



Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

ULBS

Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

Facultatea de Medicină "Victor Papilian"

TEZĂ DE DOCTORAT
„ADENOPATIILE LATEROCERVICALE MALIGNNE
ȘI IMPLICAȚIILE LOR ÎN STOMATOLOGIE”

REZUMAT

Coordonator Științific:
Prof.Univ.Dr.Dan Sabău

Doctorand:
Albertina Stănilă

Sibiu
2015

CUPRINS

PARTEA GENERALĂ

INTRODUCERE	pg.1
CAPITOLUL I. Anatomia topografică și descriptivă a ganglionilor limfatici ai capului și gâtului	pg.2
I.1. Caracterile generale ale vaselor și ganglionilor limfatici.....	pg.2
I.2. Ganglionii limfatici ai capului și gâtului.....	pg.9
CAPITOLUL II.Examenul clinic și paraclinic al pacientului cu adenopatii cervicale maligne	pg.13
II.1 Examenul clinic.....	pg.13
II.2. Examenul paraclinic.....	pg.15
II.2.1. Metode chirurgicale de investigare paraclinică	pg.15
II.2.2. Metode imagistice de investigare paraclinică	pg.20
II.2.2. Alte metode de investigare paraclinică.....	pg.22
CAPITOLUL III.Principii generale de tratament în cazul tumorilor maligne oro-maxilo-faciale	pg.26
III.1. Conduita chirurgicală față de tumorile maligne din sfera OMF.....	pg.26
III.1.1. Extirparea procesului neoplazic primar.....	pg.27
III.1.2. Plastia reconstructivă a defectelor postoperatorii din sfera OMF.....	pg.28
III.2. Managementul ganglionilor limfatici cervicali metastatici.....	pg.36
III.2.1 Tehnici de eviderare cervicală.....	pg.37
CAPITOLUL IV.Tratamentul adjuvant al cancerelor din sfera OMF	pg.46
IV.1. Efectele radioterapiei asupra cavității orale.....	pg.46
IV.2. Complicații generate de tratamentul asociat radio-chimioterapic în procesele neoplazice cu localizare oro-maxilo-facială.....	pg.47
IV.2.1. Reacții acute.....	pg.47
IV.2.2. Reacții tardive.....	pg.54

PARTEA SPECIALĂ

I. MOTIVAȚIA LUCRĂRII.....	pg.56
----------------------------	-------

II. MATERIAL ȘI METODĂ.....	pg.57
III.PREZENTARE CAZURI CLINICE.....	pg.58
IV.REZULTATE	pg.114
V.DISCUȚII.....	pg.134
VI.CONCLUZII.....	pg.147
BIBLIOGRAFIE.....	pg.150
ANEXĂ.....	pg.159

Cuvinte cheie: adenopatii laterocervicale maligne, tumoră primară, cap și gât, evidare cervicală, ganglioni limfatici cervicali, metastaze, cavitate orală, plastic reconstructivă.

CAPITOLUL I

ANATOMIA TOPOGRAFICĂ ȘI DESCRIPTIVĂ A GANGLIONILOR LIMFATICI AI CAPULUI ȘI GÂTULUI

I.1. CARACTERELE GENERALE ALE VASELOR ȘI GANGLIONILOR LIMFATICI

Sistemul limfatic este alcătuit din: capilarele limfatice, vase limfatice, ganglioni limfatici și trunchiuri limfatice

GANGLIONII LIMFATICI sunt formațiuni mici, ovalare, plasate pe traiectul vaselor limfatice cu care se află într-o strânsă relație de dependență funcțională datorită faptului că structura și conformația lor anatomică este influențată de situația lor topografică.

Din punct de vedere histologic, ganglionii limfatici sunt înveliți la exterior de o capsulă fibroasă din care pornesc la nivelul hilului trabeculi conjunctivi care compartimentează incomplet parenchimul și care pătrund împreună cu vasele sanguine în ganglion.

Ganglionul limfatic prezintă o față convexă și un hil. Vasele aferente pătrund în ganglion la nivelul feței convexe și-l părăsesc la nivelul hilului sub forma unui singur vas eferent.

Scheletul de susținere al ganglionului limfatic este alcătuit din: **capsulă, trabeculi conjunctivi și stromă.**

Capsula este alcătuită din țesut conjunctiv dens, dezordonat și țesut adipos.

Trabeculii conjunctivi delimitează parenchimul în lobi incompleți iar **stroma** este alcătuită din țesut reticular.

Parenchimul este reprezentat de țesut reticular și țesut limfoid și este alcătuit din: **corticală, paracorticală și medulară.**

Corticala ganglionului limfatic este localizată la periferie, conține țesut limfoid organizat în niște formațiuni rotund-ovalare care poartă denumirea de foliculi limfoizi și posedă limfocite T în diferite stadii de diferențiere.

Foliculii limfoizi pot fi primari și secundari. Cei primari sunt în general mai închiși la culoare și mai omogeni în timp ce, cei secundari sunt alcătuiți din două regiuni: **mantaua sau regiunea periferică** mai închisă la culoare și **centrul germinativ sau regiunea centrală** mai deschisă la culoare.

Centrul germinativ al foliculului secundar prezintă la rândul său două zone: **o zonă întunecată** alcătuită din centroblaste de dimensiuni mari, citoplasmă bazofilă și nucleii palizi eucromatici și **o zonă clară** care deține centrocite, cu un aspect caracteristic și cu nucleii derivați.

În general la nivelul foliculilor limfoizi ai ganglionului limfatic predomină limfocitele B.

Zona paracorticală se află dispusă între corticală și medulară și este alcătuită în mare parte din limfocite T.

Medulara este dispusă central la nivelul ganglionului limfatic, deține țesut limfoid organizat sub formă de cordoane limfatice ramificate și anastomozate care delimitează sinusurile medulare.

Circulația sângelui și a limfei prin ganglioni

Limfa pătrunde în ganglioni la nivelul feței convexe prin intermediul vaselor limfatice aferente care asigură curgerea unidirecțională a limfei spre sinusul subcapsular prin intermediul valvelor, după care limfa străbate zona corticală la nivelul sinusurilor intermediare iar în cele din urmă ajunge în sinusurile medulare și părăsește ganglionul limfatic la nivelul hilului prin vasul eferent.

Circulația sanguină se realizează prin intermediul arterei care pătrunde în ganglioni prin hil, se ramifică în capilare și se distribuie celulelor și foliculilor limfoizi din medulară.

Sângele este recolectat de venule care se colectează într-o venă unică care părăsește prin hil ganglionul limfatic.

Funcțiile ganglionului limfatic

După **V.Papilian și Gheorghe Roșca** principalele funcții ale ganglionilor limfatici sunt:

1. Limfopoieza (și în mod secundar plasmocitogeneza și monocitopoieza);
2. Funcția de filtrare;
3. Funcția de apărare, respectiv fagocitoza și elaborarea de anticorpi;

4. Funcția metabolică: ganglionul limfatic, reprezintă un rezervor de nucleoproteine și participă la metabolismul lipidic (lipopexie și lipodiureză).

Limfa este pe de o parte sărăcită ca urmare a filtrării, la nivelul ganglionului fiind reținute o parte din componentele sale, respectiv celule, proteine, microbi, iar pe de altă parte este îmbogățită datorită anticorpilor și limfocitelor elaborate în ganglion.

I.2. GANGLIONII LIMFATICI AI CAPULUI ȘI GÂTULUI

Rețeaua limfatică a capului și gâtului conține ganglionii limfatici care sunt situați paralel cu vena jugulară internă, nervul spinal accesoriu, artera facială precum și ganglionii prezenți în triunghiul submandibular.

