

Ventrikkeli ca primaari vartalon ct, strukturoitu lausunto, alustava versio 1/2017

Tuumori:

sijainti: kardia, corpus, antrum, pylorus

morfologia: polyyppi, ulseraatio, paikallinen seinämäpaksuuntuma, semi/sirkulaarinen tuumori, linitis plastica, suurin läpimitta cm

tukkiva tuumori: kyllä/ei

rT-luokitus:

Tx - ei näkyvää tuumoria

T1/T2 - invaasio submukosaan/lihaskerrokseen (ulkoseinä sileä)

T3 - kasvaa ventrikkelin seinämän ulkopuolelle (ulkoseinä epätasainen, rasvajuostetta), ilmoita millimetrit ja suunta (eteen, taakse, pieni/iso kaarros, pallea)

HUOM! tänne kuuluvat myös gastrokoliseen tai gastrohepaatiseen ligamenttiin tai omenttiin invasoineet tuumorit (jos viskeraalinen peritoneum ei ole invasoitunut)

T4 - kontakti viereisiin elimiin/rakenteisiin, mihin? Esim. perna, colon transversum, maksa, pallea, haima, vatsaontelon seinä, lisämunuainen, munuainen, ohutsuoli, retroperitoneum ja Gerotan fascia

rN-luokitus: suspekti imusolmuke = poikkimitta > 6 mm, pyöreä muoto, sentraalinen nekroosi, heterogeenisuus tai voimakas tehostuminen (sensiitivisyys 62,5%-91,9% ESMO clinical practice guidelines 8/2016)

- N0: ei imusolmukkeita, litteät, homogeeniset, tarkkarajaiset solmukkeet
- N1: 1-2 kpl suspektia paikallista imusolmuketta
- N2: 3-6 kpl suspektia paikallista imusolmuketta
- N3: >7 kpl suspektia paikallista imusolmuketta

rM-luokitus:

M0 ei etäpesäkkeitä

M1 etäpesäkkeet, luettele missä (maksa, keuhkot, karsinoosi, luu)

- HUOM! jos metastasointi epävarma, niin jätä kohta tyhjäksi

Muuta huomioitavaa: kyllä/ei (mm. mahdolliset fistelit, abskessit, invaginaatio tms)

Pohdinta ja muut löydökset: älä toista strukturoitua lausuntoa, vaan kerro se lisäinformaatio, joka ei strukturoidussa osassa tule ilmi.

- imusolmukkeet: ilmoita patologisten imusolmukkeiden sijainti: supra- subpylorisesti, pieni kaarros, iso kaarros, kardia, a. gastrica sinistra, a. hepatica, coeliaca axis, para-aortaaliset.

- maksa: metastaasit, epäselvät muutokset ja benignit pesäkkeet

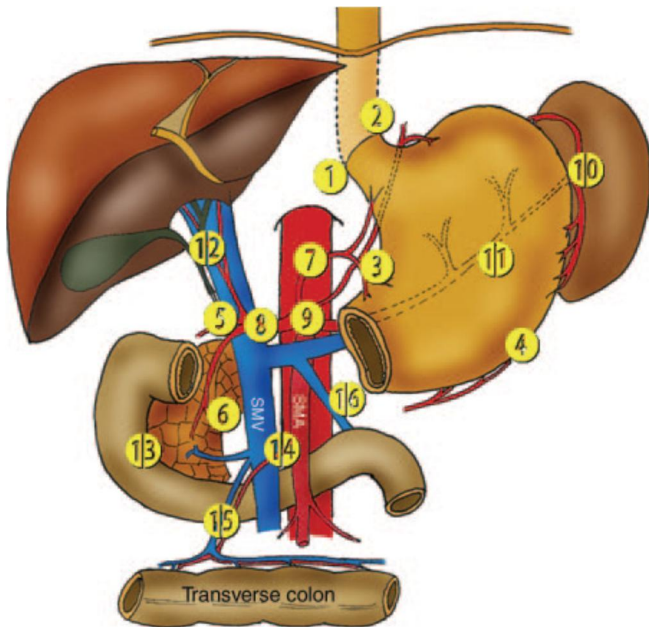
Esim: maksan segmenteissä x – xx yhteensä XX metastaasia, kookkain x mm. Kerro, jos metastaasilla kontakti vena hepaticaan tai portan päänkoon tai haaraan. Jos metastaaseja runsaasti, kerro säästyneet segmentit. Lisäksi segmentissä xx epäspesifiksi jäävä x mm pesäke ja hemangiooma / kysta segmentissä x. Kerro myös, jos maksa on rasvoittunut tai kirroottinen.

