

Ελένη Σπανίδου-Καρβούνη  
Παθολογοανατόμος  
Αρεταίειο Νοσοκομείο

## ΠΡΩΙΜΟ ΓΑΣΤΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ

Το **καρκίνωμα** του στομάχου αποτελεί τη συντριπτική πλειοψηφία (**90%**) των κακοήθων γαστρικών νεοπλασμάτων. Το λέμφωμα, καρκινοειδές και στρωματικό γαστρεντερικό νεόπλασμα (GIST) ακολουθούν με πολύ χαμηλά ποσοστά στη διάγνωση των καρκίνων σε αυτή την εντόπιση: 4%, 3%, και 2%, αντίστοιχα. Η συχνότης εμφανίσεώς του έχει μεγάλες διαφορές κατά περιοχές- είναι δηλ. εννέα φορές συχνότερος στην Ιαπωνία-N. Κορέα απ'ό,τι είναι στις Η.Π.Α.- Δυτ. Ερώπη. Τα περισσότερα γαστρικά καρκινώματα είναι σποραδικά. 1% των γαστρικών καρκινωμάτων είναι κληρονομικά (Κληρονομικό διαχύτου τύπου γαστρικό καρκίνωμα). Μορφολογικά (ιστολογικά) διακρίνονται **κατά Lauren** τρεις τύποι γαστρικού καρκινώματος: ο **εντερικός** τύπος, ο **διάχυτος** τύπος και ο **αταξινόμητος**. Ο τελευταίος έχει χαρακτηριστικά και των δύο πρώτων τύπων. Ο **εντερικός** τύπος γαστρικού καρκινώματος είναι περισσότερο συχνός σε άνδρες μεγάλης ηλικίας και αποτελεί το **53%** των γαστρικών καρκινωμάτων. Η επίπτωσης του έχει ελαττωθεί κατά τις τελευταίες δεκαετίες. Ο **διάχυτος** τύπος αποτελεί το **33%** των γαστρικών καρκινωμάτων, εμφανίζεται σε άτομα νεαρότερης ηλικίας, με ίση κατανομή σε άνδρες και γυναίκες. Η επίπτωσης του έχει παραμείνει σταθερά στα ίδια επίπεδα κατά τα τελευταία χρόνια. Το εντερικού τύπου καρκίνωμα του στομάχου αναπτύσσεται με μία διαδικασία στην οποία συμμετέχουν διάφοροι παράγοντες και η οποία έχει διάφορα στάδια όπως είναι η χρόνια γαστρίτις, ατροφική γαστρίτις, εντερική μεταπλασία και η δυσπλασία. Ως σημαντικός **παράγων κινδύνου** για την ανάπτυξη καρκινώματος στο άντρο και θόλο του στομάχου θεωρείται το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (**H. Pylori**). Ο κυριώτερος προγνωστικός παράγων στο καρκίνωμα του στομάχου είναι το βάθος διηθήσεως. **Βάσει του βάθους διηθήσεως** του καρκινώματος μέσα στο τοίχωμα του στομάχου, το γαστρικό καρκίνωμα διακρίνεται σε **πρώιμο (early)** και **προχωρημένο (advanced)**.

Το **πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα** αποτελεί το **20-50%** των γαστρικών καρκινωμάτων. Αυτό το εύρος της ποσοστιαίας αναλογίας του πρώιμου γαστρικού καρκινώματος στο σύνολο των γαστρικών καρκινωμάτων εξαρτάται από τη γεωγραφική περιοχή π.χ. στην Ιαπωνία όπου γίνεται συστηματικός πληθυσμιακός

έλεγχος για καρκίνωμα στομάχου, 50% των περιπτώσεων ανήκουν στην κατηγορία του πρώιμου γαστρικού καρκινώματος. **Ως «πρώιμο» ορίζεται το γαστρικό καρκίνωμα το οποίο αναπτύσσεται στον βλεννογόνο και μπορεί να επεκτείνεται έως και τον υποβλεννογόνο ανεξάρτητα από την παρουσία ή μη λεμφαδενικών μεταστάσεων.** Ο ορισμός δεν περιλαμβάνει το in situ καρκίνωμα. Μακροσκοπικά διακρίνεται σε 5 τύπους:

**Τύπου I:** ο όγκος αναπτύσσεται **πολυποειδώς** > 2,5 χιλ πάνω από το επίπεδο του βλεννογόνου.

**Τύπου IIa:** ο όγκος είναι **ελαφρά επηρμένος** (< 2,5 χιλ από το επίπεδο του βλεννογόνου). Στις κατηγορίες **I και IIa** ανήκει το **28%** των πρώιμων γαστρικών καρκινωμάτων και είναι συνήθως **εντερικού τύπου.**

**Τύπου IIb:** Ο όγκος είναι **επίπεδος**. Στην κατηγορία αυτή ανήκει το **12%** των πρώιμων γαστρικών καρκινωμάτων και είναι είτε εντερικού είτε διαχύτου τύπου

**Τύπου IIc:** Ο όγκος εμφανίζει **ελαφρά κατάδυση** στο τοίχωμα, < 1,2 χιλ. **27%** των πρώιμων γαστρικών καρκινωμάτων ανήκει σε αυτή την κατηγορία

**Τύπου III:** Ο όγκος είναι **ελκωτικός**, βάθους >1,2 χιλ. Στον τύπο III ανήκει το **33%** των πρώιμων γαστρικών καρκινωμάτων.

