

Capitolul 2

Examinarea și diagnosticul cancerului ORL

Pacienții cu cancer ORL, care sunt incurabili și netratabili și unii dintre cei care sunt tratabili și ar putea fi vindecați ar fi bine uneori să fie lăsați în pace. Decizia dacă pacienții cu această boală ar trebui tratați este, de altfel, mult mai dificilă decât în multe alte domenii ale chirurgiei, pentru că rareori există semne obiective care să arate că pacientul nu mai poate fi tratat. Când pacientul este văzut prima oară, tumoarea este adesea limitată la cap și gât cu nici o dovadă clară de metastaze la distanță; ba mai mult, deși o tumoare ORL poate fi incurabilă, sunt foarte puține cele ce nu pot fi operate și în mod virtual, fiecare structură a capului și gâtului poate dezvolta o tumoare care poate fi îndepărtată chirurgical și reparată printr-o modalitate oarecare.

Aceasta înseamnă că majoritatea pacienților cu cancer ORL sunt tratabili, dar nu toți sunt curabili. Unii dintre ei n-ar trebui tratați, de obicei pentru că o fază avansată a bolii în combinație cu o stare generală precară face ca efectul mutilant al operației să fie nefast. În general, prima decizie care poate fi luată în legătură cu un pacient cu cancer ORL este dacă pacientul trebuie tratat sau nu, înainte de a decide ce strategie trebuie adoptată. Dacă un pacient nu poate fi operat din cauza vârstei avansate sau stării generale proaste, atunci trebuie hotărât dacă este adecvat sau nu un tratament paliativ prin radioterapie și/sau chimioterapie, sau dacă vor fi de ajuns doar măsuri de suport, fără nici un tratament anticancer.

Astfel, o decizie finală asupra unui tratament depinde adesea de evaluarea completă a pacientului, inclusiv de vârsta fiziologică și de starea generală. Este recomandată obținerea cât mai multor păreri și nu precipitarea unui plan de tratament. Cea mai bună opțiune este reușita din prima a tratamentului. Există patru posibilități ale exercițiului inițial de evaluare:

- pacientul este potențial vindecabil,
- pacientul are o tumoare primară potențial vindecabilă, dar e posibil să moară din cauza altei boli în câteva luni,
- pacientul este incurabil de tumoare, dar trebuie tratat activ cu metode paliative,
- pacientul este incurabil și trebuie tratat simptomatic.

O mare parte din discuția următoare din acest capitol arată cum se poate ajunge la realizarea acestor scopuri.

2.1. Anamneza

Luarea în considerare a trecutului unui pacient cu o tumoare ORL nu este cu nimic diferită de aceea a unui pacient cu oricare altă problemă medicală sau chirurgicală. Sunt totuși trei informații de importanță majoră în luarea deciziei finale cu privire la planificarea tratamentului. Acestea sunt: vârsta pacientului, situația lui socială și biologia tumorii.

Cancerul ORL apare adesea la oameni peste 45 de ani. Dacă cineva are cancer sub această vârstă, prognosticul poate fi mai rău decât al cuiva în vârstă de peste 45 de ani. Ceva le-a deprimat sistemul imunitar, cauzând formarea acestei tumori. Majoritatea tumorilor ORL sunt carcinoame epiteliale și reflectă afectarea epitelului de către țigări și tutun, adesea combinate cu alcool. Astfel, când o persoană tânără are o astfel de tumoare, aceasta are adesea o semnificație sinistă. Persoanele mai în vârstă au de obicei rezerve funcționale diminuate, au diverse boli asociate sau o sensibilitate mare și adesea nu pot fi reabilite cu succes după o operație majoră, în ceea ce privește fonația și deglutiția, în comparație cu pacienții mai tineri.

Următoarea problemă importantă ce trebuie luată în considerare este situația socială. Majoritatea operațiilor cervico-faciale afectează anatomia și fiziologia normală și, de obicei, și psihicul pacientului. Fiecare pacient care suportă o astfel de operație necesită nu numai suport fizic ci și suport psiho-social după aceea. Dacă locuiesc singuri și nu pot citi și scrie (așa cum se mai întâmplă, chiar și azi) sau sunt alcoolici, atunci acești factori ar trebui să aibă un rol în decizia dacă pacientul să beneficieze sau nu ca prim tratament de chirurgie sau de radioterapie.

În final, este importantă evaluarea biologiei tumorii. Acest lucru s-a discutat în capitolul 1, dar e important de înțeles că anumiți factori biologici pot fi esențiali când se iau în considerare și alți indicatori de prognostic cum ar fi stadiul tumorii (T) și al adenopatiei (N). Tumorile slab diferențiate au adesea un prognostic mai rău decât tumorile bine diferențiate și tumorile la tineri pot evolua mult mai mult rău decât la vârstnici. În plus, tumorile care se dezvoltă la indivizii cu deprimarea sistemului imunitar rareori se ameliorează prin vreo modalitate terapeutică.

