

CANCER GASTRIC ULCERIFORM SAU ULCER GASTRIC CANCERIZAT?

László Kovács

Una dintre cauzele decelării tardive a cancerului gastric rezidă în faptul că în general suferințele dispeptice lipsesc timp îndelungat. Primele simptome gastrice apar de obicei numai atunci când procesul canceros s-a extins asupra unor teritorii mai mari și modifică elasticitatea stomacului, diminuează capacitatea sa de rezervor, respectiv cauzează obstacole de pasaj (obturînd cardia sau pilorul). Alteori complicațiile tumorii gastrice — exulcerația, perforația etc. — sînt acelea care provoacă

primul simptom. Se întâmplă că tumoarea asimptomatică dă semne clinice numai când s-a extins asupra unui organ vecin, sau cauzând metastaze îndepărtate (în sistemul osos, în plămâni, ovare etc.) prin intermediul limfei sau al circulației sanguine. În asemenea cazuri bolnavul se prezintă la medic în urma suferințelor provocate de metastază.

Katsch deosebește „o fază de latență absolută” premergătoare cancerului gastric manifest, când bolnavul nu are nici o suferință. Această fază este urmată de una numită de „latență relativă”, mai scurtă sau mai îndelungată, când bolnavul începe să nu se simtă bine, e obosit atât fizic cât și psihic, slăbește, are fața palidă, deci e „bolnav”, fără a avea însă suferințe gastrice. Autorii sovietici acordă acestor mici simptome generale, („sindromul simptomelor minime”), o importanță deosebită, deoarece, potrivit datelor relatate de ei, aceste simptome apar la 80% dintre bolnavi cu 6—12 luni înainte de instalarea stadiului inoperabil (*Savițchi, Chochlov*).

Consecința gravă a lipsei simptomelor dispeptice constă în faptul că nici bolnavul și nici medicul care-lexaminează nu se gândesc la posibilitatea unui cancer gastric. Pentru a explica suferințele „neurastenice” din perioada de latență relativă, atât medicul cât și bolnavul se mulțumesc să constate tensiunea cauzată de dificultățile vieții zilnice și de neplăcerile familiare, limitându-se la un tratament exclusiv sedativ care durează eventual câțiva ani. Datorită acestui fapt, marea majoritate a bolnavilor de cancer gastric au posibilitatea să beneficieze de tratament chirurgical numai într-un stadiu avansat, când singura problemă ce se pune este posibilitatea rezecției, pronosticul nefavorabil fiind sigur.

Există însă o formă a cancerului gastric (cu o incidență de 18—25%), care cauzează chiar de la început acuze gastrice dureroase. Aceste dureri atrag atenția bolnavului asupra stomacului încă în faza cea mai inițială a bolii, astfel încât avem posibilitatea să descoperim afecțiunea chiar la începutul ei, deci într-un stadiu tratabil. Acest tip este *cancerul gastric ulceriform*, (ulcuscarcinom, cancer ulceriform, Ringwallkarzinom, Schüsselformgeschwulst etc.).

Tabloul anatomo-patologic al acestor denumiri diferite este identic: uicer primar malign circumscris în mucoasa gastrică, a cărui margine proeminentă circulară cade abrupt în mucoasa sănătoasă din vecinătate.

Malignitatea cancerului ulceriform ferm delimitat este mai redusă și prezintă mai multe șanse de vindecare decât tipul de cancer infiltrativ. Astfel 74% din cazurile de cancer ulceriform comunicate de *Brühl* au fost extirpabile, iar la operație nu s-au observat metastaze în ganglionii limfatici din vecinătate, decât într-o proporție de 13%. Tot în materialul relatat de *Brühl*, celelalte tipuri de cancer au fost operabile numai în 23% a cazurilor, în timp ce metastaze în ganglionii limfatici s-au produs în 78,6%. Potrivit părerii lui *Steiner* (1948) cancerul gastric ulceriform bine delimitat prezintă șanse de vindecare de 26 de ori mai mari decât formele infiltrative. Studiind datele existente în literatură, *Ioy, Grossmann și Bacrach* (1950) au constatat că 75% dintre cancerele care apar sub masca ulcerului benign sînt extirpabile, iar 35—40% dintre purtătorii lor supraviețuiesc 5 ani după operație. 61,4% dintre canceroșii gastrici operați în clinica *Mayo* cu diagnosticul eronat de ulcer peptic, au rămas în viață timp de 5 ani după executarea intervenției. În schimb în alte tipuri de cancer gastric proporția bolnavilor ramași în viață timp de 5 ani după operație este aproximativ de 2—7%. Din statistica lui *Ochsner și Blalock* (1953) care conține materialul lor propriu, rezultă că dintre cei operați pentru cancer ulceriform au supraviețuit 5 ani după operație 42,6%, iar dintre cei operați pentru cancer polipoid 20%, în timp ce dintre persoanele care au prezentat un proces de tip infiltrativ nu a supraviețuit 5 ani nici una.

