

Multivisceral Resections in Advanced Gastric Cancer-Case Report

Răzvan Marius Ion¹, Mircea Mureșan^{1*}, Daniela Sala¹, Simona Mureșan², Alexandra Scurtu¹ and Radu Mircea Neagoe¹

¹Department of Surgery, University of Medicine and Pharmacy Târgu Mureș, Romania

²Department of Physiology, University of Medicine and Pharmacy Târgu Mureș, Romania

Abstract

Background: Gastric cancer is an important cause of death in worldwide, despite the progress achieved through screening programs. Multivisceral resections are dictated by R0 resection gold, but also by the histopathological type of the neoplasm involved.

Case report: A 64-year-old patient was admitted in Surgery department for epigastric abdominal pain, haematemesis, anorexia, weight loss. Superior digestive endoscopy revealed a reduced stomach in size, inextensible at insufflation, with a malignant ulceration, unresponsive to proton pump inhibitor (PPI) treatment. The clinical and endoscopic context required surgery and intraoperative it was detected a tumor block that includes the stomach, transverse colon, spleen and pancreas, undergoing total gastrectomy, distal spleno-pancreatectomy, subtotal colectomy with eso-jejunal anastomosis on Y Roux loop, ileo-sigmoid anastomosis, suture of the proximal pancreatic tissue. Postoperative course was favorable with discharge of the patient on the 11th postoperative day. The histopathological examination revealed a diffuse carcinoma with linitis plastica appearance. After oncological treatment with imatinib, no endoscopic and imagistic signs of tumor recurrence are seen at 6 months apart.

Conclusions: Multivisceral resections in the advanced gastric cancer T4 stage represent the only surgical procedure to obtain an R0 type resection. This should be done whenever technically is possible, but favorable outcomes in distance survival are recorded in mesenchymal forms and less in adenocarcinomas.

Keywords: Gastric cancer; Multivisceral resections; Linitis plastica

Introducere

Cancerul gastric rămâne o problemă majoră de sănătate și o cauză principală a mortalității de cauză neoplazică, în ciuda scăderii globale a incidenței. Factorii fenotipali și *Helicobacter pylori* (Hp), prin acțiunea acestora la începutul vieții, într-un proces variat și multifactorial, favorizează dezvoltarea carcinoame de tip intestinal, în timp ce anomaliile genetice sunt legate mai mult de tipul difuz al boalii. Rezultatele terapeutice pentru cancerul gastric au înregistrat progrese semnificative în Japonia, Coreea și mai multe centre occidentale specializate, datorită descoperirii precoce a bolii prin programe de screening standardizate la persoanele cu risc. În aceste centre, chirurgia și endoscopia intervențională, oferă rezultate excelente în ceea ce privește supraviețuirea pe termen lung [1].

Rezecțiile multiviscerale sunt încă într-o controversă în literatura de specialitate. Indicațiile lor sunt marcate de tipul histopatologic al neoplasmului implicat. Se pare că evoluția unor astfel de intervenții prezintă un prognostic favorabil pe termen lung în cazul tumorilor stromale gastro-intestinale, în timp ce în cazul adenocarcinoamelor sunt intervenții care nu contribuie semnificativ la rata supraviețuirii și cresc mortalitatea postoperatorie imediată [2].

Prezentarea Cazului

Pacient în vârstă de 64 ani, s-a prezentat în repetate rânduri în serviciul de gastro-enterologie cu dureri abdominale, anorexie, scădere ponderală. Endoscopie digestivă superioară pune în evidență un stomac redus în dimensiuni, inextensibil la insuflare, cu o ulceratie la nivelul mării curburii de aspect malign, fără răspuns la tratamentul cu inhibitori de pompă de protoni (IPP) efectuat timp de 3-6 săptămâni. Biopsia gastrică a fost contraindicată datorită aspectului hemoragic al tumorii. În urma fenomenelor de hemoragie digestivă superioară (HDS) coroborat cu aspectul macroscopic endoscopic, bolnavul a fost redirecționat în serviciul chirurgical. După o scurtă reevaluare clinică și paraclinică, s-a intervenit chirurgical și intraoperator s-a decelat un

