

Časný adenokarcinom žaludku jako vedlejší nález při krvácení z jiného zdroje

MUDr. Alice Bártková¹, MUDr. Martin Liberda¹, MUDr. Ondřej Urban, Ph.D.²

¹Gastroenterologie, Nemocnice Valašské Meziříčí

²Centrum péče o zažívací trakt, Vítkovická nemocnice

Článek stručně shrnuje problematiku časného karcinomu žaludku, jeho diagnostiku a možnosti endoskopické terapie. V kazuistice prezentujeme naši vlastní zkušenost s diagnostikou časného karcinomu žaludku u pacientky vyšetřované pro krvácení do horní části trávicí trubice a s následnou endoskopickou léčbou pomocí ESD.

Klíčová slova: časný karcinom žaludku, časná diagnóza, endoskopická submukózní disekce.

Early gastric carcinoma

The problem of early gastric carcinoma diagnosis and the possibility of its endoscopic treatment is summarized in this article. In our case report we present our own experience with a diagnosis of early gastric carcinoma in a patient with upper gastrointestinal bleeding as a primary indication for endoscopy, and a subsequent endoscopical therapy with an endoscopic submucosal dissection (ESD) as a method of choice.

Key words: early gastric carcinoma, early diagnosis, endoscopic submucosal dissection.

Interní Med. 2010; 12(9): 448–449

Karcinom žaludku je 2. nejčastější příčina úmrtí na tumor ve světě, i když jeho incidence poklesla o 1/3 v posledních několika desetiletích. Velmi pravděpodobně to souvisí se změnou životního stylu – vyšší podíl konzumace čerstvé zeleniny, změna konzervačních metod ve prospěch mrazení vůči solení a uzení apod. (1).

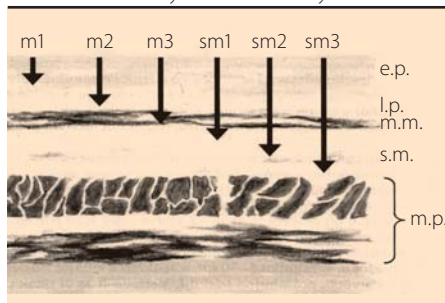
Karcinom žaludku lze klasifikovat podle několika kritérií. Nám zde postačí rozdělení dle pokročilosti v době diagnózy, a to na časný a pokročilý. Rozpoznání v časném stadiu má rozhodující vliv na prognózu pacienta. Pětileté přežití udávané pro časný karcinom je 90 %, pro pokročilý pak méně než 20 % (2). Kritérium časného adenokarcinomu splňuje v Evropě jen asi 10 % všech tumorů žaludku, kdežto v Japonsku je to přes 50 % (3). Jedním z důvodů by mohla být i existence screeningového programu, který je tam zaveden již od 60. let 20. stol. Zaměřuje se na pacienty s chronickou atrofičnou gastritidou, perniciózní anémií, pozitivní rodinnou anamnézou a na pacienty po resekčních výkonech na žaludku.

Časný karcinom žaludku je definován jako neoplázie limitovaná pouze na sliznici a submukózu, neprorůstající do muscularis propria. Mikroskopicky lze rozlišovat stadium m1 – intraepiteliální, m2 – s invazí do lamina propria, m3 – invaze do muscularis mucosae a dále stupně sm1–3 pro prorůstání do horní, střední a distální třetiny submukózy (obrázek 1) (4). Makroskopicky rozlišujeme dle Pařížské klasifikace typ I – pro-

