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

**MINISTERUL SĂNĂTĂŢII, MUNCII ŞI PROTECŢIEI SOCIALE**

**AL REPUBLICII MOLDOVA**

**Tumorile maligne ale esofagului**

**Protocol clinic naţional**

**PCN - 176**

**Chişinău, 2019**

**Aprobat la şedinţa Consiliului de Experţi din 07.06.2019, proces verbal nr. 2**

**Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătăţii, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 845 din 16.07.2019 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional**

**„Tumorile maligne ale esofagului”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Corneliu Prepeliţa** | IMSP Institutul Oncologic |
| **Serghei Doruc** | IMSP Institutul Oncologic |
| **Tamara Prisacari** | IMSP Institutul Oncologic |
| **Valeriu Bîlba** | IMSP Institutul Oncologic |
| **Iurie Bulat** | IMSP Institutul Oncologic |
| **Ana Balagur** | IMSP Institutul Oncologic |
| **Inga Chemencedji** | IMSP Institutul Oncologic |
| **Igori Gavrilaşcenco** | IMSP Institutul Oncologic |
| **Liliana Prodan** | IMSP Institutul Oncologic |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Recenzenți oficiali:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nicolae Bacinschi** | Catedra Farmacologie și farmacologie clinică,USMF  „Nicolae Testemiţanu”; |
| **Valentin Gudumac** | Catedra Medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemiţanu”; |
| **Ghenadie Curocichin** | Catedra Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemiţanu”; |
| **Tamara Andrușca** | Compania Naţională de Asigurări în Medicină; |
| **Vladislav Zara** | Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale. |

CUPRINS

|  |  |
| --- | --- |
| ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT............................................................................... | 4 |
| PREFAŢA........................................................................................................................................ | 5 |
| A. PARTEA INTRODUCTIVĂ |  |
| A.1. Diagnosticul *(exemple de formulare a diagnosticului clinic)*.................................................. | 5 |
| A.2. Codul bolii (CIM 10)................................................................................................................ | 5 |
| A.3. Utilizatorii................................................................................................................................. | 5 |
| A.4. Scopurile protocolului............................................................................................................... | 5 |
| A.5. Data elaborării protocolului...................................................................................................... | 6 |
| A.6. Data revizuirii protocolului...................................................................................................... | 6 |
| A.7. Data următoarei revizuiri.......................................................................................................... | 6 |
| A.8. Listele autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului..................... | 6 |
| A.9. Definiţii folosite în document................................................................................................... | 7 |
| A.10. Informaţii epidemiologice...................................................................................................... | 8 |
|  |  |
| B. PARTEA GENERALĂ |  |
| B.1. Nivel de asistenţă medicală primară......................................................................................... | 10 |
| B.2. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator (oncolog raional)................................ | 11 |
| B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator............................................................. | 13 |
| B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească specializată.............................................................. | 17 |
|  |  |
| C.1. ALGORITMUL DE CONDUITĂ |  |
| C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu tumora malignă a esofagului..................... | 21 |
| C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ŞI A PROCEDURILOR |  |
| C.2.1. Clasificarea............................................................................................................................ | 22 |
| C.2.1.1.Clasificarea histopatologică şi clinică ale tumorilor maligne ale esofagului (caseta 1,2).................................................................................................................................................... | 22 |
| C.2.1.2. Clasificarea TNM şi stadializare ale tumorilor maligne ale esofagului (caseta 3, tabelul 1)....................................................................................................................................................... | 23 |
| C.2.2. Factorii etiolorgici ( caseta 4,5,6).......................................................................................... | 24 |
| C.2.3. Conduita pacientului cu tumora malignă ale esofagului (caseta 7,8).................................... | 24 |
| C.2.3.1. Anamneza (caseta 9)........................................................................................................... | 25 |
| C.2.3.2. Manifestările clinice ( caseta 10,11)................................................................................... | 25 |
| C.2.3.3. Investigaţiile paraclinice (tabelul 2, caseta 12)................................................................... | 26 |
| C.2.3.4. Diagnosticul diferenţial (tabelul 3)..................................................................................... | 28 |
| C.2.3.5. Tratamentul (tabelul 4, caseta 13)...................................................................................... | 30 |
| C.2.3.5.1. Tratamentul chirurgical ( caseta 14)................................................................................ | 31 |
| C.2.3.5.2. Pregătirea preoperatorie................................................................................................... | 31 |
| C.2.3.5.3. Intervenţia chirurgicală.................................................................................................... | 31 |
| C.2.3.5.4. Conduita postoperatorie (caseta 15)................................................................................ | 31 |
| C.2.3.5.5. Tratament chimioterapic (caseta 16 – 20, tabelul 5)....................................................... | 33 |
| C.2.3.5.6. Tratamentul radioterapic (caseta 21 – 27)....................................................................... | 34 |
| C.2.3.5.7. Terapia de susţinere (caseta 28)....................................................................................... | 36 |
| C.2.3.6. Supravegherea (caseta 29 – 35, tabelul 6 – 7).................................................................... | 37 |
| C.2.4. Complicaţiile (caseta 36 – 38)............................................................................................... | 39 |
| C.2.5. Prognostic.............................................................................................................................. | 40 |
| C.2.6. Reabilitarea............................................................................................................................ | 40 |
|  |  |
| D. RESURSELE UMANE ŞI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI |  |
| D.1. Nivel de asistenţă medicală primară......................................................................................... | 42 |
| D.2. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator (oncolog raional)................................ | 42 |
| D.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulator............................................................. | 43 |
| D.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească specializată.............................................................. | 44 |
|  |  |
| E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLIMENTĂRII PROTOCOLULUI.................... | 46 |
|  |  |
| ANEXE |  |
| *Anexa 1 Ghidul pacientului cu Tumora malignă a esofagului.*........................................................ | 47 |
| *Anexa 2 Fişa standardizată de audit bazată pe criterii pentru protocolul clinic naţional „Tumorile maligne ale esofagului”*.................................................................................................. | 48 |
|  |  |
| BIBLIOGRAFIE | 49 |

## ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

|  |  |
| --- | --- |
| MSMPS | Ministerul Sănătăţii Muncii şi Protecţiei Sociale |
| RM | Republica Moldova |
| IMSP | Instituţia Medico-Sanitară Publică |
| CCD | Centrul Consultativ Diagnostic |
| WHO | World Health Organization (Organizaţia Mondială a Sănătăţii) |
| IO | Institutul Oncologic |
| SATI | Secţia Anestezie şi Terapie Intensivă |
| SR | Spitalul Raional |
| SCR | Spitalul Clinic Republican |
| SCHT | Secţie Chimoiterapie |
| SRT | Secţie Radioterapie |
| CaE | Cancer Esofagian |
| Mts | Metastază |
| ECG | Electrocardiografie |
| ECO cordului | Ecocardiografie |
| SPP | Scintigrafie pulmonară perfuzională |
| CT | Tomografie Computerizată (Computer Tomography) |
| PET | Tomografie cu emitere de protoni |
| RMN | Rezonanţă Magnetică Nucleară |
| FBS | Fibrobronhoscopie |
| FEGDS | Fibroesofagogastroduodenoscopie |
| USG | Ultrasonografie |
| EUS | Endoscopie cu ultrasunet |
| HBOt | Hiperbarooxygenoterapie |
| PPC | Plasma Proaspăt Congelată |
| CE | Concentrat Eritrocitar |
| TA | Tensiunea Arterială |
| FCC | Frecvenţa Contracţiilor Cardiace |
| FR | Frecvenţa Respiratorie |
| gll | Ganglionii limfatici |
| i/v | Administrarea intravenoasă |
| i/m | Administrarea intramusculară |
| s/c | Administrarea subcutană |
| perf. | Perfuzie |
| p/o | Administrarea per os |
| RT | Tratamentul radioterapic |
| PCT | Tratamentul polichimioterapic |
| neoCht | Chimioterapie neoadjuvantă |
| DS | Doza Sumară |
| ALT | Alaninaminotransferaza |
| AST | Aspartataminotransferaza |
| TTPA | Timpul de tromboplastină parţial activat |
| TAR | Timpul activat de recalcificare |
| LDH | Lactatdehidrogenaza |
| TEAP | Tromboembolia arterei pulmonare |
| Sol. | Soluţie |
| Tab. | Tabuletta |
| Sirr. | Sirupus |
| Caps. | Capsule |
| TBC | Tuberculoză |
| SNC | Sistemul Nervos Central |

## PREFAŢĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerul Sănătăţii, Muncii şi Protecţiei Sociale (MSMPS RM), constituit din reprezentanţii IMSP Institutul Oncologic.

Protocolul naţional este elaborat în conformitate cu ghidurile internaţionale actuale în problema tumorilor maligne ale esofagului şi va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituţionale (extras din protocolul naţional aferent pentru instituţia dată, fără schimbarea structurii, numerotaţiei capitolelor, tabelelor, figurilor, casetelor, etc.) în baza posibilităţilor reale ale fiecărei instituţii în anul curent. La recomandarea MSMPS RM, pentru monitorizarea protocoalelor instituţionale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic naţional.

## A. PARTEA INTRODUCTIVĂ

A.1. Diagnosticul:**Tumorile maligne ale esofagului**

***Exemple de diagnostice clinice:***

1. *Cancer 1/3 superioare a esofagului T1N0M0 st. I*
2. *Cancer 1/3 medii a esofagului T2N1M0 st.II A Disfagie gr. II*
3. *Cancer 1/3 inferioare a esofagului T3N2M1 st. IV Mts în ficat. Disfagie gr. IV Caşexie gr. II*

**A.2. Codul bolii (CIM 10): C 15**

* *C15.0 Esofagul cervical*
* *C 15.1 Esofagul toracic*
* *C15.2 Esofagul abdominal*
* *C15.3 Treimea superioară a esofagului*
* *C15.4 Treimea medie a esofagului*
* *C15.5 Treimea inferioară a esofagului*
* *C15.8 Leziune depăşind esofagul*
* *C15.9 Esofagul fără precizare.*
* *C 16.0 Cancer joncţiunii esofago-gastrice*

*NB! Tumorile joncţiunii esofago-gastrice cu ≤ 2cm proximal de structurile stomacului sunt stadializate ca Cancer esofagian*

### A.3. Utilizatorii:

* AMP (medici de familie şi asistentele medicale de familie);
* AMSA (medici oncologi raionali, medicii imagiști, medicii anatomopatologi)
* AMS (secţiile de profil terapeutic ale spitalelor raionale, municipale şi republicane (medici internişti; secţiile de gastrologie ale spitalelor municipale şi republicane (medici gastrologi), ale spitalelor raionale, municipale şi republicane, medicii anatomopatologi);
* secţiile specializate (oncologi, gastrologi, imagişti, radioterapeuţi, chimioterapeuţi anatomopatologi etc.).

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

**A.4. Scopurile protocolului**

1. A oferi un algoritm de prevenire, diagnostic precoce/screening, stabilirea diagnostocului, stadializării și morfologiei,.
2. A elabora algoritmul tratamentului chirurgical şi combinat la bolnavii cu tumorile maligne ale esofagului la nivelul IMSP Institutul Oncologic.
3. A ameliora rezultatele imediate ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu tumorile maligne ale esofagului.
4. A ameliora rezultatele la distanţă ale tratamentului la bolnavii cu tumorile maligne ale esofagului prin perfecţionarea tehnicii chirurgicale şi aplicarea tratamentului combinat.
5. A oferi un algoritm de includere în Cancer Registru Național,
6. A oferi un algoritm al conduitei și protocolului de tratament, supraveghere, asistența de reabilitare și paliativă

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

**A.6. Data revizuirii protocolului:** 2019

**A.7. Data următoarei revizuiri:** 2024

**A.8. Listele ale autorilor şi ale persoanelor care au participat la elaborarea protocolului**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nume, prenume** | **funcţia deţinută** |
| **Corneliu Prepeliţa** | d.ș.m., Vicedirector medical, IMSP Institutul Oncologic |
| **Serghei Doruc** | Şef secţie Toraco-abdominală, IMSP Institutul Oncologic |
| **Tamara Prisacari** | medic ordinator, secţia Toraco-abdominală , IMSP Institutul Oncologic |
| **Valeriu Bîlba** | d.ş.m. onco-pulmonolog, secretar ştiinţific IMSP Institutul Oncologic |
| **Iurie Bulat** | d.h.ș.m.,Vicedirector ştiinţă, IMSP Institutul Oncologic |
| **Ana Balagur** | medic ordinator, secţia Radioterapie IMSP Institutul Oncologic |
| **Inga Chemencedji** | Şef secţie Morfopatologie, IMSP Institutul Oncologic |
| **Igori Gavrilaşcenco** | medic radioimagist, IMSP Institutul Oncologic |
| **Liliana Prodan** | medic reabilitolog, IMSP Institutul Oncologic |

**Protocolul a fost discutat, aprobat şi contrasemnat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Denumirea** | **Persoana responsabilă, semnătura** |
| Comisia ştiinţifico-metodică de profil Oncologie şi radioterapie; hematologie şi hemotransfuzie |  |
| Consiliul de experţi al MSMPS al RM | Grosu |
| Agenţia Medicamentului şi Dispozitivelor Medicale | vladislav zara-semnatura1 |
| Compania Naţională de Asigurări în Medicină |  |

**A.8. Definiţiile folosite în document**

***Factorul de risc*** – este acel factor, acţiunea căruia creşte şansa unei persoane de a se îmbolnăvi. Cumularea acţiunii mai multor factori de risc creşte posibilitaea îmbolnăvirii de tumorile maligne ale esofagului.

***Cancer esofagian*** - este o boala in care celule maligne se formeaza in tesutul esofagian.

***Disfagie –*** reprezintă dificultatea de a înghiţi care se manifestă ca o senzaţie de încetinire sau oprire a bolului alimentar pe traectul esofagian.

***Odinofagie*** – durere la înghiţire.

***Globus istericus*** – senzaţia de nod în gît însă deglutiţia este posibilă.

***Disfonie –*** reprezintă tulburările calităţii vocii care devine răguşită, stinsă, prea ascuţită, prea gravă sau bitonată (emiterea a două sunete).

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

***Ahalazia cardiei*** –o tulburare motorie de origine necunoscută caracterizată manometric prin relaxare insufucientă sau absentă a sfincterului esofagian inferior, sau/şi dispariţia progresivă a peristalticii esofagiene.

***Prevenţia primară***, conform definiţiei Organizaţiei Mondială a Sănătăţii (OMS) este „depistarea pacienţilor înainte de declanşarea bolii”. Scopul principal al prevenţiei primare îl reprezintă diminuarea frecvenţei cancerelor prin identificarea şi, eventual, suprimarea factorilor de risc. Aceştia sunt foarte diverşi (incluzînd: modul de viaţă, obiceiurile alimentare, factori de mediu, profesionali, hormono-genitali şi genetici) cu pondere diferită de la un individ la altul şi de la o localizare canceroasă la alta ( a se vedea capitolu „ Prevenţia cancerului”)..

***Prevenţia secundară*** presupune tratamentul unor leziuni precanceroase sau cancere în stadii precoce, fără expresie clinică, a căror eradicare poate suprima evoluţia spre neoplazie invazivă şi metastazantă, ceea ce corespunde depistării precoce. Prevenţia secundară detectează boala după debutul patogenezei şi include screening-ul ( diagnosticul bolii în faza asimptomatică ) şi depistarea precoce ( diagnosticul în faza simptomelor minime de boală) şi supravegherea ca scopuri ale prevenirii dezvoltării bolii spre stadiile avansate, incurabile. Se apreciază că circa 1/3 din cancere ar fi vindecate dacă ar fi depistate precoce. Noţiunea de depistare precoce este deci diferită de aceea de diagnostic precoce sau screening, care semnifică descoperirea bolii asimptomatice, într-un stadiu iniţial, asimptomatic.

