|  |
| --- |
| **MINISTERUL** **SĂNĂTĂŢII AL REPUBLICII MOLDOVA** |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **Tumorile maligne ale ţesuturilor moi**

**Protocol clinic naţional**

 **PCN-184**

*Chişinău 2013*

**Aprobat la şedinţa Consiliului de Experţi al Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova**

 **Din 06.12.2012, proces verbal nr.4**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova nr. 69 din 28.01.2013**

**Cu privire la aprobarea Protocolului clinic naţional „Tumorile maligne ale ţesuturilor moi”**

**Elaborat de colectivul de autori:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Ion Mereuţă** | d.h.ş.m, colaborator ştiinţific, IMSP Institutul Oncologic |
| **Ion Dascaliuc** | d.ş.m, şef secţie Oncologie Generală, IMSP Institutul Oncologic |
| **Tamara Prisacari** | medic ordinator, secţie chirurgie toraco-abdominală IMSP Institutul Oncologic |
| **Daniela Andronati** | medic ordinator, secţie Oncologie Generală IMSP Institutul Oncologic |
| **Iurie Bulat****Larisa Cotoneţ** | d.h.ş.m ., Şef secţie Chimioterapie nr.2 IMSP Institutul Oncologicd.ş.m., Şef secţie Radioterapie nr. 1 IMSP Institutul Oncologic |
|  |  |

**Recenzenţi oficiali:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Victor Ghicavîi** | d.h.ş.m., profesor universitar, şef catedră farmacologie şi farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Valentin Gudumac** | d.h.ş.m.,profesor universitar, şef catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Grigore Bivol** | d.h.ş.m., profesor universitar, USMF „Nicolae Testemiţanu” |
| **Alexandru Coman** | director, Agenţia Medicamentului |
| **Maria Cumpănă****Iurie Osoianu****Petru Pihut****Nicodim Belev** | director, Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate Vicedirector, Compania Naţională de Asigurări în Medicinăd.h.ş.m., conferenţiar cercetător, USMF „Nicolae Testemiţanu”d.h.ş.m., conferenţiar cercetător, USMF „Nicolae Testemiţanu” |

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

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

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

## PREFAŢĂ

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

Protocolul naţional este elaborat în conformitate cu ghidurile internaţionale actuale în problema tumorilor maligne ale ţesuturilor moi 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 MS 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 ţesuturilor moi**

***Exemple de diagnostice clinice:***

1. Liposarcom gambei pe dreapta T2bN0M0 st.III
2. Rabdomiosarcom al orbitei drepte.
3. Carcinom spinocelular pielii reguinii omoplatului stîng

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

**A.3. Utilizatorii**:

* oficiile medicilor de familie (medici de familie şi asistentele medicale de familie);
* centrele de sănătate (medici de familie şi asistentele medicale de familie);
* centrele medicilor de familie (medici de familie şi asistentele medicale de familie);
* asociaţiile medicale teritoriale (medici de familie, oncologi raionali)
* secţiile de chirurgie ale spitalelor raionale, municipale şi republicane (medici chirurgi);
* secţiile specializate ale Institutului Oncologic (oncologi, imagişti, radioterapeuţi, chimioterapeuţi etc.).

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

**A.4. Scopurile protocolului**

1. A ameliora situaţia cu depistarea tardivă a bolnavilor cu tumorile maligne ale ţesuturilor moi prin sporirea ponderii depistării precoce a procesului.
2. A constitui grupele de risc înalt în dezvoltarea tumorilor maligne ale ţesuturilor moi prin elaborarea criteriilor definitive acestui risc la nivelul CMF.
3. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu suspecţie la tumorile maligne ale ţesuturilor moi la nivelul medicinii primare şi specializate.
4. A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu tumorile maligne ale ţesuturilor moi la nivelul policlinicii IMSP Institutul Oncologic.
5. A elabora algoritmul tratamentului chirurgical şi combinat la bolnavii cu tumorile maligne ale ţesuturilor moi la nivelul IMSP Institutul Oncologic.
6. A ameliora rezultatele imediate ale tratamentului chirurgical la bolnavii cu tumorile maligne ale ţesuturilor moi
7. A ameliora rezultatele la distanţă ale tratamentului la bolnavii cu tumorile maligne ale ţesuturilor moi prin perfecţionarea tehnicii chirurgicale şi aplicarea tratamentului combinat.
8. Sporirea vigilenţei oncologice la nivelul medicinii primare
9. Ameliorarea asistenţei medicale a bolnavilor cu tumorile maligne ale ţesuturilor moi.

**A.5. Data elaborării protocolului:** 2013

**A.6. Data următoarei revizuiri:** 2015

**A.7. Listele şi informaţiile de contact ale autorilor şi ale persoanelor care au**

 **participat la elaborarea protocolului**

|  |  |
| --- | --- |
| **numele** | **funcţia deţinută** |
| ***Ion Mereuţă d.h.ş.m.*** | Conducător ştiinţific, secţia Oncologie, Generală IMSP Institutul Oncologic |
| ***Ion Dascaliuc d.ş.m.*** | Şeful secţiei Oncologie Generală, IMSP Institutul Oncologic |
| ***Daniela Andronachi*** | Medic ordinator, secţia Oncologie Generală IMSP Institutul Oncologic |
| ***Tamara Prisacari*** | Medic ordinator, secţia toraco-abdominală IMSP Institutul Oncologic |
| ***Iurie Bulat d.h.ş.m*** | Şeful secţiei Chimioterapie nr.2, IMSP Institutul Oncologic |
| ***Larisa Cotoneţ d.ş.m.*** | Şef secţie Radioterapie nr.1, IMSP Institutul Oncologic |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Denumirea instituţiei | Persoana responsabilă  |
| Catedra Oncologie, Hematologie şi Terapie de campanie USMF „N.Testemiţanu” |  |
| Consiliul Ştiinţific al IMSP Institutul Oncologic |   |
| Asociaţia Medicilor de Familie din RM |  |
| Consiliul Naţional de Evaluare şi Acreditare în Sănătate |  |
| Compania Naţională de Asigurări în Medicină |  |
| Agenţia medicamentului |  |

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

### A.8. Definiţiile folosite în document

 ***Screening*** – examinarea populaţiei în scop de evidenţiere a unei patologii anumite.

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

***Factorul de risc*** - este acel factor, acţiunea căruia creşte şansa unei persoane de a se îmbolnăvi. Cumularea acţiunii mai multor factori de risc creşte posibilitatea îmbolnăvirii de tumori pleurale maligne.

**A.9. Informaţia epidemiologică**

Ţesuturile moi cuprind muşchii, tendoanele, ţesutul adipos, ţesutul fibros, ţesutul sinovial, vasele şi nervii.

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

## 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**  | * sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operaţii chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor
* carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul şi dioxina, pot fi implicate în patogeneză
* imunodeficienţa congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influentează dezvoltarea sarcoamelor
 | **Obligatoriu:*** Informarea pacienţilor privitor la respectarea modului sănătos de viaţă
* Controlul respectării normativelor igienei muncii în condiţiile agresive:
* contact cu substanţe chimice: cupru, beriliu, crom, oţel, asbest, hidrocarburi aromatice ciclice, siliciu, radon
* contact cu radiaţii ionizante şi câmpuri magnetice de intensitate mărită
* micşorarea riscului de traumatizări (arsuri, fracturi)
 |
| **2. Profilaxia secundară** | Prevede sistem organizaţional de dispensarizare a populaţiei cu scop de evidenţiere şi tratamentul stărilor de fon şi stărilor precanceroase – factorii de risc major  | * 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, generalişti
 |
| **3. Referirea la specialist**  | În baza datelor subiective şi obiective * prezenţa unei tumori
* acuze la dureri, preponderent nocturne şi de repaus rezistente la tratament antiinflamator şi analgezice neopioide
* atrofii musculare
* dereglări ale circulaţiei periferice
* edeme ale membrelor, elefantiazis
 | **Obligatoriu:*** Orice bolnav cu suspecţie la tumora malignă a ţesuturilor moi este necesar de trimis la oncologul raional pentru efectuarea investigaţiilor prevăzute de programul unic.
* Pacientul va fi obligatoriu trimis cu rezultatele investigaţiilor la IMSP Institutul Oncologic.
 |
| **4. Supravegherea*****C.2.4.6******Algoritmul C.1.1.*** | * Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentului indicat de către specialist în oncologia aparatului locomotor Institutului Oncologic, precum şi tratamentul maladiilor concomitente (hepatice, endocrine, neurologice, etc.)
 | **Obligatoriu:*** Supravegherea se va face în comun cu oncologul raional conform recomandărilor oncologului general IMSP Institutul Oncologic
 |

