

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 1 di 12

1. TITOLO, DESCRIZIONE E GRUPPO DI LAVORO

Percorso diagnostico e terapeutico dei tumori gastrico e della giunzione gastro-esofagea.

1.1 Descrizione sintetica

Il PDTA dei tumori gastrici e della giunzione gastro-esofagea individua ruoli e responsabilità cliniche ed organizzative dei diversi professionisti coinvolti nella gestione dei pazienti affetti da adenocarcinoma dello stomaco (GC) e della giunzione gastro-esofagea (GEJ) dalla diagnosi ai vari processi di cura.

Il presente documento fornisce indicazioni limitatamente all'argomento in oggetto; non esclude l'autonomia e la responsabilità decisionale dei singoli professionisti sanitari e presuppone la corretta esecuzione dei singoli atti nella specifica competenza dei professionisti.

1.2 Gruppo di lavoro

Nome e Cognome	Struttura di appartenenza	Ruolo	firma
DOTT.SSA M.A. SATOLLI	S.C. ONCOLOGIA MEDICA 1	Coordinatore del Gruppo di Lavoro	Firmato in originale
DOTT.SSA V. CONTU	S.C. ONCOLOGIA MEDICA 2	Componente	Firmato in originale
DOTT. O. OSTELLINO	S.C. ONCOLOGIA MEDICA 2	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA R. SPADI	S.C. ONCOLOGIA MEDICA 2	Componente	Firmato in originale
DOTT. M.E. ALLAIX	S.C. CHIRURGIA GENERALE 1 U	Componente	Firmato in originale
PROF. M. CAMANDONA	S.C. CHIRURGIA GENERALE 1 U	Componente	Firmato in originale
DOTT. L. PETRUZZELLI	S.C. CHIRURGIA D'URGENZA 3 E PS	Componente	Firmato in originale
DOTT. F. REBECCHI	S.C. CHIRURGIA GENERALE 1 U	Componente	Firmato in originale
PROF. R. ROMAGNOLI	S.C. CHIRURGIA GENERALE 2 U	Componente	Firmato in originale
DOTT. M. SANTARELLI	S.C. CHIRURGIA GENERALE 4	Componente	Firmato in originale
DOTT. P. STRIGNANO	S.C. CHIRURGIA GENERALE 2 U	Componente	Firmato in originale
DOTT. P.F. FRANCO	S.C. RADIOTERAPIA U	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA F. ARCADIPANE	S.C. RADIOTERAPIA U	Componente	Firmato in originale
DOTT. G. LIMERUTTI	S.C. RADIOLOGIA 2	Componente	Firmato in originale
DOTT. F. MARCHISIO	S.C. RADIOLOGIA 1 U	Componente	Firmato in originale
DOTT. C. DE ANGELIS	S.C. GASTROENTEROLOGIA U	Componente	Firmato in originale
DOTT. L. DUGHERA	S.C. GASTROENTEROLOGIA U	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA M. BELLÒ	MEDICINA NUCLEARE U	Componente	Firmato in originale
PROF.SSA P. CASSONI	ANATOMIA ED ISTOPATOLOGIA DIAGNOSTICA E DI SCREENING 2 U	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA P. FRANZIA DI CELLE	ANATOMIA ED ISTOPATOLOGIA DIAGNOSTICA E DI SCREENING 2 U	Componente	Firmato in originale

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 2 di 12

DOTT.SSA C. FINOCCHIARO	S.C. DIETETICA E NUTRIZIONE CLINICA	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA A. DELUCA	S.C. TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE	Componente	Firmato in originale
DOTT. P. COTOGNI	S.C. TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA M. MAURO	S.C. TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE	Componente	Firmato in originale
DOTT. F. CATTEL	S.C. FARMACIA OSPEDALIERA	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA ELEONORA CASTELLANA	S.C. FARMACIA OSPEDALIERA	Componente	Firmato in originale
SIG.RA E. DELLAQUILA	INFERMIERE AREA CAS/GIC	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA C. BONFADINI	UFFICIO TRIALS CLINICI	Componente	Firmato in originale
DOTT. G. IGNAZZI	UFFICIO TRIALS CLINICI	Componente	Firmato in originale
DOTT.SSA C. TAVERNITI	UFFICIO TRIALS CLINICI	Componente	Firmato in originale

Verifica contenuti e approvazione	Autorizzazione all'emissione
Prof. U. Ricardi, Direttore del Dipartimento di Oncologia Firmato in originale Dott. A. Scarmozzino, Direttore S. C. Direzione Sanitaria Presidio Molinette Firmato in originale Dott. G. Fornero, Direttore S. C: Qualità Risk Management e Accreditamento Firmato in originale	Dott. M. G. Dall'Acqua, Direttore Sanitario AOU Città della Salute e della Scienza di Torino Firmato in originale

L'originale firmato del Documento e la versione elettronica sono conservati presso S.C. Oncologia Medica 1 U. La diffusione è effettuata per via elettronica in formato non modificabile [es. Adobe Acrobat (*.pdf)]. Sono consentite la visione a terminale e la stampa, ma non la modifica.