Datele enumerate mai sus ilustrează că, spre deosebire de tumorile polipoide și cu caracter infiltrativ, tipul cancerului gastric ulceriform se află într-o situație relativ favorabilă, atât din punct de vedere clinic cât și patologic. Dată fiind această constatare, cei mai mulți autori consideră cancerul ulceriform drept un tablou clinic aparte. Noi împărtășim această părere.

Din cele spuse s-ar putea deduce că această formă ulceroasă a cancerului gastric se descoperă mai de timpuriu decât celelalte tipuri, iar bolnavii suferind de această maladie sînt supuși la timp tratamentului chirurgical. Din nenorocire, lucrurile nu se întîmplă așa. În timp ce bolnavii, suferind de celelalte tipuri de cancer gastric, se tratează luni de-a rîndul pentru suferințe neurastenice, bolnavii care au cancer gastric ulceriform sînt tratați ani în șir ca „ulceroși” fiind supuși intervenției chirurgicale de cele mai multe ori cînd boala a devenit incurabilă. De obicei, medicul curant se consolează crezînd că bolnavul tratat a avut un ulcer gastric care s-a cancerizat pînă la urmă, astfel încît soarta lui a fost pecetluită. Adevărul este însă altul, și anume că e vorba, cel puțin într-o anumită proporție a cazurilor, de un cancer ulceriform cu evoluție lentă care durează ani de-a rîndul, imitînd tabloul ulcerului peptic, și care s-ar fi putut trata radical printr-o rezecție executată la timp.

Așadar, în timp ce dificultatea recunoașterii celorlalte tipuri de cancer se datorează lipsei simptomelor gastrice, soarta bolnavului de cancer ulceriform devine tragică tocmai prin faptul că suferințele lui gastrice imită timp îndelungat tabloul clinic al ulcerului peptic, inducînd în eroare pe medicul curant.

Numeroși clinicieni subliniază că, cancerul dureros, ulceriform, poate cauza suferințe ulceroase tipice ani în șir, cu periodicitate mare și mică. Mai frecventă însă este durerea ulceroasă *atipică*, cînd sindromul este lacunar: de exp. se constată durerea de foame, dar lipsește periodicitatea reglementară. De asemenea este frecventă suferința dispeptică neregulată în care nu recunoaștem decît anumite simptome din sindromul ulcerului peptic (arsuri de stomac, vărsături etc.).

Între 1 decembrie 1958 și 1 decembrie 1959, în Spitalul clinic din Tg. Mureș au fost internați 123 de canceroși gastrici pentru examinare și tratament. Dintre aceștia 28 au prezentat tipul de cancer ulceriform (20%). Exceptînd 2 cazuri, toți ceilalți bolnavi au fost internați cu simptome patognomonice, deci într-o stare incurabilă. Numai 2 bolnavi au fost supuși unei rezecții gastrice într-un stadiu precoce, în fază curabilă, dar și aceștia cu *diagnostic greșit*, alît dagnosticul clinic, cît și cel operator fiind de „ulcer gastric calos”. Adenocancerul a fost pus în evidență de examenul histologic. Din restul de 26 de cazuri: 12 nu mai erau operabile (46%). Bolnavii au fost ținuți de la început sub observație medicală, cu întreruperi mai mari sau mai mici, evident din cauza suferințelor lor gastrice. În majoritatea cazurilor, antecedentele personale se întindeau pe o perioadă mai lungă de 3 ani, și cu toate acestea bolnavii au fost internați în clinică într-un stadiu incurabil. În 7 cazuri, datele cuprinse în foaia de observație au arătat suferințe ulceroase tipice vechi de cîteva decenii (10—20—30, ba chiar 40 de ani), iar în 21 de cazuri aceste date, în mare parte vechi de mai mulți ani, nu erau tipice, dar indicau totuși prezența unui ulcer.

