



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI DELLO STOMACO** tenutosi in data **08 settembre 2014** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
A.O. Ordine Mauriziano
A.O. SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo Alessandria
ASL Asti
ASL CN 2
ASL TO 1
ASL TO 2
ASL TO 3
ASL TO 4
AUSL Valle d'Aosta
IRCCS Candiolo
Presidio Sanitario Gradenigo

Punto Primo all'ODG: presentazione della bozza per follow-up condiviso (coordina Dott. I Facilissimo):

l'incontro si apre con la presentazione del Dott. Ivan Facilissimo quale coordinatore del gruppo di lavoro “stesura di un follow-up per il tumore dello stomaco” (componenti del gruppo: Dott.ssa P. Sciacero – Radioterapia, Dott. F. Bertolino – Chirurgia, Dott. C. Deangelis – Gastroenterologia, Dott.ssa M. Bellò – Medicina nucleare)

Quale “refresh” dalla riunione precedente, vengono ripresentati i dati di letteratura e le raccomandazioni di AIRO, AIOM, NCCI:

- Nessun dato prospettico; limitati dati retrospettivi
- 98% delle recidive entro i 3 anni (Baiocchi GL et al, Ann Surg Oncol 2014)
- nessun impatto sulla sopravvivenza dall'anticipazione diagnostica
(Kodera Y et al , Ann Surg Oncol 2003; Bennett JJ et al ,J Am Coll Surg 2005; Whiting J et al, Gastric cancer 2006; Tan IT et al, J Surg Oncol 2007; Allum WH et al, Gut 2011; Cardoso R et al, Gastric cancer 2012; D'Ugo D et al, Digestive Surgery 2013)
- solo il 3% delle recidive può essere trattata con intento potenzialmente radicale
(Baiocchi GL et al, Ann Surg Oncol 2014)



- Incidenza di secondo tumore dopo gastrectomia parziale sovrapponibile a quella della popolazione generale (Whiting J et al, Gastric Cancer 2006)

- follow-up utile nel monitorare esiti di chirurgia (malnutrizione, sindromi post- chirurgiche, stenosi)

- la tipologia di follow-up proposti comprendono la visita ed ematochimici ogni 3-4 mesi nei primi due anni; ogni 6 mesi dal terzo al quinto anno, l'EGDS annuale (solo AIOM 2013), il monitoraggio delle problematiche nutrizionali (solo AIOM 2013), ogni ulteriore accertamento solo su indicazione clinica.

Quindi viene presentata la proposta di follow-up, tenuto conto dell'apporto di tutti coloro che erano intervenuti nella precedente discussione:

- Visita, ematochimici (compresi B12 e sideremia), CEA e Ca19.9 ogni 3-4 mesi nei primi due anni; ogni 6 mesi dal terzo al quinto anno

- TC torace/addome a 6 mesi (o al termine dell'adiuvante) e a 18 mesi dalla chirurgia

- EGDS a 12 mesi dalla chirurgia (ecoendoscopia nella gastrectomia totale?)

- Ulteriori accertamenti solo su sospetto clinico

La discussione si apre con l'osservazione del diverso approccio effettuato in Giappone ed in generale in Oriente.

Si discute inoltre del reale beneficio dell'EGDS, del diverso follow-up a secondo dell'istotipo e dello stadio di malattia o delle caratteristiche del paziente, delle indicazioni all'EUS nella gastrectomia totale, dell'utilità dei marcatori.

La Dott.ssa Finocchiaro suggerisce di aggiungere dosaggio di folati e ferritina quali indici di malassorbimento.

In conclusione nella pratica clinica il follow-up clinico e strumentale del paziente operato di carcinoma gastrico ha l'obiettivo da un lato di monitorare le sequele nutrizionali della gastrectomia e dall'altro di diagnosticare tempestivamente un'eventuale ripresa di malattia.

L'assemblea concorda che il razionale di queste conclusioni risieda nella necessità di valutare nel tempo sia i risultati dei trattamenti (chirurgia, chemioterapia, radioterapia), sia nella consapevolezza di un progressivo miglioramento dell'offerta terapeutica per i pazienti con ripresa locale/a distanza della malattia neoplastica.



Non ultima considerazione, molti pazienti si sentirebbero abbandonati se non seguiti nel tempo dall'equipe curante.

Pertanto il Dott. I. Facilissimo ripresenterà nelle prossime settimane la nuova proposta di follow-up approvata in aula. Se non ulteriori commenti, potrà essere considerata definitiva e poi definitivamente riconosciuta alla riunione successiva.

Verranno anche aggiornate le lettere rivolte al Medico di base nelle diverse fasi del follow-up.

Punto secondo all'ODG: GdL revisione dei PDTA:

il Dott. Bellora che coordina il GdL è assente per imprevisti impegni clinici.

Si ricorda come a tutt'oggi non siano pervenuti alla Rete altri PDTA oltre a quello presentato dalla Città della Salute e della Scienza.

Si ribadisce come il percorso diagnostico-terapeutico aziendale sia un "documento" che fotografa quanto avviene all'interno di ciascuna azienda che si occupa del paziente affetto da carcinoma dello stomaco.

Esso non rappresenta una linea guida né una raccomandazione clinica, ma dovrebbe essere un documento snello di cui ogni singola parte dovrebbe essere scritta dai diversi attori coinvolti nella diagnosi e nel trattamento della neoplasia in oggetto (endoscopista, radiologo, chirurgo ecc).

Il documento dovrà ovviamente tenere conto delle Linee guida/raccomandazioni già presenti in letteratura ma definendo "chi fa cosa e quando" all'interno della struttura e quando una metodica/intervento fosse previsto nel percorso ma non fosse presente nella struttura, codificare a quale struttura esterna ci si appoggia, ecc. ecc.

Inoltre si ricorda come il PDTA sia un documento previsto (e indispensabile) nei criteri di identificazione dei centri di riferimento per i tumori dello stomaco.

Punto terzo all'ODG: protocolli di studio:

si propone ai colleghi presenti di utilizzare il sito della Rete per pubblicare i protocolli di ricerca clinici/biologici aperti nelle nostre due regioni, come già fatto dai colleghi pediatri.

Si potrebbe segnalare accanto ad ogni protocollo il referente/i referenti dello studio con un recapito e.mail.



La proposta viene approvata e nei prossimi giorni la richiesta verrà avanzata al Dipartimento di Rete.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **10 dicembre 2014, 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.