Τα καρκινώματα **τύπου IIc και III** είναι, συνήθως, **διαχύτου τύπου.**

Το μέγεθος του Πρώιμου γαστρικού καρκινώματος είναι συνήθως μικρότερο των 4 εκ. και είναι πολυεστιακό σε 14% των περιπτώσεων. Υπάρχουν 2 **παραλλαγές** του πρώιμου γαστρικού καρκινώματος βάσει του μεγέθους του: Το **«μικροσκοπικό» (minute)** και το **επιφανειακά εξαπλούμενο (superficial spreading):** Το «μικροσκοπικό» έχει διάμετρο < 0,5 εκ και συνήθως είναι μονοεστιακό, μπορεί όμως να συνυπάρχει με μεγαλύτερες νεοπλασματικές αλλοιώσεις. 50% αυτών των καρκινωμάτων διηθούν τον υποβλεννογόνο, δεν δίνουν όμως λεμφαδενικές μεταστάσεις. Το επιφανειακά εξαπλούμενο πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα είναι μεγάλο και καταλαμβάνει επιφάνεια τουλάχιστον 25 εκ<sup>2</sup>. Αν και το μέγεθός του μπορεί να είναι μεγάλο, παραμένει εντοπισμένο στον βλεννογόνο και υποβλεννογόνο.

**Λεμφαδενικές μεταστάσεις** παρατηρούνται σε **10-20%** των ασθενών με πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα. Η παρουσία τους εξαρτάται από το βάθος διηθήσεως και τη διάμετρο του όγκου: Μία σειρά 5265 ασθενών με πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα στη βιβλιογραφία (GotodaT, Yanagisawa et al Gastric Cancer 2000; 3: 219-25), που αντιμετωπίστηκαν με γαστρεκτομή έδειξε ότι δεν υπήρχαν λεμφαδενικές μεταστάσεις σε κανένα από :

- 1) 1230 ασθενείς με καλά διαφοροποιημένο ενδοβλεννογόνο καρκίνωμα διαμέτρου < 3 εκ, ανεξάρτητα από την παρουσία εξελκώσεως
- 2) 929 ασθενείς με ενδοβλεννογόνο καρκίνωμα, χωρίς εξέγκωση

- 3) 145 ασθενείς με διαφοροποιημένο καρκίνωμα, < 3 εκ, με επέκταση στον υποβλεννογόνο σε βάθος < 500μ, χωρίς λεμφαγγειακή διήθηση.

Βάσει αυτών των ευρημάτων διαμορφώθηκαν **οι ενδείξεις** για την ενδοσκοπική αφαίρεση αυτών των αλλοιώσεων με σκοπό την ίαση του ασθενούς: το καρκίνωμα δηλ θα πρέπει να είναι καλά ή μέτρια διαφοροποιημένο, το βάθος διηθήσεως να είναι < 500μ, να μην υπάρχει λεμφαγγειακή διήθησις και τα εν τω βάθει και πλάγια όρια εκτομής να είναι αρνητικά για νεοπλασματική διήθηση. Επί πλέον, εάν η βλάβη είναι εξελκωμένη, η διάμετρός της θα πρέπει να είναι < 3 εκ.

Η παθολογοανατομική εξέταση του παρασκευάσματος της ενδοσκοπικής εκτομής πρέπει να είναι πλήρης: το παρασκεύασμα είναι απαραίτητο να έχει μονιμοποιηθεί επίπεδο και η λήψις τομών μετά τη μονιμοποίηση να γίνεται ανά 2 χιλ.

Το πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα, χωρίς θεραπευτική αντιμετώπιση εξελίσσεται προς προχωρημένο γαστρικό καρκίνωμα σε 63% των ασθενών. Μετά από εκτομή η πρόγνωσίς του είναι εξαιρετική με ποσοστό 5ετούς επιβιώσεως >90%. Οι ασθενείς με λεμφαδενικές μεταστάσεις έχουν 10ετή επιβίωση κατά 10-20% χαμηλότερη σε σύγκριση με ασθενείς που δεν έχουν λεμφαδενικές μεταστάσεις. Ένα μικρό ποσοστό των ασθενών με πρώιμο γαστρικό καρκίνωμα (5-15%) εμφανίζει υποτροπή ή μετάχρονο (γαστρικό) καρκίνωμα και γι'αυτό είναι απαραίτητη η μακροχρόνια παρακολούθησις αυτών των ασθενών.

#### BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Klaus J. Lewin & Henry Appelman Atlas of Tumor Pathology. Tumors of the Esophagus and Stomach. Third Series. Fascicle 18 1996, pp270-310
2. D. W. Day, J. R. Jass, A. B. price, N.A. Shepherd, J.M. Sloan, I.C.Talbot, B.F.Warren, G.T.Williams. Morson and Dawson's Gastrointestinal Pathology 4<sup>th</sup> Ed. Blackwell Science 2003, p.174-177.