***Prevenţia terţiară*** este definită uzual ca prevenţia recidivei loco-regionale şi/sau a bolii metastatice după terapia iniţială cu intenţie curativă prin chirurgie şi radioterapie ca şi tratamentul cancerelor deja avansate (invazive), dar asimptomatice sau în faza absenţei complicaţiilor. Aceasta ar permite o diminuare a sechelelor post-terapeutice şi o scădere a nivelelor de mortalitate. Particular, în oncologie, prevenţia terţiară este definită uzual prin prevenţia recidivei loco-regionale şi/sau a bolii metastatice după tratamentul curativ primar prin chirurgie, radioterapie. Prevenţia terţiară presupune terapiile adjuvante ( chimio-radio- şi hormonoterapia), cu scopul prelungirii intervalului liber de boală şi evental, la prelungirea supravieţuirii. Unii autori includ şi măsurile de de reabilitare care pot conduce la ameliorarea calităţii vieţii; în termenul de prevenţie terţiară; experţii OMS includ menţinerea calităţii vieţii pacienţilor ca obiectiv a prevenţiei suferinţei ( prin durere, boală şi combaterea efectelor secundare datorate tratamentului şi complicaţiilor) concepuute de unii ca „ nivelul patru” a prevenţiei cancerului.

***Tratament paliativ*** – semnifică îngrijirea activă a pacienţilor cu o boală ce avansează încontinuu şi nu mai răspunde la tratamentul curativ, fiind vizate durerea şi alte simptome, precum şi asigurarea susţinerii psihologice, sociale şi spirituale. Scopul principal al tratamentului paliativ este obţinerea celei mai bune calităţi posibile a vieţii pacienţilor şi a familiilor acestora (definiţia îngrijirii paliative a OMS, 1990).

***Reabilitarea -*** utilizarea tuturor mijloacelor de reducere a impactului condiţiilor dizabilitante şi handicapante şi oferirea posibilităţii integrării sociale optime a persoanelor cu dizabilităţi. Kinetoterapie: reprezintă totalitatea măsurilor şi mijloacelor necesare pentru prevenirea, tratamentul şi recuperarea medicală, utilizând ca mijloc fundamental exerciţiul fizic, mişcarea.

**Nivelul de dovadă ştiinţifică şi gradul de recomandare**

Trimiterile în din text au fost evaluate în funcţie de nivelul lor de dovadă ştiinţifică.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nivelul de dovadă*** | ***Caracterizarea dovezilor*** |
| I | Dovezi din cel puțin un studiu de control randomizat, de bună calitate, de calitate metodologică (potențial scăzut de bias) sau meta-analiză a studiilor randomizate bine dirijate, fără eterogenitate |
| II | Trialuri randomizate mici sau studii mari randomizate cu suspiciune de prejudecată (calitate metodologică inferioară) sau meta-analiză a unor astfel de studii sau a studiilor cu eterogenitate demonstrată |
| III | Studii de cohorta prospective |
| IV | Studii de cohortă retrospectivă sau studii de caz-control |
| V | Studii fără grup de control, rapoarte de caz, avize ale experților |

Gradul de recomandare nu are întotdeauna o legătură directă lineară cu nivelul de evidenţă ştiinţifică datorită diferenţelor metodologice sau a unor limitări de ordin ştiinţific. Astfel o dovadă ştiinţifică mare, nu întotdeauna poate fi trasnspusă direct în activitatea practică, iar asbenţa unui nivel înalt de dovadă nu se opune gradului A de recomandare, în cazul cînd există o experienţă clinică mare şi un consens a experţilor, fapt care trebuie totuşi menţionat în text.

|  |  |
| --- | --- |
| ***Grad de recomandare*** | ***Caracteristica recomandării*** |
| **A** | Dovadă puternică de eficacitate cu un beneficiu clinic substanțial, recomandată cu tărie |
| **B** | Dovezi puternice sau moderate pentru eficacitate, dar cu un beneficiu clinic limitat, în general recomandate |
| **C** | Dovezile insuficiente pentru eficacitate sau beneficii nu depășesc riscul sau dezavantajele (evenimente adverse, costuri, etc.), opțional |
| **D** | Dovezi moderate împotriva eficacității sau pentru rezultate negative, în general, nu sunt recomandate |
| **E** | Dovezi puternice împotriva eficacității sau pentru rezultate adverse, nu au fost niciodată recomandate |

**A.10. Informaţii epidemiologice:**

[**Cancerul esofagian**](http://www.procto.ro/cancerul-esofagian/) este o boală în care celule maligne se formează în ţesutul esofagian. Esofagul este conductul muscular care transportă alimentele şi lichidele dinspre cavitatea bucală spre stomac. Peretele esofagian este format din cîteva straturi tisulare, incluzînd membrana mucoasă, musculară şi ţesutul conjunctiv. Cancerul esofagian începe din stratul superficial şi pe măsură ce creşte, se întinde spre straturile din grosimea esofagului.

**Cancerul esofagian** este mai frecvent la barbaţi după vîrsta de 50 ani. Majoritatea bolnavilor se prezintă la medic în stadii avansate de boală în care tratamentul curativ este practic imposibil. Incidenta prezintă variaţii geografice considerabile: crescută în nordul Chinei, Iran şi Rusia, scăzută în Nigeria. Există şi variaţii rasiale: cancerul esofagian este mai frecvent la negrii decît la albii din SUA. Frecvenţa maximă este întîlnită ăn decada a şaptea de viaţă. Constituie aproximativ 4% dintre decesele prin tumori maligne.

**Incidenţa cancerului esofagian** a crescut mult în ultimele decade, împreună cu o schimbare a frecvenţei tipului histologic  şi a localizării tumorii primare. La nivel mondial, majoritatea tumorilor maligne esofagiene (90%) sunt carcinoame de tip scuamos, restul fiind adenocarcinoame şi mai rar alte tipuri de neoplasm. În Statele Unite şi în Europa, adenocarcinomul esofagian este mult mai frecvent decît carcinomul epidermoid, cu localizarea majorităţii tumorilor în esofagul distal. Aproximativ 300.000 de cazuri noi sunt anual diagnosticate în lume. Cauza creşterii incidenţei şi alterările demografice nu sunt cunoscute. În Moldova în anul 2011 au fost diagnosticate 57 cazuri noi, dintre care 19 în stadiul III şi 10 în stadiul IV. În anul 2011 mortalitatea a constituit 1,30/0000.

Cancerul esofagian este mai frecvent întîlnit la bărbaţi. Riscul de dezvoltare al acestuia este de trei ori mai mare la bărbaţi decît la femei.

## 

## B. PARTEA GENERALĂ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B.1. Nivel de asistenţă medicală primară | | |
| **Descriere**  ***(măsuri)*** | **Motive**  ***(repere)*** | **Paşi**  **(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| **1. Profilaxia primară** | **Factorii de risc: [II,B]**   * Factorii alimentari, care duc la dezvoltarea proceselor cronice în esofag, consumul abuziv de carne, mezeluri; consumul scăzut de proteine, fructe; consumul abuziv de băuturi alcoolice tari; excesul de sare în alimentaţie. * Factorii de mediu: fumatul (tutunul conţine mai mult de 4000 substanţe toxice, inclusiv şi cancerigene). * Factorii sociali: starea socio-economică nefavorabilă. * Stresurile excesive. * Factorii genetici (mai mult de 2 membri ai unei familii sunt afectaţi de procesul malign). | **Obligatoriu:**   * Informarea pacienţilor privitor la respectarea modului sănătos de viaţă: * combaterea tabagismului, * evitarea consumului abuziv de alcool, * schimbarea modului de alimentaţie, * sanarea cavităţii bucale. * Informarea pacienţilor despre efectul contactului cu substanţe nocive. * Includerea în grupul de risc înalt în dezvoltarea cancerului esofagian a rudelor apropiate ale bolnavilor. |
| **2. Profilaxia secundară** | * Maladiile cronice specifice şi nespecifice ale esofagului sunt stări predispozante ale cancerului esofagian [II,B] | **Obligatoriu:**   * Trimiterea pacienţilor cu patologii cronice ale esofagului la gastrolog pentru tratament * Examen radiologic al esofagului persoanelor din grupele de risc la fiecare 6 luni. * FEGDS persoanelor din grupele de risc la necesitate |
| **3. Necesitatea consultului specialistului** | * Suspectarea la pacient clinic şi radiologic a cancerului esofagian * dereglarea pasajului maselor alimentare la nivel de esofag * sindrom algic la nivelul cutiei toracice în lipsa patologiei cardiace şi/sau neurologice * manifestarea proceselor paraneoplazice * pierderea ponderală nemotivată >10% în ultimele 6 luni * tabloul radiologic ce pledează în favoarea cancerului esofagian | **Obligatoriu:**   * Orice bolnav cu suspecţie la cancer esofagian este necesar de a fi trimis la oncologul raional pentru efectuarea investigaţiilor prevăzute de programul unic. |
| **4. Supravegherea**  ***C.2.3.6***  ***Algoritmul C.1.1.*** | * Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către specialist oncolog, precum şi tratamentul maladiilor concomitente (hepatice, endocrine, neurologice, etc.) | **Obligatoriu:**   * Supravegherea se va face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor medicilor specialişti oncologi |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B.2. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu (oncolog raional) | | |
| **Descriere**  ***(măsuri)*** | **Motive**  ***(repere)*** | **Paşi**  **(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| **1. Profilaxia primară** | **Factorii de risc:** [II,B]   * Factorii alimentari, care duc la dezvoltarea proceselor cronice în esofag, consumul abuziv de carne, mezeluri; consumul scăzut de proteine, fructe; consumul abuziv de băuturi alcoolice tari; excesul de sare în alimentaţie. * Factorii de mediu: fumatul (tutunul conţine mai mult de 4000 substanţe toxice, inclusiv şi cancerigene). * Factorii sociali: starea socio-economică nefavorabilă. * Stresurile excesive. * Factorii genetici; mai mult de 2 membri ai unei familii sunt afectaţi de procesul malign. | **Obligatoriu:**   * Informarea pacienţilor privitor la respectarea modului sănătos de viaţă: * combaterea tabagismului, * evitarea consumului abuziv de alcool, * schimbarea modului de alimentaţie, * sanarea cavităţii bucale. * Informarea pacienţilor despre efectul contactului cu substanţe nocive. * Includerea în grupul de risc înalt în dezvoltarea cancerului esofagian a rudelor apropiate ale bolnavilor |
| **2. Profilaxia secundară** | Prevede sistem organizaţional de dispensarizare a populaţiei cu scop de evidenţiere şi tratament a stărilor de fon şi stărilor precanceroase – factorii de risc major al CaE | * examinarea profilactică a populaţiei cu forţele lucrătorilor medicali ai instituţiei curativo-profilactice, inclusiv în cabinetele medicale * dispensarizarea bolnavilor oncologici conform ordinelor în vigoare şi dispensarizarea persoanelor cu afecţiuni pretumorale şi stări de risc, care se află la evidenţa medicilor de familie, medicilor generalişti |
| **3. Diagnosticul** | | |
| 3.1 Confirmarea tumorii maligne a esofagului |  | **Obligatoriu:**   * Colectarea anamnezei * Investigaţii clinice * Investigaţii paraclinice (tabelul 1) * USG (conform recomandărilor) * Radiografia esofagului * Radiografia cutiei toracice * ECG * Analiza generală a sîngelui * Analiza generală a urinei * Biochimia sîngelui * Indicii coagulogramei * FEGDS cu preluarea materialului pentru examen morfologic * Efectuarea diagnosticului diferenţial (tabelul 2)   **Recomandabil:**   * PET CT |
| **4. Trimiterea la consultaţia oncopulmonologului IMSP Institutul Oncologic** | * Orice proces tumoral a esofagului stabilit clinic, radiologic şi endoscopic sau suspectat nu exclude prezenţa sectoarelor malignizate, care pot fi stabilite numai în cadrul investigaţiilor morfologice. Intrvenţiile chirurgicale e necesar de efectuat numai în cadrul secţiilor cirurgicale specializate, care dispune de utilaj pentru efectuarea investigaţiei morfologice urgente, de morfologi cu calificaţie corespunzătoare, care ar diagnostica corect procesul şi de medici calificaţi, care ar lua drept decizia de tratament ulterior | **Obligatoriu:**   * Toţi pacienţi la care a fost suspectat sau confirmat cancer esofagian se trimit la consultaţia oncopulmonologului IMSP Institutul Oncologic. |
| **5. Supravegherea temporară** | * Scopul supravegherii este de a monitoriza efectul atît al tratamentului indicat de către oncopulmonologul şi oncogastrolog, cît şi al maladiilor concomitente (hepatice, endocrine, neurologice, cardiace etc.). | **Obligatoriu:**   * Supravegherea se va face în comun cu medicul de familie conform recomandărilor oncopulmonologului * Lipsa eficacităţii tratamentului conservativ indicat de oncopulmonolog IMSP Insitutul Oncologic, oncologul raional îndreaptă bolnavul la consultaţie repetată, independent de termenii indicaţi de oncopulmonolog. * În cazul apariţiei disfagiei gr.IV la pacienţi cu CaE confirmat morfologic, aflaţi la tratamentul simptomatic la domiciliu, asigură trimiterea pacienţilor în secţia chirurgie în spitatul raional pentru aplicarea gastrostomei nutritive. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu (CCD IMSP Institutul Oncologic) | | |
| **Descriere**  ***(măsuri)*** | **Motive**  ***(repere)*** | **Paşi**  **(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| **1. Profilaxia primară** | * Factorii alimentari, care duc la dezvoltarea proceselor cronice în esofag, consumul abuziv de carne, mezeluri; consumul scăzut de proteine, fructe; consumul abuziv de băuturi alcoolice tari; excesul de sare în alimentaţie. * Factorii de mediu: fumatul (tutunul conţine mai mult de 4000 substanţe toxice, inclusiv şi cancerigene). * Factorii sociali: starea socio-economică nefavorabilă. * Stresurile excesive. * Factorii genetici; mai mult de 2 membri ai unei familii sunt afectaţi de procesul malign. | **Obligatoriu:**   * Informarea pacienţilor privitor la respectarea modului sănătos de viaţă: * combaterea tabagismului, * evitarea consumului abuziv de alcool, * schimbarea modului de alimentaţie, * sanarea cavităţii bucale. * Informarea pacienţilor despre efectul contactului cu substanţe nocive. * Includerea în grupul de risc înalt în dezvoltarea cancerului esofagian a rudelor apropiate ale bolnavilor |
| **2. Profilaxia secundară** | Prevede sistem organizaţional de dispensarizare a populaţiei cu scop de evidenţiere şi tratament a stărilor de fon şi stărilor precanceroase – factorii de risc major al CaE | **Obligatoriu:**   * coordonarea lucrului asistentei medicale în efectuarea controlului profilactic oncologic în vedera efectuării screening-ului profilactic al populaţiei * consultarea bolnavilor care s-au adresat în legătură cu tumori benigne, maligne şi procese pretumorale sau suspecţii la acestea * tratarea în condiţii de ambulatoriu a bolnavilor cu neoformaţiuni maligne conform recomandărilor IMSP Institutul Oncologic * organizarea spitalizării în IMSP Institutul Oncologic a bolnavilor suspectaţi sau cu prezenţa neoformaţiunilor maligne pentru efectuarea unor examene clinice şi tratament * supravegherea de dispensar a bolnavilor cu neoformaţiuni maligne şi unele forme de procese pretumorale * consultarea şi patronarea la domiciliu a bolnavilor oncologici * organizarea spitalizării pentru tratament specializat sau simptomatic a bolnavilor cu neoformaţiuni maligne * evidenţa de dispensar a bolnavilor de profil, completarea fişelor de control (f. 030-6) |
| **3. Diagnosticul** | | |
| 3.1. Confirmarea diagnosticului de cancer esofagian şi aprecierea tacticii de tratament |  | **Obligatoriu:**   * Colectarea anamnezei * Investigaţii clinice * Investigaţii paraclinice (tabelul 1) * Analiza generală a sîngelui\* * Analiza generală a urinei\* * Biochimia sîngelui\* * Indicii coagulogramei\* * Radiografia esofagului\* * Radiografia cutiei toracice\* * ECG\* * Fibrobronhoscopia cu preluarea bioptatului * Pregătirea frotiului pentru investigaţie citologică. * Investigaţia citologică a frotiului. * Investigaţia histologică a materialului preluat * FEGDS cu preluarea bioptatului\* * Pregătirea frotiului pentru investigaţie citologică\* * Investigaţia citologică a frotiului\* * Investigaţia histologică a materialului preluat\* * USG organelor abdominale, retroperitoniale şi ale bazinului mic. * TC organelor cavităţii toracice * ECO cordului * CT creierului * Scanarea scheletului osos   ***Notă:*** \* în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedenta.   * Efectuarea diagnosticului diferenţial (tabelul 2)   **Recomandabil:**   * PET CT |
| **4. Deciderea tacticii de tratament:** | Tactica de tratament al pacientului primar este elaborată de CMC multidisciplinar ( chirurg, chimioterapeut, radioterapeut, imagist, morfopatolog) [I,A] | **Obligatoriu:**   * Toţi pacienţii care au indicaţii pentru tratament chirurgical sunt consultaţi în mod obligatoriu de către chirurg din secţia toracoabdominală, care îi prezintă unui consiliu medical * Conform deciziei consiliului sunt internaţi în secţia Chirurgiei Toracoabdominale a IMSP Institutul Oncologic pentru tratament. * În cazul cînd tratamentul chirurgical nu este indicat pacientul se trimite pentru consultaţie la chimioterapeut şi/sau radioterapeut, care îl prezintă unui consiliu medical * Conform deciziei consiliului pacienţii sunt internaţi în secţia chimioterapie (nr.1, 2,3) sau secţia radioterapie (nr.1,2,3) |
| **5. Tratamentul paliativ (simptomatic):** | Tratamentul paliativ(simptomatic) se indică pacienţilor 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 şi a calităţii vieţii pacientului cu proces malign avansat | **Obligatoriu:**   * Se realizează prin conlucrarea medicului de familie şi medicului oncolog raional. * Constă în supravegherea şi controlul îndeplinirii tratamentului prescris de către medicul pulmonolog IMSP Institutul Oncologic |
| **6. Supravegherea temporară** | * Scopul supravegherii este de a monitoriza efectul tratamentului, inclusiv prin aplicarea metodelor speciale şi a corija schema tratamentului în caz de ineficacitate. | **Obligatoriu:**   * Supravegherea se va face de rînd cu oncologul raional şi medicul de familie conform recomandărilor oncopulmonologului |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| B.4. Nivel de asistenţă medicală spitalicească (IMSP Institutul Oncologic) | | |
| **Descriere**  ***(măsuri)*** | **Motive**  ***(repere)*** | **Paşi**  **(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| **1. Spitalizarea** |  | **Criteriile de spitalizare în secţia chirurgicală specializată**   * Bolnavii cu diagnosticul stabilit de cancer esofagian şi confirmat histologic fără semne de metastaze la distanţă, fără patologii concomitente decompensate se spitalizează pentru tratament chirurgical în secţia toracoabdominală în mod planic. * Bolnavii cu diagnosticul verificat vizual la FEGDS şi radiologic fără confirmare morfologică prin consiliul în comun cu ş/s * Bolnavii cu CaE confirmat morfologic cu disfagie gr.III – IV care vor fi supuşi tratamentului specific chimioterapic şi radioterapic pentru aplicarea gastrostomei nutritive   **Criteriile de spitalizare în secţiile oncologie medicală**   * diagnosticul stabilit morfologic * prezenţa indicaţiilor pentru tratament specific antitumoral * starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific * lipsa patologiilor concomitente pronunţate (decompensate) * indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific   **Criteriile de spitalizare în secţiiile radioterapie**   * diagnosticul stabilit morfologic * prezenţa indicaţiilor pentru tratament specific antitumoral * starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific * lipsa patologiilor concomitente pronunţate (decompensate) * indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific |
| **2. Diagnosticul** |  |  |
| 2.1. Confirmarea diagnosticului CaE, evaluarea stadiului tumorii maligne, diagnosticul diferenţial. |  | **Obligatoriu:**   * Colectarea anamnezei * Examenul clinic * Investigaţii paraclinice * Analiza generală a sîngelui\* * Analiza generală a urinei\* * Biochimia sîngelui\* * Indicii coagulogramei\* * Radiografia cutiei toracice\* * Radiografia esofagului\* * ECG\* * FBS cu preluarea bioptatului\* * Pregătirea frotiului pentru investigaţie citologică.\* * Investigaţia citologică a frotiului\*. * Investigaţia histologică a materialului preluat\* * FEGDS cu preluarea bioptatului\* * Pregătirea frotiului pentru investigaţie citologică\* * Investigaţia citologică a frotiului\* * Investigaţia histologică a materialului preluat\* * USG organelor abdominale, retroperitoniale şi ale bazinului mic\*. * TC organelor cavităţii toracice cu contrast * ECO cordului \* * CT creierului\* * Scanarea scheletului osos\*   ***Notă:*** \* în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedentă.   * Efectuarea diagnosticului diferenţial (tabelul 2)   **Recomandabil:**  PET CT |
| **3. Tratamentul** | | |
| 3.1. Tratamentul chirurgical [I,A] C.2.3.5.1. | Bolnavul cu cancer esofagian operabil; Bolnavii cu CaE confirmat morfologic cu disfagie gr.III – IV care vor fi supuşi tratamentului specific chimioterapic şi radioterapic pentru aplicarea gastrostomei nutritive | **Obligatoriu:**   * Conduita preoperatorie * Intervenţia chirurgicală * Conduita postoperatorie |
| 3.2. Tratament chimioterapic [I,A]  C.2.3.5.5. | Prezenţa CaE avansat nerezectabil, localizarea procesului în 1/3 superioară a esofagului sau a patologiilor concomitente cu risc anestezic major, refuzul pacientului la tratament chirurgical | **Obligatoriu:**   * Aprecierea shemei adecvate de tratament (în dependenţă de varianta morfologică, răspîndirea procesului, patologii concomitente) * Tratament de susţinere |
| 3.3. Tratament radioterapic [I,A]  C.2.3.5.6. | Prezenţa CaE avansat nerezectabil, localizarea procesului în 1/3 superioară a esofagului sau a patologiilor concomitente cu risc anestezic major, refuzul pacientului la tratament chirurgical | **Obligatoriu:**   * Definirea precisă a volumelor de tratat * Definirea precisă a dozei tumorale * Determinarea organelor critice * Aprecierea dozei totale şi fracţionarea ei * Alegerea fascicolelor * Tratament de susţinere |
| **4. Externarea cu recomandări necesare** |  | Extrasul **obligatoriu** va conţine:   * Diagnosticul definitiv desfăşurat cu indicaţia numarului şi rezultatullui investigaţiei morfopatologice. * Rezultatele investigaţiilor efectuate. * Tratamentul aplicat şi rezultatele tratamentului. * Recomandările explicite pentru pacient. * Planul detaliat al tratamentului conservativ (în caz de necesitate) şi termenii de monitorizare |
| 1. **Reabilitarea** | Recuperarea medicalăadecvată în viziunea modernă a specialiştilor presupune un sistem unic de redresări fizice, psihosociale şi economice, menite să stimuleze rezervele funcţionale compensatorii ale bolnavului pentru a-l pregăti pentru reintegrare socială şi reincludere în cursul normal al vieţii. | O dată cu tratamentul propriu-zis, bolnavul are nevoie de o îngrijire corectă (regim fizic, condiţii sanitaro-igienice, alimentaţie, ajutor la satisfacerea necesităţilor vitale şi efectuarea diferitelor proceduri). |

