

Wczesny rak żołądka – opis przypadku usunięcia polipa z żołądka u 50-letniego mężczyzny

Early gastric carcinoma – a case report: removal of gastric polyp in a 50-year-old man

Krzysztof Jarus, Mariusz Brąclik

Pracownia Endoskopii, Szpital im. Stanisława Leszczyńskiego, Katowice

Streszczenie: Rak żołądka należy do najczęstszych nowotworów złośliwych. Większość zachorowań występuje po 50. roku życia. Polska zalicza się do krajów o największej zapadalności na raka żołądka w Europie. 50-letni mężczyzna z niecharakterystycznymi dolegliwościami bólowymi w nadbrzuszu zgłosił się do Pracowni Endoskopii Szpitala im. Leszczyńskiego w Katowicach w celu przeprowadzenia endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego. W przeprowadzonym badaniu stwierdzono w żołądku obecność dwóch polipów; badanie histologiczne pobranego materiału ujawniło obecność raka w jednym z nich. Wykonano powtórne badanie endoskopowe, w czasie którego usunięto obydwa polipy. Bezpośrednio przed polipektomią wykonano badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej w celu wykluczenia zmian przerzutowych. Podsumowując, zmiany polipowate, zwłaszcza o utkaniu gruczolaka, powinny zostać usunięte w krótkim czasie po ich rozpoznaniu. Nowoczesne metody endoskopowe pozwalają skutecznie i bezpiecznie usuwać zmiany nowotworowe i mogą stanowić alternatywę dla leczenia chirurgicznego.

Słowa kluczowe: endoskopia przewodu pokarmowego, endoskopowa resekcja zmian śluzówkowych, rak wczesny żołądka

Abstract: Early gastric cancer is one of the most often neoplasma. The most of incidence of gastric cancer occur after 50 year of life. Poland is a country with high morbidity of gastric cancer in Europe. A 50-year-old man with nonspecifically epigastric pain was subjected to endoscopy. Two polyps in the stomach were revealed during the examination. The biopsy was made, and the histological examination showed cancer in one of the polyps. The endoscopy was performed again and both polyps were removed by endoscopic mucosal resection. Before polypectomy computed tomography was performed to exclude metastasis. In conclusions, polyps, especially adenoma, should be removed shortly after diagnosis. Modern endoscopic methods are effective and safe in removal of neoplastic lesions. They might be an alternative to surgical treatment.

Key words: early gastric cancer, endoscopic mucosal resection, gastric endoscopy examination

WPROWADZENIE

Rak żołądka należy do najczęstszych nowotworów złośliwych: jest czwartym co do częstości występowania nowotworem u mężczyzn i siódmym u kobiet. Większość zachorowań występuje po 50. roku życia. Polska zalicza się do krajów o największej zapadalności na raka żołądka w Europie. W ostatnich dziesięcioleciach liczba zachorowań na raka żołądka systematycznie się zmniejsza. Wśród przyczyn tego zjawiska wymienia się zmianę nawyków żywieniowych, sposobu przechowy-

wania żywności oraz mniejszą częstość przypadków zakażenia *H. pylori* w populacji [1-6].

Zdecydowana większość nowotworów powstaje w zmiennej zapalnie błonie śluzowej. Zapalenie to ma charakter przewlekły, prowadzi do zaniku błony śluzowej i rozwoju w niej zmian o typie metaplastji jelitowej, a następnie dysplastji [1,5,6]. Proces od zakażenia do powstania inwazyjnego raka trwa około 30 lat.

Kliniczny podział raka żołądka uwzględnia raka wczesnego i raka zaawansowanego. Pojęcie „raka wczesnego” zostało wprowadzone kilkadziesiąt lat temu przez Japończyków i dotyczy raka inwazyjnego, ale obejmującego jedynie błonę śluzową (ewentualnie podśluzową) i nienaciekającego błony mięśniowej ściany żołądka. Rozpoznanie raka wczesnego jest możliwe jedynie po wycięciu chirurgicznym lub endoskopowym zmiany [1-3]. Nowotwór złośliwy żołądka rzadko jest przyczyną dolegliwości – w badanej populacji stwierdzono je u 41% pacjen-

Adres do korespondencji:

dr med. Mariusz Brąclik, Pracownia Endoskopii, Szpital im. Stanisława Leszczyńskiego, ul. Raciborska 26, 40-570 Katowice, tel.: 069-755-95-31, e-mail: braclik@o2.pl

Praca wpłynęła: 05.10.2007. Przyjęta do druku: 26.11.2007.

