

CANCERUL GASTRIC – aspecte generale

Oltean Ancuța - Daniela, Studentă la Universitatea „Iuliu-Hațieganu”,
Cluj-Napoca.

Stomacul face parte din tubul digestiv. Acesta se găsește în partea superioară a abdomenului, porțiunea sa proximală continuă esofagul, în timp ce partea distală a stomacului se deschide în intestinul subțire (Fig. 1). Rolul său este asigurat de prezența a numeroase glande microscopice, care digeră, prin intermediul secrețiilor lor, alimentele și le transformă în compuși alimentari absorbabili. Aproximativ 95% din tipurile de cancer gastric se dezvoltă la nivelul celulelor glandulare (adenocarcinom), cu o repartitie inegală a cazurilor la nivelul diferitelor porțiuni ale stomacului (proximală, medie, distală).

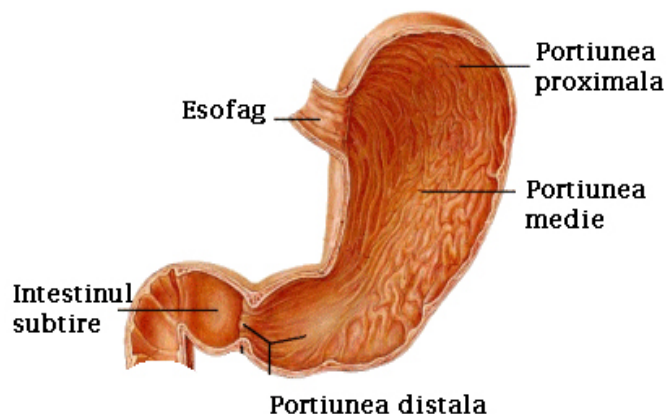


Figura 1. Reprezentarea schematică a stomacului.

Factorii de risc în cancerul gastric

Prin noțiunea de **risc** se înțelege o probabilitate mai mare decât media de a dezvolta acest tip de cancer. Factorii de risc implicați în apariția cancerului gastric sunt :

- **Infecția cu Helicobacter pylori**, bacterie ce produce de obicei ulcerul, și determină frecvent dezvoltarea tumorii în regiunea distală a stomacului. Studiile au demonstrat prezența anticorpilor anti - HP în serul bolnavilor cu cancer gastric.

- **Dieta necorespunzătoare** - consumul excesiv de alimente cu conținut crescut în sare (murături, mezeluri), preparate din pește conservate prin afumare, precum și o dietă săracă în legume și fructe. S-a observat că un consum crescut de produse bogate în vitamina C oferă protecție împotriva adenocarcinomului gastric. Alcoolul și fumatul sunt de asemenea considerați dăunători pentru mucoasa gastrică. Este cunoscut faptul că grăsimile prăjite provoacă tulburări ale secreției gastrice (cu acțiune cancerigenă), iar lipsa laptelui din alimentație, care are rol protector asupra mucoasei stomacului, accentuează aceste tulburări.

- **Gastrita atrofică**, care poate apărea și pe fondul unei predispoziții genetice, precum și alte stări precanceroase: **polipoza gastrică** (prezența a numeroși polipi pe mucoasa gastrică), **ulcerul gastric**, **displazia gastrică**.

- Secreția scăzută a acidului clorhidric (**hipoclorhidrie**) la nivelul stomacului, indusă secundar unor tratamente medicamentoase (Omeprazol) sau datorită unor boli (atrofia gastrică).

- Sexul - bărbații sunt mai predispuși să dezvolte cancer gastric decât femeile.

- Vârsta – apare cu preponderență la persoanele cu vârsta cuprinsă între 40-70 de ani.

- Factori genetici - rolul acestora este sugerat de incidența crescută a bolii la mai mulți membri ai aceleiași familii.

- Un loc de muncă cu expunere la azbest, nichel, praf de cărbune.

- Anemia pernicioasă, dată de deficitul vitaminei B12 în organism.

- Intervențiile chirurgicale la nivelul stomacului, care pot modifica PH-ul gastric.

- Factori de mediu - implicarea lor este susținută de incidența crescută a cancerului gastric în anumite zone geografice (Japonia, Islanda, Chile, Columbia).

- Rasa – s-a observat că rasa neagră este de 2 ori mai predispusă la dezvoltarea cancerului gastric.

Cancerul gastric este greu de diagnosticat într-un stadiu precoce, deoarece 80% dintre pacienți nu prezintă niciun fel de simptome la debutul bolii. Când simptomele apar, ele sunt atât de vagi, încât sunt fie ignorate, fie confundate cu simptomele altor afecțiuni. În fiecare an, în România sunt depistate în jur de **3.000** de cazuri noi de cancer gastric, cele mai multe dintre ele în stadii avansate.

