|  |  |
| --- | --- |
| **UDHERREFYESI KLINIK** | **PUBLIKUAR -2015**  **RISHIKUAR -PRILL 2018** |
| **KANCERI I EZOFAGUT DHE STOMAKUT** | **MJEKSIA INTERNE-GASTROLOGJIA** |

**MINISTRIA E SHËNDETËSISË DHE E MBROJTJES SOCIALE**

**SPITALI UNIVERSITAR “SHEFQET NDROQI”**

**Nr. \_\_\_ Prot., Tiranë, më \_\_\_.04.2018.**

# ****M I RA T U A R****

# ****D R E J T O R I****

# ****PROF.DR.PERLAT KAPISYZI FCCP****

**Adresa: Rruga “Shefqet Ndroqi”,Tiranë, Albania,Tel/Fax :+355 68 80 46 402,** [**www.sushefqetndroqi.gov.al**](http://www.sushefqetndroqi.gov.al)**, info@sushefqetndroqi.gov.al**

MJEKSIA INTERNE - GASTROLOGJIA

**PERGATITUR SHEFI I SHERBIMIT**

**DR.NERIDA DHIGOI DR KLOEDINA BRATJA**

**DR.ERMIRA OSJA**

**Udherrefyes per trajtimin e kancerit te ezofagut dhe te stomakut**

**Publikimi: Dhjetor 2010**

**Rishikim: JANAR 2018**

**UDHERREFYES PER TRAJTIMIN E KANCERIT TE EZOFAGUT DHE STOMAKUT BAZUAR NE PROTOKOLLIN E VITIT 2010**

**Pasqyra e Lendes**

Hyrje

Struktura e udherrefyesit

Permbledhje e rekomandimeve

Epidemiologjia dhe etiologjia

Diagnoza e kancerit te ezofagut dhe te stomakut

Rezeksioni kirurgjikal per kancerin e ezofagut.

Rezeksionet kirurgjikale perkancerin gastrik

Trajtimi adjuvant

Bibliografia

**Pasqyra e Tabelave**

Tabela 1 Kanceri gastrointestinal: udhezimet per referimin e pacienteve

**Akronimet:** nuk ka

**Perkufizimi i termave te perpilimit**

Kanceri i ezofagut dhe stomakut perbejne neoplazi malonje me lokalizim ne keto organe. Grupet me te medha histologjike jane adenokarcinoma dhe kanceri qelizor skuamoz

**Falenderime (per grupin e punes)**

Falenderime per te gjuthe stafin e sherbimit te kirurgjise nr 3 si dhe per grupin e punes te qendres te vleresimit te cilesise prane QSUT per bashkepunimin e ngushte qe na kane ofruar

**OBJEKTIVAT**

Ky udherefyes ka per qellim te vendose standarte te percaktuara ne menaxhimin e te semureve me kancer te ezofagut dhe stomakut.

**PERDORUESIT**

Ai i drejtohet te gjithe mjekeve, publikut dhe ne vecanti kirurgeve dhe specialisteve te fushes

**HYRJE**

Keto udherrefime jane zhvilluar si nje projekt i perbashket i Ministrise te shendetesise, QSUT Nene Tereza, Sherbimit te Kirurgjise dhe QKVPSH. Keto vijne si nje iniciative

per tu ofruar nje udhezim ne punen e klinicisteve ne fushen e gjere te gastroenterologjise. Gjate 10 vjecarit te fundit ka ndodhur nje ndryshim dramatik ne lidhje me menaxhimin e kancerit te ezofagut dhe te stomakut.. situata epidemiologjike e te dy tumoreve ka ndryshuar shume, duke sjelle nje perqendrim te tumoreve ne zonen e junksionit gastroezogfageal. Perparimet ne teknikat investigative te mirepercaktuara dhe zhvillimi i teknologjive te reja , ka ndryshuar ne menyre rrenjesore menyren se si mund te behet vleresimi i ketyre dy semundjeve pa perdorur kirurgjine.. nje kuptim me i mire i historise natyrore te ketyre semundjeve ka influencuar ne menyre sinjifikative qasjen ndaj opsioneve diagnostike dhe terapeutike. Vleresimi fondamental i nevojes per nje terapi multidisiplinare ka sjelle nje rritje te interesit te shume klinicisteve ne lidhje me modalitetet e terapise multidisiplinare. Roli thelbesor qe ka terapia suportive eshte zhvilluar ne menyre sinjifikante duke sjelle nje qasje sa me te plote ndaj ketyre

pacienteve. Keto udherrefime jane shkruar per te theksuar keto zhvillime me te fundit, ti vendosim at one nivelin e qasjeve te mire percaktuara, dhe te behet e mundur qe keto udherrefime te inkorporohen nga klinicistet ne praktiken e tyre klinike.. ato as nuk jane shkruajtur, as nuk synojne qe kjo qasje e ketyre te influencoje gjykimin klinik.. sidoqofte ato bazohen ne konkluzionet qe dalin nga nje vezhgim i kujdesshem i statistikave te mbledhura deri tani. Rekomandimet qe dalin , vijne pikerisht nga pesha e ketyre statistikave. Ne menyre te ngjashme dhe me rekomandimet ne fusha te tjera. Te tilla kufizime jane te paevitueshme ne disa zona te praktikes klinike. Si rezultat i kesaj permiresimet do te jene te nevojshme , po keto permiresime do te jene te mundshme kur ato ti jene nenshtruar nje vleresimi te pershtatshem ne nje audience prospektive. Keto udherrefime perbejne fazen e pare ne nje cikel te vleresimit dhe per pasoje eshte e natyrshme qe keto udherrefime ti nenshtrohen rivlersimit te mevonshem

**STRUKTURA E UDHERREFYESIT**:

Nje rivleresim sistematik i te gjithe literatures relevante dhe mbledhja e gjithe evidencave te disponueshme ka sjelle prodhimin e draftit te pare te udherrefyesve. Individet kontribues ne seksionet e ketyre udherrefimeve jane ftuar per ta kryer kete kontribut per arsye te njohurive dhe ekspertizes se tyre ne kete fushe, shpesh duke perfshire dhe programet e kerkimit. Kerkimi i literatures eshte kryer nga koordinatoret e sektoreve dhe eshte i ndryshem ne strategji dhe ne shkalle kerkimi, por si nje minimum perfshiu kerkuesin MEDLINE, perfshiu rishqyrtimin e artikujve me te fundit dhe referencat e

tyre. Ky draft eshte permiresuar per te siguruar nje stil ekuivalent. Grupi botues redaktoi seksionet individuale dhe drafti final iu nenshtrua nje gjykymi te nje eksperti te pavarur dhe u modifikua ne menyre te pershtatshme. Fuqia e evidences u klasifikua sipas projekti te zhvilluar ne Angline e Veriut per udhezimet e bazave Evidebcore.

Kategoria e evidences:

Ia: evidence e fituar nga nje meta analize e studimeve te kontrolluara te rastesishme. Ib: evidenca te fituara nga te pakten nje studim i rastesishem

IIa: evidence e fituar nga nje studim i mireprojektuar por jo i rastesishem

IIb: evidence e fituar nga te pakten nje tip tjeter i mireprojektuar kuazi-universal studim III: evidence e fituar nga nje studim i projektuar deskriptiv si psh studime krahasuese, studime korreluese dhe studime te rast pas rasti/

IV: evidence e fituar nga raporte te komiteteve te eksperteve , ose opinione dhe eksperienca te autoriteteve te respektuara.

Gradimi i Rekomandimeve:

rekomandimet jane bazuar tek niveli i evidences se paraqitur ne mbeshtetje te tyre dhe jane graduar si me poshte:

Grada A kerkon te pakten nje studim te kontrolluar te rastesishem me kualitet te mire per sa i perket subjektit te rekomandimit

Grada B kerkon pranine e studimeve klinike jo te rastesishme ne lidhje me objektin e rekomandimit.

Grada C kerkon evidence nga kategoria IV in mungese te studimeve klinike direkte ne lidhje me kete objekt.

**PERMBLEDHJE E REKOMANDIMEVE**

Epidemiologjia dhe etiologjia

Eshte shenuar nje rritje e konsiderueshme ne incidencen e adenokarcinomes se nje te tretes se poshtme te ezofagut dhe te junksionit gastroezofageal ne dy dekadat e fundit, e cila ka korresponduar me nje ulje te incidences se kancerit distal te stomakut. (grada B)

Ritmi i kancerit te stomakut dhe ezofagut mund te ulet nepermjet te gjitha mjeteve qe cojne ne uljen e perdorimit te duhanit dhe alkoholit dhe rritja e konsumit te frutave te frsketa dhe te perimeve (grada C)

Kanceri i ezofagut mund te influencohet duke redukruar kohezgjatjen dhe nivelin e refluksit gastroezofageal dhe po ashtu duke ulur incidencen e obesitetit (grada C)

Crrenjosja e Helikobakterit mund te ule incidencen e kancerit te stomakut (grada

C) Diagnoza

Dyshimi per kancer te stomakut eshte i larte kur simptoma vage dispeptike kombinohen me simptoma alarmante (si psh renie ne peshe , te vjella dhe anemi). Mjeket e pergjithshem duhet ti inkurajohen qe ti referojne keta paciente tek specialistet sa me shpejt qe te jete e mundur (grada B) Vleresimi i shpejte me fibrogastroskopi me marrje te biopsise eshte ekzaminimi i zgjedhur per te gjithe pacientet me simptomatike te rrezikut.

Pacientet me nje histori te gjate refluksi gastroezofageal ose disfagie nuk duhet te konsiderohen sikur po vuajne nga nje strikture beninje ose ezofagit i thjeshte deri sa endoskopia dhe biopsia te kene vertetuar kete supozim. (grada C)

Displazia e grades se larte e ezofagut duhet te pershpejtoje nje endoskopi tjeter te siperme se bashku me biopsine.nje numur i rendesishem i ketyre pacienteve tashme do kene zhvilluar kancer intramukosal ( grada B)

Terapia antisekretore duhet te nderpritet deri pas endoskopise ne menyre qe te evitohet nje mosdiagnostifikim (grada B)

Kanceri i stomakut duhet te dyshohet ne te gjithe pacientet mbi 50 vjec te cilet paraqesin per here te pare fenomene dispeptike (grada C)

Ulcerat gastrike duhet te ndiqen deri ne momentin qe sherohet me perseritje te endoskopise dhe biopsise (grada B)

Stadifikimi:

Patologjia

Stadifikimi duhet te jete i plote dhe i sakte per te gjithe pacientet ne menyre qe te planifikohen opsionet terapeutike me optimale.

Stadifikimi i sakte arihet nepermjet nje kombinimi me interpretues teknike

dhe stafe te dedikuara.

Stadifikimi fillestar duhet te perfshije fillimisht kryerjen e nje CT- spiral te toraksit dhe abdomenit per te percaktuar pranine oe mungesen e

semundjes metastatike. (grada B)

Ne mungese te aktivitetit metastatik , vleresimi i operabilitetit te tumorit eshte mire te kryhet me EKO-n endoskopike (grada B)

Ndihmese per stadifikimin ofrojne rezonanca magnetike , bronkoskopia, laparoskopia dhe EKO-transabdominale. (grada B)

Diagnosa e displazise se larte ne ezofagun e barretit dhe ne stomak duhet te kryhet nga nje anatomopatologjist me eksperience dhe te konfirmohet nga nje tjeter anatomopatolog me interesa te vecanta ne semundjet gastrointestinale. ( grada C) Raporti patologjik per mostren e ezofagut te rezekuar duhet te pakten te perfshije tipin e tumorit, thellesine e invazionit, perfshirja nga tumori e margove te rezeksionit, invazioni vaskular , prezencen e metaplazise se Barretit, numrin e limfonodulave te rezekuar dhe sa nga keta limfonoduj jane te infiltruar. (grada B) Raporti patologjik per mostren e stomakut te rezekuar duhet te pakten te perfshije tipin e tumorit, thellesine e invazionit, perfshirjen e buzeve te rezeksionit nga tumori, numrin e limfonodulave te prekur, perhapjen e metastazave (grada B)

Tumoret e junksionit gastroezofageal duhet te klasifikohen si tipi i I (ezofagu distal), tipi i II (cardia) dhe tipi i III ( stomaku proksimal) ( grada C)

Trajtimi

Trajtimi dhe menaxhimi i gjithe ketyre pacienteve duhet te kryhet ne kontekstin e nje skuadre multidisiplinare e cila planifikon dhe realizon

stadifikimin , perzgjedh trajtimin (radikal dhe paliativ), merr masa per realizimin e trajtimit, ben ndjekjen mbas trajtimitdhe ndjek keta paciente (grada C)

Duhet te kryhet nje vleresim i kujdesshem i gjendjes shendetesore te pacienteve para operacionit me nje vemendje te vecante i trajtohet sistemit kardiovaskular dhe atij respirator (grada C)

Vleresimi Preoperator:

Ekzaminimet rutine perfshijne nje vleresim biokimik dhe hematologjik (grada C), nje EKG ne qetesi (grada B), nje ro/grafi toraksi (grada B) dhe testet pulmonare funksionale , po ashtu dhe provat ushtrimore.

Permiresimi i gjendjes se pergjithshme te pacientit para operacionit eshte nje proces multidisiplinar, dhe ekspertiza maksimale duhet te vihet ne sherbim te ketij objektivi.

Pacienti duhet te stimulohet per te lene cigaren ne menyre te menjehereshme

(grada C)

Te gjithe pacientet duhet ti nenshtrohen terapise me antibiotike dhe antikoagulante si ne periudhen preoperatore dhe ne ate postoperatore.

Per pacientet qe i nenshtrohen kirurgjise se ezofagut duhet ti nenshtrohen anestezise nga nje anestezist i familjarizuar me ventilimin pulmonar dhe me analgjezine epidurale.

Kualiteti i jetes se ketyre pacienteve duhet te merret ne konsiderate per pacientet qe i nenshtrohen trajtimit per kete lloj semundje.

