi și a altor neoplazii, inclusiv cancer de sân, osteosarcom, tumori cerebrale, leucemie și carcinom al corticosuprarenalei. Neurofibromatoza 1 (NF-1, forma periferică, boala Recklinghausen) se caracterizează prin neurofibroame multiple și pete *cafe au lait*. Neurofibroamele suferă ocazional o degenerare malignă, devenind tumori maligne ale tecii nervilor periferici. Gena pentru NF-1 este localizată în regiunea pericentromerică a cromozomului 17 și codifică neurofi-bromina, o proteină supresoare tumorală cu activitate activatoare a GTP-azei care inhibă funcția Ras. Mutația liniei germinative alocmv&uiRb-1 (cromozomul 13q14) la pacienții cu retinoblastom moștenit se asociază cu dezvoltarea osteosarcomului la cei care supraviețuiesc retinoblastomului și a sarcoamelor de țesuturi moi nelegate de radioterapie. Alte tumori de țesuturi moi, cuprinzând tumorile dermoide, lipoamele, leiomiomele, neuroblastoamele și paraganglioamele, demonstrează, ocazional, o predispoziție familială.

Factorul de creștere asemănător insulinei (IGF) tipul 2 este produs de unele sarcoame și se presupune că acționează atât ca un factor de creștere autocrin, cât și ca un factor de motilitate care promovează metastazarea. Anticorpii împotriva receptorilor IGF-1 blochează stimularea creșterii in vitro de către IGF-2, dar nu afectează motilitatea indusă de IGF-2. Dacă este secretat în cantități mari, IGF-2 poate produce hipoglicemie

C.2.3. Conduita pacientului cu tumora malignă a țesuturilor moi

Caseta 5. Obiectivele procedurilor de diagnostic în CBP

- Prezența tumorii maligne
- Determinarea localizării procesului
- Stabilirea răspândirii procesului
- Estimarea factorilor de risc pentru evoluția nefavorabilă
- Aprecierea tacticii de tratament
- Aprecierea pronosticului

Caseta 6. Procedurile de diagnostic în tumorile țesuturilor moi

- Anamnestic
- Examenul fizic
- Radiografia cutiei toracice
- Investigații de laborator și paraclinice

C.2.3.1. Anamneza

Caseta 7. Recomandări pentru culegerea anamnesticului.

- Debutul bolii
- Acuze la dureri, preponderent nocturne și de repaus rezistente la tratament antiinflamator și analgezice neopioide
- Atrofii musculare
- Dereglări ale circulației periferice
- Edeme ale membrelor, elefantiazis
- Evidențierea factorilor de risc (expuneri profesionale și de mediu, traumatisme)
- Evidențierea factorului ereditar
- Administrarea tratamentului anterior

C.2.3.2. Manifestările clinice

Caseta 8. Regulele examenului fizic

1. Inspecția (pentru depistarea prezenței formațiunii tumorale, dimensiunilor tumorii, prezența ulceratiilor, hiperemia zonei afectate)
2. Palpația tumorii (se apreciază mobilitatea, punctele dolore)
3. Palparea zonelor de drenare limfatică

Tabelul 2. Manifestările clinice

Nr de ordine	Denumirea tumorii	Tabloul clinic
1	Fibrosarcom	Vârsta 30-40 ani. Localizare: coapsa, umăr. Se dezvoltă în adâncul mișchilor din septurile intermusculare. Simptoame clinice nu prezintă, dacă apasă asupra nervului, bolnavul acuză dureri. Evoluează o perioadă de timp lent, apoi se accelerează și în scurt timp metastazează. Evoluează și metastazează rapid mai mult în pulmoni. La palpare tumora este dură, indoloră, forma rotundă, bine delimitată. Pielea deasupra ei este neschimbată și nu are ulceratii.
2	Liposarcom	Vârsta vulnerabilă 50-60 ani, preponderent la bărbați.

		Localizarea: coapsă, articulația genunchiului, retroperitoneum. Tumorile diferențiate evoluează lent, asimptomatic. Cele nediferențiate au evoluție rapidă. La palpare tumora rotundă, elastică, cu structura lobulară, indoloră, bine delimitată. Pielea neschimbată. Cresc în spațiile intermusculare. Formele nediferențiate metastazează în plămâni (40%), uneori în inimă, ficat, creier.
3	Rabdomiosarcom	Tumora malignă din elementele musculaturii striate. Se întâlnește mai frecvent la bărbați, 40-60 de ani. Are 4 forme: pleomorfă, alveolară, embrionară, bitrioidă. Clinic se manifestă prin noduli (solitari sau multipli) de consistență moale-elastică, cu limite neclare. Evoluează rapid, asimptomatic, este însoțită de dilatație varicoasă a venelor. Penetreză derma și provoacă ulceratii. Recidivează devreme. Metastazează în pulmoni.
4	Angiosarcom	Tumori maligne ale vaselor se întâlnesc rar. Se depistează întâmplător în adâncul țesuturilor. Nodul tumoral de consistență moale-elastică, limite neclare, parțial mobil, dureros la palpare. Evoluează rapid, influențează țesuturile și venele, provocând edeme. Metastazează frecvent în ganglionii regionali și hematogen în pulmoni, oase și alte organe interne.
5	Sarcom sinovial	Tumora malignă din capsula sinovială articulară, fascii și tunicele tendinoase. Afectează vârsta 40-50 ani, localizarea – membrele inferioare, egal bărbați – femei. Se depistează întâmplător, decurge asimptomatic. Tumora este de consistență dură, fixată, invadează osul. Sinovioamele maligne adenomatoase metastazează regional (16–20%), cale fibroase metastazează în pulmoni (50-60%)
6	Neurinom malign	Tumora malignă din tunica nervilor (Șwan). Se întâlnește rar, preponderent la bărbați tineri și de vârstă mijlocie. Se localizează pe părțile distale ale membrilor (mâini, labele picioarelor). Tumora este fuziformă, moale-elastică, indoloră la palpare, are contururi neclare, decurge fără simptome, invadează derma, dar nu ulcerază. Metastazează în pulmoni.

