

# SPITALUL ORĂȘENESC BUHUȘI

Oras Buhuși, str. Văloagă nr.3, jud. Bacău. A.S.F. nr. 1031 din 12.03.2018. C.I.F. 4187271. Cod postal 605100.

Accreditat A.N.M.C.S.. ORDIN 235/ 30.12.2015. Operator de date Nr.notificare. 17475

Tel: 0234-262220 – centrala. Tel/Fax: 0234-261560 – secretariat;

e-mail: [spitalbuhusi@gmail.com](mailto:spitalbuhusi@gmail.com). site: [www.spitalbuhusi.ro](http://www.spitalbuhusi.ro)



I.S.O. 9001/2015 studii clinice  
N.C. 56336/A/001/UK/Ro

I.S.O. 22000/2005  
N.C. 56336/A/0002/UK/Ro

O.H.S.A.S. 18001/ 2007  
N.C.56336/B/0001/UK/Ro

Nr.....12868..... din.....23.10.....2019.

**Avertisment!** Acest document conține informații și date care sunt proprietatea Spitalului Orasenesc Buhuși.  
Reproducerea și difuzarea sunt în exclusivitate dreptul spitalului.

## Protocol –Ghid de diagnostic si tratament pentru tumori benigne ale pielii

Tip protocol	De diagnostic	De tratament	De diagnostic și tratament	x
--------------	---------------	--------------	----------------------------	---

**Codificare – tipul protocolului / Cod DRG al Secției/ Comp. / Număr înregistrare PDT. AI .12868**

Exemplarul nr. 0

Elaborat. Dr.Scutelnicu Mara-Elena	Data.22.10.2019	Semnătura. <i>Dr. SCUTELNICU MARA-ELENA</i> medic specialist dermato-venerologie cod A24780
Verificat. Dir. Medical.Dr. Onofrei Irina-Luiza	Data. 22.10.2019	Semnătura. <i>[Signature]</i>
Verificat pentru conformitate. MC Ing.Vrinceanu Alina	Data. 23.10.2019	Semnătura. <b>MANAGER DE CALITATE</b> Ing. VRINCEANU ALINA
Aprobat. Manager. Dr.Poiana Constantin	Data. 23.10.2019	Semnătura. <i>[Signature]</i>
<b>Diseminare.</b> Catre medicii din cadrul Ambulatoriului Spitalului Orasenesc Buhuși		
<b>Aplicare.</b> De catre medicii din cadrul Ambulatoriului Spitalului Orasenesc Buhuși		



Editia/ Revizia	Componenta revizuită	Descrierea modificării	Data de la care se aplică prevederile ediției / reviziei
Ediția I	x		29.10.2019
Revizia 1			
Revizia 2			
Revizia 3			

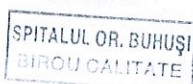
**Revizia acestui protocol se face ținând cont de rezultatele implementării, indicatorilor de monitorizare de structură, de proces, rezultatelor obținute, modificări legislative, modificări de circuite, reorganizări interne, etc.**

**Revizia nu este obligatorie decât dacă se îndeplinesc cel puțin unul dintre criteriile sus menționate.**

Spitalul Orășenesc Buhuși.



S.M.C.



## Scop.

Tumorile benigne sunt entitati morbide frecvent intalnite in practica medicala (peste 30% din patologia serviciilor din dermatologie), au crestere lenta, delimitare neta si persista in zona topografica in care au aparut, fara metastazare.

## Definiții .

Tumorile cutanate benigne sunt formatiuni proliferative neinflamatorii, congenitale sau dobandite. Ele pot deriva din structurile epiteliale ale pielii ,din tesuturile mezenchimale sau se pot forma prin retentia unor secretii (chiste).