Non è consentito diffondere il documento, senza citarne le fonti e gli autori, in quanto i suoi contenuti sono proprietà dell'a AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 3 di 12

Contenuti del documento

1. Titolo, descrizione e gruppo di lavoro	1
1.1 <i>Descrizione sintetica</i>	1
1.2 <i>Gruppo di lavoro</i>	1
2. Informazioni relative al documento	4
2.1 <i>Periodo di validità e revisione</i>	4
2.2 <i>Obiettivi</i>	4
2.3 <i>Ambito di applicazione</i>	4
2.4 <i>Terminologia e abbreviazioni</i>	4
3. Contenuti del Documento	5
3.1 <i>Generalità</i>	5
3.2 <i>Diagramma di flusso</i>	5
3.3 <i>Attività</i>	5
3.3.1 <i>L'approccio diagnostico in urgenza nei pazienti affetti da sospetto GC/GEJ.</i>	5
3.3.2 <i>Trattamento e rivalutazione</i>	5
3.3.3 <i>Ricovero e trasferimento</i>	5
3.3.4 <i>Visita</i>	5
3.3.5 <i>EGDS</i>	6
3.3.6 <i>ECOENDOSCOPIA (EUS)</i>	6
3.3.7 <i>ANATOMIA PATOLOGICA</i>	6
3.3.8 <i>STAGING delle neoplasie gastriche/ giunzione GE</i>	6
3.3.9 <i>Valutazione nutrizionale</i>	7
3.3.10 <i>GIC stomaco/ giunzione GE</i>	8
3.3.11 <i>Intervento chirurgico per il GC</i>	8
3.3.12 <i>Intervento chirurgico per il GEJ</i>	9
3.3.13 <i>Palliazione chirurgica</i>	9
3.3.14 <i>Anatomia patologica</i>	9
3.3.15 <i>Monitoraggio post-operatorio</i>	10
3.3.16 <i>Attivazione risorse</i>	10
3.3.17 <i>Trattamenti chemio-radioterapici</i>	10
3.3.18 <i>Follow-up</i>	10
3.3.19 <i>Malattia metastatica</i>	10
3.3.20 <i>Cure palliative</i>	11
3.4 <i>Responsabilità</i>	11
3.5 <i>Bibliografia, Fonti e Riferimenti</i>	11
3.6 <i>Aspetti etici</i>	11
4. Strumenti di Gestione del documento	12
4.1 <i>Documenti correlati</i>	12
4.2 <i>Monitoraggio</i>	12
4.2.1 <i>Attività di controllo</i>	12
4.2.2 <i>Indicatori</i>	12
4.3 <i>Modalità di implementazione</i>	12
5. Allegati	12
5.1 <i>Moduli</i>	12
5.2 <i>Schede</i>	12

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 4 di 12

2. INFORMAZIONI RELATIVE AL DOCUMENTO

2.1 Periodo di validità e revisione

La revisione del presente documento è prevista entro 2 anni dalla data di emissione, salvo mutate esigenze dell'Azienda o nuove necessità organizzative non ne richiedano la revisione in tempi più brevi. Per eventuali richieste di modifiche occorre rivolgersi al Coordinatore del Gruppo di Lavoro.

Il presente documento è comunque valido sino alla rimozione dalle aree di pubblicazione informatica.

Revisioni

<i>Revisione</i>	<i>Emissione</i>	<i>Modifiche apportate</i>
0		Trattandosi di documento di prima stesura non sono presenti modifiche

2.2 Obiettivi

Il PDTA dei tumori gastrico e della giunzione gastro-esofagea ha la finalità di definire il percorso diagnostico e di cura condiviso da tutti i professionisti coinvolti nel trattamento del tumore dello stomaco e della giunzione GE.

