

616.33-006.04

TUMORY ŽALÚDKA - VČASNÁ DIAGNÓZA, PREDPOKLAD PRIAZNIVEJ PROGNÓZY

MUDr. Matúš PETKO, plk. MUDr. Rudolf SEMAN, CSc.
Chirurgické oddelenie Vojenskej nemocnice, Bratislava
(náčelník: plk. MUDr. R. Seman, CSc.)

Úvod

Neuspokojivé výsledky terapie tumorov žalúdka sú pravdepodobne skúsenosťou každého chirurgického, resp. onkologického pracoviska.

Precízna operačná technika, komplexná preoperačná, perioperačná i postoperačná terapia (z aktuálnych trendov posledných 2-3 rokov možno spomenúť nádejné výsledky pri predoperačnej aplikácii mitomycínu C či perioperačnú rádioterapiu) narážajú na neprekonateľnú bariéru pokročilosti patologického procesu.

Istým klišé v lekárskej verejnosti je poznatok o klesajúcej incidencii tohto ochorenia. Táto tendencia sa skutočne prejavuje (hoci so svojimi determinantami geografickými, lokalizácie procesu...), napriek tomu však tumorom žalúdka patrí prvé miesto v mortalite medzi neoprocami vôbec (Gregor uvádza, že 90 % pacientov s diagnostikovaným procesom umiera) (4) a druhé miesto v incidencii rakoviny u oboch pohlaví (u mužov po rakovine pľúc, u žien po rakovine prsníka).

Ako je už naznačené vyššie, dostávame sa k požiadavke včasnej diagnózy - *conditio sine qua non* zlepšenia týchto parametrov. V Európe sa darí podľa Millera Kaufmanna (3) zachytiť Ca žalúdka vo včasnom štádiu v 10 %, novšie údaje tento stav potvrdzujú. De Leo (1) hovorí o 8,6 % včasne diagnostikovaných, ázijské pramene, napr. Yoon (7), uvádzajú dokonca spodnú hranicu intervalu včasnej zachytiteľnosti len 6 %. Prakticky to znamená, že pacient prichádza k lekárovi v pokročilom štádiu ochorenia s jeho infiltráciou do okolitých štruktúr, s postihnutím regionálnych i vzdialených lymfatických uzlín, resp. s hematogénnym rozsevom. Podľa Černého (3) je takýchto pacientov 70 %, novší údaj z tohto pracoviska hovorí o 50,6 % pacientov prichádzajúcich v štádiu inoperabilného nádoru do styku s chirurgom. To zodpovedá údajom dostupným v literatúre - American Joint Committee for Cancer Staging uvádza resekabilitu v III. štádiu 45 %, v IV. dokonca nulovú. Tieto informácie nás podnietili zhodnotiť vlastný klinický materiál.

Súbor

Sledovali sme pacientov s diagnózou rakoviny žalúdka operovaných na našom oddelení v rokoch 1981-1990. Po vylúčení prípadov nejasného primárneho ložiska, resp. pacientov reoperovaných pre základné ochorenie, sme spracovali údaje od 37 pacientov.

Muži dominovali v pomere 3:1, čo je dvojnásobok údajov z literatúry daný špecifitou vojenských zdravotníckych zariadení. Priemerný vek pacientov v čase diagnózy bol 59,4 roka.

Klesajúcu incidenciu ochorenia naznačil aj náš súbor.

V definícii včasného štádia ochorenia nepanuje v dostupnej literatúre úplná zhoda. Podľa Japonskej endoskopickéj spoločnosti ide o nádorový infiltrát v sliznici žalúdka zasahujúci eventuálne i submukózu. De Leo (1) za včasný karcinóm žalúdka považuje nádor infiltrujúci sliznicu, resp. podsliznicové tkanivo bez ohľadu na súčasné postihnutie lymfatických uzlín a vzdialené metastázy. V úsilí získať výsledky kompatibilné s údajmi v domácej literatúre sme vychádzali z odporúčenia American Joint Committee for Cancer Staging považovať za včasný Ca žalúdka nádor klasifikovaný v TNM klasifikácii ako T₁N₀M₀, resp. T₂,N₀M₀.

Tabuľka 1

Súbor pacientov s diagnózou Ca žalúdka
hospitalizovaných na chirurgickom oddelení
VN Bratislava
v rokoch 1981 - 1990

Celkom	37
Muži	28 (75,7 %)
Ženy	9 (24,3 %)

