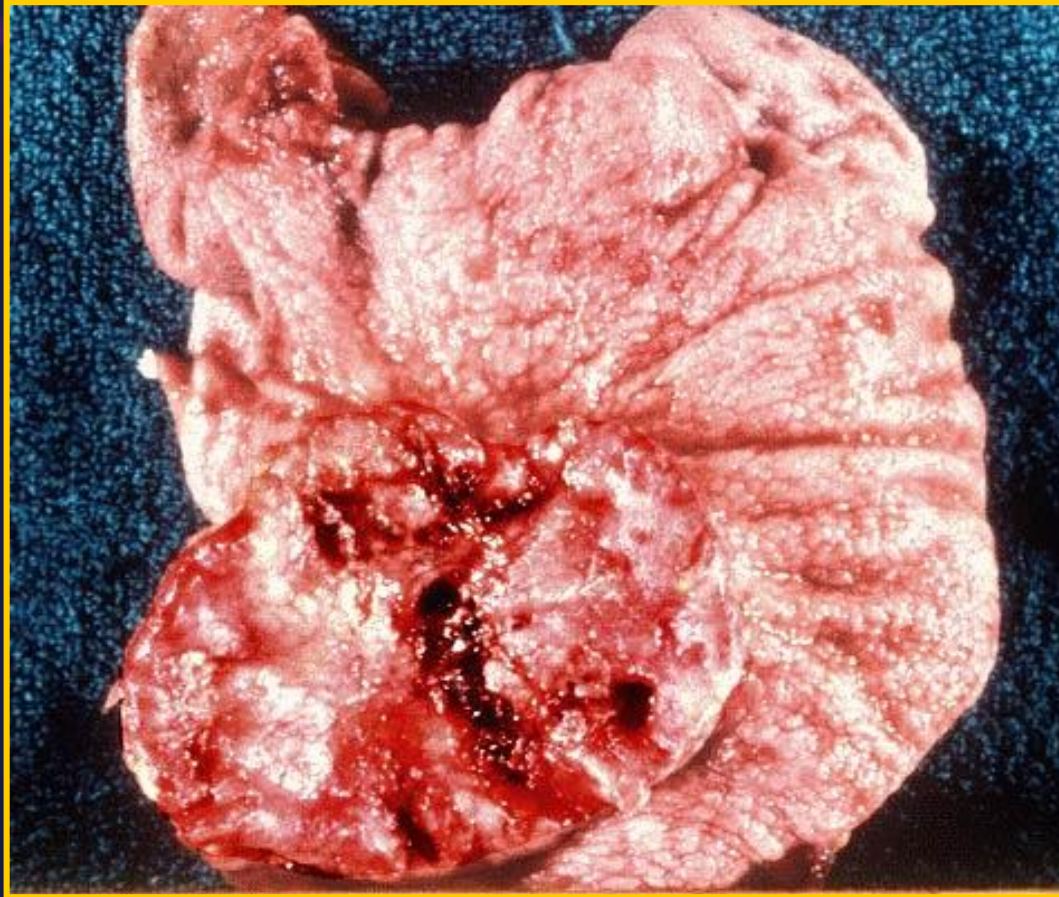


CANCERUL GASTRIC



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

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) scadeb incidența
- Factorul genetic – există o predispoziție familială
- Standardul economico-social scăzut (prin alimentație, HP)

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 (termino-laterală)**
 - 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



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 !!

Morfopatologie

Macroscopic

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



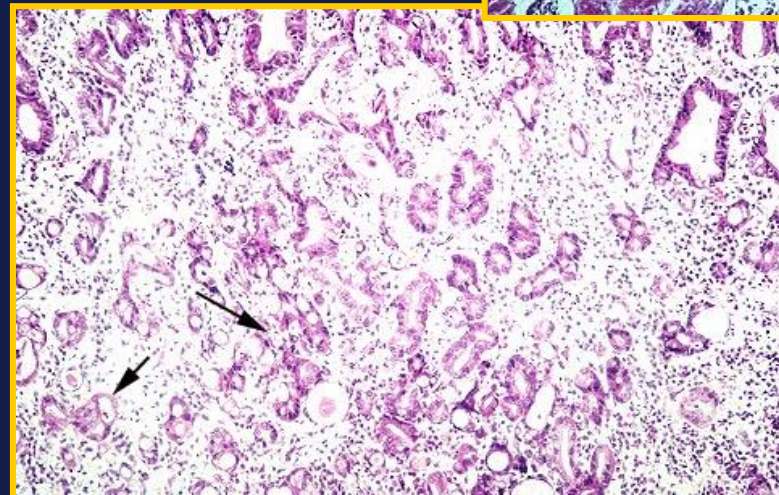
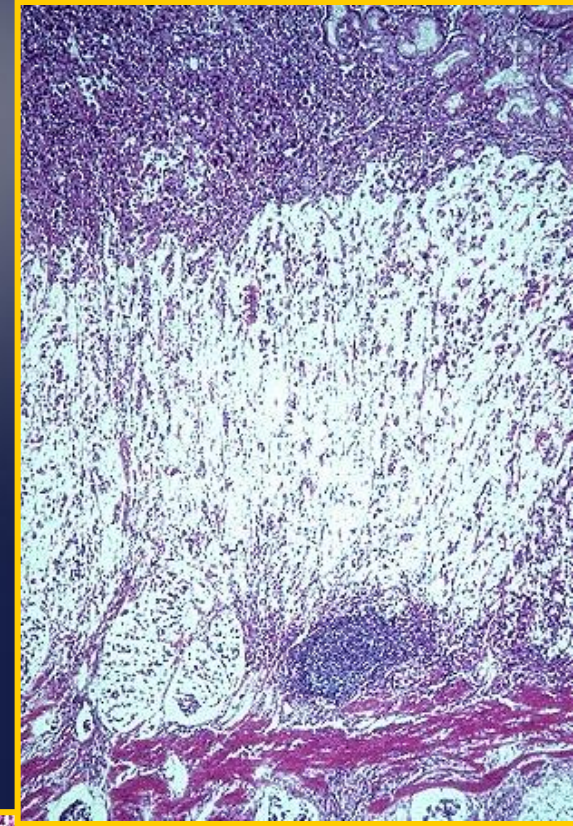
Morfopatologie