2.3 Ambito di applicazione

Le articolazioni organizzative in cui il PDTA deve essere utilizzato sono rappresentate dalla visita CAS e dagli incontri GIC dedicati ai pazienti con:

- Diagnosi possibile, sospetta o certa di neoplasia dello stomaco (GC) o della giunzione gastro-esofagea (GEJ): anemizzazione da causa non nota, epigastralgie, dispepsia, disfagia, riscontro di Hb feci positivo, nausea, vomito, inappetenza, sarcofobia.
- Diagnosi di GC/GEJ in paziente ricoverato per altri motivi in S.C. dell'Azienda.

all'interno dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza, sede Molinette.

2.4 Terminologia e abbreviazioni

Acronimi

<i>Abbreviazione</i>	<i>Descrizione</i>
GC	tumore dello stomaco (Gastric Cancer)
GEJ	tumore della giunzione gastro-esofagea (Gastro-Esophageal Junction)

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 5 di 12

3. CONTENUTI DEL DOCUMENTO

3.1 Generalità

Non applicato.

3.2 Diagramma di flusso

Non applicato.

3.3 Attività

3.3.1 L'approccio diagnostico in urgenza nei pazienti affetti da sospetto GC/GEJ.

Anamnesi accurata. Esame obiettivo addominale. Ematochimici completi.

Se non sono presenti complicanze quali emorragia, anemizzazione, perforazione con quadro di peritonite localizzata o generalizzata, il paziente può essere ricondotto all'elezione con indicazione all'esecuzione degli esami diagnostici in elezione.

In caso contrario il paziente andrà sottoposto ad un trattamento d'urgenza:

- posizionamento di SNG se presente vomito importante
- riequilibrio del bilancio idroelettrolitico
- trasfusioni ematiche se indicate
- EGDS in urgenza
- TC torace addome con mdc

Se si ottiene un miglioramento delle condizioni cliniche del paziente con normalizzazione dei parametri emodinamici e clinici, si potrà differire l'intervento.

3.3.2 Trattamento e rivalutazione

Il trattamento e la rivalutazione del paziente con sospetta GC/GEJ allo scopo di ricondurre l'intervento all'elezione comprende:

1. rivalutazione clinica, monitoraggio bioumorale con ematochimici preoperatori e markers tumorali (CEA, Ca 19.9)
2. EGDS con biopsia (preferibili biopsie multiple)
3. TC torace+ addome+ pelvi mdc se non ancora eseguita
4. eventuali valutazioni specialistiche sulla base delle patologie pregresse

3.3.3 Ricovero e trasferimento

I pazienti provenienti dal P.S. riconducibili all'elezione ma non dimissibili vengono trasferiti in una S.C. di Chirurgia per conferma diagnostica e staging della malattia.

I pazienti ricoverati in S.C. dell'Azienda in cui venga posta diagnosi certa di GC/GEJ vengono trasferiti in una S.C. di Chirurgia per lo staging della malattia, a meno che:

- non sussistano priorità cliniche di altro tipo che impongano il rinvio del trattamento della GC/GEJ (lo staging può anche iniziare nella S.C. originaria, in attesa del trasferimento)
- lo staging mediante TC effettuato in PS abbia rivelato disseminazione metastatica a distanza della malattia neoplastica

3.3.4 Visita

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 6 di 12

I pazienti con diagnosi sospetta o certa di GC/GEJ provenienti direttamente dal MMG o dimessi dal P.S., devono essere sottoposti ad una visita CAS che comprenda raccolta anamnestica, esame clinico completo, eventuale richiesta degli esami strumentali per la conferma diagnostica.

3.3.5 EGDS

L'esofago-gastro-duodenoscopia con biopsie multiple rappresenta l'esame diagnostico per il carcinoma gastrico.

3.3.6 ECOENDOSCOPIA (EUS)

L'ecografia endoscopica (EUS) è utile nella stadiazione del carcinoma gastrico, in particolare nel valutare l'estensione distale e prossimale del tumore, lo stadio T soprattutto nelle localizzazioni prossimali, la valutazione dello stadio N, indispensabile nei casi di tumore iniziale per eventuale trattamento endoscopico esclusivo.

Può essere utile nel dimostrare piccole quantità di versamento ascitico perigastrico, che sono predittive di interessamento peritoneale. Può rivelare e biopsare (EUS-FNA) piccole metastasi epatiche (principalmente nel lobo sinistro) non viste precedentemente con altre modalità di imaging.

L'EUS non viene effettuata quando presenza di malattia metastatica.

L'EUS ha invece un ruolo diagnostico nei casi di linite plastica gastrica biopicamente negativa.