## C. 1. ALGORITMELE DE CONDUITĂ

### *C. 1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu cancerul esofagian*

Pacientul necesită tratament paliativ (simptomatic) sub supravegherea medicului de familie şi oncologului raional

Vizita la medicul de familie

1.anamneza

2.examen clinic

3.examinări paraclinice

Administrarea tratamentului adecvat cu control ulterior

Oncolog raional

FEGDS cu biopsie

**CMC multidisciplinar**

pentru aprecierea tacticii de tratament: chirurg s.toracică, chimioterapeut, radioterapeut, radioimagist, morfopatolog

Oncopneumolog

Diagnostic diferenţiat

1.trimitere la gastrolog

2.control în dinamică

Pacientul nu necesită spitalizare în secţiile de profil

(lipsesc criterii de spitalizare, prezenţa patologiilor concomitente incompatibile cu tratamentul specific chirurgical, radioterapic, chimioterapic)

Pacientul prezintă criterii de spitalizare în secţia chirurgicală specializată:

* cancerul esofagian rezectabil confirmat sau nu morfologic
* în cazul lipsei confirmării morfologice, prin decizia consiliului medical pentru precizarea diagnosticului

Pacientul prezintă criterii de spitalizare în secţia chimioterapie:

* diagnosticul stabilit morfologic
* prezenţa indicaţiilor pentru tratament specific antitumoral
* starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific
* lipsa patologiilor concomitente pronunţate (decompensate)
* indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

Pacientul prezintă criterii de spitalizare în secţiile radioterapie:

* prezenţa procesului esofagian malign morfologic confirmat
* prezenţa patologiilor concomitente cu risc anestezic major
* prezenţa indicaţiilor pentru tratament specific
* lipsa patologiilor concomitente severe (decompensate)
* indicii de laborator în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

Pacienţii cu diagnosticul CaE confirmat, aflaţi la tratament simptomatic la oncologul raional, în cazul dezvoltării disfagiei gr. IV, necesită aplicarea gastrostomei nutritive în secţia chirurgicală la locul de trai

Se trimite la oncolog raional cu extras forma 027-e şi recomandări explicite pentru pacient şi oncolog raional/medicul de familie

***C.2.1. Clasificarea tumorilor maligne ale esofagului***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Caseta 1.* *Clasificarea histologică a tumorilor maligne ale esofagului (WHO Classification, 2010 Lyon)***   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Tumori epiteliale  Stări precanceroase  Scuamoase |  | Neoplasme neuroendocrine |  | | Neoplasm intraepitelial (Displazia), grad înalt | 8077/2 | Tumori neuroendocrine NET |  | | Glandular |  | NET G1 (carcinoid) | 8240/3 | | Displazia (neoplasm intraepitelial), grad înalt | 8148/2 | NET G2 | 8249/3 | | Carcinom |  | Carcinom neuroendocrin (NEC) | 8246/3 | | Carcinom cu celule squamoase | 8070/3 | NEC cu celule mari | 8013/3 | | Adenocarcinoma | 8140/3 | NEC cu celule mici | 8041/3 | | Carcinom adenochistic | 8200/3 | Carcinom adenoneuroendocrin mixt | 8244/3 | | Carcinom adenosquamos | 8560/3 | Tumori mezenchimale |  | | Carcinom squamos bazaloid | 8083/3 | Tumor gastrointestinal stromal GIST | 89936/3 | | Carcinom mucoepidermoid | 8430/3 | Sarcom Kapoşi | 9140/3 | | Carcinom spinocelular | 8074/3 | Leiomiosarcom | 8890/3 | | Carcinom spinocelular | 8074/3 | Melanom | 8720/3 | | Carcinom verucos | 8051/3 | Rabdomiosarcoma | 8900/3 | | Carcinom nediferenciat | 8020/3 | Sarcom sinovial | 9040/3 | |

|  |
| --- |
| ***Caseta 2. Clasificarea endoscopică a tumorilor maligne ale esofagului***  ***Tipul I polipoid***: formaţiune protruzivă cu baza largă de implantare, acoperită de mucoasa normală  ***Tipul II superficial***: cu 3 subtipuri:  ***IIa supradenivelat***: supradenivelare discretă a mucoasei ce depăşeşte planul mucoasei cu 1 –2  mm, mai decolorată decît restul mucoasei  ***IIb plat***: pata cu contur neregulat la aproximativ acelaşi nivel cu mucoasa înconjurătoare cu  modificări de culoare (mai hiperemiată sau mai albicoasă)  ***IIc subdenivelat***: eroziune acoperită de exudat de culoare alb-cenuşie  ***Tipul III ulcerat***: ulceraţie cu margini neregulate |

|  |
| --- |
| ***Caseta 3. Clasificare clinică TNM a tumorilor maligne ale esofagului***  **T – tumora primară**  Tx – tumoră primară ce nu poate fi evidenţiată  T0 – tumoră nedetectabilă  Tis – tumoră în situ  T1 – tumoră cu invazia mucoasei şi/sau submucoasei  T1a – invadează lamina proprie sau mucoasa  T1b – invadează submucoasa musculară  T2 – tumorăce invadează musculara proprie  T3 – tumoră cu invazia adventiţiei  T4 – tumoră ce invadează structurile adiacente  T4a – invadează pleura, pericard, vena azygos, diafragm sau peritoneu  T4b – invadează alte structuri adiacente: aorta, corpurile vertebrale sau căile aeriene  **N – ganglionii limfatici regionali**  Nx – ganglionii limfatici regionali nu pot fi evaluaţi  N0 – adenopatie metastatică regională absentă  N1 – sunt depistaţi 1 – 2 ganglionii limfatici regionali metastatici  N2 - sunt depistaţi 3 – 6 ganglionii limfatici regionali metastatici  N3 - sunt depistaţi 7 şi mai mult ganglionii limfatici regionali metastatici  **M – metastaze la distanţă**  M0 – metastaze la distanţă nu sunt  M1 – metastaze la distanţă sunt prezente  G – grad de diferenciere  Gx – gradul nu poate fi apreciat  G1 – bine differenţiat  G2 – differenţiere moderată  G3 – differenţiere joasă  L – localizarea  X – localizarea nu este definită  U (upper) – esofagul cervical pînă la marginea de jos al venei azygos  M(middle) – marginea de jos al venei azygos pînă la marginea de jos al venei pulmonare inferioare  L(lower) - marginea de jos al venei pulmonare inferioare pînă la intrare în stomac, include şi joncţiunea esofago-gastrică  Notă! Localizarea estedefinită prin poziţionarea epicentrului tumorii esofagiene |

***Tabel nr.1. Clasificarea clinică cTNM pentru carcinom squamocelular.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***T*** | ***N*** | ***M*** | ***stadiu*** |
| ***Tis*** | ***No*** | ***M0*** | ***0*** |
| ***T1*** | ***N0-1*** | ***M0*** | ***I*** |
| ***T2*** | ***N0-1*** | ***M0*** | ***II*** |
| ***T3*** | ***N0*** | ***M0*** | ***II*** |
| ***T3*** | ***N1*** | ***M0*** | ***III*** |
| ***T1-3*** | ***N2*** | ***M0*** | ***III*** |
| ***T4*** | ***N0-2*** | ***M0*** | ***IVA*** |
| ***Orice T*** | ***N3*** | ***M0*** | ***IVA*** |
| ***Orice T*** | ***Orice N*** | ***M1*** | ***IAB*** |

***C.2.2. Factorii etiologici***

|  |
| --- |
| ***Caseta 4. Factorii etiologici [II,B]***  Factorul de risc este acel factor, acţiunea căruia creşte şansa unei persoane de a se îmbolnăvi. Cumularea acţiunii mai multor factori de risc creşte posibilitaea îmbolnăvirii de tumorile maligne ale esofagului.  Factorii de risc pentru cancerul esofagian includ:  - fumatul  - consumul unor cantitati mari de alcool  - esofagul Barrett: este o afecţiune in care celulele care tapeteaza partea inferioara a esofagului s-au modificat sau au fost inlocuite de celule anormale, care pot duce la adenocarcinom; refluxul gastric (reintoarcerea conţinutului gastric în porţiunea inferioară a esofagului) poate irita esofagul şi, în timp, poate cauza apariţia esofagului Barrett  - vîrsta înaintată  - sexul masculin  - rasa neagră. |

|  |
| --- |
| ***Caseta 5. Stări patologice predispozante ale cancerului esofagian: [II,B]***  • Cancer în sfera ORL  • Esofagul Barrett  • Megaesofagul  • Diverticulii esofagieni  • Stenozele post caustice  • Stenozele peptice |

|  |
| --- |
| ***Caseta 6. „Semne de alarmă” [II,B]***   * Disfagie de diferit grad, care nu este cauzată de traumatism mecanic, chimic sau termic al esofagului * Durere sau disconfort pe traiectul esofagului, apărute în timpul alimentaţiei * Regurgitările repetate, mai ales cu amestec de sînge * Schimbarea nemotivată a tembrului vocii (vocea răguşită) * Tuse chinuitoare, ce apare în timpul alimentaţiei * Hipersalivaţie * Pierderea ponderală progresantă, pînă la caşexie * Astenie progresantă * Fatigabilitate * Triada Horner (mioză, pseudoptoză, endoftalm) |

