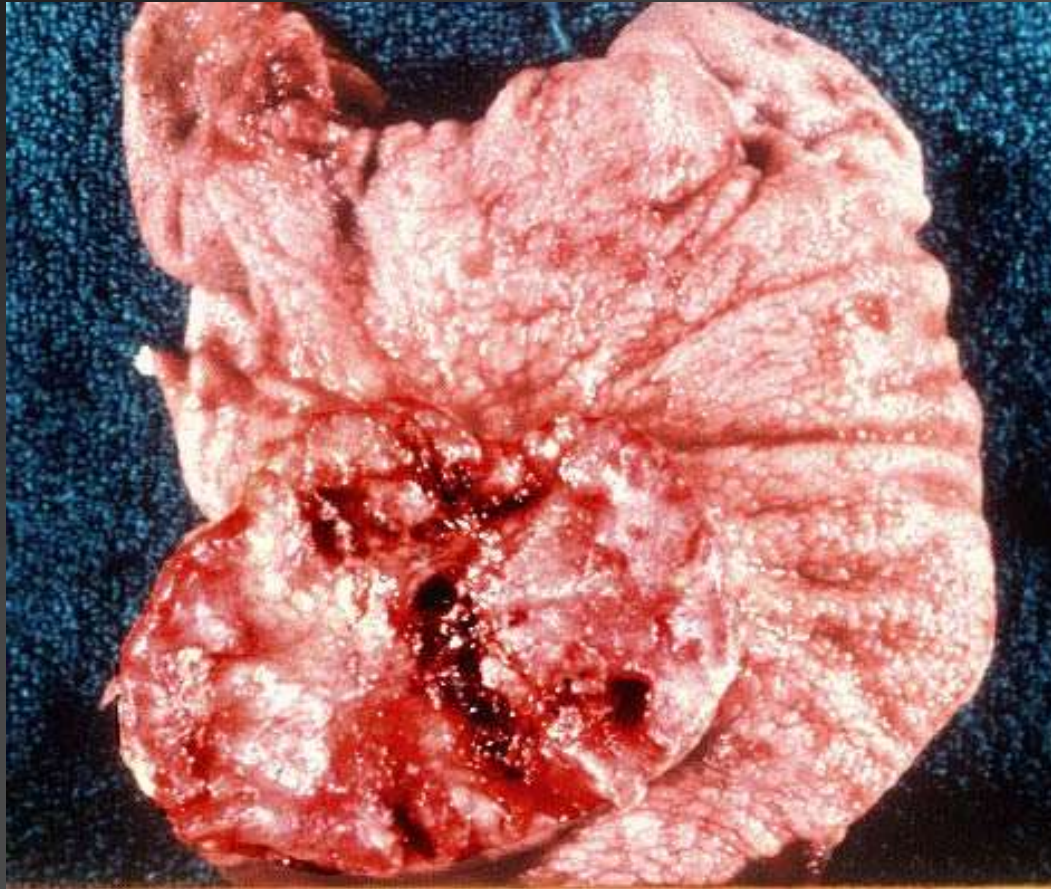


CANCERUL GASTRIC



CANCERUL GASTRIC -

Epidemiologie

- Prevalența variază mult în funcție de zona geografică, în funcție de obiceiurile alimentare
 - Foarte mare în Japonia
 - În Europa mai frecvent în nord
 - Raportul bărbați : femei = 2-3:1
 - Frecvența crește cu vârsta (vârsta medie de diagnostic peste 60 de ani)
 - Rar sub 45 de ani
-

CANCERUL GASTRIC - *Etiopatogenie*

■ Helicobacter Pylori

- Oncogen de ordinul I (OMS)
- Determină gastrită atrofică cu metaplazie intestinală, cu potențial evolutiv spre displazie și neoplazie
- Eradicarea sa în țările avansate a determinat ↓ incidenței CG

■ Factori de risc

- Alimentația
 - conținut crescut în nitrozamine ↑ incidența CG
 - bogată în vitamina C și A (fructe și legume proaspete) ↓ incidența
- Factorul genetic – există o predispoziție familială
- Standardul economico-social scăzut (prin alimentație, HP)