- keuhkot: metastaasit ja epäspesifit muutokset: montako metastaasia, suurimman koko, missä sijaitsevat (tarkkuudella oikea ylälohko, keskilohko, oikea alalohko, vasen ylälohko, vasen alalohko).

- muut: muun metastasoinnin kuvailu tänne, mm. karsinoosi, askites, luustometastaasit

Kirurgia kiinnostaa myös esim. vaikea ASO ERITYISESTI COELIACA-RUNGON ALUEELLA, myös trombit ja aneurysmat on hyvä ilmoittaa .

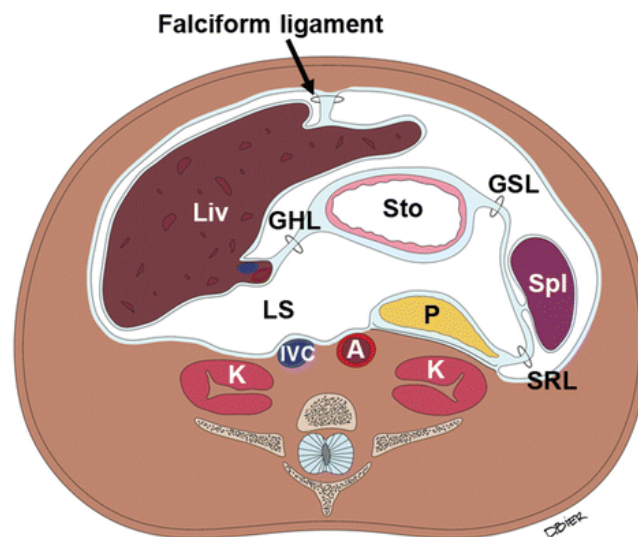
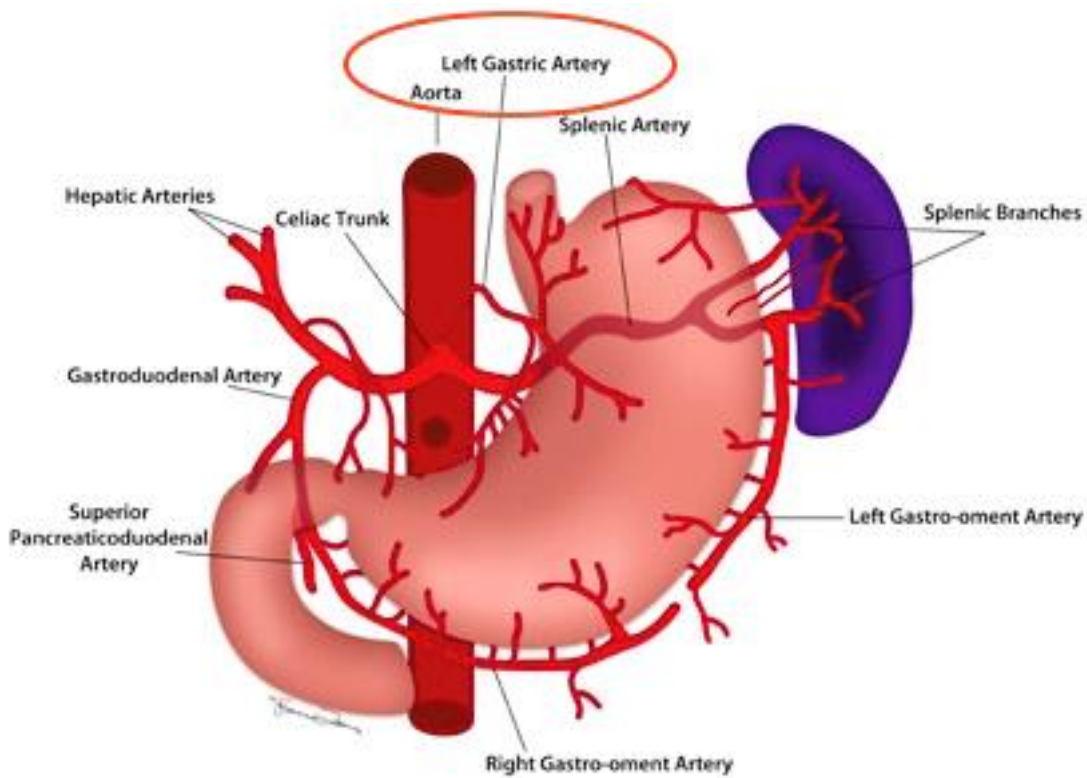
Yhteenveto: esim antrum T3, N1, M0 tuumori



