

# KARCINOM ŽELUCA U PRAKSI LIJEČNIKA OBITELJSKE MEDICINE

KSENIJA KRANJČEVIĆ

*Dom zdravlja Zagreb Zapad, Ordinacija obiteljske medicine, Zagreb, Hrvatska*

Karcinom želuca drugi je po smrtnosti i četvrti po učestalosti svih karcinoma u svijetu. Incidencija raste s dobi pa je tako više od 75 % oboljelih starije od 50 godina. Zbog relativno kasnog postavljanja dijagnoze dugogodišnje preživljavanje je loše, izuzevši bolesnike s lokaliziranom bolesti. Uzrok nastajanja karcinoma želuca je nepoznat, ali se zna da određena vrsta prehrane može doprinijeti njegovom razvoju. Najčešće se spominju dimljena i jako zasoljena hrana uz nedovoljno konzumiranje voća i povrća te neki kemijski spojevi (konzervansi iz hrane, nitrati i nitriti). Dugotrajna infekcija *H. pylori*, genski i okolišni čimbenici povećavaju rizik nastanka karcinoma želuca. Svjetska zdravstvena organizacija proglasila je bakteriju *H. pylori* karcinogenom prvog reda za neke vrste tumora želuca. Oko 95 % malignih tumora želuca čine adenokarcinomi, a rjeđi su lokalizirani limfom želuca, gastrointestinalni stromalni tumori i MALT limfomi. Početni simptomi karcinoma želuca su nespecifični i slabo izraženi. Najčešće bolesnici osjećaju nelagodu i punoću u gornjem dijelu abdomena nakon jela, a ponekad i bol, podrigivanje i žgaravicu. Kada postoji sumnja na karcinom želuca potrebno je učiniti endoskopiju s višestrukom biopsijom. Rana detekcija ključni je čimbenik u učinkovitom liječenju. Liječenje se može provesti kirurški, kemoterapijom, radioterapijom ili kombinacijom navedenih metoda, a odabir ovisi o stadiju bolesti i stanju bolesnika. Liječnik obiteljske medicine morao bi između svih svojih pacijenata utvrditi one s povećanim rizikom i redovno ih kontrolirati.

**Ključne riječi:** prevencija, čimbenici rizika, karcinom želuca, liječnik obiteljske medicine

**Adresa za dopisivanje:** Ksenija Kranjčević, dr. med.  
Ordinacija obiteljske medicine  
Dom zdravlja Zagreb Zapad  
H. Macanovića 2a  
10 000 Zagreb, Hrvatska  
E-pošta: ksenija.kranjcevic@inet.hr

## UVOD

Karcinom želuca drugi je po smrtnosti i četvrti po učestalosti svih karcinoma u svijetu (1). Incidencija raste s dobi pa je tako više od 75 % oboljelih starije od 50 godina (najčešće između 60. i 80. godine života) sa 1,5 do 2 puta češćom pojavom u muškaraca nego u žena. Zbog relativno kasnog postavljanja dijagnoze, što je posljedica nespecifičnih simptoma, dugogodišnje preživljavanje je loše, osim u bolesnika s lokaliziranom bolesti. Iako je, ukupno gledajući, učestalost karcinoma želuca posljednjih desetljeća u padu, zabrinjava porast učestalosti karcinoma smještenog u gornjim dijelovima želuca, osobito u bolesnika mlađih od 40 godina.

Karcinom je drugi najznačajniji uzrok smrti u Hrvatskoj od kojeg umire svaki četvrti stanovnik. U

usporedbi s ostalim zemljama Europe, Hrvatska je zemlja srednje incidencije, no visokog mortaliteta od karcinoma. Incidencija karcinoma želuca u Hrvatskoj je nešto drugačija nego u Europi. Karcinom želuca je na 6. mjestu učestalosti uzroka obolijevanja od karcinoma sa gotovo 900 novih slučajeva godišnje i ne pokazuje tendenciju pada već porasta (2).