Semnele predictive ale cancerului gastric pot fi :

- discomfort gastric sau abdominal, care se accentuează după alimentație și nu cedează la medicamente antiulceroase;
- indigestie și senzație de arsură la nivelul stomacului;
- respirație urât mirositoare (halenă);
- înghițire dificilă a alimentelor;
- lipsa poftei de mâncare, senzație de sațietate instalată rapid, urmată de balonare;
- scăderea în greutate, amețeli, anemie, oboseală;
- grețuri, uneori chiar și vărsături;
- constipație sau diaree.

În stadii avansate ale tumorii, se observă un stomac crescut în volum, ficatul mărit, sânge în scaun, probleme în coagularea sângelui și o scădere în greutate considerabilă. Pentru pacienții depistați cu carcinom gastric într-un stadiu precoce rata de supraviețuire de 5 ani este de 75%, iar pentru cei depistați într-un stadiu tardiv este de mai puțin de 30%, caz în care se observă metastaze la nivelul ficatului, ovarelor sau pancreasului.

Diagnosticul cancerului gastric se pune pe baza examinărilor de laborator și a analizelor făcute pentru a identifica stadiul tumorii.

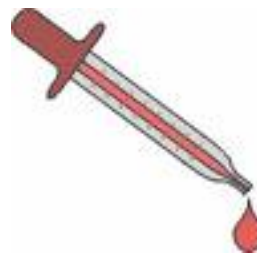
Investigațiile care se fac în astfel de situații sunt:

Radiografia baritată - constă în utilizarea unei suspensii de bariu, care permite, după înghițire, vizualizarea radiologică a esofagului și a stomacului. Această investigație neinvazivă reprezintă de obicei primul pas, cu ajutorul căruia medicul depistează existența unor leziuni la nivel gastric, precum și natura acestora. S-a observat că leziunile ulceroase, fără caracteristici maligne, conduc în proporție de 95% la dezvoltarea unei tumori gastrice. Dacă această

investigație conduce la rezultate neconcludente sau depistează leziuni atât benigne, cât și maligne, se recurge la alte metode de diagnostic.

Endoscopia este o intervenție cu sensibilitate și specificitate crescute, mai ales când este asociată cu prelevarea de biopsii locale. Se realizează cu ajutorul endoscopului, un tub lung, flexibil și cu diametru variabil, care prezintă la un capăt o sursă de lumină și o cameră de înregistrare a imaginilor. Introdus prin cavitatea bucală în esofag și apoi în stomac, endoscopul vizualizează aspectul mucoasei gastrice și permite prelevarea de probe biopsice de la nivelul zonelor suspecte. Proba de țesut este apoi prelucrată și vizualizată la microscop, cu scopul de a descoperi eventualele modificări tumorale. Este indicat ca examenul endoscopic să se efectueze în mod sistematic la toți pacienții cu risc crescut de dezvoltare a cancerului gastric.

Recoltarea de sânge pentru depistarea markerilor tumorali, nivelul crescut al acestora fiind corelat cu prezența metastazelor hepatice. După punerea diagnosticului, urmează diverse investigații pentru a depista eventualele metastaze.



Tomografia Computerizată (CT) abdominală ajută în special la depistarea metastazelor hepatice, precum și la observarea organelor afectate din apropierea stomacului (pancreas, esofag, vezică biliară). Această investigație nu permite depistarea metastazelor de la nivelul nodulilor limfatici, doar în cazul în care aceștia au crescut în dimensiuni.

Radiografia toracică este utilizată pentru depistarea metastazelor pulmonare.



Ecoendoscopia sau ultrasonografia endoscopică – este o metodă modernă, ce ajută la stadializarea tumorii, permițând astfel aplicarea unui tratament adecvat. Această explorare combină ecografia cu endoscopia, și constă în plasarea unui transductor (parte a ecografului care produce, transmite și recepționează ultrasunetele) în vârful

endoscopului, permițând examinatorului să obțină imagini ale pereților tubului digestiv și ale organelor învecinate. Deoarece porțiunea distală a ecoendoscopului este mai rigidă (conține și transductorul) decât endoscopul standard, intervenția este mai greu de efectuat și se desfășoară doar după ce pacientului îi este administrat un sedativ intravenos și apoi este anesteziat la nivelul gâtului, cu ajutorul unui spray. Examinarea se face dimineața, pe nemâncate, cu pacientul culcat pe partea stângă, însă pentru a putea fi explorate diferite părți ale stomacului, poziția lui poate fi schimbată pe parcursul intervenției. Ecoendoscopia permite evaluarea stadiului tumorilor gastrice maligne prin stabilirea gradului de invazie și prin identificarea ganglionilor locoregionali afectați. Când acest lucru este dificil, sunt prelevate probe biopsice pentru a fi ulterior studiate microscopic.