

VALOAREA ENDOSCOPIEI ÎN DIAGNOSTICUL CANCERULUI GASTRIC

L. Róna

Importanța studierii cancerului gastric este subliniată de faptul că atît pe plan mondial cît și în țara noastră această afecțiune ocupă primul loc în mortalitatea produsă de tumori maligne. La noi cancerul gastric formează circa 22% din mortalitatea produsă de cancer, cu mari variații geografice, cu incidență mare în unele părți ale județului nostru și a unor județe limitrofe.

Unica posibilitate terapeutică eficientă la ora actuală este cea chirurgicală. Radio- și polichemoterapia au o eficiență scăzută, paliativă, aplicabilă în cazuri inoperabile, cu metastaze sau recidive. În formele incipiente, localizate pe mucoasă-submucoasă, supraviețuirea minimă după intervenție este de cel puțin 5 ani, dar se cunosc și vindecări definitive. În formele constituite (vegetante, exulcerante și infiltrative), deși se cunosc cazuri rare de supraviețuire postoperatorie de mai mulți ani, procentajul cazurilor inoperabile este mare și supraviețuirea medie după intervenție nu depășește durata de 1—1,5 ani. Pe baza celor de mai sus este evident că atenția este îndreptată către efectuarea unui diagnostic cit mai exact și în faze cit mai precoce.

Pe lângă mijloacele diagnostice clasice, cum ar fi examenul radiologic și diferitele teste de laborator, în cursul ultimilor ani se aplică pe o scară din ce în ce mai largă fibrogastroscoopia, asociată cu endobiopsia dirijată. Această metodă, bine tolerată de bolnavi, nu are practic contraindicații, asigură explorarea întregului stomac de la cardiac pînă la pilor, dă o imagine clară, înregistrabilă (foto) și asigură efectuarea biopsiilor țintite pentru examenul histopatologic.

În cursul ultimelor 20 de luni în serviciul de endoscopie din cadrul Clinicii medicale nr. 1 Tîrgu Mureş am efectuat un număr de 234 de fibrogastroskopii pentru suspiciune de cancer gastric, număr care formează aproape o treime din totalul endoscopiilor superioare efectuate în această perioadă. Bolnavii examinați provin din secțiile de interne și de chirurgie,

policlinici, dispensare de întreprindere din orașul nostru, precum și spitale orașenești din județ și alte județe limitrofe. Motivele examinării endoscopice au fost următoarele: a) buletin radiologic pozitiv pentru cancer (confirmare); b) buletin radiologic suspect pentru neoplasm, dar neconcludent; c) existența unui ulcer gastric, în vederea stabilirii benignității, respectiv malignității; d) existența unei suspiciuni clinice pe lângă un buletin radiologic negativ și e) endoscopie de urgență pentru stabilirea cauzei unei hemoragii digestive superioare.

Tabelul nr. 1

Fibrogastroscopii executate pentru suspiciunea de cancer gastric.
234 examinări (20 luni, 1979-1980)

Motivul fibrogastroscopiei	Nr. caz	Endoscopie			
		CC confirmat		CC infirmat	
		Nr. caz	%	Nr. caz	%
Rtg. cc. gastric (pentru confirmare)	58	45	77,6	13	22,4
Rtg. suspect cc. gastric (neconcludent)	38	18	47,4	20	52,6
Rtg. ulcer gastric (benign? malign?)	32	7	21,9	25	78,1
Suspiciune clinică rtg. negativ	21	14	66,6	7	33,4
Endoscopie de urgență (pentru hemoragie digestivă superioară)	85	7	8,2	78	81,8
Total	234	91	38,8	143	61,2

Existența cancerului gastric a fost confirmată la un număr de 91 de bolnavi (38,8% din cazuri). Așa după cum reiese din datele incluse în tabelul nr. 1, fibrogastroscopia cu biopsie țintită are o eficiență mare, înregistrând în mod decisiv examenul radiologic, absolut necesar și util înaintea unei explorări endoscopice, furnizând date importante din punct de vedere al concentrării atenției asupra anumitelor părți suspecte ale stomacului.

Posibilitățile de eroare ale examinărilor endoscopice efectuate de noi sint: cancerul gastric a fost infirmat intraoperator în 2 cazuri (2,9%), într-un caz fiind vorba de un polip benign, iar într-un alt caz de un ulcer gastric benign, doar cu semne de metaplazie intestinală. Din totalul de 25 de ulcere considerate de noi benigne, intraoperator 2 cazuri s-au confirmat ca fiind maligne. În privința coeficientului de eroare endoscopică în cazurile considerate de noi drept negative nu ne putem pronunța încă în momentul de față, observația lor clinică fiind încă în curs, desigur în majoritatea lor lipsa cancerului gastric a fost deja confirmată clinic și sau intraoperator.

