

## KANCERI I LUKTHIT



Avdyl Krasniqi

Profesor

Specialist i Kirurgjisë së  
Përgjithshme

Kanceri i lukthit është kanceri i pestë më i shpeshtë dhe shkaktari i tretë më i shpeshtë i vdekjes nga kanceri në mbarë botën. Është një sëmundje e rëndësishme globalisht me mbi 1 milionë raste të reja të vlerësuara në vit. Për shkak se diagnostikimi i kancerit të lukthit shpeshherë ndodh në faza të avancuara, vdekshmëria nga kjo sëmundje është shumë e lartë, duke e bërë atë shkaktarin e tretë më të shpeshtë të vdekjes nga kanceri, me 784 000 vdekje në mbarë botën në vitin 20181.

Incidenca më e lartë e kësaj sëmundje është në Azinë Lindore (Kinë, Japoni dhe Kore), Evropën Lindore dhe Amerikën Jugore. Në Japoni dhe Kore Jugore aplikohen programe skringu të grupeve të rrezikuara të cilat kanë dhënë rezultate të mira në diagnostikimin e hershëm dhe rritjen e përqindjes së trajtimit të suksesshëm kurativ të kancerit të lukthit<sup>2</sup>.

Për incidencën e kancerit të lukthit në Kosovë nuk kemi të dhëna të sakta, por bazuar në përvojat klinike rezultojnë se është mjaftë i shpeshtë. Incidenca e kancerit të lukthit është dy herë më e lartë tek meshkujt sesa tek femrat.

Faktorët e rrezikut që i paraprijnë zhvillimit të kancerit të lukthit janë: gastriti i shkaktuar nga *H. pylori*, mosha e shtyer, statusi ulët socio-ekonomik, pirja e duhanit, alkoholi, predisponimi familjar, anemia pernicioze, stili i jetës, lloji i ushqimeve të konsumuara, sidomos konsumimi i ushqimeve të tymosura dhe të konservuara që përbëjnë nitrite dhe shumë kripë, konsumimi i pamjaftueshëm i frutave dhe perimeve. Prandaj, stili i shëndetshëm i jetës dhe modifikimi dietik që përfshin më shumë ushqime të freskëta, më pak mish të kuq dhe më pak ushqime të kripura, janë strategji e mirë për të parandaluar kancerin e lukthit.

Infeksioni kronik i mukozës së lukthit çon në progresion të procesit patologjik duke shkaktuar gastrit atrofik dhe metaplazion intestinal. Eradikimi i *H. pylori* sipas protokolleve të kohës është i domosdoshëm.<sup>3</sup>

Qëllimi i këtij punimi është të ofroj disa të dhëna të rëndësishme themelore lidhur me simptomat, diagnozën dhe parimet bashkëkohore të trajtimit të kancerit të lukthit.

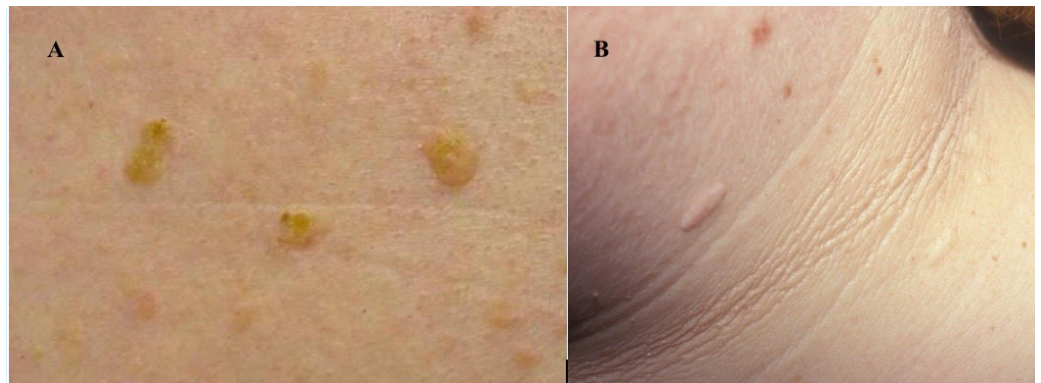


Figura 1. Sëmundjet malinje të traktit të tretjes mund të shoqërohen me ndryshime kutane paraneoplastike siç janë keratoza seboroike A dhe akantoza nigricans B etj.