Clasificarea ganglionilor limfatici cervicali realizată de către ROUVIERE în 1938 a fost acceptată timp de aproape 40 de ani. Clasificarea a fost realizată pe considerente pur anatomice de aceea utilizarea ei s-a dovedit greu de realizat în practica clinică.

Regiunea cervicală a adultului descrie aproximativ 300 de ganglioni limfatici.

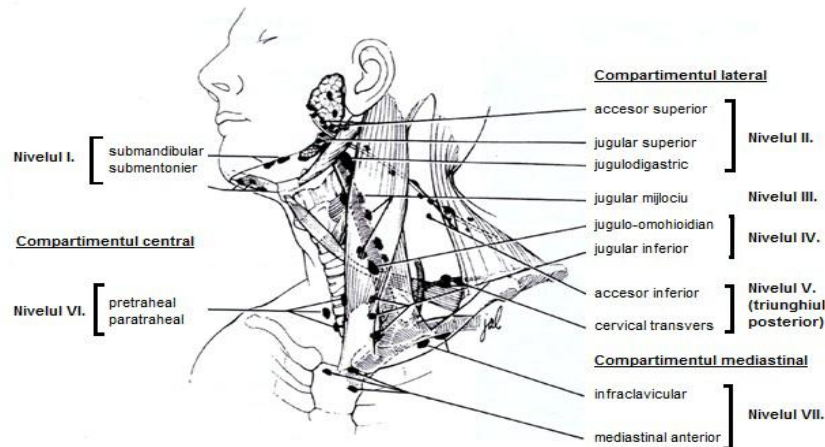


Figura 1. Ganglionii limfatici ai capului și gâtului

I. Limfaticele capului (Inelul lui Cuneo)

1. Ganglionii occipitali;
2. Ganglionii mastoidieni;
3. Ganglionii parotidieni;
4. Ganglionii submandibulari;
5. Ganglionii submentali;

6. Ganglionii sublinguali;
7. Ganglionii retrofaringieni;
8. Ganglionii faciali;

II. Limfaticele gâtului, la dreapta și la stânga sunt formate din câte trei lanțuri formând două triunghiuri (drept și stâng): triunghiul lui ROUVIERE.

9. Ganglionii cervicali anteriori;
10. Triunghiul lui ROUVIERE:
 - ganglionii jugulocarotidieni;
 - ganglionii lanțului spinal;
 - ganglionii cervicali transversî.

Clasificările impuse ca și referință în ceea ce privește sistemul ganglionar al capului și al gâtului au fost cele emise de Academia Americană de ORL – Chirurgie a Capului și Gâtului (AAO – HNS) și cea a American Joint Comitee In Cancer (AJCC). Aceste clasificări împart teritoriile ganglionare cervicale în șase nivele la care unii autori adaugă și un al șaptelea nivel, respectiv grupul ganglionar mediastinal superior, definind astfel limitele diferitelor nivele ganglionare cervicale.

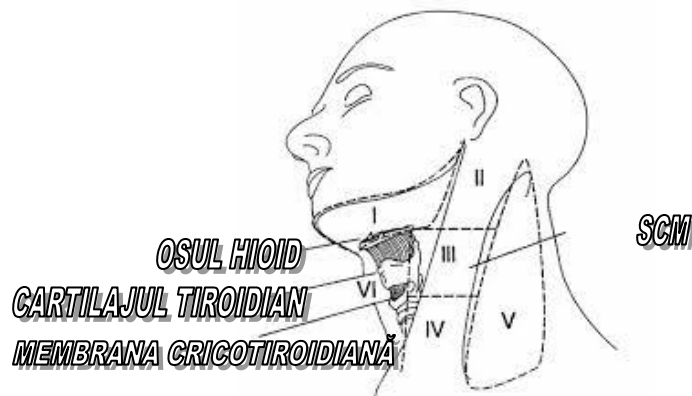


Figura 2. Clasificarea AJCC (dupa AJCC Cancer Staging Manual, 2002)

Nivelul I este reprezentat de ganglionii grupului submentonier și submandibular dispuși sub osul hioid și pântecul anterior al mușchii digastric, sub ramura orizontală a mandibulei.

Acest nivel este subdivizat în două subgrupe ganglionare:

-nivelul IA – grupul submentonier – cuprinde ganglionii dispuși într-un triunghi format de pânțele anterioare ale mușchilor digastrici și osul hioid, respectiv ganglionii situați pe mușchiul milohioidian.

-nivelul IB – grupul submandibular - cuprinde ganglionii situați între cele două pânțele ale mușchiului digastric și ramura orizontală a mandibulei.

Nivelul II este reprezentat de ganglionii dispuși în jurul porțiunii superioare a venei jugulare interne și porțiunea superioară a nervului spinal accesoriu, de la baza craniului până la osul hioid.

Limita posterioară a nivelului este reprezentată de marginea posterioară a mușchiului sternocleidomastoidian iar cea anterioară de limita laterală a mușchiului sternocleidomastoidian.

Asemenea nivelului I, nivelul II este subdivizat în două subgrupe, respectiv grupul jugulocarotidian superior și grupul retrospinal.

Nivelul IIA sau grupul jugulocarotidian superior este reprezentat de ganglionii situați în fața nervului spinal accesoriu (XI) care traversează această regiune.

Nivelul IIB sau grupul retrospinal cuprinde ganglionii din fața nervului spinal accesoriu (XI), respectiv ganglionii situați într-o zonă anatomică de volum redus „reces muscular” dispusă între baza craniului, mușchiul sternocleidomastoidian și mușchiul ridicător al scapulei.

Nivelul III este reprezentat de **grupul jugular mijlociu** dispus în jurul treimii medii a venei jugulare interne, de la marginea inferioară a nivelului II până la nivelul mușchiului omohioidian și marginea inferioară a cartilajului cricoid.

Acest nivel posedă aceleași limite anterioare și posterioare ca și nivelul II.

Nivelul IV cuprinde **ganglionii din jurul treimii inferioare a venei jugulare interne**, de la marginea inferioară a nivelului III până la claviculă.

Limitele anterioare și posterioare sunt identice cu cele ale nivelului II și III. Limita medială care-l separă de nivelul VI este reprezentată de marginea medială a arterei carotide primitive, corespunzând marginii laterale a musculaturii prelaringiene.

Nivelul V este descris de **ganglionii situați în jurul porțiunii inferioare a nervului spinal accesoriu și de-a lungul vaselor cervicale transversale**, într-un

triunghi posterior delimitat de marginea anterioară a mușchiului trapez, marginea posterioară a mușchiului sternocleidomastoidian și marginea superioară a claviculei.

Este subdivizat în două grupe:

-**nivelul VA – triunghiul postero-superior** cuprinde ganglionii situați superior planului descris de marginea inferioară a cartilajului cricoid.

-**nivelul VB – triunghiul postero-inferior** descris de ganglionii dispuși sub planul care trece la nivelul marginii inferioare a cartilajului cricoid.

Nivelul VI cuprinde ganglionii din spațiul prelaringian, pretraheal, laringeal inferior și șanțul traheo-esofagian.

Se întinde de la osul hioid până la incizura suprasternală.

Nivelul VII – grupul mediastinal superior reprezentat de ganglionii din mediastinul antero-superior și șanțul traheo-esofagian [3, 20, 48, 57].