## Documente de referință.

Dermatologie si infectii transmise sexual

Autori: Zenaida Petrescu, Daciana Elena Branisteanu, Tatiana Taranu, Laura Stasescu, colaborator: Cristian Stasescu

Dermatologie clinica editia a II a

Autori: Ion Tolea, Stefan Popescu, Simona Ianosi, Amalia Chiurtu, Ion Florea, Virgil Patrascu, Florin Romanescu

Tratat de terapeutică Dermato-venerologica

Autori: Justin-Dumitru C. Diaconu, Oana Andreea Coman, Vasile Benea

## Descrierea protocolului.

### Tumori benigne clasificare :

#### 1.1 Tumori epiteliale hiperplazice

**Nevul verucos epidermic:** leziune circumscrisa ,reliefata, hiperkeratozica ,prezent de la nastere sau din copilărie.

**Keratoacantomul :** tumora frecvent unica cu punct de plecare epiteliul infundibulului folicular ,localizata predilect pe zonele descoperite (fata dorsala a mainilor, gat, fata), la debut imbraca aspectul de paula rotunjita, ferma ,iar in perioada de stare aspectul unui nodul ferm cu centrul deprimat ,crateriform ,ocupat de un dop keratozic.

**Acantomul cu celule clare Degos:** tumora unica ,de mici dimensiuni ,culoare roz, cu suprafata eroziv-crustoasa si localizare predilecta pe gambe .

**Veruci seboreice (keratoze seboreice):** leziuni multiple cu aspect de placi galbui-brune situate pe fata, trunchi ,membre superioare, regiune cervicala, submamara, axilara. Leziunile multiple aparute exploziv pot avea semnificatia unui sindrom paraneoplazic (Lesser -Trelat).

**Trichoepiteliomul:** tumora benigna cu aparitie in adolescenta cu localizare pe fata si scalp si avand in structura celule bazale libere similare bulbului pilos ,teci pilare si foliculare abortive.

#### 1.2 Tumori prin hiperplazie glandulara

**Adenomul sebaceu:** tumor nodulara si lobulata sau omblicata central de culoare alb-galbuie cu diametrul de aprox 0,5 cm cu glande sebacee incomplet maturate in structura, de consistenta ferma ,localizat pe fata si scalp ,asimptomatic .

**Nevul sebau Jadassohn:** leziune congenitala cu elemente de glanda sebacee, glanda sudoripara apocrina si foliculi pilosi absenti ,localizata pe scalp si fata .Are aspect de placa papilomatoasa ,alopecica, acoperita de cruste seboreice galbui avand o crestere lenta in timp .

**Boala Fordyce :** glande sebacee ectopice cu aspect de papule alb-galbui pe mucoasa bucala si mai putin pe cea labiala.



**Hidradenoamele (siringnoamele):** tumori benigne cu punct de plecare in glanda sudoripara ecrina care apar la nivelul pleoapelor (mici papule ferme pe pleoapa inferioara) sau exploziv (hidradenoame eruptive), pe fata antero-superioara a toracelui.

**Hidradenoma papilliferum:** tumora solida sau chistica rara cu diferentiere apocrina, care se prezinta sub forma unui nodul de culoarea pielii, de mici dimensiuni, asimptomatic, cu localizare vulvara sau perineala la femeia adulta, in cazuri rare pe pleoape sau in conductul auditiv extern.

**Poromul ecrin:** tumora cu origine in ductul ecrin intraepidermic cu localizare in regiunea plantara, de aspectul unui nodul mic, nedureros, de culoarea pielii sau roz-rosietic.

### 1.3. Tumori prin retentie (chistele)

**Chistul epidermoid:** chist cheratinocitar care se formeaza prin ocluzia infundibulului foliculului pilos, cu aspect hemisferic, alb-galbui, de consistenta elastica sau ferma cu continut cornos, localizat oriunde pe suprafata cutanata.

**Chistul trichilemal (pilar):** chist cu origine in epiteliul folicular distal fata de deschiderea ductului sebaceu, sub forma unui nodul rotunjit, mobil, localizat exclusiv pe scalp.

**Chistul dermoid:** disembrionozie cu localizare pe linia mediana a corpului (ventral sau dorsal) cu continut constituit din resturi embrionare epidermice si anexiale.

**Pilomatrixonul:** varianta rara de chist epidermoid, este un nodul solitar subcutanat aderent la piele, localizat pe gat, cap, extremitatile superioare la copil si adultul tanar.

**Chistul mucos:** se formeaza prin obstructia canalului excretor al glandei salivare, se localizeaza pe buze, gingii, limba.

**2. Tumori benigne conjunctive:** Survin prin hiperplazia elementelor tisulare cu origine mezotermica.

#### 2.1 Fibroamele:

**Fibromul in pastila (dermatofibromul):** tumora nodulara mai frecvent solitara, rezultata prin hiperplazia tesutului conjunctiv adult, localizata mai ales pe membrele inferioare, cu aspect lenticular, rotund-ovalara rosie sau bruna.

**Fibromul pendulum:** tumora pediculata, de culoarea pielii, localizata frecvent in axile, latero-cervical si inghinal-crural.

**2.2 Keloidele:** tumori rezultate prin proliferarea unui tesut fibros dens bogat in fibroblasti si fibre de colagen, spontane sau posttraumatice, ca proces de vindecare a unei plagi cutanate, depasind insa marginile leziunii initiale. Au aspect de leziuni hipertrofice bine delimitate, rosii sau brunrosietice, ferme, cu suprafata neteda, uneori pruriginoase sau dureroase.

**2.3. Histeocitomul:** tumora prin proliferarea elementelor conjunctive tinere asemanatoare clinic fibromului.

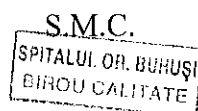
**2.4. Angioamele:** Tumori determinate de hiperplazii vasculare circumscrise, obisnuit congenitale.

**Angioamele plane:** leziuni congenitale cu aspect de pete, de forme si dimensiuni variate, cu suprafata neteda, de culoare roz sau rosie-violacee si localizare electiva la nivelul extremitatii cefalice (fata, regiune occipitala) si gatului si mai putin partea superioara a trunchiului.

Alte tipuri de malformatii vasculare ce se pot asocia nevus flammeus (venoase, limfatice sau mixte) constituie sindroame pecum:

- sindromul Sturge-Weber
- sindromul Klippel-Trenaunay
- sindromul Parkes-Weber
- sindromul Cobb
- sindromul Wyburn-Mason

**Angiomul tuberos:** tumora reliefata cu suprafata muriforma, rosie-violacee, elastica cu structura histologica dominata de proliferari endoteliale localizata la nivelul extremitatii cefalice, poate involua spontan (ins 70-90 % din cazuri) pana la varsta de 7 ani.





**Angiomul cavernos:** tumora dermo-hipodermica profunda de dimensiuni mari, cu tegumentul de acoperire nemodificat și persistentă pe toată viața.

**Angiokeratomul circumscris:** ectazie vasculară a dermului papilar, de timp malformație capilară asociată cu pilomatoza, acantoza și hiperkeratoza frecvent congenitală, cu localizare predilectă pe extremitățile membrelor inferioare cu aspect de papula sau placă sau nodul mic, verucos, de culoare roșie închisă, ușor compresibilă.

**Limfangiomul:** malformație hemartomatoasă congenitală a sistemului limfatic, interesând pielea și țesutul celular subcutanat, după profunzimea și dimensiunile anomaliei vaselor limfatice se clasifică în limfangiom superficial și limfangiom profund.

**Limfangiomul circumscris** se manifestă clinic prin vezicule multiple, grupate translucide cu conținut limfatic clar sau sero-sanguinolent uneori keratozice cu localizare pe extremitățile proximale, trunchi, axile, cavitatea orală (limba), scrot.

**Limfangiomul cavernos:** se manifestă clinic prin arii tumefiate sau îngroșate de piele /mucoasă cu diametrul de 1 sau mai mulți centimetri dureroase la compresiune interesând capul, gatul și mai puțin extremitățile.

**Tumora glomica:** neoplasm benign diferentiat din celule musculare netede modificate ale porțiunii arteriale a corpului glomic sau canalului Sucquet-Hoyer. Este solitar sau mai rar multiplu, localizate obișnuit în ariile subunghiale. Aspectul clinic este de papula sau nodul albastru sau purpuriu cu diametrul sub un centimetru.

**2.5. Lipoamele:** sunt tumori benigne ce survin mai frecvent la vârsta adultă formate din celule adipoase mature și localizate în țesutul celular subcutanat și mai rar în organele interne. Clinic se manifestă prin mase elastice, cu diametrul de aproximativ 2-10 cm, adesea lobulate cu tegumentul de acoperire de aspect normal. Se clasifică în:

- Lipoame solitare
- Lipomatoze congenitale difuze
- Lipomatoze benigne simetrice (boala Madelung)
- Lipomatoza multiplă familială
- Boala Dercum: lipoame dureroase localizate pe extremități și survenite la femei obeze
- Angiolipoame: noduli subcutanți moi
- Hibernoame: tumori solitare nodulare cu localizare interscapulară, axilară, cervicală și mediastinală

**2.6. Leiomiomul:** tumora mică dezvoltată din mușchii piloerectori cu aspect de nodul solid, brun sau albastru de consistență fermă.

**2.7. Tumora Abrikosov:** Nodul mic localizat pe fața dorsală a limbii, dezvoltat din celule musculare embrionare.

**2.8. Neuroamele cutanate:** leziuni cutanate dezvoltate din țecile nervilor periferici.

Neurofibroamele sunt leziuni solitare sau multiple în neurofibromatoze, rar dureroase.

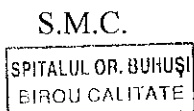
Nevromul: este o tumora dureroasă, dură la palpare, de obicei unică, situată în dermul profund, derivând din filetele nervoase posttraumatice (nevrom de amputație) sau idiopatic

Schwannomul sunt tumori asimptomatice localizate la nivelul extremității cefalice, gâtului și suprafețelor de flexie ale extremităților membrelor.

### **3. Tumori benigne ale sistemului pigmentar (nevi nevocelulari sau melanocitari)**

Definiție: Neoplasme benigne sau hematoame cu structură melanocitară localizate pe piele și/sau mucoase, apar la naștere prin anomalii de embriogeneza (nevi congenitali) sau în cursul vieții mai ales la vârsta copilăriei și adolescenței (nevi dobândiți).

**Aspecte clinice:** Clinic: leziuni pigmentare bine delimitate de forme și dimensiuni variate, culoarea variind de la brun-negru la maro deschis; pot fi simple macule pigmentare sau leziuni papuloase nodulare papilomatoase, verucoase, globuloase, piloase cu localizare ubicuitară.



Nevii melanocitari dobanditi sunt de mici dimensiuni ,uniform colorati (de la aramiu la brun ,sau hipopigmentati).

Cei congenitali sunt fie mici,intermediari sau giganti (peste 3 cm dimetru).

Nevii dispalzici sunt nevi pigmentari dobanditi ,imprecis delimitati ,colorati neomogen cu dimensiuni mai mari de 6 mm ,reliefati.

#### **Forme clinice particulare:**

-Nevii cu halou (nevi Sutton ) prezinta halou acromic peripigmentar;

-Nevul albastru apare obisnuit pe scalp si extremitatile distale ;

-Nevul Spitz:are aspect de papula roz pe scalpul copiilor

#### **Investigatii paraclinice:**

Histopatologic:melanocitele neoplazice benigne (celule nevice ) au cel mai frecvent nucleu rotund sau ovoid ,putina citoplasma si formeaza cuiburi in portiunea inferioara a epidermului (nev melanocitar jonctional) de-a lungul jonctiunii si in dermul superficial(nev melanocitar compus) sau exclusiv in derm (nev melanocitar dermic).Spre deosebire de melanom ,cuiburile de celule nevice sunt relativ omogene ca dimensiuni si forma.Nevii congenitali sunt ca structura leziuni hamartom-like continand pe langa melanocite si foliculii pilosi sau alte anexe.

**Evolutie ,prognostic:**Nevii sunt leziuni ce trebuie supravegheate clinic,periodic pentru surprinderea modificarilor macroscopice ce sugera conversia spre melanom.

**4.Cornul cutanat:** survine obisnuit pe pielea fotoexpusa dar poate interesa si ariile anatomice protejate de radiatiile solare.Hiperkeratoza se dezvolta pe o leziune proliferata care cel mai adesea (30% cazuri) este o keratoza actinica in 20% cazuri este o veruca si in alte 20% cazuri -o leziune maligna.Deci mai mult de jumătate din cazuri sunt benigne.Alte leziuni benigne pe care se poate dezvolta sunt reprezentate de keratoza seboreica ,nevil epidermic ,chistul trichilemal,trichilemomul,prurigo nodular si nevil intradermic.