Tabuľka 2

Priemerný vek pacientov v čase diagnózy Ca žalúdka

$\bar{x}$	59,4 roka
$\bar{x}$ muži	60,9 roka
$\bar{x}$ ženy	54,6 roka

Tabuľka 3

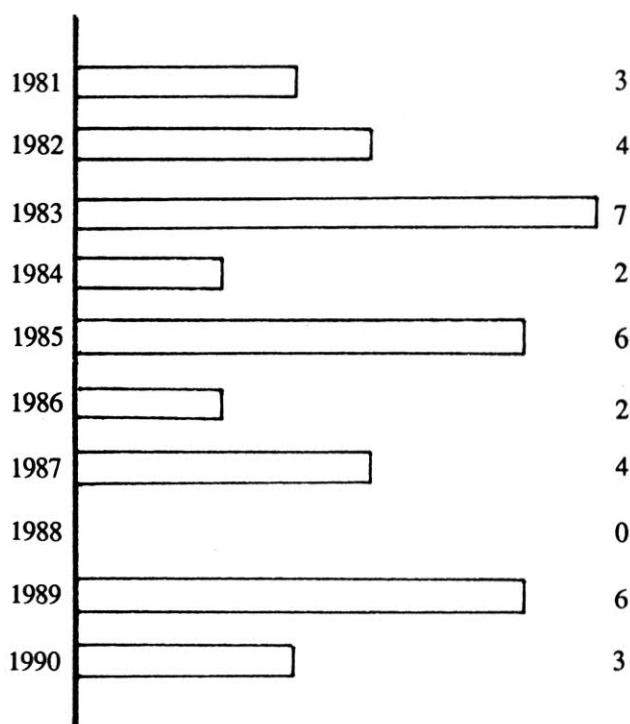
Minimálny a maximálny vek pacientov v čase diagnózy Ca žalúdka u oboch pohlaví

	min.	max.
$\bar{x}$ muži	38 rokov	78 rokov
$\bar{x}$ ženy	36 rokov	71 rokov

Tabuľka 4

Lokalizácia pokročilých nádorov žalúdka

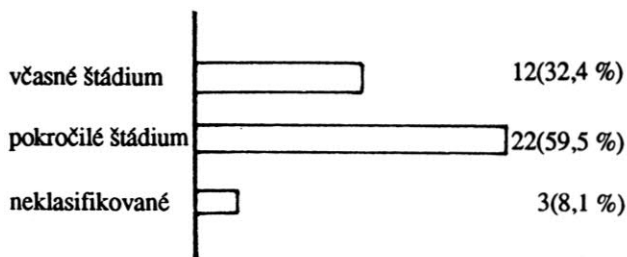
antrum	8 (36,4 %)
corpus, fundus	10 (45,4 %)
cardia	1 (4,9 %)
neklasif.	3 (13,3 %)



Graf 1 Počet operovaných v jednotlivých rokoch sledovaného obdobia a diagnózou Ca žalúdka

Výsledky

Podiel včas diagnostikovaných Ca žalúdka v našom súbore bol takmer tretinový, naproti tomu temer 60 percent pacientov prišlo v štádiu vylučujúcom radikálny operačný výkon. Troch pacientov sme pre nejednoznačnosť údajov neklasifikovali.



Graf 2 Štádium ochorenia v čase diagnózy

Necelá polovica pokročilých nádorov bola lokalizovaná v tele žalúdka, vyše tretiny v antré, karcinóm gastroezofageálneho spojenia sme operovali jeden, v troch prípadoch rozsah infiltrácie neumožnil klasifikáciu.

Prístup k operácii sme volili hornou strednou laparotómiou. V operabilných prípadoch sme vykonali subtotálnu, resp. v troch prípadoch totálnu resekciu žalúdka s obnovou kontinuity GIT ezofagojejunoanastomózou doplnenou Braunovou anastomózou alebo Rouxovou kľučkou. Splenektómiou sme doplnili operačné riešenie v jednom prípade u pokročilého Ca antra. Disekcia lymfatických uzlín je zásadnou požiadavkou kuratívnych výkonov, jej rozsah je determinovaný operačným nálezom

i skúsenosťou operátora. Údaje o rozsahu disekcií v našich operačných nálezoch prevážne zo skoršieho obdobia nenachádzame, u popisovaných disekcií ide o skupiny R 2, R 3, zväčša však rozsah disekcie nie je špecifikovaný.

Diskusia

Rakovina žalúdka bola, a zdá sa, že dlhší čas i ostane, obávanou diagnózou pre pacienta i pre lekára. Pre lekára sa stáva primárnou požiadavkou včasnej diagnostiky ochorenia. Jej naplnenie naráža na chudobnú nešpecifickú a nekonštantnú symptomatológiu včasných štádií ochorenia, pričom až 75 % pacientov s viac ako mesačnou anamnézou dyspeptických obtíží a stanovenou diagnózou Ca žalúdka nie je vhodných pre kuratívny operačný výkon. Ďalším problémom je praktická neexistencia špecifickej diagnostickej metódy, najmä pre včasné, jediné prognosticky priaznivé štádiá ochorenia. Potvrdzuje sa, že k väčšej záchytnosti ochorenia môže prispieť jedine preventívne vyšetrenie zdravej, prednostne rizikovej populácie. Suverénnymi metódami ostávajú röntgenkontrastné vyšetrenie žalúdka, gastrofibroskopia spojená s odberom materiálu na histologické vyšetrenie, v neskorších štádiách počítačová tomografia, nešpecifické je vyšetrenie markerov.

