

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE DIN CRAIOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ**

REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT

***ROLUL ȘI LOCUL LAPAROSCOPIEI ÎN STADIALIZAREA
CANCERULUI GASTRIC***

**CONDUCĂTOR DE DOCTORAT
PROF.UNIV.DR.ION GEORGESCU**

**STUDENT DOCTORAND
CIPRIAN LAURENȚIU PĂTRU**

2013

CUPRINS

INTRODUCERE	Error! Bookmark not defined.
PARTEA GENERALĂ	
CAPITOLUL I	
I.A.VARIAȚII GEOGRAFICE ALE CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
I.B.TRENDURI TEMPORALE ALE CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
I.C.DISTRIBUȚIA CANCERULUI GASTRIC ÎN FUNCȚIE DE SEX, MEDIU, VÂRSTĂ ȘI RASĂ	Error! Bookmark not defined.
I.D.CONSIDERAȚII ANATOMOPATOLOGICE PRIVIND CANCERUL GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL II	
TABLOU CLINIC ÎN CANCERUL GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
II.A.MANIFESTĂRI CLINICE ALE CANCERULUI GASTRIC INCIPIENT	Error! Bookmark not defined.
II.B.MANIFESTĂRI CLINICE ÎN CANCERUL GASTRIC AVANSAT	Error! Bookmark not defined.
II.B.1. Manifestări clinice sugestive pentru o afecțiune digestivă	Error! Bookmark not defined.
II.B.2. Manifestări clinice ce sugerează o anumită topografie la nivelul tubului digestiv superior	Error! Bookmark not defined.
II.B.3. Manifestări clinice datorate complicațiilor și metastazelor	Error! Bookmark not defined.
II.B.4. Manifestări generale nespecifice	Error! Bookmark not defined.
II.B.5. Manifestări clinice paraneoplazice	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL III	
EVOLUȚIA NATURALĂ ȘI FACTORII PROGNOSTICI ÎN CANCERUL GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
III.A.EVOLUȚIA NATURALĂ A CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
III.B. FACTORII PROGNOSTICI ÎN CANCERUL GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL IV	
DIAGNOSTICUL IMAGISTIC ÎN CANCERUL GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
IV.A. APORTUL EXAMENULUI RADIOLOGIC ÎN DIAGNOSTICUL OPTIMIZANT AL CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
IV.A.1. Examenul radiologic în diagnosticul cancerului gastric incipient	Error! Bookmark not defined.
IV.A.2. Examenul radiologic în diagnosticul cancerului gastric avansat	Error! Bookmark not defined.
IV. B. APORTUL EXAMENULUI ENDOSCOPIC ÎN DIAGNOSTICUL OPTIMIZANT AL CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
IV.B.1. Diagnosticul endoscopic în cancerul gastric incipient	Error! Bookmark not defined.
IV.B.2. Diagnosticul endoscopic în cancerul gastric avansat	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL V	
INVESTIGAȚIILE IMAGISTICE ÎN STRATEGIA DE STADIALIZARE A CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
V.A. EXTENSIA ȘI STADIALIZAREA CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
V.B. ROLUL TEHNICILOR IMAGISTICE ÎN STADIALIZAREA CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
V.C. ROLUL LAPAROSCOPIEI ÎN STADIALIZAREA CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL VI	
TRATAMENTUL CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
VI.A. TRATAMENTUL CHIRURGICAL AL CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
VI.A.1. Chirurgia curativă	Error! Bookmark not defined.
VI.A.2. Chirurgia cu intenție paliativă	Error! Bookmark not defined.
VI. B. TRATAMENTUL ENDOSCOPIC	Error! Bookmark not defined.
VI.C.ROLUL ABORDULUI LAPAROSCOPIC ÎN REZECȚIILE GASTRICE	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL VII	
TRATAMENTUL NECHIRURGICAL AL CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
VII.A.CHIMIOTERAPIA	Error! Bookmark not defined.
VII.A.1. Chimioterapia neoadjuvantă	Error! Bookmark not defined.
VII.A.2. Chimioterapia adjuvantă	Error! Bookmark not defined.
VII.A.3. Chimioterapia paliativă	Error! Bookmark not defined.
VII.A.4. Chimioterapia intraperitoneală	Error! Bookmark not defined.
VII.B. RADIOTERAPIA	Error! Bookmark not defined.
PARTEA SPECIALĂ	
MOTIVAȚIA ȘI SCOPUL STUDIULUI	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL VIII	
MATERIAL ȘI METODE	Error! Bookmark not defined.
VIII.A. MATERIALUL STUDIAT	Error! Bookmark not defined.
VIII. B. METODE DE INVESTIGARE	Error! Bookmark not defined.
Protocolul de lucru în examenul histopatologic	Error! Bookmark not defined.
Tehnica fixării	Error! Bookmark not defined.
Tehnica chirurgicală laparoscopică	Error! Bookmark not defined.