***C.2.3. Conduita pacientului cu tumorile maligne ale esofagului***

|  |
| --- |
| ***Caseta 7. Obiectivele procedurilor de diagnostic în tumorile maligne ale esofagului***   * Prezenţa tumorii maligne * Determinarea localizării procesului * Stabilirea răspîndirii procesului * Estimarea factorilor de risc pentru evoluţia nefavorabilă * Aprecierea tacticii de tratament * Aprecierea pronosticului |

|  |
| --- |
| ***Caseta 8. Procedurile de diagnostic în tumorile maligne ale esofagului***   * Anamnestic * Examenul fizic * Radiografia esofagului cu masă baritată * Investigaţii de laborator şi paraclinice |

**C.2.3.1. *Anamneza***

|  |
| --- |
| ***Caseta 9. Recomandări pentru culegerea anamnesticului.***   * Debutul bolii * Simptomele şi semnele toracice (disfagie, greţuri, vome, tuse, dispnee, expectoraţii, durere toracică, febră, disfonie) * Simptome şi semne paraneoplazice (sindroame neurologice, sindroame osteoarticulare, sindroame cutanate, sindroame hematologice, renale) * Pierderea ponderală progresivă în ultimile 6 luni * Evidenţierea factorilor de risc (fumatul, expuneri profesionale şi de mediu, traumatisme) * Evidenţierea factorului ereditar * Administrarea tratamentului anterior |

**C.2.3.2. *Manifestările clinice***

|  |
| --- |
| ***Caseta 10. Semne şi simptoame***. ***[II,B]***  Cancerul esofagian este asimptomatic în stadiile incipiente; în evoluţie, simptomele sunt discrete şi deseori neglijate de către bolnav.  Simptomatologia devine evidentă în cancerul avansat:   * Disfagie continuă şi progresivă, iniţial pentru solide, apoi şi pentru lichide * Durere retrosternală * Tuse * Dispnee * Voce răguşită   Avansarea procesului completează tabloul clinic:   * Hemoptizie şi hematemeză, prin invazia vaselor mediastinale * Paralizia corzilor vocale şi afonie, prin invazia nervului recurent laringian sau metastaze ganglionare * Pleurezie * Paralizia diafragmului, prin invazia nervului frenic * Icterul şi durearea osoasă sunt manifestări ale metastazării sistemice * Sindromul Horner apare prin afectarea căilor nervoase spinale, ale globilor oculari şi feţei; simptomele cuprind: ptoză palpabrală, mioză, tumefierea unei jumătăţi faciale * Metastazarea cerebrală determină: confuzie, cefalee, convulsii * Diseminarea intestinală cauzează hemoragie, vome şi anemie feriprivă |

|  |
| --- |
| ***Caseta 11. Evoluţia CaE***.  CaE se extinde pe cale limfatică, prin contiguitate sau pe cale hematogenă.  Diseminarea limfatică poate fi submucoasă sau intramurală, pe o distanţă de 5 – 10 cm de tumora primară şi la ganglionii regionali. Cînd tumora se localizează în porţiunea medie a esofagului sunt interesaţi (în 2/3 cazuri) şi ganglionii subdiafragmatici. Dacă tumora primară se localizează în porţiunea terminală a esofagului, ganglionii pericardiali şi coronarieni sunt afectaţi în peste 80% cazuri.  În fazele avansate de evoluţie, complicaţiile mai frecvente sunt reprezentate de: fistule de perete posterior al traheei/bronhiei stîngi, mediastinite, hemoragii grave (prin interesarea sau perforarea vaselor mediastinale mari). |

**C.2.3.3. *Investigaţii paraclinice***

**Tabelul nr.2. *Etapizarea momentelor de diagnosticul tumorilor maligne ale esofagului***

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

\*\* se va efectua numai în condiţii de staţionar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicul de familie | Oncologul raional | Asistenşţa medicală specializată de ambuşator | Secţia chirurgicală specializată |
| **Obligatoriu:**   * Anamneza * Inspecţia * Palparea tuturor grupurilor de ganglioni periferici * Percusia toracelui * Auscultaţia * Palparea abdomenului * Analiza generală a sîngelui * Analiza generală a urinei * Gruppa sanguină * RW * Markerii hepatitelor * HIV/SIDA * Biochimia sîngelui (proteinele, bilirubina, ureea, creatinina, ALT, AST, glucoza, α-amilaza, fosfataza alcalină), ionograma (K, Ca, Mg). * Indicii coagulogramei * Examen baritat al esofagului * FEGDS cu prelevarea biopsiei * Trimiterea la consultaţie la specialişti în dependenţă de patologia concomitentă | **Obligatoriu:**   * Anamneza * Inspecţia * Palparea tuturor grupurilor de ganglioni periferici * Percusia toracelui * Auscultaţia * Palparea abdomenului * Analiza generală a sîngelui * Analiza generală a urinei * Biochimia sîngelui (proteinele, bilirubina, ureea, creatinina, ALT, AST, glucoza, α-amilaza, fosfataza alcalină), ionograma (K, Ca, Mg). * Indicii coagulogramei * Examen baritat al esofagului şi stomacului * FEGDS cu prelevarea biopsiei * Examen citologic şi histologic al bioptatului * ECG * CT toracelui cu contrast * CT abdomenului cu contrast * FBS cu preluarea biopsiei * Analiza morfologică a bioptatului (citologic, histologic) * Spirometrie * Doppler vaselor membrelor inferioare   **Recomandabil:**   * PET CT | **Obligatoriu**   * Anamneza * Inspecţia * Palparea tuturor grupurilor de ganglioni periferici * Percusia toracelui * Auscultaţia * Palparea abdomenului * Analiza generală a sîngelui * Analiza generală a urinei * Biochimia sîngelui (proteinele, bilirubina, ureea, creatinina, ALT, AST, glucoza, α-amilaza, fosfataza alcalină), ionograma (K, Ca, Mg). * Indicii coagulogramei * Examen baritat al esofagului şi stomacului * FEGDS cu prelevarea biopsiei * Examen citologic şi histologic al bioptatului * ECG * CT toracelui cu contrast * CT abdomenului cu contrast * FBS cu preluarea biopsiei * Analiza morfologică a bioptatului (citologic, histologic) * Spirometrie * Doppler vaselor membrelor inferioare * Puncţia pleurală în cazul prezenţei pleureziei cu examen clinic şi citologic al lichidului * Puncţia ganglionilor limfatici periferici cu examen citologic * Excizia ganglionilor limfatici periferici cu examen histologic * Scanarea scheletului osos * Ecocardiografie * Scintigrafia pulmonară perfuzională   **Recomandabil:**   * PET CT | **Obligatoriu**   * Investigaţía clinică a toracelui \*(palpaţie, percuţie, auscultaţie) * Analiza generală a sîngelui\* (formula desfăşurată + trombocite) * Analiza biochimică a sîngelui \*(bilirubina, glicemia, ALT,AST, ureea, creatinina, α-amilaza,proteina generală) * Ionograma\* (Natriu, Kaliu,Calciu,Fier) * Indicii coagulogramei\* ( timpul de coagulare, TAR, TTPA, protrombina, fibrinogen ) * Analiza serologică a sîngelui la SIDA şi RW\* * Analiza generală a urinei\* * Radiografia cutiei toracice\* (2 proiecţii) * Spirometria * ECG\* * USG abdomenului\* * Puncţia pleurală cu aspiraţia lichidului pleural pentru examinare\*(la necesitate) * Analiza clinică a lichidului pleural \*(densitatea, transparenţa, proteina, LDH, glucoza, leucocite) * Analiza citologică a sedimentului\* * FBS cu preluartea biopsiei\* * Analiza morfologică a bioptatului \*(citologic, histologic) * CT toracelui cu angiografie \* * Scintigrafia pulmonară perfuzională\* * CT abdomenului\* * Scanarea scheletului osos\* * Ecocardiografia\* * Laparoscopia   **Recomandabil:**  PET CT |

|  |
| --- |
| ***Caseta 12***. ***Investigaţii [I,A]***  Testele care examinează esofagul sunt folosite la detectarea şi diagnosticul cancerului esofagian.  Pot fi folosite următoarele teste şi proceduri:  - tomosinteza pulmonară: o radiografie a organelor şi oaselor toracice; razele X reprezintă un tip de energie care pot traversa organismul şi au proiecţie pe un film, realizînd o imagine a regiunilor din organism  - [tranzit baritat](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/tranzit-baritat-al-intestinului-subtire_5225): o serie de radiografii ale esofagului şi stomacului; pacientul bea un lichid care conţine bariu (un component metalic alb-argintiu), lichid care captuşeşte esofagul şi care este vizibil pe radiografie; procedura se mai numeşte radiografie gastrointestinală superioară seriată  -[esofagoscopie](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/esofagoscopie_7263) - o procedură prin care se vizualizează interiorul esofagului, pentru verificarea existenţei unor porţiuni anormale; un endoscop (un tub subţire, cu lumină la capăt) este introdus prin gură sau nas în jos, spre esofag; prin acest procedeu se pot lua porţiuni de ţesut pentru biopsie  - [biopsie](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/biopsie_569) - extirparea unor celule sau ţesuturi pentru a fi examinate microscopic; biopsia mucoasei din zone diferite ale esofagului inferior poate detecta esofagul Barrett în stadii incipiente.  Biopsia se face de obicei în timpul esofagoscopiei. Uneori aceasta poate depista anomalii în esofag care nu ţin de cancer, dar se pot transforma cancerigen.  După ce cancerul esofagian este diagnosticat, se fac teste pentru a afla gradul de intindere a celulelor maligne în esofag sau în alte organe.  Următoarele teste pot fi folosite pentru stadializare:  - [bronhoscopie](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/bronhoscopie_2980): procedură prin care se vizualizează interiorul traheei şi al căilor aeriene mari şi se caută zone modificate; un bronhoscop (un tub subţire, cu lumină la capăt) este introdus prin gură sau nas în jos spre trahee şi plămîni; se pot preleva probe de ţesut pentru biopsie  -[laringoscopie](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/laringoscopie_4000): se examinează laringele cu o oglindă sau cu un laringoscop  - examinare CT: o serie de imagini detaliate ale unor regiuni din organism, luate din unghiuri diferite; imaginile sunt realizate de un computer legat de un aparat cu raze X; o substanţă de contrast poate fi injectată intravenos sau poate fi inghiţită pentru ca organele sau ţesuturile să fie clar vizualizate; acest test se mai numeşte şi tomografie computerizată, computer tomografie sau tomografie computerizată axială  - ultrasonografie endoscopică: o procedură prin care se introduce un endoscop în organism; endoscopul este folosit pentru a imprăştia ultrasunete de energie înaltă care se vor lovi de organele interne şi vor face ecouri; ecourile formează o imagine a ţesuturilor numită sonogramă; acest test se mai numeşte endosonografie  - toracoscopie: o procedură chirurgicala prin care se caută zone anormale ale organelor din interiorul toracelui; se face o incizie (tăietură) între două coaste şi se introduce un [toracoscop](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/toracoscopie_5755) în interiorul toracelui; se pot preleva probe de ţesut şi noduli limfatici pentru biopsie; în unele cazuri, toracoscopia se poate folosi pentru extirparea unor porţiuni din esofag sau pulmon  - laparoscopia: un procedeu chirurgical prin care se caută semne de boală în abdomen; se fac incizii mici în peretele abdominal, iar laparoscopul se introduce prin unul din orificii; alte instrumente pot fi introduse în aceeaşi incizie sau în altele pentru a extirpa organe sau pentru prelevarea de biopsii  - scanarea PET (tomografia cu emisie de pozitroni): se caută celule maligne în organism; se injectează intravenos o cantitate mică de glucoză radioactivă iar scanerul se învîrte in jurul corpului şi marcheaza imagistic zonele unde glucoza este folosită în organism; celulele maligne apar mai intens luminate in imagine pentru că ele sunt mai active şi consumă mai multă glucoză decît celulele normale; folosirea acestui test în stadializarea cancerului esofagian este studiată în trialurile clinice. |

**C.2.3.4. *Diagnosticul diferenţial***

**Tabelulnr.3. Diagnosticul diferenţial al Cancerului esofagian**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cancer esofagian** | **Achalazia cardiei (cardiospasm)** | **Esofagitele** | **Ulcer peptic al esofagului** | **Stricturi postcaustice** | **Tumori esofagiene intramurale benigne** |
| * Debut insidios * Mai frecvent apare în decada a 6 – 7 de vîrstă * Iniţial apare disconfort retrosternal, apoi se asociază sindrom esofagian * Disfagia apare în 80 - 90% cazuri, este permanentă, progresivă şi are durată scurtă de evidenţă – săptămîni, mai rar luni de zile * Regurgitările sunt frecvente şi reduse cantitativ, uneori cu striuri sangvinolente * Scăderea ponderală este rapidă şi impresionantă * Semne clinice tardive: răguşeală, hematemeză, hemoptizie, fistule esofagobronşice şi esofagotraheale * Examenul radiologic baritat apreciază gradul şi extensia stenozei, prezenţa fistulelor esofago-respiratorii | * Anamneza de durată * Vîrsta tînără a bolnavilor * Preponderent sex feminin * Durerea este simptom precoce cu localizare retrosternală, care se cupează cu atropină şi nitroglicerină * Disfagia este mai accentuată în stresuri, uneori este paradoxală: lichidele nu trec, iar solidele trec * Regurgitaţii abundente,preponderent nocturne * Examenul radiologic pune în evidenţă dilatarea excesivă a esofagului, deformarea sub formă de S a esofagului * Examenul endoscopic evidenţiază semne de inflamaţie a pereţilor: îngroşarea plicilor, dilatarea arterelor, focare cu eroziuni, esofagul este permiabil pentru aparat, ceea ce vorbeşte despre caracterul funcţional al îngustărilor | * Sunt afecţiuni inflamatorii cauzate de o agresiune chimică: exogenă – ingestia de substanţe corozive; endogene – cauzate de refluxul sucului gastric sau duodenal * Mecanismul de producere este complex şi implică o serie de factori: scăderea tonusului sfincterului esofagian inferior – cauzat de exces de alcool, tutun, cafea, nitriţii; creşterea presiunii intraabdominale – cauzată de obezitate, ascită, sarcină; afecţiuni biliare litiazice şi non-litiazice – favorizează staza duodenală, care în condiţiile creşterii presiuniiintraabdominale şi a relaxării sfincterului piloric poate duce la refluxul duodeno-gastric * Cronologia apariţiei simptomelor: 1. arsura retrosternală (pirozis) cu caracter evident postural şi apariţia postprandială, în cazuri avansate se asociază odinofagia, semnificînd prezenţa leziunilor ulcerative; 2. regurgitările , de obicei lichidiene, cu gust actru sau amar; 3. disfagia cu caracter progresiv, semnificîndleziuni ulcerative severe sau apariţia stricturilor esofagiene | * Deseori se asociază cu boala ulceroasă a stomacului şi duodenului * Simptomul de bază este durerea retrosternală sau în regiunea epigastrică ce apare în timpul mesei sau în poziţia culcată * Nu sunt date de intoxicaţie * Disfagia este cauzată de edem al peretelui esofagului în regiunea ulcerului * Regurgitaţii cu conţinut esofageal * Evoluţa bolii este lentă, în pusee * Acutizările apar toamna şi primăvara * Radiologic se determină „nişă” cu o zonă de infiltraţie în jur * Se poate determina convergenţa plicilor mucoasei spre baza „nişei” | * Apar după arsuri chimice ale esofagului * Deseori sunt localizate la nivelul îngustărilor fiziologice ale esofagului * sunt de dimensiuni mari * durerile apar în timpul mesei * disfagia apare peste 3-4 săptămîni după producerea arsurii chimice * progresarea foarte rapidă a disfagiei cauzată de cicatrizarea zonei de arsură * la examen radiologic îngustarea esofagului ce poartă aspectul unui tub, relieful mucoasei în regiunea îngustării lipseşte, peristaltismul lipseşte, lumenul esofagului prezintă forma neregulată în zona îngustării * examen endoscopic pune în evidenţă prezenţa esofagitei şi cicatrice | * Disfagia se dezvoltă treptat în decurs de căţiva ani * Starea generală a pacientului nu este deteriorată * Examenul radiologic şi endoscopic nu pune în evidenţă modificări ale mucoasei esofagiene |

