

**Coordonator:
Daniel Sur**

Grile de Oncologie Medicală

Autori:

**Dr. Andrei BELU; Dr. Dragoș GOADĂ;
Dr. Alecsandra GORZO; Dr. Ștefan SPÎNU;
Dr. Daiana TEMIAN-VICOL; Dr. Denisa UDREA;
Dr. Diana VOSKUIL-GALOȘ**

**CASA CĂRȚII DE ȘTIINȚĂ
Cluj-Napoca, 2025**

Listă abrevieri	8
Cuvânt-înainte	11
I. TUMORILE CAPULUI ȘI GÂTULUI	13
A. Tumorile de rinofaringe	13
B. Tumorile glandelor salivare	16
C. Carcinomul scuamos al cavității orale, laringelui, orofaringelui și hipofaringelui	20
II. TUMORILE TORACICE	24
A. NSCLC	24
B. SCLC	31
C. Mezoteliomul pleural malign	35
D. Tumorile epiteliale timice	37
III. TUMORILE APARATULUI DIGESTIV	41
A. Cancerul esofagian	41
B. Cancerul gastric	46
C. Cancerul colonic	51
D. Cancerul rectal	62
E. Cancerul anal	67
F. Cancerul căilor biliare	72
G. Carcinomul hepatocelular	75
H. Cancerul pancreatic	77
IV. CANCERUL MAMAR	83
A. Cancerul mamar incipient	83
B. Cancerul mamar metastatic	92
V. TUMORI GINECOLOGICE	97
A. Cancerul de col uterin	97
B. Cancerul endometrial	102
C. Boala trofoblastică gestațională	109

D. Carcinomele ovariene epiteliale	114
E. Tumori ovariene non-epiteliale	119
F. Cancerul vulvar	124
VI. TUMORILE GENITO-URINARE	127
A. Cancerul renal	127
B. Cancerul de vezică urinară	133
C. Cancerul prostatei	137
D. Cancerul penian	138
E. Cancerul testicular	142
VII. SARCOAME	146
A. Sarcomul osos	146
B. Sarcoame de părți moi	151
C. GIST	155
VIII. TUMORILE SISTEMULUI NERVOS	157
A. Glioame de grad înalt	157
B. Metastaze leptomeningeale	159
C. Metastazele cerebrale provenite din tumori	162
IX. TUMORILE ENDOCRINE	164
A. Carcinoamele corticosuprarenalei și feocromocitomul malign	164
B. Tumori neuroendocrine gastropancreatice	167
C. Carcinoidul timic și pulmonar	175
D. Cancerele tiroidei	176
X. TUMORI CUTANATE	186
A. Melanomul malign cutanat	186
XI. METASTAZELE CU PUNCT DE PLECARE NEPRECIZAT	191
XII. ÎNGRIJIRE SUPORTIVĂ ȘI PALIATIVĂ	195
A. Cașexia	195
B. Fatigabilitatea	196
C. Greața și vărsăturile	198
D. Constipația	200
E. Diareea	201

F. Dispneea	206
G. Managementul bolilor cardiace asociate cancerului	208
H. Managementul extravazării citostaticelor	211
I. Managementul reacțiilor infuzionale asociate cu terapiile cancerului	214
J. Trombembolismul venos la pacienții cu cancer	215
K. Prezervarea fertilității	220
L. Bone health – sistemul osos în patologia oncologică	224
M. Toxicitatea dermatologică	228
N. Managementul neutropeniei febrile	231
O. Durerea	234
P. Managementul neurotoxicității	238
R. Managementul anemiei	240
XIII. SINDROAME EREDITARE	243
A. Cancere ereditare gastrointestinale	243
B. Reducerea riscului și screening în sindroamele ereditare de sân și ovar	244
RĂSPUNSURI	245
MULȚUMIRI	255

I. TUMORILE CAPULUI ȘI GÂTULUI

A. TUMORILE DE RINOFARINGE

1. Incidența carcinomului de rinofaringe (în zonele cu incidență scăzută):

- a) Crește odată cu vârstă
- b) Prezintă un vârf la adolescenți și adulți tineri
- c) Prezintă un vârf după 65 de ani
- d) Crește după 30 de ani
- e) Prezintă un vârf între 40 și 59 de ani

2. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) Supraviețuirea la 5 ani este de 72% pentru pacienții cu vârste între 15 și 45 de ani
- b) Supraviețuirea la 5 ani este de 36% pentru pacienții cu vârste între 15 și 45 de ani
- c) Supraviețuirea la 5 ani este de 72% pentru pacienții cu vârste între 65 și 74 de ani
- d) Supraviețuirea la 5 ani este de 36% pentru pacienții cu vârste între 65 și 74 de ani
- e) Prognosticul este mai bun pentru persoanele de sex masculin

3. În ceea ce privește diagnosticul, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) Atunci când tumora primară nu este vizibilă la endoscopie, se biopsiază țesutul de la nivelul rinofaringelui pozitiv la IRM
- b) Atunci când tumora primară nu este vizibilă la endoscopie, se biopsiază țesutul de la nivelul rinofaringelui pozitiv la PET
- c) Biopsia / Disecția ganglionilor de la nivel cervical este recomandată, atunci când primul semn al bolii este reprezentat de prezenta adenopatiilor cervicale
- d) Biopsia chirurgicală a ganglionilor trebuie evitată
- e) Determinarea prezenței EBV prin ISH este indicată

4. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) Termenul „carcinom de rinofaringe” se referă la toate cancerurile cu celule scuamoase, clasificate în keratinizante, non-keratinizante și subtipurile bazaloide
- b) Carcinoamele keratinizante se împart în diferențiate și nediferențiate
- c) Carcinoamele non-keratinizante se împart în diferențiate și nediferențiate
- d) Carcinoamele keratinizante sunt mai frecvente în regiunile endemice
- e) Carcinoamele non-keratinizante sunt mai puțin frecvent întâlnite și se asociază cu infecția cu EBV

5. EBV:

- a) Este un ADN-virus
- b) Forme latente se găsesc la nivelul celulelor epiteliale normale și la nivelul celulelor cu un grad scăzut de displazie

- c) Celulele infectate cu EBV exprimă mai multe proteine latente, atât antigene nucleare, cât și proteine membranare
- d) Este un factor cauzativ suficient pentru carcinomul de rinofaringe non-keratinizant
- e) Rolul său în carcinoamele keratinizante este mai puțin pronunțat

6. HPV:

- a) În zonele endemice, pozitivitatea p16 și expresia HPV, este prezentă la 8% din pacienții cu carcinom nediferențiat non-keratinizant
- b) Expresia HPV are un prognostic mai slab decât expresia EBV
- c) În zonele non-endemice, expresia HPV este mai frecvent întâlnită în carcinoamele keratinizante
- d) Rolul său în carcinogeneză este clar stabilit
- e) Rolul său în progresia bolii este clar stabilit

7. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) IRM-ul reprezintă metoda cea mai precisă pentru stadializarea locală
- b) Pentru detecția afectării ganglionare IRM-ul este mai precis comparativ cu CT-ul
- c) Cea mai bună investigație pentru detecția metastazelor la distanță, în termen de sensibilitate și specificitate, este FDG-PET
- d) Înaintea debutului tratamentului, trebuie efectuate teste audiometrice, consult stomatologic, oftalmologic, endocrinologic, precum și evaluarea statusului nutrițional
- e) Toate răspunsurile de mai sus

8. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) Strategiile optime de tratament pentru pacienții cu carcinom de rinofaringe trebuie discutate în echipe multidisciplinare
- b) Radioterapia reprezintă o componentă esențială a tratamentului cu intenție curativă a carcinomului de rinofaringe non-diseminat
- c) Radioterapia convențională 2D și 3D ameliorează supraviețuirea globală la 5 ani comparativ cu radioterapia cu intensitate modulată
- d) Dintre efectele secundare imediate ale radioterapiei, fac parte xerostomia, trismusul și injuria de lob temporal
- e) Terapia cu protoni reprezintă o abordare promițătoare pentru pacienții cu carcinom de rinofaringe local avansat

