

## SARCOMUL GASTRIC

F. Nagy, V. Herțescu

Localizarea gastrică a sarcoamelor este relativ rară. Astfel s-a ajuns ca în practică sub denumirea de tumori maligne gastrice să se înțeleagă numai carcinoamele. Aceste cazuri ajung la intervenție cu diagnosticul de carcinom. tumorii benigne sau ulcere cronice și numai examenul histopatologic relevă sarcomul.

Deoarece tratamentul sarcoamelor se deosebește în mai multe privințe de cel al carcinoamelor este foarte important un diagnostic precis. Prognosticul sarcoamelor după intervenție și rtg-terapie postoperatorie este cu mult mai favorabil decît al carcinoamelor, chiar și atunci cînd sînt modificări ganglionare și se pun în evidență celele tumorale pe linia de rezecție. De aceea înainte de a considera tumoare gastrică inoperabilă este necesar să se pregătească lame pentru examen histopatologic, iar în cazul în care modificările dovedesc a fi sarcoame, trebuie intervenit chiar și în cazurile în care procesul este avansat. (*Jordan, Eker și Efskins, Thorbjarnarson*).

Conform datelor din literatură sarcoamele reprezintă 1—2% din totalul tumorilor gastrice. Unii autori consideră această proporție de 3% (*Kaiser*) sau 3—10% (*Vernejeul și Jean, Redd, Friedman, Marshall*). În ultimii doi ani am constatat din 230 cazuri de tumori gastrice 5 sarcoame (2,2%), toate la femei.

Cazurile noastre sînt următoarele:

1. R. J. femeie în vîrsta de 59 de ani (foaia de obs. nr. 816). Acuză de aproximativ 2 ani dureri epigastrice, inapetență. Nu acordă o deosebită importanță acestor acuze și se prezintă la medic doar în ultimul timp cînd durerile devin cu mult mai accentuate în special postprandial. Nu se alimentează de frica durerilor și slăbește în greutate cu 3 kg înir-un timp relativ scurt.

Examenul radiologic relevă o lipsă de substanță la nivelul porțiunii orizontale a stomacului în mijlocul căreia se constată o umbră de mărimea unui vîrf de deget. Pe această porțiune lipsește plicatura mucoasei și peristaltismul.

Dg.: neogastic. Intraoperator se decelază o formațiune tumorală mobilă de mărimea unui pumn de copil localizată prepiloric pe mica curbură.

Se efectuează rezecția gastrică după procedeul Polya-Reichel.

Rezultatul ex. histopatologic: reticulosarcom exulcerant gastric.

De doi ani bolnava nu prezintă nici un fel de acuze.

2. F. K. femeie în vîrsta de 27 de ani (f. obs. nr. 1252) de 3 ani acuză în special primăvara și toamna dureri epigastrice ce cresc în intensitate, slăbind cu 5—6 kg. Este internată cu dg. polipoză gastrică, prolaps al mucoasei gastrice.

Radiologic la nivelul antrului în porțiunea prepilorică se constată o imagine lacunară multiplă ce apare și la nivelul bulbului duodenal. Aceste modificări au persistat neschimbate la 3 examinări succesive.

Intraoperator se constată la nivelul antrului și a peretelui anterior duodenal formațiuni tumorale polipoide hemoragice de mărimea pulpei degetului și respectiv a unei alune.

Rezultat histopatologic: în porțiunea piloro-duodenală se pune în evidență un țesut foarte bogat în celule tumorale. În general acestea sînt de aceeași mărime. polimorfismul avînd un caracter de țesut, observîndu-se conglomerate de celule cu nucleii buloși, rotunzi sau ovali cu nenumărate mitoze. Celulele amintesc de cele reticulare.

Dg.: reticulosarcom al stomacului și duodenului.

Evoluția postoperatorie fără complicații. Bolnava se simte bine și în prezent, fără recidivă.

3. F. R. (f. obs. nr. 1441). Femeie în vîrstă de 61 de ani cu acuze dispeptice de 3—4 ani, care de aproximativ 3 luni, după o alimentație mai bogată, reclamă o senzație de balonare, dureri epigastrice, piroză, meteorism. Nu poate consuma alimentele acre.

Examenul radiologic relevă la nivelul antrului o lipsă de substanță de mărimea unui pumn de adult, cu numeroase pete de aspect malign. Stomacul mobil.

Dg.: neogastric, ulcer gastric malignizat

Intraoperator pe peretele posterior al antrului se constată o formațiune tumorală voluminoasă de aspect crateriform fără interesarea ganglionilor hepatici.

Se efectuează rezecția gastrică largă. Evoluție postoperatorie fără complicații.

Dg. histopatologic: sarcom limforeticular gastric exulcerat.