***Notă! Diagnosticul diferenţial definitiv poate fi efectuat doar după obţinerea confirmării morfologice!***

**C.2.3.5. *Tratamentul***

Aprecierea tacticii de tratament depinde de localizarea şi răspîndirea procesului, starea generală a pacientului şi acordul pacientului, cît şi de performanţa medicului curant.

|  |
| --- |
| ***Caseta 13. Tipuri de tratament standard în CaE [I,A]***  Sunt folosite cinci tipuri de tratament standard:  - **tratamentul chirurgical**: este cel mai obişnuit tratament pentru cancerul esofagian; pot fi inlăturate chirurgical anumite părti din esofag  - **radioterapia**: este un tratament care foloseşte raze X de energie înalta sau alte tipuri de radiaţii pentru a distruge celulele maligne; există două tipuri de radioterapie: [radioterapia](http://www.sfatulmedicului.ro/dictionar-medical/radioterapie_2135) externă, care foloseşte un aparat pentru a trimite radiaţii spre regiunea în care se află tumora si radioterapia internă, care foloseşte substanţe radioactive insămnăţate în ace, seminţe, fire sau catetere care sunt aşezate în interiorul sau lîngă tumoră; tipul de radioterapie este ales în funcţie de genul şi stadializarea cancerului care urmează a fi tratat (se poate introduce un tub de plastic în esofag pentru a-l ţine deschis în timpul radioterapiei, acest procedeu numindu-se dilataţie sau intubaţie intraluminală)  - **chimioterapia:** este un tratament medicamentos folosit pentru a opri creşterea celulelor maligne, fie determinînd moartea celulelor, fie împiedicînd diviziunea celulelor; cînd [chimioterapia](http://www.sfatulmedicului.ro/Cancerul/chimioterapia_810) este administrată per os (tratament oral), intravenos sau intramuscular, medicamentele ajung prin torentul sangvin la nivelul celulelor maligne răspîndite în tot corpul (chimioterapie sistemică); cînd substanţele chimioterapice sunt administrate direct în coloana vertebrală, intr-un organ sau intr-o cavitate cum ar fi abdomenul, medicamentele acţionează asupra celulelor maligne din regiunea respectivă (chimioterapie regională); modul de administrare al chimioterapiei depinde de stadializarea cancerului  - **terapia cu laser**: foloseşte un fascicol de laser pentru a distruge celulele canceroase  - **electrocoagularea**: foloseşte un curent electric pentru distrugerea celulelor maligne.  Alte genuri de tratament sunt testate în trialuri clinice.  Pacienţii au necesităţi nutriţionale speciale în timpul tratamentului pentru cancerul esofagian. Mulţi dintre aceşti pacienţi se alimentează greu deoarece prezintă dureri la inghiţirea alimentelor. Esofagul poate fi îngustat de tumoră ca o reacţie adversă a tratamentului. Unii pacienţi pot primi substanţe nutritive intravenos, iar alţii pot necesita o sondă nazogastrică (un tub flexibil de plastic care e introdus prin nas sau gură pînă în stomac) pînă în momentul în care se pot alimenta singuri. |

**Tabelul nr.4.** ***Strategia terapeutică în funcţie de stadiul bolii în CaE***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Stadiul bolii*** | ***Tactica de tratament*** |
| Stadiul O | (carcinom in situ): tratamentul este de obicei chirurgical |
| Stadiul I | - tratament chirurgical  - trialuri clinice de chimioterapie si radioterapie, cu sau fară tratament chirurgical  - trialuri clinice de terapii noi folosite inainte sau după tratament chirurgical (acestea se referă la terapii specifice studiate în cadrul trialurilor şi nu la toate tratamentele noi aflate in studiu). |
| Stadiul II | -tratament chirurgical  - trialuri clinice de chimioterapie si radioterapie, cu sau fară tratament chirurgical  - trialuri clinice de terapii noi folosite înainte sau după tratament chirugical. |
| Stadiul III | - tratament chirurgical  - trialuri clinice de chimioterapie şi radioterapie, cu sau fară tratament chirurgical  - trialuri clinice de terapii noi folosite înainte sau după tratament chirugical. |
| Stadiul IV | - tratament chirurgical paliativ (gastrostomă nutritivă, jejunostomă nutritivă), pentru a uşura simptomatologia şi a îmbunătăţi calitatea vieţii  - radioterapie externă sau internă ca tratament paliativ, pentru a uşura simptomatologia şi a îmbunătăţi calitatea vieţii  - tratament cu laser sau electrocoagulare ca tratament paliativ, pentru a uşura simptomatologia şi a îmbunătăţi calitatea vieţii  - chimioterapie  - trialuri clinice de chimioterapie. |
| Cancerul esofagian recurent | - oricare tratament standard folosit ca terapie paliativă, pentru a uşura simptomatologia şi a îmbunătăţi calitatea vieţii  - trialuri clinice de terapii noi folosite inainte sau după tratamentul chirurgical. |

**C.2.3.5.1. *Tratamentul chirurgical***

|  |
| --- |
| ***Caseta 14. Procedee chirurgicale în tumorile maligne ale esofagului [I,A]***  Procedee chirurgicale curative includ o varietate de rezecţii largi a tumorii primare, incluzînd mai mult de 5 cm a marginilor de rezecţie şi limfadenectomie regională:   * Esofagectomie transtoracică * Esofagectomie transhiatală * Esofagectomie toracică totală * Esofagectomie radicală în bloc * Rrezecţia endoesofagiană endotoracică * Laringo-esofagectomie pentru cancer esofagian cervical   Procedee chirurgicale paliative prevăd intervenţiile chirurgicale îndreptate spre micşorarea suferinţelor pacientului şi includ:   * proteze de plastic (stent-urile – pot fi utilizate cu succes înainte sau după chimio- radioterapie, pentru combaterea edemului indus de tratament, care agravează disfagia * tratament fotodinamic sau cu laser, electrocoagularea, injectarea de substanţe toxice * dilataţii pneumatice * gastrostomia percutanată * jejunostomia |

***Notă!*** Rezecțiile esofagiene sunt intervenții chirurgicale dificile din punct de vedere tehnic, care presupun un stress chirurgical major și sunt acompaniate de rate crescute de mortalitate (5-30%) și morbiditate (40-50%).

**C.2.3.5.2. *Pregătirea preoperatorie***

Luînd în consideraţie volumul intervenţiilor chirurgicale curative, agresivitatea majoră a interevnţiilor pacientul necesită investigaţii complexe în plan de depistare a patologiilor concomitente care pot provoca complicaţii severe atît în timpul intervenţiei chirurgicale cît şi în perioada postoperatorie precoce şi tardivă. Pregătirea preoperatorie v-a depinde de patologia concomitentă, şi dereglările metabolice, determinate de ea. În caz de pregătire de lungă durată, ea se va efectua în condiţiile secţiilor specializate ale spitalelor raionale sau în caz de patologie concomitentă severă – în instituţiile republicane de profil.

**C.2.3.5.3. *Intervenţia chirurgicală***

Intervenţia chirurgicală poate fi efectuată cu ţel paliativ sau curativ. Operaţia paliativă prevede intervenţia chirurgicală îndreptată spre micşorarea suferinţelor pacientului. Aceste intervenţii se folosesc în cazuri tumorii nerezectabile din cauza răspîndirii procesului tumoral, sau stării generale a pacientului.

**C.2.3.5.4. *Conduita postoperatorie***

***Notă!*** În perioada preoperatorie precoce ( 5-7 zile) pacientul este supravegheat în baza secţiei ATI. Alimentarea în perioada aflării în secţia ATI este exlusiv parenterală. Tratamentul în perioada aflării în ATI se efectuează în conformitate cu Protocoalele şi Standardele reanimatologice aprobate de MS RM.

|  |
| --- |
| ***Caseta 15. Conduita postoperatorie*** ***în baza secţiei toraco-abdominale***   * Administrarea preparatelor analgezice şi desensibilizante (analgezice opioide 1-3 ori în decurs de 3-5 zile). * Tranfuzii de preparatele sîngelui(PPC, CE) în dependenţă de volumul intervenţiei chirurgicale efectuate şi volumul pierderilor sanguine în timpul intervenţiei * Prelungirea tratamentului analgezic se hotărăşte individual, conform intensităţii manifestării sindromului algic. * Indicarea profilactică (conform Regulamentului intern al Instituţiei în dependenţă de flora în secţia chirurgicală respectivă) sau curativă (în caz că preoperator au fost stabilite manifestări inflamatorii) se indică tratament antibacterian (în funcţie de sensibilitatea florei). ***Administrarea antibioticelor se efectuează exclusiv intravenos.*** * Indicarea mucoliticelor este posibilă după restabilirea pasajului intestinal în cazul instalării intraoperatorii sondei naso-duodenale pentru alimentaţia enterală. * Peste 11-12 zile se înlătură firele şi bolnavul se externează pentru tratament conservativ etiopatogenic (în caz de necesitate) şi sub supravegherea medicului oncolog raional cu control la Institutul Oncologic * Indicarea tratamentului specific în cazul patologiilor asociate |

**C.2.3.5.6. *Tratament chimioterapic***

|  |
| --- |
| ***Caseta*** ***16***. ***Indicaţii pentru chimioterapie*** ***în cazul tumorilor maligne ale esofagului.***   1. În calitate de tratament neoadjuvant + radioterapie în stadiile II – III 2. În stadiul IV 3. În caz de localizare a tumorii primare în porţiunea cervicală a esofagului 4. În caz de contraindicaţii la tratament chirurgical 5. În caz de refuz al pacientului la tratament chirurgical 6. În tratamentul cancerului esofagian recidivant |

|  |
| --- |
| ***Caseta 17. Criteriile de spitalizare în secţiile chimioterapie:***   * Diagnosticul stabilit morfologic * Prezenţa indicaţiilor pentru tratament specific antitumoral * Starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific * Lipsa patologiilor concomitente pronunţate (decompensate) * Indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific |

|  |
| --- |
| ***Caseta 18. Aspecte tactice ale tratamentului medical al tumorilor maligne ale esofagului.***   * Iniţial vor fi evaluate cel puţin 2 cicluri de tratament * Tratamentul medical va fi întrerupt după primul ciclu numai în caz de apariţie a simptomelor evidente de avansare a maladiei. * La pacienţii cu boală limitată concomitent sau secvenţial cu chimioterapia la etapa optimală în dependenţă de eficacitatea tratamentului se va asocia tratamentul radiant. * În caz de control al procesului, confirmat subiectiv şi obiectiv (Remisiune completă, Remisiune parţială, Stabilizare), tratamentul va fi continuat cu aplicarea aceluiaşi regim pînă la 4-6 cicluri * În caz de avansare a procesului după aplicarea I linii de tratament în prezenţa indicaţiilor respective vor fi recomandate scheme de tratament de linia II, III. * În cazul înregistrării simptomelor de toxicitate insuportabilă se va recurge la optimizarea tratamentului de suport şi/sau corecţia dozelor preparatelor aplicate conform principiilor contemporane acceptate. Dacă aceste măsuri vor fi ineficiente, în cazul prezenţei indicaţiilor respective, planul tratamentului va fi modificat |

**Tabelul nr.5. *Selectarea chimioterapiei în tumorile maligne ale esofagului***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **nr.d/o** | **schema** | **protocolul** | **doza/zi** | **mod de administrare** | **zile** | **interval între cure** |
| ***Chimioterapia combinată a bolii recidivante şi metastatice*** | | | | | | |
| **1** | ***CF*** | Cisplatinum  Fluorouracilum | 100 mg/m2  1000 mg/m2 | perf.  i/v | 1 zi  1-5 zi | fiecare 4 săptămîni |
| **2** | ***ECF*** | Epirubicinum  Cisplatinum  Fluorouracilum  sau  Fluorouracilum | 50 mg/m2  60 mg/m2  425 mg/m2  200 mg/m2 | i/v  perf.  i/v  i/v | 1 zi  1 zi  1-5 zi  1-21 zi | fiecare 3 săptămîni |
| **3** | ***PP*** | Paclitaxelum  Cisplatinum | 175 mg/m2  75 mg/m2 | i/v  perf | 1 zi  1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| **4** | ***PC*** | Paclitaxelum  Carboplatinum | 150 mg/m2  AUC 5 | i/v  perf | 1 zi  1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| **5** | ***TPF*** | Paclitaxelum  Cisplatinum  Fluorouracilum | 175 mg/m2  20 mg/m2  750 mg/m2 | i/v  perf.  i/v | 1 zi  1 zi  1-5 zi | fiecare 4 săptămîni |
| **6** | ***GPFL*** | Gemcitabinum  Cisplatinum  Calcium folinate\*  Fluorouracilum | 1000 mg/m2  30 mg/m2  200 mg/m2  750 mg/m2 | i/v  perf.  i/v  i/v | 1,8,15 zi  1,8,15 zi  1,8,15 zi  1-5 zi | fiecare 4 săptămîni |
| **7** | ***DCF*** | Docetaxelum  Cisplatinum  Fluorouracilum | 75 mg/m2  75 mg/m2  750 mg/m2 | i/v  perf.  i/v | 1 zi  1 zi  1-5 zi | fiecare 4 săptămîni |
| **8** | ***IP*** | Irinotecanum  Cisplatinum | 200 mg/m2  100 mg/m2 | i/v  perf. | 1 zi  1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| ***Monochimioterapie*** | | | | | | |
| **1** | ***Paclitaxelum*** | Paclitaxelum | 250 mg/m2 | i/v | 24 ore  1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| **2** | ***Oxaliplatinum*** | Oxaliplatinum | 130 mg/m2 | perf. | 2-6 ore 1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| **3** | ***Irinotecanum*** | Irinotecanum | 350 mg/m2 | i/v | 90 min 1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| **4** | ***Gemcetabinum*** | Gemcitabinum | 1000 mg/m2 | i/v | 1,8,15 zi | fiecare 4 săptămîni |
| **5** | ***Vinorelbinum*** | Vinorelbinum | 30 mg/m2 | i/v |  | o dată pe săptămînă |
| **6** | ***Methotrexatum*** | Methotrexatum | 40-60 mg/m2 | i/v |  | o dată pe săptămînă |
| ***Chimioterapie adjuvantă*** | | | | | | |
| **1** | ***PP*** | Paclitaxelul  Cisplatinum | 175 mg/m2  75 mg/m2 | i/v  perf | 1 zi  1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| ***Chimioterapie neoadjuvantă*** | | | | | | |
| **1** | ***CF*** | Cisplatinum  Fluorouracilum | 100 mg/m2  1000 mg/m2 | perf.  i/v | 1 zi  1-5 zi | fiecare 4 săptămîni |