|  |
| --- |
| 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**  | * sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operaţii chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor
* carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul şi dioxina, pot fi implicate în patogeneză
* imunodeficienţa congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influentează dezvoltarea sarcoamelor
 | **Obligatoriu:*** Informarea pacienţilor privitor la respectarea modului sănătos de viaţă
* Controlul respectării normativelor igienei muncii în condiţiile agresive:
* contact cu substanţe chimice: cupru, beriliu, crom, oţel, asbest, hidrocarburi aromatice ciclice, siliciu, radon
* contact cu radiaţii ionizante şi câmpuri magnetice de intensitate mărită
* micşorarea riscului de traumatizări (arsuri, fracturi)
 |
| **2. Profilaxia secundară** | Prevede sistem organizaţional de dispensarizare a populaţiei cu scop de evidenţiere şi tratamentul stărilor de fon şi stărilor precanceroase – factorii de risc major  | * 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, generalişti.
 |
| **3. Diagnosticul**  |
| 3.1 Confirmarea tumorii maligne a ţesuturilor moi |  | **Obligatoriu:*** Colectarea anamnezei (caseta 7)
* Investigaţii clinice
* Investigaţii paraclinice (tabelul 3)
* USG (conform recomandărilor)
* Radiografia cutiei toracice
* Radiografia segmentului afectat
* Angiografie arterială
* ECG
* Analiza generală a sîngelui
* Analiza generală a urinei
* Biochimia sîngelui
* Indicii coaglogramei
* Efectuarea diagnosticului diferenţial
 |
| **4. Referirea la specialistul oncolog general IMSP Institutul Oncologic** | * Orice tumoră a ţesuturilor moi stabilit clinic şi radiologic suspectat nu exclude prezenţa sectoarelor malignizate, care pot fi stabilite numai în cadrul investigaţiilor morfologice. Intervenţiile chirurgicale e necesar de efectuat numai în cadrul IMSP Institutul Oncologic - unica instituţie republicană, care dispune de utilaj pentru efectuarea investigaţiei morfologice urgente, de morfologi cu calificaţie corespunzătoare, care ar califica corect procesul şi de medici oncologi generali, care ar lua drept decizia de tratament ulterior
 | **Obligatoriu:*** Toţi pacienţi la care a fost suspectat sau confirmat tumorile maligne ale ţesuturilor moi se trimit la consultaţia oncologului general la IMSP Institutul Oncologic.
 |
| **5. Supravegherea temporară**  | * Scopul supravegherii este de a monitoriza efectul atît al tratamentului indicat de către specialist oncologie aparatului locomotor IMSP Institutul Oncologic, cît şi al maladiilor concomitente (hepatice, endocrine, neurologice, cardiace etc.).
 | **Obligatoriu:*** Supravegherea se va face în comun cu medicul de familie conform recomandărilor specialistului în oncologie generală IMSP Institutul Oncologic
* Lipsa eficacităţii tratamentului conservativ indicat de oncolog general IMSP Institutul Oncologic, oncologul raional îndreaptă bolnavul la consultaţie repetată, independent de termenii indicaţi de oncolog general.
 |

|  |
| --- |
| B.3. Nivel de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu (Policlinica IMSP Institutul Oncologic) |
| **Descriere*****(măsuri)*** | **Motive*****(repere)*** | **Paşi****(*modalităţi şi condiţii de realizare)*** |
| **I** | **II** | **III** |
| **1. Profilaxia primară**  | * sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operaţii chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor
* carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul şi dioxina, pot fi implicate în patogeneză
* imunodeficienţa congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influentează dezvoltarea sarcoamelor
 | **Obligatoriu:*** Informarea pacienţilor privitor la respectarea modului sănătos de viaţă
* Controlul respectării normativelor igienei muncii în condiţiile agresive:
* contact cu substanţe chimice: cupru, beriliu, crom, oţel, asbest, hidrocarburi aromatice ciclice, siliciu, radon
* contact cu radiaţii ionizante şi câmpuri magnetice de intensitate mărită
* micşorarea riscului de traumatizări (arsuri, fracturi)
 |
| **2. Profilaxia secundară** | Prevede sistem organizaţional de dispensarizare a populaţiei cu scop de evidenţiere şi tratamentul stărilor de fon şi stărilor precanceroase – factorii de risc major  | **Obligatoriu:*** coordonarea lucrului asistentei medicale controlului profilactic oncologic în vederea efectuării screening-ului profilactic a populaţiei
* consultarea bolnavilor care s-au adresat în legătură cu tumori benigne şi maligne şi procese pretumorale sau suspecţii
* tratarea în condiţii de ambulator a bolnavilor cu neoformaţiuni maligne conform recomandărilor IMSP Institutului Oncologic
* organizarea spitalizării în IMSP Institutul Oncologic a bolnavilor suspectaţi sau cu prezenţa neoformaţiunilor maligne pentru completarea 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 tumora malignă a ţesuturilor moi şi aprecierea tacticii de tratament |  | **Obligatoriu:*** Colectarea anamnezei (caseta 7)
* Investigaţii clinice
* Investigaţii paraclinice (tabelul 3)
* USG (conform recomandărilor)\*
* Radiografia cutiei toracice\*
* Radiografia segmentului afectat\*
* Angiografie arterială\*
* RMN zonei afectate
* ECG\*
* Analiza generală a sîngelui\*
* Analiza generală a urinei\*
* Biochimia sîngelui\*
* Indicii coagulogramei\*
* Preluarea frotiului-amprentă (dacă este posibil)
* Investigaţia citologică a materialului preluat
* USG organelor abdominale, retroperitoneale şi ale bazinului mic.
* Scanarea scheletului osos

***Notă:*** \* în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedenta.* Efectuarea diagnosticului diferenţial
 |
| **4. Deciderea tacticii de tratament:**  |  | **Obligatoriu:*** Toţi pacienţii care au indicaţii pentru tratament chirurgical sunt consultaţi în mod obligatoriu de către chirurg din secţia oncologie generală, care îi prezintă unui consiliu medical
* Conform deciziei consiliului sunt internaţi în secţia Oncologie Generală 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) 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 oncolog general 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 specialistului IMSP Institutul Oncologic
 |

|  |
| --- |
| 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** * Prezenţa formaţiunii tumorale ţesuturilor moi (confirmată sau nu morfolgic) pentru diagnostic şi tratament
 |
| **2. Diagnosticul** |  |  |
| 2.1. Confirmarea diagnosticului tumorii maligne ale ţesuturilor moi, evaluarea stadiului tumorii maligne, diagnosticul diferenţial. |  | **Obligatoriu:*** Colectarea anamnezei (caseta 7)
* Examenul clinic
* Investigaţii paraclinice (tabelul 3)
* USG (conform recomandărilor)\*
* Radiografia cutiei toracice\*
* Radiografia segmentului afectat\*
* Angiografie arterială\*
* RMN zonei afectate\*
* ECG\*
* Analiza generală a sîngelui\*
* Analiza generală a urinei\*
* Biochimia sîngelui\*
* Indicii coagulogramei\*
* USG organelor abdominale, retroperitoniale şi ale bazinului mic\*.
* Scanarea scheletului osos\*
* La indicaţii puncţia tumorii cu preluarea materialului
* Pregătirea frotiului pentru investigaţii citologice
* Investigaţia citologică a frotiului
* Biopsie deschisă a tumorii
* Examenul histologic al materialului obţinut

***Notă:*** \* în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedentă.* Efectuarea diagnosticului diferenţial
 |
| **3. Tratamentul**  |
| 3.1. Tratamentul chirurgical C.2.3.5.1. | * Bolnavul cu tumora malignă a ţesuturilor moi rezectabilă
* Bolnavul cu tumora malignă a ţesuturilor moi pentru intervenţie chirurgicală cu ţel paliativ
 | **Obligatoriu:*** Conduita preoperatorie
* Intervenţia chirurgicală (caseta 11)
* Conduita postoperatorie (caseta 12)
 |
| 3.2. Tratament chimioterapicC.2.3.5.5. | Prezenţa tumorii maligne a ţesuturilor moi avansate nerezectabile sau a patologiilor concomitente cu risc anestezic major | **Obligatoriu:** * Aprecierea shemei adecvate de tratament (în dependenţă de varianta morfologică, răspîndirea procesului, patologii concomitente)
* Tratament de susţinere
 |
| 3.3. Tratament radioterapicC.2.3.5.6. | Prezenţa tumorii maligne a ţesuturilor moi nerezectabile, refuzul pacientului la tratamentul chirurgical, patologii concomitente cu risc anestezic major | **Obligatoriu:** * Definirea precisă a volumelor de tratat
* Definirea precisă a dozei tumorale
* Determinarea organelor critice
* Aprecierea dozei totale şi fracţionarea ei
* Tratament de susţinere
 |
| **4. Externarea cu recomandări necesare**  |  | Extrasul **obligatoriu** va conţine: * Diagnosticul definitiv desfăşurat cu indicaţia numărului şi rezultatului investigaţiei morfopatologice.
* Rezultatele celelaltor investigaţii efectuate.
* Tratamentul aplicat şi rezultatele tratamentului.
* Recomandările explicite pentru pacient.
* Planul detaliat al tratamentului conservativ (în caz de necesitate) şi termenii de monitorizare
 |