CAPITOLUL II

EXAMENUL CLINIC ȘI PARACLINIC AL PACIENTULUI CU ADENOPATII CERVICALE MALIGNNE

II.1. EXAMENUL CLINIC

Prima etapă în realizarea examenului clinic este reprezentată de **anamneză** în cadrul căreia se realizează un interogatoriu minuțios al pacientului cu scopul de a obține o serie de informații precum: vârsta, sexul, profesia, regiunea sau țara de origine a pacientului, circumstanțele în care a apărut adenopatia cervicală precum și vechimea și evoluția acesteia, dar și asocierea adenopatiei cu simptome funcționale generale.

Examenul clinic propriu zis are ca și principale modalități de examinare inspecția și palparea la care se adaugă și ascultația.

Prin **inspecție** la nivelul regiunii cervicale putem decela ganglionii crescuți în volum cu sau fără modificări ale tegumentelor supraiacente precum eritem, fistule sau ulcerații.

Palparea ne oferă informații prețioase referitoare la caracterele adenopatiei și reprezintă metoda principală de examinare clinică care poate realiza evidențierea unei adenopatii cervicale.

II.2. EXAMINĂRILE PARACLINICE

Investigațiile paraclinice necesare în stabilirea unui diagnostic de certitudine sunt multiple și variate și pot fi sistematizate astfel:

-**metode chirurgicale:** biopsia, citologia exfoliativă ;

-**metode de colorare vitală:** colorația cu albastru de toluidină, acridină;

-**metode imagistice:** tomografia computerizată (CT), radiografii, rezonanța magnetică nucleară (RMN), metode ultrasonice, endoscopia triplă;

-**alte metode:** flow – citometria, markeri tumorali.

CAPITOLUL III

PRINCIPII GENERALE DE TRATAMENT ÎN CAZUL TUMORILOR MALIGNNE ORO - MAXILO – FACIALE

Prognosticul tumorilor din regiunea OMF este influențat considerabil de statusul ganglionilor cervicali, așadar prezența adenopatiilor cervicale maligne determină o rată a supraviețuirii mult mai scăzută comparativ cu pacienții care nu prezintă aceste adenopatii.

Din punct de vedere al conduitei terapeutice, chirurgia oferă perspective asupra extinderii regionale a tumorii, dar în același timp reprezintă cea mai bună variantă de tratament a conduitei terapeutice curative [29, 74].

III.1. CONDUITA CHIRURGICALĂ FAȚĂ DE TUMORILE MALIGNNE DIN SFERA OMF

Tratamentul chirurgical ca și conduită terapeutică în cazul cancerelor maligne localizate la nivelul capului și gâtului are în vedere respectarea următoarelor principii:

-intervenția chirurgicală va fi structurată în mai multe etape:

1. Îndepărtarea procesului neoplazic primar până la nivelul limitelor de siguranță oncologică;

2. Plastia reconstructivă a defectului postoperator;
3. Conduita față de limfonodulii cervicali.

Deși reconstrucția se realizează postoperator, metoda de reconstrucție se alege anterior intervenției chirurgicale, deoarece aceasta influențează tiparul extirpării.

De preferat este ca plastia să fie imediată intervenției chirurgicale pentru a-i oferi bolnavului șansa de a începe terapia adjuvantă, respectiv radioterapia / chimioterapia cât mai devreme.

Întotdeauna va prima realizarea extirpării tumorii cu margini libere negative în defavoarea plastiei excizionale.

III.1.1. Extirparea procesului neoplazic primar

În ceea ce privește chirurgia OMF există o diferență majoră între principiile excizionale și cele curative.

Extirparea curativă radicală

Extirparea tumorii primare se realizează în „monobloc” cu margini libere negative, respectiv până în țesut cu aspect clinic normal dar în care pot să existe transformări maligne la nivel microscopic.

Extirparea paliativă

Are ca și scop reducerea dimensiunii tumorii, diminuarea durerii și începerea terapierilor adjuvante în vederea îmbunătățirii calității vieții pacientului.

III.1.2. Plastia reconstructivă a defectelor postoperatorii din sfera OMF

Plastia reconstructivă a defectelor postoperatorii rezultate în urma tratamentului chirurgical al pacienților cu tumori maligne localizate la nivelul capului și gâtului urmărește refacerea calitativă și cantitativă a defectului postoperator, dar și ca țesuturile să fie bine vascularizate pentru a se putea realiza o vindecare „per primam”.

De asemenea, plastia reconstructivă permite extirparea radicală a tumorii primare, asigurând un prognostic favorabil, cu o rată crescută de supraviețuire, în același timp asigură o calitate crescută a vieții pacientului postoperator cu reintegrarea rapidă a acestuia în societate prin reducerea tulburărilor funcționale și fizionomice[15].

Variantele chirurgicale de plastie ale defectului postoperator sunt următoarele:

- închiderea primară;
- grefele de piele;
- lambourile locale;
- lambourile pediculate;
- lambourile liber vascularizate.

III.2. MANAGEMENTUL GANGLIONILOR LIMFATICI CERVICALI METASTATICI

Atitudinea terapeutică față de ganglionii limfatici cervicali diferă, unii autori recomandă neîndepărtarea lor, considerându-i un fel de „barieră” în calea celulelor neoplazice, în timp ce alții indică extirparea lor atunci când sunt invadați metastatic.

Evidarea cervicală reprezintă o procedură chirurgicală esențială de tratament loco-regional, care presupune excizia atât a tumorii primare cât și a extensiei loco-regionale, în cazul nostru extensia fiind reprezentată de o adenopatie cervicală malignă (ganglioni împreună cu glanda submandibulară, fascia cervicală superficială și mijlocie, mușchi, vase, țesut celulo-adipos).

III.2.1. Tehnici de evidare cervicală

Standardizarea tehnicilor de evidare cervicală presupune existența a patru categorii majore, respectiv [50, 69, 74]:

1. Evidarea cervicală radicală;
2. Evidarea cervicală radicală modificată (subtipul I, II, III):
 - subtipul I (conservarea nervului spinal);
 - subtipul II (conservarea nervului spinal, a venei jugulare interne);
 - subtipul III (conservarea nervului spinal, a venei jugulare interne și a mușchiului sternocleidomastoidian);
3. Evidarea cervicală selectivă :
 - supraomohioidiană;
 - laterală (antero-laterală);

-postero-laterală;

-anterioară;

4. Evidarea cervicală radicală extinsă sau selectivă extinsă [4].

1. Evidarea cervicală radicală

Reprezintă conduita terapeutică esențială a adenopatiilor cervicale maligne care realizează îndepărtarea în totalitate a grupelor ganglionare de la nivelurile cervicale I – V, precum și a unor structuri nelimfatice, respectiv a nervului spinal, mușchiului sternocleidomastoidian și a venei jugulare interne [31].

2. Evidarea cervicală radicală modificată

Descrisă de Bocca în 1975, evidarea cervicală radicală modificată păstrează una sau mai multe structuri care nu aparțin sistemului limfatic precum nervul spinal, mușchiul sternocleidomastoidian, vena jugulară internă, dar în același timp îndepărtează ganglionii submandibulari, submentonieri, jugulari mijlocii, superiori și inferiori, precum și ganglionii situați în jurul porțiunii inferioare a nervului spinal accesoriu și de-a lungul vaselor cervicale transversale, respectiv sunt îndepărtate aceleași grupe ganglionare ca și în cazul evidării cervicale radicale.

Acest tip de evidare cervicală după Medina este subîmpărțit în:

-subtipul I – constă în conservarea nervului accesoriu;

-subtipul II – realizează conservarea nervului accesoriu și a venei jugulare interne;

-subtipul III- realizează conservarea nervului accesoriu, a venei jugulare interne și a mușchiului sternocleidomastoidian.