Topographic Classification of Lymph Nodes in Gastric Cancer

Station	Node Location
1	Right paracardium
2	Left paracardium
3	Along the lesser curvature
4	Along the greater curvature
5	Suprapylorum
6	Infrapylorum
7	Along the left gastric artery
8	Along the common hepatic artery
9	Around the celiac artery
10	At the splenic hilum
11	Along the proximal splenic artery
12	In the hepatoduodenal ligament
12a	Along the hepatic artery
12b	Along the bile duct
12p	Behind the portal vein
13	On the posterior surface of the pancreatic head
14	Along the superior mesenteric vessels
15	Along the middle colic vessels
16	Around the abdominal aorta

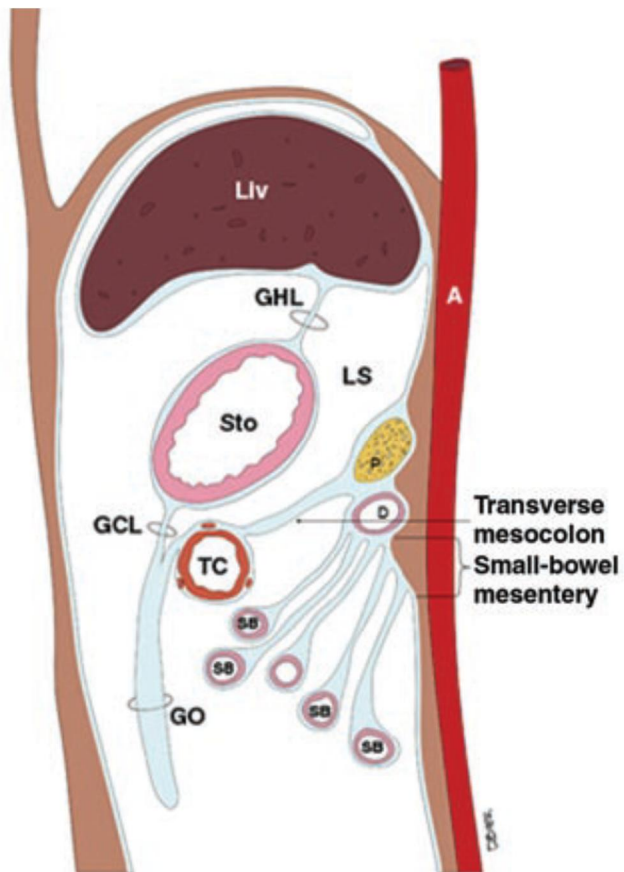
Source.—Reference 28.



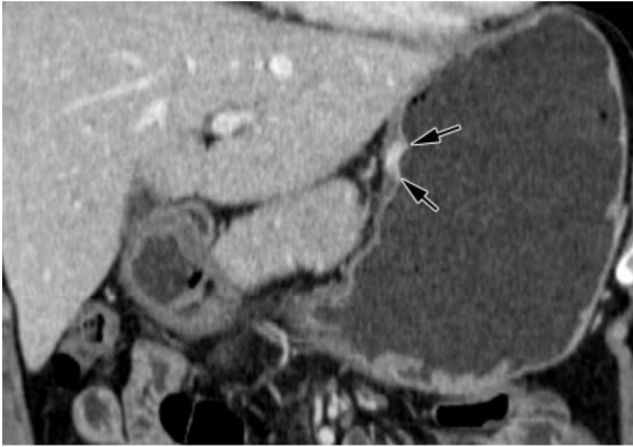
Liv = liver, Sto = stoma

ch, Spl = spleen, K = kidney,

A = aorta, SRL = splenohepatic ligament, GSL = gastrosplenic ligament, GHL = gastrohepatic ligament, P = pancreas, LS = lesser sac, IVC = inferior vena cava. Final positions of stomach, liver, and spleen. Note pancreas becomes retroperitoneal organ due to fusion of dorsal mesogastrium with posterior abdominal wall.



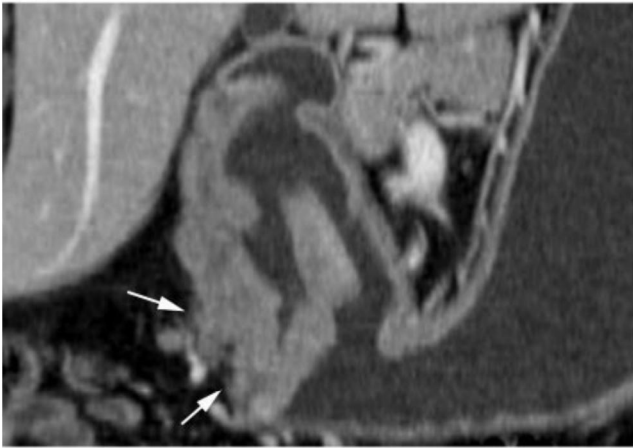
Dorsal mesogastrium continues to grow inferiorly and fuses with part of transverse mesocolon, resulting in well-defined lesser sac and gastrocolic ligament. Two layers of dorsal mesogastrium overgrowth fuse to become greater omentum.