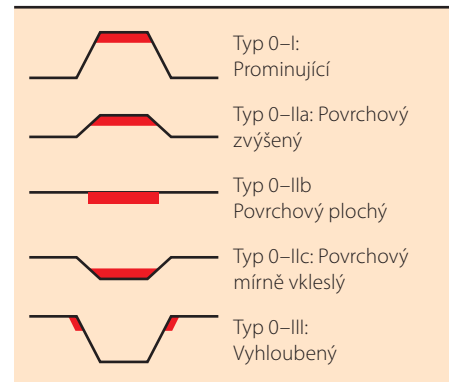
minující, typ II – povrchový, který se dále dělí na vyvýšený (IIa), plochý (IIb), mírně vkleslý (IIc) a dále typ III – vyhloubený (obrázek 2) (5). Existují také kombinované typy (např. IIa+c nebo IIc+a). Klinické a laboratorní projevy jsou nespecifické nebo je zcela asymptomatický. Neexistuje ani žádný laboratorní korelát, onkomarkery bývají pozitivní až v pokročilých stádiích. Riziko lymfatických metastáz v případě slizničního karcinomu je velmi nízké, kolem 0–3 %, při postižení submukózy se ale podstatně zvyšuje, na 14–25 % (6). V diagnostice má zásadní postavení gastrokopie s využitím chromodiagnostiky (barvení indigokarmínem, metylenovou modří ke zvýraznění a přesné vizualizaci léze) či jiných moderních metod, např. NBI (Narrow Band Imaging), FICE (Fuji Intelligent Color Enhancement). K dalšímu upřesnění rozsahu postižení se používá endosonografie. Sondy s frekvencí 7,5 a 12 MHz odliší T1 a T2 stadium, jsou schopny detekovat postižení lymfatických uzlin. Pro odlišení sliz-

ničního karcinomu od submukózního se používají minisondy s frekvencí 20–30 MHz s větší rozlišovací schopností a kratší prostupností do tkáně (2). K odstranění časných lézí lze v některých případech využít endoskopické resekce, a to buď endoskopické mukózní resekce (EMR), nebo endoskopické submukózní disekce (ESD), jíž lze odstranit i velká léze en-block. K těmto výkonům se indikují časný karcinomy intestinnálního typu, které jsou dobře diferencované, invadují maximálně do horní třetiny submukózy (sm1), jsou menší než 3 cm (u typu IIc a III do 15 mm), není přítomna ulcerace a bez invaze do cév nebo lymfatických struktur (3). Výhodou endoskopické resekce je její miniinvasivita s malou morbiditou a letalitou. Mnohdy se může jednat o jedinou kurativní metodu pro starší polymorbidní pacienty s vysokým operačním rizikem. Také následné ovlivnění kvality života

Obrázek 1. Vrstvy žaludeční stěny



Obrázek 2. Pařížská klasifikace karcinomu žaludku



je ve srovnání s chirurgickým zákrokem zcela minimální. Na druhé straně jsou zde i rizika, a to krvácení, perforace a u endoskopické mukózní resekce i možnost inkompletní resekce, zejména u lézí větších 2 cm, umístěných v proximální třetině žaludku.

S karcinomem žaludku je spojován *Helicobacter pylori*. Infekce touto bakterií zvyšuje až 6x riziko vzniku této neoplázie. Vyvine se asi u 5 % infikovaných osob. Po endoskopické resekci je doporučena eradikace, protože studie ukazují vyšší procento recidivy u neeradikovaných pacientů v porovnání s eradikovanými (7).

Kazuistika

Naše kazuistika se týká starší polymorbidní pacientky, ročník narození 1932. V anamnéze má ischemickou chorobu srdeční (IChS), byla opakovaně koronarografována, byl zaveden stent do RIA (ramus interventricularis anterior). Mezi další komorbidity patří ischemická choroba dolních končetin (ICHDKK), hypertenze, AI tyreoiditida. Dále je v anamnéze stav po hysterektomii, appendektomii a operaci katarakty.

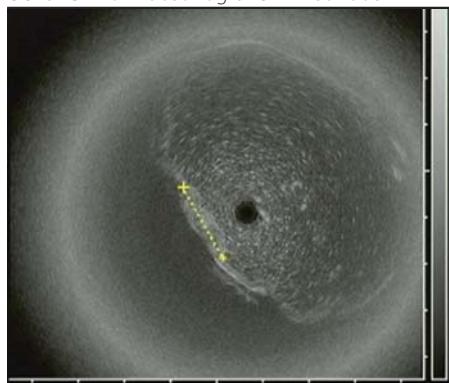
Na naše pracoviště se pacientka poprvé dostala v listopadu 2008, kdy byla vyšetřována pro melénu. Gastroskopicky jsme zjistili angiodysplázii přední stěny žaludku, což byl předpokládaný zdroj. Pacientku jsme odeslali k ošetření pomocí argon plazma koagulace (APC). Za 2 měsíce, v lednu 2009, jsme provedli kontrolní gastroskopii, při níž byla nalezena na zadní stěně žaludku mediogastricky plochá léze vel. 8 mm (0-IIa+IIc) (obrázek 3).