## Manifestimet klinike dhe diagnoza

Shumica e pacientëve me kancer të lukthit, posaçërisht në fazat e avancuara, janë simptomatik. Humbja në peshë dhe dhimbja konstante abdominale në epigastrium janë simptomat më të shpeshta.

Humbja në peshë zakonisht shkaktohet nga anoreksia, nauzeja, dhimbja, ndjenja e ngopjes dhe disfagjia. Përafërsisht 25% e pacientëve me kancer të lukthit më herët kanë vuajtur nga ulcera e lukthit.

Dhimbja abdominale kryesisht lokalizohet në epigastrium dhe në fillim është e lehtë por me progresimin e sëmundjes ajo bëhet konstante dhe më e rëndë.

Disfagjia është simptomë e shpeshtë tek pacientët me kancer të lokalizuar në pjesën proksimale të lukthit ose në kalimin gastro-efozogjeal (GE). Sindroma e pseudoahalazionit mund të paraqitet nga përfshirja e pleksusit të Auerbach-ut ose nga obstrukcioni i kalimit GE.

Nauzea si dhe ndjenja e ngopjes mund të shfaqen nga masa e tumorit. Tek forma e rëndë e kancerit difuz të lukthit – linitis plastika, këto simptome paraqiten nga pamundësia e lukthit për t'u zgjeruar. Te tumorët e avancuar të pjesës distale të lukthit, këto simptoma mund të shkaktohen nga obstrukcioni i lukthit.

Gjakderdhja okulte gastrointestinale me apo pa anemi nuk është e rrallë. Prania e masës abdominale në epigastrium tregon për kancer të avancuar.

Te disa pacientë mund të shfaqen edhe simptomat e metastazave në distancë, më së shpeshti në mëlçi, peritoneum dhe në lymfonode tjera në distancë. Përmes ekzaminimit fizikal mund të vërehen nyje limfatike në regjionin supraklavikular majtas (Nyja e Virchow-it), periumbilical (Sister Mary Joseph's node) apo në regjionin aksilar majtas (Irish node). Diseminimi peritoneal mund të shkaktoj rritje të ovarit - tumorin e Krukenberg, shenjën Blumer në hapësirën e Douglas-it që mund të detektohet përmes ekzaminimit digito-rektal. Kanceri i avancuar i lukthit me metastaza

multiple në peritoneum dhe mëlçi mund të shoqërohet me ascit, ikter dhe insuficiencë klinike të mëlçisë.

Në raste të rralla, kanceri lukthit përfshin organe të tjera dhe krijon komunikime fistuloze, siç është fistula gastro-kolike malinje, ku mund të paraqiten vjellje fekulente apo edhe ushqimi i konsumuar në feces.

Gjatë ekzaminimit të pacientëve me simptomat gastrointestinale, është e rekomanduar që t'i kushtohet kujdes i veçantë edhe ekzaminimit të lëkurës. Sëmundjet malinje të traktit të tretjes mund të shoqërohen me ndryshime kutane paraneoplastike siç janë keratoza seboroike, akantoza nigricans etj., (figura 1).

### Diagnoza

Qëllimi kryesor i mjekësisë moderne është që sëmundjet malinje të diagnostikohen në fazën e hershme kur edhe mundësitë e trajtimit shërues janë shumë më të mëdha. Kjo posaçërisht është e rëndësishme tek kanceri i lukthit.

Kur duhet të dyshohet në kancerin e lukthit që pacienti të dërgohet në përpunim diagnostik specifik?

Pasi që në dekadat e fundit kanceri i lukthit është i shpeshtë edhe në vendin tonë, bile edhe tek moshat e reja, simptomat dhe shenjat klinike të përshkruara më lartë, çdoherë duhet të merren më seriozitetin e duhur. Prandaj, çdo ndryshim gastrik që ndërron shprehinë dhe gjendjen e përditshme të pacientit, rekomandohet të diagnostikohet në drejtim të përjashtimit ose zbulimit të kancerit të lukthit.

