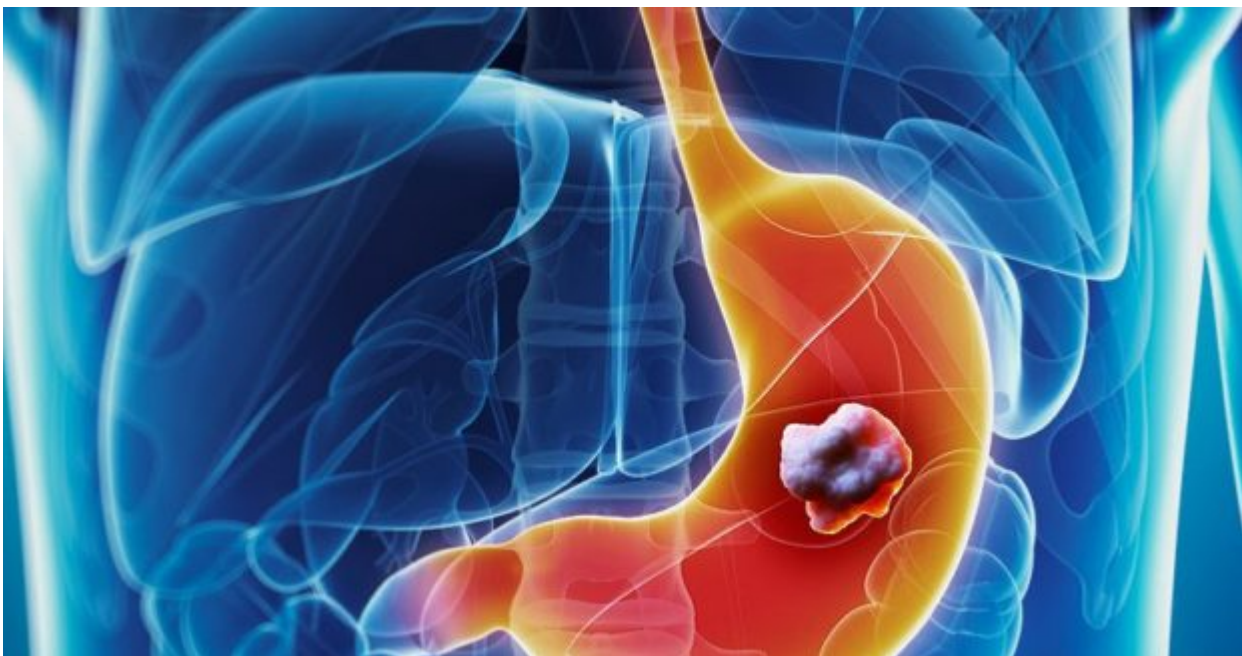
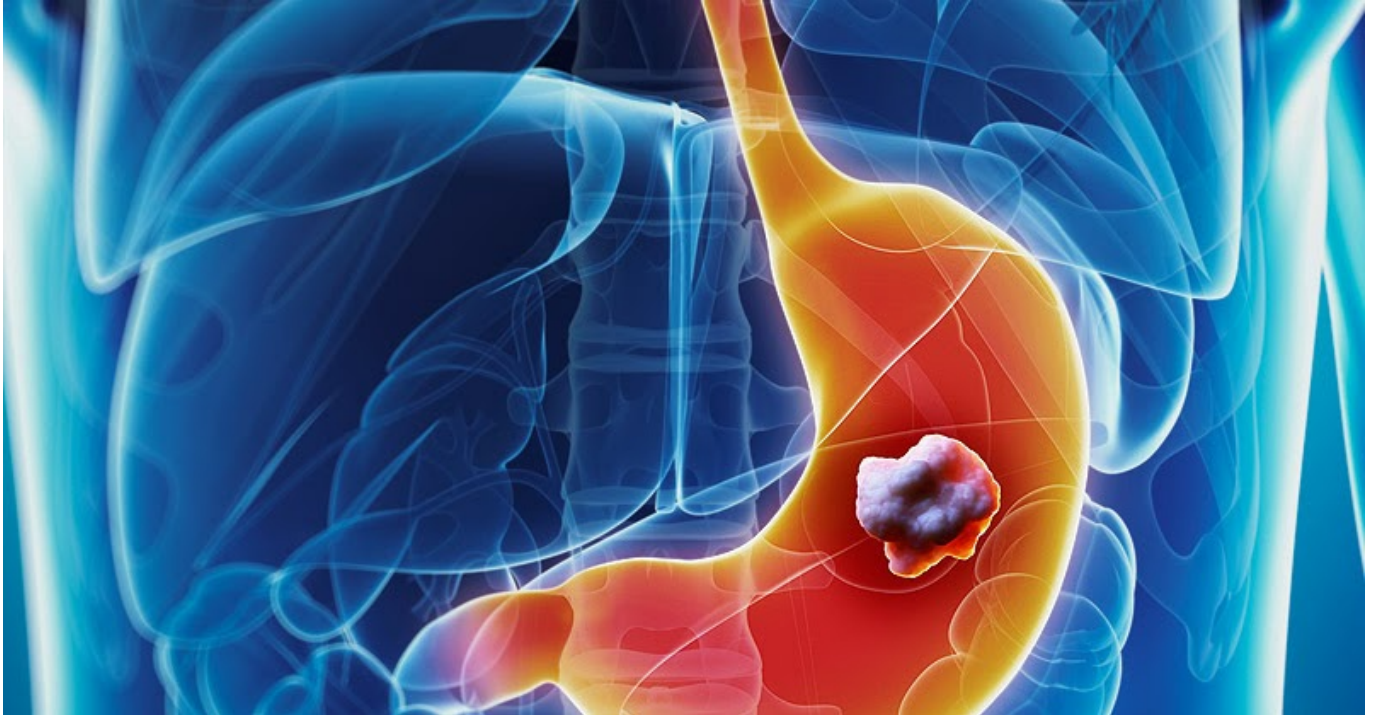