C.2.3.3. Investigații paraclinice

Tabelul 3. Etapizarea momentelor de screening și diagnosticul tumorilor maligne ale țesuturilor moi

Notă: * în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedentă

** se va efectua numai în condiții de staționar

<i>Medicul de familie</i>	<i>Oncologul raional</i>	<i>Policlinica IMSP Institutul Oncologic</i>	<i>Secția Oncologie Generală IMSP Institutul Oncologic</i>
Screening-ul clinic	<ul style="list-style-type: none"> • Inspecția • Radiografia zonei afectate • Radiografia cutiei toracice • ECG • Analiza generală a sângelui • Analiza generală a urinei • Biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg)). • Indicii coagulogramei. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspecția* • Radiografia zonei afectate* • Radiografia cutiei toracice* • Angiografia arterială • ECG* • Analiza generală a sângelui* • Analiza generală a urinei* • Biochimia sângelui* (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg)). • Indicii coagulogramei* (timpul recalcinării, timpul coagulării, indexul protrombinic și altele - în funcție de patologia concomitentă). • Scanarea scheletului osos • TC creierului • RMN zonei afectate • USG abdomenului • Puncția pleurală la necesitate • Ecocardiografia • Puncția formațiunii tumorale • Examenul citologic al punctatului • Examenul histologic al punctatului 	<ul style="list-style-type: none"> • Inspecția* • Radiografia cutiei toracice* • Radiografia zonei afectate* • Angiografia arterială* • ECG* • Analiza generală a sângelui* • Analiza generală a urinei* • Biochimia sângelui* (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg)). • Indicii coagulogramei* (timpul recalcinării, timpul coagulării, indexul protrombinic și altele - în funcție de patologia concomitentă). • Puncția tumorii* • Pregătirea frotiului pentru investigație citologică. • Investigația citologică a frotiului. • Investigația histologică materialului preluat • TC toracelui • Scanarea scheletului osos • TC creierului • Ecocardiografia • RMN zonei afectate* • USG abdomenului • Spirometria • Biopsia deschisă a tumorii** cu preluarea materialului pentru examen citologic și histologic • Puncția pleurală la necesitate

C.2.3.4. Tratamentul

Aprecierea tacticii de tratament depinde de localizarea și răspândirea procesului, starea generală a pacientului și acordul pacientului.

Tabelul 4. Tratamentul aplicat în dependență de stadiul bolii.

<i>Stadiul</i>	<i>Tratamentul</i>
Stadiul IA ($T_{1a-1b}N_{x,0}M_0$, grad mic de malignitate)	Excizia lărgită a tumorii în limitele zonei anatomice
Stadiul IB ($T_{2a-2b}N_{x,0}M_0$, grad jos de malignitate)	<ul style="list-style-type: none"> - excizia tumorii (T2a – excizia lărgită, T2b – operație radicală organomenajantă) + o cură de radioterapie postoperatorie - în cazul tumorilor local – răspândite, când este imposibil la prima etapă de efectuat operație radicală, se efectuează o cură de radioterapie preoperatorie - cu scopul măririi eficacității tratamentului neoadjuvant în cazul planificării operațiilor organomenajante în schema de tratament se include chimioterapia regională - în cazul prezenței unui defect postoperator mare, după înlăturarea chirurgicală a tumorii, care este imposibil de înlăturat printr-o plastie simplă se efectuează plastia: <ul style="list-style-type: none"> a. cu lambou cutanat liber b. cu țesuturi locale c. plastia cu insulițe cutanate libere, cu lambouri pe pedicol vascular cu aplicarea tehnicii microchirurgicale - în cazul imposibilității efectuării operațiilor organomenajante condiționate de un proces local – răspândit și ineficacitatea tratamentului neoadjuvant se efectuează amputarea membrelor
Stadiul II A ($T_{1a-1b}N_{x,0}M_0$, grad înalt de malignitate)	<ul style="list-style-type: none"> - radioterapie pre- și postoperatorie + excizia lărgită a tumorii - în cazul T1b se efectuează suplimentar 3 – 4 cure PCT adjuvantă - în cazul unui defect postoperator mare care este imposibil de înlăturat prin suturare simplă se efectuează una din tipurile de plastie
Stadiul II B ($T_{2a}N_{x,0}M_0$, grad înalt de malignitate)	<ul style="list-style-type: none"> - radioterapie pre- și postoperatorie + înlăturarea chirurgicală a tumorii (T2a – excizie lărgită, T2b – operație radicală organomenajantă) + 3 – 4 cure PCT adjuvantă
Stadiul III ($T_{2b}N_{x,0}M_0$, grad înalt de malignitate)	<ul style="list-style-type: none"> - cu scopul măririi eficacității tratamentului neoadjuvant, în cazul planificării operațiilor organomenajante, în schemele de tratament se include PCT regională - în cazul formării unui defect postoperator, care nu poate fi înlăturat printr-o suturare simplă, se aplică una din metodele de plastie - în cazul imposibilității efectuării unei din operațiile organomenajante în legătură cu un proces local-avansat sau lipsei efectului clinic de la tratamentul neoadjuvant se efectuează amputarea membrelor
Stadiul IV (orice T N ₁ M ₀ , orice grad de malignitate)	<ul style="list-style-type: none"> - tratamentul complex se efectuează după principiile tratării sarcoamelor țesuturilor moi în stadiul I – III cu considerarea gradului de diferențiere a tumorii și răspândirii locale a tumorii - componentul chirurgical include tratarea focarului primar (operații organomenajante sau amputații) și limfodisecție regională unimomentană sau pe etape
Stadiul IV (orice T orice N M ₁ , orice grad de malignizare)	<ul style="list-style-type: none"> - se efectuează tratament simptomatic și paliativ după programe individuale cu includerea PCT și/sau a radioterapiei - intervențiile chirurgicale se efectuează cu scopul micșorării masei tumorale și la indicații vitale

Tabelul 5. Tratamentul în dependență de tipul tumorii.

