

A gyomorlymphomák sebészi kezelése a 2. sz. Sebészeti Klinika beteganyagában

Bara Tivadar, György-Fazakas István, ifj. Bara Tivadar, Tikosi István, Török Barna, Princz Ramóna Erika
Marosvásárhelyi Orvosi és Gyógyszerészeti Egyetem, 2. sz. Sebészeti Klinika

Tratamentul chirurgical al limfomelor gastrice în cazuistica Clinicii Chirurgie II

Dintre tumorile maligne ale stomacului, 1-7 % sunt limfoame gastrice. În ultimii ani s-au produs modificări importante în tratamentul limfoamelor gastrice, s-a micșorat indicația chirurgicală în favoarea chimio-radioterapiei. În perioada 2001-2005 la Clinica Chirurgie II, au fost operate 202 cazuri cu diagnosticul tumoră gastrică, dintre care 148 (73,26 %) cazuri au fost operabile. În lotul de bolnavi cu tumoră gastrică operabilă în 4 (2,70%) cazuri, examenul histopatologic postoperator a confirmat diagnosticul limfom gastric. La cele 4 cazuri cu limfom gastric preoperator, examenul endoscopic descrie tumora gastrică, dar complicațiile (sângerare, stenoza) ne a obligat la efectuarea operației. La 2 bolnavi, am efectuat rezecție gastrică $\frac{2}{3}$ cu limfadenectomie D2, iar la 2 cazuri gastrectomie totală. Postoperator nu am înregistrat complicații. Concluzii: în tratamentul limfoamelor gastrice, locul primordial îl ocupă chimio- și radioterapia, dar în cazul complicațiilor este indicat tratamentul chirurgical; diagnosticul histopatologic în cazuistica noastră, a fost confirmat postoperator.

The treatment of gastric lymphomas in the casuistics of the 2nd Surgical Clinic

From the malignant tumors of the stomach, between 1-7% are gastric lymphomas. In the last years there were made significant changes concerning gastric lymphomas, the surgical indication being decreased in the favor of chemotherapy and radiotherapy. Between 2001-2005 at the Surgical Clinic II, there were 202 operated patients with gastric tumor diagnosis, from which 148 (73,26%) cases were ready for a surgical intervention. From the group of patients with operable gastric tumor, in 4 (2,70%) cases the postoperative histopathological examination confirmed the diagnosis of gastric tumor. In the 4 cases of gastric lymphoma, before the surgical intervention, the endoscopic examination describes the gastric tumor, but the complications (bleeding, stenosis) determined us to perform surgical intervention. For 2 patients we have done $\frac{2}{3}$ gastric resection, with D2 lymphadenectomy, and for 2 other cases total gastrectomy. Conclusions: In the treatment of gastric lymphomas chemotherapy and radiotherapy have the most important role, but if there are complications, then surgical treatment is indicated; the histopathological diagnosis was confirmed after the surgical intervention in our casuistic.

Orvostudományi Értesítő, 2007, 80 (1): 17-19

www.emeogysz.ro

A gastrointestinalis elsőleges nem-Hodgkin lymphomák száma az utóbbi időben lassú növekedést mutat, ezek leggyakoribb előfordulási helye a gyomor, mintegy 60-70%-ban, ezt követi a vékonybél, vastagbél [4].

A gyomor malignus elváltozásainak 95%-át a hámeredetű gyomorrák alkotja, míg a gyomor nem-Hodgkin malignus lymphomái az összes gyomortumorok 1-7%-át adják [4]. A gyomorlymphomák túlnyomóan B-sejtes eredetűek, a T-sejtes nem-Hodgkin és a Hodgkin-lymphomák ritkán fordulnak elő [4]. Az extranodális nem-Hodgkin malignus lymphomák nagy részét a mucosa asszociált lymphoid (MALT) szövetekből származtatják [4]. A gyomorlymphomák elkülöníthetők agresszív – magas típusú és alacsony – indolens típusú lymphomákra. Az alacsony típusú lymphomák közé tartozik a MALT-lymphoma. Az utóbbi 15 évben a gyomorlymphomák sebészi kezelésében jelentős változás történt. Kezdetben a sebészi kezelés volt az első választandó eljárás napjainkban pedig vesztett jelentőségéből. Az alacsony malignitású MALT-lymphomák kezelésében a sebészet már nem játszik szerepet. A magas malignitású lymphomák esetében a sebészet, csak akkor kap szerepet, ha a kemo-radioterápia után reziduális daganat marad vissza, vagy szövődmények következtek be.

Anyag és módszer

Klinikánkon 2001-2005 között 202 beteget műtöttünk malignus gyomordaganat kórismével, ezekből 148 eset (73,26%) operábilis volt. A 148 operábilis esetből, 4 esetben (2,7%) a műtét utáni kórszöveti vizsgálat gyomorlymphoma kórismét igazolta (1, 2, 3 táblázatok).

