

EDITORIAL

STAREA ACTUALĂ A CHIRURGIEI ONCOLOGICE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

THE ACTUAL SITUATION OF THE ONCOLOGY SURGERY IN REPUBLIC OF MOLDOVA

Rezumat

În Republica Moldova, metoda chirurgicală de tratament oncologic se aplică în majoritatea cazurilor în clinica Institutului Oncologic (anual 6365 de operații – 86,5%), apoi în secția oncologică a spitalului municipal Bălți (207 operații – 2,8%) și în Clinicele Universitare (SCR-1, spitalul municipal „Sf. Treime”, Institutul de Neurologie și Neurochirurgie – 573 de operații – 7,8%). Pentru elaborarea tehnologiilor noi performante și pregătirea cadrelor în chirurgia oncologică se propune fondarea Societății Naționale de Chirurgie Oncologică, Centrul de Chirurgie Oncologică (în baza clinicii chirurgicale a Institutului Oncologic), cursurilor universitare de reciclare a medicilor chirurghi.

Gheorghe ȚÎBÎRNĂ

Academia de Științe a Moldovei, Institutul Oncologic

Summary

The Republic of Moldova Institute of Oncology, the surgical methods of oncology treatment is used in the majority of cases (6365 operations – 85,5% annually), in oncology section of Balti Municipal Hospital (207 operations – 2,8%), in University Clinics: SCR-1, Municipal Hospital “Sf. Treime”, Neurology and Neurosurgery Institute (573 operations – 7,8%). For developing of new effective technologies and teaching of the staff in the field of oncology surgery, it is proposed to establish the National Oncology Surgery Society, Oncology Surgery Center (on a basis of the Surgery Clinic of the Institute of Oncology), the University Courses of specialization for the surgeons.

Chirurgia a reprezentat, din cele mai vechi timpuri până în epoca modernă, unica resursă de tratament în cancer. Progresele privind tehnicile chirurgicale au permis chirurgilor, pe parcursul timpului, practicarea cu succes a unor intervenții tot mai eficiente în controlul și pronosticul bolii.

Apariția și dezvoltarea altor tipuri de terapii (radio- chimio- imuno- și hormonoterapia), capabile să obțină rezultate în controlul evoluției la distanță a bolii, a dus la modificări ale indicațiilor chirurgicale privind limitele de rezecție, elaborând principii noi în chirurgia oncologică, cum ar fi conservarea organului purtător al tumorii și îmbunătățirea calității vieții bolnavului canceros[6,7,8,9].

Evaluarea unui bolnav de cancer este posibilă și se face în prezent numai în cadrul unor colective terapeutice interdisciplinare, din care trebuie să facă parte atât chirurgul oncolog, cât și specialiști în anatomie patologică, radioterapie, chimioterapie, terapie paliativă a durerii, psihoterapie, etc.. [1,9,4,5,6]

În marea majoritate a specialiștilor din aceste specialități se adresează doar unui aspect al bolii canceroase (diagnosticului anatomopatologic, tratamentului radio- și chimioterapeutic), chirurgul oncolog are un rol determinat în profilaxie, diagnostic, tratament și reabilitare.

Se recunoaște astăzi faptul că bolnavul canceros este supus cel puțin o dată unei intervenții chirurgicale pe parcursul evoluției bolii. Pe de altă parte, tratamentul chirurgical este dominant în stadiile I și II ale bolii, unde se impune prin eficiența vindecării bolii cât și prin costul scăzut în raport cu costul celorlalte tipuri de tratament.[1,2,3]

În contextul prezentat, chirurgul care abordează tărâmul oncologiei trebuie să devină în primul rând oncolog. El trebuie

să posede cunoștințe solide asupra cercetărilor fundamentale, să cunoască diferitele variabile biologice cu privire la dezvoltarea cancerului, să interpreteze corect valoarea markerilor tumorali, să fie pregătit în privința folosirii și să cunoască posibilitățile agenților citotumorali, cunoștințe care fac chirurgul nu numai să-și lărgească orizontul științific, ci să transforme mediul biologic al neoplaziei într-un teren de continuă confruntare a eficienței intervenției chirurgicale.

La ora actuală, legislația din Uniunea Europeană facilitează recunoașterea specialităților legate de cancer, inclusiv a chirurgiei oncologice. O astfel de recunoaștere nu vine în contradicție cu chirurgia generală sau cu alte specialități chirurgicale legate de organ (ORL, urologie, oftalmologie, chirurgie pulmonară, cardiacă, etc). Existența Societății Europene de Chirurgie Oncologică (ESSO), precum și a Federației Mondiale a Societăților de Oncologie Chirurgicală (WFSOS) confirmă recunoașterea specialității de chirurgie oncologică.[1.6.7.9]

În oncologie deosebim câteva forme de tratament: radical, paliativ, simptomatic.