15 Ιουνίου 2016

Καρκίνος στομάχου: Συμπτώματα, στάδια και Θεραπεία

/ [Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός](#)



Φωτο: medlabgr.blogspot.com

Ποιοι κινδυνεύουν περισσότερο από τον καρκίνο στο στομάχι και πώς μπορούμε να προφυλαχτούμε.

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα παρουσιάζονται περίπου 1500 περιστατικά νέων ασθενών με καρκίνο στο στομάχι (στοιχεία 2102) και ο αριθμός τείνει συνεχώς να ανεβαίνει. Ποιοι είναι όμως οι άνθρωποι εκείνοι που έχουν τον μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν από καρκίνο του στομάχου και τι πρέπει να κάνουν για να προφυλαχθούν;

Στατιστικά στοιχεία

Ο καρκίνος του στομάχου ή γαστρικός καρκίνος όπως αλλιώς λέγεται, είναι σχετικά σπάνιος στη χώρα μας και αποτελεί τον 11ο σε συχνότητα καρκίνο.

Κάθε χρόνο στην Ελλάδα παρουσιάζονται περίπου 1.500 περιστατικά νέων ασθενών με καρκίνο στο στομάχι (Διεθνής Διεύθυνση Έρευνας για τον Καρκίνο – Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας – 2012) με μεγαλύτερη αναλογία στους άντρες έναντι των γυναικών (60/40).

Ο πιο συχνός τύπος καρκίνου του στομάχου είναι το αδενοκαρκίνωμα, ενώ με πολύ μικρότερη συχνότητα αναπτύσσονται και άλλες μορφές καρκίνου όπως το λέμφωμα του στομάχου, οι στρωματικοί όγκοι, τα καρκινοειδή κλπ.

Αίτια

Ο καρκίνος του στομάχου σχετίζεται πάρα πολύ με το κάπνισμα και την κατάχρηση αλκοόλ. Υπάρχουν και πολλά άλλα αίτια βέβαια, αλλά αναφέρουμε μερικά ενδεικτικά:

- Το φύλο. Οι άνδρες κινδυνεύουν περισσότερο από τις γυναίκες
- Η κληρονομικότητα. Οι συγγενείς ασθενών με καρκίνο στο στομάχι, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να νοσήσουν και οι ίδιοι
- Η ομάδα αίματος. Έχει ανακαλυφθεί ότι τα άτομα με Α Ομάδα αίματος έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρκίνο στο στομάχι
- Η ηλικία. Ο καρκίνος αυτός, αναπτύσσεται περισσότερο σε ηλικιωμένα άτομα
- Η διαίτα. Η κατανάλωση καπνιστών και παστών τροφίμων, όπως και οι συντηρημένες τροφές αυξάνουν τον κίνδυνο για γαστρικό καρκίνο, ενώ τα πολλά φρούτα και λαχανικά στη διαίτά μας τον μειώνουν
- Η λοίμωξη από Ελικοβακτηρίδιο του Πυλωρού, η οποία μένει χωρίς θεραπεία για χρόνια, φαίνεται ότι προδιαθέτει στην ανάπτυξη συγκεκριμένων τύπων καρκίνου στο στομάχι
- Επίσης, κίνδυνο διατρέχουν όσοι άνθρωποι ασχολούνται επαγγελματικά και έρχονται σε επαφή με εντομοκτόνα και φυτοφάρμακα, με χρώματα και βαφές , με προϊόντα νικελίου, αμίαντο κλπ.

