

MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА

LIMFOMUL HODGKIN LA ADULT

Protocol clinic național

Chișinău 2008



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

MOLDOVA GOVERNANCE
THRESHOLD COUNTRY PROGRAM

MILLENNIUM
CHALLENGE
CORPORATION

Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 18.12.2008, proces verbal nr. 6.

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 524 din 29.12.2008
cu privire la aprobarea Protocolului clinic național “Limfomul Hodgkin la adult”

Elaborat de colectivul de autori:

<i>Ion Corcimaru</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Maria Robu</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Larisa Musteață</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Elena Maximenco</i>	Programul Preliminar de Țară al “Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

Recenzenți oficiali:

<i>Iurie Chelea</i>	IMSP Institutul Oncologic
<i>Grigore Bivol</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Victor Ghicavii</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Valentin Gudumac</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Ivan Zatushevski</i>	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”
<i>Iurie Osoianu</i>	Compania Națională de Asigurări în Medicină
<i>Maria Bolocan</i>	Consiliul Național de Acreditare și Evaluare

Coordonator:

Mihai Rotaru Ministerul Sănătății al Republicii Moldova

Redactor: Eugenia Mincu

Corector: Tatiana Pîrvu

EDIȚIA – I

Tipărit “T-PAR” SRL, 2008.

Tiraj: 2000 ex.

Această publicație a fost posibilă datorită susținerii generoase a poporului american prin intermediul Programului Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare (Programul pentru Buna Guvernare), implementat de Millenium/IP3 Partners. Programul pentru Buna Guvernare este finanțat de Corporația „Millennium Challenge Corporation” (MCC) și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională (USAID) sub auspiciile Programului Preliminar de Țară.

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	4
PREFAȚĂ	4
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	4
A.1. Diagnosticul	4
A.2. Codul bolii (CIM 10).....	4
A.3. Utilizatorii	4
A.4. Scopurile protocolului	4
A.5. Data elaborării protocolului	5
A.6. Data următoarei revizuirii	5
A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoane care au participat la elaborarea protocolului	5
A.8. Definițiile folosite în document.....	6
A.9. Informație epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
B.1. Nivel de asistență medicală primară	7
B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu.....	8
(oncolog – niveluri raional și municipal / hematolog – nivel republican)	8
B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească	9
C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ	11
C.1.1. Algoritm diagnostic în limfomul Hodgkin	11
C.1.2. Algoritm de tratament al limfomului Hodgkin	12
C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR	13
C.2.1. Clasificarea	13
C.2.2. Factorii de risc nu sunt identificați	13
C.2.3. Profilaxia.....	13
C.2.4. Conduita pacientului cu Limfom Hodgkin.....	13
C.2.4.1. Anamneza.....	14
C.2.4.2. Examenul fizic (datele obiective).....	14
C.2.4.3. Investigațiile paraclinice	15
C.2.4.4. Diagnosticul diferențial	16
C.2.4.5. Criteriile de spitalizare	17
C.2.4.6. Tratamentul LH.....	17
C.2.4.7. Evoluția și prognosticul	19
C.2.4.8. Supravegherea pacienților.....	19
C.2.5. Stările de urgență.....	19
C.2.6. Complicațiile (subiectele protoalelor separate).....	19
D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL	20
D.1. Instituțiile de asistență medicală primară.....	20
D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu.....	20
D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească: Centrul Hematologic al IMSP Institutul de Oncologie.....	21
E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	22
ANEXE	23
Anexa 1. Ghidul pacientului cu limfom Hodgkin	23
BIBLIOGRAFIE	24

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

LH	Limfom Hodgkin
PChT	Polichimioterapie
RT	Radioterapie
ORL	Otorinolaringolog
G-CSF	Factor stimulator al coloniilor granulocitare (<i>Granulocyte colony-stimulating factor</i>)
GM-CSF	Factor stimulator al coloniilor granulomonocitare (<i>Granulocyte-macrophage colony-stimulating factor</i>)
i.v.	intravenos
p.o.	per os

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova, (MS RM) constituit din reprezentanții catedrei Hematologie și Oncologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, în colaborare cu programul preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare, finanțat de Guvernul SUA prin Corporația *Millenium Challenge Corporation* și administrat de Agenția Statelor Unite ale Americii pentru Dezvoltare Internațională.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind limfomul Hodgkin și va servi drept bază pentru elaborarea protocoalelor instituționale. La recomandarea MS, pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Limfomul Hodgkin la adult

Exemple de diagnostic clinic: limfomul Hodgkin, varianta scleroză nodulară cu afectarea ganglionilor limfatici cervicali, supraclaviculari pe stînga, mediastinali, stadiul II Ab.

A.2. Codul bolii (CIM 10): C81

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicale de familie);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie, oncologi);
- instituțiile/secțiile consultative (hematologi, oncologi);
- Centrul Hematologic al IMSP Institutul de Oncologie (hematologi).

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

A.4. Scopurile protocolului:

1. A facilita diagnosticarea pacienților cu LH.
2. A spori depistarea precoce a pacienților cu LH.
3. A spori calitatea tratamentului acordat pacienților cu LH.
4. A majora numărul de pacienți cu LH, în remisiune completă.



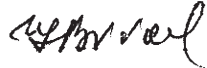



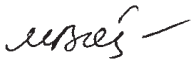

A.5. Data elaborării protocolului: octombrie 2008

A.6. Data următoarei revizuirii: octombrie 2010

A.7. Lista și informațiile de contact ale autorilor și persoane care au participat la elaborarea protocolului

Numele	Funcția deținută
Dr. Ion Corcimaru, membru corespondent al AȘM, doctor habilitat în medicină, profesor universitar	Șef catedra Hematologie și Oncologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, specialist principal în hematologie al MS RM
Dr. Maria Robu, doctor în medicină, conferențiar universitar	Conferențiar universitar, catedra Hematologie și Oncologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Larisa Musteață, doctor în medicină, conferențiar universitar	Conferențiar universitar, catedra Hematologie și Oncologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Dr. Elena Maximenco, MPH	expert local în sănătate publică, Programul Preliminar de Țară al „Fondului Provocările Mileniului” pentru Buna Guvernare

Protocolul a fost discutat și aprobat

Denumirea	Persoana responsabilă - semnătura
Catedra Hematologie și Oncologie USMF „Nicolae Testemițanu”	
Societatea Hematologilor și Transfuziologilor din RM	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Oncologie și Hematologie”	
Agenția Medicamentului	
Consiliul de experți al MS RM	
Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.8. Definițiile folosite în document

Limfomul Hodgkin sau limfogranulomatoza: o tumoare malignă a țesutului limfatic.