bloc tumoral care a inclus, stomacul, colonul transvers, splina și coada pancreasului. Stomacul a prezentat un aspect de linită plastică iar biopsia intraoperatorie cu examen histopatologic extemporaneu dintr-o extensie în ligamentul gastro-colic, a indicat prezența unui proces malign. Având în vedere statusul bun biologic al bolnavului și aspectul de linită plastică, s-a decis efectuarea unei rezecții multiviscerale în bloc, practicându-se gastrectomie totală, spleno-pancreatectomie corporeo-caudală, colectomie subtotală, cu anastomoza eso-jejunală pe ansa în Y a la Roux, anastomoza ileo-sigmoidiană latero-terminală, sutura bontului pancreatic proximal (Figure 1).

Evoluția postoperatorie a fost favorabilă, iar controlul radiologic cu substanță de contrast al anastomozei eso-jejunale în ziua a 7 postoperator nu a evidențiat traiecte fistuloase sau colecții patologice. Bolnavul s-a externat în ziua 11 postoperator, în stare generală bună, cu indicație de dietă hipercalorică. După rezultatul examenului histopatologic pacientul a fost îndrumat către serviciul de oncologie unde a beneficiat de tratament chimioterapic cu imatinib (Gleevec). La 6 luni postoperator, examenul endoscopic și imagistic (CT), nu decelează semne de recidivă tumorală.

Descriere macroscopică a piesei de exereza notează: piesă operatorie alcătuită din stomac cu esofag distal, cec cu colon ascendent și descendent, colon transvers aderent de porțiunea inferioară a

*Corresponding author: Mircea Mureșan, Department of Surgery, 2nd Surgical Unit, University of Medicine and Pharmacy Târgu Mureș, Str. Gh. Marinescu, Romania, Tel: +40(0)740096947; E-mail: dr_muremir@yahoo.com

Received October 19, 2017; Accepted October 30, 2017; Published November 06, 2017

Citation: Ion RM, Mureșan M, Sala D, Mureșan S, Scurtu A, et al. Multivisceral Resections in Advanced Gastric Cancer-Case Report. Journal of Surgery [Jurnalul de chirurgie]. 2017; 13(4): 135-137 DOI: [10.7438/1584-9341-13-4-6](https://doi.org/10.7438/1584-9341-13-4-6) [Article in Romanian]

Copyright: © 2017. Ion RM, et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

stomacului pe o distanță de 50 mm și țesut pancreatic. Pe secțiune, la nivelul curburii mari gastrice se evidențiază o formațiune tumorală, ulcero-infiltrativă, cu dimensiunea de 50x20 mm și grosimea maximă de 20 mm care perforază complet pretele gastric și infiltrază țesutul adipos al marelui epiplon cu penetrarea directă a pancreasului și splinei (Figure 2).

Examenul histopatologic a evidențiat un carcinom de tip difuz, slab coeziv, cu aspect de linită plastică, varianta mezenchimală. Tumora prezintă metastaze în 14 din cei 55 de ganglioni limfatici examinați microscopic, stadiul tumorii fiind pT4N3M1.