Protocolul de lucru în examenul histopatologic extemporaneu	Error! Bookmark not defined.
Protocolul de lucru în examenul citopatologic din lichidul de lavaj	Error! Bookmark not defined.
Prelucrarea statistică.....	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL IX	
REZULTATE	Error! Bookmark not defined.
IX.A. STUDIUL DATELOR EPIDEMIOLOGICE, CLINICE ȘI ANATOMOPATOLOGICE ALE CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
IX.A.1. DATE EPIDEMIOLOGICE ALE CANCERULUI GASTRIC.....	Error! Bookmark not defined.
IX. A2. ANALIZA DATELOR CLINICE ȘI CARACTERISTICILE PATOLOGICE ALE CANCERULUI GASTRIC.....	Error! Bookmark not defined.
IX.B. ROLUL ȘI LOCUL LAPAROSCOPIEI ÎN STADIALIZAREA CANCERULUI GASTRIC.....	Error! Bookmark not defined.
IX.B.1. ROLUL LAPAROSCOPIEI ÎN DETECTAREA INFILTRĂRII SEROASEI GASTRICE.....	Error! Bookmark not defined.
IX.B.2. ROLUL LAPAROSCOPIEI ÎN APRECIEREA PREZENȚEI DETERMINĂRIILOR SECUNDARE LA DISTANȚĂ (CARCINOMATOZA PERITONEALĂ ȘI METASTAZELE HEPATICE).....	Error! Bookmark not defined.
IX.B.3. ROLUL LAPAROSCOPIEI ÎN APRECIEREA PREZENȚEI ADENOPATIILOR METASTATICE.....	Error! Bookmark not defined.
IX.B.4. ROLUL LAPAROSCOPIEI ÎN APRECIEREA REZECABILITĂȚII TUMORII GASTRICE.....	Error! Bookmark not defined.
IX.B.5. SCHIMBAREA DIAGNOSTICULUI PREOPERATOR ȘI A MANAGEMENTULUI STABILIT PREOPERATOR	Error! Bookmark not defined.
IX.B.6. METODA DE REFERINȚĂ. LAPAROTOMIA PRIMARĂ. EXAMENUL HISTOPATOLOGIC.....	Error! Bookmark not defined.
IX.B.7. ROLUL CITOLOGIEI PERITONEALE LAPAROSCOPICE ÎN DIAGNOSTICUL CANCERULUI GASTRIC.....	Error! Bookmark not defined.
IX.B.8. COMPLICAȚIILE LAPAROSCOPIEI/LAPAROTOMIEI	Error! Bookmark not defined.
X.B.9. TRATAMENTUL CHIMIOTERAPIC LA PACIENȚII DIN LOTUL I ȘI LOTUL II.....	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL X	
DISCUȚII	Error! Bookmark not defined.
X.A. ANALIZA DATELOR EPIDEMIOLOGICE, CLINICE ȘI A CARACTERISTICILOR ANATOMOPATOLOGICE ALE CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
X.B. ANALIZA ROLULUI ȘI LOCULUI LAPAROSCOPIEI ÎN STADIALIZAREA CANCERULUI GASTRIC.....	Error! Bookmark not defined.
X.B.1. ANALIZA ROLULUI LAPAROSCOPIEI ÎN DETECȚIA INVAZIEI SEROASEI PERETELUI GASTRIC.....	Error! Bookmark not defined.
X.B.2. ANALIZA ROLULUI LAPAROSCOPIEI ÎN APRECIEREA DETERMINĂRIILOR SECUNDARE LA DISTANȚĂ.....	Error! Bookmark not defined.
X.B.3. ANALIZA ROLULUI LAPAROSCOPIEI ÎN APRECIEREA ADENOPATIILOR METASTATICE.....	Error! Bookmark not defined.
X.B.4. ANALIZA ROLULUI LAPAROSCOPIEI ÎN APRECIEREA REZECABILITĂȚII TUMORII GASTRICE	Error! Bookmark not defined.
X.B.6. ANALIZA PRINCIPALELOR CARACTERISTICI PRIVIND LOTUL I ȘI II	Error! Bookmark not defined.
X.B.7. ANALIZA ROLULUI CITOLOGIEI PERITONEALE LAPAROSCOPICE ÎN DIAGNOSTICUL CANCERULUI GASTRIC	Error! Bookmark not defined.
X.B.8. ANALIZA COMPLICAȚIILOR LAPAROSCOPIEI/LAPAROTOMIEI	Error! Bookmark not defined.
X.B.9. APRECIEREA TRATAMENTULUI CHIMIOTERAPIC LA PACIENȚII DIN LOTUL I ȘI LOTUL II.....	Error! Bookmark not defined.
CAPITOLUL XI	
CONCLUZII	Error! Bookmark not defined.
BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ	Error! Bookmark not defined.