Nie zgłoszono sprzeczności interesów.

Pol Arch Med Wewn. 2007; 117 (11-12): 521-523

Copyright by Medycyna Praktyczna, Kraków 2007

tów z rozpoznaniem raka wczesnego. Wśród zgłaszanych objawów dominowały: dysfagia, uczucie niecharakterystycznych dolegliwości bólowych nadbrzusza, brak apetytu. Ponad 58% badanych chorych, u których stwierdzono raka wczesnego żołądka, nie zgłaszało żadnych dolegliwości [3]. Zaawansowane guzy nowotworowe mogą być przyczyną niedokrwistości, krwotoku lub niedrożności przewodu pokarmowego. Diagnostyka raka żołądka opiera się przede wszystkim na badaniu endoskopowym oraz histologicznym pobranych w czasie tego badania wycinków. Jedynym radykalnym sposobem leczenia raka żołądka jest leczenie operacyjne. Operacja polega na wycięciu całej zmiany z szerokim marginesem, co praktycznie oznacza prawie całkowitą (niekiedy całkowitą) gastrektomię.

U niektórych chorych można jeszcze w czasie badania endoskopowego – przed usunięciem zmiany – z dużym prawdopodobieństwem podejrzewać raka wczesnego [2,3,5]. Uwidocznione zmiany płaskie śluzówki żołądka lub polipy nasuwają podejrzenie rozwoju choroby nowotworowej. Uzyskanie odpowiednio dużej ilości materiału do oceny histologicznej zwiększa prawdopodobieństwo znalezienia zmian neoplazmatycznych, a tym samym – wybrania właściwej metody ich usunięcia, często przy użyciu metod endoskopowych [2,3]. U chorych na raka żołądka coraz częściej bowiem zamiast klasycznej gastrektomii wykonuje się endoskopową mukozektomię – z bardzo dobrymi wynikami odległymi [4]. Wyróżnia się 5 typów morfologicznych zmian stwierdzanych endoskopowo. Za typ 0 uznaje się zmiany powierzchniowe, które mogą być opisane jako uniesione, płaskie lub zagłębione, typ 1 to zmiany polipowate. Pozostałe typy klasyfikacji endoskopowej obejmują zmiany owrzodzone oraz naciekające bez wyraźnych granic nacieku. Rokowanie w przypadku raka wczesnego jest bardzo dobre – przeżywalność 5-letnia wynosi prawie 90%, w przeciwieństwie do raka zaawansowanego, w którym przeżywalność 5-letnia wynosi około 10–15% [4].

OPIS PRZYPADKU

50-letni mężczyzna, rasy kaukaskiej, zgłosił się do Pracowni Endoskopii Szpitala im. Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach w celu wykonania panendoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego z powodu dolegliwości dyspeptycznych: uczucia dyskomfortu w nadbrzuszu, pustych odbijań i okresowo dolegliwości bólowych, nasilających się zwłaszcza po jedzeniu. Objawy wystąpiły po raz pierwszy około 15 miesięcy wcześniej. W wykonanej w tym czasie panendoskopii stwierdzono obecność licznych nadżerek oraz zaczerwienień w części przedodźwiernikowej żołądka, z dodatnim wynikiem testu ureazowego w kierunku *H. pylori*. Zastosowano leczenie inhibitorami pompy protonowej (IPP) oraz leczenie eradykacyjne. Po 3 miesiącach przeprowadzono kolejne badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego, stwierdzając ustąpienie poprzednio opisywanych cech stanu zapalnego. W badaniu wykazano jedynie obecność polipa o budowie gruczolaka cewkowego o średnicy około 8 mm, znajdującego się na ścianie przedniej