3. Evidarea cervicală selectivă se referă la îndepărtarea în funcție de topografia procesului tumoral primar doar a grupelor ganglionare implicate specific.

Prezintă 4 subtipuri:

-**evidarea cervicală supraomohoidiană** este indicată pentru neoplazmele cu punct de plecare primar cavitatea orală și presupune excizarea strictă a grupelor ganglionare I, II, III [44, 54, 73].

În contrast cu evidarea cervicală radicală, evidarea cervicală supraomohioidiană constă în îndepărtarea selectivă „în bloc” numai a grupelor ganglionare care conțin metastaze (pacienți cu carcinom scuamos al cavității orale), a grupelor ganglionare localizate la nivelul trigonului submental și submandibular (nivelul I), precum și a ganglionilor jugulodigastric și juguloomohioidian, dar și a celor din grupa III.

-evidarea cervicală laterală (antero-laterală) este indicată în procesele neoplazice cu punct de plecare primar orofaringele, hipofaringele, laringele și vizează nivelurile ganglionare cervicale între II, III și IV [70].

-evidarea cervicală postero-laterală este indicată pentru neoplazmele cu punct de plecare primar scalpul regiunii posterioare a capului interesând nivelurile ganglionare II, III, IV, V dar și ganglionii suboccipitali, retroauriculari și din trigonul cervical, limita posterioară a evidării fiind reprezentată de marginea anterioară a mușchiului trapez [65]. Această tehnică chirurgicală se practică atunci când dorim să câștigăm controlul locoregional al tumorii.

-evidarea cervicală anterioară indicată pentru procesele tumorale cu punct de plecare primar glanda tiroidă, care se referă la extirparea ganglionilor limfatici care interesează strict nivelul VI cervical (ganglionii prelaringieni și pretraheali din regiunea tiroidiană și cea a tractului traheoesofagian), respectiv ganglionii situați de la osul hioid la incizura sternală, lateral până la teaca marilor vase [12].

4. Evidarea cervicală radicală extinsă sau selectivă extinsă presupune îndepărtarea suplimentară a unor grupe ganglionare sau structuri nelimfatice care nu au fost incluse în evidarea ganglionară radicală precum ganglionii mediastinali superiori, paratraheali.

Practic oricare dintre tipurile de evidare ganglionară prezentate pot fi extinse pentru a include alte structuri.

Standardizarea tehnicilor de evidare cervicală are scopul de a maximaliza rezultatele terapeutice obținute și de a facilita raportarea lor. Fiecare pacient impune o

schemă individualizată de tratament influențată atât de sediul procesului tumoral primar cât și de stadiul și localizarea metastazelor din ganglionii limfatici.

Datorită complicațiilor postoperatorii precoce locale și la distanță care generează un procent ridicat al morbidității, complicații apărute frecvent în urma evidărilor cervicale radicale, tendința ultimelor decenii constă în practicarea evidării ganglionare selective care reprezintă o evidare cervicală limitată strict la procesul tumoral primar, dar și la grupele ganglionare implicate specific [33].

În literatura de specialitate mai există o altă clasificare a tehnicilor de evidare cervicală care nu se realizează ca și clasificarea precedentă în funcție de grupele ganglionare care vor fi îndepărtate și de unele structuri anatomice care vor fi conservate, ci care are la bază starea ganglionilor limfatici cervicali, respectiv prezența sau absența adenopatiei cervicale.

Așadar în funcție de aceste două criterii se conturează două tipuri de evidare cervicală:

- evidarea cervicală terapeutică;
- evidarea cervicală profilactică.

Dacă se decelează prezența clinică a adenopatiei la nivel cervical (N+) se indică evidarea cervicală terapeutică prin care se obține nivelul cel mai crescut de control locoregional al metastazelor ganglionare cervicale aparente clinic.

O parte din tehnicile de evidare cervicală descrise la clasificarea precedentă precum evidarea cervicală radicală modificată, evidarea cervicală selectivă și cea selectiv extinsă sunt tehnici de evidare cervicală terapeutică.

În cazul evidării cervicale profilactice, ea se realizează ca și măsură profilactică la pacienții care prezintă posibilitatea statistică de apariție a metastazelor cervicale, intervenția chirurgicală realizându-se în absența adenopatiei clinice cervicale.

Practicarea evidării cervicale profilactice a stârnit foarte multe controverse. Pe lângă susținătorii acestei tehnici există și o serie de specialiști care susțin că atunci când adenopatia clinică este absentă și avem de-a face cu procese neoplazice de dimensiuni reduse (T1) nu este necesară practicarea evidării cervicale profilactice.

CAPITOLUL IV
EFECTELE TRATAMENTULUI ADJUVANT
RADIO/CHIMIOTERAPIC ÎN PROCESELE NEOPLAZICE CU
LOCALIZARE ORO-MAXILO-FACIALĂ

IV.1. Efectele radioterapiei asupra cavității orale

La nivelul cavității orale postiradiere printr-o serie de mecanisme precum xerostomia, atrofia pulpară, reducerea PH-ului salivar și dificultăți în masticatie, este generată producerea crescută de leziuni odontale cu evoluție galopantă, localizare la nivelul coletului dentar și cu un aspect caracteristic.

La acești pacienți iradiați se poate realiza o profilaxie a acestor leziuni odontale prin practicarea de irigații locale cu clorhexidină și aplicații topice de floruri.

Tratamentul cariilor produse în urma radioterapiei constă în aplicarea unor obturații cu materiale compozite sau cu amalgam de Ag. În cazul în care avem de-a face cu carii profunde localizate în imediata apropiere a camerei pulpare sau cu carii profunde cu camera pulpară deschisă se recomandă realizarea pulpectomiei numai sub protecție cu antibiotice.

Tratamentul protetic

În ceea ce privește tratamentul prin proteze parțiale sau totale al pacienților iradiați parțial sau total se impune instituirea acestuia numai după șase luni de la finalizarea radioterapiei.

La pacienții cărora li s-au efectuat extracții dentare imediat înaintea radioterapiei și imediat postradioterapie se indică temporizarea tratamentului protetic pentru un an de la finalizarea tratamentului radiant pentru a preveni eventualele leziuni de decubit sau ulceratii care pot surveni la nivelul unor exostoze osoase persistente în urma fenomenului de remodelare osoasă.

Pentru a se evita traumatizarea mucoasei gingivale, se realizează căptușirea protezelor cu materiale reziliente sau se poate opta pentru o supraprotezare pe implantate. Cea de-a doua variantă terapeutică descrisă mai sus are o rată de succes de 60% .

Influențele radioterapiei asupra extracției dentare

Practicarea extracției dentare la pacienții care au fost supuși radioterapiei, presupune administrarea profilactică de antibiotice dar și realizarea fie a unui lambou fie a unei alveolotomii marginale pentru a asigura închiderea prin sutură a plăgii primare.

Schema terapeutică constă în:

-administrarea de Amoxicilină per os cu o oră înainte de realizarea extracției.

Doza administrată este de 2 grame la adult și 50 mg / kgC la copii;

-administrarea de Clindamicină (300 mg. la adult și 20 mg/kgC la copii), în special la pacienții alergici la β – lactamine sau la cei care au primit β – lactamine în ultimele două săptămâni;

-se pot folosi profilactic soluții cu clorhexidină pentru irigațiile locale.