Celulele tumorale prezintă reacție pozitivă la Vimentina atât la

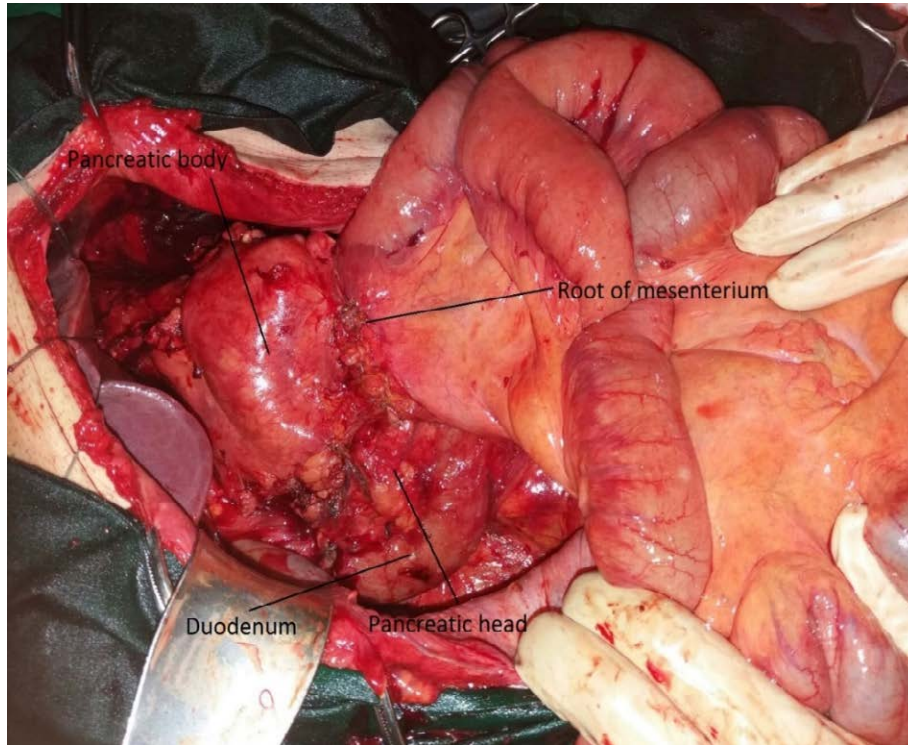


Figure 1: Aspect intraoperator după efectuarea rezecției multiviscerale.

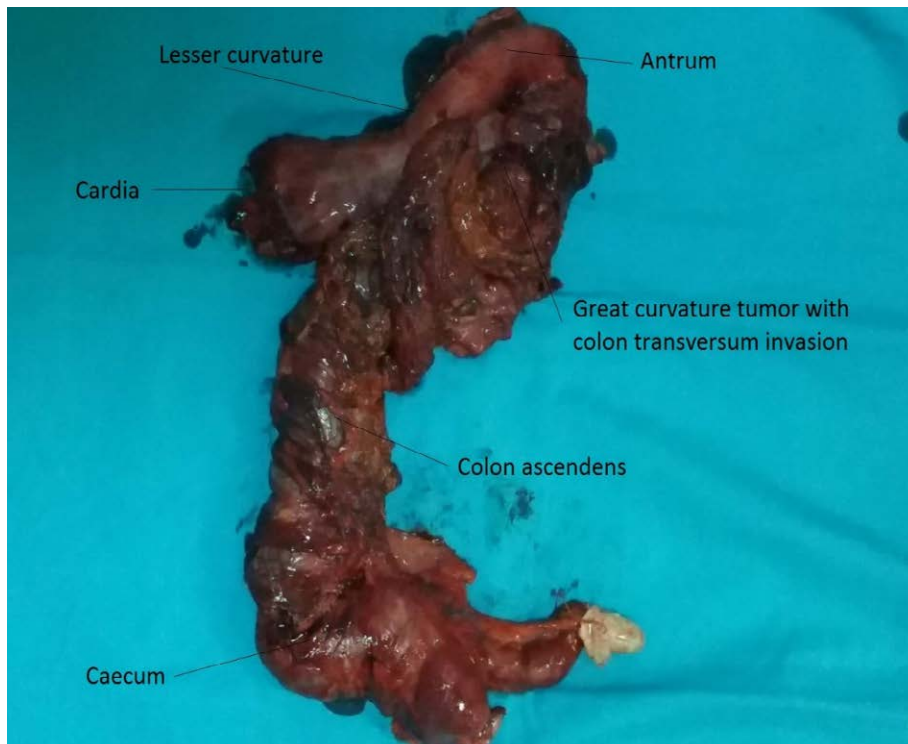


Figure 2: Aspectul macroscopic al piesei de rezecție.

nivelul tumorii cât și în limfonoduli, beta-catenină negativă în tumora și în limfonoduli, markerul CD 44 este pozitiv pe celulele tumorale cu pierderea expresiei în limfonoduli, expresia Maspin pozitivă în tumora cu negativitate în limfonoduli, E-caderina este focal pozitivă în tumora iar MENA este negativă pe celule tumorale de la nivelul tumorii, dar pozitivă la nivelul emboliilor limfatici. Antigenul CD 138 este focal pozitiv pe celulele tumorale de la nivelul limfonodulilor.

