

Liječenje raka želuca

Pišu: mr.sc. Ivo Trogrlić i Dragan Trogrlić

Firma „ Dren „ DOO Žepče

tel/fax: 00387-(0)32-881-774, Mob: 00387-61-461-517

U posljednjih 20 godina nije bilo značajnijih pomaka u liječenju i preživljavanju oboljelih od raka želuca. Razlog tome treba tražiti u činjenici da je ovaj tumor osjetljiv na mali broj citostatika i da u posljednja dva desetljeća nisu otkriveni novi lijekovi koji bi se pokazali djelotvorni kod ovog zloćudnog tumora. Drugi razlog je taj što se nije značajno napredovalo niti u dijagnosticiranju ove bolesti u početnom stadiju, tako da se u najvećem broju slučajeva rak želuca otkrije u uznapredovaloj fazi što bitno umanjuje šanse za izlječenje. Zbog toga smatramo da je važno čitaocima upoznati sa simptomima ove bolesti jer njeno pravovremeno otkrivanje je najvažniji uslov uspješnog liječenja.

Mjere prevencije i simptomi

Redovite kontrole stanja sluznice želuca, kod onih kod kojih je dijagnosticirana Helicobacter infekcija koja je uzrokovala atrofijski gastritis ili čir na želucu, su vrlo važne jer se intestinalni karcinom želuca razvija iz predkarcinomskih stanja koje mogu nastati u sklopu ovih bolesti. U tom pogledu najbolja pretraga je endoskopija (gastroskopija) želuca. Mada se radi o dosta invazivnoj dijagnostičkoj metodi, endoskopski pregled želuca omogućava određivanje tačne lokacije bilo koje sumnjive promjene želuca i uzimanje uzorka za analizu. Pravilo je da se svi pacijenti sa želučanim čirom redovito prate sve do njegovog potpunog izlječenja i zacjeljenja. To uključuje i uzimanje uzoraka tkiva sa rubova čira radi analize. Na kraju liječenja obavezno se uzima uzorak iz ožiljka koji nastaje kad je čir izliječen, da bi se sa sigurnošću moglo utvrditi da se radi benignom ožiljku. Za razliku od intestinalnog karcinoma, difuzni tip karcinoma se ne razvija iz prepoznatljivih predkarcinomskih tvorbi, tako da endoskopski pregled bitno ne pomaže kod pravovremenog otkrivanja ovog tipa raka želuca.

Oba tipa raka želuca manifestuju se manje ili više izraženim simptomima. Međutim ti simptomi nisu specifični jer se javljaju i kod dobroćudnih oboljenja probavnih organa, tako da ih pacijenti često previđaju ili im ne pridaju važnost. U početku bolesti simptomi se mogu javljati pojedinačno i sa manjim intenzitetom, da bi se vremenom, kako bolest napreduje, manifestovali udruženo i u mjeri u kojoj ih pacijenti ne mogu podnositi. Gubitak na težini može biti prvi simptom raka i preko 60% oboljelih, što zbog nedovoljnog unosa hrane, što zbog velikih energetske potrebe raka, gubi na težini. Mršavljenje je izraženije što se bolest više razvija. Međutim gubitak na težini čest je i kod gastritisa i čira želuca, tako da pacijenti, mršenje često pripisuju ovim, od ranije dijagnosticiranim, bolestima. Bol u truhu čest je simptom raka i preko 50% oboljelih ima ovaj simptom. U početku bol se javlja povremeno i slabog je intenziteta, a kasnije postaje intenzivnija i kontinuirana kao posljedica progresije bolesti. Mučnina je izražena kod trećine bolesnika, a često je prati i osjećaj brze sitosti. Razvoj bolesti dovodi do oštećenja želuca uslijed čega dolazi do krvarenja i posljedično do pojave krvi u stolici i anemije. Anemija i krv u stolici prisutni su u početnom stadiju kod oko 20% oboljelih, ali su česti kod uznapredovale bolesti.

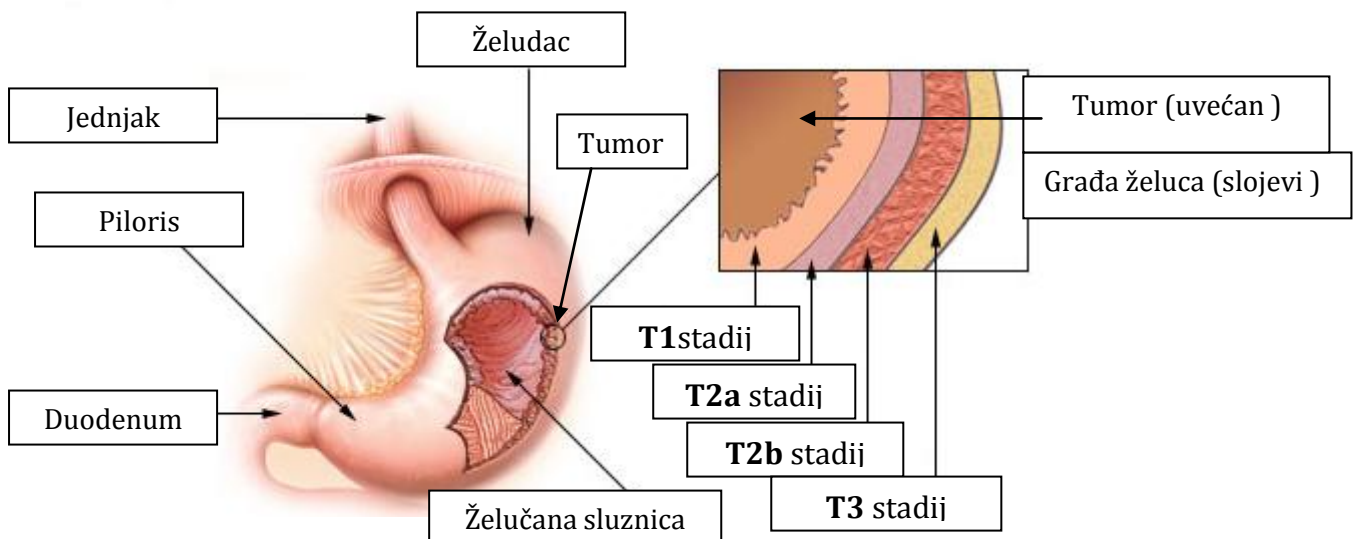
Simptomi proširene tumorske bolesti su povećanje limfnih čvorova, uvećana jetra i tumor jednog ili oba jajnika kod žena. Ovo su simptomi metastatske bolesti. Treba istaći

