

# Диагностика раннего рака желудка

- **ESD (Endoscopic Submucosal Dissection) – сейчас это «золотой» стандарт лечения раннего рака.<sup>1)</sup>**
  - ✓ Возможность успешной резекции крупных опухолей и опухолей поверхностного и углубленного типа
  - ✓ Точное гистологическое исследование и заключение
  - ✓ Снижение риска местного рецидивирования

# Преимущества ESD

- ESD позволяет резецировать опухоль единым блоком любого размера
- ESD позволяет резецировать опухоль в необходимых границах единым блоком по нужному контуру и форме
- Теоретически резекция - en block исключает неадекватность резекции по горизонтальному краю (+ горизонтальный край)



*Очень важна точность  
предоперационной  
диагностики*

# Актуальные вопросы

- Необходимость четкого определения зоны и границ удаления (резекции-диссекции)
- Совершенная эндоскопическая техника осмотра
- Дифференциальная диагностика между злокачественным и доброкачественным поражением
- **Четкая, внимательная, педантичная** предоперационная диагностика раннего рака
  - ✓ Диагностика горизонтального края
  - ✓ Диагностика глубины инвазии

# Guideline criteria & Expanded criteria

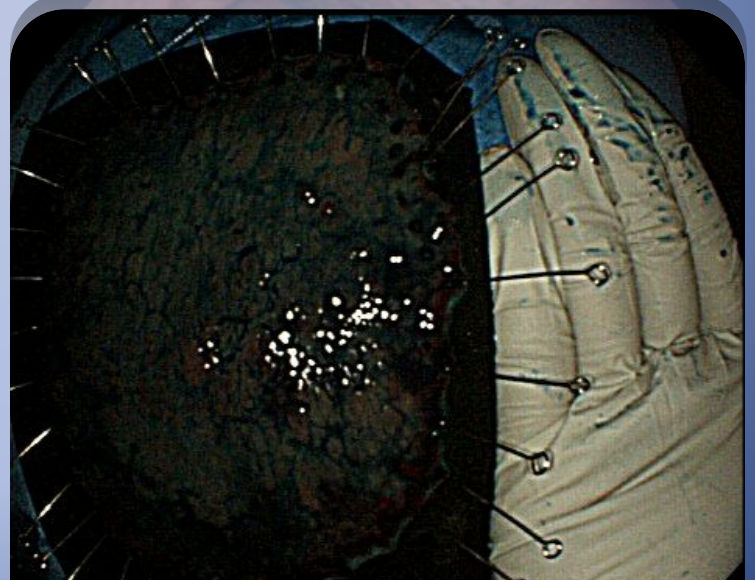
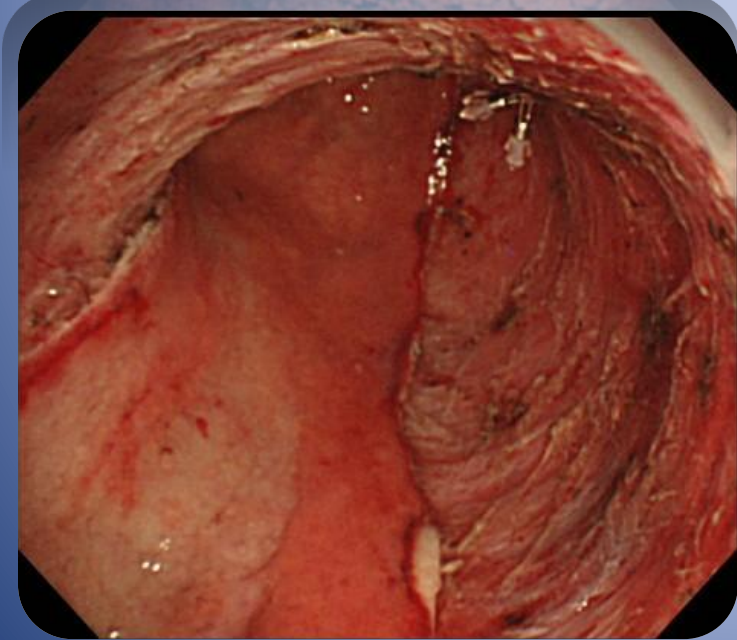
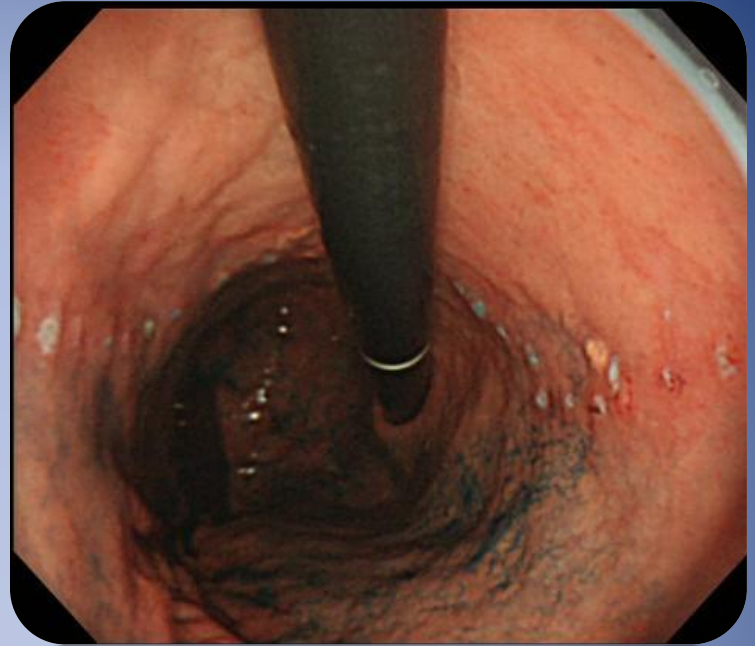
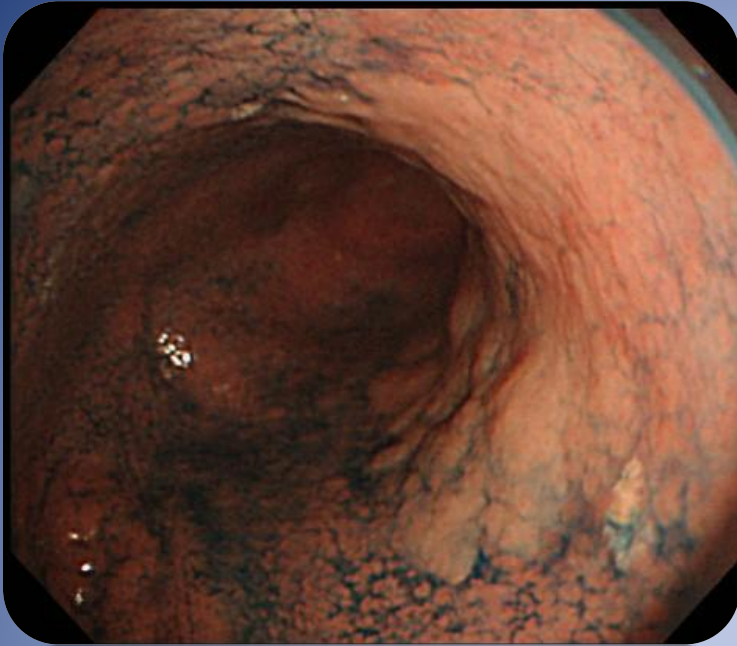
All without lymphatic nor vascular involvement

	M (intramucosal cancer)		SM1 <sup>#</sup> (submucosal invasion less than 500µm)
	UL(-)	UL(+)	
Intestinal type	≤ 20mm	≤ 30mm	≤ 30mm
	> 20mm	> 30mm	> 30mm
Diffuse type	≤ 20mm		
	> 20mm		

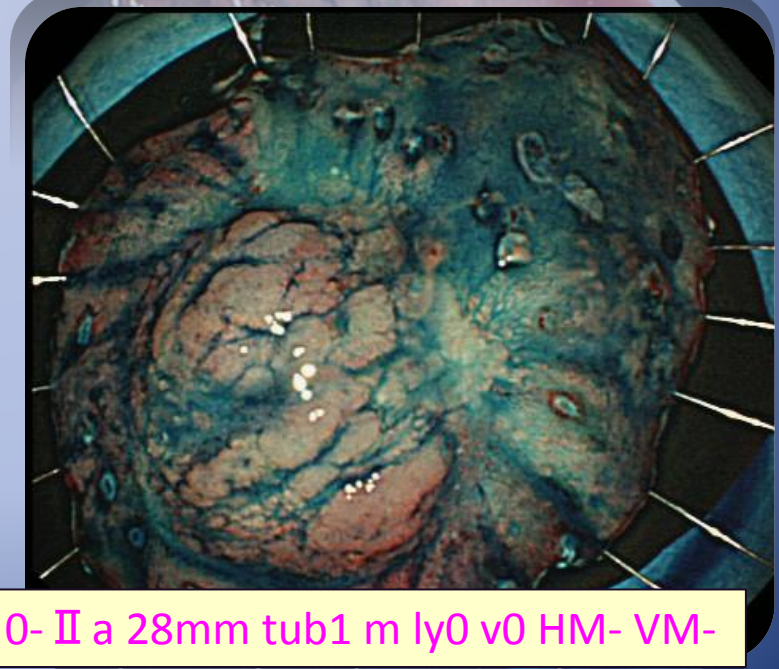
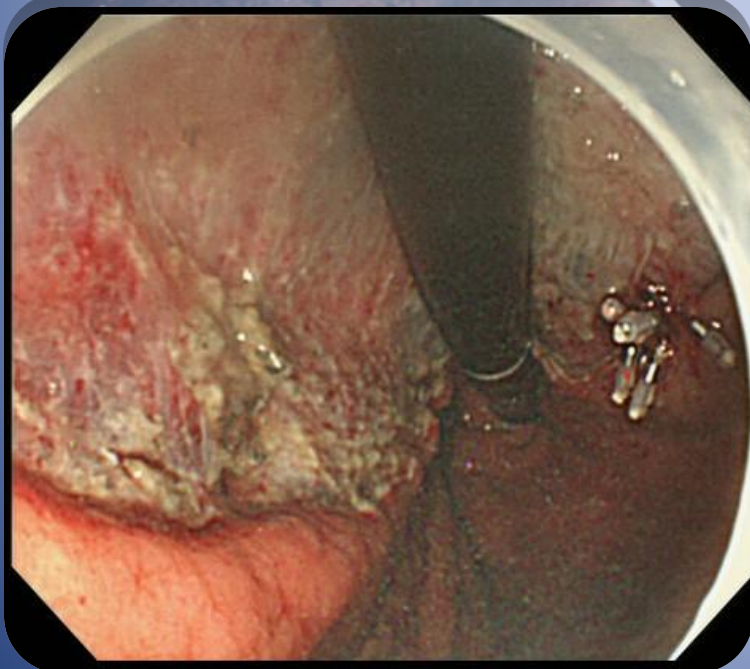
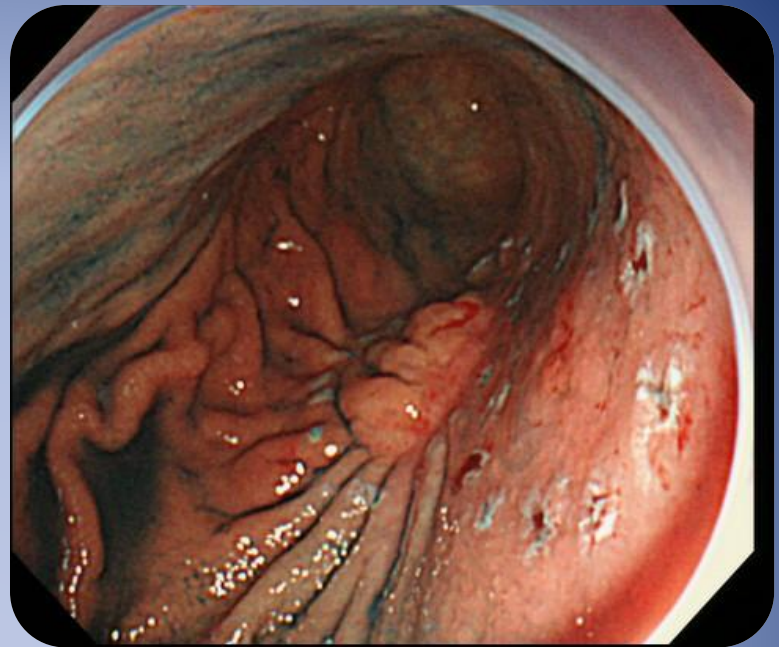
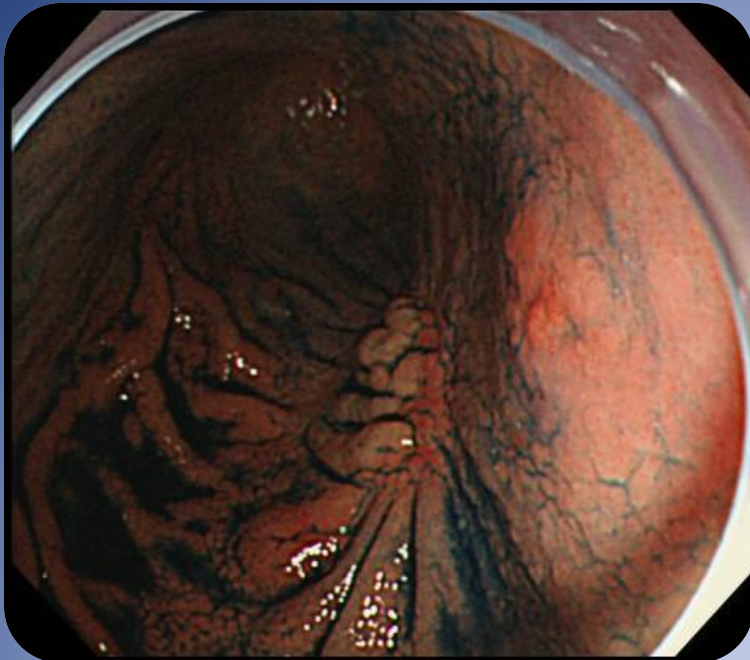
# See the Paris endoscopic classification

