



PCI „Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II

Approbat

șef IMSP CS Ungheni

Belbas Oleg



**Instituția Medico-Sanitară Publică
CS Ungheni**

TUMORILE MALIGNE ALE OASELOR

**Protocol clinic instituțional
(ediția II)**

PCN - 183

Ungheni, 2024



INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ
CENTRUL DE SĂNĂTATE UNGHENI

ORDIN

Nr. 63

„12” 08 2024

*Despre îndeplinirea Ordinului MS al RM nr.535 din 18.06.24
cu privire la aprobarea Protocolului Clinic Național
”Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II
în cadrul IMSP CS Ungheni.*

Întru realizarea prevederilor Ordinului Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 535 din 18.06.2024 „Cu privire la aprobarea **Protocolului Clinic Național ”Tumorile maligne ale oaselor”, 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 **”Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II**.
2. De monitorizat implementarea, respectarea și eficiența utilizării Protocolului Clinic Național **”Tumorile maligne ale oaselor”, 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 **”Tumorile maligne ale oaselor”, 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 **”Tumorile maligne ale oaselor”, 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

18 iunie 2024

Nr. 535

Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale oaselor”, 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 „Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II, conform anexei.
2. Conducătorii prestatorilor de servicii medicale vor organiza implementarea și monitorizarea aplicării în practică a Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale oaselor”, 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 „Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II.
4. Conducătorul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va organiza ghidarea angajaților din subordine de Protocolul clinic național „Tumorile maligne ale oaselor”, 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 „Tumorile maligne ale oaselor”, 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 „Tumorile maligne ale oaselor”, 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 „Tumorile maligne ale oaselor”, 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 implementarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II, în activitatea didactică a catedrelor respective.
9. Se abrogă Ordinul Ministerului Sănătății nr.68 din 28.01.2013 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale oaselor”.
10. Controlul executării prezentului ordin se atribuie secretarilor de stat.

Ministru

Ala NEMERENCO

CUPRINS

SUMARUL RECOMANDĂRILOR	4
PREFAȚĂ.....	6
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ.....	6
A.1. Diagnosticul	6
A.2. Codul bolii.....	6
A.3. Utilizatorii:	7
A.4. Obiectivele protocolului	7
A.5. Elaborat: 2013	7
A.6. Revizuit	7
A.7. Următoarea revizuire: 2029	7
A.8. Definițiile folosite în document	7
A.9. Generalități.....	8
A.10. Informația epidemiologică	9
B. PARTEA GENERALĂ	11
B.1. Nivel de asistență medicală primară	11
C. ALGORITMI DE CONDUITĂ	12
C.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu tumori maligne ale oaselor.....	12
C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor.....	13
C.2.1. Factorii de risc.....	13
C.2.2. Conduita pacientului cu tumori maligne oaselor.....	13
C.2.2.1. Anamneza	13
C.2.2.2. Manifestările clinice.....	13
C.2.2.3. Investigații paraclinice	15
C.2.2.4. Supravegherea.....	16
C.2.2.5. Dispensarizarea	17
C.2.3. Reabilitare.....	17
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI.....	17
Prestatori de servicii medicale la nivel de asistență medicală primară.....	17
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI.....	18
F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZATORICE	20
ANEXE	22
Anexa 1 Ghidul pentru pacientul cu Tumori maligne ale oaselor	22
Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii pentru Protocol clinic național „TUMORILE MALIGNNE ALE OASELOR”	24

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ALT	Alaninaminotransferaza
AMP	Asistență medicală primară
AMS	Asistență medicală specializată
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulator
AST	Aspartataminotransferaza
CT	Tomografie Computerizată (Computer Tomography)
DS	Doza Sumară
ECG	Electrocardiografie
i/m	Administrarea intramusculară
i/v	Administrarea intravenoasă
IMSP IO	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Oncologic
LDH	Lactatdehidrogenaza
MS RM	Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
Mt	Metastază
p/o	Administrarea per os
PCT	Tratament polichimioterapic
Perf.	perfuzie
PET-CT	Tomografie computerizată prin emisie de pozitroni
RMN	Rezonanța Magnetică Nucleară
RT	Tratament radioterapic
Sol.	Soluție
TA	Tensiunea Arterială
USG	Ultrasonografie
WHO (OMS)	World Health Organization (Organizația Mondială a Sănătății)

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

Diagnostic și patogenie/biologie moleculară

- Diagnosticul trebuie să se bazeze pe o biopsie percutană cu ac gros sau o biopsie deschisă a tumorii în dependență de localizarea tumorii (coloana vertebrală, oase diafizare lungi).
- Raportul histologic trebuie să includă informații despre tipul histologic, gradul de malignitate, diferențierea, activitatea mitotică, amploarea necrozei, clearance-ul marginilor chirurgicale.

Stadializarea și evaluarea riscurilor

Examenul fizic, cu o atenție specială, a zonei respective, ganglionilor limfatici regionali, metastazelor la distanță, este obligator. În stadiile avansate sunt recomandate examinări paraclinice (USG, Ro-grafii, TC, RMN, PET-CT) pentru a permite evaluarea adecvată a extinderii tumorii.

Managementul tumorii locale/loco-regionale

În primul rând, trebuie luată în considerare posibilitatea efectuării operațiilor organomenajante (*limb sparing surgery*). Mărimea focarului primar al tumorii, gradul de răspândire a componentei extraosoase nu pot fi utilizate ca criterii independente pentru a decide dacă se efectuează o operație de mutilare. Rezecții osoase în prezența unei identificare minime necesare de la marginea estimată a tumorii de cel puțin 3-5 cm (cu condiția ca tumoarea să nu se răspândească în canalul medular al părții rămase a osului).

Există următoarele tipuri de operații de reconstrucție cu endoproteză oncologică:

- Operații primare standard la adulți
- Operații primare standard la copii și adolescenți
- Endoprotezarea zonelor anatomice rare
- Artroplastie de revizie.

