



All'incontro del gruppo di studio sui **TUMORI DELLO STOMACO** tenutosi in data **28 ottobre 2015** erano presenti i professionisti rappresentanti le seguenti Aziende:

A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino

A.O. S. Croce e Carle Cuneo

A.O. Ordine Mauriziano

ASL Asti

ASL TO 1

ASL TO 2

ASL TO 3

AUSL Valle d'Aosta

P.S. Gradenigo

1. Viene presentata la prima bozza al documento sulla gestione del paziente con tumore gastrico in fase avanzata.

Si discute a lungo sull'indicazione a gastrectomia decompressiva o al posizionamento del SNG e si concorda per l'uso del SNG.

La nutrizione enterale risulta essere sconsigliata in pazienti con carcinosi peritoneale vista la scarsa tollerabilità benchè possa essere di supporto per il mantenimento del peso corporeo nel post intervento o per la somministrazione di farmaci in caso di gravi disturbi della deglutizione.

Per quanto riguarda la chirurgia palliativa può essere considerata in caso di:

- tumore ostruente lo svuotamento gastrico (quando non possibile la gestione per via endoscopica)
- in caso di sanguinamento non controllato (quando non possibile la gestione per via endoscopica)
- in caso di paziente con perforazione in una situazione di urgenza/emergenza.

Si concorda che in caso di aspettativa di vita < 3-4 mesi è consigliabile l'approccio endoscopico a quello chirurgico.

Ancora dibattuti i risultati sul ruolo del trattamento combinato della chirurgia + chemioterapia vs sola chemioterapia in questi pazienti (in attesa dei dati degli studi giapponesi). Ad oggi si ritiene che la chirurgia possa avere un ruolo solo in casi molto bene selezionati per età, caratteristiche del paziente e diffusione della malattia, NON deve essere considerato come trattamento standard.

Nella malattia oligometastatica metacrona in sede epatica e soprattutto con nodo singolo < 5 cm la chirurgia può essere presa in considerazione,

Nei pazienti con malattia metastatica multiorgano il trattamento elettivo è la chemioterapia.

Si discute quindi sul ruolo della medicina nucleare sia nell'ambito diagnostico che terapeutico.



Il trattamento chemioterapico invece è considerato indicato fin dall'inizio e non in seguito alla comparsa di sintomatologia specifica. La polichemioterapia risulta essere migliore della monoterapia basando la scelta sul profilo di tossicità dei farmaci ed il performance status del paziente.

Si definisce poi meglio il ruolo dell'endoscopia nella gestione del paziente e delle eventuali complicanze correlate alla patologia (ostruzione-sanguinamento-perforazione).

2. La riunione si conclude con la revisione dei PDTA attualmente pervenuti al gruppo dei revisori. In considerazione della disomogeneità dei PDTA si ritiene utile utilizzare la griglia di valutazione presentata dal Dott. Lanfranco. Il sistema di punteggi attribuiti ai diversi momenti del percorso diagnostico-terapeutico individuato dalle diverse strutture, consente e facilita il compito di individuare eventuali carenze e segnalare percorsi virtuosi.

Sarà cura della segreteria alcuni giorni prima del prossimo incontro, previsto in data **09 dicembre 2015, inviare una comunicazione con conferma del luogo e dell'OdG.**