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

A.9. Informația epidemiologică

Limfomul Hodgkin se dezvoltă la persoanele de orice vârstă [1, 5, 6]. Sunt publicate cazuri de limfom Hodgkin la câțiva membri din aceeași familie, însă riscul real de îmbolnăvire îl au doar gemenii [1, 6]. Morbiditatea acestei maladii nu variază esențial în diferite zone geografice de pe Glob. În SUA morbiditatea este de 2,8 la 100.000 de locuitori, în Federația Rusă – 2,3 [1, 6]. Excepție face Japonia, unde limfomul Hodgkin se înregistrează mult mai rar (0,3 la 100.000 de locuitori) [3]. Indicele morbidității în Republica Moldova constituie 1,47 cazuri la 100.000 locuitori, la bărbați (1,53), fiind mai înalt decât la femei (1,06) [1]. El crește, cu vârsta atingând cifre maxime după vârsta de 50-60 de ani [2, 6]. Pe fundalul tendinței de creștere a morbidității cu vârsta se remarcă apogeul afectării mai frecvente: 5-9 ani, 40-49 de ani și 60-69 de ani, la bărbați, și 20-29 și 60-69 de ani, la femei. Concepția modernă de patogenie a limfomului Hodgkin a servit ca bază pentru elaborarea metodelor principale noi de tratament ce au contribuit la vindecarea unui procent înalt de pacienți cu limfom Hodgkin. Acest tratament asigură supraviețuirea de 10 ani la > 80% dintre bolnavii cu limfom Hodgkin în stadiile locale [4, 7]. De aceea este necesar de depistat pacienții cu limfom Hodgkin în stadiile locale.

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară		
Descriere (măsură)	Motive (reper)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	În LH profilaxia primară nu se efectuează, deoarece nu este identificată cauza [2, 5].	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia primară în LH nu se efectuează.
1.2. Profilaxia secundară	Profilaxia secundară nu se efectuează.	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia secundară nu se efectuează.
2. Diagnosticul		
2.1. Suspectarea și confirmarea diagnosticului de LH	<i>Anamneza</i> permite suspectarea LH la persoanele cu prezența unui singur ganglion limfatic în creștere sau a câtorva ganglioni limfatici într-o zonă, care au apărut consecutiv (pe rînd), sau prezența a mai multor zone anatomice de ganglioni limfatici care s-au extins consecutiv [1, 2, 4].	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (<i>caseta 4</i>). • Examenul fizic (<i>caseta 5</i>). • Investigațiile paraclinice (<i>caseta 6</i>): ✓ Analiza generală a sîngelui cu trombocite și cu reticulocite.
2.2. Luarea deciziei versus consultația specialistului și/sau spitalizare		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tuturor pacienților suspecți de LH li se recomandă consultația hematologului.
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul LH se efectuează de către hematolog sau conform recomandărilor făcute de hematolog.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tratamentul LH conform recomandărilor făcute de hematolog.
4. Supravegherea	Scopul supravegherii este monitorizarea tratamentului indicat de către hematolog și depistarea precoce a recidivelor.	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analiza generală a sîngelui cu reticulocite și cu trombocite în primii 2 ani de remisiune completă, peste fiecare 3 luni; în următorii 3 ani – peste 6 luni; după 5 ani – o dată în an (<i>caseta 10</i>).

B.2. Nivel de asistență medicală specializată de ambulatoriu (oncolog – niveluri raional și municipal / hematolog – nivel republican)		
Descriere (măsurile)	Motive (reperere)	Pași (modalități și condiții de realizare)
I	II	III
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară	În LH profilaxia primară nu se efectuează, deoarece nu este identificată cauza [2, 5].	Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia primară în LH nu se efectuează (casetele 2, 3). Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Profilaxia primară în LH nu se efectuează (casete 4).
1.2. Profilaxia secundară	Profilaxia secundară nu este elaborată.	
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de LH	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Anamneza</i> permite suspectarea LH la persoanele cu prezența măririi unui singur ganglion limfatic în creștere sau a câtorva ganglioni limfatici într-o zonă care au apărut consecutiv (pe rând) sau prezența a mai multor zone anatomice de ganglioni limfatici care s-au extins consecutiv. Puncția ganglionului limfatic mărit permite confirmarea citologică a LH [1, 2, 4]. • Biopsia ganglionului limfatic permite confirmarea histologică a LH a variantei morfologice [1, 2, 4, 5, 6, 7]. 	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casete 4). • Examenul fizic (casete 5). • Investigațiile paraclinice (casete 6): <ul style="list-style-type: none"> ✓ Analiza generală a sîngelui cu trombocite și cu reticulocite. ✓ Puncția ganglionului limfatic (Policlinica Institutului Oncologic). ✓ Biopsia ganglionului limfatic (Policlinica Institutului Oncologic). ✓ Investigațiile pentru determinarea gradului de răspîndire a LH (Policlinica Institutului Oncologic) (casete 6). • Diagnosticul diferențial (casetele 7, 8).
2.2. Luarea deciziei versus consultația specialistului și/sau spitalizare		Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Recomandarea pacienților cu LH a consultației la hematolog. Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> • Consultația altor specialiști în funcție de necesitate. • Evaluarea necesității în spitalizare (casete 9).

I	II	III
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul medicamentos	Tratamentul LH se efectuează în funcție de stadiul maladiei și prevede vindecarea (îndeosebi în stadiile locale) sau prelungirea duratei vieții la pacienții cu LH [1, 6, 7].	Obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> Tratamentul pacienților cu LH se efectuează în staționatul hematologic. La niveluri raional și municipal conform recomandărilor făcute de hematolog (<i>caseta 10</i>).
4. Supravegherea	Scopul supravegherii constă în monitorizarea tratamentului indicat de către hematolog și depistarea precoce a recidivelor. Supravegherea se va face în colaborare cu medicul de familie.	Obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> Analiza generală a sîngelui cu reticulocite și cu trombocite în primii 2 ani de remisiune completă, peste fiecare 3 luni; următorii 3 ani – peste 6 luni; după 5 ani – o dată în an.

