

## Τα νεοπλάσματα του στομάχου

Τα νεοπλάσματα του στομάχου μπορεί να είναι [καλοήθη](#) ή [κακοήθη](#) (γαστρικός καρκίνος)

### Καλοήθη νεοπλάσματα του στομάχου

Οι καλοήθεις όγκοι του στομάχου είναι σπάνιοι, συνήθως δε αποτελούν τυχαίο εύρημα κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης του ανώτερου πεπτικού ή νεκροτομικής μελέτης. Διακρίνονται τρία κυρίως είδη καλοήθων όγκων του στομάχου:

- a. Όγκοι επιθηλιακής προέλευσης πολύποδες, που συνιστούν το 75% του συνόλου των όγκων
- b. Μεσεγχυματογενείς όγκοι, και
- c. Διάφοροι, σπάνιοι όγκοι.

#### 1. Επιθηλιακοί γαστρικοί πολύποδες

Οι γαστρικοί πολύποδες διακρίνονται στους:

- a. Υπερπλαστικούς πολύποδες

Ανευρίσκονται σε όλο το στόμαχο, συνήθως δε έχουν μέγεθος μικρότερο των 2 cm. Αποτελούν το συχνότερο είδος επιθηλιακών πολυπόδων και εμφανίζουν εξαιρετικά μικρή πιθανότητα εξαλλαγής (3% σε 7 χρόνια). Συνυπάρχον ανεξάρτητο καρκίνωμα ανευρίσκεται στο 8% των περιπτώσεων.

- b. Αδενωματώδεις και νεοπλασματικοί πολύποδες από αδένες του θόλου

Είναι λιγότερο συχνοί από τους υπερπλαστικούς πολύποδες, συνήθως εντοπίζονται στο άντρο και έχουν μέγεθος τις περισσότερες φορές, μεγαλύτερο των 2 cm. Ανάλογα με την ιστολογική τους υφή, διαιρούνται στους σωληνώδεις, στους σωληνολαχνωτούς και στους λαχνωτούς. Η τάση των πολυπόδων για την ανάπτυξη κακοήθειας εξαρτάται από το μέγεθος του πολύποδα, την ιστολογική του υφή και την παρουσία δυσπλαστικών αλλοιώσεων. Συνυπάρχων καρκίνος ανευρίσκεται στο 40-60% των ασθενών με αδενωματώδεις πολύποδες.

- c. Φλεγμονώδεις πολύποδες

Αυτοί δεν αποτελούν αληθή νεοπλάσματα. Εντοπίζονται συχνότερα στο άντρο και τον πυλωρό και σχετίζονται με χρόνια ατροφική γαστρίτιδα και υποχλωρυδρία, αλλά όχι με καρκίνο.

- d. Πολύποδες στα πλαίσια κληρονομικών συνδρόμων πολυποδίασης

- i. Η οικογενής αδενωματώδης πολυποδίαση (FAP), εμφανίζει γαστρική συμμετοχή σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50% των περιπτώσεων. Οι πολύποδες είναι αδενωματώδεις ή υπερπλαστικοί, μπορεί δε να επισυμβεί καρκινωμάτωσης εξαλλαγή τους, ή εμφάνιση καρκινοειδών.
- ii. Η οικογενής γαστρική πολυποδίαση εμφανίζεται κλινικώς με πολλαπλούς γαστρικούς πολύποδες, χωρίς όμως δερματική ή οστική συμμετοχή. Είναι συνήθης η παρουσία καρκινώματος με άτυπα χαρακτηριστικά.

## Αντιμετώπιση

Η ενδοσκοπική αφαίρεση επιβάλλεται σε όλους τους συμπτωματικούς πολύποδες ή σε ασυμπτωματικούς, που ανακαλύπτονται τυχαία κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης, ειδικά εάν έχουν μέγεθος μεγαλύτερο από 2 cm.

Εάν η ιστολογική εξέταση του αφαιρεθέντος ενδοσκοπικά πολύποδα αναδείξει καρκίνωμα *in situ*, τότε επιβάλλεται η σφηνοειδής εκτομή της βλάβης. Εάν η ιστολογική εξέταση αναδείξει διηθητικό καρκίνωμα, τότε συνιστάται ριζικότερη επέμβαση και διενέργεια τυπικής γαστρεκτομής. Επίσης συνιστάται σχήμα ενδοσκοπικού follow up μετά την πολυπεκτομή.