Aktualisht, metoda kryesore për diagnostikimin e kancerit të lukthit është ekzaminimi endoskopik i traktit të sipërm gastrointestinal (ezofago-gastro-duodenoskopia). Ekzaminimi i hershëm endoskopik i traktit të sipërm GI rezulton me përqindje më të lartë të zbulimit të kancerit të lukthit në fazën e hershme (early gastric cancer). Endoskopia mundëson lokalizimin, përshkrimin dhe marrjen e biopsisë së lezioneve të dyshimta. Endoskopistët japonez dhe korean sugjerojnë që për detektimin e lezioneve të hershme sipërfaqësore, shpërlarja e mukusit nga mucoza e lukthit gjatë ekzaminimit ndihmon shumë<sup>8</sup>. Diagnoza definitive e kancerit caktohet pas ekzaminimit histopatologjik të biopsisë.

Është më rëndësi të theksohet se procedurat e caktimit të diagnozës së sëmundjeve malinje, posaçërisht të kanceri i lukthit, për shkak të prognozës serioze, duhet të kryhen me profesionalizëm dhe duke respektuar protokollet adekuate të përditësuar.

Gjatë gastroskopisë duhet pasur parasysh përshkrimin e kujdesshëm të palëve të mucozës të cilat tek kanceri i hershëm dhe tipi

ulçeroz, pas distendimit të mirë të lukthit, paraqiten si shkopinj të ndërprerë, jo të rregullt që bashkohen përreth lezionit. Ndërsa te tipi difuz i kancerit që quhet linitis plastica në mucozë nuk mund të detektohen gjetje patologjike pasi që lezionet zhvillohen në mucozë. Tek kanceri i tipit linitis plastica endoskopia shpesh dështon. Por, endoskopisti me përvojë mund të konstatojë distension jo të mjaftueshëm të lukthit që është tregues për të marrë biopsi të thella nëmucozale. Te këto raste, radiografia me kontrast e lukthit mund të ndihmojë në vlerësimin e peristaltikës së lukthit dhe rigjeditetin e murit.

Ka disa klasifikime të kancerit të lukthit bazuar në dukjen endoskopike. Dy grupet kryesore janë kanceri i hershëm i lukthit (early gastric cancer) i cili ka pesë nëngrupe dhe kanceri i avancuar që ka katër nëngrupe<sup>8,9</sup>.

Endoskopia ultrasonike (EUS) ka rol të rëndësishëm diagnostik, posaçërisht për të vizualizuar pesë shtresat e murit të lukthit, duke vlerësuar kështu deri në cilën shtresë ka depërtuar kanceri dhe cilat grupe loko-regionale të gjëndrave janë përfshirë. Kjo metodë diagnostike ndihmon shumë në caktimin e stadi preoperativ të sëmundjes dhe zgjedhjen e metodës terapeutike.

Procesi i evaluimit, caktimi i stadi të sëmundjes dhe zgjedhja e strategjisë dhe modaliteteve të trajtimit

Pas konfirmimit të diagnozës histopatologjike të kancerit të lukthit, është shumë i rëndësishëm përcaktimi i saktë i stadi të sëmundjes (tabela 1.) i cili është vendimtar për përzgjedhjen e modaliteteve të trajtimit dhe prognozën e pacientit. Aktualisht, stadi preoperativ i sëmundjes caktohet bazuar në ekzaminimet: endoskopike, histopatologjike, CT, MRI, PET/CT, laparoskopike dhe tumor markerët serologjik.

Tomografia e kompjuterizuar (CT) e abdomenit dhe toraksit përdoret rregullisht për vlerësimin e stadi të sëmundjes të pacientit me kancer të lukthit. Modelet e reja të sofistikuar të CT, siç janë CT (MDCT), CT tre-dimensionale dhe CT angiografia ofrojnë të dhëna të mira për stadin e tumorit, shtrirjen ekstraluminale dhe anatominë vasculare perigastrike.

Rezonanca magnetike (MRI) përkundër përparësive që ka sa i përket kontrastit më të mirë në indet e buta, imazhit shumëplanësh dhe mungesës së rrezatimit, nuk preferohet më shumë se CT sa i përket caktimit të stadi të kancerit të lukthit, për shkak të kostos më të lartë, kohës më të gjatë të skenimit dhe artefakteve nga lëvizjet e frymëmarrjes<sup>10</sup>.