B.3. Nivel de asistență medicală spitalicească

Descriere (<i>măsuri</i>)	Motive (<i>repere</i>)	Pași (<i>modalități și condiții de realizare</i>)
I	II	III
1. Spitalizarea	Tratamentul adecvat conform programelor elaborate contribuie la majorarea numărului de pacienți cu LH vindecați, îndeosebi în stadiile locale [4, 7].	Criteriile de spitalizare În secții profil terapeutic general (raional, municipal): <ul style="list-style-type: none"> Pacienții cu LH, la recomandarea hematologului. În secții hematologice (nivel republican): <ul style="list-style-type: none"> Toți pacienții cu LH. Pacienții cu dificultăți în stabilirea diagnosticului (<i>caseta 9</i>).
2. Diagnosticul	Diagnosticul se confirmă morfologic: puncția ganglionului limfatic, biopsia ganglionului limfatic. În cazurile de mărire izolată a ganglionilor limfatici mediastinali – toracotomia sau mediastinoscopia. La pacienții cu mărirea izolată a ganglionilor limfatici intraabdominali – laparotomia [1, 2, 4, 5, 6, 7].	Obligatorii: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (<i>caseta 4</i>). Examenul fizic (<i>caseta 5</i>). Investigațiile paraclinice (<i>caseta 6</i>): <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pentru confirmarea LH. ✓ Pentru determinarea stadiului clinic al LH. Diagnosticul diferențial (<i>casetele 7, 8</i>).

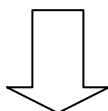
	<p>Tratamentul LH se efectuează în funcție de stadiul de evoluție a maladiei și prevede vindecarea (îndeosebi în stadiile locale) sau prelungirea duratei vieții la pacienții cu LH [1, 6, 7].</p>	<p>Recomandabil:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Investigațiile recomandate (<i>caseta 6</i>). ● Consultația altor specialiști, la necesitate. <p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● În stadiile locale (I-II) 3 cicluri de PChT+RT după program radical + 3 cicluri de PChT. ● În stadiul III – 6 cicluri de PChT + RT după program desfășurat. ● În stadiul IV – 6-12 cicluri de PChT, cu iradiere ulterioară a focarelor reziduale. <p>În toate stadiile după obținerea remisiunii complete, timp de 2 ani o dată în 3 luni se efectuează câte 1 ciclu de PChT, în scop de menținere a remisiunii complete (<i>caseta 10</i>).</p>
<p>4. Externare, nivelul primar de continuare a tratamentului și de supraveghere</p>	<p>La externare este necesar de elaborat și de recomandat medicului de familie tactica ulterioară de management al pacientului.</p>	<p>Extrasul obligatoriu va conține:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ diagnosticul exact detaliat; ✓ rezultatele investigațiilor; ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandările explicite pentru pacient; ✓ recomandările pentru medicul de familie.

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

C.1.1. Algoritm diagnostic în limfomul Hodgkin

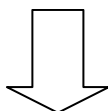
I. Suspectarea LH

Prezența unui ganglion limfatic în creștere sau a câtorva ganglioni limfatici într-o zonă care au apărut consecutiv (pe rând), sau a mai multor zone anatomice de ganglioni limfatici care s-au extins consecutiv



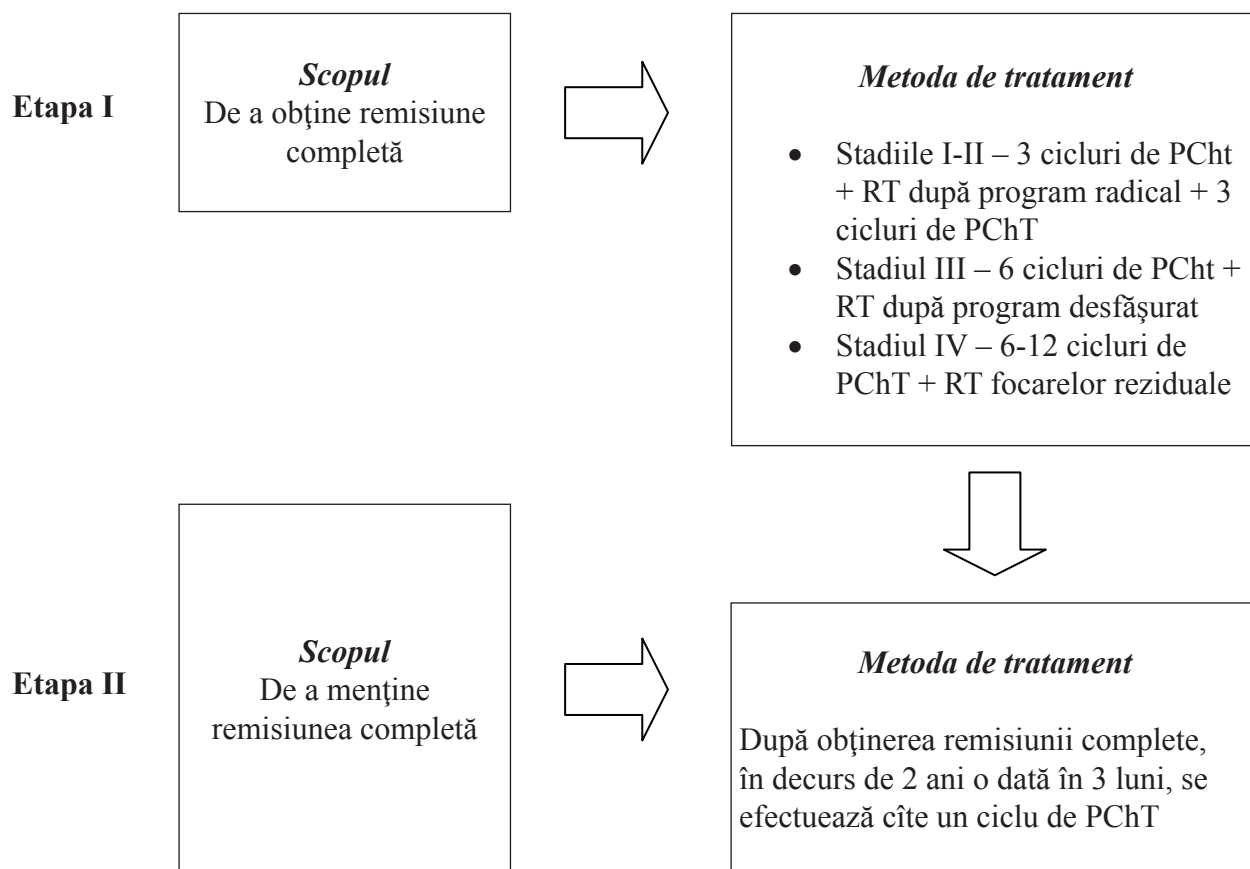
II. Confirmarea LH

1. Analiza generală a sîngelui cu trombocite și cu reticulocite (*fără modificări specifice*)
2. Puncția ganglionului limfatic (*confirmare citologică*)
3. Biopsia ganglionului limfatic (*confirmarea histologică a LH și a variantei morfologice*)