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 →

CG difuz



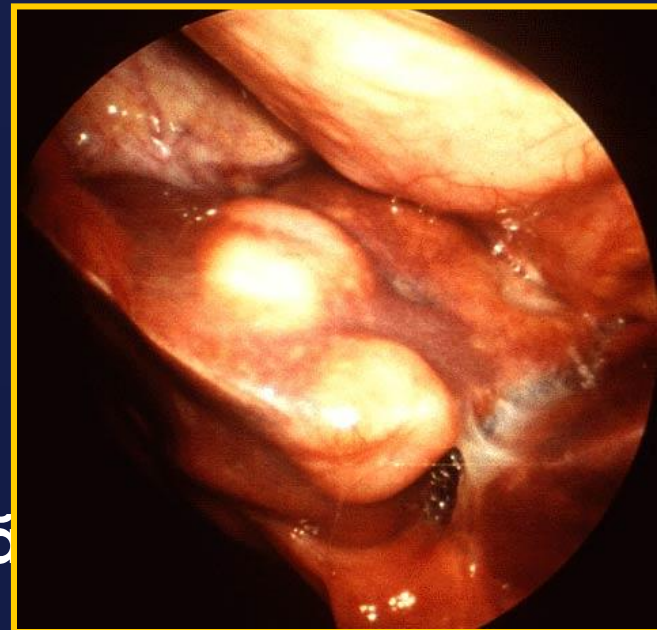
Extensie

Extensia CG se face:

- Transparietal, precoce,
cu invadarea organelor vecine
 - Colon transvers
 - Corp pancreatic
- Pe cale limfatică
 - Teritoriile de drenaj limfatic
 - La distanță

Metastazare

- Cel mai frecvent: - ficat →
- plămân
 - Uneori peritonită carcinomatoasă
- Existență deja la diagnostic



Stadializare TNM

Permite stabilirea prognosticului și a atitudinii terapeutice

T – tumora cuprinde:

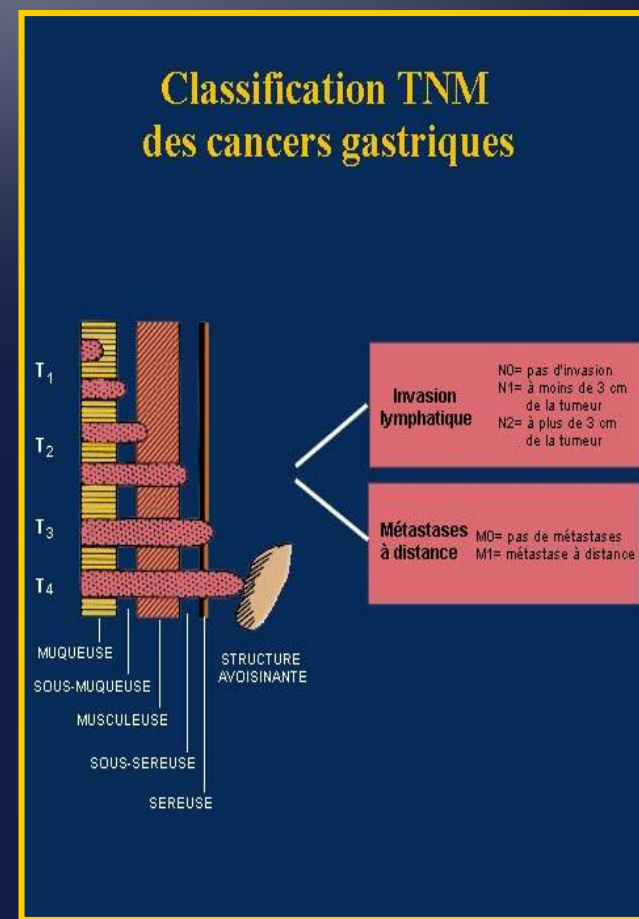
- T1 – mucoasa și submucoasa
- T2 – musculara
- T3 – seroasa
- T4 – organele din jur

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



Diagnostic clinic

Simptome, 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

Diagnostic paraclinic

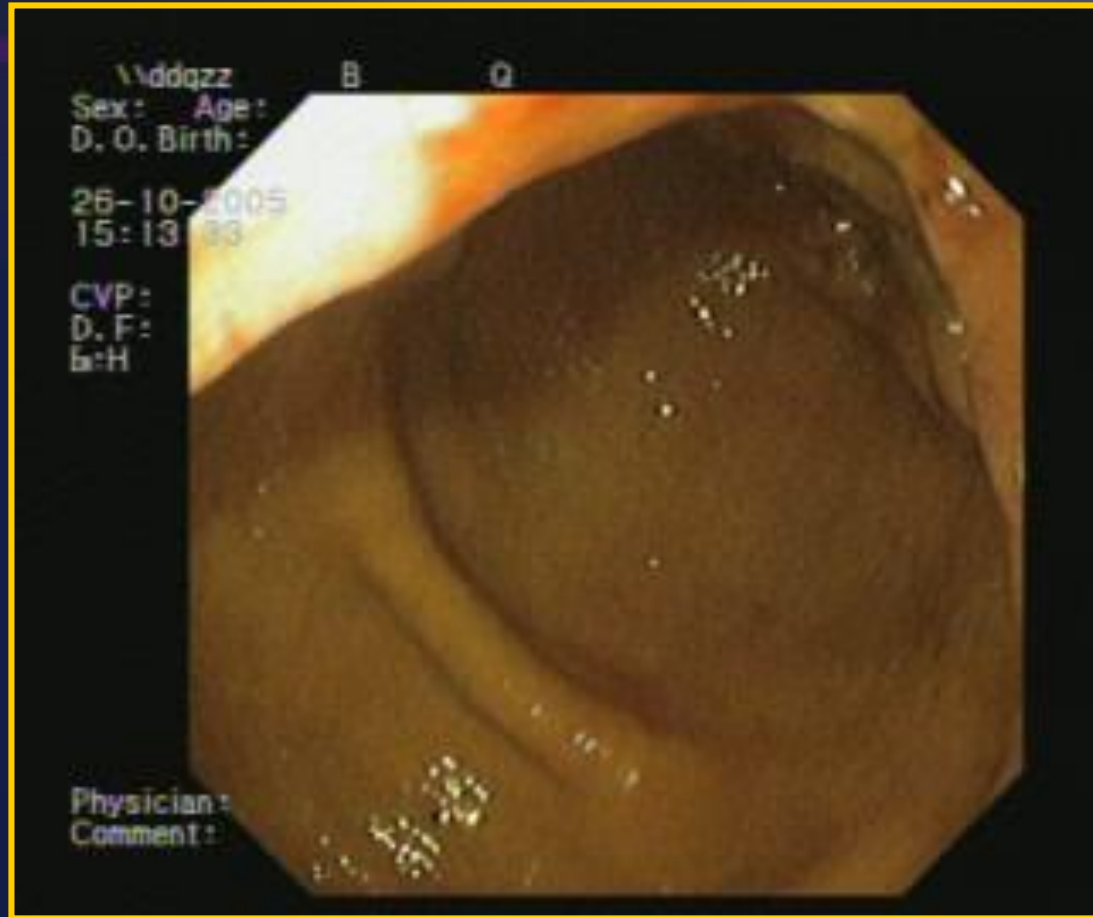
Biologic:

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

Endoscopia – metoda diagnostică de elecție, permite:

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

Endoscopy



Endoscopia

Clasificare endoscopică:

CG incipient (superficial - care prinde doar mucoasa și submucoasa)

Clasificarea japoneză:

- **Tip I – protruziv**
- **Tip II – superficial:**
 - **Ila – supradenivelat**
 - **Ilb – plan**
 - **Ilc – 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%

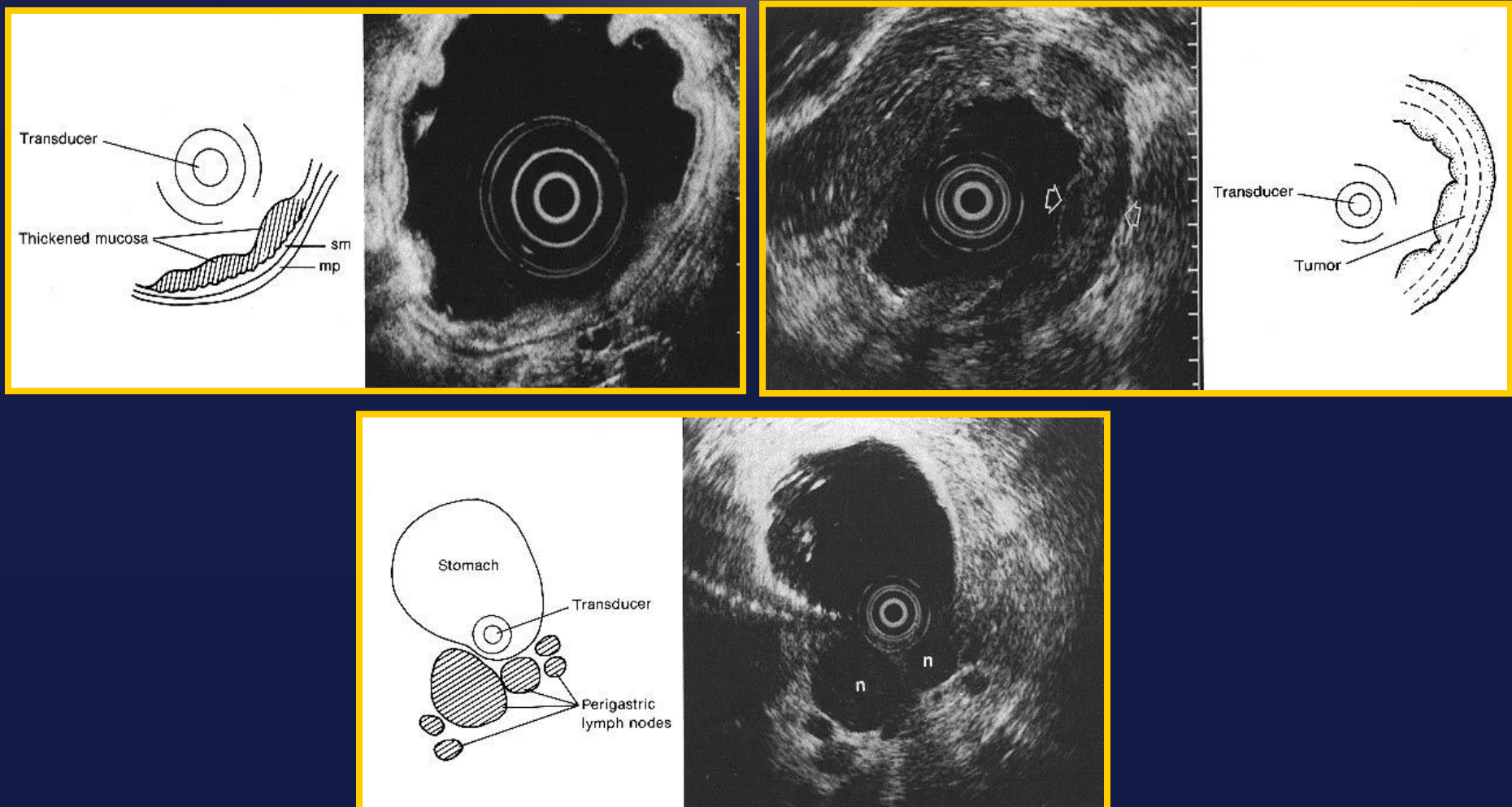
Stadializarea cancerului gastric

Stadializarea cancerului gastric se face prin:

- Echoendoscopie (invazie locală)
- Computer-tomografie (metastazare)
- Ecografie abdominală (metastazare hepatică)
- Radiografie pulmonară (metastazare pulmonară)
- Laparoscopie diagnostică (metastazare peritoneală)