3.3.7 ANATOMIA PATOLOGICA

La valutazione del c-erbB2 al momento non è routinaria; da effettuarsi quando richiesto e sempre da richiedere quando malattia metastatica accertata.

PRELIEVI BIOPTICI: è opportuno, quando possibile, specificare il tipo istologico (sec. Lauren e/o sec. W.H.O), il grado di differenziazione e l'eventuale presenza di invasione.

RESEZIONI ENDOSCOPICHE (EMR-ESD): il campione va fissato in formalina su supporto rigido (es. sughero) con superficie mucosa rivolta verso l'alto. L'endoscopista deve contrassegnare con punto di repere il margine prossimale e quello distale. Bisogna tatuare i margini di resezione con inchiostro di china ed eseguire sezioni seriate a distanza di 2 mm, lungo l'asse trasversale.

Occorre descrivere:

- dimensioni del campione (lunghezza, larghezza e spessore)
- dimensioni del tumore
- distanza del tumore dai margini
- tipo di tumore (usare la classificazione della J.S.G.E.)

3.3.8 STAGING delle neoplasie gastriche/ giunzione GE

Una volta accertata endoscopicamente ed istologicamente una neoplasia gastrica o della giunzione GE si ritiene indicata l'esecuzione dei seguenti accertamenti pre-operatori e di stadiazione:

- a) Ematochimici di routine (emocromo, funzionalità epatica e renale), TS e consenso per emotrasfusioni
- b) Markers neoplastici (CEA, Ca 19.9)
- c) ECG
- d) Rx transito per valutare estensione (soprattutto prossimale) della malattia nel sospetto di infiltrazione del cardias. Necessario per i tumori del cardias per valutare l'estensione longitudinale (soprattutto sul versante esofageo) ed il grado di ostruzione (dato utile anche per eventuale endoprotesi palliativa)

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 7 di 12

- e) TAC Torace + Addome + pelvi con m.d.c. per la valutazione dei parametri T, N e M
- f) EGDS con biopsie (se non eseguita precedentemente)
- g) Ecoendoscopia: non prevista routinariamente. Indicata nei tumori a sede prossimale, per una precisa valutazione dell'estensione sul versante esofageo, nei tumori iniziali, per una più corretta valutazione dell'N, per una diagnosi corretta nei casi di sospetta linite plastica biotticamente negativa, per un più accurato staging locoregionale nei casi in cui sia prevista una terapia neoadiuvante. Può essere indicata nei pazienti potenzialmente resecabili o con malattia avanzata loco-regionale per escludere presenza di anche minime quantità di ascite perigastrica predittiva di metastasi peritoneali onde evitare intervento chirurgico.
- h) Laparoscopia con/senza lavaggio peritoneale: non prevista routinariamente. Può essere indicata nei pazienti considerati potenzialmente resecabili per escludere presenza di malattia metastatica peritoneale e nei pazienti con malattia avanzata loco-regionale nel sospetto di carcinosi peritoneale onde evitare intervento chirurgico.
- i) PET total body: non prevista routinariamente. Valutabile nei pazienti suscettibili di intervento chirurgico ma con dubbie lesioni metastatiche alla TC, nei pazienti con sospetta ripresa di malattia. Prevista nella rivalutazione di pazienti dopo trattamento citostatico primario (e FDG-captanti) all'interno di protocolli di studio.
- j) Visita anestesiologicala, eventuali accertamenti legati alle comorbidità (ad es. Visita Cardiologia, etc) e, se il caso, prenotazione dell'assistenza rianimatoria postoperatoria. Prenotazione assistenza rianimatoria necessaria ogniqualvolta si preveda l'esofagectomia; in questi casi potrebbe essere utile decidere protocollo di studio cardiologico/pneumologico pre-intervento (PFR, EGA arterioso, eventuale ecocardiografia di routine nei pazienti >50 aa) da effettuare prima della visita anestesiologicala.

Al termine della stadiazione il paziente viene avviato al GIC stomaco/giunzione GE, ad esclusione dei casi T1-2 N0 M0.

3.3.9 Valutazione nutrizionale

Una condizione di malnutrizione si riscontra in circa l'80% dei pazienti con tumori del tratto gastrointestinale superiore.