Trajtimi: REZEKSIONI EZOFAGEAL

Ezofagektomia duhet te kryhet vetem ne qendra te specializuara te cilat jane te afta ti kryejne keto operacione . Keto qendra duhet te kene nje volum te larte per keto lloj operacionesh. Keto qendra duhet te kene nje eksperience te mjaftueshme ne menaxhimin e pacienteve ne Intensive Care Unit.

Nuk ka asnje prove qe nje metode e ezofagektomise te jete me e mire se nje metode tjeter.

Strategjia operatore duhet te siguroje kufij negativ te rezeksionit , si ne planin longitudinal dhe ne planin radial. Po ashtu duhet te te sigurohet nje limfadenektomi sa me e pershtatshme qe te jete e mundur ne perputhje me histologjine e tumorit dhe me lokalizimin e tij.

Mund te perdoret anastomoza me nje shtrese ose anastomozat e kryer me stapler

Perindja e rrjedhjes nga anastomoza nuk duhet ta kaloje pragun prej 5%. Perqindja e rezeksioneve kurative duhet ta kaloje 30%

Mortaliteti spitalor per keto lloj rezeksionesh nuk duhet te kaloje 10%. Trajtimi : REZEKSIONI GASTRIK

Rezultatet me te mira arrihen nga kirurget me eksperience te cilet operojne ne qendra te specializuara si pjese e ekipeve multidisiplinare.

Tumoret distale duhet te trajtohen me gastrektomi subtotale, ndersa tumoret proksimale duhet te trajtohen me gastrektomi totale (grada B)

Rezeksionet gastrike te limituara duhet te kryhen vetem per synime paliative ose per pacientet shume te moshuar. (grada B)

Gjithe pacientet me tumore te kurueshem duhet ti nenshtrohen dhe nje limfadenektomie D2.

Shkalla e shtrirjes se diseksionit limfatik duhet te bazohet nga gjendja e pergjithshme e pacienteve , lokalizimi i tumorit dhe stadi i tumorit. Pankreasi distal nuk duhet te rezekohet ne rast te tumoreve distale te stomakut. (grada A)

Pankreasi distal duhet te rezekohet vetem ne rast se ka nje invazion direkt dhe prape nje shans qe pacienti te sherohet pas kesaj kirurgjie agresive ne rastin e karcinomave proksimale te stomakut.

Rezeksioni i splenit dhe limfonodulave te hilusit te splenit duhet te konsiderohet ne pacientet me tumore proksimale te stomakut , te lokalizuara ne murin posterior te stomakut ne afersi te hilusit splenik . Ne keto raste mundesia e infiltrimit te hilusit lienal eshte shume me e larte

Rezeksionet (R0) duhet ta kalojne kuoten 50%

Mortaliteti spitalor duhet te jete me pak se 10% per pacientet me gastrektomi totale dhe me pak se 5% per pacientet me gastrektomi subtotale. (grada B)

Trajtimi: KEMIOTERAPIA DHE RADIOTERAPIA. Kanceri ezofageal:

Nuk ka asnje evidence te mbeshtese rolin e kemioterapise ne rastin e kancerit te

ezofagut

Terapia neoadjuvante me cisplatin dhe 5-FU duket te permiresoje mbijetesen afatshkurter ne krahasim me kirurgjine te aplikuar vetem.

Nuk ka asnje evidence te mbeshtese perdorimin preoperator te radioterapise ne kancerin ezofageal.

Radiokemioterapia mund te permiresoje mbijetesen afatgjate Radiokemioterapia eshte trajtimi perfundimtar i zgjedhur per carcinomat skuamoze te ezofagut proksimal

Kanceri gastrik

5-FU eshte agjenti me aktiv. Kombinimi i tij me agjente te tjere eshte me efektiv se trajtimi vetem me nje medikament. Kombinimi mes epirubicines, cisplatines dhe infuzionit te vazhduar me 5-FU duket se eshte regjimi me aktiv.

Radioterapia /kemioterapia adjuvante nuk jane procedura standarte ne praktiken mjekesore pas rezeksionit te kancerit te stomakut. Ky lloj regjimi duhet te ofrohet vetem ne rast te pacienteve qe i nenshtrohen studimeve klinike.

Kemioterapia intraperitoneale ngelet nje fushe ne te cilen po behen investigime dhe studime te metejshme.

Kemioterapia preoperatore eshte ende ne fazen studimore dhe nuk ka ende nje evidence qe te tregoje permiresimin e mbijeteses tek pacientet qe i nenshtrohen kesaj terapie.

Tajtimi Palliativ.

Trajtimi paliativ duhet te planifikohet nga nje ekip multidisiplinar me perfshirjen e stafit qe ofron sherbimin dhe kujdesin palliativ.

KANCERI EZOFAGEAL

Vetem dilatimi endoskopik indikohet per pacientet qe priten te kene nje gjatesi te shkurtet ( me pak se 4 jave), kane pamundesi per te gelltitur saliven e tyre, ose si nje mase kalimtare deri sa te kryhet nje terapi me definitive, nderkohe qe po planifikohet nje trajtim me perfundimtar.

Injektimi i 0,5-1 ml alkoholi 100% duhet te konsiderohet ne situatat e meposhtme:

a) Tumore ekscentrike ose ekzofite , tumore te papershtatshme per intubim endoskopik

b) Tumore qe jane shume afer krikofaringeusit dhe eshte e pamundur qe te intubohen ne menyre endoskopike

c) Per trajtimin e rritjes se tumorit ne buzet e nje proteze te vendosur me intubim endoskopik

Intubimi ezofageal eshte trajtimi i zgjedhur per nje stenoze te forte tumorale (i afte per te mbajtur nje tub intubimi), me shume se 2 cm larg nga niveli I krikofaringeusit. Si dhe kur kerkohet nje lirim i merenjehershem i disfagise vetem ne nje manipulim.

Stentet metalik te ekspandueshem jane me te pelqyeshem se tubat plastikK per arsye se kane nje nivel me te ulet komplikacionesh dhe nje qendrueshmeri me te ulet ne spital.

Stentet metalike te ekspandueshem te veshur dhe me nje manshete jane trajtimi me i pershtatshem ne rastin e fistulave trakeoezofageale, ose ne rast se ka ndodhur nje perforacion i ezofagut pas nje procedure te dilatimit te nje strikture malinje Trajtimi me laser eshte po ashtu trajtimi efektiv per pacientet per lirimin e disfagise ne tumoret ekzofite te ezofagut dhe te kardies . Kjo metode eshte po

ashtu shume efektive ne rast te rritjes se tumorit pas nje intubimi te nje tumori te

meparshem.

Pacientet te cilet i jane nenshtruar terapise me laszr per lirimin e disfagise kane mundesi qe te kene nje efekt me te gjate te terapise me lazer ne rast se kryejne ne te njejten kohe dhe radioterapi eksterne.

Kemioradioterapia sjell nje permiresim ne mbijetesen e pergjithshme te ketyre pacienteve

Radiokemioterapia mund ta lirojne disfagine ne menyre me graduale dhe me te ngadalte se vetem radioterapia

Terapia fotodinamike dhe koagulimi me plasem argoni jane ne stade eksperimentale. Mendohet se mund te kete nje rol te koagulimit me plasme argoni trajtimin e rritjes se tumorit mbi nje stent te vendosur me pare.

KANCERI GASTRIK

Kemioterapia paliative per kancerin e stomakut lokalisht te avancuar ose metastatik ofron permiresim te kualitetit te jetes dhe nje perfitim ne mbijetese. Aktualisht nuk ka asnje indikacion te rekomandoje kemioterapi te linjes se dyte. Perdorimi i saj duhet te kryhet vetem ne baze te nje studimi klinik.

Ulja e stadit te tumorit ne semundjet lokalisht te avancuara eshte e mundur vetem ne raste individuale. Ka te dhena se kirurgjia pas kesaj mund te sjelle nje rritje te mbijeteses. Gjithsesi asnje studim i rastesishem nuk eshte kryer per te treguar perfitimin ne mbijetese pas rezeksionit kirurgjikal, pas kemioterapise palliative.

NDJEKJA

Ne mungese te studimeve rastesore argumentat me bindese per ndjekjen e pacienteve jane suporti i pacienteve dhe kostot.

Ndjekja e kostove duhet te strukturohet me nje reference te vecante me rezultatet perfundimtare dhe duhet te konsiderohet si nje pjese rutine e punes multidisiplinare te ekipit.

Krijimi i infermieres se specializuar ne fushen e ndjekjes se ketyre pacienteve duhet te inkurajohet ne menyre active.

**EPIDEMIOLOGJIA dhe ETIOLOGJIA**

Kanceri Ezofageal: Epidemiologjia deskriptive

Te dhenat e fundit nga mbreteria e bashkuar tregojne nje incidence te re prej 7000 raste te reja me kancer ezofagu dhe prej tyre 6700 vdesin prej kancerit te ezofagut. Sipas evidencave te standartizuara mosha e pergjithshme e shfaqjes se kancerit te ezofagut

eshte rritur ne dekadat e fundit, kjo eshte vecanerisht e vertete persa i perket adenokarcinomave ne afersi me junksionin kardioezofageal. Te dhenat nga zyra nacionale e statistikes tregojne nje incidence per burrat dhe grate te kancerit te ezofagut ne Angli dhe ne Uells prej 12,6 dhe 5,9 per 100000 banoresh respektivisht. Esencialisht kanceri i ezofagut eshte nje semundje e moshes se vjeter , ku rreth 2/3 e rasteve diagnostikohen mbas moshes 65 vjec. Etiologjia e kancerit te ezofagut duket te jete e ndryshme per lloje te ndryshme histologjike . Kjo etiologji eshte e pavarur nga gjeografia e pacienteve.

Grupet me te medha histologjike jane adenokarcinoma dhe kanceri qelizor skuamoz.

Alkooli dhe duhani:

Studimet e rasteve tregojne se ne shoqerite perendimore karcinoma skuamoze eshte me shume e lidhur me pacientet qe konsumojne duhan dhe alkohol. Nderkohe qe ne pjese te tjera te botes , sic eshte Kina etiologjia e ketij kanceri duket te jete me komplekse. Ne Shtetet e Bashkuara reziku i adenokarcinomes dhe karcinomes skuamoze rritet nga konsumimi si i alkoholit dhe i duhanit, ndonese rreziku me i larte eshte per te zhvilluar karcinome me qeliza skuamoze. Studimet ne Evrope, Afriken e Jugut, Kinen Verilindore dhe Hong- Kong kane tregur nje efekt sinergjik ne zhvillimin e kancerit mes alkoholit dhe duhanit. Ky rrezik eshte direkt i lidhur me dozen e konsumuar te alkoholit , sasine e duhanit te konsumuar. Pacientet qe pijne duhan me llulle , duhan te dredhur vete dhe duhan me perqindje te larte katrani kane rrezikun me te larte mes te semureve. Rreziku per kancer ezofagu rritet ne menyre te konsiderueshme per pacientet qe konsumojne te dyja dhe duhanin dhe alkoholin.

Faktoret Dietetike:

Dietat e varfra ne jeshile , fruta dhe prodhime perimore , me marrje te ulet te vit. A ,C dhe riboflavines predispozojne zhvillimin e kancerit me qeliza skuamoze. Po ashtu eshte verejtur nje rritje e rrezikut te kancerit te ezofagut ne rast te perdorimit te ushqimeve ne trajte turshie. Anemia ferrodeficitare e tipit Paterson-Brown-Kelly eshte e shoqeruar me zhvillimin e karcinomes skuamoze. Ne shoqerite perendimore deficienca ushqimore duket se eshte faktor pa rendesi ne zhvillimin e kancerit te ezofagut. Adenokarcinoma duket se eshte me shume e lidhur me refluksin gastroezofageal. Nga ana tjeter obeziteti duket si nje faktor shume i rendesishem ne zhvillimin e refluksit gastroezofageal.

Rekfluksi Gastroezofageal

RGE komplikohet me ezofagun e barretit ne 6-14% te pacienteve. Studimet e rasteve kane treuar nje rrezik dyfish per te zhvilluar kancer te ezofagut per pacientet qe vuajne nga ezofagiti i refluksit. Reziku per te zhvilluar kancer te ezofagut duket se rritet me kohezgjatjen e simptomave. Studimet e fundit kane treguar nje rritje te rrezikut per te zhvilluar adenokarcinome te ezofagut tek pacientet qe kane nje simptomatike te theksuar te refluksit gastroezofageal.

Akalazia:

Akalazia predispozon lindjen e kancerit skuamoz te ezofagut. Rreziku eviednt per te zhvilluar kancer duket se eshte me i madh ne vitin e pare pas diagnostifikimit, per arsye se shenja e pare eshte disfagia e cila eshte e njejta shenje dhe per kancerin. Si pasoje e kesaj kemi nje rritje deri ne 16 here per zhvillimin e adenokarcinomes skuamoze. Pacientet me akalazi duhet te ndergjegjesohen ne lidhje me rrezikun qe kane per zhvillimin e kancerit te ezofagut. Roli i endoskopise mbikeqyrese eshte i dyshimte. Nje studim me baze popullate tregoi se duhen 406 endoskopi tek burrat dhe

2200 tek femrat per te detektuar nje kancer te ezofagut. Per me teper nuk ka asnje te dhene se ky lloj detektimi do te permiresoje prognozen e ketyre pacienteve. Gjithesesi rreziku i rritur eshte nje karakteristike e perbashket me studime te tjera dhe faktoret e tjere duke perfshire kohezgjatjen e simptomave ose mbajtja e ushqimeve jane per tu marre ne konsiderate ne vleresimin e ketyre pacienteve.