## ČIMBENICI RIZIKA

Uzrok nastajanja karcinoma želuca je nepoznat, ali se zna da određena vrsta prehrane može doprinijeti njegovom razvoju. Najčešće se spominju dimljena i jako zasoljena hrana (meso i riba) uz nedovoljno konzumiranje voća i povrća te neki kemijski spojevi (konzervansi iz hrane, nitrati i nitriti). Rezultati većeg broja istraživa-

nja pokazali su da su alkohol i pušenje (muškarci koji puše imaju 1,5 puta veći rizik obolijevanja) (3) te pretilost i metabolički sindrom (povećava rizik od razvoja karcinoma u području kardije želuca) također povezani sa češćom pojavnosti karcinoma želuca (4). Povećani rizik za razvoj karcinoma želuca uočen je i u ljudi koji su u kontaktu s azbestom, niklom ili kod radnika u proizvodnji gume. Od ostalih čimbenika rizika spominju se infekcija Epstein-Barrovim virusom (povezana je s rijetkim oblikom karcinoma želuca koji je sličan limfoepiteliomu), krvna grupa A, samački način života, niži obrazovni i ekonomski status (5). Pojedine studije dovele su u pitanje povezanost bisfosfonata s pojavom karcinoma jednjaka i želuca no rezultati su bili dvojbeni (6).

Drugi važniji čimbenici koji se dovode u vezu s obolijevanjem od karcinoma želuca su bolesti poput atrofičnog gastritisa i perniciozne anemije (zbog nedostatka intrinzičnog faktora), ulkusa želuca, polipa želuca, Ménétrierovu bolest (hipertrofični gastritis) ili prethodni kirurški zahvat na želucu (dolazi do promjene pH u želucu te posljedične metaplazije i displazije stanica). Oboljeli od MALT (engl. *Mucosa-Associated Lymphoid Tissue*) limfoma su u povećanom riziku za obolijevanje od adenokarcinoma želuca.

Pokazalo se da dugotrajna infekcija *H. pylori* povećava rizik nastanka karcinoma želuca, naročito njegovih donjih dijelova (dugotrajna upala može dovesti do kroničnog atrofičnog gastritisa i pojave prekanceroznih lezija unutrašnjih slojeva želuca) te je Svjetska zdravstvena organizacija 1994. g. proglasila bakteriju *Helicobacter pylori* karcinogenom za neke oblike tumora želuca (7). Važan je i subtip *H. pylori* za koji se pretpostavlja da može konvertirati određene tvari iz hrane koje dovode do mutacije DNA u stanicama želuca.

Važna je i obiteljska sklonost karcinomu želuca (oko 10 % takvih karcinoma pojavljuje se nasljedno). Nasljedni difuzni karcinom želuca značajno povećava rizik obolijevanja, a posljedica je mutacije gena CDH1. Žene koje imaju ovaj sindrom su i u povećanom riziku obolijevanja od karcinoma dojke.

Rezultati istraživanja pokazali su da moguća prekanceroza može biti i intestinalna metaplazija (stanice epitela želuca zamijenjene su epitelnim stanicama tanog crijeva), a bolesnici s takvim promjenama često imaju i atrofični gastritis. Kako ove promjene progrediraju u karcinom još uvijek nije potpuno jasno no najvjerojatnije su povezane s infekcijom *H. pylori* (8).

Zbog porasta oboljelih od karcinoma želuca u Hrvatskoj, cilj ovog rada je prikazati smjernice kada je potrebno uputiti pacijenta na endoskopsku pretragu s obzirom da liječnik obiteljske medicine ima ključnu ulogu u ranoj prepoznavanju te kako zbrinuti i pratiti oboljele.

## PATOFIZIOLOGIJA I KLASIFIKACIJA KARCINOMA ŽELUCA

Na adenokarcinome otpada oko 95 % malignih tumora želuca, a rjeđi su lokalizirani limfom želuca, gastrointestinalni stromalni tumori (GIST) i MALT limfomi.