w części przedodźwiernikowej żołądka. Leczenie IPP utrzymać i zalecono kontrolne badanie endoskopowe za rok. W wykonanym po roku badaniu endoskopowym stwierdzono obecność przysadzystego polipa o średnicy około 10 mm na ścianie przedniej w antrum (opisywanego w badaniu przeprowadzonym rok wcześniej) oraz drugiego polipa o średnicy 6 mm na ścianie tylnej trzonu żołądka. Badanie histologiczne wycinków pobranych w trakcie panendoskopii wykazało: z polipa na ścianie przedniej w antrum – raka w polipie z naciekiem nieprzekraczającym błony mięśniowej śluzówki oraz z marginesami <2 mm (co pozwoliło rozpoznać niedoszczętne usunięcie zmiany w czasie pobierania wycinków do badania histopatologicznego); z polipa na ścianie tylnej trzonu żołądka – zapalenie przewłok z rozrostem dołączkowatym i metaplastą jelitową; z okolicy kąta żołądka – prawidłową śluzówkę żołądka. Wynik testu ureazowego w kierunku *H. pylori* był ujemny. Po otrzymaniu wyników badania histologicznego, po 14 dniach od pierwszego badania pacjentowi wykonano spiralną tomografię komputerową jamy brzusznej oraz badanie radiologiczne klatki piersiowej i podstawowe badania laboratoryjne. Następnie – po wykluczeniu, na podstawie badań obrazowych, cech zaawansowania miejscowego nowotworu oraz przerzutów na narządy odległe i węzły chłonne – wykonano powtórny endoskop górnego odcinka przewodu pokarmowego. W trakcie endoskopii zmiana została podstrzyknięta roztworem adrenaliny i uniesiona, a następnie całkowicie usunięta przy użyciu pętli diatermicznej. Polip w trzonie żołądka został usunięty przy użyciu kleszczyków diatermicznych (*hot-biopsy*). W badaniu histologicznym polipa usuniętego z części przedodźwiernikowej nie stwierdzono nacieku nowotworowego, a charakter wyciętego polipa określono jako zapalny. Ze względu na niespełnienie kryteriów doszczętności usunięcia raka konieczne było wykonanie mukozektomii. W uzyskanym z niej materiale nie stwierdzono obecności nowotworu, co uniemożliwiło ocenę jego zasięgu oraz opis marginesów pomiędzy rakiem a zdrową tkanką. Z drugiej strony, uzyskana ocena histologiczna usuniętego polipa przekonuje o radykalności zabiegu endoskopowego i pozwala oszczędzić pacjentowi resekcji żołądka.

OMÓWIENIE

Rozpoznanie wczesnego raka żołądka na podstawie badania endoskopowego opiera się na makroskopowej ocenie śluzówki oraz uzyskaniu wycinków do badania histologicznego z miejsc zmienionych. Ocenia się takie objawy, jak miejscowe zapadnięcie błony śluzowej, nierówności śluzówki czy punktowa zmiana koloru [5,7,8]. Zdecydowanie rzadziej stwierdza się wczesnego raka w polipie [9].

Polipy żołądka występują znacznie rzadziej niż polipy jelita grubego. W większości są to polipy zapalne lub hiperplastyczne, a tylko w kilku procentach stwierdza się polipy o budowie gruczolaka. W części przypadków polipy hiperplastyczne i zapalne zanikają samoistnie lub pod wpływem leczenia. Wykazano, że ≤40% polipów gruczolakowych żołądka zawiera

raka; w polipach innych niż gruczolaki częstość wykrycia raka sięga kilku procent. Również w obserwacji długoterminowej stwierdzono rozwój raka w polipach uprzednio opisanych jako gruczolaki [9].

Wysoka jakość sprzętu endoskopowego produkowanego w ostatnich latach oraz doskonalenie metod zabiegów endoskopowych pozwoliły na leczenie wczesnego raka żołądka metodami endoskopowymi. Wśród pacjentów, u których przeprowadzono endoskopową polipektomię, w kilku procentach przypadków stwierdzono wczesnego raka żołądka. Na podstawie badania histologicznego usuniętego polipa u większości pacjentów leczenie uznano za skuteczne i nie wykonano gastrektomii. W dalszej obserwacji większość chorych leczonych metodą endoskopową przeżyła okres 5-letni [8]. Radykalność mukozektomii endoskopowej ocenia się na podstawie zachowania odpowiedniej wielkości marginesów wolnych od nacieków nowotworowych, wysokiego stopnia zróżnicowania raka oraz braku przerzutów do naczyń krwionośnych i chłonnych w badanych preparacie. Ocenie podlega zarówno margines boczny, jak i pionowy [2].

Wskazania do endoskopowego usunięcia wczesnego raka żołądka były precyzyjnie określone, a zabiegowi zostały poddane tylko zmiany ≤ 2 cm, bez owrzodzeń oraz nienaciekające naczyni i węzłów chłonnych [7].