Parandalimi Primar

Nuk mund te perjashtohet ne menyre definitive asnje nga ushqimet qe mendohet se shkaktojne kancer nga dieta per arsye se ne nuk e dime me saktesi rrjedhen e ngjarjeve dhe se cilat jane ngjarjet deri ne zhvillimin e kancerit. Programet e edukimit te shendetit publik duhet te inkurajojne reduktimin ne pirjen e duhanit dhe evitimin , shmangien e konsumimit te sasive te teperta te alkoholit. Duhet te stimulohet nje diete sa me e pasur

ne fruta dhe ne perime per dite. Reduktimi i refluksit gastro-ezofageal mund te kryhet ne menyre farmaceutike dhe kirurgjikale. Nuk eshte treguar akoma ne menyre bindese se keto masa mund te ulin rrezikun per zhvillimin e adenokarcinomes se ezofagut, ndonese kjo eshte nje fushe e kerkimeve intensive , vecanerisht per sa i perket ezofagut te Barretit.

Kanceri stomakut: Epidemiologji deskriptive:

Kanceri i stomakut mbetet nje semundje malinje relativisht e shpeshte. Statistikat tregojne rreth 10000 raste te reja me kancer te stomakut dhe 7500 vdekje ne vit nga ky kancer per Mbreterine e Bashkuar. Incidenca e pergjithshme e ketij tumori ka treguar nje renie te qendrueshme ne dekadat e fundit. Gjithesesi kjo nuk ka pasur ndonje efekt te madh ne raport me volumin e punes te kryer nga keta paciente pasi me rritjen e moshes mesatare te popullates ne total sasia e pergjithshme e ketij tumori ka ngelur e pandryshuar. Te dhenat nga zyra kombetare e statistikave tregon se incidenca e ketij kanceri per Angline dhe Uellsin eshte 20,4 per meshkujt dhe 7,4 per femrat per

100000 banore. Parimisht kanceri i stomakut eshte nje semundje e moshes se vjeter, 80% e rasteve diagnostikohen pas moshes 65 vjec, ndonese nje studim i koheve te fundit ka sugjeruar se piku i moshes per kancerin e hershem (kancer i kufizuar ne zonen e mukozes ose ate te submukozes ) seshte rreth 10 vjet me heret. Si ne cdo vend tjeter te botes, kanceri i stomakut dhe ne Mbreterine e Bashkuar ka nje lidhje shume te forte me

gjendjen socio-ekonomike te pacienteve. Sa me e ulet shtresa , aq me e larte incidenca. Kjo shpjegon perhapjen e kancerit te somakut ne zona te ndryshme gjeografike. Ne Mbreterine e Bashkuar incidenca me e larte eshte ne veri te Anglise, Uells dhe Skoci.

Lokalizimet Anatomike.

Ka pasur nje ndryshim intrigues ne vendndodhjenn anatomike te kancerit te stomakut, me nje trend te rritjes se incidences se kancerit proksimalisht, dhe ulje te rritjes se incidences se kancerit distalisht. Ka patur nje rritje te incidences se tumoreve ne regjionin e kardias

dhe kjo ka sjelle supozimin se adenokarcinoma e fundit te ezofagut mund te jete e lidhur me refluksin gastroezofageal.

Gastriti si faktor etiologjik

Inflamacioni kronik i mukozes gastrike mund te coje tek metaplazia intestinale dhe atrofia gastrike, te cilat besohen se jane prekusore te rendesishem ne transformimin malinj. Paciente me anemi pernicioze dhe ata qe jane operuar me pare me rezeksion stomaku kane po ashtu rrezik te larte per transformim malinj. Ne dekadat e fundit eshte shtuar numri i provave qe flasin per Helikobakterin si shkaktues te transformimit malinj. Ky lloj Bakteri shkakton nje inflamacion kronik te mukozes se stomakut, e cila me kalimin e kohes mund te avancoje deri ne atrofi gastrike. Pacientet qe jane te infektuar

me Helikobakter Pylori kane 2-6 fish rrezik per te zhvilluar kancer stomaku ne krahasim me pacientet e tjere. Nje analize e disa studimeve tregon se disa lloj shtamesh te Helikobakterit mund te rrisin deri ne 2,5 here rrezikun per te zhvilluar kancer jo ne zonen e kardias. Lidhja mes pranise se infeksionit te kardias me Helikobakter dhe adenokarcinomes se kardies eshte jo shume e qarte per momentin. Gjithsesi ekziston nje supozim se crrenjosja e helikobakterit mund te sjelle nje rritje te incidences se kancerit te stomakut ne rregjionin e kardias.

Faktoret Dietetike

Ka evidence te mjaftueshme per te sugjeruar se faktoret dietetike kane nje rol te rendesishem ne zhvillimin e kancerit te stomakut. Dietea me nivel te ulet te frutave dhe me nivel te ulet te perimeve shoqerohen me rritje te rrezikut per kete semundje. Antioksidantet dietetike mendohet se luajne nje rol te rendesishem ne parandalimin e semundjes dhe keto elemente ndodhen me shumice tek frutat dhe perimet. Ne Venezuele eshte pare nje nivel me i ulet i metaplazise si pasoje e e nje diete te pasur me vitamine C , E dhe me karotene. Po ashtu eshte me rendesi te permendim se vitamina C eshte shume e ulet tek pacientet qe jane te infektuar me H.Pylori. Nje diete e larte me ushqime te

kripura dhe nje diete e larte me ushqime te renda dhe te konservuara eshte po ashtu nje

faktor rreziku per kancer stomaku. Duhani:

Si per cdo semundje tjeter malinje duhani eshte shoqeruar me nje rritje te incidences se kancerit te stomakut, ndonese shkalla deri ku shkon ky rrezik per kancer stomaku eshte ende e panjohur.

Tabela 1

Kanceri gastrointestinal: udhezimet per referimin e pacienteve

• Disfagia

• Dyspepsia e kombinuar me nje nga keto simptoma alarmante

Renie ne peshe

Anaemia

Anorexia

Dyspepsia ne nje paciente me moshe 55 vjec ose me shume , dhe te pakten nje nga simptomat me rrezik te larte.

Fillimi i dispepsise me pak se nje vit me pare

Simptoma te vazhduara qe ne fillim te semundjes

Dyspepsia e shoqeruar me te pakten nje nga faktoret e rrezikut Histori familjare per kancer te stomakut ne me shume se nje kushuri te grades se pare

Ezofagu I Barret

Anemi Pernicioze

Kirurgji per ulceren para 20 vjetesh

Displazi e njohur Atrofi gastrike Metaplazi intestinale Ikter

Mase abdominal e palpueshme katet e si**perme**

Historia Familjare.

Jane shume te mirenjohura familjet qe kane nje numur te madh pjesetaresh me kancer gastrik. Individet e ketyre familjeve kane nje rrezik 2-3 here me te larte se te tjeret. Kjo hipoteze mbeshtetet nga mutacionet qe ndodhin ne proteinen E-cadherin ne linjen e disa familjeve me kancer gastrik familjar. Ndonese kjo eshte sugjeruese pe nje faktor te trashegueshem, rreziku familjar paraqet ekspozim ndaj te njejteve faktore mjedisore.

Parandalimi Primar

Nje diete me perqindje te larte te frutave dhe te perimeve (te pakten pese here ne dite) dhe keshtu nje sasi e madhe me antioksidante do te merrej me keto ushqime, per te ulur incidence e kancerit gastric. Rriyja e konceptit per eleminimin e H.Pylori ka sjelle ne menyre te padiskutueshme ne lindjen e programeve me qellim arritjen e objektivit per te crrenjosur H.Pylorin. ende nuk eshte e sqaruar ne se ndryshimet qe H. Pylori I ka shkaktuar mukozes jane apo jo te rikthyeshme dhe per pasoje sa do te influencoje kjo mase ne te ardhmen ne zhvillimin e kancerit.

**DIAGNOZA E KANCERIT TE EZOFAGUT DHE TE STOMAKUT**

Prezantimi simptomatik eshte nje parashikues I keq I patologjise , duke qene se dIspepsia tek keta paciente eshte shume e zakonshme. Ndergjegjesimi per pacientet me rrezik te larte eshte shume I rendesishem per arsye se kjo do sjelle me shpejte referimin e

pacienteve tek mjeku specialist. Udherrefyesit e fundit sugjerojne se pacientet simptomatike duhet te drejtohen sa me shpejt tek specialist ne menyre qe te lehtesohet dhe shpejtesohet vendosja e hershme e diagnoses. Rekomandohet qe specialisti ta shohe

pacientin e referuar nga mjeku I pergjithshem brenda dy javeve dhe te vendose nepermjet kesaj konsulte ne rast se pacienti ka ose jo kancer te stomakut. Keto rekomandime reflektojne nje qasje pragmatike per pacientet simptomatike. Sidoqofte ka zona specifike ku keto te dhena mund te modifikohen. Ka pak te dhena qe sugjerojne se nje referim brenda 2 javesh do permiresoje mbijetesen. Kancerat qe jane te lokalizuar ne mukoze ose ne submukoze kane nje kohe te dyfishimit te volumit te tyre 1,5-10 vjet, ndersa kancerat

e medhenj 2-12 muaj. Duke ulur kohen qe pacientet shfaqin simptoma deri ne diagnoze do te sjelle nje permiresim te prognozes te kancerat e medhenj , ne kuptimin qe keta lloj kancerash do te jen ne nje mase me te madhe te trajtueshem me kirurgji. Nevojitet nje shqyrtim me I rendesishem I evidencave ne menyre qe te arrihet ne konkluzion shkencor, nese nje qasje e tille e permireson apo jo mbijetesen. Metoda kryesore per vendosjen e diagnoses tek kanceri I stomakut eshte nje endoskopi e rrugeve te siperme. Avantazhet e endoskopise qendrojne ne faktin se me ane te saj mund te merren biopsi dhe po ashtu mund te vleresohen lezionet e vogla me mire se me ane te radiologjise. Vetem radiologjia do te humbas nje perqindje te larte te kancerit te stomakut dhe te stadeve te hershme te kancerit te ezofagut, ndersa nje sere patologjish beninje si reaksionet ndaj trupave te huaj mund te merren per patologji malinje. Gjithsesi nuk ka te dhena se keto lloj mjetesh diagnostike do kene nje efekt te drejte mbi mbijetesen. Shume studime jane perqendruar ne vleresimin e hershem dhe rreferimin sa me te shpejte te pacienteve simptomatike me endoskopi. Gjithsesi ne konkluzion te te gjitha evidencave mund te thuhet se kancerat e stomakut dhe ezofagut paraqiten ne stade te avancuara.

SIMPTOMAT Kanceri Ezofageal:

Simptoma kryesore e kancerit te ezofagut eshte disfagia. Studimet tregojne se rreth ¼ e pacienteve qe zhvillojne nje disfagi te vertete e kane arsyen e saj tek kanceri I ezofagut. Gjithe pacientet me keto simptoma duhet te rreferohen urgjentisht dhe ti nenshtrohen studimeve me endoskopi dhe radiologjise me barium. Rritja e incidences se adenokarcinomes reflekton rolin e rendesishem qe ka refluksi gastroezofageal ne kete semundje. Studimet tregojne se rreth 4-9 % e popullates perjetojne simptomat e refluksit cdo dite, dhe rreth 20% e populates I perjetojne keto simptoma nje here ne jave. Duke qene se rreth 60% e pacienteve me kancer te ezofagut te lokalizuar ne mukoze shfaqin simptoma eshte e rendesishme qe cdo pacient me simptomatike te refluksit, te ekzaminohet perpara se te filloje nje terapi empirike per refluksin. Lagergreen dhe koleget kane sugjeruar se per zhvillimin e kancerit te ezofagut jane te rendesishem simptomat e djegies dhe refluksit, kohezgjatja e ketyre simptomave (vecanerisht rendesi per zhvillimin e ACA jane zhvillimi I simptomave gjate nates, si dhe frekuenca e zhvillimit te simptomave. Pacientet me simptoma te refluksit kane nje rrezik 7,7 here me te larte per te zhvilluar kancer te ezofagut. Sa me frekuente te jene episode, sa me te renda si dhe sa me shume te zgjasin aq me I madh eshte rreziku per keta paciente

KANCERI I STOMAKUT Kanceri i hershem i stomakut:

Kanceri I hereshem I stomakut perkufizohet si kancer I lokalizuar ne mukozen ose submukozen e stomakut, pavaresisht pranise ose jo te limfonodulave te invaduara. Observimet tregojne se 70% e pacienteve me kancer te hershem te stomakut kane simptoma te dispepsise se pakomplikuar dhe nuk jane te komplikuar nga anemia, disfagia, apo renie ne peshe. Studime te tjera kane konfirmuar natyren beninje te simptomave ne stadet e hershme te semundjes. Diagnoza klinike eshte shume e dyshimte dhe e pasakte mes semundjes organike dhe asaj jo organike, per kete arsye gjithe pacientet me dispepsi duhet te konsiderohen per endoskopi, ndonese niveli I zbulimit ne total eshte vetem 1-2%.

Kanceri I avancuar I stomakut

Pjesa me e madhe e pacienteve me semundje te avancuar paraqiten me simptomat si renie ne peshe, te vjella , anoreksi, dhembje abdominale dhe anemi. Ne mbreterine e bashkuar diagnozat e vonuara ndodhin si pasoje e deshtimit per te studiuar ne menyren e duhur pacientet me risk te larte per te zhvilluar kancer te stomakut, dhe me pare kane zhvilluar simptoma gastrointestinal. Keta paciente kane nje histori te gjate dispepsie perpara se ata te referohen tek specialistet. Terapia me antisekretore mund te vonoje diagnozen dhe mund te coje ne nje keqdiagnostikim ne endoskopine e pare. Ne vecanti nuk eshte marre ne konsiderate aftesia e frenuesve te pompes jonike per te ”sheruar” keto ulcera malinje. Keshtu qe duhet te behet nje diagnose e sakte perpara se te perdoren keta medikamente

tek pacientet me risk te larte per kancer stomaku.

