

CITEVA CONSIDERAȚII STATISTICE ȘI TERAPEUTICE ÎN CANCERUL GASTRIC *

Dem. *Theodorescu*, N. *Nicoiescu*, Fl. *Munteanu*

Preocupările din ce în ce mai intense ale oamenilor de știință pentru a ieși din impasul în care se găsește încă spinoasa și atât de actuala problemă a cancerului, cu toate manifestările lui, cu tot polimorfismul său, se oglindesc stringent în lucrările recentelor congrese mondiale din Mexico (1957) și Moscova (1962), a căror unică temă a fost studiul cancerului.

Morbiditatea crescută a acestei boli arată că dintre toate localizările tumorilor maligne la om, cele ale tubului digestiv (după datele Institutului on-

* Comunicată la U.S.S.M., filiala Dobrogea, la 25 septembrie 1964.

colocic din București, 17) ocupă primul loc cu un procent de 47,5%, iar dintre acestea cancerul gastric se situează pe primul plan cu un procent de 31,2%.

Frecvența cancerului gastric ocupă primul loc la bărbați, cu 41,9% și al doilea la femei cu 23,8%.



Dorim să arătăm experiența noastră din ultimii șase ani, care cuprinde un număr de 135 bolnavi de cancer gastric, verificați operator în serviciul de chirurgie al Spitalului unificat de adulți din Constanța în perioada dintre 1 ianuarie 1958 și 31 decembrie 1963.

Bolnavii au ajuns în serviciul nostru în urma examenelor clinice și radiologice, pe baza cărora s-a presupus că pot beneficia de intervenție chirurgicală.

Din totalul de 135 de bolnavi, 72 (53,1%) provin din mediul rural și 63 (46,9%) din mediul urban.

Bărbații prezintă 79,5% față de numai 20,5% femei. Alți autori arată o frecvență de 2—3 ori mai mare la bărbați decât la femei (10), în timp ce acad. *I. Făgărășanu* și colab. (5) găsesc 58,5% bărbați și 41,5% femei.

Grupele de vîrstă cele mai afectate de cancerul gastric la ambele sexe sînt decadele a 6-a și a 7-a, însumînd împreună 73,3% din toate tumorile maligne ale stomacului care au fost operate în serviciul nostru. Celelalte grupe de vîrstă reprezintă în total 26,7%. De aici rezultă că atenția noastră trebuie să se îndrepte spre depistarea precoce tocmai la grupa de vîrstă de 50—69 ani, unde orice tulburare în sfera gastrică impune o precizare rapidă.

Pe profesii bolnavii se grupează astfel:

— muncitori	31	22,9%
— agricultori	45	33,3%
— funcționari	46	34,0%
— fără ocupație	13	9,8%

Din cercetarea foilor de observație constatăm că debutul bolii se situa la cei mai mulți (80,7%) cu 1—2 ani în urmă, un număr mai mic (16,4%) au avut manifestările inițiale cu mai puțin de un an și numai foarte puțini (2,9%) afirmau că semnele clinice apăruseră de peste 2 ani.

În funcție de manifestări clinice, boala a debutat prin:

— sindrom dispeptic	52,5%
— sindrom dureros	31,1%
— sindrom ulceros	14,3%
— sindrom gastritic	1,4%
— sindrom stenotic	0,7%

Prin examene radiologice făcute la 2413 indivizi fără nici o tulburare digestivă, *St. John* (14) a descoperit în 1944 3 cancere de stomac complet asimptomatice.

Polipii gastrici descoperă cel mai des o transformare malignă, cifrele variînd după autori între 6—68% (16).

În statistica noastră am avut dovada evoluției maligne în polipoză gastrică la 3 cazuri și în ulcerul gastric la 2 cazuri.

Din multitudinea posibilităților de explorări morfologice și funcționale gastrice și extragastrice, ne-am bazat în studiul nostru îndeosebi pe documentele radiologice, anatomo-patologice și operatorii.