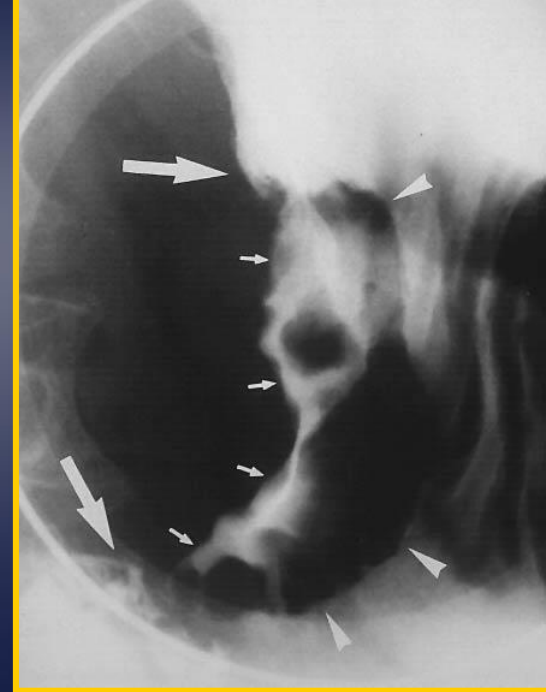
Stadializarea-Ecoendoscopia:

permite stadializarea T și N



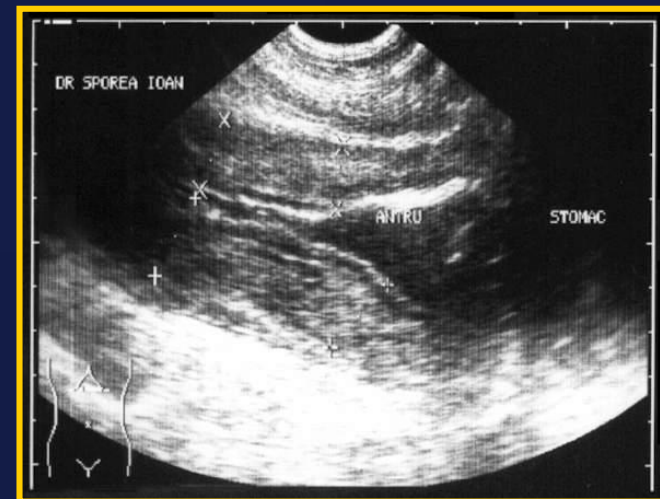
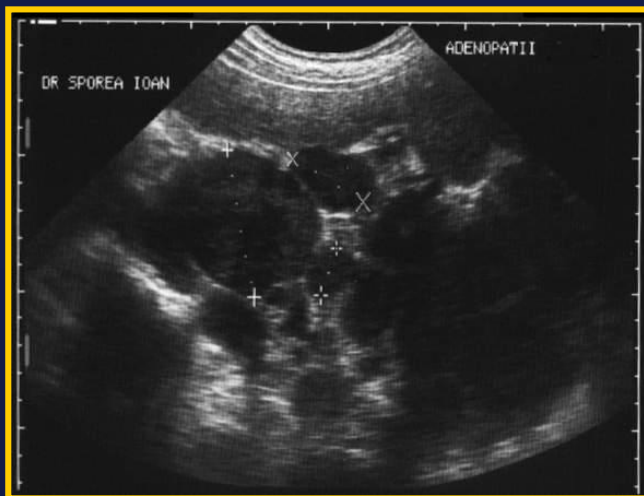
Bariu pasaj

- Metodă depășită pentru diagnosticul
- Cancerului gastric !!
- Eficace în cancerele avansate
- În limita plastică poate fi superior endoscopiei
- Nu diagnostichează formele incipiente



Ecografia transabdominală

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



Prognostic

Depinde de:

- extensia TNM
- tipul histologic – slab sau bine diferențiat
- vârsta pacientului

Supraviețuire foarte bună doar în cancerele superficiale(incipiente) – 95% la 5 ani

Intervenția chirurgicală cu intenție de radicalitate oncologică – posibilă doar în 1/3 din cazuri

Supraviețuirea la 5 ani – 25%

Tratament

Chirurgical – de elecție

- Gastrectomie cu limfadenectomie
- Frecvent gastrectomie subtotală sau totală (cu eso-jejuno-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

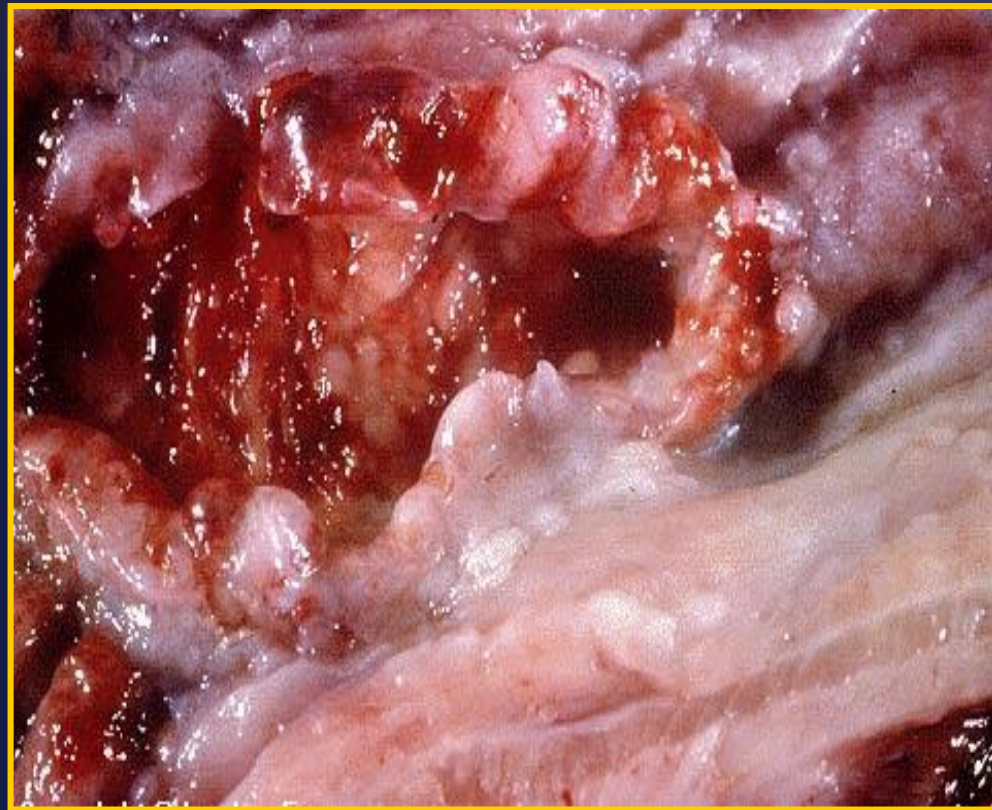
Chimioterapia – postchirurgical, în formele avansate

- Mai multe cure citostatice

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

CANCERUL ESOFAGIAN



Prevalență

- ~ 15% din cancerele digestive
- cele mai multe - carcinoame epidermoide, scuamoase
- vârsta medie de apariție 60- 65 ani