Diagnoza:

Diagnoza e kancerit ezofageal dhe gastrik duhet te konfirmohet gjithmone nga nje fibrogastroskopi , ndonese studimet me barium jane perdorur shpesh per diagnostikim fillestar. Fibroskopi rigid nuk rekomandohet me per arsye se fibroskopi fleksibel eshte me I sigurte dhe me kost efektiv. Specificiteti mes fibroskopise dhe dhe studimeve me

barium eshte I njejte, por fibroskopia ofron marrjen e materialit per biopsi dhe histologji, gje e cila eshte esenciale per vendosjen e diagnoses. Nuk ka ende nje studim te tregoje superioritetin e endoskopise ndaj studimeve me barium, ndonese rritja e zbulimit te displazise se avancuar mund te sjelle rritjen 26% te zbulimit te kancerit te hereshem nga pacientet qe vleresohen me endoskopi. Te njejtat numra jane dhene dhe nga LEED ne studimin e tij te endoskopise. Observime tre tjera sugjerojne se efektiviteti ne diagnostifikimin e hershem te kancerit vvaret nga koha kur referohen pacientet per endoskopi, dhe per kete arsye shumica e pacienteve me kancer ezofageal dhe stomakut diagnostifikohen ne stade te avancuara.

Diagnoza e ezofagut te Barretit dhe displazise

Diagnoza e ezofagut te Barretit kerkon nje kombinim mes aparences endoskopike dhe mostrave standarte te biopsise. Perpara se te njihej prania e ezofagut te Barretit te shkurter ose shume te shkurter, ishte e mundur qe te vendosej diagnoza ne observimin e pranise se me shume se 3 cm te metaplazise mbi junksionin kardioezofageal. Segmente

me te vogla se 3 cm jane te etiketuar si metaplazi intestinale. Keto segmente quhen shume te shkurtra dhe reziku per degjenerim malinj te ketyre segmenteve eshte jashtezakonisht I ulet. Kjo lloj metaplazie mendohet se ka me shume mundesi te shkaktohet si pasoje e infeksionit me H. Pylori, sesa te jete pasoje e nje refluksi gastroezofageal. Detyra

kryesore e endoskopistit eshte te identifikoje cilat pika te marre biopsi. Shoqata evropiane per endoskopine ka identifikuar cilat jane standartet minimale ne

terminologjine e endoskopise digjestive. Gjatesia e ezofagut Barret merret gjatesia qe nga vendi ku fillon metaplazia dhe deri aty ku fillon pala e pare e e mukozes se stomakut pas junksionit gastroezofageal. Biopsite ne kete zone jane te gjitha shume te rendesishme per te percaktuar diagnozen. Displazia e grades se larte duhet te sjelle ne menyre urgjente nje riperseritje te endoskopise dhe rimarje te biopsies. Rezeksioni duhet te merret seriozisht ne konsiderate per keta paciente pasi ne rastet qe keta paciente I jane nenshtruar rezeksionit jane gjetur degjenerime malinje ne rreth 40% te rasteve. Zonat e displazise se larte dhe ato ne te cilat jane adenokarcinoma te pranishme mund te detektohen nga nje biopsi e shpeshte me nje distance rreth 2 cm nga njera tjetra. Diagnostifikimi mund te permiresohet duke marre masa te medha te mukozes se ezofagut, ndonese dhe keto lloj biopsish mund te humbasin ezofagun e Barretit, dhe degjenerimin malinj te ketyre zonave. Roli I mbikeqyrjes endoskopike te pacientet me ezofag te Barretit eshte ende I paqarte.

Ne rast se kanceri gjendet ne nje ezofag te Barretit I cili eshte ndjekur me endoskopi ne menyre periodike, prognoza e ketyre pacienteve eshte shume e mire. Gjithsesi nje sere studimesh po tregojne efektin e vogel qe ka endoskopia ne diagnostikimin dhe ne permiresimin e mbijeteses. Mbetet per tu percaktuar faktoret si origjina etnike, gjatesia e segmentit te metaplazise, seksi mashkull dhe konsumimi I alkoolit. Keto jane grupi I pacienteve qe duhet te ndiqen nga afer me endoskopi per diagnostifikimin e hershem te kancerit.

Biopsia

Nje diagnoze endoskopike e kancerit duhet te konfirmohet dhe patologjikisht. Histologjia eshte metoda e preferuar dhe saktesia e saj vend he rritet me numrin e biopsive te marra. Citologjia mund te perdoret per te plotesuar histopatologjine, po nuk ka ende asnje te dhene qe citologjia eshte me e mire se histopatologjia. Njesoj si ne rastin e kancerit te ezofagut, nje citologji pozitive eshte e pamjaftueshme per te vendosur diagnozen dhe per te avancuar me trajtimin definitive te kancerit te stomakut.

Stadifikimi Preoperator: Synimi:

Stadifikimi I sakte I kancerit gastroezofageal eshte shume thelbesor per te lejuar nje plan te mire informuar per trajtimin perfundimtar. Avancimi ne menaxhimin jo kirurgjikal te tumoreve te avancuara kerkon nje stadifikim shume te sakte. Ky stadifikim I sakte per rastet e avancuara do beje te mundur evitimin e eksplorimeve kirurgjikale te panevojshme. Stadifikimi I sakte eshte po ashtu I nevojshem ne menyre qe te vleresoje dhe te krahasoje me mire teknikat e ndryshme te menaxhimit per pacientet qe nuk I nenshtrohen terapise kirurgjikale si pasoje e kancerave te avancuar. Nga ana tjeter me kalimin e kohes po kerkohet gjithmone me shume nje saktesi gjithmone e me e larte per stadin lokal te tumoreve, pasi ne rastet e kancerave te kufizuar ne mukoze, po perdoren gjithnje e me shume teknikat endoskopike te heqjes se ketyre tumoreve, por per ta kryer kete duhet te kemi nje informacion sa me te sakte per shtrirjen lokale te tumorit dhe per eventualitetin

e perhapjes se tumorit ne zona te largeta. Studimet preoperative qe nuk influencojne ne vendimmarrjen per menaxhimin e ketyre pacienteve eshte me e mira qe te evitohen

Metodat

Modalitetet per stadifikimin e pacienteve me kancer ezofageal dhe gastrik duhet te perfshijne skaner spiral dhe eko endoskopike. Modalitetet qe duhet te jene te gatshme jane grafia e toraksit, eko abdominal, rezonanca magnetike dhe laparoskopia.

Skaneri.

Skaneri spiral me kontrast dhe me prerje 5 mm eshte me optimali. Tumoret e kardiasit dhe te stomakut demostrohen me mire ne rast se mbushet stomaku me 600-800 ml uje. Tumoret e trupit distal te stomakut dhe te antrumit jane me mire te identifikueshme ne pozicionin ne kembe te pacientit.

Stadifikimi T i ezofagut

Skaneri nuk mund te diferencoje shtresat e esofagut, keshtu qe e ka te pamundur identifikimin mes tumoreve T1 dhe T2. Po ashtu skaneri nuk mund te dalloje infiltrimin mikroskopik ne stadin T3 nga nje gungezim I tumorit, dhe nuk mund te diferencoje mes nje tumori te madh dhe pranise se nje limfonoduli, ne prani te tumorit, vecanerisht ne pacientet kahektike. Ulja e stadit eshte me e shpeshte se rritja e stadit nepermjet skanerit. Skaneri mund te dalloje stadin T4 te infiltrimit te pemes trakeobronkiale, aortes, kruseve te diafragmes, por kjo teknike eshte shume me inferior ne krahasim me ekon endoskopike. Gjithsesi skaneri parashikon perfshirjen e mediastinit ne proces ne me shume se 80% te rasteve.

Stadifikim T i stomakut

Nevojitet nje distendim i pershtatshem qe skaneri te identifikoje lezionet primare dhe te percaktoje shtrirje e trashjes se mureve te stomakut. Arritja e distensionit te stomakut mund te jete e veshtire per pacientet me kancer stomaku te acancuar. Skaneri nuk diferencon dot stadin T1 nga T2. Lezionet T3 sugjerohen nga gjetja e strijeve ne indin perigastrik. Diferencimi mes limfadenopatise perigastrike dhe perhapjes transmurale

mund te jete shume i veshtire. Shume nga studimet kontemporane konstatojne nje saktesi qe shkon nga 80-88% ne identifikimin e pacienteve me stad te avancuar. Diagnoza T4 bazohet ne gjetjen e kontaktit mes tumorit dhe organeve rreth tumorit, humbje e dhjamit lokal ose evidence e qarte e skanerit me invadim te organit. Keto shenja mund te jene te veshtira per tu vleresuar ne pacientet kahektike

Eko –endoskopike

Ezofagu

Aftesia per te identifikuar shtresat e mureve te zorres ofron bazen per stadifikimin e tumorit. Eko endoskopia eshte superiore ne krahasim me skanerin per stadifikimin e tumorit lokal. Eko endoskopia eshte nje mjet me i mire per te parashikuar resektabilitetin e tumorit, ndonese duhet patur parasysh se keto dy metoda jane komplementare. Tumoret te cilet jane te papenetrueshem nga endoskopi duhet te dilatohen nje here dhe me pas te kryhet stadifikimi me eko-endoskopi. Keto tumore jane me shume probabilitet stadi T3 ose me shume. Endoekokrafia eshte shume me superiore se CT per stadifikimin lokal te kancerit te stomakut, ndonse duhet thene qe keto dy modalitete jane komplementare. sondat me frekuence te larte bejne te mundur nje qartesi me te larte kur vendoset stadi

T1. Presence e infiltrimit ne organet e tjera mund te demonstrohet (T4) me ane te endoekografise nepermjet fiksimit te organeve me njera tjetren. Nje deficit per endoekografine perben tumoret qe perfshijne muskularis propria dhe dalin deri ne nivel te omentumit te vogel, pa penetrim te peritoneumit visceral. Klasifikimi TNM e njeh kete situate si T2. Sidoqofte refleksionet e omentumit perreth stomakut nuk shihen qartesisht me endoekografi dhe kjo sjell nje sere ceshtjesh te rendesishme per stadifikimin endoekografik te kancerit te stomakut. Eshte e pamundur per te ditur nese carcinoma ka penetruar muskularis propria ne omentum majus ose minus, po nuk ka hyre ende ne peritoneum visceral. T2 apo T3? Si ne rastin e kancerave te ezofagut, mund te kete nje sere rastesh me kancer te stomakut qe nuk penetrohen nga skopi dhe kjo ben te pamundur vleresimin me endoekografi.

Stadifikimi N CT-skaneri

Permasa eshte i vetmi variabel i vleresimit te limfonodulit dhe eshte nje parashikues i keq i infiltrimit neoplazik, pasi limfonodulat e medhenj mund te jene thjesht reaktive. Shkalla e saktesise ne vleresimin e limfonodulave mediastinale lekundet nga 38-70%. Ne rast selinfonodulat mbi 8 mm konsiderohen anormale atehere specifiteti eshte 93% kurse

sensitiviteti 48%. Identifikimi i limfonodulave te tjere eshte me rendesi te madhe pasi keta limfonodula mund te jene jashte shtrirjes se endoekografise, dhe mund ta kthejne nje kancer ne te parezekueshem. Rishikimi i klasifikimit TNM ka ndryshuar vleresimin e limfonodulave ne kancerin gastrik. Klasifikimi i meparshem merrte ne konsiderate largesine e tumorit nga limfonoduli ne shqyrtim. Stadi N1 referohet prekjes se 1-6 limfonodulave, N2 7-15 limfonodula dhe stadi N3 me shume se 15 limfonodula. Te gjitha studimet e vjetra qe gjykonin saktesine e endoekografise dhe CT-skanerit ne vleresimin e stadifikimit N bazoheshin tek klasifikimi i vjeter TNM. Impakti i ketyre ndryshimeve ne saktesine e modaliteteve korente te imazherise eshte per tu pare.

Ultrasonografia endoskopike (UE)

Limfonodulat shihen qarte dhe disa karakteristika duket se korrelojne me infiltrimin malinj. Noduset me permasa me te medha se 1 cm , me buze te rregullta dhe hypoekogjenike jane shume te mundshme te jene te infiltruara nga procesi. Fatkeqesisht limfonodulat malinj mund te mos ti infiltrojne te gjitha karakteristikat malinje, dhe po ashtu mund te shihen dhe limfonodula te medhenj te zmadhuar. Aspirimi me gjilpere i drejtuar nga ultrasonograsonografia endoskopike. Infiltrimi i limfonodulave celiak nga

nje tumor primar i ezofagut, i cili ne kete rast stadifikohet si M1 , mund te diagnostikohet shume lehte nepermjet ultrasonografise endoskopike. Shume studime te kryera kane vertetuar efektshmerine e larte dhe saktesine e larte te ultrasonografise endoskopike ne percaktimin e stadit T dhe N. Studimet po ashtu konfirmojne se ultrasonografia endoskopike eshte me pak e sakte ne percaktimin e stadit T per tumoret ne junksionin kardioezofageal. Sondat radiale te ultrasonografise jene me te mira se sondat lineare ne percaktimin e stadit per kanceret e stomakut, ndonese ne kancerin e ezofagut nuk u pa ndonje diference e madhe ne percaktimin e stadit nga ultrasonografia endoskopike. Stadifikimi per metastaza duke perdorur vetem ultrasonografine endoskopike eshte i pakenaqshem.

Stadifikimi M

Nje shqyrtim i 838 rasteve te sapo diagnostikuara me kancer te ezofagut, konfirmoi pranine e metastazave ne rreth 18% te tyre ne momentin e prezantimit. 45% e

metastazave ndodheshin ne limfonodulat abdominale dhe 18% ne limfonodulat cervikale. Po ashtu 35% e metastazave ishin hepatike, 20% pulmonare , 9% ne kocka 5% ne surenale, dhe 2 % ishin metastaza cerebrale. Ne kete studim te gjithe pacientet me metastaza ne tru dhe ne kocka po ashtu kishin metastaza dhe ne abdomen dhe ne toraks. Keshtu qe ne mungese te te dhenave klinike, duhet te perqendrohet vemendja ne detektimin e mundshem te metastazave ne toraks dhe ne abdomen. Rivleresimi i sistemit TNM perfshin disa ndryshime te rendesishme ne lidhjen me semundjet metastatike ne karcinomen gastroezofageale. Tumoret e ezofagut te poshtem mund te perhapen ne limfonodulat abdominale, ndersa tumoret e ezofagut te siperm shoqerohen me limfonodula ne regjionin cervikal, dhe keto limfonodula klasifikohen si M1a. Tumoret e cdo regjioni me metastaza me te largeta se keto klasifikohen si M1b. Ka mbivendosje ne stadifikimin mes stadifikimit M dhe N. CT spiral ka permiresuar dukshem detektimin e metastazave hepatike, duke perdorur teknika me prerje me te holla dhe imazhe me faze

te dyfishte, dhe kjo gje mund te detektoje rreth 75%-80% te metastazave. Gjithesesi ne pacientet e njohur me metastaza hepatike vetem 50 % e lezioneve me diameter me te vogel se 1,5 cm dhe vetem 12% e atyre me diameter 1 cm jane vertete metastaza. Volumi i vogel i ascitit mund te diagnostikohet nepermjet ultrasonografise endoskopike, duke paralajmeruar kirurgun per mundesine e perhapjes peritoneale.

