



PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 26.05.2017

Prezidium: Prof. N.Gladun, Prof. S.Ungureanu

Raport: Posibilitățile laser-chirurgiei fibroendoscopice în tumorile laringo-traheo-bronșice, Dr. P.Gurău, dr. în științe medicale, Secția chirurgie toracică, IMSP SCR

Rezumat. Laserul este o formă de radiație electro-magnetică produsă artificial. În oncologie cele mai frecvent utilizate tipuri de laser sunt laserul CO₂, YAG-Nd (neodimiu) și laserul I₂ cu diferite lungimi de undă. În oncologia mini-invazivă sunt folosite proprietățile unei laser de a tăia, coagula și vaporiza. Efectul termic este determinat de creșterea temperaturii în țesuturi, cu apariția zonei periferice de devitalizare, coagulare, deshidratare, carbonizare și de vaporizare. La îndreptarea fascicului laser spre țesuturi se produc câteva fenomene – reflecția, transmisiunea, difuziunea și absorbția; ultima fiind și cea mai importantă sub aspect chirurgical. Lumina laser-ului este absorbită de către țesuturi prin intermediul așa-numitor cromofori naturali, precum este apa, hemoglobina sângelui și melanina, de aceștia depinzând cantitatea de energie absorbită, dar și profunzimea penetrării. Transmisia laser-ului se produce prin intermediul ghidului din fibre de cuarț, iar răcirea se obține prin insuflarea de gaz inert (protoxid de azot).

Intervențiile pot fi realizate, atât în condițiile respirației spontane, cât și la ventilarea în jet cu frecvență înaltă (cu anestezie generală). Tumorile abordate pot fi benigne, precanceroase și maligne. Leziunile benigne ce pot beneficia de tratament cu laser – condromul, fibromul, angiofibromul, polipul adenomatos, lipomul, neurofibromul, chisturi, boala Reinke ș.a. Leziunile precanceroase ce pot fi tratate cu laser – hiperkeratoza, papilomul, papilomatoza ș.a. Leziunile maligne în care poate fi aplicat tratamentul cu laser – cancerul pavimentos (cel mai frecvent), carcinomul verucos, carcinomul adenochistic ș.a.

Factorii care influențează rezultatele tratamentului endoscopic al tumorilor traheo-bronșice:

A. Favorabili

- Localizarea tumorii. Nivelul proximal al tumorii (traheea, bronhiile primare) se asociază cu un pronostic favorabil
- Tipul de creștere predominant intrinsec
- Dimensiunile mai mici de 4 cm
- Lumenul distal bine apreciat, neafectat de tumoare
- Atelectazia ce se rezolvă în 4-6 săptămâni

B. Nefavorabili

- Afectarea bronhiilor lobare, segmentare
- Forma de creștere predominant extrinsecă
- Dimensiunile mai mari de 4 cm
- Lumenul distal invizibil sau afectat de tumoare
- Atelectazia ce depășește 4-6 săptămâni

Complicațiile laser-ablației tumorilor traheo-bronșice apar în circa 4-5% cazuri și includ:

1. Hemoragia (în până la 10% cazuri poate fi masivă) – mai frecvent în rezecția carcinoidului și melanomului
2. Combustia intra-operatorie
3. Perforarea căilor respiratorii – duce la pneumotorace sau pneumomediastin.

Concluzii:

1. Laserul YAG-Nd reprezintă un suport valoros în arsenalul măsurilor terapeutice de care ar trebui să dispună medicii endos-

copiști ce practică bronhoscopia intervențională.

2. Metoda discutată permite tratamentul mini-invaziv al tumorilor laringiene benigne, dar și a cancerului glotic incipient.

3. Rezecția cu laser reprezintă o alternativă a chirurgiei tradiționale în tumorile benigne și maligne ale arborelui traheo-bronșic (în cazuri selecte).

4. Tratamentul endobronșic permite dezobstruarea căilor respiratorii și cura paliativă în cazul pacienților cu cancer laringotraheal local avansat.

5. Utilizarea laser-ablației în asociere cu alte metode mini-invazive permite obținerea unor rezultate promițătoare.

6. Succesul tratamentului cu laser depinde de nivelul dotării cu echipament endoscopic a secțiilor de chirurgie specializată, dar și de prezența unei echipe medicale calificate și dedicate.

Dezbateri

Prof. S.Ungureanu: În ce mod este realizat controlul profunzimii ablației, atât în vederea obținerii marginii de rezecție R0, cât și cu scop de prevenire a complicațiilor menționate?

Dr. P.Gurău: Controlul profunzimii în ablația cu laser este un gest dificil. Astfel, în cazurile cu risc de perforare folosim ablația prin Argon-plasmă, profunzimea căreia este menajată mult mai ușor.

Prof. S.Ungureanu: Ce metode adjuvante ați recomandat pacienților după laser-ablația tumorilor maligne?

Dr. P.Gurău: Considerăm că în cancerul glotic T₁ nu este necesară radioterapia, fapt susținut și de ghidurile internaționale, terapia adjuvantă fiind una de rezervă în cazul dezvoltării recidivei tumorii.

Dr. A.Danci: Ați utilizat oare în timpul rezecției laser hidroelevară submucoasei?

Dr. P.Gurău: Nu practicăm un asemenea gest, deoarece particularitățile morfo-histologice ale organelor aparatului respirator nu permit utilizarea acestei tehnici, aplicate pe larg în endoscopia digestivă.

Discuții

Dr. V.Istrati: Vă felicităm cu un raport amplu, care de fapt a reflectat principiile unei endoscopii intervenționale de calitate.

Prof. N.Gladun: Mă bucur nespuse de mult că chirurgia deschisă are la moment o alternativă mini-invazivă, cu rezultate la fel de bune, promițătoare, chiar în pofida unor limite actuale. Raportul a fost unul excelent, bine aranjat, cu imagini și secvențe video relevante.

Prof. S.Ungureanu: Consider, că astăzi, prin acest raport, bronhoscopia intervențională a ieșit din anonim. Voi sublinia, că complicațiile care pot apărea în urma practicării chirurgiei endobronșice sunt catastrofale, însă posibilitățile acesteia devin din ce în ce mai mari. Din raport am observat că foarte multe cazuri sunt rezolvate prin metoda endoscopică, aceasta fiind promovată și menținută la un nivel înalt grație entuziasmului echipei de specialiști ce o practică. Endoscopia intervențională a căilor aeriene a devenit o parte componentă a tratamentului multimodal al pacientului cu tumori, cu perspective destul de mari.

Sinteză: Dr. S.Cumpătă, Dr. V.Culiuc