ROLUL SI LOCUL LAPAROSCOPIEI IN STADIALIZAREA CANCERULUI GASTRIC

Cuvinte-cheie: studiu epidemiologic, cancer gastric, laparoscopie diagnostică, citologie peritoneală.

Prezenta lucrare este împărțită în două părți: partea generală (stadiul actual al cunoașterii) și partea specială (contribuția personală).

În prima parte, în 49 de pagini, prezentăm aspecte teoretice privind aspectele actuale ale epidemiologiei cancerului gastric, tabloul clinic, evoluția naturală și factorii prognostici, diagnosticul imagistic, investigațiile imagistice în strategia de stadializare, tratamentul chirurgical și nechirurgical.

Partea specială, în peste 160 de pagini, o afectăm investigației personale în care cercetăm “Rolul și locul laparoscopiei în stadializarea cancerului gastric”.

Introducere

Stadializarea cancerului gastric ca, de altfel, și a celorlalte neoplazii cu alte localizări, reprezintă punctul-cheie în strategia de tratament a pacienților cu această afecțiune. În funcție de stadializarea cazului respectiv se stabilește algoritmul de tratament, conturându-se, totodată, și prognosticul pacientului.

Scop

În studiul de față este propusă investigarea rolului laparoscopiei intraoperatorii în completarea și corectarea stadializării și a diagnosticului cancerului gastric, comparativ cu tehnicile preoperatorii tradiționale folosite în determinarea stadializării, în scopul determinării unei conduite terapeutice corecte.

Obiective specifice

1. Extinderea cunoștințelor în legătură cu factorii epidemiologici și clinico-patologici care intervin în tumorigeneza stomacului
2. Identificarea rolului laparoscopiei în detectarea infiltrării seroase gastrice, respectiv a stadiului T₃, în vederea orientării unor pacienți către protocoale de terapie neoadjuvantă;

3. Cunoașterea rolului laparoscopiei în decelarea determinărilor secundare la distanță neevidențiate sau neevidențiable de investigațiile preoperatorii convenționale, care ar putea reduce numărul laparotomiilor inutile, precum și mortalitatea și morbiditatea asociate.

