|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **MINISTERUL** **SĂNĂTĂŢII** **AL REPUBLICII MOLDOVA** |  | **МИНИСТЕРСТВО****ЗДРАВООХРАНЕНИЯ****РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА** |

**CANCERUL BUZEI**

**Protocol clinic naţional**

 **PCN - 162**

*Chişinău 2012*

**CUPRINS**

[**ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT** 3](#_Toc203445474)

[PREFAŢĂ 3](#_Toc203445475)

[A. PARTEA INTRODUCTIVĂ 3](#_Toc203445476)

[A.1. Diagnosticul 3](#_Toc203445477)

[A.2. Codul bolii ICD-O C00 3](#_Toc203445478)

[A.3. Utilizatorii 3](#_Toc203445479)

[A.4. Scopurile protocolului 3](#_Toc203445480)

[A.5. Data elaborării protocolului 3](#_Toc203445481)

[A.6. Data următoarei revizuiri 3](#_Toc203445482)

[A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului 3](#_Toc203445483)

[A.8. Definiţiile folosite în document 4](#_Toc203445484)

[A.9. Informaţie epidemiologică 4](#_Toc203445485)

[B. PARTEA GENERALĂ 5](#_Toc203445486)

[B.1. Nivel de asistenţă medicală primară 5](#_Toc203445487)

[B.2. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulat](#_Toc203445488)or (oncolog - nivel raional şi municipal - republican, Policlinica IMSP Institutul Oncologic) [5](#_Toc203445489)

[B.3. Nivel de asistenţă medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic) 6](#_Toc203445490)

[C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ 8](#_Toc203445491)

[*C 1.1. Algoritmul diagnostic în cancerul buzei* 8](#_Toc203445492)

[*C 1.2. Algoritmul de tratament al cancerului buzei* 9](#_Toc203445493)

[C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI PROCEDURILOR 10](#_Toc203445494)

[C.2.1. Clasificarea 10](#_Toc203445495)

[C.2.2. Factorii de risc 11](#_Toc203445496)

[C.2.3. Profilaxia 11](#_Toc203445497)

[*C.2.3.1. Profilaxia primară* 11](#_Toc203445498)

[*C.2.3.2. Profilaxia secundară* 11](#_Toc203445499)

[C.2.4. Conduita pacientului cu cancer al buzei 11](#_Toc203445502)

[*C.2.4.1.Anamneza* 11](#_Toc203445503)

[*C.2.4.2.Examenul fizic (datele obiective)* 12](#_Toc203445504)

[*C.2.4.3.Investigaţii paraclinice* 12](#_Toc203445505)

[*C.2.4.4. Diagnosticul diferenţial* 13](#_Toc203445506)

[*C.2.4.5. Tratamentul*..............................................................................................................................................14](#_Toc203445508)

[*C.2.4.6. Evoluţia şi prognosticul* 15](#_Toc203445509)

[*C.2.4.7. Supravegherea pacienţilor* 15](#_Toc203445510)

[C.2.5. Stările de urgenţă 15](#_Toc203445511)

[C.2.6. Complicaţiile 15](#_Toc203445512)

[D. RESURSE UMANE ŞI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI 16](#_Toc203445513)

[D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară 16](#_Toc203445514)

[D.2. Secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulator 16](#_Toc203445515)

[D.3. Instituţia de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu şi spitalicească: Secţia tumori cap/gât al IMSP Institutul Oncologic 16](#_Toc203445516)

[E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI 18](#_Toc203445518)

[ANEXE 19](#_Toc203445519)

[*Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancer al buzei* 19](#_Toc203445520)

[BIBLIOGRAFIE 21](#_Toc203445522)

###

### Abrevierile folosite în document

|  |  |
| --- | --- |
| **RT** | Radioterapie |
| **PChT** | Polichimioterapie |
| **OMF** | Oromaxilofacial |
| **CRIO** | Criochirurgie |

## PREFAŢĂ

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

Protocolul naţional este elaborat în conformitate cu ghidurile internaţionale actuale privind cancerul buzei şi va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituţionale. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituţionale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic naţional.

## A. PARTEA INTRODUCTIVĂ

### A.1. Diagnosticul: Cancerul buzei

***Exemple de diagnostic clinic:*** Cancerul pavimentos al bordurii roşii a buzei inferioare, 1/3 laterală stîngă, forma exofită T2N0M0 stII

### A.2. Codul bolii ICD-O C00

### A.3. Utilizatorii:

* oficiile medicilor de familie (medici de familie şi asistentele medicale de familie);
* centrele de sănătate (medici de familie şi asistentele medicale de familie);
* centrele medicilor de familie (medici de familie şi asistentele medicale de familie);
* asociaţiile medicale teritoriale (medici de familie, ORL, oncologi, dermatologi, stomatologi, chirurgi, medici OMF);
* instituţiile/secţiile consultative (ORL, oncologi, dermatologi, stomatologi, chirurgi, medici OMF);
* secţiile specializate ale Institutului Oncologic (oncologi - cap/gât, radiologi, chimioterapeuţi).

***Notă***: Protocolul la necesitate poate fi utilizat şi de alţi specialişti.

### A.4. Scopurile protocolului:

1. A facilita diagnosticarea cancerului buzei.
2. A spori depistarea precoce a pacienţilor cu cancer al buzei.
3. A contribui la scăderea ratei malignizării tumorilor benigne şi stărilor precanceroase prin depistarea acestora şi tratamentul oportun.
4. A spori calitatea tratamentului cancerului buzei.
5. A majora numărul pacienţilor cu cancer al buzei vindecaţi.