Tratamentul radical presupune lichidarea totală a tuturor focarelor de creștere tumorală. Noțiunea de tratament radical este o noțiune relativă, atunci când este vorba de un cancer. Oncologul renumit B.Peterson (1980) a introdus noțiunile de „tratament radical clinic” după rezultatele imediate și „tratament radical biologic” – după rezultatele tardive.

Tratamentul paliativ - poate fi când din oarecare motive (gradul mare de avansare) el nu poate atinge nivelul înalt de radicalitate și este aplicat doar pentru a stopa temporar procesul tumoral și a prelungi viața bolnavului pe un termen oarecare.

Tratamentul simptomatic – nu prevede nici un efect antitumoral, ci doar diminuează sau înlătură temporar simptomele grave ca manifestări ale cancerului ca atare sau consecințele tratamentului. Tratamentul simptomatic poate fi medicamentos și chirurgical (ligarea vaselor în hemoragii, aplicarea anastomozelor în ocluzii, traheostomul, ș.a.).

Tratamentul chirurgical în oncologie are indicații speciale, care trebuie strict respectate:

- 1) Tumoarea este localizată în limitele organului afectat (lob, segment, sector) și nu se răspândește în afara capsulei organului.
- 2) Tumoarea are un caracter de creștere exofită, are contururi clare și este delimitată de țesuturile învecinate.
- 3) Tumoarea are un grad înalt de diferențiere histologică și, deși țesuturile afectate sunt modificate, ele păstrează într-o măsură oarecare semnele morfologice și funcționale ale țesutului sănătos.
- 4) Tumoarea progresează lent, fapt ce se constată din anamneză, observare, prin compararea radiogramelor în timp.
- 5) Operațiile oncologice se deosebesc de operațiile chirurgiei generale prin aceea că nu sunt operații de organ, ci de teritoriu limfatic. Principiul de teritoriu limfatic este indicat mai ales în cancerele limfocitare, care diseminează pe cale limfatică și cu evoluție loco-regională. Astfel de cancere sunt cancerele de sân, cancerul gastric, de colon, rect, ale organelor regiunii capului și gâtului.
- 6) Chirurgia cancerului impune în mod obligatoriu respectarea principiilor **ablastiei** și **antiblastiei**.

Ablastie – înseamnă excizia tumorii în limitele țesutului sănătos, respectând principiul zonei anatomice și principiul „spațiului închis” sau extirparea organului respectiv și a pachetului de ganglioni „în teacă”.

O zonă anatomică din punct de vedere oncologic înseamnă un sector de țesuturi biologice întregi, formate din:

- a) organul întreg sau o parte a lui;
- b) ganglionii limfatici loco-regionali.

Așadar, extirparea tumorii se va efectua în bloc unic, în limitele unei zone anatomice, respectând principiul de extirpare „în teacă”. Vasele sangvine se rezectează în afara zonei anatomice.

Antiblastia – include în sine un șir de măsuri pentru evitarea diseminării sau *lăsării* în plagă a celulelor canceroase viabile.

Principiile de ablastie și antiblastie impun respectarea următoarelor reguli:

- 1) În timpul intervenției trebuie evitată apăsarea, tracțiunea, secționarea tumorii. Tumoarea se va extirpa cu mișcări moi, delimitând mai mult digital tumorile incapsulate.
- 2) Înainte de a extirpa organul afectat de cancer la toate vasele sangvine ce intră, și mai ales la cele care ies din zona respectivă, se vor aplica ligaturi și numai după aceasta ele se vor secționa.
- 3) În cancerul infiltrativ al mucoaselor regiunii capului și gâtului, cancerul vulvei, anorectal, în melanomul malign ș.a. este preferabil bisturiul electric.
- 4) În unele localizări ale cancerului se recomandă radioterapie, sau chimioterapie preoperatorie, care diminuează vitalitatea celulelor tumorale prin sclerozarea acestora.
- 5) Măsurile antiblastice mai prevăd și spălarea repetată a mâinilor de către chirurg în timpul operației, schimbarea

echipamentului și a lingeriei, utilizarea șervețelor, tampoanelor, penselor de unică folosință.

Mai există și metode chirurgicale speciale de tratament: 1) electrochirurgia, 2) criochirurgia, 3) lazerchirurgia.

