

# Tumorile organelor ORL

Catedra de Otorinolaringologie a Universitatii de Stat de Medicina si Farmacie "Nicolae Testemitanu"



Asistent universitat, doctor in stiinte medicale **Victor Osman**

Sef de catedra, conferentiar universitat, dr. hab. in stiinte medicale **Sergiu Vetrician**

# Tumorile nasale

---

# Tumorile cutanate ale piramidei nazale

---

## Tumorile benigne:

**Chisturile dermoide:** au forma sferică, sunt mobile și sunt situate pe linia mediană a nasului. La palpare este renitentă și se pot fistuliza.

*Tratamentul chirurgical* constă prin exereza completă a întregii pungii.

**Papilomul cornos** este o tumoare conjunctivo-epiteliană. Îmbracă uneori aspectul de excrescență în forma de corn, realizând forma denumită “corn cutanat”.

*Tratamentul:* electrocoagulare

**Angiomul (hemangiomul)** pielii nasului se recunoaște prin colorația sa roșie-violacee.

**Tumorile maligne** – se pot dezvolta din cele benigne. Au aceeași proveniență ca și cea a tumorilor maligne ale urechii externe.

## Papilom Terapie: excizie chirurgicala

---

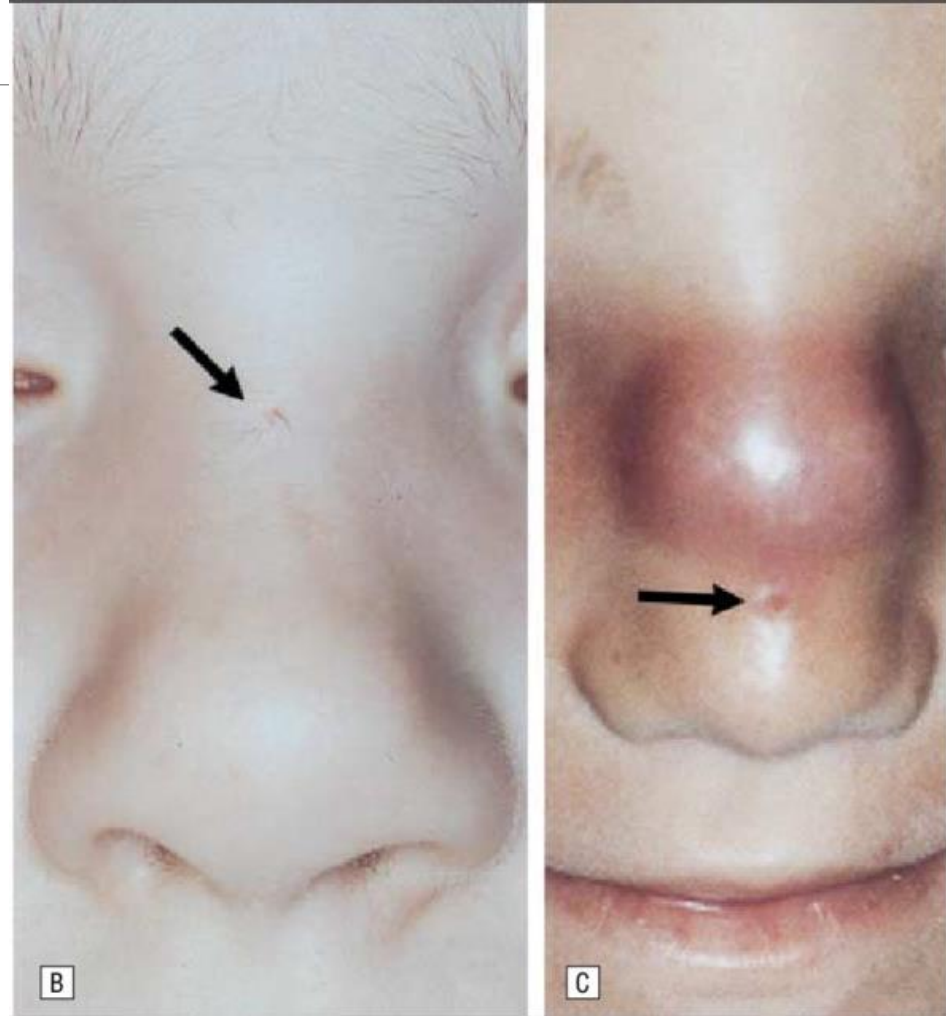


TUMORILE CAVITATII NAZALE TUMORI BENIGNE Papilomul scuamos Terapie: -  
Excizie locala cu cauterizarea bazei - Criochirurgie, laser

---



# Chist dermoid



## Hemangiom al piramidei nazale

---



# Tumorile foselor nazale și sinusurilor paranazale

---

Tumorile benigne – au o structură histologică polimorfă.

Indiferent de varietatea structurii lor histologice, simptomatologia funcțională este identică pentru toate categoriile și se manifestă prin obstrucție nazală.

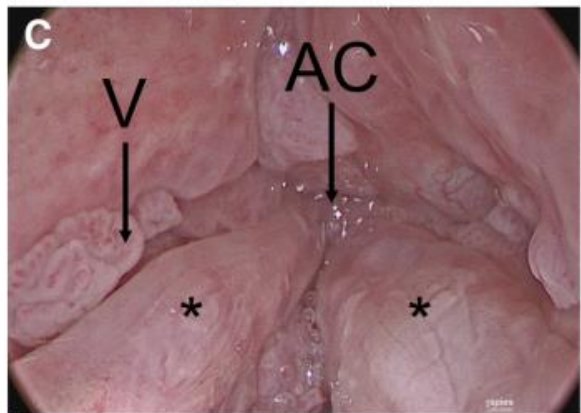
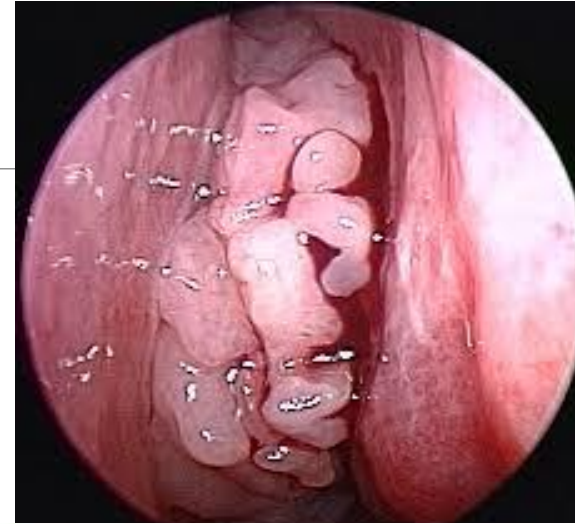
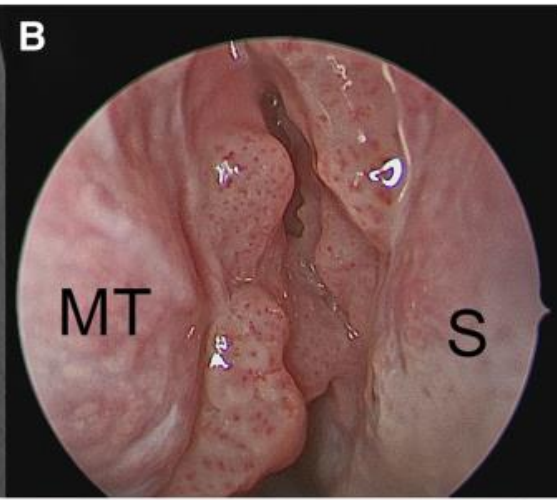
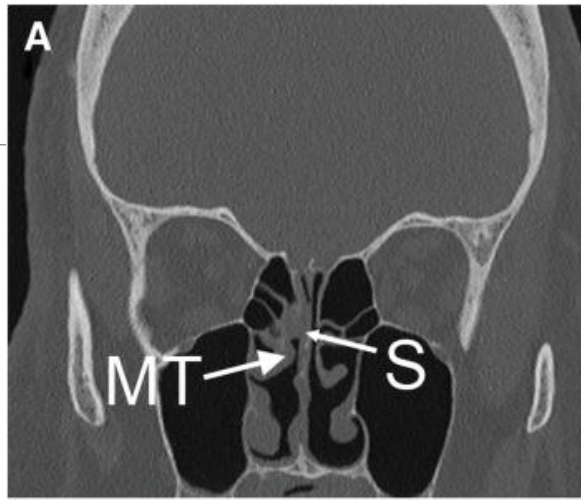
***Papiloamele foselor nazale*** sunt formațiuni conopidiforme galben-cenușii implantate la nivelul vestibulului narinar sau ale foselor nazale. Tumora papilomatoasă poate fi sesilă sau pediculată. Are o forma neregulată și o consistență fermă.

*Tabloul clinic:* obstrucție nazală bilaterală.

***Diagnosticul*** se stabilește prin biopsie.

***Tratamentul:*** exereza chirurgicală.





***Osteomul foselor nazale*** este o proliferare osoasă de tip hiperplazic, situată în porțiunea înaltă (etajul superior) a foselor nazale.

Etiopatogeneza: traumatizmele sau inflamațiile repetate.

Tabloul clinic: obstrucție nazală, hemicranie, rinoree, microepistaxis.

---

Osteomul poate favoriza suprainfecția și apariția unei sinuzite secundare.

Tratamentul este chirurgical

***Condroame (tumori cartilajinoase)***, localizate la jumătatea inferioară a septului nazal cartilajinos.

***Adenoame***, localizate în etajul superior al foselor nazale.

***Angioame*** cu posibilitate de implantare la orice nivel nazo-sinuzal.

***Tumori pluritissuale***, ca polipul sângerând al septului nazal.

***Tumori angiofibromatoase*** localizate la nivelul petei vasculare.

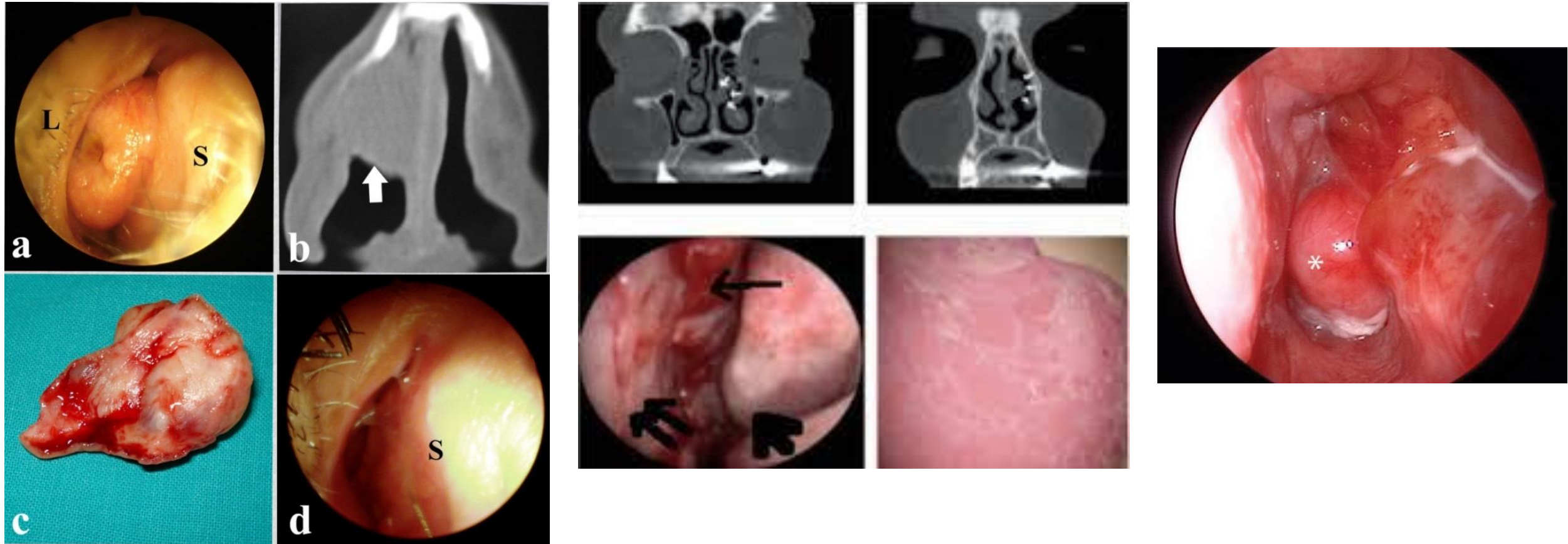
***Tumori mixte*** situate la nivelul maxilarului superior.

## Condrom al cartilajului alar

---



# Adenom, Angiom si Angiofibrom



**Mucocelul etmoidal** este o formațiune tumorală benignă care se dezvoltă prin retenția de mucus la nivelul a două sau mai multe celule etmoidale.

Etiopatogenia este complexă: infecția sinuzală cronică, traumatismele, corpii străini nazo-sinuzali, o tumoare benignă pot determina orificiului de drenaj al celulelor etmoidale. Blocajul ostial determină formarea unui chist de retenție – mucocelul – creștând cu timpul dimensiuni considerabile, producând eroziunea pereților osoși.

Mucocelul constituit se trădează prin prezența unei tumefacții unilaterale, situate la rădăcina nasului. Tumefacția poate provoca devierea globului ocular. Palpativ: prezența unei tumori dure sau de consistență elastică.

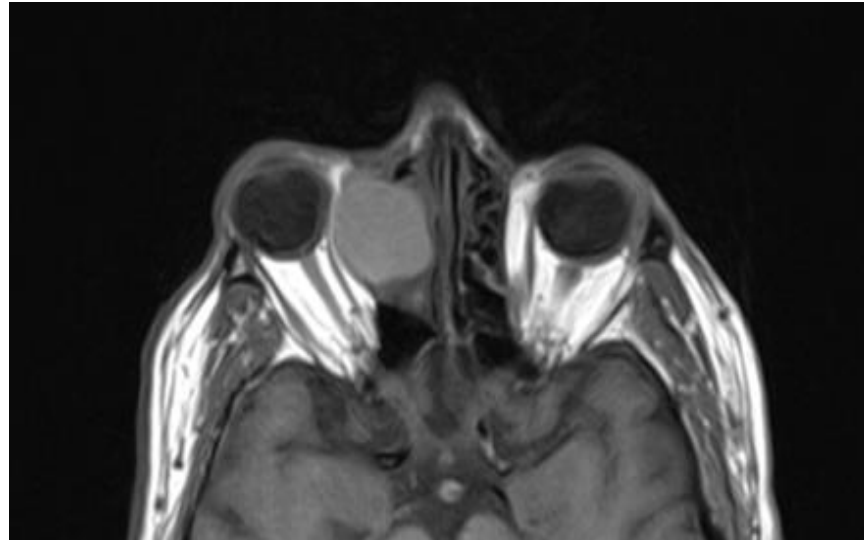
---

Tabloul clinic: obstrucție nazală, hipo- sau anosmie, epifora, rinoree.

Diagnostic: Radiografia sau CT.

Puncția extrage un lichid vâscos, uneori cu aspect brun din cauza micilor sângerări din interiorul mucocelului.

Tratamentul chirurgical constă în ablația mucocelului, pe cale externă, dacă este voluminos, sau pe cale endonazală, dacă are dimensiuni rezonabile.



# Tumorile maligne

**Cancerul foselor nazale și al sinusului etmoidal.** La populația țării noastre, aproximativ 7% din tumorile maligne otorinolaringologice sunt situate la nivelul foselor nazale și a sinusului etmoidal.

Etiologia acestui tip de cancer are 3 factori:

---

1. Inflamația cronică a glandei pituitare.
2. Unele metaplazii ale mucoasei produse de factori chimici și poluanții.
3. Tumorile benigne neglijate ale foselor nazale.

Cancerul sinusului etmoidal are o frecvență netă la muncitorii care lucrează în industria lemnului (tâmplari).

*Histopatologic, poate fi:*

- Epitelial* (epitelioame epidermoide, cilindroame).
- *Conjunctiv* (sarcoame fibroblastice, mixosarcoame, sarcoame limfoblastice, sarcome condroblastice).
- *Mixt* (epitelial și conjunctiv)
- *De țesut nevros* provenind din învelișul meningelui (estezoneuroblastom, simpatom sau nevocarcinom).

## Tabloul clinic.

Evoluează în trei stadii:

1. Stadiul de debut se manifestă de obicei printr-o rinită banală. În acest moment, tumora e nedureroasă.
2. Perioada de stare se manifestă prin rinoree mucopurulentă, apoi franc purulentă, mici epistaxisuri repetate, obstrucție nazală progresivă, vagă cefalee cu hemicranie, hipo- sau anosmie.

*Rinoscopic*, se observă tumora cu marginea de obicei bine delimitată, aspect cărnos, uneori ulcerată cu granulații burjonate.

3. Perioada terminală se caracterizează prin dezvoltarea tumorii în diverse direcții, ceea ce conduce la invadarea tubei Eustachio, a regiunii sino-maxilare, a orbitei, spre regiunea palatină sau spre piramida nazală. Metastazele în această fază sunt frecvente.

**Diagnostic:** se pune prin eliminarea tuturor cauzelor care pot produce obstucția nazală (hipertrofii de cornet, hematom, corp străin, rinită alergică sau vasomotorie)

---

Diagnosticul se stabilește prin biopsie. În vederea stabilirii conduitei terapeutice este necesar - Radiografia sau CT.

**Tratamentul cuprinde** intervenția chirurgicală, tratamentul medical general.

*Tratamentul chirurgical* este diferențiat în funcție de etajul fosei nazale care este afectat de tumora:

- pentru tumorile din etajul superior se face etmoidectomie, fie pe cale endonazală.
- pentru tumorile situate în etajul mijlociu se extirpă tumoarea pe cale transmaxilo-nazală tip Moure, pe cale externă.
- pentru tumorile situate în etajul inferior, se practică tehnic același tip de intervenție chirurgicală ca cea precedentă, însă completată cu rezecția platoului palato-dentar.
- dacă tumora acoperă toate 3 etaje, combinarea celor 3 tehnici este necesară. Dacă orbita este invadată, enuclearea globului ocular și rezecția orbitei vor fi efectuate în aceeași ședință operatorie.

*Tratamentul medical general.*

Antiinfecțios (preoperator), antiinflamator și dezinfiltrant (cortizon, antibiotice, antiinflamatoare nesteroidiene) după operație.



**Cancerul sinusului maxilar** este rar. Ia naștere din formațiunile histologice din interiorul sinusului.

Sinuzitele pot constitui, în unele cazuri, punctul de plecare al cancerului.

*Histopatologic* sunt tumori:

- *epiteliale* (epidermoide, spinocelulare, mucoase sau cilindrice).
- *conjunctive* (cele mai frecvente sunt tumorile nervoase).

### **Tabloul clinic.**

Evoluează în trei stadii:

1. Perioada de latență, intracavitară, este asimptomatică sau cu unele vagi manifestări de rinosinuzită.
2. Perioada de deformare se caracterizează prin bombarea fosei nazale ipsilaterale, deplasarea globului ocular, bombarea regiunii palatine.

Palpator: evidențiază eroziunile sau distrucțiunile osoase de la nivelul orbitei, arcadei dentare sau lojei palatine.

Rinoscopic: descoperă deformarea peretelui sinuso-nazal.

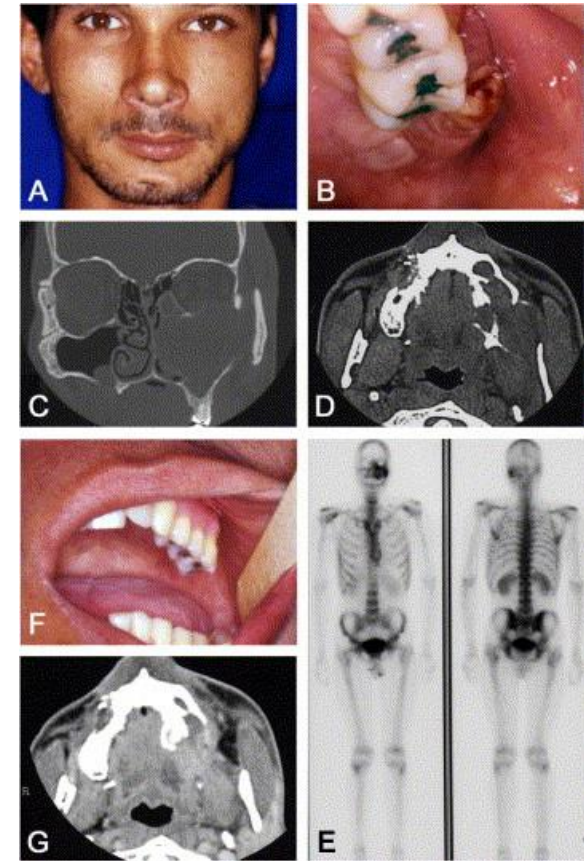
Examenul Radiologic sau CT evidențiază suprafața osoasă distrusă.

3. Perioada de invazie, tumora distinge pereții sinusului maxilar și se extinde la zonele învecinate. Apar metastazele locoregionale sau la distanță pe cale hematogenă.

**Diagnosticul** este foarte dificil în primul stadiu de evoluție. În ultimele 2 stadii: fenomenele distructive produse de invazia tumorală.

Biopsia tranșează etiologia tumorii.

**Tratamentul** chirurgical și radioterapic. Se efectuează după schema descrisă la cancerul etmoido-nazal.



# Tumorile sinusurilor paranazale

---

# Tumorile sinusurilor paranazale tumori benigne

## Osteoamele

---

Terapie: Tratamentul se indica in cazul aparitiei simptomatologiei, obstructiei ostiumului sinusal, formarii unui mucocel, simptome de presiune aparute ca urmare a extensiei spre orbita, nas sau craniu