Guideline criteria

Expanded criteria

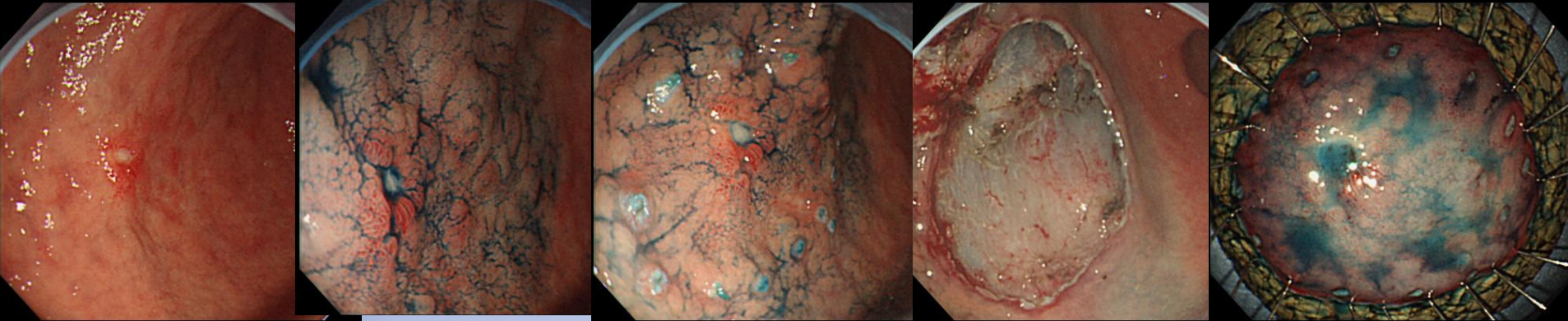


0- II a 100mm tub1 m ly0 v0 HM- VM-



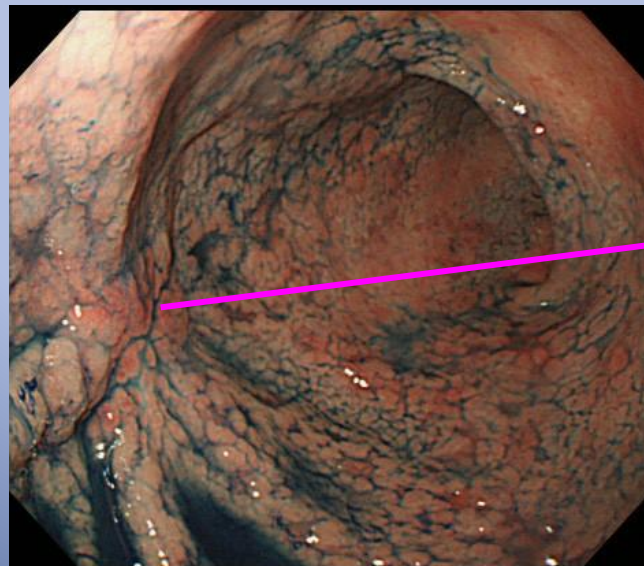
0- II a 28mm tub1 m ly0 v0 HM- VM-

# Рецидив после EMR



0- II c 24mm m ly0 v0 HM+ VM-

Через 6 мес после ESD



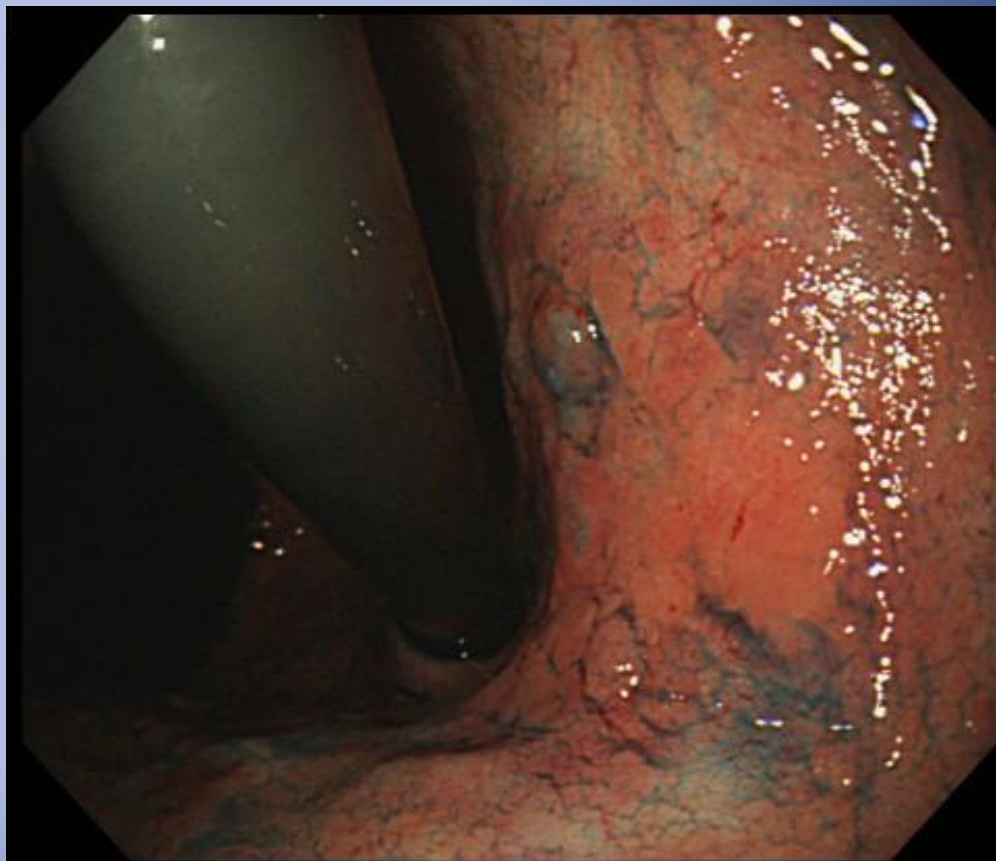
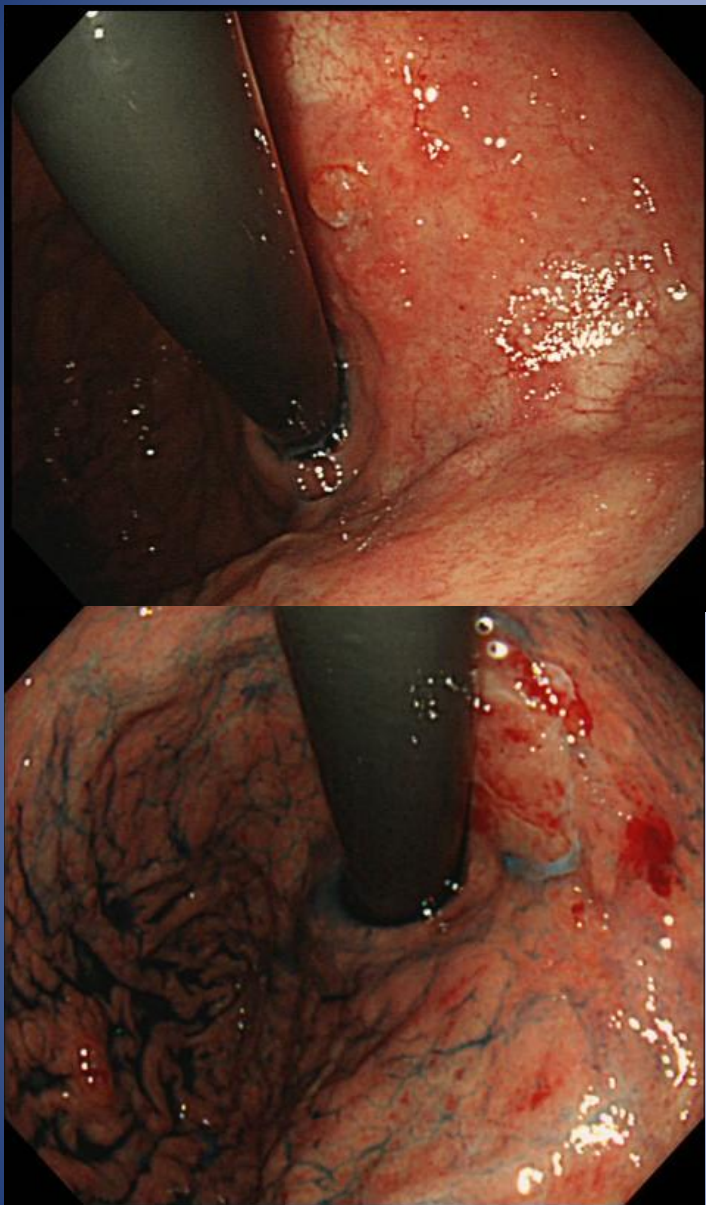
Биопсия  
отрицательная



# Идеальная техника эндоскопического исследования

- Минимально болезненное, максимально комфортное для пациента исследование  
*Седация, минимальная болезненность, нетравматичное проведение эндоскопа*
- Тщательное отмывание слизистой (вода, муколитики)
- Взять за правило фото- /или видео- документация из разных точек
- Для уменьшения риска пропустить изменения – знать наиболее характерные причины пропусков и сложные локализации
- Знать разнообразие возможных форм раннего рака и изменений слизистой симулирующих ранний рак

Отмывание водой + 0.1%  
ИНДОГОКАРМИН





# Адекватное расправление желудка

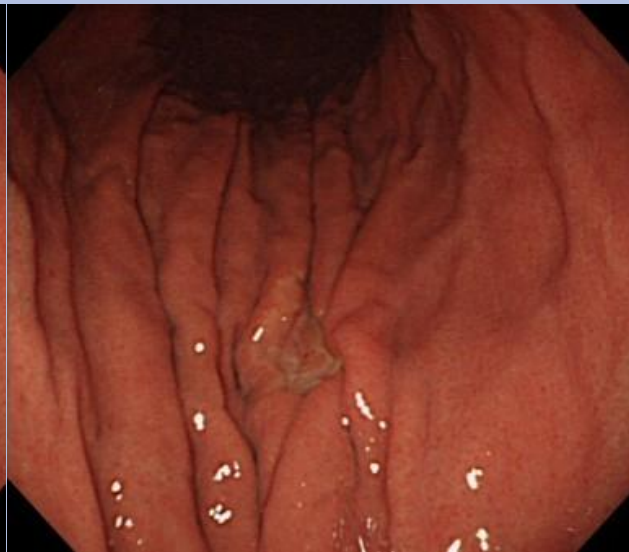
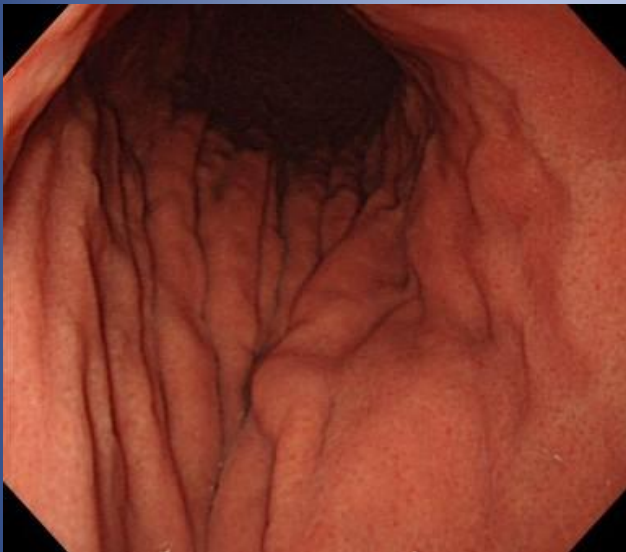
min



normal



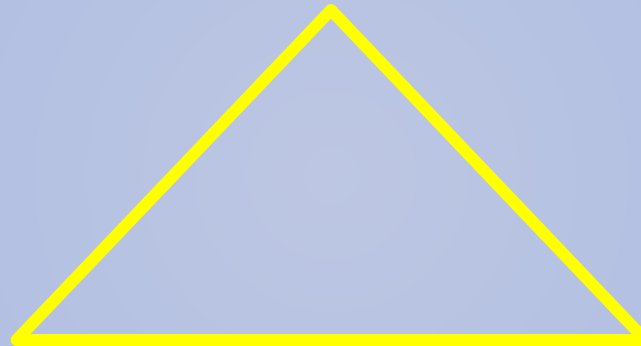
max



Возможно пропустить опухоль  
при неадекватном расправлении  
складок

# Triangle of gastric cancer

**location**  
(intestinal metaplasia/fundic gland mucosa)



**histopathology type**  
(intestinal/diffuse)

**gross appearance**  
(protruded/depressed)

# Дифференциальная диагностика

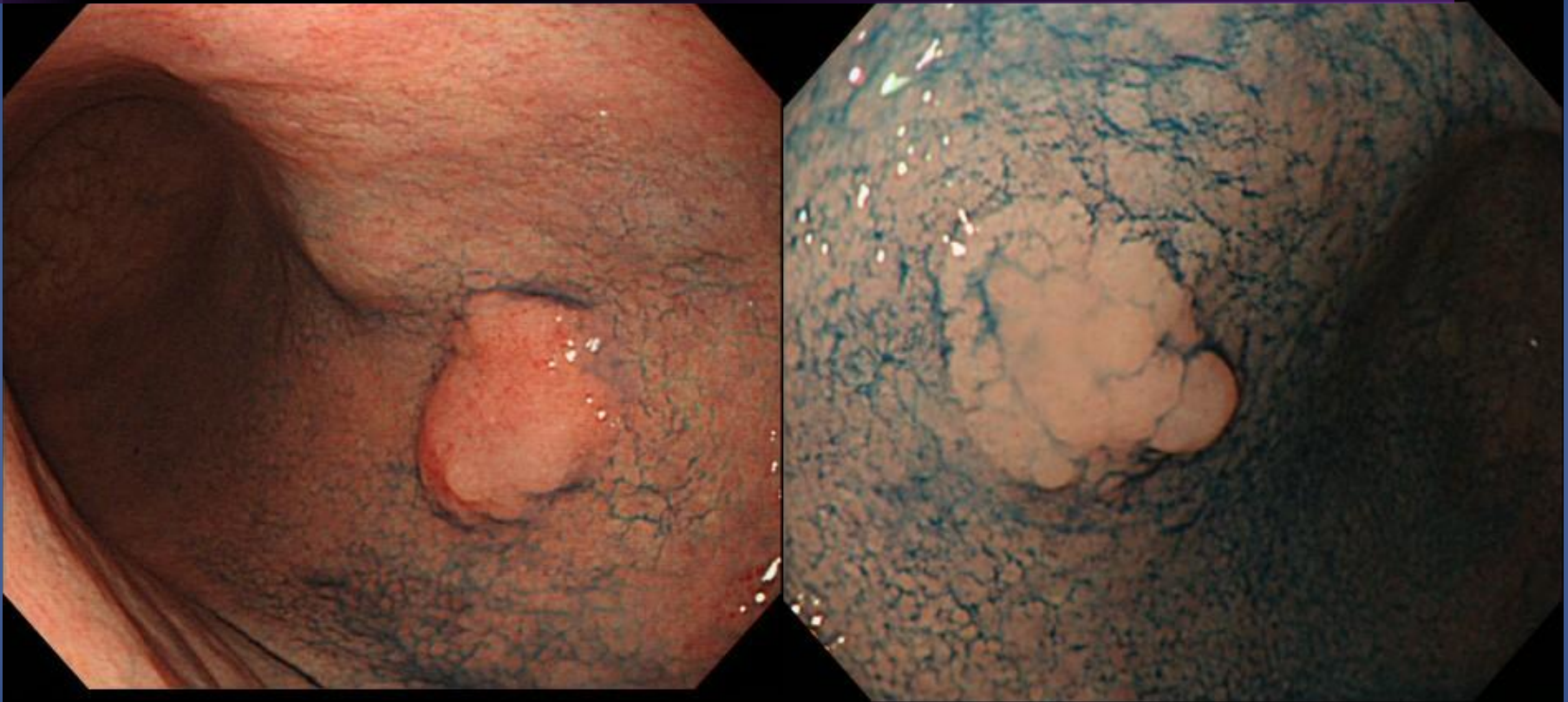
	non-neoplasm	neoplasm
protruded type	Гиперпластические полипы	Подслизистые опухоли аденомы рак
depressed type	эрозии язвы Постъязвенные рубцы	Рак Лимфомы MALT Неэпителиальны е злокачественные