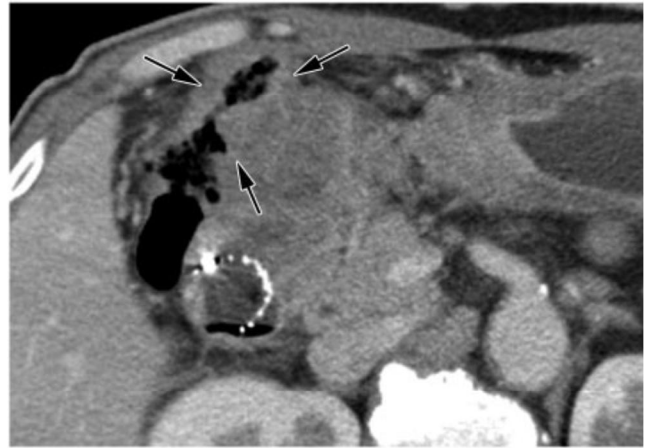
a.



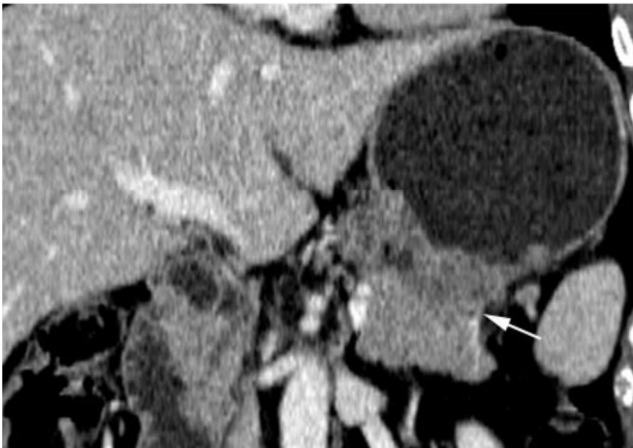
b.



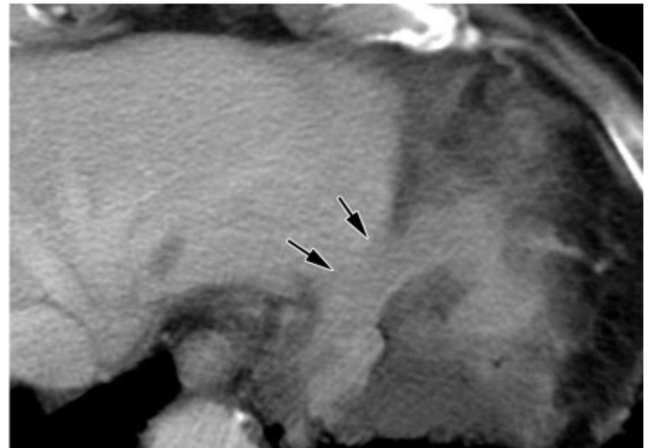
c.



d.



e.



f.

Figure 1. Stage T1–T4 gastric tumors. (a) Coronal reformatted image shows a stage T1 tumor (arrows) with focal nontransmural enhancement in the upper body. (b) Axial CT scan shows a stage T2 tumor (arrow), a localized, transmurally enhancing ulcerative mass without perigastric extension, in the lower body. (c) Coronal reformatted image shows a stage T3 tumor (arrows), with gross infiltration of the perigastric fat tissue in the antrum. (d) Axial CT scan shows a stage T4 tumor with invasion of the colon. The tumor represents an advanced cancer of the antrum and is accompanied by obliteration of the fat plane and thickening of the colonic wall (arrows). (e) Coronal reformatted image shows a stage T4 tumor (arrow) infiltrating the distal pancreatic body. (f) Axial CT scan shows a stage T4 tumor (arrows), an advanced cancer with gross infiltration of the lateral segment of the liver.

Kirjallisuutta:

- Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up-Annals of oncology vol 27 9/2016
- Gastric Cancer: Patterns of Disease Spread via the Perigastric Ligaments Shown by CT; AJR vol 195 7/2010

Cher Heng Tan Read More:

<http://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.09.3070>

- CT and PET in Stomach Cancer: Preoperative Staging and Monitoring of Response to Therapy Radiographics, vol 26 2006
- Preoperative Assessment of Vascular Anatomy Around the Stomach by 3D Imaging Using MDCT Before Laparoscopy-Assisted Gastrectomy AJR vol 183 7/2004

Read More: <http://www.ajronline.org/doi/abs/10.2214/ajr.183.1.1830145>

-