

CANCERUL GASTRIC

Definiție

- tumoră malignă a stomacului, cel mai frecvent cancer digestiv la nivel global, după cancerul de colon și pancreas

Epidemiologie

- 100/100.000 în Japonica
- 35/100.000 în China
- 5/100.000 în SUA
- 620.000 decese/an la nivel mondial
- România – al doilea cancer digestiv ca frecvență după cancerul colorectal.

Clasificare anatomopatologică (World Health Organisation)

- adneocarcinom (papilar, tubular, mucinos, cu celule în inel cu pecete) – 95%
- cancer cu celule scuamoase
- cancer cu celule mici
- cancer nediferențiat
- alte tipuri de cancer
 - limfom (MALTOM)
 - metastaza de carcinom
 - mezenchimale
 - endocrine
 - 1. cu celule enterocromafine – I: gastrite autoimune; II: sindrom Zollinger-Elisson; III: sporadice nesecretoarii
 - 2. carcinoid.

TUMORI STROMALE GASTROINTESTINALE SAU DE TIP MUSCULAR (GIST) SAU DE SISTEM NERVOS AUTONOM (GANT)

- leiomiom, leiomiosarcom (dsmina+, actina+, CD34+, CD117+)
- lipom
- angiosarcoame
- sarcom Kaposi

Diagnostic pozitiv: imunohistochimie; gradul de malignitate se judecă după mărirea tumorii (>5cm) și numărul de mitoze (> 10mitoze/10câmpuri).

ADENOCARCINOMUL GASTRIC

Etiologia

Factorii etiologici implicați sunt reprezentați de:

- factori genetici (mutații în gena p53, instabilitatea microsateliților, supraexpresia genei COX-2) – deleții la nivelul cromosomilor 5q (APC, MCC), 17p (p53) și 18q (DCC) – în 60% din cazuri. Activarea genelor ras și c-myc
- factori dietetici – alimente sărate, afumate, bogate în nitrați; consum scăzut de legume și fructe
- afecțiuni ce predispun la aclorhidrie – anemie pernicioasă, gastrită atrofică
- rezecții gastrice – cel puțin 15 ani
- infecții – Helicobacter pylori, virus Epstein-Barr
- stări precanceroase: polipi adenomatoși, gastrită atrofică, ulcer gastric, stomac rezecat

Carcinogeneza gastrică

Transformarea malignă constă în succesiunea: mucoasă normală – gastrită cronică supreficială – gastrită atrofică – metaplazie intestinală – displazie – cancer.

Simptomatologie

- distensie abdominală (cancer în regiunea pilorică)
- disconfort epigastric, rar durere epigastrică, greață, vărsături
- disfagie (cancer cardial)
- sațietate (limită aplastică)
- paloare scleroteментарă (sângerări oculte, rar hematemeză și/sau melenă)
- scădere în greutate, ascită, noduli subcutanați, fracturi, icter – manifestări ale metastazelor
- sindrom dureros de tip ulceros
- tulburări de tranzit – diaree
- sindroame paraneoplazice

Diagnostic

Se realizează pe investigații imagistice (diagnostic pozitiv și stadializare) – *tranzit baritat* – defect de umplere, ulcerații, neregularități ale mucoasei, absența peristalticii gastrice

- *endoscopie digestivă superioară* – tumoră ulcerată, vegetantă, ulcerovegetantă, infiltrativă; biopsii; cromoendoscopie – pentru cancerul gastric precoce; ecoendoscopie – **stadializare**
- tomografie computerizată – metastaze hepatice, ganglionare, pulmonare, peritoneale, suprarenaliene, cerebrale, ovariene (tumoră Krukenberg)
- scintigrafie osoasă – metastaze osoase

Sunt utile în diagnostic următoarele explorări paraclinice:

- antigen carcinoembrionar crescut la 33% dintre pacienți

- hemogramă normală sau anemie hipocromă prin sângerări oculte sau anemie hemolitică autoimună
- fosfataza alcalină crescută – metastaze hepatice

Există mai multe clasificări endoscopice:

Clasificarea Lauren (cancer gastric avansat):

TIP INTESTINAL

- Bine diferențiat
- Polipoid sau ulcerat
- Asociat cu metaplazie intestinală
- Metastazează hepatic
- Frecvent la sex masculin

TIP DIFUZ

- Nediferențiat
- Linită plastică
- Nu se asociază cu metaplazie intestinală
- Metastazează peritoneal
- Frecvent la sexul feminin
- Prognostic foarte rezervat

Clasificarea Borrmann (cancer gastric avansat):

- I. polipoid
- II. ulcerat
- III. ulcerat-infiltrativ
- IV. infiltrativ difuz
- V. neclasificabil

Clasificarea cancerului gastric incipient (precoce) (Societatea Japoneză de Endoscopie Digestivă):

- tip I - protruziv
- tip II – superficial (a- supradenivelat, b-plat, c-subdenivelat)
- tip III – excavat

Stadializarea TNM (pTNM)

- Tis – tumoră intraepitelială
- T1 – lamina propria/submucoasă
- T2 - muscularis propria/subseroasă
- T3 – seroasă
- T4 – structurile adiacente
- N0 –