***Notă! 1.*** Chimioterapia neoadjuvantă poate fi recomandată concomitent cu radioterapia

***2.*** În chimioterapia combinată a adenocarcinoamelor metastatice HER 2 neu pozitive ale joncţiunii esofagogastrice poate fi inclus preparatul Transtuzumab

\* ***Calcium folinate\* nu este inregistrat în NSM, dar recomandat de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi*** - previne şi/sau reduce efectele adverse de inhibiţie a hematopoiezei ale preparatelor citostatice; ajută la restabilirea ratei metabolice acidului folic, previne deteriorarea celulelor măduvei osoase şi protejează hematopoieza. Este inclus în standartele mondiale de tratament chimioterapic.

|  |
| --- |
| ***Caseta 19. Particularităţi de administrare ale unor medicamente citostatice.***  ***Cisplatinum –*** se va administra pe fon de hiperhidratare (prehidratare – pînă la 1l de ser fiziologic de clorură de natriu, posthidratare – pînă la 1l de ser de clorură de natriu) cu aplicarea prealabilă de antiemetice specifice (inhibitori de receptori 5HT3) şi corticosteroizi.  ***Gemcitabinum*** – se va administra în 250 ml ser fiziologic de clorură de natriu timp de 30 min. cu aplicarea prealabilă de antiemetice specifice (inhibitori de receptori 5HT3) şi glucocorticosteroizi.  ***Paclitaxelum*** – se va administra după premedicare: dexametazon 20 mg i/m cu 12 ore şi 6 ore prealabil, apoi sol.difenhidramină 1% - 5ml i/v, ranitidină 150 mg p/o cu o oră prealabil, de asemenea prealabil se vor administra antiemetice specifice (inhibitorii de receptori 5HT3)  ***Docetaxelum*** – se va administra după premedicare: dexametazon 8mg i/m cu 13 ore, 7 ore şi o oră prealabil, apoi în aceiaşi doză 2 ori pe zi timp de 3-5 zile; de asemenea prealabil se vor administra antiemetice specifice (inhibitorii de receptori 5HT3) |

\*Medicamentele nu sunt înregistrate în Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor dar sunt recomandate de Ghidurile internaționale bazate pe dovezi

|  |
| --- |
| ***Caseta 20. Contraindicaţii pentru tratamentul specific medicamentos.***   * Lipsa verificării morfologice a maladiei * Starea generală, ce nu permite efectuarea tratamentului specific * Prezenţa patologiilor concomitente pronunţate (decompensate) * Indicii de laborator – în afara limitelor admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific * Lipsa acordului pacientului pentru efectuarea tratamentului specific antitumoral |

**C.2.3.5.6. *Tratament radioterapic***

Tratamentul radioterapic este indicat majorităţii bolnavilor cu cancer esofagian şi poate fi aplicat în tratamentul combinat cu tratament chirurgical, sinestătător. RT poate fi aplicată cu viza curativă şi viza paliativă.

|  |
| --- |
| ***Caseta 21.Criteriile de spitalizare în secţii specializate de radioterapie.***   * Diagnosticul stabilit morfologic * Prezenţa indicaţiilor pentru tratament specific antitumoral radiant * Starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific * Lipsa patologiilor concomitente pronunţate (decompensate) * Indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific |

|  |
| --- |
| ***Caseta 22. Divizarea pacienţilor cu tumorile maligne ale esofagului***   1. st. I – II, cu localizare în treimea superioară a esofagului RT se indică ca tratament de elecţie cu viza curativă . 2. st. I – II cu localizarea în treimea medie şi inferioară se aplică RT neoadjuvantă 3. st. I – II cu localizarea în treimea medie şi inferioară se aplică RT postoperator în zonele de drenare limfatică 4. procese local răspîndite T3 – T4 se aplică RT viza paliativă |

|  |
| --- |
| ***Caseta 23 . Contraindicaţii pentru tratament radiant în tumorile maligne ale esofagului***   1. *Legate de complicaţiile procesului tumoral.*  * distrucţia tumorei primare * hemoragie. * fistule. * mediastinită.  1. *Legate de patologii asociate*.  * infarctul miocardic suportat recent. * forma activă de tuberculoză * forma decompensată de diabet zaharat. * insuficienţa cardiovasculară, renală, hepatică. * complicatiile postoperatorii. * dereglările psihice. |

|  |
| --- |
| ***Caseta 24. Realizarea practică a planului de tratament.***  ***1.Examenul clinic şi sfaturile practice adresate pacientului.*** Înainte de planningul propriu-zis, este necesară studierea amănunţită a foii de observaţie, a examenelor radiologice şi un examen clinic, este necesar de explicat pacientului motivaţia şi 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 complicaţii ce pot surveni.  ***2.Etapele planului de tratament.***  ***a)topometria - simularea –*** se realizează la simulator; permite direcţionarea fascicolului şi cîmpurilor de tratament cu scop de protejare a structurilor normale de iradiere excesivă  ***b)tomografia computerizată***  ***c)realizarea clişeului de centraj –*** prin care este permisă confirmarea alegerii limitelor  ***d)tatuarea centrului*** şi altor puncte necesare  ***e)delimitarea cîmpului –*** traseul protecţiilor pulmonare este adaptat fiecărui bolnav, după datele radiologice şi bronhoscopice  ***f)poziţionarea şi controlul*** – poziţionarea la aparatul de tratament este efectuată de medic la prima şedinţă şi ulterior odată pe săptămînă |

|  |
| --- |
| ***Caseta 25 . Volumul de iradiere***.   1. *Cîmpurile de iradiere anterior – posterior*.  * limita superioară cu 5cm mai sus de tumoă * limita inferioară cu 5cm mai jos de tumoră * limitele laterale cu 2cm in jurul esofagului.  1. *Cîmpurile laterale*.  * limita superioară cu 4 cm mai sus de tumoră * limita inferioară cu 4 cm mai jos de tumoră * limita laterală cu 2cm în jurul esofagului. * limita anterioară cu 2cm înaintea esofagului * limita posterioară cu 1cm posterior de suprafaţa anterioară a corpurilor vertebrelor. |

|  |
| --- |
| ***Caseta 26. Tehnica iradierii***  Se aplică RT din 3 cîmpuri la aparatele cu sursa Co60: 2 paravertebrale sub unghi de 300 şi cîmpul direct anterior şi respectiv posterior.  La accelerator linear CLINAC – multipoziţional.  Poziţia pacientului - decubit dorsal.  În St. I-II cu localizarea tumorei în treimea superioară, se aplică RT cu viza curativă în doza totală 50 Gy în 25 fracţii timp de 5 săptămîni. După 3 săptămîni de întrerupere suplimentar la tumoră (bust) se aplică 10 Gy în 5 fracţii timp de o săptămînă.  În St. I-II cu localizarea tumorei în treimea medie şi inferioară a esofagului RT postoperatorie timp de 4 săptămîni 20 fracţii cu doza totală 40Gy, în zonele de drenare limfatică.  În St. III-IV cu localizarea tumorei în treimea superioară, se aplică RT cu doza totală de 50Gy în 25 fracţii timp de 5 săptămîni.  În St. III-IV cu localizarea tumorei în treimea medie şi inferioară, se aplică RT palativ-curativă cu doza totală 50Gy - 60Gy.  Tratamentul paliativ se aplică pentru ameliorarea disfagiei prin metoda simplă de tratament cu două cîmpuri opuse anterior şi posterior cu doza totală 30-50Gy. |

|  |
| --- |
| ***Caseta 27. Supravegherea în timpul tratamentului.***  Bolnavii aflaţi în tratament trebuie să fie consultaţi odată pe săptămînă, luînd în consideraţie următoarele puncte:   * verificarea ca tratamenul să se desfăşoare conform planului terapeutic, asigurarea ca toţi parametrii tehnici să fie corecţi * în cazul asocierii cu chimioterapie, verificarea ca intervalele de timp să fie respectate * stabilirea toleranţei imediate la tratament şi prescrierea tratamentului simptomatic, dacă este necesar * verificarea curbei ponderale sistematic * verificarea faptului că nu au apărut modificări în extensia tumorii sau apariţia de semne de diseminare la distanţă, ceea ce ar putea determina schimbarea planului de tratament * controlul săptămînal al hemoleucogramei complete * legătura cu pacientul, răspunzînd la întrebările lui cu explicarea în detalii   planificarea etapelor următoare de tratament (chimioterapia, al doilea sau al treilea timp de iradiere, consultaţii de supraveghere) |

***C.2.3.5.7. Terapia de susţinere.***

Prevalenţa tulburărilor nutriţionale, valoarea lor predictivă privind incidenţa şi severitatea complicaţiilor în timpul tratamentului este bine stabilită la pacienţii cu CaE. Cele mai frecvente simptome care necesită paliaţie fiind disfagia şi durerea, cu împiedicarea aportului alimentar. Incidenţa tulburărilor nutriţionale este de 78,9%, acestea fiind datorate obstrucţiei mecanice, anorexiei dar şi alterărilor metabolice (sindromul de anorexie – caşexie). Terapia oncologică activă contribuie la deteriorarea statusului nutriţional (radioterapia poate induce esofagită, ulterior fibroză şi strictură; chimioterapia induce greţuri, vărsături, anorexie; intervenţii chirurgicale interferează cu anatomia normală, ceea ce conduce invariabil la deteriorarea statusului nutriţional).

|  |
| --- |
| ***Caseta 28 . Evaluarea nutriţională***.  Evaluarea nutriţională reprezintă primul pas în identificarea şi tratamentul tulburărilor nutriţionale, şi include:   * Anamneza nutriţională * Examinarea fizică * Curba ponderală * Parametrii biofizici   În majoritatea cazurilor, nutriţia enterală este preferată datorită conservării integrităţii intestinale, scăderii riscului de complicaţii post-terapeutice şi a preţului de cost. |

***Notă!*** Terapia de susţinere nutriţională nu trebuie administrată la pacienţii la care nu este posibil un tratament antitumoral (cel puţin paliativ) eficace; aceştia vor fi mai bine trataţi cu analgezice şi îngrijiri paliative ambulatorii.

**C.2.3.6. *Supravegherea prin dispensarizarea***

Dispensarizarea la nivel cuvenit, face posibilă organizarea adecvată a prevenirii, tratamentului cancerului, şi supravegherii ulterioare a pacienţilor oncologici. Rolul centrelor de sănătate constă în identificarea pacienții cu tumori în stadii incipiente, monitorizarea şi tratamentul pacienţilor cu boli precanceroase și cronice, precum și cele clasificate ca fiind boala cu risc ridicat.

|  |
| --- |
| ***Caseta 29.*** ***Metodele de evaluare a eficienţei tratamentului anticanceros.***   * subiective * fizicale (vizuală, palpare, percuţie) * radiologice * endoscopice * sonografice * tomografia computerizată * rezonanţa magnetică nucleară * izotopice * biochimice |

|  |
| --- |
| ***Caseta 30. Criterii de evaluare a eficienţei tratamentului anticanceros.***  ***Eficacitatea nemijlocită***:   1. Criterii recomandate de OMS (Remisiune completă, Remisiune parţială, Stabilizare, Avansare). 2. Conform sistemului RECIST (Remisiune completă, Remisiune parţială, Stabilizare, Avansare).   ***Rezultatele la distanţă***:   1. Durata remisiunilor 2. Supravieţuirea fără semne de boală 3. Timpul pînă la avansare 4. Supravieţuirea medie. |

|  |
| --- |
| ***Caseta 31. Evaluarea toxicităţii 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 (odată pe săptmînă) * analiza biochimică a sîngelui ((glicemia, urea, creatinina, bilirubina, transaminazele ş.a. în funcţie de necesitate) înaintea fiecărui ciclu de tratament) * analiza generală a urinei (înaintea fiecărui ciclu de tratament) * ECG ş.a. în funcţie de necesitate. |

|  |
| --- |
| ***Caseta 32. Principiile de bază ale dispensarizării în oncologie.***   * Evidenta stricta a bolnavilor cu cancer şi patologii precanceroase. * Observarea dinamică și tratamentul cancerului și patologiilor precanceroase. * Studierea și corectarea la timp a condițiilor de muncă și de trai pacienților. * Conlucrarea operativă serviciului oncologic cu instituţii medicale din reţea generală. |
| ***Caseta 33. Frecvenţa controlului pacienţilor aflaţi la dispensarizare***.  Frecvența examinării pacienților înregistrați la evidenţa oncologului este determinată de timpul scurs de la terminarea tratamentului special.   * Prima vizită la CCD IO peste o lună după tratament chirurgical. * în timpul primului an după tratament - 1 dată pe trimestru; * în al doilea și al treilea an – 1 dată la 6 luni; * în viitor - cel puțin 1 dată pe an |

|  |
| --- |
| ***Caseta 34. Examinările obligatorii în timpul supravegherii pacientului.***   1. Examen clinic 2. Analiza generală a sîngelui + trombocite 3. Analiza biochimică a sîngelui (glucoza, ureea, creatinina, bilirubina, ALAT, ASAT, alfa-amilaza, fosfataza alcalină) 4. USG abdomenului + pelvis 5. CT toracelui cu contrast 6. CT creierului se va efectua 1 dată pe an 7. CT abdomenului cu contrast se va efectua la necesitate 8. Scintigrafia osoasă se va efectua la necesitate |

**NOTĂ! Dispensarizarea pacienţilor oncologici este obligatorie pe viaţă!**

|  |
| --- |
| ***Caseta 35. Aspecte ale dispensarizării pacienților din grupul clinic III***:   * diagnosticul precoce a recidivelor și a metastazelor tumorilor maligne, care devine din ce în ce mai important ca urmare a extinderii capacităților tratamentului special * depistarea și corectarea tulburărilor care au apărut după un tratament antitumoral radical * efectuarea unui grup de măsuri complexe de tratament de reabilitare, inclusiv tratament balnear * examinarea pierderii temporare și permanente a capacității de muncă a pacienților oncologici, reabilitarea lor rațională în cîmpul muncii * diagnosticul tumorilor maligne primar multiple metacrone, deoarece probabilitatea de apariție a unor noi tumori la acești pacienți este semnificativ mai mare decât în populația |

Un element cheie în dispensarizarea adecvată în oncologie este separarea tuturor pacienților cu cancer în grupuri clinice (tab.7). Pentru pacienții din fiecare dintre aceste grupuri există un anumit standard de tratament, reabilitare și măsuri organizatorice.

**Tabelul nr.6. Grupuri clinice în oncologie**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Grupul clinic*** | ***Caracteristica grupului*** |
| Ia | Bolnavii cu maladiile suspecte pentru malignizare |
| Ib | Bolnavii cu maladiile precanceroase |
| II | Bolnavii cu maladiile oncologice, ce necesită tratament specific antitumoral |
| IIa | Bolnavii cu maladiile oncologice, ce necesită tratament antitumoral radical |
| III | Persoane ce au finisat tratament antitumorac (practice sănătoase) |
| IV | Bolnavii cu maladii oncologice avansate ce necesită tratament paliativ sau simptomatic |

Tactica medicului de familie depinde de grupul clinic al bolnavului.