Lézi jsme biptovali a histologie prokázala dobře diferencovaný adenokarcinom intestinálního typu. Onkomarkery byly negativní (CEA 0,5 ug/l, CA 15–3 21,4 kIU/l, CA 19–9 1,2 kIU/l, CA 72–4 1,32 kIU/l). Pacientka v té době byla zcela bez potíží, bez dyspepsií, váhově stabilní. Dále jsme doplnili CT břicha, závěr zněl takto: žaludek normální konfigurace, bez rozšíření stěny, ostrých kontur, bez zvětšených lymfatických uzlin v zobrazeném rozsahu, bez vzdálených metastáz. Pacientka byla záhy odeslána k provedení endosonografie minisondou (obrázek 4) a k provedení endoskopické resekce (ER). Před vlastním výkonem bylo provedeno barvení indigokarmínem k ozřejmení rozsahu léze (obrázek 5). Výkon – endoskopická submukózní disekce – byl proveden bez komplikací, pacientka propuštěna 3. den po ER. Výkon je považován za kurativní. Pacientka se dostavila po 3 měsících na první

Obrázek 3. Gastroskopický nález v bílém světle



Obrázek 4. Endosonografie minisondou



Obrázek 5. Barvení indigokarmínem



Obrázek 6. Jizva bez známek recidivy



gastroskopickou kontrolu s nálezem jizvy po ESD, bez makroskopických i mikroskopických známek recidivy (obrázek 6). Nevyžadovala eradikaci *Helicobacter pylori*, protože rychlý ureázový test (RUT) byl negativní. Další kontrolní gastroskopie budou následovat 1x ročně.

Závěr

Karcinom žaludku je druhou nejčastější příčinou úmrtí na malignitu ve světě a je jediným zhoubným nádorem, který zaznamenal pokles incidence v posledních desetiletích. I přesto má velmi špatnou prognózu, neboť se zpravidla projevuje a diagnostikuje až v pozdním stadiu. Záchyt v jeho časném stadiu, tj. stadiu omezeném na sliznici a submukózu (T1m a T1sm), vykazuje velké geografické rozdíly, je nejvyšší v Japonsku, kde již několik desetiletí existuje screeningový program pro rizikovou populaci. V tomto stadiu jej lze odstranit endoskopicky pomocí endoskopické mukózní resekce nebo endoskopické submukózní disekce. Tyto miniinvasivní metody poskytují možnost provedení kurativního zákroku i polymorbidním pacientům bez následného negativního ovlivnění kvality života. Bohužel je často diagnostikován pozdě, kdy prognóza pacienta je špatná. V dnešní době se pozornost zaměřuje na di-

agnostiku časných stadií tumorů, screening karcinomu žaludku však není v žádné evropské zemi systematicky prováděn.

Literatura

1. Stefanová M. Epidemiologie, screening, současná diagnostika a staging karcinomu žaludku. ČS HPB 2008; 16(1–2): 23–24.
2. Rejchrt S. Endoskopická léčba premalignit a časných malignit GIT. Česká společnost HPB chirurgie, 2002; (4): 19–21.
3. Urban O, Fojtík P, Janík D, et al. Endoskopická mukosektomie u časného karcinomu žaludku. Bulletin HPB 2008; 16(1–2): 29–30.
4. Špičák J, et al. Novinky v gastroenterologii a hepatologii 2008: 217–230.
5. Nagasako K, Fujimori T, Hoshihara Y, Tabuchi M. Atlas of Gastroenterologic Endoscopy by High-Resolution Video-Endoscopy. Tokyo: Igaku-Shoin, 1998: 154.
6. Urban O, Vítek P, Fojtík P, et al. Endoscopic submucosal dissection: Initial experience in the Czech Republic. Folia Gastroenterol Hepatol, 2006; 4(1): 4–10.
7. Fukase K, Kato M, Kibuchi S, et al. Effect of Eradication of *Helicobacter pylori* on Incidence of Metachronous Gastric Carcinoma After Endoscopic Resection of Early Gastric Cancer: an Open – Label, Randomised Controlled Trial. Lancet 2008; 372: 392–397

MUDr. Alice Bártková

Oddělení gastroenterologie
Nemocnice Valašské Meziříčí
U Nemocnice 980,
757 41 Valašské Meziříčí
alibartkova@seznam.cz