Cauzele eșecului endoscopic, care procentual este destul de mic, dar totuși existent, se poate explica prin: numărul insuficient de biopsii efectuate, recoltarea biopsiei dintr-un loc neadecvat, de exemplu din țesut necrotic, lipsă de experiență, respectiv greșeli în prelucrarea și evaluarea histopatologică.

În cazurile diagnosticate de noi predomină ca frecvență localizarea antrală a cancerului, urmată de localizarea pe corp, fornix-cardie și bont gastric. Morfopatologic pe primul loc se situează ca frecvență formele vegetante, urmate de cele exulcerate, infiltrative și limfoame. Forma incipientă de cancer, cu localizare pe mucoasă-submucoasă, a fost găsită de

noi doar într-un procentaj de 3,4 % (3 cazuri). Acest fenomen regretabil se explică prin faptul că în marea majoritate a cazurilor formele de debut nu ajung la specialiști în fază utilă.

Care ar fi posibilitățile de schimbare a acestei situații? Examinări de depistare în masă, anuale, la bărbați peste vârsta de 50 de ani, dar după cum arată experiențele făcute în alte țări ele sînt practic irealizabile. Rămîn în schimb alte două posibilități practicabile și anume:

1. Dispensarizarea și controlul periodic al persoanelor cu „risc mare” pentru cancer gastric, ca: polipul gastric, atrofia gastrică cu metaplazie intestinală, bolnavii cu anemie biermeriană, ulcerul gastric, grupa sanguină A II cu antecedente familiale pozitive și stomacul rezecat după 10 ani de la intervenție. Bolnavii cu astfel de leziuni, descoperite de noi, sînt urmăriți periodic prin examene endoscopice; numărul lor este însă prea mic față de incidența reală a acestor leziuni.

2. O altă posibilitate ar fi dată de efectuarea examenului radiologic și endoscopic la toate persoanele peste vârsta de 50 de ani, cu acuze epigastrice care durează mai mult de 8—10 zile.

Schema organizatorică, necesară pentru realizarea acestor deziderate ar fi: prima treaptă: circumscripția medicală + dispensarul de întreprindere; treapta a doua: policlinica județeană sau orășenească cu cabinet de gastroenterologie; treapta a treia: spitalul județean sau clinica universitară — cu posibilități de endoscopie.

Concluzii

1. Fibrogastroscopia cu endobiopsie dirijată este o metodă diagnostică valoroasă în cancerul gastric.
2. Metoda întregeste în mod armonios metodele de investigație clasice.
3. Posibilitățile de eroare sînt mai mici decît cele obținute prin metodele clasice de examinare.
4. Este o metodă bine suportată de bolnavi, practic fără contraindicații.
5. În materialul clinic obținut formele incipiente de cancer gastric se depistează într-un procentaj mic, 3,4 %.
6. Depistarea în timp util a formelor incipiente în procentaj mai mare ar fi posibilă: a) prin dispensarizarea și controlul periodic al persoanelor cu „risc mare”; b) prin endoscopie precoce la persoanele peste vârsta de 50 de ani, care prezintă acuze gastrice cu o durată de peste 8—10 zile.

Bibliografie

1. Gheorghiescu B.: *Viata medicală* (1979), 6, 14; 2. Demling L., Ottenjam H.: *Endoscopy* (1978), 1, 1; 3. Oproiu A., Oproiu C.: Valoarea endobiopsiei în diagnosticul cancerului gastric. Lucrare prezentată la simpozionul „Metode noi de investigație în gastroenterologie” Tîrgu Mureș, 24 octombrie 1980; 4. Ottenjam H., Classen M.: *Gastroenterologische Endoskopie*, Enke Verlag, Stuttgart, 1979; 5. Róna L.: Valoarea endoscopiei de urgență în diagnosticul hemoragiilor digestive superioare. Lucrare prezentată la simpozionul „Metode noi de investigații în gastroenterologie” Tîrgu Mureș, 24 octombrie 1980; 6. Stanciu C.: *Gastroenterologie practică*. Ed. Junimea, Iași, 1976, 76.

Sosit la redacție: 30 ianuarie 1981