4. R. I. (f. obs. 2259) femeie în vîrsta de 40 ani, acuză dureri epigastrice, grețuri, vărsături de 10 ani. Durerile nu prezintă periodicitate. De 3 luni după un efort fizic prezintă hematemoză, melenă care dispar după tratament conservativ, dar reapar ulterior făcînd necesară internarea bolnavei.

La examenul radiologic în porțiunea fornixului în special la nivelul micii curburi se constată o imagine lacunară de mărimea unui pumn de femeie cu rigiditatea peretelui.

Intraoperator imediat sub cardiac se constată formațiunea tumorală. Se efectuează esofago-antrostomie. Postoperator evoluție fără complicații.

Examenul histologic, celule tumorale de aspect fusiform, neregulate, de diferite dimensiuni, cu semne accentuate de atipie și numeroase mitoze. Celulele se orientează în diferite direcții formînd adevărate cordoane, cu puțină stromă fibroasă între ele.

Dg.: sarcom fusocelular gastric.

5. P. M. (f. obs. nr. 2741) femeie în vîrstă de 25 ani, care de 4—5 luni acuză dureri gastrice sub formă de arsuri, inapetență, slăbire în greutate de aproximativ 10 kg. În epigastru se palpează ușor o formațiune tumorală rotundă, mobilă de mărimea unui ou de găină. Radiologic se constată în treimea superioară a stomacului o lipsă de substanță de mărimea unui pumn de copil.

Se pune indicația operatorie pentru tumoare gastrică confirmată intraoperator, găsindu-se și mai mulți ganglioni măriți în volum. Se găsește o formațiune tumorală de dimensiunea 8×6 cm de aspect polipos, în parte acoperită cu mucoasă, în parte exulcerată.

Histologic se constată cordoane neregulate de celule tumorale cu aspect fusiform, cu polimorfism și atipie accentuată.

Dg.: polip fibrosarcomatos exulcerant gastric.

Sarcoamele gastrice apar în general între 40—60 ani, fiind mai frecvente în jurul vârstei de 50 ani — deci cu aproximativ 10 ani înainte de apariția carcinoamelor. Înainte de 30 ani apar în proporție de 6—8% fiind întâlnite și la copii.

După datele literaturii de specialitate, mai frecvent apare fibrosarcomul 42%, leiomiomiomul 20%, iar reticulosarcomul numai în 8,8% din cazuri.

Mulți autori consideră ca factori declanșatori consumarea de substanțe iritante, diverse traumatisme, leziunile inflamatorii ale peretelui. Alții (*Legache-Combemale*) consideră ca factor important transformarea sarcomatoasă a ulcerului gastric. *Dokse* și *Ross*, *Vernejoul*, *Treitner*, *Fontaine*, acceptă această ipoteză numai într-un procent de 7—8% al cazurilor.

În materialul nostru (cazul 5) am putut observa transformarea sarcomatoasă a polipului gastric.

După *Konetzny* expansiunea sarcomatoasă se petrece ori spre lumenul gastric, ori în peretele stomacului producând formațiuni tumorale localizate — la nivelul pilorului sau al peretelui posterior al marii curburi — existind posibilitatea cuprinderii stomacului întreg.

De obicei se dezvoltă în submucoasă, ulcerează mucoasa datorită caracterului lor expansiv și distrug stratul muscular. Pot fi de consistență dură sau moale, chistoase.

Limfosarcomul — din 1954 s-au publicat 280 de cazuri — (*Kazin Gürkau*) are un caracter infiltrativ, nu se delimitează net de țesutul înconjurător și este format din celule limfoide mici și rotunde.

Leiomiomiomul — descris de *Virkov* — ajunge la dimensiuni mari și datorită insuficienței irigației sanguine duce la necroză, perforație și hemoragii survenite în interiorul său. Se prezintă sub forma unor formațiuni tumorale destul de bine încapsulate.

Reticulosarcomul se compune din celule mari reticulare. Formele mixte sînt amintite în literatura de specialitate, fapt observat și de noi în materialul analizat (cazul 3).

În general în 15—25% din cazuri se constată metastaze ganglionare cervicale, supraclaviculare, în plămîni, mediastin, rect, sigmoid, porțiunea duodenală și în ficat.

Simptomatologia clinică se aseamănă cu aceea a carcinoamelor gastrice, fără deosebiri esențiale.

Suspiciunea sarcomului se ridică în cazurile cînd după o anamneză scurtă (cîteva săptămîni) se constată o formațiune tumorală cu localizare epigastrică de consistență fermă, starea generală menținîndu-se bună. În unele cazuri se asociază dureri epigastrice accentuate, fără vreun caracter specific, asemănătoare cu durerea din perforația gastrică. Durata acuzelor poate fi scurtă sau de mai mulți ani.

