



Aprobat
Sef IMSP CS Ungheni
Oleg Belbas



**Instituția Medico-Sanitară Publică
Centrul de Sănătate Ungheni**

CANCERUL PANCREATIC

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCI - 175



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 35

„12” 03 2025

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.1084 din 23.12.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
"Cancerul pancreatic", ediția II
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 1084 din 23.12.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național "Cancerul pancreatic", ediția II**, elaborat în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în temeiul prevederilor Hotărârii Guvernului nr.148/2021 „Cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății” și în scopul asigurării și îmbunătățirii continue a calității asistenței medicale acordate pacienților în cadrul IMSP CS Ungheni,

ORDON:

1. De implementat în activitatea medicilor de familie IMSP CS Ungheni Protocolul Clinic Național **"Cancerul pancreatic", ediția II**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **"Cancerul pancreatic", ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni de către grupul de audit medical intern.
3. De organizat asigurarea cu medicamente necesare, incluse în Protocolul Clinic Național **"Cancerul pancreatic", ediția II**.
4. De organizat participarea personalului medical la seminarele zonale ce vor fi organizate în scopul instruirii implementării PCN.
5. De elaborat Protocolul Clinic Instituțional în baza PCN **"Cancerul pancreatic", ediția II** în cadrul IMSP CS Ungheni.
6. Controlul executării prezentului ordin se atribuie Șefului Adjunct pe probleme medicale D-nei Natalia Bargan.

Șef IMSP CS Ungheni

Oleg BELBAS



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN
mun. Chișinău

23 decembrie 2024

Nr. 1084

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II

În vederea asigurării calității serviciilor medicale acordate populației, în temeiul Hotărârii Guvernului nr.148/2021 cu privire la organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății,

ORDON:

1. Se aprobă Protocolul clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II.
3. Conducătorul Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale va întreprinde măsurile necesare în vederea autorizării și înregistrării medicamentelor și dispozitivelor medicale incluse în Protocolul clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II, în procesul de executare a atribuțiilor funcționale, inclusiv în validarea volumului și calității serviciilor acordate de către prestatorii încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.
5. Conducătorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate va organiza evaluarea implementării Protocolului clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II, în procesul de evaluare și acreditare a prestatorilor de servicii medicale.
6. Conducătorul Agenției Naționale pentru Sănătate Publică va organiza controlul respectării cerințelor Protocolului clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II, în contextul controlului activității instituțiilor prestatoare de servicii medicale.
7. Direcția managementul calității serviciilor de sănătate, de comun cu IMSP Institutul Oncologic, vor asigura suportul consultativ-metodic în implementarea Protocolului clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II, în activitatea prestatorilor de servicii medicale.
8. Rectorul Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, conducătorul Centrului de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo” și conducătorii colegiilor de medicină vor organiza includerea Protocolului clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă:
 - Ordinul Ministerului Sănătății nr. 755 din 31.07.2012 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul pancreatic”;
 - poziția cinci din punctul 1. al Ordinului Ministerului Sănătății nr.1181 din 28.10.2014 cu privire la actualizarea unor protocoale clinice naționale.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	6
PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	8
A.1. Diagnosticul.....	8
A.2. Codul bolii (CIM 10): OC - 25	8
A.3. Utilizatori:.....	8
A.4. Obiectivele protocolului	9
A.5. Data elaborării protocolului: 2012.....	9
A.6. Data revizuirii: 2024	9
A.10. Informația epidemiologică.....	10
PARTEA GENERALĂ	11
NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ	11
C.1. ALGORITM DE CONDUCERE	14
C.1.1. Algoritm de diagnostic și tratament al Cancerului Pancreatic	14
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDEELOR.....	16
C.2.1. Profilaxia.....	16
C.2.2.2.Diagnosticul	20
C.2.2.3. Supravegherea.....	21
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PROCEDURILOR PROTOCOLULUI.....	22
D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	22
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI...22	
Anexa nr 1 Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru.....	25
Anexa nr.2 Ghidul pacientului cu Cancer pancreatic (CP)	26

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Manifestările clinice ale cancerului pancreatic (CP) nu sunt specifice. Screeningul ar trebui efectuat în mod regulat pentru persoanele din grupul de risc înalt (Ia, A).

Persoanele din grupul de risc înalt pentru CP sunt persoanele cu anamnezic de pancreatita ereditară, pancreatita cronică prelungită (cu durată mai mare de 2 ani), diabet zaharat de novo, sindromul Peutz-Jeghers, prezența la 1 sau mai multe rude de gradul I a CP și Sindrom Lynch, CP familial (prezența CP la 1 sau mai multe rude de gradul I), prezența mutației genei CDKN2A, BRCA1, BRCA2, PALB2 și ATM. Leziunile precursorale ale CP includ leziunile de neoplazie intraepitelială pancreatică-3 (PanIN3) și leziunile chistice cu displazie de grad înalt. Identificarea acestor leziuni împreună cu tumorile solide mici, localizate este, prin urmare, scopul screeningului și al supravegherii specializate în populațiile cu risc ridicat.

Monitorizarea dinamică a CA19-9, CEA, CA242 și a altor markeri tumorali serici este utilă pentru diagnostic, evaluarea prognosticului, monitorizarea recurenței/metastazelor postoperatorii și evaluarea efectului curative (Ia, A)

Examinarea prin CT abdominal conform protocolului de examinare, reprezintă prima opțiune pentru diagnosticul preoperator și stadializarea cancerului pancreatic. Pentru pacienții cu suspiciune de cancer pancreatic și metastaze hepatice, se recomandă RMN dinamică cu substanță de contrast pentru evaluarea ulterioară. (Ia, A)

Pentru pacienții care urmează a fi supuși stentării biliare în vederea soluționării icterului mecanic, examinarea imagistică prin RMN în regim colangiografic este obligatorie înainte de implantarea stentului. (Ib, A)

Suplimentar la CT sau RMN, PET/CT este potrivit pentru pacienții cu suspiciu la metastaze extrapancreatice sau în cazurile în care este necesar să se identifice natura tumorii pancreatice. (Ib,C)

Endoultrasonografia (EUS) prezintă anumite avantaje pentru stadializarea tumorii, dar precizia sa în stadializare este puternic influențată de abilitățile și experiența operatorului. EUS este în mare parte utilizată pentru a ghida puncția în vederea obținerii unei probe de țesut. Nu se recomandă utilizarea sa ca metodă obișnuită pentru stadializarea și diagnosticul cancerului pancreatic. (Ib, C)

Se recomandă implicarea unei echipe multidisciplinare (EMD) pentru managementul pacientului cu CP, stadializarea și evaluarea statutului de rezecabilitate a CP. Din punct de vedere anatomic, rezecabilitatea cancerului pancreatic este evaluată din perspectiva implicării vaselor de sânge principale din apropiere, a existenței metastazelor la distanță și a posibilității realizării rezecției R0. (Ia, A)

Drenajul biliar preoperator (PBD) prin implantarea stentului endoscopic este recomandat în cazul obstrucției biliare cauzate de cancerul pancreatic, complicată cu colangită și amânarea intervenției chirurgicale din cauza altor motive. (Ib,C)

Pentru pacienții cu risc sporit pentru cancer pancreatic local avansat și potențial rezectabil după terapie neoadjuvantă, se recomandă explorarea laparoscopică înainte de tratamentul chirurgical cu tentă radicală. (IIa,B)

Limfodisecția trebuie efectuată conform standardelor în dependență de tipul intervenției efectuate. Pentru o stadializare precisă a ganglionilor limfatici, trebuie obținuți mai mult de 15 ganglioni limfatici. (IIa,A)

Pentru pacienții cu o potențială rezecție R0, se recomandă rezecția radicală a cancerului pancreatic combinată cu rezecția și reconstrucția venei mezenterice superioare/veneii portale. (IIa,B)

Pentru pacienții cu cancer pancreatic care implică arterele, indicațiile chirurgicale ar trebui evaluate în funcție de posibilitatea rezecției R0, regiunile implicate și dacă este necesară reconstrucția. Nu se recomandă rezecția radicală a cancerului pancreatic combinată cu rezecția arterei mezenterice superioare. (III,C)

Pancreatectomia radicală laparoscopică sau robotic-asistată ar trebui efectuată selectiv de chirurgii experimentați. Tehnica laparoscopică utilizată pentru evaluarea oncologică necesită încă verificare prin studii clinice de înaltă calitate. (III,C)