# Три основных признака раннего рака

- РАЗНИЦА ОКРАСКИ И РЕЛЬЕФА ПОВЕРХНОСТИ (Pit – Pattern)
- КРАЙ, ЧЕТКАЯ ЗОНА ГРАНИЦЫ С НОРМАЛЬНОЙ СЛИЗИСТОЙ
- ИЗМЕНЕНИЯ ФОРМЫ КАПИЛЛЯРОВ (В УЗКОСПЕКТРАЛЬНОМ РЕЖИМЕ (NBI/ I-SCAN))

# I - Type Тип (Выступающий)

## Основные признаки



Основные признаки: четкий край, нет нормальных желудочных полей, более яркая окраска



## II - Depressed type (Углубленный)

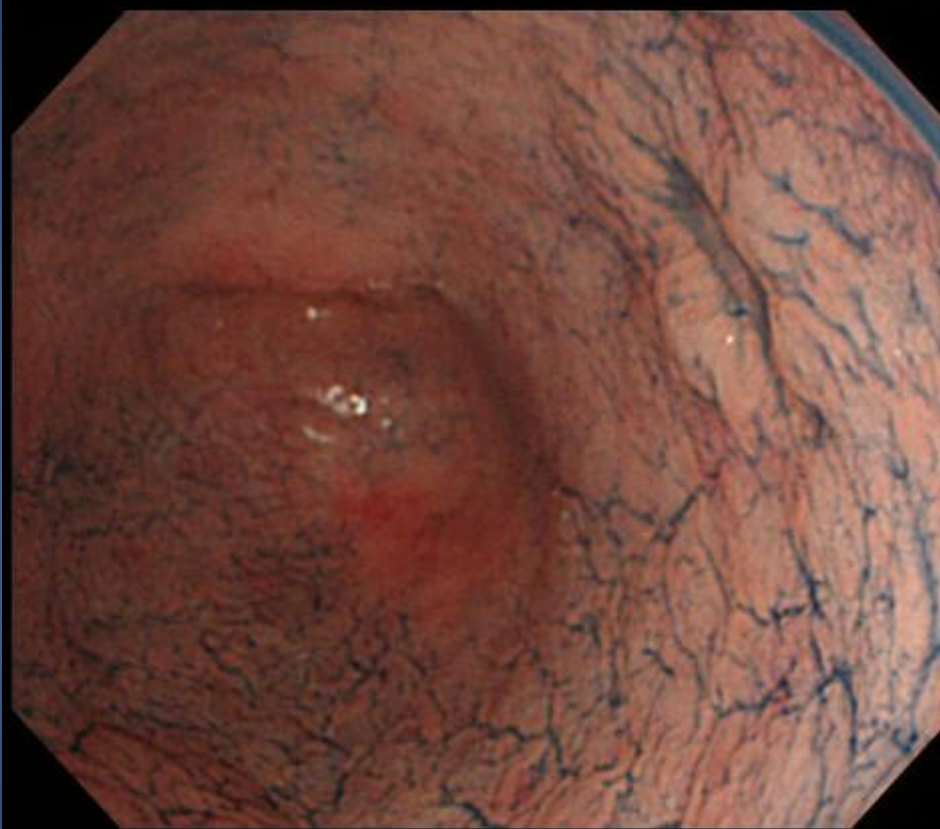


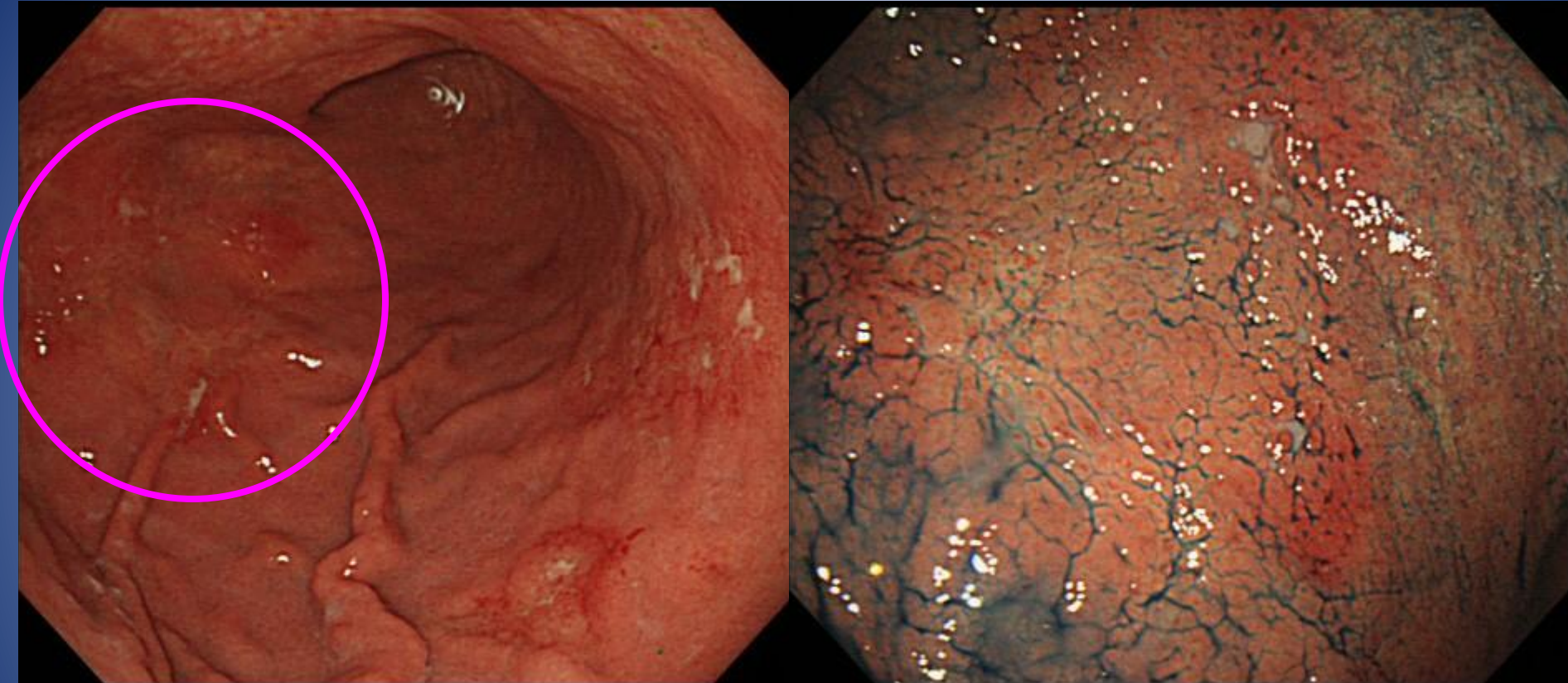
Рис 1



Рис 2

Признаки: край/граница с нормальной слизистой ( 1,2), нет нормальных желудочных полей , нарушение нормального рельефа(1.2)  
Нерегулярность, деструкция и конвергенция складок (2)

## II -Depressed type (Углубленный тип)



MALT -ома

признаки: изменение рельефа , участок изъязвления  
При хромокопии 0,2% индигокармином истинные границы  
опухоли - больше

# Актуальные вопросы

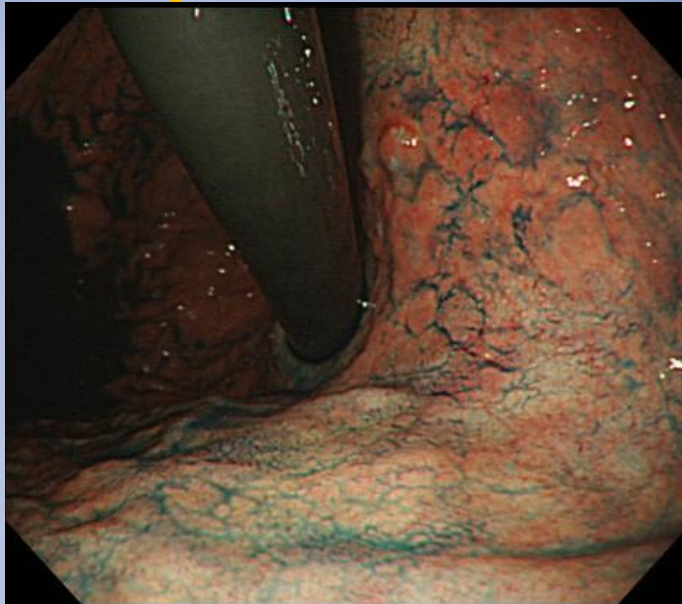
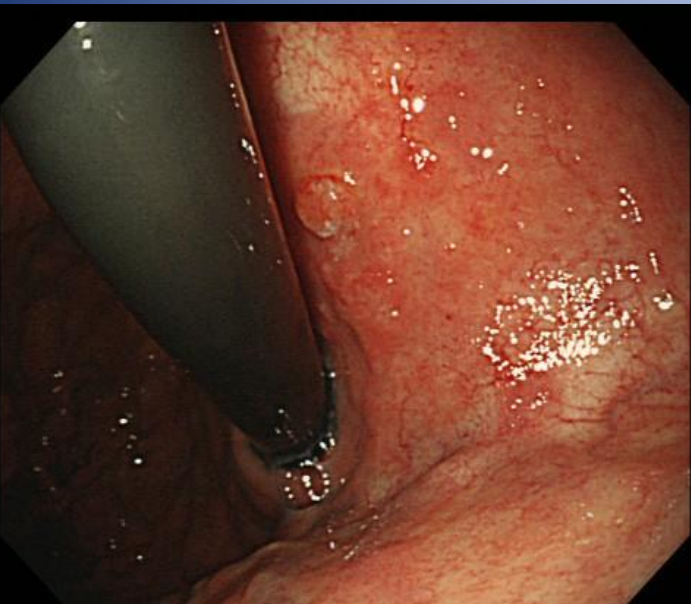
- Необходимость четкого определения зоны и границ удаления (резекции-диссекции)
- Совершенная эндоскопическая техника осмотра
- Дифференциальная диагностика между злокачественным и доброкачественным поражением
- Четкая, внимательная, педантичная предоперационная диагностика раннего рака
  - ✓ Диагностика горизонтального края
  - ✓ Диагностика глубины инвазии

# ✓ Диагностика горизонтального края

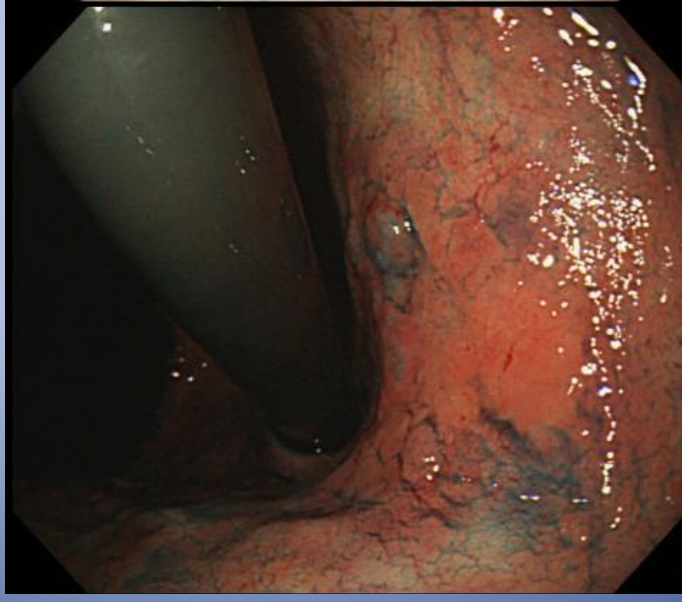
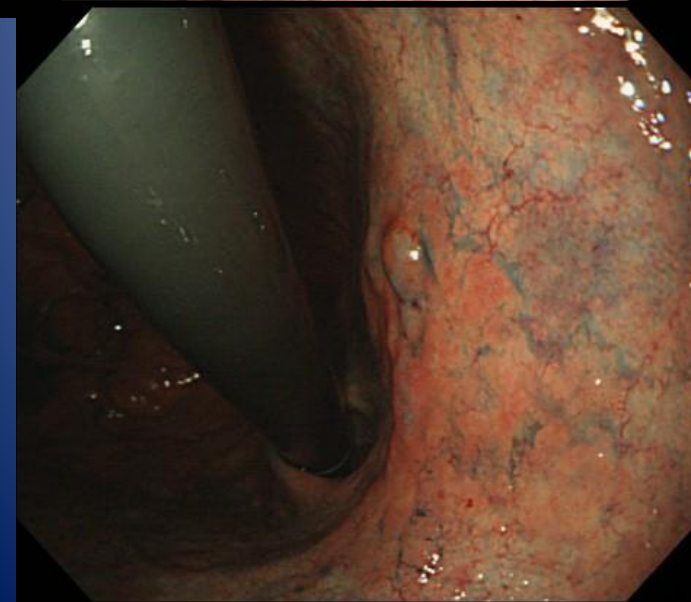
- ✓ Отмывание слизистой водой и муколитиками.
- ✓ Обязательное применение 0,1-0,2% индигокармина для уточнения контура и истинных размеров опухоли, в 80% случаев он определяется больших размеров, чем до хромокопии.
- ✓ Если край опухоли четко не определяется при хромокопии с 0,1-0,2% индигокармином показана эндоскопия в **УЗКОСПЕКТРАЛЬНОМ РЕЖИМЕ (NBI/ I-SCAN)**, что позволяет выявить истинный край опухоли в 70% случаев<sup>1)</sup>

