

ЕНДОСКОПСКО ЛЕЧЕНИЕ НА РАНЕН СТОМАШЕН КАРЦИНОМ

Стомашният карцином е петото по честота и третото по смъртност малигнено заболяване в света. Въпреки че в световен мащаб честотата му намалява, тя остава висока в Източна Азия, Източна Европа и Южна Америка. Стомашният карцином може да бъде лекуван и с добра преживяемост, ако бъде диагностициран своевременно. Досега в нашата страна се извършваше единствено оперативно лечение, но с развитието на технологиите в медицината вече са достъпни и по-щадящи методи. Ранните стомашни карциноми могат да бъдат лекувани ендоскопски чрез ендоскопска субмукозна дисекция при строги индикации. Ендоскопската субмукозна дисекция е органосъхраняващ метод, с нисък процент на усложнения и добра поносимост от страна на пациента. Според проучвания на големи кохорти куративните процедури не отстъпват по 5-годишна преживяемост пред оперативното лечение.



д-р Никола
Боянов^{1,2},
д-р Катина
Щерева²

¹Медицински симуляционен тренировъчен център, МУ-Пловдив, гр. Пловдив

²Отделение по гастроентерология, УМБАЛ „Пълмед“, гр. Пловдив

Всяка година повече от 1 млн. души биват диагностицирани със стомашен карцином в световен мащаб. По последни данни това е петото по честота и третото по смъртност малигнено заболяване. Въпреки че с повсеместното въвеждане на ерадикацията на *H. Pylori* честотата му глобално е намаляла, стомашният карцином си остава основен медицински и социално-икономически проблем в Източна Азия, Източна Европа и Латинска Америка, сред които е и България^[1].

Повече от 95% от стомашните карциноми са аденокарциноми. Тяхната етиология е директно свързана с наличието на инфекция с бактерия *H. Pylori*. *H. Pylori* е грам-негативна бактерия, която колонизира стомашната лигавица и предизвиква аутоимунен отговор от страна на организма^[2]. Патогенетично бактерията причинява дългогодишно и прогресивно възпаление, което води до атрофия на лигавицата, за-

вършваща с интраепителна неоплазия^[3]. Освен това значение имат още генетичните фактори, диетата, тютюнопушенето, алкохолът, кръвната група (кръвна група А) и др. Стомашният карцином е два пъти по-чест при мъжкия пол в сравнение с женския^[1].

За предотвратяването на стомашния карцином може да се предприеме първична профилактика – избягване на рисковите фактори (здравословно хранене, спиране на тютюнопушенето и др.) или вторична профилактика – ранна диагностика и лечение на преканцерозите и ранния стомашен карцином^[4]. Поради факта че стомашният карцином има отчетливи лезии, които могат да бъдат ендоскопски диагностицирани и хистологично доказани в ранен стадий, някои от страните с много висока честота на заболяването са предприели скринингови програми (Япония, Южна Корея и др.)^[3,4].

За ранен стомашен карцином се смята всеки карцином, локализиран в мукозата и/или субмукозата, без значение от лимфното разпространение. Ранните стомашни карциноми, подходящи за ендоскопско лечение са тези, при което се смята, че има риск от лимфогенно разпространение по-малък от 1%, а именно:

Абсолютни индикации

- Умерено или високо диференциран аденокарцином без язвени дефекти (UL0), ангажира мукозата и/или мускулната пластинка (T1a) и има диаметър по-малък от 2 cm – подходящ за ендоскопска мукозна и субмукозна дисекция.
- Умерено или високо диференциран аденокарцином без язвени дефекти (UL0), ангажира мукозата и/или мускулната пластинка (T1a) и има диаметър по-голям от 2 cm – подходящ за ендоскопска субмукозна дисекция (ESD).
- Умерено или високо диференциран

Ключови думи:
ендоскопска
субмукозна
дисекция, ранен
стомашен
карцином,
ендоскопско
лечение, рак на
стомаха

аденокарцином с язвени дефекти (UL1), ангажира мукозата и/или мускулната пластинка (T1a) и има диаметър по-малък от 3 cm – подходящ за ESD.

