



**PSDTA Tumori dello Stomaco**

## **Allegato 4 : Principi di resezione chirurgica**

**Anno di pubblicazione 2024**

## **PRINCIPI DI RESEZIONE CHIRURGICA**

Principi di resezione oncologica per adenocarcinoma gastrico (ad esclusione dei Siewert I e II) LG AIOM 2021; LG Giapponesi 2018 5° edizione

### **Margini**

#### T1:

Margine totale di 2 cm

#### T2, T3, T4:

Margine di almeno 3 cm nelle forme espansive (tipo 1 e 2 intestinali)

Margine di almeno 5 cm nelle forme infiltrativi (tipo 3 e 4)

Nei casi in cui non sia possibile rispettare tale regola deve essere eseguito esame al congelatore intraoperatorio (esofago o duodeno)

### **Linfoadenectomia**

Molte linee guida Europee a differenza di quelle Orientali suggeriscono un approccio più standardizzato

La linfoadenectomia D2 dovrebbe essere presa in considerazione come opzione di prima intenzione nel trattamento chirurgico del cancro gastrico

Numero minimo di 16 linfonodi sezionati per la prognosi accurata dello stato N. Tuttavia è riportato un significativo miglioramento della sopravvivenza con almeno 29 linfonodi, indipendentemente dall'approccio chirurgico

### **Splenectomia**

Da riservare ai casi di infiltrazione diretta della milza o di positività agli esami preoperatori dei linfonodi dell'ilo splenico anche se non è dimostrato che essa migliori la sopravvivenza

### **Ricostruzione della continuità intestinale**

Gastrectomia distale: la ricostruzione gastro-digiunale su ansa esclusa alla Roux sarebbe da preferire per il minor rischio di reflusso biliare e gastrite del moncone in particolare nei pazienti più giovani e nelle forme superficiali

Gastrectomia totale: il ripristino della continuità digestiva utilizzando la prima ansa digiunale esclusa alla Roux con il confezionamento di una anastomosi esofago-digiunale rappresenta la modalità di ricostruzione più utilizzata

### **Laparoscopia**

La chirurgia laparoscopica nel cancro gastrico in Europa come in Asia ha dimostrato una minore perdita di sangue e riduzione della degenza ospedaliera con un numero simile di linfonodi prelevati.

L'evidenza asiatica rimane più forte con studi clinici più randomizzati.

L'approccio laparoscopico può essere preso in considerazione come prima opzione terapeutica in alternativa alla tecnica open nelle seguenti situazioni:

- EGC del terzo inferiore dello stomaco, se effettuata da chirurghi che abbiano una comprovata esperienza con questa metodica (LG 177- AIOM agg.01-2022)

- Nei pazienti considerati potenzialmente resecabili allo scopo di escludere malattia metastatica peritoneale
- Nei pazienti anziani affetti da carcinoma gastrico l'intervento di gastrectomia per via laparoscopica può essere preso in considerazione come opzione terapeutica in alternativa alla gastrectomia convenzionale

### **Chirurgia nei tumori non resecabili o metastatici**

la chirurgia ad intento radicale (R0) può essere presa in considerazione nella malattia metastatica solo nei casi in cui appaia biologicamente vantaggiosa e tecnicamente fattibile e dopo condivisione collegiale (GIC):

Pazienti senza carcinosi peritoneale con metastasi tecnicamente resecabili quali metastasi ai linfonodi para-aortici nelle stazioni 16 a2 e 16 b1 o singola metastasi epatica < 5 cm tecnicamente asportabile o citologia peritoneale positiva. In questi pazienti una resezione R0 è tecnicamente fattibile ed oncologicamente plausibile dopo una chemioterapia preoperatoria

L'eventuale chirurgia ad intento radicale (R0) sia sul primitivo che sulle sedi metastatiche è ipotizzabile solo in casi strettamente selezionati in cui vi sia stata una risposta eccezionale alla chemioterapia. In tali casi la chirurgia ad intento radicale prende il nome di "conversion surgery". La sede delle lesioni prese in considerazione:

-lesioni epatiche oppure una lesione epatica singola di dimensioni > 5 cm o lesione vicina alla vena porta

oppure - linfonodi paraortici delle stazioni 16a1 and 16b2 o linfonodi a distanza mediastinici, sovraclaveari o ascellari

oppure - in caso di concomitante carcinosi peritoneale.

Carcinosi peritoneale (PC) senza metastasi in altre sedi.

La chirurgia resettiva tradizionale non consente di trattare adeguatamente la PC e la chemioterapia sistemica ha nel complesso risultati insoddisfacenti in questi casi. La chirurgia citoriduttiva e la chemioterapia ipertermica intraperitoneale (Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy, HIPEC) rappresentano le metodiche proposte per il trattamento delle carcinosi peritoneale seppur in ambito sperimentale e di studi clinici.

(LG AIOM tumori peritoneali primitivi e secondari - 01-2022)

L'inquadramento clinico-patologico degli adenocarcinomi della giunzione gastro-esofagea è tuttora ampiamente dibattuto. La classificazione di Siewert viene tuttora considerata fondamentale per standardizzare la diagnosi ed il trattamento del tumore della giunzione gastro-esofagea

- Tumori tipo I-II di Siewert

aspetti biologici e la modalità di diffusione di questo tipo di tumore cardiale lo rendono molto simile ai carcinomi epidermoidi dell'esofago e di conseguenza anche il tipo di approccio chirurgico è paragonabile a quello che viene proposto per i tumori esofagei.

- Tipo Siewert III

È comunemente accettato che queste neoplasie vadano trattate allo stesso modo dei tumori dello stomaco tuttavia per realizzare una resezione R0, l'intervento dovrebbe interessare un tratto di esofago

sufficientemente al di sopra della estensione macroscopica del tumore, l'esame istologico estemporaneo della trancia di resezione andrebbe effettuato routinariamente e bisognerebbe tener presente che al fine di ottenere una trancia di resezione sicura può essere necessario eseguire una resezione esofago-gastrica transiatale o toracotomica. Inoltre una linfadenectomia paraaortica profilattica per i tumori Siewert III può essere indicata in casi selezionati (l'incidenza di metastasi del 15-20%)

### **Trattamento palliativo**

La chirurgia ad intento palliativo può essere presa in considerazione in presenza di sintomi come il sanguinamento o l'occlusione non trattabili con procedure endoscopiche, evitando interventi chirurgici demolitivi.

In situazioni particolari è possibile valutare la chirurgia delle metastasi.