III. Determinarea gradului de răspîndire a LH (stadiul clinic), a prezenței semnelor de intoxicare generală și a semnelor biologice

C.1.2. Algoritmul de tratament al limfomului Hodgkin



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea limfomului Hodgkin

Clasificarea clinică internațională (1971, Ann-Arbor (SUA))

- Stadiul I – Afectarea unei singure regiuni ganglionare (I) sau a unui singur organ extralimfatic.
- Stadiul II – Afectarea a două sau a mai multor regiuni ganglionare de aceeași parte a diafragmei (II) sau afectarea unui organ extralimfatic și a uneia sau a mai multor regiuni ganglionare de aceeași parte a diafragmei (IIE).
- Stadiul III – Afectarea a două sau a mai multor regiuni ganglionare pe ambele părți ale diafragmei (III), care poate fi însoțită de afectarea localizată a unui organ extralimfatic (IIIE) sau de afectarea splinei (IIIS) ori a ambelor (IIISE).
- Stadiul IV – Afectarea difuză sau diseminată a unuia ori a mai multor organe extralimfatică sau țesuturi, cu afectarea ganglionilor limfatici.

Fiecare stadiu clinic este subîmpărțit în funcție de prezența sau de absența simptomelor de intoxicare generală în A (fără simptome de intoxicare generală) și în B (cu simptome de intoxicare generală: febră mai înaltă de 38°C, transpirație nocturnă pronunțată, pierdere ponderală de 10% și mai mult în ultimele 6 luni – este suficientă prezența unuia dintre aceste semne).

În funcție de prezența sau de absența semnelor biologice de activitate a procesului patologic, în „a” (absența acestor semne) și în „b” (prezența lor). Semnele biologice de activitate a procesului patologic includ: accelerarea vitezei de sedimentare a hematiilor (> 30 mm/oră), hiperfibrinogenemia (> 5,0 g/l), α_2 -hiperglobulinemia (> 10 g/l), mărirea concentrației haptoglobulinei (> 1,5 mg%) și a ceruloplasminei (> 0,4 Un). Pentru constatarea activității LH este suficient ca cel puțin doi din acești indici să depășească cifrele indicate.

Clasificarea morfologică

- Predominare limfoidă
- Scleroză nodulară
- Celularitate mixtă
- Depleție limfoidă

C.2.2. Factorii de risc nu sunt identificați

C.2.3. Profilaxia

Profilaxia primară și cea secundară nu este elaborată (nu se efectuează).

C.2.4. Conduita pacientului cu limfom Hodgkin

Caseta 2. Obiectivele procedurilor de diagnosticare în LH

- Depistarea prezenței formațiunii tumorale
- Aprecierea dinamicii evoluției procesului patologic
- Constatarea consecutivității în apariția ganglionilor limfatici, în zona tumorală primară
- Determinarea consecutivității în răspândirea procesului tumoral în alte zone de ganglioni limfatici
- Cercetarea morfologică a formațiunii tumorale

Caseta 3. Procedurile de diagnosticare în LH

- Anamnestic
- Examenul clinic
- Analiza generală a sîngelui cu trombocite și cu reticulocite
- Puncția formațiunii tumorale, cu cercetare citologică
- Biopsia formațiunii tumorale, cu cercetarea histologică a tumorii
- Investigarea în plan de determinare a gradului de răspîndire a LH

C.2.4.1. Anamneza

Caseta 4. Aspecte care trebuie examinate la suspecția LH

- Depistarea zonei tumorale
- Determinarea dinamicii evoluției tumorale
- Precizarea consecutivității în apariția ganglionilor limfatici măriți, în zona primară (apariția lor pe rînd)
- Depistarea consecutivității în extinderea LH în alte zone de ganglioni limfatici

C.2.4.2. Examenul fizic (datele obiective)

Caseta 5. Datele fizice în LH

- Manifestările clinice ale LH depind de localizarea inițială a focarului tumoral și de gradul de răspîndire a procesului tumoral în organism (stadiul clinic) în momentul de stabilire a diagnosticului.
- În 95-98% din cazuri, focarul primar al LH se dezvoltă în ganglionii limfatici.
- Mărirea dimensiunilor ganglionilor limfatici este simptomul precoce și, timp îndelungat, unicul simptom al LH.
- Cel mai frecvent primul focar tumoral apare în ganglionii limfatici cervicali (50%) și în cei supraclaviculari (25%). Ganglionii limfatici axilari și mediastinali servesc drept punct de plecare a maladiei mai rar – în 13% și în 10%, respectiv. Foarte rar primul focar se dezvoltă în ganglionii limfatici inghinali (1-3%), retroperitoniali și abdominali (0,6-7,5%). Prin urmare, predomină dezvoltarea LH în ganglionii limfatici, preponderent în cei periferici (80-85%), de aceea LH poate fi considerat ca o tumoare cu focar primar vizual, care permite depistarea acestei maladii în stadiile precoce.
- Ganglionii limfatici afectați sunt indolori și neaderenți la țesuturile adiacente.
- În stadiile I-II-III, la examenul obiectiv se depistează numai limfadenopatie.
- Mărirea ganglionilor limfatici mediastinali poate provoca tuse uscată, dispnee și poate conduce la sindromul de compresiune a venei cave superioare. Aceste simptome servesc ca motiv pentru examinarea radiologică, care depistează afectarea ganglionilor limfatici mediastinali
- Ganglionii limfatici retroperitoniali pot concrește rădăcinile nervilor spinali și măduva spinală, cu dureri în regiunea respectivă, pareză sau paraplegie.
- Prezența unei formațiuni tumorale, dimensiunile căreia sunt în creștere; consecutivitatea apariției (apariția pe rînd) a ganglionilor limfatici în zona primară; consecutivitatea extinderii procesului patologic în alte zone de ganglioni limfatici (cînd sunt prezente cîteva formațiuni care au apărut nu concomitent, dar pe rînd) denotă un proces specific, inclusiv LH.