Adenokarcinomi želuca mogu se klasificirati prema makroskopskom izgledu (klasifikacija prema Borrmannu) na: polipoidni (tip I), gljivasti (tip II), ulcerirajući (tip III), infiltrirajući (tip IV). U Borrmann tip V spadaju svi oni karcinomi koji se ne mogu klasificirati unutar prethodno navedenih skupina. Protruzijski tumori imaju bolju prognozu od onih koji se površinski šire zbog toga što ranije uzrokuju pojavu simptoma.

Prema histološkoj podjeli po Laurenu razlikuju se dva tipa karcinoma želuca: intestinalni i difuzni. Intestinalnom tipu karcinoma želuca prethode dugotrajne histološke promjene, a u pravilu se pojavljuje na malo krivini i u antrumu želuca. Difuzni tip nije vezan uz postojanje predmalignih stanica, javlja se po cijelom želucu i ima lošiju prognozu. Najčešći je intestinalni (54 %), zatim miješani (32 %) te difuzni (14 %) tip (9).

Proširenost tumora određuje se prema TNM klasifikaciji koja se temelji na dubini invazije tumora (T), zahvaćanju limfnih čvorova (N) i prisutnosti metastaza (M) (tablica 1).

**Tablica 1.**  
TNM klasifikacija karcinoma želuca

T	Dubina invazije karcinoma
Tx	Ne može se procijeniti
T1a	Zahvaća cijelu mukozu
T1b	Zahvaća cijelu mukozu i submukozu
T2	Invazija <i>tunicae muscularis</i>
T3	Zahvaća i serozu, ali bez prodora u okolne strukture
T4	Karcinom je zahvatio i okolne strukture
N	Zahvaćenost limfnih čvorova
N1	Zahvaćena 1-2 limfna čvora udaljenih do 3 cm od ruba karcinoma
N2	Zahvaćena 3-6 limfnih čvorova udaljenih više od 3 cm od ruba karcinoma i još su potencijalno resektabilni
N3a	Zahvaćeno je 7-15 limfnih čvorova
N3b	Zahvaćeno je više od 16 limfnih čvorova
M	Metastaze
M0	Nema metastaza
M1	Dokazane udaljene metastaze

Primjenjuje se i podjela prema stupnjevima od S0 ili karcinom *in situ* do S4 koja se također temelji na zahvaćenosti struktura želuca i proširenosti bolesti.

## SIMPTOMI

Početni simptomi karcinoma želuca su nespecifični i slabo izraženi. Najčešće bolesnici osjećaju nelagodu i punoću u gornjem dijelu abdomena, pogotovo nakon jela, a ponekad i bol, podrigivanje i žgaravicu. Može se javiti i gubitak apetita, gađenje prema hrani (pogotovo prema mesu) te mučnine. Kod gotovo 2/3 bolesnika javlja se anemija kao posljedica okultnog ili manifestnog krvarenja karcinomske lezije.

Oko 25 % bolesnika ima tegobe slične onima kod bolesnika s ulkusnom bolesti te ih se nažalost tako i liječi. Zbog svega navedenog, bolest se dijagnosticira dok je još lokalizirana u samo 10 % do 20 % bolesnika.

U kasnijoj, uznapredovaloj bolesti pojavljuje se trajna bol u gornjem dijelu trbuha, gubitak tjelesne težine, mučnina i povraćanje (ako je karcinom smješten u izlaznom dijelu želuca, antrumu), a disfagija (otežano gutanje), ako je smješten u predjelu kardije. Ponekad početni simptomi nastaju tek kao posljedica metastaza karcinoma, pa se javlja ascites, žutica zbog bilijarne opstrukcije, bol u kostima, ginekološke tegobe, otežano disanje i sl.