1) Nagahama T, et al. Gastrointest Endosc. 2011; 74: 1259-1267

# Диагностика горизонтального края



До  
хромоскопии

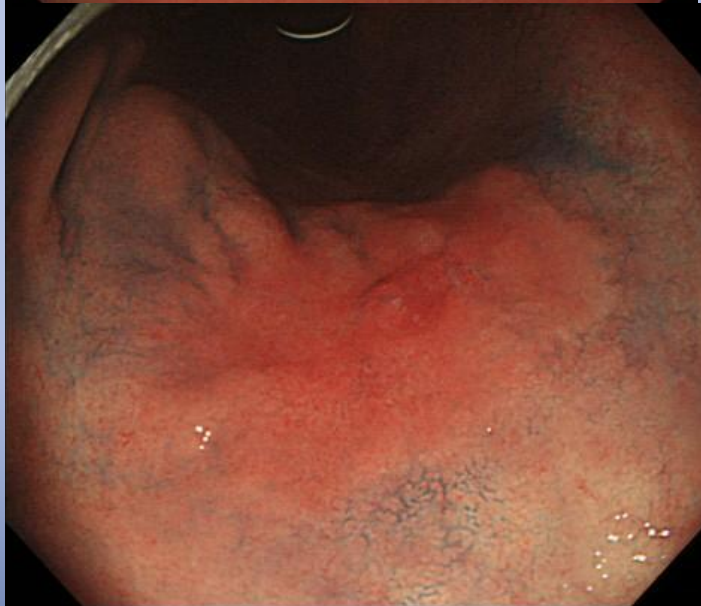


Через 2-3 мин.  
После хромоскопии  
Н.В.! Нужно время  
для адекватного  
окрашивания

# Диагностика горизонтального края

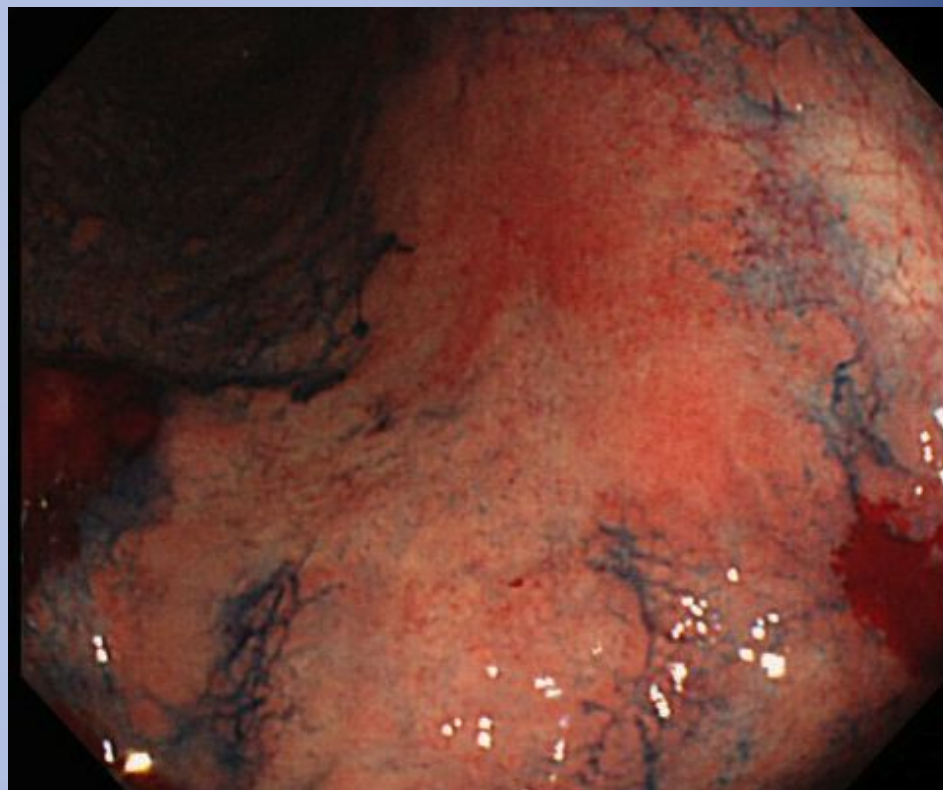
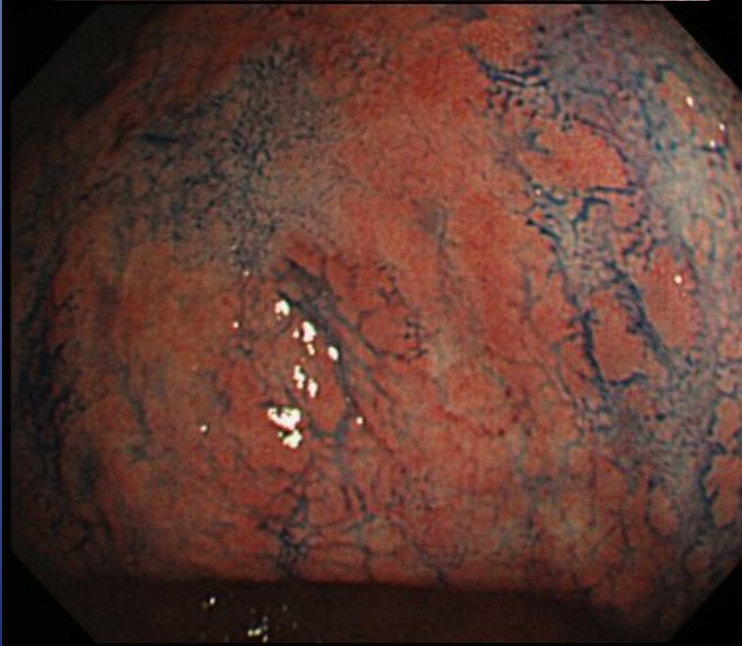
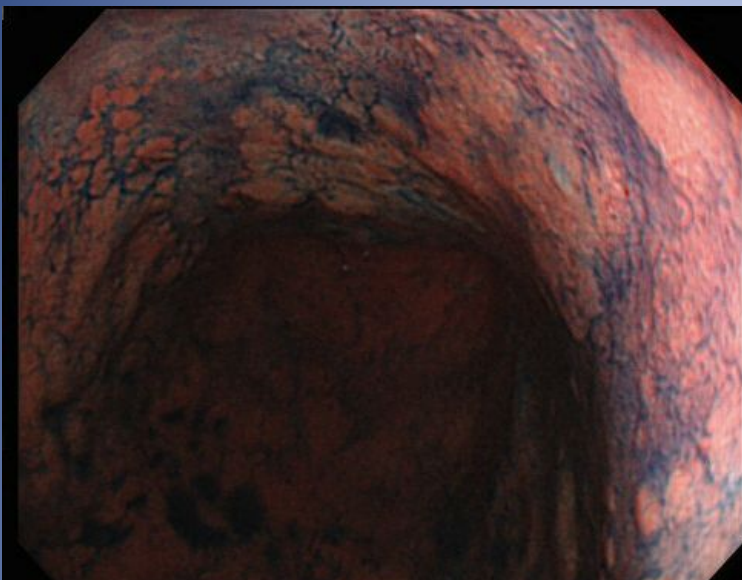


До  
хромоскопии

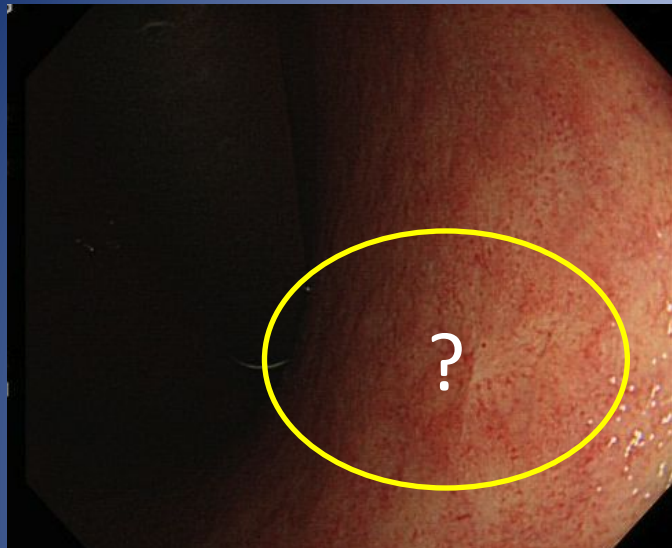


Через 2-3 мин.  
После  
хромоскопии  
Н.В.! Нужно  
время для  
адекватного  
окрашивания

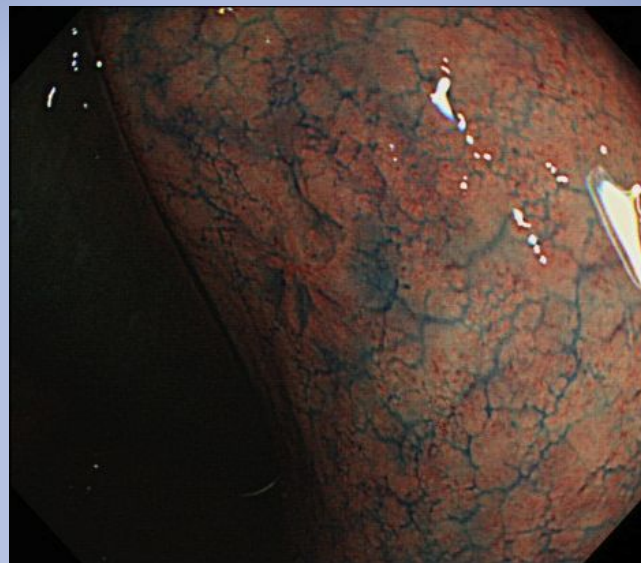
# Диагностика горизонтального края



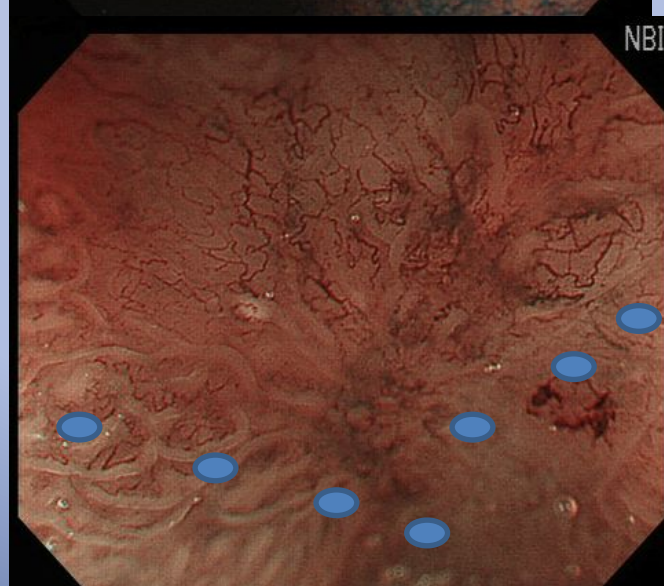
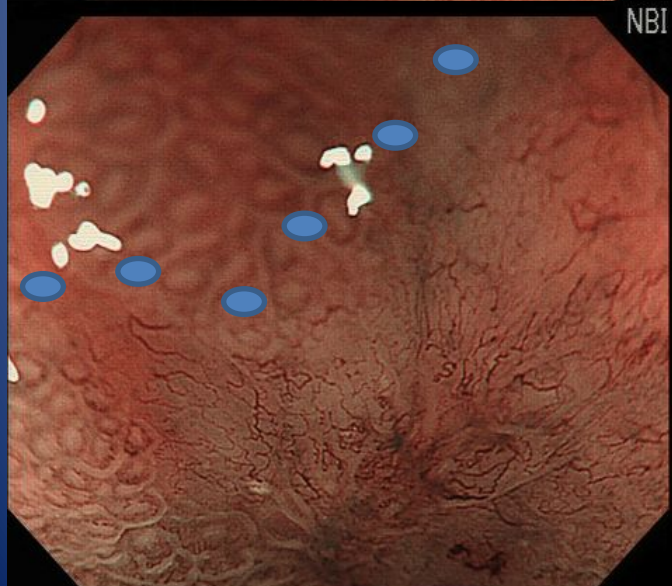
# Определение горизонтальных границ и краев



NBI



NBI



NBI выявил край опухоли, который не идентифицирован при обыкновенной эндоскопии «белого» света



# Диагностика глубины инвазии

- ✓ Очень важно дифференцировать внутрислизистый рак (M) от рака с подслизистоц инвазией (SM)
- ✓ Это определяющий критерий в выборе методов лечения (эндоскопический или хирургический)
- ✓ SM I – оправдано ESD

# Guideline criteria & Expanded criteria

All without lymphatic nor vascular involvement

	M (intramucosal cancer)		SM1 (submucosal invasion less than 500µm)
	UL(-)	UL(+)	
Intestinal type	≤ 20mm	≤ 30mm	≤ 30mm
	> 20mm	> 30mm	> 30mm
Diffuse type	≤ 20mm		
	> 20mm		