Chimioterapia adjuvantă ar trebui începută în primele 8 săptămâni după intervenția chirurgicală. Chimioterapia de combinație reprezintă tratamentul de primă alegere, în funcție de starea fizică a pacientului. (IIa,A)

Examinarea imagistică reprezintă metoda principală pentru evaluarea eficacității terapiei neoadjuvante la pacienții cu cancer pancreatic, și ar trebui să fie combinată cu PET/CT, evaluarea markerilor tumorali și luarea în considerare a stării generale a pacientului. Calitatea evidenței: (III,B)

Pentru pacienții cu cancer pancreatic avansat și obstrucție a tractului digestiv se recomandă gastrojejunostomia sau plasarea stentului endoscopic în funcție de starea generală a pacientului. (IIa,B)

Pentru pacienții cu cancer pancreatic nerezecabil și obstrucție biliară, plasarea stentului endoscopic sau drenajul biliar transhepatic percutanat reprezintă prima alegere de tratament. (IIa,B)

Pentru pacienții cu cancer pancreatic avansat nerezecabil, tratamentul sistemic ar trebui să fie efectuat activ în funcție de statutul de performanță al pacientului. Tratamentul combinat este preferat. (Ib,B)

Toți pacienții cu cancer pancreatic avansat nerezecabil ar trebui să participe la studii clinice; testarea genetică ar trebui efectuată pentru determinarea tratamentului optim cu medicamente. (III,B)

IERARHIA DOVEZILOR ȘI PUTEREA RECOMANDĂRILOR

IERARHIA DOVEZILOR	PUTEREA RECOMANDĂRILOR
Ia - Dovezi obținute din recenzii sistematice și meta analize de trialuri clinice randomizate. Ib - Dovezi obținute din analiza unui singur trial controlat randomizat. IIa - Dovezi obținute din cel puțin un trial clinic nerandomizat, bine efectuat.	A – cel puțin un trial controlat randomizat ca parte a literaturii studiate, foarte bine realizat și cu referiri consistente privind recomandarea respectivă (nivelul dovezii Ia și Ib).
IIb - Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic de orice tip, bine efectuat, cvasi-experimental	B – un studiu clinic bine condus dar nu un trial clinic randomizat axat pe tipul recomandării (nivelul dovezii IIa, IIb, III).

III - Dovezi obținute din studii descriptive neexperimentale bine efectuate, cum ar fi studii comparative, studii corelative, și studii de caz.	Prin extrapolare de la un studiu de tip I.
IV - Dovezi obținute din rapoartele sau opiniile comitetelor de experți sau cele provenite din experiența clinică a personalităților.	C – rapoartele sau opiniile comitetelor de experți. Această clasă indică absența studiilor de calitate și cu aplicabilitate directă (nivelul dovezii IV). Prin extrapolare de la un studiu de tip I, II sau III.

GRADUL (PUTEREA) RECOMANDĂRII:

Grad A	foarte recomandat; există date suficiente că beneficiile depășesc riscurile.
Grad B	recomandat, dar dovezile existente sunt limitate ca număr și calitate a datelor; beneficiile depășesc riscurile.
Grad C	nu este recomandat de rutină; balanța risc beneficiu este apropiată.
Grad D	nu este recomandat de rutină, există dovezi care arată că e ineficient sau riscurile depășesc beneficiile.
Grad I	nu e recomandat de rutină, dovezile lipsesc și balanța risc beneficiu nu poate fi determinate

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ATI	Anestezie și terapie intensivă
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
PDAC	Adenocarcinom pancreatic ductal
CP	Cancer pancreatic
IMSP IO	Instituție Medico Sanitară Publică, Institutul Oncologic
CMF	centrul medicilor de familie
R-scopie	radioscopie
CBP	Căi biliare principale
CT	Tomografie computerizată
USG	Ultrasonografie
RMN	Rezonanța magnetică nucleară
ERCP	Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică
EUS	Endoultrasonografia
FNA	Aspirația cu ac fin
AC	Ax celiac
AMS	Artera mezenterică superioară
VMS	Vena mezenterică superioară
CBP	Căile biliare principale
AJCC	American Joint Committee on Cancer
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
ECOG	Statusul de performanță ECOG, „ <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i> ”
IPMN	Neoplasm intraductal papilar mucinos
PTCD	Drenaj transhepatic percutanat
PET	Tomografie prin emisie de pozitroni
RAMPS	Pancreatectomia modulară radicală anterogradă
SBRT	Radioterapia stereotaxică
IARC	International Agency for Research on Cancer
CDKN2A	Genă supresoare de tumoare care joacă un rol important în reglarea ciclului celular și prevenirea dezvoltării cancerului.
BRCA1/2	Gene umane care furnizează instrucțiuni pentru producerea proteinelor implicate în reparația și menținerea integrității materialului genetic al celulelor
PALB2	Genă umană care oferă instrucțiuni pentru producerea proteinei PALB2
CA 19-9	Antigenul Carbohidrat 19-9
CEA	Antigenul Carcinoembrionar
mFOLFIRINOX	regim de chimioterapie folosit în tratamentul cancerului pancreatic, versiune modificată a regimului original FOLFIRINOX
mFOLFOX6	versiune modificată a regimului original FOLFOX (Acidum folinicum, Fluorouracilum și Oxaliplatinum)
FOLFIRI	regim de chimioterapie folosit în tratamentul cancerului (Fluorouracilum, Leucovorinum, Irinotecanum)

CAPIRI	regim de chimioterapie folosit în tratamentul cancerului (Capecitabinum și Irinotecanum)
GEMCAP	regim de chimioterapie folosit în tratamentul cancerului (Tab. Capecitabinum și Sol. Gemcitabinum)
Blocatori de 5HT3	medicamente utilizate în principal pentru a preveni greața și vărsăturile induse de chimioterapie, radioterapie sau intervenții chirurgicale (Ex. Ondansetronum, Granisetronum, Palonosetronum)
AMP	Asistență medicală primară
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AMUP	Asistență medicală urgentă prespitalicească
AMS	Asistență medicală spitalicească

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-175, „Cancerul pancreatic”, ediția II, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implimentării protocoalelor clinice instituționale și a protocoalelor locului de lucru” de către grupul de lucru în componență:

Belbas Oleg - șef IMSP CS Ungheni;

Bargan Natalia -șef adjunct probleme clinice;

Andrieș Ana – farmacist diriginte;

Mămăligă Maria - medic de familie;

Morari Tatiana – medic de familie;

Chirinciuc Iulia - medic de familie;

Mămăliga Constantin –audit medical intern

Protocolul a fost discutat și aprobat la ședința medicală instituțională pentru aprobarea PCI.

Data elaborării protocolului:

(Aprobat prin Ordinul directorului 35 din 12.03.2025) în baza:

- PCN-175, „Cancerul pancreatic”, ediția II, Aprobat prin Ordinul MS al RM nr. 1084 din 23.12.2024 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul pancreatic”, ediția II

PARRTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul

Exemple de diagnostic clinic:

1. Cancer pancreatic cefalic, cT2NxM0.
2. Cancer pancreatic corp, cT2NxM1. Metastaze hepatice.
3. Cancer pancreatic cefalic, cT1cNxM0. Icter mecanic.

A.2. Codul bolii (CIM 10): OC - 25

- C25.0 Tumora malignă capul pancreasului,
- C25.1 Tumora malignă corpul pancreasului,
- C25.2 Tumora malignă coada pancreasului,
- C25.3 Tumora malignă canal pancreatic,
- C25.4 Tumora malignă pancreas endocrin,
- C25.7 Tumora malignă alte părți ale pancreasului,
- C25.8 Tumora malignă leziune depășind pancreasul,
- C25.9 Tumora malignă pancreas, fără precizare.