Radiologic, aspectul cel mai frecvent întîlnit în cazurile noastre a fost imaginea lacunară, urmată de nișă și stenoză:

— imagine lacunară	74 cazuri	54,7%
— nișă	28 „	20,7%
— stenoză	22 „	16,2%
— mixt (stenoză și nișă) sau lacună și stenoză	6 „	4,5%
— stomac mic (schir)	1 caz	0,8%

— semne indirecte de ulcer gastric	1 caz	0,8%
— fără examen radiologic	3 cazuri	2,3%

După cei mai mulți autori localizarea mai frecventă a neoplasmului gastric o constituie porțiunea orizontală a stomacului, urmată de corpul stomacului.

În statistica noastră se observă o frecvență egală a localizărilor pe porțiunea orizontală și pe corpul stomacului:

— porțiunea orizontală	61 cazuri	45,1%
— corpul stomacului	61 „	45,1%
— polul superior	4 „	3,0%
— polipoză gastrică	6 „	4,5%
— gura de anastomoză	3 „	2,5%

Aspectul macroscopic intraoperator al tumorii canceroase a stomacului la bolnavii operați de noi a fost:

— vegetant (tumoral)	59,3%
— stenozant (infiltrant)	19,2%
— ulcerat	10,3%
— mixt	5,3%
— polipoză gastrică	4,5%
— schir gastric	1,4%

Prin examenul histopatologic (Alex. Radulian), făcut la un număr de 103 piese operatorii sau fragmente biotice, la 101 s-a confirmat diagnosticul preoperator de malignitate:

— adenocarcinom	89,8%
— carcinom	3,8%
— reticulohistiosarcom	0,9%
— epiteliom cu celule mici	0,9%
— metastază epiteliomatoasă limfoganglionară	1,8%
— ulcer gastric degenerat (adenocarcinom)	1,8%
— linită plastică	0,9%

În ceea ce privește extensia tumorii, am făcut următoarele constatări:

— fără extensie	38,5%
— metastaze hepatice	21,5%
— invazia pancreasului	9,5%
— numai adenopatie	4,5%
— mai multe formațiuni anatomice învecinate	26,0%

Tratamentul chirurgical

După o pregătire preoperatorie adecvată cazului și după evaluarea riscului general (vîrstă, teren, tare organice, anestezie) se aplică tratamentul operator, respectînd principiile chirurgicale și oncologice.

La cei 135 de bolnavi operați în serviciul nostru s-au făcut următoarele intervenții chirurgicale:

— laparotomie exploratoare	38,5%
— rezecție largă (respectînd principiul oncologic)	34,0%
— intervenții paliative	22,9%
— rezecții polipi gastrici	2,3%
— plastii (pe gură de anastomoză sau pe stenoză mediogastrică)	2,3%

Intervențiile chirurgicale radicale executate de noi au fost:

— rezecție gastrică subtotală complexă	85,6%
— gastrectomie polară superioară cu esofagectomie în treimea inferioară și splenectomie	2,0%
— gastrectomie totală complexă	6,2%
— extirpare polipi cu porțiune largă la mucoasă	6,2%

În aceste intervenții radicale restabilirea continuității a fost rezolvată prin aplicarea următoarelor tehnici:

— Reichel-Polya modificat	76,3%
— Péan	6,4%
— Gastro-enteroanastomoză	6,4%
— Eso-jejunostomie	4,3%
— Eso-gastrostomie	2,2%
— Petrusinski II	2,2%
— Interpoziție jejunală	2,2%

Intervențiile paliative (gastro-enteroanastomoză) au fost efectuate la 31 de bolnavi care, datorită extensiei procesului neoplazic, nu beneficiau de o intervenție curativă, însă cărora trebuia să li se asigure tranzitul pe o cale derivată.