Dacă este imposibil să se efectueze operații de conservare a organelor, este necesar să se efectueze operații de mutilare într-un volum radical. Amputația sau dezarticularea unui membru se efectuează în următoarele cazuri:

- răspândirea primară-multiplă extinsă a tumorii;
- implicarea în procesul tumoral a fasciculusului neurovascular principal, care pune pericol sau dificultate majoră din punct de vedere tehnic a operațiilor de reconstrucție;
- progresia pe fondul chimioterapiei preoperatorii;
- refuzul pacientului de la operația organomenajantă;
- Indicații vitale pentru intervenția chirurgicală de urgență – dezintegrare tumorală, sângerare.

Dispensarizarea, implicații pe termen lung și supraviețuire

Dispensarizarea bolnavilor tratați:

- pe parcursul primului an după finisarea tratamentului – o dată în trei luni
- pe parcursul anului doi după finisarea tratamentului - o dată în 6 luni
- începând cu anul trei după finisarea tratamentului – o dată în an.

Investigații efectuate în dispensarizare:

- examenul fizic
- palparea tuturor grupelor de ganglioni limfatici periferici
- radiografia cutiei toracice o dată în an (în cazul tumorilor primar răspândite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni)
- USG organelor cavității abdominale (în cazul tumorilor primar răspândite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni).

NIVELUL DE DOVADĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI GRADUL DE RECOMANDARE

Trimiterile din text au fost evaluate în funcție de nivelul lor de dovadă științifică.

Puterea aplicată	Cerințe
Standard	Standardele sunt norme care trebuie să fie aplicate strict și trebuie urmate în cvasitotalitatea cazurilor, excepțiile fiind rare și greu de justificat.
Recomandare	Recomandările prezintă un grad scăzut de flexibilitate, nu au forța standardelor, iar atunci când nu sunt aplicate, acest lucru trebuie justificat rațional, logic și documentat.
Opțiuni	Opțiunile sunt neutre din punctul de vedere al alegerii unei conduite, indicând faptul, că sunt posibile mai multe tipuri de intervenții și că diferiți medici pot lua decizii diferite. Ele pot contribui la procesul de instruire și nu necesită justificare.

Nivel de recomandare		
Clasă de recomandare	Definiție	Terminologie
I	Condiții pentru care există dovezi și/sau acordul unanim asupra beneficiului și eficienței unei proceduri diagnostice	Este recomandat/indicat
II	Condiții pentru care dovezile sunt contradictorii sau există o divergență de opinie privind utilitatea/eficacitatea tratamentului	
IIa	Dovezile/opiniile pledează pentru eficiență sau beneficiu	Ar trebui luată în considerare
IIb	Beneficiul/eficiența sunt mai puțin concludente	Poate fi considerată
III	Condiții pentru care există dovezi și/ sau acordul unanim că tratamentul nu este util/ eficient, iar în unele cazuri poate fi chiar dăunător	

Nivele de evidență	
Nivel de evidență A	Date derivate din multiple trialuri clinice randomizate sau metaanalize
Nivel de evidență B	Date derivate dintr-un singur trial clinic randomizat sau mai multe studii mari nerandomizate
Nivel de evidență B	Consens al opiniilor experților și/sau studii mici, studii retrospective sau registre.

PREFAȚĂ

Protocolul clinic instituțional (PCI) a fost elaborat în baza: PCN-183, „Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II, și Ordinul nr. 429 din 21.11.2008 cu privire la modalitatea elaborării, aprobării și implementării 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 pe probleme clinice;
Andrieș Ana – farmacist diriginte;
Mămăligă Maria - medic de familie;
Ușurelu Octavian – medic de familie;
Chirinciuc Iulia - medic de familie;
Marcu Elena – pediatru;
Mămăliga Constantin –audit medical intern

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

Data elaborării protocolului: _____ *august* _____ (Aprobat prin Ordinul directorului 63 din 12.08.2024) în baza:

„Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr 535 din 18.06.2024, Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Tumorile maligne ale oaselor”, ediția II

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Tumorile maligne ale oaselor

Exemple de diagnostice clinice:

1. Sarcom osteogenic 1/3 distale a osului femural stâng
2. Chondrosarcom aripiei osului iliac drept
3. Histiocitom fibros malign 1/3 proximale osului tibial drept

A.2. Codul bolii (CIM 10): C 40, C 41

C 40.0 Omoplatul și oasele lungi ale membrelor superioare

C 40.1 Oasele scurte ale membrelor superioare

C 40.2 Oasele lungi ale membrelor inferioare

C 40.3 Oasele scurte ale membrelor inferioare

C 40.8 Leziuni depășind oasele și cartilagiile articulare ale membrelor

C 40.9 Oasele și cartilagiile articulare ale membrelor, nespecificate

C 41.0 Oasele craniene și ale feței

- Maxilar (superior)

- Osul orbital

Exclude: carcinomul, orice tip exceptând cel intraosos sau odontogen al: - sinusului maxilarului

(C31.0) - maxilarului superior (C03.0) - osul maxilarului (inferior) (C41.1)

C 41.01 Oasele cranio-faciale

Osul:

- etmoidal

- frontal
- occipital
- orbital
- parietal
- sfenoid
- temporal

C 41.02 Oasele maxilo-faciale

Osul:

- feței NOS
- malar
- nazal
- zigomatic

Maxilar (superior)

Cornete nazale

Osul maxilarului superior

Vomer

C 41.1 Mandibula

Osul maxilarului inferior

Exclude: carcinomul, orice tip exceptând cel intraosos sau odontogen al maxilarului:

- inferior (C03.1)
- NOS (C03.9)
- superior (C03.0)

Osul maxilarului superior (C41.02)

C41.2 Coloana vertebrală

Exclude: sacrum și coccis (C41.4)

C41.3 Coaste, stern și claviculă

C41.4 Oasele pelvisului, sacrum și coccis

C41.8 Leziune depășind oasele și cartilagiile articulare: Tumoră malignă a oaselor și cartilagiilor articulare al cărei punct de origine nu poate fi clasificat la nici una din categoriile C40-C41.4

C41.9 Oase și cartilagii, nespecificate

A.3. Utilizatorii:

- Prestatorii de servicii de AMP
- Prestatorii de serviciilor de AMSA
- Prestatorii de servicii de AMS
- IMSP Institutul Oncologic

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

A.4. Obiectivele protocolului

- Ameliorarea calității examinării clinice și celei paraclinice a pacienților cu scopul diagnosticul tumorilor maligne ale oaselor
- Sporirea ratei de apreciere a riscului de deces prin tumorile maligne ale oaselor
- A implementa screening-ul radiologic persoanelor de la 20 ani până la 64 ani
- A reduce divergențele în diagnosticul pre-și postoperatoriu în tumorile maligne ale oaselor.