Guideline criteria

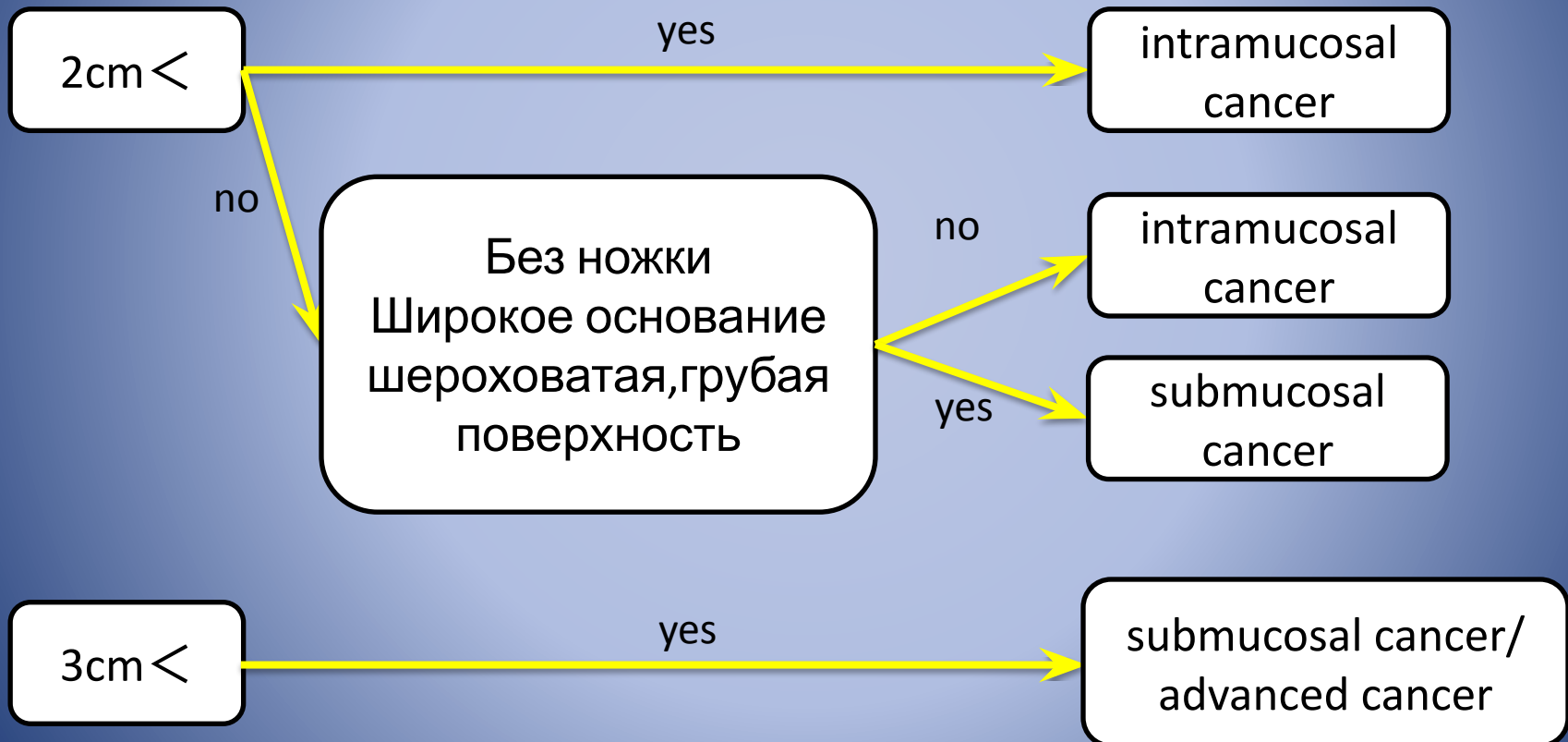
Expanded criteria

# Диагностика глубины инвазии

- ✓ При SM I – оправдано ESD
- ✓ Однако на практике не всегда удается четко определить глубину инвазии SM1 или SM2 до операции, поэтому эндоскопическое лечение оправдано как первый этап (резецированный препарат и его гистологическое исследование дает полные представления о адекватности резекции в горизонтальном и вертикальном направлении, визуализация подслизистого слоя, ложа удаленной опухоли с прицельной биопсией в случае сомнений в адекватности резекции (горизонтальном и вертикальном крае резекции)

# Алгоритм

0 I type



## 0 II a type

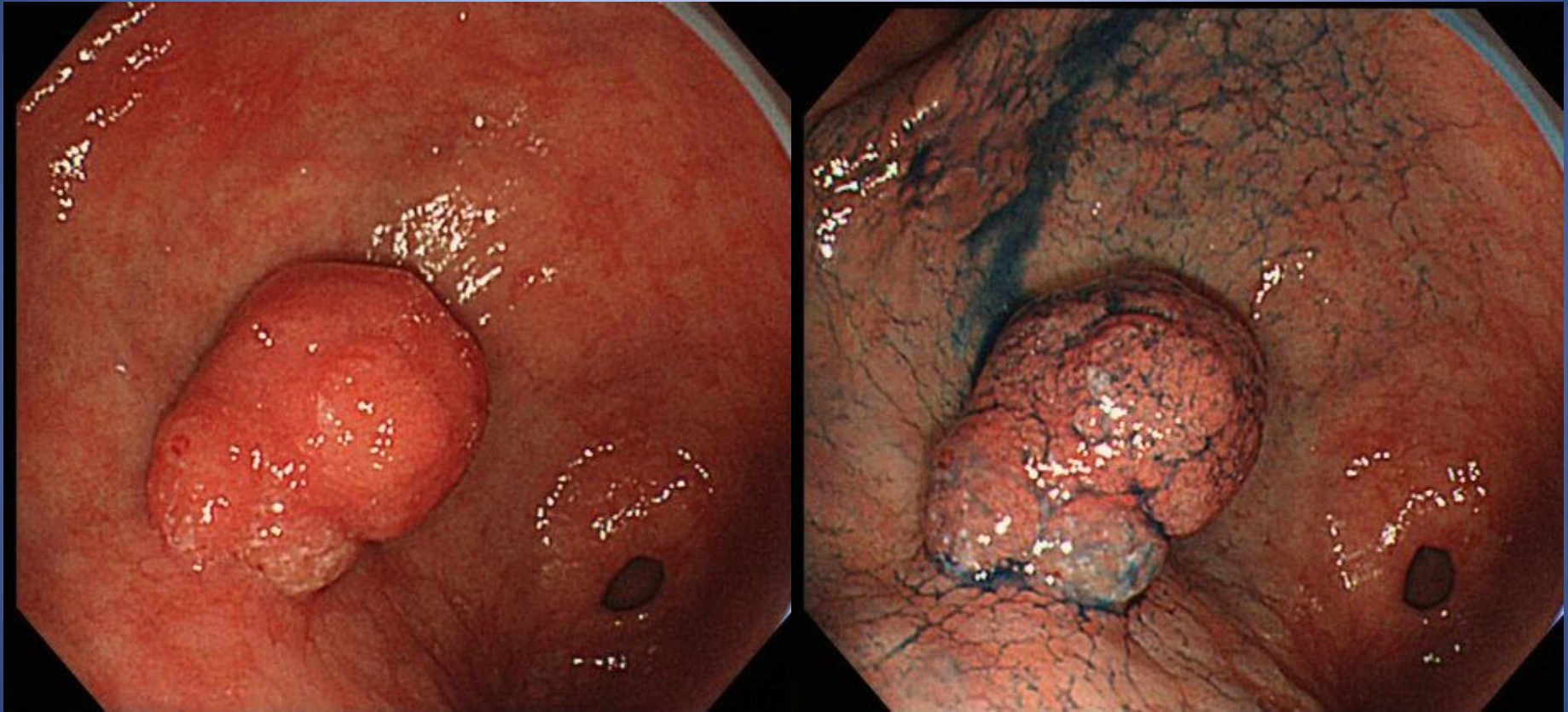
Плоский и  
сглаженный  
отчетливая  
дольчатость

**intramucosal cancer  
(независимо от  
размера)**

Нерегулярный узел  
толстый плотный край  
участки углублений  
втяжений  
Эрозии  
Участки покраснений

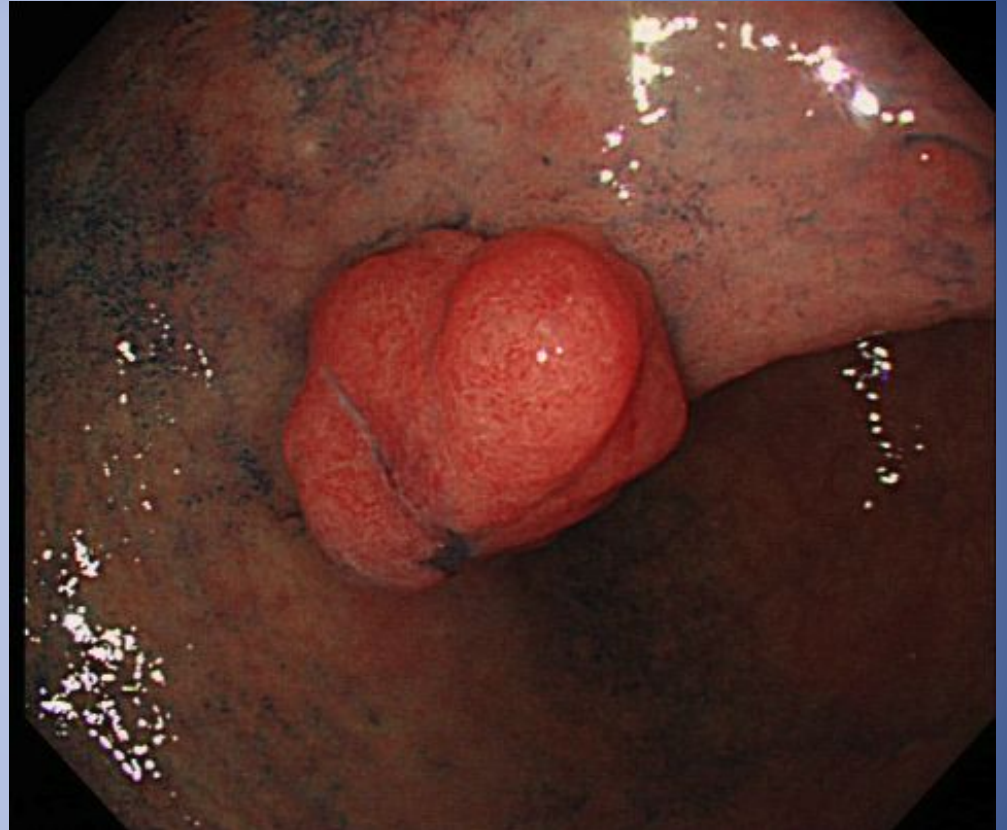
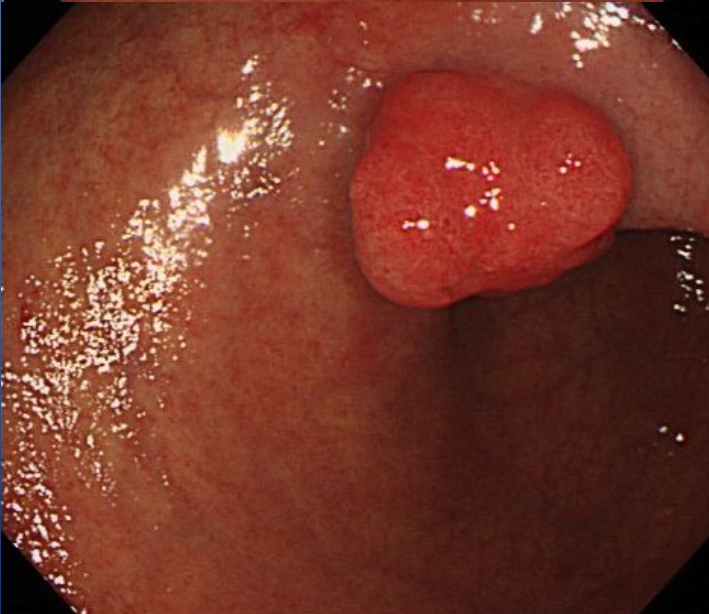
**submucosal cancer**

# I type



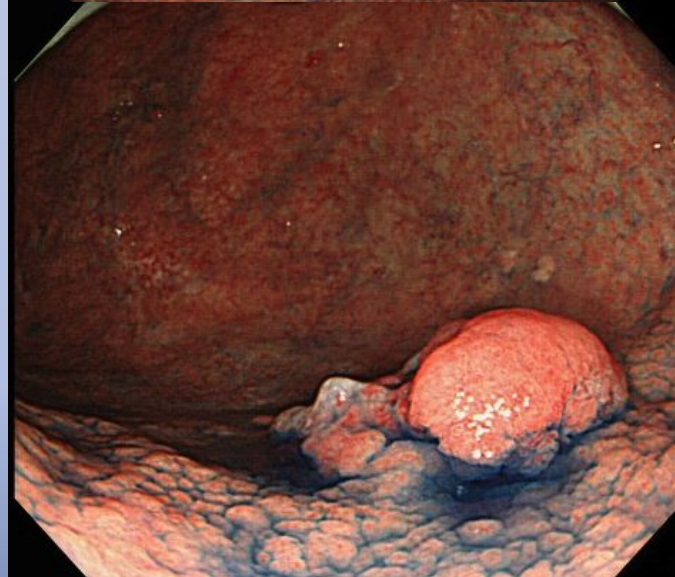
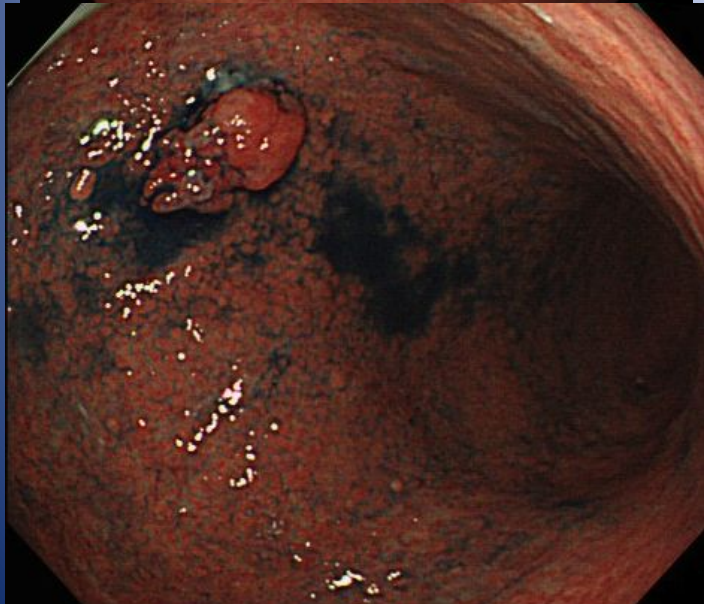
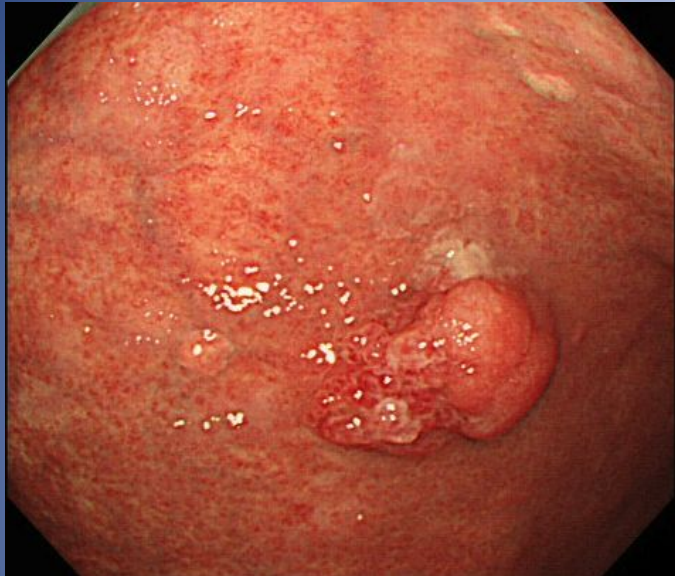
pap, 28mm, m