Rezultate tardive postoperatorii

Dacă mai de mult numai 1,2—3,5% dintre operații de neoplasm gastric supraviețuiau peste 5 ani, clinica Mayo a obținut în 1949, în special datorită stabilirii precoce a diagnosticului, supraviețuirii peste 5 ani la 28% dintre operați. Însă dintre toți bolnavii cu neoplasm gastric numai a cincea parte ajung în serviciile de chirurgie, iar dintre ei abia 18% beneficiază de o intervenție radicală (G. V. Engel, 14).

Operabilitatea cancerului gastric a crescut între 1936—1945 de la 57% la 88%, iar rezecabilitatea de la 28% la 79,6% (D. State, G. Moore și O. Wangensteen, citat 15), ca urmare a îmbunătățirii tehnice continue (pregătire preoperatorie, anestezie operatorie, reanimare, îngrijire postoperatorie etc.). Intervenția făcută la timp conduce în 30% din cazuri la vindecări (S. Rainberg, cit. 14).

În general, în cancerele limitate numai la stomac, se obțin supraviețuiri postoperatorii de peste 5 ani la pînă la 55% din cazuri. Aici este demnă de reținut afirmația lui Berkson (15) că supraviețuirea de peste 5 ani la care ne putem aștepta este egală cu supraviețuirea persoanelor sănătoase de aceeași vîrstă.

În statistica noastră am putut urmări un număr de 84 de bolnavi. Rezultatele au fost următoarele:

— decese postoperatorii	11,9%
— decese în primele 12 luni (fără cele postoperatorii)	48,8%
— supraviețuiri peste 1 an	38,1%
— supraviețuiri peste 2 ani	23,8%
— supraviețuiri peste 3 ani	15,4%
— supraviețuiri peste 4 ani	4,7%
— supraviețuiri peste 5 ani	3,5%

Privite prin prisma tehnicilor operatorii aplicate, supraviețuirile de peste un an se prezintă astfel:

Intervenția chirurgicală	Supraviețuiri de:				
	1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani
— Gastrectomie subtotală complexă	18	11	9	4	3
— Gastroenteroanastomoză	7	5	3	—	—
— Extirpare polipi cu mucoasă	3	3	2	în viață	—
— Laparotomie exploratoare	4	—	—	—	—
— Gastroenteroanastomoză plus plastie	1	1	—	—	—
Total:	33	20	14	4	3

Din datele de mai sus rezultă că:

1. mortalitatea cea mai mare se înregistrează în primul an după operație: 61,4% din toți operați de neoplasm gastric;

2. mortalitatea postoperatorie imediată constituie 7,4% din totalul celor asupra cărora s-a intervenit;

3. la analiza mării mortalități din primul an, un număr de 34 decese au survenit după laparotomii exploratoare (27 de cazuri) și după gastro-enteroanastomoză (10 cazuri), numai 14 decese fiind urmarea unor intervenții radicale. Cauză acestor decese a fost stadiul foarte avansat al bolii, care nu a permis decât o explorare sau o derivație a tranzitului;

4. aceasta ne arată că preoperator nu se poate face prin mijloacele curente de investigație o corectă apreciere a stadiului clinic al bolii. Dacă s-ar putea stabili cu precizie gradul de extensie a procesului neoplazic, numărul de intervenții, în special cel al laparotomiilor exploratoare, ar fi în mod cert mai mic;

5. a rămas mare mortalitatea din primii 3 și 4 ani, respectiv 20 și 29 din bolnavii urmăriți, rămânând în viață peste 4 ani numai 4, iar după 5 ani numai 3 dintre cei operați și urmăriți de noi.