4. Evaluarea rolului laparoscopiei în decelarea adenopatiilor metastatice în vederea îndrumării acestor pacienți către alte metode de tratament.

5. Stabilirea rolului laparoscopiei în evaluarea corectă a rezecabilității neoplasmului gastric local avansat în scopul reducerii la zero a laparotomiilor exploratorii.

Ipotezele de lucru

1. Prognosticul cancerului gastric este în strânsă corelație cu stadiul tumoral în momentul diagnosticului.

2. Stadializarea preoperatorie cu tehnicile de rutină poate fi uneori inexactă, conducând la efectuarea unor laparotomii inutile.

3. Stadializarea preoperatorie cât mai exactă reprezintă un aspect important în stabilirea protocolului de tratament ulterior al pacientului.

4. Laparoscopia poate îmbunătăți acuratețea procesului de stadializare.

Material si metode

Materialul studiat

Pentru atingerea obiectivelor stabilite am realizat un studiu analitic de tip retrospectiv în care am investigat rolul laparoscopiei diagnostice în completarea stadializării cancerului gastric la pacienții care au prezentat diagnosticul de neoplasm gastric primar localizat, stabilit prin examenul endoscopic însoțit de biopsie și diagnosticat histopatologic ca adenocarcinom gastric, care au fost internați în perioada 2008-2012 în Clinica Chirurgie I a Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova.

Baza de studiu a inclus 190 de pacienți.

Criteriile de includere în studiu au fost: explorarea imagistică endoscopică însoțită de biopsie și diagnosticul de carcinom gastric.

Criteriile de excludere au fost: refuzul pacienților de a se supune algoritmului de investigare și contraindicații de aplicare a diferitelor etape ale algoritmului de investigare.

Pe lotul primar (190 de pacienți) am studiat factorii epidemiologici, clinici și patologici care intervin mai frecvent în tumorigeneza stomacului.

Din lotul principal au fost individualizate subsecvent următoarele subploturi:

Sublotul format din 76 de pacienți excluși, de la început, din studiul nostru, în urma evaluării imagistice preoperatorii (examen ecografic abdominal, examen radiologic pulmonar, examen ecoendoscopic, examen computertomografic). Acestor pacienți li s-a efectuat laparotomie primară, de primă intenție.

Sublotul format din 114 pacienți eligibili inițial pentru gastrectomie curativă, format din pacienții la care evaluarea complexă imagistică preoperatorie a pus în evidență o tumoră gastrică localizată, aparent fără determinări la distanță și la care anamneza nu a indicat operații chirurgicale anterioare care ar fi putut cauza sindroame aderențiale care ar fi contraindicat o laparoscopie. Aceștia au avut indicație de laparoscopie diagnostică.

Din subplotul de 114 pacienți eligibili inițial pentru gastrectomie curativă, s-au selectat aleator două subploturi comparabile. Primul lot, lotul principal, lotul I, constituit din 52 de pacienți la care, înainte de laparotomie programată, s-a efectuat laparoscopia intraoperatorie diagnostică, exploratorie, în care prin videoinspecția întregii cavități peritoneale s-a urmărit confirmarea/infirmarea prezenței tumorii și, mai ales, adăugarea de elemente noi la diagnosticul de neoplasm gastric stabilit preoperator prin investigațiile endoscopice, radiologice și imagistice. Cel de-al doilea lot, lotul II, alcătuit din cei 62 de pacienți care ar fi putut să efectueze laparoscopia conform examinărilor imagistice efectuate, dar care nu au fost incluși în studiu, laparotomia nefiind precedată de laparoscopia diagnostică la acești pacienți, din motivele expuse mai sus. Astfel, s-au putut compara rezultatele laparoscopiei diagnostice cu cele obținute după efectuarea laparotomiei, și a examenului histologic final, la parafină.