# I type



tub1, 14mm, m

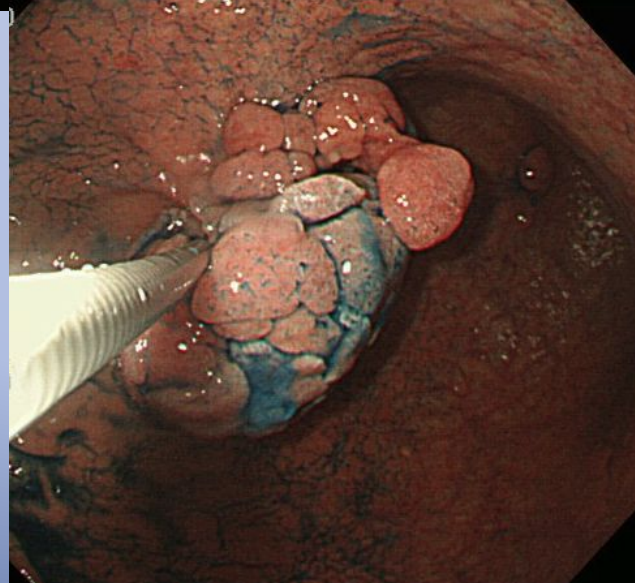
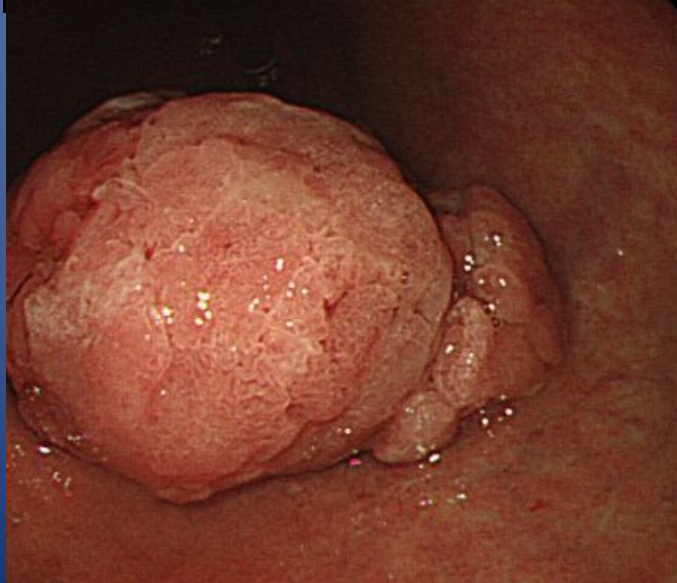
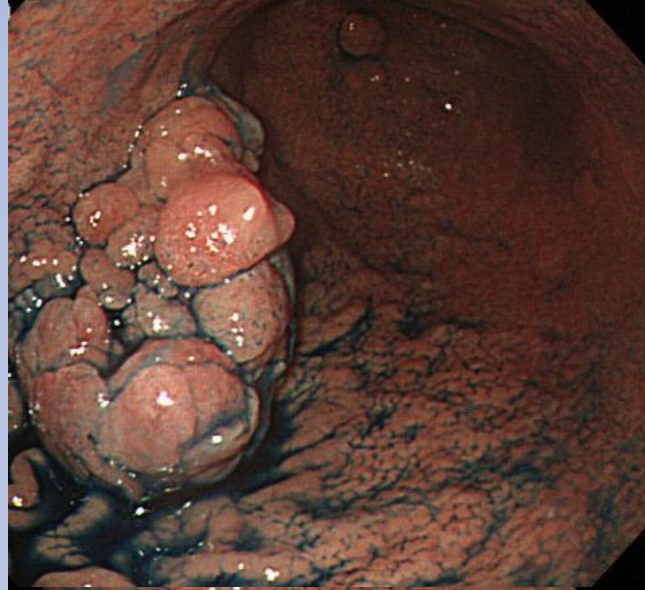
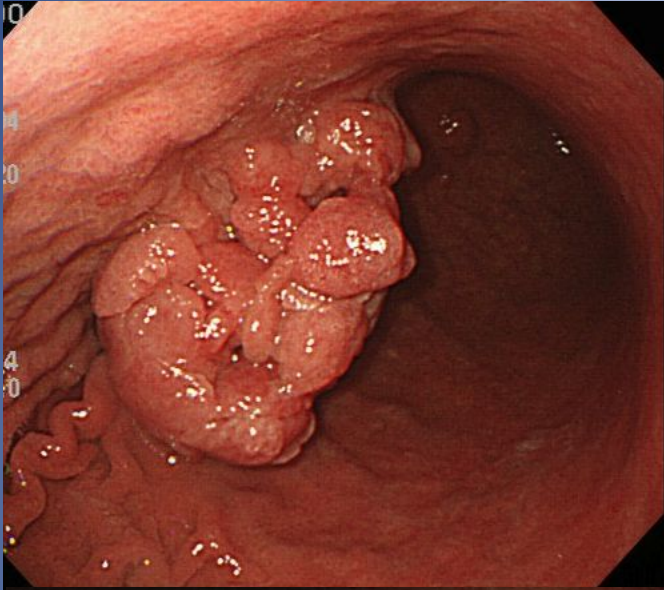
# I type



21mm,  
sm 2



# I type



50mm, sm2

# Диагностика глубины инвазии

0 II a + II c type

в большинстве случаев этот тип раннего рака выявляется уже с *sm* *более чем 500µm*

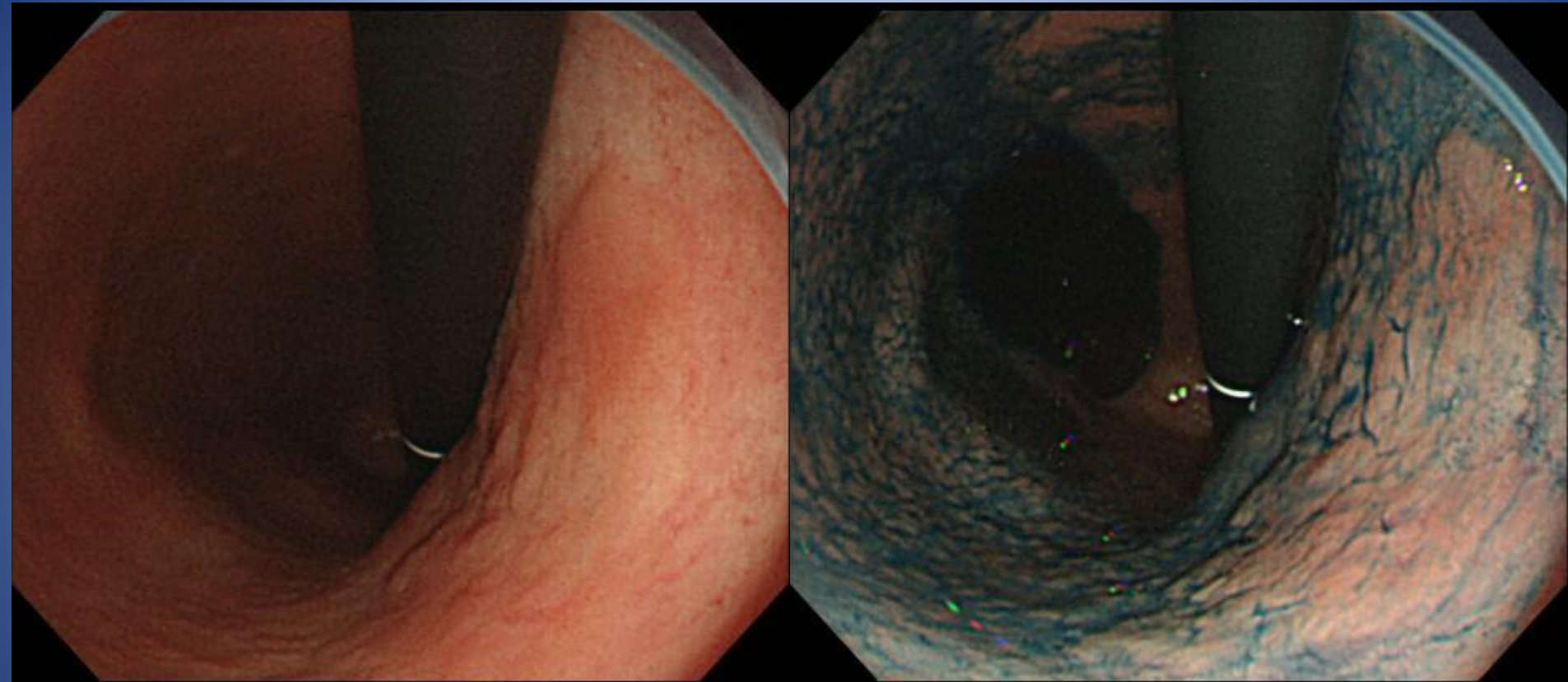
smooth peripheral lift like a submucosal tumor

advanced cancer?

shallow central depression  
low peripheral lift

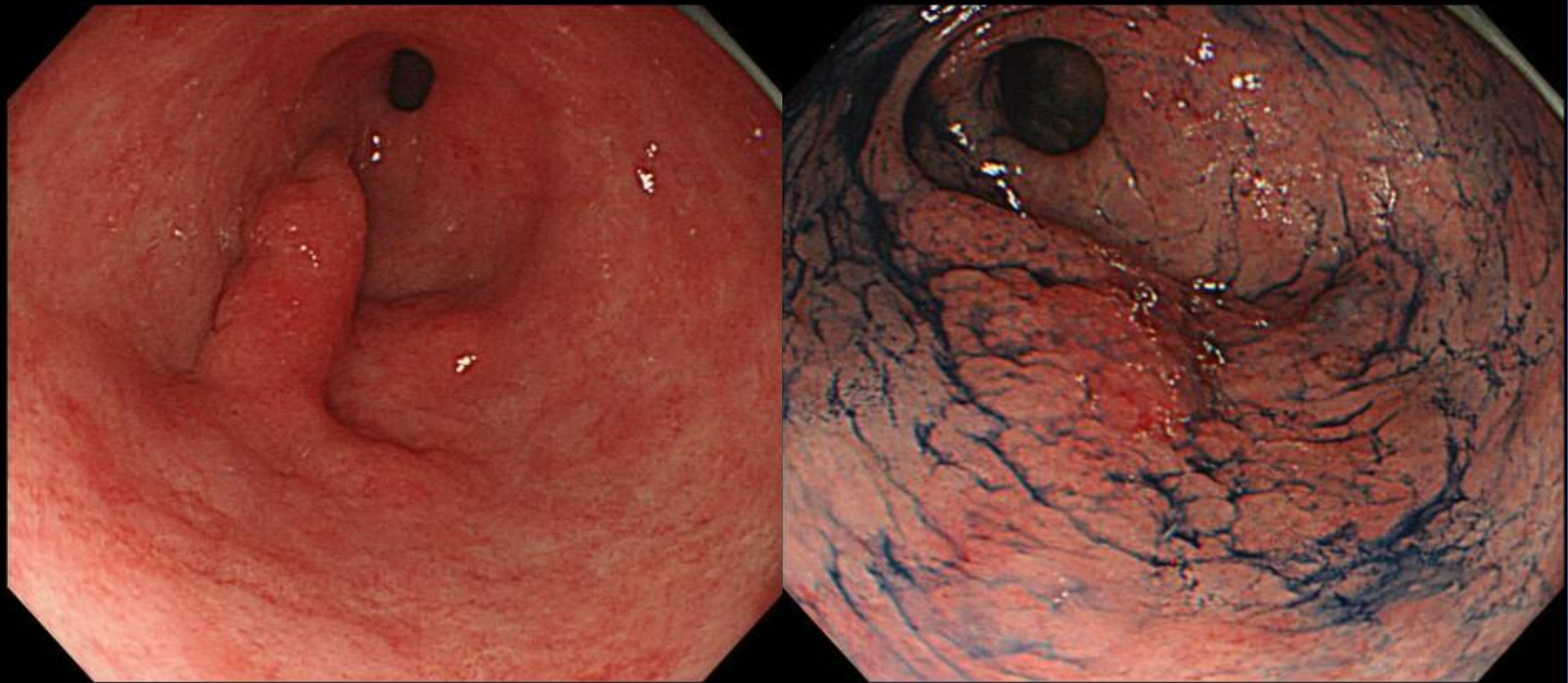
intramucosal cancer?