Positron Emission Tomography (PET/CT), rekomandohet të bëhet në raste të caktuara të kancerit të lukthit për vlerësim të efekteve terapeutike dhe recidivimit të kancerit.

Aktualisht nuk shfrytëzohet në përpunimin diagnostik rutinor<sup>11</sup>.

Laparoskopia për caktimin e stadi aplikohet para përzgjedhjes së modalitetit të trajtimit, në radhë të parë, për të detektuar diseminim okult të metastazave peritoneale, së dyti, te pacientët që do të marrin terapi neoadjuvante dhe së treti, tek rastet e avancuara për të konsideruar, respektivisht përjashtuar treguesit për operacione palliative.

Tumor markerët serologjik iativ – nuk kanë ndonjë vlerë të madhe për t'u shfrytëzuar si teste diagnostike të kancerit të lukthit. Markerët tumoral CEA, CA 125, CA 19-9 dhe CA 72-4 mund të jenë të ngritur te kanceri i lukthit. Megjithatë, jo gjithëherë shfrytëzohen si teste rutinore për diagnozën preoperative të kancerit i lukthit. Sidoqoftë, janë tregues të mirë për të vlerësuar rezultatet e terapisë neoadjuvante. Nëse tumor markerët ngritën gjatë marrjes së kemoterapisë preoperative, atëherë kjo indikon se janë një tregues i pavarur i prognozës së keqe të sëmundjes. Alfa-fetoproteina (AFP) është e lartë te disa kancere të lukthit, të cilëve ju referohen si kancere që prodhojnë AFP – adenokarcinoma hepatoide të lukthit që kanë morfologji të ngjashme me kancerin hepatocellular. Pavarësisht morfologjisë, kanceret gastrike – prodhues të AFP janë shumë agresiv dhe kanë prognozë të keqe.

Qëllimet parësore të caktimit të stadi janë për të vlerësuar nëse pacienti ka metastaza lokale apo në distancë (M), nëse tumori ka përfshirë lymfonodet lokale/regjionale (N) dhe cilat shtresa histologjike të lukthit janë përfshirë nga tumori (T). Në praktikën klinike, sot në botë shfrytëzohen dy sisteme të caktimit të stadi të kancerit të lukthit: (1)

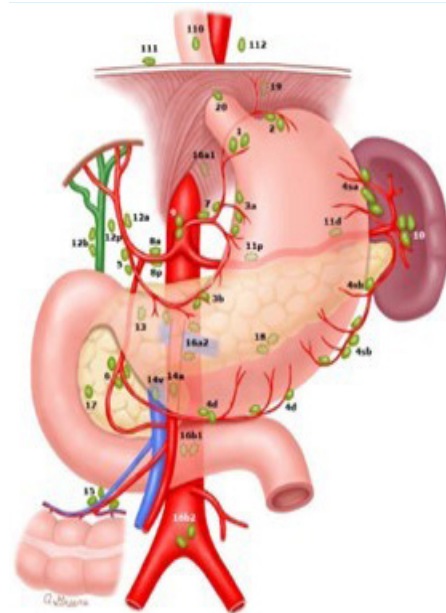


Figura 2. Skema e detajuar e stacioneve të lymfonodeve të kanceri i lukthit, sipas sistemit japonez për kancerin e lukthit.

Sistemi TNM (tumor, node, metastaza) sipas Unionit Ndërkombëtar për Kontrollin e Kancerit (UICC) dhe Komitetit të Përbashkët Amerikan për Kancerin (AJCC) (tabela 1.), që shfrytëzohet në shumicën e vendeve të botës dhe (2) Sistemi Japonez për kancerin e lukthit, i cili është shumë i detajuar sa i përket stacioneve të lymfonodeve. (figura 2).