Din lotul primar, în funcție de tipul de explorare morfologică, au mai fost individualizate următoarele subploturi: Sublotul format din 98 de pacienți, la care s-a efectuat și examenul radiologic cu bariu al stomacului, Sublotul format din 89 de pacienți, la care s-a efectuat și explorare imagistică ecoendoscopică, Sublotul format din 57 de pacienți, la care s-a efectuat și examen ecografic abdominal, Sublotul format din 15 de pacienți, la care s-a efectuat și examen radiologic pulmonar, Sublotul format din 89 de pacienți, la care s-a efectuat și explorare imagistică computer tomografică.

Metode de investigare

Într-o primă etapă, pe lotul primar am urmărit evaluarea clinică a pacienților, având în vedere parametrii de interes: date epidemiologice [vârsta, sexul, mediul de proveniență, profesia, factorii de risc: antecedente heredo-colaterale (boala neoplazică în familie), antecedente personale (precanceroze gastrice, factori locali), condiții de viață și muncă], simptomatologia (fenomene dispeptice de tip ulceros, dureri epigastrice, scădere ponderală, astenie și fatigabilitate, apetit diminuat etc.), examenul clinic și date paraclinice.

În continuare, la toți cei 190 de pacienți cercetați, am urmărit caracteristicile anatomopatologice ale neoplasmului gastric desprinse din parametrii de evaluare imagistică (localizarea leziunii la nivelul stomacului, evaluată endoscopic, aspectul macroscopic evaluat endoscopic, invazia peretelui gastric ecoendoscopic, extensia în ganglionii regionali evaluată ecoendoscopic și extensia tumorală locală și regională evaluată computertomografic).

Pentru analiza fiabilității explorării laparoscopice în ceea ce privește aprecierea posibilei mărimi locale și a infiltrării seroasei gastrice, a prezenței metastazelor hepatice și a prezenței carcinomatozei (metastastazelor) peritoneale, a prezenței determinărilor secundare ganglionare și a rezecabilității tumorii gastrice am urmărit aceste criterii diagnostice, efectuând laparoscopia diagnostică ca prim timp al laparotomiei programate la pacienții cu cancer gastric din lotul I (52 pacienți).

Am folosit următoarele metode de investigare: protocolul de lucru în examenul histopatologic; tehnica chirurgicală laparoscopică; protocolul de lucru în examenul histopatologic extemporaneu; protocolul de lucru în examenul citopatologic din lichidul de lavaj.

Rezultate

În acest capitol prezentăm rezultatele obținute din investigațiile loturilor noastre.

Pentru cei 190 de subiecți internați în Clinica Chirurgie I, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, în studiul datelor epidemiologice ale cancerului gastric, am luat în considerare următoarele variabile: perioada de studiu, grupa de vârstă, sexul, mediul de proveniență, statusul profesional, grupul sanguin, antecedentele heredocolaterale, antecedentele personale patologice, condițiile de viață.

Pentru studiul datelor clinice și ale caracteristicilor anatomopatologice ale cancerului gastric am luat în considerare următorii indicatori: simptomatologia cancerului gastric, semne ale examenului clinic în cancerul gastric, rezultatul investigațiilor de laborator în cancerul gastric. Aspectele imagistice ale cancerului gastric au fost evaluate prin: examen radiologic, examen endoscopic, examen ecoendoscopic, examen ecografic abdominal, examenul computertomografic.

Rolul laparoscopiei în stadializarea cancerului gastric a fost studiat pe 52 de pacienți, urmărind ca și criteriile standardizate pentru fiabilitatea explorării laparoscopice următoarele aspecte diagnostice: prezența infiltrării seroasei gastrice, prezența determinărilor secundare la distanță neevidențiate sau neevidențiable de investigațiile preoperatorii convenționale (prezența carcinomatozei peritoneale și a metastazelor hepatice), prezența adenopatiilor metastatice și evaluarea rezecabilității stabilită preoperator. De asemenea, am investigat rolul citologiei din lichidul peritoneal prelevat pe cale laparoscopică.