Nr de ordine	Tipul tumorii	Tratamentul
1	Fibrosarcom	Excizie lărgită cu biopsie intraoperatorie. În caz de invadare a pachetului neurovascular – amputarea membrului. Principiul de bază – radicalismul operației. Intervenția chirurgicală este în tumori mici superficial localizate, mobile și accesibile. Prognoza este favorabilă în caz de respectare a radicalismului.
2	Liposarcom	Tratament chirurgical – excizie largă în limita țesuturilor sănătoase. Radioterapie postoperatorie în forme nediferențiate și recidive. În tumorile inoperabile: radioterapie preoperatorie și intervenție chirurgicală (forme puțin diferențiate)
3	Rabdomiosarcom	Tratament chirurgical: excizia lărgită. În localizarea pe membre este indicată amputația cu exarticulație. Radioterapia este indicată în formele inoperabile, în recidive și în cadrul tratamentului complex postoperator. Prognosticul absolut nefavorabil
4	Angiosarcom	La stadii incipiente – excizia tumorii în limitele țesuturilor sănătoase cu limfadenectomia ganglionilor regionali. Prognosticul nefavorabil.
5	Sarcom sinovial	Tratament chirurgical. Tumorile avansate, recidivele impun amputație cu exarticulație. Prognosticul nefavorabil.
6	Neurinom malign	Tratament chirurgical – excizie lărgită în limita țesuturilor sănătoase + radioterapie postoperatorie. În caz de invadare a nervului – se efectuează rezecția lui. Prognosticul nefavorabil.

C.2.3.4.1. Tratamentul chirurgical

Tratamentul chirurgical ca metodă independentă se utilizează în tratamentul tumorilor primare înalt diferențiate (T1a) cu condiția efectuării intervenției chirurgicale radicale. În restul cazurilor tratamentul este combinat sau complex unde primordial este înlăturarea chirurgicală a tumorii. Programul de tratament ajustează în dependență de forma morfologică, răspîndirea procesului, dimensiunile și localizarea tumorii, vârsta și patologia concomitentă a pacientului.

Caseta 9. Principiile tratamentului chirurgical

1. în bloc cu tumoarea se înlătură și locul biopsiei precedente
2. înlăturarea tumorii se efectuează în limitele securității oncologice
3. limfodiseția regională în cazul lipsei afectării ganglionilor limfatici regionali nu se efectuează

Caseta 10. Particularitățile suportului anestezic

- În cazul tumorilor maligne a țesuturilor moi intervențiile chirurgicale se efectuează cu anestezie generală sau trunculară (atunci când sunt contraindicații către anestezia generală)
- Trepanobiopsia e posibil de efectuat și cu anestezie locală

C.2.3.4.2. Pregătire preoperatorie

Pregătirea preoperatorie v-a depinde de patologia concomitentă, și dereglările metabolice, determinate de ea. În caz de pregătire de lungă durată, ea se va efectua în condițiile secțiilor specializate ale spitalelor raionale sau în caz de patologie concomitentă severă – în instituțiile republicane de profil.

C.2.3.4.3. *Procedee chirurgicale*

Intervenția chirurgicală poate fi efectuată cu țel paliativ sau curativ. Operația paliativă prevede intervenția chirurgicală îndreptată spre micșorarea suferințelor pacientului. Aceste intervenții se folosesc în cazuri tumorii neresectabile din cauza răspândirii procesului tumoral, sau stării generale a pacientului

Caseta 11. Tipurile principale de intervenții chirurgicale

1. **Excizia simplă** a tumorii se efectuează excepțional la etapa stabilirii diagnosticului morfologic
2. **Excizia lărgită** (excizia lărgită locală) reprezintă înlăturarea tumorii într-o zonă anatomică în bloc unic cu pseudocapsula la o distanță de 4 – 6 cm și mai mult de la marginea vizuală a tumorii. Excizia lărgită se efectuează în cazul tumorilor superficiale cu grad mic de malignizare răspândite în piele, țesutul subcutan, subiacent fasciei superficiale (fibrosarcoame mici, liposarcoame, desmoizi, dermatofibrosarcoame). Această intervenție nu se efectuează în cazul tumorilor cu malignitate înaltă.
3. **Operații organomenajante radicale** se efectuează în cazul sarcoamelor cu malignitate înaltă, cu localizare profundă și includ înlăturarea tumorii împreună cu țesuturile moi adiacente cu includerea într-un bloc a fasciilor și mușchilor neafecțați care se înlătură total cu excizia lor de la locul inserției. La necesitate se efectuează rezecția vaselor, nervilor, oaselor, efectuând unimomentan operații plastice reconstructive la vase, nervi, oase, articulații. Operațiile organomenajante în cazul tumorilor maligne a țesuturilor moi se efectuează excepțional în cadrul tratamentului combinat și complex. La necesitate controlul radicalismului intervențiilor chirurgicale se înfăptuiește prin examenul histologic extemporaneu a marginilor plăgii.
4. **Amputații și dezarticulații a membrelor** se efectuează în cazul când nu este posibilă efectuarea operațiilor organomenajante, în cazul tumorilor masive cu implicarea în proces a articulațiilor, oaselor, pachetelor vasculo-nervoase magistrale și neeficacitatea tratamentului neoadjuvant.

C.2.3.4.4. *Conduita postoperatorie*

Caseta 12. Conduita postoperatorie.

- Administrarea preparatelor analgezice și desensibilizante (Sol. Metamizoli 50% 3-4 ml, i.m. cu Sol. Difenhidramină 1% 1 ml i.m. 1-2 ori în decurs de 3-5 zile după operație).
- Prelungirea tratamentului antialgic mai mult de 72 ore se hotărăște individual, conform intensității manifestării sindromului algic.
- Indicarea profilactică sau curativă (în caz că preoperator au fost stabilite manifestări inflamatorii) se indică tratament antibacterian (Cefazolină 1g de 3 ori în 24 ore sau alt antibiotic, în funcție de sensibilitatea florei).
- Peste 7-10 zile se înlătură firele și bolnavul se externează sub supravegherea oncologului raional cu controale respective la Institutul Oncologic.
- Indicarea tratamentului specific în cazul patologiilor concomitente.