#### Trajtimi i kancerit të lukthit

Deri në vitet e 70-ta të shekullit të kaluar, rastet e kancerit të lukthit kryesisht janë zbuluar në fazat e avancuara dhe metoda e vetme e trajtimit, e pranuar si qasje kryesore në gjithë botën, ka qenë resekcioni radikal, bile edhe te kanceri i hershëm i lukthit. Por aplikimi i skriningut<sup>12</sup> në Japoni dhe Kore të Jugut, ku prevalenca e kancerit të lukthit është e lartë, si dhe përparimet në teknologjinë endoskopike, ndikuan që në vitet e 80-ta, numri i pacientëve të diagnostikuar në fazën e hershme të kancerit të lukthit të shënoj rritje të dukshme. Në këto dy vende, proporcioni i kancerit të lukthit në fazën e hershme ka arritur në mbi 50%<sup>13</sup>. Kjo ka mundësuar që në këto vende të fillojë trajtimi i kancerit me metoda më pak invazive, si resekcioni mucozal endoskopik (EMR), disekcioni endoskopik submukoza (ESD) dhe metoda tjera minimale invazive. Megjithatë këto metoda janë të shoqëruara me morbiditet më të ulët, rreziku për recidiv është më i lartë.

Sot në vendet e zhvilluara të botës, është obligative që planifikimi i trajtimit të kancerit të lukthit të bëhet nga ekipe multidisciplinare. Bërthama e ekipit multidisciplinar duhet të përfshijë kirurgët, onkologët mjekësor dhe radiologjik, gastroenterologët, patologët, radiologët, dietologun dhe infermieren specialiste të onkologjisë<sup>14</sup>.

Ekipi vendos për modalitetet e trajtimit, bazuar në protokollet në fuqi të shoqatave kompetente onkologjike siç janë: ASCO – Shoqata Amerikane për Onkologji Klinike, ESMO – Shoqata Europiane për Onkologji Mjekësore, JGCA -Asociacioni Japonez për Kancer të Lukthit etj.

Algoritmi i trajtimit të kancerit të lokalizuar të lukthit, sipas ESMO-s; Kanceri hershëm (Stadi IA) mund të trajtohet me metoda endoskopike ose kirurgjike, ndërsa statet e avancuara (IB-III) rekomandohet së pari kimioterapi neoadjuvante dhe pastaj trajtimi me kirurgji radikale (gastrektomi, lymphadenectomy D2, omentectomy dhe bursektomi).

#### Trajtimi kirurgjik

Ndërhyrjet e para kirurgjike për trajtim të kancerit të lukthit janë kryer nga: (1) Jules-Émile Péan, 1879, Spitali St. Luois, Paris; (2) Ludwik Rydygier, 1880, Kulm, Poloni; (3) Theodor Billroth, Janar 1981, Klinika dytë kirurgjike, Wien. 18, 19, 20 Meritat për resekcionin e parë të suksesshëm të lukthit i takojnë austriakut Theodor Billroth, pasi që në dy resekcionet e para pacientët nuk i mbijetuan operacionit.

Trendet e reja në kirurgjinë e kancerit të lukthit, nga "operacionet e zgjeruara dhe radikale" në vitet e 90-ta tani janë orientuar në "kirurgji të rezonshme individuale të bazuar në sigurinë dhe kualitetin e jetës (QOL) për pacientin".

Megjithatë sot zhvillimi i teknologjisë ka mundësuar që në vendet e zhvilluara shumica e operacioneve të kryhen me ndihmën e kirurgjisë minimale invazive dhe robotike, kirurgjia duhet të fokusohet në kancerët e avancuar të cilët predominojnë në pjesën më të madhe të botës, në vendet e pazhvilluara dhe ato në zhvillim.

Ekziston dallim i madh në mes të ndërhyrjeve të kryera në pacientë me kancer dhe atyre me sëmundje beninje. Prandaj trajtimi kirurgjik i kancerit të lukthit nga ekipet e specializuara për kirurgji onkologjike dhe në institucione me vëllim të madh të këtyre ndërhyrjeve, kanë dhënë rezultate më të mira sa i përket jetueshmërisë postoperative dhe kualitetit të jetës së pacientëve.<sup>18</sup>

Parimet themelore onkologjike tek trajtimi

kirurgjik i kancerit të lukthit duhet respektuar me kujdes të madh, në mënyrë që të parandalohet kontaminimi dhe diseminimi i qelizave malinje gjatë punës. Qëllimi themelor i kirurgjisë së kancerit është resekcioni komplet i tumorit, limfadenektomia en bloc dhe hemostaza e kujdeshme. Nëse ky qëllim nuk arrihet, atëherë qelizat malinje do të përhapen nga rrugët e dëmtuara limfatike dhe vazot e gjakut. Resekcioni duhet të zgjerohet varësisht nga lokalizimi i tumorit duke respektuar distancën e vijave resekuese nga tumori konform protokolleve të trajtimit. Manipulimi i panevojshëm me indet mund të shkaktojë diseminim të qelizave malinje, sidomos kur kanceri ka përfshirë serozën e lukthit.