- Afectarea primară a țesutului pulmonar, a pleurei, a oaselor, a tractului gastrointestinal, a ficatului și a altor organe și țesuturi are loc foarte rar. Organele menționate pot fi incluse în procesul tumoral ca rezultat al generalizării LH (stadiul IV). Frecvent la diseminarea LH se afectează ficatul (30-80%), splina (65-80%), țesutul pulmonar (20-44%), oasele (20-25%), măduva osoasă (10%). Alte organe și țesuturi sunt incluse în procesul de generalizare foarte rar.
- Pe măsura generalizării LH apar și simptomele de intoxicare generală care au o mai mare importanță în formularea prognosticului (prezența lor presupune un prognostic nefavorabil).

C.2.4.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 6. Investigațiile în LH

Investigații pentru confirmarea LH (investigații obligatorii)

- Analiza generală a sîngelui periferic cu trombocite și cu reticulocite
- Puncția ganglionului limfatic
- Biopsia ganglionului limfatic (pentru biopsie trebuie de înlăturat ganglionul limfatic cu o vechime mai mare, deoarece în ganglionii limfatici, recent afectați, este posibil ca structura morfologică tipică a maladiei să nu fie formată)
- În cazurile de afectare izolată a ganglionilor limfatici mediastinali ori intraabdominali – intervenție chirurgicală (toracotomie, laparotomie explorativă), cu cercetare histologică a tumorii
- Determinarea markerilor imunologici specifici (CD₁₅ și CD₃₀) – după posibilitate

Investigațiile pentru determinarea gradului de răspîndire a LH (stadiul clinic) (investigații obligatorii)

- Examenul ultrasonografic la toate grupurile de ganglioni limfatici periferici și ai cavității abdominale
- Radiografia cutiei toracice în două proiecții cu tomografia mediastinului
- Tomografia computerizată a organelor cutiei toracice și a cavității abdominale
- Trepanobiopsia măduvei oaselor
- Scintigrafia oaselor (la necesitate)
- Radiografia oaselor la apariția durerilor în oase
- Fibroepifaringoscopia, fibrogastroscopia, fibrocolonoscopia, laparoscopia – după necesitate
- α₂-globulinele, fibrinogenul, haptoglobina, ceruloplasmina
- Consultația ORL-istului (nazofaringele, amigdalele palatine)
- Consultația ginecologului (pentru femei)

Investigații recomandabile

- Analiza generală a urinei
- Ureea, creatinina, glucoza în sînge
- Bilirubina totală și fracțiile ei, aminotransferazele, lactadehidrogenaza, proteina totală
- Coagulograma: timpul de coagulare a sîngelui, timpul de tromboplastină parțial activat (TTPA), protrombina, fibrinogenul, markerii activării intravasculare a coagulării și a fibrinolizei – D-dimerii, testul cu o-fenantrolină
- Determinarea ionilor de K, Na, Ca
- Grupul sangvin și Rh-factorul în cazurile cu indicații pentru hemotransfuzie

Analiza generală a sîngelui, în cazurile fără afectarea măduvei osoase, fără modificări specifice. O importanță practică o are creșterea vitezei de sedimentare a hematiilor, care caracterizează activitatea procesului tumoral. Afectarea specifică a măduvei oaselor se manifestă prin pancitope-

nie (anemie, leucopenie, trombocitopenie). Prin **metoda de trepanobiopsie** se constată prezența metastazelor LH în măduva oaselor. Diagnosticul LH se consideră confirmat numai după **investigarea morfologică** a ganglionilor limfatici afectați (puncția și biopsia), cu prezența în preparatul morfologic a celulelor specifice cu multe nuclee, numite celule Sternberg-Reed. Este strict necesară investigația histologică pentru identificarea corectă a variantei morfologice.

C.2.4.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 7. Diagnosticul diferențial al LH cu alte limfadenopatii

- Limfoamele non-Hodgkin
- Afectarea ganglionilor limfatici în leucemii (leucemia limfocitară cronică, leucemiile acute, leucemia monocitară cronică etc.)
- Metastaze ale cancerului în ganglionii limfatici
- Limfadenita tuberculoasă
- Hiperplaziile reactive ale ganglionilor limfatici

Caseta 8. Momente-cheie în diagnosticul diferențial

- **Limfoamele non-Hodgkin**
 - ✓ În limfoamele non-Hodgkin, de asemenea, este caracteristică consecutivitatea afectării ganglionilor limfatici în focarul primar, însă de multe ori lipsește consecutivitatea extinderii procesului tumoral în alte zone de ganglioni limfatici. Frecvent (42-45%) limfoamele non-Hodgkin debutează extralimfatic (inelul limfatic Waldayer, tractul gastrointestinal etc.). Diagnosticul definitiv este posibil numai pe baza examinării citologice și a celei histologice a formațiunii tumorale.
- **Afectarea ganglionilor limfatici în leucemii**
 - ✓ În diagnosticarea limfadenopatiilor care se dezvoltă la bolnavii de leucemii (leucemii acute, leucemie limfocitară cronică, leucemie monocitară cronică etc.), decisive sunt rezultatele de examinare a sîngelui periferic și a măduvei oaselor, care depistează substratul celular al leucemiei respective.
- **Metastaze ale cancerului în ganglionii limfatici**
 - ✓ Metastazele cancerului în ganglionii limfatici, de obicei, se asociază cu manifestări clinice de afectare a organului în care s-a dezvoltat cancerul. Proprietățile fizicale ale ganglionilor limfatici de metastaze nu permit a stabili diagnosticul. Sunt necesare puncția și biopsia ganglionului limfatic.
- **Limfadenita tuberculoasă**
 - ✓ Limfadenita tuberculoasă, în stadiul incipient al maladiei, se caracterizează prin afectarea unuia sau a câtorva ganglioni limfatici într-o zonă anatomică. Diagnosticul definitiv este posibil numai pe baza examinării citologice și a celei histologice a ganglionului limfatic.
- **Hiperplaziile reactive ale ganglionilor limfatici**
 - ✓ Hiperplaziile reactive ale ganglionilor limfatici prezintă cea mai frecventă formă de limfadenopatii benigne. Ele pot avea un caracter de reacție regională a ganglionilor limfatici în caz de existență a unui focar de infecție care vizează pielea, tunicile mucoase, amigdalele, dinții; inclusiv la infecții virale respiratorii acute etc.
 - ✓ Spre deosebire de LH sau de alte limfadenopatii specifice, în cazurile de hiperplazie reactivă lipsește consecutivitatea de afectare a ganglionilor limfatici, acestea se măresc concomitent într-o zonă sau în multe zone anatomice. Zona de afectare primară lipsește. Ulterior, dimensiunile ganglionilor limfatici măriți se micșorează.