A.5. Data elaborării protocolului**:** 2012

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

A.7. Lista şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului**:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Numele** | **Funcţia** |
| Dr. Gheorghe Ţâbârnă, academician al AŞM, doctor habilitat în medicină, profesor universitar | Vicedirector IMSP IO, şef Laboratorul tumori cap/gât şi microchirurgie |
| Dr. Andrei Doruc, doctor în medicină,  | Colaborator ştiinţific coordonator, Laboratorul tumori cap/gât şi microchirurgie  |

 |  |
|  |  |
| **Protocolul a fost discutat aprobat şi contrasemnat:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumirea** | **Numele şi semnătura** |
| Comisia ştiinţifico-metodică de profil „Hematologie şi Oncologie” |  |
| Consiliul Ştiinţific al Institutului Oncologic |  |
| Asociaţia medicilor de familie din RM |  |
| Consiliul de experţi al MS  |  |
| Agenţia Medicamentului |  |
| Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate |  |
| Compania Naţională de Asigurări în Medicină |  |

 |  |

### A.8. Definiţiile folosite în document

***Cancerul buzei***

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

### A.9. Informaţie epidemiologică

În structura maladiilor canceroase cancerul buzei se clasează pe locurile 5 – 7, în raport procentual constituind 5,5%. Actualmente se observă creşterea morbidităţii, dar, totodată şi reducerea mortalităţii din cauza acestei maladii. În Moldova cancerul buzei inferioare ocupă locul 7 în structura maladiilor canceroase. Anual se depistează 170 – 200 bolnavi la 100 mii locuitori. Cancerul buzei se întîlneşte aproape exclusiv la bărbaţi în vîrstă de 50 – 70 ani, raportul bărbaţi: femei este 10:1. El apare pe fonul unor procese patologice de lungă durată, care au fost sistematizate şi descrise ca stări precanceroase, sau, pur şi simplu, precancer. În declanşarea cancerului buzei contribuie mai mulţi factori (factori de risc): insolaţia, poluarea mediului, lucrul în cîmp, procese patologice de lungă durată netratate (hipercheratozele, papilomatozele, cicatricele cronice, pierderea elasticităţii pielii, lupus eritematos.), traumatizarea cronică. Cel mai important este expunerea excesivă la soare. Se întâlneşte în general la vârsta matură cu un maximum de frecvenţă la 59-70 ani. În 80-85% cazuri diagnosticul se stabileşte în stadiile I-II şi numai în 15-20% cazuri în stadiile III-IV. În cancerul buzei sunt aplicate toate metodele de tratament: radioterapeutic, chirurgical, crioterapeutic, laserodistrucţie, chimioterapie (în cazurile avansate) şi tratament combinat.

 În stadiile iniţiale I şi II se aplică separat una dintre metode – chirurgicala, criochirurgicală sau radioterapeutică. Iradierea se efectuează în doze 40-70 Ro. Metoda chirurgicală constă din electrorezecţia buzei în limitele de 0,5 – 2,0 cm ţesut vizual sănătos de la marginea tumorii, iar metoda criogenică prevede aplicarea a 3 – 5 cicluri congelare-decongelare cu azot lichid cu timpul de expoziţie 3 – 5 minute. În aceste cazuri se obţine vindecarea practic a 100% pacienţi.

În cancerul cutanat local avansat III-IV se aplică tratament combinat: chirurgical + radioterapie în diferită succesivitate. Intervenţiile chirurgicale sunt în volum de electroexcizii lărgite cu diverse forme de plastii a defectelor postchirurgicale, la necesitate completate de evidări ganglionare în aceeaşi etapă sau în etape diferite. În prezenţa contraindicaţiilor absolute pentru chirurgie sau radioterapie poate fi folosită independent crio tumorii. Supravieţuirea la 5 ani în stadiul III-IV constituie 75%.

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

## B. PARTEA GENERALĂ

|  |
| --- |
| B.1. Nivelul de asistenţă medicală primară |
| **Descriere*****(măsuri)*** | **Motivele*****(repere)*** | **Paşii*****(modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **1. Profilaxia** |
| 1.1. Profilaxia primarăCaseta 3.C.2.3.1. | Tabagismul este factorul de risc principal în geneza cancerului buzeiFactorii nocivi de poluare a mediului. | **Obligatoriu:*** Informarea pacienţilor privitor la respectarea modului sănătos de viaţă
 |
| 1.2. Profilaxia secundarăCaseta 4C. 2.3.2. | Procesele benigne şi precanceroase netratate contribuie la malignizare  | **Obligatoriu:*** Referirea pacienţilor cu patologii benigne şi stări precanceroase ale buzei la dermatolog, chirurg OMF, oncolog şi supravegherea în cadrul tratamentului indicat de aceşti specialişti.
 |
| **2. Diagnosticul** |
| 2.1. Suspectarea diagnosticului de cancer al buzeiCaseta 6, 7, 8.C. 2.4., C. 2.4.1., C.2.4.2. | Examenul obiectiv al pacienţilor permite suspectarea cancerului buzei, acesta fiind o neoformaţiune cu localizare vizuală. | **Obligatoriu:*** Anamneza
* Examenul fizic
 |
| 2.2. Referire către specialistCaseta 8, 9, 10, 11.C.2.4.2 C.2.4.3 C.2.4.4  | Orice bolnav cu suspecţie la cancer al buzei este necesar de referit la oncologul raional pentru efectuarea investigaţiilor, prevăzute în protocolul clinic naţional | * Toţi bolnavii, la care se suspectă cancer al buzei se trimit la oncologul raional
 |
| **3. Supravegherea**Caseta 16.C. 2.5.8. | Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către oncologul IMSP Institutul Oncologic, efectul lui, maladiilor concomitente şi depistarea precoce a recidivelor. | **Obligatoriu:*** Supravegherea se face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor oncologului IMSP Institutului Oncologic
 |