CANCERUL GASTRIC - *Etiopatogenie*

- Afecțiuni gastrice predispozante:
 - Gastrita cronică atrofică
 - Frecvent determinată de HP →
 - Apar leziuni displazice, de la ușoare la severe (cancer intra-epitelial)
 - Polipi adenomatoși gastrici
 - Stare precanceroasă, mai ales cei mari
 - Polipectomie la cei peste 1 cm
 - Rezecția gastrică
 - La peste 15 ani de la intervenție
 - Stomită inflamatorie
 - Gastrită a bontului gastric
 - Gastrita cu pliuri gigante (Menetriere) – 15% risc
 - Ulcerul gastric – risc mic
 - Frecvent confuzie endoscopică, obligatorii biopsii multiple ale ulcerelor gastrice și verificarea endoscopică a vindecării
 - Posibilă existența unor cancere ulcerate care se pot cicatriza sub tratament

CANCERUL GASTRIC – *Tablou clinic*

- Polimorf
- Cel mai frecvent:
 - Epigastralgie care poate mima ulcerul, cedând la antiacide
 - Apetit capricios → inapetență totală (refuzul complet de a consuma carne)
 - Pierdere ponderală progresivă → cașexie neoplazică
- Mai rar:
 - HDS (hematemeză și/sau melenă)
 - Masă palpabilă epigastrică – în formele avansate
- Sindroame paraneoplazice (flebite migratorii, acantosis nigricans)
- Cancerul precoce
 - De obicei asimptomatic sau cu ușoare simptome dispeptice – descoperire întâmplătoare
- Întotdeauna trebuie investigată o anemie, chiar și ușoară, mai ales la vârstnici

CANCERUL GASTRIC – *Morfopatologie*

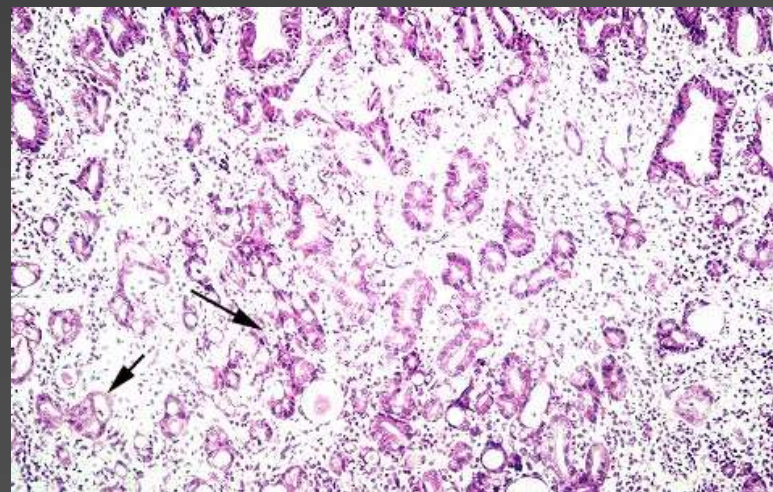
■ Macroscopic

- Aspect protruziv, burjonat sângerând, tipic pentru CG
 - Aspect ulcerat, margini neregulate, infiltrate, dure
 - Aspect infiltrativ, difuz, întins al peretelui gastric → rigiditate (linita plastică)
-

CANCERUL GASTRIC – *Morfopatologie*

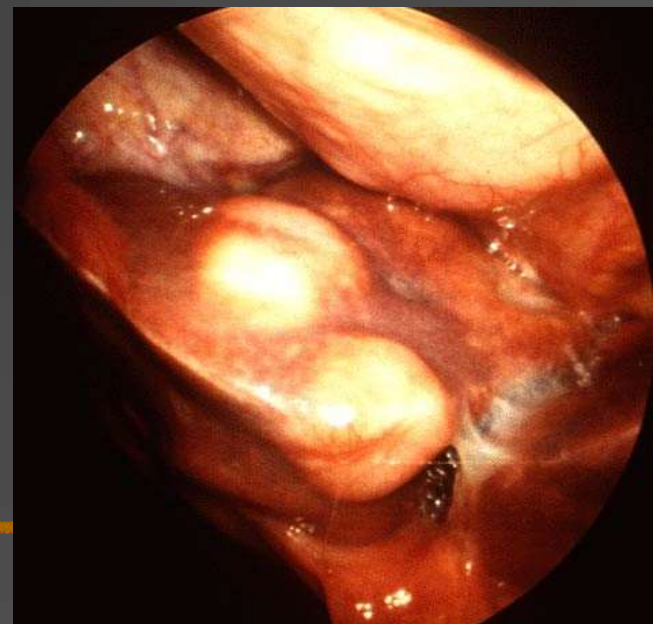
- Microscopic:
 - Adenocarcinom cu grad de diferențiere variabil
 - Cu cât e mai slab diferențiat cu atât e mai agresiv
 - Cel cu aspect histologic de “inel cu pecete”, deosebit de agresiv