În jumătatea cazurilor tumoarea este palpabilă și prin creștere foarte rapidă duce la împiedicarea tranzitului gastric. Formarea ulcerelor solitare sau multiple duce la hemoragii oculte — în unele cazuri — producînd o anemie microitară. Hemoragia masivă și perforația sînt mai frecvente decît în cazurile de carcinom gastric. Leiomiomiomul produce mai ales hematemeze, iar limfosarcomul — melenice.

În stabilirea diagnosticului examinările complementare nu sînt de un real folos. Astfel examinările citologice gastrice dau o pozitivitate de 5%, iar examenul gastroscopic este foarte relativ (*Palmer* din 22 de cazuri a decelat cu acest procedeu numai 5, *Friedmann* a arătat transformările sarcomatoase în 6 cazuri din cele 75 examinate, iar *Crile* din 8 cazuri la unul singur).

În precizarea diagnosticului de un real folos este examenul radiologic, dar în cazurile sarcoamelor și acesta poate ridica numai suspiciuni. Astfel lipsa de substanță (ca și în cazurile de tumori benigne și carcinoame) rigidi-

tatea peretelui gastric extinsă pe un teritoriu mai mic sau mai mare, exulcerarea peretelui gastric, extinderea modificărilor la nivelul pilorului și uneori al bulbului duodenal sînt semne care ridică suspiciunea sarcoamelor.

Din punct de vedere al diagnosticului diferențial intră în discuție ulceretele multiple ale stomacului, carcinoamele, linita plastică, gastrita hipertrofică, modificările survenite după ingerarea de substanțe caustice, otrăvuri, corpi străini, granulomul euzinofil, transformările survenite la nivelul stomacului în mielomul multiplu și leucemia. Apariția sarcoamelor este caracterizată de o mare varietate de forme, astfel încît diferențierea de afecțiunile descrise mai sus se poate face foarte rar.

Posibilitățile terapeutice ale sarcoamelor se orientează în trei direcții: chirurgicale, fizice și chimioterapice. *Turai* și *Papahaqi* recomandă gastrectomia subtotală sau totală.

*Thorbjarnason* este un adept al gastrectomiei totale găsind în 70% din cazuri celule sarcomatoase pe linia de rezecție. După unii autori îndepărtarea largă a ganglionilor este strict necesară. *Piacentini* în 70% din cazuri, *Madding* în 65% au constatat modificări sarcomatoase în ganglionii regionali.

După părerea noastră acest procedeu îngreunează actul operator și totodată nu poate conferi o siguranță din punct de vedere oncologic cunoscîndu-se faptul că sarcoamele se propagă în special pe cale hematogenă. Deoarece numai rezultatul histologic poate preciza diagnosticul, în general aceste modificări sînt tratate ca și carcinoamele efectuîndu-se gastrectomia totală.

Din punct de vedere histologic ele pot fi de forme variate și este deosebit de importantă decelarea varietății de sarcom. Astfel limfosarcomul ca forma cea mai frecventă este sensibil la razele Rtg. Unii autori în cazurile unor sarcoame inoperabile au obținut rezultate bune numai cu rtg-terapie. (*Oberling*, *Morinchan* și *Beauchant*). — *Fontaine*, *Lagache-Combemale* a obținut rezultate bune în urma terapiei cu cobalt (2 ani supraviețuire) Fosforul radioactiv, compușii iperitei, cortizonul cît și alte substanțe au fost folosite în tratamentul sarcoamelor ca o completare a celui chirurgical.

Se observă că rezultatele cele mai bune au fost obținute prin completarea tratamentului chirurgical cu rtg. terapie postoperatorie.

După datele lui *Crile* din 5 bolnavi gastrectomizați 4 au decedat iar unul trăiește de 10 ani; trei bolnavi ce au beneficiat numai de tratament rtg-terapie trăiesc de 3—4 ani. Din 5 bolnavi gastrectomizați la care s-a efectuat și rtg-terapie postoperatorie, unul trăiește de 4 ani, iar la ceilalți 4 nu s-au constatat recidive de 5—13 ani.

În cazurile operabile — chiar dacă diagnosticul nu este precizat — cel mai eficient rămîne tratamentul chirurgical — gastrectomia. În cazurile de inoperabilitate, recidive sau metastaze ganglionare este necesară aplicarea rtg-terapiei și a tratamentului chimioterapic.

Prognosticul depinde de expansiunea locală a procesului, de potențialul de malignitate al sarcomului și de tratament. Supraviețuirea după operație este după unii 18 luni, după *Gosset* bolnavul sucombă între 5 luni și un an. *Jordan* în 51% din cazuri, *Giberson* în 53,8%, *Pack* și *Ariel* în 41,7% din cazuri arată o supraviețuire de 5 ani. Se cunosc supraviețuiri și mai lungi, *Forssman* (8 ani), *Agata* (12 ani), *Lagache*, *Madding* și *Waltes* (14 ani), *Jones* și *Carmony* (19 ani).

Sosit la redacție: 8 iunie 1968.