A.3. Utilizatori:

- Prestatorii de servicii AMP (medici de familie)

Notă: Protocolul la necesitate poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Obiectivele protocolului

1. Identificarea persoanelor cu risc înalt pentru cancer pancreatic și monitorizarea lor periodică.
2. Asigurarea accesului pacienților cu CP la metodele moderne de tratament, sporirea numărului de pacienți care beneficiază de diagnosticare corectă și în timp util, pentru aplicarea tratamentului recomandat de medicina bazată pe dovezi.
3. Etapizarea diagnosticului și tratamentului CP la diferite niveluri de asistență medicală (primară, secundară și terțiară).
4. A unifica algoritmul și metodele de diagnostic și managementul pacientului cu CP
5. Asigurarea abordării individuale a pacienților prin selectarea corectă a metodei de tratament pentru pacienții cu CP.
6. Evaluarea și monitorizarea dinamică a pacienților cu CP stabilit în vederea recomandării și aplicării tratamentului necesar pentru ameliorarea rezultatelor imediate și la distanță.
7. Supravegherea individualizată a pacienților cu CP supuși intervenției chirurgicale și sau chimioterapeutice, la nivelul unității specializate de ambulator (prevenirea complicațiilor post – pancreatectomie).
8. A contribui la îmbunătățirea speranței de viață și a calității vieții a pacienților cu CP supuși terapiei chirurgicale sau/și chimioterapiei.

A.5. Data elaborării protocolului: 2012

A.6. Data revizuirii: 2024

A.7. Data revizuirii următoare: 2029

A.8. Definiții utilizate în document

Cancer pancreatic (carcinomul exocrin pancreatic) – proces proliferativ malign datorat multiplicării continue și necontrolate a celulelor anormale din ducturile (85-90%) și acinii pancreasului ce se caracterizează printr-un grad înalt de invazie și metastazare precoce.

Adenocarcinomul pancreatic ductal – neoplasm epitelial pancreatic invaziv cu diferențiere glandulară (ductală), de obicei cu component mucinos luminal sau intracelular și fără alte componente ale altor tipuri histologice.

Carcinom pancreatic acinar – neoplasm malign exocrin pancreatic compus din celule morfologic asemănătoare cu celulele acinare și imunohistochimic pozitive la markerii acinari.

CP la limită rezecabil („borderline resectable”) – entitate clinică recunoscută drept un continuum între boala rezecabilă și boala nerezecabilă local avansată.

CP local avansat sau „boală local avansată” – definită în linii mari ca prezența interfaței tumoră-arteră > 180°, având o venă portă sau venă mezenterică superioară non-reconstructibilă și fără semne de boală metastatică.

CP metastatic sau „boală metastatică” – prezența procesului neoplazic malign pancreatic și a metastazelor la distanță (stadiul IV).

Icter posthepatic (mecanic) - reprezintă un sindrom clinic manifestat prin colorația galbenă a sclerelor și tegumentelor, urină hipercromă și scaun acolic determinat de prezența unei concentrații crescute a bilirubinei în sânge drept consecință a unei obstrucții extrahepatice a CBP.

Rezecția pancreatică – Rezecția pancreatică este un procedeu chirurgical de înlăturarea unei porțiuni de pancreas aplicată pacienților cu CP dacă (1) pacienții sunt considerați medical apti pentru o pancreatectomie proximală sau distală, (2) nu există dovezi de metastaze și (3) pacienții despre care se crede că au boală „rezecabilă”.

Status de performanță ECOG - măsurarea obiectivă a gradului în care o persoană diagnosticată cu o maladie oncologică este capabilă să desfășoare activități zilnice obișnuite și oferă o estimare a tratamentelor pe care le poate tolera.

A.10. Informația epidemiologică

Cancerul pancreatic reprezintă una dintre maladiile oncologice cu un pronostic sumbru, majoritatea pacienților fiind diagnosticați cu boală local avansată (30%-35%) sau metastatică (50%-55%) la momentul prezentării. Oportunitatea de a detecta CP atunci când este potențial vindecabil depinde de diagnosticul precoce și de capacitatea de a identifica și de a examina populațiile cu risc ridicat înainte de apariția simptomelor.

Aproape 74% dintre pacienți sunt diagnosticați cu vârsta cuprinse între 55 și 84 de ani. Doar 10% dintre pacienți sunt diagnosticați la vârsta mai mică de 55 de ani și 14% după vârsta de 84 de ani. PDAC întâlnit și la pacienți mai tineri de 40 de ani (mai rar). Bărbații și femeile sunt afectați în mod egal, iar afro-americanii au un risc ușor crescut în comparație cu caucazienii de a face această maladie (Vincent T. DeVita Jr., Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg 2019).

Factorii de risc neereditari implicați în carcinogeneză sunt: fumatul pe termen lung, vârsta înaintată, dieta bogată în grăsimi, indicele de masă corporală (IMC) ridicat, pancreatita cronică sau diabetul concomitent.

Marea majoritate (>80%) a CP apare din cauza mutațiilor somatice care apar sporadic. CP familial, definit ca cel puțin două rude de gradul I cu CP, reprezintă doar 4%-10% din toate cazurile. Variantele BRCA2 sunt cele mai frecvente anomalii genetice observate în CP familial. La aproximativ 10% dintre pacienții cu cancer pancreatic sunt incriminați factorii ereditari, precum: pancreatita ereditară, sindromul Peutz-Jeghers, sindromul de melanom malign familial. Mutațiile în genele CDKN2A, BRCA1/2 și PALB2 s-au dovedit, de asemenea, implicate în dezvoltarea cancerului pancreatic familial. Cea mai frecventă formă histologică dintre neoplazmele pancreatice este Adenocarcinomul ductal pancreatic (>90%) (Laura D. Wood 2012), celelalte subtipuri fiind reprezentate de carcinomul acinar, pancreatoblastomul și tumorile neuroendocrine.

PARTEA GENERALĂ

NIVELUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ		
Descriere	Motive	Pași
Profilaxia		
1.1 Profilaxia primară C.2.2.	Profilaxia primară a CP implică identificarea factorilor de risc pentru CP, fiind orientată spre identificarea grupelor de risc către CP.	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarea populației cu privire la factorii de risc pentru cancerul pancreatic (<i>Tabela 1</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Îndemnarea și promovarea renunțării la fumat și a consumului excesiv de alcool.(A) • Promovarea adoptării unei regim alimentar echilibrat: o dietă bogată în legume, fructe, fibre și alimente cu conținut scăzut de grăsimi. Evitarea consumului excesiv de carne roșie și carne procesată. (A) • Identificarea și supravegherea pacienților din grupa de risc înalt pentru CP (<i>Caseta 2</i>). • Consiliere genetică și testare în cazul unui istoric familial de cancer pancreatic sau sindroame genetice asociate cu un risc crescut. (B) • Efectuarea consulturilor medicale periodice pentru evaluarea stării de sănătate și discuții cu medicul despre riscul personal și măsurile preventive (C)
1.2 Profilaxia secundară Screeningul grupului de risc înalt de risc	Diagnosticarea precoce a CP pentru a interveni cât mai rapid și a preveni progresia bolii	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificarea persoanelor din grupul de risc înalt pentru cancer pancreatic, supravegherea și monitorizarea clinicoparaclinică a acestor persoane (<i>Caseta 2</i>). • Screeningul CP la persoanele cu risc înalt. (<i>Caseta 3</i>)
1.3 Profilaxia terțiară	Profilaxia terțiară prevede identificarea măsurilor pentru prevenirea agravării	<p>Standard/Obligatoriu:</p> <p>Urmărirea pacientului identificat cu CP post-evaluare și</p>

	bolii și a instalării complicațiilor CP, precum și îmbunătățirea calității vieții pacientului cu CP, supuși terapiei chirurgicale sau non-chirurgicale.	tratament oncologic de către specialistul gastroenterolog și de medicul de familie pentru evaluarea stării clinico-paraclinice în dinamică și corecția tratamentului la necesitate.
2. Diagnosticul C.2.3.2.	Diagnosticul se suspectează în prezența simptomaticii clinice la persoanele cu anamnezic agravat, sau în prezența factorilor de risc, sau la pacienții din grupul de risc înalt și este confirmat în baza evaluării de laborator și investigațiilor instrumentale.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Datele clinice subiective și obiective (<i>Casetele 6,7</i>) • Investigații de laborator (<i>Caseta 8</i>) • Datele instrumentale: <ul style="list-style-type: none"> ➤ RMN sau/și CT organe interne cu contrastare – la indicația medicului specialist; Ultrasonografia endoscopică.
3. Necesitatea consultului specialistului gastroenterolog	Necesitatea consultării medicului specialist gastroenterolog este recomandată atunci când sunt identificate persoanele din grupul de risc înalt sau în prezența simptomelor asociate CP.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Simptome clinice și examen obiectiv (<i>Casetele 6,7</i>) • Anamneza A (<i>Caseta 1</i>) • Investigații de laborator (<i>Caseta 8</i>) • USG abdominal, CT organe interne cu contrastare i.v. (A) • Evaluare multidisciplinară: gastroenterolog, oncolog, chirurg, imagist (<i>Caseta 3</i>)
4. Tratamentul recomandat de către specialistul gastroenterolog	Tratamentul este direcționat spre ameliorarea funcției exocrine și endocrine la pacienții cu CP supuși terapiei chirurgicale (rezecție sau pancreatectomie totală) și managementul reacțiilor postchimioterapie.	Standard/Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Înstituirea terapiei de substituție a enzimelor pancreatice, prin utilizarea minimicrosferelor, cu doze adaptate în funcție de severitatea sindromului de malnutriție. • Tratamentul reacțiilor adverse (hepatotoxice și gastrointestinale) ale chimioterapiei.
5. Supraveghere	Supravegherea permite detectarea CP într-un stadiu mai timpuriu la grupul persoanelor cu risc foarte înalt. Ila.	Standard/Obligatoriu: Supravegherea persoanelor cu risc de a dezvolta cancer pancreatic. (<i>Caseta 5</i>)