Eko transabdominale

Ekoja abdominale mund te jete me efektive se skaneri ne zbulimin e metastazave hepatike, ne rast se opsionet terapeutike jane kaq te kufizuara, saqe ne kete rast nevojitet vetem nje konfirmim i ketyre metastazave. Ekoja mund te perdoret qe ne bashkepunim me rezonancen magnetike te sqaroje lezionet e dyshimta te para ne skaner. Perdorimi i vetem i ekos per te vleresuar nje pacient me kancer gastroezofageal nuk perdoret me.

Radiografia e Toraksit

Grafia e toraksit do perdoret vetem ne rastin e percaktuar nga guidelineat. Ne rast se dyshohet nje mase pulomonare eshte plotesisht qe vleresimi dhe ndjekja e ketyre pacienteve te behet nepermjet CT-skanerit dhe jo nepermjet radiografise se pulmonit.

Rrzonanca Magnetike.

Ka te dhena qe rezonanca eshte superiore ne krahasim me CT-skaner spiral ne vleresimin e karcinomes ezofageale apo gastrike. Ne rastin e pacienteve me alergji ndaj kontrastit, mund te perdoret rezonanca ne vend te skanerit per te vleresuar heparin. Rerzultatet per rezonancen endoluminale jane ende ne stadet e studimet , dhe te dhenat e deritanishme tregojne se ajo nuk eshte superiore ndaj ultrasonografise endoskopike.

Bronkoskopia

Ultrasonografia endoskopike dhe skaneri jane shume efektiv ne detektimin e infiltrimit trakeobronkial, keshtu qe nuk rekomandohet bronkoskopia rutine. Bronkoskopia duhet te perdoret ne rastin qe imazheria sugjeron mundesine e infiltrimit, po nuk eshte e sigurte qe ky invazion eshte i mundshem.

Laparoskopia

Me ane te imazherise konvencionale eshte pothuaj e pamundur qe te identifikohet prania e patologjise metastatike peritoneale. Laparoskopia duhet te perdoret ne ato raste kur dyshohet prania e karcinomatozes peritoneale nga ultrasonografia endoskopike dhe CT- skaneri, si ne rastin e asciteve me volum te vogel.

Patologjia; Kanceri ezofageal Lezione prekusore Displazia ezofageale

Prania e displazise ne epitelin skuamoz sugjeron potencialin per transformim malinj. Displazia e grades se larte tregone se degjenerimi malinj tashme ka ndodhur. Ezofagu Barret

Ndonese ezofagu Barret eshte nje etnitet i njohur, interpretimi patologjik mund te jete problematik. Ne esence Barreti eshte i karakterizuar nga 3 tipe histologjike : (i) epitel gastrik i tipit fundusit me qeliza te cilat sekretojne mukus(ii) epitel gastrik i tipit junksional e qeliza mukus prodhuese dhe (iii) epitel kolumnar i specializuar me qeliza globulare mukus prodhuese te cilat mund te permblidhen si metaplazi intestinale. Makroskopikisht shume konsiderojne epitelin kolumnar me shume se 3 cm ose me shume mbi junksionin gastroezofageal si epitel Barret. Sidoqofte ezofagu Barret mund te jete i pranishem dhe ne segmente me te vegjel se 3 cm , me ose pa metaplazi intestinale. Prania e metaplazise intestinale konfirmon rrezikun e shnderrimit malinj. Endoskopikisht ndryshimet duken si nje buze e parregullt e e mukozes me ngjyre roze , e cila eshte e nderprere nga viza me epitel kolumnar , nderkohe mukoza normale e ezofagut ka nje ngjyre normale te zbehte. Rendesia e ezofagut te barretit eshte fakti se ajo bart rrezikun per tu shnderruar ne transformim malinj. Ka nje tendence qe segmentet e gjate te kene nje nivel me te larte te displazise. Displazia e grades se ulet ka tendece per te kaluar ne displazi te grades se larte, dhe kjo e fundit bart rrezikun per degjenerim malinj. Gjithsesi displazia e ulet mund te kaloje ne mukoze normale. Po ashtu perdorimi i frenuesve te pompes protonike mund te jape nje sherim te displazise se grades se ulet, duke lene pas nje reaksion inflamator, e cila mund te merret gabimisht si displazi e grades se larte. Po ashtu gjate endoskopise mund te lindin probleme gjate marrjes se biopsise ne vendin se ku

eshte lezioni. Ky fakt mund te komplikohet me teper nga nje relacion inknsistent hapsinor mes zonave me displazi dhe zonave me kancer te ezofagut. Keto faktore kane cuar qe

mes patologeve mos te kete nje mendim unik ne lidhje me kriteret e standartizuara per te percaktuar displazine. Markues me te sakte jane te nevojshem per te percaktuar humbjen e regullimit te rritjes ne epitelin e specializuar kolumnar te Barretit, dhe teknikat kromozomale mund tre ndihmojne ne kete qasje.

Raportimi i Biopsive

Mostrat e biopsise duhet te ekzaminohen nga nje histopatologjist me eksperience. Cdo gjetje anormale si displazi e larte ne Barret duhet te konfirmohet nga nje patolog-patolog lider ne patologjine gastrointestinale. Ekzaminimi citologjik duhet te kryhet nga nje citopatolog me eksperience. Tumoret e rralle ndonese jo te zakonshem duhet te investigohen me teper ne hollesi. Ne rast se eshte e mundur duhet te identifikohet dhe invazioni ne submukoza, pasi ky invadim sjell nje rritje te mundesise per metastaza ne limfonodula.

Raportimi i mostres kirurgjikale.

Raportimi i mostres kirurgjikale per kancerin e ezofagut duhet te perfshije faktoret prognostike kryesore. Keto jane percaktuar nga Kolegji Mbreteror i patologeve. Shkurtimisht nje raport duhet te perfshije komentete per tipin e tumorit, thellesine e invazionit ( duke perdorur sistemin TNM), perfshirjen e buzeve te rezeksionit, invazionin vaskular nga tumori, dhe infiltrimin limfatik te tumorit. Per momentin ka prova te

kufizuara se se perfshirja e buzeve te tumorit nga procesi sjell nje prognoze te keqe tek keta paciente. Ne rast se eshte e mundur perfshirja e ketyre buzeve nga tumori duhet te specifikohet (diseksioni i limfonodulave perpara se materiali te shkoje per ekzaminim histopatologjik mund ta shnderroje ekzaminimin e buzeve te pamundur). Ka nje rrjet te dendur limfatik te ezofagu , e cila sjell nje perhapje shume te shprehur te qelizave tumorale me rruge limfatike, ndonese kjo gje mund te mos duket makroskopikisht. Pavaresisht se eshte arritur nje rrezeksion i tumorit ne kufij te shendoshe, mund te kemi noduse tumorale satelite shume afer linjes se rezeksionit.

Kanceri gastrik

Lezionet prekusore

Gastriti dhe metaplazia intestinale:

Ka nje sasi shume te madhe per te mbeshtetur hipotezen e progresionit te Correa: gastrit kronik, atrofi gastrike me metaplazi intestinale, displazi dhe degjenerim malinj. Disa nga keto shkalle te progresionit jane te rikthyeshme. Me procesin e plakjes mukoza gastrike shfaq shenja te atrofise. Lidhja mes 3 tipeve te metaplazise intestinale dhe kancerit te stomakut eshte ende e paqarte. Tipi 1 dhe 2 ose metaplazi intestinale komplete shoqerohen me shpesh me atrofin gastrike e cila vjen si pasoje e procesit te plakjes, dhe kane nje rrezik minimal per transformim malinj. Tipi i 3 ose metaplazia jo e plote ka nje shans me te madh per te avancuar ne displazi te grades se larte.

Displazia

Displazia eshte nje ceshtje e variacioneve subjektive te vezhguesit. Per ta thjeshtuar ( nga forma e bute dhe deri tek displazia e larte), dhe per ta anashkaluar kete problem eshte perdorur grupimi ne displazi te ulet dhe te larte. Pacientet me displazi te larte ne me shume se nje ekzaminim konsiderohen qe te kene nje shnderrim malinj te tipit adenokarcinome. Gjithsesi diagnoza e displazise mund te jete shume me e veshtire, dhe kjo mund te ngaterrohet shpesh me ndryshimet regjenerative. Per kete arsye diagnozat e displazise se formes se rende duhet te inkurajohen te referohen tek patologet me eksperience ne fushen e patologjise gastrointestinale.

Raportimi i Biopsise

Pjesa me e madhe e diagnozave vendoset nga ekzaminimi me hematoksione eozine i preparateve. Biopsia endoskopike mund te platesohet nga citologjia. Ne pacientet me tumore anaplastike, duhet te perdoren ngjyrues imunohistokimik, ne menyre per ta diferencuar nga nje limfome. Shpelarjet peritoneale te marra gjate laparoskopise per ekzaminim citologjik mund te ofrojne informacione te vlefshme per qelizat e lira peritoneale. Kjo eshte shume e rendesishme pasi pacientet me qeliza te lira intraperitoneale kane nje prognoze shume te keqe , me nje tendence rekurence te diseminuar intraperitoneale dhe per kete arsye keta paciente nuk duhet te konsiderohen te trajtohen vetem me kirurgji, per te qene te shpetuar.

Raportimi i mostres kirurgjikale

Faktoret prognostike kryesore per pacientet me adenokarcinome gastrike jane thellesia e invazionit te murit te stomakut, dhe perfshirja e limfonodulave nga qelizat tumorale. Krahas kesaj pamja makroskopike, lokalizimi i tumorit, diferencimi histologjik jane faktore prognostike te rendesishem. Buzet e rezeksionit duhet te ekzaminohen dhe statusi i tyre te raportohet. Vleresimi i limfonodulave duhet te perfshije disekimin e plote te mostres kirurgjikale, per te percaktuar numrin total te limfonodulave dhe sa prej tyre

jane prekur nga procesi. Ripunimi i sistemit TNM, ka sjelle riformatim te vleresimit te

limfonodulave ne varesi me numrin e limfonodulave te perfshire ne proces. Sasia minimale e limfonodulave qe duhet te permbaje ne moster kirurgjikale eshte 12 limfonodula. Zakonisht tumoret e stomakut jane limfoma, ndonese rreth 10% e tyre mund te perbehet nga limfoma, leiomyosarcoma dhe karcinoidi. Nje sere klasifikimesh jane sugjeruar per adenokarcinome gastrike si psh- Ming ( i cili klasifikon kufijte e tumorit nesen jane infiltrative apo te ngritut), OBSH ( me nje sere klasifikimesh histopatologjike), Goesky ( nese tumoret jane tubulare dhe ne rast se kane mucine intracelulare), Lauren (difuze, intestinale dhe forma e perzier). Klasifikimi sipas Lauren eshte me i perdoruri, ndonese ai zbulon vetem nje grup te vogel te rasteve me me prognoze te keqe. Faktore te tjere, te cilet jane vleresuar, perfshijne invazionin vaskular, invazionin perineural. Invazioni vaskular eshte nje variabel prognostike e

pavarur per tumoret e kardias dhe ato subkardiale. Invazioni perineural eshte me nje vlere te dyshimte dhe kerkon percaktim me specifik.

Kancerat e junksionit gastroezofageal

Adenokarcinomat e junksionit kardioezofageal paraqesin ne problem shume te madh.

Jane shume te veshtire per tu klasifikuar pasi e marrin fillesen e tyre nga epiteli kolumnar

i lokalizuar ne ezofagun e poshtem, nga vete kardia , ose nga trup/fundusi, me perhapje te siperme ne drejtim te ezofagut. Procedurat kirurgjikale te zgjedhur per te trajtuar keto lloj tumoresh jane ende subjekt i debatit. Tumoret e vertete te kardias kane nje sjellje biologjike me agresive se tumoret e ezofagut. Shoqata Japoneze per semundjet e ezofagut

, i ka klasifikuar tumoret e junksionit si E baraz me C kur tumori shtrihet njesoj si ne stomak dhe ne ezofag, EC kur tumori shtrihet me shume ne ezofag se ne stomak, dhe CE kur tumori shtrihet me shume ne stomak se ne ezofag. Comptin dh Sorbin kane sugjeruar se kur me shume se 50% e tumorit ndodhet ne stomak atehere tumori do pare si i stomakut, ndersa kur pjesa me e madhe e tij ndodhet ne ezofag atehere ai do konsideruar si tumor i ezofgaut. Ne rast se tumori eshte i barazlarguar atehere per te bere klasifikimin e tyre do behet klasifikimi ne varesi te histologjise. Qelizat skuamoze, me qeliza te vogla dhe ato anaplazike konsiderohen si tumore te ezofagut. Adenokarcinomat konsiderohen si tumore te ezofagut. Ky klasifikim eshte shume i thjeshtezuar pasi nuk ka nje tumor autokton te kardias. Siewert dhe stein kane propozuar nje klasifikim te bazuar ne 3 origjinat e tumoreve ezofagogastrik te permendur me siper. Tipi i pare i tyre ishte nje adenokarcinome e ezofagut distal, dhe qendra e tumorit ndodhet rreth 1-5 cm mbi linjen

Z. Tipi i II eshte nje karcionome e kardias dhe tumori shtrihet ne nje distance rreth 1 cm

mbi linjen Z dhe 2 cm poshte saj, tipi i III eshte nje tumor i stomakut me nje vendosje ne nje interval 2-5 cm nga linja Z. Debatohet se keta 3 lloje tumoresh kerkojne qasje te ndryshme kirurgjikale, ne menyre qe te trajtohen ne menyre sa me adekuate dhe te garantohen margot e lira te rezeksionit. Po ashtu keta lloje tumoresh kane menyre te ndryshme perhapje ne enet dhe noduset limfatike, gje e cila e ben te domosdoshem nje disekim specifik te ketyre limfonodulave. Tipi i I i ketij tumori mund te jape limfonodula si ne aksin mediastinal dhe ne aksin celiak, ndersa dy llojet e tjera te tumoreve, perkatesisht tipi II dhe III japin metastaza limfatike ekskluzivisht vetem ne aksin celiak. Po ashtu dy tipet e fundit japin limfonodula ne nivel te hilusit splenic, dhe para aortal. Ky lloj klasifikimi eshte i rekomandueshem, pasi ai eshte uniform, lejon krahasimin e te dhenave mes disa qendrave, dhe eshte i rendesishem per shtresezimin e pacienteve ne studime prospektive.