C.2.3.4.5. *Tratament chimioterapic*

Caseta 13. Criteriile de spitalizare în secțiile chimioterapie:

- Diagnosticul stabilit morfologic
- Prezența indicațiilor pentru tratament specific antitumoral
- Starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific
- Lipsa patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)
- Indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

Caseta 14. Indicațiile pentru tratament chimioterapic în tumorile maligne ale țesuturilor moi.

- Poate fi considerată în calitate de tratament adjuvant la pacienții cu factorii prognostici nefavorabili (G3, sarcoamele capului și gâtului, dimensiunea tumorii mai mare de 5 cm ș.a.)
- Poate fi considerată în calitate de tratament neoadjuvant
- În metastaze
- În boala recidivantă

Caseta 15. Indicațiile pentru tratament chimioterapic în Sarcomul Capoși

În sarcomului Capoși metoda de tratament de bază este chimioterapia.

Este indicată:

- în formele localizate (monochimioterapia)
 - în formele generalizate (polichimioterapia)
- în cazul recidivelor după tratament local
- poate fi considerată administrarea intratumorală a citostaticelelor

Tabelul 6. Selectarea chimioterapiei în tumorile maligne ale țesuturilor moi

nr.d /o	schema	protocolul	doza/zi	mod de administrare	zile	interval între cure
1	Doxorubicină*	Doxorubicină*	75 mg/m ²	i/v	1 zi	fiecare 3 săptămâni
2	ACOP-Pt	Doxorubicină* Ciclofosamidă Vincristin Cisplatin Prednisolon	50 mg/m ² 600 mg/m ² 2 mg/m ² 100 mg/m ² 1 mg/kg	i/v i/v i/v i/v p/o	1 zi 1 zi 1 zi a 4-a zi 1-5 zi	fiecare 3-4 săptămâni
3	DI	Doxorubicină* Ifosfamidă Mesnum*	50 mg/m ² 5 g/m ²	i/v i/v, perf	1 zi 24 ore 1 zi	fiecare 3 săptămâni
4	ADI (MAID)	Doxorubicină* Dacarbazin Ifosfamidă	20 mg/m ² 250 mg/m ² 2,5 g/m ²	i/v i/v i/v perf cu Mesna	1-3 zi 1-3 zi 1-3 zi	fiecare 3-4 săptămâni
5	CyVADIC	Ciclofosamidă Vincristin Doxorubicină* Dacarbazin	500 mg/m ² 1 mg/m ² 50 mg/m ² 250 mg/m ²	i/v i/v i/v i/v	a 2-a zi 1,8,15 zi 1 zi 1-5 zi	fiecare 3-4 săptămâni
6	CAV	Vincristin Doxorubicină* Ciclofosamidă	1,4 mg/m ² 40 mg/m ² 600 mg/m ²	i/v i/v i/v	1,8 zi 1,8 zi 1,8 zi	fiecare 3-4 săptămâni
7	CAPO	Cisplatin Doxorubicină* Vincristin Ciclofosamidă	100 mg/m ² 30 mg/m ² 1,4 mg/m ² 600 mg/m ²	i/v i/v i/v i/v	1 zi 2-4 zi a 5-a zi a 6-a zi	fiecare 3-4 săptămâni
8	VAC	Vincristin Mesnum* Ciclofosamidă	1,4 mg/m ² 0,3 mg/m ² 200 mg/m ²	i/v i/v i/v	1,8 zi 1,3,5,8,10,12 zi 1,3,5,8,10,12 zi	fiecare 3 săptămâni
9	GD	Gemcitabină Docetaxel	900 mg/m ² 100 mg/m ²	i/v i/v	1,8 zi a 8-a zi	fiecare 3 săptămâni

Tabelul 7. Selectarea chimioterapiei în caz de sarcomul Capoși

nr.d/o	schema	protocolul	doza/zi	mod de administrare	zile	interval între cure
Chimioterapie combinată						
1	BV	Bleomicin Vincristin	10 UI/m ² 1,5 mg/m ² (maximal 2mg)	i/v i/v	1,15 zi 1,15 zi	fiecare 4 săptămâni
2	ABV	Doxorubicină* Bleomicin	40 mg/m ² 15 UI/m ²	i/v i/v	1 zi 1,15 zi	fiecare 4 săptămâni

		Vinblastin	6 mg/m ²	i/v	1 zi	
3	AD	Doxorubicină* Metotrexat	40 mg/m ² 40 mg/m ²	i/v i/v	1 zi 1 zi	fiecare 3 săptămâni
4	ABO	Doxorubicină* Bleomicin Vincristin	20-30 mg/m ² 10 UI/m ² 1,4 mg/m ² (maximal 2mg)	i/v i/v i/v	1 zi 1 zi 1 zi	fiecare 3 săptămâni
Monochimioterapie						
1	Liposomal Daunorubicin	Liposomal* Daunorubicin	40 mg/m ²	i/v	1 zi	fiecare 2 săptămâni
2	Pegylated Liposomal Doxorubicină*	Pegylated* Liposomal* Doxorubicină*	20 mg/m ²	i/v	1 zi	fiecare 3 săptămâni
3	Paclitaxel	Paclitaxel sau Paclitaxel	135 mg/m ² sau 100 mg/m ²	i/v i/v	1 zi 1 zi	fiecare 3 săptămâni fiecare 2 săptămâni
4	Etoposide	Etoposide sau Etoposide	100 mg/m ² sau 100 mg/m ²	i/v p/o	1-5 zi 1-14 zi	fiecare 3 săptămâni fiecare 3-4 săptămâni
5	Interferon alfa 2a	Interferon alfa 2a	36 mln UI/m ²	i/m	zilnic 8-12 săptămâni	
6	Interferon alfa 2b	Interferon alfa 2b	30 mln UI/m ²	s/c sau i/m	3 ori pe săptămână	

Notă!* Nu este înregistrat în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor.

Caseta 16. Particularități de administrare ale unor medicamente citostatice.