O tumoare care crește foarte repede s-ar putea să nu fie sensibilă la nici un tratament și poate juca rolul unui „indicator biologic clinic”, așa încât orice tratament ar putea fi într-adevăr mai rău decât finalul bolii în sine. Situația în care operația a fost un succes, iar pacientul un insucces, nu este de dorit.

Starea generală a pacientului trebuie apreciată întotdeauna prin folosirea uneia din metodele de măsurare a statusului de performanță cum ar fi indicele Karnofsky (Tabelul 2.1). În sfârșit, dacă este examinat un pacient care a mai fost tratat în altă parte, este important de reținut că trebuie să fim foarte circumspecți cu ce s-a întâmplat înainte și să se înceapă din nou evaluarea și analiza a ceea ce s-a petrecut. Se reia anamneza, examinarea clinică și paraclinică, pentru a nu fi surprinși fără acoperire. În evaluarea pacientului un aforism folositor este „decizia bună este de obicei rezultatul experienței, dar experiența a rezultat de obicei dintr-o decizie greșită.”

2.2. Examinarea clinică

Fiecare adult, mai ales de sex masculin, de peste 45 de ani, cu simptome ale căilor aero-digestive superioare cu o durată de peste două săptămâni trebuie să se prezinte la medicul specialist ORL care va avea în vedere în primul rând suspiciunea de cancer.

Simptomele subiective variază în funcție de localizarea tumorii:

- cavitatea bucală: durerea (glosodinie), senzația de corp străin determinată de o tumefacție sau o mică ulcerare ce sîngerează în cursul traumatismelor minore.
- orofaringe: dureri, adesea provocate de deglutiție cu iradiere spre ureche (odinofagie cu otalgie reflexă).
- hipofaringe: jenă mecanică la deglutiție (disfagie) inițial intermitentă, ulterior permanentă.
- laringe: modificări ale vocii (disfonie), dispnee laringiană, spute hemoptoice.

Tabelul 2.1 *Indicele Karnofsky*

GRAD	DESCRIERE
0	Complet activ, capabil să facă toate activitățile de dinainte de boală fără restricție (Karnofsky 90 – 100)
1	Activitatea fizică intensă este interzisă, dar se poate deplasa și executa munci ușoare, de exemplu, activități ușoare în gospodărie, muncă la birou (Karnofsky 70 – 80)
2	Se poate deplasa și se poate îngriji, dar e incapabil de a efectua vreo activitate. Petrece ridicat mai mult de 50% din orele din timpul zilei (Karnofsky 50 – 60)
3	Capabil doar de o îngrijire proprie limitată, nevoit să stea la pat sau în scaun 50% sau mai mult din orele din timpul zilei (Karnofsky 30 – 40)
4	Complet neajutorat. Nu se poate îngriji deloc. Nevoit să stea la pat sau în scaun tot timpul (Karnofsky 10 – 20)

2.2.1. Examinarea localizării primare

Examinarea unui pacient cu o tumoare ORL presupune stabilirea stadiului „T”. Când se evaluează leziunea locală pentru tratament, limitele ei pot fi apreciate exact, prin examinare și prin palpate și este util să înregistrăm permanent aceste descoperiri pe un set de diagrame (vezi anexa 2.1). Acest lucru se face atât în salon cât și în sala de operații. Cercetarea fiecărei regiuni trebuie făcută sistematic. Este important să avem o copie a sistemului actual de stadializare (TNM – tumoare, nodul, metastază, [AJCC/UICC, ediția a 8-a, 2017]) și în salon și în sala de operație pentru a facilita stabilirea rapidă și exactă a stadiului.

2.2.2. Examinarea ORL

Examenul clinic ORL rămâne cel mai bun mijloc de depistare a leziunilor tractului aero-digestiv superior. Adesea primul examen poate fi revelator pentru diagnosticul de boală și severitatea acesteia.

Posibilitatea existenței tumorilor multiple primare sincrone la cei cu tumori maligne ORL, face ca explorarea să cuprindă examinarea întregului tract digestiv.

Examinarea clinică trebuie să includă următorii timpi:

- examenul pielii capului pentru căutarea unor leziuni ulcerate, nodulare, sau pigmentare,
- examenul nervilor cranieni I-XII,
- examenul nasului, ochilor și pleoapelor,
- examinarea cavității bucale (bucofaringoscopia). Este importantă cercetarea dentiției pacientului și dacă starea acesteia o impune, (mai ales dacă pacientul va fi supus radioterapiei) ar trebui cerut consultul unui stomatolog.

Halitoza (halena bucală) poate fi un indiciu de tumoare ORL. Trebuie inspectate amigdalele palatine și pilierii.

