

Clinica medicală Nr. I. din Tîrgu Mureș (cond.: prof. P. Dóczy, doctor în științe medicale)
DIAGNOSTICUL CANCERULUI GASTRIC EXULCERAT

G. Málnási, P. György, I. Frincu

Parerile referitoare la corelația dintre ulcerul gastric și cancerul gastric s-au schimbat radical în decursul vremii. La începutul secolului nostru a predominat părerea că 70% din cazurile de ulcer gastric se malignizează mai de vreme sau mai târziu și că cele mai multe cancere gastrice derivă din ulcer. Datele statistice arată însă că malignizarea ulcerelor gastrice într-o proporție atât de considerabilă nu este verosimilă. Ținând seama de numărul bolnavilor de ulcer, ar trebui să întâlnim cazuri de cancer gastric mult mai numeroase decît observăm în realitate.

Astăzi este unanim acceptată părerea că malignizarea ulcerului duodenal este atât de rară încît problema aceasta prezintă practic o importanță minimă. Nici un autor nu susține în prezent că proporția transformării canceroase a ulcerelor gastrice ar depăși 2—10%. Mulți autori observă mai rar, iar alții — printre care și noi — nu observă de loc prezența acestui proces, ajungînd la concluzia că boala canceroasă nu prezintă un pericol mai mare pentru bolnavii de ulcer gastric decît pentru celelalte persoane de aceeași vîrstă.

De obicei malignizarea ulcerului gastric este argumentată prin acele observații anatomicopatologice care arată că leziunea carcinomatoasă există numai într-un anumit segment al circumferinței ulcerului peptic. Potrivit părerilor susținute de anatomicopatologi, ulceretele cu margini canceroase circulare trebuie considerate cancere.

În materialul Institutului de anatomie patologică din Tg. Mureș, figurează în total între 1951—1960, 7 cazuri de ulcere malignizate (carcinoma ex ulcere). Se pune însă întrebarea dacă examenul anatomicopatologic este suficient pentru a dovedi malignizarea unui ulcer benign cronic. Căci pe baza evoluției bolii nu a părut probabilă în nici unul din cazuri prezența anterioară a bolii ulceroase și în cursul bolii care a debutat la o vîrstă mai avansată și a avut o durată variînd de la cîteva zile pînă la 4—6 luni, diagnosticul de cancer gastric stabilit pe baza examenului clinic (tumoare palpabilă, metastaze) nu a fost problematic în nici unul din cazuri. Prin urmare este aproape sigur că nu a fost vorba de malignizarea ulcerului, ci de exulcerarea tumorii canceroase. În materialul Institutului de anatomie patologică am întîlnit 36 de cazuri de cancer exulcerat. Cancerul exulcerat a cauzat nu odată hemoragii acute sau perforație. În materialul Institutului de anatomie patologică se găsesc 3 cazuri de astfel de perforații, iar în clinica noastră am observat 9 cazuri, în care cancerul gastric latent a devenit manifest prin hemoragie masivă.

În urma exulcerării, tumoarea canceroasă poate să dispară aparent, pentru un anumit timp și caracterul malign al ulcerului instalat este trădat numai de metastazele din ganglionii limfatici regionali, din ficat etc.

Într-un caz al nostru (A. M. bărbat în vîrstă de 49 de ani, protocol de autopsie Nr. 112/1952) tabloul clinic a fost dominat de metastaze. La autopsie s-a găsit pe pilor un ulcer cu marginile îngroșate, avînd dimensiunile de 2×1 cm. cu baza netedă și de o consistență mai accentuată în partea distală. Numai la examenul histologic s-a pus în evidență caracterul canceros și primar al acestei nișe, deoarece au fost găsite metastaze aît în ganglionii limfatici regionali cît și în ficat.

Rezultă deci că deseori cancerul gastric exulcerat nu poate fi diferențiat de ulcerul benign, nici chiar prin examenul macroscopic (în cursul laparotomiei sau pe preparatul de rezecție). Și acest fapt confirmă justetea punctului de ve-

dere că examenul histologic minuțios al ulcerelor extirpate de pe mica curbură este necesar în toate cazurile, deoarece în cazuri dubioase acest examen este hotărâtor la diferențierea ulcerului gastric de cancerul gastric.