Factori etiologici

- fumatul
- excesul de alcool tare
- factori alimentari (deficitul de proteine, aport scăzut de vitamine A, B, C; excesul de nitrozamine)
- expunere la radiații ionizante
- agenți infecțioși (Papiloma virus)
- factori genetici

Stări patologice predispozante

- Cancere în sfera ORL
- Esofagul Barrett(principala cauză)
- Megaesofagul
- Stenozele post caustice
- Stenozele peptice



Tablou clinic

Simptome (prezente numai în cazurile avansate):

- ❖ Disfagie, odinofagie
- ❖ durere toracică
- ❖ scădere ponderală
- ❖ disfonie
- ❖ anemie

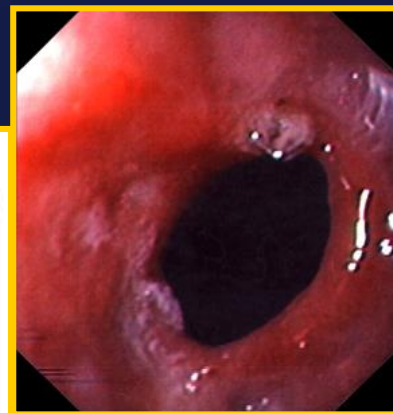
Diagnostic pozitiv

Endoscopic

Histopatologic

Ecoendoscopie și

CT pentru stagingul
pre-terapeutic



Aspecte endoscopice



Sex: Male
D.O.B: 1970

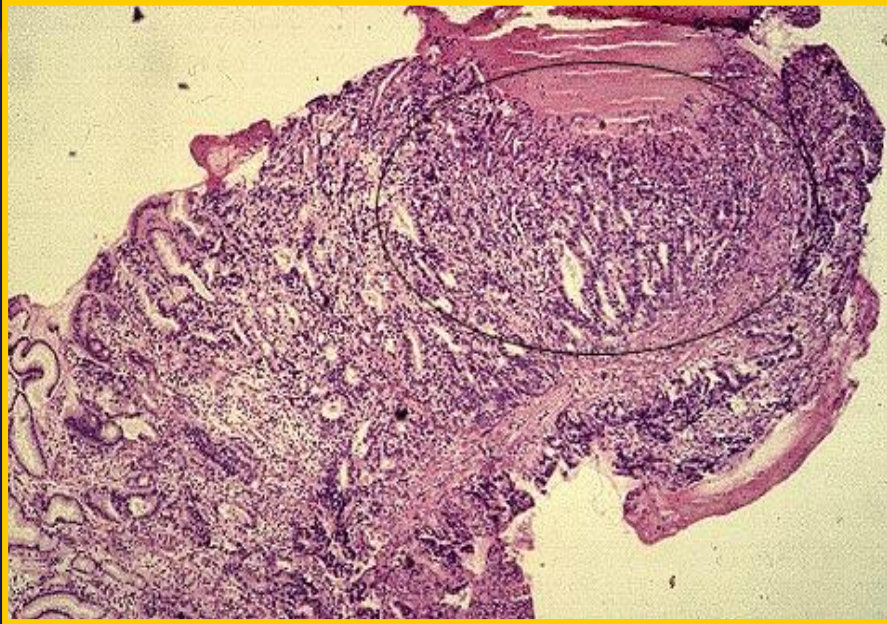
27/11/2009
09:00

CVP
D.F
br:L

Physician:
Comment:



Morfopatologie

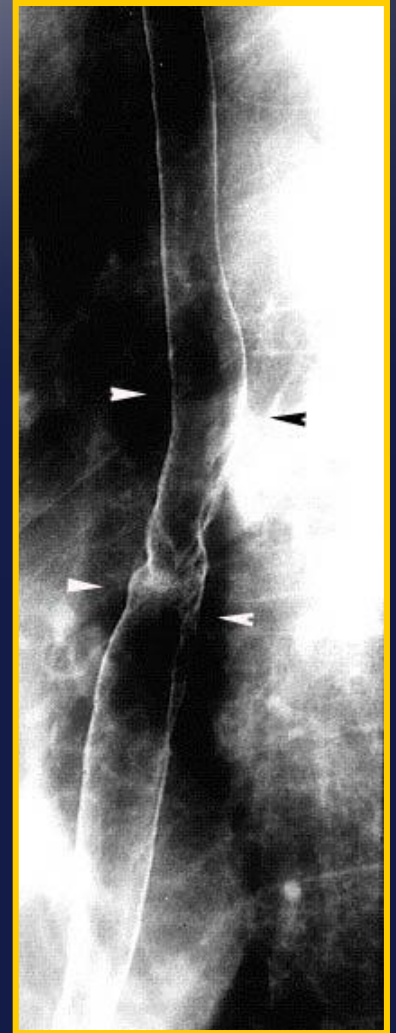
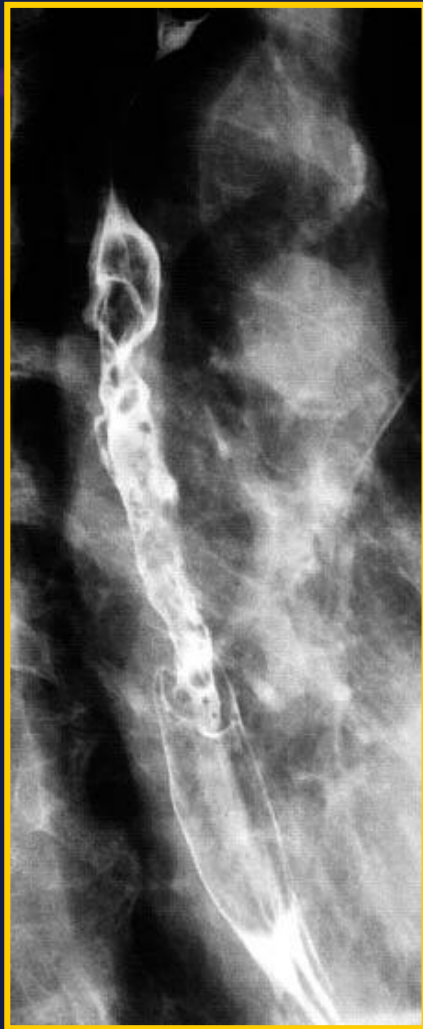