A.5. Elaborat: 2013

A.6. Revizuit: 2024

A.7. Următoarea revizuire: 2029

A.8. Definițiile folosite în document

Osteosarcomul este o tumoră de origine mezenchimală caracterizată de producerea de osteoid sau țesut osos imatur de către celulele neoplazice.

Sarcomul Ewing este o tumoră osoasă primitivă înalt neoplazică derivată din măduva osoasă, compusă din celule mici rotunde cu rozete de origine neuroectodermală primitivă.

Factorul de risc este acel factor, acțiunea căruia crește șansa unei persoane de a se îmbolnăvi. Cumularea acțiunii mai multor factori de risc crește posibilitatea îmbolnăvirii de tumori maligne.

Screening este examinarea inițială, aplicată „în masă”, care constă în aplicarea unui ansamblu de procedee și tehnici de investigație a unei populații în scopul identificării prezumtive a unei boli, anomalii sau a unor factori de risc.

Diagnosticul este ansamblul de investigații clinice și paraclinice care au ca obiectiv definirea stării patologice a unui pacient. Diagnosticul poate fi stabilit numai de o persoană cu calificare medicală și competență recunoscută în domeniu.

Recomandabil nu poartă un caracter obligatoriu. Decizia va fi luată de medic pentru fiecare caz individual.

Prevenția primară, conform definiției Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) este „depistarea pacienților înainte de declanșarea bolii”. Scopul principal al prevenției primare îl reprezintă diminuarea frecvenței cancerelor prin identificarea și, eventual, suprimarea factorilor de risc. Aceștia sunt foarte diverși (incluzând: modul de viață, obiceiurile alimentare, factori de mediu, profesionali, hormono-genitali și genetici) cu pondere diferită de la un individ la altul și de la o localizare canceroasă la alta (a se vedea capitolul „Prevenția cancerului”).

Prevenția secundară presupune tratamentul unor leziuni precanceroase sau cancere în stadii precoce, fără expresie clinică, a căror eradicare poate suprima evoluția spre neoplazie invazivă și metastazantă, ceea ce corespunde depistării precoce. Prevenția secundară detectează boala după debutul patogenezei și include screening-ul (diagnosticul bolii în faza asimptomatică) și depistarea precoce (diagnosticul în faza simptomelor minime de boală) și supravegherea ca scopuri ale prevenirii dezvoltării bolii spre stadiile avansate, incurabile. Se apreciază că circa 1/3 din cancere ar fi vindecate dacă ar fi depistate precoce. Noțiunea de depistare precoce este diferită de aceea de diagnostic precoce sau screening, care semnifică descoperirea bolii asimptomatice, într-un stadiu inițial, asimptomatic. Prevenția terțiară este definită uzual ca prevenția recidivei loco-regionale și/sau a bolii metastatice după terapia inițială cu intenție curativă prin chirurgie și radioterapie ca și tratamentul cancerelor deja avansate (invazive), dar asimptomatice sau în faza absenței complicațiilor. Aceasta ar permite o diminuare a sechelelor post-terapeutice și o scădere a nivelelor de mortalitate. Particular, în oncologie, prevenția terțiară este definită uzual prin prevenția recidivei loco-regionale și/sau a bolii metastatice după tratamentul curativ primar prin chirurgie, radioterapie. Prevenția terțiară presupune terapiile adjuvante (chimio-; radio- și hormonoterapia), cu scopul prelungirii intervalului liber de boală și eventual, la prelungirea supraviețuirii. Unii autori includ și măsurile de reabilitare care pot conduce la ameliorarea calității vieții; în termenul de prevenție terțiară; experții OMS includ menținerea calității vieții pacienților ca obiectiv a prevenției suferinței (prin durere, boală și combaterea efectelor secundare datorate tratamentului și complicațiilor) concepute de unii ca „nivelul patru” a prevenției cancerului.

Tratament paliativ semnifică îngrijirea activă a pacienților cu o boală ce avansează în continuu și nu mai răspunde la tratamentul curativ, fiind vizate durerea și alte simptome, precum și asigurarea susținerii psihologice, sociale și spirituale. Scopul principal al tratamentului paliativ este obținerea celei mai bune calități posibile a vieții pacienților și a familiilor acestora (definiția îngrijirii paliative a OMS, 1990).

Reabilitarea presupune utilizarea tuturor mijloacelor de reducere a impactului condițiilor dizabilitante și handicapante și oferirea posibilității integrării sociale optime a persoanelor cu dizabilități.

Kinetoterapia reprezintă totalitatea măsurilor și mijloacelor necesare pentru prevenirea, tratamentul și recuperarea medicală, utilizând ca mijloc fundamental exercițiul fizic și mișcarea.

A.9. Generalități

Varietatea formelor nozologice și polimorfismul exprimat a tumorilor de origine mezenchimală, inclusiv și a tumorilor osoase, determină complexitatea diagnosticării acestor afecțiuni. În acest context, tumorile locomotorului, în special tumorile osoase, din punct de vedere diagnostic și curativ,

fac parte dintre cele mai dificile probleme ale oncologiei clinice. Caracterul complex al tumorilor locomotorului și diversitatea țesuturilor din care se pot dezvolta, condiționează interesul multidisciplinar al acestor afecțiuni, aflându-se la limita de tangență a mai multor discipline clinice (oncologie, ortopedie, neurochirurgie și radioterapie), fapt ce creează dispute majore în ceea ce ține de algoritmi de diagnostic și tratament.