Omentektomia totale (foto 3) është e rekomandueshme të bëhet te kanceri i avancuar sepse omentumi mund të shërbejë si portë për përhapjen e metastazave<sup>19</sup>. Gjithashtu largimi i membranës së përparme të mezokolonit dhe kapsulës së pankreasit – bursektomia është kryer rregullisht tek kanceri i avancuar i lukthit në Japoni dhe Kore të Jugut, sepse është menduar se qelizat mikroskopike të kancerit mund të gjenden në membranë. Mirëpo pas hulumtimeve të randomizuara ka rezultuar se bursektomia nuk ndikon në rezultatet afatgjata tek resekcionet e lukthit. Megjithatë, bursektomia rekomandohet te kanceri i avancuar i lukthit ku seroza është pozitive.

#### Si trajtohet kanceri i lukthit në Kosovë?

Në Kosovë si dhe në vendet e rajonit, kanceri i lukthit kryesisht trajtohet nga specialistë të kirurgjisë së përgjithshëm dhe abdominale me përvojë të gjatë kirurgjike. Ekzistojnë ekipe multidisciplinare për trajtimin e kancerit të cilat janë formuar në aspektin formal mirëpo fatkeqësisht nuk janë funksionalizuar ende në praktikën klinike në të gjithë vendin.

Për trajtim të suksesshëm të pacientëve me kancer, është e domosdoshme që ekipet të profilizohen dhe të funksionalizohen sa më

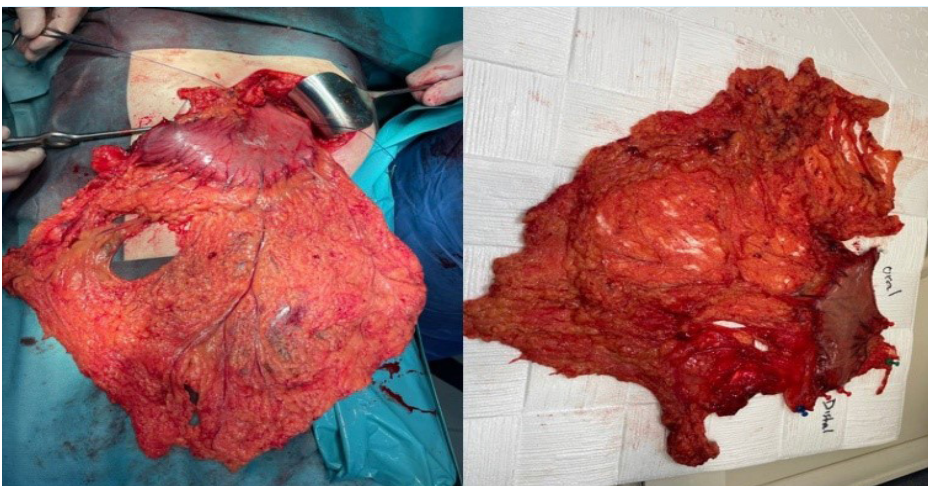


Figura 3. Gastrektomia me omentektomi (nga: A. Hamza, Kanceri i lukthit, monografi, Prishtinë, 2021. Me lejen e autorit).

parë, në mënyrë që planifikimi i trajtimit të çdo pacienti me kancer të bëhet në konsiliumin – ekipin e mirëfilltë multidisciplinar.

Trajtimi kirurgjik i pacientëve me kancer të lukthit duhet të bëhet nga ekipet e special-

izuara kirurgjike referente, të licencuara nga institucionet përkatëse.

Institucionet që bëjnë politikat shëndetësore në vend, profesionistët në institucionet edukativo-shëndetësore dhe në shoqë-

tat përkatëse, kanë obligim profesional dhe moral të angazhohen më shumë për krijimin e kushteve optimale për trajtimin e sëmundjeve malinje edhe në Kosovë.