da su metastaze jetre 20 puta češće od primarnog raka jetre. Jetra je najčešće sjelo metastaza različitih organa (dojke, pluća, crijeva...) i gotovo je uvijek sjelo metastaza raka želuca, tako da se ovaj tumor, zbog nespecifičnih i slabo izraženih simptoma, često otkrije tek nakon što na njegovo prisutnosti ukažu promjene na jetri, koje nastaju kao posljedica metastaza želučanog karcinoma.

TNM klasifikacija i liječenje

Stupanj proširenosti bolesti najčešće nije moguće ustanoviti prije operacije. Tek se operacijom može tačno utvrditi koliko duboko je tumor urastao u tkivo želuca i koliki broj regionalnih limfnih čvorova je zahvaćen tumorskim procesom. Ova dva parametra, uz određivanje udaljenih metastaza, ključna su u određivanju stupnja proširenosti bolesti, bez čega nije moguće optimalno planiranje liječenja.

Slika 1 stadiji tumora želuca



Prvi kriterij za određivanje stadija tumora je dubina invazije u slojeve želuca. Početni stadij je onaj u kojem je tumor površinski bez znakova invazije u unutrašnjost i bez znakova tumora u regionalnim limfnim čvorovima (N0) označava se sa T1s (karcinom in situ). U T1 stadiju procent izlječenja je oko 90%. Šanse za izlječenje opadaju što je tumor više urastao u slojeve želuca. Tako je u T2a stadiju procent izlječenja oko 50% u stadiju T2b oko 35%, a u stadiju T3 izlječenju se može nadati oko 10% oboljelih. Ovi procenti vrijede kod pacijenata kod kojih tumor nije zahvatio više od 6-15 regionalnih limfnih čvorova (N1 i N2). Oboljeli sa stadijem T1-T3 i N1 - N2 brojem zahvaćenih limfnih čvorova potencijalno su izlječivi i ishod ovisi od izbora liječenje kao i odgovora na radio i kemoterapiju. Stav suvremene medicine je da se kod tumora koji se proširio na više od 15 regionalnih limfnih čvorova (N3) ne može se očekivati izlječenje i tu je glavni cilj liječenja produženje života oboljelog uz zadovoljavajući kvalitetu života (palijativno liječenje). Isto vrijedi i za oboljele sa udaljenim metastazama kao i one kod kojih je tumor uT4 stadiju što znači da je tumor prošao kroz sve stijenke želuca i počeo napadati okolne strukture.

Kod lokalizirane bolesti, kad su šanse za izlječenje najveće, izbor liječenja je kirurško odstranjenje tumora sa pripadajućim limfnim čvorovima. Obim kirurškog zahvata zavisi i od položaja tumora. Ako je tumor smješten u gornjem ili srednjem dijelu želuca radi se potpuno uklanjanje želuca (totalna gastrektomija). Među kirurzima ne postoji konsenzus oko obima kirurškog zahvata kod tumora smještenog u donjem dijelu želuca. Dok jedni zagovaraju potpuno uklanjanje želuca zbog mogućnosti da pojedine ćelije tumora ostanu izvan domašaja kirurškog zahvata, drugi su mišljenja da je u ovom stadiju dovoljno uklanjanje tumora sa dijelom zdravog tkiva želuca (parcijalna gastrektomija), čime bi se oboljelima omogućilo da nastave normalan i kvalitetan život, uz, po njima, minimalan rizik pojave recidiva. Kod bolesti koja se lokalno proširila na više od 6 limfnih čvorova (N2 i N3) prakticira se kemoterapija prije kirurškog zahvata, a cilj je smanjiti obim tumora i učiniti operaciju mogućom. Najčešća kombinacija citostatika koja se koristi prije operacije, ali i nakon nje je 5-fluorouracil/leukovorin. Biljni preparati autora ovog teksta (desno) u kombinaciji sa kemoterapijom i/ili radioterapijom značajno pomažu kod raka želuca. Mlađi bolesnici bolje odgovaraju na ovu kombinaciju, dok su rezultati liječenja kemoterapijom lošiji kod starijih pacijenata i onih sa viškom kilograma. Kemoterapija se nakon operacije često koristi u kombinaciji sa radioterapijom, ali je doza zračenja, zbog osjetljivosti želuca i okolnih organa na zračenje, značajno ograničena.

Kirurško liječenje često se koristi i kod pacijenata kod kojih se, uslijed proširenosti bolesti, ne može očekivati izlječenje (palijativna gastrektomija). Cilj kirurškog zahvata kod ovih pacijenata je smanjenje bolova, mučnine i krvarenja čime se poboljšava kvaliteta života oboljelih i djelomično produžava preživljavanje.