CG bine diferențiat →



CANCERUL GASTRIC – *Extensie*

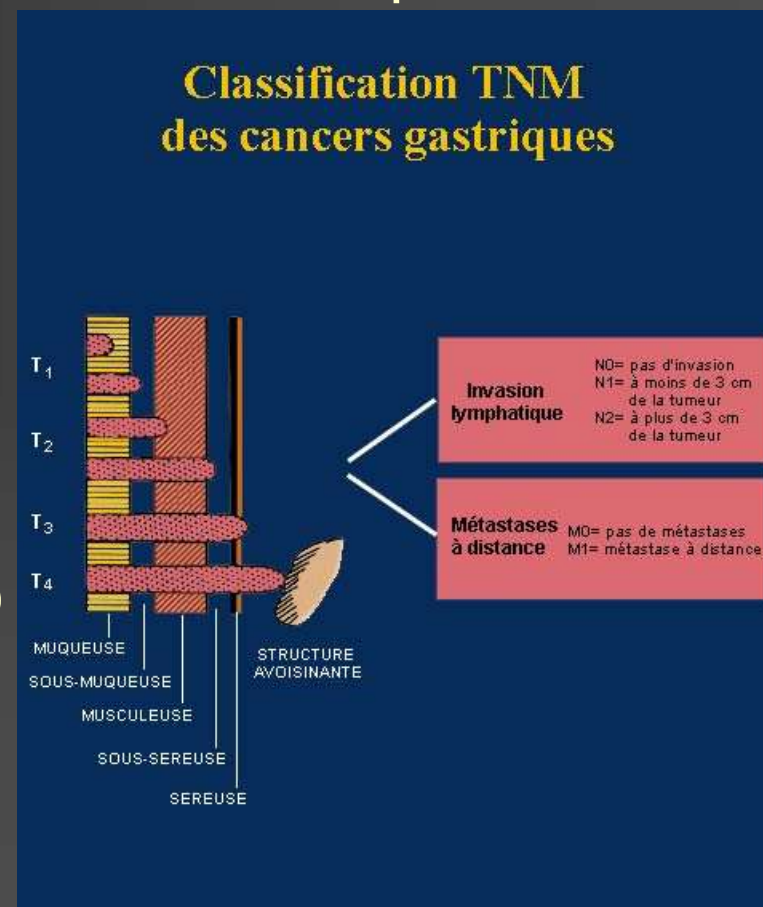
- Extensia CG se face:
 - Transparietal, precoce, cu invadarea organelor vecine
 - Colon transvers
 - Corp pancreatic
 - Pe cale limfatică
 - Teritoriile de drenaj limfatic gastric
 - La distanță
- Metastazare
 - Cel mai frecvent: - ficat →
- plămân
 - Uneori peritonită carcinomatoasă



CANCERUL GASTRIC – *Stadializare TNM*

Permite stabilirea prognosticului și a atitudinii terapeutice

- T – tumora cuprinde:
 - T1 – mucoasa și submucoasa
 - T2 – musculara
 - T3 – seroasa
 - T4 – organele din jur
- N – adenopatia:
 - N0 – fără invazie ganglionară
 - N1 – invadați ganglionii de vecinătate (până la 3 cm de tumoră)
 - N2 – invazia ganglionilor la distanță (gg. supraclavicular – semnul Virchow)
- M – metastaze:
 - M0 – fără metastaze
 - M1 – cu metastaze la distanță



CANCERUL GASTRIC –

Diagnostic clinic

- Subiectiv, cel mai frecvent apar:
 - Sindrom dispeptic
 - Epigastralgie
 - Pierdere ponderală progresivă
 - Anemie neelucidată
 - Eventual agregarea familială de CG
 - Prezența unor leziuni precanceroase
- Examenul obiectiv:
 - De obicei sărac
 - Posibilă paloare datorită anemiei
 - În formele avansate, masă palpabilă epigastică, adenopatie supraclaviculară

CANCERUL GASTRIC –

Diagnostic paraclinic

■ Biologic:

- Cel mai frecvent anemie feriprivă moderată sau severă
- Există CG care nu determină anemie (linita plastică)

■ Gastroscoopia – metoda diagnostică de elecție, permite:

- Vizualizarea leziunii
- Aprecierea caracterelor ei:
 - Friabilitate
 - Sângerare
- Preluarea de biopsii multiple, obligatorii pentru confirmarea histologică a diagnosticului