- N1 – 1-6 ganglioni limfatici regionali invadați
- N2 – 7-15
- N3 – peste 15
- M0 –
- M1 – metastaze la distanță

Interes prognostic

1. extensia în profunzime
 2. invazie ganglionară
- Se determină ecoendoscopic

Diagnosticul de extensie

Se realizează prin:

1. ecoendoscopie
2. ecografie transabdominală
3. radiografia toracică
4. computer tomografie
5. tomografie cu emisie de pozitroni

Tratament (ADK)

Se dispensarizează stările precanceroase:

Forme incipiente sau avansate (tratament curativ, simptomatic, paleativ):

1. Endoscopic: mucosectomii, polpectomii, în cancerele incipiente în care profunzimea limitată la musculara proprie a fost demonstrată ecoendoscopic.
2. chirurgical
 - 40% rezecabile
 - supraviețuire 25-35% la 5 ani
 - rezecții gastrice + limfadenectomii (+ radioterapie și 5 FU – dacă există celule canceroase la limita țesutului rezecat)
 - paleativ – operație de by-pass
3. Radioterapie + 5FU și cisplatin – paleativ, la pacienții neoperabili
4. Polichimioterapie – 5FU + adriamicin + cisplatin/metotrexat; 5FU + etoposide + leucovorin (răspuns în 50% din cazuri)

Tratament endoscopic paleativ

- stenturi – cancer de cardiac, cancer în regiunea pilorică
- gastrostomă endoscopică
- tratament laser
- plasma-argon

Tratament simptomatic:

- antialgice (opioide):
 - tramal – 3 comprimate/zi
 - morfină 60 mg/zi p.o.
 - petidină 300 mg/zi p.o.
- tratament cu preparate pe bază de fier (anemie hipocromă microcitară hiposideremică) – sulfat feros: 300-1000 mg/zi, gluconat feros: 800-1600 mg/zi, fumarat feros: 600 mg/zi, lactat feros 750 mg/zi, succinat feros: 600mg/zi.
- prokinetice (metoclopramid, domperidon) – 10 mg cu 30 min înainte de mese

Prognostic:

Supraviețuire globală 10-15% la 5 ani

Supraviețuire în cancer gastric precoce – 90% la 5 ani

Urmărire:

- endoscopie digestivă superioară în primii 5 ani anual
- hemogramă, antigen carcinoembrionar, teste funcționale hepatice – la 3-6 luni în primii 2 ani ulterior la 6-12 luni

LIMFOAMELE GASTRICE

Leziuni primitiv digestive sau stadiul IV Ann Arbor

Limfoamele primitive – clasificate după fenotipul celular (care determină gradul de chimiosensibilitate) și după extensia leziunii.

Clasificarea OMS 2001 (înlocuiește clasificarea Isaacson):

- fenotip B
 1. limfomul zonei marginale – include boala lanțurilor alfa
 2. limfom difuz cu celule B mari
 3. limfom cu celule ale mantalei
 4. limfom Burkitt
 5. limfom folicular
- fenotip T – limfoame de tip intestinal

Clasificarea extensiei

IE (E de la extraganglionar) – 1-4 leziuni digestive fără atingere ganglionară

II E – 1-4 leziuni digestive + ganglioni regionali

III E – leziune digestivă + ganglioni supra și sub diafragmatici

IV – atingere extraganglionară ± atingere ganglionară asociată

Diagnostic

1. Hemogramă
2. Izolarea populațiilor limfocitare
3. Endoscopie digestivă superioară, endoscopie digestivă inferioară, capsula endoscopică
4. Ecoendoscopie
5. Computer tomografie
6. Biopsie medulară
7. Examen LCR – limfom Burkitt

Factori de prognostic prost (Ho SB in Friedmann: Current Diagnosis and Treatment in Gastroenterology)

1. Diametrul tumoral peste 7 cm
2. Simptome tip B (febră, transpirații, scădere ponderală)
3. Creștere LDH și beta-2 microglobulinei

4. Profunzimea invaziei
5. Invadarea ganglionilor regionali
6. Perforație
7. Tumoră multicentrică
8. Tumoră nerezecabilă
9. Vârsta avansată
10. Comorbidități

Tratament

1. Rezecție chirurgicală
2. Eradicarea Helicobacter pylori

CANCERUL DE BONT GASTRIC

Survine în special după rezecție gastrică cu gastrojejunoanastomoză. După 15 ani riscul de cancer de bont este de până la 30%

Patogenie

Sunt implicați următorii factori patogenetici

1. reflux biliopancreatic
2. absența gastrinei
3. anclorhidria

Diagnostic

Are la bază următoarele criterii:

1. criterii topografice – localizare la 3 cm de gura de anastomoză
2. criterii histologice – marea majoritate sunt adenocarcinoame; leziunea inițială benignă
3. criterii cronologice – la cel puțin 5 ani de la intervenția chirurgicală de rezecție gastrică

Tratament

1. chirurgical
2. chimioterapie cu 5FU și leucovorin