Cisplatină – se va administra pe fon de hiperhidratare (prehidratare – pînă la 1l de soluție fiziologică de clorură de natriu, posthidratare – pînă la 1l soluție fiziologică) cu aplicarea prealabilă de antiemetice specifice (inhibitori de receptori 5HT3) și corticosteroizi.

Gemcetabină – se va administra în 250 ml soluție fiziologică timp de 30 min. Cu aplicarea prealabilă de antiemetice specifică (inhibitori de receptori 5HT3) și glucocorticosteroizi.

Paclitaxel – se va administra după premedicare: dexametazon 20 mg i/m cu 12 ore și 6 ore prealabil, apoi Sol. Difenhidramină 1% - 1ml i/v, ranitidină 150 mg p/o cu o oră prealabil, de asemenea prealabil se vor administra antiemetice specifice (inhibitorii de receptori 5HT3)

Docetaxel – se va administra după premedicare: dexametazon 8mg i/m cu 13 ore, 7 ore și o oră prealabil, apoi în aceeași doză 2 ori pe zi timp de 3-5 zile; de asemenea prealabil se vor administra antiemetice specifice (inhibitorii de receptori 5HT3)

Caseta 17. Contraindicații pentru tratamentul specific medicamentos.

- Lipsa verificării morfologice a maladii
- 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.2.3.4.6. *Tratament radioterapic*

Caseta 18. Criteriile de spitalizare în secții specializate de radioterapie.

- Diagnosticul stabilit morfologic
- Prezența indicațiilor pentru tratament specific antitumoral radiant
- Starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific
- Lipsa patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)
- Indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

Caseta 19. Realizarea practică a planului de tratament.

1.Examenul clinic și sfaturile practice adresate pacientului. Înainte de planingul propriu-zis, este necesară studierea amănunțită a foii de observație, a examenelor radiologice și un examen clinic, este necesar de explicat pacientului motivația și scopul, modalitatea tratamentului, regulile de conduită ce trebuie respectate în timpul iradierii (îngrijirea tegumentelor iradiate, regim dietetic, urmărirea curbei ponderale, temperaturii, etc.), efectele secundare sau complicații ce pot surveni.

2.Etapele planului de tratament.

a)topometria - simularea – se realizează la simulator; permite direcționarea fascicolului și câmpurilor de tratament cu scop de protejare a structurilor normale de iradiere excesivă

b)tomografia computerizată

c)realizarea clișeului de centraj – prin care este permisă confirmarea alegerii limitelor

d)tatuarea centrului și altor puncte necesare

e)delimitarea câmpului – traseul protecțiilor este adaptat fiecărui bolnav, după datele radiologice și tomografiei computerizate

f)poziționarea și controlul – poziționarea la aparatul de tratament este efectuată de medic la prima ședință și ulterior o dată pe săptămână

Caseta 20. Supravegherea în timpul tratamentului.

Bolnavii aflați în tratament trebuie să fie consultați o dată pe săptămână, luând în considerare următoarele puncte:

- verificarea ca tratamentul să se desfășoare conform planului terapeutic, asigurarea ca toți parametrii tehnici să fie corecți
- în cazul asocierii cu chimioterapia, verificarea ca intervalele de timp să fie respectate
- stabilirea toleranței imediate la tratament și prescrierea tratamentului simptomatic, dacă este necesar
- verificarea curbei ponderale sistematic
- verificarea faptului că nu au apărut modificări în extensia tumorii sau apariția de semne de diseminare la distanță, ceea ce ar putea determina schimbarea planului de tratament
- controlul săptămânal al hemoleucogramei complete
- legătura cu pacientul, răspunzând la întrebările și explicarea în detaliu
- planificarea etapelor următoare de tratament (chimioterapia, al doilea sau al treilea timp de iradiere, consultații de supraveghere)

Caseta 21. Contraindicații pentru aplicarea RT preoperatorie:

- lipsa confirmării morfologice
- distrucție tumorală cu risc de hemoragie
- starea generală, ce nu permite efectuarea tratamentului specific
- prezența patologiilor concomitente severe (decompensate)
- indicii de laborator – în afara limitelor admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific
- lipsa acordului pacientului pentru efectuarea tratamentului specific antitumoral

Caseta 22. Principii de tratament RT a tumorilor maligne ale țesuturilor moi

- Se aplică TGT și terapia cu electroni în calitate de cura preoperatorie sau postoperatorie cu DS-50-70Gy în regim de fracționare clasică.
- Metoda de elecție a sursei radiante și energia fluxului de electroni se determină în dependență de localizarea și profunzimea focarului tumoral.
- Pentru repartizarea precisă a dozei de iradiere la focarul tumoral se aplică metode de iradiere din mai multe câmpuri.
- Limitele câmpurilor de iradiere este necesar să fie cu 3-4 cm mai mari decât volumul tumorului. În caz de tumori masive și /sau gradul înalt de malignitate câmpul de iradiere e necesar să includă pînă la 10cm țesuturi proximal și distal de la limitele tumorii.
- În așa fel după aplicarea DS-45-50Gy câmpul de iradiere se micșorează pînă la limitele tumorii. În caz de localizarea tumorii pe membre pentru a evita dezvoltarea osteonecrozei postradiante se aplică câmpuri de iradiere oblice. Pentru a evita fibroza pronunțată, contractura musculară și edemul e necesar de a exclude din câmpul de iradiere pînă la 1/3 din diametrul membrului.
- RT postoperatorie se aplică după confirmare morfologică în caz că nu s-a aplicat RT preoperatorie) deasemenea în caz de intervenție chirurgicală condiționat radicală și neradicală.
- RT se aplică nu mai tîrziu de 4 săptămîni după intervenție chirurgicală.
- Dacă RT preoperatorie nu a fost aplicată, în zona de iradiere se include loja tumorală, 2cm țesuturi înconjurate și cicatricea postoperatorie cu DS-46-60Gy.
- În caz de tumori nerezectabile se aplică RT după program radical DS70Gy în regim de fracționare clasică.

