



Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie **CANCERUL GASTRIC (CG)**

Cancerul gastric este un proces malign epitelial ce afectează stomacul și se manifestă prin 2 tipuri (Lawren, 1965): tipul intestinal dezvoltat pe fondul de gastrită cronică atrofică și tipul difuz. Morbiditatea este destul de înaltă, ocupând locul III în structura mortalității oncologice.

Codul bolii (CIM - 10): C 16

Clasificarea Internațională TNM (ediția a V, a. 2002)

Conform regiuni anatomiche

- C 16.0 Cardia
- C 16.1 Marea tuberozitate (fundul stomacului)

- C 16.2 Corpul gastric
- C 16.3 Regiunea antrală
- C 16.4 Pilorul

Stadializarea CG

- Stadiul 0** - Tis N0 M0
- Stadiul IA** - T1 N0 M0
- Stadiul IB** - T1 N1 M0
- T2 a, b N0 M0

- Stadiul II** - T1 N2 M0
- T2 a, b N1 M0
- T3 N0 M0
- Stadiul IIIA** - T2 a, b N2 M0
- T3 N1 M0
- T4 N0 M0

- Stadiul IIIB** - T3 N2 M0
- Stadiul IV** - T4 N1-2 M0
- T1-4 N3 M0
- orice T orice N M1

Profilaxia primară

- Informarea populației privitor la modul sănătos de viață:
 - ✓ Evitarea consumului abuziv de alcool;
 - ✓ Schimbarea modului de alimentație;
 - ✓ Asanarea cavității bucale;
 - ✓ Combaterea tabagismului.
- Evitarea contactului cu substanțele nocive.
- Profilaxia și tratamentul contaminării cu Helicobacter pylori.
- Prevenirea stresului cronic.

Profilaxia secundară

- Pacienților din grupul de risc înalt în dezvoltarea CG - control endoscopic de 2 ori pe an, cu biopsia mucoasei gastrice și tratamentul corespunzător.
- Controlul nivelului anticorpilor la Helicobacter pylori și tratament specific.

Factorii de risc

- Factorii alimentari, care duc la dezvoltarea proceselor gastrice cronice: consumul abuziv de carne, mezeluri; consumul scăzut de proteine, fructe; consumul abuziv de băuturi alcoolice tari; exces de sare în alimentație.
- Factorii de mediu: fumatul (tutunul conține mai mult de 4000 substanțe toxice, inclusiv și cancerigeni).
- Contaminarea îndelungată cu Helicobacter pylori.
- Factorii sociali: starea socio-economică nefavorabilă.
- Stresul cronic excesiv.
- Factorii genetici: afectarea mai mult de 2 membri ai unei familii de proces malign.

Screening-ul

Grupul de risc înalt în dezvoltarea tipului intestinal de CG - bolnavii cu gastrită cronică atrofică:

- FGS cu biopsie, examenul citologic și histopatologic - 2 ori pe an
- USG abdomenului
- Examenul citologic la Helicobacter pilory - 2 ori pe an
- Aprecierea anticorpilor la Helicobacter pilory - 2 ori pe an

Grupul de risc înalt în dezvoltarea tipului difuz de CG - persoanele cu 3 și mai multe rude apropiate – bolnavi de cancer, în special, al tractului digestiv:

- Analiza generală a sîngelui
- FGS cu biopsie multifocală
- Aprecierea anticorpilor la Helicobacter pilory
- USG abdomenului
- Radioscopia stomacului * - o dată pe an

* Tipul difuz de cancer gastric se manifestă sub forma infiltrativă cu dezvoltarea în stratul submucos cînd tabloul endoscopic prezintă numai rigiditatea mucoasei, de aceea examenul R-imaginistic este obligatoriu.

Anamnesticul

- Lucrul în condiții nocive.
- Prezența la rudele apropiate a tumorilor maligne.
- Prezența maladiilor gastrice cronice, caracterul evoluției bolii.
- Prezența stresurilor excesive.
- Particularitățile modului de viață: abuz de alcool, alimentație cu exces de sare, carne, mezeluri, fumatul.