Συμπτώματα

Ποια είναι όμως τα πιο συχνά συμπτώματα που σχετίζονται με τον καρκίνο του στομάχου και θα πρέπει να μας θορυβήσουν και να μας κάνουν να επισκεφθούμε τον ειδικό ιατρό;

Στα αρχικά στάδια τα συμπτώματα του καρκίνου στο στομάχι είναι άτυπα και πολλές φορές μοιάζουν με τα συμπτώματα του έλκους. Αυτά είναι:

- Εύκολη δυσπεψία και βάρος
- Ανορεξία
- Ναυτία
- Κάψιμο πίσω από το στέρνο
- Απέχθεια στο κρέας
- Κακοσμία του στόματος

Ενώ σε πιο προχωρημένες καταστάσεις μπορεί να προστεθούν:

- Δυσφαγία
- Έμετοι με πρόσμειξη αίματος
- Έντονος πόνος στο στομάχι
- Απώλεια βάρους
- Αιμορραγία η οποία εκδηλώνεται με αποβολή μαύρων κοπράνων (μέλαινα κένωση)

- Έντονη αδυναμία λόγω αναιμίας από τη χρόνια απώλεια αίματος, η οποία μπορεί να μην είναι και εμφανής.

Τα συμπτώματα αυτά δεν σημαίνουν βέβαια ότι υπάρχει καρκίνος στο στομάχι και πολλές φορές οφείλονται σε άλλες παθολογικές καταστάσεις που δεν είναι καρκίνος.

Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να είναι όμως εξίσου επικίνδυνες για την υγεία μας και θα πρέπει έτσι ή αλλιώς να μας οδηγήσουν να επισκεφθούμε έναν ειδικό ιατρό.

Πρόληψη

Πώς προλαμβάνουμε όμως τον καρκίνο του στομάχου;

Η πρόληψη στο θέμα του καρκίνου του στομάχου, αφορά τους ανθρώπους που δεν έχουν συμπτώματα ή έχουν πολύ ήπια και άτυπη συμπτωματολογία.

Η βασική προληπτική εξέταση στις περιπτώσεις αυτές είναι η γαστροσκόπηση. Κατά τη γαστροσκόπηση γίνεται έλεγχος με μικροκάμερα του εσωτερικού του στομαχιού και του οισοφάγου. Είναι εξέταση που διαρκεί 15 λεπτά, γίνεται με ήπια μέθη και είναι τελείως ανώδυνη, ενώ ο ασθενής μπορεί να επιστρέψει άμεσα στο σπίτι του.

Ποιοι είναι όμως εκείνοι οι ασθενείς που θα πρέπει να υποβάλλονται σε προληπτική γαστροσκόπηση και από ποια ηλικία και μετά;

Σε χώρες όπως η δική μας και άλλες χώρες του Δυτικού κόσμου, που η επίπτωση του καρκίνου του στομάχου είναι σχετικά μικρή, δεν υπάρχουν σαφείς οδηγίες πρόληψης για το πότε πρέπει να αρχίζει κανείς τον προληπτικό έλεγχο με γαστροσκόπηση. Το αντίθετο συμβαίνει σε χώρες με πολύ μεγάλη συχνότητα αυτού του καρκίνου όπως η Ιαπωνία και άλλες Ασιατικές περιοχές.

Όπως και να έχει όμως, καλό είναι κάθε άνθρωπος που έχει επιβαρυντικούς παράγοντες κινδύνου όπως αυτούς που αναπτύξαμε παραπάνω, όπως και κάθε άνθρωπος που είναι άνω των 50 ετών, καθώς και οποιοσδήποτε έχει κάποιο επίμονο σχετικό σύμπτωμα, έστω και ήπιο, θα πρέπει να επισκέπτεται τον ειδικό ιατρό, ο οποίος αφού πάρει ένα λεπτομερές ιστορικό και τον εξετάσει, θα καθορίσει αν πρέπει να υποβληθεί σε προληπτική γαστροσκόπηση ή κάποια άλλη εξέταση.

Διάγνωση και σταδιοποίηση

Η πιο συνηθής εξέταση που τεκμηριώνει τον καρκίνο στο στομάχι είναι όπως προαναφέραμε η γαστροσκόπηση. Με τη γαστροσκόπηση λαμβάνεται ένα μικρό κομάτι ιστού από την ύποπτη περιοχή του εσωτερικού του στομάχου και στέλνεται για ιστολογική εξέταση ή βιοψία όπως λέμε.