C.2.3.5. Supravegherea

Caseta 23. Metodele de evaluare a eficienței tratamentului anticanceros.

- subiective
- fizicale (vizuală, palpare, percuție)
- radiologice
- endoscopice
- sonografice
- tomografia computerizată
- rezonanța magnetică nucleară
- izotopice
- biochimice

Caseta 24. Criterii de evaluare a eficienței tratamentului anticanceros.

Eficacitatea nemijlocită:

1. Criterii recomandate de OMS (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare).
2. Conform sistemului RECIST (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare).

Rezultatele la distanță:

1. Durata remisiunilor
2. Supraviețuirea fără semne de boală
3. Timpul până la avansare
4. Supraviețuirea medie.

Caseta 25. 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 sîngelui + trombocite (o dată pe săptămîna)
- analiza biochimică a sîngelui ((glicemia, ureea, creatinina, bilirubina, transaminazele ș.a. în funcție de necesitate) înaintea fiecărui ciclu de tratament)
- analiza generală a urinei (înaintea fiecărui ciclu de tratament)
- ECG ș.a. în funcție de necesitate.

C.2.3.6. Dispensarizarea

Caseta 26. Dispensarizarea bolnavilor tratați

- pe parcursul primului an după finisarea tratamentului – o dată în trei luni
- pe parcursul anului doi după finisarea tratamentului - o dată în 6 luni
- începînd cu anul trei după finisarea tratamentului – o dată în an

Caseta 27. Investigații efectuate în dispensarizare.

- examenul fizical
- palparea tuturor grupelor de ganglioni limfatici periferici
- radiografia cutiei toracice o dată în an (în cazul tumorilor primar răspîndite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni)
- USG organelor cavității abdominale (în cazul tumorilor primar răspîndite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni)

C.2.4. Complicațiile

Caseta 28. Divizarea complicațiilor.

1. Legate de patologia de bază
2. Legate de tratament chirurgical
3. Legate de tratament chimioterapic
4. Legate de tratament radiant

Caseta 29. Complicațiile legate de tratament chirurgical

1. Complicații sistemice

- *Febra* – hipertermia simpatogenică în primele zile
- *Tahicardia* – răspuns la agresie chirurgicală
- *Algiile*
- *Deregări respiratorii*
- *Deregări cardio-vasculare* (hipovolemie, deregările ritmului cardiac, hipotonie, hipertonie, stenocardie, embolia arterei pulmonare, tromboza venelor profunde, deregările renale, atonia stomacului și intestinului)

2. Complicații locale

- *Hemoragiile*
- *Insuficienta suturilor*

Caseta 30. Complicațiile tratamentului radiant.

- Distrucția tumorii
- Hemoragiile
- Hiperemia locală

Caseta 31. Complicațiile tratamentului chimioterapic

- *Febra* – hipertermia simpatogenică în primele zile
- *Tahicardia* – răspuns la agresie chirurgicală
- *Deregări dispeptice* (greață, vomă)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

<p><i>D 1. Instituțiile de asistență medicală primară</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistenta medicală de familie <hr/> <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fonendoscop; • Tonometru; • material ilustrativ pentru informarea pacienților despre necesitatea investigațiilor profilactice
<p><i>D2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu (oncolog raional)</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog; • medic de laborator; • medic funcționist; • medic radioimagist; • medic imagist USG. • medic citolog • asistente medicale. <hr/> <p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet radiologic cu echipament; • electrocardiograf; • ultasonograf; <hr/> <p>Laboratoare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteine, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg), glucoza sângelui), indicilor coagulogramei. • laborator citologic • laborator bacteriologic <hr/> <p>Medicamente și consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soluțiile antiseptice: Alcool etilic 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofurul - 0,02%-500ml. etc. • Sol. Lidocaină 2% - 2ml N 4 • Sol.Clorură de sodiu 0,9% - 200ml • Analgezice opioide (Sol.Morfină1%-1ml, Sol. Trimeperidină 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml, Sol.Tramadol 5% - 2ml) • Analgezice neopioide (Sol. Metamizol 50% - 2ml, Sol. Difenhidramină 1%, Sol. Ketoprofen - 100 mg/2 ml) • Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicină 80 mg, Cefazolină 1,0, Sol. Ciprofloxacina 0,2%- 100 ml, Imipinem+Cilastatin – 500 mg, Sol. Metronidazol 0,5%- 100ml. etc.) • Tifon steril și bumbac steril. • Emplastru. • Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.). • Mănuși de cauciuc sterile pentru personalul medical. • Seringi 10,0 N 2

<p>D3. Instituțiile de asistență medicală specializată ambulatorie (Policlinica IMSP Institutul Oncologic)</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog specialist în tumorile aparatului locomotor; • medic radioimagist; • medic imagist (USG) • medic morfolog; • medic citolog. • medic funcționalist • medic de laborator; • asistente medicale.
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • electrocardiograf; • ultasonograf inclusiv dotat cu Doppler • lame pentru pregătirea frotiurilor pentru investigații citologice; • seringi și ace sterile pentru preluarea biopsiilor
	<p>Laboratoare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cabinet radiologic cu echipament, inclusiv dotat cu mamograf; • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteine, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, glucoza sângelui, ionograma (K, Ca, Mg)), indicilor coagulogramei; • laborator citologic; • laborator patomorfologic;
	<p>Medicamente și consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soluțiile antiseptice: Alcool etilic 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofurul - 0,02%-500ml. etc. • Sol. Lidocaină 2% - 2ml N 4 • Sol.Clorură de sodiu 0,9% - 200ml • Analgezice opioide (Sol.Morfină1%-1ml, Sol. Trimeperidină 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml, Sol.Tramadol 5% - 2ml) • Analgezice neopioide (Sol. Metamizol 50% - 2ml, Sol. Difenhidramină 1%, Sol. Ketoprofen - 100 mg/2 ml) • Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicină 80 mg, Cefazolină 1,0, Sol. Ciprofloxacina 0,2%- 100 ml, Imipinem +Cilastatin – 500 mg, Sol. Metronidazol 0,5%-100ml. etc.) • Tifon steril și bumbac steril. • Emplastru. • Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.). • Mănuși de cauciuc sterile pentru personalul medical. • Seringi 10,0 N 2
<p>D4. Instituțiile de asistență medicală spitalicească: secția oncologie generală, secția chimioterapie (nr.1,2,3), secția radioterapie (nr.1,2,3) a IMSP Institutul Oncologic</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic oncolog specialist în tumorile aparatului locomotor; • medic anesteziolog; • asistente medicale, • infermiere • medic de laborator; • medic funcționalist; • medic radioimagist; • medic radioterapeut;