## C. 1. ALGORITMELE DE CONDUITĂ

***C.1.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu tumorile maligne ale ţesuturilor moi***

CLINICE:

* prezenţa unei tumori
* acuze la dureri, preponderent nocturne şi de repaus rezistente la tratament antiinflamator şi analgezice neopioide
* atrofii musculare
* dereglări ale circulaţiei periferice
* edeme ale membrelor, elefantiazis

Vizita la medic

Examinări

PARACLINICE:

* Obligatoriu:
* hemoleucograma
* sumarul urinei
* examenul radiologic al segmentului afectat
* radiografia cutiei toracice
* Recomandabil:
* examenul biochimic al sângelui
* ECG
* RMN segmentului afectat
* Angiografia segmentului afectat

EVALUAREA SEVERITĂŢII CLINICE:

* manifestări de impregnare infecţioasă (febră, greţuri, vomă, astenie)
* manifestări cardiovasculare (TA, FCC)
* manifestări neurologice
* complicaţiile (distrucţia tumorii)
* ulceraţii
* hemoragii
* răspândirea radiologică a procesului

DECIZIA PRIVIND NECESITATEA SPITALIZĂRII ÎN SECŢIILE DE PROFIL

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 oncologie generală:

* Tumora malignă a ţesuturilor moi confirmată sau nu morfologic
* în cazul lipsei confirmării morfologice, prin decizia consiliului medical pentru precizarea diagnosticului

Pacientul prezintă criterii de spitalizare în secţia chimioterapie nr.1,2,3:

* 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 nr.1,2,3:

* prezenţa tumorii maligne a ţesuturilor moi morfologic confirmată
* 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

Criterii de spitalizare în SATI:

* necesitatea ventilaţiei asistate
* FCC excesivă peste 125 bătăi pe minut

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

Se trimite la oncolog raional cu extras şi recomandări explicite pentru pacient şi medicul de familie

***Pacientul trebuie spitalizat!***

**C.2. DESCRIEREA METODELOR,TEHNICILOR ŞI A PROCEDURELOR**

***C.2.1. Clasificarea***

**C.2.1.1. *Clasificarea histologică a tumorilor maligne ţesuturilor moi***

***Caseta 1. Clasificarea histologică* (OMS – 1969)**

1. Tumorile şi leziunile pseudotumorale ale ţesutului fibros (conjunctiv)
	1. Dermatofibrosarcom proieminent
	2. Fibrosarcom (fibrohistiocitom malign)
2. Tumorile şi leziunile pseudotumorale ale ţesutului adipos (liposarcom)
* bine diferenţiat
* mixoid (embrionar)
* din celule rotunde
* polimorf (puţin diferenţiat)
* tip mixt
1. Tumorile ţesutului muscular
2. Muşchii netezi (Leiomiosarcom)
3. Muşchii striaţi - rabdomiosarcom (embrionar, alveolar, polimorf, mixt)
4. Tumorile şi leziunile pseudotumorale ale vaselor sanguine
* hemangioendoteliom malign (angiosarcom)
* hemangiopericitom malign
1. Tumorile şi leziunile pseudotumorale ale vaselor limfatice
* limfangioendoteliom malign (limfangiosarcom)
1. Tumorile ţesutului sinovial - sarcom sinovial
	1. bifazic (cu celule fuziforme şi epiteloide)
	2. monofazic (sau cu celule fuziforme, sau cu celule epiteloide)
2. Tumorile ţesutului mezotelial - Mezoteliomul malign
	* + 1. Epitelioid
			2. Fibros (fuziformocelular)
			3. Bifazic
3. Tumorile nervilor periferici
* şwanom malign (sarcom neurogen, neurofibrosarcom)
* tumorile periferice ale neuroectodermului primar
1. Tumorile ganglionilor nervoşi simpatici
* Neuroblastomul (simpaticoblastomul, simpaticogoniomul)
* Ganglioneuroblastomul
1. Tumorile structurilor paraganglionare – Feocromocitom malign
2. Tumori şi afecţiuni pseudotumorale ale ţestului mezenchimal - mezenchimomul malign
3. Tumori din structuri embrionare rudimentare - cordom malign
4. Tumori germinative
* teratocarcinom
* carcinom embrionar
* coriocarcinomul

14. Tumori de histiogeneză discutabilă sau neclară

* sarcom alveolar al ţesuturilor moi
* condrosarcom al ţesuturilor moi
* osteosarcom al ţesuturilor moi
* tumora gigantocelulară a ţesuturilor moi
* histiocitom malign (fibroxantom malign)
* sarcom Kaposi
* sarcom din celule clare al tendoanelor şi aponevrozelor
1. Tumori neclasificate ale ţesuturilor moi

**C.2.1.2. *Stadializarea tumorilor maligne ale ţesuturilor moi***

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

**T – tumora primară**

**Tx** – tumora primitivă nu poate fi evaluată

**T0** – tumora primitivă nu este decelabilă

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

 **T1a** – tumora superficială

 **T1b -** tumora profundă

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

 **T2a** – tumora superficială

 **T2b** – tumora profundă

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

**N – adenopatii metastatice**

**Nx** – date insuficiente pentru depistarea ganglionilor limfatici regionali

**No** – nu sunt date de afectare metastatică a ganglionilor limfatici regionali

**N1** – în ganglionii limfatici regionali sunt metastaze

**M – metastază la distanţă**

Mx – nu sunt date suficiente pentru aprecierea metastazelor la distanţă

Mo – nu sunt metastaze la distanţă

M1 sunt date de metastaze la distanţă

**Apreciere morfologică a extinderii procesului tumoral – pTNM**

Fiecărei categorii pT, pN şi pM îi corespund cerinţelor pentru aprecierea categoriilor T, N, M.

***Tabelul nr.1 Gruparea după stadii***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Stadiul IA | T1aT1b | N0,  NxNo, Nx | M0Mo | Grad jos de malignitate |
| Stadiul IB | T2aT1b | N0, NxNo, Nx | M0Mo | Grad jos de malignitate |
| Stadiul IIA | T1aT1b | N0, NxNo, Nx | M0Mo | Grad înalt de malignitate |
| Stadiul IIB | T2a | N0, Nx | M0 | Grad înalt de malignitate |
| Stadiul III | T2b | N0, Nx | M0 |  Grad înalt de malignitate |
| Stadiul IV | Orice T | N1, Nx | M1a | Orice grad de malignitate |
|  | Orice T | Orice N | M1 | Orice grad de malignitate |

***C.2.1.3. Clasificarea R (tumora reziduală)***

***Caseta 3. Clasificarea R.***

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

**Rx** – tumora reziduală nu poate fi apreciată

**R0** – nu este tumoră reziduală

**R1** – microscopic se determină tumoră restantă

**R2** – macroscopic se determină tumoră restantă

***C.2.2. Factorii de risc***

***Caseta 4. Factorii de risc.***

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

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

***Factori iatrogeni:*** Sarcoamele ale ţesuturilor moi apar la pacienţii neoplazici care sunt trataţi cu radioterapie şi care supravieţuiesc cel puţin 5 ani. Tumora se dezvoltă aproape întotdeauna la nivelul zonelor iradiate. Riscul creşte odată cu timpul.

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

***Factori imunologici*** :Imunodeficienţa congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influentează dezvoltarea sarcoamelor.