|  |
| --- |
| B.2. Nivelul de asistenţă medicală specializată de ambulator (oncolog raional şi municipal - republican) |
| **Descriere*****(măsuri)*** | **Motivele*****(repere)*** | **Paşii*****(modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **1. Profilaxia** |
| 1.1. Profilaxia primarăCaseta 3C.2.3.1 | Tabagismul este factorul de risc principal în geneza cancerului buzeiFactorii nocivi de poluare a mediului. | **Obligatoriu:*** Informarea pacienţilor privitor la respectarea modului sănătos de viaţă
 |
| 1.2. Profilaxia secundarăCaseta 4C. 2.3.2 | Procesele benigne şi precanceroase netratate contribuie la malignizare | **Obligatoriu:**Referirea pacienţilor cu patologii benigne şi stări precanceroase ale buzei la dermatolog, chirurg OMF şi supravegherea în cadrul tratamentului indicat de aceşti specialişti. |
| **2. Diagnostic** |
| 2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer al buzeiCaseta 6, 7, 8.C. 2.4., C. 2.4.1., C.2.4.2. | Examenul obiectiv al pacienţilor permite suspectarea cancerului buzei, acesta fiind o neoformaţiune cu localizare vizuală. Efectuarea frotiurilor-amprentă de pe tumorile ulcerate, raclaj din tumoare, biopsia tumorilor, puncţia ganglionilor limfatici regionali . | **Obligatoriu:*** Anamneza
* Examenul fizic
* Investigaţiile paraclinice
* Examenul radiologic:
* Colectarea materialului pentru citologie şi biopsie
* Investigaţiile pentru determinarea extinderii leziunii tumorale a cancerului buzei (policlinica Institutului Oncologic)
* Diagnosticul diferenţial
 |
| 2.2. Referirea la specialist şi/sau spitalizareaCaseta 8, 9, 10, 11.C.2.4.2., C.2.4.3., C.2.4.4.  |  | * **Obligatoriu:** Recomandarea consultaţiei specialistului oncolog pacienţilor cu cancer al buzei

**Recomandabil:*** Consultaţia altor specialişti în dependenţă de necesitate Aprecierea necesităţii spitalizării
 |
| **3. Tratamentul**  |
| 3.1. TratamentulCaseta 12, 13, 14, 15C. 2.4.5., C.2.4.6., C.2.5.,  | Tratamentul cancerului buzei se efectuiază în dependenţă de exinderea leziunii tumorale şi prevede vindecarea bolnavilor de cancer buzei | **Obligatoriu:**Tratamentul pacienţilor se efectuează în staţionarul Institutului Oncologic (secţia chirurgie cap/gât şi microchirurgie, secţia radioterapie ) |
| **4. Supravegherea**Caseta 16.C. 2.5.8. | Scopul supravegherii este monitorizarea tratamentului indicat de oncolog cap/gât, inclusiv prin aplicarea metodelor speciale, depistarea precoce a recidivelor şi metastazelor | Supravegherea se va face de rând cu oncologul raional şi a medicului de familie conform recomandărilor oncologului cap/gât IMSP Institutul Oncologic (1 dată la 2 luni primul an după tratament; 1 dată la 4 luni – anul 2; 1 dată la 6 luni – anul 3 şi 1 dată în an – în următorii ani) |

|  |
| --- |
| B.3. Nivelul de asistenţă medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic) |
| **Descriere*****(motive)*** | **Motivele*****(repere)*** | **Paşii*****(modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| 1. SpitalizareaCaseta 8, 9, 10, 11C.2.4.2., C.2.4.3., C.2.4.4.  | Tratamentul corect programelor elaborate contribuie la majorarea numărului de pacienţi cu cancer al buzei vindecaţi | **Criterii de spitalizare în secţii profil:*** Prezenţa formaţiunii tumorale a buzei
* Starea generală a bolnavului permite efectuarea tratamentului specific: chirurgical, radioterapeutic, combinat, chimioterapeutic.
 |
| **2. Diagnostic** |
| 2.1. Confirmarea diagnosticului de cancer al buzeiCaseta 10, 11.C.2.4.3., C.2.4.4.  |  | **Obligatoriu:*** Anamneza
* Examenul fizic
* Investigaţiile paraclinice

**Recomandabil:** * Investigaţii recomandate
* Consultaţia altor specialişti după necesitate
 |
| **3. Tratamentul**  |
| 3.1. Tratamentul chirurgical, criochirurgical, laserodistrucţie, radioterapie, roentgenoterapie Caseta 12, 13, 14, 15.C. 2.4.5., C.2.4.6., C.2.5.  | Tratamentul cancerului buzei se efectuează în dependenţă de extinderea leziunii tumorale  | ***Obligatoriu**** În stadiile I, II - se efectuează excizia tumorii, criodistrucţia tumorii, laserodistrucţia tumorii, roentgenoterapie.
* În st III – IV tratament combinat sau complex.
 |
| **4. Externare cu îndreptarea la nivelul primar pentru continuarea tratamentului şi supraveghere**Caseta 16.C. 2.5.8. | La externare este necesar de elaborat şi recomandat pentru medic de familie tactica ulterioară de management al pacientului. | Extrasul ***obligatoriu*** va conţine: * Diagnosticul exact detaliat;
* rezultatele investigaţiilor
* tratamentul efectuat;
* recomandări explicite

 pentru pacient;recomandări pentru medicul de familie. |

## C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

### *C 1.1. Algoritmul diagnostic în cancerul buzei*

|  |
| --- |
| ***I. Suspectarea cancerului buzei***Anamneza, inspecţia, palpaţia  |

|  |
| --- |
| ***II. Confirmarea cancerului buzei***1. Examenul obiectiv
2. Examenul radiologic
3. Colectarea materialului pentru biopsie
 |

|  |
| --- |
| ***III. Determinarea gradului de extindere a cancerului buzei (stadiul clinic)*** |

###

### *C 1.2. Algoritmul de tratament al cancerului buzei*

***Metoda de tratament***

Electrorezecţia buzei, tratament criochirurgical, evidarea ganglionilor limfatici regionali, radioterapie la focar şi

***Scopul***

 Tratamentul focarului tumoral primar, al metastazelor regionale

**I etapă**

***Metoda de tratament***

Radioterapie p/o la ganglionii limfatici regionali

***Scopul***

Profilaxia progresării procesului tumoral

**II etapă**

Tratament chirurgical, radioterapeutic, criochirurgical, chimioterapeutic

***Scopul***

Tratmentul recidivelor tumorale

**III etapă**

## C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI PROCEDURILOR

### C.2.1. Clasificarea

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Caseta 1 . *Clasificarea cancerului buzei****Clasificarea este valabilă pentru toate cancerele buzei superioare şi inferioare. Confirmarea histologică este indispensabilă***Clasificarea clinică TNM** * *T – Tumora primară*