Η βιοψία αποδεικνύει αν η βλάβη που ανακαλύψαμε είναι κακοήθης, ενώ τις περισσότερες φορές μπορεί να μας καθορίσει και τον τύπο του καρκίνου.

Ακολουθούν μετά μία σειρά άλλων εξετάσεων οι οποίες μας καθορίζουν την προεγχειρητική σταδιοποίηση του καρκίνου όπως λέμε.

Αυτές είναι ακτινολογικές εξετάσεις, όπως:

- Αξονική τομογραφία (CT - Computed Tomography)
- PET (Positron Emission Tomography)
- Μαγνητική τομογραφία (MRI - Magnetic Resonance Imaging)
- Ενδοσκοπικό υπερηχογράφημα (EUS - Endoscopic UltraSound)
- Διάβαση οισοφάγου - στομάχου με βάριο

Και αιματολογικές εξετάσεις όπως

- Γενική εξέταση αίματος
- Μέτρηση καρκινικών δεικτών όπως CEA, CA19-9, CA72.4, Cytokeratines (cyfra 21.1, TPA, TPS), β-HCG

Οι ακτινολογικές εξετάσεις καθορίζουν την έκταση της νόσου, πόσο δηλαδή έχει προχωρήσει και επεκταθεί ο καρκίνος, ή αλλιώς καθορίζουν όπως λέμε τη σταδιοποίηση της νόσου.

Οι καρκινικοί δείκτες, χρησιμοποιούνται και ως προγνωστικοί παράγοντες, αλλά κυρίως μας βοηθούν στην παρακολούθηση του ασθενούς μετά τη χειρουργική επέμβαση. Οι καρκινικοί δείκτες, στις περιπτώσεις εκείνες που είναι αυξημένοι, μας προειδοποιούν έγκαιρα για πιθανή υποτροπή και επανεμφάνιση του καρκίνου.

Πρέπει να σημειωθεί ότι οι καρκινικοί δείκτες δεν αυξάνουν πάντα στον καρκίνο, άρα και όταν βγαίνουν φυσιολογικοί, δεν μπορούμε να επαναπαυόμαστε.

Η τελική σταδιοποίηση γίνεται βέβαια μετά τη χειρουργική επέμβαση που συνήθως ακολουθεί, οπότε τα προεγχειρητικά ευρήματα συμπληρώνονται με την εικόνα που συναντά ο χειρουργός κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και με το αποτέλεσμα της ιστολογικής εξέτασης μετά την ριζική αφαίρεση του καρκίνου.

Πώς ακριβώς σταδιοποιείται ο καρκίνος του στομάχου;

Τα στάδια του καρκίνου του στομάχου είναι βασικά 5 με κάποιες υποδιαιρέσεις το καθένα από αυτά. Λόγω του πολύπλοκου τρόπου με τον οποίο υπολογίζονται θα αναφερθούμε επιγραμματικά.

Στάδιο 0

Όταν τα καρκινικά κύτταρα βρίσκονται τελείως επιφανειακά στην εσωτερική επιφάνεια του στομαχιού. Αυτό το στάδιο ονομάζεται και καρκίνωμα *in situ*.

Στάδιο I, II και III

Τα τρία αυτά στάδια καθορίζονται από το πόσο βαθιά στο τοίχωμα του στομάχου έχει εισχωρήσει ο καρκίνος, αλλά και από τον αριθμό των λεμφαδένων γύρω από το στομάχι που έχει επεκταθεί.

Στάδιο IV

Είναι το στάδιο στο οποίο έχουμε επέκταση ή μετάσταση του καρκίνου σε άλλα όργανα κοντά ή πιο μακριά από την αρχική εντόπιση του καρκίνου.

Αντιμετώπιση και θεραπεία

Ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται κάθε ασθενής που έχει βρεθεί να πάσχει από καρκίνο του στομάχου, αποφασίζεται και το είδος της αντιμετώπισης και θεραπείας.

Η αντιμετώπιση πρέπει να γίνεται από ομάδα εξειδικευμένων ιατρών, οι οποίοι αποτελούν την ογκολογική ομάδα και συνεργάζονται αρμονικά για να δώσουν τον καλύτερο και πληρέστερο συνδυασμό θεραπειάς στον κάθε ένα ασθενή ξεχωριστά.