Adenocarcinom pe esofag Barrett

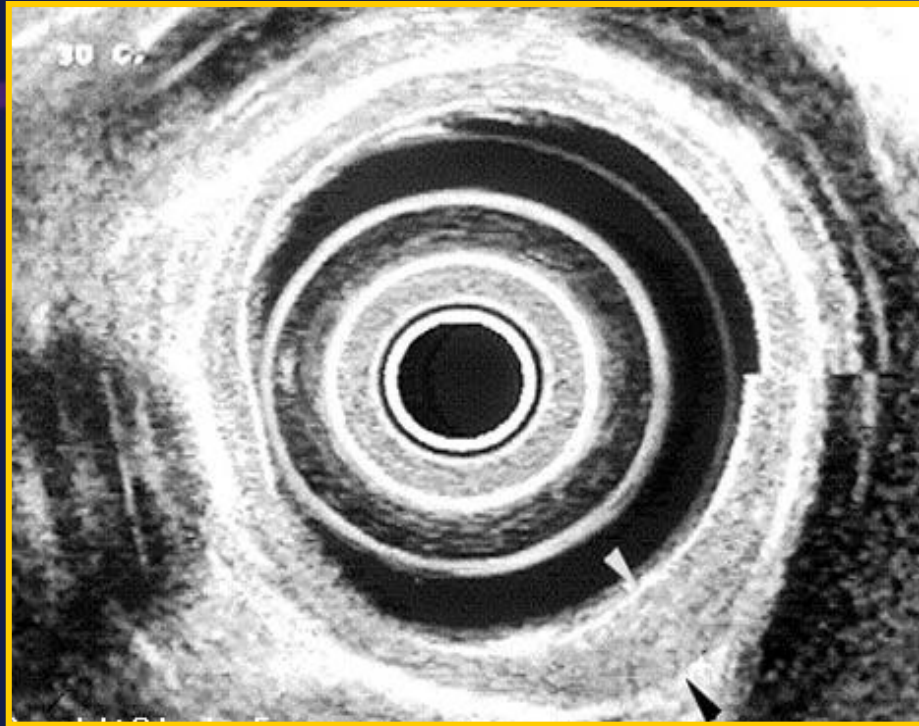


Adenocarcinom cu perlă de keratină

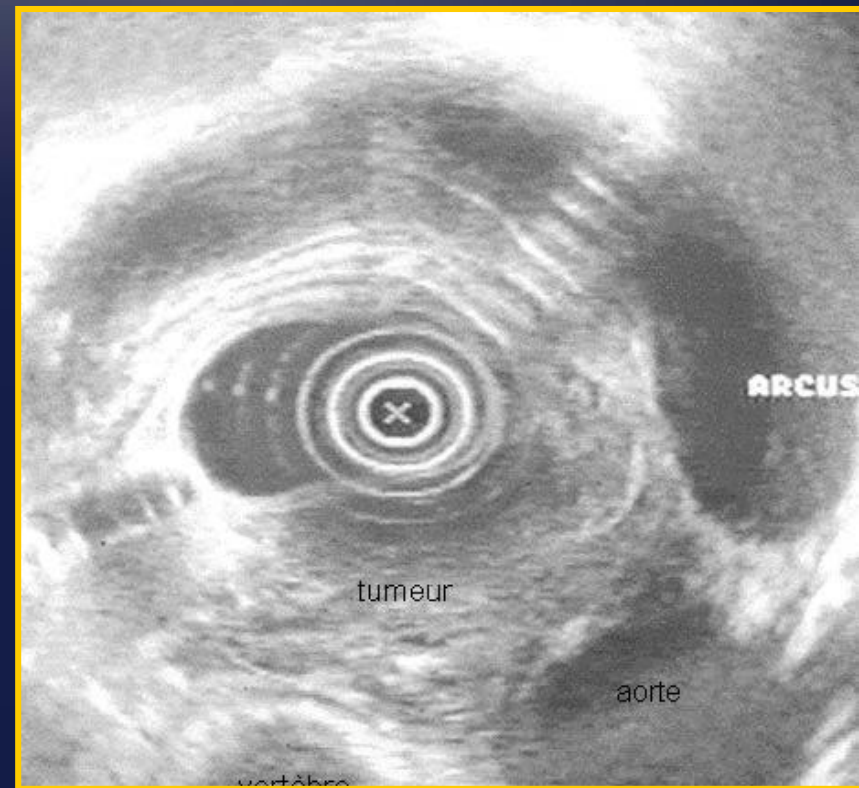
Bariu pasaj



Ecoendoscopie



Cancer esofagian limitat la
peretele esofagian



Cancer esofagian invadând aorta

Morfopatologie:

- mai mult de 50% se află în 1/3 inferioară a esofagului
- cel mai frecvent forme ulcero-vegetante
- 90% carcinoame epidermoide, scuamoase
- mai pot apărea: adenocarcinoame
- rar: sarcoame, limfoame, melanoame

Evoluție:

- rapidă, rata de supraviețuire la 5 ani– 5%

Complicații:

- Fistula eso-bronșică
- Pneumonia de aspirație
- Perforația
- Sângerarea
- Stenoză completă
- Metastazarea

Fistulă eso-bronșică



Tratament

Chirurgical: - tratamentul de elecție

- esofagiectomie în limite oncologice

Radioterapie – paliativă

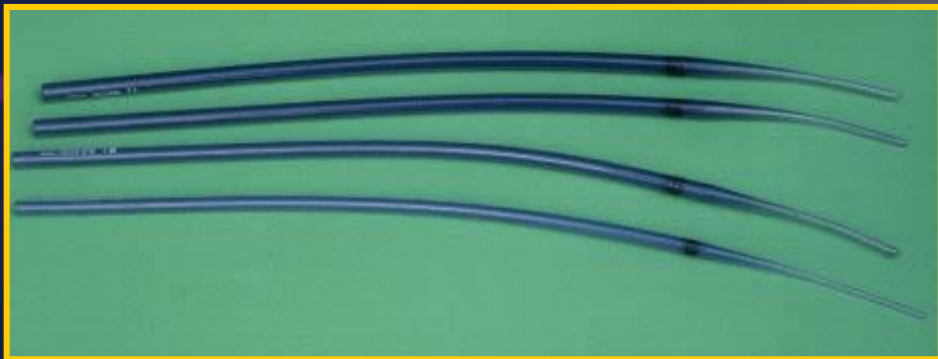
Chimioterapie – Bleomycină, Cisplatin, 5 Fluorouracil