9. Următoarele afirmații despre radioterapie sunt false:

- a) O doză totală de 50-60 Gy este necesară pentru eradicarea bolii microscopice
- b) O doză totală de 70 Gy este necesară pentru iradierea zonelor la risc
- c) Radioterapia cu intensitate modulată poate fi aplicată utilizând un boost secvențial sau un boost simultan integrat
- d) În majoritatea cazurilor, regimurile hipofractionate convenționale sau moderate, cu o doză totală de 70 Gy în 23-25 de fracții sunt utilizate
- e) Dintre toxicitățile tardive fac parte osteoradionecroza, pseudoanevrismul de carotida și toxicitățile neurologice

10. Carcinomul de rinofaringe T1N0M0:

- a) Se tratează exclusiv prin radioterapie
- b) Se tratează exclusiv prin chimioterapie
- c) Se tratează prin chimioradioterapie
- d) Se utilizează o doză de Cisplatin de 30mg/m²/săptămână
- e) Se tratează prin radioterapie cu intensitate modulată

11. Carcinomul de rinofaringe stadiul III și IVA:

- a) Se tratează prin chimioradioterapie
- b) Agentul chimioterapic standard utilizat este Carboplatin
- c) Regimul cel mai utilizat este reprezentat de Cisplatin 100mg/m² la fiecare 3 săptămâni, cu radioterapie concomitentă
- d) Cisplatin 40mg/m²/săptămână a demonstrat un beneficiu în ameliorarea supraviețuirii globale
- e) Doza cumulativă totală de Cisplatin trebuie să fie mai mare de 200mg/m²

12. Chimioterapia de inducție:

- a) Ameliorează supraviețuirea fără recurența bolii în stadiile III-IVB
- b) Ameliorează supraviețuirea globală în stadiile III-IVB
- c) Este reprezentată de 3 cicluri de Cisplatin/Gemcitabina
- d) Este asociată cu mai multe toxicități acute, dar nu și tardive, comparativ cu radiochimioterapie
- e) Toate răspunsurile de mai sus sunt corecte

13. Următoarele afirmații referitoare la recurențele locoregionale sunt adevărate:

- a) Recurențele locale mici sunt potențial curabile
- b) Opțiunile terapeutice optime includ nazofaringectomia, brachiterapia, radiochirurgia, radioterapia stereotactică, radioterapie cu intensitate modulată
- c) Pentru pacienții neeligibili la chirurgia de salvare sau la reiradiere, în prima linie se poate administra imunoterapie
- d) Pentru pacienții neeligibili la chirurgia de salvare sau la reiradiere, în prima linie se poate administra Cetuximab
- e) Pentru pacienții neeligibili la chirurgia de salvare sau la reiradiere, în prima linie se administrează Cisplatin/Gemcitabina

14. Următoarele afirmații referitoare la recurențele locoregionale sunt false:

- a) Radioterapie cu intensitate modulată este de preferat în cazul pacienților cu recurență locală rT1-rT3
- b) Nazofaringectomia este de preferat în cazul recurențelor locale, fără invazie la nivelul arterelor carotide și care nu se extind la nivel intracranian
- c) Nivelul ADNului circulant al EBV înainte de inițierea tratamentului reprezintă un factor prognostic pentru metastazarea la distanță, în cazul pacienților eligibili la chirurgie

- d) Recurențele limfatice la nivel cervical se tratează prin radioterapie
- e) Recurențele limfatice la nivel cervical se tratează prin disecție ganglionară

15. Carcinomul de rinofaringe metastatic:

- a) Tratamentul de elecție este reprezentat de Cisplatin/Gemcitabina
- b) La pacienții nou diagnosticați, radioterapia locoregionala este contraindicată
- c) PFS și OS în linia 2 de tratament sunt între 5 și 12 luni
- d) Tratamentul standard în linia 2 este reprezentat de Paclitaxel
- e) Pacienții oligometastatici pot fi tratați prin chirurgie sau radioterapie definitivă la nivelul metastazelor

16. În ceea ce privește follow-up-ul pacienților cu carcinom de rinofaringe, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) IRM / PET se efectuează la 3 luni după terminarea radioterapia cu intensitate modulată
- b) Endoscopia nazală se efectuează la fiecare 6 luni în primii 3 ani după tratament
- c) Dozarea ADN-ului EBV se efectuează la 4 săptămâni după terminarea radioterapiei cu intensitate modulată, apoi la fiecare 6 luni
- d) Funcția tiroidiană se evaluează anual
- e) Funcția glandei pituitare se evaluează în caz de semne / simptome specifice