1. táblázat. A malignus gyomordaganatok felosztása 2001-2005 időszakban

Év	Operábilis daganatok	Inoperábilis	Lymphoma	Összesen
2001	27	15	2	44
2002	26	8	0	34
2003	28	14	0	42
2004	34	7	1	42
2005	28	11	1	40
Összesen	143	55	4	202

2. táblázat. A malignus gyomordaganatok felosztása nemek szerint

Év	Férfi	Nő	Összesen
2001	29	15	44
2002	24	10	34
2003	29	13	42
2004	28	14	42
2005	27	13	40
Összesen	137	65	202

3. táblázat. A gyomor lymphomák nemek szerinti felosztása

Év	Férfi	Nő	Összesen
2001	2	0	2
2002	0	0	0
2003	0	0	0
2004	0	1	1
2005	1	0	1
Összesen	3	1	4

A gyomorlymphomás betegek 3 esetben felső tápcsatornai vérzés tüneteivel jelentkeztek és 1 pedig pilorus stenosis tüneteivel. A műtét előtti endoszkópos vizsgálat 3 beteg-

nél kifehélyesedett, vérző gyomordaganatot és egy esetben sztenotizáló antrumdaganatot írt le.

A szövődmények a műtétek korai elvégzését javallták, a biopsziás szövettani eredmények előtt. A gasztroszkópos biopsziás szövettani vizsgálatok a kórismét nem igazolták. A gyomorlymphomás betegeinknél 2 esetben végeztünk $\frac{2}{3}$ gyomorreszekciót, D2 lymphadenectomiával és 2 esetben totál gastrectomiát splenectomiával. A $\frac{2}{3}$ reszekciós esetekben a daganat az antrumra lokalizálódott, míg a totál gastrectomiás esetekben az antrumra és a corpusra. Májmetasztázist nem észleltünk, a nyirokcsomók a gyomor körül kifejezetten megnagyobbodottak voltak.

Eredmények

A két gyomorreszekciós esetünket műtét után a 8. nap elbocsájtottuk, míg a totál gastrectomiás betegeinket a 12. postoperatorikus napon.

Szövettani eredmények:

- gyomorreszekció – 2 eset: nagy B-sejtes lymphoma, intermedier malignitású fokkal,
- totál gastrectomia – 2 eset:
 1. B-sejtes lymphoblastikus lymphoma, az összes rétegeket befogja – invasív, az epiploikus nyirokcsomókban áttéttel és perilimfatikus extensióval,
 2. a széli részen MALT típusú lymphoma, amely átalakul diffúz B-sejtes lymphomává, nyirokcsomó áttéttel.

A szövettani eredmények után betegeinket onkológiai kezelésre irányítottuk. A négy gyomorlymphomás betegből egyéves utánkövetés során 3 életben volt, 1 eset a totál gastrectomiás betegekből a műtét után 3 hónapra miocardiális infarktus kórismével exitált.

Megbeszélés

A nem-Hodgkin-lymphomák 20-25%-a primér extranodális lymphoma, ezeknek 60-70%-a a gyomorra lokalizálódik [1,4]. A primér gyomorlymphomák túlnyomóan B-sejtes eredetűek, míg a T-sejtes és Hodgkin gyomorlymphoma ritkán fordul elő [1,4]. Az extranodális lymphomák jelentős részét a MALT-lymphomák alkotják, ezt a mucosa asszociált lymphoid szövetekből származtatják [2,4].

Normális körülmények között a gyomor falában nincs nyirokszövet, vagy ritkán leírnak a nyálkahártya tunica propriájában soliter nyiroktüszőket [4,6]. A *Helicobacter pylori* pozitív nem lymphomás betegeknél a gyomor falában nyirokszövet jelenik meg és ez follicularis hyperplasia jeleit mutatja, ezt szerzett MALT-nak is nevezik, az antigén inger, ha tartós több lépcsős transzformálódás során átalakulhat MALT-lymphomává [4, 6], sok vagy nagy kiterjedésű exulcerációk, a polipoid tumorok jelenléte a gyomor lymphoma gyanúját keltheti [1, 4]. A kórfolyamat a gyomor falában mélyebben helyezkedik el, ezért a biopsziás szövettani eredmény gyakran negatív. Javasolják a többszörös és több területről végzett biopszia, vagy a diathermiás hurok-

kal végzett kiterjesztett, mélységi mintavételt [4].

Az immunohisztokémiai vizsgálatok elvégzéséhez a biopsziás fogóval vett anyag általában kevésnek bizonyul [7]. Ezek a tényezők magyarázzák a negatív biopsziás kórsvétettani eredményt az eseteinknél, habár az exulcerált, vagy obstruáló gyomordaganatot endoszkóposan leírták. A lymphoma a gyomor aborális harmadára lokalizálódik a leggyakrabban [2, 5, 7]. Klinikánk anyagában 2 esetben az antrumra, 2 esetben pedig az antrumra és corpusra lokalizálódott az elváltozás.