Endoscopic

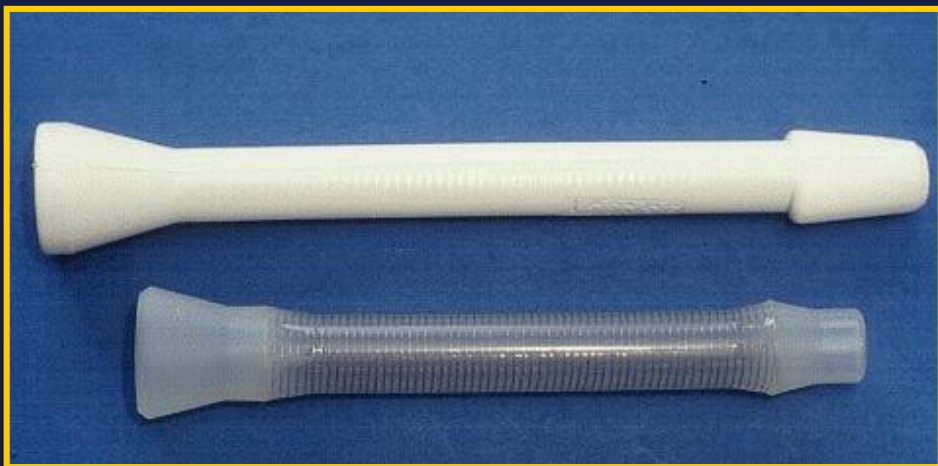
Cazuri incipiente: - mucosectomie endoscopică (daca există doar afectare mucoasa), de obicei apărute pe fond de epiteliu Barrett

Paliativ: **protezare endoscopică:** se începe cu dilatarea endoscopică a stenozei, urmată de aplicarea protezei, proteză acoperită sau neacoperită (cost 600-900 Euro). **Asigură calitatea vieții (QoL)!**