***Factori genetici***: Sindromul Li-Fraumeni este un sindrom neoplazic familial, în care indivizii afectaţi au anormalităţi ale liniei germinative ale genei supresoare tumorale p53 şi au o incidenţă crescută a sarcoamelor ţesuturilor moi şi a altor neoplazii, inclusiv cancer de sân, osteosarcom, [tumori](http://www.medicultau.com/oncologie-si-hematologie/tumorile-ficatului-si-ale-tractului-biliar/tumori-nefunctionale-ale-celulelor-insulare-pancreatice.php) cerebrale, [leucemie](http://www.medicultau.com/boli-si-tratamente/gemoterapia/dictionar-medical-de-gemoterapie/leucemie.php) şi carcinom al corticosuprarenalei. Neurofibromatoza 1 (NF-l, forma periferica, boala Recklinghausen) se caracterizează prin neurofibroame multiple şi pete *cafe au lait*. Neurofibroamele suferă ocazional o degenerare malignă, devenind tumori maligne ale tecii nervilor periferici. Gena pentru NF-l este localizată în regiunea pericentromerică a cromozomului 17 şi codifică neurofi-bromina, o proteină supresoare tumorală cu activitate activatoare a GTP-azei care inhibă funcţia Ras. Mutaţia liniei germinative alocmv&uiRb-l (cromozomul 13ql4) la pacienţii cu retinoblastom moştenit se asociază cu dezvoltarea osteosarcomului la cei care supravieţuiesc retinoblastomului şi a sarcoamelor de ţesuturi moi nelegate de radioterapie. Alte tumori de ţesuturi moi, cuprinzând tumorile dermoide, lipoamele, leiomioamele, neuroblastoamele si paraganglioamele, demonstrează, ocazional, o predispozitie familială.

***Factorul de crestere asemănător insulinei (IGF) tipul 2*** este produs de unele sarcoame şi se presupune că actionează atât ca un factor de creştere autocrin, cât şi ca un factor de motilitate care promovează metastazarea. Anticorpii împotriva receptorilor IGF-l blochează stimularea creşterii in vitro de către IGF-2, dar nu afectează motilitatea indusă de IGF-2. Dacă este secretat în cantităţi mari, IGF-2 poate produce hipoglicemie

***C.2.3. Conduita pacientului cu tumora malignă a ţesuturilor moi***

***Caseta 5. Obiectivele procedurilor de diagnostic în CBP***

* Prezenţa tumorii maligne
* Determinarea localizării procesului
* Stabilirea răspândirii procesului
* Estimarea factorilor de risc pentru evoluţia nefavorabilă
* Aprecierea tacticii de tratament
* Aprecierea pronosticului

***Caseta 6. Procedurile de diagnostic în tumorile ţesuturilor moi***

* Anamnestic
* Examenul fizic
* Radiografia cutiei toracice
* Investigaţii de laborator şi paraclinice

**C.2.3.1. *Anamneza***

***Caseta 7. Recomandări pentru culegerea anamnesticului.***

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

**C.2.3.2. *Manifestările clinice***

***Caseta 8. Regulile examenului fizic***

1. Inspecţia (pentru depistarea prezenţei formaţiunii tumorale, dimensiunilor tumorii, prezenţa ulceraţiilor, hiperemia zonei afectate)
2. Palpaţia tumorii (se apreciază mobilitatea, punctele dolore)
3. Palparea zonelor de drenare limfatică

***Tabelul 2. Manifestările clinice***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Nr de ordine*** | ***Denumirea tumorii*** | ***Tabloul clinic*** |
| 1 | Fibrosarcom | Vîrsta 30-40 ani. Localizare: coapsa, umăr. Se dezvoltă în adâncul mişchilor din septurile intermusculare. Simptoame clinice nu prezintă, dacă apasă asupra nervului, bolnavul acuză dureri. Evoluează o perioadă de timp lent, apoi se accelerează şi în scurt timp metastazează. Evoluează şi metastazează rapid mai mult în pulmoni. La palpare tumora este dură, indoloră, forma rotundă, bine delimitată. Pielea deasupra ei este neschimbată şi nu are ulceraţii. |
| 2 | Liposarcom | Vîrsta vulnerabilă 50-60 ani, preponderent la bărbaţi. Locarizarea: coapsă, articulaţia genunchiului, retroperitoneum. Tumorile diferenţiate evoluează lent, asimptomatic. Cele nediferenţiate au evoluţie rapidă. La palpare tumora rotundă, elastică, cu structura lobulară, indoloră, bine delimitată. Pielea neschimbată. Cresc în spaţiile intermusculare. Formele nediferenţiate metastazează în plămîni (40%), uneori în inimă, ficat, creier. |
| 3 | Rabdomiosarcom | Tumora malignă din elementele musculaturii striate. Se întîlneşte mai frecvent la bărbaţi, 40-60 de ani. Are 4 forme: pleomorfă, alveolară, embrionară, bitrioidă. Clinic se manifestă prin noduli (solitari sau multipli) de consistenţă moale-elastică, cu limite neclare. Evoluează rapid, asimptomatic, este însoţită de dilataţie varicaosă a venelor. Penetrează derma şi provoacă ulceraţii. Recidivează devreme. Metastazează în pulmoni. |
| 4 | Angiosarcom | Tumori maligne ale vaselor se întîlnesc rar. Se depistează întîmplător în adâncul ţesuturilor. Nodul tumoral de consistenţă moale-elastică, limite neclare, parţial mobil, dureros la palpare. Evoluează rapid, influenţează ţesuturile şi venele, provocînd edeme. Metastazează frecvent în ganglionii regionali şi hematogen în pulmoni, oase şi alte organe interne. |
| 5 | Sarcom sinovial | Tumora malignă din capsula sinovială articulară, fascii şi tunicele tendinoase. Afectează vîrsta 40-50 ani, localizarea – membrele inferioare, egal bărbaţi – femei. Se depistează întâmplător, decurge asimptomatic. Tumora este de consistenţă dură, fixată, invadează osul. Sinovioamele maligne adenomatoase metastazează regional (16–20%), cale fibroase metastazează în pulmoni (50-60%) |
| 6 | Neurinom malign | Tumora malignă din tunica nervilor (Şwan). Se întîlneşte rar, preponderent la bărbaţi tineri şi de vîrstă mijlocie. Se localizează pe părţile distale ale membrelor (mîini, labele picioarelor). Tumora este fuziformă, moale-elastică, indoloră la palpare, are contururi neclare, decurge fără simptome, invadează derma, dar nu ulcerează. Metastazează în pulmoni. |

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

**Tabelul 3. *Etapizarea momentelor de screening şi diagnosticul tumorilor maligne ale ţesuturilor moi***

#### 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 | Policlinica IMSP Institutul Oncologic | Secţia Oncologie Generală IMSP Institutul Oncologic |
| Screening-ul clinic | Inspecţia* Radiografia zonei afectate
* Radiografia cutiei toracice
* ECG
* Analiza generală a sângelui
* Analiza generală a urinei
* Biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg)).
* Indicii coagulogramei.
 | Inspecţia\** Radiografia zonei afectate\*
* Radiografia cutiei toracice\*
* Angiografia arterială
* ECG\*
* Analiza generală a sângelui\*
* Analiza generală a urinei\*

Biochimia sîngelui\* (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg).* Indicii coagulogramei\* (timpul recalcinării, timpul coagulării, indexul protrombinic şi altele - în funcţie de patologia concomitentă).
* Scanarea scheletului osos
* TC creerului
* RMN zonei afectate
* USG abdomenului
* Puncţia pleurală la necesitate
* Ecocardiografia
* Puncţia formaţiunii tumorale
* Examenul citologic al punctatului
* Examenul histologic al punctatului
 | Inspecţia\** Radiografia cutiei toracice\*
* Radiografia zonei afectate\*
* Angiografia arterială\*
* ECG\*
* Analiza generală a sângelui\*
* Analiza generală a urinei\*

Biochimia sîngelui\* (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg).Indicii coagulogramei\* (timpul recalcinării, timpul coagulării, indexul protrombinic şi altele - în funcţie de patologia concomitentă).* Puncţia tumorii\*
* Pregătirea frotiului pentru investigaţie citologică.
* Investigaţia citologică a frotiului.
* Investigaţia histologică materialului preluat
* TC toracelui
* Scanarea scheletului osos
* TC creierului
* Ecocardiografia
* RMN zonei afectate\*
* USG abdomenului
* Spirometria
* Biopsia deschisă a tumorii\*\* cu preluarea materialului pentru examen citologic şi histologic
* Puncţia pleurală la necesitate
 |