Date fiind toate acestea se înțelege de ce diferențierea ulcerului gastric de cancerul gastric, pe baza examenului clinic este una din cele mai dificile probleme ale medicului. Atunci când se observă o modificare ulcerosă pe mica curbură, importanța problemei nu mai constă azi în a ști că ulcerul gastric benign pot să se malignizeze într-o anumită proporție. Riscul real îl constituie faptul că, în cazul dat, ulcerul descoperit pe mica curbură a avut chiar de la început un caracter malign și nu benign, adică a fost un cancer exulcerat.

Luând în considerare toate acestea rezultă că ulcerul observat pe orice porțiune a stomacului poate fi un cancer. Se pune deci întrebarea, în ce măsură este posibilă diferențierea ulcerului benign de cel malign cu ajutorul metodelor de examinare pe care le avem la dispoziție?

În lucrarea de față încercăm să dăm un răspuns la această întrebare, pe baza observațiilor făcute în legătură cu cei 234 de bolnavi de ulcer al micii curbururi, tratați în Clinica medicală I. Tg. Mureș, între 1951—1960. Concluziile noastre sînt bazate în primul rînd pe datele furnizate de cei 66 de bolnavi operați.

Evoluția și simptomele ulcerului gastric se deosebesc în multe privințe de cele ale ulcerului duodenal. Datele studiate de noi arată că în regiunea noastră ulcerul gastric este o boală cu mult mai gravă decît ulcerul duodenal. Hemoragiile acute cauzate de ulcerul gastric sînt de 3 ori mai frecvente decît cele cauzate de ulcerul duodenal. Perforația în ulcerul gastric prezintă un raport de 3:2 față de ulcerul duodenal, iar mortalitatea operatorie un raport de 3:1.

Din cauza suferințelor necaracteristice, a pierderii în greutate, a accelerării VSH, a persistenței hemoragiei oculte, diferențierea celor două maladii a întîmpinat dificultăți în numeroase cazuri, cu atît mai mult cu cît 114 (48%) dintre cei 234 de bolnavi erau trecuți de 50 ani și la o cincime din aceștia suferințele de stomac au început după vîrsta de 50 de ani. O treime din bolnavii noștri au prezentat anaciditate sau hipoaciditate gastrică. Diferențierea ulcerului gastric de cel duodenal este o problemă zilnică în practica medicală, întrucît în ultimele două decenii, bolnavii de ulcer gastric au devenit mai numeroși. În timp ce între 1945—1950, în clinica noastră raportul dintre ulcerul duodenal și cel gastric era de 3:1, în ultimul deceniu acest raport a devenit de 3:2. (342 ulcere duodenale față de 234 ulcere gastrice).

Se pune însă întrebarea dacă pe baza datelor clinice, a examenelor de laborator și a examenului radiologic cele două boli pot fi diferențiate.

În legătură cu această problemă observațiile noastre sînt trecute în următoarele două tabele, care cuprind datele referitoare la bolnavii cu ulcer al micii curbururi, ajunși pe masa de operație cu diagnosticul de boala ulcerosă sau de cancer gastric.

Pe baza datelor de examinare curentă cuprinse în tabelele de mai sus nu s-a putut decît deduce caracterul benign și malign al ulcerului micii curbururi. Bolnavul suferind de un ulcer benign al micii curbururi poate provoca deseori impresia unui canceros, în timp ce dimpotrivă cele mai multe sau toate datele de examinare ale bolnavului de cancer gastric exulcerat atrag atenția medicului asupra prezenței bolii ulcerosă. În cazurile de cancer exulcerat lipsa unor antecedente personale îndelungate, normaciditatea sau hiperaciditatea, numărul normal al hematiilor sau o VSH normală ca și lipsa hemoragiilor oculte pot fi prezente chiar și într-o fază avansată a bolii, sau într-o perioadă cînd au apărut deja metastazele.