B. TUMORILE GLANDELOR SALIVARE

1. Următoarele afirmații despre tumorile de glande salivare sunt adevărate:

- a) Industria producătoare de cereale este asociată cu un risc crescut de cancer de glande salivare minore
- b) Singurul factor de risc bine stabilit este fumatul
- c) Carcinomul adenoid chistic apare la vârste mai înaintate decât adenocarcinomul
- d) Rata supraviețuirii relative la 5 ani pentru pacienții cu cancer de glande salivare majore este de 63% în Europa
- e) Rata supraviețuirii relative la 5 ani pentru pacienții cu cancer de glande salivare minore este de 63% în Europa

2. Următoarele afirmații despre diagnosticul tumorilor de glande salivare sunt false:

- a) Paralizia de nerv facial face parte din simptomele care trebuie să ridice suspiciunea de cancer de glande salivare
- b) Sistemul recomandat pentru raportarea citopatologiei glandelor salivare este reprezentat de sistemul Milano
- c) Metoda minim invazivă de prima intenție pentru evaluarea preoperatorie a tumorilor parotidiene este reprezentată de biopsia cu ac central (core needle biopsy)

- d) Biopsiile deschise trebuie evitate în leziunile de glande salivare majore
e) Metoda imagistică preferată pentru evaluarea leziunilor glandelor salivare majore este reprezentată de FDG-PET

3. Următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) Statusul receptorilor androgenici este obligator pentru carcinomul de ducte salivare metastatic
b) Statusul HER2 este obligator pentru adenocarcinomul de ducte salivare NOS metastatic
c) Fuziunea NTRK este utilă în diferențierea carcinomului chistic adenoid de carcinomul cu celule acinice
d) Secvențierea întregului genom este recomandată pentru toate subtipurile de tumori de glande salivare recurente sau metastatice
e) 40%-50% dintre pacienții cu cancer de glande salivare prezintă mutații activatoare sau fuziuni genice

4. Chirurgia în tumorile de glandă parotidă:

- a) Pentru tumorile cT1-T2N0, localizate la nivelul lobului superficial, parotidectomia superficială este suficientă
b) Pentru tumorile de grad scăzut, parotidectomia superficială este suficientă
c) Pentru tumorile de grad intermediar sau înalt, parotidectomia totală este recomandată
d) Nervul facial trebuie prezervat indiferent de prezența sau absența paraliziei preoperatorie
e) Disecția ramurilor nervului facial, cu o rezecție extinsă poate fi necesară, mai ales pentru carcinomul cu celule acinare, care se caracterizează prin extindere de-a lungul nervului

5. Tumorile de glandă submandibulară:

- a) Cel mai frecvent întâlnit este carcinomul adenoid chistic
b) Prevalența metastazelor la nivelul ganglionilor limfatici este mai mică comparativ cu neoplaziile de parotidă
c) Pentru obținerea marginilor de rezecție negative, în cazul carcinomului adenoid chistic, se poate ajunge la rezecția nervului hipoglos
d) Pentru tumorile limitate la nivelul glandei este necesară o rezecție a ganglionilor limfatici de la nivelul Ib
e) Pentru tumorile de grad intermediar, fără o evidență clinică a afectării ganglionare, procedura standard implică disecția ganglionilor de la nivelul I, II și III

6. În cazul tumorilor de glande salivare cN+:

- a) În cazul carcinoamelor parotidiene incidența variază între 8% și 33%
b) Ariile ganglionare cele mai afectate, în cazul carcinoamelor parotidiene, sunt cele de la nivelurile II, III, IV și V

- c) Intervenția chirurgicală indicată este o disecție a tuturor ariilor ganglionare (I - V)
- d) În cazul carcinoamelor submandibulare incidența variază între 10% și 40%
- e) În ceea ce privește cancerele glandelor salivare majore, pot fi afectați și ganglionii retrofaringieni și cei mediastinali