**C.2.3.4. *Tratamentul***

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

***Tabelul 4. Tratamenul aplicat în dependenţă de stadiul bolii.***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Stadiul*** | ***Tratamentul*** |
| **Stadiul IA** (T1a-1bNx,0M0, grad mic de malignitate) | Excizia lărgită a tumorii în limitele zonei anatomice |
| **Stadiul IB** (T2a-2bNx,0M0, grad jos de malignitate) | * excizia tumorii (T2a – excizia lărgită, T2b – operaţie radicală organomenajantă) + o cură de radiotarapie postoperatorie
* în cazul tumorilor local – răspîndite, cînd este imposibil la prima etapă de efectuat operaţie radicală, se efectuiază o cură de radioterapie preoperatorie
* cu scopul măririi eficacităţii tratamentului neoadjuvant în cazul planificării operaţiilor organomenajante în schema de tratament se include chimioterapia regională
* în cazul prezenţei unui defect postoperator mare, după înlăturarea chirurgicală a tumorii, care este imposibil de înlăturat printr-o plastie simplă se efectuiază plastia:
1. cu lambou cutanat liber
2. cu ţesuturi locale
3. plastia cu insuliţe cutanate libere, cu lambouri pe pedicol vascular cu aplicarea tehnicii microchirurgicale
* în cazul imposibilităţii efectuării operaţiilor organomenajante condiţionate de un proces local – răspîndit şi ineficacitatea tratamentului neoadjuvant se efectuiază amputarea membrelor
 |
| **Stadiul II A** (T1a-1bNx,0M0, grad înalt de malignitate) | * radioterapie pre- şi postoperatorie + excizia lărgită a tumorii
* în cazul T1b se efectuează suplimentar 3 – 4 cure PCT adjuvantă
* în cazul unui defect postoperator mare care este imposibil de înlăturat prin suturare simplă se efectuează una din tipurile de plastie
 |
| **Stadiul II B** (T2aNx,0M0, grad înalt de malignitate) | * radioterapie pre- şi postoperatorie + înlăturarea chirurgicală a tumorii (T2a – excizie lărgită, T2b – operaţie radicală organomenajantă) + 3 – 4 cure PCT adjuvantă
* cu scopul măririi eficacităţii tratamentului neoadjuvant, în cazul planificării operaţiilor organomenajante, în schemele de tratament se include PCT regională
* în cazul formării unui defect postoperator,care nu poate fi înlăturat printr-o suturare simplă, se aplică una din metodele de plastie
* în cazul imposibilităţii efectuării unei din operaţiile organomenajante în legătură cu un proces local-avansat sau lipsei efectului clinic de la tratamentul neoadjuvant se efectuează amputarea membrelor
 |
| **Stadiul III** (T2bNx,0M0, grad înalt de malignitate) |
| **Stadiul IV** ( orice T N1M0, orice grad de malignitate) | * tratamentul complex se efectuiază după principiile tratării sarcoamelor ţesuturilor moi în stadiul I – III cu considerarea gradului de diferenţiere a tumorii şi răspîndirii locale a tumorii
* componentul chirurgical include tratarea focarului primar (operaţii organomenajante sau amputaţii) şi limfodisecţie regională unimomentană sau pe etape
 |
| **Stadiul IV** (orice T orice N M1, orice grad de malignizare) | * se efectuiază tratament simptomatic şi paliativ după programe individuale cu includerea PCT şi/sau a radioterapiei
* intervenţiile chirurgicale se efectuiază cu scopul micşorării masei tumorale şi la indicaţii vitale
 |

**Tabelul 5. Tratamentul în dependenţă de tipul tumorii.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr de ordine** | **Tipul tumorii** | **Tratamentul** |
| 1 | Fibrosarcom | Excizie lărgită cu biopsie intraoperatorie. În caz de invadare a pachetului neurovascular – amputarea membrului. Principiul de bază – radicalismul operaţiei. Intervenţia chirurgicală este în tumori mici superficial localizate, mobile şi accesibile. Prognoza este favorabilă în caz de respectare a radicalismului. |
| 2 | Liposarcom | Tratament chirurgical – excizie largă în limita ţesuturilor sănătoase. Radioterapie postoperatorie în forme nediferenţiate şi recidive. În tumorile inoperabile: radioterapie preoperatorie şi intervenţie chirurgicală (forme puţin diferenţiate) |
| 3 | Rabdomiosarcom | Tratament chirurgical: excizia lărgită. În localizarea pe membre este indicată amputaţia cu exarticulaţie. Radioterapia este indicată ăn formele inoperabile, în recidive şi în cadrul tratamentului complex postoperator. Prognosticul absolut nefavorabil |
| 4 | Angiosarcom | La stadii incipiente – excizia tumorii în limitele ţesuturilor sănătoase cu limfadenectomia ganglionilor regionali. Prognosticul nefavorabil. |
| 5 | Sarcom sinovial | Tratament chirurgical. Tumorile avansate, recidivele impun amputaţie cu exarticulaţie. Prognosticul nefavorabil. |
| 6 | Neurinom malign | Tratament chirurgical – excizie lărgită în limita ţesuturilor sănătoase + radioterapie postoperatorie. În caz de invadare a nervului – se efectuează rezecţia lui. Prognosticul nefavorabil. |

**C.2.3.4.1. *Tratamentul chirurgical***

Tratamentul chirurgical ca metodă independentă se utilizează în tratamentul tumorilor primare înalt diferenţiate (T1a) cu condiţia efectuării intervenţiei chirurgicale radicale. În restul cazurilor tratamentul este combinat sau complex unde primordial este înlăturarea chirurgicală a tumorii. Programul de tratament ajustează în dependenţă de forma morfologică, răspîndirea procesului, dimensiunile şi localizarea tumorii, vîrsta şi patologia concomitentă a pacientului.

***Caseta 9. Principiile tratamentului chirurgical***

* + 1. în bloc cu tumoarea se înlătură şi locul biopsiei precedente
		2. înlăturarea tumorii se efectuiază în limitele securităţii oncologice
		3. limfodisecţia regională în cazul lipsei afectării ganglionilor limfetici regionali nu se efectuiază

***Caseta 10. Particularităţile suportului anesteziologic***

* În cazul tumorilor maligne a ţesuturilor moi intervenţiile chirurgicale se efectuează cu anestezie generală sau trunculară (atunci cînd sunt contraindicaţii către anestezia generală)
* Trepanobiopsia e posibil de efectuat şi cu anestezie locală

**C.2.3.4.2. *Pregătire preoperatorie***

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.2.3.4.3. *Procedee chirurgicale***

 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 răspândirii procesului tumoral, sau stării generale a pacientului

***Caseta 11. Tipurile principale de intervenţii chirurgicale***

* 1. ***Excizia simplă*** a tumorii se efectuează excepţional la etapa stabilirii diagnosticului morfologic
	2. ***Excizia lărgită*** (excizia lărgită locală) reprezintă înlăturarea tumorii într-o zonă anatomică în bloc unic cu pseudocapsula la o distanţă de 4 – 6 cm şi mai mult de la marginea vizuală a tumorii. Excizia lărgită se efectuiază în cazul tumorilor superficiale cu grad mic de malignizare răspîndite în piele, ţesutul subcutan, subiacent fasciei superficiale (fibrosarcoame mici, liposarcoame, desmoizi, dermatofibrosarcoame). Această intervenţie nu se efectuează în cazul tumorilor cu malignitate înaltă.
	3. ***Operaţii organomenajante radicale*** se efectuează în cazul sarcoamelor cu malignitate înaltă, cu localizare profundă si includ înlăturarea tumorii împreună cu ţesuturile moi adiacente cu includerea într-un bloc a fasciilor şi muşchilor neafectaţi care se înlătură total cu excizia lor de la locul inserţiei. La necesitate se efectuează rezecţia vaselor, nervilor, oaselor, efectuînd unimomentan operaţii plastice reconstructive la vase, nervi, oase, articulaţii. Operaţiile organomenajante în cazul tumorilor maligne a ţesuturilor moi se efectuează excepţional în cadrul tratamentului combinat şi complex. La necesitate controlul radicalismului intervenţiilor chirurgicale se înfăptuieşte prin examenul histologic extemporaneu a marginilor plăgii.
	4. ***Amputaţii şi dezarticulaţii a membrelor*** se efectuează în cazul cînd nu este posibilă efectuarea operaţiilor organomenajante, în cazul tumorilor masive cu implicarea în proces a articulaţiilor, oaselor, pachetelor vasculo-nervoase magistrale şi neeficacitatea tratamentului neoadjuvant.