Fizikalni nalaz može biti uredan ili ograničen na pojavu okultne krvi u stolici. U kasnijem tijeku bolesti patološki nalazi mogu biti tvorba u epigastriju, uvećani limfonodi u umbilikalnoj, lijevoj supraklavikularnoj ili lijevoj aksilarnoj regiji, hepatomegalija te ovarijska ili rektalna tvorba.

## DIJAGNOZA

Zbog nespecifične kliničke slike i simptomatologije rano prepoznavanje karcinoma želuca predstavlja dijagnostički izazov za liječnika obiteljske medicine. Kad postoji sumnja na karcinom želuca potrebno je učiniti endoskopiju s višestrukom biopsijom i četkanjem sluznice za citologiju. U određenim slučajevima ako se učini biopsija, koja je ograničena samo na sluznicu, može se previdjeti tumorsko tkivo u podsluznici.

S obzirom da su simptomi nespecifični, liječniku obiteljske medicine često predstavlja problem kojeg je bolesnika potrebno uputiti gastroenterologu ili na gastrokopiju. Zbog toga je Nacionalni institut za zdravlje i izvrsnost, engl. *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) izradio smjernice kojima preporučuje koje je bolesnike potrebno uputiti na gastrokopiju. Prema tim smjernicama potrebno je hitno uputiti (unutar 14 dana) svakog bolesnika starijeg od 55 godina koji ima anemiju u krvnoj slici, oteklinu u području epigastrija, dispepsiju, bol i refluks kiseline,

te bolesnik bilo koje dobi, ako ima problema s gutanjem.

Na gastrokopiju, ali ne urgentnu, potrebno je uputiti i sve starije od 55 godina uz dispepsiju koja se ne smanjuje primjenom lijekova ili s boli u gornjem dijelu abdomena uz anemiju te one s povećanim brojem trombocita uz jedan od sljedećih simptoma: mučnina, povraćanje, gubitak tjelesne težine, refluks kiseline, dispepsija ili bol u gornjem dijelu abdomena; mučnina i povraćanje uz jedan od sljedećih simptoma: gubitak tjelesne težine, dispepsija, refluks, bol u gornjem dijelu abdomena (10).

Bolesnicima u kojih je otkriven karcinom, potrebno je učiniti CT toraksa i abdomena zbog određivanja proširenosti tumora. Ti nalazi utječu na odabir terapije i prognozu bolesti. Treba učiniti osnovne pretrage krvi uključujući KKS, elektrolite i testove jetrene funkcije. Karcinoembrionalni antigen (CEA) treba odrediti prije i nakon operacije (8).

## PROGNOZA

Najznačajniji čimbenici za prognozu bolesti su dubina invazije karcinoma i prisustvo metastaza. Krajnje preživljavanje je loše (5-godišnje preživljavanje je manje od 5 % do 15 %) zbog toga što se većina bolesnika otkriva u uznapredovanoj fazi bolesti. Ako je tumor ograničen na mukozu ili submukozu, petogodišnje preživljavanje može biti do 80 %. Za tumore koji zahvaćaju lokalne limfne čvorove, preživljavanje je od 20 % do 40 %. Proširena bolest gotovo uvijek dovodi do smrti unutar godine dana (8).

Limfom želuca i gastrointestinalni stromalni tumor (GIST) imaju bolju prognozu.

## LIJEČENJE

Razlikujemo kurativno i palijativno liječenje. Liječenje raka želuca može se provesti resekcijom dijela želuca ili njegovim potpunim odstranjivanjem (endoskopski ili kirurški), kemoterapijom, radioterapijom (zračenjem) ili kombinacijom navedenih metoda, a odabir ovisi o stadiju bolesti i stanju bolesnika.

Kurativno kirurško ili endoskopsko liječenje uključuje uklanjanje većeg dijela ili cijelog želuca s drenažnim i regionalnim limfnim čvorovima. Rezultati meta analiza pokazali su prednost endoskopskog liječenja kod lokaliziranog karcinoma želuca zbog bržeg oporavka, manje učestalosti komplikacija, smanjenog broja dana

bolničkog liječenja i nižih troškova zdravstvenog sustava (11). Iako su postoperacijske komplikacije relativno česte, pokazalo sa da ne utječu na dužinu preživljavanja (12).