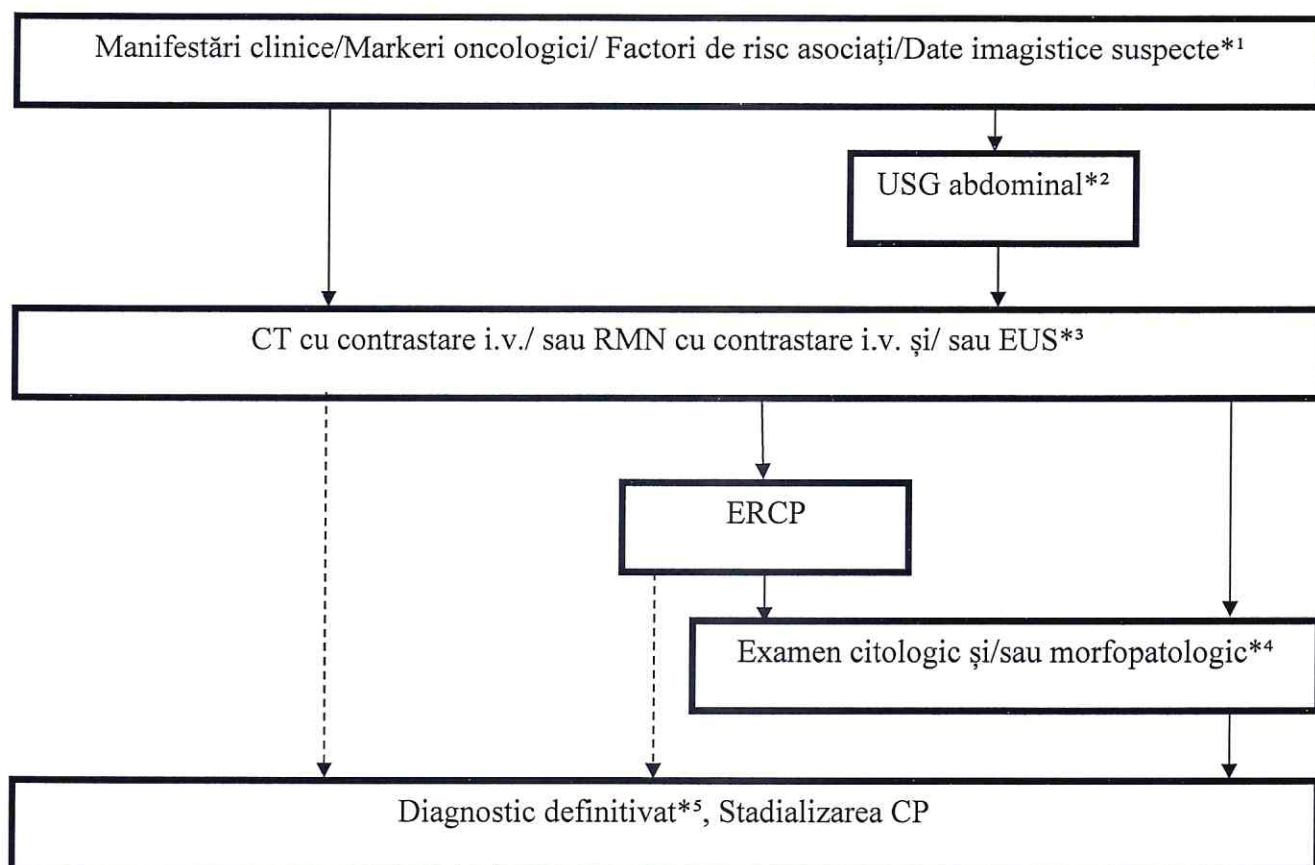
C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ

Cancerul pancreatic este adesea diagnosticat în stadii avansate, iar simptomele includ dureri abdominale, pierdere în greutate, prurit și icter. Diagnosticul implică istoricul medical, examinarea fizică și analize de laborator, iar ulterior se recurge la imagistică medicală. Metodele de imagistică, cum ar fi tomografia computerizată (CT scan), rezonanța magnetică (MRI), ecografia și tomografia cu emisie de pozitroni (PET scan), ajută la confirmarea diagnosticului de cancer pancreatic. Cu toate acestea, la momentul diagnosticării, șansele de vindecare sunt, de obicei, limitate din cauza stadiului avansat al bolii. Dacă studiile de imagistică detectează o masă în pancreas, diagnosticul de cancer pancreatic este probabil, dar nu definitiv. Doar o biopsie - prelevarea de țesut real din masa tumorală - poate diagnostica cancerul pancreatic. Biopsiile pot fi efectuate în mai multe moduri:

- Biopsie cu ac percutanat;
- Endoscopie retrogradă colangiopancreatografică (ERCP);
- Ecografie endoscopică;
- Laparoscopia de diagnostic sau evaluare.

Dacă cancerul pancreatic pare foarte probabil și tumoră pare a fi rezecabilă chirurgical, poate fi recomandat tratamentul chirurgical fără o biopsie preliminară.

C.1.1. Algoritm de diagnostic și tratament al Cancerului Pancreatic



Notă! Algoritm pentru diagnosticul cancerului pancreatic. ERCP: colangiopancreatografie retrogradă endoscopică; EUS: ultrasonografie endoscopică; RMN: imagistică prin rezonanță magnetică; MRCP: colangiopancreatografie prin rezonanță magnetică; US: ultrasonografie; *1Descoperiri în timpul controlului medical, examinări medicale complete, inclusiv ultrasonografie, screening și urmărire pentru alte boli. *2Rețineți că interpretările depind de competența tehnicianului prezent și există o limită în examinarea întregului pancreas. Dacă se efectuează alte imagistici diagnostice valoroase, acestea pot fi omise. *3Este de dorit ca EUS să fie efectuată la o instituție unde este disponibil un nivel ridicat de competență pentru EUS. *4Diagnosticul trebuie stabilit, pe cât posibil, prin histopatologie. *5CT dinamic, RMN dinamic, EUS, PET și/sau examinarea laparoscopică ar trebui efectuate după nevoie.