C.2.4.5. Criteriile de spitalizare

Caseta 9. Criteriile de spitalizare a pacienților de LH

- Toți pacienții de LH
- Dificultăți în stabilirea diagnosticului

C.2.4.6. Tratamentul LH

Caseta 10. Principiile de tratament

- Scopul tratamentului prevede vindecarea completă a bolnavului de LH, îndeosebi în stadiile locale.
- Metodele principale de tratament includ chimioterapia și radioterapia.
- Monochimioterapia se aplică numai la persoanele în vârstă avansată, cu patologii concomitente severe, cu hemodepresie după tratamentul precedent.
- Metoda de tratament depinde de stadiul de evoluție a bolii.
- În stadiile locale (I-II) se efectuează tratament combinat chimioterapeutic, care include 6 cicluri de polichimioterapie și radioterapie după program radical.
- RT în programul radical prevede iradierea nu numai a zonelor de afectare, dar și iradierea tuturor regiunilor vecine ale sistemului limfatic unde se poate extinde procesul tumoral. Iradierea se efectuează pe etape în regim fracționat câte 2Gy în zi de 5 ori pe săptămână. Doza sumară în focar este de 40-45Gy, iar în zonele iradiate cu scop profilactic este de 30-35Gy. Trei cicluri de PChT se aplică pînă la RT. Acest tratament asigură supraviețuirea de 5 ani la 95,6% dintre bolnavii cu stadii locale ale LH.
- În stadiul III, de asemenea, este indicat tratamentul combinat chimioterapeutic, care constă în aplicarea inițială a 6 cure de PChT, apoi RT după programul desfășurat (iradierea zonelor afectate și a celor adiacente).
- În același timp, în stadiile I-II-IIIA fără semne de prognostic nefavorabil este tendința de a micșora doza de RT și de a limita RT numai a zonelor inițial afectate.
- În stadiul IV se aplică preponderent PChT (6-12 cicluri), cu iradierea focarelor reziduale. RT se folosește în toate cazurile de afectare a oaselor, mai ales a coloanei vertebrale, la bolnavii cu afectarea în focar a țesutului pulmonar.

Schemele principale de PChT utilizate în tratamentul LH

Schema și durata ciclului	Denumirea preparatului	Doza și metoda de administrare	Zilele de administrare
COPP 14 zile	Ciclofosamidă	600 mg/m ² , i.v.	1,8
	Vincristină	1,4 mg/m ² , i.v.	1,8
	Procarbazină*	100 mg/m ² , p.o.	în fiecare zi
	Prednisolon	40 mg/m ² , p.o.	în fiecare zi
CVPP 14 zile	Ciclofosamidă	600 mg/m ² , i.v.	1,8
	Vinblastină	6 mg/m ² , i.v.	1,8
	Procarbazină*	100 mg/m ² , p.o.	în fiecare zi
	Prednisolon	40 mg/m ² , p.o.	în fiecare zi
LVPP 14 zile	Clorambucil	6 mg/m ² , p.o.	în fiecare zi
	Vinblastină	6 mg/m ² , i.v.	1,8
	Procarbazină*	100 mg/m ² , p.o.	în fiecare zi
	Prednisolon	40 mg/m ² , p.o.	în fiecare zi

CVLP 14 zile	Ciclofosfamidă	600 mg/m ² , i.v.	1,8
	Vinblastină	6 mg/m ² , i.v.	1,8
	Clorambucil	6 mg/m ² , p.o.	peste o zi
	Prednisolon	40 mg/m ² , p.o.	în fiecare zi
ABV	Doxorubicină	25 mg/m ² , i.v.	1,8
	Bleomicina	10 mg/m ² , i.v.	1,8
	Vinblastină	6 mg/m ² , i.v.	1,8
ABVD	Doxorubicină	25 mg/m ² , i.v.	1,15
	Bleomicina	10 mg/m ² , i.v.	1,15
	Vinblastină	6 mg/m ² , i.v.	1,15
	Dacarbazină	373 mg/m ² , i.v.	1,15