Разширени индикации

- Нискодиференциран аденокарцином без язвени дефекти (UL0), ангажиращ мукозата и/или мускулната пластинка (T1a) и с диаметър по-малък от 2 cm.

Допълнително, ендоскопска субмукозна дисекция за ранен стомашен карцином може да се извърши и извън тези критерии при пациенти в напреднала възраст и увредено общо състояние с придружаващи заболявания, категоризиращи ги като високорискови за оперативно лечение^[5]. В случай, че лезията излиза извън споменатите критерии, можем да прибегнем към ендоскопската субмукозна дисекция и като диагностичен метод за определяне на последващото лечение. Това се дължи на факта, че е с нисък процент на странични ефекти и не променя съществено изхода от заболяването дори в напреднал стадий^[6].

Процедурата се провежда под дълбока венозна анестезия, в ляво странично положение на пациента. При огледа с видеогастроскоп се идентифицира въпросната лезия и се маркира с точковидни разрези на 5 mm в здрава тъкан около нея. Инжектира се високомолекулярен разтвор, с цел повдигане на лезията. Извършва се циркулярен разрез 2-3 mm извън маркировката, който е последван от en bloc дисекция на лезията с едновременно разрязване и коагулация. След като дисекцията е завършена, целият материал се изважда и се подлага на обработка и хистологично изследване.

В нашата практика сме приложили

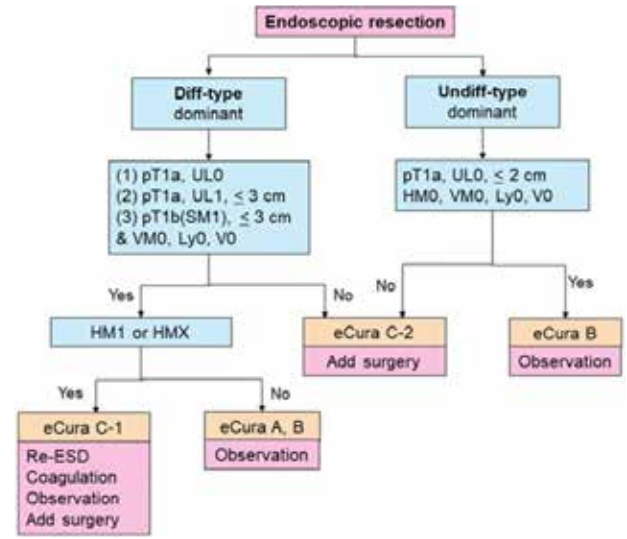
този вид ендоскопска терапия на десетима пациенти с предходно извършена гастроскопия и хистологична верифицирана повърхностна лигавична лезия (висока степен на дисплазия или аденокарцином без хистологични данни за ангажиране на субмукозата). Нито един от пациентите не презентира ендоскопски данни за дълбока инвазия или образни данни за лимфогенно и метастатично дисемиране преди процедурата.

ESD се дели на куративно и некуративно в зависимост от следните критерии:

- Извършване на en bloc резекция.
- Преобладаване на високо или умерено диференциран аденокарцином.
- Ниво на инвазията (pT1a).
- Негативни хоризонтални граници (HMO).
- Негативни вертикални граници (VMO).
- Липса на лимфоваскуларна инфилтрация (Ly0, V0).

Международно е приета системата eCura за определяне на курабилността и подхода (Fig. 1)^[5,7].