Pentru lotul I și II am evaluat complicațiile laparoscopiei/laparotomiei, modalitățile de tratament și costurile pe care le presupune o laparotomie comparativ cu o laparoscopie.

Discuții

Rezultatele sunt analizate și comparate cu rezultatele indicate de alți autori în studii similare din literatura de specialitate.

Concluzii

Studiul a fost efectuat în perioada 2008-2012, a inclus 190 de pacienți și a permis următoarele observații:

1. Incidența adenocarcinomului gastric în Clinica Chirurgie I a Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova, în perioada studiului, a fost de $22,1 \text{ }^0/0000$.

2. Pacienții au prezentat vârsta medie de diagnostic de 64,8 ani, bărbații afectați fiind mai tineri decât femeile, vârsta medie fiind de 64,22 ani la bărbați și de 66,34 ani la femei, raportul bărbați/femei fiind de 2/1.

3. Majoritatea pacienților cu cancer gastric au fost din mediul rural (54,7%).

4. Categoria socio-profesională cea mai afectată este reprezentată de persoanele de vârsta a III-a, de pensionari (79,0%).

5. Etiologia neoplasmului gastric încă este considerată plurifactorială. Boala canceroasă a fost prezentă în familie în 22,6% din cazuri, sugerându-se astfel implicarea factorului genetic în etiologia bolii ("agregarea familială a bolii canceroase"), fără a ști încă, care este mecanismul implicat. Pentru implicarea posibilă a factorului genetic în apariția neoplasmului gastric pledează și incidența crescută a bolii la grupa sanguină A (II) (53,2%).

6. Într-un număr apreciabil de cazuri, din lotul nostru (54,2%) a existat în antecedentele personale patologice leziuni precanceroase cu predominanța ulcerului gastric benign (25,8%), gastritei cronice atrofice cu HP prezent (12,1%), ulcerul gastric operat de peste 20 de ani (8,9%) și polipoza adenomatoasă cu polipi adenomatoși peste 2 cm.

7. Am constatat o asociere semnificativă statistic între grupele sanguine și antecedentele familiale de neoplazie la nivelul tubului digestiv.

8. Rolul factorului alimentar în etiologia cancerului gastric a fost sugerat de observația că un important număr de bolnavi au consumat preponderent alimente procancerigene, bogate în sare sau conservate prin sărare și afumare, alimente sărace în fibre (70,5%). S-a constatat, de asemenea, rolul consumului de alcool și a fumatului, ca factor posibil implicat în etiologia cancerului gastric, 78,9% dintre pacienți consumând alcool sau fumând.

9. Am constatat, ca fiind caracteristică, sărăcia simptomelor subiective, doar discrete fenomene dispeptice de tip ulceros sau gastritice în stadiile I și II (10,5%) și prezența în stadiile avansate, III și IV, în procent foarte mare, a simptomelor subiective: dureri epigastrice și scădere ponderală (80,5% respectiv 62,6%), astenie (43,7%), grețuri și vărsături (18,4%), disfagie (15,8%), stare generală alterată (12,1%), iar la examenul clinic, obiectiv: hepatomegalie (12,6%), tumoră palpabilă în epigastru (10,0%), icter și paloare sclerotelementară (9,5% respectiv 74,2%).

10. Dintre examinările biochimice curente efectuate, au fost semnificativ modificate: VSH în 88,9% din cazuri, fosfataza alcalină și gama GT (32,6% și 26,8%) și antigenul carcinoembrionar crescut în 61,1% cazuri.