VLERESIMI PREOPERATOR:

Zgjedhja e kujdesshme e modaliteteve te ndryshme terapeutike eshte esenciale. Kjo perzgjedhje duhet te konsideroje jo vetem natyren e simptomave qe do te permiresohen, po duhet marre ne konsiderate dhe gjendja e pergjithshme e pacientit. Vendimet duhet te merren ne kontekst me parashikimin e prognozes se ketyre pacienteve si dhe duke siguruar cilesine e jetes se tyre. Per trajtimin e ketyre pacienteve duhet te formohet nje ekip multidisiplinar dhe pikerisht prej ketij ekipi te krijohet nje plan terapeutik multidisiplinar, per kete plan duhet te informohet dhe pacienti, dhe pacienti duhet te jape konsensusin per kete plan terapeutik multidisiplinar

VLERESIMI PREOPERATOR

Perfitimi I mundshem nga nje terapi e planifikuar varet jo vetem nga stadi i tumorit, por dhe nga gjendja e pergjthshme e pacientit. Gjendja e pergjithsme e pacientit para operacionit ndikon fuqishem perfundimet e kirurgjise madhore. Ndonese jane krijuar shume skema per studimin e parametrave fiziologjik, mbeten me rendesi te jashtezakonshme anamneza mjekesore dhe semundshmerite qe ka pacienti ne momentin e operacionit. Vleresimi i pergjithshem preoperator eshte shume thelbesor para se pacienti

ti nenshtrohet kirurgjise madhore. Per problemet mjekesore qe mund te identifikohen eshte shume efektiv komunikimi i hershem me ekipin e anestezisteve. Vleresimi preoperator dhe optimalizimi i gjendjes shendetesore te pacientit para kirurgjise mund te kerkoje nje qasje multidisiplinare. Anestezistet te cilet jane te familiarizuar me procedura ventilimi pulmonar komplekse dhe procedurat e anestezise epidurale, jane te vetmit qe duhet te marrin persiper kryerjen e anestezise tek operacionet e medha te ezofagut. Ne keta paciente monitorimi invaziv gjate operacionit duhet te jete procedure rutine.

Historia e shkuar mjekesore

Nje histori e detajuar mjekesore e shoqerua me ekzaminimin fizik eshte nje parakusht i domosdoshem per vleresimin e riskut preoperator te anestezise. Semundjet kardiorespiratore jane me te shpeshtat tek pacientet qe duhet ti nenshtrohen ezofagektomise. Semundjet preekzistuese iskemike te zemres, hipertensioni arterial i pakontrolluar, dhe semundjet qe shoqerohen me disfunksion pulmonar jane arsyet me te shpeshta qe cojne ne rritje te morbiditetit operator, vecanerisht ne te moshuarit qe i nenshtrohen incizioneve torako-abdominale. Efikasiteti trajtimeve per permiresimin e funksionit kardiorespirator duhte te vleresohet ne stadet fillestare te semundjes. Eshte shume i mirenjohur klasifikimi i statusit fiziologjik sipas Shoqates Amerikane te Anestezise. Risku preoperator ritet ne menyre te dukshme me nivelin e pikezimit te kesaj shoqate. Vetem pacientet qe e kane pikezimin me pak se 3 duhet ti nenshtrohen

kirurgjise. Karakteristika sociale

Duhani eshte nje faktor etiologjik per rritjen e semundshmerise preoperatore. Te gjithe pacientet duhet te inkurajohen te lene duhanin para operacionit.

Hetimet preoperatore

Minimumi i vleresimit te pacienteve qe i nenshtrohen kesaj kirurgjie madhore duhet te perfshije kuadrin e gjakut, bilancin biokimik, astrupograma dhe elektrolitet, testet

funksionale pulmonre, nje EKG ne qetesi dhe nje radiografi te toraksit. Kapaciteti ne ushtrime dhe ne qetesi mund te jete informues per nivelin e rezerves kardiorespiratore tek keta paciente. Pacientet me semundje iskemike te njohura kerkojne nje vleresim dhe vemendje te vecante, shpesh ne bashkepunim me koleget specialiste te ketyre fushave. Hetime me te detajuara si EKG ushtrimore, ekokardiografia, imazheria me talum, shintigrafia ventilim/ perfuzion jane te nevojshme per keta paciente. Komplikacionet pulmonare jane te rritura kur FEV1 eshte reduktuar me me shume se 20%. Gjithesesi kur vleresohet funksioni pulmonar nje konsiderate e vecante i duhet dhene percaktimit te kritereve qe konsiderohen si vlera te pranueshme per pacientet qe tu lejohet kjo lloj kirurgji e madhe. Te dhenat per funksionin pulmonar duhet te merren ne kontekstin e gjatesise dhe peshes se ketyre pacienteve. Po ashtu te dhenat e astrupogrames ,

vecanerisht PaO2 , dhe ato klinike duhet te jene specifike per karakteristikat infividuale te ketyre pacienteve.

PERGATITJA PREOPERATORE

Te gjthe pacientet duhet te sillen ne nje gjendje mjekesore sa me te mire perpara se ti nenshtrohen anestezise per kete lloj kirurgjie madhore. Trajtimi per semundjet iskemike, hipertensionin ose astmen ne keta paciente duhet te jete sa me optimal qe te jete e mundur perpara operacionit. Fizioterapia e toraksit perpara operacionit do te ishte shume efektive per keta paciente. Atje ku eshte e mundur do te ishte shume mire qe te permiresoheshin crregullimet biokimike dhe hematologjike.

Statusi nutricional

Pacientet qe jane tek pesha e tyre ideale e perballojne me mire kirurgjine. Nje indeks i mases trupore me i ulet se 18,5, humbje me shume se 20% e peshes se parashikuar dhe nje nivel i ulet i abumines, jane te gjitha te shoqeruara me rritje te rrezikut operator. Pergatitja psikologjike

Te gjithe pacientet duhet te keshillohen ne lidhje me opsionet terapeutike, duke i dhene nje vemendje te vecante kufizimeve dhe rezultateve te kirurgjise. Duhet te kryhet nje pershkrim i sakte i periudhes preoperatore. Duhet po ashtu te behet nje vleresim i kujdesshem preoperator, pasi ka shume te dhena qe kualieti i jetes dhe kualiteti psikologjik i ketyren pacienteve ka nje efekt te pavarur ne prognozen e ketyre pacienteve.

Profilaksia tromboembolike

Duhet te merren masat e duhura kunder komplikacioneve trombo embolike. Corapet antitrombotike, heparine me doze te ulet, kompresioni sekuencial intraoperator, te gjitha keto jane opsione te vlefshme qe mund te perdoren.

Antibioprofilaksia

Antibiotiket me spektrum te gjere duhet te perdoren perpara operacionit, ose gjate induksionit te anestezise, ne perputhje te plote me politikat lokale te dhenises se antibioprofilaksise.

Perputhja e gjakut

4 unite gjaku duhet te jene gati para operacionit. Eshte mire qe transfuzionet te evitohen sa me shume te jete e mundur, pasi keto kane efekt imunosupresive, dhe ky efekt mund te kete po ashtu nje efekt negativ ne mbijetesen e ketyre pacienteve.

**REZEKSIONI KIRURGJIKAL PER KANCERIN E EZOFAGUT.**

Te dhena te pergjithshme.

Rezeksioni i kancerit te ezofagut kryhet me synymin qe heqja e gjith indit tumoral ne kufij te shendoshe do te sjelle ne nje periudhe te vlefshme te mbijeteses, dhe po ashtu mund te sjelle kurimin e ketyre pacienteve. Terapia kirurgjikale eshte e vetmja menyre per te zgjatur jeten e ketyre pacienteve, ndonese dhe kjo eshte e mundur ne vetem 20% te rasteve. Rezultatet e kirurgjise per stadet e hershme te adenokarcinomes dhe karcinomes skuamoze mund te jene shume te shkelqyera. Mbijetesa 5 vjecare mund te jete mbi 80% kur procesi eshte i lokalizuar tek mukoza, dhe 50-80% kur submukoza eshe e invaduar. Nga ana tjeter rezeksioni nuk ka asnje vlere ne pacientet me metastaza hematologjike. Eshte shume thelbesore qe ezofagektomia te kryhet me nje nivel sa me te ulet mortaliteti dhe morbiditeti spitalor. Perzgjedhja e rasteve, volumi i rasteve, dhe eksperienca kirurgjikale luajne te gjitha nje rol te rendesishem ne kete synim. Analizimi i rrezikut preoperativ ka sjelle nje reduktim te mortalitetit postoperativ nga 9,4% ne 1,6%. Ne 1986

Matthews tregoi nje lidhje negative mes numrit te karcinomave te rezekuara dhe mortalitetit spitalor ndermjet kirurgeve. Nje qasje me baze ekipi dhe nje rritje e ekspertizes se ekipit ka sjelle nje ulje sinjifikante ne mortalitetin e pacienteve qe i nenshtrohen ezofagektomise, me kalimin e kohes. Ne nje studim te shtrire mes viteve

1980-1988 eshte konfirmuar se mortaliteti spitalor mesatar mbas rezeksionit ishte 13%. Shume qendra evropiane kane treguar nje mortalitet me te ulet se kjo shifer gjate viteve 90 dhe tani duhet te pranohet qe nje shifer me e ulet se 10% ne mortalitetin e ketyre pacienteve duhet te arrihet.

Perzgjedhja e pacienteve per kirurgji.

Perzgjedhja e pacienteve per kirurgji duhet te behet ne baze te stadit dhe perhapjes se semundjes, si dhe nga te dhenat e pergjithshme dhe specifike te semundjes. Nje ekip i specializuar ne trajtimin e pacienteve me kancer te ezofagut duhet te marre vendimet ne

nje bashkepunim me pacientin dhe familjaret e tij. Pacientet qe do kene nevoje per trajtim radikale dhe rezeksione te shtrira ( stadi T4) eshte me mire te trajtohen ne qendrat e specializuara. Gjithsesi ekipi kurures i ketyre pacienteve duhet te angazhohet ne menyre

qe te krijoje nje plan terapeutik sa me optimal per keta paciente. Terapia radikale duhet tu rekomandohet pacienteve me tumor te lokalizuar (T1 dhe T2), dhe qe jane shume fit per te perballuar kete procedure. Kombinimi i terapive mund te rekomandohet per pacientet me stad T2. Pacientet me kancer ezofageal te avancuar duhet te konsiderohen per studime dhe tek keta paciente duhet te testohet roli i terapive multimodale te raja ne kombinim me kirurgjine.

Perzgjedhja e qasjes kirurgjikale.

Lloji histologjik, lokalizimi i tij dhe shtrirja e limfadenektomise duhet te percaktoje qasjen operatore. Limfadenektomia mediastinale eshte esenciale, por ajo duhet te shtrihet dhe ne abdomen ne rastin e adenokarcinomave junksionale. Kjo e gje e ben ezofagektomine transhiatale te papershtatshme per karcinomen me qeliza skuamoze. Nje incizion nga ana e majte e toraksit eshte i veshtire pasi harku i aortes pengon diseksionin proksimal te aortes. Tumoret qe ndodhen ne nivelin e harkut te aortes jane shume te veshtire per tu arritur nepermjet torakotomise se majte, prandaj eshte mire qe ky lloj incizioni te evitohet per tumoret qe ndodhen ne kete nivel ose me larte. Procedura me e perdorur eshete Lewis –Tanner, me nje laparotomi ne fillim, gjate kesaj kohe pergatitet tubi gastrik i cili do cohet ne toraks, dhe nje torakotomi e djathte per te hequr tumorin,

dhe per te kryer anastomozen. Nje faze e trete cervikale mund te shtohet per pacientet tumori i te cileve mund te jete shume i larte, dhe duhet arritur ne kufij te shendoshe ne kufij gjatesore.

