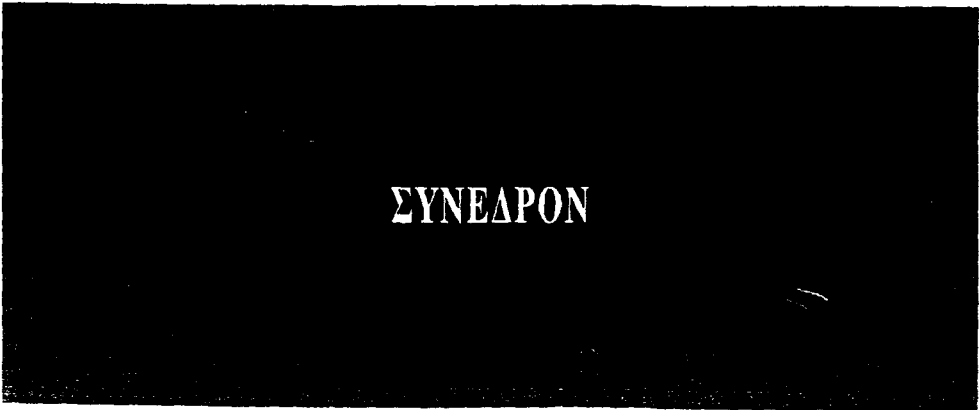


ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ
ΣΤΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
2001

ΕΚΔΟΤΗΣ
Ε.Ι. ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΗΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ
ΣΠΥΡΙΔΩΝ Κ. ΒΟΛΤΕΑΣ



ΣΥΝΕΔΡΟΝ

5.9.

Η ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΓΑΣΤΡΙΚΩΝ ΠΟΛΥΠΟΔΩΝ

Α. Χατζηγεωργιάδης, Σ. Κόκκινος, Χ. Δερετζής, Α. Καλυβίνος, Κ. Ζώη, Α. Μαρίνης, Θ. Ανδρεάδης, Φ. Δεμιρόπουλος, Α. Βελένης, Ε. Μολής

Η ενδοσκόπηση του γαστρεντερικού σωλήνα συνέβαλε αποφασιστικά στη μελέτη της φυσικής εξέλιξης των μακροσκοπικά πολυποειδών καλοήθων και κακοήθων όγκων του στομάχου. Οι γαστρικοί πολύποδες είναι ανώμαλες προσεκβολές του γαστρικού βλεννογόνου μέσα στον αυλό του στομάχου (1). Η συχνότητα ανεύρεσης τους κατά την ενδοσκόπηση είναι 4-5% σε συμπτωματικούς ασθενείς και αυξάνεται μέχρι 7% σε ασθενείς πάνω από 80 ετών (2). Πρόκειται για βλάβες που σπάνια δίνουν συμπτωματολογία (αιμορραγία, απόφραξη) και συνήθως συνυπάρχουν με άλλες καταστάσεις του στομάχου. Ανιχνεύονται ακτινολογικά, αλλά κυρίως με την ενδοσκόπηση (3,4). Διακρίνονται σε νεοπλασματικούς και μη και επομένως η αφαίρεση τους είναι επιβεβλημένη, γιατί οι αδενωματώδεις πολύποδες αποτελούν προκαρκινική κατάσταση. Η ενδοσκοπική εκτομή του πολύποδα έχει κυρίως διαγνωστικό και λιγότερο θεραπευτικό χαρακτήρα (1).

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της εμπειρίας μας στην αντιμετώπιση των γαστρικών πολυπόδων στα πλαίσια ενός ενδοσκοπικού τμήματος Χειρουργικής Κλινικής Νομαρχιακού Νοσοκομείου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Κατά την περίοδο 1995-2000 στο ενδοσκοπικό τμήμα της Α' Χειρουργικής Κλινικής του Γ.Ν.Ν. Δράμας ενδοσκοπήθηκαν στο ανώτερο πεπτικό 2565 ασθενείς. Σε 63 ασθενείς (2,42%) ανευρέθηκαν 97 γαστρικοί πολύποδες. Πρόκειται για 28 άνδρες (ηλικίας 31-87 ετών, μ.ο. ηλικίας 65,71 έτη) και 35 γυναίκες (ηλικίας 21-83 ετών, μ.ο. ηλικίας 57,11 έτη). Σε 21 ασθενείς υπήρξε πολλαπλή εντόπιση και σε 2 συνυπήρχαν με καρκίνο του στομάχου, ενώ σε 42 ασθενείς ήταν μονήρεις (πίνακας 1). Η κατανομή τους ήταν: 69 στο άντρο, 19 στο σώμα, 7 στην καρδιοοισοφαγική περιοχή και 2 στο βολβό του 12/λου. Η ταξινόμηση τους ως προς το μέγεθος ήταν: 1-10 mm 83 πολύποδες, 10-20mm 11 πολύποδες και >20mm 3 πολύποδες (πίνακας 2). Όλοι τους αφαιρέθηκαν ενδοσκοπικά με πολυπεκτόμο, εκτός από 8 πολύ μικρού μεγέθους υπερπλαστικούς πολύποδες που συνυπήρχαν με άλλη πάθηση και τέθηκαν υπό παρακολούθηση και συνοδό θεραπεία για την άλλη πάθηση (πίνακας 3) και 11 πολύποδες <5mm που αφαιρέθηκαν με τη λαβίδα της θερμής βιοψίας (hot biopsy).