În cancerul ulceriform bolnavii au un aspect de oameni bine nutriți, ani de-a rîndul, despre cașexie nici nu poate fi vorba. Ca valoare de diagnostic, secreția gastrică nu prezintă la ei aproape nici o importanță: de obicei valorile obținute arată normo-aciditate (50%). Ba mai mult, într-o

anumită proporție a cazurilor (13%) se constată hiperaciditate. Dacă la examenul radiologic se vede o nișă pe mica curbură a stomacului, atunci diagnosticul de ulcer peptic devine practic indiscutabil. La bolnavii noștri diagnosticul de ulcer gastric banal a devenit problematic numai atunci cînd bolnavul cu suferințe gastrice vechi, dar pînă atunci într-o stare generală bună, a început să slăbească brusc (19 cazuri), sau cînd inapetența, slăbiciunea pronunțată (14 cazuri), vărsăturile sanguinolente (11 cazuri), melena persistentă sau alte simptome îngrijorătoare (febra!) au indicat că nu e vorba numai de un ulcer benign. La acești bolnavi, operați, medicul chirurg a găsit — cu o singură excepție metastaze în ganglionii limfatici din vecinătate.

Se pune întrebarea: oare pierderea în greutate bruscă, slăbiciunea și inapetența care indică malignitatea constituie semn clinic al metastazelor apărute în căile limfatice, sau semnul bolii de bază? Noi credem că leziunile maligne locale nu au simptome eclatante, ci prezintă o evoluție clinică discretă. Prin urmare, slăbirea bruscă a bolnavilor ulcerosi nu ar fi manifestarea clinică a cancerizării ulcerului, ci constituie mai degrabă semnul invadării canceroase în ganglionii limfatici din vecinătate. De aceea considerăm că este o eroare profesională dacă medicul, se gîndește la malignizarea ulcerului gastric numai atunci, cînd constată pierdere bruscă în greutate.

Din analiza cazurilor noastre putem conchide că bolnavii cu cancer ulceriform au ajuns sub tratament spitalicesc numai în stadiul final al maladiei, din cauza faptului că problema cancerului ulceriform și a ulcerului cancerizat nu este încă elucidată în conștiința medicilor practicieni. Anamneza îndelungată, simptomele cu caracter ulceros induse în eroare pe medicul curant, deoarece pe baza manualelor medicale, el consideră evoluția scurtă și dezvoltarea rapidă a maladiei ca fiind caracteristice pentru cancerul gastric. Astăzi existența cancerului ulceriform nu mai este discutabilă, dar în mod cu totul regretabil această formă nu figurează în tratatele de medicină unde de obicei este amintit numai cancerul exulcerat. Examenul radiologic care indică „ulcerul” întărește acest sentiment de certitudine eronată, deoarece plusul de umplere ce se observă pe mica curbură, cu pluri convergente, este simptomul radiologic al ulcerului gastric benign. Starea generală bună a bolnavului și eventuala lui hiperaciditate, contribuie de asemenea la faptul că originea canceroasă a ulcerului să rămîină ascunsă.

În legătură cu cancerul ulceriform și cu ulcerul cancerizat există încă numeroase probleme nelămurite. Din nenorocire, cercetările anatomicopatologice nu au dus la un rezultat concludent, cu toate că problema cancerului „ex ulcere” datează de mai bine de 100 de ani.