CANCERUL GASTRIC –

Diagnostic paraclinic: Endoscopia

■ CG avansat:



1 – CG tip protruziv

2 – CG tip ulcerat

3 – CG tip infiltrativ

CANCERUL GASTRIC –

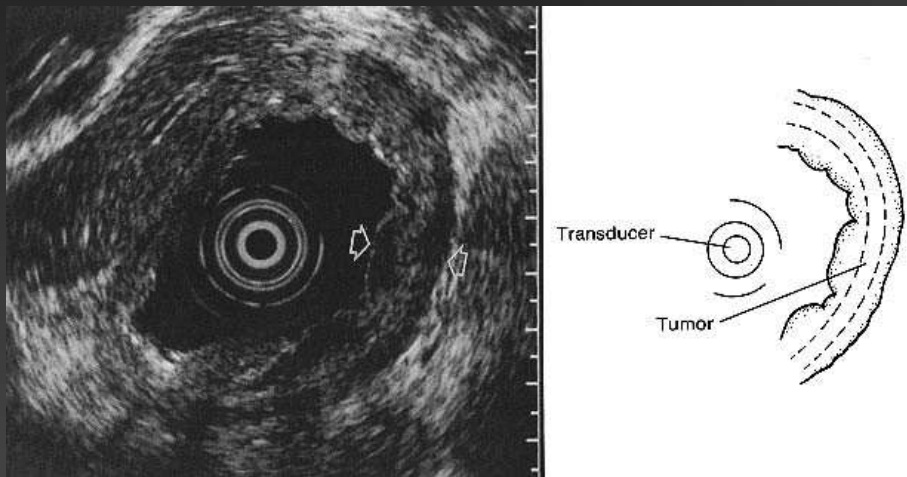
Diagnostic paraclinic: Endoscopia

- CG incipient (superficial - care prinde doar mucoasa și submucoasa)
- Clasificarea japoneză:
 - Tip I – protruziv
 - Tip II – superficial:
 - IIa – supradenivelat
 - IIb – plan
 - IIc – deprimat
 - Tip III – excavat
- În Europa diagnosticarea CG incipient este rară
- În Japonia, țară cu endemie mare de CG, se face screening în populația generală peste 40 de ani → depistare frecventă
- Supraviețuirea la 5 ani postoperator în CG incipient este de peste 95%

CANCERUL GASTRIC –

Diagnostic paraclinic

- **Ecoendoscopia:** permite stadializarea T și N



- **Bariu pasaj:**
 - Metodă depășită pentru diagnostic
 - Eficace în cancerele avansate
 - În limita plastică superior endoscopiei
 - Nu diagnostichează formele incipiente



CANCERUL GASTRIC – *Diagnostic paraclinic*

- Ecografia transabdominală :
 - Metastaze hepatice
 - Adenopatii perigastrice
 - Masă epigastrică “în cocardă”
sugestivă pentru CG, obligatorie
verificarea endoscopică



CANCERUL GASTRIC – *Prognostic*

- Depinde de:
 - extensia TNM
 - tipul histologic – slab sau bine diferențiat
 - vârsta pacientului
- Supraviețuire foarte bună doar în cancerule superficiale – 95% la 5 ani
- Intervenția chirurgicală cu intenție de radicalitate oncologică – posibilă doar în 1/3 din cazuri
- Supraviețuirea la 5 ani – 25%

CANCERUL GASTRIC – *Tratament*

- **Chirurgical** – de elecție
 - Gastrectomie cu limfadenectomie
 - Frecvent gastrectomie subtotală sau totală (cu esojuno-stomie), în funcție de localizarea și extensia tumorii
- **Endoscopic:**
 - Mucosectomia în CG incipient

piesa rezecată va fi examinată histologic în totalitate pentru a verifica dacă excizia a fost radicală
 - Paliativ – hemostază cu Argon beamer
- **Chimioterapie** – postchirurgical, în formele avansate
 - Mai multe cure cu Adriamicină + 5 Fluorouracil

CANCERUL GASTRIC – *Profilaxie*

- Protocoale de diagnostic precoce al CG (în Japonia)
- Polipectomia endoscopică a polipilor gastrici
- Urmărirea endoscopică a stomacului operat (la 15 ani de la rezecție)
- Eradicarea Helicobacter Pylori (oncogen de ordinul I, conform OMS) la anumite categorii de pacienți, inclusiv la descendenții pacienților cu CG
- În perspectivă, dezvoltarea unui vaccin anti HP