Trebuie să subliniem îndeosebi faptul că nu există nici un simptom radiologic pe baza căruia să se poată diferenția cu toată certitudinea ulcerul benign de ulcerul malign. Nici un examen radiologic nu este scutit de interpretarea subiectivă a radiologului. În cursul consultațiilor medicale, cînd se interpretează datele obținute, atît radiologul cît și internistul sînt dispuși să-și schimbe părerea, dacă e vorba despre stabilirea caracterului

benign sau malign al cazurilor dubioase. Deseori nici rezultatul gastroscopiei nu furnizează indicații definitive. Se poate întâmpla ca materialul de examinat obținut chiar sub controlul gastroscopic sau la intervenții chirurgicale să nu provină din teritoriul canceros, ci din regiunea învecinată intactă.

Tabelul Nr. 1.

Ulcerale ale micii curburii, care s-au dovedit la examenul histopatologic a cancerului gastric

Nr. curent	Numele	Vârsta	Sexul	Durata bolii	VSII	Nr. hematii în milioane	Sucul gastric	Pierdere în greutate kg.	Hemoragii oculute	Imaginea radiologică
1.	Sz. G.	52 ani	masc.	16 ani	1/3	4,28	anacid	6	neg.	malign
2.	Gy. Gy.	63 ani	masc.	de mulți ani	17/38	4,40	normacid	10	+	benign
3.	M. P.	48 ani	masc.	3 ani	54/70	3,24	hiperacid	8	++	benign
4.	S. R.	58 ani	fem.	5 ani	33/64	3,36	hipoacid	12	+++	benign
5.	W. B.	62 ani	masc.	1 an	80/85	2,92	—	12	+++	benign
6.	P. A.	68 ani	masc.	41 ani	68/108	3,90	normacid	10	+++	malign (ulcero-cancer) (fig. 1.)

suferințe gastr. de 3 ani simptome canceroase

Tabelul Nr. 2.

Ulcerale gastrice clinice suspecte de cancer și histopatologic benigne

Nr. curent	Numele	Vârsta	Sexul	Durata bolii	VSII	Nr. hematii în milioane	Sucul gastric	Pierdere în greutate kg.	Hemoragii oculute	Imaginea radiologică
1.	O. A.	59 ani	masc.	5 luni	32/62	4,24	hipoacid	6	negat.	malign (Fig. nr. 2.)
2.	B. I.	33 ani	masc.	3 ani	12/30	4,67	hiperacid	6	negat.	malign
3.	L. E.	70 ani	fem.	5 luni	3/5	3,82	hipoacid	8	++	malign
4.	F. B.	31 ani	fem.	5 ani	15/43	4,20	anacid	3	+	malign
5.	D. I.	57 ani	masc.	5 săptăm.	25/40	3,80	hiperacid	10	—	malign
6.	N. A.	47 ani	masc.	6 luni	2/6	4,46	anacid	7	+	malign
7.	P. I.	56 ani	masc.	1½ ani	42/63	1,00	normacid	20	negat.	benign ulcer pe marea curbură (Fig. 3.)

Diagnosticul este greu de stabilit îndeosebi în cazul ulcerelor la persoane trecute de 50 de ani, cu anamneză de scurtă durată, deoarece experiența arată că cancerul gastric cu o extindere redusă și limitat încă la mucoasă se observă de cele mai multe ori sub forma unui ulcer mic. În acest caz, suferințele bolnavilor, rezultatele examenelor de laborator și examenul radiologic indică de cele mai multe ori prezența bolii ulceroase, simptomele malignității lipsind timp îndelungat.

La această posibilitate trebuie să ne gândim întotdeauna. Precizăm însă că nu ar fi just să adoptăm în toate cazurile de ulcer gastric criteriul principal al tratamentului chirurgical Operația celor câteva procente (6—10%) de cancer gastric care se ascund sub masca simptomatologiei bolii ulceroase nu se poate realiza decît cu prețul efectuării unor intervenții mutilante într-un număr in-

admisibil de mare de ulcere benigne ale stomacului. Or se știe că această soluție, chiar făcând abstracție de riscul operator, nu corespunde principiilor călăuzitoare acceptate în tratamentul bolii ulceroase.