7. Factorii de prognostic clinic pentru pN+ în carcinoamele parotidiene sunt următorii:

- a) Vârsta >54 ani
- b) Durerea
- c) Disfuncția nervului VII
- d) >T1
- e) >T2

8. Factorii de prognostic histopatologici pentru pN+ în carcinoamele parotidiene sunt următorii:

- a) Tipul histologic
- b) Tumorile de grad scăzut
- c) Tumorile de grad intermediar-crescut
- d) Invazia țesutului moale extraglandular
- e) Invazia limfatică

9. Tipurile histologice cu o prevalență >50% a bolii cN0 pN+ sunt:

- a) Carcinomul de ducte salivare
- b) Carcinomul cu celule scuamoase
- c) Carcinomul nediferențiat
- d) Adenocarcinomul NOS
- e) Toate variantele de mai sus

10. Urmatoarele afirmații despre tratamentul carcinoamelor de glandă parotidă sunt adevărate:

- a) În cazul tumorilor T1-T2, după rezecția tumorii primare, o politică tip watch-and-wait la nivel ganglionar poate fi aplicată
- b) În cazul tumorilor T1-T2, după rezecția tumorii primare, se poate efectua disecția ganglionară electivă
- c) Iradierea electivă la nivel cervical este recomandată în cazul prezenței factorilor de risc pentru tumorile cN0 pN+
- d) Atunci când există un risc înalt de afectare nodală ocultă preoperativ, disecția ganglionară electivă la nivelurile I-V este recomandată
- e) Atunci când există un risc înalt de afectare nodală ocultă preoperativ, disecția ganglionară electivă la nivelurile II-IV este recomandată

11. Radioterapia postoperatorie are următoarele indicații:

- a) T1-T4
- b) T3-T4
- c) Grad intermediar / înalt
- d) Margini de rezecție pozitive
- e) Creștere perineurală

12. Privind radioterapia postoperatorie, următoarele afirmații sunt adevărate:

- a) Doza după o rezecție incompletă este 30 x 2 Gy + margine de 1 cm
- b) Doza după o rezecție completă este 33 x 2 Gy
- c) Iradierea elective cervicală (25 x 2 Gy, 5 săptămâni) are aceleași indicații ca și disecția ganglionară elective
- d) Iradierea elective cervicală este indicată în T3-T4 cN0
- e) Iradierea elective cervicală este indicată în cazul tumorilor de grad intermediar sau crescut

13. Privind radioterapia postoperatorie, următoarele afirmații sunt false:

- a) Ganglionii ipsilaterali nivel II și III trebuie iradiați în tumorile de glandă submandibulară
- b) Ganglionii ipsilaterali I, II și III trebuie iradiați în tumorile de glandă parotidă
- c) O doză de 30 x 2 Gy este recomandată la nivelul ganglionilor afectați
- d) O doză de 33 x 2 Gy este recomandată în caz de boală extranodală
- e) Pentru nivelurile I-V ipsilateral, se recomandă o doză de 25 x 2 Gy

14. Următoarele afirmații despre boala recurentă / metastatică sunt adevărate:

- a) Reiradierea cu C12 poate fi luată în considerare
- b) Adăugarea tratamentului cu protoni aduce beneficii
- c) Participarea în studii clinice este recomandată
- d) Pentru boala oligometastatică tratamentele locoregionale nu sunt recomandate
- e) Toate răspunsurile de mai sus sunt adevărate

15. Carcinomul mucoepidermoid:

- a) Riscul de metastaze la distanță de 10 ani este de 16%
- b) În boala recurentă / metastatică, una din opțiunile terapeutice este reprezentată de Cisplatin/Adriamicina/Ciclofosfamidă
- c) Fuziunea CRTC1-MAML2 este rar întâlnită
- d) Fuziunea CRTC1-MAML2 determinată up-regulation a ligandului amfiregulina
- e) Fuziunea CRTC1-MAML2 determinată down-regulation a ligandului amfiregulina

16. Carcinomul adenoid chistic :

- a) Poate fi cauzat de o mutație activatoare a NOTCH
- b) În caz de metastaze pulmonare, fără recurență locală, o strategie de tip watch-and-wait este recomandată

- c) Pentru tratamentul sistemic inhibitorii angiogenezei sunt recomandați
- d) Pentru tratamentul sistemic se pot utiliza regimuri pe bază de platină
- e) Inhibitorii punctelor de control ai imunității arată rezultate promițătoare în studiile clinice