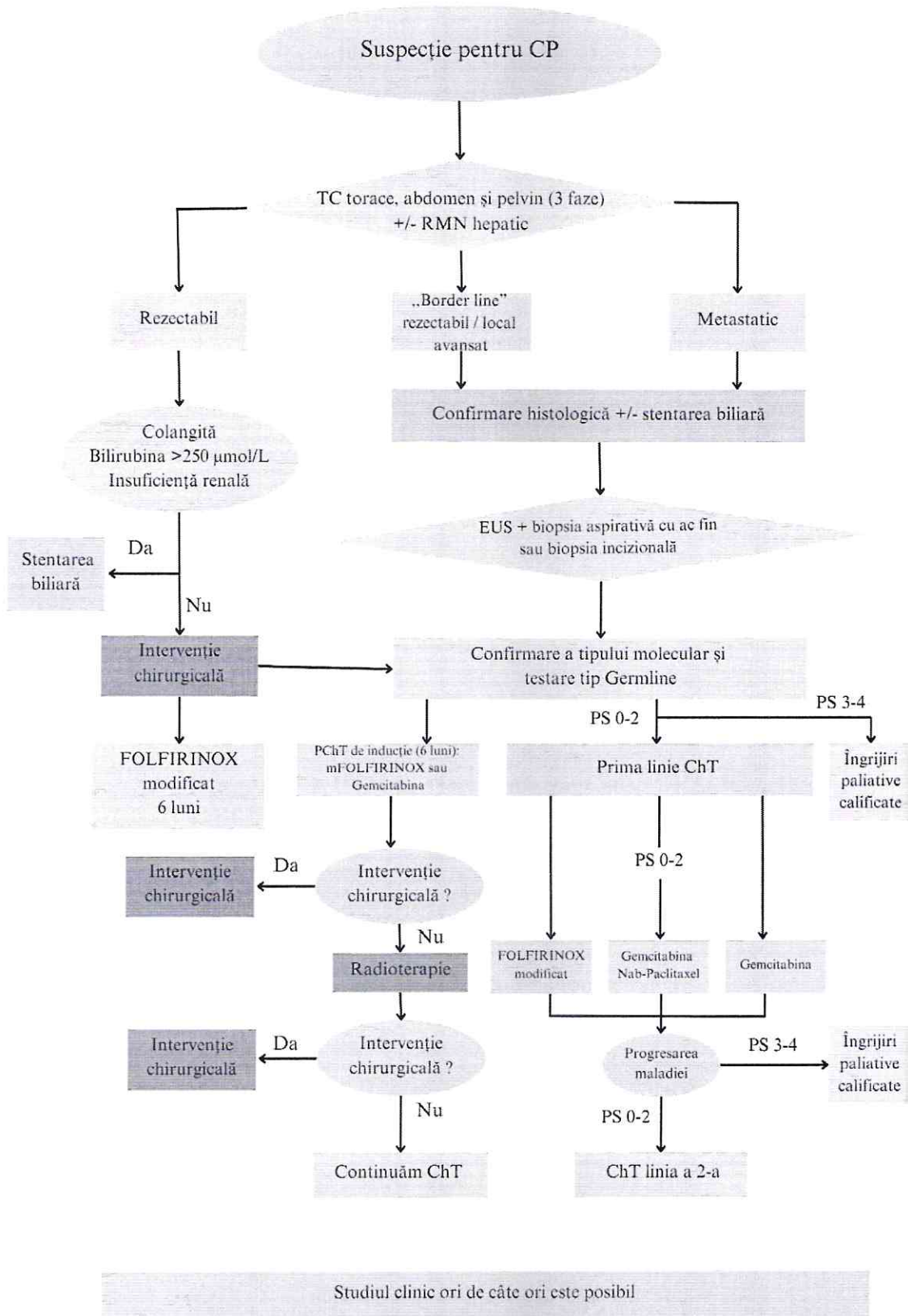


Fig.1 Algoritm de conduită al pacientului cu CP

C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDEELOR

C.2.1. Profilaxia

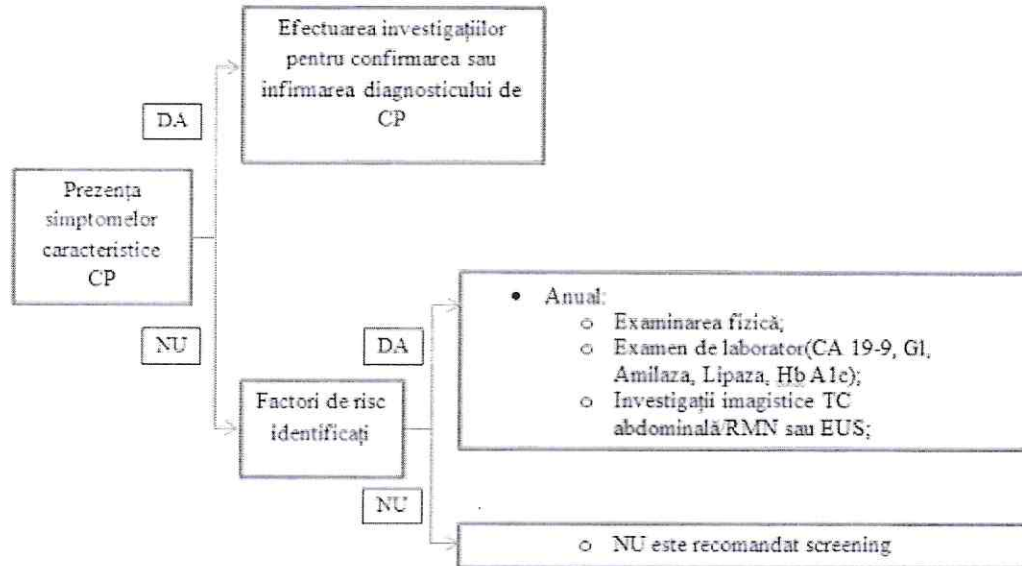
C.2.1.1. Factorii de risc

Tabel 1. Factorii de risc

Factorii de risc	Riscul asociat al CP	Tipul dovezii
<i>Fumat</i>	Risc de ~1,7 ori mai mare decât la non-fumători	Ia
<i>Obezitate</i>	Risc de ~ 1,6 ori mai mare la persoanele cu obezitate comparativ cu cele normoponderale	Ia
<i>Alcool</i>	Risc de 1,6 ori mai mare la cei care consumă >6 doze (1 doză~14.8ml etanol) pe zi, comparativ cu cei care consumă >1 doză pe zi	Ia
<i>DZ nou-diagnosticat</i>	<0.3–0.8% dintre pacienții cu DZ nou-diagnosticat dezvoltă PDAC în decursul a 3 ani de la diagnosticul stabilit	IIa
<i>DZ persistent</i>	Risc de CP de 1,5-2 ori mai mare pentru persoanele bolnave de DZ cu o durată de peste 3 ani	Ia
<i>Istoric familial de CP</i>	Risc crescut de 2 ori la persoanele cu un singur membru al familiei cu CP comparativ cu populația generală; Risc crescut de 7 ori la persoanele cu mai mulți membri ai familiei cu CP comparativ cu populația generală	Ia
<i>Pancreatita</i>	Persoanele cu pancreatită cronică de lungă durată prezintă un risc de la 2 până la 3 ori mai mare de CP	III
<i>Statut alergic agravat</i>	Risc cu 25% mai mic de a dezvolta CP	III

Factori de risc incriminați în dezvoltarea CP (Klein 2021)

C.2.1.2. Profilaxia



NB! Simptomele caracteristice CP sunt:

- Pierdere ponderală involuntară;
- Icter cu sau fără prurit cutanat
- Dureri abdominale în epigastru sau în cingătoare
- Greață/Vome.

C.2.2. Conduita pacientului

Caseta 2. Persoanele din grupul cu risc înalt:

- Pancreatita ereditară
- Diabet zaharat de novo
- Sindromul Peutz-Jeghers
- Prezența la 1 sau mai multe rude de gradul I a CP și Sindrom Lynch
- Pacienții cu mutația genei CDKN2A, BRCA1, BRCA2, PALB2 și ATM
- CP familial (prezența CP la 1 sau mai multe rude de gradul I)
- Pancreatita cronică persistentă cu durată > 2 ani; prezența chisturilor pancreatice, duct pancreatic dilatat sau stenoza

Caseta 3. Screeningul CP la persoanele cu risc înalt

- Screeningul CP la persoanele cu risc înalt trebuie să înceapă la vârsta de 50 de ani sau cu 10 ani mai devreme decât vârsta inițială de debut a CP familial.
- Screeningul trebuie inițiat la vârsta de 40 de ani la purtătorii de mutații CDKN2A și PRSS1 cu pancreatită ereditară și la vârsta de 35 de ani în cazul sindromului Peutz-Jeghers.
- Testarea genetică și consilierea trebuie luate în considerare pentru rudele familiale cu cancer de pancreas care sunt eligibile pentru supraveghere. O mutație pozitivă a liniei germinale este asociată cu un risc crescut de progresie neoplazică și poate duce, de asemenea, la screening pentru alte tipuri de cancer asociate relevante.
- RMN și Ultrasonografia endoscopică (USE) trebuie utilizate în combinație ca modalități de screening preferabile la persoanele supuse screeningului pentru CP.
- Intervalele de screening de 12 luni trebuie luate în considerare atunci când nu există leziuni ale pancreasului, cu intervale scurte de 6-12 luni îndreptată către leziuni determinate a fi cu risc scăzut (evaluate de către o echipă multidisciplinară).
- Evaluarea USE trebuie efectuată în termen de 3-6 luni pentru leziunile nedeterminate și în termen de 3 luni pentru leziunile cu risc ridicat, dacă nu este planificată rezecția chirurgicală.
- -Diabetul zaharat de novo la o persoană cu risc ridicat ar trebui să conducă la studii suplimentare de diagnostic sau la modificarea intervalului de supraveghere.
- Medicii ar trebui să ia în considerare întreruperea screeningului pentru CP la persoanele cu risc ridicat atunci când acestea sunt mai susceptibile de a muri din cauze care nu sunt legate de CP din cauza comorbidității și/sau nu sunt candidați pentru rezecția pancreasului.