La valutazione nutrizionale è prevista:

1. **Fase preoperatoria:** in questa fase risulta particolarmente utile per prevenire o correggere la malnutrizione ed un eventuale calo ponderale. La nutrizione artificiale pre-operatoria nella chirurgia elettiva non è indicata, ma potrebbe essere efficace nei pazienti con malnutrizione severa per via enterale; la nutrizione parenterale dovrebbe essere praticata solo se la via enterale non è accessibile. Inoltre il protocollo di Immunonutrizione è presente presso il Servizio di dietetica di questa Azienda.
2. **Fase pos-operatoria:** nel post-operatorio è raccomandata normale dieta senza restrizioni iniziando con quote nutrizionali minime e aumentando l'intake secondo tolleranza ogni 3-4 gg; la nutrizione enterale dovrebbe essere somministrata per specifiche indicazioni; la nutrizione parenterale solo nei pazienti che non tollerano la nutrizione enterale (**Protocollo ERAS**)
3. **Follow up nutrizionale a medio e lungo termine:** nel post-operatorio possono verificarsi complicanze nutrizionali: è pertanto necessaria una visita dietologica ad 1 mese dalla dimissione e poi controlli successivi ogni 2-3 mesi fino a normalizzazione delle eventuali complicanze (in genere entro 1-2 anni).
4. **Approccio nutrizionale al paziente con malattia avanzata:** il quesito iniziale, discriminante, su cui si basa tutta la pianificazione terapeutica riguarda la possibilità o meno di avvalersi per la somministrazione di nutrienti del tratto intestinale, ovvero la capacità di quest'ultimo di mantenere una sufficiente capacità digestiva ed assorbente. In secondo luogo, bisogna considerare quale sia la durata attesa di tale incapacità: se ci si aspetta che il paziente malnutrito sia impossibilitato ad alimentarsi per più di 7 giorni è appropriato dare indicazione ad un supporto nutrizionale artificiale. Altrettanto è da farsi se si prevede un introito di nutrienti < 60% dei fabbisogni per più di 10 giorni. A seconda della condizione clinica si deciderà per: una nutrizione orale e counselling oppure per la nutrizione artificiale. Nel formulare la decisione uno degli elementi più complicanti rimane comunque stabilire l'aspettativa di vita del paziente.

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 8 di 12

3.3.10 GIC stomaco/ giunzione GE

Il GIC (Gruppo Interdisciplinare Cure) ha lo scopo di riunire medici di diversa specializzazione appartenenti a differenti Unità Operative che grazie all'interdisciplinarietà dell'approccio clinico, stabiliscono i percorsi di cura più appropriati.

La visita collegiale GIC valuterà:

- Eventuale indicazione a trattamento chemioterapico primario per tutti i pazienti T2/T4 N+
- indicazione a chirurgia di elezione nei pazienti con malattia sintomatica
- indicazione a supporto dietologico/nutrizionale
- indicazione a trattamenti palliativi anche multidisciplinari nella malattia avanzata
- presa in carico precoce da parte delle Cure palliative per i pazienti con malattia avanzata
- discussione collegiale dell'indicazione a farmaci ad alto costo nella malattia avanzata

3.3.11 Intervento chirurgico per il GC

L'intervento chirurgico sia esso in elezione od urgenza dovrà iniziare con la stadiazione intraoperatoria della malattia al fine di comprendere se sia possibile eseguire un intervento resettivo o meno e se questo abbia un intento curativo o palliativo. La stadiazione dovrà prendere in considerazione: presenza di metastasi (MTS) epatiche, peritoneali, linfonodali, l'invasione di organi limitrofi, la possibilità di asportazione "en bloc" della lesione e la successiva ricostruzione della continuità intestinale. L'intervento con intento resettivo dovrebbe mirare al raggiungimento della radicalità a livello locale.

Qualora non fosse possibile eseguire un intervento resettivo possono essere eseguiti interventi palliativi.

L'atto operatorio, nella sua descrizione, deve contenere i componenti dell'équipe chirurgica e anestesiológica, nome dello strumentista; la sede della lesione primitiva, diametro, fissità, eventuale infiltrazione di altre strutture; la diffusione del tumore (eventuali secondarietà epatiche, peritoneali, adenopatie); la sede delle legature vascolari; l'estensione della resezione; il livello e metodo dell'anastomosi; la valutazione sulla radicalità macroscopica dell'intervento (atto curativo o palliativo).