II a



45mm, m

II a



38mm, m

II a + II c



26mm, sm2

# Диагностика глубины инвазии

0 II c type

## Признаки *sm* инвазии

Интенсивно, ярко красный край

Утолщенный плотный край

2cm <

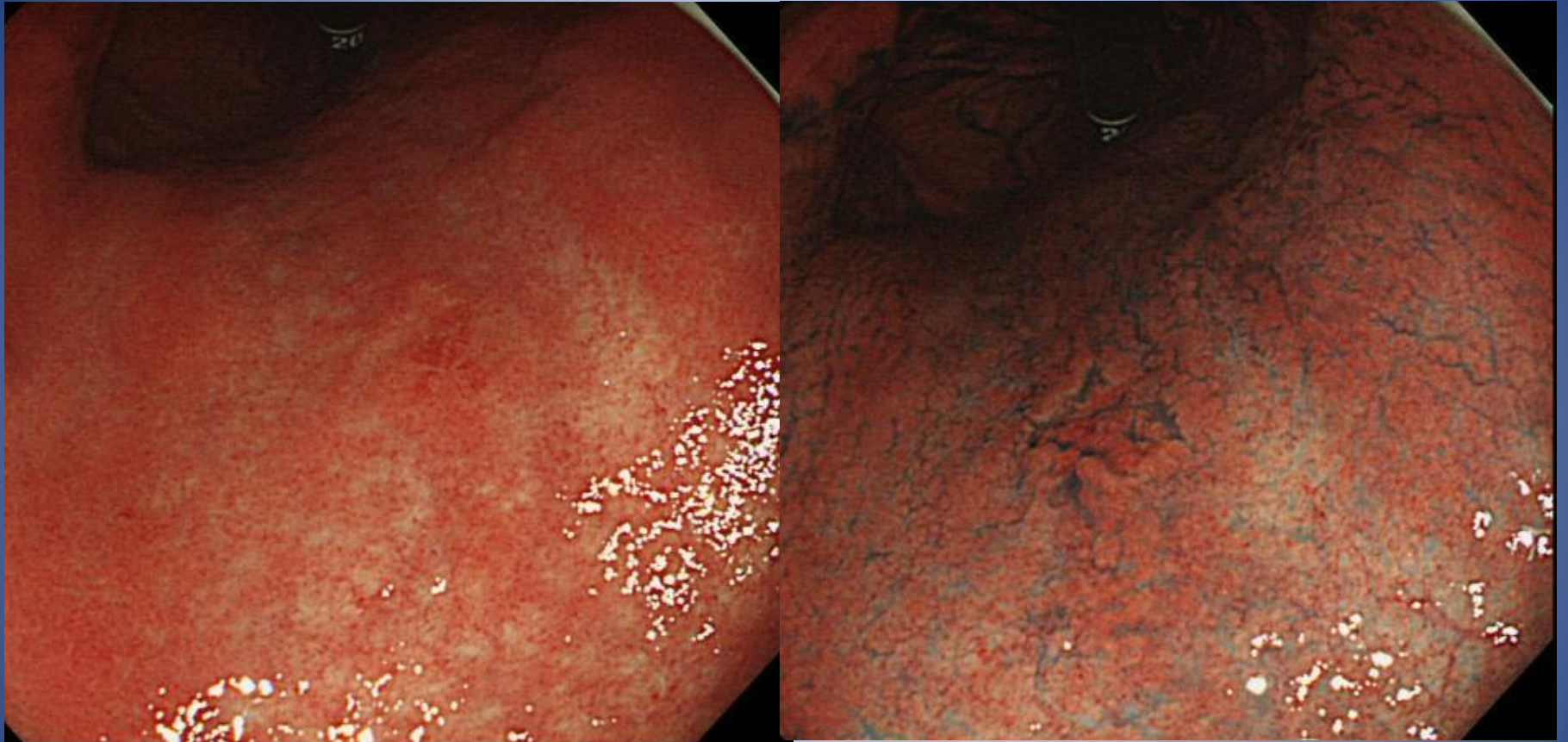
припухлость или конвергенция складок

Приподнятость края

грубый рельеф участка втяжения

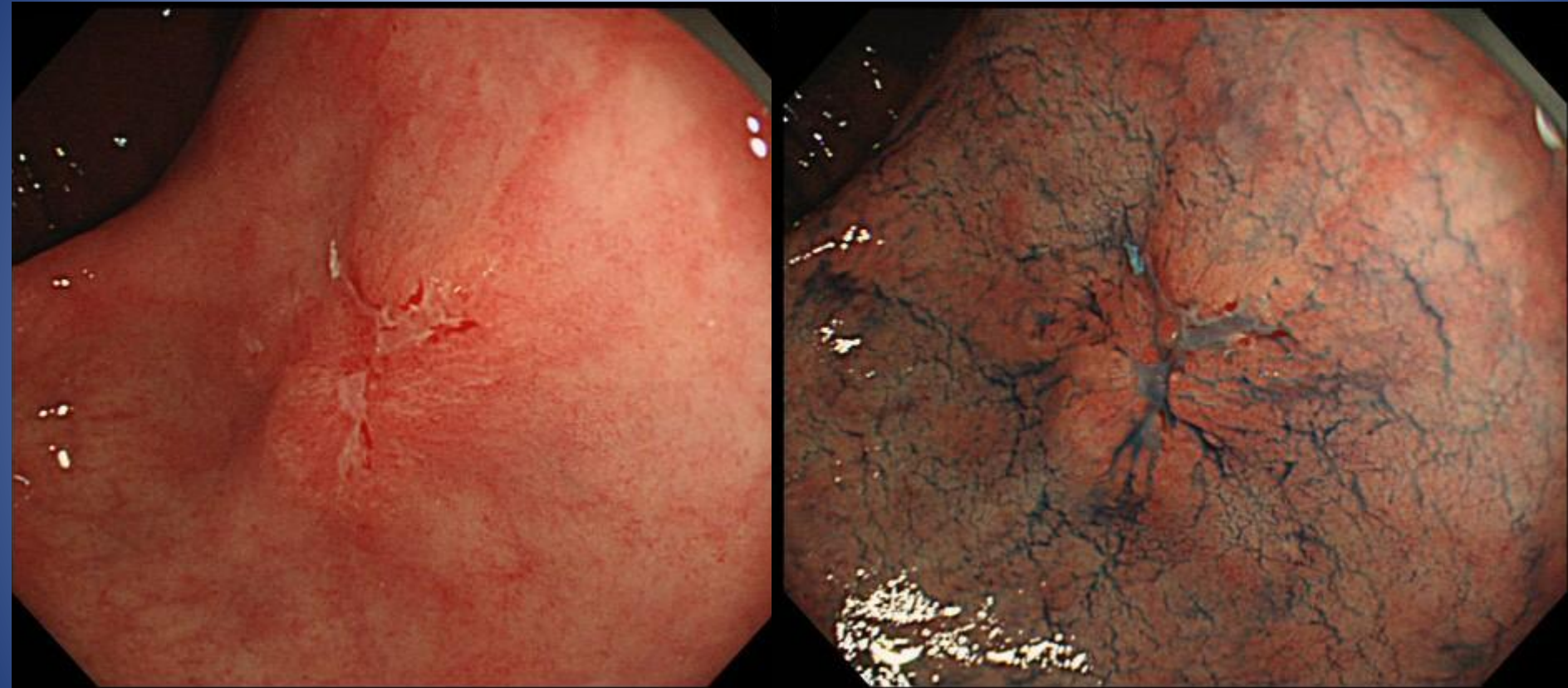
Крупноузловой рельеф участка втяжения

II c



15mm, m