Caseta 4. Supravegherii persoanelor cu risc de a dezvolta cancer pancreatic:

- Persoanele cu istoric familial de cancer pancreatic
- Persoanele cu sindroame genetice ereditare asociate cu un risc crescut de cancer pancreatic
- Istoricul personal de leziuni pancreatice precanceroase
- Persoanele cu diabet zaharat de tip 2 nou instalat.
- Istoricul personal de alte afecțiuni legate de pancreas

- Persoanele cu boli genetice sau ereditare asociate cu risc crescut de cancer (sindromul Lynch sau polipoza adenomatoasă familială).

Persoanele cu expunere la factori de risc profesionali B.

C.2.2.1. Manifestări clinice

Caseta 5. Principalele manifestări clinice:

1. Disconfort sau dureri abdominale: Este un simptom inițial comun. Majoritatea pacienților cu cancer pancreatic prezintă doar disconfort epigastric sau dureri surde, dureri difuze și flatulență, care sunt adesea confundate cu simptomele bolilor gastrointestinale și hepatobiliare. Dacă există o obstrucție al ductului Wirsung, durerile sau disconfortul pot fi agravate postprandial. Durerea abdominală severă persistentă poate apărea în stadiul intermediar și tardiv al bolii când invadează plexul celiac.
2. Pierdere în greutate și oboseală: În stadiul inițial al bolii, 80% - 90% dintre pacienții cu cancer pancreatic pot avea o slăbiciune generală, oboseală și pierdere în greutate, asociate cu lipsa poftei de mâncare, anxietate și slăbire indusă de tumoră.
3. Simptome alimentare: Când tumora obstrucționează CBP și Wirsung-ul, bila și lichidul pancreatic nu ajung în duoden, iar pacienții prezintă adesea dispepsie. Compromiterea funcției exocrine pancreatice se poate manifesta prin diaree. Când cancerul pancreatic avansat invadează duodenul, poate duce la obstrucție sau sângerare gastrointestinală.
4. Icter: Este principala manifestare clinică a cancerului de cap pancreatic și este legată de obstrucția CBP. Poate fi însoțită de prurit, urină de culoare închisă și scaune alcoolice.
5. Alte simptome: Cum ar fi febra persistentă sau intermitentă și dereglări ale glicemiei serice, dar, în general, fără infecții ale căilor biliare.

Notă! În funcție de localizarea, dimensiunea și statutul loco-regional al tumorii, manifestările clinice ale cancerului pancreatic includ disconfortul/durerile abdominale, greață, distensie abdominală, icter, debut recent al diabetului zaharat, scădere în greutate și modificări ale scaunelor, precum și, ocazional, pancreatită acută. Simptomele menționate mai sus nu sunt specifice, iar unii pacienți nu prezintă simptome clinice. Cancerul pancreatic este descoperit ocazional în timpul examinărilor clinice și paraclinice efectuate cu alt scop. Factorii de risc pentru cancerul pancreatic includ obezitatea, diabetul zaharat tip 2 și fumatul. Mai mult, între 5% și 10% dintre pacienții cu cancer pancreatic au factori de susceptibilitate genetică (Sdr. Peutz-Jeghers, Sdr. de Pancreatită familială, Sdr. Cancer Melanom-Pancreatic, Sdr. Lynch, Sindromul ereditar de cancer de sân și cancer ovarian).

Caseta 6. Examenul fizic

1. Pierdere ponderală: Majoritatea pacienților pot experimenta cașexie în stadiile avansate ale bolii.
2. Icter: Apare frecvent în cazul cancerului de cap pancreatic și este adesea cauzat de obstrucția căilor biliare.
3. Hepatomegalie: Ca urmare a colestazei sau a metastazelor hepatice, ficatul poate fi mărit în volum, fiind în majoritatea cazurilor nedureros, cu suprafața netedă sau nodulară.
4. Vezica biliară mărită: La unii pacienți se poate palpa o vezică biliară mărită (Semnul Courvoisier-Terrier), fără durere, de consistență chistică, netedă și mobilă și reprezintă o caracteristică a carcinomului periampular.
5. Masă abdominală palpabilă: în stadiu avansat de boală, se poate identifica o masă abdominală, de obicei situată în etajul superioară al abdomenului, profundă, nodulară, dură și imobilă.
6. Alte semne: Cum ar fi mărirea ganglionilor limfatici supraclaviculară, ascita, ganglionii periumbilicali sau ganglionii din fundul de sac Douglas la pacienții cu cancer pancreatic în stadii avansate.

C.2.2.2. Diagnosticul**Caseta 7. Investigații de laborator**

- Analiza generală și biochimică a sângelui (ALT, AST, glutamiltranspeptidază, bilirubina totală, directă și indirectă, proteinele totale serice, fosfataza alcalină, timp de protrombina Quick, A
- Evaluarea titrului markerilor tumoralii: CA 19-9, CEA, B.

Caseta 8. Supravegherea în dinamică după tratamentul primar

- Intervalul optimal al vizitelor pacienților după finisarea tratamentului primar: primii doi ani – fiecare 12-16 săptămâni, ulterior – fiecare 6 luni. La fiecare vizită vor fi efectuate următoarele investigații: analiza generală a sângelui, analiza biochimică a sângelui, determinarea markerului CA19-9 (dacă a fost mărit până la inițierea tratamentului), ultrasonografia cavității abdominale, spațiului retroperitoneal și bazinului mic, TC/RMN cu contrastare, radiografia organelor cutiei toracice.
- Nu există date convingătoare referitor la faptul, că supravegherea activă a pacienților și depistarea precoce a recurenței procesului tumoral ameliorează concludent supraviețuirea generală (II, B).

C.2.2.3. Supravegherea

Tabel 2. Monitorizarea dinamică a pacienților cu cancer pancreatic

Recomandare	Recomandări, A	Recomandări, B	Recomandări, C
<p>Pacienți cu suspiciune de cancer pancreatic (dificil de diferențiat de pancreatită cronică și chisturi pancreatice, etc.)</p>	<p>1. Frecvență: la fiecare 2 sau 3 luni până la obținerea unui diagnostic clar. 2. Conținut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • examinare fizică • Examen biochimic al sângelui (inclusiv CA19-9, CEA și CA125, etc.) • CT cu contrastare i.v. sau RMN torace și abdomen. 	<p>1. Frecvență:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mai frecvent decât recomandările de Grad I <p>2. Conținut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CT cu contrastare i.v./RMN torace și abdomen. 	<p>1. Conținut: PET/CT</p>
<p>Vizitele de monitorizare pentru pacienții cu cancer pancreatic după intervenție chirurgicală.</p>	<p>1. Frecvență:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O dată la fiecare 3 luni în primul an după intervenția chirurgicală • O dată la fiecare 3-6 luni în anii 2-3 după intervenția chirurgicală • O dată la fiecare 6 luni în anii 3-5 după intervenția chirurgicală <p>2. Conținut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinare fizică • Hemogramă, biochimie sanguină și teste de coagulare • Markerii tumorali, inclusiv CA19-9, CEA, CA125, etc. • TC sau RMN cu contrastat i.v. torace și abdomen • PET/CT al scheletului (la fiecare 6 luni) • RMN cu contrastare i.v. cerebral (atunci când pacienții prezintă simptome neurologice relevante). 	<p>1. Frecvență:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mai frecvent decât recomandările de Gradul I <p>2. Conținut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Markerii tumorali anterior crescuți • Radiografie toracică • Ecografie abdominală și pelviană. 	<p>1. Conținut: PET/CT</p>
<p>Vizitele de monitorizare pentru pacienții cu cancer pancreatic avansat</p>	<p>1. Frecvență:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O dată la fiecare 2-3 luni <p>2. Conținut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examinare fizică • Analize de sânge complete, biochimie sanguină și teste de coagulare • Markerii tumorali în sânge, inclusiv CA19-9, CEA, CA125, etc. • TC sau RMN cu contrastare i.v. torace și abdomen • PET/CT al scheletului (la fiecare 6 luni) • RMN cu contrast cerebral (când pacienții prezintă simptome relevante). 	<p>1. Frecvență:</p> <ul style="list-style-type: none"> • mai frecvent decât recomandările de Gradul I <p>2. Conținut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Markerii tumorali crescuți • Radiografie toracică • Ecografie abdominală și pelviană. 	<p>1. Conținut: PET/CT</p>