La ora actuală cu tratamentul chirurgical al cancerului din Republica Moldova se ocupă:

- 1) Clinica chirurgicală a Institutului Oncologic.
- 2) Clinica Universitară (Spitalul Clinic Republican nr.1).
- 3) Clinica Universitară (Spitalul municipal Chișinău „Sf. Treime”).
- 4) Clinica Universitară (Institutul de neurologie și neurochirurgie).
- 5) Secția oncologică (Spitalul municipal or. Bălți).

Tabelul 1
Managementul bolnavilor primari cu tumori maligne tratați chirurgical în Republica Moldova

Instituția	c.a.	%
Institutul Oncologic	6365	86,5%
Clinica Universitară (SCR-1)	192	2,6%
Clinica Universitară (Spitalul municipal „Sf. Treime”)	255	3,5%
Clinica Universitară (Institutul de neurologie și neurochirurgie)	126	1,7%
Secția oncologică (Spitalul municipal or. Bălți)	207	2,8%
Spitalele Centrale Raionale	148	2,0%
Peste hotarele Republicii	66	0,9%
Total în alte instituții	994	13,5%

Din tabel reiese că tratamentul chirurgical al bolnavilor cu tumori maligne în Republica Moldova se efectuează în clinica oncologică (86,5%), Spitalul municipal Bălți (2,8%). Apoi lotul pacienților revine Clinicii Universitare (7,8%).

Structura intervențiilor chirurgicale practicate în clinica oncologică se referă la diferite localizări ale cancerului. Predomină intervențiile chirurgicale:

- 1) Cancerul glandei mamare - 1900 pacienți (23,8%)
 - 2) Tumorile regiunii capului și gâtului - 1850 pacienți (23,2%)
 - 3) Tumorile cutanate și de țesuturi moi - 767 pacienți (9,6%)
 - 4) Tumori digestive - 1143 pacienți (14,4%)
 - 5) Ginecologie - 1179 pacienți (14,8%)
 - 6) Urologie - 836 pacienți (10,5%)
 - 7) Toracice - 187 pacienți (2,3%)
 - 8) Oncopediatrie - 101 pacienți (1,3%)
- TOTAL - 7963 pacienți (100%)

Letalitatea postoperatorie în clinica oncologică a constituit în anul 2006 nivelul de 0,67% (53 de pacienți), (după operații radicale – 18 bolnavi; după operații paliative – 35 bolnavi).

În clinicele universitare prevalează intervențiile chirurgicale în următoarele tumori:

- 1) Tumorile digestive - 205 pacienți (56,9%)
 - 2) Tumorile plămânilor - 35 pacienți (9,8%)
 - 3) Tumorile creierului - 120 pacienți (33,3%)
- TOTAL - 360 pacienți (100%)

Mortalitatea postoperatorie în clinicele universitare fiind numai de 0,7%.

Pe baza datelor pe care le avem privind activitatea chirurgicală în oncologie putem formula o serie de concluzii:

- 1) Un mare număr din cazurile ajunse la tratament sunt în

stadii avansate ale bolii (28% în stadiul IV), din cauza lipsei programelor în masă de profilaxie primară și secundară și a insuficienței rețelei de diagnostic precoce;

- 2) Programul de Oncologie actual al Ministerului Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină nu alocă nici un leu pentru investigațiile de profilaxie, diagnostic precoce și profilaxie chirurgicală (tratamentul chirurgical activ al proceselor pretumorale și factorul genetic în oncologie). decât pentru tratamentul cu citostatice.

Principiile care fac necesară existența specialității de chirurgie oncologică:

- Chirurgii trebuie să existe pentru a asigura elementul chirurgical al personalului specializat, al rezidenților și al studenților;
- Chirurgul oncolog trebuie să asigure consultații, expertiza cazurilor dificile sau neobișnuite;
- Chirurgul oncolog trebuie să formuleze opinii experte în ajutorul colegilor chirurghi aflați în fața unor cazuri cu care nu sunt familiarizați: rezecții majore, exenterații, extirpații, indicații chirurgicale de extensie a rezecției sau de *timing* al intervenției în cadrul protocolului terapeutic multimodal;
- Chirurgul oncolog trebuie să organizeze cercetări științifice clinice menite să asigure controlul calității tratamentului și progresul continuu al tratamentului chirurgical oncologic;
- Chirurgul oncolog trebuie să participe alături de ceilalți specialiști oncologic (radiolog, chimioterapeut) la asigurarea calității și progresului terapiei multimodale a cancerului;
- Chirurgul oncolog este antrenat în practicarea unor intervenții specifice, care sunt rar sau deloc practicate în serviciile chirurgicale generale, motiv pentru care un mare număr de pacienți sunt mai bine tratați chirurgical în servicii specializate de chirurgie oncologică.