Kod oboljelih od karcinoma stupnja 0 i 1 dovoljno je kirurško liječenje, dok kod onih sa stupnjem 2 i 3 preporučuje se provesti kemoterapija prije kirurškog zahvata što smanjuje mogućnost ponovnog vraćanja karcinoma

Adjuvantna kemoterapija ili kombinacija kemoterapije i zračenja nakon kirurškog zahvata može pomoći ukoliko je tumor resektabilan. Danas se primjenjuju i tzv. biološki lijekovi: trastuzumab (Herceptin) u liječenju karcinoma želuca čije stanice proizvode HER2, imatinib (Glivec) u liječenju GIST-a i sunitinib (Sutent) u liječenju gastrointestinalnog stromalnog tumora (8).

Metastaze ili široko zahvaćanje limfnih čvorova onemogućuju provođenje kurativnog kirurškog zahvata. U većini slučajeva treba provesti palijativne zahvate. Palijativni kirurški zahvat uključuje gastroenterostomiju radi zaobilazanja pilorične opstrukcije te je treba učiniti samo ako se na taj način može poboljšati kvaliteta bolesnikova života. Neoperabilni bolesnici se liječe polikemoterapijskim protokolima (5-fluorouracil, doksorubicin, mitomicin, cisplatin ili leukovorin u različitim kombinacijama) koji mogu dovesti do privremenog odgovora, ali slabog učinka u pogledu 5-godišnjeg preživljavanja. Zračenje ima ograničeni učinak.

## PRAĆENJE BOLESNIKA

Liječnik obiteljske medicine iznimno je važan u praćenju bolesnika oboljelih od karcinoma želuca zbog pojave niza simptoma i mogućih komplikacija koje se mogu javiti nakon kirurškog zahvata kao i zbog velike učestalosti ponovnog javljanja karcinoma na postoperacijskom rezu.

Kod svih bolesnika u neposrednom postoperacijskom tijeku, unutar mjesec dana od kirurškog zahvata, mogu se javiti kardiološke, respiratorne, nefrološke i neurološke komplikacije te komplikacije povezane sa samim kirurškim postupkom (krvarenje, dehiscencija anastomoze, pankreasna fistula, infekcija operacijske rane, apsces).

Potrebno je redovno praćenje od strane kirurga svaka četiri mjeseca do 3. godine nakon kirurškog zahvata, a potom jednom godišnje. Bolesnici kod kojih je primijenjena i kemoterapija moraju se redovito kontrolirati i kod onkologa svaka 3 mjeseca u prve dvije godine nakon kemoterapije, a potom 1x godišnje (13).

Do 75 % bolesnika nakon kirurškog zahvata ima tzv. dumping sindrom koji je rezultat prebrzog dolaska hrane u tanko crijevo, a karakteriziran je netolerancijom unošenja većih obroka, grčevima u abdomenu (engl. *abdominal cramping pain*), proljevom, slabosti nakon unošenja obroka kao i tahikardijom, vrtoglavicom, crvenilom, te padom koncentracije glukoze u krvi. To su tzv. rani dumping simptomi koji se javljaju oko pola sata nakon unošenja obroka. Kasniji dumping simptomi javljaju se oko dva do četiri sata nakon unošenja hrane i rezultat su reaktivne hipoglikemije. Liječnik obiteljske medicine mora znati savjetima pomoći ovakvom bolesniku. Potrebno ih je podučiti o redovnom i češćem unošenju obroka (6-8 x/dan) manjih količina, siromašnih ugljikohidratima, a bogatih proteinima (perad, riba, jaja, mlijeko, sir, jogurt, tofu i sl.) uz neunošenje tekućine za vrijeme i nakon jela (piti 30-60 min. prije ili nakon jela) te polagano žvakanje hrane. Treba ih poticati da primjenjuju namirnice bogate antioksidansima poput plavog bobičastog voća, kao i sve svježije voće i povrće (14).