IV.2. Complicații generate de tratamentul asociat radio-chimioterapic în procesele neoplazice cu localizare oro-maxilo-facială

Efectele secundare ale terapiilor adjuvante asociate pot fi întâlnite sub forma reacțiilor acute și tardive care se diferențiază în funcție de rata de proliferare celulară.

IV.2.1. Reacțiile acute

1. Mucozita;
2. Xerostomia;
3. Alopecia;
4. Pierderea sensibilității gustative;
5. Reacția cutanată;
6. Infecția.

IV.2.2. Reacții tardive ale tratamentului asociat radio/chimioterapie

1. Necroza părților moi;
2. Ischemia și fibroza;
3. Osteoradionecroza .

PARTEA SPECIALĂ

I. MOTIVAȚIA LUCRĂRII

Orice proces neoplazic are un impact negativ asupra calității vieții direct și indirect, personal și social și presupune o abordare complexă care să satisfacă nevoile bolnavului personale și sociale dar și ale familiei sale pentru ca în final să se obțină o îmbunătățire a calității vieții în noile condiții.

Managementul de caz al pacientului cu cancer trebuie să dezbuteze prin identificarea persoanelor cu risc, identificare urmată de consilierea în vederea îmbunătățirii calității vieții pacientului .

Pacientul oncologic pentru a-și menține sau chiar îmbunătăți calitatea vieții ar trebui să aibă parte de o abordare complexă care presupune o combinație între tratamentul standard (intervenție chirurgicală, chimioterapie, radioterapie, imunoterapie, hormonoterapie) și cel complementar (psihoterapie, nutriție, exerciții fizice, tratamente naturiste), abordare care pe lângă ameliorarea simptomelor somatice, să realizeze și o susținere emoțională și spirituală.

Lucrarea de față își propune un studiu al adenopatiilor laterocervicale maligne, al stabilirii criteriilor de diagnostic necesare pentru determinarea cât mai precisă a tuturor aspectelor clinice și paraclinice, al investigării imagistice, precum și a terapiei chirurgicale și oncologice, prezentând tehnicile chirurgicale cu beneficiile și limitele lor.

Adenopatiile laterocervicale maligne ridică probleme complexe de diagnostic atât pentru medicul specialist BMF, ORL cât și celui de medicină generală deoarece necesită o interpretare și o cunoaștere corectă a acestei patologii în contextul dezvoltării ei actuale, în relație directă cu afectarea zonelor de graniță și cu participarea ei la suferința întregului sistem ganglionar, în interesul unei corecte atitudini terapeutice.

Scopul principal al acestui studiu este acela de a urmări tehnicile chirurgicale de evizare cervicală utilizate pentru excizia atât a tumorii primare cât și a extensiei loco-regionale, în cazul nostru extensia fiind reprezentată de o adenopatie cervicală malignă dar și de a urmări supraviețuirea pacienților postevizare ganglionară.

II. MATERIAL ȘI METODĂ

În lucrarea de față, am examinat un număr de 84 de pacienți cu adenopatii laterocervicale maligne, care au beneficiat de tratament specific în cadrul Spitalului Universitar de Urgență Sibiu dar și în cadrul Clinicii Polisano Sibiu. Din cei 84 de pacienți, 50 sunt bărbați, iar 34 femei.

Toți pacienții examinați în cadrul studiului au prezentat o foaie de observație pe care am folosit-o în lucrarea de față.

Metodologia de examinare a pacienților cu adenopatii laterocervicale maligne are o mare importanță, fiind necesară pentru stabilirea diagnosticului de îmbolnăvire, precum și a stadiului ei de evoluție, în vederea elaborării unei strategii de tratament eficient și de urmărire în timp a rezultatelor.

STUDIUL CLINIC

Studiul clinic a presupus evaluarea și monitorizarea pacienților cu adenopatii laterocervicale maligne internați în cadrul secției BMF a Spitalului Universitar de Urgență Sibiu dar și în cadrul Clinicii Polisano Sibiu în perioada 01.01.2011 - 01.09.2015.

Studiul clinic s-a realizat prin examinarea retrospectivă a datelor pre și postoperatorii ale unui lot de 84 de pacienți cu adenopatii laterocervicale maligne internați și tratați în cadrul secției BMF a Spitalului Universitar de Urgență Sibiu dar și în cadrul Clinicii Polisano Sibiu.

Algoritmul evaluării unui bolnav cu adenopatie cervicală, a implicat mai multe etape: anamneză, examenul clinic al regiunii cervicale, examene complementare, examinări radiologice, investigații imagistice.

Pentru stabilirea diagnosticului de certitudine dar și pentru tratarea propriu-zisă a acestei patologii am apelat la evidarea ganglionară însoțită de examenul histopatologic al ganglionilor extirpați deoarece acesta din urmă orientează întreprinderea tratamentului chirurgical, radioterapic, chimioterapic.

REZULTATE ȘI DISCUȚII

Diagnosticul de adenopatie laterocervicală malignă este privit de majoritatea pacienților drept o “fatalitate”, fiind asociat istoric cu verdictul moarte, verdict greu de primit și acceptat, care produce reacții emoționale puternice și care se constituie într-o încercare existențială bulversantă uneori demolatoare care necesită o adaptare complexă din toate punctele de vedere [76].

Managementul îngrijirii pacienților bolnavi de cancer continuă să rămână un domeniu foarte dificil în practica medicală, un domeniu dominat de numeroase întrebări, răspunsuri, comentarii, conflicte etice și morale [76].

În general procesele neoplazice maligne cu localizare la nivelul cavității orale influențează în mod negativ calitatea vieții bolnavului în noile condiții datorită caracterului mutilant al sechelelor care apar frecvent postoperator. Așadar depistare precoce a afecțiunilor cu caracter malign de la nivelul cavității orale reprezintă elementul cheie pentru creșterea calității vieții pacientului și a duratei de supraviețuire. Prin controale stomatologice periodice se poate realiza depistarea “oportunistă” a formelor de debut, de multe ori cu caracter oligosimptomatic [71].

Importanța depistării precoce și prevenirii acestei patologii decurge din impactul grav al proceselor neoplazice maligne orale asupra bolnavilor și aparținătorilor, datorat infirmității create de boală sau tratament și caracterului mutilant al sechelelor postoperatorii [71].

Medicul dentist deține rolul principal în depistarea formelor de debut ale cancerului mucoasei orale și totodată poate realiza încadrarea pacienților în grupe de risc, prin screeningul periodic al cavității orale, pe care îl poate realiza la orice pacient simptomatic sau asimptomatic, cu factori de risc prezenți.

În ceea ce privește studiul realizat, am analizat un lot alcătuit din 84 de pacienți dintre care 50 au fost bărbați (59,53%) și 34 femei (40,47%). Repartiția în funcție de sexul pacienților ne indică un raport femei/bărbați în favoarea bărbaților, respectiv de 1,47/1. Datele din literatura de specialitate indică o frecvență de 3 ori mai mare la bărbați față de femei a proceselor neoplazice maligne cu localizare la nivelul capului și gâtului, cu tendința de egalizare pe viitor a procentului, datorită numărului tot mai mare de femei fumătoare și care consumă cronic băuturi alcoolice distilate.

Conform repartiției pe grupe de vârstă a pacienților, frecvența cea mai mare a cazurilor studiate a fost constatată în intervalul 50-59 de ani (28,57%), urmată de pacienții cu vârste cuprinse între 40-49 de ani (21,42%) și de cei aflați în intervalul 60-69 de ani (20,23%). Restul pacienților au fost încadrați în intervalul 20-29 de ani (4,78%), 30-39 de ani (7,14%), 70-79 de ani (10,72%) și 80-89 de ani (7,14%).