Πίνακας 1. Πλήθος

Πλήθος	ν
Μονήρεις	42
Διπλοί	14
Τριπλοί	4
Περισσότεροι	3

Πίνακας 2. Μέγεθος

Μέγεθος	ν
1-10 mm	83
10-20 mm	11
>20 mm	3

Πίνακας 3. Συνοδός πάθηση

Συνοδός πάθηση	ν
Γαστρίτιδα	4
Διαφραγματοκήλη	3
Αλκαλική γαστρίτιδα	3

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν σημειώθηκε κανένας θάνατος ή μείζων συστηματική επιπλοκή. Παρουσιάστηκε μια αιμορραγία σε ασθενή με μεγάλο μισχωτό πολύποδα που υφέθηκε μόνη της. Η ιστολογική εξέταση ανέδειξε 2 αδenoκαρκινώματα με παρουσία υπερπλαστικών πολυπόδων, 1 λειομύωμα εξελκωμένο, 2 αδενωματώδεις (1 λαχνοσωληνώδη και 1 σωληνώδη), 8 φλεγμονώδεις και 76 υπερπλαστικούς πολύποδες εκ των οποίων οι 2 είχαν εικόνα δυσπλασίας. Οι 2 ασθενείς με τα

αδενοκαρκινώματα και ο ένας με το λειομύωμα χειρουργήθηκαν (γαστρεκτομή και εκπυρήνιση), ενώ στους υπόλοιπους η εκτομή υπήρξε και οριστική θεραπεία τους, πλην εκείνων που τέθηκαν σε θεραπεία για την συνοδό πάθηση. Όλοι οι ασθενείς βρίσκονται σε συνεχή παρακολούθηση και ανά τακτά χρονικά διαστήματα υποβάλλονται σε ενδοσκοπικό έλεγχο.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στο στόμαχο αναπτύσσονται καλοήθεις και κακοήθεις όγκοι. Οι καλοήθεις όγκοι διακρίνονται σε επιθηλιακής προέλευσης (πολύποδες-υπερπλαστικοί, φλεγμονώδεις, αδενώματα, σύνδρομα πολυποδίασης) και σε μη επιθηλιακής προέλευσης ή μεσεγχυματικούς (λειομύωμα, λιπώματα, ινώματα, νευρογενείς όγκοι, αιμαγγειώματα κ.ά) και σε ψευδοόγκους (φλεγμονώδεις, ψευδολέμφωμα, βλεννοκήλη, κισοί, κ.ά) (5,6). Η αιτιολογία τους δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένη. Οι επιθηλιακοί πολύποδες συναντώνται συχνότερα στην ατροφική γαστρίτιδα και κακοήθη αναιμία όπως και το καρκίνωμα του στομάχου (7). Οι φλεγμονώδεις και οι υπερπλαστικοί αναπτύσσονται μετά από φλεγμονή του βλεννογόνου ή και επούλωση ελκών, ενώ στην οικογενή πολυποδίαση υπεισέρχονται πιθανώς και γενετικοί παράγοντες (8).

Οι πολύποδες στο ανώτερο πεπτικό είναι λιγότερο συχνόι από το παχύ έντερο (1,9). Είναι στην πλειονότητα τους ασυμπτωματικοί και κατά κύριο λόγο ανιχνεύονται ενδοσκοπικά και λιγότερο ακτινολογικά. Συνήθως όμως αναφερόμαστε στους καλοήθεις υπερπλαστικούς και φλεγμονώδεις.

Οι υπερπλαστικοί είναι οι πολυαριθμότεροι και αποτελούν το 75-90% (3). Είναι καλοήθεις και αποτέλεσμα χρόνιας φλεγμονής και εκφυλιστικής υπερπλασίας σε γαστρίτιδα. Σπάνια παρατηρείται κυτταρική ατυπία σε μεγάλους πολύποδες ή έχουν μικτή μορφή υπερπλαστικού και αδενωματοώδη πολύποδα. Έχει σημασία να απαντηθεί αν είναι προκαρκινική κατάσταση ή όχι. Η συχνότητα της καρκινωματοδούς εξαλλαγής είναι 0-5% και αφορά στους έχοντες μικτή σύσταση, ενώ είναι σημαντική η διαπίστωση ότι στο 10-30% των περιπτώσεων συνυπάρχει καρκίνωμα στομάχου σε άλλη θέση, αν και οι δύο αυτές παθήσεις είναι ανεξάρτητες (1,2,3,10,11). Σε μικρό ποσοστό υποστρέφουν ή εξαφανίζονται (7). Είναι δυνατόν να έχουν μεγάλο μέγεθος μέχρι 2 cm, να είναι μισχωτοί, μονήρεις ή πολλαπλοί (30%) και εντοπίζονται σε όλο το στόμαχο, αλλά κυρίως στο άντρο.

Οι αδενωματοώδεις είναι νεοπλασματικοί, λιγότερο συχνόι των υπερπλαστικών και αναπτύσσονται σε αχλωριδρικό στόμαχο με αλκαλική γαστρίτιδα και εντερική μεταπλασία. Είναι δεύτεροι σε συχνότητα εμφάνισης μετά τους υπερπλαστικούς. Βιολογικά διαιρούνται σε σωληνώδεις και λαχνωτούς ή μικτού τύπου, μπορούν να εξαλλαγούν σε δυσπλασία, αδενοκαρκίνωμα ή να συνυπάρχουν με αδενοκαρκίνωμα του στομάχου σε ποσοστό που κυμαίνεται από 6-75% (12). Πρόκειται για προκαρκινωματοώδη κατάσταση (13). Ανευρίσκονται πιο συχνά στο άντρο και είναι μονήρης.

Οι φλεγμονώδεις είναι βλάβες των ενηλίκων και είναι αποτέλεσμα των εξελκώσεων του βλεννογόνου. Πρόκειται για ανάπτυξη κοκκιώδους ιστού και είναι καλοήθεις.

Από τους μεσεγχυματικούς όγκους συχνότεροι είναι μέχρι 90% τα λειομύωμα (5). Προέρχονται από λείο μυϊκό ιστό του στομάχου, είναι ενδοτοιχωματικά και στη συνέχεια προβάλλουν στον αυλό και εξελκώνονται και αιμορραγούν. Δεν εξαλλάσσονται, ούτε υποτροπιάζουν, αλλά ενδέχεται να υπάρχει υπόνοια λειομυοσαρκώματος ή λειομυοβλαστώματος (9). Η εκπυρήνιση ή η γαστρεκτομή αποτελεί τη θεραπεία τους.

Η εκτομή των πολυπόδων γίνεται ενδοσκοπικά με ευχέρεια, γιατί υπάρχει χώρος για χειρισμούς, όμως ο κίνδυνος αιμορραγίας είναι μεγαλύτερος, ενώ ο κίνδυνος διάτρησης είναι μικρότερος από ότι στο παχύ έντερο. Χρησιμοποιείται κυρίως πολυπεκτόμος και λιγότερο συχνά λαβίδα θερμής βιοψίας ή καυτηριασμός, κυρίως για τις μικρότερες σε μέγεθος βλάβες. Οι επιπλοκές που κυμαίνονται από 1-2% αντιμετωπίζονται ενδοσκοπικά με κυριότερη την αιμορραγία, λόγω της πλούσιας αιμάτωσης του (1).

Γενικά η αντιμετώπιση των πολυποειδών βλαβών του στομάχου εξαρτάται από το μέγεθος, τη θέση και την ιστολογική εικόνα τους. Μια χρήσιμη ταξινόμηση τον ενδοσκοπικό και μη

χειρισμό των πολυπόδων είναι η ταξινόμηση τους κατά Yamada και Ichikawa σε τέσσερις κατηγορίες από τις μικρές επίπεδες μέχρι τις μεγαλύτερες έμμοιες πολυποειδείς βλάβες (4). Στις περιπτώσεις που δεν δυνατή η αφαίρεση της βλάβης ενδοσκοπικά, τότε απαιτείται σφηνοειδής εκτομή του στομάχου και σε περίπτωση κακοήθους εξαλλαγής συμπληρωματική ολική ή μερική γαστρεκτομή, ενώ εναλλακτική λύση σε ορισμένες περιπτώσεις είναι η ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή γύρω από τη βλάβη (κυρίως βλάβες II και III). Αν η βλάβη είναι καλοήθης, τότε ο ασθενής τίθεται σε παρακολούθηση αρχικά ανά έτος και αργότερα ανά διατία (1).

Στους ασθενείς μας η συχνότητα εμφάνισης των γαστρικών πολυπόδων ανέρχεται στο 2,42%, υπερτερούν οι υπερπλαστικοί (78,35%) και ακολουθούν οι φλεγμονώδεις (8,24%) ευρήματα που συμφωνούν με τη βιβλιογραφία. Σε δύο ασθενείς αναβρέθηκε συνύπαρξη αδενοκαρκινώματος του στομάχου και υπερπλαστικών πολυπόδων, ενώ συνυπήρχαν με γαστρίτιδα και διαφραγματοκήλη με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Οι περισσότεροι ήταν μονήρεις, μικρού μεγέθους, άμισχοι, ασυμπτωματικοί και αναβρέθηκαν στο άντρο του στομάχου. Η εκτομή τους ήταν σχετικά εύκολη χωρίς επιπλοκές εκτός από μία μικρή αιμορραγία σε αφαίρεση ευμεγέθη πολύποδα, χρησιμοποιήθηκε πολυπεκτόμος και σε 11 περιπτώσεις λαβίδα θερμής βιοψίας. Όλοι οι ασθενείς ελέγχονται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Οι γαστρικοί πολυποδες είναι σπάνιοι όγκοι, συνήθως καλοήθεις, που η διάγνωση τους τίθεται με την ενδοσκόπηση και την αφαίρεση τους. Η κακοήθης εξαλλαγή αφορά κυρίως τους αδενωματώδεις πολύποδες, που είναι σπανιότεροι, ενώ η παρουσία δυσπλασίας ή κακοήθειας είναι ακόμη πιο σπάνια. Οι ασθενείς με γαστρικούς πολύποδες θα πρέπει να βρίσκονται σε τακτικό ενδοσκοπικό επανέλεγχο γιατί υποτροπιάζουν και σε πολύ μικρό ποσοστό συνυπάρχουν με καρκίνο ή υφίστανται κακοήθη εξαλλαγή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Κέκος Γ. Θεραπευτική ενδοσκόπηση, Ενδαυλική Ενδοσκοπική Χειρουργική, Αθήνα, 2000, σελ 382-88
2. ASGE Publication 1002. The role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the gastrointestinal tract; guidelines for clinical applications. Gastrointest Endosc 1988; 34:185-205
3. Ming SC. Tumors of the esophagus and stomach. 2nd series. Washington DC, Armed Forces Institute of Pathology, 1973; 82,101,125-7
4. Yamada T, Ichikawa H. X-Rays diagnosis of elevated lesions of the stomach. Radiology 1974, 110:79
5. Donovan AJ. Benign tumors of the stomach. In: Textbook of Surgery. Sabiston, Saunders, London, 1986; 853-9
6. Preiser CF et als. Gastrointestinal Pathology. An atlas and Text. Raven Press, New York, 1989; 152
7. Elsborg L, Andersen O, et als. Gastric mucosa polyps in pernicious anemia. Scand J Gastrenterol, 1977;12:49
8. Bussey HJR. Gastrointestinal polyposis Gut 1970; 11:970
9. Μαλλάς Η. Κακοήθεις όγκοι του στομάχου, στο Καναγκίνης Θ, Καραμανώλης Δ. στόμαχος Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, Αθήνα 1994,σελ. 213-222
10. Ming SC, Goldman H. Gastric polyps. A histogenetic classification and its relation to carcinoma. Cancer 1965;18:721
11. Abraham SC, Singh VK, Yardley JH, Wu TT. Hyperplastic polyps of the stomach: associations with histologic patterns of gastritis and gastric atrophy. : Am J Surg Pathol 2001 Apr; 25(4): 500-7
12. Tomasolo J. Gastric polyps. Histologic types and their relation to the carcinoma. Cancer 1971; 27:1346
13. Ευγενίδης Ν. Προκαρκινικές καταστάσεις του στομάχου - Ο ρόλος της ενδοσκόπησης, στο Καναγκίνης Θ, Καραμανώλης Δ. Στόμαχος, Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, Αθήνα 1994, σελ. 299-304

Από την Α΄ Χειρουργική Κλινική, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Δράμας