**C.2.3.4.4. *Conduita postoperatorie***

***Caseta 12***. ***Conduita postoperatorie***.

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

**C.2.3.4.5. *Tratament chimioterapic***

***Caseta 13. Criteriile de spitalizare în 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 14. Indicaţiile pentru tratament chimioterapic în tumorile maligne ale ţesuturilor moi.***

* Poate fi considerată în calitate de tratament adjuvant la pacienţii cu factorii prognostici nefavorabili (G3, sarcoamele capului şi gîtului, dimensiunea tumorii mai mare de 5 cm ş.a.)
* Poate fi considerată în calitate de tratament neoadjuvant
* În metastaze
* În boala recidivantă

***Caseta 15. Indicaţiile pentru tratament chimioterapic în Sarcomul Capoşi***

În sarcomului Capoşi metoda de tratament de bază este chimioterapia.

Este indicată:

* în formele localizate (monochimioterapa)
* în formele generalizate (polichimioterapia)

în cazul recidivelor după tratament local

* poate fi considerată administrarea intratumorală a citostaticelor

**Tabelul 6. *Selectarea chimioterapiei în tumorile maligne ale ţesuturilor moi***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **nr.d/o** | **schema** | **protocolul** | **doza/zi** | **mod de administrare** | **zile** | **interval între cure** |
| 1 | ***Doxorubicină\**** | Doxorubicină\* | 75 mg/m2 | i/v | 1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| 2 | ***ACOP-Pt*** | Doxorubicină\*CiclofosfamidăVincristinCisplatinPrednisolon | 50 mg/m2600 mg/m22 mg/m2100 mg/m21 mg/kg | i/vi/vi/vi/vp/o | 1 zi1 zi1 zia 4-a zi1-5 zi | fiecare 3-4 săptămîni |
| 3 | ***DI*** | Doxorubicină\*IfosfamidăMesnum\* | 50 mg/m25 g/m2 | i/vi/v, perf | 1 zi24 ore1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| 4 | ***ADI (MAID)*** | Doxorubicină\*DacarbazinIfosfamidă | 20 mg/m2250 mg/m22,5 g/m2 | i/vi/vi/v perf cu Mesna | 1-3 zi1-3 zi1-3 zi | fiecare 3-4 săptămîni |
| 5 | ***CyVADIC*** | CiclofosfamidăVincristinDoxorubicină\*Dacarbazin | 500 mg/m21 mg/m250 mg/m2250 mg/m2 | i/vi/vi/vi/v | a 2-a zi1,8,15 zi1 zi1-5 zi | fiecare 3-4 săptămîni |
| 6 | ***CAV*** | VincristinDoxorubicină\*Ciclofosfamidă | 1,4 mg/m240 mg/m2 600 mg/m2 | i/vi/vi/v | 1,8 zi1,8 zi1,8 zi | fiecare 3-4 săptămîni |
| 7 | ***CAPO*** | CisplatinDoxorubicină\*VincristinCiclofosfamidă | 100 mg/m230 mg/m21,4 mg/m2600 mg/m2 | i/vi/vi/vi/v | 1 zi2-4 zia 5-a zia 6-a zi | fiecare 3-4 săptămîni |
| 8 | ***VAC*** | VincristinMesnum\*Ciclofosfamidă | 1,4 mg/m20,3 mg/m2200 mg/m2 | i/vi/vi/v | 1,8 zi1,3,5,8,10,12 zi1,3,5,8,10,12 zi | fiecare 3 săptămîni |
| 9 | ***GD*** | GemcitabinăDocetaxel | 900 mg/m2100 mg/m2 | i/vi/v | 1,8 zia 8-a zi | fiecare 3 săptămîni |

**Tabelul 7. *Selectarea chimioterapiei în caz de sarcomul Capoşi***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **nr.d/o** | **schema** | **protocolul** | **doza/zi** | **mod de administrare** | **zile** | **interval între cure** |
| ***Chimioterapie combinată*** |
| 1 | ***BV*** | BleomicinVincristin | 10 UI/m21,5 mg/m2(maximal 2mg) | i/vi/v | 1,15 zi1,15 zi | fiecare 4 săptămîni |
| 2 | ***ABV*** | Doxorubicină\*BleomicinVinblastin | 40 mg/m215 UI/m26 mg/m2 | i/vi/vi/v | 1 zi1,15 zi1 zi | fiecare 4 săptămîni |
| 3 | ***AD*** | Doxorubicină\*Metotrexat | 40 mg/m240 mg/m2 | i/vi/v | 1 zi1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| 4 | ***ABO*** | Doxorubicină\*BleomicinVincristin | 20-30 mg/m210 UI/m21,4 mg/m2 (maximal 2mg) | i/vi/vi/v | 1 zi1 zi1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| ***Monochimioterapie*** |
| 1 | ***Liposomal Daunorubicin*** | Liposomal\* Daunorubicin | 40 mg/m2 | i/v | 1 zi | fiecare 2 săptămîni |
| 2 | ***Pegylated Liposomal Doxorubicină\**** | Pegylated\*Liposomal\* Doxorubicină\* | 20 mg/m2 | i/v | 1 zi | fiecare 3 săptămîni |
| 3 | ***Paclitaxel*** | PaclitaxelsauPaclitaxel | 135 mg/m2sau100 mg/m2 | i/vi/v | 1 zi1 zi | fiecare 3 săptămînifiecare 2 săptămîni |
| 4 | ***Etoposide*** | Etoposidesau Etoposide | 100 mg/m2sau100 mg/m2 | i/vp/o | 1-5 zi1-14 zi | fiecare 3 săptămînifiecare 3-4 săptămîni |
| 5 | ***Interferon alfa 2a*** | Interferon alfa 2a | 36 mln UI/m2 | i/m | zilnic8-12 săptămîni |  |
| 6 | ***Interferon alfa 2b*** | Interferon alfa 2b | 30 mln UI/m2 | s/c sau i/m | 3 ori pe săptămînă |  |

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

***Caseta 16. Particularităţi de administrare ale unor medicamente citostatice.***

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

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

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

***Docetaxel*** – se va administra după premedicare: dexametazon 8mg i/m cu 13 ore, 7 ore 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)

***Caseta 17. 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.2.3.4.6. *Tratament radioterapic***

***Caseta 18. 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 19. 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 câmpurilor 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 câmpului –*** traseul protecţiilor este adaptat fiecărui bolnav, după datele radiologice şi tomografiei computerizate

***f)poziţionarea şi controlul*** – poziţionarea la aparatul de tratament este efectuată de medic la prima şedinţă şi ulterior o dată pe săptămână

***Caseta 20. Supravegherea în timpul tratamentului.***

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

* verificarea ca tratamentul să se desfăşoare conform planului terapeutic, asigurarea ca toţi parametrii tehnici să fie corecţi
* în cazul asocierii cu chimioterapia, 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 săptămânal al hemoleucogramei complete
* legătura cu pacientul, răspunzînd la întrebările şi explicarea în detaliu
* planificarea etapelor următoare de tratament (chimioterapia, al doilea sau al treilea timp de iradiere, consultaţii de supraveghere)

***Caseta 21. Contraindicaţii pentru aplicarea RT preoperatorie*:**

**-**lipsa confirmarii morfologice

-distructie tumorala cu risc de hemoragie

-starea generală, ce nu permite efectuarea tratamentului specific

-prezenţa patologiilor concomitente severe (decompensate)

-indicii de laborator – în afara limitelor admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

-lipsa acordului pacientului pentru efectuarea tratamentului specific antitumoral

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

* Se aplică TGT şi terapia cu electroni în calitate de cura preoperatorie sau postoperatorie cu DS-50-70Gy în regim de fracţionare clasică.
* Metoda de elecţie a sursei radiante şi energia fluxului de electroni se determină în dependenţă de localizarea şi profunzimea focarului tumoral.
* Pentru repartizarea precisă a dozei de iradiere la focarul tumoral se aplică metode de iradiere din mai multe cîmpuri.
* Limitele cîmpurilor de iradiere este necesar să fie cu 3-4 cm mai mari decît volumul tumorului. În caz de tumori masive şi /sau gradul înalt de malignitate cîmpul de iradiere e necesar să includă pînă la 10cm ţesuturi proximal şi distal de la limitele tumorii.
* În aşa fel după aplicarea DS-45-50Gy cîmpul de iradiere se micşorează pînă la limitele tumorii. În caz de localizarea tumorii pe membre pentru a evita dezvoltarea osteonecrozei postradiante se aplică cîmpuri de iradiere oblice. Pentru a evita fibroza pronunţată, contractura musculară şi edemul e necesar de a exclude din cîmpul de iradiere pînă la 1/3 din diametrul membrului.
* RT postoperatorie se aplică după confirmare morfologică în caz că nu s-a aplicat RT preoperatorie) deasemenea în caz de intrervenţie chirurgicală condiţionat radicală şi neradicală.
* RT se aplică nu mai tîrziu de 4 săptămini după interventie chirurgicala.
* Daca RT preoperatorie nu a fost aplicată, in zona de iradiere se include loja tumorala, 2cm ţesuturi înconjuratoare şi cicatricea postoperatorie cu DS-46-60Gy.
* În caz de tumori nerezectabile se aplică RT după program radical DS70Gy în regim de fracţionare clasică.