Το ογκολογικό συμβούλιο που συνήθως αποτελείται από τον ογκολόγο χειρουργό, τον παθολόγο ογκολόγο και τον ακτινοθεραπευτή οι οποίοι πλαισιώνονται και από άλλες συναφείς ειδικότητες επιστημόνων (παθολογοανατόμος, ακτινολόγος, μοριακός βιολόγος και γενετιστής κλπ) συνεδριάζει σε τακτά χρονικά διαστήματα, συζητάει και αποφασίζει την καταλληλότερη στρατηγική που θα ακολουθηθεί σε όλες τις φάσεις θεραπείας και παρακολούθησης (*follow up*).

Η χειρουργική αντιμετώπιση συνήθως προηγείται όλων των άλλων. Οι επεμβάσεις που γίνονται μπορεί να είναι:

- Η ενδοσκοπική βλεννογονεκτομή. Αφορά πολύ αρχικά στάδια μη διηθητικού (*in situ*) καρκίνου του στομάχου
- Η μερική γαστρεκτομή και
- Η ολική γαστρεκτομή

Η πρώτη είναι επέμβαση που γίνεται με γαστροσκόπηση και ο ασθενής συνήθως

εξέρχεται από το Νοσοκομείο την ίδια μέρα, ενώ οι δύο τελευταίες είναι επεμβάσεις που γίνονται πλέον με την μέθοδο της ρομποτικής χειρουργικής και χρειάζονται 3-5 ημέρες νοσηλείας στο Νοσοκομείο.

Η χημειοθεραπευτική και η ακτινοθεραπευτική αντιμετώπιση συνήθως ακολουθεί και στόχο έχει να προλάβει τη διασπορά καρκινικών κυττάρων σε άλλα σημεία του σώματος τα οποία ενδεχομένως να έφυγαν από το στομάχι πριν τη χειρουργική αφαίρεση του καρκίνου.

Άλλες μέθοδοι που έχουμε στη διάθεσή μας σήμερα είναι:

- Η αναστολή της καρκινικής αγγειογένεσης (ειδικά μονοκλωνικά αντισώματα -αντιαγγειογενετικοί παράγοντες π.χ. το Bevacizumab, καταπολεμούν την ανάπτυξη των αγγείων του όγκου, ο οποίος καταστρέφεται καθώς δεν μπορεί να αιματωθεί)
- Η γονιδιακή θεραπεία (μεταφορά και επιδιόρθωση παθολογικών γονιδίων στα καρκινικά κύτταρα, στόχευση και αδρανοποίηση ειδικών γονιδίων των καρκινικών κυττάρων κλπ)
- Η ανοσοθεραπεία (χρήση ιντερφερόνης, ιντερλευκινών, μονοκλωνικών αντισωμάτων, αντικαρκινικών εμβολίων που τροποποιούν και ενισχύουν την ανοσολογική αντίδραση του οργανισμού ενάντια στα καρκινικά κύτταρα).

Έτσι ολοκληρώνεται η θεραπεία και ο ασθενής μπαίνει στο στάδιο της παρακολούθησης ή όπως λέμε στην περίοδο του follow up.

Παρακολούθηση - FOLLOW UP

Μετά την ολοκλήρωση των θεραπευτικών χειρισμών, ο ασθενής εισέρχεται στην περίοδο παρακολούθησης.

Στο στάδιο αυτό η ογκολογική ομάδα παρακολουθεί ανά τακτά χρονικά διαστήματα και με ειδικές διαγνωστικές εξετάσεις τον ασθενή, ώστε να αποκλείσει το ενδεχόμενο επανεμφάνισης του καρκίνου ή σε περίπτωση που αυτός εμφανιστεί ξανά, να είναι σε τέτοιο αρχικό σημείο ώστε να μπορεί να αντιμετωπιστεί αποφασιστικά και να εκριζωθεί πριν δημιουργήσει πρόβλημα.

Όσο ο χρόνος αυτός προχωρεί, οι πιθανότητες του ασθενούς να επιτύχει την πλήρη ίαση αυξάνονται.

Οι πιθανότητες πλήρους ίασης αυξάνονται επίσης όσο πιο έγκαιρα διαγνωστεί το πρόβλημα.

Τα μέσα πλέον υπάρχουν. Η ιατρική τεχνολογία εξελίσσεται με ιλιγγιώδη ρυθμό.

Και σήμερα, περισσότερο από ποτέ, οφείλουμε να την χρησιμοποιούμε, να επενδύουμε στην πρόληψη και να σώζουμε πραγματικά ζωές.

Γράφει: Γλεντής Παναγιώτης Ειδικός Χειρουργός MD, PhD, ISS

Πηγή: iatronet.gr