Malignitatea mai frecvent de tip carcinom scuamocelular decat bazocelular survine mai frecvent la pacientii varstnici,induratia bazei fiind markerul prezentei acesteia in baza leziunii.Ea este precipitata mai ales de expunerea la radiatile ultraviolete si este mai frecventa si creste la 33% cand cornul cutanat este localizat pe penis.

**Examen histopatologic:**evidentiaza hiperkeratoza compacta orto-sau parakeratozica,acantoza si functie de substratul patologic ,leziunea din baza poate prezenta nuclei hiper cromatici cu maturare dezordonata ,hepergnuloza si trasaturile specifice leziunii subiacente.

## **2.2. Explorari diagnostice**

- istoric personal si examinarea tegumentului si mucoaselor

#### **Investigatii paraclinice:**

- dermatoscopie (trebuie efectuata periodic la interval de 6 luni – 1 an)

- biopsie cutanata în scop diagnostic

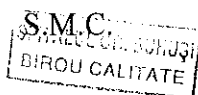
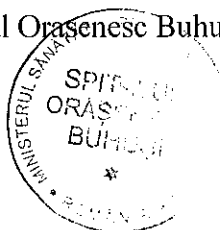
-excizie chirurgicala + examen anatomo-patologic

-histopatologic:

**Keratoza seboreica:**prezinta hiperkeratoza ,acantoza,papilomatoza

**Keratoacantomul:**epidermul care alcatuieste baza createrului are stratul malpighian ingrosat neuniform,cu prelungiri de forme variate ,pseudoepteliomatoase ce coboara in grosimea dermului ,celulele din aceste formatiuni fiind in marea majoritate similare cu keratinocitele spinoase ale epidermului.In structura keratoacantomului se mai observa si celule poliedrice mici,nediferentiate ,cu atipii nucleare si diviziuni celulare.Limita inferioara a tumorii este arciforma ,regulata si nu depaseste nivelul glomerulilor sudoripari.

**Nevii epidermici:**hiperacantoza,papilomatoza,hiperkeratoza



**Acantomul cu celule clare:** acantoza ,hipergranuloza sau agranuloza, celule malpighiene mai palide ,iar in dermul superficial aparae vasodilatatie.

**Adenomul sebaceu senil:** hiperplazie de lobuli glandulari sebacei cu localizare in dermul superficial

**Chistele epidermoide:** cavitate plina cu keratina ortokeratozica inconjurata de epiteliu pavimentos multistratificat

**Nevi melanocitari:** melanocitele neoplazice benigne (celule nevice ) au cel mai frecvent nucleu rotund sau ovoid ,putina citoplasma si formeaza cuiburi in portiunea inferioara a epidermului (nev melanocitar jonctional) de-a lungul jonctiunii si in dermul superficial (nev melanocitar compus) sau exclusiv in derm (nev melanocitar dermic). Spre deosebire de melanom ,cuiburile de celule nevice sunt relativ omogene ca dimensiuni si forma. Nevii congenitali sunt ca structura leziuni hamartom-like continand pe langa melanocite si foliculii pilosi sau alte anexe.

**Corn cutanat:** hiperkeratoza compacta orto-sau parakeratozica, acantoza si functie de substratul patologic ,leziunea din baza poate prezenta nuclei hipercromatici cu maturare dezordonata ,hepergrnuloza si trasaturile specifice leziunii subiacente.

**Fibromul:** fibroblasti si rare histiocite

Excizia chirurgicala este recomandata in cazul :

- nevilor congenitali giganti
- nevilor cu localizare ce predispune la traumatism repetat sau inaccesibil autoexaminarii
- nevilor care au fost traumatizati
- nevi displazici
- corn cutanat
- dermatofibromul
- keratoacantom (cu o margine de siguranta de 3-5 mm)
- chist sebaceu
- chiste epidermoide
- chiste seroase
- chist dermoid
- hidradenoame (siringoame)
- poromul ecrin Pinkus
- cilindromul
- adenoame sebacee asimetrice
- examinare histopatologica a tumorilor excizate, cu controlul marginilor si bazei tumorilor

### 3. Atitudine terapeutica

#### 3.1. Principii generale

#### 3.2. Masuri generale:

- evitarea factorilor de risc
- educarea pacienilor în sensul cunoasterii si evitarii factorilor de risc
- fotoprotectie
- examen medical periodic al întregului tegument

#### 3.4. Tratament

Alegerea metodei de tratament este în functie de marimea, localizarea si tipul tumorii.