Endoskopowe podśluzowe rozwarstwienie (*endoscopic submucosal dissection* – ESD) przynosi znacząco lepsze wyniki w porównaniu z konwencjonalną resekcją śluzówki (*endoscopic mucosal resection* – EMR) [4,7,8]. Metoda ESD pozwala na usunięcie zmiany w jednym kawalku, ocenę marginesów (zarówno bocznych, jak i pionowego), a także umożliwia usuwanie zmian większych, niż w przypadku stosowania EMR [4,7,8]. Jak wykazano w 3-letniej obserwacji, technika ESD zmniejsza również ryzyko wznowy miejscowej oraz nawrotu raka [4]. Powikłania zabiegów endoskopowych, takie jak krwawienie czy perforacja, zdarzają się rzadko. Metoda ESD w porównaniu z EMR powoduje je znacznie częściej [8], jednak rzadko stają się one przyczyną gastrektomii, a w większości przypadków dają się wyleczyć metodami endoskopowymi [4,7,8].

Zabieg mukozektomii wykonany u naszego pacjenta został poprzedzony badaniami obrazowymi, które pozwoliły wykluczyć zaawansowanie miejscowej choroby nowotworowej, a także obecność przerzutów odległych. Na podstawie wycinków uzyskanych z polipa rozpoznano raka, którego obecności nie stwierdzono w materiale uzyskanym w czasie mukozektomii, co przekonuje o doszczętności przeprowadzonego zabiegu oraz zachowaniu odpowiednich marginesów bezpieczeństwa. Zabieg endoskopowy, który wykonaliśmy u opisywanego chorego, w przypadku stwierdzenia raka w uzyskanym materiale traktowalibyśmy jako diagnostyczny – koniecznością byłaby wówczas chirurgiczna resekcja żołądka. Jednakże ze względu na brak cech raka w uzyskanym materiale uznaliśmy zabieg za radykalny. Po wykonaniu zabiegu pacjent pozostaje pod nadzorem onkologicznym.

Wnioski z opisanego przypadku są następujące:

- 1) badanie endoskopowe jest cenną metodą rozpoznawania zmian nowotworowych w żołądku

- 2) stwierdzenie polipa w żołądku o budowie gruczolaka powinno kwalifikować pacjenta do szybkiego usunięcia zmiany metodami endoskopowymi
- 3) metody EMR i ESD są nowoczesną alternatywą konwencjonalnego leczenia chirurgicznego wczesnych zmian nowotworowych żołądka. Pozwalają one uzyskać pożądany efekt leczniczy przy zastosowaniu mało inwazyjnego zabiegu, co skraca czas hospitalizacji i zmniejsza obciążenie pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Saito H, Osaki T. Prediction of sites of recurrence in gastric carcinoma using immunohistochemical parameters. *J Surg Oncol.* 2007; 95: 123-128.
2. Sano T, Hollowood A. Early gastric cancer: diagnosis and less invasive treatments. *Scand J Surg.* 2006; 95: 249-255.
3. Suzuki H, Gotoda T, Sasako M, et al. Detection of early gastric cancer: misunderstanding the role of mass screening. *Gastric Cancer.* 2006; 9: 315-319.
4. Oda I, Saito D, Tada M. A multicenter retrospective study of endoscopic resection for early gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2006; 9: 262-270.
5. Vukobrat-Bijedic Z, Radovic S, Husic-Selimovic A, et al. Incomplete intestinal metaplasia as an indicator for early detection of gastric carcinoma in the events of helicobacter pylori positive atrophic gastritis. *Bosn J Basic Med Sci.* 2006; 6: 48-53.
6. Tari A, Kitadai Y, Sumii M, et al. Basis of decreased risk of gastric cancer in severe atrophic gastritis with eradication of *Helicobacter pylori*. *Dig Dis Sci.* 2007; 52: 232-239.
7. Gotoda T, Yamamoto H, Soetikno RM. Endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer. *J Gastroenterol.* 2006; 41: 929-942.
8. Onozato Y, Ishihara H, Iizuka H, et al. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancers and large flat adenomas. *Endoscopy.* 2006; 38: 980-986.
9. Laxen F, Sipponen P, Ihamaki T, et al. Gastric polyps: their morphological and endoscopic characteristics and relation to gastric carcinoma. *Acta Pathol Microbiol Immunol Scand.* 1982; 90: 221-228.