



Stadializarea TNM a cancerului esofagian:

Stadiul 0	Tis	N0	M0
Stadiul I	T1	N0	M0
Stadiul IIA	T2	N0	M0
	T3	N0	M0
Stadiul IIB	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
Stadiul III	T3	N1	M0
	T4	orice N	M0
Stadiul IVA	orice T	orice N	M1a
Stadiul IVB	orice T	orice N	M1b

Profilaxia primară

- Consilierea privind respectarea modului sănătos de viață:
 - ✓ combaterea tabagismului,
 - ✓ evitarea consumului abuziv de alcool,
 - ✓ schimbarea modului de alimentație,
 - ✓ sanarea cavității bucale.
- Consilierea privind efectul contactului cu substanțele nocive.
- Includerea în grupul de risc înalt de dezvoltare a cancerului esofagian a rudelor apropiate ale bolnavilor.

Profilaxia secundară

- Tratamentul patologiilor cronice și stărilor precanceroase ale esofagului.

Factorii de risc

- Tabagismul.
- Consumul excesiv de alcool.
- Factorul genetic.
- Stările precanceroase ale esofagului:
 - ✓ Esofagitele cronice.
 - ✓ Acalazia cu durată de peste 20 – 25 ani.
 - ✓ Stricurile cicatriciale, mai ales cele postcombustionale.
 - ✓ Ulcerele peptice.
 - ✓ Tumorile benigne: adenoamele, papiloamele, diverticuli esofagieni.
 - ✓ Procesele hiperplazice: leucoplachia, displazia.
- Factorul genetic: sindromul Plumer – Winson care se manifestă prin aclorhidrie, anemie, hipertrofie a mucoasei cavității bucale urmată de hipercheratoză a mucoasei cavității bucale, faringelui și esofagului. Se întâlnește numai la femei.
- Stările patologice predispozante ale cancerului esofagian:
 - ✓ Cancer ORL
 - ✓ Esofag Barrett
 - ✓ Megaesofag
 - ✓ Diverticuli esofagieni
 - ✓ Stenoze post caustice

Grupurile de risc

- Persoanele cu istoric familial de maladii oncologice.
- Persoanele care consumă alcool în exces, fumătorii.
- Pacienții cu stări precanceroase ale esofagului:
 - ✓ Esofagite cronice.
 - ✓ Acalazie cu durată de peste 20 – 25 ani.
 - ✓ Stricuri cicatriciale, mai ales cele postcombustionale.
 - ✓ Ulcere peptice.
 - ✓ Tumori benigne: adenoamele, papiloamele, diverticuli esofagieni.
 - ✓ Procesele hiperplazice: leucoplachia, displazia.
- Pacienții cu stări patologice predispozante ale cancerului esofagian: cancer ORL, esofagul Barrett, megaesofag, diverticuli esofagieni, stenoze post caustice, stenoze peptice.

Screening-ul

- Identificarea grupului de risc în dezvoltarea cancerului esofagian.
- Examen radiologic al esofagului persoanelor din grupele de risc, la fiecare 6 luni.
- FEGDS persoanelor din grupele de risc, la necesitate.

Manifestările clinice

„Semne de alarmă”

- Disfagie de diferit grad, care nu este cauzată de traumatism mecanic, chimic sau termic al esofagului.
- Durere sau disconfort pe traiectul esofagului, apărute în timpul alimentației.
- Regurgitări repetate, mai ales cu amestec de sânge.
- Schimbare nemotivată a tembrului vocii (vocea răgușită).
- Tuse chinuitoare, ce apare în timpul alimentației.
- Hipersalivație.
- Pierdere ponderală progresantă, pînă la cașexie.
- Astenie progresantă.
- Fatigabilitate.
- Triada Homer (mioză, pseudoptoză, endoftalm).

Semne și simptome

CE este asimptomatic în stadiile incipiente.

În evoluție, simptomele sunt discrete și deseori neglijate de către bolnav.

Simptomatologia devine evidentă în cancerul avansat prin:

- ✓ disfagie continuă și progresivă, inițial pentru alimente solide, apoi și pentru lichide;
- ✓ durere retrosternală;
- ✓ tuse;
- ✓ dispnee;
- ✓ voce răgușită.

Avansarea procesului completează tabloul clinic cu:

- ✓ hemoptizii și hematemeză, prin invazia vaselor mediastinale;
- ✓ paralizii a corzilor vocale și afonie – invazie a nervului recurent laringian/metastaze ganglionare;
- ✓ pleurezie;
- ✓ paralizii a diafragmului – invazie a nervului frenic;
- ✓ icter, durere osoasă – manifestări ale metastazării sistemice;
- ✓ sindromul Homer – afectare a căilor nervoase spinale, globilor oculari, feței (ptoza palpebrală, mioză, tumefiere a unei jumătăți faciale);
- ✓ metastazare cerebrală – confuzie, cefalee, convulsii;
- ✓ diseminare intestinală – hemoragie, vomă și anemie feriprivă.

Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza generală urinei.
- Analiza biochimică a sîngelui.
- Radioscopia poilpozitională și radiografia esofagului (cu bariu).
- FEGDS.
- USG abdomenului, la necesitate.
- Bronhoscopia, la necesitate.