Vârsta sub 40 ani reprezintă un factor prognostic grav, chiar dacă ne uităm numai la stadiul tumoral din momentul diagnosticului. Este unanim recunoscut faptul că frecvența cancerului înregistrează o continuă creștere, iar în acest cadru general, cancerul din sfera oro- maxilo-facială nu face excepție. În prezent există dovezi care arată o creștere a tendinței de îmbolnăvire prin cancer la pacienții tineri (Boyle, 1990).

Peste 80% din cancerele din sfera BMF sunt depistate după vârsta de 55 ani, datorită imperfecțiunilor sistemului imunitar, multiplicării și alterării oncogenelor ereditare.

Distribuția sexelor cazurilor studiate pe grupe de vârstă ne indică predominanța sexului bărbătesc în intervalul 50-59 (23,81%), 60-69 (14,29%) și a celui 20-29 (3,57%) de ani precum și a celui femeiesc în intervalul 30-39 (4,76%), 40-49 (13,09%), 70-79 (5,95%), precum și a celui 80-89 (4,77%) de ani. De asemenea în intervalul 20-29 de ani regăsim și persoanele de sex femeiesc în proporție de 1,19%, în intervalul 30-39 de ani persoanele de sex masculin în proporție de 2,38%, în intervalul 40-49 de ani persoanele de sex masculin în proporție de 8,33%, în intervalul 50-59 de ani persoanele de sex femeiesc în proporție de 4,76%, în intervalul 60-69 de ani persoanele de sex femeiesc în proporție de 5,95%, în intervalul 70-79 de ani persoanele de sex masculin în proporție de 4,76% iar în intervalul 80-89 de ani persoanele de sex masculin în proporție de 2,39%.

Evoluția unei tumori din regiunea OMF este influențată de factori multipli precum forma leziunii, gradul histologic de diferențiere al tumorii, localizarea acesteia precum și stadiul clinic.

Pacienții cu tumori în regiunea OMF și cu adenopatii laterocervicale maligne cel mai frecvent beneficiază de un prognostic favorabil dacă tumorile sunt diferențiate și prezintă o localizare anterioară. În cazul tumorilor nediferențiate din punct de vedere histologic, cu localizare posterioară prognosticul este rezervat, nefavorabil.

Decelarea stadiilor de boală a cazurilor studiate s-a realizat utilizând clasificarea preterapeutică a leziunilor de la nivelul cavității orale (cTNM), clasificarea histopatologică postchirurgicală precum și clasificarea TNMP.

Experiența clinică susținută de numeroase anchete arată că pentru a face evaluări rezonabile ale unei tumori în ceea ce privește prognosticul și tratamentul este necesar să se ia în considerare atât localizarea leziunii precum și gradul de diferențiere histologică al acesteia, în afară de criteriile convenționale ale TNM.

Dintre toate cele cinci criterii luate în considerare, cele mai importante în stabilirea prognosticului sunt absența / prezența limfonodulilor (N) precum și metastazele la distanță (M).

În urma evaluării celor cinci criterii STNMP s-a realizat o estimare a valorilor aritmetice, ale variabilelor S, T, N, M, P, suma cifrelor pentru fiecare tip de tumoră fiind cuprinsă între 0-155.

Un scor mic reprezintă un prognostic bun, un scor mare un prognostic nefavorabil.

În scopuri comparative, această clasificare a fost divizată în patru stadii corespunzătoare stadiilor clasificării TNM, a tumorilor capului și gâtului, respectiv:

-stadiul I = 0 – 30;

-stadiul II = 31 – 50;

-stadiul III = 51 – 70;

-stadiul IV = 71 – 155 [8, 16, 29].

Așadar utilizând clasificările descrise mai sus, cei 84 de pacienți din lotul studiat au fost încadrați în stadiile clinice III (72,61 %), IV (22,63%) și II (4,76 %). Se observă procentul mai mare de pacienți încadrați în stadiile III și IV.

În ceea ce privește stadiul tumoral în momentul diagnosticului, pacienții sunt diagnosticați în majoritatea cazurilor în stadiile III și IV de boală, cu repercusiuni atât asupra abordării chirurgicale cât și asupra mortalității postoperatorii și asupra calității vieții pacientului.

În cazul bolnavilor care se află în stadiul II, tratamentul multimodal constă în intervenție chirurgicală urmată ulterior de terapie adjuvantă, respectiv radio/chimioterapie.

În general obținerea celor două deziderate majore ale tratamentului multimodal, respectiv vindecarea bolnavului și asigurarea calității vieții se obțin în 80% din cazuri pentru pacienții aflați în acest stadiu de boală.

Pentru acești pacienți, alte boli asociate afecțiunii maligne precum și dezvoltarea unor procese neoplazice secundare reprezintă factori de risc majori, care pot influența atât supraviețuirea bolnavului cât și eventualele recidive ale procesului neoplazic primar [26].

Repartizarea pe grupe de vârstă și stadii tumorale ilustrează următoarele :

- pentru stadiul clinic II predominanța pacienților aflați în intervalele de vârstă 50-59 de ani (3,57%), urmați de cei aflați în intervalul 40-49 de ani(1,19%);
- pentru stadiul clinic III predominanța pacienților aflați în intervalele de vârstă 50-59 de ani (21,34%), 60-69 (16,68%), urmați de cei aflați în intervalele 40-49 de ani (11,9%), 70-79 de ani (8,34%), 80-89 de ani (5,97%), 30-39 de ani (5,97%) și 20-29 (2,38%) de ani;
- pentru stadiul clinic IV predominanța pacienților aflați în intervalele de vârstă 40-49de ani (8,37%), 50-59 de ani (3,57%), 60-69 de ani (3,57%), urmați de cei aflați în intervalele, 70-79 de ani (2,38%), 20-29 de ani (2,40%), 80-89 de ani (1,21%) și 30-39 de ani (1,16%).

Distribuția cazurilor studiate pe sexe și stadii tumorale ne indică predominanța pacienților de sex bărbătesc aflați în stadiul III (39,28%) și IV (16,66%) precum și a celor de sex femeiesc doar în stadiul clinic II (3,57%). Restul pacienților care aparțin lotului studiat, de sex bărbătesc îi regăsim în stadiul II în procent nesemnificativ de 1,19 % iar restul pacienților de sex feminin în stadiul III în procent de 33,33% și în stadiul IV în procent de 5,97%.

În ceea ce privește tipul de evidare cervicală ganglionară abordată în cadrul tratamentului chirurgical de ablație a adenopatiilor laterocervicale maligne precum și a proceselor neoplazice primare, s-a realizat cu predilecție evidarea ganglionară laterocervicală modificată tip III (48,80%), tip II (27,38%), evidarea ganglionară selectivă supraomohioidiană (16,66%) precum și cea modificată tip I (7,16%). Tipul de evidare practicat s-a ales în funcție de localizarea procesului neoplazic primar și de structurile adiacente afectate de acesta.

Repartiția în funcție de tipul de evidare realizată și stadiul clinic ne descrie :

- pentru stadiul clinic II predominanța evidării cervicale radicale modificate tip I (2,38%) precum și a celei selective supraomohioidiene(2,38%);
- pentru stadiul clinic III predominanța evidării cervicale radicale modificate tip III (35,72%), a celei radicale modificate tip II (22,61%), urmate de evidarea cervicală selectivă supraomohioidiană (10,71%) precum și de cea radicală modificată tip I (3,57%);
- pentru stadiul clinic IV predominanța evidării cervicale radicale modificate tip III (13,1%), a celei radicale modificate tip II (4,77%) urmate de evidarea cervicală selectivă supraomohioidiană (3,57%) precum și de evidarea radicală modificată tip I (1,19%).