La resezione endoscopica mucosa (EMR) e la dissezione endoscopica sottomucosa (ESD) sono attualmente le due opzioni terapeutiche endoscopiche disponibili nei centri di riferimento ad alta specializzazione. Allo stato attuale la resezione endoscopica è indicata in presenza di un EGC di tipo intestinale sec. Lauren con invasione della sola tonaca mucosa o infiltrante lo strato più superficiale della sottomucosa T1 sm1, senza presenza di ulcerazione visibile all'endoscopia, di diametro inferiore ai 3 cm: questi sottotipi di EGC hanno infatti un rischio di interessamento linfonodale vicino allo 0. Nei casi di EGC di tipo diffuso, con estensione superiore ai 3 cm, con infiltrazione di parete >T1 sm1 è indicato intervento chirurgico di resezione gastrica. La linfadenectomia D1 è indicata per i tumori cT1a per i quali non è indicata la resezione endoscopica, per i cT1b N0 di tipo indifferenziato con diametro inferiore ai 15 mm. Una linfadenectomia D1+ è indicata per gli altri tumori cT1 N0. La linfadenectomia D2 è indicata in tutti i casi con indicazione alla resezione gastrica con intenti di radicalità oncologica.

La chirurgia miniinvasiva degli EGC prevede procedure laparoscopiche di elevata complessità.

Il carcinoma gastrico localmente avanzato (advanced gastric cancer, AGC) comprende i pazienti con carcinomi clinicamente T2-T3-T4a o N+.

La resezione R0 consiste nell'assenza di tessuto tumorale **residuo** e nell'asportazione di reperti chirurgici con margini microscopicamente indenni.

Nella pratica clinica l'esecuzione di una gastrectomia totale in tumori distali non ha vantaggi in termini di sopravvivenza rispetto alla gastrectomia parziale.

La linfadenectomia: il numero di linfonodi metastatici ed il rapporto tra numero di linfonodi metastatici e numero di linfonodi esaminati sono tra i fattori prognostici più importanti per i pazienti con cancro gastrico sottoposti ad intervento radicale.

In termini anatomici la dissezione D2 viene definita come l'asportazione delle stazioni di primo e di secondo livello, come descritte dalla IGCA (Japanese Classification of Gastric Cancer, 2nd English Edition); la

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 9 di 12

composizione delle stazioni di primo e secondo livello varia a seconda della localizzazione del tumore primitivo (fondo, corpo o antro).

Nella classificazione AJCC/UICC viene raccomandata l'asportazione di almeno 16 linfonodi, necessaria per poter classificare un paziente pN3b.

Attualmente la gastrectomia D2 rappresenta il gold standard per il trattamento del carcinoma gastrico localmente avanzato anche in Occidente.

Il ruolo di una dissezione linfonodale ancora più estesa (D3, cioè D2 + dissezione linfonodale para-aortica, PAND) non viene attualmente considerata una linfadenectomia standard.

La splenectomia e/o pancreasectomia routinaria durante una gastrectomia per carcinoma gastrico prossimale comportano un rischio maggiore di mortalità e morbilità postoperatoria. Allo stato attuale non esistono studi che dimostrino un chiaro vantaggio in termini di sopravvivenza della splenectomia di principio nei tumori T4 della grande curva gastrica. Pertanto la splenectomia e la pancreasectomia devono essere considerati solo se è dimostrata un'invasione diretta da parte del tumore primitivo, in caso di macroscopico coinvolgimento dei linfonodi dell'ilo splenico e dell'a. splenica distale.

La ricostruzione standard dopo gastrectomia parziale o totale prevede l'utilizzo dell'intestino tenue defunzionizzato ad Y (con ansa efferente lunga almeno 60 cm). L'ansa ad Y è la tecnica di scelta anche per i tumori dello stomaco coinvolgenti del cardias (Siewert III) sottoposti a gastrectomia totale ed esofagectomia distale; nei tumori del cardias Siewert I e II la ricostruzione di scelta è l'esofago-gastroanastomosi intratoracica destra su tubulo gastrico.

Il lavaggio peritoneale con richiesta di esame citologico rappresenta un gesto chirurgico da eseguire routinariamente ad ogni intervento.

La presenza di **diffusione peritoneale** sincrona o metacrona rappresenta una situazione molto comune nei pazienti con carcinoma gastrico.

La chemioterapia ipertermica peritoneale (HIPEC) preceduta da chirurgia citoreduttiva rappresentano le metodiche proposte per il trattamento della carcinosi peritoneale. Le indicazioni possono essere: pazienti con carcinosi peritoneale nota dopo citoreduzione, a scopo adiuvante nei pazienti con T4 a e T4b infiltrante la sierosa, nelle asciti non responsive alla chemioterapia. Attualmente l' HIPEC è da effettuarsi all'interno di studi clinici.