Λόγω του γεγονότος ότι οι υπερπλαστικοί πολύποδες εμφανίζουν ιδιαίτερα μικρή τάση κακοήθους εξαλλαγής, δεν συνιστάται ενδοσκοπική παρακολούθηση μετά εκτομή. Σε αντίθεση, οι αδενωματώδεις πολύποδες που εμφανίζουν τάση εξαλλαγής ανάλογης με το μέγεθός τους, πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική ενδοσκοπική παρακολούθηση, όμοια με αυτήν που εφαρμόζεται στους αδενωματώδεις πολύποδες του παχέος εντέρου. Έτσι, μετά από την πλήρη εκτομή ενός αδενωματώδους πολύποδα πρέπει να ακολουθεί νέα ενδοσκόπηση μετά από 3 χρόνια και κατόπιν μετά από 5 χρόνια. Εάν η ιστολογική εξέταση δείξει λαχνωτό αδένωμα χωρίς στοιχεία κακοήθειας, τότε επιβάλλεται νέα ενδοσκόπηση μετά από 1 χρόνο και κατόπιν μετά από 3 χρόνια.

Σε περίπτωση ύπαρξης πολυπόδων στα πλαίσια κληρονομικών πολυποδιακών συνδρόμων (FAP, σύνδρομο Peutz-Jeghers), επιβάλλεται τακτική ενδοσκοπική παρακολούθηση ανά 3ετία, λόγω του υπαρκτού κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου ειδικά στην περιληκυθική περιοχή.

## 2. Μεσεγχυματογενείς όγκοι του στομάχου

Οι καλοήθεις μεσεγχυματογενούς προέλευσης όγκοι του στομάχου είναι το λειομύωμα, το ίνωμα, οι νευρογενείς όγκοι, οι αγγειακοί όγκοι και το λίπωμα.

### 1. Λειομύωμα

Τα λειομύωματα αποτελούν το συχνότερο τύπο μεσεγχυματογενών όγκων του στομάχου, ακολουθούμενα από άποψη συχνότητας από τα ινώματα. Πρόκειται για όγκους συνήθως μονήρεις, καλώς περιγεγραμμένους, με σαφώς αφοριζόμενα όρια. Εξορμούνται από τον υποβλεννογόνιο χιτώνα του στομάχου και εντοπίζονται τόσο στο άντρο όσο και κοντά στην καρδιοοισοφαγική συμβολή. Η τάση εξαλλαγής τους είναι εξαιρετικά μικρή ή ουσιαστικά ανύπαρκτη. Μεγαλύτερη δυσκολία, ωστόσο, παρουσιάζει η διαφορική τους διάγνωση από υψηλού βαθμού διαφοροποίησης σαρκώματα, ειδικά από ορισμένους αγγειακούς όγκους

Κλινική εικόνα

Το σημαντικότερο και συχνότερο σύμπτωμά τους είναι η εμφάνιση αιμορραγίας, συχνότερα υπό τη μορφή της χρόνιας απώλειας αίματος και την εμφάνιση αναιμίας. Πολύ σπάνια, είναι δυνατόν ευκίνητοι έμμησχοι όγκοι να προπίπτουν εντός του πυλωρού, προκαλώντας πυλωρική απόφραξη. Η συνηθέστερη κλινική εμφάνιση είναι η τυχαία

ανακάλυψη κατά τη διάρκεια λαπαροτομίας, ενδοσκόπησης ή ακτινολογικής εξέτασης του ανώτερου πεπτικού.

#### Διάγνωση

Η πλειονότητα των όγκων αυτών μπορεί να ανακαλυφθούν σε ένα βαριούχο γεύμα, ειδικά με την εφαρμογή της τεχνικής της διπλής σκιαγράφησης. Η ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού είναι περισσότερο ακριβής και επιτρέπει, επιπρόσθετα, τη λήψη υλικού για βιοψία (Εικ. 31). Σημαντικότερη είναι ωστόσο η συμβολή της ενδοσκόπησης στη διαφορική διάγνωση από καλοήθη γαστρικά έλκη, επιθηλιακούς ή φλεγμονώδεις πολύποδες, κισσούς, νόσο του Menetrier, έκτοπο παγκρεατικό ιστό και καρκίνο.

#### Θεραπεία

Εξαιτίας του γεγονότος ότι η διαφορική διάγνωση μεταξύ καλοήθων και κακοήθων όγκων είναι δυσχερής, η χειρουργική εκτομή τους αποτελεί τον επιβεβλημένο τρόπο αντιμετώπισής τους σε όλες τις περιπτώσεις. Αποδεκτοί τρόποι χειρουργικής εκτομής ενός μεσεγχυματογενούς όγκου είναι, είτε η εκπυρήνισή του είτε η σφηνοειδής εκτομή τμήματος του στομάχου, επεμβάσεις οι οποίες σήμερα μπορούν ανάλογα με το μέγεθος και την εντόπιση του όγκου να εκτελεσθούν και λαπαροσκοπικά ή με λαπαροσκοπική διαγαστρική χειρουργική (διάνοιξη του στομάχου, εκτομή του όγκου και επανασύγκλιση του στομάχου).