Standartete rezeksionit te tumoreve

Tek te gjithe operacionet tumoret duhet te trajtohen me shume kujdes ne menyre qe te behet e mundur evitimi i rekurencave lokale dhe te lejoje nje limfadenektomi adekuate, gje e cila do evitoje gabimet ne stadifikim. Deri ne cfare pike limfadenektomia minimizon rrezikun per rekurence lokale simptomatike, kjo gje nuk dihet ende. Fakti qe nje limfadenektomi shoqerohet me nje permiresim te mbijeteses mund te jete thjesht reflektim i nje stadifikimi me te sakte. Perhapje submukozale eshte karakteristike per te gjitha karcinomat e ezofagut. Kjo shpjegon shume here gjetjen e buzeve pozitive ne biopsi, ndonese biopsite ekstempora kane treguar mungese te infiltrimit. Shume studime

kane treguar se linja e rezeksionit proksimalisht duhet te shkoje te pakten 10 cm , ndersa distalisht tumorit 5 cm, kur ezofagu eshte ne gjendjen e tij natyrale. Ne keto kushte rekurenca lokale mund te ulet duke perdorur radioterapine, kjo duhet te kihet parasysh

per tumoret me qeliza skuamoze te ezofagut, vecanerishte kur poli proksimal i tumorit eshte lart. Adenokarcinoma e ezofagut terminal mund te infiltroje kardien, fundusin, kurvaturen. Shtrirja e rezeksionit dhe ne abdomen dhe limfadenektomia abdominale jane esenciale, ne menyre qe te krijohet nje distance prej te pakten 5 cm nga poli distal i tumorit. Eshte interesante te theksohet se margo e rezeksionit pozitiv ne pacientet me adenokarcinoma jane gjetur ne pacientet me semundje lokalisht te avancuar, ku ne retrospektive rezeksioni nuk dukej te ishte kurativ. Shumica e ketyre pacienteve nuk vdiste nga rekurenca simptomatike lokoregjionale. Duhet theksuar rendesia e sigurimit te buzeve te rezeksionit pa infiltrim tumoral, dhe per kete arsye shpesh mund te jete i domosdoshem dhe ekscizimi i kruseve diafragmale, vecanerishte per tumoret junksionale. Standartet e limfadenektomise

Shumica e pacienteve qe i nenshtrohen kirurgjise se kancerit te ezofagut do te kene prekje te limfonodulave. Synimi kryesor i limfadenektomise eshte te beje nje stadifikim sa me te sakte, te ule mundesine e rekurencave lokale, duke rritur numrin e pacienteve te cilet arrihet rezeksioni R0, rritjen e mbijeteses. Ne karcinomen me qeliza skuamoze , kur perdoret nje qasje metodike per limfadenektomine, numri i limfonodulave te prekur nga procesi ka nje rendesi te madhe per percaktimin e prognozes se ketyre pacienteve. Ndonese japonezet mbeshtesin kryerjen e limfadenektomise ne 3 fusha cervikale, abdominale, dhe ne toraks, kjo lloj qasje nuk eshte aplikuar dhe as mbeshtetur gjeresisht ne evrope dhe perendim. Disekimi veten ne nivel abdominal perfshin limfadenektomine

ne te majte dhe te djathte te kardias, limfonodulat pergjate kurvatures se madhe, arteries gastrica sinistra dhe territorin e ushqyer nga arteria splenica. Disekimi ne dy fusha perfshin limfadenektomin toracike, limfonodulat paraaortale , pergjate ductus thoracicus, noduset paraezofageale, limfonodulat ne te dy hiluset pulmonare, limfonodulat ne bifurkacionin trakeal, dhe per japonezet dhe limfonodulat para trakeale pergjate nervit laryngeus recurrens te majte. Diseksioni ne tre fusha shtrin limfadenektomine ne qafe per te pastruar trunkusin brachiocefalik, noduset e thella laterale dhe eksternale cervikale dhe noduset cervikale anteriore afer zinxhireve te nervave laryngeus recurrens. Nje sere studimesh kane treguar se diseksioni ne dy fusha mund te kryhet pa pasur asnje pasoje ne mortalitetin dhe morbiditetin operator. Nga ana tjeter ndonese ne japoni favorizohet disekimi ne 3 fusha , ka shume mundesi qe permiresimi i mbijeteses te jete thjesht

reflektim i nje stadifikimi me te sakte te ketij tumori. Nuk ka asnje te dhene qe ne rastin e adenokarcinomave te ezofagut disekimi ne 3 fusha do te sjelle nje rritje te mbijeteses se ketyre pacienteve, perkundrazi, ky disekim do shoqerohet me rritje te morbiditetit operator.

Zgjedhja e tranzitit, rruga dhe anastomoza.

Tranziti me i zakonshem eshte ai qe behet me ane te stomakut. Funksionimi i stomakut ne toraks eshte studiuar per nje kohe te gjate nga nje sere studimesh. Vagotomia e domosdoshme mund te sjelle nje sere problemesh si pasoje e parezes. Nje studim retrospektiv tregoi se piloroplastika nuk permiresoi zbrazjen e stomakut, as dhe as eleminoi parezen, ndonese ky ishte nje studim i vogel. Duke qene se morbiditeti nga pyloroplastika eshte shume i ulet, kryerja e saj rekomandohet ne te gjitha rezeksionet. Koloni eshte organi i dyte me i zgjedhur per te zevendesuar stomakun. Dhe ketu performanca e funksionit te kolonit eshte studiuar me detaje. Shume kirurge preferojne nje rruge prevertebrale per vendosjen e stomakut, dhe kjo eshte treguar te jete me superiore ne krahasim me nje vendosje anteriore te kolonit. Megjithate nje studim me i vogel tregoi se vendosja substernale e kolonit nuk ka ndonje ndryshim te madh nga ajo prevertebral si ne aspektin e komplikacioneve teknike dhe ne aspektin e perfundimeve funksionale. Niveli se ku duhet te behet anastomoza eshte ende nje subjekt i debatit. Nuk ka asnje studim qe te krahasoje vendosjen e anastomozes ne nivel te mediastinit superior ose ne nivel te qafes. Secila nga keto ka pelqyesit e vet. Studime te shumta kane treguar se nuk ka asnje ndryshim ne mes te anastomozes se qepur me dore dhe asaj te kryer me stapler. Niveli i rrjedhjeve nga anastomoza per te dy rastet eshte i njejte. Ne anastomozat e kryer me dore ka nje nivel me te ulet strikture, vecanerisht nese anastomoza realizohet vetem me nje shtrese.

Menaxhimi postoperator

Vemendje e vecante i duhet kushtuar mbajtjes se balances hidroelektrolitike dhe kujdesit respirator ne periudhen direkt pas operacionit. Dhembja dhe fizioterapia post operatore jane shume te rendesishme. Nuk ka evidence te mjaftueshme per te vertetuar domosdoshmerine e jejunostomise ushqyese. Levizshmeria e hershme e pacientit dh profilaksia e trombozes eshte shume e rendesishme po ashtu.

KOMPLIKACIONET POSTOPERATORE Pulmonare

Komplikacionet pulmonare jane shume te zakonshme pas ezofagektomise, dhembja si

pasoje e incizioneve te medha eshte nje faktor kontribues ne uljen e ventilimit dhe atelektaze, duke sjelle keshtu pneumonine dhe insuficience pulmonare. Incizionet ne diafragme mund te demtojne levizshmerine e saj, ndersa limfadenektomia e zgjeruar mund te sjelle nje rritje te stazes limfatike ne alveole , duke favorizuar nje edeme pulmonare akute. Perdorja e anestezise epidurale toracike ka sjelle nje ulje drastike te incidences se komplikacioneve pulmonare.

Rrjedhja e anastomozes.

Hapja e hershme e anastomozes (brenda 72 oreve te para) vjen si pasoje e gabimeve te teknikes operatore. Ne momentin qe eshte konfirmuar, dhe nese gjendja e pergjithshne e pacientit e lejon atehere eshte e keshillueshme revizioni kirurgjikal dhe rregullimi i defektit. Pjesa me e madhe e hapjeve ndodh vone, pas 2 javesh, dhe vjen si pasoje e iskemise ose e tensionit ne buzet e anastomozes. Mbajtja e nje dyshimi te larte eshte shume e rendesishme per diagnostifikimin e hershem. Ndonese perdorimi i kontrasteve te

tretshem ne uje mund te vertetoje diagnozen duhet pasur parasysh se ne disa raste mund te mos kemi dalje te kontrastit ndonese ekziston vertete hapja e anastomozes. Pjesa me e

madhe e ketyre rrjedhjeve mund te menaxhohet konservatorisht nepermjet sondes

nazogastrike, antibiotikeve me spekter te gjere, jejunostomise ushqyese dhe drenimit te pershtatshem lokal. Dehishenca e linjes gastrike mund te vije si pasoje e ishemise ne buzet e mureve te stomakut. Ne kete rast reeksplorimi eshte i domosdoshem. Nuk ka

ndonje ndryshim te madh mes anastomozes se vendosur ne toraks dhe asaj te vendosur ne qafe per sa i perket rrezikut per tu hapur. Vendosja e anastomozes ne qafe nuk garanton se ajo nuk do te rrjedhe dhe ne toraks ne momentin qe do te hapet. Niveli i pergjithshem i hapjes se anastomozes nuk duhet ta kaloje 5 %

Kilotoraksi

Kilotoraksi ndodh ne 2-3 % te ezofagektomive trans toracike. Dallohet si nje rrjedhje e turbullt kremoze nga tubat e toraksit. Incidenca mund te jete me e larte ne rastin e ezofagektomive transhiatale. Kjo situate ka nje mortalitet te larte per arsye se ne rast se zgjat mund te ndodh hypoalbuminemia dhe deplecioni leukociteve. Ritmi i rrjedhjes se limfes ne diten e 5 pas operacionit mund te percaktoje nese kjo mundet ose jo te mbyllet spontanisht. Nje prodhim me i madh se 10ml/kg/dite eshte nje indikacion per revizion kirurgjikal dhe per ligimin e duktusit toracik.

Demtimi i N. Laryngeus recurens

Demtimet e ketij nervi jane me te zakonshme gjate diseksionit te ezofagut te siperm. Pjesa me e madhe e demtimeve jane unilaterale dhe te perkohshme. Nervi laringeal i majte eshte i rrezikuar gjate diseksionit, vecanerisht nese disekimi shoqerohet dhe me vendosjen e anatomozes ne qafe. Eshte e keshillueshme qe anastomozen ta vendosim majtas ne menyre qe te mos demtohen te dy nervat. Demtimi i ketij nervi sjell veshtiresine e pacientit per tu kollitur ne stadet e para pas operacionit, dhe po ashtu demton aftesine e pacientit per te mbrojtur rruget e ajrit. Ky demtim mund te behet nje kontribues i rendesishem ne rritjen e morbiditetit respirator. Ne shumicen e pacienteve eskziston nje kompensim i kenaqshem nga korda e anes tjeter. Trakeostomia mund te konsiderohet per te mbrojtur rruget e ajrit ose per te permiresuar tualetin pulmonar. Tiroplastika ose injeksioni i kordave mund te jene ralle te nevojshme.

Striktura beninje e anastomozes.

Kjo mund te ndodhe ne ditet dhe muajt e para pas kirurgjise , dhe ne kete rast ka te beje me fibrozen postoperatore, ose me vone (pas disa vitesh) dhe ne kete rast eshte pasoje e refluksit. Diferencimi mes rekurences ne nivel te linjes se suturave mund te jete shume i veshtire, dhe per kete eshte e nevojshme biopsia. Striktura duket se eshte me e shpesh ne rastet kur anastomoza vendoset ne qafe, ose ne rastet kur anastomoza kryhet me stapler, vecanerisht ne rast se perdoret stapler cirkular me kaliver te vogel. Keto striktura te hershme postoperatore mund te menazxhohen shume mire nepermjet dilatimit me buzhi, por per kete mund te jene te nevojshme shume seanca.

**REZEKSIONET KIRURGJIKALE KANCERIN GASTRIK**

Kirurgjia kurative.

Kirurgjia eshte trajtimi i zgjedhur per kancerin e stomakut. Rezektabiliteti dhe mbijetesa varen nga stadi ne te cilin diagnostikohen keta paciente. Ne west Midlands 80% e pacienteve preszantohen ne stadin e IV dhe vetem 20 % e ketyre pacienteve i nenshtrohen

kirurgjise kurative. Ne nje studim te kryer ne mbreterine e bashkuar per te krahasuar mes diseksionit D1 dhe D2 u arrit ne konkluzionin se vetem 54 % e pacienteve te shtruar i nenshtroheshin kirurgjise potencialisht kurative. Rritja e perdorimit te endoskopise dhe rekomandimi per ti ekzaminuar menjehere pacientet me fenomene dispeptike qe ne fazat e hershme ka sjelle nje rritje te zbulueshmerise se kancerit te stomakut ne stade me te hereshme.