Propuneri:

1) De elaborat criteriile de obținere a competenței de a practica chirurgia oncologică:

- De organizat un **Centru de Chirurgie Oncologică** (pe baza clinicii chirurgicale a Institutului Oncologic).
- Acest centru trebuie atestat de Academia de Științe a Moldovei și Ministerul Sănătății (componentul științific și organizațional).
- Centrul de pregătire trebuie să asigure resursele necesare pentru cercetare și documentare științifică;
- Centru trebuie să aibă o experiență chirurgicală adecvată și să dețină resurse necesare tratamentului specializat chirurgical în chirurgia tumorilor;
- Centrul trebuie să asigure accesul nelimitat al chirurgului în departamentele de radioterapie și de chimioterapie, pe tot parcursul stagiului de pregătire.
- De a introduce în actualul nomenclator al Ministerului Sănătății – „supraspecializarea de chirurgie oncologică” care va crea cadrul legal al funcționării acestei specialități.
- De organizat Societatea de Chirurgie Oncologică din Republica Moldova.

2) Criteriile de atestare a unui Centru care poate pregăti un chirurg de chirurgie generală în specialitatea de chirurgie oncologică:

- Centrul trebuie să fie amplasat de obicei pe baza unei

clinici oncologice-universitare, care să trateze minimum 150 de cazuri simptomatice noi pe an cu diverse localizări;

- Centrul trebuie să asigure facilități de *screening*;
- Centru trebuie să asigure legătura cu specialiștii radiologi, chimioterapeuți, oncologic și chirurghi oncologic;
- Centrul trebuie să aibă facilități complete chirurgicale și de îngrijire postoperatorie și să asigure pregătire și în chirurgia reconstructivă;
- Centru trebuie să desfășoare activități de cercetare la care chirurgul aflat la specializare trebuie să participe activ (să publice lucrări în calitate de coautor);
- Centrul trebuie să garanteze calitatea pregătirii chirurgilor aflați la specializare, prin recomandări corespunzătoare a performanțelor de care aceștia sunt capabili.

3) Criterii de pregătire clinică, operatorie și teoretică a specialiștilor chirurghi în supraspecializarea în chirurgia oncologică:

- Chirurgii trebuie să fie instruiți în așa fel încât să ajungă să posede cunoștințe aprofundate despre diagnosticul și tratamentul tumorilor maligne invazive și *in situ*;
- Diagnosticul și tratamentul afecțiunilor benigne de organ purtător al tumorii.
- Profilaxia și tratamentul activ al proceselor pretumorale.
- Noțiuni de psihologie, comunicare, recomandări asociate, consimțământ informat, protecția intimității pacienților;
- Conservarea de organ, recomandație, reabilitare, calitatea vieții;
- Noțiuni de radioterapie și chimioterapie;
- Noțiuni de citologie, anatomopatologie, imunohistochimie;
- Noțiuni de hospise;
- Noțiuni de cercetare științifică;
- Cunoștințe de informatică;
- Pregătirea chirurgilor în blocul operator progresivă și susținută corespunzător.

Bibliografie:

1. **GH. ȚIBÎRNĂ**, Ghid clinic de oncologie editura „Universul”, 828 p. Chișinău 2003.
2. **GHIDIRIM GH, MISHIN I, GUTSU E, GAGAUZ I**, et all. Giant submucosal lipoma of the cecum: report of a case and review of literature. Romanian J Gastroenterol. 2005 Dec;14(4):393-6.
3. **GHIDIRIM GH, CORCIMARU I, MISHIN I, DANCIU A**, et all. Endoscopic rubber band ligation for bleeding oesophageal varices in portal hypertension due to idiopathic myelofibrosis. J Gastrointest Liver Dis. 2006 Sep;15(3):322.
4. **HOTINEANU V, FERDOHLEB A, HOTINEANU A**. Surgical strategy in the management of benign obstructive jaundice. Chirurgia (Bucuresti). 2005 May-Jun;100(3):241-50.
5. **HOTINEANU V, BALICA I, BOGDAN V**. Sepsis in acute severe pancreatitis. Chirurgia (Bucur). 2006 May-Jun;101(3):249-58.
6. **BABIN E, JOLY F, VADILLO M, DEHESDIN D** Oncology and quality of life. Study in head and neck cancer. Ann Otolaryngol Chir Cervicofac. 2005 Jun;122(3):134-41.
7. **ПАЧЕС А.И.** Опухоли головы и шеи. Москва, Медицина, 1995.
8. **ЦЫБЫРНЭ Г.А.** Лечение местно-распространенного рака головы и шеи. Кишинев, Щтинца, 1987.
9. **ЦЫБЫРНЭ Г.А.** Клиническая онкология. Кишинев, изд. Универсул, 2005.