Osim dumping sindroma bolesnici se mogu žaliti i na osjećaj nelagode nakon unošenja obroka koji ćemo prevenirati tako da bolesniku savjetujemo češće unošenje manjih obroka bogatih cijelozrnatim žitaricama (kruh, riža) te zeljem i povrćem uz izbjegavanje gaziranih pića; proljev (kasnije prestaje), jutarnje povraćanje (medikamentno: metoklopramid, aluminijev hidroksid tbl. I sl.), te kolike i vjetrove (izbjegavati alkohol, gazirana pića, ukiseljene krastavce, citrusno voće) (13).

Liječnik obiteljske medicine mora imati na umu i komplikacije koje se javljaju kasnije poput nedostatka vitamina B12 te je potrebna doživotna parenteralna aplikacija vit. B12 (1x mjesečno 500-1000 mcg), željeza i osteoporoza zbog smanjene apsorpcije kalcija pa je potreban povećani unos namirnica koje sadrže željezo i kalcij te unos multivitamina.

Svakako je važna i psihološka podrška ovim bolesnicima i njihovim obiteljima jer su bolesnici najčešće uplašeni, anksiozni, a mogu biti i depresivni. Osim psihološke podrške i savjeta možemo propisati i medikamentnu terapiju, ako je potrebno.

## PREVENCIJA

Sprječavanje pojave karcinoma želuca teško je sprovesti s obzirom da nisu poznati svi čimbenici koji utječu na razvoj bolesti. Može se preporučiti smanjenje konzumiranja dimljene i slane hrane, svakodnevno uzimanje namirnica koje sadrže antioksidanse. Rezultati nekih istraživanja pokazali su da vitamini C, A i B6

imaju protektivnu ulogu, iako njihova zaštitna uloga još uvijek nije pouzdano potvrđena (15), jednako kao i redovna primjena acetilsalicilne kiseline (16) i eradikacija *H. pylori* u svih osoba (17). Prevenciju čini i borba za rano otkrivanje bolesti, jer je tada vjerojatnost preživljavanja mnogo veća. Istraživanje opravdanosti probira gastroskopijom provedeno u Velikoj Britaniji u ispitanika starijih od 40 godina s nekim od simptoma poput podrigivanja, žgaravice ili boli u epigastriju nije pokazala opravdanost (98 od 100 ispitanika nije imalo karcinom želuca) (13).

## ZAKLJUČAK

Liječnik obiteljske medicine morao bi kod svih svojih pacijenata koje ima u skrbi utvrditi one s povećanim rizikom obolijevanja od karcinoma želuca i redovno ih kontrolirati. Tu spadaju osobe iznad 40 godina života koje imaju neke od bolesti želuca poput atrofičnog gastritisa i perniciozne anemije, ulkusa želuca, polipa želuca, Ménétrierovu bolest (hipertrofični gastritis) uz infekciju bakterijom *H. pylori*, osobe s pozitivnom obiteljskom anamnezom obolijevanja od karcinoma želuca, a posebno osobe s neodređenim tegobama u gornjem dijelu abdomena koje traju duže vrijeme i ne reagiraju na liječenje.