- Pentru stadiile IIB, IIIA, IIIB și pentru stadiul IV care se consideră nefavorabile, sunt elaborate programe intensive de PChT cu RT la focarele tumorale masive și în zonele reziduale de afectare. Realizarea acestor programe este reală la prezența factorilor de creștere (G-CSF, GM-CSF) de stimulare a granulopoiezei. Una dintre aceste programe este BEACOPP amplificată:
 - ✓ Ciclofosfamidă – 600 mg/m², i.v., în prima zi.
 - ✓ Doxorubicina – 25 mg/m², i.v., în prima zi.
 - ✓ Etopozid – 100 mg/m², i.v., în zilele 1-3.
 - ✓ Procarbazină* – 100 mg/m², p.o., în zilele 1-7.
 - ✓ Prednisolon – 40 mg/m², p.o., în zilele 1-14.
 - ✓ Vincristină - 1,4 mg/m², i.v., în ziua a 8-a.
 - ✓ Bleomicina – 10 mg/m², i.v., în ziua a 8-a.
 - ✓ Ciclurile BEACOPP se repetă peste 21 de zile de la începutul ciclului precedent. Însă acest tratament nu poate fi suportat de toți pacienții, îndeosebi de cei în etate, cu patologii concomitente.
- La toate ciclurile de PChT se vor folosi antiemetice: 1) Metoclopramid 10 mg i.v. + Dexametazonă 4 mg, i.v. sau dacă voma este pronunțată Odansetron 8 mg, i.v. + Dexametazonă 4 mg, i.v. Aceste preparate se vor repeta după necesitate.
- Pentru profilaxia sindromului *tumor-lysis* la fiecare ciclu de PChT se va administra: Allopurinol 600 mg/zi, *per os* + în primele 2-3 zile, infuzii de sol. Clorură de sodiu 0,9% în volum de 3 litri.
- În toate cazurile de tratament cu Prednisolon, se va administra Clorură de potasiu câte 1,0 de 3 ori în și, în calitate de gastroprotector, Ranitidină – câte 150 mg de 2 ori în zi.
- În toate stadiile, după obținerea remisiunii complete, timp de 2 ani o dată în 3 luni se efectuează câte un ciclu de PChT în scop de menținere a remisiunii.
- Tratamentul recidivelor tardive se bazează pe principiile tratamentului bolnavilor primari de LH în conformitate cu stadiul recidivei.
- Pentru bolnavii primari rezistenți la tratament și cu recidive repetate se folosește chimioterapia în doze mari cu autotransplant medular sau cu celule stem hematopoietice (în Republica Moldova nu se efectuează din lipsa de condiții necesare).
- Tratamentul chirurgical se efectuează în cazurile de afectare a tractului gastrointestinal, de afectare a splinei cu semne de hipersplenism. Se practică și înlăturarea ganglionilor limfatici, care nu reacționează la chimioterapie și RT (dacă procesul tumoral este local), ceea ce se întâmplă foarte rar.

Notă: *preparatul nu este înregistrat în RM

C.2.4.7. Evoluția și prognosticul

Caseta 11. Evoluția și prognosticul

- Evoluție favorabilă și prognostic favorabil – în stadiile I și II în absența factorilor nefavorabili, care sunt: 1) vârsta > 50 de ani; 2) lărgirea umbrei mediastinului din contul măririi ganglionilor limfatici mai mult decât 1/3 din diametrul cutiei toracice (așa-numitul index mediastinal – toracic > 0,35); 3) afectarea a 4 și a mai multor regiuni de ganglioni limfatici; 4) accelerarea VSH mai mult de 50 mm/oră sau mai mult de 30 mm/oră, în cazurile cu simptome de intoxicare generală.
- Evoluție nefavorabilă și prognostic rezervat – stadiile I și II, cu prezența factorilor nefavorabili (1-4) sau stadiul IIIA, cu ori fără prezența factorilor nefavorabili (1-4).
- Evoluție progresantă și prognostic nefavorabil – stadiile IIIB și IV.

C.2.4.8. Supravegherea pacienților

Caseta 12. Supravegherea pacienților de LH

- Pacienții de LH după finisarea tratamentului se află sub supravegherea hematologului
- În primii 2 ani pacienții trebuie să se prezinte la hematolog peste fiecare 3 luni, în următorii 3 ani peste fiecare 6 luni, iar după 5 ani – o dată în an.
- La fiecare prezentare la consultație la hematolog, în condiții de ambulatoriu se efectuează: analiza generală a sîngelui, conținutul fibrinogenului, α_2 -globulinelor, examenul ultrasonografic al organelor cavității abdominale. Radiografia cutiei toracice cu tomografia mediastinului în primii 2 ani se efectuează la fiecare 6 luni, ulterior – o dată în an.

C.2.5. Stările de urgență

Caseta 13. Stările de urgență în LH

- Sindromul de compresiune a venei cave superioare

C.2.6. Complicațiile (subiectele protocoalelor separate)

Caseta 14. Complicațiile

- Infecții bacteriene
- Infecții virale (Herpes Zoster etc.)
- Complicații autoimune (anemie și trombocitopenie autoimună)

D. RESURSELE UMANE ȘI MATERIALELE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR DIN PROTOCOL

<p><i>D.1. Instituțiile de asistență medicală primară</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie; • asistentă a medicului de familie; • medic de laborator și laborant cu studii medii. <p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tonometru; • laborator clinic standard pentru realizare de: analiză generală a sîngelui cu trombocite și cu reticulocite.
<p><i>D.2. Secțiile de asistență medicală specializată de ambulatoriu</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • oncologi; • medic de laborator clinic și biochimic; • medic imagist; • asistente medicale; • laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic; • alți specialiști (la necesitate). <p>Aparate, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fonendoscop; • tonometru; • cabinet radiologic; • laborator clinic standard pentru realizare de: analiză generală a sîngelui cu trombocite și cu reticulocite.

<p><i>D.3. Instituția de asistență medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească: Centrul Hematologic al IMSP Institutul de Oncologie</i></p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • hematologi; • medici de laborator specialiști în hematologie; • medici de laborator în biochimie; • medici imagiști; • medici endoscopiști; • ginecologi; • asistente medicale • laboranți cu studii medii în laboratorul hematologic; • laboranți cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic; • medici specialiști în diagnostic funcțional; • chirurgi-gastrologi, chirurgie toracală; • ORL-iști; • specialiști morfologi (histologi, citologi).
	<p>Aparate, utilaj: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și a procedurilor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ac pentru trepanobiopsie; • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • ultrasonograf; • cabinet radiologic; • cabinet endoscopic; • laborator hematologic; • laborator morfologic (histologic și citologic); • aparate pentru iradiere la distanță cu Co⁶⁰.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ciclofosfamidă. ✓ Vincristină. ✓ Vinblastină. ✓ Procarbazină*. ✓ Clorambucil. ✓ Doxorubicină. ✓ Bleomicina. ✓ Dacarbazină. ✓ Prednisolon. ✓ Dexametazonă. ✓ Metoclopramid. ✓ Odansetron. ✓ Allopurinol. ✓ Sol. Clorură de sodiu 0,9%. ✓ Clorură de potasiu 1,0. ✓ Ranitidină.