Conform repartiției realizate după rezultatul examenului histopatologic al pieselor operatorii analizate constatăm predominanța carcinomului epidermoid mediu diferențiat (27,39%), a carcinomului epidermoid necheratinizat (13,09%) și a celui slab diferențiat (10,71%). Restul carcinoamelor prezente le întâlnim în proporțiile următoare: carcinomul mucoepidermoid în procent de 10,71%, carcinodul bazocelular nodular în proporție de 9,52%, cel epidermoid cheratinizat bine diferențiat și spinocelular în procent de 8,34% ambele iar alte tipuri de carcinoame cumulează aproximativ 11,90%.

Distribuția în funcție de rezultatele examenului histopatologic al pieselor operatorii analizate și stadiul tumoral este următoarea:

- pentru stadiul clinic II predominanța altor tipuri de carcinoame (2,38%), a carcinomului epidermoid moderat diferențiat și a celui bazocelular nodular, ambele în proporție de 1,19 %;
- pentru stadiul clinic III predominanța carcinomului epidermoid moderat diferențiat (21,43%), a celui epidermoid necheratinizat (10,71%), a altor tipuri de carcinoame (9,52%) precum și a celui epidermoid bine diferențiat (8,33%). Carcinomul spinocelular îl regăsim în procent de 5,95%, carcinoamele epidermoide slab diferențiate precum și cel bazocelular nodular

apar ambele în proporție de 7,15% în timp ce carcinomul mucoepidermoid apare doar în procent de 2,39%;

- pentru stadiul clinic IV predominanța carcinomului mucoepidermoid(8,34%), a celui epidermoid moderat diferențiat (4,76%), precum și a carcinomului epidermoid slab diferențiat (3,57%). Carcinomul spinocelular și cel epidermoid necheratinizat apar ambele în proporție de 2,38%, în timp ce carcinomul bazocelular nodular apare doar în proporție de 1,19%.

Sediul tumorii primare a aparținut: limbii (30,96%), planșeului bucal (22,62%), buzei inferioare (11,90%), regiunii amigdaliene (8,33%), glandei parotide (7,15%), regiunii submandibulare (4,76%), corpului mandibular (4,76%), trigonului retromolar (2,38%), palatului dur (2,38%), regiunii laterocervicale stânga (2,38%) și mucoasei jugale (2,38%).

Repartiția în funcție de localizările ganglionilor extirpați s-a realizat în felul următor: ggl.jugulocarotidian superior 13,42%, ggl.pol inf.carotidian drept 0,67%, ggl. facial drept 2,69%, ggl.supraomohoidian 3,36%, ggl.cervical anterior 3,62%, ggl.jugular extern 3,69%, ggl.interdigastic 4,70%, ggl.parotidian stâng 4,36%, ggl.parotidian drept 0,33%, ggl.infraparotidian 2,01%, ggl.jugulocarotidian mijlociu 14,43%, ggl.suprahioidian 0,67%, ggl. supraclavicular 2%, ggl.adiacent nervului accesoriu 0,33%, ggl.retroanguloalveolar 0,33%, ggl.sublingual stâng 0,33%, ggl.jugular intern 0,33%, ggl.spinal superior 9,18%, ggl.spinal inferior 2,68%, ggl.pretraheal 1,34%, ggl.Kuttner 0,33%, ggl.submandibulari 10,40%, ggl.nivel patru 7,39%, ggl.nivel cinci 8,39%, ggl.laterocervicali stânga 3,02%. Se constată așadar predominanța ganglionilor jugulocarotidieni mijlocii, jugulocarotidieni superiori, submandibulari, a ganglionilor nivelurilor 4 și 5 precum și acelor spinali superiori.

În ceea ce privește repartiția cazurilor studiate în funcție de recurența tumorii primare, în 20,23% din cazuri avem de-a face cu tumori primare recurente în timp ce în 79,77% din cazuri este vorba de procese neoplazice maligne care debutează pentru prima dată.

Postoperator evoluția pacienților din lotul aflat în studiu a fost în mare parte favorabilă (95,24%), existând totuși un număr mic de cazuri (4,76%) cu o evoluție nefavorabilă, generată de complicațiile imediate postoperatorii.

În cele 84 de intervenții de evidare cervicală ganglionară s-au extirpat 298 de ganglioni dintre care doar 35,91% prezentau o interesare metastatică iar restul de 64,09% nu prezentau o interesare metastatică ci doar modificări reactive specifice sau nespecifice.

Repartiția ratei de supraviețuire după stadiul tumoral în momentul diagnosticului ne indică:

- pentru stadiul clinic II o supraviețuire mai mare de trei ani în 2,38% din cazuri, mai mare de 4 ani în 1,19% din cazuri și o supraviețuire mai mare de 5 ani în proporție de 1,19% ;
- pentru stadiul clinic III o supraviețuire sub 1 an în procent de 3,57%, mai mare de 1an în 34,53% din cazuri, mai mare de doi ani în 27,38%, mai mare de trei ani în 3,57% din cazuri și o supraviețuire mai mare de 4 ani în 3,57% din cazuri ;
- pentru stadiul clinic IV o supraviețuire sub 1 an în procent de 17,86%, mai mare de 1an în 3,57% din cazuri, mai mare de doi ani în 1,19% din cazuri.

Pacienții aflați în stadiul III și IV de boală au un prognostic rezervat/nefavorabil și beneficiază de următoarea schemă de tratament multimodal: intervenție chirurgicală (radicală) și radioterapie. În cazul pacienților care nu mai pot fi supuși unei intervenții chirurgicale, singura opțiune de tratament viabilă rămâne radio sau chimioterapie.

Rata de supraviețuire a acestor pacienți este sub 30%, iar o evoluție ulterioară favorabilă apare frecvent în cazul pacienților aflați în stadiul III.

Decesul este generat în majoritatea cazurilor de apariția proceselor neoplazice secundare sau de recidiva procesului neoplazic primar.

De regulă, în cazul acestor pacienți din stadiile III și IV tratamentul adjuvant este însoțit de efecte secundare precum mucozita și xerostomia.

Rata de supraviețuire în funcție de tipul de evidare ganglionară laterocervicală efectuată se prezintă în felul următor:

- în cazul evidării cervicale radicale modificate tip I se înregistrează o supraviețuire mai mare de un an în 4,76%, mai mare de doi ani în 2,38%, mai mare de trei ani în 1,19% din cazuri;
- în cazul evidării cervicale radicale modificate tip II se înregistrează o supraviețuire sub 1 an în procent de 7,15%, o supraviețuire mai mare de un an în 13,09%, mai mare de doi ani în 2,38%, mai mare de trei ani în 4,76% din cazuri și o supraviețuire mai mare de 5 ani în 3,57% din cazuri;
- în cazul evidării cervicale radicale modificate tip III se înregistrează o supraviețuire sub 1 an în procent de 11,9%, o supraviețuire mai mare de un an în 21,43%, mai mare de doi ani în 8,34%, mai mare de trei ani în 3,57% din cazuri, mai mare de patru ani în 2,38% din cazuri;
- în cazul evidării cervicale selective supraomohioidiene se înregistrează o supraviețuire sub 1 an în procent de 2,38%, o supraviețuire mai mare de un an în 5,96%, mai mare de doi ani în 4,76% din cazuri.