Discuții

Noile clasificări a cancerului gastric bazat pe trăsăturilor histologice, genotipul și fenotipul molecular, contribuie la o mai bună înțelegere a caracteristicilor fiecărui subtip și la îmbunătățirea diagnosticului precoce, a prevenirii și tratamentului acestuia [2].

Morfologia cancerului gastric avansat (tumoră care se extinde dincolo de submucoasa) este binecunoscută conform clasificării lui Bormann în cele patru categorii: Tip 1-polipoid, Tip 2-ulcerație cu margini ascuțite, Tip 3-tumoră infiltrativă cu ulcerație, slab delimitată și Tipul 4-Tumoră difuză infiltrativă cu două subtipuri: 4a-răspândire superficială și 4b-linită plastică [3].

Cu doar rare excepții de carcinoide și carcinoame scuamoase, cancerul gastric sunt de cele mai multe ori adenocarcinoame. Clasificarea histologică OMS (2010) recunoaște 4 tipuri de adenocarcinoame: papilar, tubular, mucinos și cu celule în "inel cu pecete" [2,3].

Adenocarcinomul reprezintă aproape 90% din tumorile gastrice. Din punct de vedere anatomopatologic, există două tipuri de adenocarcinom gastric în funcție de localizare: cardial (proximal) și non-cardial (distal). Acestea ar trebui considerate entități separate datorită diferențelor legate de datele epidemiologice, factorii de risc asociați și prognostic. Până nu demult, carcinomul gastric distal a fost cel mai frecvent tip, însă rata tumorilor cardiei este într-o continuă creștere, incidența adenocarcinomului proximal depășind-o pe cea a cancerului distal în ultimii ani [2]. Acest fapt reprezintă o schimbare nefericită în epidemiologia bolii, deoarece cancerul gastric proximal are în general un prognostic mai prost decât cancerul gastric distal. Pe baza localizării tumorii și a modelului de creștere, în ceea ce privește tratamentul chirurgical, gastrectomia totală este procedura de elecție la pacienții cu cancer gastric mediu și proximal, pe când în cel distal, sunt acceptate și rezecțiile gastrice subtotale [3].

Dintre factorii de risc ai cancerului gastric, atrofia crește sensibilitatea celulelor la carcinogeneză. La pacienții cu *Helicobacter Pylori* pozitiv (HP+), prezența polimorfismelor genice specifice crește riscul de apariție a carcinomului gastric. Genele care codifică factorul de necroză tumorală alfa (TNF- α), interleukinele IL-1, IL-8 și IL-10 au fost fiecare asociate cu rate mai mari de cancer gastric în prezența HP [4,5]. În timp ce cancerul gastric intestinal, este puternic asociat cu HP, gastrita cronică, această corelație nu este observată în cancerul gastric difuz, acesta fiind asociat cu alți factori de risc, cum ar fi statusul socio-economic crescut, obezitatea și grupa sanguină A [6].

Prognosticul general și supraviețuirea pacienților cu cancer gastric avansat sunt în general slabe. Unul dintre cei mai puternici predictorii ai rezultatelor chirurgiei cancerului gastric este o rezecție R0 [7]. Cu toate acestea, amplexarea rezecției chirurgicale și beneficiile suplimentare ale rezecției multiviscerale (MVR) sunt controversate [8]. Studii mari recente, au raportat dezavantaje semnificative în ceea ce privește supraviețuirea la pacienții care au suferit gastrectomie cu splenectomie

sau spleno-pancreatctomie distală [8,9]. Gastrectomia cu splenectomie și alte rezecții de organe a fost asociată cu stadiul avansat, cu margini de rezecție pozitive și cu o morbiditate și mortalitate postoperatorie mai mare [10]. Pacelli, într-un studiu retrospectiv efectuat pe 2208 de bolnavi, din care 206 au urmat rezecții multiviscerale pentru forma T4, recomandă efectuarea exciziilor multiviscerale în bloc, ori de câte ori aceasta este tehnic posibilă [11]. Totuși, rezultatele pe termen lung se pare că sunt superioare în cazul MVR pentru carcinoamele schiroase [8].