T x – Tumora primară nu poate fi evaluatăT0 – Tumora primară nu este decelabilă Tis – Carcinom in situ, tumoare intraepitelială T1 – Tumora cu diametrul maximal < 2 cmT2 - Tumora cu diametrul maximal 2 – 4 cmT3 – Tumora cu diametrul maximal > 4 cmT4 – Tumoră de orice dimensiuni cu concreştere în structurile adiacente (corticala osoasă, planşeul bucal, nervul dentar, partea cutanată a feţei)În cazul tumorilor primar multiple clasificarea T se va efectua după tumora cea mai mare, iar în paranteze se va indica numărul tumorilor.* *N – ganglionii limfatici regionali.*

Nx – ganglionii limfatici nu pot fi evaluaţiN0 – ganglionii nu se palpează;N1 – ganglionii mobili se palpează pe partea afectată;N2 - ganglionii mobili se depistează pe partea opusă sau în ambele părţi;N3 – se palpează ganglionii imobili. * *M – metastaze distanţionale ( hematogene)*

M0 - metastaze distanţionale nu se depisteazăM1 - metastaze distanţionale se depisteazăMx – lipseşte posibilitatea de a depista metastazele distanţionale.**Raportarea sistemului TNM la stadii:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Stadiul 0Stadiul IStadiul II Stadiul III  Stadiul IV  | TisT1T2 T3T4Orice TOrice T  | N0 N0 N0 N0N1Orice N | M0M0M0M0M0M1 |

**Clasificarea histologică a tumorilor buzei*** + - Carcinom in situ (cancer intraepitelial)
		- Cancer pavimentos (spinocelular) cu sau fără cheratinizare
		- Cancer nediferenţiat (anaplazic)
		- Alte tumori din anexele pielii
 |

### C.2.2. Factorii de risc

|  |
| --- |
| **Caseta 2 *Factori de risc**** Fumatul
* Insolaţia
* Majorarea poluării mediului
* Traumatism cronic al buzelor
* Microarsurile buzelor
* Radiaţia ionizantă, inclusiv cu scop terapeutic
* Procese inflamatorii cronice netratate:
* Modificările ţesuturilor în urma cicatrizării (cheloizi)
 |

### C.2.3. Profilaxia

#### *C.2.3.1. Profilaxia primară*

|  |
| --- |
| **Caseta 3 *Profilaxia primară*** Respectarea modului sănătos de viaţă* Abandonarea fumatului
* Protecţia de razele solare
* Evitarea contactului cu noxele din mediu
* Utilizarea hainelor şi echipamentului de protecţie
 |

#### *C.2.3.2. Profilaxia secundară*

|  |
| --- |
| **Caseta 4 *Profilaxia secundară*** * Îndreptarea pacienţilor cu patologii benigne şi stări precanceroase la specialiştii dermatologi, chirurgi OMF şi supravegherea în cadrul tratamentului indicat de către aceşti specialişti
 |

### C.2.4. Conduita pacientului cu cancer al buzei

|  |
| --- |
| **Caseta 5 *Obiectivele procedurilor de diagnostic în cancerul buzei**** Depistarea cancerului buzei
* Aprecierea dinamicii evoluţiei procesului tumoral
* Determinarea răspândirii procesului tumoral
 |

|  |
| --- |
| **Caseta 6 *Procedurile de diagnostic în cancer buzei**** Anamneza
* Palpaţia şi inspecţia vizuală
* Examenul radiologic
* Biopsia tumorii cu cercetarea histologică
 |

#### *C.2.4.1.Anamneza*

|  |
| --- |
| **Caseta 7 *Întrebările ce trebuie examinate la suspecţia cancerului buzei*** ***Recomandări pentru evaluarea antecedentelor personale**** Particularităţile modului de viaţă: tebagism, lucrul în condiţii nocive, cîmp deschis, contant cu substanţe chimice, factori fizici, radiaţii ionizante.
* Prezenţa în antecedente a proceselor inflamatorii cronice, proceselor proliferative netratate
* Tratarea proceselor inflamatorii timp îndelungat fără efect clinic
* Determinarea dinamicii evoluţiei bolii
* Concretizarea consecutivităţii extinderii leziunii tumorale în alte zone (ganglioni limfatici)
 |

#### *C.2.4.2.Manifestările clinice*

|  |
| --- |
| **Caseta 8 *Manifestările clinice în cancerul buzei***Simptomatica cancerului buzei este variată şi depinde de localizarea procesului, forma de proliferare şi gradul de extindere a tumorii. În cancerul buzei deosebim trei forme de proliferare clinică: a) exofită (papilomatoasă) – cu bază extinsă, limite bine determinate, suprafaţă tuberoasă şi papilară, gradul de invazie mic, pronostic relativ favorabil.b) endofită sau infiltrativ ulceroasă – proces infiltrativ, însoţit de ulceraţie, limitele nu se determină bine, invadează ţesuturile adiacente, prognostic mai puţin favorabil.c) mixtă – este o îmbinare între forma exofită şi endofită.Mai frecvent este afectată buza inferioară.  |

#### *C.2.4.3.Investigaţii paraclinice*

|  |
| --- |
| **Caseta 9 *Investigaţiile paraclinice în cancerul buzei*** **Investigaţii pentru confirmarea cancerului buzei*** Frotiu- amprentă din tumoarea ulcerată
* Raclaj din tumoare
* Biopsia tumorii
* Radiografia regiunii afectate la necesitare

 **Investigaţii pentru determinarea gradului de extindere a cancerului buzei (stadiul clinic)*** + Examenul obiectiv
	+ Examenul radiologic
	+ USG regiunii cervicale
	+ Radiografia cutiei toracice
	+ Tomografia mediastinului
	+ Examenul ultrasonor al organelor cavităţii abdominale
	+ Radiografia oaselor la apariţia durerilor în oase

 **Investigaţii recomandabile*** Analiza generală a sângelui
* Analiza generală a urinei
* Biochimia sângelui ( proteina generală, bilirubina totală şi fracţiile ei, ureea, creatinina, aminotransferazele, fosfataza alcalină)
* Coagulograma
* Ionograma
* ECG
* Grupa de sânge şi Rh-factor
* RPR şi HIV infecţia
 |

***Frotiu-amprentă din tumorea ulcerată*** se efectuează pentru tumorile buzei ulcerate prin aplicarea lamelei de sticlă pe suprafaţa tumorii. Permite obţinerea materialului pentru examen citologic.