A.10. Informația epidemiologică

Tumorile osoase primare sunt rare, reprezentând <0,2% din tumorile maligne înregistrate în baza de date EUROCARE. În Republica Moldova incidența este de 0,7%, ceea ce constituie 32 de bolnavi primari anual. Diferite tumori au modele distincte de incidență. În structura tumorilor maligne ale oaselor pe locul întâi se plasează sarcomul osteogenic 50-60%, pe locul doi se află sarcomul Ewing, după care urmează chondrosarcomul, fibrosarcomul și altele. La unii bolnavi tumorile maligne se dezvoltă în rezultatul malignizării tumorilor benigne și proceselor pseudotumorale. Osteosarcomul și sarcomul Ewing au o incidență relativ mare în a doua decadă de viață, în timp ce chondrosarcoamele sunt mai frecvente la grupele de vârstă mai înaintate. Localizarea mai frecventă se atestă la oasele tubulare lungi, în special zonele adiacente articulațiilor mari și oasele pelviene.

Osteosarcomul este o malignitate rară de origine mezenchimală, care se caracterizează prin producerea de osteoid din celulele neoplazice. Este cel mai frecvent sarcom osos, cu o incidență estimată în Europa de 0,3/100.000/an. Incidența osteosarcomului demonstrează o distribuție bimodală pe vârstă, cu un vârf inițial în adolescență (0,8–1,1/100.000/an în grupa de vârstă 15–19 ani), care coincide cu perioada de creștere pubertară; un al doilea vârf în deceniile a șaptea și a opta de viață reprezintă adesea o malignitate secundară sau este legat de boala Paget. Aproximativ două treimi din tumorile primare sunt localizate în jurul articulației genunchiului, cele mai frecvente localizări fiind femurul distal, tibia proximală și humerusul proximal. Factorii de risc pentru apariția osteosarcomului includ radioterapia (RxT) anterioară, boala Paget a osului și anomaliile genetice ale liniei germinale asociate cu sindromul Li-Fraumeni, sindromul Werner, sindromul Rothmund-Thomson, sindromul Bloom și retinoblastomul ereditar.

Sarcomul Ewing este un sarcom cu celule rotunde marcat de o fuziune genică a factorilor de transcripție, care implică un membru al familiei FET și un membru al familiei ETS. Sarcomul Ewing este a treia cea mai frecventă tumoare primară osoasă (incidență: ~0,1/100 000/an) și apare cel mai frecvent la copii și adolescenți, dar este observată și la adulți. Vârsta medie la diagnosticare este de 15 ani și prezintă o predominanță masculină. Cele mai frecvente locuri primare ale sarcomului Ewing sunt oasele extremităților (50%), urmate de pelvis, coaste și vertebre. Orice os poate fi potențial afectat, cu toate acestea, este posibilă și o origine a țesuturilor moi, mai ales la adulți (30% din cazuri). Sarcomul Ewing este în prezent privit ca fiind diferit de entitățile mai rare și identificate recent, cum ar fi sarcomul cu celule rotunde cu fuziuni EWSR1 non-ETS, sarcoame rearanjate CIC și sarcoame cu alterare BCOR. Dintre sarcoamele cu celule rotunde, sarcomul cu fuziuni EWSR1 non-ETS, EWSR1-NFATC2 este cea mai comună, are o puternică predominanță masculină, afectează o populație mai în vârstă și apare în principal în oase. Sarcoamele rearanjate cu CIC apar în cea mai mare parte din țesuturile moi și sunt rare în oase. Printre sarcoamele cu celule rotunde cu modificări BCOR, varianta BCOR-CCNB3 apare în principal în oase și afectează predominant pacienții pediatrici, în timp ce BCOR cu duplicare internă în tandem a fost descrisă în tumorile țesuturilor moi ale sugarului.

Chondrosarcomul convențional este cea mai frecventă tumoare primară osoasă la vârsta adultă (incidență: ~0,2/100 000/an), cu o vârstă medie la diagnostic între 30 și 60 de ani și fără predominanță de gen. Chondrosarcomul dediferențiat, chondrosarcomul mezenchimal și chondrosarcomul cu celule clare sunt subtipuri de chondrosarcom ultra-rar, cu o incidență <0,1/100 000/an. Chondrosarcomul mixoid extrascheletal, deși inițial considerat a fi un neoplasm cartilagininos, nu prezintă diferențiere cartilaginoasă și este clasificat ca o tumoare mezenchimală cu diferențiere incertă. Acest lucru este acoperit de Ghidul de practică clinică al Societății Europene de Oncologie Medicală-Rețeaua europeană de referință pentru cancerle solide rare la adulți-Rețeaua europeană de referință pentru sindroamele cu risc de tumori genetice (ESMO-EURACAN-GENTURIS) Ghidul de practică clinică privind sarcoamele țesuturilor moi.

Chordoamele convenționale sunt chiar mai rare decât alte tipuri de tumori primare osoase, cu o incidență de aproximativ 0,08/100 000/an și o vârstă medie la diagnostic de 60 de ani. Există o ușoară predominanță masculină. Chordoamele dediferențiate și slab diferențiate sunt subtipuri ultra-rare.

Tumoarea giganto-celulară a osului este o tumoare local-agresivă, care metastazează rar și reprezintă cca 5% din tumorile osoase primare, cu o incidență de ~1/1 000 000/an.

