

CANCRO GASTRICO

Cancro gastrico

La mortalità da cancro gastrico costituisce oggi non meno del 30% della mortalità oncologica globalmente considerata.

Ogni anno muoiono per cancro gastrico in tutto il mondo oltre 500 mila persone.

Incidenza e mortalità si presentano largamente variabili a seconda dell'area geografica considerata:

1° Giappone

2° America del Sud

3° Europa Settentrionale

4° America Centrale

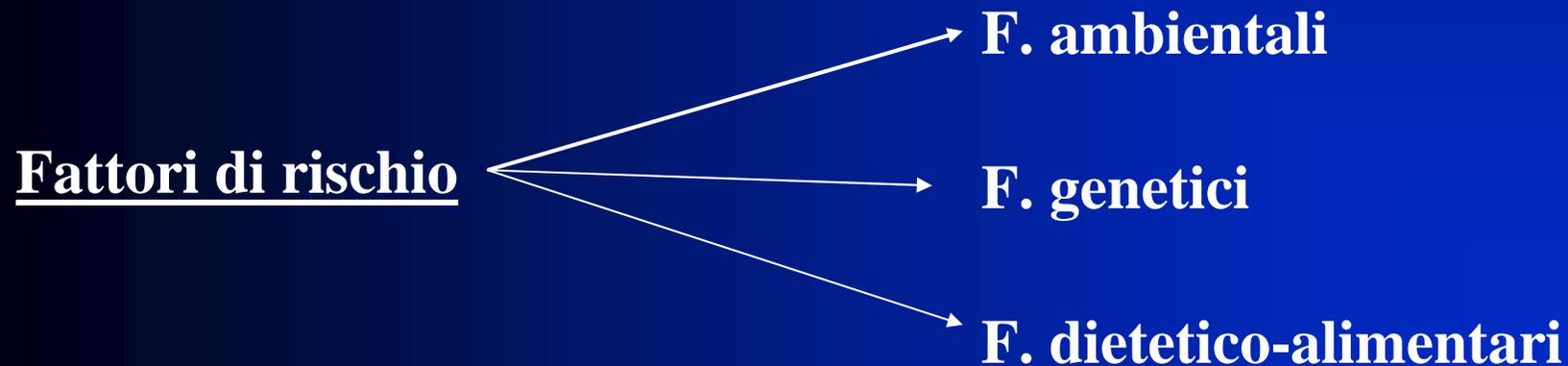
Il Cancro gastrico è la 2^a causa di morte per neoplasia maligna dopo il cancro del polmone

In termini di incidenza e mortalità, l'**Italia** si colloca al 16° posto nel mondo ed al 2° posto in Europa, preceduta dal Portogallo.

Nel 1986 sono stati registrati 14.349 decessi per cancro gastrico su 133.692 avvenuti per neoplasie maligne.

In Toscana ed Emilia-Romagna ci sono i tassi di incidenza e mortalità più elevati: circa 70/100 mila abitanti

Il cancro gastrico è più frequente nel sesso maschile, rapporto (M:F=2:1) oltre la VI^a decade.



Fattori di rischio

DIETETICI

Fattori protettivi

- Alimenti ricchi di vit. A,C,E
- Vegetali e frutta freschi
- Proteine ad alto valore
- Conservazione a freddo degli alimenti
- Attenzione nella cottura
- Approvvigionamento idrico controllato

Fattori di rischio

- Alterato rapporto dietetico grassi/proteine
- Abuso dietetico o nella conservazione di sale
- Consumo cibi affumicati
- Riduzione vegetali freschi
- Utilizzo di nitrati come conservanti
- Alta concentrazione di nitrati nelle acque potabili
- Alcool

Fattori di rischio

Costituzionali-ereditari

- Gruppo sanguigno A – produzione di transmetilasi
- Predisposizione familiare: sono alcune alterazioni a carico dei geni p53 e APC.

Ambientali

- Ambiente e tipo di lavoro (Ferro, Silicio, Asbesto, Carbone, erbicidi, idrocarburi, etc.)
- Inquinamento atmosferico
- Fumo

Condizioni precancerose



➤ Metaplasia
intestinale →

(Si rileva spesso nella u. duodenale, u.gastrica, g. c. atrofica). Si associa al cancro avanzato nel 70% dei casi e alla forma EARLY nel 90%

➤ Ulcera gastrica
cronica →

Oggi è accertato che un'ulcera è benigna o maligna all'insorgenza

➤ Gastroresezione

➤ M. di Menetriere

(gastrite ipertrofica di tipo ghiandolare)

→ 10-40% di possibilità degenerativa

Per quanto riguarda la gastrite cronica è un importante

Anatomia patologica

Classificazione di LAUREN (per caratteristiche istologiche)

➤ Carcinoma di tipo intestinale

(maggiore tendenza alla permeazione dei vasi; metastasi ematogene)

➤ Carcinoma di tipo diffuso

(origine plurifocale, cellule a castone, crescita infiltrativa, metastasi linfonodali)