***Raclaj din tumoare*** se efectuiază pentru tumorile ulcerate, cu transferarea materialului obţinut pe lamele şi examinarea lor citologică ulterioară .

***Biopsia tumorii*** se efectuiază cu ajutorul conhotomului şi/sau bisturiului. Permite obţinerea materialului pentru examen histologic.

***Radiorafia regiunii afectate*** se efectuiază în toate cazurile cînd este suspectată clinic concreşterea tumorii în mandibulă sau maxilă.

#### *C.2.4.4. Diagnosticul diferenţial*

|  |
| --- |
| **Caseta 10 *Diagnosticul diferenţial al cancerului buzei**** Hiperkeratoze infectate
* Leucoplazie
* Şancru dur
* Ulcer TBC
* Tumori vasculare
* Chisturi
* Papilom şi papilomatoza
* Cicatrice de diverse origini
* Nevi
* Cheratoacantomul
* Cheilita Manganoti
* Adenopatii
 |

|  |
| --- |
| **Caseta 11. *Momente cheie în diagnosticul diferenţial*** Multitudinea formaţiunilor tumorale ale buzei, clinic pot fi confundate cu stadiile iniţiale ale cancerului sau invers. Iată de ce apare necesitatea unui diagnostic diferenţiat al cancerului cu procesele patologice de alt gen şi cu unele maladii inflamatorii.***Hiperkeratoze infectate*** prezintă formaţiuni acoperite cu mase cheratinizate, clinic manifestate prin plăci de culoare gălbuie, dure la palpare, indolore, dar care pot deveni dureroase la asocierea infecţiei.***Papiloma şi papilomatoza*** la adulţi are o incidenţă destul de înaltă (20% - 40% din toate tumorile benigne). Rata malignizării alcătueşte 7% - 20% şi poate avea loc în termeni de 1 – 20 ani din momentul apariţiei primelor manifestări. Papilomul este o formaţiune rotungită, cu o suprafaţă tuberoasă. Culoarea variază în dependenţă de vascularizare şi gradul de cornificare. Cu cît cheratoza este mai pronunţată, cu atît tumoarea este mai pronunţată. Tratamentul este îndreptat spre înlăturarea tumorii (chirurgicală, criochirurgicală, laserodistrucţie) şi terapie antivirală.***Leucoplazia*** constituie 4% - 20% din structura afecţiunilor precanceroase ale buzei. El reprezintă pete, de dimensiuni variate. Are culori ce variază de la albicioasă pînă la alb mat. Pot fi solitare sau multiple, de diferite dimensiuni şi extindere. Se tratează prin excizie chirurgicală sau criodestrucţie. ***Şancru dur*** reprezintă o formaţiune nodulară, dură, indoloră, uneori crateriformă, cu marginile festonate, de dimensiuni variate. Diagnosticul diferenţial se bazează pe anamnestic şi examenul serologic.***Tumorile vasculare*** pot fi de diferită localizare şi dimensiuni, solitare sau multiple. Culoarea variază de la roşie pînă la violetă-albastră. La vitropresiune se constată modificarea culorii tumorii. Tumorile sîngerează uşor la atingere. Uneori, în tumorile masive se poate determina pulsare. Tratamentul prevede înlăturarea tumorii (excizie chirurgicală, criodistrucţie)***Boli cronice inflamatorii*** de regulă nu prezintă dificultăţi de diagnostic diferenţial. Se vor trata la specialistul de profil.***Cheratoacantomul*** tumoră cu creştere exofită, cu focar de hipercheratoză în centrul tumorii, pe bază lată. Tratamentul este chirurgical sau criochirurgical.***Cornul cutanat.*** Reprezintă o tumoare exofită, dură, de culoare surie-gălbuie pînă la brună, dură, bine delimitată, de diverse dimensiuni. Tratamentul este chirurgical.***Ulcerul TBC*** reprezintă un ulcer cronic, cu conţinut de mase necrotice şi cazeum. Diagnosticul diferenţial se bazează pe anamnestic şi examenul morfologic.***Cheilita Manganoti*** Suprafaţa bordurii roşii este ulcerată, acoperită cu eroziuni asociate cu procese inflamatorii şi de hipergranulare. |

#### *C.2.4.5. Criterii de spitalizare*

|  |
| --- |
| **Caseta 12. *Criteriile de spitalizare a pacienţilor cu cancer al buzei**** Toţi pacienţii cu cancer buzei confirmat histologic sau citologic necesită tratament specific
 |