11. Examenul radiologic baritat efectuat cu tehnică corespunzătoare (compresiune dozată sau dublu contrast) și utilizând bariu cu densitate mare, a avut un randament

diagnostic radiologic de 53,1%, gradul de concordanță între examenul radiologic și examenul endoscopic a fost de 90,3%, aceste două examene completându-se reciproc.

12. Cu ajutorul examenului endoscopic și radiologic s-a reușit depistarea neoplasmului gastric în stadiul I și II a 35 de cazuri (18,4%), în stadiul III a 100 de cazuri (52,7%) și în stadiul IV a 55 de cazuri (28,8%).

13. Examenul endoscopic care a permis cunoașterea localizării, dimensiunii și evaluării anatomopatologice a tumorii a indicat:

- proliferarea neoplazică a interesat zona antrului piloric în procent de 34,7%, a micii curburi în procent de 27,4%, a corpului gastric și fornixului cu o pondere de 16,8% și a regiunii esocardiale în proporție de 13,2%.

- diametrul mai mic de 5 cm a fost observat în 58,9% din cazuri, iar mai mare sau egal cu 5 cm, în 41,1% cazuri.

- în funcție de clasificarea Borrmann a predominat tipul ulceroinfiltrativ (35,8%), după clasificarea OMS carcinomul tubular (40,5%), iar în funcție de clasificarea Lauren, tipul difuz (62,1%).

- formele bine diferențiate au fost întâlnite în 38,8% din cazuri, moderat diferențiat în 27,9% , slab diferențiat în 21,1%, iar nediferențiat în 12,6% din cazuri.

14. Am identificat o asociere înalt semnificativă între tipurile de adenocarcinom gastric după clasificarea Lauren și grading-ul histopatologic.

15. În elaborarea profunzimii tumorale ecoendoscopia a avut un impact diagnostic în 65,2% din cazuri, iar în raport cu evidențierea invaziei ganglionarilor regionali a avut impact la 31,4% din pacienți. Privind acești 2 parametri, ecoendoscopia s-a dovedit inferioară laparoscopiei.

16. Examenul ecografic abdominal a înregistrat rezultate pozitive în 63,2% din cazuri, în 50,9% din cazuri a identificat corect metastazele hepatice, în 7,0% metastazele peritoneale și în 5,3% adenopatiile metastatice, valoarea ecografiei abdominale dovedindu-se în depistarea metastazelor hepatice.

17. Examenul computertomografic a avut impact diagnostic la 55,3% din pacienți, identificând cu acuratețe metastazele peritoneale la 9,2% din pacienți, metastazele hepatice la 40,8% și metastazele ganglionare la 5,3%. Deși a contribuit semnificativ la

realizarea stadializării TNM, nu s-a dovedit cea mai potrivită metodă în aprecierea metastazelor peritoneale și limfatice.

18. Laparoscopia a detectat corect invazia seroasei peretelui gastric, respectiv a stadiului T3 în 86,5% din cazuri, fiind superioară din acest punct de vedere CT-ului.

19. Un rol important al laparoscopiei diagnostice a fost găsit în decelarea determinărilor secundare la distanță, în procent, de asemenea, de 87,5% (92,3% în declararea carcinomatozei peritoneale și 66,7% în identificarea metastazelor hepatice) modificând strategia de tratament a cazurilor respective, evitând efectuarea unei laparotomii inutile, care ar fi crescut mult atât morbiditatea cât și mortalitatea asociată cazurilor respective.

20. Laparoscopia a fost utilă și în identificarea metastazelor limfatice, limitarea tehnicii provenind din dificultatea evaluării adenopatiilor corespunzătoare stațiilor II și III.

21. Utilizarea laparoscopiei diagnostice a permis evitarea laparotomiilor inutile la 86,2% din pacienții cu neoplasm primar localizat, printr-o corectă apreciere a rezecabilității.