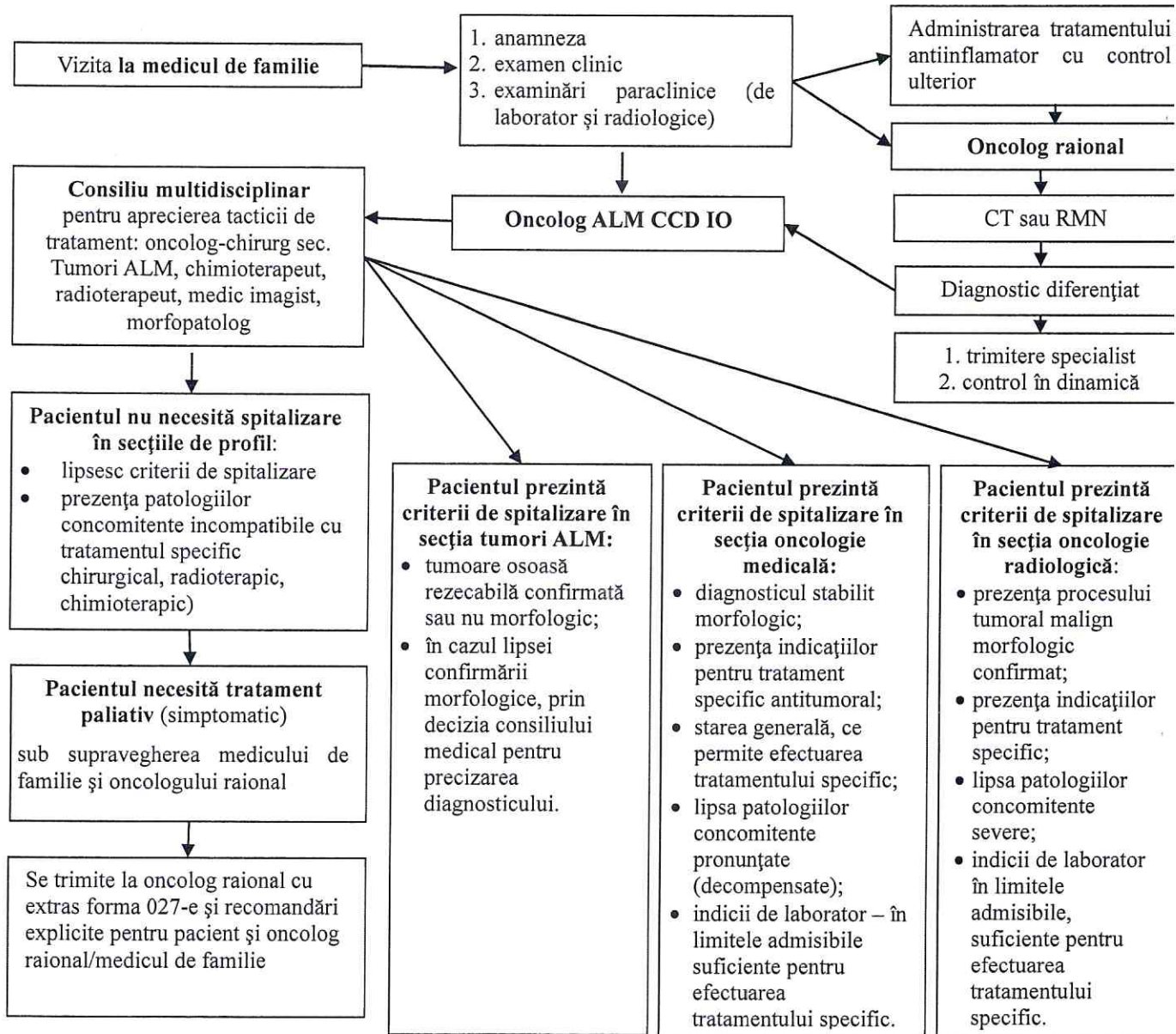
Sarcoamele osoase fusiforme/pleomorfe de grad înalt reprezintă un grup eterogen de tumori osoase maligne primare, care nu îndeplinesc criteriile histologice pentru un diagnostic de osteosarcom, chondrosarcom sau sarcom Ewing.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară (medici de familie, asistentele medicilor de familie)		
Descriere	Motive	Pași
<p>1. Profilaxia primară</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operații chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor [II, B] • Carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul și dioxina, pot fi implicate în patogeneză • Imunodeficiența congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influențează dezvoltarea sarcoamelor. 	<p>Standard/Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarea populației privind la respectarea modului sănătos de viață și despre factorii de risc (<i>Caseta I</i>) • Examinarea profilactică a populației de comun cu lucrătorii medicali din asistența medicală specializată de ambulator 	<p>Standard/Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informarea populației privind la respectarea modului sănătos de viață și despre factorii de risc (<i>Caseta I</i>) • Examinarea profilactică a populației de comun cu lucrătorii medicali din asistența medicală specializată de ambulator
<p>2. Profilaxia secundară</p> <p>Dispensarizarea populației cu scop de evidențiere și tratament al stărilor de fon și stărilor precanceroase – factorii de risc major [II,A].</p>	<p>În baza datelor subiective și obiective:</p> <ul style="list-style-type: none"> • prezența unei tumori • acuze la dureri, preponderent nocturne și de repaus rezistente la tratament antiinflamator și analgezice non-opioide • atrofii musculare • dereglări ale circulației periferice • fracturi patologice. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dispensarizarea pacienților cu tumori maligne ale oaselor și a persoanelor cu afecțiuni pretumorale și stări de risc, care se află la evidența medicului de familie. <p>Standard/Obligatori:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orice bolnav cu suspjecție la tumoră malignă a oaselor este necesar de referit la medicul oncolog/ortoped-traumatolog/chirurg pentru efectuarea investigațiilor prevăzute în prezentul protocol • Pacientul va fi obligatoriu referit cu rezultatele investigațiilor la IMSP Institutul Oncologic.
<p>3. Referire la specialist</p>		
<p>4. Supravegherea Algoritmul C.1.1.</p> <p>Scopul supravegherii este de a monitoriza tratamentul indicat de către specialistul oncolog-ortoped din cadrul Institutului Oncologic, precum și tratamentul maladiilor concomitente (hepatice, endocrine, neurologice, etc.).</p>		<p>Standard/Obligatori:</p> <p>Supravegherea se va face în comun cu oncolog/ortoped-traumatolog/chirurg conform recomandărilor specialistului IMSP Institutul Oncologic.</p>

C. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1. Algoritmul general de conduită a pacientului cu tumori maligne ale oaselor



C.2. Descrierea metodelor, tehnicilor și a procedurilor

C.2.1. Factorii de risc

Caseta 1. Factorii de risc

Factori de mediu: Traumatismele sau leziunile anterioare sunt rareori incriminate, dar sarcoamele se pot dezvolta la nivelul cicatricilor tisulare rezultate în urma unei operații chirurgicale, a arsurilor, a fracturilor. Carcinogenele chimice, cum ar fi hidrocarburile policiclice, azbestul și dioxina, pot fi implicate în patogeneză.

