



Sono presenti al gruppo di studio dedicato al **TUMORE DELLO STOMACO** del **29 marzo 2013** i seguenti professionisti:

Francesco Balcet	Presidio Sanitario Gradenigo
Sebastiano Bombaci	ASL TO 4
Claudio De Angelis	A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino – P.O. Molinette
Etta Finocchiaro	A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino – P.O. Molinette
Flavio Fraire	ASL CN 2
Paolo Geretto	A.S.O. Santa Croce e Carle Cuneo
Claudio Lanfranco	ASL AT
Riccardo Lorusso	AUSL Valle d'Aosta
Fernanda Migliaccio	AUSL Valle d'Aosta
Cristiano Oliva	Presidio Sanitario Gradenigo
Ferruccio Ravazzoni	A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria
Daniele Ricci	ASL AT
Piera Sciacero	ASL TO 4
Andrea Spinelli	ASL TO 3
Oscar Bertetto	Dipartimento Rete Oncologica
Monica Viale	Dipartimento Rete Oncologica

Sono presentate le raccomandazioni per la diagnostica istopatologica. Si sottolinea in particolare l'importanza della valutazione dello stato linfonodale, il più importante fattore prognostico indipendente.

Si discute sul numero di linfonodi minimo da esaminare per consentire una corretta stadiazione e si sottolinea che vanno comunque tutti valutati, qualunque sia il loro numero.

Si ricorda la necessità che i clinici forniscano agli anatomopatologi notizie corrette e complete. Nonostante le procedure chirurgiche siano standardizzate per la corretta asportazione del tumore primitivo e delle diverse stazioni linfonodale non sempre è possibile eseguire l'intervento come preventivato.



Si concorda che debba comunque essere indicato da parte del chirurgo l'eventuale presenza di residuo macroscopico al termine dell'intervento. Resta da decidere su quali pazienti e quando debba essere eseguita la determinazione immunohistochimica e/o molecolare per HER-2.

Si evidenzia anche la necessità di risolvere per i centri di riferimento il problema organizzativo della presenza in sala operatoria dell'anatomopatologo per l'esecuzione degli esami estemporanei utili per guidare l'intervento chirurgico.

Si ribadisce che solo una corretta stadiazione può consentire le giuste indicazioni per il trattamento chemio-radioterapico adiuvante.

Il gruppo di lavoro chirurgico terrà un incontro per approfondire il documento base, redatto a livello europeo, da cui si trarranno le indicazioni per la rete oncologica.

Le raccomandazioni diagnostiche elaborate dal relativo gruppo, comprendono 2 documenti per la diagnosi e la stadiazione: il primo da le indicazioni al momento della diagnosi, prevedendo di utilizzare l'ecoendoscopia per la stadiazione e i successivi controlli, illustrando anche le possibilità di trattamento dell'EARLY GASTRIC CANCER per via endoscopica; il secondo, più articolato prevede anche il programma di sorveglianza delle lesioni precancerose, in particolare della gastrite cronica severa con metaplasia intestinale estesa, prevedendo prelievi biotipici nella regione antro-angolare e del corpo gastrico.

Il gruppo di lavoro su radioterapia e terapie oncologiche ha deciso di dedicare una trattazione a sé, analogamente al gruppo chirurgico, per i tumori della giunzione gastro-esofagea, con una valutazione separata degli istotipi squamoso e adenocarcinoma. Elaborerà raccomandazioni per uniformare le procedure di follow up.

Si propone una indagine conoscitiva con un questionario da inviare a tutte le strutture oncologiche della rete sull'attuale utilizzo della chemioterapia neoadiuvante e adiuvante.

L'indicazione alla radioterapia post chirurgica riguarda i casi pT3-T4 con interessamento metastatico superiore al 25% dei linfonodi esaminati o in presenza di R1 e R2.



È presentato il documento sulle indicazioni all'intervento nutrizionale; è posto il quesito se vi sia indicazione alla digiunostomia nel paziente con tumore giudicato non resecabile alla laparotomia per lo stato avanzato della malattia, che spesso si accompagna a breve scadenza ad un quadro di carcinosi peritoneale, incompatibile con la scelta nutrizionale della via entrale.

Si discute anche sull'utilità del posizionamento dello stent piloro-duodenale per facilitare lo svuotamento gastrico nelle forme stenose; il posizionamento è tecnicamente fattibile nel 90% dei casi ma vi è il rischio di una sua inutilità clinica per la presenza di altre stenosi a valle e/o di carcinosi peritoneale.

Si concorda invece sulla digiunostomia post intervento nei casi di gastrectomia.

Nel documento del gruppo di lavoro sulle cure palliative sono posti i seguenti quesiti a cui il gruppo è chiamato a rispondere: sono trattamenti da proporre a quali tipologia di pazienti, in quale momento del decorso clinico, per quale motivo, in quale ambito assistenziale, con quali aspettative.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data 24 maggio 2013, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.

Si ricorda che, in caso di impossibilità a presenziare al prossimo incontro, è possibile farsi sostituire da un delegato il cui nominativo deve essere necessariamente segnalato alla segreteria di rete (ucr@reteoncologica.it) entro 48 h. antecedenti alla riunione.