**Tabelul nr.7. Algoritmul dispensarizării**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Grupul clinic*** | ***Măsurile*** |
| Ia | În cazul suspiciunii unei neoformaţiuni maligne medicul este obligat să examineze pacientul conform standardelor în vigoare în cel mai scurt timp (10 zile). În cazul imposibilităţii efectuării investigaţiilor la nivel de centrul de sănătate bolnavul se trimite la DCD IOM cu forma 027-e cu fixarea rezultatelor investigaţiilor efectuate. Medicul de famielie este obligat să controleze peste 5 – 7 zile dacă pacientul a fost la consultaţie. Internarea bolnavilor cu suspiciu la neoformaţiune malignă în spitalele de profil general este justificată numai în cazurile necesităţii unor investigaţii speciale. Supravegherea dinamică în condiţii de staţionar este inadmisibilă |
| Ib | Bolnavii cu stări precanceroase ce necesită tratament obligatoriu (chirurgical sau radioterapic) se trimit la oncolog. Bolnavii cu precancere facultative ce nu necesită tratament specializat se află la dispensarizare în reţea generală, urmează tratament conservativ şi examinări profilactice conform maladiei stabilite |
| II şi IIa | În cazul depistării neoformaţiunii maligne bolnavul se trimite la oncolog raional sau la DCD IOM cu forma 027 – e, cu fixarea minuţioasă tuturor investigaţiilor efectuate şi rezultatele acestora Peste 7 – 10 zile medicul de familie este obligat să verifice, dacă pacientul a plecat la tratament. |
| III | Conform indicaţiilor medicului oncolog medicul de familie asigură prezentarea pacientului la control regulat pentru investigaţii necesare. |
| IV | Pacienţii în stare gravă sunt consultaţi la domiciliu. În cazul stării relativ satisfăcătoare oncologul de familie prescrie schema tratamentului simptomatic. În cazul depistării primare pacientului cu cancer avansat se completează forma respectivă. |

**C.2.4. Complicaţiile**

|  |
| --- |
| ***Caseta 36. Divizarea complicaţiilor.***   1. Legate de patologia de bază 2. Legate de tratamentul chirurgical 3. Legate de tratamentul chimioterapic 4. Legate de tratamentul radiant |

|  |
| --- |
| ***Caseta 37. Complicaţiile CaE legate de patologia de bază***   1. Metastaze la distanţă  * Osoase * Pulmonare * Cerebrale * Intestinale * Renale  1. Fistule  * Esofagotraheale * Esofagobronşice * Esofagopleurale  1. Pneumonie de aspiraţie 2. Mediastinită prin perforaţie 3. Hemoragie digestivă superioară cu sindrom anemic secundar |

|  |
| --- |
| ***Caseta 38. Complicaţiile legate de tratamentul chirurgical***   1. ***Complicaţii sistemice***  * *Febră -* hipertermia simpatogenică în primele zile * *Tahicardia* ***–*** răspuns la agresia chirurgicală * *Algiile* * *Dereglări cardio-vasculare (*hipovolemie, dereglări ale ritmului cardiac, hipotonie, hipertonie, stenocardie, embolia arterei pulmonare, tromboza venelor profunde) * *Dereglările renale –* cauzate de excreţia produselor de degradare a proteinelor * *Atonia stomacului şi intestinului* – în rezultatul lezării trunchiurilor nervoase * *Dereglările drenării limfatice –* în rezultatul lezării ducturilor limfatice centrale * *Pneumoniile* * *Insuficienţa respiratorie* * *Insuficienţa cardiacă* * *TEAP*  1. ***Complicaţiile locale***  * *Pierderi aeriene postoperatorii –* pneumotorace * *Hemoragii* * *Aritmii supraventriculare* * *Afectarea funcţiei diafragmului* – rezultatlezării nervului frenic * *Empiem pleural* * *Chilotorax* * *Hernii diafragmale postoperatorii* |

## *C.2.5. Prognostic*

Cei mai buni factori predictivi pentru prognostic sunt:

* Prezenţa invaziei ganglionare (în special celiacă – M1a, depistată prin EUS)
* Prezenţa metastazelor la distanţă

CaE rămîne o neoplazie cu prognostic foarte grav. Supravieţuirea medie nu depăşeşte 12 luni, iar la 5 ani mai suntîn viaţă mai puţin de 10% dintre pacienţi.

Atunci cînd tumora este diagnosticată în stadiile iniţiale şi cînd posibilitatea de rezecţie completă este crescută, supravieţuirea la 5 ani creşte la 20 – 25%.

CaE poate fi vindecat atunci cînd este diagnosticat în stadiul I; invazia ganglionilor regionali reduce procentele de supravieţuire de la 30% la 10%.

Cele mai bune rezultate după chirurgie se concretizează în supravieţuiri la 5 ani între 10 – 20%; radioterapia poate determina supravieţuiri la 5 ani de 20%.

Mortalitatea operatorie este de 5 – 10%, iar supravieţuirea pe termen lung nu depăşeşte 25% dacă sunt invadaţi ganglionii regionali. La pacienţii la care rezecţia completă este posibilă (25 – 30%), supravieţuirea la 5 ani este de 15 – 30%.

***C.2.6. Reabilitarea***

Una dintre principalele componente ale reabilitării postoperatorii a pacienților care au suferit intervenții chirurgicale asupra organelor digestive este o dietă terapeutică care satisface în mare măsură necesitățile plastice și energetice ale organismului, contribuind la reducerea incidenței complicațiilor și recuperarea mai rapidă. Cea mai importantă sarcină a terapiei dietetice atât la etapa staționarului, cât și la etapele ulterioare de ambulator și de reabilitare este lupta cu deficiența proteinelor, vitaminelor, mineralelor și energiei, care se dezvoltă la mulți pacienți în primele zile și chiar săptămâni după operație din cauza malnutriției, pierderilor de sânge și febră.

***Tabelul nr.8 Caracteristica dietei pentru pacienţi după intervenţii chirurgicale pe esofag***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Caracteristica generală*** | Dieta fiziologică, bogată în proteine, cu conţinut adecvat de grăsimi, cu limitarea acţiunii iritante chimice şi mecanice asupra mucoasei esofagiene, cu limitarea maximă a conţinutului extractelor de azot organic, cu limitarea sării |
| ***Regim dietic*** | Fracţionat 5 – 6 ori pe zi |
| ***Prelucrarea*** | Fiert, pe aburi |
| ***Temperatura*** | Alimente calde mai jos de 50 - 60°C, reci mai mult de 15°C |
| ***Componenţa chimică*** | |
| ***Proteine*** | 140g |
| ***Lipide*** | 110 – 115g |
| ***glucide*** | 380g |
| ***Valoarea energetică*** | 3000ccal |
| ***Lichide libere*** | 1,5 l |
| ***Se recomandă:*** | |
| ***Lapte și produse lactate*** - lapte cu ceai și alte produse sau ca parte a unor feluri de mâncare, în caz de tolerabilitate - lapte integral; chefirul este inclus peste 2,5-3 luni după operație; smântână numai ca un condiment; brânză proaspătă neacidă, fărămiţată;  ***Legume și verdeţuri*** - legume fierte, tocate; varza numai colorata, fiarta cu unt, dovlecei şi dovleac tocată, morcov, sfeclă roșie, piure de cartofi;  ***Fructe, fructe de pădure, dulciuri*** - fructe și boabe naturale, proaspete și uscate sub formă de compoturi tocate, jeleu, muse; mere coapte, fără zahăr; nu sunt permise fructe și fructe de pădure cu fibre grosiere (pere, gutui, curmal); puteți da compoturi, jeleu pe xilitol, în timp ce zahărul, mierele, gemurile sunt limitate;  ***Cereale și paste făinoase*** - cereale neîndulcite, tocate, vâscoase, budinci, cereale praline, Hercules; pastele numai fin tăiate, fierte;  ***Grasimi*** - unt, ulei de floarea-soarelui, rafinat; nu prăjiți, ci adăugați la feluri de mâncare  ***Gustări*** - brânză (olandeză, sovietică, rusă, atletă, estonă), rasă ușoară, caviar, granulat în cantități mici, jeleu din picioare fierte și carne fiartă pe gelatină (fără extractive)  ***Sosuri*** pe bulion de legume, sosuri de smantana, unt; faina pentru sosuri nu se trec cu ulei ***Băuturi și sucuri*** - sucuri din fructe, bace și legume nedulci; acestea trebuie diluate, numai proaspăt preparate; decocturi; ceai slab, ceai cu lapte, cafea slabă pe apă și lapte | |
| ***Se interzice:*** | |
| Produse din aluat fierbinţi şi produse de patiserie, creier, ficat, rinichi, plămâni, carne, pește, supa de ciuperci, supa de varza, borș, conservături sărate, afumate, murături, condimentate şi sarate, condimente iuți, carne, pește și alte conserve, carnati afumati; băuturi reci și carbogazoase; ciocolată, cacao, înghețată; alcool în toate tipurile; varză albă, fasole, spanac, castravete, ciuperci, ridiche, rutabaga, ceapă, usturoi, condimente; alimente bogate în acizi organici: vișine și fructe de pădure - afine, agrișe, coacăze roșii și negre, cireșe roșii, lămâi, mere de soiuri acre | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| *D 1. Instituţiile de asistenţă medicală primară* | **Personal:**   * medic de familie; * asistenta medicală de familie |
| **Dispozitive medicale:**   * Fonendoscop; * Tonometru; * material ilustrativ pentru informarea pacienţilor despre necesitatea investigaţiilor profilactice |
| *D2. Secţiile de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu (oncolog raional)* | **Personal:**   * medic oncolog; * medic de laborator; * medic funcţionalist; * medic radioimagist; * medic imagist USG. * medic citolog * endoscopist * asistente medicale. |
| **Dispozitive medicale:**   * cabinet radiologic cu echipament; * fibrobronhoscop * fibroesofagogastroduodenoscop * electrocardiograf; * ultasonograf; |
| **Laboratoare:**   * laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sîngelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sîngelui (proteine, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg), glucoza sîngelui), indicilor coagulogramei. * laborator citologic * laborator bacteriologic |
| **Medicamente şi consumabile**:   * Soluţiile antiseptice: Spiritus aetilicum 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofuralum - 0,02%-500ml. etc. * Sol. Lidocainum 2% - 2ml N 4 * Sol.NaCl 0,9% - 200ml * Analgezice opioide (Sol.Morphfinum 1%-1ml, Sol. Trimeperidinum 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml) * Analgezice neopioide (Sol. Metamizoli natrium 50% - 2ml, Sol. Difenhidraminum 1%,) * Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicinum 80 mg, Cefazolinumum 1,0, Sol. Ciprofloxacinum 0,2%- 100 ml, Imipinemum\*– 500 mg, Sol. Metronidazolum 0,5%-100ml. etc.) * Tifon steril şi bumbac steril. * Emplastru. * Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.). * Mănuşi de cauciuc sterile pentru personalul medical. * Set pentru puncţie pleurală (ac, seringa 20ml, lame pentru amprente, eprubete sterile pentru colectarea lichidului pleural) * Seringi 10,0 N 2 |
| *D3. Instituţiile de asistenţă medicală specializată ambulatorie* | **Personal:**   * medic oncolog pulmonolog; * medic radioimagist; * medic imagist (USG) * medic morfolog; * medic citolog. * medic funcţionalist * medic de laborator; * asistente medicale. |
| **Dispozitive medicale:**   * electrocardiograf; * ultasonograf inclusiv dotat cu Doppler * fibrobronhoscop * fibroesofagogastroduodenoscop * lame pentru pregătirea frotiurilor pentru investigaţii citologice; * seringi şi ace sterile pentru preluarea biopsiilor |
| **Laboratoare:**   * Cabinet radiologic cu echipament, inclusiv dotat cu mamograf; * laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sîngelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sîngelui (proteine, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, glucoza sîngelui, ionograma (K, Ca, Mg)), indicilor coagulogramei; * laborator citologic; * laborator patomorfologic; |
| **Medicamente şi consumabile**:   * Soluţiile antiseptice: Spiritus aetilicum 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofuralum - 0,02%-500ml. etc. * Sol. Lidocainum 2% - 2ml N 4 * Sol.NaCl 0,9% - 200ml * Analgezice opioide (Sol.Morphfinum 1%-1ml, Sol. Trimeperidinum 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml) * Analgezice neopioide (Sol. Metamizoli natrium 50% - 2ml, Sol. Difenhidraminum 1%,) * Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicinum 80 mg, Cefazolinumum 1,0, Sol. Ciprofloxacinum 0,2%- 100 ml, Imipinemum\*– 500 mg, Sol. Metronidazolum 0,5%-100ml. etc.) * Tifon steril şi bumbac steril. * Emplastru. * Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.). * Mănuşi de cauciuc sterile pentru personalul medical. * Set pentru puncţie pleurală (ac, seringa 20ml, lame pentru amprente, eprubete sterile pentru colectarea lichidului pleural) * Seringi 10ml N 2. |
| ***D4. Instituţiile de asistenţă medicală spitalicească: chirurgicală specializată, secţia oncologie medicală, secţia radioterapie*** | **Personal:**   * medic oncolog pulmonolog chirurg; * medic anesteziolog; * asistente medicale, * infermiere * medic de laborator; * medic funcţionalist; * medic radioimagist; * medic radioterapeut; * medic chimioterapeut; * medic imagist USG; * medic bacteriolog; * medic morfolog; * medic citolog. |
| **Dispozitive medicale:**   * electrocardiograf; * fibrobronhoscop * fibroesofagogastroduodenoscop * toracoscop * lame pentru pregătirea frotiurilor pentru investigaţii citologice; * seringi şi ace sterile pentru preluarea biopsiei * aparate pentru radioterapie |
| **Laboratoare:**   * cabinet de diagnostic funcţional dotat cu utilaj pentru USG inclusiv cu Doppler; * cabinet radiologic, * laborator bacteriologic; * laborator patomorfologic inclusiv dotat cu utilaj pentru investigaţie morfopatologică urgentă si după includerea în parafină; * laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sîngelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sîngelui (proteine, bilirubina, urea, ALT, AST, fosfataza alcalină, glucoza sîngelui, ionograma (K, Ca, Mg),), indicilor coagulogramei * laborator citologic; * blocul chirurgical dotat cu instrumente şi utilaj pentru efectuarea intervenţiilor chirurgicale în oncologie (instrumente standard + electrocoagulator); |
| **Medicamente şi consumabile:**   * Soluţiile antiseptice: Spiritus aetilicum 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofuralum - 0,02%-500ml. etc. * Sol. Lidocainum 2% - 2ml N 4 * Sol.NaCl 0,9% - 200ml * Analgezice opioide (Sol.Morphfinum 1%-1ml,   Sol. Trimeperidinum 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml)   * Analgezice neopioide (Sol. Metamizoli natrium 50% - 2ml,   Sol. Difenhidraminum 1%,)   * Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicinum 80 mg, Cefazolinumum 1,0, Sol. Ciprofloxacinum 0,2%- 100 ml, Imipinemum\*– 500 mg, Sol. Metronidazolum 0,5%-100ml. etc.) * Tifon steril şi bumbac steril. * Emplastru. * Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.). * Mănuşi de cauciuc sterile pentru personalul medical. * Set pentru puncţie pleurală (ac, seringa 20ml, lame pentru amprente, eprubete sterile pentru colectarea lichidului pleural) * Preparate chimioterapice * Seringi 10ml N 2. |

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

| **Nr.** | **Scopul** | **Indicatorul** | **Metoda de calculare a indicatorului** | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numărător** | **Numitor** |
| 1. | |  | | --- | | Ameliorarea calităţii examinării clinice şi celei paraclinice a pacienţilor cu scopul diagnosticării cancerului esofagian | | |  | | --- | | Proporţia pacienţilor cu diagnosticul de CaE , cărora li s-a efectuat examenul clinic şi paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor protocolului clinic naţional – Tumorile maligne ale esofagului | | |  | | --- | | Numărul de pacienţi/ persoane din grupul de risc cărora în mod documentat, de către medicul de familie, li s-a oferit informaţii privind factorii de risc în dezvoltare CaE; şi a fost efectuat examenul clinic şi paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor protocolului clinic naţional Tumorile maligne ale esofagului pe parcursul ultimul an x 100. | | Numărul total de persoane/pacienţii din grupul de risc care se află la evidenţa medicului de familie, medicului oncolog, pe parcursul ultimului an. |
| 2. | |  | | --- | | Sporirea ratei de apreciere a riscului de deces prin cancer esofagian | | Proporţia pacienţilor cu diagnosticul de CaE, cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic Tumorile maligne ale esofagului. | Numărul de pacienţi cu diagnosticul de CaE, cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic naţional Tumorile maligne ale esofagului pe parcursul ultimul an x 100. | |  | | --- | | Numărul total de pacienţi cu diagnosticul de CaE de pe lista medicului oncolog |   pe parcursul  ultimului an. |
| 3. | Implementarea screening-ului radiologic persoanelor de la 35 ani pînă la 75 ani. | Proporţia persoanelor din grupele de risc supuse screening-ului radiologic o dată în 6 lni. | Proporţia persoanelor (35-75 ani) supuse screening-ului radiologic o dată în 6 luni, pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de persoane (35-75 ani), care se află la evidenţa medicului oncolog, pe parcursul ultimului an. |
| 4. | Reducerea divergenţelor în diagnosticul pre- şi postoperator în tumorile maligne ale esofagului. | Proporţia bolnavilor cu divergenţe în diagnostic tumorilor maligne ale esofagului, pe parcursul unui an. | Numărul bolnavilor cu divergenţe în diagnostic tumorilor maligne ale esofagului, pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de bolnavi cu tumori maligne ale esofagului care se află la evidenţa oncopulmonologului la Institutul Oncologic, pe parcursul ultimului an. |

**ANEXE**

***Anexa nr.1 Ghidul pentru pacientul cu tumorile maligne ale esofagului.***

(ghid pentru pacient)

**Introducere**

Acest ghid descrie asistenţa medicală şi tratamentul persoanelor cu Tumorile maligne ale esofagului în Republica Moldova. Aici se explică indicaţiile, adresate persoanelor bolnave de Tumorile maligne ale esofagului, dar poate fi util şi pentru familiile acestora şi pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecţiune.