След обстойно хистологично изследване на препаратите стана ясно, че при един от пациентите ни е налице дълбока субмукозна инвазия и беше насочен за оперативно лечение. От останалите 9 пациенти 5 бяха класифицирани като куративни (eCura A) и 4 като некуративни, съответно eCura B – 1 случай, eCura C1 – 2 случая, eCura C2 – 1 случай. Всеки от тях беше оставен за проследяване както следва: двукратно в годината за eCura B и четирикратно за eCura C1 и eCura C2. Пациентът категоризиран като eCura C2 се намери с данни за рецидив на мястото на ESD три месеца постпроцедурно и също се насочи за оперативно лечение. Останалите 8 човека са без данни



Фигура 1: Алгоритъм за преценка на курабилността и подхода след ESD^[5]

за рецидив или метастатична дисеминация от проследяването.

Според клинични проучвания, проведени на големи групи от хора, няма значителна разлика в 5-годишната преживяемост на пациентите, третирани ендоскопски и оперативно за ранен стомашен карцином^[8].

Ендоскопската субмукозна дисекция е органосъхраняващ метод с нисък процент на усложнения за лечението на ранен стомашен карцином, когато се използва при загадените индикации. Нужна е подобрена профилактика и ранно провеждане на ендоскопски изследвания в рисковите групи с цел ранната диагноза и лечение на стомашния карцином. ■

Книгопис:

1. Rawla P, Bansal A. Epidemiology of gastric cancer: global trends, risk factors and prevention. *Pro Gastroenterol.* 2014;14(1):26-38. doi: 10.5114/pg.2016.80001. Epub 2016 Nov 29. PMID: 30946075. PMID: PMC3444111.
2. Correa P. Gastric cancer: overview. *Gastroenterol Clin North Am.* 2013 Jun;42(2):211-7. doi: 10.1016/j.gtc.2013.01.002. Epub 2013 Feb 21. PMID: 23639637. PMID: PMC3995345.
3. Balakrishnan M, George R, Sharma A, Graham DY. Changing Trends in Stomach Cancer Throughout the World. *Curr Gastroenterol Rep.* 2017;19(9):96. doi:10.1007/s11894-017-0575-9.
4. Kairimi F, Islami F, Anandadasagaythy S, Freedman ND, Kamanger F. Gastric cancer: descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2014 May;23(5):700-13. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-13-1057. Epub 2014 Mar 11. PMID: 24618998. PMID: PMC4019373.
5. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2018 (5th edition). *Gastric Cancer.* 2021 Jan;24(1):1-21. doi: 10.1007/s10120-020-01042-y. Epub 2020 Feb 14. PMID: 32060757. PMID: PMC7790884.
6. Fujimoto A, Goto O, Nishizawa T, Ochiai Y, Hori J, Matsuura T, Akimoto T, Kozohata S, Sogawa S, Sakai M, Uraha T, Yanaga A. Gastric ESD may be useful as accurate staging and decision of future therapeutic strategy. *Endosc Int Open.* 2017 Feb;5(2):E90-E95. doi: 10.1055/s-0042-119392. PMID: 28210705. PMID: PMC5303017.
7. Hata W, Gotoda T, Oyama T, Kawata N, Takahashi A, Yoshitaku Y, Horiya S, Nakagawa M, Hirano M, Esaki M, Matsuda M, Ohnita K, Yamazoe K, Yoshida M, Oishi O, Tabei A, Tanaka J, Yamada S, Tsuji T, Ito H, Hayashi Y, Nakaya N, Nakamura T, Shimosegawa T. A Scoring System to Stratify Curability after Endoscopic Submucosal Dissection for Early Gastric Cancer: "eCura system". *Am J Gastroenterol.* 2017 Jun;112(6):874-881. doi: 10.1038/ajg.2017.95. Epub 2017 Apr 11. Erratum in: *Am J Gastroenterol.* 2019 Dec;114(12):1925-1926. PMID: 28397873.
8. Kim Y, Kim WY, Choi J, Kim CS, Lee JY, Cho SJ, Eom DW, Yoon HM, Ryu KW, Koak MC. Long-term survival after endoscopic resection versus surgery in early gastric cancers. *Endoscopy.* 2015 Apr;47(4):293-301. doi: 10.1055/s-0034-1391284. Epub 2015 Jan 27. PMID: 25625697.