În vederea obținerii unei depistări precoce a recidivei regionale sau a metastazelor pacienților aflați în studiu, aceștia au fost urmăriți prin examene clinice la fiecare 1-3 luni, în primul an după intervenția chirurgicală de evidare cervicală, la 2-4 luni în cursul anului 2, la 3-6 luni în anii 3-5.

CONCLUZII

1. Afectarea ganglionară malignă include o patologie amplă care solicită o examinare riguroasă, clinică, paraclinică, histologică și imunohistochimică pentru obținerea unui management terapeutic eficient.

2. Algoritmul evaluării unui bolnav cu adenopatii laterocervicale maligne, implică mai multe etape: anamneză, examen clinic al regiunii cervicale, examenul organelor ORL, indispensabil și obligatoriu în orice adenopatie cervicală, examinări complementare precum cele radiologice și imagistice. Pentru stabilirea diagnosticului pozitiv se recurge la: puncție ganglionară, biopsie ganglionară, evidare urmate de examenul histopatologic

care este suveran în furnizarea diagnosticului de certitudine. Acesta din urmă orientează întreprinderea tratamentului chirurgical dar și a celui adjuvant.

3. Localizarea neoplazică în sfera oro-maxilo-facială însoțită de adenopatii maligne a aparținut: limbii (30,96%), planșeului bucal (22,62%), buzei inferioare (11,90%), regiunii amigdaliene (8,33%), glandei parotide (7,15%), regiunii submandibulare (4,76%), corpului mandibular (4,76%), trigonului retromolar (2,38%), palatului dur (2,38%), regiunii laterocervicale stângi (2,38%) și mucoasei jugale (2,38%).

4. Stațiile ganglionare invadate tumoral au fost următoarele: ggl.jugulocarotidian superior 13,42%, ggl.pol inf.carotidian drept 0,67%, ggl. facial drept 2,69%, ggl.supraomohioidian 3,36%, ggl.cervical anterior 3,62%, ggl.jugular extern 3,69%, ggl.interdigastic 4,70%, ggl.parotidian stâng 4,36%, ggl.parotidian drept 0,33%, ggl.infraparotidian 2,01%, ggl.jugulocarotidian mijlociu 14,43%, ggl.suprahioidian 0,67%, ggl. supraclavicular 2%, ggl.adiacent nervului accesoriu 0,33%, ggl.retroanguloalveolar 0,33%, ggl.sublingual stâng 0,33%, ggl.jugular intern 0,33%, ggl.spinal superior 9,18%, ggl.spinal inferior 2,68%, ggl.pretraheal 1,34%, ggl.Kuttner 0,33%, ggl.submandibulari 10,40%, ggl.nivel patru 7,39%, ggl.nivel cinci 8,39%, ggl.laterocervicali stângi 3,02%, cu predominanța a ganglionilor jugulocarotidieni mijlocii, jugulocarotidieni superiori, submandibulari, a ganglionilor nivelurilor 4 și 5 precum și a celor spinali superiori.

5. Distribuția pe sexe a lotului studiat a demonstrat incidența crescută a adenopatiilor laterocervicale maligne la sexul bărbătesc (59,53%) față de sexul femeiesc (40,47%).

6. Stadializarea clinică a arătat pentru adenopatiile laterocervicale maligne că 72,61 % din cazuri au fost diagnosticate și clasificate în stadiul clinic III, 22,63% în stadiul clinic IV iar 4,76 % în stadiul clinic II.

7. Examenul histopatologic al pieselor operatorii demonstrează predominanța carcinomului epidermoid mediu diferențiat (27,39%), a carcinomului epidermoid necheratinizat (13,09%) și a celui slab diferențiat (10,71%) și mucoepidermoid (10,71%).

8. Tratamentul de elecție în cadrul adenopatiilor laterocervicale maligne l-a reprezentat evidarea ganglionară cu excizia tumorii primare urmate de tratament

oncologic. În ceea ce privește evidarea ganglionară, s-a realizat cu predilecție evidarea ganglionară laterocervicală modificată tip III(40,80%), tip II(27,38%), evidarea ganglionară selectivă supraomohioidiană (16,66%).

9. În ceea ce privește repartiția cazurilor studiate în funcție de recurența tumorii primare, în 20,23% din cazuri avem de-a face cu tumori primare recurente în timp ce în 79,77% din cazuri este vorba de procese neoplazice maligne care debutează pentru prima dată.

10. Postoperator evoluția pacienților din lotul aflat în studiu a fost în mare parte favorabilă (95,24%), existând totuși un număr mic de cazuri (4,76%) cu o evoluție nefavorabilă, generată de complicațiile imediate postoperatorii.

11. În cele 84 de intervenții de evidare cervicală ganglionară s-au extirpat 298 de ganglioni dintre care doar 35,91% prezentau o interesare metastatică iar restul de 64,09% nu prezentau o interesare metastatică ci doar modificări reactive specifice sau nespecifice.

12. Repartiția ratei de supraviețuire după stadiul tumoral în momentul diagnosticului ne indică pentru stadiul clinic II un procent mai mare de pacienți care prezintă o rată de supraviețuire mai mare de trei ani în 2,38% din cazuri, pentru stadiul clinic III un procent mare de pacienți care prezintă o rată o supraviețuire mai mare de 1an în 34,52% din cazuri și mai mare de doi ani în 27,38% iar pentru stadiul clinic IV o supraviețuire sub 1 an în procent de 17,85% din cazuri.

13. Distribuția în funcție de tipul de evidare realizată și stadiul clinic ne ilustrează pentru stadiul clinic II predominanța evidării cervicale radicale modificate tip I (2,38%) precum și a celei selective supraomohioidiene(2,38%); pentru stadiul clinic III predominanța evidării cervicale radicale modificate tip III (35,72%) și a celei radicale modificate tip II (22,61%) iar pentru stadiul clinic IV predominanța evidării cervicale radicale modificate tip III (13,1%) urmate de cea radicală modificată tip II (4,77%).

14. Referindu-ne la repartiția în funcție de rezultatele examenului histopatologic al pieselor operatorii analizate și stadiul tumoral, putem afirma că în stadiul clinic II predomină alte tipuri de carcinoame (2,38%), în stadiul clinic III predomină carcinomul epidermoid moderat diferențiat(21,43%) precum și cel epidermoid necheratinizat

(10,71%) iar în stadiul IV predomină carcinomul mucoepidermoid (8,34%) urmat de cel epidermoid moderat diferențiat (4,76%).

15. Medicii stomatologi ar trebui conștientizați de importanța depistării precoce a cancerului din sfera oro-maxilo-facială, motiv pentru care ar trebui să realizeze în cadrul primei examinări a pacientului la nivelul cavității orale și un control oncologic preventiv.

16. Tumorile maligne din sfera OMF, deși cu o prevalență mai redusă, comparativ cu cele din alte regiuni, au o importanță crescută datorită evoluțiilor lor de aceea depistarea precoce și tratarea lor la timp, poate prelungi rata de supraviețuire a pacienților cu patologii maligne până la 80 – 90%.

17. Pentru a se obține o prelungire considerabilă a ratei de supraviețuire în primul rând ar trebui să se realizeze de către medicul stomatolog, o prevenire primară care să includă identificarea tuturor factorilor care, prin acțiune cronică pot modifica procesul și ritmul diviziunilor celulare; surprinderea oricărei leziuni cu evoluție cronică; îndepărtarea cauzelor; tratament adecvat și dispensarizarea bolnavului pentru surprinderea recidivelor.