Aproape fără excepție, anatomicopatologii consideră că malignizarea ulcerului este posibilă, discuția lor limitîndu-se la proporția acestei frecvențe. (Borrman dă o proporție de 1—2%, Hauser 2—3%, Konjelzny 3,3—6,9% etc.). Proporțiile mai ridicate date de autori vechi (Wilson și McCarthy 71%, Moyrihan 60% etc.) se bazează probabil pe un diagnostic anatomicopatologic eronat. La fel și autorii sovietici de azi apreciază degenerarea ulcerului ca fiind destul de frecventă. (Abricosov, Bocharov, Fedorov: 10—15%). În schimb alți autori de exp. Palmer) contestă posibilitatea malignizării, spunînd că „cancerul se ulcerizează, dar ulcerul nu se cancerizează”. Cei care afirmă că există o degenerare malignă își susțin părerea prin punerea în evidență a insulelor celulare maligne pe marginile ulcerului peptic. Cei care contestă acest lucru (Mallory) afirmă că e vorba despre erodarea secundară a unui cancer in situ cu o evoluție lentă, și astfel se produc acele ulcere care „la periferia lor sînt maligne”. Dificultatea provine din faptul că ulcerul peptic la marginea căruia se dezvoltă un cancer, poate fi greu diferențiat și din punct de vedere histologic față de ulcerul apărut în țesutul carcinomatos devitalizat.

Anatomo-patologii care împartășesc diferite concepții apreciază în mod diferit aceleași leziuni histologice: astfel unii dintre ei consideră că tubulii atipici și celulele epiteliale răsfețe localizate la periferia ulcerului sînt simptome ale malignizării, în timp ce alții cred că acestea ar indica un țesut conjunctiv ratatnat cu epitelii în regenerare. Iată cum, folosind același tablou histologic, unii demonstrează prezența degenerării, iar alții o contestă. Dacă examenul histologic nu poate constitui o bază pentru o concepție unitară, nu-i mai puțin adevărat că problema rămîne discutabilă și din punct de vedere patologic.

Părerile clinicienilor sînt și ele diferite. Internistul *Petersen*, a ținut în evidență timp de 2 decenii 3.031 bolnavi de ulcer gastric și dintre aceștia numai 3 au revenit cu cancer. Studiind materialul de 10 ani al Clinicii I. medicale din Tîrgu Mureș, *Málnási* și colaboratorii nu au găsit nici un caz de ulcer gastric cu diagnostic cert care să fi revenit mai tîrziu cu cancer gastric. În schimb, la Congresul de gastro-enterologie, ținut la Londra în 1956, dintre cei 7 clinicieni care au luat cuvîntul în această problemă, 6 (*Bonadies, Gutmann, Berg, Kapp, Machioro, Vidal* și *Colomer*) au susținut cu fermitate că ulcerul cronic se poate canceriza și că prin urmare el poate fi considerat ca o leziune precanceroasă. Numai un clinician (*Felci*) a contestat acest lucru.

Datele publicate de anatomo-patologii sovietici sînt în concordanță cu mediile procentuale acceptate azi de majoritatea chirurgilor (*Hoffmann Stammler*, etc.), și anume că ulceretele gastrice se malignizează în proporție de 8—10% și că aprox. 20% din toate cazurile de cancer gastric se dezvoltă din ulcer. Aceeași proporție este relatată și de *Gutmann* unul dintre cei mai competenți specialiști în această problemă. În materialul publicat de el dintre cele 10 cazuri de ulcer gastric nevindecate în urma tratamentului antiulceros, la operație 5 s-au dovedit a fi ulcere caloase, 4 cancere ulceriforme și 1 ulcer peptic cu malignizare secundară. După *Gutmann* și *Albot* criteriul cel mai caracteristic al ulcerului benign constă în faptul că după un tratament adecvat el se micșorează progresiv și apoi dispare. Dacă însă ulcerul dispare după primul tratament, reapărînd și dispărînd apoi din nou, pentru că la un moment dat să nu mai dispară sub efectul aceluiași tratament, și dacă în stomacul rezecat se pot pune în evidență celule maligne la periferia ulcerului, atunci fără îndoială susțin acești cercetători, că ne găsim în fața unui ulcer peptic cu degenerare secundară.