#### *C.2.4.6. Tratamentul*

|  |
| --- |
| **Caseta13 *Principiile de tratament al cancerului buzei*****Tratamentul cancerului buzei**În stadiile I şi II se efectuează tratamentul radioterapeutic, laserodestrucţie, criodestrucţie şi diferite variante de excizie chirurgicală a tumorii.Ca regulă roentgenoterapia se efectuează prin metoda fracţionată cu doza de iradiere 550 Ro pe zi de 5 ori în săptămînă pînă la doza sumară de 6500 Ro. – 7000 Ro., în dependenţă de toleranţa mucoasei. Metoda fracţionată permite să se creeze un interval terapeutic mare, acţiunea destructivă fiind maximală pentru ţesuturile afectate şi minimală pentru cele sănătoase.Dimensiunile cîmpului de iradiere se stabileşte în mod individual în dependenţă de localizarea tumorii, gradul de avansare. Dimensiunile variază între 4x4 cm.Tratamentul criochirurgical constă în aplicarea temperaturilor joase – 190° – 196° C, care le posedă la folosirea metodei prin pulverizare a azotului lichid cu viteza de transmitere de 200° C /min de la 0,5 min pînă la 3-4 min. Temperatura de congelare -190° C, temperatura necrozei ţesuturilor -40° C, temperatura de îngheţare - 2° C. Pentru cancerul pavimentos se necesită 4 – 5 cicluri congelare-decongelare.Tratamentul chirurgical se bazează pe electoexcizia tumorii respectînd cîmpul lui Williams, care este egal cu 1,5 – 2 cm. de la marginea vizuală a tumorii.În stadiile III – IV tratamentul este combinat: radioterapeutic (40Gy) + chirurgical, sau complex folosind metodele fizice hipertermia, crioterapia în diferită succesivitate, în care intervenţia chirurgicală este de bază. Radioterapia preoperatorie are cele mai mari avantaje contribuind la rezorbţia tumorii, inhibă bioactivitatea acesteia, blochează fluxul limfatic şi contribue la crearea condiţiilor de ablastie pentru operaţie. Intervalul dintre radioterapie şi operaţie este de 2 – 4 săptămîni.În prezenţa metastazelor în ganglionii limfatici regionali se va efectua evidare ganglionară regională sau operaţia Cryle.***Operaţia Cryle*** este indicată în caz de invazie în ganglionii limfatici profunzi sau în metastaze imobile, intim concrescute cu vena jugulară internă, muşchiul sternocleido-mastoidian, pereţii tecii faciale. La baza acestei operaţii este principiul exciziei unimomentale a ţesutului celular în limitele: linia mediană a gîtului, clavicula, marginea anterioară a muşchiului trapezoidal, polul inferior al glandei parotide, marginea inferioară a mandibulei. Se extirpează într-un bloc ţesutul celular cu ganglionii limfatici regionali, muşchiul sternocleidomastoidian, vena jugulară internă, glanda salivară submandibulară cu ţesutul celular submentonian şi submaxilar, polul inferior al glandei parotide. ***Excizie celulară cervicală în teacă facială*** este indicată în cazurile de metastazare: 1) ganglionii limfatici tumefiaţi, mobili, solitari; 2) ganglionii modificaţi, suspecţi; 3) excizia preventivă a ţesutului celular. ***Tratamentul chimioterapeutic***Se efectuiază în stadiile III – IV, în cazurile de afectare a ganglionilor limfatidi de metastaze, în cadrul tratamentului complex.  I. 1. 5- Fluorouracil 7 – 12 mg/kg/zi (3 zile) + Bleomicină 15 -30 mg (prima zi); 2. a 4-a zi – Cisplatin 100 mg/m2 i/v ; 3. peste 2-3 zile – telegamaterapie fracţionată. Dacă la doza de 40 Gy regresia este mai mică de 50% - se recurge la operaţie, dacă regresia e mai mare de 50% - iradiere până la 70 Gy. II. 1. Cisplatin – 1 zi 100 mg/m2 i/v. 2. 5 - Fluorouracil 7 – 12 mg/kg/zi (3 zile). 3. Radioterapie (40Gy). 4. Se repetă schema chimioterapeutică. 5. Se evaluiază regresia.Metoda polichimioterapeutică este în continuă cercetare.  |

***C.2.5. Pregătirea preoperatorie***

 Pregătirea preoperatorie va depinde de patologia concomitentă, şi dereglările metabolice determinată de ea. Individual se va hotărî în caz de pregătire de lungă durată, ea se va efectua în condiţiile secţiilor corespunzătoare ale spitalelor raionale sau în caz de patologie concomitentă severă – în instituţiile republicane de profil.

***C2.5. Intervenţia chirurgicală***

|  |
| --- |
| **Caseta 14 Particularităţile tratamentului chirurgical**În stadiile III – IV, după electroexcizia tumorii se obţin defecte masive ce necesită efectuarea plastiei defectului prin: ţesuturi locale, lambouri migrate, lambouri microchirurgicale. |

***C.2.5. Conduita postoperatorie***

|  |
| --- |
| **Caseta 15 *conduita postoperatorie***Administrarea preparatelor analgezicePrelungirea tratamentului cu analgeziceIndicarea tratamentului antibacterian în funcţie de sensibilitatea florei depistateÎnlăturarea suturilor |

#### *C.2.5.7. Evoluţia şi prognosticul*

Evoluţia şi prognosticul sunt, în general, pozitive pentru pacient.

#### *C.2.5.8. Supravegherea pacienţilor*

|  |
| --- |
| **Caseta 16 *Supravegherea pacienţilor cu cancer al buzei**** Pacienţii cu cancer al buzei după finisarea tratamentului se află la supravegherea oncologului în policlinica Institutului Oncologic, oncologului raional şi medicului de familie. Primul an după tratament o dată la 2 luni, al doilea an – o dată la patru luni, al 3-lea an o dată la 6 luni. În următorii ani – o dată în an.
* La fiecare prezentare la consultaţie în condiţii de ambulator se efectuează examenul obiectiv. Radiografia cutiei toracice, tomografia mediastinului primii 2 ani se efectuează la fiecare 6 luni, ulterior – o dată în an.
 |

### C.2.6. Stările de urgenţă

|  |
| --- |
| **Caseta 17 *Stările de urgenţă în cancerul buzei**** Hemoragii
 |

### C.2.7. Complicaţiile

|  |
| --- |
| **Caseta 18 *Complicaţiile tratamentului chirurgical:*** Intraoperatorii: hemoragii,  Postoperatorii: supurarea plăgii, dihiscenţă de suturi, hemoragii din vasele magistrale cervicale, formarea fistulelor salivare.  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| D.1. Instituţiile de asistenţă medicală primară | **Personal:*** medic de familie
* asistenta medicului de familie
* medic de laborator şi laborant cu studii medii
 |
| **Dispozitive medicale:** * fonendoscop
* tonometru
* laborator clinic standard.
 |
|  |
| D.2. Secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulator (oncolog raional)  | **Personal:*** medic oncolog
* medic ORL
* medic chirurg OMF
* medic dermatolog
* medic de laborator clinic şi biochimic
* medic funcţionalist
* medic imagist
* asistente medicale
* laborant cu studii medii în laboratorul clinic şi biochimic
* alţi specialişti (la necesitate)
 |
| **Dispozitive medicale:*** 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
 |
|  |
| D.3. Instituţia de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu – policlinica IMSP Institutul Oncologic  | **Personal:**medic oncolog (cap, gât)medic imagistmedic endoscopistmedic funcţionalistmedic morfolog,medic citolog,medic de laborator clinic şi biochimicasistente medicalelaborant cu studii medii în laboratorul clinic şi biochimic, morfologic, citologic |
| **Dispozitive medicale:** aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor şi procedurilor:* 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