Pe baza acestor considerații a fost introdus așa-numitul test terapeutic al cărui legitimitate este recunoscută. Aceasta înseamnă că orice modificare observată și localizată în orice parte a stomacului, prezentind radiologic aspectul unui ulcer, poate fi considerată benignă numai în cazul când ea poate fi combătută cu toată certitudinea în urma unui tratament medicamentos intern sever, în interval de 3—6 săptămâni, ducind la dispariția nișei și neprezentind nici o indoială în ceea ce privește vindecarea completă, atât pe baza datelor clinice și de laborator, cât și din punctul de vedere al stării generale a bolnavului. În cazurile care debutează brusc și se vindecă repede, testul terapeutic este în adevăr convingător, mai ales atunci când odată cu amendarea simptomelor acute dispare nu numai nișa, ci și bolnavii se vindecă pentru un timp îndelungat. În schimb, aprecierea cazurilor care recidivează frecvent și evoluează cronic întimpină deseori nu numai dificultăți practice, ci și teoretice.

Ar trebui să cunoaștem cu mai multă precizie două probleme. Prima: în cât timp, calculind de la apariția simptomelor, bolnavul suferind de ulcer al micii curburii poate fi considerat cu certitudine că are boală ulceroasă? A doua problemă: cât timp poate evolua cancerul gastric în forma lui exulcerată?

Potrivit datelor cuprinse în manuale, una din particularitățile cele mai caracteristice ale bolii ulceroase este evoluția ei îndelungată. Dacă după astfel de antecedente, boala îmbracă un caracter malign, survenind un cancer gastric, atunci potrivit concepției clasice este vorba de malignizarea ulcerului gastric. Tot datele din manuale susțin că cancerul gastric nu poate rămâne în stare de latență decît 6—18 luni, rareori cîtiva ani, iar starea bolnavului se alterează iremediabil și rapid mai devreme sau mai târziu.

Date publicate recent, la fel ca și observațiile noastre, arată însă în mod convingător că aceste constatări clasice trebuie completate, deoarece evoluția cancerului gastric este extrem de variată. Există nu numai cazuri cu evoluție rapidă, avînd o anamneză de scurtă durată, ci și cazuri cu evoluție lentă, care durează timp îndelungat. În cele 300 de cazuri de cancer gastric observate împreună cu *Bornemisa*, în antecedentele personale ale bolnavilor suferințele de stomac au avut o durată varînd între 45 de ani și 3 zile. Pînă la stabilirea diagnosticului, 5,1% dintre acești bolnavi au avut suferințe de stomac datînd de 2—5 ani, 4—7% datînd de 5—10 ani și 2% au avut suferințe gastrice datînd de mai bine de 10 ani din cauze insuficient lămurite.

Observațiile susținute ale unor bolnavi sînt și mai instructive decît datele statistice. Analizînd fișa de consultație a unui bolnav al nostru (foaia de observație Nr. 848/1952) ale cărui antecedente au fost întocmite de polclinică, se ivesc aproape toate problemele privind diferențierea ulcerului gastric de cancerul gastric. Suferințele bolnavului avînd un caracter ulceros au început încă în 1950, la vîrsta de 58 de ani. Datele referitoare la examinările ulterioare efectuate sînt cuprinse în tabelul de mai jos.

Tabelul Nr. 3.

	Pierdere în greutate	Nr. hematu in urinoane	VSII	Hemoragii oculare	Suc gastric	Examen radiologic
Apr. 1952	10 kg.	4,6	45/67	poz.	35/52	ulcer malign
Apr. 1956	—	3,6	37,64	poz.	10—30	idem
Dec. 1956	—	4,1	23/50	—	5—18	ulcer calos
Mai 1957	—	3,9	38,67	—	—	idem
Iunie 1958	—	—	15/45	—	—	—
Apr. 1960	—	4,3	49,71	poz.	10—40	cancer gastric
Aug. 1961	bolnavul a succombat					

După toate probabilitățile, cauza suferințelor gastrice ale bolnavului trebuie căutată în cancerul stomacului datînd din 1952 (1950?). Simptomele clinice și radiologice ale cancerului au fost descoperite încă în 1952, cînd s-a făcut indicația operatorie, pe care bolnavul nu a acceptat-o decît în 1960, în al 9-lea (sau al 11-lea) an de boală, cînd s-a extirpat o tumoare exulcerată de mărimea unei nuci verzi, localizată pe mica curbură. Examenul histopatologic a pus în evidență un adenocarcinom.