Actualmente avem în supraveghere un număr de 13 bolnavi din cei cuprinși în tabelul anterior; aceste cazuri se repartizează astfel:

Intervenția chirurgicală	In viață de:				
	1 an	2 ani	3 ani	4 ani	5 ani
— Gastrectomie subtotală complexă	8	6	5	4	3
— Extirparea polipi plus mucoasă	3	3	2	—	—
— Gastroenteroanastomoză	1	1	—	—	—
— Laparotomie exploratoare	1	—	—	—	—
Total:	13	10	7	4	3

Atît din acest tabel cît și din datele anterioare reiese că:

1. supraviețuirile cele mai multe și cele mai îndelungate au fost obținute după gastrectomiile subtotale complexe. Explicația este dată de faptul că extensia procesului neoplazic a fost limitată, iar boala a fost depistată într-un stadiu operabil;

2. gastroenteroanastomoză a dus în cazurile noastre la supraviețuiri pînă la 3 ani, ca urmare a restabilirii unui tranzit digestiv care a permis alimentarea în bune condiții a bolnavului;

3. operațiile ample, care au necesitat rezecții largite sau chiar totale, cu sacrificarea în parte sau în totalitate a unor formațiuni anatomice învecinate, nu au permis supraviețuiri apreciabile, procesul neoplazic fiind prea extins.

In *concluzie* considerăm că pentru îmbunătățirea acestor rezultate, cele mai importante obiective de atins sînt:

1. depistarea într-un stadiu precoce a cancerului gastric, pentru ca intervenția să fie eficace;

2. dispensarizarea stărilor precanceroase, pentru a descoperi în timp util malignizarea;

3. selecționarea cu rigurozitate a cazurilor de neoplasm gastric ce urmează a fi operate, printr-un examen cît mai complet și mai timpuriu, cît și

evaluarea corectă a riscului operator la acești bolnavi, printr-o mai strînsă colaborare cu medicul internist și cu radiologul;

4. în cazurile dubioase să se adopte o atitudine mai intervenționistă. pentru a nu depăși momentul optim de aplicare a unei intervenții chirurgicale radicale;

5. efectuarea gastrectomiei subtotale complexe ca operație de principiu și a *gastrectomiei totale numai ca operație de necesitate*;

6. neintervenția chirurgicală în cazurile avansate, aceasta oferind bolnavului posibilitatea unei supraviețuiri ce nu poate fi egalată prin aceea a actului operator care în asemenea cazuri reprezintă un factor prognostic agravant.

Sosit la redacție: 20 ianuarie 1966.

Bibliografie

1. ANASTASIU I. și colab.: Revista Sanitară Militară (1958), 1, 38; 2. COSTACHEL O. și colab.: Oncologia generală, Ed. Med. București (1961), Cap. XIX; 3. CHIRICUȚĂ I. și colab.: Oncologia și Radiologia (1964), 3, 1, 9; 4. CLARKE J. S. și colab. (Los Angeles) referat din Journal de Chirurgie (1962), 2, 304; 5. FĂGĂRĂȘANU I. și colab.: Chirurgia (1960), 1, 15; 6. GEORGESCU D. C.: Oncologia și Radiologia (1963), 2, 5, 385; 7. GILORTEANU M., VELISARATU G.: Chirurgia (1962), 5, 677; 8. HARANGY L.: Stările precanceroase. Ed. de Stat pentru literatură științifică, București (1953); 9. LORTAT-JACOB J. L. și colab.: Annales de chir. (1962), 16, 13—14, 999; 10. MOUCHET A. și colab.: Memoires de l'Ac. de chir. (1959), 32, 839; 11. MONTIER FR.: Encyclopédie Medico-chirurgicale, Estomac, Paris, 1948, fasc. 9027—9028; 12. NEGRU I. și colab.: Oncologia și radiologia (1963), 2, 5, 459; 13. NICULIN K. G.: Sovietscaia Medita (1948), 7, 29; 14. SECĂREA V. și colab.: Oncologia și Radiologia (1963), 2, 3, 251; 15. SOLOMON E.: Medicina Română (1948), 17, 461; 16. THEODORESCU DEM., BORCEA V.: Chirurgia (1956), 4, 635; 17.*** Indreptar pentru diagnosticul precoce al cancerului. Cap. Cancerul gastric. Ed. Medicală, București, 1957.