Factori imunologici: Imunodeficiența congenitală sau dobândită, inclusiv terapia imunosupresivă, se asociază sau influențează dezvoltarea sarcoamelor.

Factori genetici: Sindromul Li-Fraumeni este un sindrom neoplazic familial, în care indivizii afectați au anomalități ale liniei germinative ale genei supresoare tumorale p53 și au o incidență crescută a sarcoamelor țesuturilor moi și a altor neoplazii, inclusiv cancer de sân, osteosarcom, tumori cerebrale, leucemie și carcinom al corticosuprarenalei. **Sindromul Rothmund-Thomson** - această afecțiune determină statura mică, probleme scheletale și erupții cutanate și risc crescut pentru cancerul osos. Retinoblastomul ereditar - copiii cu această formă rară de cancer a ochiului au un risc mai mare de a dezvolta osteosarcom. **Exostoza multiplă** - copiii cu această afecțiune moștenită, care determină formarea de tumori cartilajinoase la nivelul oaselor, au un risc crescut pentru chondrosarcom.

Factorul de creștere asemănător insulinei (IGF) tipul 2 este produs de unele sarcoame și se presupune că acționează atât ca un factor de creștere autocrin, cât și ca un factor de motilitate care promovează metastazarea. Anticorpilor împotriva receptorilor IGF-1 blochează stimularea creșterii *in vitro* de către IGF-2, dar nu afectează motilitatea indusă de IGF-2. Dacă este secretat în cantități mari, IGF-2 poate produce hipoglicemie.

C.2.2. Conduita pacientului cu tumori maligne oaselor

C.2.2.1. Anamneza

Caseta 2. Recomandări pentru culegerea anamnesticalui.

- Debutul bolii
- Acuză dureri, preponderent nocturne și de repaos rezistente la tratamentul antiinflamator și cu analgezice non-opioide
- Tumefacții
- Fracturi spontane
- Edeme ale membrelor, elefantiazis
- Evidențierea factorilor de risc (expuneri profesionale și de mediu, traumatisme)
- Evidențierea factorului ereditar
- Administrarea tratamentului anterior

C.2.2.2. Manifestările clinice

Caseta 3. Regulile examenului fizic

1. Inspecția (pentru depistarea prezenței formațiunii tumorale, aprecierea dimensiunilor tumorii, prezența ulcerărilor, hiperemia zonei afectate)
2. Palparea tumorii (se apreciază mobilitatea, punctele dolore)
3. Palparea zonelor de drenare limfatică

Tabelul 1. Manifestările clinice

	<i>Denumirea tumorii</i>	<i>Tabloul clinic</i>
1.	Chondrosarcom	<p>Afectează mai frecvent bărbații. Vârsta vulnerabilă – după 30 ani. Localizarea – oasele tubulare lungi, oase pelviene și toracice. De obicei, evoluează lent, însă se întâlnește și forma acută. Chondrosarcomul periferic – tumora cu evoluție lentă, forma ovală, consistența dură, fixată, tuberoasă, dureroasă la palpare. Simptomul de bază este apariția tumefacției cu evoluție lentă, pe parcursul evoluției apare sindromul de compresiune a nervilor sau organelor implicate.</p> <p>Chondrosarcomul central – ca simptom principal apare durerea, la început intermitentă și atenuată, apoi acută și permanentă, chiar și în stare de repaos. Mișcările în articulația interesată sunt limitate și dureroase. Progresarea duce la invadarea țesutului muscular. Mts apar târziu, sunt preponderent hematogene (ficat, pulmoni, creier).</p>
2.	Osteosarcom	<p>Se întâlnește mai mult la tineri cu preferință de gen masculin. Localizare – metafizele oaselor tubulare lungi, în primul rând – osul tibial, femural, humeral. Rareori se localizează pe omoplat, oasele pelviene și craniene. Simptomul dominant este durerea, precedată de apariția unei tumefacții osoase, la început durerea fiind intermitentă, ulterior devenind persistentă și chinuitoare. Tumefacția crește și se extinde. În regiunea tumorilor apare dilatarea venelor superficiale și crește temperatura locală. Se dezvoltă contractura în articulația interesată, bolnavul șchiopătează. Se pot produce fracturi patologice. Mts precoce în pulmoni.</p>
3.	Osteoclastom malign	<p>Există două forme <u>malignă primară</u> și <u>malignă secundară</u>, evoluție rapidă. Dureri acute. Creștere bruscă în volum, infiltrarea țesuturilor moi, dereglarea bruscă a funcției articulației interesate.</p>
4.	Sarcomul Ewing	<p>Prezintă o tumoare cu localizare osoasă și la nivelul părților moi. Vârsta vulnerabilă 10-20 ani, cu preferință de gen masculin. Localizare preponderent în osul femural și oasele bazinului. Etiologie necunoscută. Simptoamele: tumefacție la nivelul părților moi, puțin evidentă. Dureri intense, inițial intermitente. Semne de compresiune: sciatalgie, paraplegie. Simptoame sistemice: febră, transpirații, scădere ponderală, alterarea stării generale – apar în forme generalizate; în mod excepțional – fractura patologică.</p>
5.	Reticulosarcom	<p>Afectează copii și bătrâni, cu preferință de gen masculin. Localizare: metafizele oaselor tubulare lungi, mai rar alte oase. Metastaze regionale și la distanță. Inițial dureri intermitente, care pe măsura evoluției bolii devin constante, intense, mai mult nocturne, iradiază în articulația învecinată. Ulterior, apare tumefacție, edem în articulație cu lezarea funcției acesteia. Febră. Tumora are o consistență dură sau dur-elastică. Pot interveni fracturi patologice.</p>