În interval de un an am văzut la examene radiologice 4 cancere „în ceașcă” și 3 stenoze pilorice maligne la bolnavi care au fost tratați timp de 5—40 ani, cu întreruperi mai mici sau mai mari, avînd dg. ulcer gastric. Cu toate că în statistica lui *Gutmann* se relatează un cancer în situ evoluat în decurs de 20 de ani, e greu totuși de presupus ca un cancer ulceriform să stea în stare de latență timp de 30—40 de ani, și numai după aceea să cauzeze metastaze în căile limfatice din vecinătate. Evident, noi nu dorim să formulăm concluzii categorice din 7 cazuri, dar în ce ne privește afirmăm cu toată certitudinea că în cazul cancerului stomacal tabloul clinic, de ulcer tipic cu evoluție îndelungată este mult mai frecvent decît se crede de obicei. Aceasta nu implică în mod necondiționat o corelație de la cauza la efect între cele două boli, deoarece se întîmplă, așa cum am observat într-un caz, ca pe lângă un ulcer cicatrizat confirmat histologic, să apară o leziune malignă în altă parte a stomacului.

Din cele de mai sus rezultă că atitudinea noastră de până acum față de ulcerul gastric trebuie revizuită. După vârsta de 35 de ani ulcerul gastric așezat mai ales în porțiunea orizontală a micii curburii, dar și în orice altă parte a stomacului, constituie o leziune *ingrijorătoare*, deoarece cancerul poate fi mascat chiar și de un ulcer gastric care prezintă caractere benigne tipice din punct de vedere radiologic.

Bochus și alții (printre ei și *Hetényi*) lasă deschisă problema raportului existent între ulcer și cancer, întrucât, după părerea lor, această problemă nu poate fi soluționată pe baza materialului clinic și, de altfel, pentru clinician nu acest lucru constituie esențialul, ci faptul dacă în cazurile date ulcerul gastric este benign sau malign. Deși nu sîntem adepții fără rezervă ai acestei păreri — deoarece nu este indiferent pentru noi să știm dacă o leziune poate fi considerată drept stare precanceroasă sau nu — totuși admitem că practic problemele de importanță centrală sînt următoarele: 1) există sau nu ulcer în stomac? și dacă există; 2) ulcerul e malign? 3) sau benign?; în sfîrșit, se constată vreun simptom de malignizare?

De obicei, medicul internist adresează aceste întrebări radiologului, așteptînd de la el un răspuns precis. Dar radiologul prudent, chiar și în fața imaginilor de ulcer tipic benign așteaptă ca natura imaginilor observate de el să fie confirmată de examenul clinic, deoarece trebuie să se accentueze în cea mai mare măsură că radiologie cancerul gastric se poate recunoaște cu certitudine numai în faza incurabilă a bolii. Într-un stadiu precoce, cînd leziunile sînt mici, simptomele radiologice nu sînt concludente nici pentru benignitate și nici pentru malignitate, iar interpretarea acestora fără suportul datelor clinice ar fi o grava eroare. Prin urmare, un examen radiologic care pune în evidență un ulcer benign nu poate să liniștească niciodată pe medicul curant.

Se cunosc două procedee utilizate de obicei pentru diferențierea ulcerului de cancerul ulceriform: examenul gastroscopic și testul terapeutic.

După cum se știe, există posibilități de recunoaștere gastroscopică a cancerului ulceriform, întrucît tabloul este deseori caracteristic: margine net tăiată, bine delimitată la una din părți, și estompată, infiltrativă de cealaltă parte, substanța albă cristalină pe fund etc. Sînt cazuri în care caracterul canceros al unui ulcer considerat benign la examenul radiologic, poate fi pus bine în evidență cu ajutorul gastroscopiei. Făcînd abstracție de faptul că, nici acest procedeu nu ne scutește de dificultățile și erorile de diagnostic, gastroscopia nu poate fi aplicată nici în serie și nici pe scară largă. Așadar, ea nu poate înlocui, ci numai completa examenul radiologic.

Cu toate că examenul radiologic nu poate preciza calitatea leziunilor, ba mai mult nu e capabil să excludă nici posibilitatea malignității, totuși accentuăm că el are un rol hotărîtor în decelarea precoce a cancerului ulceriform. Observația clinică a simptomelor generale ale bolnavului de ulcer, ca și urmărirea comportării nișei pe clișee succesive sînt cele mai bune mijloace pentru diferențierea celor două maladii într-un stadiu precoce. Metoda se numește „test terapeutic“ pe care *Gutmann* și colaboratorii îl utilizează cu succes de multă vreme.