Concluziile care se pot desprinde din studierea acestei observații sînt următoarele: evoluția cancerului gastric poate dura 9, sau probabil chiar 11 ani. Nici pe baza unor antecedente personale ulcerose și nici pe baza datelor de laborator sau a examenului radiologic nu se poate stabili și diferenția la un moment dat, cu toată siguranța, boala ulcerosă de cancerul gastric exulcerat, dacă este vorba de un ulcer al micii curburii. Tabloul radiologic (fig. 4 și 5) nu s-a modificat decît într-o foarte mică măsură în decursul anilor (în cazul amintit mai sus în interval de 5 ani, iar într-un alt caz în interval de 4 ani și jumătate). Prin urmare examinările efectuate la mari intervale de timp pot să cauzeze convingerea eronată că ulcerul observat anterior s-a vindecat între timp, și că nu este vorba de prezența neschimbată a aceluiași ulcer, ci de o recidivă.

Se pune acum întrebarea: ce date trebuie luate în considerare în decursul evoluției bolii pentru a stabili caracterul benign sau malign al procesului? Dificultățile ivite în legătură cu această problemă sînt ilustrate de următorul caz. (O observație de altfel destul de frecventă).

N. I. bărbat în vîrstă de 55 de ani (numărul foi de observație 828/1959) după ce are suferințe gastrice necaracteristice timp de un an, este internat în 1959 la serviciul de urgență, prezentînd hematemeză și melenă. Datele examinărilor clinice efectuate atunci și cu 2 ani mai tîrziu sînt cuprinse în tabelul următor:

Tabelul Nr. 4.

	Scaunul	Hemati milioane	Hbg %	VSH mm	Hemor. oculte	Greut corp.	Examen radiologic (mărimea și caract. terul nișei)
23. V. 1959	melenă	3,10	60	20/45	++++	54 kg	—
31. V. 1959	normal	3,70	76	11/28	neg.	56 kg	cît un bob, caracter acut. Fig. nr. 6.
19. VI. 1961	melenă	3,64	56	61/120	++++	57 kg	cît un pumn de copil, malign.
1. VII. 1961	normal	3,90	55	30/75	+++	56 kg	considerabil mai mică, benign fig. 7.

Valorile acidității sucului gastric efectuate în 1961 au fost 29/46.

S-a constatat un cancer exulcerat, iar examenul histopatologic a pus în evidență un adenocancer.

După prima internare clinică bolnavul nu s-a înapoiat la control, în ciuda insistențelor noastre și de aceea nu am putut să urmărim dezvoltarea în continuare a nișei ulcerose. După ieșirea din clinică el a efectuat munci agricole grele, a cîștigat 6 kilograme în greutate și starea sănătății lui a fost foarte bună pînă cînd după 2 ani, a apărut o nouă hemoragie gastrică acută. Așadar, ca rezultat al transfuziilor de sînge hemoragiile bolnavilor de cancer gastric pot să înceteze uneori, starea lor se poate ameliora atît de mult, încît atenția medicului și a bolnavului este abătută de la afecțiunea malignă. Într-un alt caz asemănător conturul radiologic al nișei ulcerose s-a micșorat fără să dispară însă definitiv. Micșorarea nișei canceroase este cauzată probabil de proliferarea țesutului neoplazic.

Rezultă prin urmare că la întrebarea dacă leziunea ulceroasă observată radiologic pe orice parte a stomacului are un caracter benign sau malign, cu alte cuvinte dacă e vorba de o boală ulceroasă sau de un cancer exulcerat, nu se poate da un răspuns decît după vindecarea ulcerului, controlată radiologic. Firește că la stabilirea diagnosticului de boală ulceroasă este necesar să luăm în considerare rezultatele tuturor examenelor efectuate. Trebuie să precizăm însă că pînă la dispariția completă și absolut sigură a nișei, diagnosticul de boală ulceroasă, la fel ca și toate datele referitoare la aceasta, nu le putem accepta decît cu rezervă.