Notă: *preparatul nu este înregistrat în RM

E. INDICATORII DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

Nr.	Scopul	Indicatorul	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A facilita diagnosticarea precoce a pacienților cu LH	Proporția pacienților suspecți de LH, la care diagnosticul a fost confirmat, pe parcursul unui an	1.1. Numărul de pacienți cu LH confirmat, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți suspecți de LH care se află la evidența medicului specialist (hematolog/ oncolog) și a medicului de familie, pe parcursul ultimului an
2.	A spori depistarea precoce a pacienților cu LH	Proporția pacienților de LH, care au fost diagnosticați în stadiile locale (I-II) pe parcursul unui an	Numărul de pacienți de LH, diagnosticați în stadiile locale (I-II), pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți de LH, care se află la evidența medicului specialist (hematolog/ oncolog) și a medicului de familie, pe parcursul ultimului an
3.	A spori calitatea tratamentului acordat pacienților de LH	3.1. Proporția pacienților de LH, la care li s-a efectuat tratament conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Limfomul Hodgkin la adult</i> , pe parcursul unui an	Numărul de pacienți de LH, cărora li s-a efectuat tratament conform recomandărilor din protocolul clinic național <i>Limfomul Hodgkin la adult</i> , pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți de LH care se află la evidența medicului specialist (hematolog/ oncolog) și a medicului de familie, pe parcursul ultimului an
4.	A majora numărul de pacienți cu LH, în remisiune completă	4.1. Proporția pacienților de LH în remisiune completă, pe parcursul unui an	Numărul de pacienți de LH în remisiune completă, pe parcursul ultimului an x 100	Numărul total de pacienți de LH care se află la evidența medicului specialist (hematolog/ oncolog) și a medicului de familie, pe parcursul ultimului an

ANEXE

Anexa 1 Ghidul pacientului cu limfom Hodgkin

Introducere

Acest ghid include informații despre asistența medicală și tratamentul persoanelor cu limfom Hodgkin în cadrul Serviciului de Sănătate din Republica Moldova și este destinat persoanelor cu limfomul Hodgkin, dar poate fi util și pentru familiile acestora, și pentru cei care doresc să afle mai multe informații despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și de tratament, disponibile în Serviciul de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicii trebuie să stabilească dacă o persoană are limfomul Hodgkin;
- ✓ prescrierea tratamentului în limfomul Hodgkin;
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu limfomul Hodgkin;

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 pe deplin și să luați decizii împreună cu cadrele medicale care vă tratează. În acest scop, cadrele medicale trebuie să vă ofere informații accesibile și relevante, pentru starea dvs. Toate cadrele medicale trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice pe înțeles ce este limfomul Hodgkin și care este tratamentul care vi se recomandă.

Limfomul Hodgkin

Limfomul Hodgkin este o tumoare malignă a țesutului limfatic.
Cauzele nu sunt bine determinate.

Manifestările limfomului Hodgkin

Manifestările clinice ale limfomului Hodgkin depind de localizarea inițială a focarului tumoral și de gradul de răspândire a procesului tumoral în organism (stadiul clinic).

Mărirea în dimensiuni a ganglionilor limfatici este un simptom precoce, și timp îndelungat, unicul simptom al limfomului Hodgkin, deoarece în 95-98% din cazuri focarul primar al LH se dezvoltă în ganglionii limfatici. Cel mai frecvent primul focar tumoral apare în ganglionii limfatici cervicali (50%) și supraclaviculari (25%). Ganglionii limfatici axilari și mediastinali servesc ca punct de plecare a maladiei mai rar – în 13% și 10%, respectiv. Foarte rar primul focar se dezvoltă în ganglionii limfatici inghinali (1-3%), retroperitoniali și abdominali (0,6-7,5%). Prin urmare, predomină dezvoltarea LH în ganglionii limfatici, preponderent în cei periferici (80-85%), deoarece în majoritatea cazurilor focarul primar este vizual permite depistarea acestei maladii în stadiile locale.

În cazurile de debut al limfomului Hodgkin în ganglionii limfatici mediastinali pot fi prezente tusea, dispneea care servesc ca motiv de adresare la medic pentru examinarea radiologică care depistează afectarea ganglionilor limfatici mediastinali.

Ganglionii limfatici retroperitoniali măriți pot concrete rădăcinile nervilor spinali și măduva spinală cu dureri în regiunea respectivă a coloanei vertebrale. Examenul ultrasonografic sau tomografia computerizată depistează ganglionii retroperitoniali și/sau abdominali măriți.

Diagnosticul de limfom Hodgkin se poate suspecta la prezența unui singur ganglion limfatic în creștere sau a câtorva ganglioni limfatici într-o zonă care au apărut consecutiv (pe rând), sau a mai multor zone anatomice de ganglioni limfatici care s-au extins consecutiv. Însă diagnosticul de limfom Hodgkin se confirmă în mod obligatoriu morfologic prin puncția și prin biopsia ganglionului limfatic.

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

Tratamentul

Tratamentul include efectuarea chimioterapiei și radioterapiei.

În stadiile locale (I-II) se efectuează 3 cicluri de PChT + RT după program radical + 3 cicluri de PChT.

În stadiul III – 6 cicluri de PChT + RT după program desfășurat.

În stadiul IV – 6-12 cicluri de PChT cu iradierea ulterioară a focarelor reziduale.

La persoanele în vârstă avansată, cu patologii concomitente severe, se aplică numai monochimioterapia și/sau radioterapia.

În toate stadiile după obținerea remisiunii complete timp de 2 ani o dată în 3 luni se efectuează câte un ciclu de PChT în scop de menținere a remisiunii.

BIBLIOGRAFIE:

1. Corcimaru Ion. Limfomul Hodgkin. Hematologie, 2007, 240-252.
2. Clinical Practice Guidelines for the Diagnoses and Management of Lymphoma, 2005.
3. Gociu M. Boala Hodgkin. Tratat de Medicină internă. Hematologie, partea II (sub redacția Radu Păun). Editura medicală. București, 1999, p. 367-393.
4. Health Guide: Hodgkin's lymphoma¹.
5. Hodgkin's Disease, Professional Guide o Diseases².
6. Дёмина Е. А. Лимфогранулематоз. Клиническая онкогематология (под редакцией М. А. Волковой), Москва, «Медицина», 2001, с. 314-335.
7. Каверзнева М. М. et al. Лимфогранулематоз. Руководство по гематологии (под редакцией А.И. Воробьева). Издательство и Ньюдиомед», Москва, 2003, том. 2, с.131-150.

¹ www.fitsugar.com/1916089.

² www.wrongdiagnosis.com/h/hodgkins_disease/intro.htm