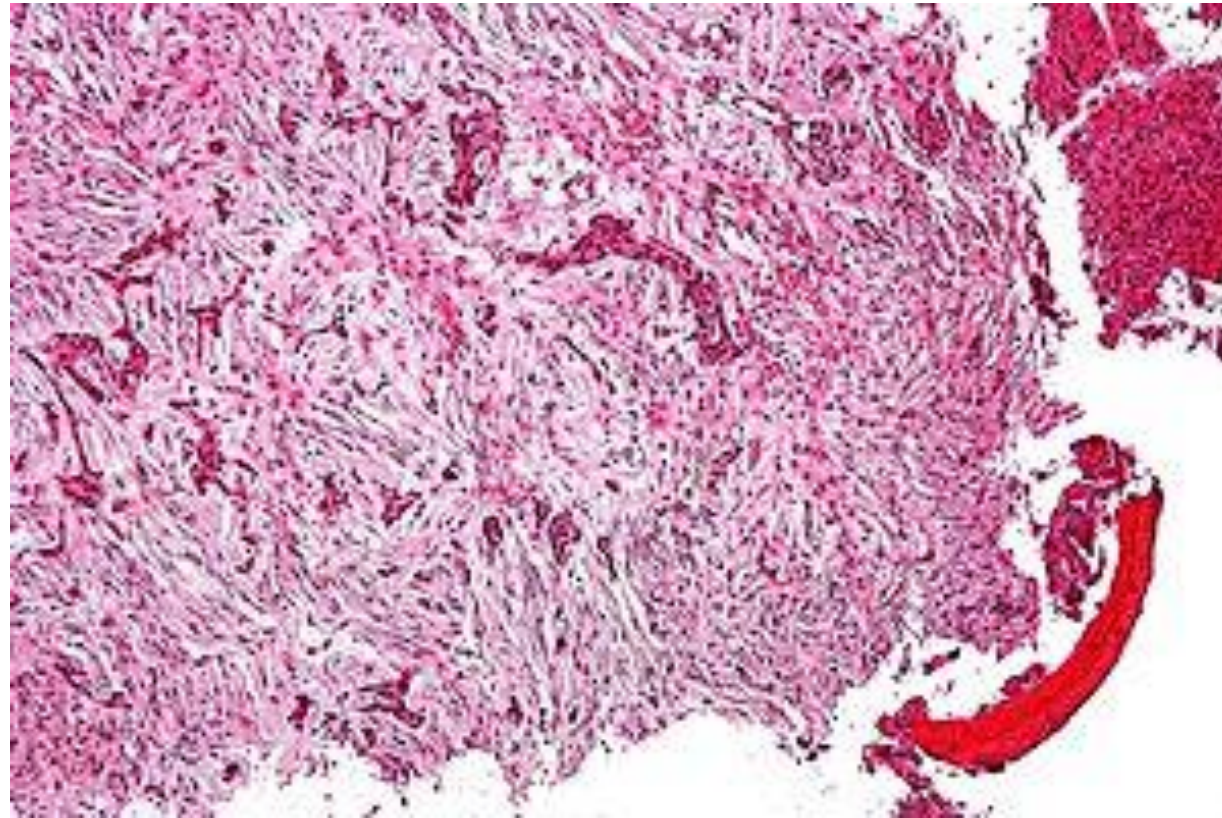


# Fibrom osificant Terapie: Excizia tumorii



# Adamantinomul(tumora recidivanta a maxilarelor) Terapie: Excizia tumorii

---

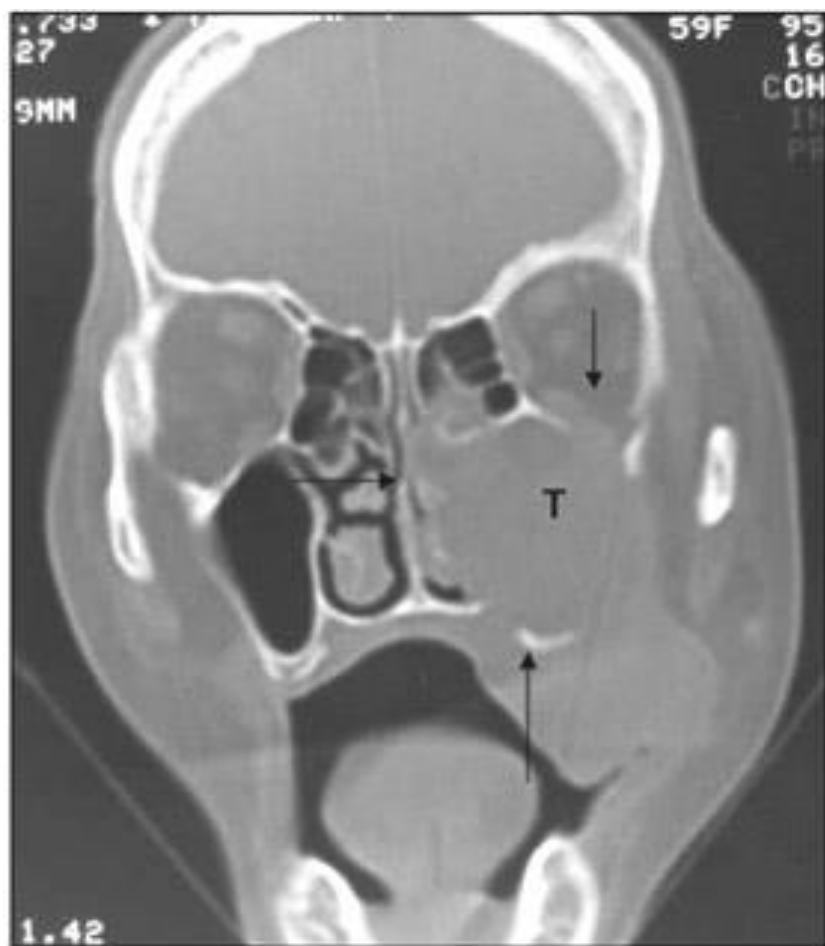


# TUMORI MALIGNNE

---

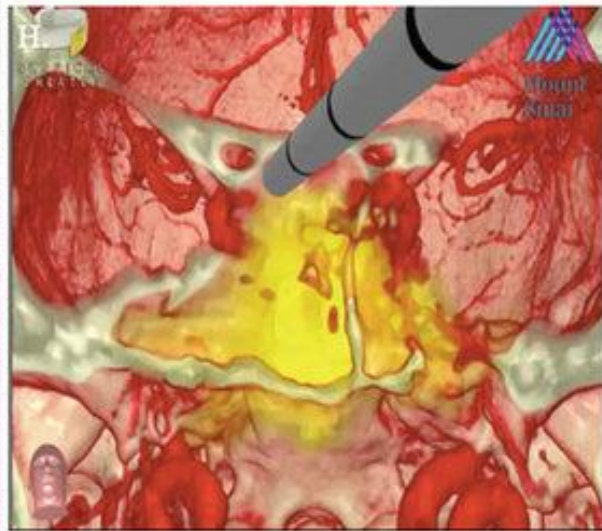
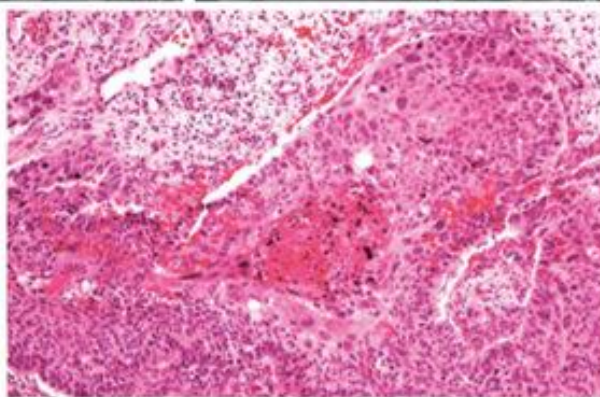
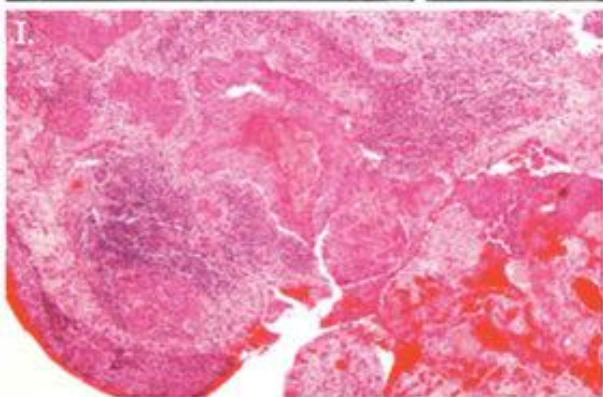
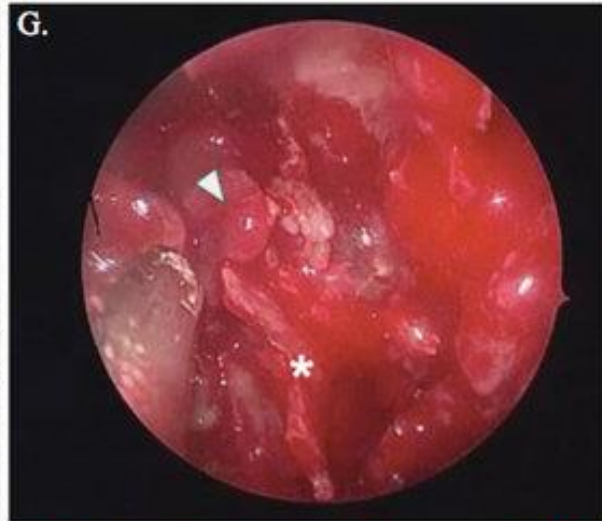
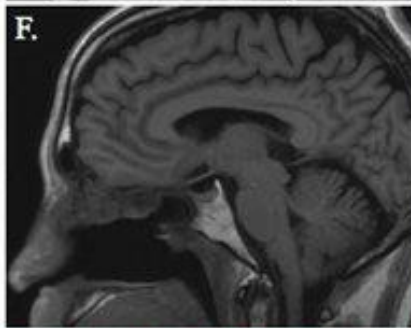
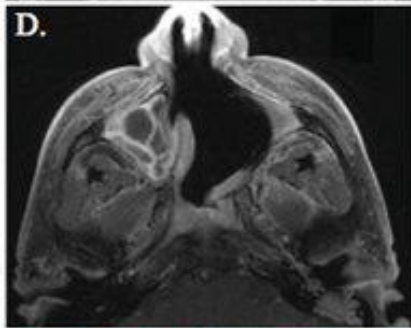
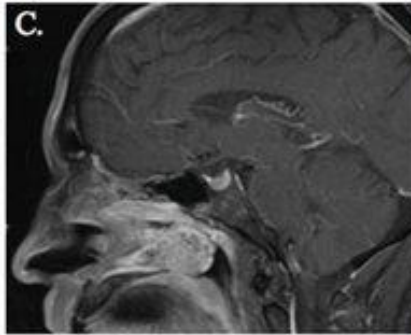
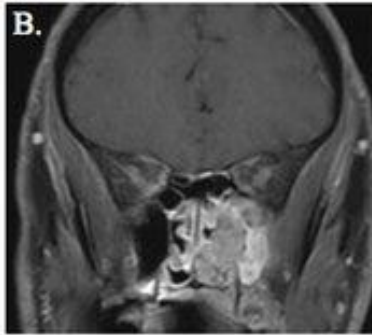
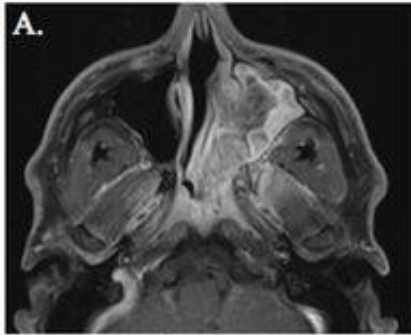
## **Carcinomul sinusului maxilar**

Terapie: - Diagnosticul histologic este important in decizia conduitei terapeutice - Carcinoame scuamocelulare- radioterapie pre sau postoperatorie combinata cu tratament chirurgical -  
Telecobaltoterapie preoperatorie urmata la 4-6 saptamani de tratament chirurgical prin maxilectomie totala sau extinsa



**Figure 3.** Epidermoid carcinoma. Coronal view with osseous window. Expansive lesion (arrows) of maxillary sinus (T), with medial and anterolateral walls erosion, limited by: superiorly – orbit floor erosion and extension to the ethmoid sinus; inferiorly inferior – hard palate erosion; medially – extending to the ipsilateral fossa, up to the nasal septum.



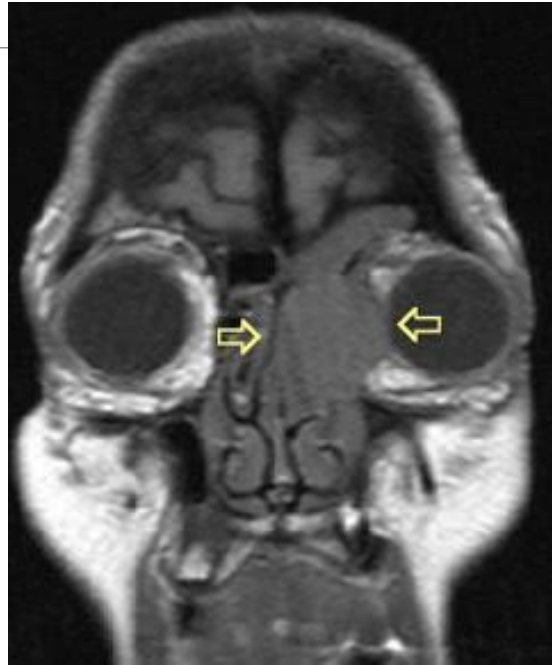


## Neoplasmul sinusului etmoidal

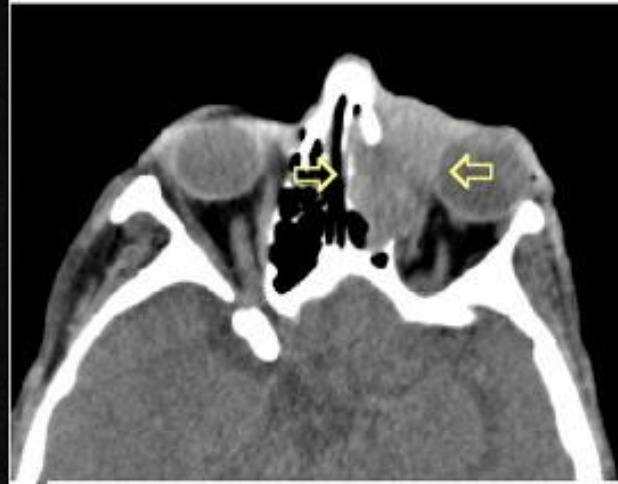
Terapie: - CT scan este esentiala in determinarea extensiei bolii - In stadiile initiale- iradiere preoperatorie urmata de rinotomie laterala si etmoidectomie totala - In cazul implicarii placii cribriforme, se expune fosa craniala anterioara de catre neurochirurg iar indepartarea totala a tumorii este finalizata printr-o rezectie craniofaciala.

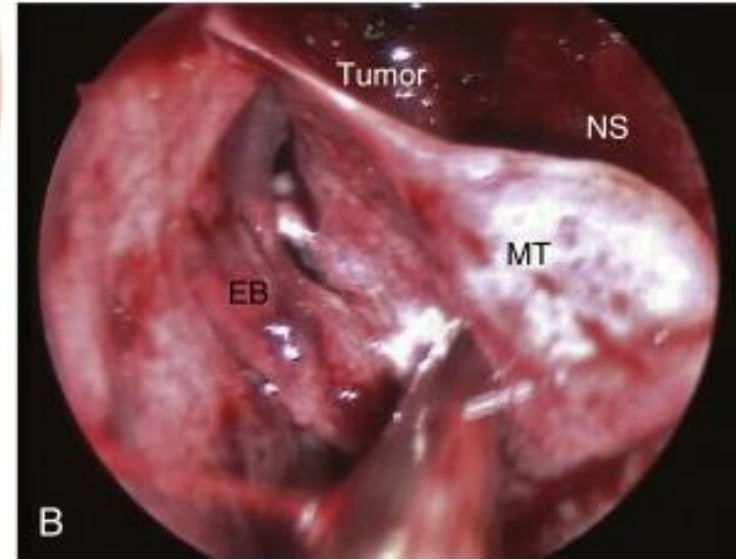
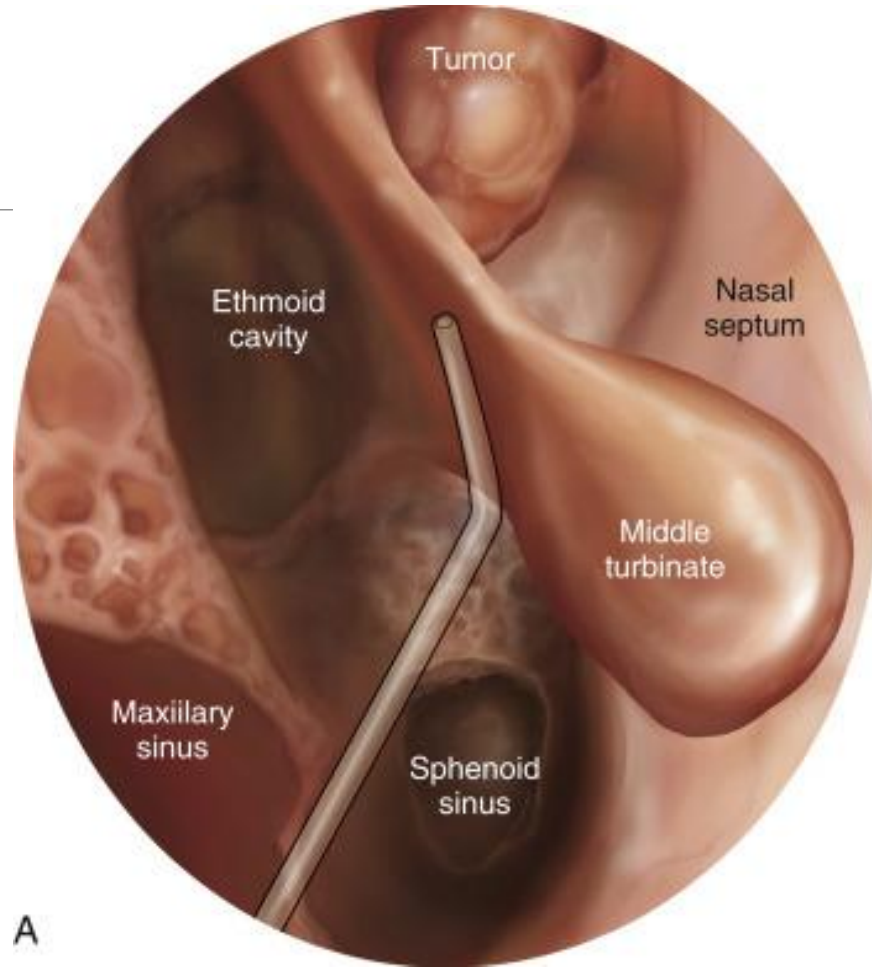


*Fig. 1. T1 coronal MRI scan showing the epicentre of the tumour mass (arrow) in the ethmoid sinus with intracranial extension and erosion of frontal bone.*



squamous cancer left ethmoid sinus invading the medial wall of the left orbit





## Neoplasmul sinusului frontal

Terapie: - Iradiere preoperatorie urmata de tratament chirurgical - Tratamentul chirurgical include sinusectomie frontala cu exenteratia etmoidului si a orbitei - Abord neurochirurgical in vederea rezectiei durei fosei craniene anterioare

---

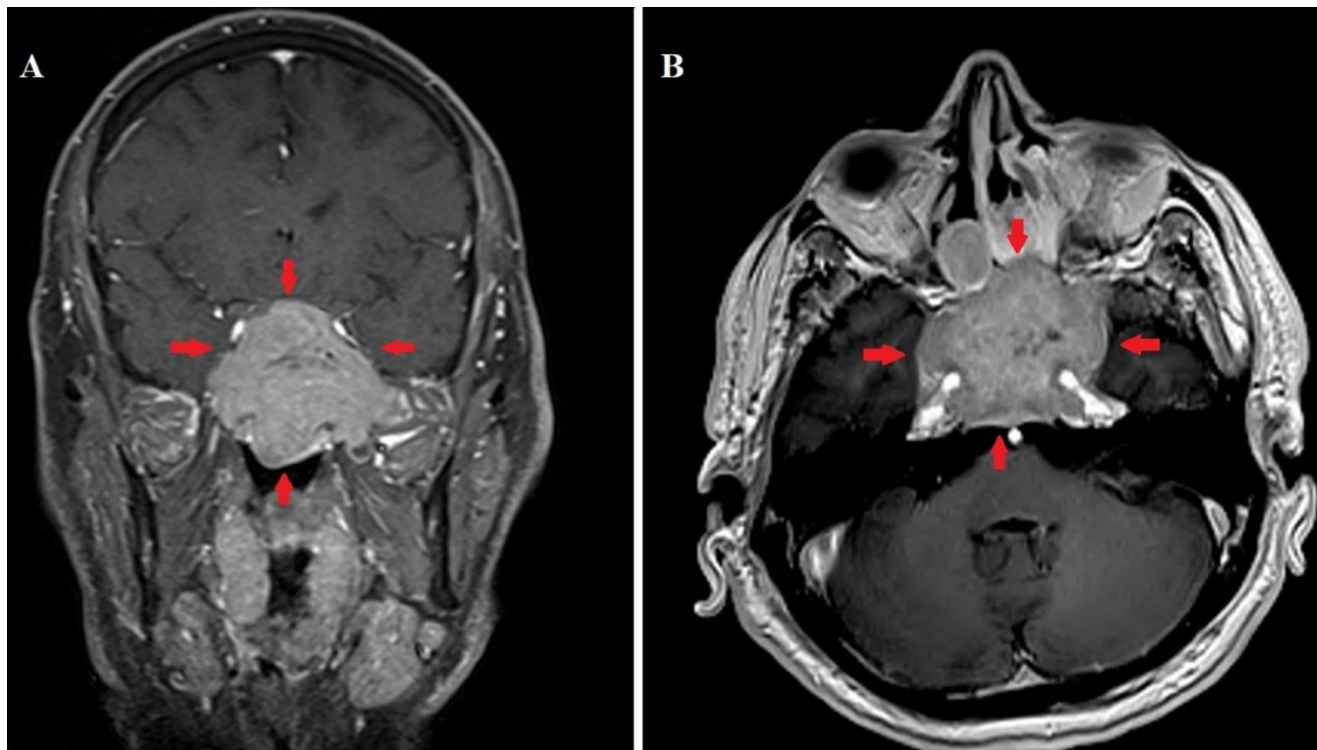




# Neoplasmul sinusului sfenoid

Terapie: Radioterapie

---



---

# TUMORI FARINGIENE



# TUMORI BENIGNE ALE NAZOFARINGELUI

---

# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

---

➤ TUMORA SANGERANDA A PUBERTATII MASCULINE

➤ EXCLUSIV IN CAVUUM

➤ 17 CETO-STEROIZI URINARI SCAZUTI

➤ MACROSCOPIC: ASPECT NETED, MAMELONATA , ROZ PALIDA, DURA

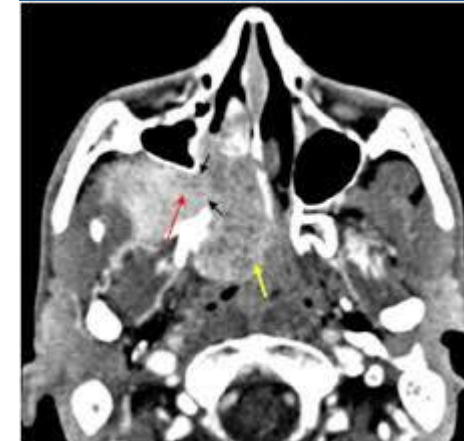
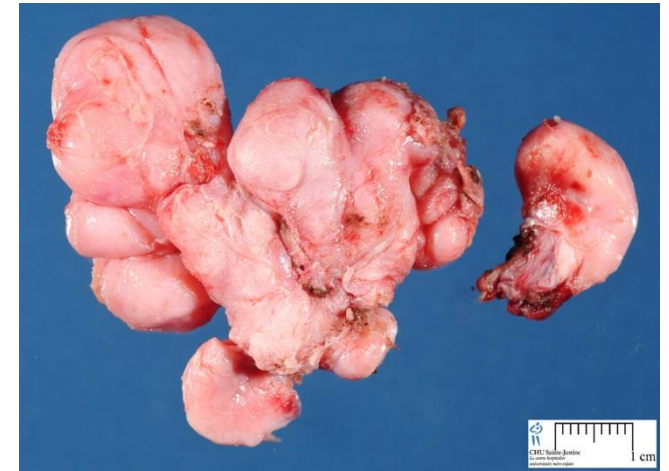
➤ MICROSCOPIC: ANGIOFIBROM → VASELE SANGUINE NU AU STRAT MUSCULAR



# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

## !MALIGNA PRIN EXTENSIE SI DISTRUCTIE:

- FOSELE NAZALE
- SINUSURILE PARANAZALE
- ORBITA
- FOSA PTERIGOMAXILARA
- FOSA ZIGOMATICA
- BAZA CRANIULUI



# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

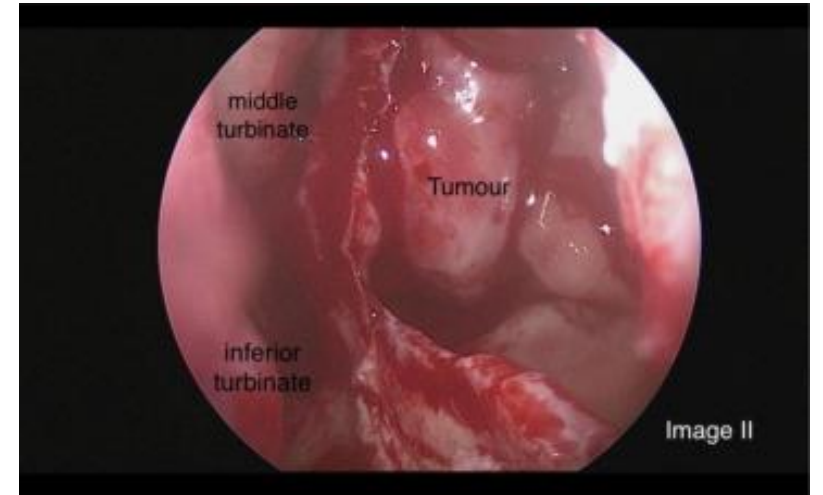
---

## SIMPTOMATOLOGIE

- *EPISTAXISURI REPETATE*
- *OBSTRUCTIE NAZALA UNILATERALA*
- *RINOREE MUCOPURULENTA*
- *HIPOACUZIA*
- *EXOFTALMIA, NEVRALGIA DE TRIGEMEN, DISFAGIA, ANEMIA*

**RINOSCOPIA ANTERIOARA → POLUL ANTERIOR AL TUMORII**

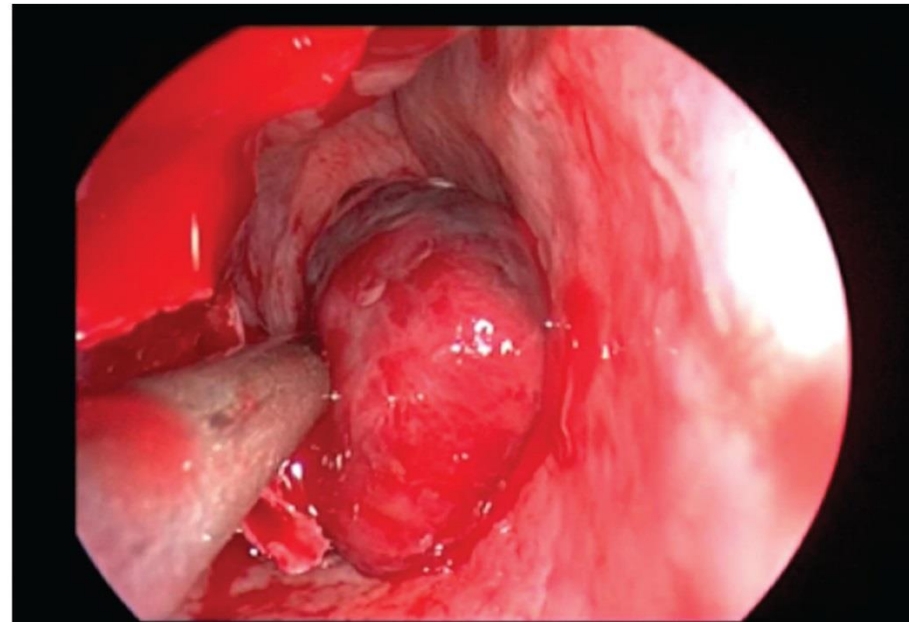
**RINOSCOPIA POSTERIOARA → TUMORA IN CAVUM**



# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

---

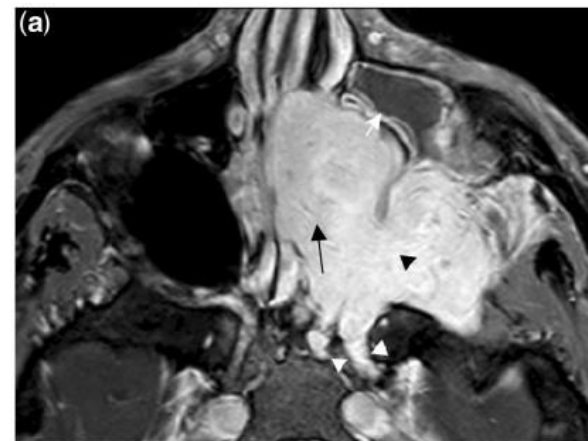
**!CONTRAINDICATIE: TUSEUL, PALPAREA CU STILETUL, BIOPSIA**



# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

## PARACLINIC

- **RADIOGRAFIE STANDARD**
- **CT**
- **RMN**
- **ECOGRAFIE**
- **ARTERIOGRAFIE**



# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

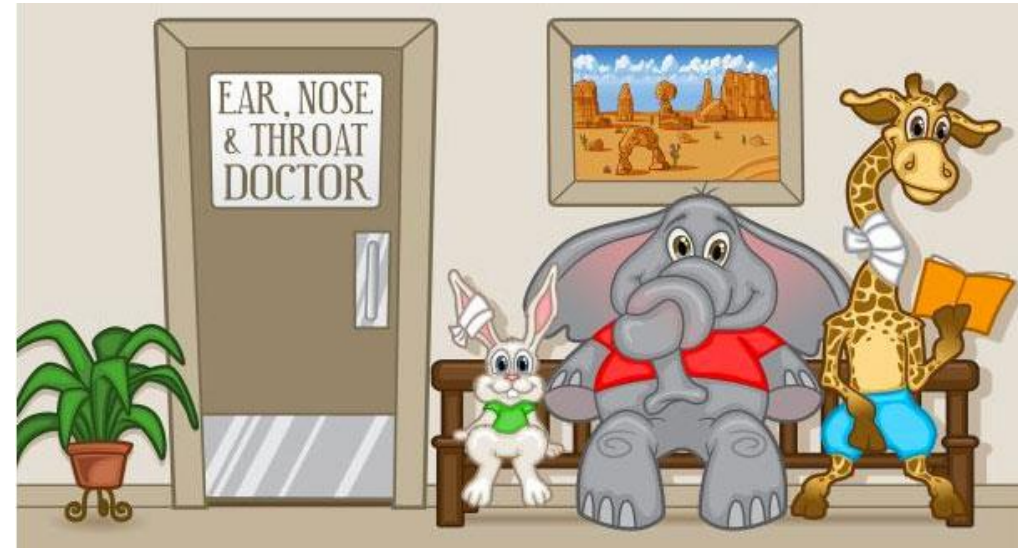
## TRATAMENT

### ➤ CHIRURGICAL:

1. PE CALE NAZALA,
2. TRANS MAXILONAZALA
3. EXTERNA

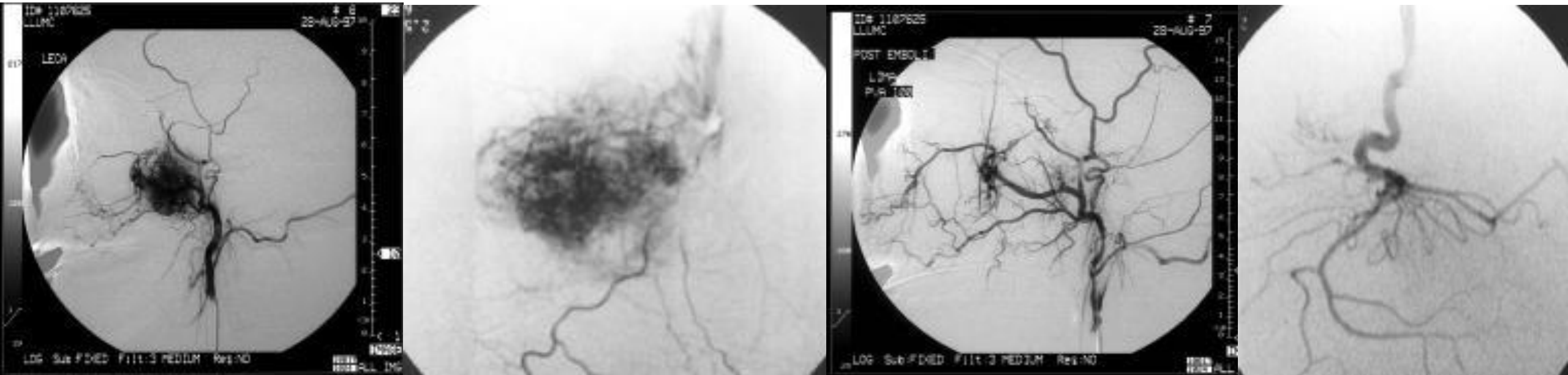
### + LIGATURA ACE

- EMBOLIZARE SELECTIVA
- CONTOLUL HIPOTENSIUNII, TRANSFUZIILE PREOPERATORII SI INTRAOPERATORII



# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

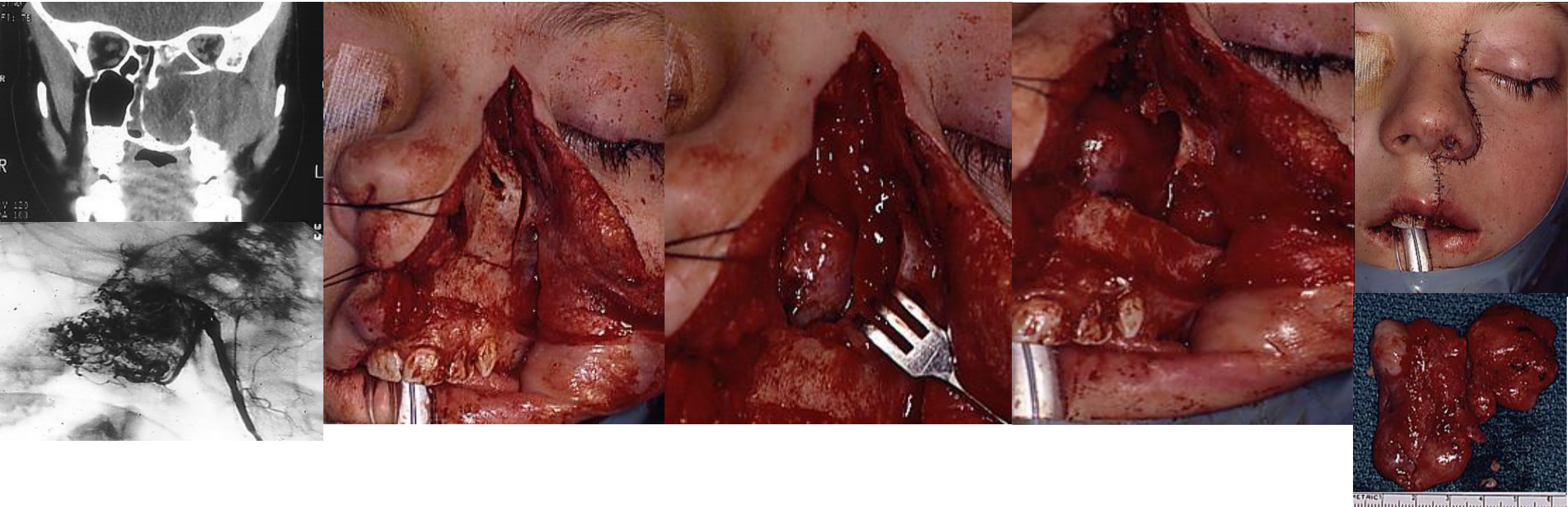
## EMBOLIZARE





# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

## TRATAMENT CHIRURGICAL



# FIBROMUL NAZOFARINGIAN

---

## INVAZIA ORBITEI



# TUMORI BENIGNE ALE BUCOFARINGELUI

---



# TUMORI MALIGNNE ALE NAZOFARINGELUI

---

- VIRUSUL EPSTEIN –BARR/ VIRUSUL LIMFOMULUI BURKITT
- EPITELIOAME 60%, SARCOAME 40%

# TUMORI MALIGNNE ALE NAZOFARINGELUI

---

## SIMPTOMATOLOGIE

### ***DEBUT CLINIC TARDIV!***

#### ➤ **RINOLOGIC:**

1. OBSTRUCTIE NAZALA,
2. RINOREE MUCOPURULENTA,
3. EPISTAXIS

#### ➤ **GANGLIONAR:** → ADENOPATIE SUPERIOARA, UNILATERALA

#### ➤ **AURICULAR:**

1. OTITA CATARALA
2. OTITA SUPURATA

#### ➤ **NEVRALGIC:** NEVRALGIE DE TRIGEMEN

#### ➤ **OCULAR:** PARALIZIE OCULARA INEXPLICABILA



# TUMORI MALIGNNE ALE NAZOFARINGELUI

---

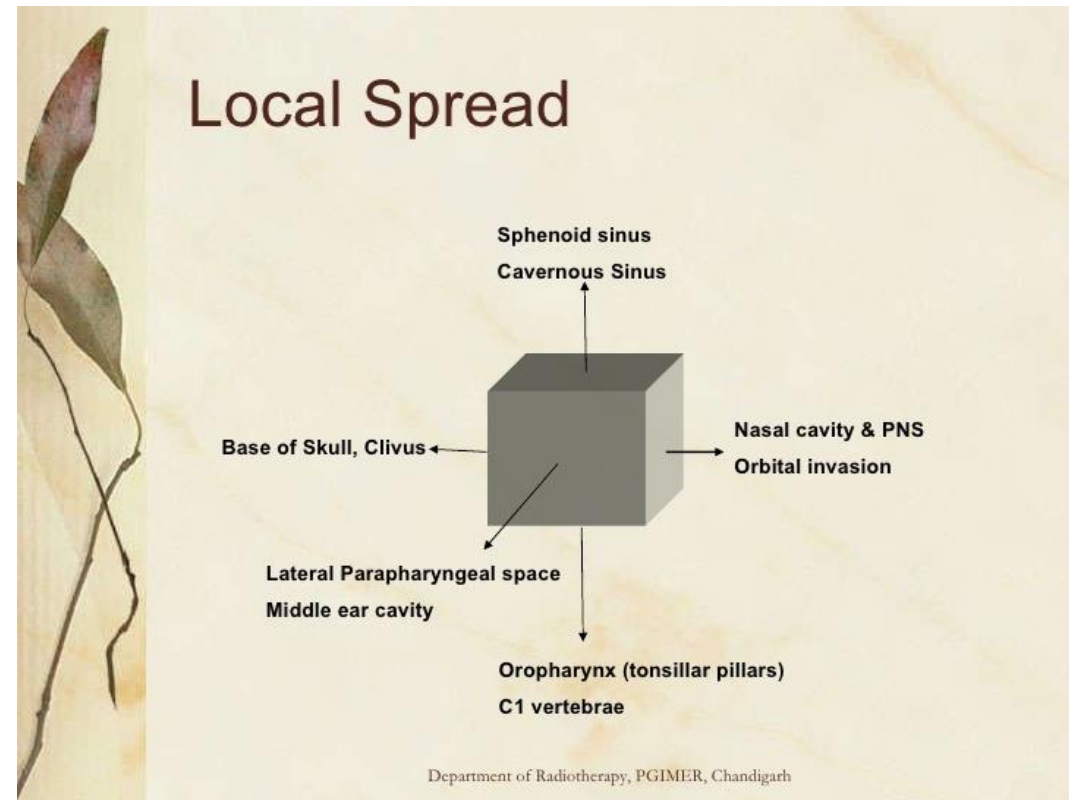
## PERIOADA DE STARE

- OBSTRUCTIE NAZALA BILATERALA
- HIPOACUZIE MARCATA
- DURERE PAROXISTICA
- ADENOPATIE LATEROCERVICALA
- RINOSCOPIE POSTERIOARA +TUSEUL DE CAVUM

# TUMORI MALIGNNE ALE NAZOFARINGELUI

## PERIOADA DE EXTENSIE

- **BAZA CRANIULUI**
- **PERETII LATERALI**
- **FARINGELE LATERAL**
- **FOSELE NAZALE**



# TUMORI MALIGNNE ALE NAZOFARINGELUI

---

## INVAZIA NERVILOR CRANIENI

- SDR. GRADENIGO = V+ VI → DIPLOPIE
- II+ III+IV+VI → AMAUROZA + OFTALMOPLÉGIE TOTALA UNILATERALA
- SDR. JACOD → II + II + IV+V + VI
- I+II → ANOSMIE+ AMAUROZA
- SDR.VERNET → IX+X +XII → HEMIPLEGIA PALATO-FARINGO- LARINGIANA
- SDR. COLLET-SICARD= IX+X+XI+XII → HEMIPLEGIE GLOSO-PALATO-FARINGO-LARINGIANA
- SDR. CLAUDE- BERNARD- HORNER → SIMPATICUL CERVICAL
- SDR. VILLARET= SDR. C-S+ C-B-H



# TUMORI MALIGNNE ALE NAZOFARINGELUI

---

## FAZA TERMINALA: METASTAZE

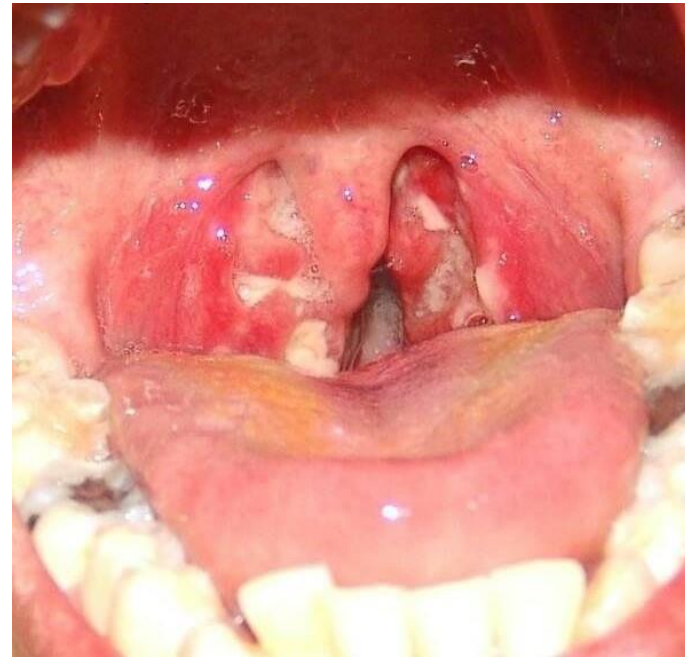
- SANI
- FICAT
- PLAMANI
- COLOANA VERTEBRALA

## TRATAMENT

- RADIOTERAPIE
- CHIMIOTERAPIE

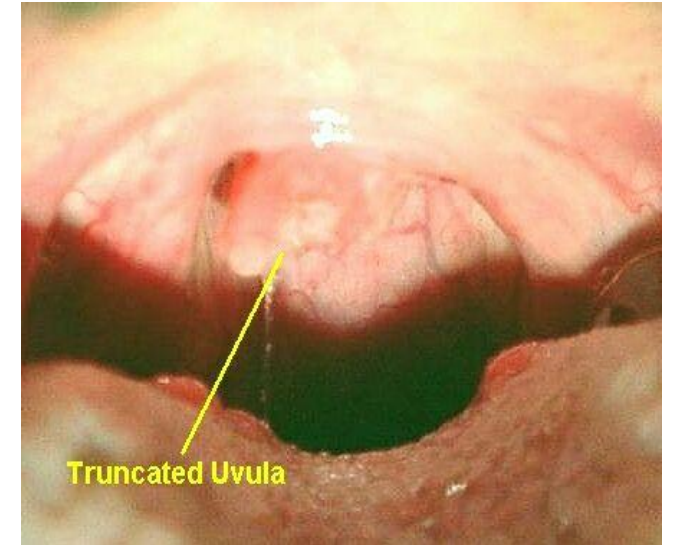
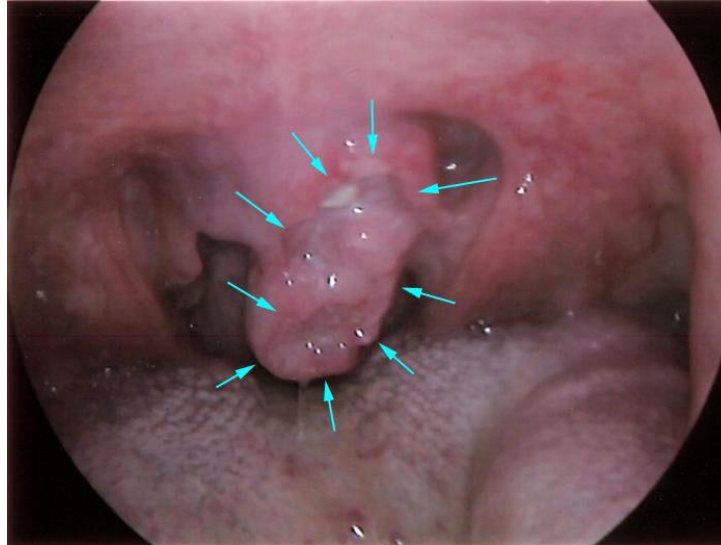
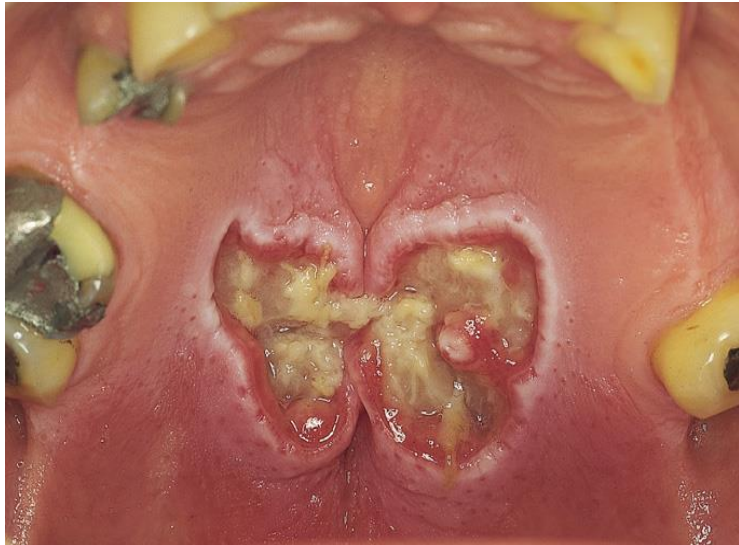
# CANCERUL DE AMIGDALA PALATINA

---



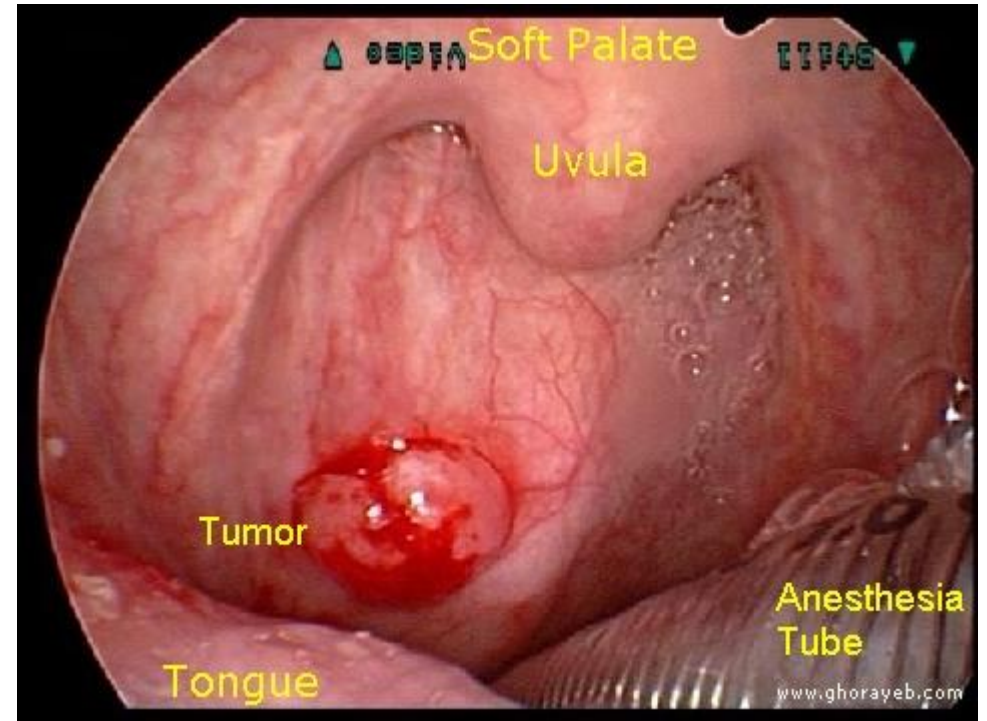
# TUMORI MALIGNI DE VAL PALATIN

---



# TUMORI MALIGNI ALE PERETELUI POSTERIOR AL OROFARINGELUI

- EPITELIOAME / SARCOAME
- JENA LA DEGLUTITIE, SENZATIE DE CORP STRAIN, SALIVA SANGUINOLENTA, HALENA FETIDA
- ADENOPATIE++
- COLOANA CERVICALA RESPECTATA
- TRATAMENT: RADIOTERAPIE+ CHIMIOTERAPIE



# Clasificarea histologică a tumorilor benigne hipofaringiene (OMS):

---

## **Tumori benigne epiteliale**

Papillomul

Papilomatoza

Adenomul pleomorf

Chistadenomul papilar oncocitic

## **Tumori benigne neepiteliale**

Schwannomul

Neurofibromul

Lipomul

Leiomiomul

Rabdomiomul

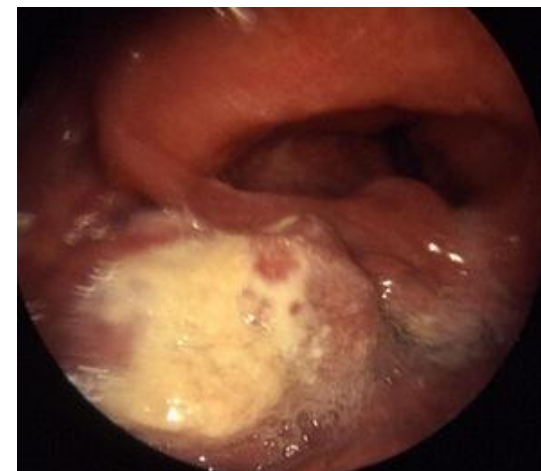
Hemangiomul

Lymfangiomul

Tumori din celule granulare

# TUMORI MALIGNNE DE HIPOFARINGE

- 97-98% EPITELIOAME
- **DEBUT** → PARESTEZII FARINGIENE, TUSE SEACA, HIPERSALIVATIE
- **PERIOADA DE STARE** → ODINOFAGIE NOCTURNA, DISFAGIE PT. SOLIDE SI APOI PT. LICHIDE, HALENA FETIDA
- HEMILARINGE FIXAT, EDEM ARITENOID, SINUS PIRIFORM OBSTRUAT, CRACMENTUL LARINGIAN DISPARUT
- **FAZA DE EXTENSIE** → LARINGE/ ESOFAG  
ADENOPATIA → DURA, FIXA, ADERENTA  
HEMORAGIA FULGERATOARE, BRONHOPNEUMONIA GANGRENOASA, ASFIXIA BRUSCA



# TUMORI MALIGNNE DE HIPOFARINGE

---

## ➤ **DIAGNOSTIC POZITIV**

1. EXAMENUL LARINGOSCOPIE
2. FARINGOESOFAGOSCOPIE
3. EXAMENE RADIOLOGICE
4. BIOPSIE

## ➤ **TRATAMENT**

1. CHIRURGICAL ENDOSCOPIC MLSS(sau fibroscopic)
2. CHIRURGICAL → FARINGOLARINGECTOMIE + EVIDARE GGL.
3. RADIOTERAPIE
4. CITOSTATICE

# TUMORI BENIGNE ALE PAVILIONULUI AURICULAR

---

Cheratoza senilă

Terapie: excizie; criochirurgie





Aterom

Terapie: excizie în țesut sănătos cu participare de țesut cutanat fusiform. În cazul infecțiilor secundare se va efectua întâi incizie și apoi drenaj.



( Caz clinic din arhiva clinicii ORL a Spitalului Clinic Republican “Timofei Mosneaga” )

Condrodermatita nodulară (cronică helix)

Terapie: excizie în țesut sănătos.

---



Chistul preauricular

Terapie : excizia completa pentru evitarea recurentelor

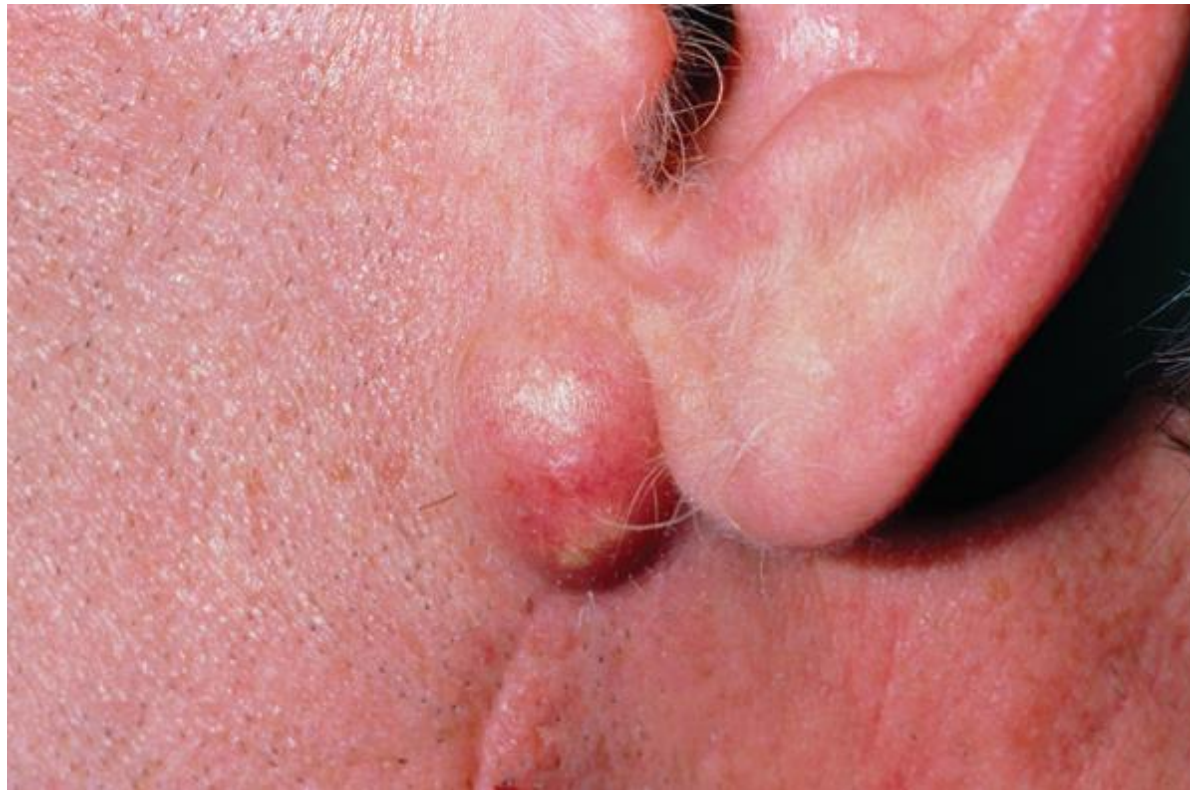
---



Chistul sebaceu

Terapie : excizia completa.