**Indicaţiile din ghidul pentru pacient acoperă:**

* modul în care medicii trebuie să stabilească, dacă o persoană are tumoră malignă a esofagului, prescrierea tratamentului pentru tumorile maligne ale esofagului
* modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu tumori maligne ale esofagului

**Asistenţa medicală de care trebuie să beneficiaţi:**

Tratamentul şi asistenţa 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 reprezintă tumora malignă a esofagului şi care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

**Ce este cancerul esofagian?**

Tumorile maligne ale esofagului reprezintă procese neoplazice cu punct de plecare, în majoritatea cazurilor, din epiteliul mucos şi localizare mai frecventă în esofagul inferior şi mijlociu.

Cancerul esofagian reprezintă şi actualmente o afecţiune severă, avand o mortalitate crescută. Această situaţie nu se datoreşte diagnosticului care este relativ uşor de făcut, ci stadiilor tardive in care bolnavul se prezintă la medic, precum şi abordării chirurgicale dificile.

Majoritatea tumorilor maligne esofagiene sunt reprezentate de carcinoame.

**Factori de risc**

Factorii de risc pentru carcinomul scuamos includ:

* fumatul
* consumul unor cantităţi mari de alcool
* esofagul Barrett: este o afecţiune în care celulele care tapeteaza partea inferioară a esofagului s-au modificat sau au fost înlocuite de celule anormale, care pot duce la adenocarcinom;
* refluxul gastric (reintoarcerea conţinutului gastric în porţiunea inferioară a esofagului) poate irita esofagul şi, în timp, poate cauza apariţia esofagului Barrett
* vîrsta inaintată
* sexul masculin
* rasa neagră.

**Semne şi simptome specifice cancerului esofagian**

Cea mai importantă acuză este

* disfagia: dificultatea de a înghiţi alimentele, care se manifestă ca o senzaţie de încetinire sau oprire a mîncării la nivelul esofagului. În general, ea apare întîi pentru alimentele solide şi pacientul ajută trecerea acestora în stomac consumînd lichide. Dacă aţi observat acest simptom la Dumneavoastră sau la cineva apropiat, adresaţi-vă imediat gastroenterologului pentru consult şi endoscopie digestivă superioară.

Există şi alte acuze care pot apărea în cancerul esofagian:

* dureri retrosternale (dacă nu sunt de cauză cardiacă, necesită consult gastroenterologic)
* scădere ponderală semnificativă (peste 5-6 Kg în 2-3 luni; orice persoană care slăbeşte inexplicabil trebuie să se adreseze medicului de familie sau specialistului)
* disfonie (voce răguşită)
* vărsături sau regurgitaţii alimentare

În stadiile avansate pot apărea şi alte simptome:

* tuse seacă rebelă la tratament
* dispnee (lipsă de aer)
* vărsături cu sînge
* icter (culoarea galbenă a pielii)

**Consult de specialitate**

Dacă apare oricare din următoarele probleme, trebuie consultat medicul de familie, care va recomanda consultaţia medicului oncolog:

* durere apărută la inghitirea alimentelor sau dificultăţi la înghiterea alimentelor solide
* pierderea inexplicabilă in greutate
* durere retrosternală
* răguşeală şi tuse
* indigestie şi pirozis (arsuri retrosternale).

### Tratamentul cancerului esofagian

  Există diferite tipuri de tratament pentru pacienţii cu cancer esofagian. Unele tratamente sunt standard (tratamentul folosit în mod curent), iar altele sunt testate în trialuri clinice. Înainte de începerea tratamentului, pacientul trebuie să se gîndească la posibilitatea de a lua parte la un trial clinic. Un trial clinic de tratament este un studiu de cercetare al cărui scop este de a îmbunătăţi tratamentul curent sau de a obţine informaţii despre noi tratamente pentru pacienţii cu cancer. Cînd un trial clinic demonstrează eficacitatea mai mare a unui tratament, acesta poate deveni tratamentul standard.  
 Alegerea tratamentului adecvat este o decizie care implică pacientul, familia şi echipa terapeutică.

**După ce aţi suportat intervenţie chirurgicală**

După intervenţie chirurgicală veţi fi îndemnat de a se mişca cît mai mult. Acest lucru este foarte important pentru reabilitarea Dvs. În cazuri cînd rămîneţi în pat trebuie să efectuaţi exerciţii cu picioarele pentru a preveni formarea trombilor, să faceţi gimnastică respiratorie pentru a preveni schimbări de stază în plămîni.

S-ar putea să aveţi frică înainte de înghiţire o perioadă de timp şi să simţiţi un gust neplăcut în cavitatea bucală. Spălăturile cu apă curată înlătură această senzaţie. Veţi pierde în greutate în primele 2-3 săptămîni după intervenţie. Să nu vă faceţi griji, este firesc, veţi creşte în greutate după restabilirea alimentaţiei.

**Dieta**

În perioada aşteptării tratamentului sunteţi obligat să menţineţi nivelul adecvat de alimentare. Puteţi consulta un dietician pentru a primi recomandările. În cazul cînd nu puteţi înghiţi alimente semilichide, comunicaţi medicului Dvs. Evitaţi alimentarea cu produse ce pot provoca închiderea lumenului esofagului precum sunt fructele şi legumele uscate, pinea uscată. Este binevenită folosirea unei cantităţi mari de lichid.

**Evidenţa după finisarea tratamentului.**

După finisarea tratamentului medical vi se va programa zilele de consultaţii regulate. Să respectaţi prescripţiile medicului. Veţi trece regulat examinările necesare pentru evidenţa stării Dvs. În cazul apariţiei unor simptome noi în perioada între consultaţiile contactaţi medicul.

S-ar putea să vă simţiţi mai obosit după tratament. Uneori este necesar de o perioadă mai îndelungată pentru reabilitare.

**Cum voi suporta tratamentul?**

Ideea unui tratament, cauzată de teama de necunoscut, ne îngrijorează adesea. Informaţiile pot reduce multe din noile griji. În timp ce mulţi dintre noi găsesc doar neplăcute donarea de sînge şi injecţiile, alţii au de-a dreptul fobii relaţionate cu aceste situaţii. Încercaţi să rămîneţi, pe cît posibil relaxat în privinţa fiecărui tratament. Dacă, observaţi că apar stări noi ca anxietatea sau greaţa, discutaţi cu medicul sau asistenta.

**Recuperarea la domiciliu – sfaturi utile de ajutor**

Înainte de externare vă va fi prescrisă medicaţia necesară de către medicul curant. O scrisoare medicală conţinînd detalii cu privire la operaţie şi continuarea tratamentului, vă va fi înmînată pentru a o transmite medicului de familie. Controlul post chirurgical este de obicei de la şase la opt săptămîni după operaţie. Ar trebui să aranjaţi ca cineva să vă ducă acasă. Solicitaţi în spital un număr de telefon de contact în caz că întîmpinaţi dificultăţi în primele zile după revenirea acasă.

Ajuns acasă ar trebui să evitaţi efortul în primele 4-5 săptămîni, pentru cicatrizarea rănii şi pentru a vă odihni. Este normal, deşi nu obligatoriu, să aveţi o stare de deprimare şi oboseală. Chiar după vindecarea rănii e posibil să simţiţi amorţeală sau durere în jurul cicatricei. Luaţi analgezice regulat şi puteţi încerca să aplicaţi o pernă electrică pe cicatrice. Băile şi duşurile calde pot de asemenea ajuta în ameliorarea durerii. Vizitaţi-vă doctorul dacă durerea persistă.

Nu conduceţi maşina aproximativ o lună.

Evitaţi activităţile ce solicită efort fizic, aproximativ două luni.

Dacă doriţi, puteţi să vă întoarceţi la muncă în 10-12 săptămîni după operaţie, dar aveţi în vedere reconsiderarea tipului de muncă pe care o prestaţi, dacă vă oboseşte sau vă îngreunează respiraţia.

Pieptănaţi-vă părul pentru a vă întări mişcările muşchilor umerilor.

Dacă nu aveţi poftă de mîncare, încercaţi să luaţi mese mici, regulate. Dacă aceasta nu se îmbunătăţeşte contactacţi un dietetician.

Încercaţi să evitaţi constipaţia prin mişcare şi creşterea aportului de lichide sau cereţi medicului de familie să vă prescrie laxative.

Încercaţi să mergeţi în fiecare zi mai mult. Aceasta vă va îmbunătăţi respiraţia.

Dacă aveţi probleme cu somnul, încercaţi să reintraţi în rutina de somn, prin plimbări la aer curat şi prin implicarea în sarcini zilnice.

Activitatea sexuală poate să reintre în normal de îndată ce vă simţiţi în stare.

**Anexa nr 2. *Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru* *Protocol clinic naţional „TUMORILE MALIGNE ALE ESOFAGULUI”***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Domeniul Prompt*** | ***Definiţii, Note*** |
| **1** | Denumirea IMSP evaluată prin audit |  |
| **2** | Persoana responsabilă de completarea fişei | Nume, Prenume, telefon de contact |
| **3** | Numărul fişei medicale |  |
| **4** | Data de naştere a pacientului | DD – LL – AAAA sau Necunoscută =9 |
| **5** | Mediul de reşediţă | 0 – urban, 1 – rural, 9 – nu se ştie |
| **6** | Sexul | Masculin – 1, feminin - 2 |
| **7** | Numele medicului curant |  |
|  | **INTERNAREA** |  |
| 8 | Instituţia medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar | AMP - 1; AMU - 2; secţia consultativă - 3; instituţie medicală privată - 4; staţionar - 6; secţia internare - 7; alte instituţii - 8; necunoscut - 9 |
| 9 | Numarul internărilor | primară - 3; secundară - 4; mai mult de două ori - 6 ; |
| 10 | Data şi ora internării în spital | data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut - 9 |
| 11 | Durata internării în spital (zile) | număr de zile; necunoscut -9 |
| 12 | Transferul in alte secţii | nu -0; da -1; nu a fost necesar -5; necunoscut - 9 terapie intensivă - 2; alte secţii - 3 |
| 13 | Respectarea criteriilor de internare | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 |
|  | **DIAGNOSTICUL** |  |
| 14 | Stadiul CE a pacientului la internare | St.I - 3; St.II - 4; St. - III; St. IV - 6; necunoscut - 9 |
| 15 | Efectuarea metodelor de verificare morfologică a CE | nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9; |
| 16 | Efectuaraea metodelor pentru determinarea extinderii CE | nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9; |
| 17 | Efectuarea metodelor de determinare a particularităţilor organismului | nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9; |
| 18 | Cosultaţiile de alţi specialişti | nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9; |
| 19 | Investigaţii indicate de către alţi specialisti | nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9 |
|  | **ISTORICUL MEDICAL AL PACIENŢILOR** |  |
| 20 | Modul prin care s-a stabilit diagnoza | adresare directă - 2; screening - 3; centrul consultativ-4; oncologul raional - 4; necunoscut - 9 |
| 21 | Efectuarea profilaxie primare şi secundare | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 |
| 22 | Etapa stabilirii diagnosticului | precoce - 2; tardiv - 3; necunoscut - 9 |
| 23 | Face parte pacientul (a) din grupul de risc | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 |
| 24 | Managementul starilor de urgenţă | nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9 |
| 25 | Maladii concomitente inregistrate | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 |
|  | **TRATAMENTUL** |  |
| 26 | Unde a fost iniţiat tratamentul | AMP - 2; secţia consultativă - 3; staţionar - 4; instituţie medicală privată - 6; alte instituţii - 7; necunoscut - 9 |
| 27 | Tratamentul etiopatogenetic | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 chirurgical - 2; chimioterapie - 3; radioterapie - 4 |
| 28 | Tratamentul simptomatic | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 |
| 29 | Complicaţii înregistrate | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 |
| 30 | Efecte adverse înregistrate | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 |
| 31 | Respectarea criteriilor de monitorizare clinică | nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9 |
| 32 | Rezultatele tratamentului | vindecare - 2; stabilizare - 3; progresare - 4; complicaţii - 6; necunoscut - 9 |
| 33 | Efectuarea măsurilor de reabilitare | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 |
| 34 | Respectarea criteriilor de externare | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9; recomandări - 2; consilierea pacientei/lui - 3; consilierea rudelor - 4 |
| 35 | Supravegherea pacientei/lui | nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 medicul AMP - 2; oncologul raional - 3; institul oncologic - 4 |
| 36 | Data externării/transferului sau decesului | data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut - 9 |
| data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut - 9 |

**BIBLIOGRAFIE**

**1. *Gheorghe C., Pascu O.:*** Cancerul esofagian. Ghiduri și protocoale de practică medicală în gastroenterologie, vol. 1, Cancerele digestive; coordonator Stanciu C., ed Junimea, Iași 2007; 9-27.

**2. *Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J., and Storm H.:*** Cancer Incidence in Five Continents, Vol. I to VIII. IARC CancerBase No. 7, Lyon, 2005.

**3. *Curado MP., Edwards B., Shin HR., Storm H., Ferlay J., Heanue M. and Boyle P.:*** Cancer Incidence in Five Continents, Vol. IX. IARC Scientific Publications No. 160, Lyon, IARC, ed (2007)

**4. *Stanciu C.:*** Tumorile esofagiene maligne. Tratat de gastroenterologie, vol.1, sub redacţia Mircea Grigorescu, Ed. Medicala Naţionala, Bucuresti, 2001; 303-21.

**5. *Florescu M., Simionescu C., Margaritescu C.:*** Anatomie patologica, ed. Medicala Universitara, Craiova 2005, 136-138, 258-259

**6. *Săftoiu A., Cazacu S.:*** Ecoendoscopia digestivă superioară diagnostică şi terapeutică. Gastroenterologie şi hepatologie. Actualităţi 2003, sub redacţia Ciurea T., Pascu O., Stanciu C., ed. Medicală Bucureşti, 2003: 465-477.

***7. Ţîbîrnă Gh.,*** Ghid Clinic de Oncologie // Chişinău,- 2003.

***8. AJCC Cancer Stagiing Manual***, 8th Edition, 2017

***9. Papilian:*** Anatomia omului. Splahnologia. Ediţia a Xa.

***10. Gheorghe C., Pascu O.,*** Cancerul esofagian. În ghiduri și protocoale de practică

medicală în gastroenterologie Vol1. Cancerele digestive. Coordonator Stanciu C., Ed

Junimea, Iași 2007; 9-27.

***11. European Cancer Observatory web site***, 2008

***12. Mao WM, Zheng WH, Ling ZQ.*** Epidemiologic Risk Factors for Esophageal Cancer Development. Asian Pac J Cancer Prev 2011; 12: 2461-2464 [PMID: 22320939