cabinet endoscopic * laborator patomorfologic,
* laborator bacteriologic
* aparate pentru iradiere la distanţă (Rocus, Teragam) şi Roentgenterapie
 |
| **Medicamente, consumabile:**Preparate * antibacteriene
* analgetice
* material de pansament
 |
| D.4. laboratorul tumori cap/gât şi microchirurgie al IMSP Institutul de Oncologie | **Personal:** * medici chirurgi oncologi cap/gât
* medici de laborator în biochimie
* medici imagişti
* medici endoscopişti
* medici specialişti în diagnostic funcţional
* specialişti morfologi (histologi, citologi)
* asistente medicale
* laboranţi cu studii medii în laboratorul patomorfologic
* laboranţi cu studii medii în laboratorul clinic şi biochimic
* laboranţi cu studii medii în laboratorul bacteriologic
* alţi specialişti (la necesitate)
 |
| * **Dispozitive medicale:**
* Aparataj pentru criodistrucţie
* laserdistructor
* aspirator
* tonometru
* fonendoscop
* electrocardiograf
* ultrasonograf
* cabinet radiologic
* cabinet endoscopic
 |
|  | **Medicamente, consumabile:*** antibacteriene
* analgetice
* material de pansament
 |

##

## E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

| **No** | **Scopul**  | **Indicatorul** | **Metoda de calcul a indicatorului** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numărător** | **Numitor** |
| 1.  | A îmbunătăţi diagnosticarea pacienţilor cu cancer al buzei  | 1.1. Proporţia pacienţilor suspecţi la cancer al buzei la care diagnosticul a fost confirmat la prima adresare pe parcursul unui an | Numărul pacienţilor cu cancer al buzei confirmaţi pe parcursul ultimului an x 100  | Numărul total de pacienţi care se află la evidenţa medicului specialist (oncolog) şi a medicului de familie pe parcursul ultimului an  |
| 2. | A spori depistarea precoce a pacienţilor cu cancer al buzei  | 2.1. Proporţia pacienţilor cu cancer al buzei, care au fost diagnosticaţi în stadiile iniţiale pe parcursul unui an  | 1.1. Numărul pacienţilor cu cancer al buzei diagnosticaţi în stadiile iniţiale I-II pe parcursul ultimului an x 100  | Numărul total de pacienţi care se află la evidenţa medicului specialist (oncolog) şi a medicului de familie pe parcursul ultimului an |
| 3.  | A îmbunătăţi tratamentul pacienţilor cu cancer al buzei | 3.1. Proporţia pacienţilor cu cancer al buzei care au fost supuşi tratamentului conform recomandărilor PCM pe parcursul unui an | Numărul pacienţilor cu cancer al buzei cărora li s-a efectuat tratament conform recomandărilor PCM pe parcursul ultimului an x 100  | Numărul total de pacienţi care se află la evidenţa medicului specialist (oncolog) şi a medicului de familie pe parcursul ultimului an |
| 4 | A majora numărul pacienţilor cu cancer al buzei trataţi  | 4.1 . Proporţia pacienţilor cu cancer al buzei trataţi radical pe parcursul unui an | Numărul pacienţilor cu cancer al buzei trataţi radical pe parcursul ultimului an x 100 | Numărul total de pacienţi care se află la evidenţa medicului specialist (oncolog) şi a medicului de familie pe parcursul ultimului an |

## ANEXE

### *Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu cancer al buzei*

**(ghid pentru pacient)**

**Cuprins**

Asistenţa medicală de care trebuie să beneficiaţi

Diagnosticul cancerului buzei

Tratamentul cancerului buzei

**Întroducere**

Acest ghid descrie asistenţa medicală şi tratamentul persoanelor cu cancer al buzei în cadrul serviciului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicaţiile, adresate persoanelor cu cancer al buzei, dar poate fi util şi pentru membrii familiilor acestora, care doresc să afle mai multe despre această afecţiune.

Ghidul vă va ajuta să înţelegeţi mai bine opţiunile de conduită şi tratament care trebuie să fie disponibile în Serviciul de Sănătate.

**Indicaţiile din ghidul pentru pacient acoperă:**

* modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană este afectată de cancer al buzei
* tratamentul cancerului buzei
* modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu cancer al buzei
* reabilitarea chirurgicală şi psihologică a pacientului cu cancer al buzei

**Asistenţa medicală de care trebuie să beneficiaţi**

Tratamentul şiasistenţa medicală de care beneficiaţi trebuie să fie în deplin volum. Aveţi dreptul să fiţi informat şi să luaţi decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informaţii pe care să le înţelegeţi şi care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înţelegere şi să vă explice simplu şi clar ce este cancerul cutanat şi care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

**Cancerul buzei**

În structura maladiilor canceroase cancerul buzei se clasează pe locurile 5 – 7, în raport procentual constituind 5,5%. Actualmente se observă o tendinţă spre creştere a morbidităţii, dar, totodată şi de reducere a mortalităţii din cauza acestei maladii. În Moldova cancerul buzei inferioare ocupă locul 7 în structura maladiilor canceroase. Anual se depistează 170 – 200 bolnavi la 100 mii locuitori. Cancerul buzei se întîlneşte aproape exclusiv la bărbaţi în vîrstă de 50 – 70 ani, raportul bărbaţi: femei este 10:1. El apare pe fonul unor procese patologice de lungă durată, care au fost sistematizate şi descrise ca stări precanceroase, sau, pur şi simplu, precancer. Această maladie în ultimii ani este în centrul atenţiei oncologilor de specialitate, maladia având tendinţă de creştere continuă a morbidităţii.. În declanşarea cancerului buzei contribuie mai mulţi factori (factori de risc): insolaţia, majorarea poluării mediului, lucrul în cîmp, procese patologice de lungă durată netratate (hipercheratozele, papilomatozele, cicatricele cronice, pierderea elasticităţii pielii, lupus eritematos.), traumatizarea cronică. Cel mai important este expunerea excesivă la soare. Se întâlneşte în general la vârsta matură cu un maximum de frecvenţă la 59-70 ani. În 80-85% cazuri diagnosticul se stabileşte în stadiile I-II şi numai în 15-20% cazuri în stadiile III-IV. În cancerul buzei sunt aplicate toate metodele de tratament: radioterapeutic, chirurgical, crioterapeutic, laserodestrucţie, chimioterapie (în cazurile avansate) şi tratament combinat.