-electroterapie ,chiuretare,excizie chirurgicala sau monitorizare clinica in cazul keratozelor seboreice

Tratamentul xantoamelor trebuie sa inceapa cu tratamentul afectiunilor sistemice care le determina (in principal al dislipidemiei )+/- excizie chirurgicala

Excizia chirurgicala poate fi recomandata in cazul :

- nevilor congenitali giganti



- nevilor cu localizare ce predispune la traumatism repetat sau inaccesibil autoexaminarii
- nevilor care au fost traumatizati
- nevilor displazici
- moluscum pendulum
- leiomioamelor
- hemangioamelor
- tumorei glomice
- limfangioamelor
- nevromului
- schwanoamelor
- cornului cutanat
- keratoacantomelor (cu o margine de siguranta de 3-5 mm)
- chisturilor sebacee,epidermoide,seroase, dermoide
- siringoamelor
- poromului ecrin Pinkus
- cilindromului
- adenoamelor sebacee asimetrice
- examinare histopatologica a tumorilor excizate, cu controlul marginilor si bazei tumorilor

### 3.5. Dispensarizare

- Depistarea cazurilor noi: -control periodic, anual al întregului tegument pentru a constata aparitia eventualelor tumori cutanate+ dermatoscopie
- Depistarea recidivelor
- Educarea pacientilor privind autoexaminarea pielii
- Evitarea expunerii la soare + crème de fotoprotectie

### Responsabilitați.

Medicul curant

### Anexe Înscrisuri.

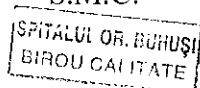
### Motivarea elaborării.

Nevii sunt leziuni ce trebuie supravegheate clinic ,periodic pentru surprinderea modificarilor macroscopice ce poate sugera conversia spre melanom (mai ales pentru cei multipli-nevomatoza-localizati pe zone de traumatism,cei pilosi congenitali sau de aspect displazic).

Spitalul Orasenesc Buhuși.



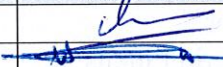
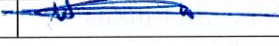
S.M.C.



**Distribuire documentație** Protocol de diagnostic si tratament in tumorile benigne

Data difuzarii	Nr. ex, difuzat. Ex o se gaseste la S.M.C.	Secția/ compartimentul unde a fost difuzat	Cine a primit exemplarul.
25.10.2019	1	Cabinet Chirurgie generala I	Dr Toron Mouhannad
25.10.2019	2	Cabinet Chirurgie generala II	Dr Hamati Tawfiq

Tabel luare la cunostintă/ instruire de către/ a personalului pentru Protocol de diagnostic si tratament  
in tumorile benigne Data. 25.10.2019

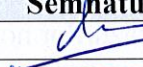
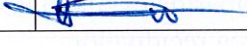
	Nume / prenume	Funcția.	Semnatura.
1	Dr.Toron Mouhannad	Medic	
2	Dr Hamati Tawfiq	Medic	

Data la care urmează sa fie efectuată testarea.personalului:28.10.2019

**Tabel testare personal** Protocol de diagnostic si tratament in tumorile benigne

Data testării:28.10.2019

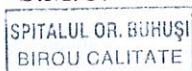
Cine a efectuat testarea:Dr.Scutelnicu Mara-Elena

	Nume / prenume	B.	S.	Ns.	Semnatura
1	Dr.Toron Mouhannad				
2	Dr Hamati Tawfiq				

Spitalul Orasenesc Buhuși.



S.M.C.





**Centralizator pentru indicatorii de monitorizare/ analiza periodica a indicatorilor Protocol de diagnostic si tratament in tumorile benigne**

Denumirea indicatorului de monitorizare.	Analiza periodica a indicatorilor.	
	Analiza 1 data	Analiza 2 data
Indicatori de eficacitate		
Indicatori de eficiență		

**Masuri de îmbunătățire a protocolului**

Masura 1.	
Masura 2	
Masura 3	