3.3.12 Intervento chirurgico per il GEJ

Il modello di diffusione linfonodale del carcinoma giunzionale consiglia che la dissezione linfonodale preferita includa i linfonodi mediastinici inferiori paraesofagei con i linfonodi N1 e N2 per una dissezione D2 convenzionale. Questo può essere realizzato da una gastrectomia totale estesa con esofagectomia distale.

Una resezione endoscopica della sottomucosa è possibile se c'è una displasia di alto grado o se il tumore invade solo la mucosa ed è piccolo e focale. Una resezione radicale con linfadenectomia è indicata per i tumori T2 con l'approccio chirurgico basato sulla localizzazione e l'estensione del tumore.

3.3.13 Palliazione chirurgica

Gli interventi palliativi devono permettere l'alimentazione e la canalizzazione del paziente attraverso il confezionamento di by-pass enterici (protesi enterali, PEG decompressive), o stomie derivate.

3.3.14 Anatomia patologica

La diagnosi istopatologica avviene secondo i criteri WHO, ultima edizione aggiornata VII, 2010 TNM (AJCC e UICC).

Per l'early gastric cancer occorre descrivere: tipo di campione (gastrectomia sub-totale o totale, altro), sede del tumore, dimensioni del tumore, distanza del tumore dai margini, tipo di tumore (usare la classificazione della J.S.G.E.). Per il pezzo operatorio da resezione chirurgica (carcinoma gastrico avanzato) occorre

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 10 di 12

descrivere: tipo di campione (gastrectomia sub-totale o totale, altro), sede del tumore, dimensioni del tumore, distanza del tumore dai margini, tipo di tumore (usare la classificazione di Borrmann). Per le resezioni endoscopiche (EMR-ESD) e pezzo operatorio da resezione chirurgica (early gastric cancer) occorre descrivere: tipo istologico (sec. W.H.O. e classificazione di Lauren), grado istologico (sec. W.H.O.), massima infiltrazione tumorale della parete, pattern di infiltrazione tumorale secondo Kodama (vedi allegato), invasioni vasculo-linfatiche, stato dei margini, numero di linfonodi e numero di metastasi linfonodali, stadiazione sec. TNM. Per il pezzo operatorio da resezione chirurgica (carcinoma gastrico avanzato) occorre descrivere: tipo istologico (sec. W.H.O. e classificazione di Lauren), grado istologico (sec. W.H.O.), massima infiltrazione tumorale della parete, invasioni vasculo-linfatiche, stato dei margini, numero di linfonodi totali e numero di metastasi linfonodali, stadiazione sec. TNM. Caratteristiche patologiche aggiuntive: metaplasia intestinale, displasia, gastrite, Helicobacter pylori, Polipi. Indagini immunostochimiche e di biologia molecolare: valutazione di HER 2 (fare riferimento alle raccomandazioni AIOM-SIAPEC)

3.3.15 Monitoraggio post-operatorio

I pazienti nel postoperatorio devono venire sottoposti a visita medica quotidiana con monitoraggio dei parametri vitali e di quelli chirurgici, monitoraggio degli esami ematochimici, medicazione delle ferite chirurgiche quando ritenute necessarie, profilassi antibiotica/antitrombotica secondo linee guida aziendali, nutrizione enterale/parenterale standard, valutazione dietologica nei casi di severa malnutrizione o con problematiche post-operatorie che limitano o non permettono un'adeguata rialimentazione per os; terapia per il controllo del dolore postoperatorio (vedi allegato, file P09); esecuzione di eventuali accertamenti radiologici per monitorizzare il decorso postoperatorio, secondo le necessità del paziente; nei casi di gastrectomia totale o esofagectomia controllo Rx transito in G5-7 prima della rialimentazione; richiesta di eventuali consulenze specialistiche in base alle condizioni cliniche del paziente;

3.3.16 Attivazione risorse

Dopo l'intervento e prima della dimissione, saranno attivate, secondo il caso, le seguenti risorse: visita oncologica, valutazione dietologica/dietistica, eventuale consulenza psico-oncologica, eventuale richiesta di attivazione dei SSA (Servizi Sociali), ADI, OAD, ecc, eventuale consulenza antalgica (Servizi di Cure Palliative).

3.3.17 Trattamenti chemio-radioterapici

I pazienti operati per GC/GEJ vengono sottoposti a visita oncologica dopo l'intervento chirurgico. In pazienti operati radicalmente per GC/GEJ la chemioterapia adiuvante non è indicata nello stadio I. Vi è invece indicazione per gli stadi II e III con regimi a base di fluoropirimidine+/- platino derivati. In caso di pazienti operati R1 opp. T2-T4 N+ deve essere valutata indicazione a radioterapia adiuvante in associazione al trattamento chemioterapico.