 În stadiile iniţiale I şi II se aplică separat una dintre metode – chirurgicala, criochirurgicală sau radioterapeutică. Iradierea se efectuează în doze 40-70 Ro. Metoda chirurgicală constă din electrorezecţia buzei în limitele de 0,5 – 2,0 cm. ţesut vizual sănătos de la marginea tumorii, iar metoda criogenică prevede aplicarea a 3 – 5 cicluri congelare-decongelare cu azot lichid cu timpul de expoziţie 3 – 5 minute. În aceste cazuri se obţine vindecarea practic a 100% pacienţi.

În cancerul cutanat local avansat III-IV se aplică tratament combinat: chirurgical + radioterapie în diferită succesivitate. Intervenţiile chirurgicale sunt în volum de electroexcizii lărgite cu diverse forme de plastii a defectelor postchirurgicale, la necesitate completate de evidări ganglionare în aceeaşi etapă sau în etape diferite. În prezenţa contraindicaţiilor absolute pentru chirurgie sau radioterapie poate fi folosită independent crio tumorii. Supravieţuirea la 5 ani în stadiul III-IV constituie 75%.

**Manifestările cancerului buzei**

1. Cancerul buzei ***se manifestă*** prin prezenţa formaţiunii tumorale ale buzei superioare sau inferioare, care pot fi solitare sau multiple, ulcere care nu se vindecă mai mult de 3 săptămîni, hemoragii din tumoră.

**Tratamentul**

În stadiile I şi II se efectuează tratamentul radioterapeutic, laserodestrucie, criodestrucţie şi diferite variante de excizie chirurgicală a tumorii.

Ca regulă roentgenoterapia se efectuează prin metoda fracţionată cu doza de iradiere 550 Ro pe zi de 5 ori în săptămînă pînă la doza sumară de 6500 Ro. – 7000 Ro. în dependenţă de toleranţa pielii. Metoda fracţionată permite să se creeze un interval terapeutic mare, acţiunea destructivă fiind maximală pentru ţesuturile afectate şi minimală pentru cele sănătoase.

Dimensiunile cîmpului de iradiere se stabileşte în mod individual în dependenţă de localizarea tumorii, gradul de avansare. Dimensiunile variază între 4x4 cm.

Tratamentul criochirurgical constă în aplicarea temperaturilor joase – 190° – 196° C, care la posedă la folosirea metodei prin pulverizare a azotului lichid cu viteza de transmitere de 200° C /min de la 0,5 min pînă la 3-4 min. Temperatura de congelare -190° C, temperatura necrozei ţesuturilor -40° C, temperatura de îngheţare - 2° C. Pentru cancerul pavimentos se necesită 4 – 5 cicluti congelare-decongelare.

Tratamentul chirurgical se bazează pe electoexcizia tumorii respectînd cîmpul lui Williams, care este egal cu 1,5 – 2 cm. de la marginea vizuală a tumorii.

În stadiile III – IV tratamentul este combinat: radioterapeutic (40 Gy) + chirurgical, sau complex folosind metodele fizice hipertermia, crioterapia în diferită succesivitate, în care intervenţia chirurgicală este de bază. Radioterapia preoperatorie are cele mai mari avantaje contribuind la rezorbţia tumorii, inhibă bioactivitatea acesteia, blochează fluxul limfatic şi contribue la crearea condiţiilor de ablastie pentru operaţie. Intervalul dintre radioterapie şi operaţie este de 2 – 4 săptămîni.

În prezenţa metastazelor în ganglionii limfatici regionali se va efectua evidare ganglionară regională sau operaţia Cryle.

 ***Operaţia Cryle*** este indicată în caz de invazie în ganglionii limfatici profunzi sau în metastaze imobile, intim concrescute cu vena jugulară internă, muşchiul sternocleido-mastoidian, pereţii tecii faciale. La baza acestei operaţii este principiul exciziei unimomentale a ţesutului celular în limitele: linia mediană a gîtului, clavicula, marginea anterioară a muşchiului trapezoidal, polul inferior al glandei parotide, marginea inferioară a mandibulei. Se extirpează într-un bloc ţesutul celular cu ganglionii limfatici regionali, muşchiul sternocleidomastoidian, vena jugulară internă, glanda salivară submandibulară cu ţesutul celular submentonian şi submaxilar, polul inferior al glandei parotide.

***Excizie celulară cervicală în teacă facială*** este indicată în cazurile de metastazare: 1) ganglionii limfatici tumefiaţi, mobili, solitari; 2) ganglionii modificaţi, suspecţi; 3) excizia preventivă a ţesutului celular.

***Tratamentul chimioterapeutic***

Se efectuiază în stadiile III – IV, în cazurile de afectare a ganglionilor limfatici de metastaze, în cadrul tratamentului complex.

## BIBLIOGRAFIE

1. Gh. Ţîbîrnă. *Atlas. Chirurgia oncologică în imagini, Chişinău 2011*

2. De Vita et al. *Cancer. Principles and practice of oncology, VIII ed., New York 2008*

3. Пачес А.И. *Опухоли головы и шеи*. М., 2001..

4. Neligan PC. Strategies in lip reconstruction. Clin Plast Surg. Jul 2009;36(3):477-85

5. Krunic AL, Weitzul S, Taylor RS. Advanced reconstructive techniques for the lip and perioral area. Dermatol Clin. Jan 2005;23(1):43-53, v-vi.

6. Bailey BJ, Calhoun KH. Head and Neck Surgery. 3rd ed. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven; 2002.

7. Gh. Ţîbîrnă. *Ghid clinic de oncologie*. Editura „Universul”, 2003.