	<ul style="list-style-type: none"> • medic chimioterapeut; • medic imagist USG; • medic bacteriolog; • medic morfolog; • medic citolog.
	<p>Dispozitive medicale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • electrocardiograf; • lame pentru pregătirea frotiurilor pentru investigații citologice; • seringi și ace sterile pentru preluarea biopsiei • aparate pentru radioterapie
	<p>Laboratoare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabinet de diagnostic funcțional dotat cu utilaj pentru USG inclusiv cu Doppler; • cabinet radiologic, • laborator bacteriologic; • laborator patomorfologic inclusiv dotat cu utilaj pentru investigație morfopatologică urgentă și după includerea în parafină; • laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteine, bilirubina, urea, ALT, AST, fosfataza alcalină, glucoza sângelui, ionograma (K, Ca, Mg)), indicilor coagulogramei • laborator citologic; • blocul chirurgical dotat cu instrumente și utilaj pentru efectuarea intervențiilor chirurgicale în oncologie (instrumente standard + electrocoagulator);
	<p>Medicamente și consumabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soluțiile antiseptice: Alcool etilic 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofurul - 0,02%-500ml. etc. • Sol. Lidocaină 2% - 2ml N 4 • Sol.Clorură de sodiu 0,9% - 200ml • Analgezice opioide (Sol.Morfină1%-1ml, Sol. Trimeperidină 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml, Sol.Tramadol 5% - 2ml) • Analgezice neopioide (Sol. Metamizol 50% - 2ml, Sol. Difenhidramină 1%, Sol. Ketoprofen - 100 mg/2 ml) • Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicină 80 mg, Cefazolină 1,0, Sol. Ciprofloxacina 0,2%- 100 ml, Imipinem+Cilastatin – 500 mg, Sol. Metronidazol 0,5%-100ml. etc.) • Tifon steril și bumbac steril. • Emplastru. • Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.). • Mănuși de cauciuc sterile pentru personalul medical. • Seringi 10,0 N 2

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Ameliorarea calității examinării clinice și celei paraclinice a pacienților cu scopul diagnosticului tumorilor maligne ale țesuturilor moi.	1.1. Proporția pacienților cu diagnosticul de tumor malign a țesuturilor moi, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor protocolului clinic național „Tumorile maligne ale țesuturilor moi”.	Numărul de pacienți/ persoane din grupul de risc cărora în mod documentat, de către medicul de familie, li s-a oferit informații privind factorii de risc în dezvoltarea tumorilor maligne ale țesuturilor moi; și a fost efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor protocolului clinic național. Tumorile maligne ale țesuturilor moi pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de persoane/pacienți persoane din grupul de risc care se află la evidența medicului de familie, medicului oncolog, pe parcursul ultimului an.
2.	Sporirea ratei de apreciere a riscului de deces prin tumorile maligne ale țesuturilor moi.	2.1. Proporția pacienților cu diagnosticul de tumorile maligne ale țesuturilor moi, cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic național Tumorile maligne ale țesuturilor moi.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de, tumorile maligne ale țesuturilor moi cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic național Tumorile maligne ale țesuturilor moi pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de Tumori maligne ale țesuturilor moi de pe lista medicului oncolog pe parcursul ultimului an.
3.	A implementa screening-ul radiologic persoanelor de la 20 ani până la 64 ani.	3.1. Proporția persoanelor din grupele de risc supuse screening-ul radiologic o dată în 6 luni.	Proporția persoanelor(20-64 ani) supuse screening-ului radiologic o dată în 6 luni, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de persoanelor (20-64 ani), care se află la evidența medicului oncolog, pe parcursul ultimului an.
4.	A reduce divergențele în diagnosticul pre-și postoperatoriu în tumorile maligne ale țesuturilor moi.	4.1. Proporția bolnavilor cu divergențe în diagnostic în tumorile maligne ale țesuturilor moi, pe parcursul unui an.	Numărul bolnavilor cu divergențe în diagnostic în tumorile maligne ale țesuturilor moi, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de bolnavi cu tumorile maligne ale țesuturilor moi care se află la evidența oncologului la Institutul Oncologic, pe parcursul ultimului an.

ANEXE

Anexa nr.1 Ghidul pentru pacientul cu Tumori maligne ale țesuturilor moi.

(ghid pentru pacient)

Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu Tumori maligne ale țesuturilor moi în Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor bolnave de Tumori maligne ale țesuturilor moi, dar poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- modul în care medicii trebuie să stabilească, dacă o persoană are Tumori maligne ale țesuturilor moi
- prescrierea tratamentului pentru Tumori maligne ale țesuturilor moi
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu Tumori maligne ale țesuturilor moi

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 reprezintă tumorile maligne ale țesuturilor moi și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Tumori maligne ale țesuturilor moi

Tumori maligne ale țesuturilor moi este un grup nozologic mare de tumori format după principiul anatomo-clinic și include în sine:

1. tumori de origine mezenchimală (cu excepția tumorilor oaselor, sarcomului de uter, tumorile sistemului hemopoietic și țesutului reticulo-endotelial)
2. tumorile nervilor periferici

Nu au o predispoziție aparte pentru bărbați sau femei, sau o vârstă anumită. Etiologia este puțin cunoscută. 2/3 din tumorile țesuturilor moi se localizează în regiunea coapselor, bazinului, umărului (incidența în Republica Moldova 2,5% ce constituie 109 bolnavi primari)

Manifestările clinice ale Tumorilor maligne ale țesuturilor moi

Manifestările clinice în tumorile maligne ale țesuturilor moi depind de localizarea inițială a focarului tumoral, gradul de răspundere al procesului tumoral în organism (stadiul clinic) și varianta morfologică:

- prezența unei tumori
- acuze la dureri, preponderent nocturne și de repaus rezistente la tratament antiinflamator și analgezice neopioide
- atrofii musculare
- dereglări ale circulației periferice
- edeme ale membrelor, elefantiazis

Diagnosticul de tumoare malignă a țesuturilor moi se confirmă în mod obligatoriu prin efectuarea biopsiei (prin trepan-biopsie, prin biopsie deschisă, prin puncția tumorii).