## L I T E R A T U R A

1. [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2015/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2015/en/). Datum pristupa informaciji 13. studenog 2015.
2. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Registar za rak Republike Hrvatske. Incidencija raka u Hrvatskoj 2013., Bilten 38, Zagreb, 2015.
3. Ma SH, Jung W, Weiderpass E i sur. Impact of alcohol drinking on gastric cancer development according to Helicobacter pylori infection status. *Br J Cancer* 2015. doi: 10.1038/bjc.2015.333. [Epub ahead of print]
4. Lin Y, Ness-Jensen E, Hveem K, Lagergren J, Lu Y. Metabolic syndrome and esophageal and gastric cancer. *Cancer Causes Control* 2015; 26: 1825-34.
5. Lagergren J, Andersson G, Talbäck M i sur. Marital status, education, and income in relation to the risk of esophageal and gastric cancer by histological type and site. *Cancer* 2015. doi: 10.1002/cncr.29731. [Epub ahead of print]
6. Green J, Czanner G, Reeves G, Watson J, Wise L, Beral V. Oral bisphosphonates and risk of cancer of oesophagus, stomach, and colorectum: case-control analysis within a UK primary care cohort. *BMJ*. 2010; 341: c4444.
7. [http://www.who.int/immunization/topics/helicobacter\\_pylori/en/](http://www.who.int/immunization/topics/helicobacter_pylori/en/). Datum pristupa informaciji 6. studenog 2015.
8. <http://www.cancer.org/>. Datum pristupa informaciji 30. listopada 2015.
9. Woo J, Cohen SA, Grim JE. Targeted therapy in gastroesophageal cancers: past, present and future. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2015. pii: gov052. [Epub ahead of print]
10. <http://www.nice.org.uk/>. Datum pristupa informaciji 26. listopada 2015.
11. Sun W, Han X, Wu S, Yang C. Endoscopic Resection Versus Surgical Resection for Early Gastric Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2015; 94: e1649.
12. Climent M, Hidalgo N, Vidal Ó i sur. Postoperative complications do not impact on recurrence and survival after curative resection of gastric cancer. *Eur J Surg Oncol* 2015. pii: S0748-7983(15)00735-0. [Epub ahead of print]
13. <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping-with-cancer/general-books-and-links/general-cancer-organisations>. Datum pristupa informaciji 10. studenog 2015.
14. <http://www.nostomachforcancer.org/eating-after-a-gastrectomy>. Datum pristupa informaciji 8. studenog 2015.
15. Abnet CC, Corley DA, Freedman ND, Kamangar F. Diet and upper gastrointestinal malignancies. *Gastroenterology* 2015; 148: 1234-43.
16. Nelson N. On Trial: Evidence From Using Aspirin to Prevent Cancer. *J Natl Cancer Inst* 2015; 107: djv 164.
17. Wise J. Eradicating *H. pylori* seems to reduce incidence of gastric cancer, review shows. *BMJ* 2015; 351: h3963.

## SUMMARY

### GASTRIC CANCER IN THE PRACTICE OF FAMILY PHYSICIAN

K. KRANJČEVIĆ

*Health Center Zagreb West, Family Physician Office, Zagreb, Croatia*

Gastric cancer is the second most common cause of cancer-related death in the world. Gastric cancer mostly affects older people. The incidence increases with age and more than 75% of people are older than 50 years. Due to the relatively late detection, long-term survival is poor, except for patients with localized disease and it remains difficult to cure. There are many known risk factors for stomach cancer, but it is not known exactly how these factors cause cells of the stomach lining to become cancerous. But it is known that a certain kind of diet can contribute to its development such as a diet high in salty and smoked foods and low in fruits and vegetables. Long-term infection with *H. pylori* increases the risk of gastric cancer and the World Health Organization declared *H. pylori* as carcinogenic for some types of the gastric cancers. About 90% to 95% of cancers of the stomach are adenocarcinomas, the others are Lymphomas, Gastrointestinal stromal tumor (GIST) and MALT lymphoma. Early gastric cancer has no associated symptoms; however, some patients complain of indigestion, nausea or vomiting, dysphagia or postprandial fullness. When there is a suspicion of the gastric it is necessary to do an endoscopy with multiple biopsies. Many treatments may be used such as surgery, radiation therapy, chemotherapy, targeted drugs or a combination of these methods, and the choice depends on the stage of the disease and the condition of the patient. Family physician should determine all patients who are at increased risk and regularly control them.

**Key words:** prevention, risk factors, gastric cancer, family physician