C.2.2.3. Investigații paraclinice

Tabelul 2. Etapizarea momentelor de screening și diagnosticul tumorilor maligne ale oaselor

<i>Medicul de familie</i>	<i>Oncologul raional</i>	<i>CCD IMSP Institutul Oncologic</i>	<i>Secția Tumorile pielii, melanom și ALM a IMSP Institutul Oncologic</i>
<p>Obligativ/Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei • Inspecția • Palparea zonelor de drenare limfatică • Radiografia zonei afectate • Radiografia cutiei toracice • ECG • Analiza generală a sângelui • Analiza generală a urinei • Biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, LDH, fosfataza alcalină, calcemia) • Indicii coagulogramei. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RMN corp integru. 	<p>Obligativ/Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei • Inspecția • Palparea zonelor de drenare limfatică • Radiografia zonei afectate • Radiografia cutiei toracice • ECG • Analiza generală a sângelui • Analiza generală a urinei • Biochimia sângelui (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, LDH, fosfataza alcalină, calcemia) • Indicii coagulogramei • CT toracelui, abdomenului și bazin cu contrast (bilanț oncologic) • CT și/sau RMN zonei afectate. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RMN corp integru • PET-CT. 	<p>Obligativ/Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei • Inspecția • Palparea zonelor de drenare limfatică • Radiografia zonei afectate* • Radiografia cutiei toracice* • Angiografia • ECG* • Analiza generală a sângelui* • Analiza generală a urinei* • Biochimia sângelui* (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, LDH, fosfataza alcalină, calcemia)* • Indicii coagulogramei* (timpul recalcinării, timpul coagulării, indexul protrombinic și altele - în funcție de patologia concomitentă) • USG abdomenului • CT creierului • CT toracelui, abdomenului și bazin cu contrast (bilanț oncologic) • Scanarea scheletului osos 	<p>Obligativ/Standard:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colectarea anamnezei • Inspecția • Palparea zonelor de drenare limfatică • Radiografia cutiei toracice* • Radiografia zonei afectate* • ECG* • Spirometria • Analiza generală a sângelui* • Analiza generală a urinei* • Biochimia sângelui* (proteinele, bilirubina, ureea, ALT, AST, LDH, fosfataza alcalină, ionograma, etc.) • Indicii coagulogramei* (timpul recalcinării, timpul coagulării, indexul protrombinic și altele - în funcție de patologia concomitentă) • Puncția tumorii* • Investigația citologică a frotiului • USG abdomenului • Ecocardiografia • CT creierului • CT toracelui

		<ul style="list-style-type: none"> • CT și/sau RMN zonei afectate • Ecocardiografia • Puncția formațiunii tumorale • Examenul citologic al punctatului • Doppler vaselor membrelor inferioare. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RMN corp integru • PET-CT. 	<ul style="list-style-type: none"> • Scanarea scheletului osos* • RMN zonei afectate* • Biopsia deschisă a tumorii** cu preluarea materialului pentru examen histologic și imunohistochimic. <p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • RMN corp integru • PET-CT.
--	--	---	---

Notă: * în caz că procedura nu a fost efectuată la etapa precedentă

** se va efectua numai în condiții de staționar

C.2.2.4. Supravegherea

Caseta 4. Metodele de evaluare a eficienței tratamentului anticanceros.

- subiective
- fizicale (vizuală, palpare, percuție)
- radiologice
- endoscopice
- sonografice
- tomografia computerizată
- rezonanța magnetică nucleară
- izotopice
- biochimice

Caseta 5. Criterii de evaluare a eficienței tratamentului anticanceros.

Eficacitatea nemijlocită:

1. Criterii recomandate de OMS (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare)
2. Conform sistemului RECIST (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare).

Rezultatele la distanță:

1. Durata remisiunilor
2. Supraviețuirea fără semne de boală
3. Timpul până la avansare
4. Supraviețuirea medie.

Caseta 31. Evaluarea toxicității tratamentului anticanceros

Se va efectua conform recomandărilor OMS (gradele 0-IV). Pentru evaluare se vor efectua următoarele metode de diagnostic:

- analiza generală a sângelui + trombocite (o dată pe săptămână)
- analiza biochimică a sângelui ((glicemia, ureea, creatinina, bilirubina, transaminazele ș.a. în funcție de necesitate) înaintea fiecărui ciclu de tratament)
- analiza generală a urinei (înaintea fiecărui ciclu de tratament)
- ECG ș.a. în funcție de necesitate.

C.2.2.5. Dispensarizarea

Caseta 6. Dispensarizarea bolnavilor tratați

- pe parcursul primului an după finisarea tratamentului – o dată în trei luni
- pe parcursul anului doi după finisarea tratamentului - o dată în 6 luni
- începând cu anul trei după finisarea tratamentului – o dată în an.

Caseta 7. Investigații efectuate în dispensarizare.

- examenul fizic
- palparea tuturor grupelor de ganglioni limfatici periferici
- radiografia cutiei toracice o dată în an (în cazul tumorilor primar răspândite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni)
- USG organelor cavității abdominale (în cazul tumorilor primar răspândite, cu diferențiere joasă și tumorilor metastatice – o dată în 6 luni).

C.2.3. Reabilitare

Reabilitarea pacienților cu amputații ale membrelor, cu patologii la nivelul coloanei vertebrale se va efectua în conformitate cu Protocoalele Clinice Naționale în Reabilitare (PCN – 240, PCN – 323, PCN – 324)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.1 Prestatori de servicii medicale la nivel de asistență medicală primară	Personal: <ul style="list-style-type: none">• medic de familie• asistenta medicală de familie.
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none">• Fonendoscop• Tonometru• material ilustrativ pentru informarea pacienților despre necesitatea investigațiilor profilactice.