După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate medicul trebuie să discute rezultatele cu Dvs. și să vă comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul

Tratamentul include efectuarea intervenției chirurgicale, chimioterapiei și radioterapiei în volum prevăzut de Protocolul Clinic Național.

La persoanele cu patologii concomitente grave se aplică numai chimioterapia și/sau radioterapia în volum paliativ, sau tratament simptomatic la locul de trai.

BIBLIOGRAFIE

1. **Berquist T, Ehman R, King B si colab.:** Value of MR imaging in differentiating benign from malignant soft tissue masses; study of 95 lesions. *Am J Roentgenol*, 1990, 155:1251-1255.
2. **Codorean I, Popescu A, Babalac C, Codorean IB, Diaconescu S.:** Studiu radioimagistic al sarcoamelor de parti moi ale membrelor. *Revista Medicala Romania UPDATE*, vol. IV, nr. 1-3, ianuarie-martie, 1998.
3. **De Schepper A, Parizel P, Ramon F, De Beuckeller L, Vandevenne J.:** Imaging of soft tissue tumors, 1997. Springer, Berlin Heidelberg New York.
4. **Daldrup H, Shames D, Wendland M si colab.:** Correlation of dynamic contrast-enhanced MR imaging with histologic tumor grade. *Am J Roentgenol*, 1998, 171: 941-949.
5. **De Schepper A, Ramon F, Degryse H.:** Statistical analysis of MRI parameters predicting malignancy in 141 soft tissue masses. *Fortschr-Roentgenstr*, 1992, 156:587-591
6. **Dahlin KK .:** Bone Tumors. General Aspects and Data on 11087 Cases. 5th ed., 1996, Philadelphia: Lippincott-Raven.
7. **Wolf R, Enneking W.:** The staging and surgery of musculoskeletal neoplasm. *Orthop Clin North Am*, 1996, 27:473-481.
8. **Kransdorf M, Murphey M .:** Imaging of soft tissue tumors. Saunders, 1997, Philadelphia.
9. **Fleming I.:** Staging of pediatric cancer. *Semin Surg Oncol*, 1992, 8:94-97.
10. **Moulton J, Blebea J, Dunco D si colab.:** MRI imaging of soft tissue masses; diagnostic efficacy and value in distinguishing between benign and malignant lesions. *Am J Roentgenol*, 1995, 164: 1191-1199.
11. **Murphey MD, Kransdorf MJ .:** Soft tissue tumors. *Eur Radiol (Suppl 2)*, 2001, S 249-258.
12. **Tung G, Davis L.:** The role of magnetic resonance imaging in the evaluation of soft tissue masses. *Crit Rev Diagn Imaging*, 1993, 34: 293-308.
13. **Hermann G, Abdelwahab I, Miller T, Klein M, Lewis M .:** Tumour and tumour-like conditions of soft tissue: magnetic resonance imaging features differentiating benign from malignant masses. *Br J Radiol*, 1992, 65:14-20.
14. **Hough T, Tung G, Terek R.:** Staging. In: De Schepper A (ed) *Imaging of soft tissue tumors*. Springer, 1997, Berlin Heidelberg New York, pp 113-126.
15. **Mirowitz S, Totty W, Lee J.:** Characterization of musculoskeletal masses using dynamic Gd-DTPA enhanced spin-echo MRI. *J Comput Assist Tomogr*, 1992, 16:120-125.
16. **Vandevenne J, De Schepper AM, De Beuckeller L si colab.:** New concepts in understanding evolution of desmoid tumors: MR imaging of 30 lesions. *Eur Radiol*, 1997, 7:1013-1019.
17. **Moulton J, Blebea J, Dunco D si colab.:** MR imaging of soft tissue masses; diagnostic efficacy and value in distinguishing between benign and malignant lesions. *Am J Roentgenol*, 1995, 164: 1191-1199
18. **Erlemann R, Reiser M, Peters P si colab.:** Musculoskeletal neoplasm: static and dynamic Gd-DTPA enhanced MR imaging. *Radiology*, 1989, 171:767-773
19. **Verstraete K, De Deene Y, Roels H si colab.:** Benign and malignant musculoskeletal lesions:dynamic contrast-enhanced MR imaging – parametric “first-pass” images depict tissues vascularization and perfusion. *Radiology*, 1995, 192:835-843.
20. **Kransdorf M.:** Malignant soft tissue tumors in a large referral population: distribution of specific diagnoses by age, sex and location. *Am J Roentgenol*, 1995, 164:395-402
21. **Kransdorf M.:** Malignant soft tissue tumors in a large referral population: distribution of specific diagnoses by age, sex and location. *Am J Roentgenol*, 1995, 164:129-134
22. **Kransdorf MJ.:** Radiologic evaluation of soft tissue masses: A current perspective. *AJR Am I Roentgenol*, 2001, 175; 575-587.
23. **Vanel D, Shappero L, Tardivon A si colab.:** Dynamic contrast-enhanced MRI with subtraction of aggressive soft tissue tumors after resection. *Skeletal Radiol*, 1998, 27:505-510.
24. **De Schepper AM, De Beuckeleer L, Vandevenne J .:** Magnetic Resonance of Soft tissue tumors. *Erasmus Course of Magnetic Resonance Imaging.:*187-199
25. **Enneking WF .:** *Clinical Musculoskeletal Pathology*. 3rd Rev. Ed. Gainesville, FL; Univ. of Fla. Press.