17. Carcinomul de ducte salivare:

- a) Pentru cazurile cu receptori androgenici pozitivi, hormonoterapia poate fi luată în considerare
- b) Pentru cazurile HER2 + Docetaxel-Trastuzumab sau T-DM1 pot fi luate în considerare
- c) Pentru tratamentul sistemic, combinația Carboplatin/Paclitaxel poate fi luată în considerare
- d) 30%-60% din pacienți răspund la tratamentul cu anti-PDL1
- e) Cea mai frecvent întâlnită mutație este PIK3CA

C. CARCINOMUL SCUAMOS AL CAVITĂȚII ORALE, LARINGELUI, OROFARINGELUI ȘI HIPOFARINGELUI

1. Principalii factori de risc sunt reprezentați de:

- a) Fumat
- b) Radiații
- c) Imunosupresia îndelungată
- d) Alcool
- e) HPV

2. Printre patologiile moștenite, asociate cu un risc crescut de SCCHN, se numără:

- a) Anemia Fanconi
- b) Ataxia-Telangiectazia
- c) Sindromul Bloom
- d) Sindromul Li-Fraumeni
- e) Toate cele enumerate mai sus

3. În cadrul bilanțului de stadializare și diagnostic, sunt puternic recomandate să se efectueze următoarele:

- a) Examinarea dentiției
- b) Endoscopie rigidă la nivelul capului și gâtului
- c) CT torace
- d) Esofagoscopie
- e) Bronhoscopie

4. În ceea ce privește p16, următoarele afirmații sunt adevărate :

- a) IHC trebuie efectuată la toți pacienții cu carcinom scuamos de cap și gât nou diagnosticat, indiferent de localizare
- b) În caz de pozitivitate pentru metastazele cervicale de origine necunoscută, statusul p16 prin trebuie confirmat prin ADN/ARN/ISH
- c) Are valoare prognostică pentru carcinomul scuamos de orofaringe
- d) Are valoare prognostică pentru carcinomul scuamos de cavitate bucală
- e) Are valoare prognostică pentru carcinomul scuamos de hipofaringe

5. Anterior inițierii tratamentului, trebuie evaluate :

- a) Statusul nutrițional
- b) Statusul dental
- c) Indexul de fragilitate
- d) Statusul psihologic și social
- e) Niciuna din cele enumerate mai sus

6. Pentru tumorile T1/T2N0M0:

- a) Pentru tumorile de cavitate orală/orofaringe stadiul I, brahiterapia reprezintă o opțiune terapeutică
- b) Tratamentul chirurgical și EBRT asigură un control loco-regional similar
- c) Pentru tumorile glotice T1 nu trebuie efectuată limfadenectomie cervicală / RT ganglionară profilactică
- d) În stadiul I se preferă CRT concomitentă, cu o doză de RT de 66-70 Gy
- e) În stadiul II se pot administra 89,5 Gy / 70 fr

7. În cazul tumorilor local avansate:

- a) Intervenția chirurgicală este prima opțiune pentru toate localizările
- b) Intervenția chirurgicală reprezintă prima opțiune pentru tumorile de cavitate orală T3/T4, laringe T4, hipofaringe fără invazia cartilajului laringean, laringe non-funcțional
- c) CRT se preferă pentru tumorile nerezecabile
- d) CRT se preferă pentru tumorile rezecabile cu prognostic infaust
- e) Pentru tumorile de orofaringe intervenția chirurgicală este modalitatea terapeutică preferată

8. Următoarele afirmații referitoare la CRT concomitentă sunt adevărate:

- a) Doza totală de Cisplatin trebuie să fie minim 300 mg/mp
- b) În caz de RT cu 70 Gy / 35 fr, 2 Gy / fr / 6 săptămâni, se vor administra 2 cicluri de Cisplatin 100 mg/mp
- c) În caz de RT cu 70 Gy / 35 fr, 2 Gy / fr / 7 săptămâni, se vor administra 3 cicluri de Cisplatin 100 mg/mp
- d) Se poate face cu Carboplatin și 5-FU
- e) Se poate face cu Cetuximab