3.3.18 Follow-up

I pazienti non sottoposti a chemioterapia effettuano il follow-up preferibilmente presso la chirurgia di riferimento mentre in oncologia vengono seguiti periodicamente quei pazienti che hanno effettuato chemioterapia adiuvante. Sono previste visite periodiche di rivalutazione in Radioterapia per quei pazienti che hanno effettuato il trattamento radiante.

3.3.19 Malattia metastatica

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 11 di 12

Tutti i pazienti con conferma istologica di carcinoma dello stomaco/giunzione GE metastatico senza indicazione chirurgica devono essere sottoposti a visita oncologica.

Il trattamento chemioterapico di I linea nella malattia metastatica ha dimostrato un beneficio di sopravvivenza rispetto alla miglior terapia di supporto. Tutti i pazienti vengono valutati per eventuale ingresso in studi clinici attivi presso questa Azienda. Gli schemi proposti possono essere in monochemioterapia o a 2/3 farmaci secondo condizioni del paziente. Nei pazienti c-erbB2 SCORE 3+ o SCORE 2+ con FISH positiva, deve essere valutato l'utilizzo di Trastuzumab in associazione a fluoropirimidine + derivati del platino, quando FEVS superiore al 60% e non ulteriori controindicazioni cardiache.

Nel caso non sia posta indicazione a chemioterapia palliativa, il paziente verrà inviato per visita o presso la S.C. Terapia del Dolore e Cure Palliative o direttamente al Medico curante per l'attivazione di Cure palliative domiciliari/Hospice.

Il trattamento chemioterapico di II linea nella malattia metastatica ha dimostrato un beneficio di sopravvivenza rispetto alla miglior terapia di supporto.

Tutti i pazienti vengono valutati per eventuale ingresso in studi clinici attivi presso questa Azienda. Gli schemi proposti possono essere in monochemioterapia o a 2 farmaci secondo condizioni del paziente. Per i pazienti in progressione o in scadute condizioni generali non più suscettibili di ulteriori linee terapeutiche è prevista l'attivazione della rete di Cure Palliative, che provvederà ad individuare il miglior supporto per il singolo paziente, garantendo il coordinamento tra diversi professionisti e la continuità assistenziale.

3.3.20 Cure palliative

L'attivazione dei programmi di cure palliative è prevista per tutti i pazienti che presentino i seguenti criteri: diagnosi di neoplasia non operabile, localmente avanzata e/o metastatica, presenza di sintomi non controllati, avvio a trattamenti chemioterapici, radioterapici o chirurgici a scopo palliativo. Tale attivazione è prevista in tre momenti del percorso di cura del paziente oncologico:

1. al momento della visita presso Centro Accoglienza Servizi (CAS)
2. al momento della visita interdisciplinare GIC
3. al momento delle visite specialistiche ambulatoriali ed in regime di ricovero ordinario o diurno.

3.4 Responsabilità

Non applicato.

3.5 Bibliografia, Fonti e Riferimenti

LG AIOM 2015
 LG AIRO 2016
 ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients, 2016
 NCI gastric cancer guideline 2016

3.6 Aspetti etici

Il presente documento permette di definire un approccio integrato e multidisciplinare al trattamento dei pazienti affetti da neoplasie gastriche che tenga comunque conto sia delle diverse situazioni cliniche sia delle aspettative del paziente in termini di guarigione ma sempre con attenzione alla qualità di vita.

Inoltre in caso di protocolli sperimentali ogni procedura sarà sottoposta al comitato etico interaziendale al fine di garantire la miglior pratica clinica con le migliori garanzie di sicurezza sia in termini di efficienza che di efficacia.

	TUMORI GASTRICI E DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA	PDTA.A909.0033	Rev. 0
	PDTA	28/12/2016	Pagina 12 di 12

4. STRUMENTI DI GESTIONE DEL DOCUMENTO

4.1 Documenti correlati

Non applicato.

4.2 Monitoraggio

4.2.1 Attività di controllo

In definizione la scelta della modalità per la valutazione dell'applicazione delle procedure descritte nel documento di PDTA (audit, indicatori).

4.2.2 Indicatori

Non applicato.

4.3 Modalità di implementazione

Il documento di PDTA verrà pubblicato sul sito aziendale.

Gli incontri settimanali GIC favoriscono e garantiscono l'applicazione della procedura.

5. ALLEGATI

5.1 Moduli

Non applicato.

5.2 Schede

Non applicato.