Shkalla e rezeksionit gastrik

Kanceri gastrik sillet si nje semundje lokoregionale dhe tenton te jape metastaza hematogjene ne stadet e avancuara te tij. Rregullat japoneze per kancerin gastrik kane percaktuar kriteret per buzet e rezeksionit, ne varesi te permasave dhe lokalizimit te tumorit. Nje gastrektomi subtotale eshte e vlefshme per nje kancer T2 ne rast se cepi proksimal eshte te pakten me shume se 2 cm nga kardia. Ne rastet e lezioneve infiltrative duhet nje kufij prej te pakten 5 cm. Kur distanca proksimale nga kardia eshte me pak se 5 cm , ose ne rast se tumori eshte difuz me infiltrim submukozal, ne keto raste indikohet gastrektomia totale. Nje kufi prej 5 cm ne ezofag eshte i domosdoshem per tumoret e tipit te III. Gastrektomi totale me limfadenektomi abdominale duhet te indikohet per tumoret etipit II. Rezeksioni I organeve fqinje duhet te merret ne konsiderate ne rast se ka infiltrim ose supozim per infiltrim (tumore T4). Keto rezeksione mund te kene kuptim ne rast se eshte arritur heqja totale e tumorit nga keto organe dhe nese pacienti ka mundesi per ta perballuar kete kirurgji. Ne japoni po perdoren aktualisht kirurgji me pak te shtrira teka pacientet me kancer te hershem te stomakut. Keto rezeksione mund te jene te hapura, laparoskopike, apo duke perdorur nje gastroskop operativ. Incidenca e larte e noduseve pozitive ne kancerin gastrik tregon se keto lloj mini kirurgjie nuk jane kurative. Limfadenektomia

Eksperienca japoneze ka treguar se ekscizioni i lezionit primar se bashku me omentumin dhe 2 radhet e limfonodulave qe drenojne zonen ku ndodhet lezioni mund te sheroje keta paciente. Ne rast se hiqen limfonodula pertej linjave te stomakut atehere ne kete rast flitet per limfadenektomi te shtrire. Sipas rregullave japoneze nje rezeksion shihet si R0 kur i gjithe tumori eshte larguar. Nje rezeksion quhet absolutisht kurativ ne rast se nje linje e limfonodulave, mbi limfonodulat e prekur eshte hequr (psh diseksion limfatik D2 per kancerat N0,N1) rezeksioni i linjes se pare te limfonodulave eshte konsideruar si D1 dhe ky eshte niveli i disekimit i arritur nga shumica e kirurgeve perendimore. Mbijetesa totale

5 vjecare nuk na ndihmon per te krahasuar rezultatet kirurgjikale. Krahasimi i rezultateve per stade te njejta mes shoqerive perendimore dhe japoneze tregon rezultate me te keqia ne perendim. Gjithsesi pjeserisht prognoza me e mire qe ndjek pacientet me limfadenektomi te shtrire vjen si pasoje e nje stadifikimi me te mire te tumorit, dhe nuk mund ti atribuohet vetem kirurgjise. Ne perpjekje per te perqafuar eksperiencen japoneze disa kirurge kane arritu rezultate shume te mira pas aplikimit te diseksioneve te shtrira limfatike, te pakten per rastet e hershme te semundjes. Avantazhet e diseksionit D2 bien ne sy vecanerisht ne tumoret e stadit II dhe IIIa. Nje pjese e te semureve me semundje N2 jane sheruar nga limfadenektomia D2. Kjo sjell supozimin, se keta paciente nuk do

kishin asnje shans per te mbijetuar ne rast se do ishin nenshtruar procedurave me pak agresive. Nuk ka studime te rastesishme qe krahasojne diseksionin D1 dhe D2. Nje studim hollandez multicentrik ka treguar permiresimin ne mbijetese qe kane pacientet qe u nenshtrohen D2 ne krahasim me D1. Mortaliteti eshte me i larte kur kryhet D2, vecanerisht kur hiqen pjese te pankreasit ose kur behet splenektomia ne funksion te

limfadenektomise. Ndonese ka pasur kriticizma ne lidhje me keto studime, pritet qe keto te percaktojne guidelineat e kirurgjise per kancerin e stomakut ne perendim. Nje konsensus internacional me 1997 vendosi se pacientet me kancer te stomakut duhet ti nenshtrohen diseksionit D2 per te bere te mundur sherimin e tyre. Ka shume te dhena se heqja e shpretkes ka nje efekt negativ ne prognozen e ketyre pacienteve. Mundesia e limfonodulave pozitiv hiliar duhet te konsiderohet ne menyre te kujdesshme. Rralle hasen kancera te pasherueshem te 2/3 distale te stomakut-antrum me pak se 1 % dhe ne mesin e stomakut me pak se 10%. Rezeksioni i limfonodulave hilliare pa limfadeneektomi eshte i mundshem, gjithsesi kjo po i neneshtrohet nje studimi intensiv. Rezeksioni i pankreasit distal per te hequr gjithe limfonodulat qe ndodhen pergjate a. Splenica shoqerohet me nje mortalitet shume te larte si ne Japoni dhe ne perendim. Studimi i MRC treguar se pacientet qe i nenshtrohen limfadenektomise dhe rezeksioneve splenike se bashku kane nje prognoze shume me te keqe, ndonese per kete gje mund te kontribuojne dhe faktore te tjere. Ekscizioni i noduseve splenik pa kryer pankreatektomine eshte i mundshem.

Aplikimi i ketyre teknikave ne perendim sapo ka filluar te eksplorohet

Morbiditeti dhe mortaliteti

Shume faktore prekin mortalitetin e e kirurgjise kurative per kancerin e stomaku, duke perfshire moshen e pacientit , stadin dhe pozicionin e kancerit. Operacionet palliative shoqerohen me nje mortalitet me te larte. Mortaliteti i gastrektomise totale eshte pothuaj sa dyfishi i asaj pas gastrektomise subtotale. Per momentin mortaliteti i D2 eshte me i larte se mortaliteti i diseksionit me pak te shtrire D1, ndonese pjesa me e madhe e rrezikut vjen si pasoje e nivelit te larte te komplikacioneve pas pankreatektomise dhe splenektomise. Ne perendim ka te dhena per nje kurbe mesimi te rezeksioneve D2. Rezulltatet nga qendrat e specializuara na tregojne ne mortalitet operator me pak se 5%. Te dhenat e rregjistrit tregojne nje mortalitet operator me te ulet per ata kirurge qe kryejne me shume se 9 rezeksione ne vit. Kjo tregon dhe nje here se keta paciente eshte mire qe te trajtohen me ekipe multidisiplinare , ne qendra te specializuara , ku eksperienca eshe me e madhe dhe volumi i punes se kryer eshte po ashtu me i madh.

**TRAJTIMI ADJUVANT**

Kancei i ezofagut

Kemioterapia adjuvante.

Dhenia e kemioterapise postoperatore te pacientet pas ezofagektomise eshte problematike duke pasur parasysh periudhen post operatore te ketyre pacienteve. Te dhenat ne lidhje

me kemioterapine adjuvante jane te kufizuara. Nje studim qe krahasoi perdorimin e vinkristine +cisplatine me pacientet vetem te operuar nuk tregoi asnje lloj ndryshimi ne mbijetese. Nje studim tjeter qe perdori cisplatinen + 5-fluoruracilin pa nje permiresim te kohezgjatjes pa semundje tek pacientet, por sidoqofte ky kombinim nuk shenoi nje permiresim total te mbijeteses. Si perfundim duhet thene se kemioterapia duhet te perdoret vetem ne kuader te studimeve klinike.

Kemioterapia neoadjuvante

Nje studim qe krahasoi 5-FU para kirurgjise me vetem kirurgjin tregoi se nuk ka asnje lloj perfitimi nga shtimi i kemioterapise. Sidoqofte shume pak paciente morren kursine plote te kemoiterapsie te alokuar ne kete studim. Nje studim tjeter mori ne shqyrtym shtimin e kemioterapsie me cisplatine + 5-FU kundrejt vetem kirurgjise. Ky studim tregoi nje perfitim statistikisht te rendesishem nga pacientet e trajtuar me kemioterapi neoadjuvante. Per me teper ne te dy krahet e studimit nuk kishte ndryshim ne numrin e vdekjeve postoperatore dhe komplikacioneve [postoperatore. Keto te dhena sugjerojne dhenien e kemioterapise preoperatore per te gjithe pacientet me kancer ezofageal te operueshem, me perjashtim te atyre rasteve kur stadi i tumorit eshte ne menyre paekuivoke T1.

Radioterapia preoperatore.

Nje meta analize e 5 studimeve te rastesishme nuk tregoi asnje perfitim tek pacientet qe jane trajtuar me radioterapi preoperatore.

Radiokemioterapia neoadjuvante.

5 studime e krahasuan per dorimin e radiokemioterapise preoperatore ne kancerin e ezofagut. 3 nga keto studime nuk kane treguar ndonje avantazh ne mbijetese . kemioterapia dhe radioterapia jane administruar ne menyre sekuenciale sesa ne menyre conkorente. Dy nga keto studime permbanin kemioterapine me cisplatine dhe 5-FU, me radioterapi me dosje 40-45 Gy. Ne keta paciente mbijetesa vetem me kirurgji ishte 22 % dhe me kemioradioterapi neoadjuvante 31 % ne kohen e tanishme po tregohet nje interes

i madh ne agjentet e rinj kemioterapeutike si psh grupi i taksaneve., administrimi i dozave te vogla ;por te vazhdueshme te kemioterapise pergjate radioterapise, dhe rezatimi me doza te hiperfraksionuara me nje skeme dy here ne dite.

Kemioradiacioni perfundimtar per kancerin me qeliza skuamoze.

Duke qene se kanceri me qeliza skuamoze ndodh ne ezofagun proksimal, ai paraqet me shume veshtiresi se adenokarcinoma e ezofagut, e cila ndodh ne pjesen terminale te tij. Per me teper pacientet paraqiten ne stade te avancuara dhe mund te jene kandidate te keqinj per kirurgji. Ne studime jo shume te sakta eshte pare se si pasoje e radioterapise miund te ndodhe nje pergjigje komplete vetem ne 20% te rasteve. Mbijetesa mesatare e pacienteve te trajtuar me kemioradiacion eshte e njejte me mbijetesen e pacienteve te trajtuar vetem me kirurgji. Radiokemioterapia dhe kirurgjia duket te kene te njejtin efektivitet ne karcinomen me qeliza skuamoze te ezofagut te siperm.

Kanceri gastrik dhe ezofagogastrik ne junksionin kardioezofageal

KEMIOTERAPIA ADJUVANTE.

Arsyetimi se kemioterapia postoperatore mund te permiresoje kontrollin lokal dhe sistemik te semundjes ka qene nen investigim per me shume se 25 vjet. Nje metaanalize e shume studimeve nuk tregon nje permiresim te kemioterapise perballe kirurgjise. Megjithate nje studim i fundit tregoi se ne fakt kemioterapia sjell permiresim ne mbijetese. Si perfundim mbetet te thuhet se nuk ka evidenca te plota qe mbeshtesin perdorimin e kemioterapise post operatore dhe cdo perdorim i saj duhet te behet ne kushtet e studimeve klinike.

Kemioterapia adjuvante intraoperatore.

Nje studim i vogel tregoi mbijetese tek pacientet qe merrnin mitomicine C

intraperitoneale per kancerin e stiomakut per pacientet me gastrektomi T3/T4. Kur u bene

studime multicentrale nuk u pa asnje efekt mbi mbijetese. Kemioterapia intraperitoneale mund te permiresoje sjelljen e karcinomatozes, pas kemioterapise sistemike ne nje studim u pa se perdorimi i kemioterapise per stadin e III para operacionit, dhe me pas perdorimi i kemioterapise intraoperatore, intraperitoneale , tregoi nje permiresim te mbijeteses se ketyre pacienteve. Kjo lloj qasjeje kerkon nje vleresim te metejshem

Kemioterapia neoadjuvante

Ndonese nje pjese e studimeve te vogla kane treguar efektin pozitiv te kemioterapise preoperatore shumica e studimeve nuk i kane pohuar keto rezultate. Nje studim korean qe studionte kemioterapine preoperatore me 5 fluoruracil, cisplatinium dhe etoposide nuk dha asnje lloj permiresimi ne mbijetese, ndonese resektabiliteti i tumorit ishte shume me i permiresuar. Nje studim qe vleresonet FAMTX ( 5-FU, adriamicin dhe metotraksatin) nuk tregonte asnje permiresim ne mbijetese ne raport me vetem kirurgjine. Jane ne proces studime te tjera me agjente me te forte per te vleresuar rolin e kemioterapise

neoadjuvante.

Radiokemioterapia adjuvante. Roli i radiokemioterapise eshte duke u vleresuar tani ne nje studim qe permban 603 paciente. Ne nje interval prej 3,3 vjetesh eshte pare nje avantazh ne mbijetese per te gjithe grupet. Kjo qasje duhet te vleresohet me shume per te

percaktuar nese ky perfitim eshte i qendrueshem ne kohe.

BIBLIOGRAFI

1. Karpeh MS, Kelsen DP, Tepper J. Cancer of the Stomach. In Cancer: Principles and Practice of Oncology (6th Edition). Edited by DeVita, Jr VT, Hellman S, Rosenberg SA. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001: 1092-1126

2. Lawrence, Jr. W. Gastric Cancer. Clinical Oncology. Edited by Lenhardt, Jr. RE,

Osteen RT, Gansler T. Atlanta: American Cancer Society; 2001: 345-356.

3. American Cancer Society. Cancer Facts and Figures 2008. Atlanta, Ga: American

Cancer Society, 2008.

4. Blot WJ, Devesa SS, Kneller RW, et al.: Rising incidence of adenocarcinoma of the esophagus and gastric cardia. JAMA 265 (10): 1287-9, 1991.

5. Kurtz RC, Sherlock P: The diagnosis of gastric cancer. Semin Oncol 12 (1): 11-8,

1985

6. Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger AE, Belli J, et al.: Pathologic and phenotypic features of gastric cancer. Semin Oncol 23 (3): 292-306, 1996

7. Siewert JR, Böttcher K, Stein HJ, et al.: Relevant prognostic factors in gastric cancer: ten-year results of the German Gastric Cancer Study. Ann Surg 228 (4):

449-61, 1998

8. Nakamura K, Ueyama T, Yao T, et al.: Pathology and prognosis of gastric carcinoma. Findings in 10,000 patients who underwent primary gastrectomy. Cancer 70 (5): 1030-7, 1992.

9. Adachi Y, Yasuda K, Inomata M, et al.: Pathology and prognosis of gastric carcinoma: well versus poorly differentiated type. Cancer 89 (7): 1418-24, 2000.

10. Stomach. In: American Joint Committee on Cancer: AJCC Cancer Staging

Manual. 6th ed. New York, NY: Springer, 2002, pp 99-106.

11. Roder JD, Böttcher K, Busch R, et al.: Classification of regional lymph node metastasis from gastric carcinoma. German Gastric Cancer Study Group. Cancer

82 (4): 621-31, 1998

12. Ichikura T, Tomimatsu S, Uefuji K, et al.: Evaluation of the New American Joint Committee on Cancer/International Union against cancer classification of lymph node metastasis from gastric carcinoma in comparison with the Japanese classification. Cancer 86 (4): 553-8, 1999

13. Gunderson LL, Sosin H: Adenocarcinoma of the stomach: areas of failure in a re- operation series (second or symptomatic look) clinicopathologic correlation and implications for adjuvant therapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 8 (1): 1-11, 1982.

14. Green PH, O'Toole KM, Slonim D, et al.: Increasing incidence and excellent survival of patients with early gastric cancer: experience in a United States medical center. Am J Med 85 (5): 658-61, 1988

15. Brennan MF, Karpeh MS Jr: Surgery for gastric cancer: the American view.

Semin Oncol 23 (3): 352-9, 1996.

16. Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G, et al.: Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: five-year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. Italian Gastrointestinal Tumor Study Group. Ann Surg 230 (2): 170-8, 1999