---



Chistul dermoid

Terapie: excizia completa

---



## Keloidul

Terapie: excizia chirurgicala cu injectarea intraoperator de triamcinolon sau radioterapie postoperator.

---



Papilomul

Terapie: excizie chirurgicala sau chiuretaj cu cauterizare.

---



Keratoacantomul

Terapie: excizie biopsie.

---



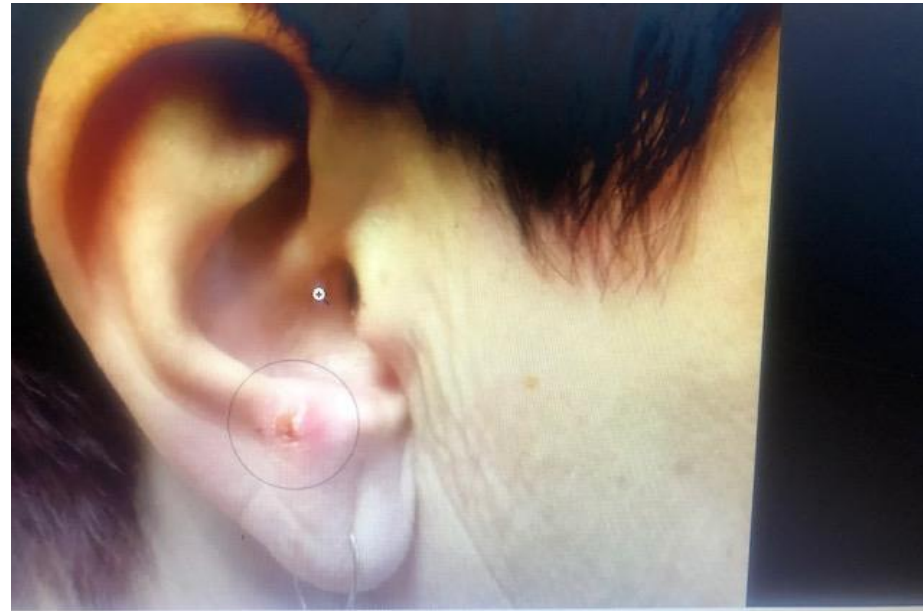


# TUMORI MALIGNNE ALE PAVILIONULUI AURICULAR

---

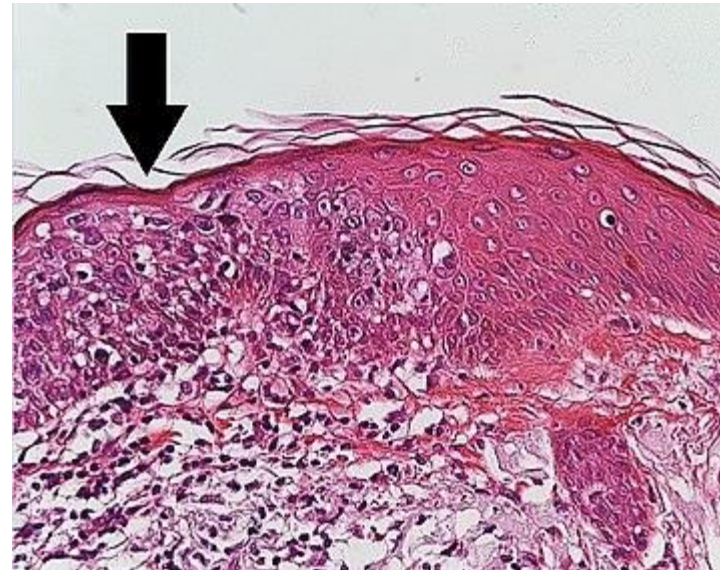
Epiteliom (carcinom de celule bazale)

Terapie: excizie cu controlul marginii; nu se va efectua radioterapie; eventual reconstrucție.



Carcinom epitelial pavimentos (spinaliom, carcinom de celule spinoase)

Terapie: de regulă se practică excizia chirurgicală în țesut sănătos și eventuale reconstrucții. Radioterapia este deseori imposibilă datorită infiltrării cartilaginoase. Se practică deseori terapia nodurilor limfatici regionali (Neck-dissection sau radioterapie).



## Melanoame

Terapie: excizie; deseori este necesară ablația pavilionului auricular, eventual reconstrucție. Deseori este necesară evacuarea nodulilor limfatici cervicali.

---



# TUMORI ALE CONDUCTULUI AUDITIV EXTERN TUMORI BENIGNE

---

Exostoze

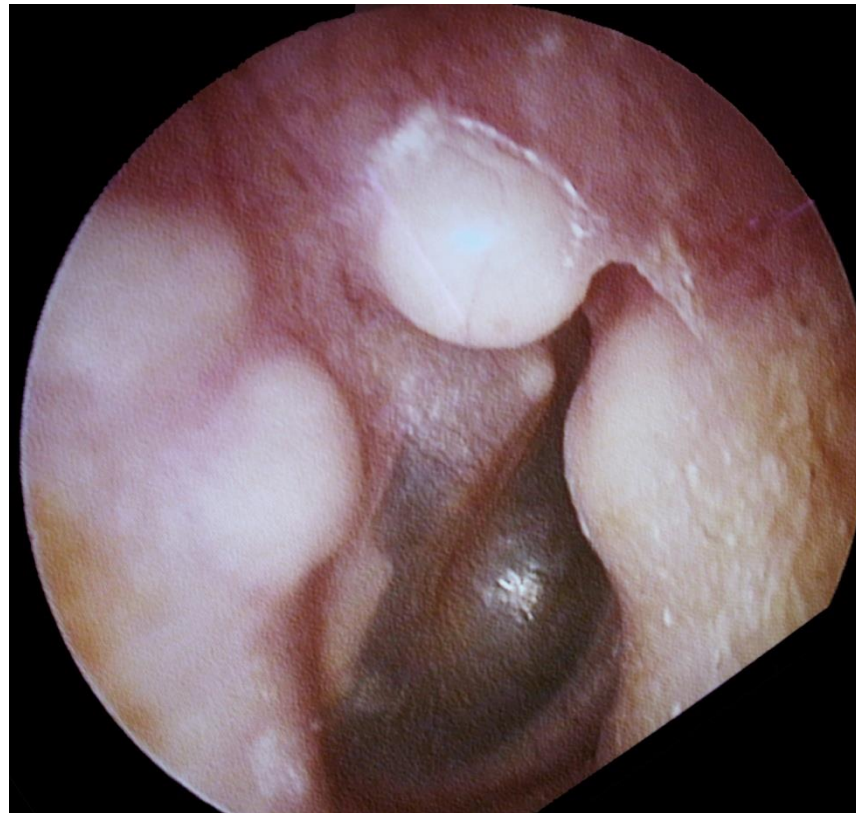
Terapie: chirurgicală în cazul complicațiilor.



## Osteomul

Terapie : tratament chirurgical prin fracturarea pedicolului sau indepartarea cu freza.

---



Ceruminomul

Terapie : excizie chirurgicala larga si radioterapie postoperator

---

## CERUMINOMA



# TUMORI MALIGNNE

---

Carcinomul scuamocelular

Terapie: operatorie și radioterapeutică.



Adenocarcinomul bazocelular

Terapie : excizie chirurgicala larga si radioterapie postoperatorie.

---

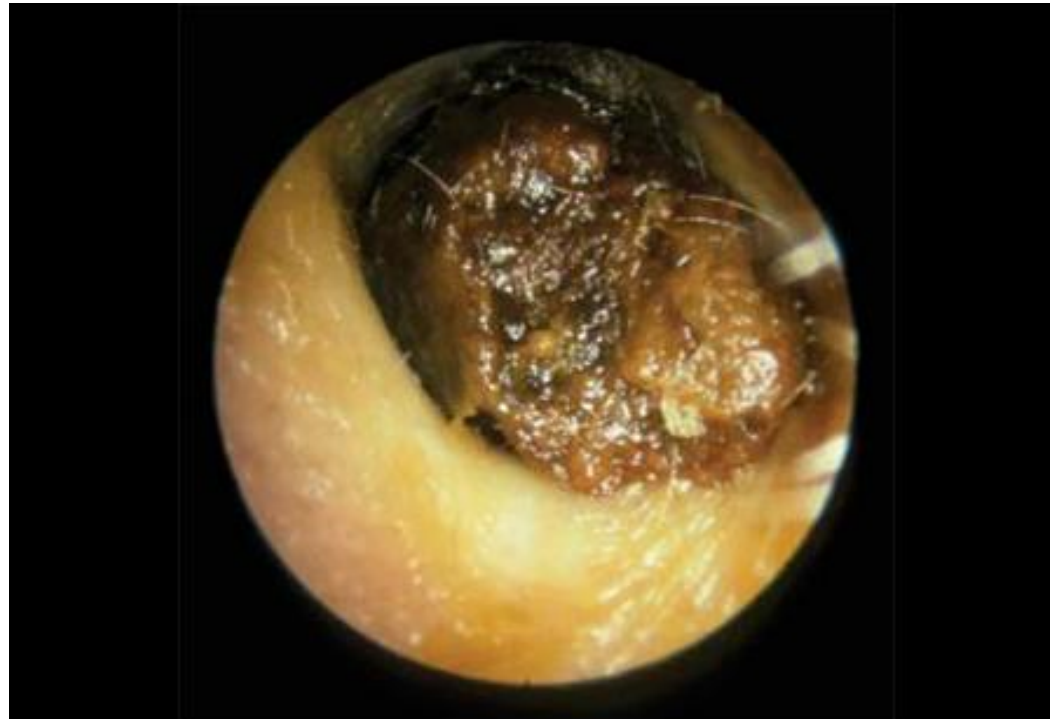




Cerumen obturans si keratosis obturans

Terapie: spălare, îndepărtare instrumentală de către medic.

---



Tumori glomice ale urechii medii (sinonime : Paragangliom necromafin , Chemodectom)

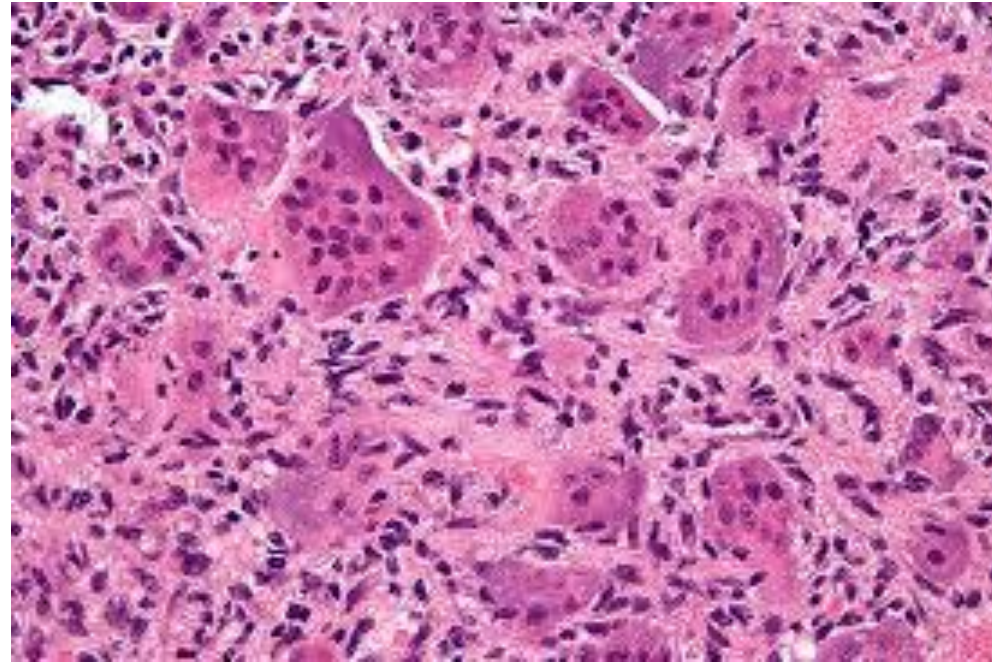
Tratament: Se urmărește îndepărtarea chirurgicală radicală a tumorii. O embolizare se va efectua cu câteva zile înainte de operație pentru a micșora riscul de sângerare intraoperatorie. În general nu răspunde la radioterapie. Numai în cazul tumorilor foarte extinse sau a unui risc operator ridicat se recurge astăzi la radioterapie. În cazuri particulare se poate obține astfel o regresie tumorală.



## Tumori cu celule gigante

Tratament: Se urmărește îndepărtarea radicală a tumorii. Radioterapia produce o scădere semnificativă a dimensiunii tumorii dar nu și vindecarea

---



## Carcinomul urechii medii

Tratament: Se impune tratamentul chirurgical, care în general este superior radioterapiei. Tehnica chirurgicală depinde de localizare și de diseminarea tumorală (CT preoperator). În cazul unor tumori extinse ale urechii medii se impune pe lângă operația radicală (până la petrosectomie subtotală) și radioterapia postoperativă și chiar "neck – dissection", deoarece există un risc crescut de metastazare pe cale limfatică.



Sarcoamele (rabdomyosarcomul, osteosarcomul, limfomul, fibrosarcomul si condrosarcomul)

Terapie: de electie radioterapie combinata cu chimioterapie; in cazuri selectionate tratament chirurgical.

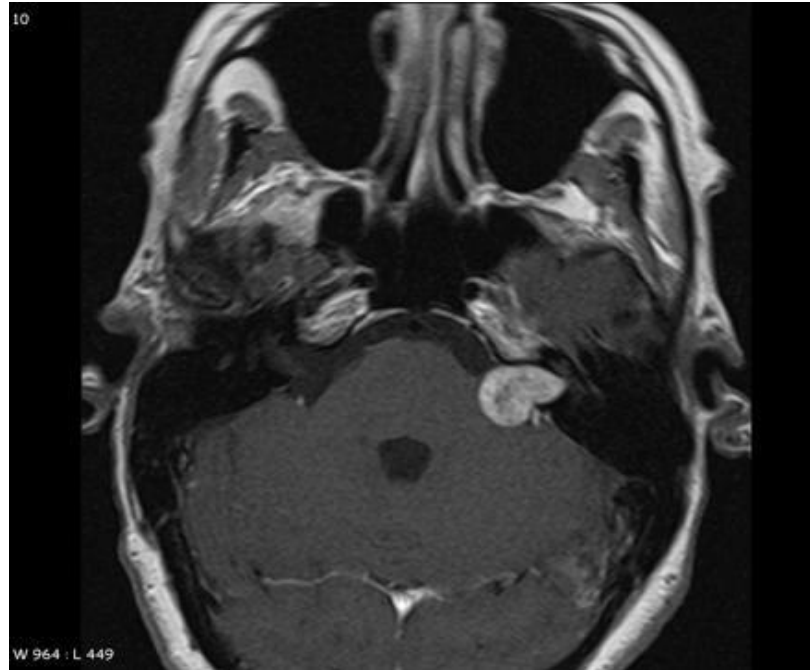
---



# NEURINOMUL DE ACUSTIC ( SCHWANOMUL SAU NEURILENOMUL)

Terapie: tratament chirurgical; abordul este in functie de marimea tumorii:

- Abord prin fosa craniana mijlocie
- Abord translabirintic
- Abord combinat translabirintic-suboccipital
- Abord suboccipital



# Neurinomul de acustic

Evolutia clinica presupune 3 stadii:

- 1. Otologic
  - 2. Otoneurologic
  - 3. De hidrocefalie terminala.
- 

Depistarea tumorii in stadiul otologic asigura un prognostic favorabil.

Simptomatologia:

- Hipoacuzia
- Acufene
- Tulburari de echilibru
- Nistagmus
- Afectarea n.trigemen, n.facial, semne cerebeloase
- In unele cazuri, evolutia poate avea semnele Surditatii brusc instalate.

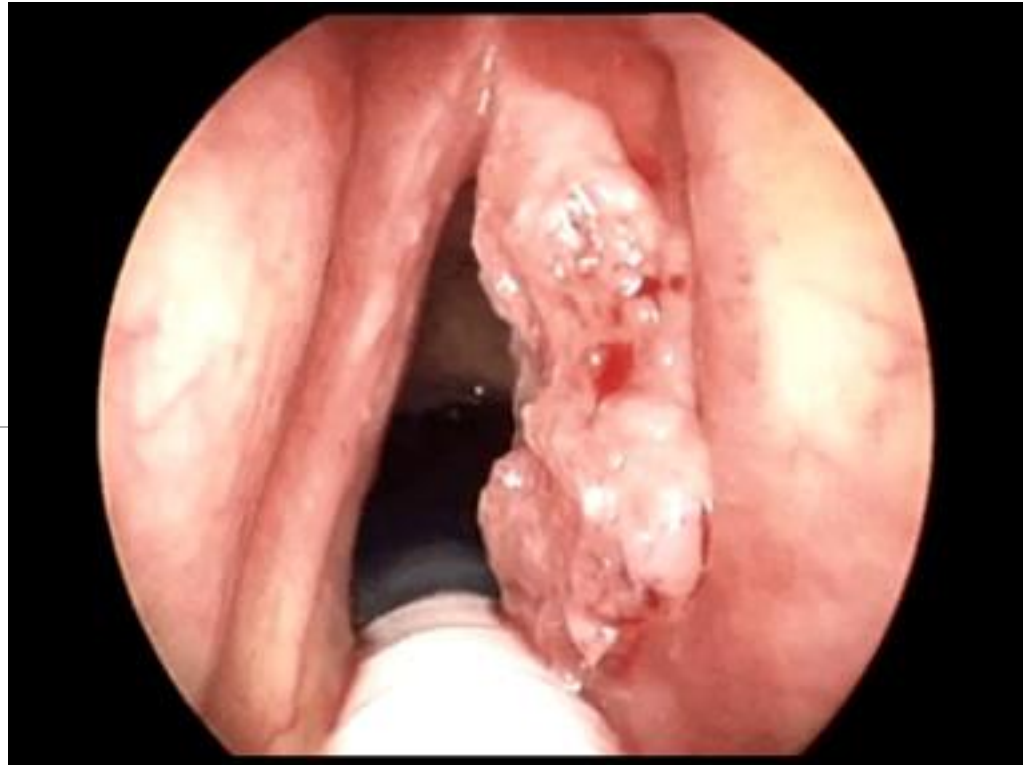
Carcinom scuamocelular ( epiteliom ) Terapie: - radioterapie - excizie chirurgicala larga - evidare ganglionara regionala .

---





# CHIRURGIA ENDOSCOPICĂ AL CANCERULUI DE LARINGE CU LASERUL CO<sub>2</sub>



# TRATAMENTUL MULTIMODAL

---

CHIRURGIE

RADIOTERAPIE

CHIMIOTERAPIE

IMUNOTERAPIE

Terapia genică ?!

# PRINCIPIILE ONCOLOGICE

---

Excizie în țesut sănătos

- 2 mm la nivelul glotei
- 3-4 mm supra, subglotic

Tratament complex

Dispensarizare

# TENDINȚELE ACTUALE

---

Pt. T1 – T2:

- Chirurgia endoscopică +/- radio-chimioterapie

▶ Pt. T3 – Chirurgia externă + radio-chimioterapie

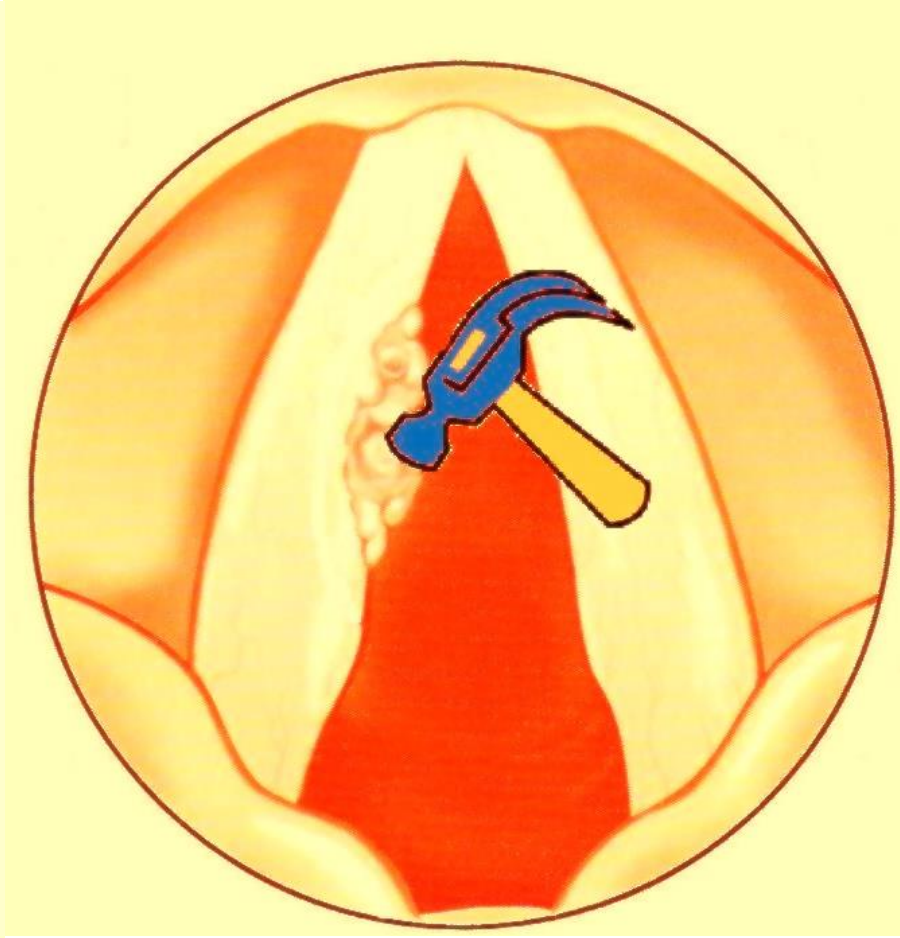
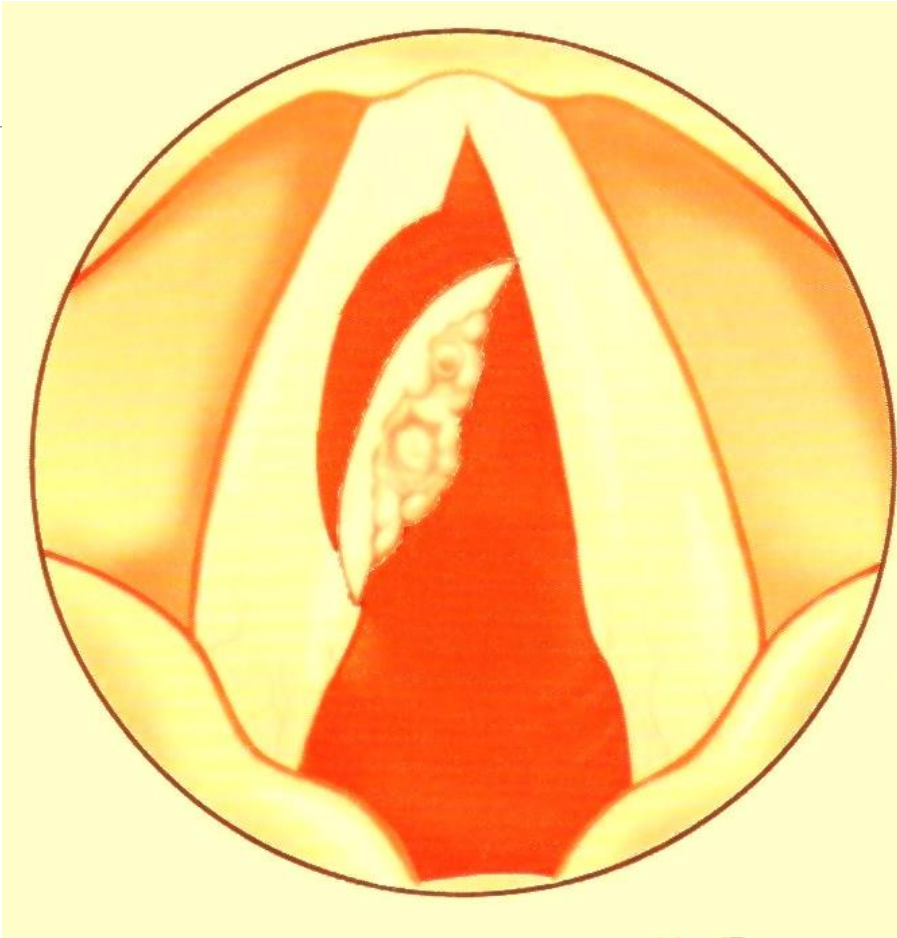
T4 – Chimioterapie + radioterapie