Pentru a evita o întîrziere inadmisibilă în cazurile probabile de cancer, cei mai mulți autori susțin că durata tratamentului medicamentos intern nu trebuie să depășească intervalul de 6 săptămîni și aceasta numai atunci dacă nișa s-a micșorat deja în cursul primelor 3 săptămîni. Și experiența noastră arată că acest timp este în general suficient.

Potrivit atît datelor din literatură cît și propriilor noastre observații, tendința la vindecare rapidă a ulcerului gastric benign se referă atît la ulcelele survenite la o vîrstă mai avansată cît și la așa-zisele ulcere gigante. Tocmai de aceea trebuie să se aplice în primul rînd tratamentul conservator. Ceea ce diferențiază cancerul exulcerat de ulcerul gastric benign nu este mărirea nișei sau vîrsta bolnavului, ci lipsa tendinței la vindecare.

Prin urmare testul terapeutic este indispensabil și se procedează cel mai bine dacă ea se efectuează în spital. Controlul bolnavilor se asigură prin dispensarizare permanentă. După un tratament medicamentos de 6 săptămîni fără eficacitate cei mai mulți autori propun executarea intervenției chirurgicale (avîndu-se în vedere tocmai pericolul cancerului). Și în clinica noastră aplicăm acest principiu, nu numai în cazurile suspecte de cancer, ci și independent de acestea, atunci cînd se constată și alte motive pentru necesitatea indicației operatorii a bolii ulceroase.

Observațiile noastre arată că operația poate fi amînată și mai mult timp (de la 6—9 săptămîni):

1. dacă examenul radiologic pune în evidență tendința la vindecarea și totodată celelalte rezultate ale examenelor sînt caracteristice pentru boală ulceroasă, lipsind simptomele procesului malign;

2. dacă concomitent cu ulcerul gastric se constată și prezența unui ulcer duodenal. Notăm că în materialul de 300 de bolnavi cu cancer gastric observați în clinica noastră nu am găsit niciodată ulcer duodenal și că nici în antecedentele personale nu au figurat date sigure în acest sens. În ultimii 10 ani, 22 de bolnavi ai noștri au fost operați pentru ulcer dublu (gastric și duodenal), dar nu am întîlnit nici un ulcer malign al micii curburi;

3. dacă în antecedentele personale se întîlnește un ulcer al micii curburi, al cărui diagnostic este absolut cert. De această problemă ne-am ocupat în mod mai amănunțit.

Concluzii :

- 1) Considerăm că malignizarea ulcerului gastric benign al micii curburi nu poate fi dovedită pe baza observațiilor clinice sau anatomopatologice. În cursul observației clinice și de ambulator a 300 de bolnavi cu cancer gastric și 234 de bolnavi cu ulcer al micii curburi, nu am constatat prezența malignizării în nici un caz.

- 2) Diferențierea cu metode clinice a ulcerului gastric benign de cancerul gastric exulcerat este posibilă numai pe baza evoluției bolii. Și noi credem să așa-numitul tast terapeutic este important.

- 3) Cancerul gastric exulcerat poate avea o evoluție lentă, de lungă durată. Noi am observat un caz cu o evoluție de 11 ani.

Sosit la redacție: 11 august 1961.



Fig. Nr. 1. Ulcer gigant la un bărbat de 68 de ani, care a avut suferințe gastrice timp de 41 de ani. Examen histopatologic; adeno-cancer. Ulcerul localizat pe mica curbură, observat cu 3 ani în urmă a fost considerat benign.



Fig. nr. 2. Ulcer cu diametru de 4 cm la un bărbat de 59 de ani. Examen histopatologic. Ulcer cronic.



Fig. nr. 3. - Ulcer pe marea curbură la un bărbat de 56 ani; histopatologic benign; suferințe gastrice datînd de 1 an și 6 luni; pierdere în greutate: 20 kgr.



Fig. nr. 4. - Imaginē radiologică în 1956 a ulcerului de pe mica curbura, observat în 1952, la un bărbat de 64 de ani. Operația a fost executată în 1960. Cancer exulcerat. Examen histopatologic: adenocancer.