

nejčastěji vzhled POLYPU = slizniční prominence různé velikosti, která je široce přisedlá nebo stopkatá
teprve histologické vyšetření rozhodne o povaze

klasifikace:

dle původu:

nádorové (adenom, karcinom)

hamartomy a choristomy (polypy u Peutz-Jerghersova syndromu, aberantní

pankreas)

zánětlivé

dle histologického substrátu:

epitelové (většina)

mezenchymové (10%) – nejčastěji leiomyom, vzácněji neurofibrom

BENIGNÍ

fokální foveolární hyperplazie (hyperplastický polyp)

hyperplaziogenní polypy = hyperplazie s částečnou adenomatózní komponentou, specifický
útvár pro žaludek

benigní, ale přesto je tu zvýšené riziko vzniku karcinomu - dispenzarizace nutná

adenomy - mají maligní potenciál

klinický obraz: často asymptomatický

mohou být dyspeptické obtíže (ale ?, zda je polyp příčinou)

pokud zasahuje do pyloru - může být příčinou poruch evakuace

vzácně je polyp zdrojem krvácení manifestního nebo okultního (nejspíše leiomyom)

diagnostika:

endoskopické vyšetření (+ biopsie) = vyšetření polypu + kurativní postup

endoskopická USG – u submukózně uložených útvarů

terapie:

endoskopická polypektomie

resekční výkon – adenomy s těžkou dysplazií, karcinomy

dle povahy polypu – vhodné endoskopické sledování v 1-2letých intervalech

(adenom, hyperplaziogenní polyp)

Zhoubné nádory žaludku

nejčastěji = karcinom žaludku = 95% malignit žaludku

jeho incidence klesá

častěji u mužů

5% = lymfom, leiomyosarkom

etiopatogeneze:

karcinogeny (dle experimentu): nitrosaminy, polycyklické uhlovodíky (zejména benzpyren),
aflatoxin (mykotoxin, který může přecházet do mléka ze silážovaného krmiva)

genetické faktory: o 20% ↑pravděpodobnost rakoviny difúzního typu u krevní sk. A

Helicobakter pylori: výchozí bod = helicobakterová gastritida - atrofie a intestinální

metaplazie = půda pro působení dalších kancerogenů (VKR, benzpyreny, nitrosaminy) – ale není to zatím
plně doloženo

klasifikace:

časná rakovina – omezení na sliznici / submukózu, neproniká do svaloviny

pokročilá rakovina – proniká do svaloviny, serózy a případně i okolí

mikroskopicky:

intersticiální typ - velmi často v terénu atrofické gastritidy s intestinální metaplazií-

tumor staršího věku

difúzní typ

vzniká bez větší gastritidy, hlavně u mladších lidí

prevalence krevní skupiny A

horší prognóza

klinický obraz: bez typických obtíží

první příznaky = již projev pokročilé rakoviny, proto pozor na jakékoli epigastrické obtíže
nepřechodného rázu u pacienta v karcinomovém roce (po 50. roce)

neurčitě obtíže: tlak v epigastriu, pozvolná ztráta chuti (odpor k masu), občasná nauzea,
slabost, únavnost, úbytek hmotnosti

ca kardiie: dysfagie

u velkého procenta - 1. příznakem je zjevné krvácení

fyzikální vyšetření:

normální nález na břicho, hmatná rezistence až u pokročilých procesů
metastaticky zvětšená LU nad levým klíčkem (Virchowova uzlina) - špatné znamení
metastaticky zvětšená játra
známky anémie

diagnostika:

gastroskopie s biopsií:

spolehlivost ↑ s počtem odebraných vzorků

NUTNÁ bioptická verifikace KAŽDÉHO žaludečního vředu a jeho sledování až do

zhojení! pak ještě zkontrolovat 6 měsíců po zhojení (časná rakovina se dokáže „zhojit“ a exacerbovat = má podobný cyklus jako peptický vřed)

USG a CT břicha – jen pro průkaz metastáz v játrech, případně vztah ca žaludku k pankreatu a okolním strukturám)

endoskopická sonografie – hodnotí hloubku invaze

prognóza:

časná forma, postižení: jen sliznice: 5-10 leté přežití po operaci u 80 – 90%

submukózy: o 5% horší

pokročilá rakovina: 50% operabilních případů, 5leté přežití nepřesahuje 20%

↑exprese proteinu p53 zhoršuje prognózu

IF pokročilá rakovina NENÍ vyřešena operací:

metastazování lymfatickou cestou – do blízkých i vzdálených LU

krvní cestou – játra

prorůstání do sousedních orgánů

smrt na tumorózní kachexii

komplikace:

pozitivní okultní krvácení a anémie

obstrukce pyloru s gastrektázií a zvracením stagnujícího žaludečního obsahu (pokročilé

procesy v antru)

uzávěr kardie s dysfagií a zvracením obsahu jícnu (tumory kardie)

terapie:

subtotální resekce žaludku (výjimečně totální gastrektomie) – co nejrychleji

adjuvantní chemoterapie u radikálně operovaných (zničení mikrometastáz)

gastroenteroanastomóza – inoperabilní tumory, obturující pylorus

cytostatika – mohou prodloužit přežití

symptomatická léčba – poslední východisko

Lymfom žaludku

= cca 3% malignit žaludku

častější: nehodgkinský lymfom, vzácněji: lymfogranulom

obvykle druhotné postižení žaludku při generalizaci základního onemocnění

odlišení od ca - endoskopie

MALT = lymfomy s nízkým stupněm malignity (malotmy)

vycházejí z lymfoidní tkáně vázané na sliznici

chronická helicobakterová infekce - zmnožení lymfatické tkáně vázané na sliznici

Terapie: po eradikaci H. pylori byla popsána dočasná kompletní remise MALT lymfomu