**C.2.3.5. *Supravegherea***

***Caseta 23.*** ***Metodele de evaluare a eficienţei tratamentului anticanceros.***

* subiective
* fizicale (vizuală, palpare, percuţie)
* radiologice
* endoscopice
* sonografice
* tomografia computerizată
* rezonanţa magnetică nucleară
* izotopice
* biochimice

***Caseta 24. 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 până la avansare
4. Supravieţuirea medie.

***Caseta 25. 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 sângelui + trombocite (o dată pe săptmână)
* analiza biochimică a sângelui ((glicemia, ureea, 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.

.

**C.2.3.6*.Dispensarizarea***

***Caseta 26. Dispensarizarea bolnavilor trataţi***

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

***Caseta 27. Investigaţii efectuate în dispensarizare***.

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

**C.2.4. Complicaţiile**

***Caseta 28. Divizarea complicaţiilor.***

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

***Caseta 29. Complicaţiile legate de tratament chirurgical***

1. ***Complicaţii sistemice***
* *Febra* – hipertermia simpatogenică în primele zile
* *Tahicardia* ***–*** răspuns la agresie chirurgicală
* *Algiile*
* *Dereglări respiratorii*
* *Dereglări cardio-vasculare (*hipovolemie, dereglările ritmului cardiac, hipotonie, hipertonie, stenocardie, embolia arterei pulmonare, tromboza venelor profunde, dereglările renale, atonia stomacului şi intestinului)
1. ***Complicaţii locale***
* *Hemoragiile*
* *Insuficienţa suturilor*

***Caseta 30. Complicaţiile tratamentului radiant.***

* Distrucţia tumorii
* Hemoragiile
* Hiperemia locală

***Caseta 31. Complicaţiile tratamentului chimioterapic***

* *Febra* – hipertermia simpatogenică în primele zile
* *Tahicardia* ***–*** răspuns la agresie chirurgicală
* *Dereglări dispeptice* (greaţă, vomă)

## 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
* asistente medicale.
 |
| **Dispozitive medicale:*** cabinet radiologic cu echipament;
* electrocardiograf;
* ultasonograf;
 |
| **Laboratoare:*** laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteine, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, ionograma (K, Ca, Mg), glucoza sângelui), indicilor coagulogramei.
* laborator citologic
* laborator bacteriologic
 |
| **Medicamente şi consumabile**:* Soluţiile antiseptice: Alcool etilic 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofural - 0,02%-500ml. etc.
* Sol. Lidocaină 2% - 2ml N 4
* Sol.Clorură de sodiu 0,9% - 200ml
* Analgezice opioide (Sol.Morfină1%-1ml, Sol. Trimeperidină 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml, Sol.Tramadol 5% - 2ml)
* Analgezice neopioide (Sol. Metamizol 50% - 2ml, Sol. Difenhidramină 1%, Sol. Ketoprofen - 100 mg/2 ml)
* Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicină 80 mg, Cefazolină 1,0, Sol. Ciprofloxacină 0,2%- 100 ml, Imipinem+Cilastatin – 500 mg, Sol. Metronidazol 0,5%-100ml. etc.)
* Tifon steril şi bumbac steril.
* Emplastru.
* Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.).
* Mănuşi de cauciuc sterile pentru personalul medical.
* Seringi 10,0 N 2
 |
| *D3. Instituţiile de asistenţă medicală specializată ambulatorie (Policlinica IMSP Institutul Oncologic)* | **Personal:*** medic oncolog specialist în tumorile aparatului locomotor;
* medic radioimagist;
* medic imagist (USG)
* medic morfolog;
* medic citolog.
* medic funcţionalist
* medic de laborator;
* asistente medicale.
 |
| **Dispozitive medicale:*** electrocardiograf;
* ultasonograf inclusiv dotat cu Doppler
* 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 sângelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteine, bilirubina, ureea, ALT, AST, fosfataza alcalină, glucoza sângelui, ionograma (K, Ca, Mg)), indicilor coagulogramei;
* laborator citologic;
* laborator patomorfologic;
 |
| **Medicamente şi consumabile**: * Soluţiile antiseptice: Alcool etilic 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofural - 0,02%-500ml. etc.
* Sol. Lidocaină 2% - 2ml N 4
* Sol.Clorură de sodiu 0,9% - 200ml
* Analgezice opioide (Sol.Morfină1%-1ml, Sol. Trimeperidină 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml, Sol.Tramadol 5% - 2ml)
* Analgezice neopioide (Sol. Metamizol 50% - 2ml, Sol. Difenhidramină 1%, Sol. Ketoprofen - 100 mg/2 ml)
* Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicină 80 mg, Cefazolină 1,0, Sol. Ciprofloxacină 0,2%- 100 ml, Imipinem +Cilastatin – 500 mg, Sol. Metronidazol 0,5%-100ml. etc.)
* Tifon steril şi bumbac steril.
* Emplastru.
* Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.).
* Mănuşi de cauciuc sterile pentru personalul medical.
* Seringi 10,0 N 2
 |
| ***D4. Instituţiile de asistenţă medicală spitalicească: secţia oncologie generală, secţia chimioterapie (nr.1,2,3), secţia radioterapie (nr.1,2,3) a IMSP Institutul Oncologic*** | **Personal:** * medic oncolog specialist în tumorile aparatului locomotor;
* 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;
* 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 ân parafină;
* laborator clinic standard pentru determinarea: analizei generale a sângelui + trombocite, analizei generale a urinei, biochimiei sângelui (proteine, bilirubina, urea, ALT, AST, fosfataza alcalină, glucoza sângelui, ionograma (K, Ca, Mg),), indicilor coagulogramei
* laborator citologic;
* blocul chirurgical dotat cu instrumente şi utilaj pentru efectuarea intervenţiilor chirurgicale ân oncologie (instrumente standard + electrocoagulator);
 |
| **Medicamente şi consumabile**: * Soluţiile antiseptice: Alcool etilic 70%, Polividon-iod 10%, Sol.Nitrofural - 0,02%-500ml. etc.
* Sol. Lidocaină 2% - 2ml N 4
* Sol.Clorură de sodiu 0,9% - 200ml
* Analgezice opioide (Sol.Morfină1%-1ml, Sol. Trimeperidină 2%-1ml, Sol. Omnopon 2%-1ml, Sol.Tramadol 5% - 2ml)
* Analgezice neopioide (Sol. Metamizol 50% - 2ml, Sol. Difenhidramină 1%, Sol. Ketoprofen - 100 mg/2 ml)
* Preparate antibacteriene în asortiment, pentru administrare conform datelor antibioticogramei (Gentamicină 80 mg, Cefazolină 1,0, Sol. Ciprofloxacină 0,2%- 100 ml, Imipinem+Cilastatin – 500 mg, Sol. Metronidazol 0,5%-100ml. etc.)
* Tifon steril şi bumbac steril.
* Emplastru.
* Instrumente pentru pansament (pense, foarfece etc.).
* Mănuşi de cauciuc sterile pentru personalul medical.
* Seringi 10,0 N 2
 |