Orice leziune accesibilă trebuie palpată utilizând tehnica bimanuală (un deget cu mânușă în interiorul gurii și al doilea sub mandibulă).

Palparea trebuie să fie ultimul timp al examinării deoarece induce reflexul de vomă.

2.2.3. Examinarea cervicală

Invadarea limfoganglionilor nu se manifestă simptomatic, înainte de a fi destul de mari. Așadar, pentru a detecta ganglionii clinic măriți chirurgul trebuie să se bazeze mai ales pe examenul clinic. Durează între 2 și 5 minute să efectueze o examinare completă a fiecărei părți a regiunii cervicale. Examinarea trebuie repetată cu orice ocazie și trebuie comparate rezultatele efectuate de mai mulți examinatori. Desenele detaliate ce folosesc diagrame pregătite (Anexa 2.1) sunt esențiale și completează raportul scris. Cât mai curând posibil fiecare medic își va dezvolta propria tehnică pe care să o poată aplica în aceeași manieră sistematică ori de câte ori are loc examinarea.

Sunt examinate pe rând triunghiurile gâtului și ganglionii limfatici pe care îi conțin (Fig. 2.1).

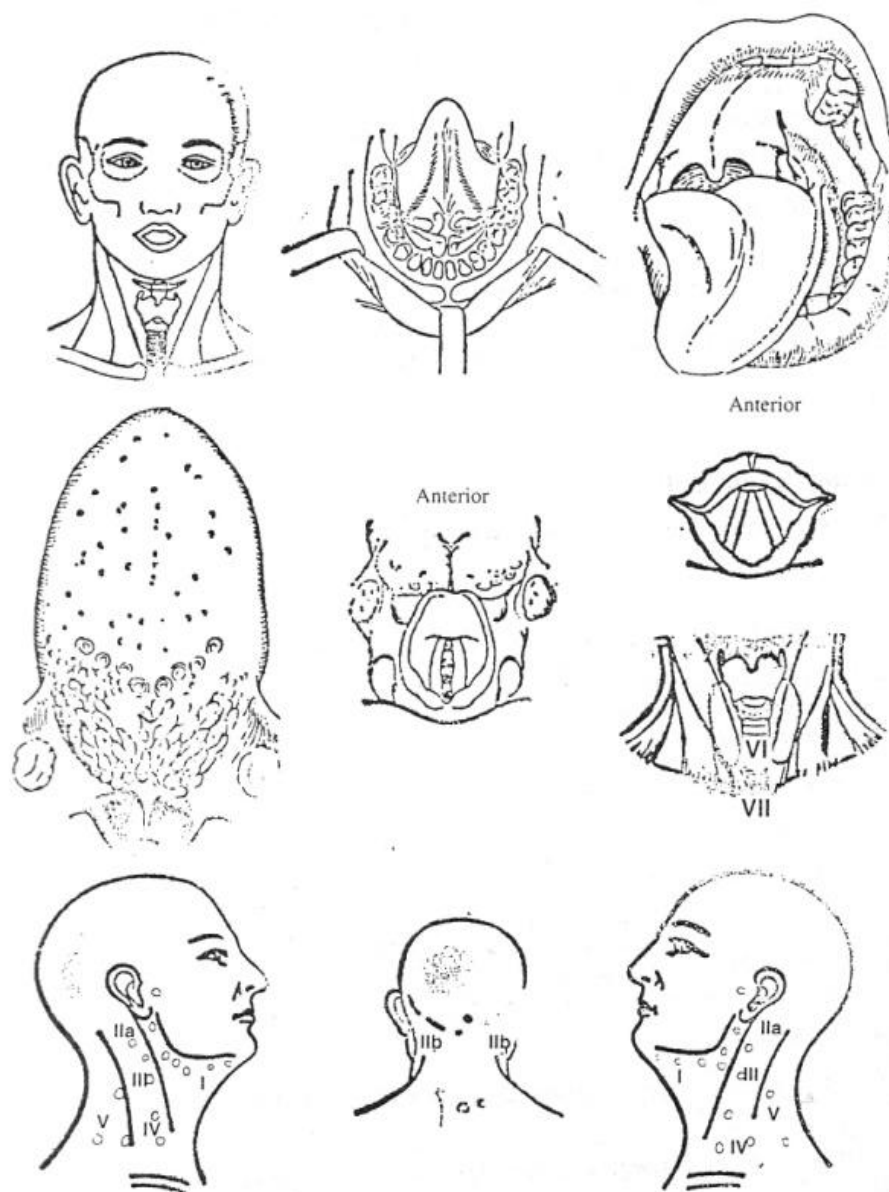


Fig. 2.1 *Reprezentarea schematică a organelor și ganglionilor cervicali*