Esența testului terapeutic constă în faptul că ulcerul benign se micșorează treptat, sub efectul unui tratament antiulceros energetic, micșorare care poate fi bine urmărită pe clișeele în serie pînă la dispariția completă. Vindecarea poate fi socotită sigură și

terminată numai atunci, cînd pe lingă ulcer dispăre și rigiditatea peretelui subiacent, Paralel cu aceasta bolnavul devine complet asimptomatic, durerea dispăre, bolnavul se vindecă și clinic. Dacă însă în ciuda tratamentului indicat și energetic, imaginea nișei nu se micșorează, există două posibilități: 1. sau ulcerul a devenit calos, rigid, cicatrizat rezistent la orice tratament conservativ 2. sau este vorba de un cancer ulceriform (eventual de un ulcer cancerizat). În caz de ulcer calos modificările sînt minime atît în ce privește simptomele subiective cît și tabloul radiologic. În schimb, în caz de cancer se constată deseori că suferințele gastrice ale bolnavului dispăr aproape în întregime, dar nișa nu se micșorează, ci dimpotrivă uneori crește. Potrivit părerii autorilor citați mai sus, această discordanță este foarte caracteristică pentru cancerul ulceriform.

Deși au apărut comunicări (Hellmer) care relatează micșorarea rareori observată a nișei cancerului ulceriform, faptul acesta nu dăminuează valoarea practică a testului terapeutic. Partea de risc a acestui procedeu o vedem însă în faptul că dacă tratamentul se aplică în condiții necorespunzătoare și fără o circumspecție indicată, bolnavul pierde timp iar procesul canceros avansează: în timpul „încercărilor“ cu test terapeutic se instalează stadiul final.

Rezumînd cele spuse trebuie să constatăm că ulcerul gastric, spre deosebire de ulcerul duodenal, constituie o *problemă aparte* deoarece unele dintre cazurile considerate drept *ulcer gastric* sînt cancere ulceriforme. Toate persoanele trecute de 35 de ani care suferă de ulcer gastric sînt suspecte de cancer. Tocmai de aceea ele trebuie internate, fără întârziere, în spital. Dacă, în urma unui tratament energetic, ulcerul nu dispăre în interval de 6 săptămîni trebuie să ne decidem pentru o intervenție chirurgicală. Rezecția este indicată în aceste cazuri, deoarece o parte a ulcerelor ce nu se vindecă nu sînt ulcere, ci cancere ulceriforme, iar cealaltă parte, deși benigne din punct de vedere histologic devin un crater cicatricial calos, care nu se va vindeca niciodată prin tratament conservativ, lăsînd deschisă posibilitatea degenerării canceroase ulterioare. Să nu uităm că marea majoritate a bolnavilor de cancer gastric operați la timp, adică într-un stadiu precoce, ajung pe masa de operație atît, la noi cît și aiurea, cu diagnosticul de ulcer peptic, deci cu un diagnostic eronat, dar cu o indicație corectă. Ori de cîte ori nu reușim să obținem vindecarea ulcerului printr-un tratament spitalicesc energetic să avem în fața ochilor noștri aceste „grșeli salutare“. Dar nu-i mai puțin adevărat că nu trebuie să exagerăm și să indicăm rezecția gastrică în toate cazurile de ulcer gastric, numai de teama cancerului. Aprecierea trebuie să se facă de la caz la caz. Responsabilitatea medicului este mare nu numai pentru că trebuie să diferențieze ulcerul de cancerul ulceriform, ci și pentru că nu putem întîrzia executarea operației, dar nici să expunem bolnavul riscului unei intervenții inutile. Ne aflăm deci în fața unor obligații grave care depășesc sfera de atribuții și posibilitățile *unei singur* medic; în această problemă hotărîrea trebuie luată de un colectiv (format din medicul internist, radiolog și chirurg) care colaborează în mod strîns și în urma unui consiliu minuțios.

Sosit la redacție: 18 iulie 1960.