22. Laparoscopia diagnostică a stadializat corect 85,2% din cazuri, 14,8% au fost substadializate și niciun caz suprastadializat, prezentând o valoare predictivă pozitivă de 62,5% în evidențierea stadiului I și II, de 87,5% în evidențierea stadiului III, și de 100% în stadiul IV.

23. Au fost restadializate 44,2% din cazuri, 2% cu un stadiu inferior și 42,2% cu stadii mai mari, laparoscopia diagnostică având astfel impact și în schimbarea managementului stabilit anterior.

24. La pacienții din lotul II, care nu au prezentat nicio diferență semnificativă din punct de vedere al vârstei, sexului și a caracteristicilor anatomopatologice tumorale față de pacienții din lotul I, și, care dacă nu ar fi refuzat laparoscopia diagnostică și ar fi fost supuși laparoscopiei, laparotomia ar fi putut fi evitată în 40,3% din cazuri, când s-a dovedit inutilă, doar exploratorie.

25. Examenul citologic din lichidul de lavaj peritoneal efectuat în cursul laparoscopiei la 90,4% din pacienți, a evidențiat rezultate pozitive în 40,4% din cazuri,

acestea fiind cuantificate ca și cazuri cu risc maxim de dezvoltare ulterioară a recidivelor peritoneale.

26. Laparoscopia a fost lipsită de evenimente, neexistând complicații legate de procedură, comparativ cu laparotomia exploratorie unde morbiditatea a înregistrat 11,3%.

27. În lotul I, 69,2% din pacienți au efectuat chimeoterapie paliativă, în raport cu pacienți din lotul II, la care chimioterapia paliativă a fost indicată în 66,5% din cazuri.

28. Am observat, atât în aprecierea detaliată a costurilor (pe zi spitalizare, medicamente, materiale sanitare, investigații de laborator, alte investigații), cât și în aprecierea generală a acestora, dar și în aprecierea duratei medii de spitalizare, superioritatea laparoscopiei diagnostice comparative cu laparotomia exploratorie.

LUCRĂRI PUBLICATE SAU COMUNICATE DIN TEZĂ

1. **C.L. PĂTRU**, V. ȘURLIN, I. GEORGESCU, EMILIA PĂTRU – Current issues in gastric cancer epidemiology. The Medical-Surgical Journal, Vol.117, No.1/2013, p.199-204, ISSN 0048-7848.

2. **PĂTRU C.L.**, ȘURLIN V., GEORGESCU I.- Studiul epidemiologic al cancerului gastric in Clinica Chirurgie I a Spitalului Clinic Județean de Urgență Craiova. Simpozion “Actualități în chirurgie”, Zilele UMF din Craiova, 2013, 7-8 iunie, p.315, ISSN 1843-2441.

3. **C.L.PĂTRU**, V. ȘURLIN, I.GEORGESCU, EMILIA PĂTRU, D. ALEXANDRU- Epidemiology approach and clinical-pathological features of gastric cancer in the I Surgical Clinic of the county emergency Clinical Hospital of Craiova. Current Health Sciences Journal. Volume 39/2013, suppl. 8, p. 33-39, ISSN 2069-4032.

4. **PĂTRU C.L.**, GEORGESCU I., ȘURLIN V.- Factori de prognostic în cancerul gastric. Simpozion “Actualități în chirurgie”, Zilele UMF din Craiova, 2012, 8-9 iunie, p.305, ISSN 1843-2441.

5. **CIPRIAN LAURENȚIU PĂTRU**, VALERIU ȘURLIN, ION GEORGESCU – The role of laparoscopy in distal gastric cancer. Clujul Medical, Vol 85/nr.4/2012, p.545-549, p-ISSN 1222-2119, ISSN 2066-8872.

6. **PĂTRU C. L.**, ȘURLIN V., GEORGESCU I.- Rolul laparoscopiei în cancerul gastric distal. Simpozion “Actualități în chirurgie”, Zilele UMF din Craiova, 2011, 3-4 iunie, p.108, ISSN 1843-2441.