# ATITUDINE

---

Chirurgie endoscopică

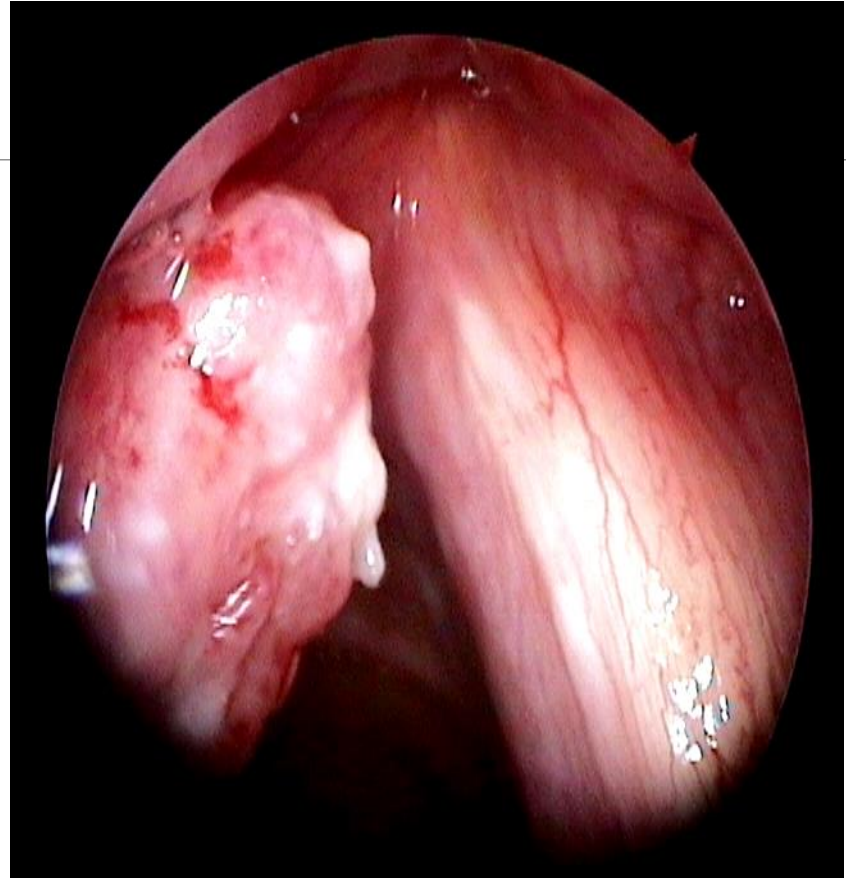
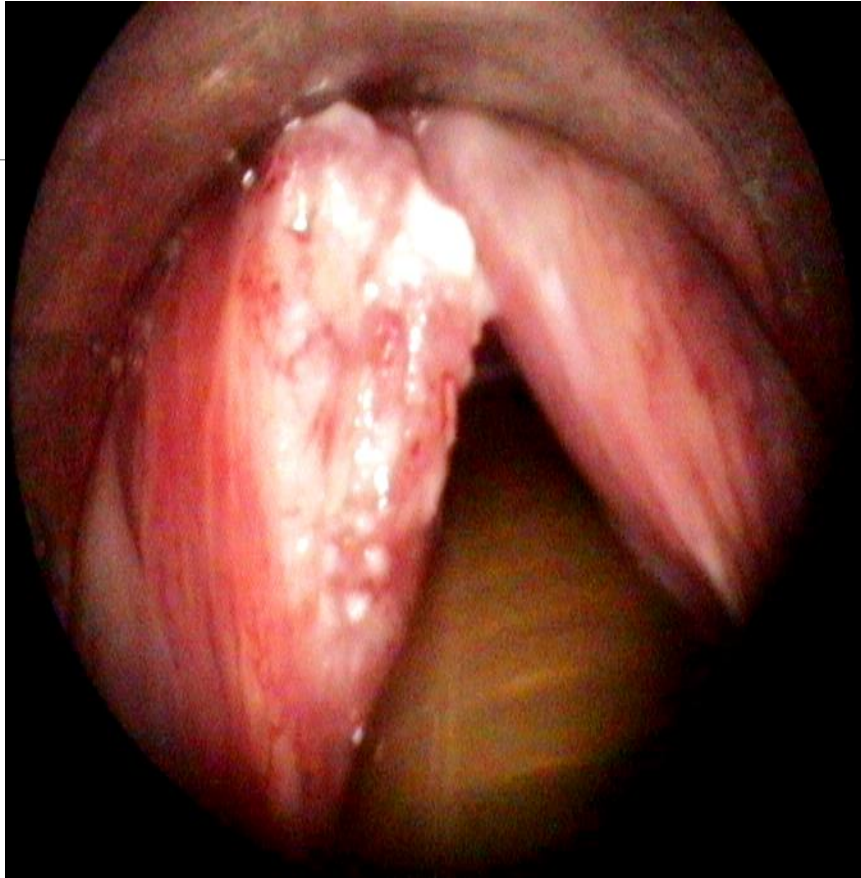
+/- Radioterapie



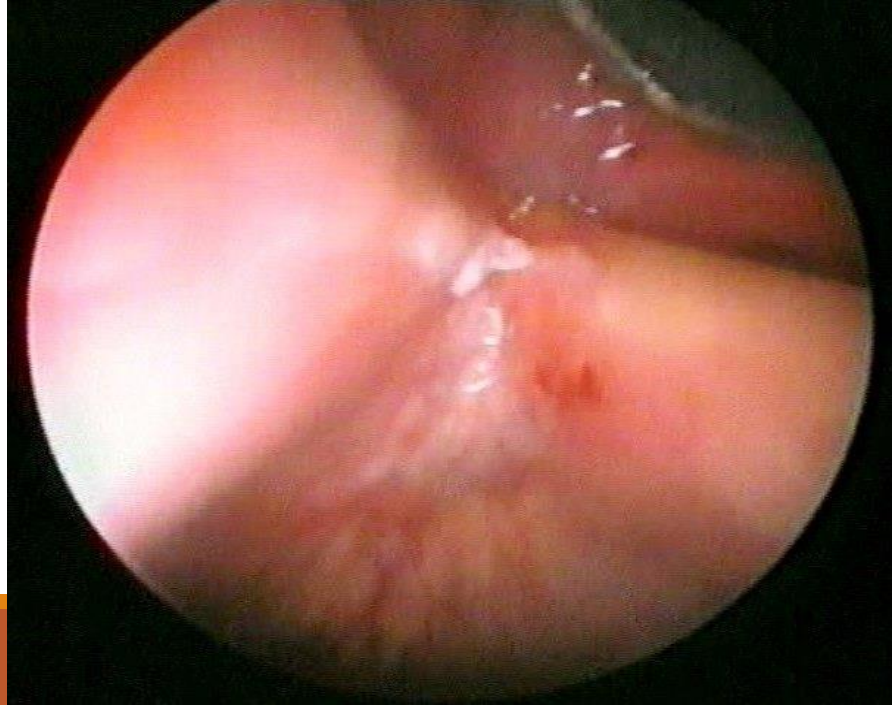
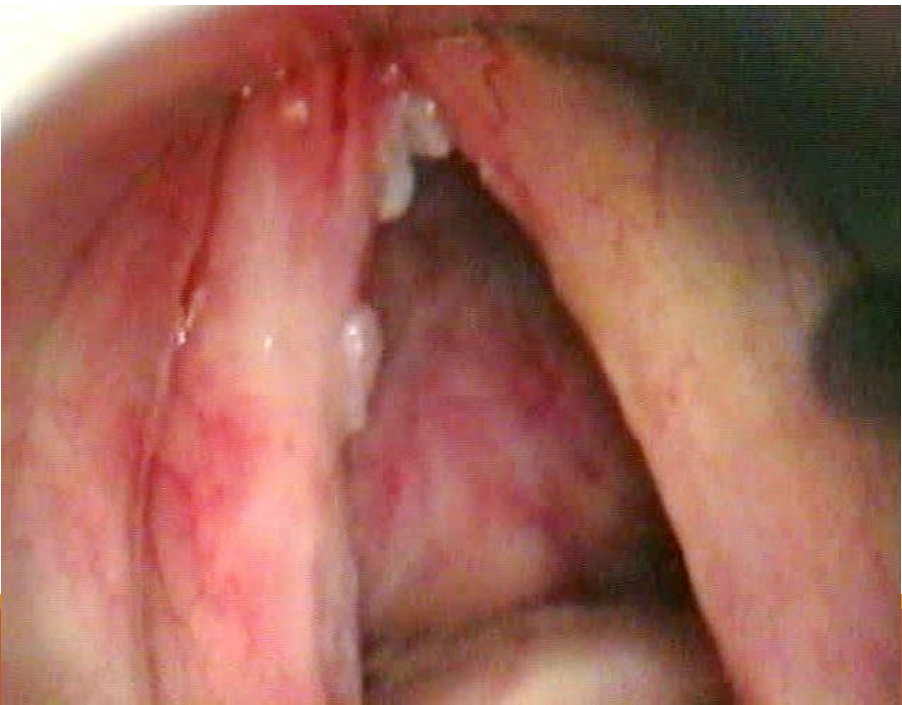
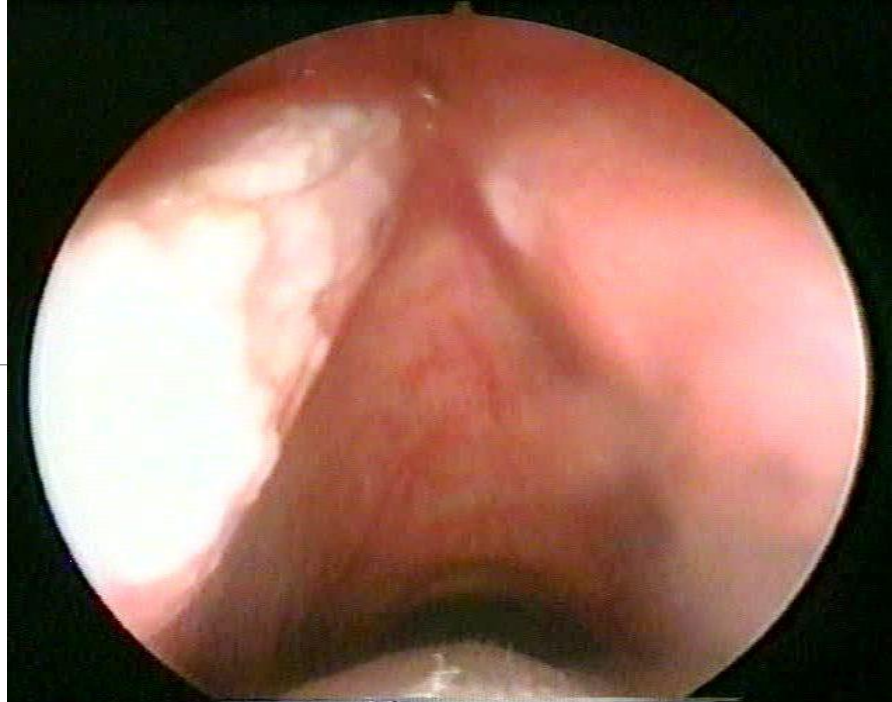
# EXPLORARE MINUTIOASA

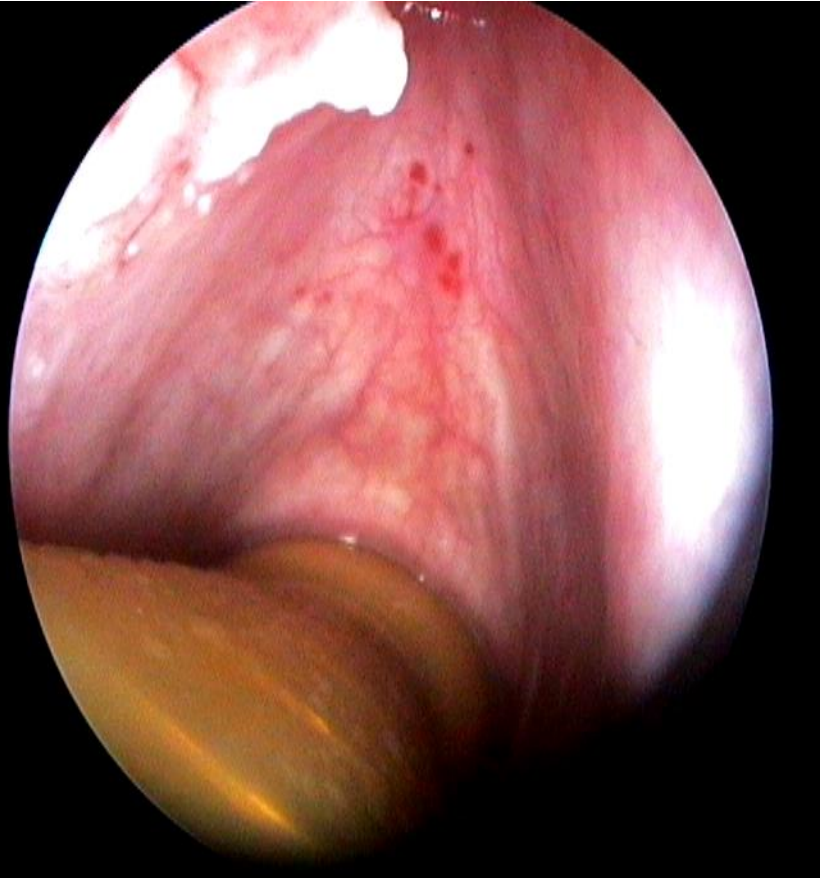
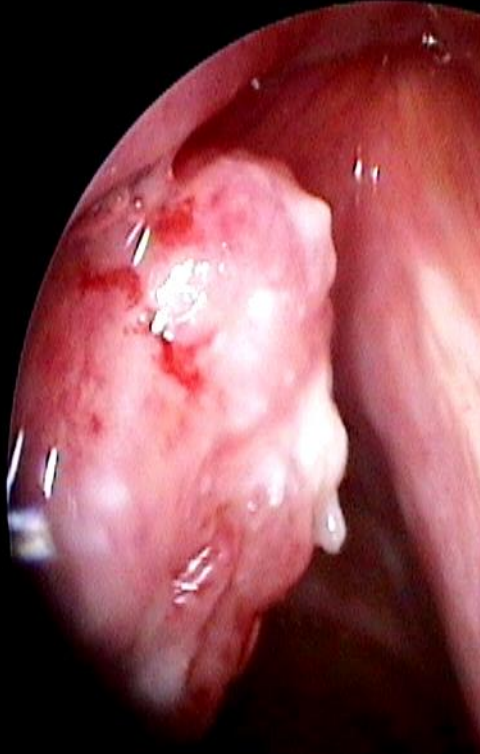
---

- FIBRO LARINGOSCOPIA
- MICRO LARINGOSCOPIA
- TIJELE HOPKINS
- CT
- RMN
- PET
- NBI

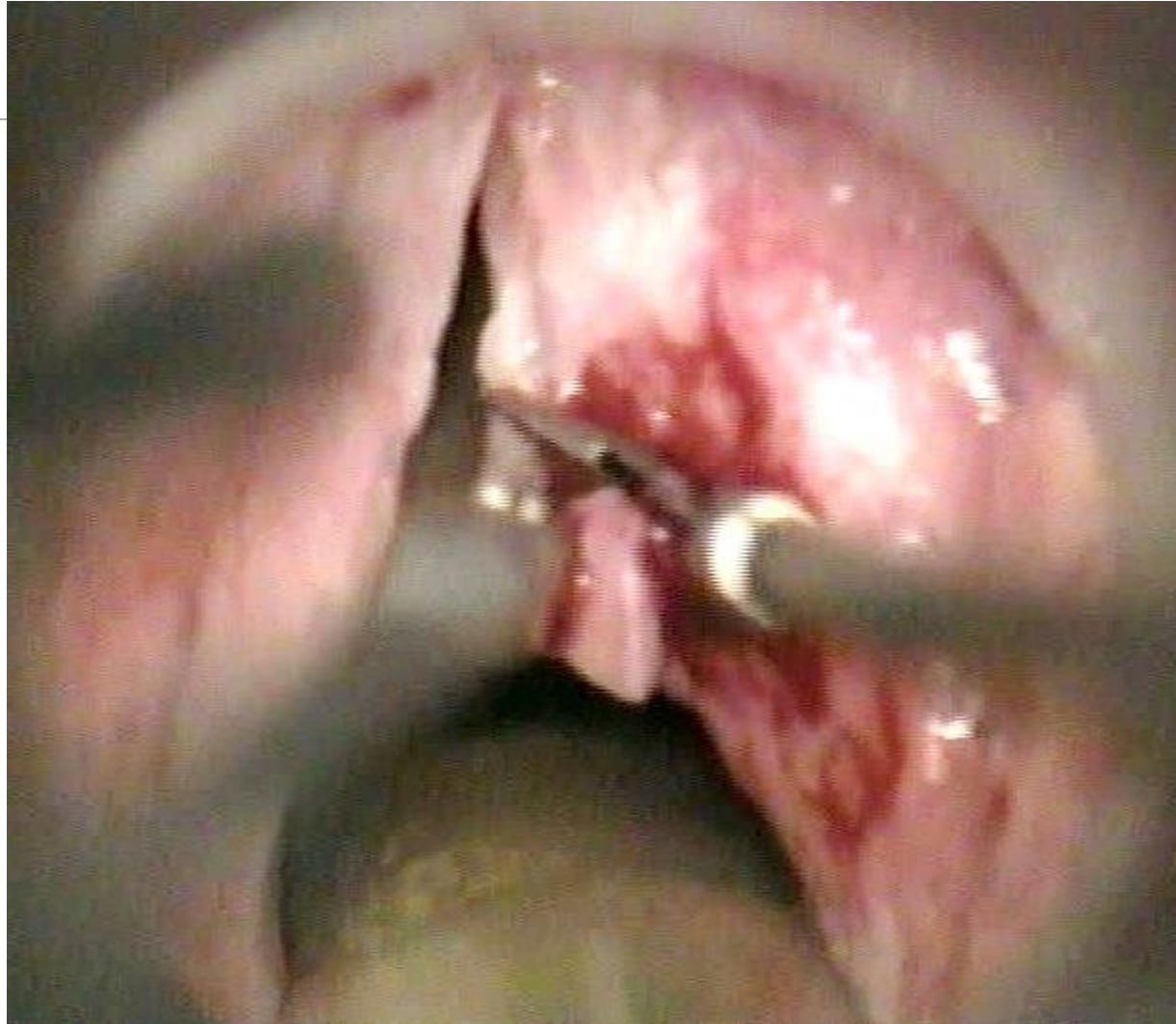








# BIOPSIA



# ATENȚIE !

---

CHIRURGIE ENDOSCOPICĂ LASER

**INDICATIA ESTE MARELE SECRET**

IN PRINCIPIU TUMORILE VEGETANTE

LARINGELE FOARTE BINE EXPLORAT



# CONTRAINDICATII ABSOLUTE

---

Interesarea aritenoizilor

Imobilitatea aritenoizilor

Formele infiltrative

# TYPES OF ENDOSCOPIC SURGERY

## ELS 2000

## Clinica

▪ *Subepithelial cordectomy (type I)*

*Superficial cordectomy*

▪ **Subligamental cordectomy (type II)**

▪ **Transmuscular cordectomy (type III)**

**Partial cordectomy**

▪ **Total cordectomy (type IV)**

Corpectomy

▪ **Extended cordectomy ( type V )**

**Extended cordectomy**

➤ **extended cordectomy , which encompasses the contralateral vocal fold and the anterior commissure (type Va)**

➤ Fronto-lateral

➤ **extended cordectomy, which includes the arytenoid (type Vb)**

➤ Fronto - anterior

➤ **extended cordectomy, which encompasses the subglottis (type Vc)**

➤ Horizontal glottectomy

➤ **extended cordectomy, which includes the ventricle (type Vd)**

➤ Endolaryngeal evisceration

# CHIRURGIE ENDOSCOPICĂ

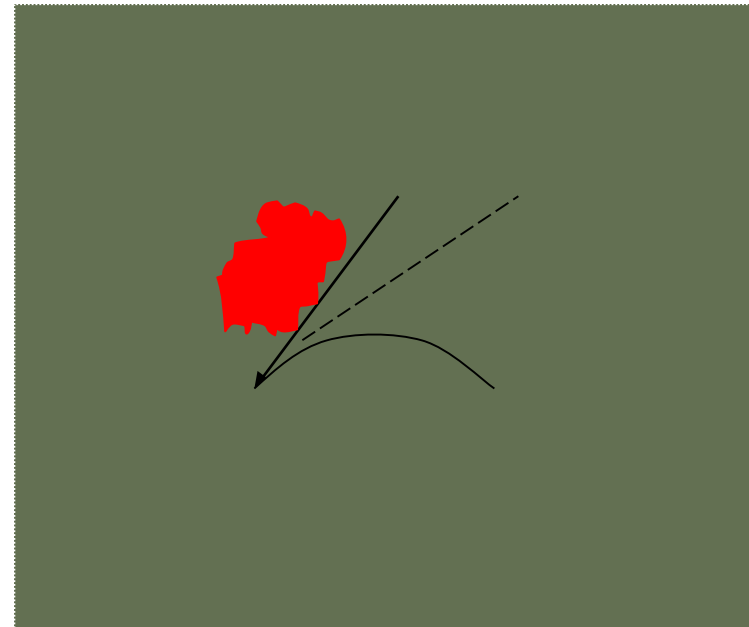
---

Intervenție cu viză curativă – înlocuiește biopsia

**ACORD INFORMAT PREOPERATOR** al bolnavului

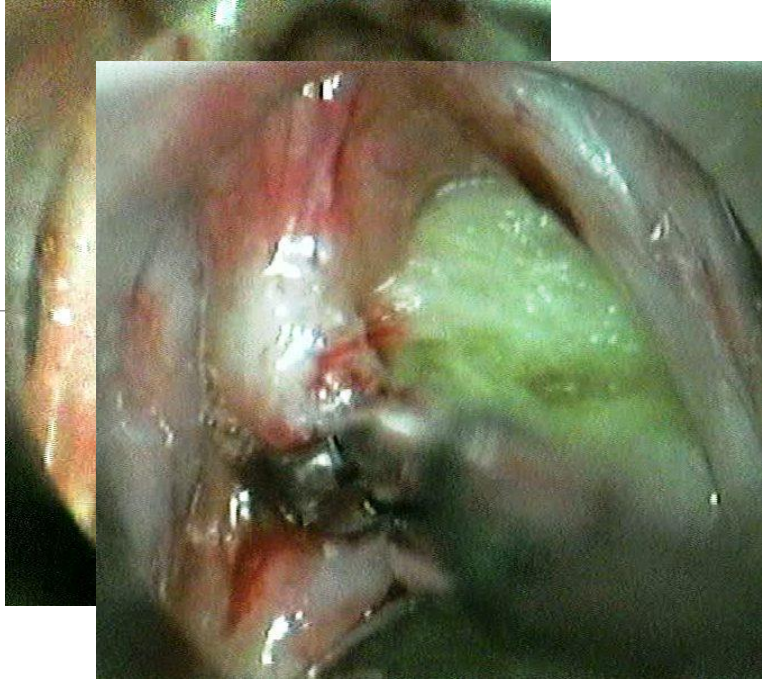
# T1a – NUMAI CHIRURGIE

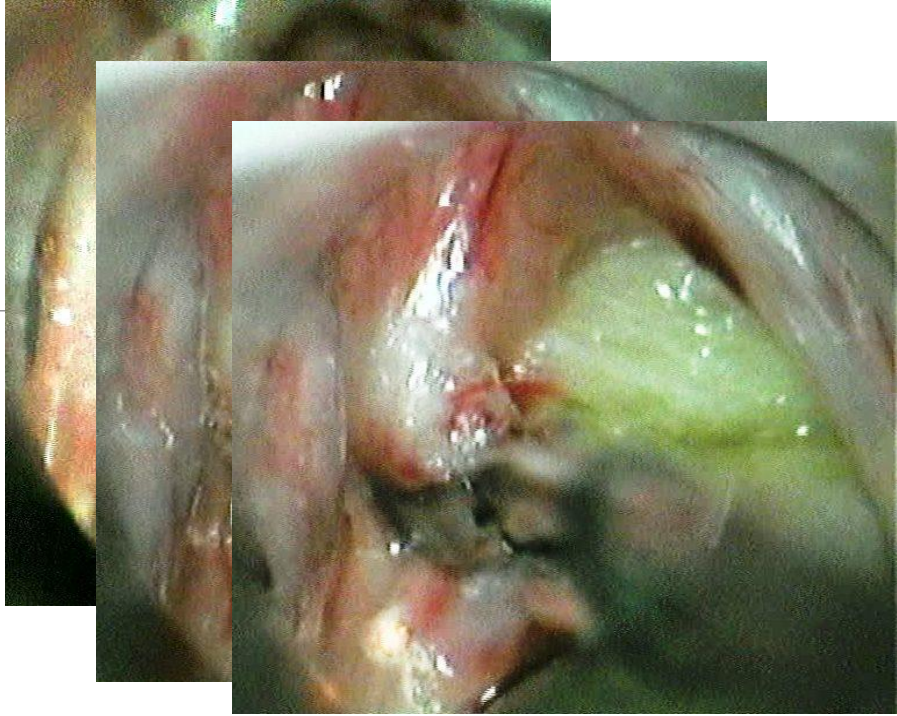
- Tumori vegetante
- Tumori localizate strict cordal
- CV cu mobilitate pastrată
- Tranșa de secțiune >2,0 mm
- Control tranșa de secțiune – negativă (BHP)
- Secțiune, urmată de decolare cu raza laser tangent la planul cordal