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PROCEDURILOR PROTOCOLULUI

D.1. Prestatori de servicii medicale la nivel de AMP	Personal:
	Medicamente:

- medic de familie
 - asistent medical/asistentă medicală de familie
 - medic în laborator
- Sol. Clemastinum 1 mg/ml – 2 ml; Sol. Drotaverinum 2%-2ml; Sol. Dexamethasonum 4mg-2 ml
 - Medicamente de urgență conform Normelor minime de dotare a trusei medicului de familie (Secțiunea 16, Anexă nr.1 „Norme de reglementare a Asistenței Medicale Primare din Republica Moldova” la Ordinul Ministerului Sănătății nr.695 din 13.10.2010.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Măsurile de realizare a scopului	Metode de calculare ale indicatorului
1.	A constitui grupe de risc înalt în apariția cancerului pancreatic prin elaborarea criteriilor definitive ale acestui risc	Instruirea medicilor de familie	Controlul asistenței dispensarizării bolnavilor din grupul de risc.
2.	A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii cu suspiciune de cancer pancreatic la nivelul medicinei primare și specializate	Implementarea de algoritmului diagnostic.	Controlul respectării volumului necesar de explorări paraclinice la nivelul CMC și medicinei specializate. Indicator: reducerea erorilor de diagnostic.
3.	A elabora algoritmul de diagnostic la bolnavii de cancer pancreatic la nivelul policlinicii IO.	Implementarea de algoritmului diagnostic în policlinica IO.	Stabilirea diagnosticului la nivelul policlinicii IO.
4.	A spori numărul bolnavilor depistați în stadii mai precoce, ceea ce va ameliora rezultatele tratamentului chirurgical radical. Ameliorarea rezultatelor imediate și la distanță a bolnavilor supuși tratamentului chirurgical radical. A ameliora rezultatele tratamentului chirurgical paliativ și chimioterapic.	Standardizarea metodelor de tratament în dependență de stadiul și localizarea regional anatomică a cancerului pancreatic.	Indicii: a) micșorarea complicațiilor intra- și postoperatorii. b) Sporirea indicelui supraviețuirii.

F. ASPECTE MEDICO- ORGANIZATORICE

Cerințele privind necesitatea intervențiilor diagnostico-curativă a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigațiile respective.

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
Consultația oncolog	IMSP SR Ungheni	0236 2-85-72
Investigații de laborator	IMSP CS Ungheni	Cab 3019,320,321

Procedura de pregătire diagnostico-curativă a pacientului:

1. Necesitatea efectuării investigațiilor vor fi argumentate în cartela medicală (formular 025e).
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (formular 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea investigației respective. Îndreptarea se completează de către medicul de familie.

Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimeterea pacientului.

1. Pentru efectuarea investigațiilor, consultației la medicul specialist în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul de familie, îndreptare, care va include obligatoriu diagnosticul clinic complet, rezultatele investigațiilor realizate la nivel de AMP și argumentarea necesității procedurii, consultației medicului specialist (formular 027e). Pacientul va prezenta formular 027e în instituția medicală vizată.

Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusive întoarcerea în instituție la locul de observare.

1. Programarea pacienților pentru investigații și consultații suplimentare, se efectuează în baza contractelor încheiate cu centrele de profil. Pacienții vor fi direcționați la persoana responsabilă, care asigură programarea acestora, prin contactarea telefonică a registraturii instituției medicale solicitate sau SIRSM. Biletul de trimitere formular 027e va fi înregistrat în registrul de evidență.
2. La întoarcerea în instituție, la locul de observare, pacientul va prezenta medicului de familie rezultatele investigațiilor efectuate și concluzia medicală în formularul 027e.

Cerințele față de organizarea circulației (trimiterii) pacientului.

1. Pacientul este obligat să respecte rîndul de programare, cu excepția cazurilor de urgențe medicale.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul investigațiilor.

1. Medicul de familie va explica pacientului necesitatea și scopul realizării investigației, consultației, tehnica de pregătire, precum și modalitatea efectuării acestora.

Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere, pentru evidența ulterioară.

1. Pacientul este informat despre necesitatea prezentării obligatorii la medicul de familie cu rezultatele investigației, pentru conduita în dinamică

**Anexa nr 1 Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile pentru
Protocol clinic național „CANCERUL PANCREATIC”**

	Domeniul Prompt	Definiții, Note
1	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, Prenume, telefon de contact
3	Numărul fișei medicale	
4	Data de naștere a pacientului	DD – LL – AAAA sau Necunoscută =9
5	Mediul de reședință	0 – urban, 1 – rural, 9 – nu se știe
6	Sexul	Masculin – 1, feminin - 2
7	Numele medicului curant	
INTERNAREA		
8	Instituția medicală unde a fost solicitat ajutorul medical primar	AMP - 1; AMU - 2; secția consultativă - 3; instituție medicală privată - 4; staționar - 6; secția internare - 7; alte instituții - 8; necunoscut - 9
9	Numărul internărilor	primară - 3; secundară - 4; mai mult de două ori - 6 ;
10	Data și ora internării în spital	data (ZZ: LL: AAAA); ora (00:00); necunoscut - 9
11	Durata internării în spital (zile)	număr de zile; necunoscut -9
12	Transferul în alte secții	nu -0; da -1; nu a fost necesar -5; necunoscut - 9 terapie intensivă - 2; alte secții - 3
13	Respectarea criteriilor de internare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
DIAGNOSTICUL		
14	Stadiul tumorii pacientului la internare	St.0 - 2; St.I - 3; St.II - 4; St. - III; St. IV - 6; necunoscut - 9
15	Efectuarea metodelor de verificare morfologică a tumorii	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9;
16	Efectuarea metodelor pentru determinarea extinderii tumorii	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9;
17	Efectuarea metodelor de determinare a particularităților organismului	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9;
18	Consultațiile de alți specialiști	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9;
19	Investigații indicate de către alți specialiști	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
ISTORICUL MEDICAL AL PACIENȚILOR		
20	Modul prin care s-a stabilit diagnoza	adresare directă - 2; screening - 3; centrul consultativ-4; oncologul raional - 4; necunoscut - 9
21	Efectuarea profilaxie primare și secundare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
22	Etapa stabilirii diagnosticului	precoce - 2; tardiv - 3; necunoscut - 9
23	Face parte pacientul (a) din grupul de risc	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
24	Managementul stărilor de urgență	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
25	Maladii concomitente înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
TRATAMENTUL		
26	Unde a fost inițiat tratamentul	AMP - 2; secția consultativă - 3; staționar - 4; instituție medicală privată - 6; alte instituții - 7; necunoscut - 9
27	Tratamentul etiopatogenetic	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 chirurgical - 2; chimioterapie - 3; radioterapie - 4
28	Tratamentul simptomatic	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
29	Complicații înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
30	Efecte adverse înregistrate	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
31	Respectarea criteriilor de monitorizare clinică	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
32	Rezultatele tratamentului	vindecare - 2; stabilizare - 3; progresare - 4; complicații - 6; necunoscut - 9
33	Efectuarea măsurilor de reabilitare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9
34	Respectarea criteriilor de externare	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9; recomandări - 2; consilierea pacientei/lui - 3; consilierea rudelor - 4
35	Supravegherea pacientei/lui	nu - 0; da - 1; necunoscut - 9 medicul AMP - 2; oncologul raional - 3; institutul oncologic - 4
36	Data externării/transferului sau decesului	data externării/transferului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut - 9
		data decesului (ZZ: LL: AAAA); necunoscut - 9

Anexa nr.2 Ghidul pacientului cu Cancer pancreatic (CP)

Introducere

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul persoanelor cu CP în cadrul Serviciului de Sănătate din Republica Moldova și este destinat pacienților cu CP, familiilor acestora și celor care doresc să afle mai multe informații despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de îngrijire și de tratament disponibile în Serviciul de Sănătate. Ghidul nu oferă prezentarea maladiei în detaliu sau analizele și tratamentele necesare. Aceste aspecte le puteți discuta cu medicul de familie sau cu oncologul de referință.