Manifestările clinice

- Cele mai caracteristice manifestări clinice ale CG:
 - tulburări de apetit;
 - sațietate precoce;
 - repulsie pentru carne și grăsimi;
 - disconfort epigastric;
 - greșuri;
 - astenie fizică și psihică progresivă;
 - scădere în pondere nemotivată;
 - durerile sau manifestarea lor, la bolnavii cu anamnestic de ulcer, sunt simptome mai tardive.

- CG complicat se manifestă în dependență de caracterul complicației:
 - hemoragiile gastrice occulte și masive duc la manifestări clinice de anemie;
 - stenoză pilorică se manifestă prin vome zilnice, scădere ponderală, semene dismetabolice.
 - disfagia cu diferit grad de manifestare este caracteristică pentru stenoza cardiei.

În stadiile avansate:

- sindrom algic pronunțat;
- scădere ponderală considerabilă;
- tegumente uscate cu turgor pierdut;

- adenopatie supraclaviculară pe stânga (semnul Virchov);
- tumoare palpabilă;
- ascită;
- hepatomegalie.

Examensul paraclinic

- Analiza generală a săngelui;
- Analiza biochimică a săngelui (glucometria, ureea, creatinina, biliirubina, proteina totală, albumina, ALAT, α-amilaza);
- Analiza generală a urinei;

- Testul la sânge occult în scaun;
- USG abdomenului,
- FGDS cu biopsie,
- R-scopia stomacului.

Tratamentul

- Tratamentul se efectuează în instituții specializate, de către medici specialiști oncogastrologi, chimioterapeuți, radiologi.
Opțiunile terapeutice, dar și prognosticul depind de stadiul evolutiv în care s-a diagnosticat CG.
- Tratament chirurgical (radical – în lipsa tumorii reziduale; relativ radical – în lipsa tumorii reziduale cu probabilitatea de focare tumorale subclinice; paliativ – în prezența tumorii reziduale). Conform volumului și caracterului intervențiilor chirurgicale se divizează în trei tipuri principale: rezecție radicală distală; rezecție subtotală proximală; gastrectomie totală.
- Tratament citostatic.
- Tratament radiant – în cancer gastric proximal.
- Tratament paliativ - în stadii terminale.

Criteriile de spitalizare

- Diagnosticul de CG stabilit și confirmat histologic, fără semne de metastaze la distanță.
- Diagnosticul de CG verificat vizual la FGDS și radiologic fără confirmare morfologică (forma infiltrativă).
- Diagnosticul de CG răspîndit (se spitalizează după consiliu în secții terapeutice).
- Suspectia la CG, complicat cu hemoragie gastrică sau stenoza pilorică decompensată, care nu poate fi investigată în condiții de ambulator.
- Tratamentul sindroamelor postrezecționale (în special, sindromului Damping sever).

Supravegherea

Scopul supravegherii este depistarea bolii recidivante sau metastazării și tratamentul sindroamelor postrezecționale.

Pacienții se află în supravegherea medicului de familie, oncologului raional, specialistului gastrolog din Polyclinică Oncologică.

Regimul de supraveghere:

- I an – o dată în 3 luni, cu investigații clinice (palparea abdomenului, ganglionilor limfatici periferici) și paraclinice;
- al II-lea an – o dată în 6 luni, cu investigații clinice și paraclinice;
- peste 2 ani – o dată în an, cu investigații clinice și paraclinice.

Volumul cercetărilor:

- Analiza generală a săngelui;
- Teste hepatice;
- R-scopia bontului gastric;
- FGDS;
- USG abdomenului;
- Radiografia cutiei toracice.

Referirea la specialist pentru: markeri tumorali CA-72; CA-199, TC.

Necesitatea consultării gastrologului IMSP IO:

- Bolnavii cu suspiciune endoscopică la CG;
- Bolnavii din grupurile de risc înalt de dezvoltare a cancerului gastric cu histopatologie stabilită displazie gr.III a mucoasei gastrice;
- Bolnavii cu dinamica negativă a displaziei sau metaplaziei intestinale;
- Bolnavii cu gastrită cronică atrofică și nivelul înalt al anticorpilor la HP.

Abrevierile folosite în document:

CG – cancerul gastric

HP – Helicobacter pilory

USG – ultrasonografia

FGDS – fibrogastroduodenoscopia

R-scopia – roentgenoscopia

M – metastaze la distanță

N – ganglioni limfatici regionali

T – tumoare