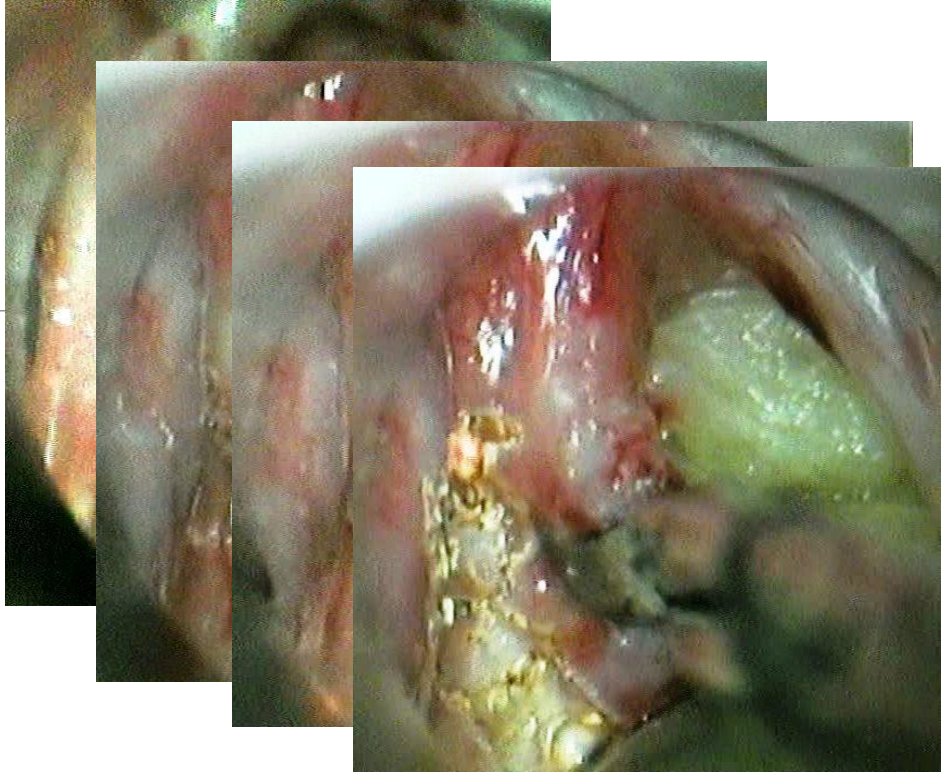


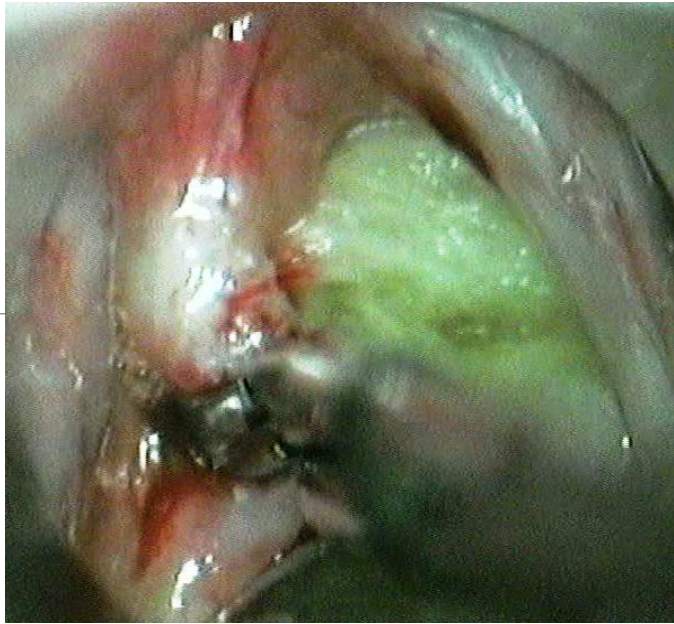


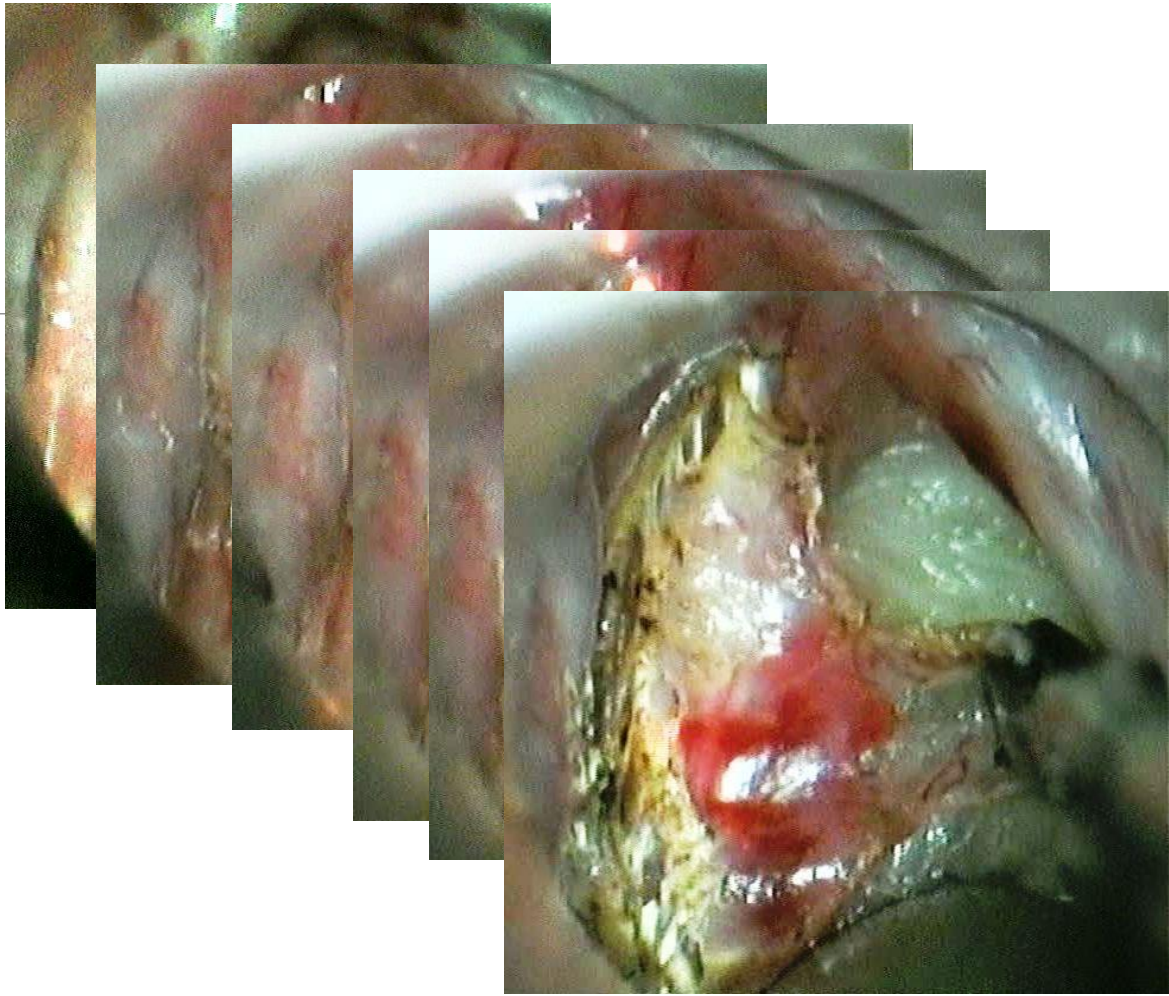


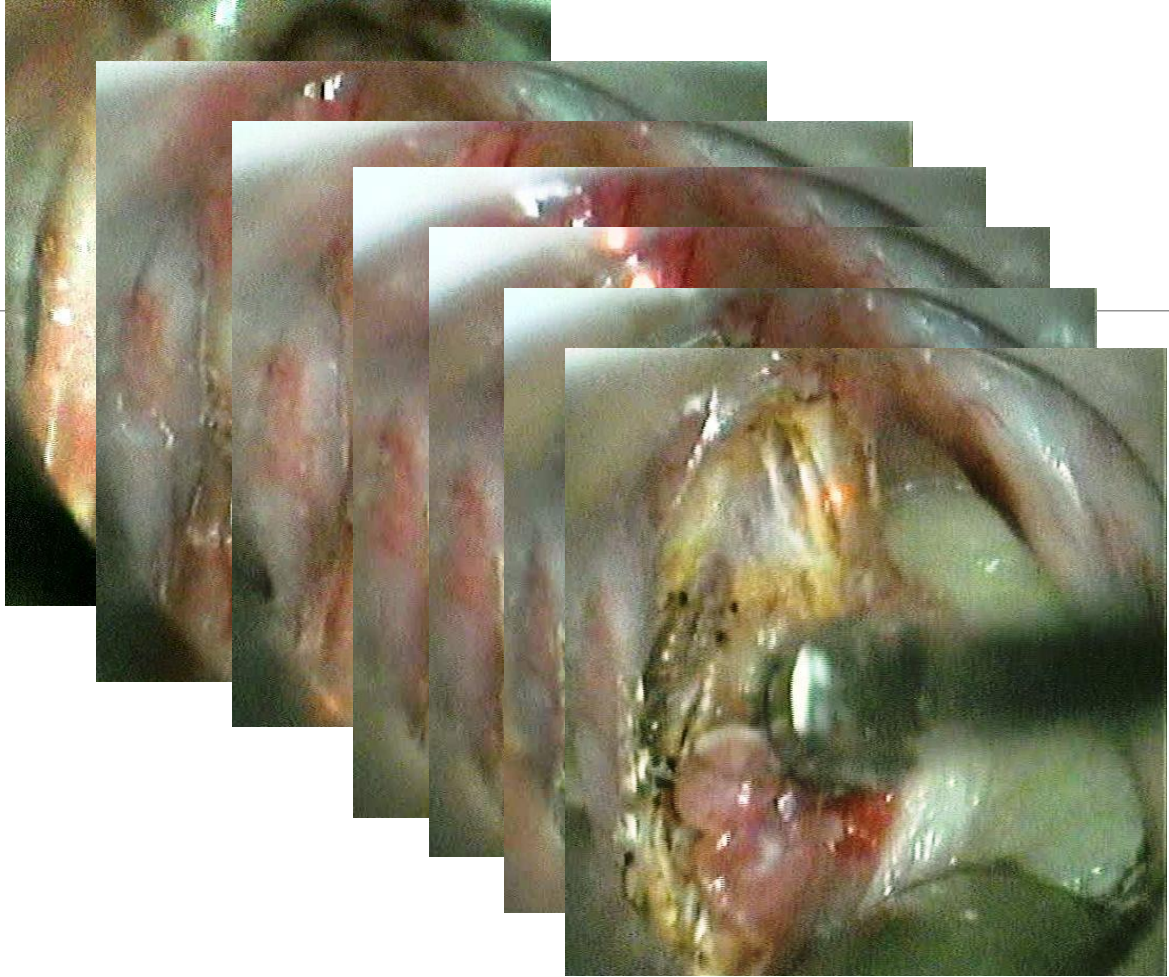


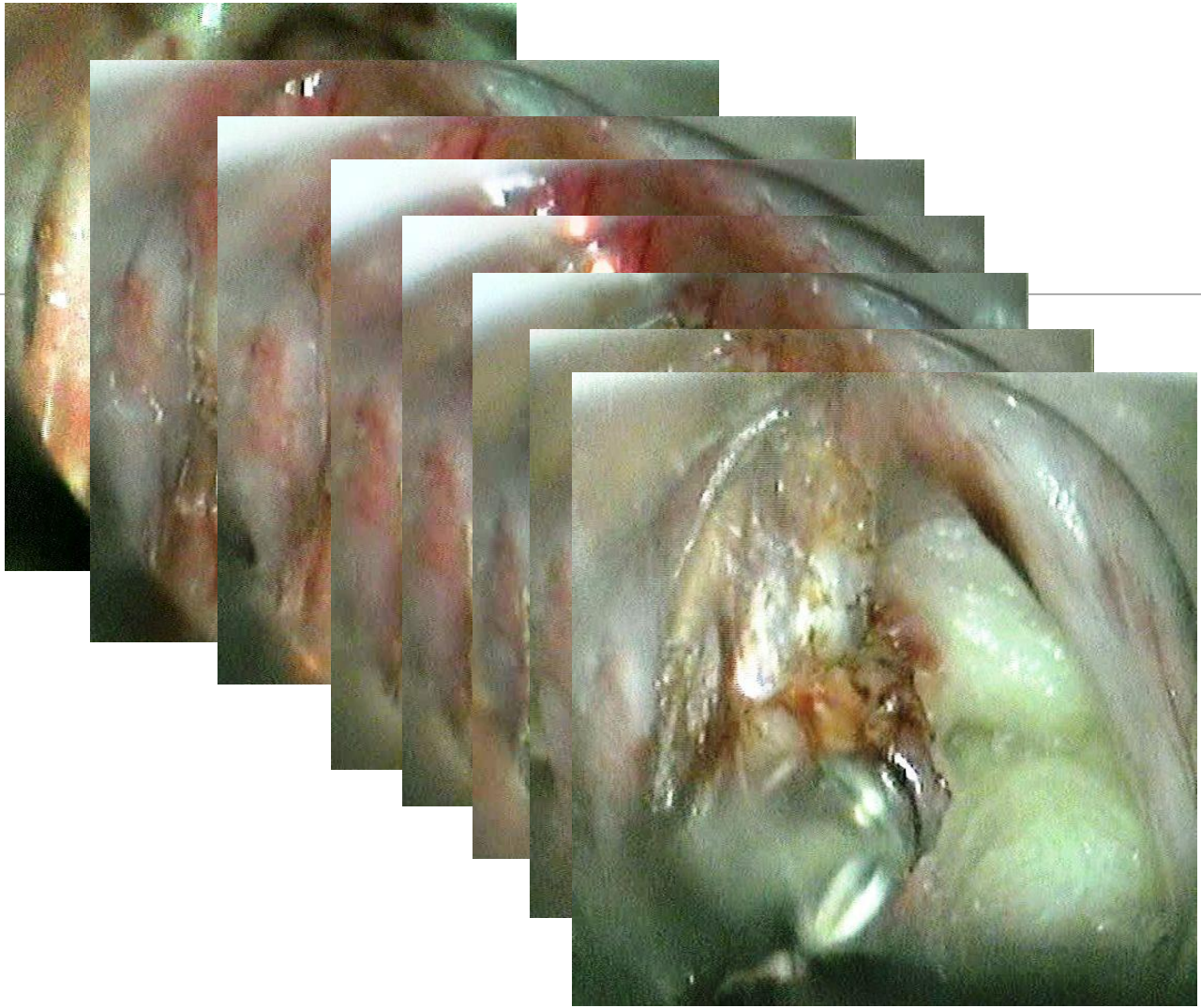




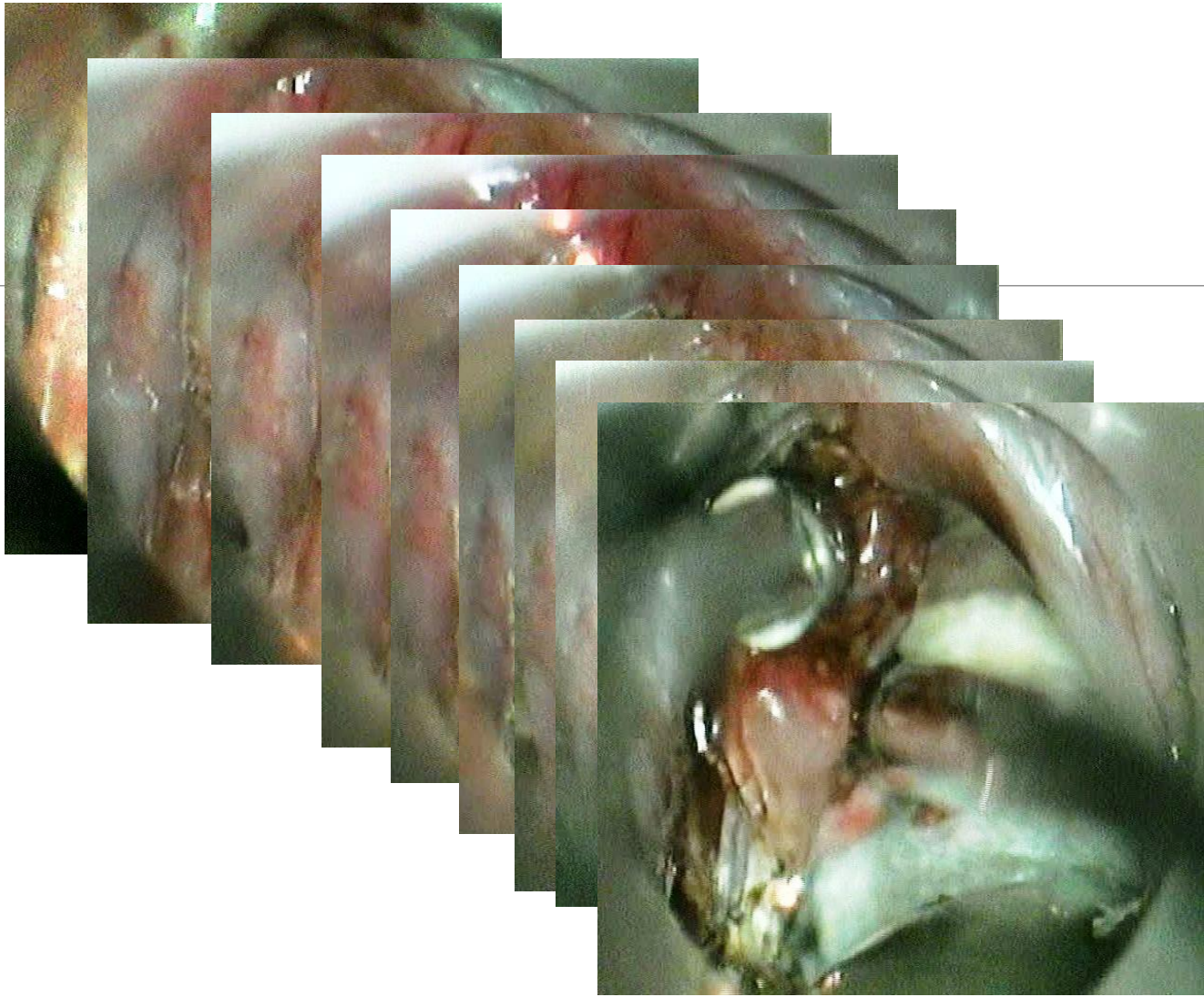


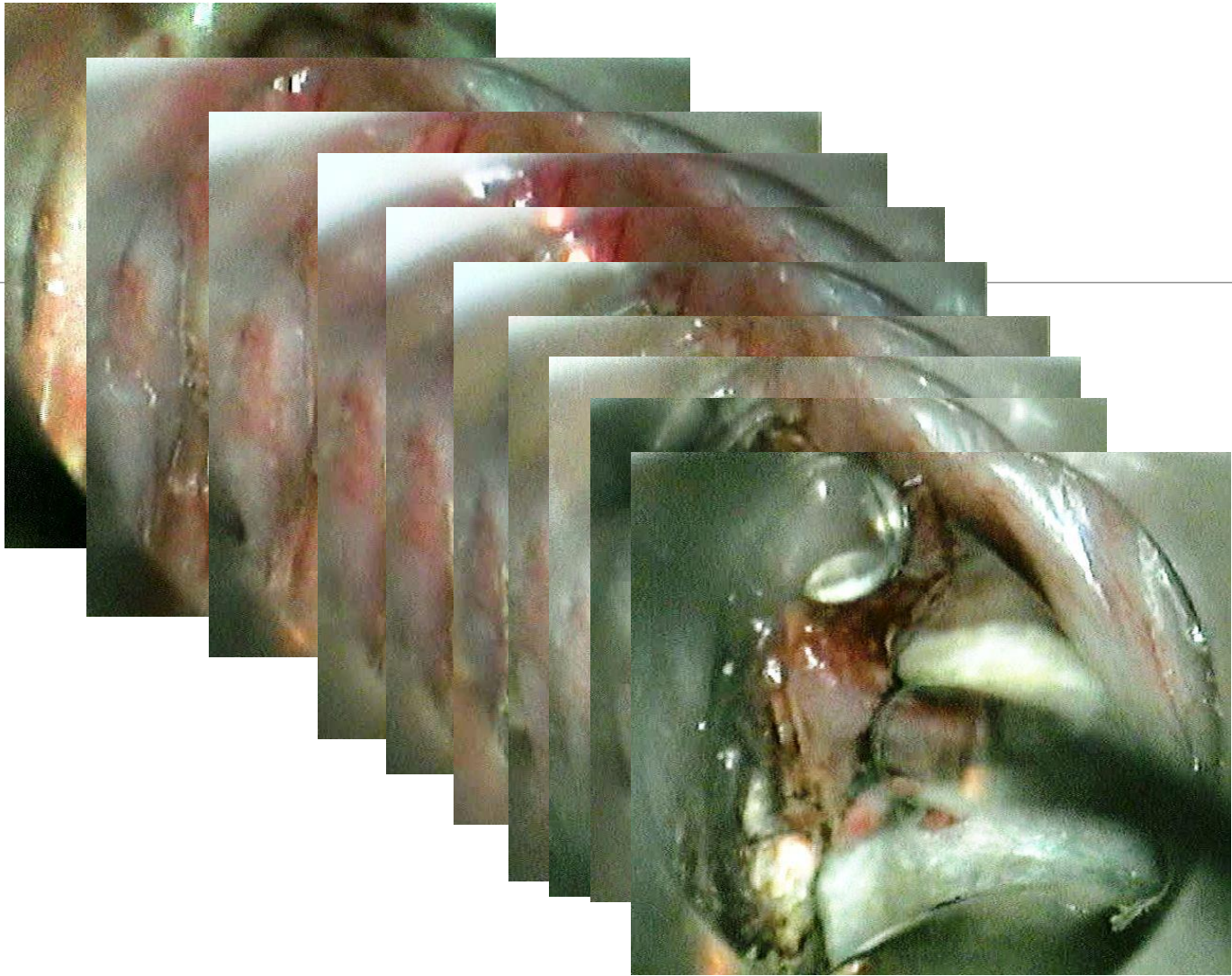


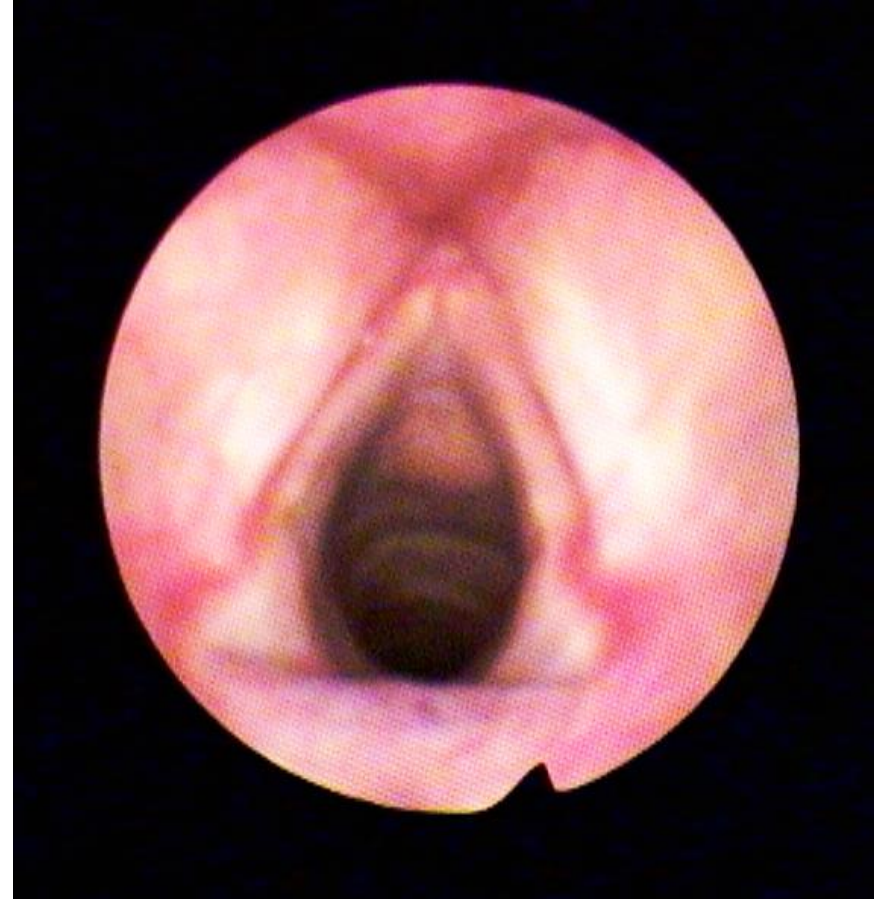












# T1b – T2

## CHIRURGIE ± RADIOTERAPIE

---

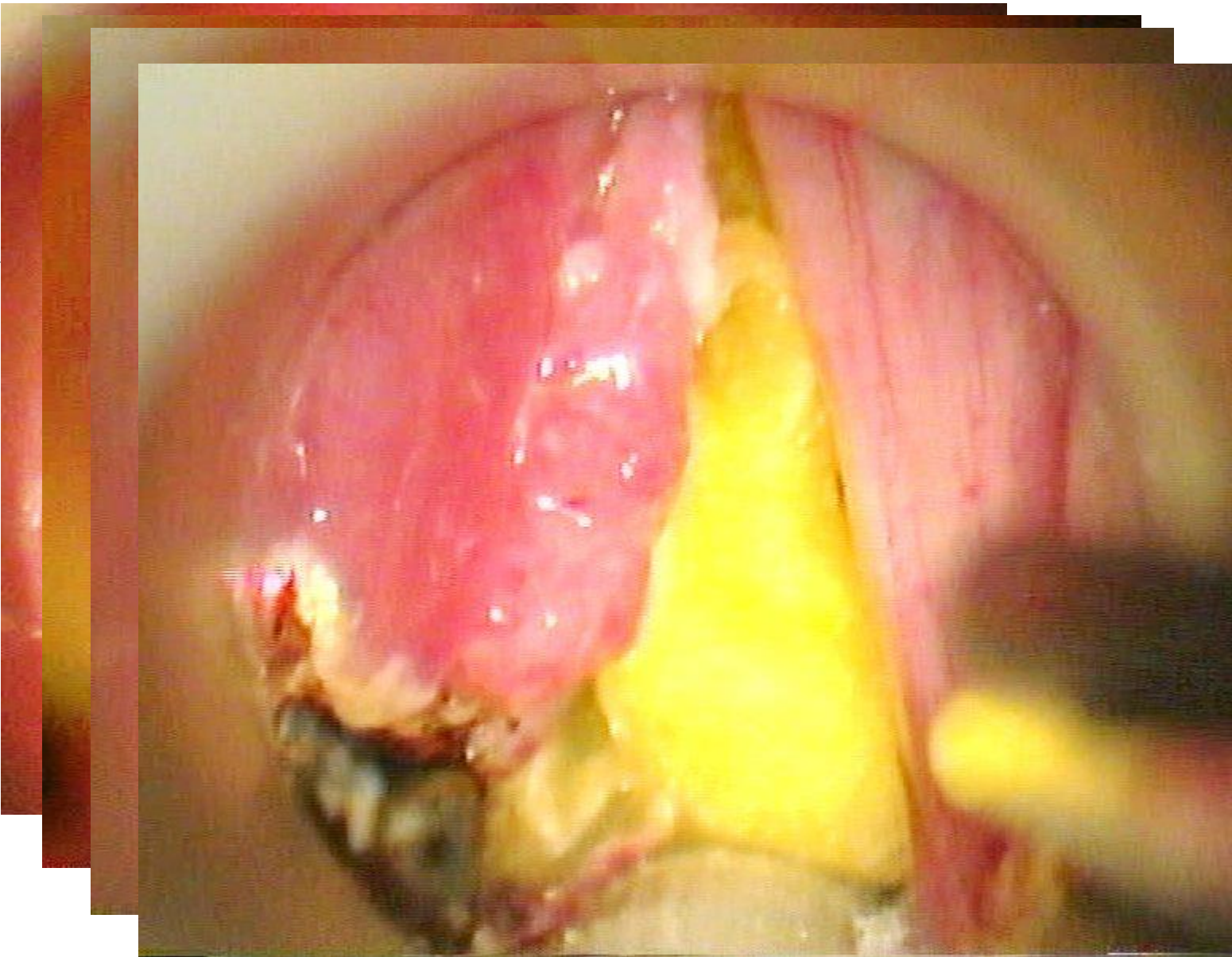
Sub 2 variante:

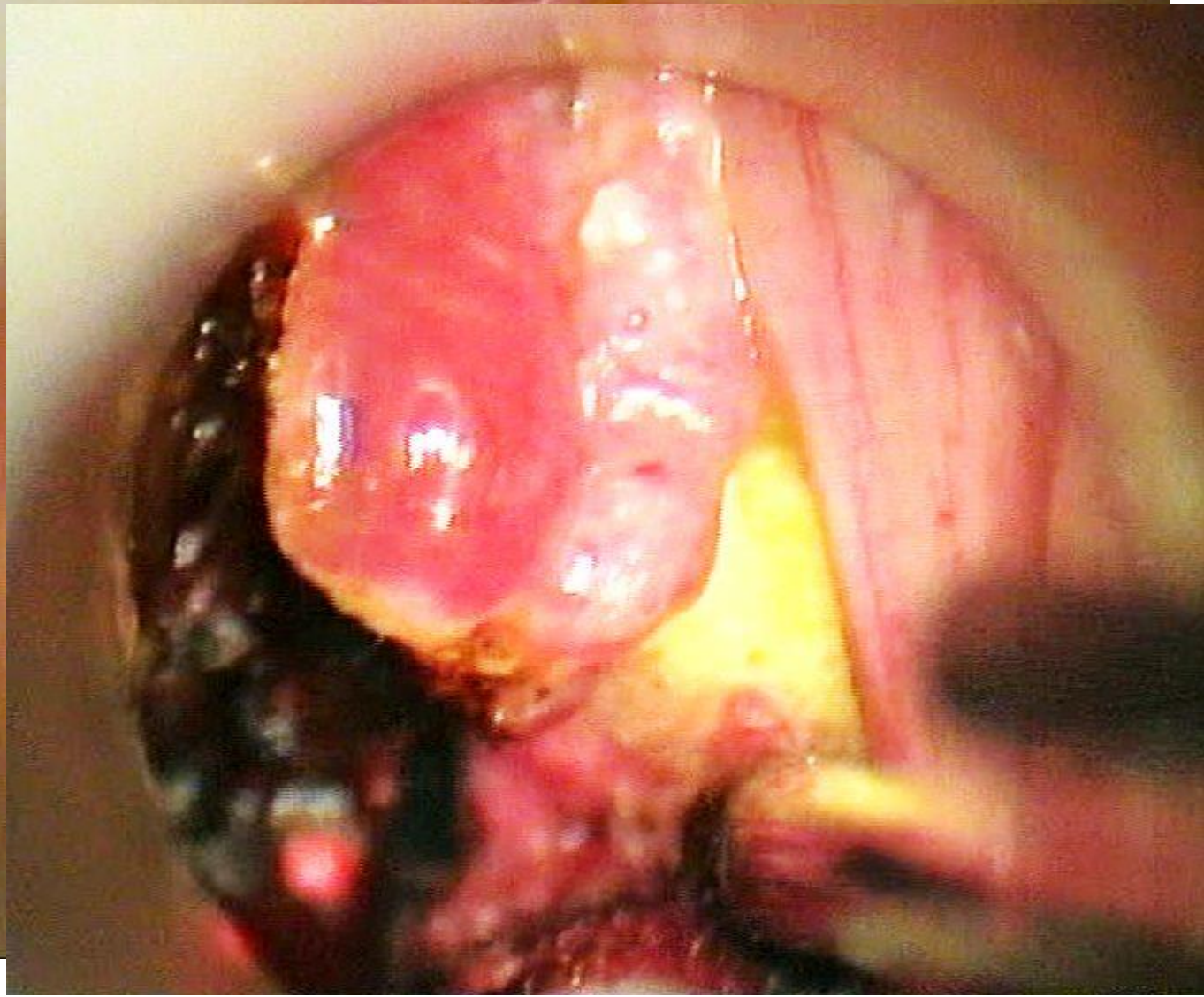
- TARDIVĂ : 3-5 săptămâni
- PRECOCE : 3-5 zile

**!NB – PREOPERATOR: CT/RMN**

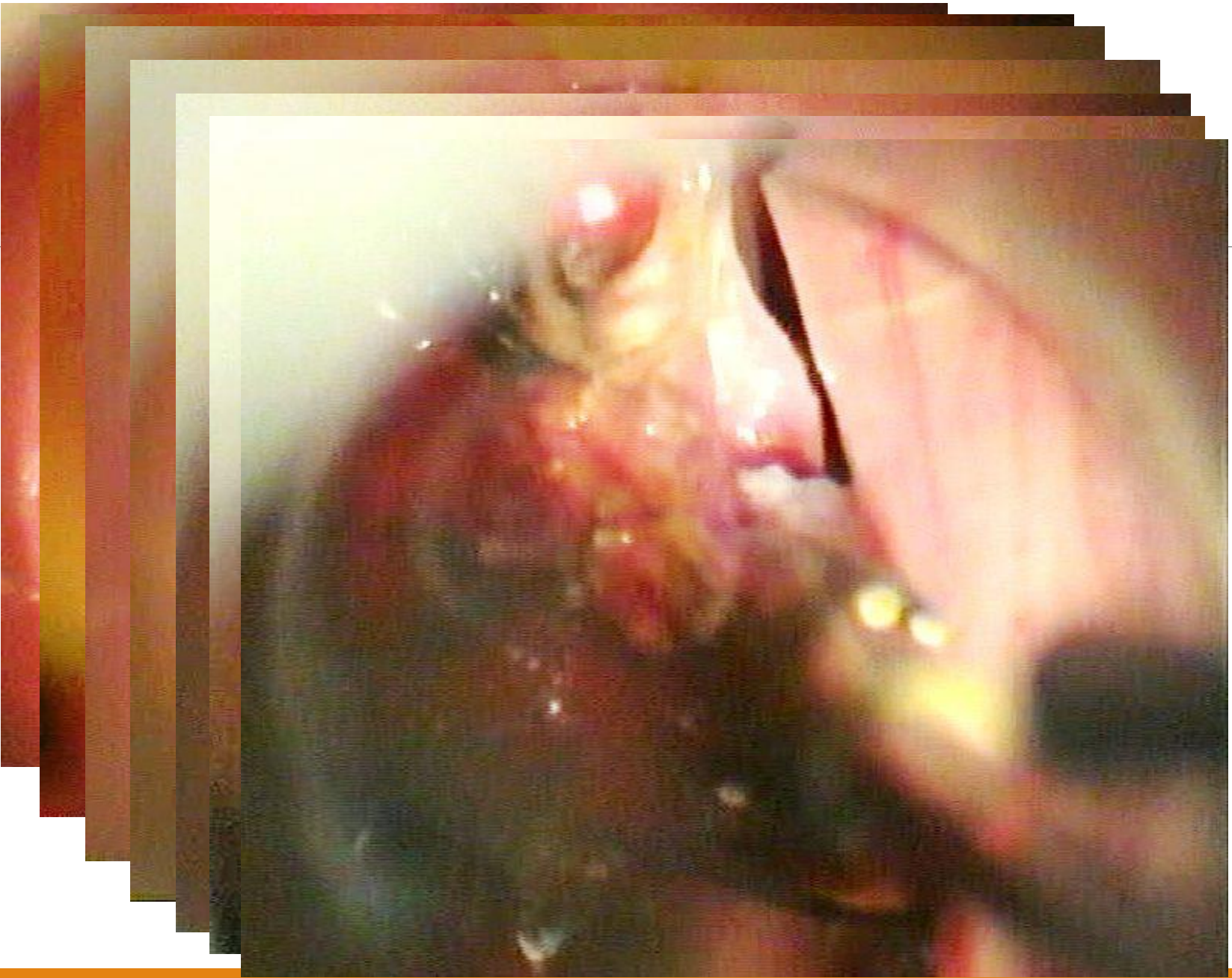




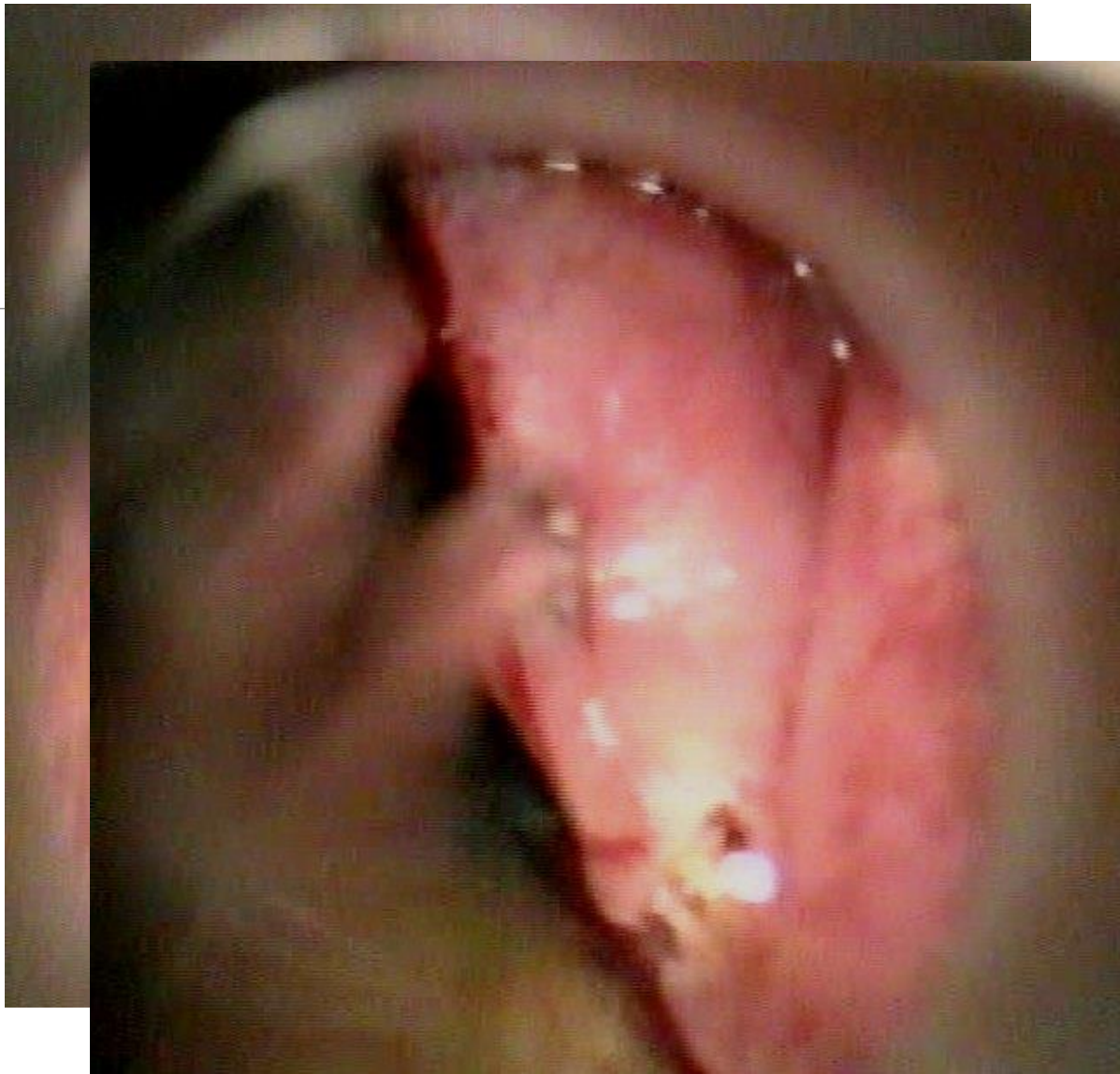


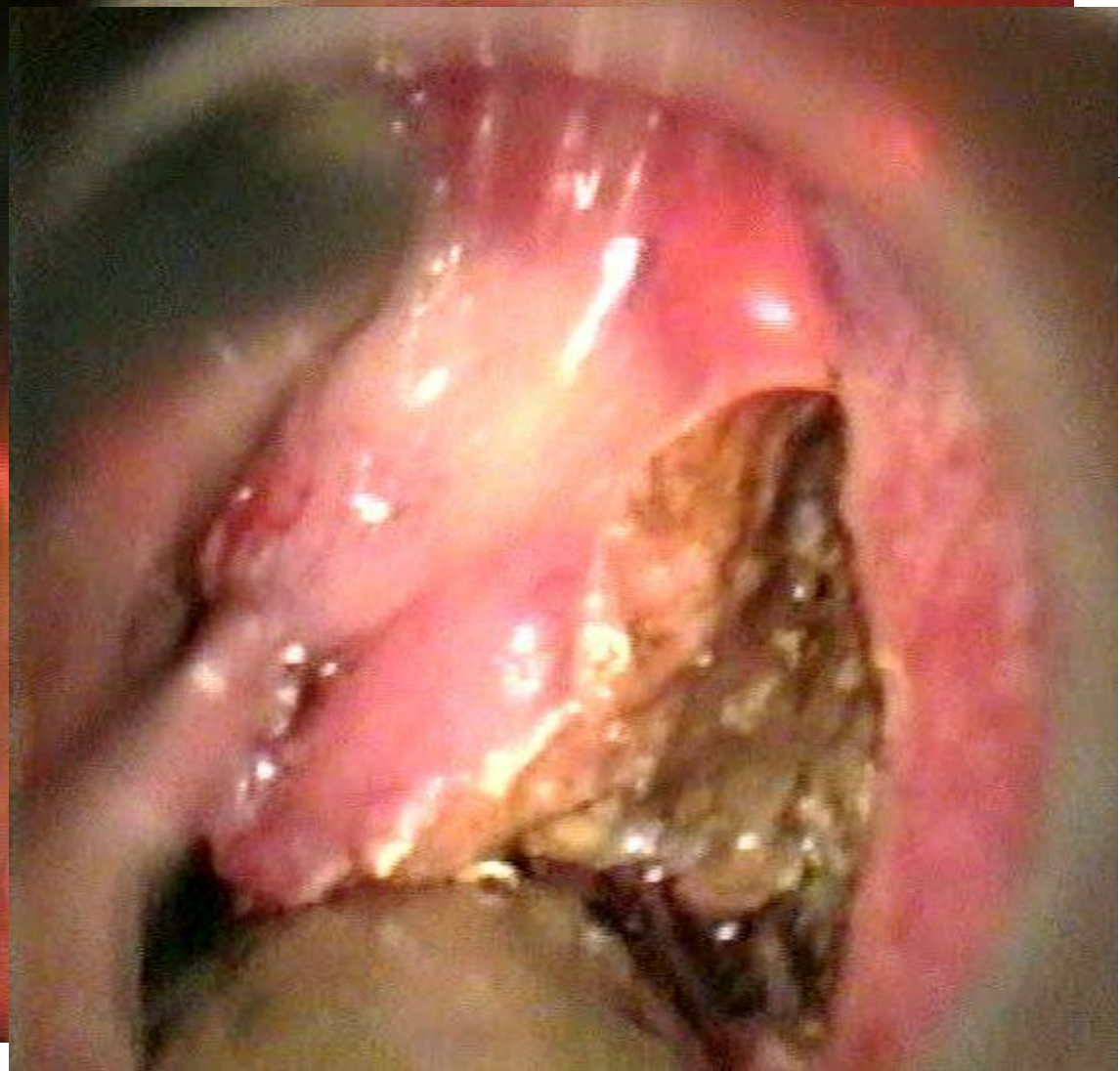


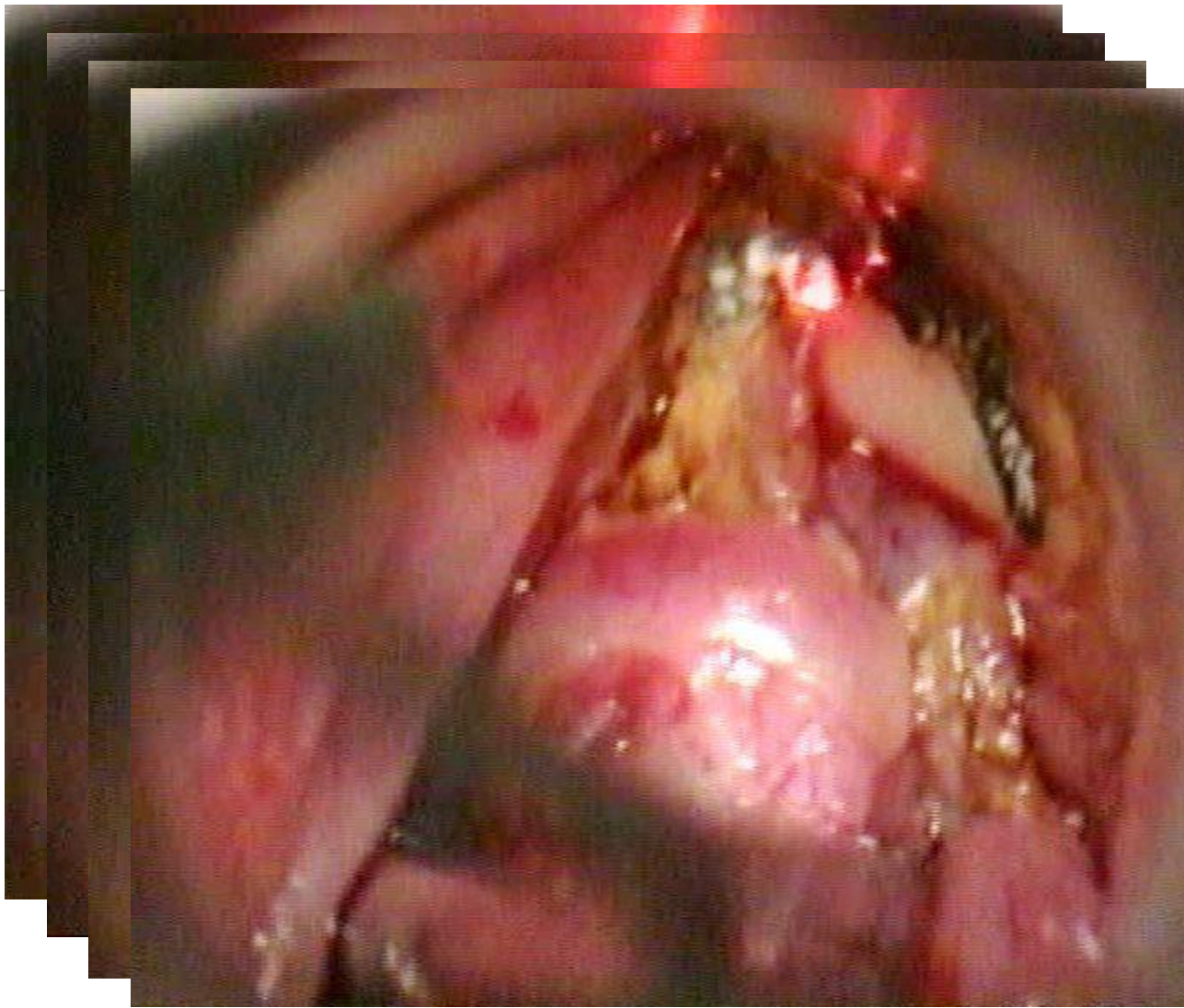


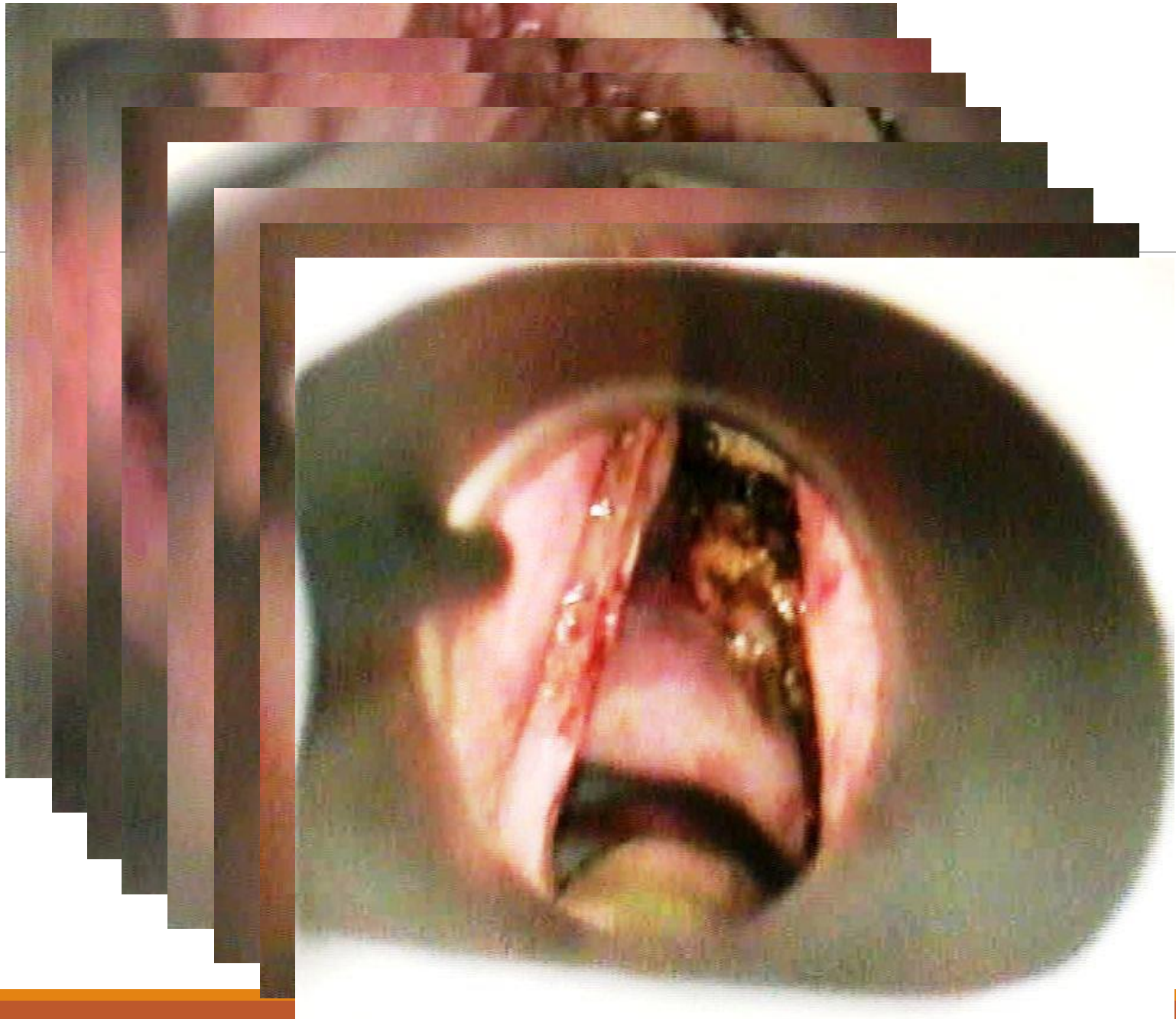






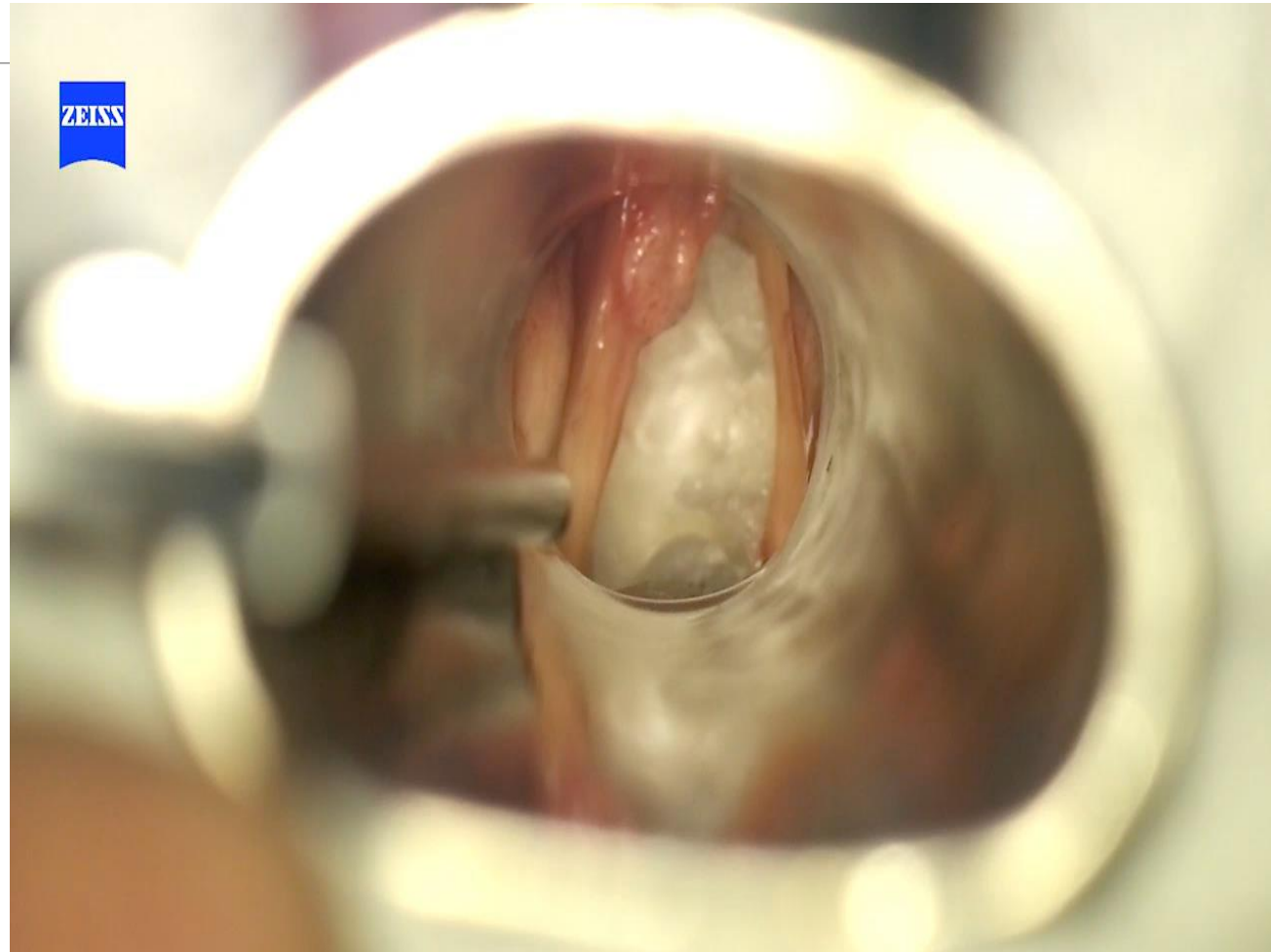








## Operația cordectomie laser CO2 în cancerul laringe stadiu I





# RADIOTERAPIE PRECOCE

---

Excizie < 2 mm de tumoră

Interesarea:

- Comisurii anterioare
- Zonei intercomisurale și comisurii benzilor
- Zonei subcomisurale anterioare
- Zonei subglotice

Secțiune în zona subglotică < 3 mm

# RADIOTERAPIE TARDIVĂ

---

BHP: forma agresivă

Control la 4-5 săptămâni: “neliniște” locală

BHP tranșă: +

# STUDIUL CLINICII

---

Prima corpectomie LASER – 2016

2016 – 2018 : 25 pacienți

Cordectomii superficiale	<b>4</b>
Cordectomii transmusculare	<b>7</b>
Cordectomii totale	<b>7</b>
Cordectomii extinse	<b>7</b>
<b>TOTAL</b>	<b>25</b>

# DISPENSARIZARE

---

Endoscopie flexibilă și rigidă

Lunar primele 3 luni

Echografie cervicală

La 6 luni – 4 ani

CT

Anual >5 ani



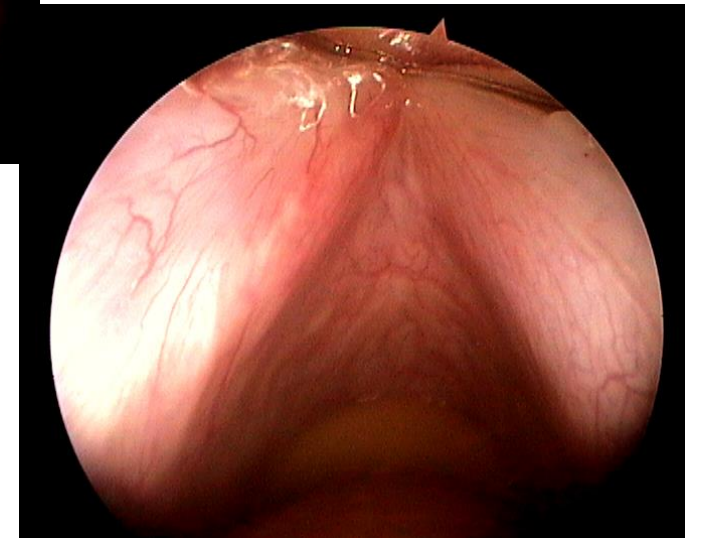
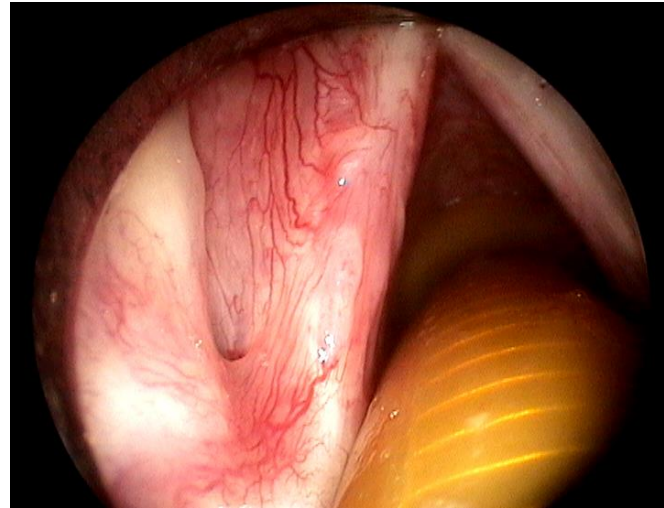
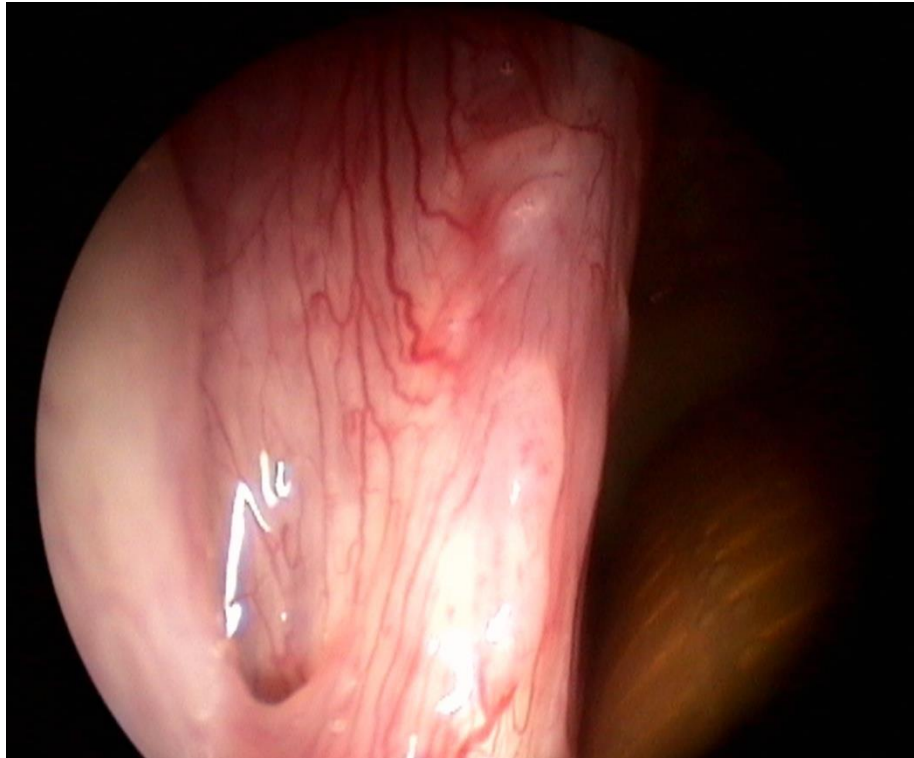






# ENDOSCOPIE

---



# EVOLUȚIE IMEDIAT POSTOPERATORIE ȘI PE TERMEN LUNG

---

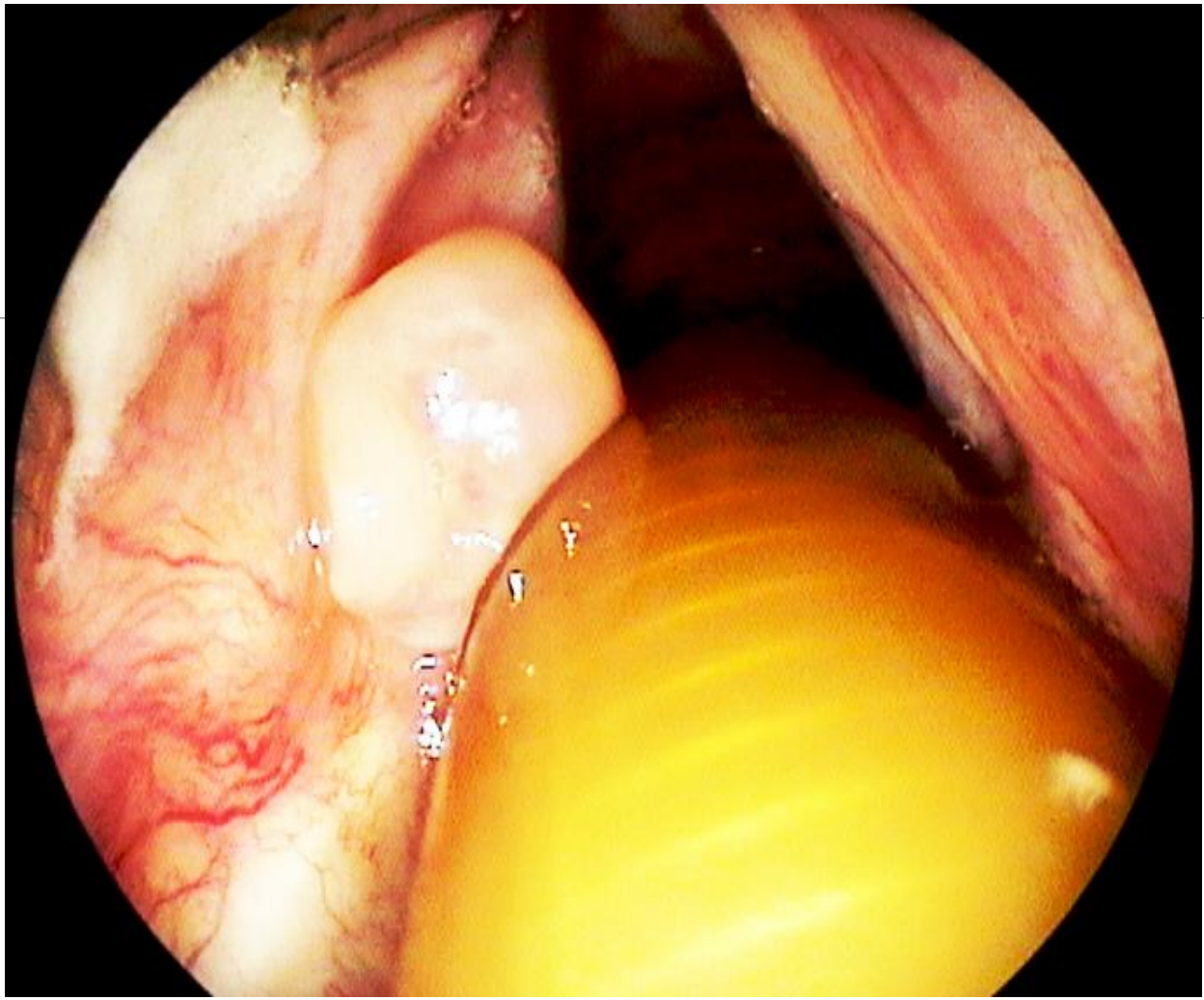
Pretraheotomii

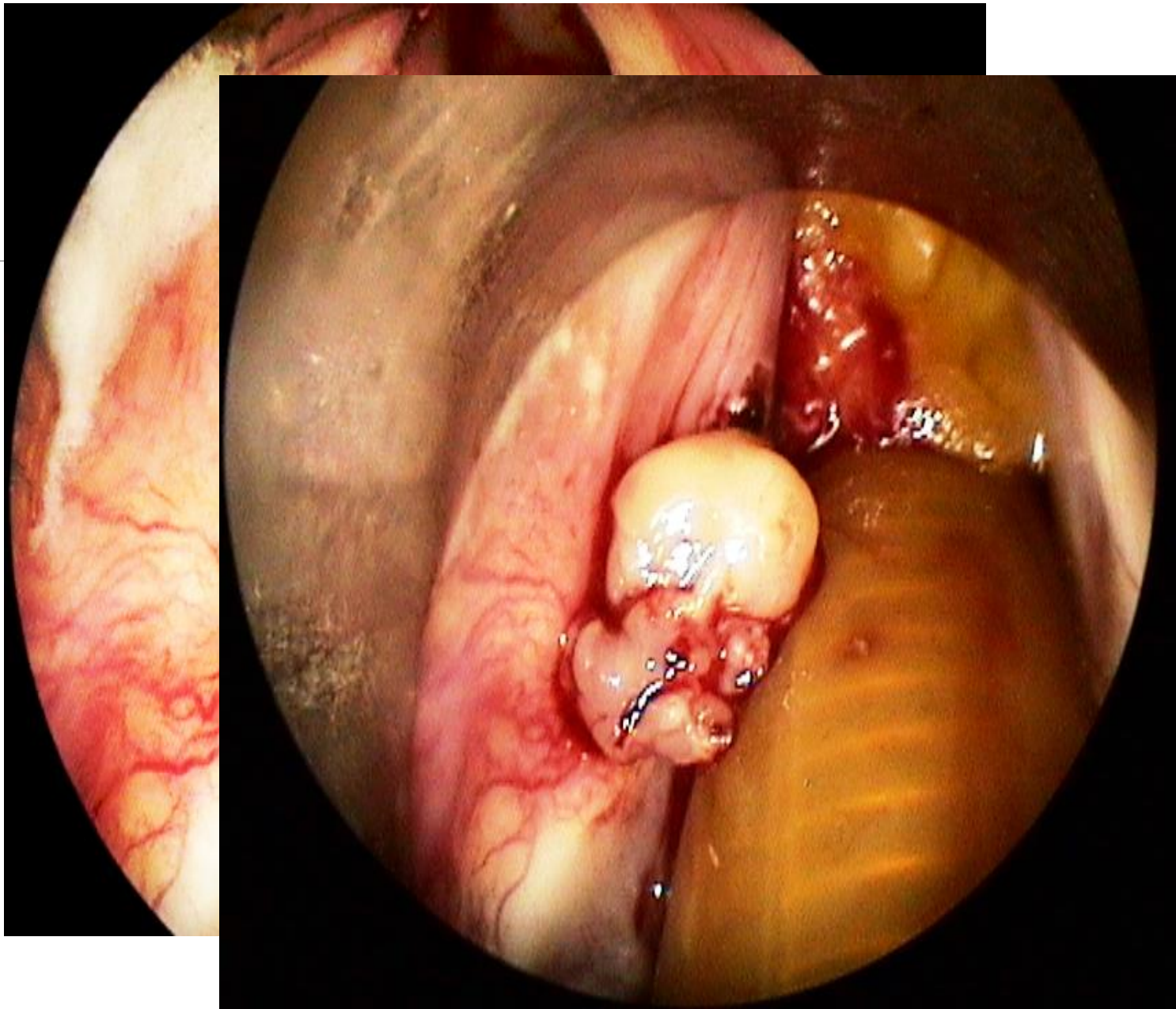
Fără sângerări

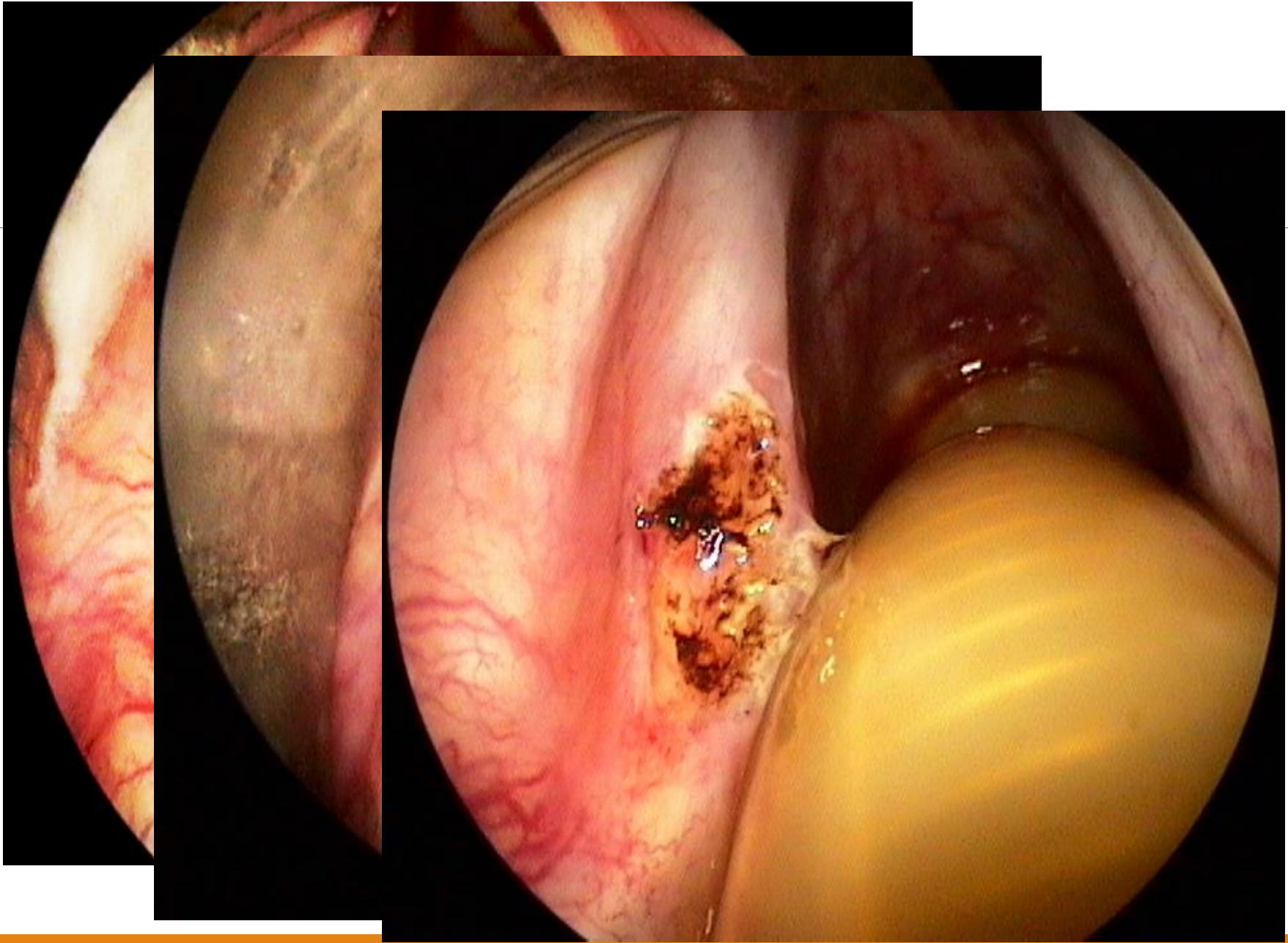
Emfizem subcutanat

Sechestru tiroidian

Granulom inflamator postradioterapie (primele 5-6 săpt.  
→3 luni)







# DISCUȚII

---

**CHIRURGIE ENDOSCOPICĂ DE LA ÎNCEPUT**

**VS.**

**ATITUDINEA CLASICĂ**

Excizia LASER – mai sigură și mai ușoară prin facilitatea în alegerea zonei corecte de tranșă

Efecte negative ale biopsiei

# DISCUȚII

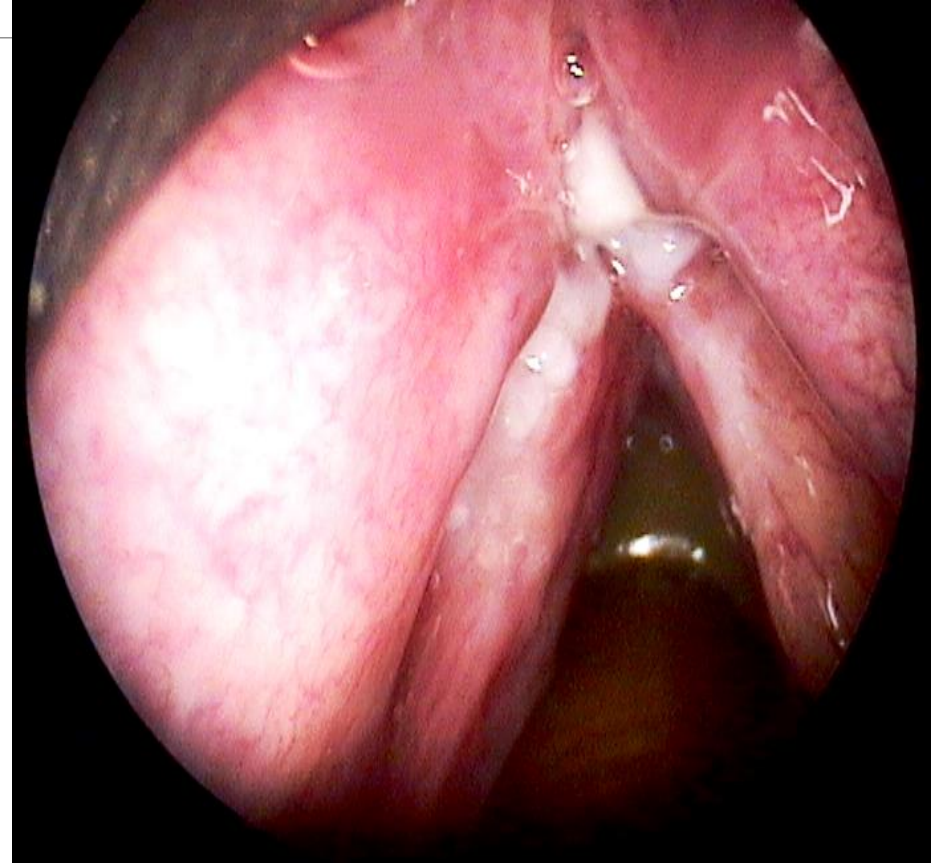
## RENUNȚAREA LA CHIRURGIA LASER

---

1. Formațiuni infiltrative extinse/ulcero-infiltrative cu decolare pericondrală imposibilă
2. Extensie tumorală subglotică +/- subaritenoidiană
3. Extensie comisura posterioară, imobilitate aritenoidiană

# Discutii

4. Extensie intercomisurală sau comisura benzilor
5. Imobilitatea cordală – semn al invaziei spațiului paraglotic





# ATITUDINE TERAPEUTICA IN CAZUL RENUNTARII LA CHIRURGIA LASER

---

- Biopsie ± tunelizare
- BHP +
- Chirurgie externă – totală/reconstructivă
- Radioterapie + chimioterapie

# DE CE CHIRURGIE LASER?

---

Reale posibilități curative

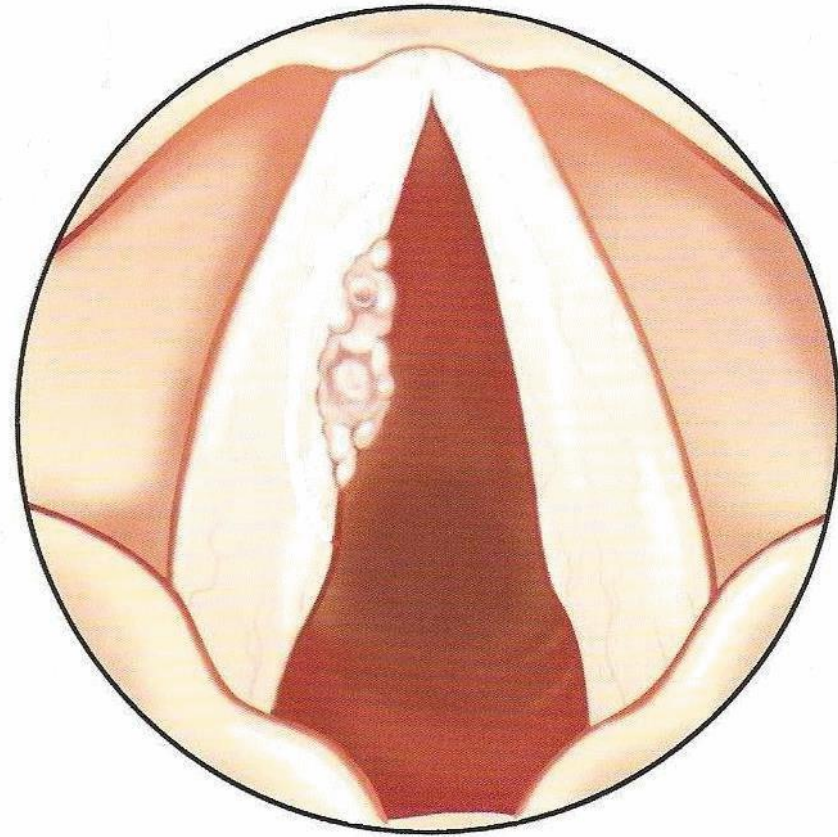
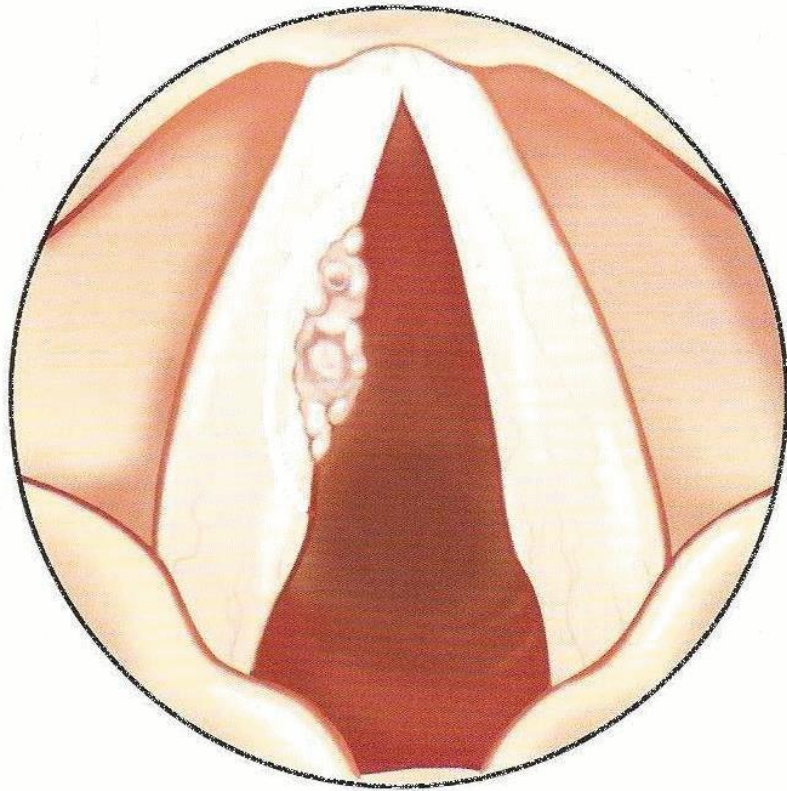
Minim disconfort operator

- Lipsa traheotomiei
- Evoluție postoperatorie simplă (2-3 zile)
- Calitatea vieții

Rezultat funcțional bun

# ATITUDINEA NOASTRA

---



Lucru in echipa!!!