Diagnosticul diferențial

	Cancer esofagian	Acalazie	Esofagite	Ulcer peptic	Stricturi postcaustice	Tumori benigne
Debut și evoluție	Insidios.	Anamneză de durată.	Lent.	Lent, evoluează în pusee.	Apar peste 3-4 săptămîni după producerea arsurii.	Anamneză de durată.
Vîrstă	Preponderent la bărbați > 50 ani.	La orice vîrstă, la ambele sexe.	Vîrstă < 25 - 30 ani.	Preponderent la bărbați, 30 -50 ani.	La ambele sexe, la orice vîrstă.	Preponderent la bărbați, 30 - 40 ani.
Disfagie	Permanent, progresivă, durată – zile/săptămîni.	Disfagie „paradoxală”, nu trec alimentele lichide, trec cele solide, accentuată în stresuri.	Progresivă lent.	Intensă la alimente solide.	Apar peste 3-4 săptămîni după producerea arsurii.	Se dezvoltă treptat în decurs de cîțiva ani.
Regurgitații	Frecvente, uneori cu striuri de sînge.	Postprandial, în decubit dorsal.	Lichide, cu gust acru.	Cu conținut esofagian.	Salivare cu mase necrotice sau striuri de sînge.	Cu mase alimentare recent înghițite.
Durere	Simptom tardiv, cu localizare retrosternală.	Retrosternală intermitentă, se cupează cu Atropină și Nitroglicerină .	Arsură retrosternală.	Intraprandială/postprandială precoce, în reg. xifoidă.	Intraprandială.	Nu este caracteristică.
Scădere ponderală și alterare a stării generale	Rapidă, evidentă, intoxicație endogenă progresivă.	Absența tulburărilor de nutriție.	Nu sunt date de intoxicație.	Nu sunt date de intoxicație.	După faza de intoxicație se instalează vindecare aparentă.	Starea generală nu este afectată.
Semne paraclinice	Ex. radiologic - extensie a stenozei, prezență a fistulelor esofago-respiratorii.	Ex. radiologic - dilatare excesivă, formă de „S”. Ex. endoscopic - îngroșare a plicilor, eroziuni. Esofag permeabil.	Ex. endoscopic - leziuni ulcerative severe. Apariție a stricturilor esofagiene.	Ex. radiologic „nișă” cu zonă de infiltrație, convergență a plicilor mucoasei spre baza „nișei”.	Ex. radiologic – îngustare, aspect de tub, formă neregulată, lipsă a reliefului mucoasei, peristaltismului în zona îngustării. Ex. endoscopic - prezența esofagitei, cicatricei.	Ex. radiologic și endoscopic – fără modificări.

Tratamentul

- Tratamentul se efectuează în instituții specializate, de către medici specialiști oncologi, chimioterapeuți, radiologi.
- Aprecierea tacticii de tratament depinde de localizarea și răspîndirea procesului, starea generală a pacientului.
- Tratamentul CE se efectuează doar conform recomandărilor și sub supravegherea oncogastrologului.

Referirea la specialist

- Necesitatea confirmării diagnosticului.
- Necesitatea ajustării tratamentului medicamentos.

⚠ Notă: Referirea la specialist se efectuează absolut în toate cazurile de suspexie a CE.

⚠ Notă: Orice proces tumoral al esofagului stabilit clinic, radiologic și endoscopic sau suspectat nu exclude prezența sectoarelor malignizate, care pot fi stabilite numai în cadrul investigațiilor morfologice și necesită consultație în cadrul IMSP IO.

Criteriile de spitalizare

- Diagnosticul de CE confirmat prin investigații clinice și paraclinice.
- Diagnosticul de CE confirmat morfologic și disfagie gr. III – IV pentru tratament specific chimioterapic și radioterapic, întru aplicarea gastrostomei nutritive.
- Necesitatea tratamentului chirurgical radical și paliativ.

⚠ Notă: Pacienții cu diagnosticul CE confirmat, aflați la tratament simptomatic sub supravegherea oncologului raional, în cazul dezvoltării disfagiei gr. IV, necesită aplicarea gastrostomei nutritive în secția chirurgie la locul de trai.

Supravegherea

Supravegherea pacienților cu CE este orientată spre depistarea precoce a recidivei sau metastazării. Pacienții cu CE după finisarea tratamentului se află la supravegherea medicului de familie în comun cu oncologul raional, oncologul din Policlinica IMSP IO.

Regimul de supraveghere

- **Grupa clinică II** (pacienții care necesită tratament specific anticanceros) sunt incluși în scheme de tratament în cadrul IMSP IO conform recomandărilor medicului specialist chirurg, radioterapeut.
- **Grupa clinică III** (pacienții care au finisat tratamentul specific anticanceros) – necesită control în cadrul IO peste 1 lună după finisarea tratamentului; ulterior peste 3 luni, 6 luni, 12 luni, după care controlul se efectuează o dată în an de oncopolmonolog.
- **Grupa clinică IV** (pacienții cu CE care nu necesită tratament specific și au nevoie de îngrijire paliativă) urmează îngrijire paliativă la indicația oncologului raional și/sau medicului de familie.

Volumul cercetărilor:

- Analiza generală a sîngelui.
- Analiza biochimică a sîngelui.
- Examen radiografic baritat al esofagului, la necesitate.
- FGDS, la necesitate.
- USG, la necesitate.

Abrevierile folosite în document:

CE – cancerul esofagian

FEGDS – fibroesofagogatsroduodenoscopia

IMSP IO – instituția medico - sanitară publică Institutul de Oncologie

ORL – otorinolaringologul

USG – ultrasonografia

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 330 din 28.03.2013 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Tumori maligne ale esofagului”

Implementat de Ministerul Sănătății în cadrul Proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială” cu suportul Băncii Mondiale și Centrului Strategii și Politici de Sănătate

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național „Tumori maligne ale esofagului” (PCN -176)
Elaborat: martie 2013