A gyomorlymphomák kezelésében az utóbbi 10-15 évben változás történt. Régebb a sebészi kezelés volt az első választandó eljárás, viszont ez fokozatosan csökkent a kemo- és radioterápia javára. Takahashi japán szerző 2003-ban kimutatta, hogy a sebészi kezelés azonos túlélést biztosít, mint a kemo-radioterápia, de a csonkoló műtét, a gyomor hiánya több szövődményt okoz a betegnek, mint a kemoterápia mellékhatásai [3]. Más szerzők bizonyították, hogy a sebészi kezelés és kemoterápia azonos eredményt ad, mint a kemoterápia önmagában [3].

A gyomorlymphoma terápiája a betegség stádiumától függ. A gyomorlymphoma stádium besorolására az Ann-Arbor-i beosztást, vagy a Lugano-osztályozást alkalmazzák legtöbbször [7].

Ann-Arbor stádiumbeosztás [4,5]:

- I.E - emésztőszervekre lokalizált, nyirokcsomó érintettség nélkül,
- II.E - emésztőszervekre lokalizált, nyirokcsomó érintettség a rekesz azonos oldalán,
- III.E - emésztőszervekre lokalizált, több nyirokcsomó regio érintettség a rekesz mindkét oldalán,
- IV.E - egy, vagy több extranodális szerv diffúz, vagy disszeminált érintettsége, nyirokcsomó érintettséggel vagy anélkül.

A *Lugano-beosztás* a III.E stádiumot a IV. stádiumba sorolja [7].

Az első stádiumban a kezelés *Helicobacter pylori* eradikációjából áll, míg a II. stádiumban sebészi kezelés a döntő, a III., IV. stádiumban a kemo-radioterápia az elsőként választandó eljárás [3].

A sebészeti kezelés javallata [3]:

- II.E stádium,
- az alacsony malignitású lymphoma esetén az I.E stádiumú betegek, akik a *Helicobacter pylori* eradikációra nem válaszolnak,
- szövődmények - vérzés, perforáció, obstructio,
- reziduális tumor kemo-radioterápia után.

A sebészeti kezelést a mérsékelt radikalitás kell jellemezze, a daganatot az épből távolítsuk el, distális, proximális reszekcióval, vagy totál gastrectomiával. Javasolják a D2 lymphadenectomiát, mert az esetek 50-60%-ban nyirokcsomó érintettség van [3, 5]. A szövettani vizsgálattal igazolt infiltrált reszekciós szél estén, nem szükséges a reoperáció, hanem az adjuváns kezelés javalt, ez a túlélést nem befolyásolja [3]. Splenectomiát, csak direkt ráterjedés esetén javallnak [3,5].

Klinikánkon mind a négy esetben radikális műtétet

végeztünk, mert az endoszkópos leírás gyomorráknak felelt meg és műtét előtt kórszövettani diagnózissal nem rendelkeztünk. A totál gastrectomiás eseteinknél splenectomiát is végeztünk. Mind a 4 beteget szövődmények miatt operáltuk – vérzés, obstructio. Műtét után a szövettani vizsgálat két esetben nyirokcsomó érintettséget bizonyított, melyek II.E stádiumnak felelnek meg.

A sebészi kezelés előnyeit is figyelembe kell vennünk [2,3], ezek a következők:

- a beteg egy beavatkozással szabadul meg a daganattól,
- korai stádiumban radikális műtét esetén nem mindig szükséges az adjuváns kezelés,
- pontos a kórszövettani eredmény,
- megelőzi a kemo-radioterápia általános és helyi (vérzés, perforáció) szövődményeit,
- lymphoma és korai adenocarcinoma előfordulása esetén, műtét során a limfadenectomiát elvégzik.

Nagy, kiterjedt daganatok esetén a műtét a vérzés, fájdalom, ürülési zavarok gyors megszüntetésével kedvezőbb feltételeket teremt a kemoterápia számára és csökkenti az adjuváns terápia helyi szövődményeinek veszélyét is [7].

Következtetések

- a gyomorlymphoma műtét előtti kórisméje nehéz,
- kezelése multidiszciplináris, a kemo- és radioterápia előtérbe került,
- a sebészeti kezelést a mérsékelt radikalitás jellemzi,
- sebészi kezelés javallata csökkenő tendenciát mutat.

Irodalom

1. Angelescu N. - *Tratat de Patologie Chirurgicală*, Editura Medicală, 2001, vol.I:1475-1478.
2. Gaál Cs. - *Sebészet*, Medicina Könyvkiadó, Budapest 1999,504-505.
3. Káposztás Zs., Tornóczy T., Horváth Ö. P - *Sebészi kezelés helye a gyomor lymphomák ellátásában*, Magyar Sebészet,2005,58:291 - 297.
4. Kiss J. - *Gastroenterológiai Sebészet*, Medicina Kiadó, 2002 : 383-387.
5. Kásler M. - *Onkoterápiás protokoll*, Springer Hungarica, Budapest,1994, 512-516.
6. Schneider T.et.al. - *A primér gyomor MALT limfóma klinikuma és korszerű kezelésének irányelvei*, Magyar Onkológia, 2001, 39-44.
7. Szűcs G. et.al. - *A műtét helye – eredményei és szövődményei a primer non-Hodgkin gyomor lymphoma kezelésében*, Magyar Sebészet, 2000, 53, 253-258.