Tabela 1. Kanceri i lukthit: TNM stadifikimi AJCC UICC edicioni 8.

Tumori primar (T)			
T kategoria	T kriteria		
Tx	Tumori primar nuk mundë të vlerësohet		
T0	Nuk ka evidencë të tumori primar		
Tis	Carcinoma in situ: Tumori intraepitelial pa infiltrim të lamina propria, displazi e shkallës së lartë		
T1	Tumori infiltron lamina propria, muskularis mucosae, apo submucosa		
T1a	Tumori infiltron lamina propria apo muskularis mucosae		
T1b	Tumori infiltron submucozën		
T2	Tumori infiltron muskularis propria		
T3	Tumori penetron indin lidhor subserozal pa infiltrim të peritoneumit visceral apo strukturave në afërsi		
T4	Tumori infiltron serozën (peritoneumin visceral) apo strukturave në afërsi		
T4a	Tumori infiltron serozën (peritoneumin visceral)		
T4b	Tumori infiltron strukturat në afërsi (organet)		
Limfonodet Regjionale (N)			
N kategoria	N kriteria		
N0	Limfonodet regjionale nuk mundë të vlerësohen		
N1	Nuk ka metastaza në limfonodet regjionale		
N2	Metastaza në 1 ose 2 limfonode regjionale		
N3	Metastaza në 3 ose më shumë limfonode regjionale		
N3a	Metastaza në 7 ose më shumë limfonode regjionale		
N3b	Metastaza në 7 ose më shumë limfonode regjionale		
N3c	Metastaza në 10 ose më shumë limfonode regjionale		
Metastazat në distancë (M)			
M kategoria	M kriteria		
M0	Nuk ka metastaza në distancë		
M1	Metastaza në distancë		
Grupet stadifikuese prognostike			
Klasifikimi klinik (cTNM)			
Kur T është...	dhe N është...	dhe M është...	Dhe grupi stadifikues është...
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	I
T2	N0	M0	I
T1	N1, N2, or N3	M0	IIA
T2	N1, N2, or N3	M0	IIA
T3	N0	M0	IIIB
T4a	N0	M0	IIIB
T3	N1, N2, or N3	M0	III
T4a	N1, N2, or N3	M0	III
T4b	Cilado N	M0	IVA
Cilado T	Cilado N	M1	IVB
Klasifikimi patologjik (pTNM)			
Kur T është...	dhe N është...	dhe M është...	Dhe grupi stadifikues është...
Tis	N0	M0	0
T1	N0	M0	IA
T1	N1	M0	IB
T2	N0	M0	IB
T1	N2	M0	IIA
T2	N1	M0	IIA
T3	N0	M0	IIA
T1	N3a	M0	IIIB
T2	N2	M0	IIIB
T3	N1	M0	IIIB
T4a	N0	M0	IIIB
T2	N3a	M0	IIIA
T3	N2	M0	IIIA
T4a	N1	M0	IIIA
T4b	N2	M0	IIIA
T4b	N0	M0	IIIA
T1	N3b	M0	IIIB
T2	N3b	M0	IIIB
T3	N3a	M0	IIIB
T4a	N3a	M0	IIIB
T4b	N1	M0	IIIB
T4b	N2	M0	IIIB
T3	N3b	M0	IIIC
T4a	N3b	M0	IIIC
T4b	N3a	M0	IIIC
T4b	N3b	M0	IIIC
Cilado T	Cilado N	M1	IV
Pas terapië-neoadjuvante (ypTNM)			
Kur T është...	dhe N është...	dhe M është...	Dhe grupi stadifikues është...
T1	N0	M0	I
T2	N0	M0	I
T1	N1	M0	I
T3	N0	M0	II
T2	N1	M0	II
T1	N2	M0	II
T4a	N0	M0	II
T3	N1	M0	II
T2	N2	M0	II
T1	N3	M0	II
T4a	N1	M0	III
T3	N2	M0	III
T2	N3	M0	III
T4b	N0	M0	III
T4b	N1	M0	III
T4a	N2	M0	III
T3	N3	M0	III
T4b	N2	M0	III
T4b	N3	M0	III
T4a	N3	M0	III
Cilado T	Cilado N	M1	IV