Εικόνα 31. Ενδοσκοπική εικόνα λειομύωματος πλησίον της καρδιοισοφαγικής συμβολής (ανάστροφη λήψη).

## 2. Λιπώματα και φλεγμονώδεις ψευδοόγκοι

Με τον όρο αυτόν έχουν στο παρελθόν περιγραφεί, διάφορες καταστάσεις όπως, οι φλεγμονώδεις ινώδεις πολύποδες, το ηωσινόφιλο κοκκίωμα, η ηωσινοφιλική γαστρίτιδα και το γαστρικό υποβλεννογόνο κοκκίωμα με ηωσινοφιλική διήθηση.

Η συνηθέστερη εντόπισή τους είναι το άντρο, εμφανίζονται δε είτε ως πολυποειδείς είτε ως διηθητικές αλλοιώσεις με παρουσία βλεννογόνιας εξέλκωσης. Ιστολογικώς χαρακτηρίζονται από την παρουσία στοιχειών φλεγμονής, αντιδραστική ίνωση και αγγειακή υπερπλασία σε συνδυασμό με ηωσινοφιλική διήθηση.

Κλινικώς οι όγκοι αυτοί είναι συνηθέστερα ασυμπτωματικοί, μπορεί όμως να εμφανιστούν με κοιλιακό άλγος, αιμορραγία με τη μορφή μελαίνων κενώσεων και αναιμίας ή συμπτωματολογία πυλωρικής απόφραξης. Ουσιαστικά, η κλινική τους σπουδαιότητα έγκειται στο γεγονός ότι υποδύονται την εικόνα καρκίνου.

Η ενδοσκοπική εκτομή αποτελεί την καθιερωμένη θεραπευτική προσέγγιση των όγκων αυτών του στομάχου.

### **3. Κυστικοί όγκοι**

Οι κυστικοί όγκοι του στομάχου είναι σπάνιοι και συνιστούν μία ετερογενή ομάδα αλλοιώσεων που περιλαμβάνουν φλεγμονώδεις, μετατραυματικές και νεοπλασματικές βλάβες ή βλάβες από διαταραχές κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης.

### **4. Έκτοπες εστίες παγκρεατικού ιστού**

Έκτοπος παγκρεατικός ιστός συναντάται στο άντρο ή στην προπυλωρική μοίρα του στομάχου υπό τη μορφή εύκολα αναγνωρίσιμων και διακριτών υποβλεννογόνιων αλλοιώσεων. Η ενδοσκοπική του εμφάνιση είναι ιδιαίτερα χαρακτηριστική, καθώς ο όγκος εμφανίζει μία κεντρική περιοχή με εισολκή, που επικοινωνεί με ένα σχηματισμό που ομοιάζει με τον παγκρεατικό πόρο και που με τη σειρά του επικοινωνεί με τους παγκρεατικούς αδένες που αποτελούν τον όγκο.

Όπως συμβαίνει και με τους μεσεγχυματογενείς όγκους του στομάχου, οι έκτοπες εστίες παγκρεατικού ιστού είναι συνήθως ασυμπτωματικές, αν και σπάνια μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα όπως επιγαστρικό άλγος, πυλωρική απόφραξη ή και αιμορραγία. Ο παγκρεατικός ιστός των όγκων αυτών, μπορεί να υποστεί παγκρεατίτιδα ή να σχηματίσει ψευδοκύστες ακριβώς όπως και το πάγκρεας. Σπάνια, η εξέλκωση και η αιμορραγία αποτελούν ενδείξεις κακοήθους εξαλλαγής.

Μετά την ενδοσκοπική διάγνωση, η καθιερωμένη θεραπευτική προσέγγιση είναι η χειρουργική εκτομή τους.

### **Συμπέρασμα**

Στην ενότητα αυτή σας, σας περιγράψαμε όσο καλύτερα μπορούσαμε τους καλοήθεις όγκους του στομάχου. Πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι οι απόψεις εδώ αλλάζουν με τα χρόνια και το κείμενο αυτό έχει σκοπό και μόνον την αδρή και περισσότερο φιλολογική σας ενημέρωση.

Τυχόν ερωτήσεις και απορίες μια και αυτές μπορεί να σας τις απαντήσει μόνο ο γιατρός σας.

ΕΣ Φελέκουρας

Αν. καθ. Χειρουργικής

Α' Χειρουργική Κλινική ΕΚΠΑ

ΠΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

<http://surgery.gr/>