## E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

| **Nr.** | **Scopul** | **Indicatorul** | **Metoda de calculare a indicatorului** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numărător** | **Numitor** |
| 1.  |

|  |
| --- |
| Ameliorarea calităţii examinării clinice şi celei paraclinice a pacienţilor cu scopul diagnosticului tumorilor maligne ale ţesuturilor moi. |

 |

|  |
| --- |
| 1.1. Proporţia pacienţilor cu diagnosticul de tumor malign a ţesuturilor moi, cărora li s-a efectuat examenul clinic şi paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor protocolului clinic naţional . „Tumorile maligne ale ţesuturilor moi”. |

 |

|  |
| --- |
| 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 dezvoltarea tumorilor maligne ale ţesuturilor moi; şi a fost efectuat examenul clinic şi paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor protocolului clinic naţional. Tumorile maligne ale ţesuturilor moi pe parcursul ultimul an x 100. |

 | Numărul total de persoane/pacienţii persoane 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 tumorile maligne ale ţesuturilor moi. |

 | 2.1. Proporţia pacienţilor cu diagnosticul de tumorile maligne ale ţesuturilor moi, cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic naţional Tumorile maligne ale ţesuturilor moi. | Numărul de pacienţi cu diagnosticul de, tumorile maligne ale ţesuturilor moi cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic naţional Tumorile maligne ale ţesuturilor moi pe parcursul ultimul an x 100. |

|  |
| --- |
| Numărul total de pacienţi cu diagnosticul de Tumori maligne ale ţesuturilor moi de pe lista medicului oncolog  |

 pe parcursul ultimului an. |
| 3.  | A implementa scrining-ul radiologic persoanelor de la 20 ani până la 64 ani. | 3.1. Proporţia persoanelor din grupele de risc supuse screening-ul radiologic o dată în 6 luni. | Proporţia persoanelor(20-64 ani) supuse scrining-ului radiologic o dată în 6 luni, pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de persoanelor (20-64 ani), care se află la evidenţa medicului oncolog, pe parcursul ultimului an. |
| 4.  | A reduce divergenţele în diagnosticul pre-şi postoperatoriu în tumorile maligne ale ţesuturilor moi. | 4.1. Proporţia bolnavilor cu divergenţe în diagnostic în tumorile maligne ale ţesuturilor moi, pe parcursul unui an. | Numărul bolnavilor cu divergenţe în diagnostic în tumorile maligne ale ţesuturilor moi, pe parcursul ultimului an x 100. | Numărul total de bolnavi cu tumorile maligne ale ţesuturilor moi care se află la evidenţa oncologului la Institutul Oncologic, pe parcursul ultimului an. |

**ANEXE**

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

(ghid pentru pacient)

***Întroducere***

Acest ghid descrie asistenţa medicală şi tratamentul persoanelor cu Tumori maligne ale ţesuturilor moi în Republica Moldova. Aici se explică indicaţiile, adresate persoanelor bolnave de Tumori maligne ale ţesuturilor moi, 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 Tumori maligne ale ţesuturilor moi
* prescrierea tratamentului pentru Tumori maligne ale ţesuturilor moi
* modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu Tumori maligne ale ţesuturilor moi

***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 tumorile maligne ale ţesuturilor moi şi care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

***Tumori maligne ale ţesuturilor moi***

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

* + 1. tumori de origine mezenchimală (cu excepţia tumorilor oaselor, sarcomului de uter, tumorile sistemului hemopoietic şi ţesutului reticulo-endotelial)
		2. tumorile nervilor periferici

 Nu au o predispoziţie aparte pentru bărbaţi sau femei, sau o vоrstă anumită. Etiologia este piţin cunoscută. 2/3 din tumorile ţesuturilor moi se localizează în regiunea coapselor, bazinului, umărului (incidenţa în Republica Moldova 2,5% ce constituie 109 bolnavi primari)

***Manifestările clinice ale Tumorilor maligne ale ţesuturilor moi***

Manifestările clinice în tumorile maligne ale ţesuturilor moi depind de localizarea iniţială a focarului tumoral, gradul de răspоndire al procesului tumoral în organism (stadiul clinic) şi varianta morfologică:

* prezenţa unei tumori
* acuze la dureri, preponderent nocturne şi de repaus rezistente la tratament antiinflamator şi analgezice neopioide
* atrofii musculare
* dereglări ale circulaţiei periferice
* edeme ale membrelor, elefantiazis

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

După obţinerea rezultatelor investigaţiilor efectuate medicul trebuie să discute rezultatele cu Dvs. şi să vă comunice modalitatea tratamentului.

***Tratamentul***

Tratamentul include efectuarea intervenţiei chirurgicale, chimioterapiei şi radioterapiei în volum prevăzut de Protocolul Clinic Naţional.

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

**BIBLIOGRAFIE**

***1. Berquist T, Ehman R, King B si colab.***: Value of MR imaging in differentiating benign from malignant soft tissue masses; study of 95 lesions. Am J Roentgenol, 1990, 155:1251-1255.

***2. Codorean I, Popescu A, Babalac C, Codorean IB, Diaconescu S***.: Studiu radioimagistic al sarcoamelor de parti moi ale membrelor. Revista Medicala Romania UPDATE, vol. IV, nr. 1-3, ianuarie-martie, 1998.

***3. De Schepper A, Parizel P, Ramon F, De Beuckeller L, Vandevenne J.:*** Imaging of soft tissue tumors, 1997. Springer, Berlin Heidelberg New York.

***4. Daldrup H, Shames D, Wendland M si colab***.: Correlation of dynamic contrast-enhanced MR imaging with histologic tumor grade. Am J Roentgenol, 1998, 171: 941-949.

***5. De Schepper A, Ramon F, Degryse H***.: Statistical analysis of MRI parameters predicting malignancy in 141 soft tissue masses. Fortschr-Roentgenstr, 1992, 156:587-591

***6. Dahlin KK .:*** Bone Tumors. General Aspects and Data on 11087 Cases. 5th ed., 1996, Philadelphia: Lippincott-Raven.

***7. Wolf R, Enneking W.:*** The staging and surgery of musculoskeletal neoplasm. Orthop Clin North Am, 1996, 27:473-481.

***8. Kransdorf M, Murphey M .:*** Imaging of soft tissue tumors. Saunders, 1997, Philadelphia.

***9. Fleming I.:*** Staging of pediatric cancer. Semin Surg Oncol, 1992, 8:94-97.

***10. Moulton J, Blebea J, Dunco D si colab.:*** MRI imaging of soft tissue masses; diagnostic efficacy and value in distinguishing between benign and malignant lesions. Am J Roentgenol, 1995, 164: 1191-1199.

***11. Murphey MD, Kransdorf MJ .:*** Soft tissue tumors. Eur Radiol (Suppl 2), 2001, S 249-258.

***12. Tung G, Davis L.:*** The role of magnetic resonance imaging in the evaluation of soft tissue masses. Crit Rev Diagn Imaging, 1993, 34: 293-308.

***13. Hermann G, Abdelwahab I, Miller T, Klein M, Lewis M .:*** Tumour and tumour-like conditions of soft tissue: magnetic resonance imaging features differentiating benign from malignant masses. Br J Radiol, 1992, 65:14-20.

***14. Hough T, Tung G, Terek R.:*** Staging. In: De Schepper A (ed) Imaging of soft tissue tumors. Springer, 1997, Berlin Heidelberg New York, pp 113-126.

***15. Mirowitz S, Totty W, Lee J.:*** Characterization of musculosketal masses using dynamic Gd-DTPA enhanced spin-echo MRI. J Comput Assist Tomogr, 1992, 16:120-125.

***16. Vandevenne J, De Schepper AM, De Beuckeller L si colab.:*** New concepts in understanding evolution of desmoid tumors: MR imaging of 30 lesions. Eur Radiol, 1997, 7:1013-1019.

***17. Moulton J, Blebea J, Dunco D si colab.:*** MR imaging of soft tissue masses; diagnostic efficacy and value in distinguishing between benign and malignant lesions. Am J Roentgenol, 1995, 164: 1191-1199

***18. Erlemann R, Reiser M, Peters P si colab.:*** Musculoskeletal neoplasm: static and dynamic Gd-DTPA enhanced MR imaging. Radiology, 1989, 171:767-773

***19. Verstraete K, De Deene Y, Roels H si colab.***: Benign and malignant musculoskeletal lesions:dynamic contrast-enhanced MR imaging – parametric “first-pass” images depict tissues vascularization and perfusion. Radiology, 1995, 192:835-843.

***20. Kransdorf M.:*** Malignant soft tissue tumors in a large referral population: distribution of specific diagnoses by age, sexand location. Am J Roentgenol, 1995, 164:395-402

***21. Kransdorf M.:*** Malignant soft tissue tumors in a large referral population: distribution of specific diagnoses by age, sexand location. Am J Roentgenol, 1995, 164:129-134

***22. Kransdorf MJ.:*** Radiologic evaluation of soft tissue masses: A current perspective. AJR Am I Roentgenol, 2001, 175; 575-587.

***23. Vanel D, Shappero L, Tardivon A si colab***.: Dynamic contrast-enhanced MRI with subtraction of aggressive soft tisuue tumors after resection. Skeletal Radiol, 1998, 27:505-510.

***24. De Schepper AM, De Beuckeleer L, Vandevenne J*** .:Magnetic Resonance of Soft tissue tumors. Erasmus Course of Magnetic Resonance Imaging.:187-199

***25. Enneking WF*** .:Clinical Musculoscheletal Pathology. 3rd Rev. Ed. Gainesville, Fl; Univ. of Fla. Press.