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Obiectivele	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Ameliorarea calității examinării clinice și celei paraclinice a pacienților cu scopul diagnosticul tumorilor maligne ale oaselor.	1.1. Proporția pacienților cu diagnosticul de tumoare malignă a oaselor, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor protocolului clinic național „Tumorile maligne ale oaselor”.	Numărul de pacienți/ persoane din grupul de risc cărora în mod documentat, de către medicul de familie, li s-a oferit informații privind factorii de risc în dezvoltare tumorilor maligne ale oaselor; și a fost efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu, conform recomandărilor protocolului clinic național „Tumorile maligne ale oaselor” pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de persoane/pacienții persoane din grupul de risc care se află la evidența medicului de familie, medicului oncolog, pe parcursul ultimului an.
2.	Sporirea ratei de apreciere a riscului de deces prin tumorile maligne ale oaselor.	2.1. Proporția pacienților cu diagnosticul de tumorile maligne ale oaselor, cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic național Tumorile maligne ale oaselor.	Numărul de pacienți cu diagnosticul de, tumorile maligne ale oaselor cărora li s-a evaluat riscul de deces de către medicul oncolog, conform recomandărilor protocolului clinic național Tumorile maligne ale oaselor pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de Tumori maligne ale oaselor de pe lista medicului oncolog pe parcursul ultimului an.
3.	A implementa screening-ul radiologic persoanelor de la 20 ani până la 64 ani.	3.1. Proporția persoanelor din grupele de risc supuse screening-ul radiologic o dată în 6 luni.	Proporția persoanelor(20-64 ani) supuse screening-ului radiologic o dată în 6 luni, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de persoanelor (20-64 ani), care se află la evidența medicului oncolog, pe

Nr.	Obiectivele	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
				parcursul ultimului an.
4.	A reduce divergențele în diagnosticul pre- și postoperatoriu în tumorile maligne ale oaselor.	4.1. Proporția bolnavilor cu divergențe în diagnostic în tumorile maligne ale oaselor, pe parcursul unui an.	Numărul bolnavilor cu divergențe în diagnostic în tumorile maligne ale oaselor, pe parcursul ultimului an x 100.	Numărul total de bolnavi cu tumorile maligne ale oaselor care se află la evidența oncologului la Institutul Oncologic, pe parcursul ultimului an.

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	Cab 412
Consultatia ortoped	IMSP SR Ungheni	Cab 418,408
Consultatia chirurg	IMSP SR Ungheni	Cab 417
Investigații de laborator	IMSP CS Ungheni	Cab 319, 320, 112
ECG	IMSP CS Ungheni	Cab 318, 320, 324
Radiografia	IMSP CS Ungheni	Cab 119

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 (forma 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 trimiterea 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 (forma 027e). Pacientul va prezenta forma 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 forma 027e va fi întregit 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 1 Ghidul pentru pacientul cu Tumori maligne ale oaselor

Introducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu Tumori maligne ale oaselor în Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor bolnave de Tumori maligne ale oaselor, dar poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- modul în care medicii trebuie să stabilească, dacă o persoană are Tumori maligne ale oaselor
- prescrierea tratamentului pentru Tumori maligne ale oaselor
- modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu Tumori maligne ale oaselor

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați, trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce reprezintă tumorile maligne ale oaselor și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Tumori maligne ale oaselor

Tumorile maligne ale oaselor în structura maladiilor oncologice reprezintă 1%.

Tumorile primar maligne ale oaselor se întâlnesc la orice vârstă, dar cel mai frecvent în limitele vârstei de 15 – 40 ani. După datele unor autori cel mai des se îmbolnăvesc copiii, adolescenții și persoanele până la 20 ani. Factorii etiologici în dezvoltarea tumorilor oaselor sunt studiați insuficient, totuși este de accentuat rolul traumatismului. Localizarea mai frecventă se atestă la oasele tubulare lungi și la oasele centurii pelviene (incidența în Republica Moldova este de 0,7 %, ce constituie 32 de bolnavi primari anual). În structura tumorilor maligne ale oaselor pe locul întâi se plasează sarcomul osteogenic 50 – 60 %, pe locul doi se află sarcomul Ewing, după care urmează chondrosarcomul, fibrosarcomul și altele. La unii bolnavi tumorile maligne se dezvoltă în rezultatul malignizării tumorilor benigne și proceselor pseudotumorale.

Manifestările clinice ale Tumorilor maligne ale oaselor

Manifestările clinice în Tumori maligne ale oaselor depind de localizarea inițială a focarului tumoral, gradul de răspândire al procesului tumoral în organism (stadiul clinic) și varianta morfologică:

- prezența unei tumori
- acuze la dureri, preponderent nocturne și de repaus rezistente la tratament antiinflamator și analgezice non-opioide
- fracturi patologice
- dereglări ale circulației periferice
- edeme ale membrelor, elefantiazis

Diagnosticul de tumoare malignă a oaselor se confirmă în mod obligatoriu prin efectuarea biopsiei (prin trepan-biopsie, prin biopsie deschisă, prin puncția tumorii).

După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate medicul trebuie să discute rezultatele cu Dvs. și să vă comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul

Tratamentul include efectuarea intervenției chirurgicale, chimioterapiei și radioterapiei în volum prevăzut de Protocolul Clinic Național.

La persoanele cu patologii concomitente grave se aplică numai chimioterapia și/sau radioterapia în volum paliativ, sau tratament simptomatic la locul de trai.

Anexa 2. Fișa standardizată de audit medical bazat pe criteriile pentru Protocol clinic național „TUMORILE MALIGNNE ALE OASELOR”

	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	Genul	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 tumorului a 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 tumorului	nu - 0; da - 1; nu a fost necesar - 5; necunoscut - 9
16	Efectuarea metodelor pentru determinarea extinderii tumorului	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 pacienței/lui - 3; consilierea rudelor - 4
35	Supravegherea pacienței/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