Terapeuticky je metódou voľby resekcia postihnuteho tkaniva žalúdka; rozsah resekcie vyplýva z lokalizácie procesu, resp. z jeho infiltrácie do tkaniva žalúdka a okolitých štruktúr a samozrejme i rozsah lymfogénneho a hematogénneho rozsevu. Subtotálne resekcie v dostupnej literatúre dominujú, no podiel totálnych resekcií, najmä v spojení s radikálnou disekciou lymfatických uzlín, stúpa a viacerí autori, najmä ázijskí, napr. Wu, C. C. (6), ich považujú za prognosticky priaznivejšie, osobitne vo vyššom veku. V požiadavke radikálnej disekcie lymfatických uzlín panuje zhoda. Pri obnove kontinuity GIT po totálnych resekciách žalúdka nenachádzame údaje preferujúce použitie Rouxovej kľučky, či interpozície jejuna, ich výber je determinovaný operačným nálezom, resp. zvyklosťami pracoviska.

Ku klasickému parametru retrospektívnych štúdií - k 5 a 10-ročnému prežitiu sa nemôžeme vyjadriť. Naš súbore však nespĺňa kritéria reprezentatívneho súboru, čo vyplýva zo špecifickosti vojenského zdravotníckeho zariadenia, navyše pooperačnú dispenzarizáciu pacientov v zmysle platných zásad preberá spádové poliklinické oddelenie klinickej onkológie. Gregor (4) udáva úhrnné päťročné prežitie u pacientov s diagnózou Ca žalúdka 19 percent, pričom prognóza nie je determinovaná histologickou klasifikáciou nádoru, hĺbkou jeho infiltrácie do steny žalúdka, jeho absolútnou veľkosťou - Stolte (5). Zlepšuje sa naopak s aborálnou lokalizáciou procesu - Gregor (4). Kardinálnou determinantou je prirodzene pokročilosť procesu. Fernandes (2) udáva päťročné prežitie u pacientov operovaných v I. a II. štádiu v 38 %, v III., a v IV. štádiu naproti tomu len v 17,2 %.

Záverom je možné konštatovať, že i napriek úsiliu chirurgov dosiahnuť čo najlepšie výsledky v liečbe malígnych tumorov žalúdka je skutočnosť neuspokojivá. Chirurg je len jedným článkom reťazca zabezpečujúceho prevenciu, depistáž, prvotné kontakty a základnú diagnostiku

ku, operačnú i adjuvantnú terapiu a následné doliečenie pacienta ako dispenzarizáciu pacienta. Dobre vykonaná operácia odstraňujúca tumor sa považuje za samozrejmosť, avšak s podobnou vážnosťou ako chirurg nepristupujú k pacientovi, zdá sa, všetci. Ťažisko práce ostáva u lekárov prvého kontaktu, poliklinických chirurgov a internistov, resp. lekárov POKO. Posunutie endoskopických vyšetrení už na tento stupeň je nevyhnutné. Musíme na tieto skutočnosti upozorňovať, inak budú ešte dlho liečebné výsledky u malígnych tumorov žalúdka neuspokojivé.

Súhrn

Je poukázané na dlhodobu neuspokojivú výsledky liečby tumorov žalúdka. Hlavnou príčinou je neskorá diagnostika. Autori popisujú súbor 37 pacientov za obdobie 10 rokov. Odporúčajú posunúť primárnu diagnostiku a depistáž na poliklinickú úroveň.

Literatúra

1. LEO, S. de et al.: Our Experience with Early Gastric Carcinoma. *Minerva. Chir.*, 1990, č. 45, s. 1133-1136.
2. FERNANDES, F. V. et al.: Total Gastrectomy with Creation of a New Stomach Using a Jejunum. A Retrospective Study of 120 Patients. *Acta. Med. Port.*, 1990, č. 3, s. 213-220.
3. ČERNÝ, J.: Špeciálna chirurgia I. Chirurgia tráviacej rúry. Martin 1990. 497 s.
4. GREGOR, O.: Současné znalosti o rakovině žaludku. *Novinky v medicíně*, 1974, č. 7, s. 8-11 a 50.
5. STOLTE, M. et al.: Type I or IIa Early Gastric Carcinoma. Comparative Study of the Prognosis Following Limited or Radical Therapy. *Leber. Magen. Darm.*, 1990, č. 20, s. 281-288.
6. Wu, C. C. et al.: Gastrectomy for Advanced Gastric Carcinoma with Serosal Involvement. Kao. Hsiung. I. Hsueh. Ko. Hsueh. Tsa. Chih., 1991, č. 7, s. 7-14.
7. YOON, C. M. et al.: Early Gastric Carcinoma in Korea. *Korean. J. Int. Med.*, 1989, č. 4, s. 65-73.

Klíčové slová: Rakovina žalúdka; Včasná diagnóza.