Indicațiile din ghidul pentru pacient cuprind:

- modul în care medicul trebuie să stabilească dacă o persoană are CP;
- modul în care pacientul poate evita, suspecta CP sau poate favoriza stabilirea precoce a diagnosticului de CP;
- factorii de risc pentru dezvoltarea CP, manifestările clinice ale maladiei;
- variantele de tratament modern în CP;
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu CP.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în volum deplin. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu medicul care vă tratează. În acest scop, medicul trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Tot personalul medical trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este CP și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Cancerul Pancreatic

CP este definit ca o aglomerare de celule cu morfologie anormală, care apar la nivelul ficatului și cresc rapid cu formarea diferitor mase, numite tumori. În Republica Moldova cancerul pancreatic nu ocupă loc important, însă în ultimii 10-15 ani incidența a crescut semnificativ 3,8—4,0%. Factorii predisponibili care pot fi considerați că ar putea influența apariția cancerului se consideră: obezitatea, pancreatita cronică recidivantă, etilismul, factori genetici.

NB: Pentru prevenirea CP urmați recomandările:

Prevenirea cancerului de pancreas implică adoptarea unor obiceiuri sănătoase și măsuri care pot ajuta la reducerea riscului dezvoltării acestei afecțiuni. Deși nu există nicio modalitate garantată de a preveni complet cancerul pancreatic, următoarele recomandări pot contribui la reducerea riscului:

1. Renunțați la fumat: Fumatul este unul dintre principalii factori de risc pentru cancerul pancreatic. Dacă fumați, încercați să renunțați la fumat și evitați expunerea la fumul de tutun.
2. Limitați consumul de alcool: Consumul excesiv de alcool poate crește riscul de cancer pancreatic. Limitați consumul de alcool sau, ideal, renunțați complet.
3. Adoptați o dietă sănătoasă: Consumați o dietă echilibrată, bogată în legume, fructe, fibre și alimente cu conținut scăzut de grăsimi. Reduceți consumul de carne procesată și carne roșie.
4. Mențineți o greutate sănătoasă: Supraponderalitatea și obezitatea pot crește riscul de cancer pancreatic. Mențineți o greutate corporală sănătoasă prin alimentație sănătoasă și exerciții fizice regulate.
5. Fiți activ fizic: Efectuați exerciții fizice regulate. Aproape fiecare nivel de activitate fizică poate aduce beneficii pentru sănătate și poate reduce riscul de cancer pancreatic.
6. Controlul diabetului: Mențineți nivelurile de zahăr din sânge sub control dacă aveți diabet. Diabetul zaharat necontrolat poate crește riscul de cancer pancreatic.
7. Evitați expunerea la substanțe toxice și chimicale: Reduceți sau evitați expunerea la substanțe chimice toxice sau la factori de risc profesionali care pot fi asociate cu dezvoltarea cancerului pancreatic.
8. Consulturi medicale regulate: Efectuați consulturi medicale regulate pentru a monitoriza starea generală de sănătate și pentru a discuta despre riscuri și măsuri de prevenire.
9. Istoric familial și teste genetice: Dacă aveți un istoric familial de cancer pancreatic sau sindroame genetice asociate cu un risc crescut, discutați cu medicul despre posibilitatea de a efectua teste genetice sau screening specializat.

10. Vaccinarea împotriva hepatitei B: Infecția cu virusul hepatitei B a fost asociată cu un risc crescut de cancer pancreatic. Vaccinarea împotriva hepatitei B poate ajuta la reducerea acestui risc.

Factori de risc

Factori de risc se consideră procesele patologice ale pancreasului care pot servi teren favorabil în apariția cancerului pancreatic sau pot predispuce pancreasul în apariția cancerului.

1. Fumatul: Fumatul este unul dintre cei mai importanți factori de risc pentru cancerul pancreatic. Persoanele care fumează au un risc semnificativ mai mare de a dezvolta această formă de cancer.
2. Istoricul familial și genetica: O istorie familială de cancer pancreatic poate crește riscul unei persoane. Anumite sindroame genetice, cum ar fi sindromul familial de melanom atipic sau sindromul BRCA2, sunt asociate cu un risc crescut.
3. Vârsta înaintată: Riscul de cancer pancreatic crește odată cu înaintarea în vârstă. Majoritatea cazurilor sunt diagnosticate la persoanele de peste 65 de ani.
4. Diabetul zaharat de tip 2: Persoanele cu diabet zaharat de tip 2 au un risc mai mare de a dezvolta cancer pancreatic. Această relație poate fi influențată de factori comuni, cum ar fi obezitatea.
5. Obiceiurile alimentare: O dietă bogată în carne roșie și carne procesată, precum și consumul ridicat de grăsimi, poate crește riscul de cancer pancreatic. Consumul insuficient de fructe și legume poate, de asemenea, influența riscul.
6. Obezitatea: Supraponderalitatea și obezitatea sunt asociate cu un risc crescut de cancer pancreatic.
7. Expoziția la substanțe chimice și factori de risc profesionali: Anumite substanțe chimice și expunerea la factori de risc profesionali, cum ar fi expunerea la substanțe toxice în industrie, pot contribui la dezvoltarea cancerului pancreatic.
8. Istoricul de pancreatită cronică: Persoanele cu istoric de pancreatită cronică (inflamație cronică a pancreasului) pot avea un risc mai mare de cancer pancreatic.
9. Boli inflamatorii ale tractului gastrointestinal: Anumite afecțiuni inflamatorii cronice, cum ar fi boala inflamatorie intestinală, pot crește riscul de cancer pancreatic.
10. Expoziția la radiații: Expunerea la radiații în trecut poate crește riscul de cancer pancreatic.

Manifestări clinice

Timp îndelungat procesul evoluează asimptomatic, fără manifestări clinice. În stadiile incipiente primul simptom care sugerează suspiciunea de cancer este pruritul cutanat ulterior cu dezvoltarea unui icter sclero-tegumentar, observat cel mai frecvent de persoanele din jur (dacă procesul este localizat în regiunea cefalică). În cazul localizării în alte regiuni anatomice ale pancreasului apare simptomatologia specifică patologiilor aparatului digestiv: tulburări de apetit, sașietate precoce, disconfort epigastric, astenie fizică generală, scădere în pondere. Apariția devierilor sunt simptome tardive ale procesului.

În stadii avansate bolnavul prezintă sindrom algic pronunțat care nu cedează, uneori nici după administrarea opioidelor, în permanentă creștere a bilirubinei pe contul fracției directe. Treptat starea bolnavului se agravează, devine cașectic, apare simptomatologia insuficienței hepatice și renale (oligurie, anurie), comă și deces.

Când trebuie să vedeți un medic: trebuie să faceți o programare la medicul dumneavoastră dacă aveți oricare semn sau simptom care vă alarmează din cele enumerate mai sus.

Tratament

Intervenția chirurgicală este unica metodă de tratament chirurgical atât radical cât și paliativ.

Indicații către tratamentul chirurgical radical:

- Posibilitatea înlăturării procesului malign;
- Lipsa metastazelor la distanță;
- Operabilitatea funcțională a bolnavului.

Indicații către tratamentul chirurgical paliativ.

- Prezența icterului mecanic mai mult de o lună.

Aspectul și volumul pregătirii preoperatorii depinde de nivelul tulburărilor funcționale, în special de nivelul bilirubinei. În cazuri avansate operația poate fi efectuată în 2 etape: la prima se aplică o derivație externă a bilei cu diminuarea icterului în cazul operațiilor paliative, sau internă (biliodigestivă) în cazul planificării unei intervenții radicale.

Tratamentul postoperator depinde de caracterul și volumul intervenției chirurgicale, de starea generală a bolnavului, de patologiile asociate. Tratamentul perfuzional depinde de fiecare caz în parte în funcție de starea bolnavului și tulburările funcționale.

Supravegherea în perioada postoperatorie depinde de caracterul și volumul tratamentului aplicat (chirurgical radical, chirurgical paliativ, chimioterapic). Periodic bolnavii urmează serii de tratament chimioterapic după tratamentul chirurgical paliativ. După intervenții radicale bolnavii sunt supuși tratamentului chimioterapic la apariția simptomatologiei recidivei sau a metastazării manifestate prin simptomatologia icterului mecanic.