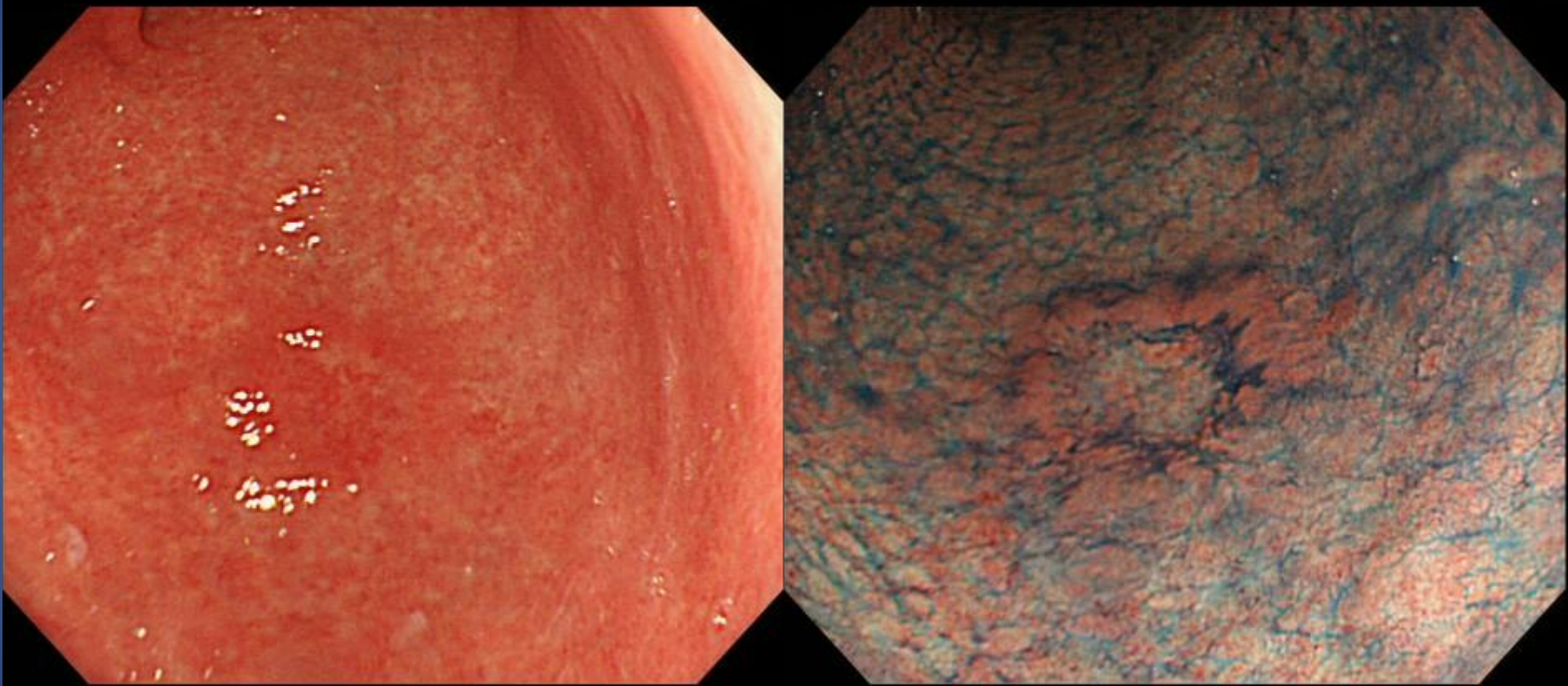
II c



15mm, m

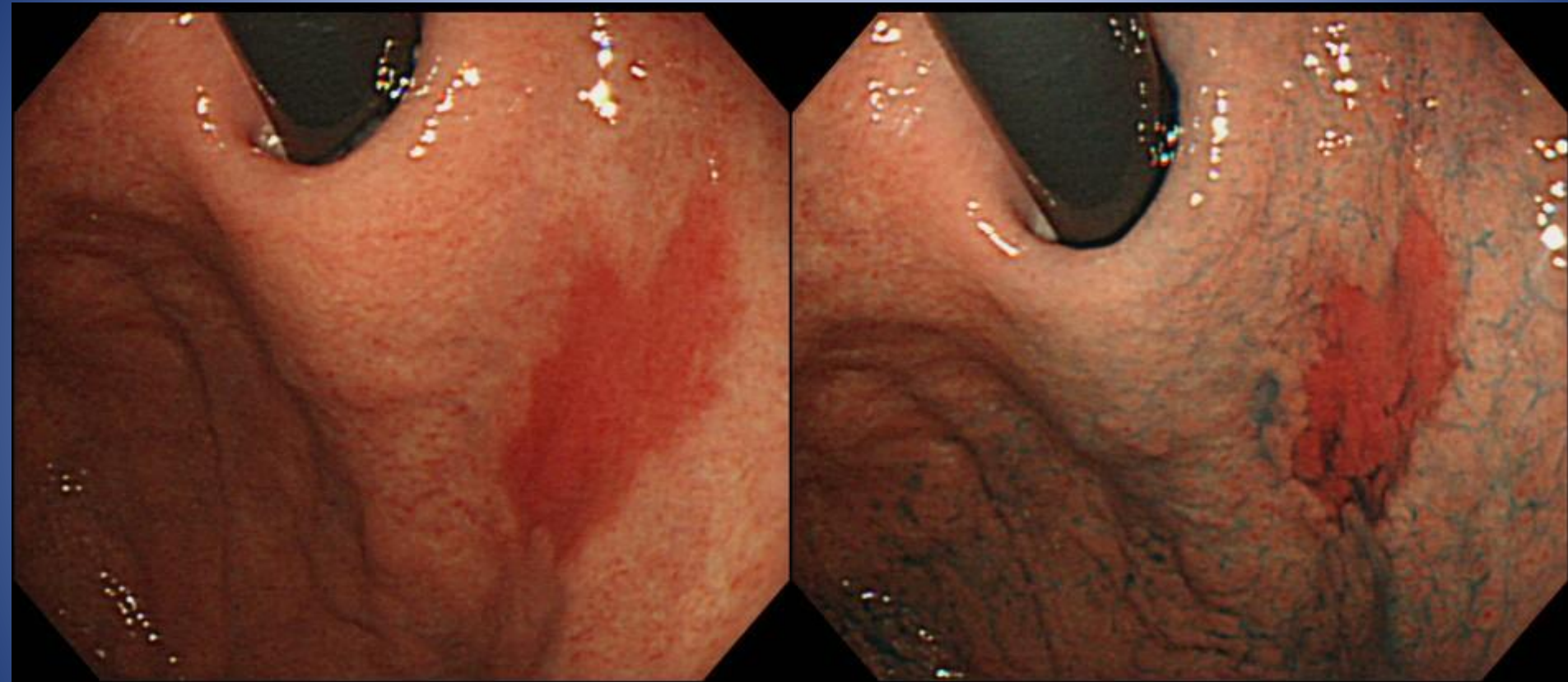


II c



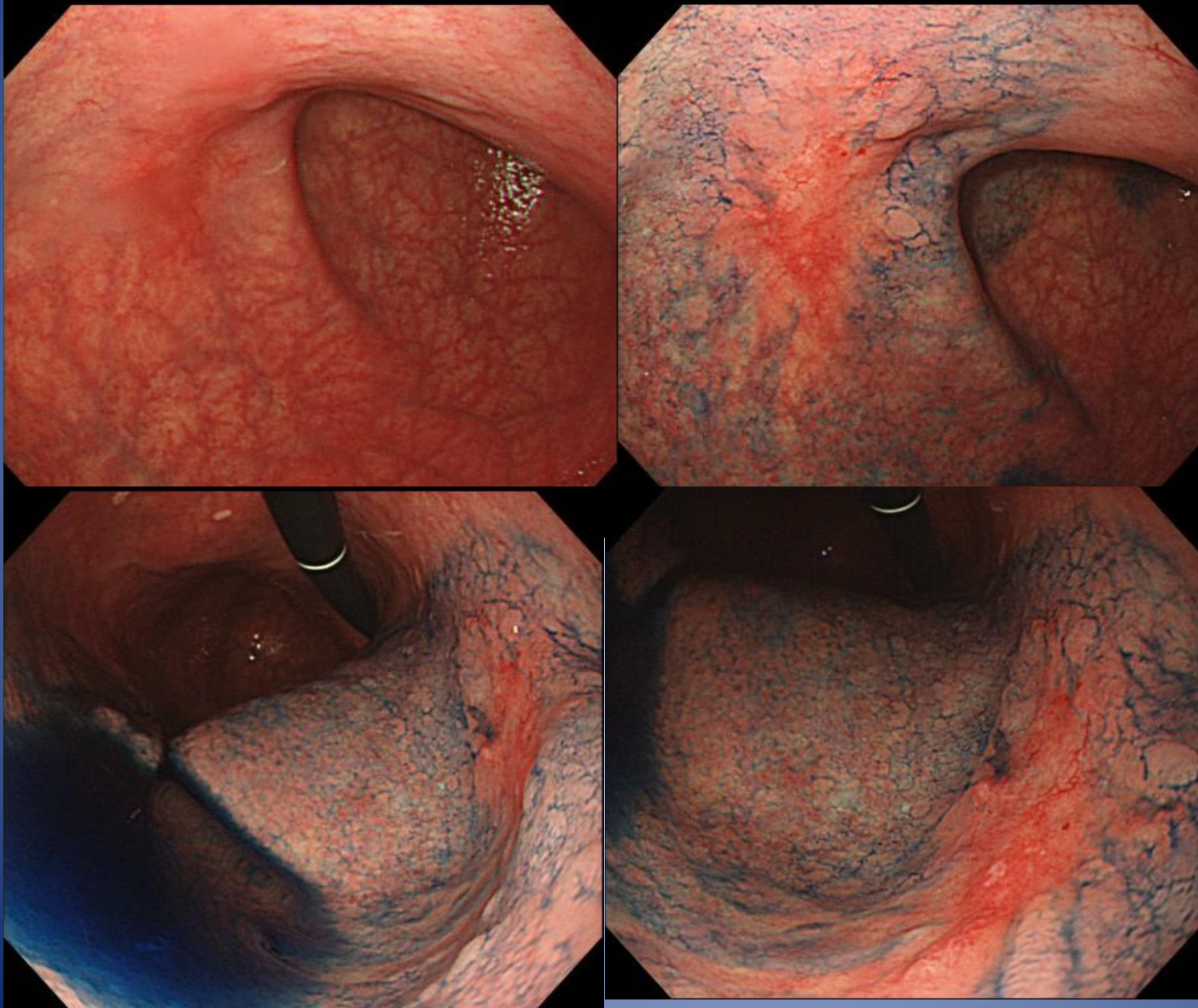
13mm, sm1

II c



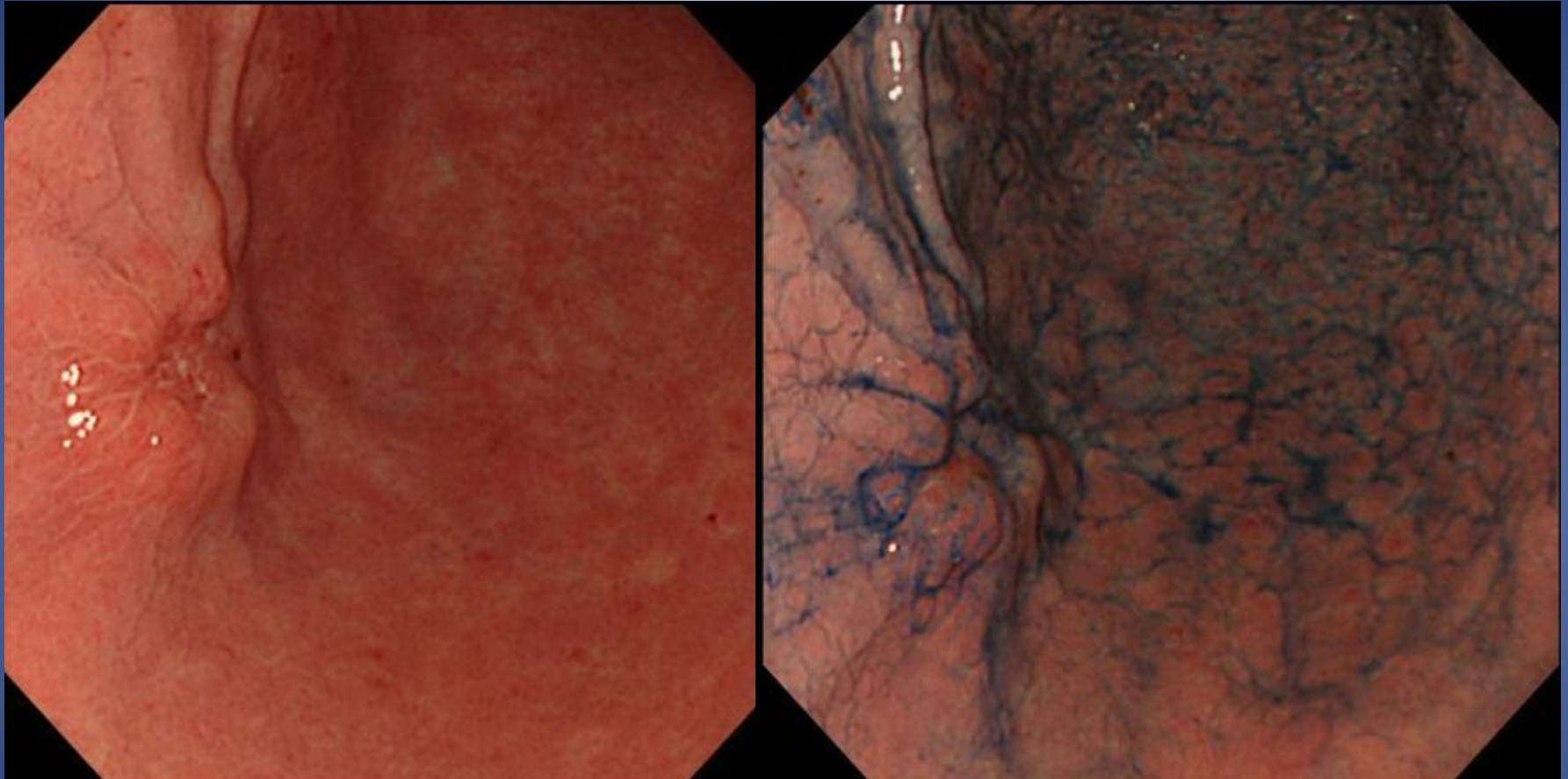
20mm, sm2

II c



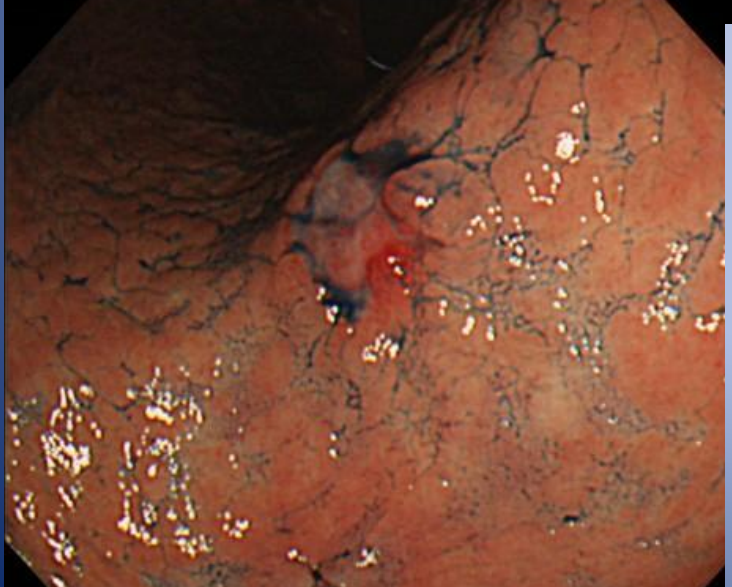
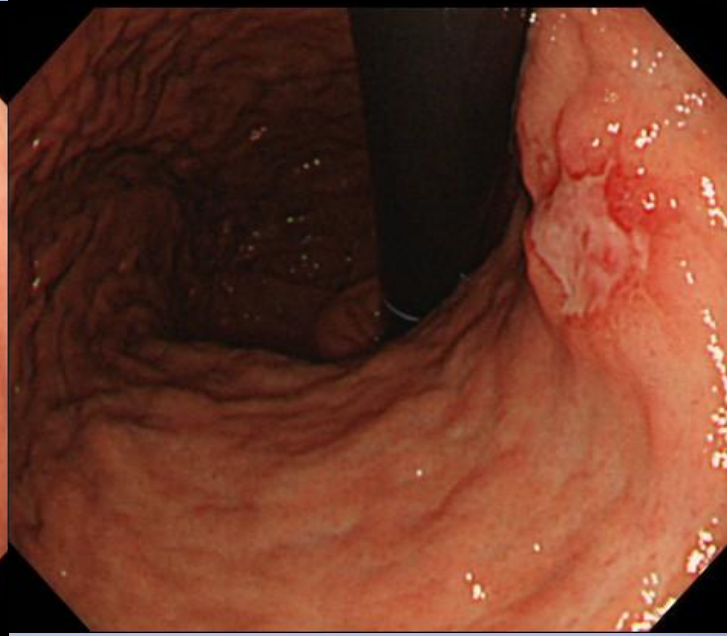
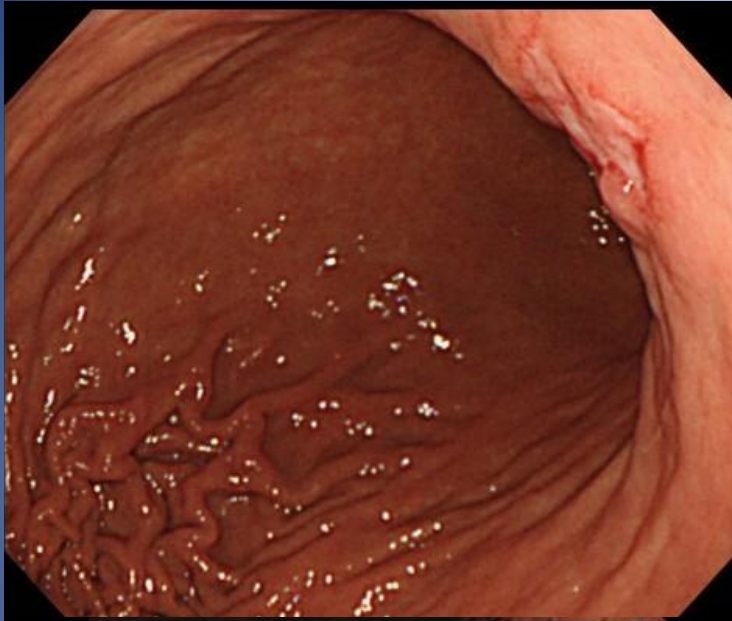
20mm,  
sm2

II c



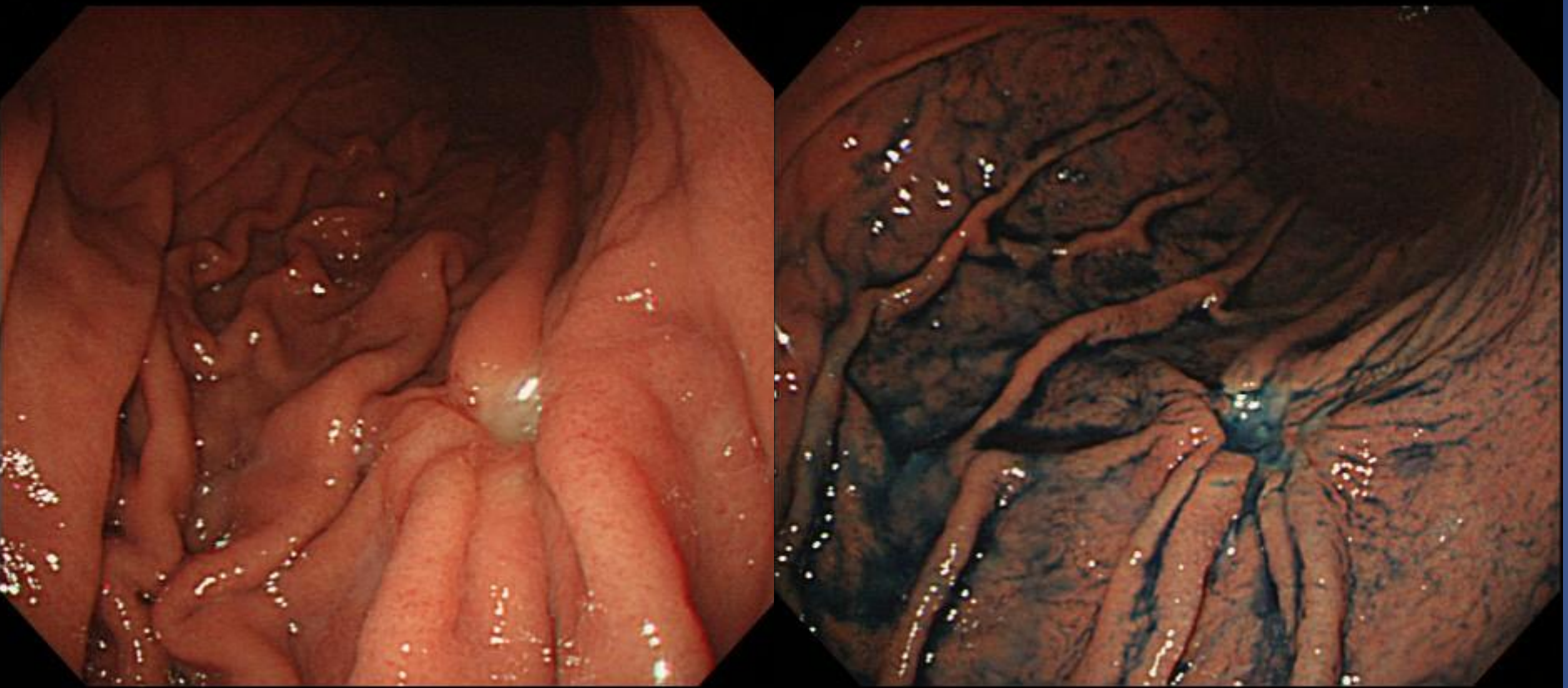
15mm, sm2

II c



15mm, sm2

II c



32mm, mp