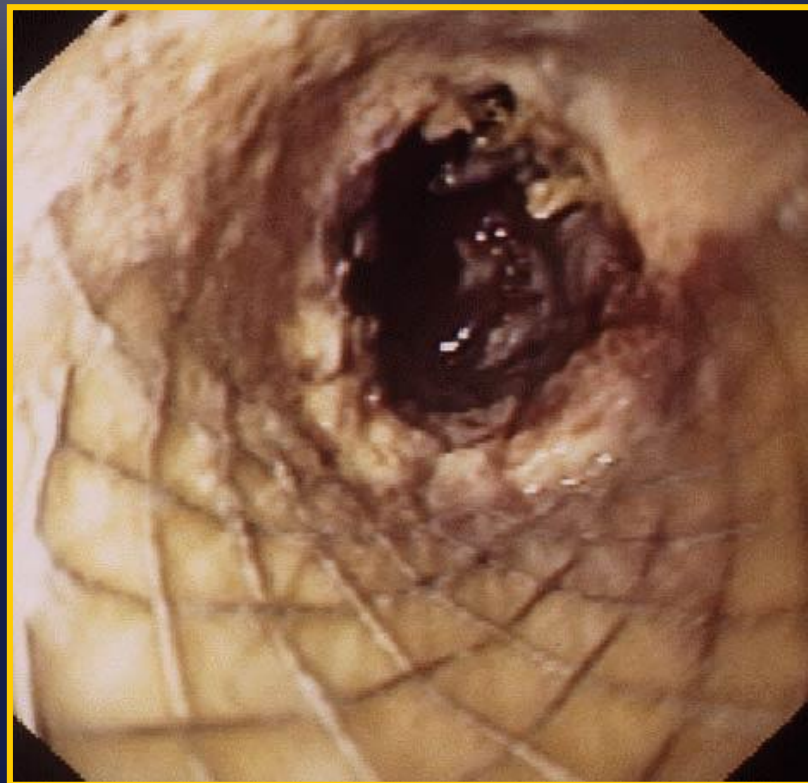
Tratament endoscopic



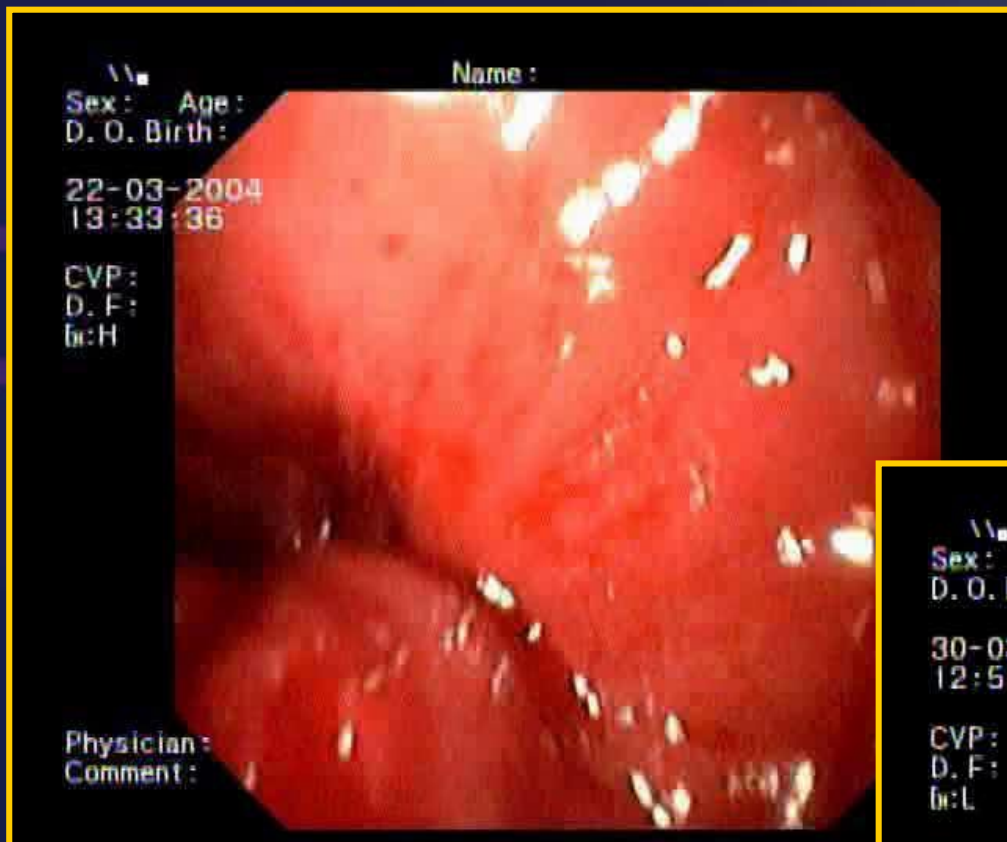
Dilatatoare Savary-Gillard



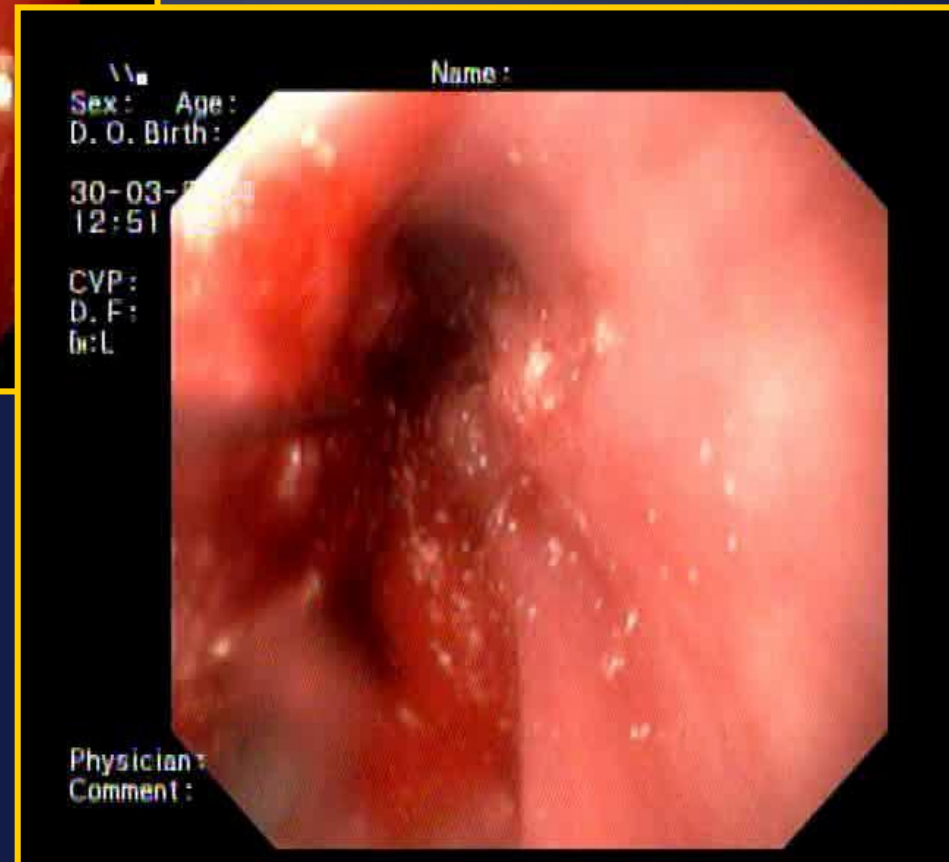
Endoproteze vechi de plastic



Proteză metalică expandată



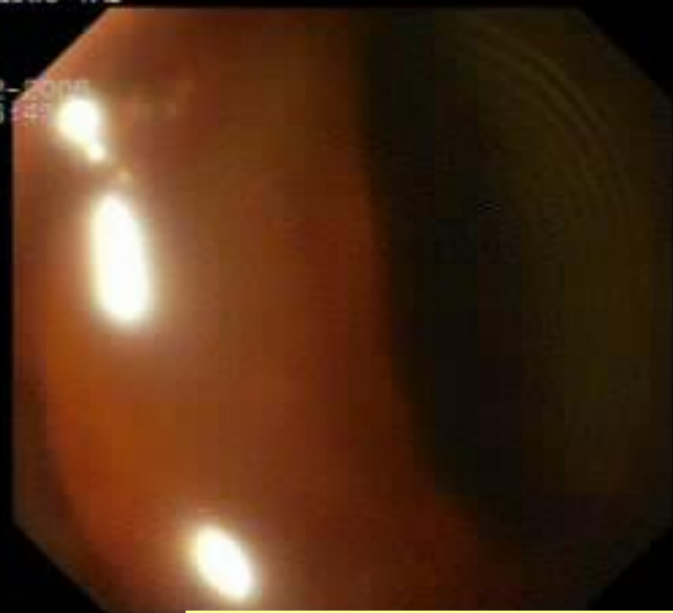
**Dublă
protezare
esofagiană**



Cl. Gastro TMI

07-02-2006
14:58:44

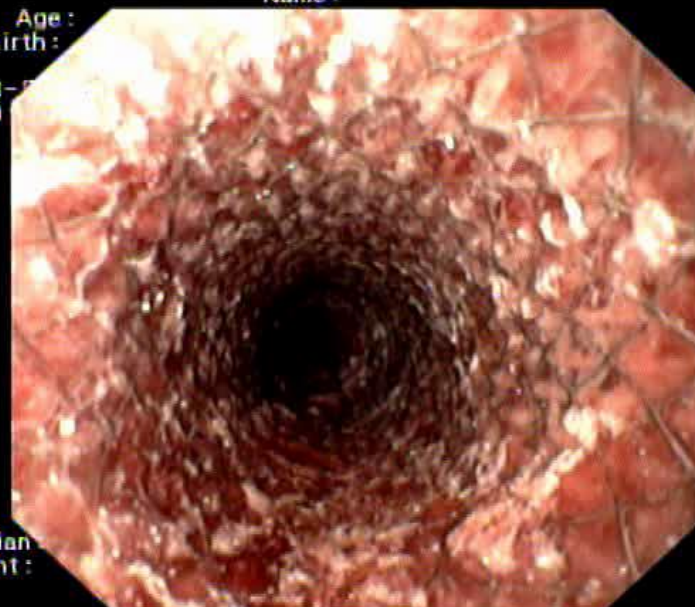
CVP:
D. F:
E: L



Sex: Age:
D. O. Birth:

30-03-
12:59

CVP:
D. F:
E: L



Physician:
Comment:

