

## Endoscopic diagnosis and pathology in cases of gastric cancer

### Эндоскопическая диагностика и патология при раке желудка

**R. Narisawa<sup>1</sup>, M. Kobayashi<sup>2</sup>, M. Takeuchi<sup>1</sup>, J. Yokoyama<sup>1</sup>, K. Shioji<sup>1</sup>, Y. Kawauchi<sup>1</sup>,  
T. Togashi<sup>2</sup>, H. Yokoyama<sup>2</sup>, A. Satoh<sup>2</sup>, S. Hashimoto<sup>2</sup>, Y. Satoh<sup>2</sup>, Y. Aoyagi<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Department of Endoscopy, Niigata University Medical and Dental Hospital, Japan

<sup>2</sup> Division of Gastroenterology and Hepatology, Niigata University, Graduate School of Medical and Dental Sciences, Niigata, Japan

Перевод с английского

It is important for endoscopist to understand pathological knowledge, importance of resected specimen, handling of specimen, and how to take biopsy

Для врача-эндоскописта необходимо разбираться в вопросах патоморфологии, понимать важность оценки рецизированного фрагмента, уметь подготовить препарат для исследования и владеть техникой биопсии.

В наше время во всем мире эндоскопическое лечение раннего рака желудка (особенно внутрислизистого), получило широкое распространение ввиду благоприятного прогноза и сохранения качества жизни пациентов. Однако так как эндоскопическое лечение основано на удалении новообразования в пределах подслизистого слоя без регионарной лимфодиссекции, перед вмешательством необходима более точная диагностика. Чрезвычайно важной для врача-эндоскописта является точная диагностика степени распространенности рака и глубины инвазии, которые основаны не только на клиническом опыте врача, но и на знании патоморфологии, потому что учение о диагностике рака желудка было отработано благодаря постоянному детальному сравнению эндоскопических данных и результатов гистологического заключения.

В данной статье мы будем обсуждать патоморфологию раннего рака желудка, важность исследования рецизированного фрагмента, подготовку препарата и методику выполнения биопсии.

#### ПАТОМОРФОЛОГИЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЖЕЛУДКА

Гистологически рак желудка делится на два типа: дифференцированный тип (тубулярная структура) и недифференцированный тип (без тубулярного строения). Эти гистологические типы были установлены Японским Обществом Исследования Рака Желудка.

Есть зависимость между гистологическим типом и характером роста рака, а именно: дифференцированный тип (папиллярная аденокарцинома, труб-



чатая аденокарцинома) и солидный тип низкодифференцированной аденокарциномы - характеризуется медуллярным ростом, недифференцированный тип, за исключением солидного типа низкодифференцированной аденокарциномы (то есть не солидный тип низкодифференцированной аденокарциномы и перстневидно-клеточный рак), характеризуется скиррозным ростом с большим количеством стромы, состоящей из большого количества коллагеновых волокон.

Гистологический тип рака желудка определяет макроскопическую картину опухоли, глубину инвазии и степень распространения процесса.

#### ВАЖНОСТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ УДАЛЕННОГО ПРЕПАРАТА

Исследование удаленного препарата важно для совершенствования эндоскопической диагностики. Об-

разец, фиксированный в формалине, позволяет более подробно изучить структуру и рельеф поверхности, так как они становятся более чёткими после фиксации. Итак, мы должны изучать каждый удалённый препарат и сравнивать макроскопические и эндоскопические данные для постановки более точного эндоскопического диагноза.

### ПОДГОТОВКА ПРЕПАРАТА

Очень важно умеренно растянуть и закрепить препарат. Это следует делать аккуратно, чтобы предотвратить дегенерацию ткани перед фиксацией в формалине. После фиксации препарат можно исследовать в течение длительного времени, причем каждый удалённый фрагмент фиксируется формалином и изучается отдельно для более подробного и точного сравнения эндоскопических и гистологических данных.

### КАК ВЫПОЛНИТЬ БИОПСИЮ?

Важно понимать, что если мы не можем выполнить биопсию из опухоли, мы не можем поставить диаг-

ноз злокачественного новообразования. Поэтому необходимо уметь эндоскопически распознавать границы распространения опухоли для забора прицельной биопсии при стандартной эндоскопии с окрашиванием индигокармином, усиливающим рельеф поверхности. Для определения лечебной тактики необходимо выполнять биопсию из поверхности новообразования и из других зон для уточнения распространённости опухоли.

Эндоскоп с функцией увеличения, новая эндоскопическая система с узким спектральным картированием (NBI) и другие новые методы и инструменты способствуют более точной диагностике. Однако без постоянного и детального сопоставления эндоскопических и гистологических данных в каждом случае и в каждой больнице новые технологии не принесут желаемых результатов.

Наконец, мы подчеркнем еще раз, что для эндоскописта очень важно владеть вопросами патоморфологии, понимать важность оценки резецированного фрагмента, уметь подготовить препарат для исследования и владеть техникой биопсии.

## Laparoscopic Surgery for Advanced Colorectal Cancer

**H. Bando, Y. Yoshino, K. Morita, H. Koizumi, N. Murakami, T. Yamada**

Department of Gastroenterological Surgery, Ishikawa Prefectural Central Hospital, Kanazawa, Japan

Laparoscopic colorectal resection is the second most surgery after cholecystectomy in Japan. We have experienced over three hundreds of laparoscopic colorectal resection and do it for advanced colorectal cancers as a first choice. Our contraindications of laparoscopic surgery are the cases of intestinal obstruction, large tumors more than 8 cm, tumors invading to the neighbor organ and diffuse adhesion in the abdominal cavity.

Recently we do the operation and perioperative care systematically. It is scheduled that the patient is hospitalized two days before operation and discharged ten days later. Even elderly people more than 80 years old can spend the same hospital life as above.

The autonomic nerves and the fasciae are well recognized by magnified power of laparoscope and a fine operation

can be performed. But adversely the operative field is limited and the orientation is often lost. Therefore multi-slice computed tomography has been used at our hospital since April in 2004. Because the virtual enema, virtual endoscopy and angiography of large intestine are created easily, we can simulate the operation.

Many authors reported good prognosis of laparoscopic resection for advanced colorectal cancers retrospectively in Japan. And the randomized clinical trial of laparoscopic versus open surgery for advanced colorectal cancer started October 2004 by Japan Clinical Oncology Group. We are also participating in this trial.

Our technique of lymph node dissection will be mainly shown in this meeting.