Limfadenectomia în cancerul gastric nu este clar standardizată. Conform rezultatelor studiului olandez asupra cancerului gastric pe 10 ani, s-ar putea să existe subgrupuri care să beneficieze de supraviețuire superioară, după extinderea LA tip D2 [7]. Aceste subgrupuri includ pacienții cu metastaze în ganglionii limfatici în stadiul II și IIIa. Deoarece nici una dintre aceste etape nu poate fi diagnosticată înainte sau în timpul intervenției chirurgicale, limfadenectomia D2 trebuie să fie procedura standard pentru toți pacienții cu cancer gastric [8].

Concluzii

Rezecțiile multiviscerale în evoluția cancerului gastric, reprezintă singura opțiune chirurgicală în stadiul T4 avansat pentru a obține o rezecție de tip R0. Aceasta trebuie efectuată oro de câte ori este tehnic posibil, dar rezultate favorabile în ceea ce privește supraviețuirea la distanță se înregistrează în cazul formelor schiroase și mai puțin în cazul adenocarcinoamelor.

Conflict de Interese

Autorii nu au conflicte de interese.

Bibliografie

1. Yoon H, Kim N (2015) Diagnosis, and management of high risk group for gastric cancer. *Gut Liver* 9: 5-17.
2. Ridwelski K, Fahlke J, Huss M, Otto R, Wolff S (2017) R1 resection for gastric carcinoma. *Der Chirurg* 9: 756-763.
3. Bing H, Nassim El H, Scott S, Lammert N, Barnes R, et al. (2012) Gastric cancer: Classification, histology, and application of molecular pathology. *J Gastrointest Oncol* 3: 251-261.
4. Maeda H, Okabayashi T, Nishimori I, Sugimoto A, Namikawa T, et al. (2008) Clinicopathologic features of adenocarcinoma at the gastric cardia: Is it different from distal cancer of the stomach? *J Am Coll Surg* 206: 306-310.
5. He YT, Hou J, Chen ZF, Qiao CY, Song GH (2008) Trends in incidence of esophageal and gastric cardia cancer in high-risk areas in China. *Eur J Cancer Prev* 17: 71-77.
6. Eshmuratov A, Nah JC, Kim N, Seung LH, Eun Lee H, et al. (2010) The correlation of endoscopic and histological diagnosis of gastric atrophy. *Dig Dis Sci* 55: 1364-1375.
7. deVries AC, van Grieken NC, Looman CW, Casparie MK, de Vries E, et al. (2008) Gastric cancer risk in patients with premalignant gastric lesions: a nationwide cohort study in the Netherlands. *Gastroenterology* 134: 945-952.
8. Brar SS, Seevaratnam R, Cardoso R, Yohanathan L, Law C, et al. (2012) Multivisceral resection for gastric cancer: a systematic review. *Gastric Cancer* 15: 100-107.
9. Meyer HJ, Wilke H (2011) Treatment strategies in gastric cancer. *Dtsch Arztebl Int* 108: 698-705.
10. Orditura M, Galizia G, Sforza V, Gambardella V, Fabozzi A, et al. (2014) Treatment of gastric cancer. *World J Gastroenterol* 20: 1635-1649.
11. Pacelli F, Cusumano G, Rosa F, Marrelli D, Dicosmo M, et al. (2013) Multivisceral resection for locally advanced gastric cancer: an Italian multicenter observational study. *JAMA Surg* 148: 353-360.