➤ Carcinoma di tipo misto

➤ Carcinoma indifferenziato

(elevato polimorfismo, aggressività)

Classificazione in base alla profondità della lesione

➤ Early Gastric Cancer (EGC)

Lesione confinata alla mucosa e sottomucosa, indipendentemente dalla presenza di metastasi ai linfonodi perigastrici

➤ Advanced Gastric Cancer (AGC)

Neoplasia che si estende oltre la tonaca muscolare

Classificazione di BORRMANN

(in base all'aspetto macroscopico)

- Esofitico → Massa tumorale protrudente nel lume gastrico
- Piatto o depresso → Assenza di una massa tumorale chiaramente visibile
- Escavato → Presenza di un'ulcerazione superficiale o profondamente erosiva
- (Linite plastica) → Parete neoplastica estesamente infiltrata delle cellule neoplastiche

Vie di diffusione

- **Contiguità** → **Precoce diffusione transparietale, con coinvolgimento degli organi limitrofi**
- **Via linfatica** → **Ln. regionali, Ln. Splenici, Ln. del peduncolo epatico, Ln. Periesofagei, ecc.linfonodo di Virchow.**
- **Via ematica portale** → **Inizialmente al “filtro” epatico**
- **Via peritoneale** → **Frequente tumore ovarico di Krukenberg**

Clinica

- **Purtroppo, per nessuna forma di cancro gastrico esiste una clinica tale da indirizzare il medico ad un sospetto diagnostico fondato**
- **Non sottovalutare le sindromi paraneoplastiche**
- **Mancano, almeno in fase iniziale, sintomi sufficientemente specifici**
- **I sintomi che con maggior frequenza si presentano, ricorrono in modo variabile e con spiccati aspetti individuali, oltre ad essere in larga parte comuni alla maggioranza delle patologie organiche e funzionali del tratto digestivo superiore**



NON SOTTOVALUTARE



VALUTARE I FATTORI DI RISCHIO



NON INTRAPRENDERE TERAPIE SENZA DIAGNOSI SICURE

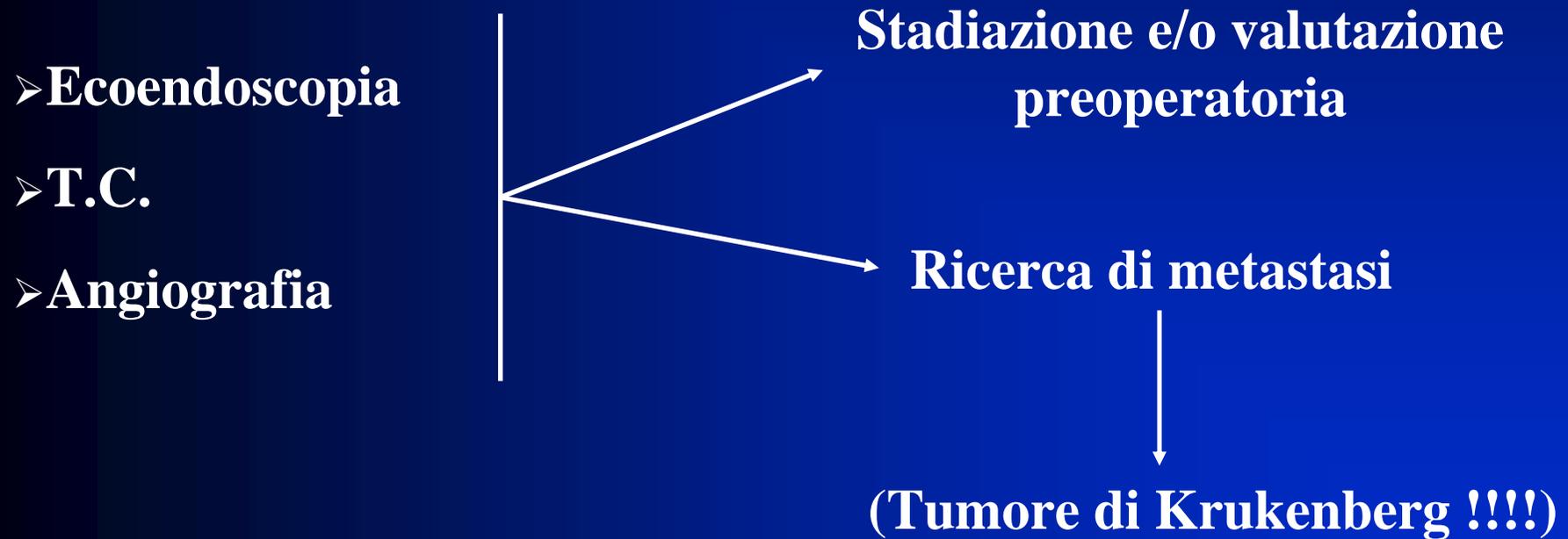
Sintomi più frequenti

- **Dolore**
- **Vomito**
- **Ematemesi**
- **Melena**
- **Anemia**
- **Dimagrimento**
- **Astenia**
- **Sarcofobia**
- **Dispepsia**

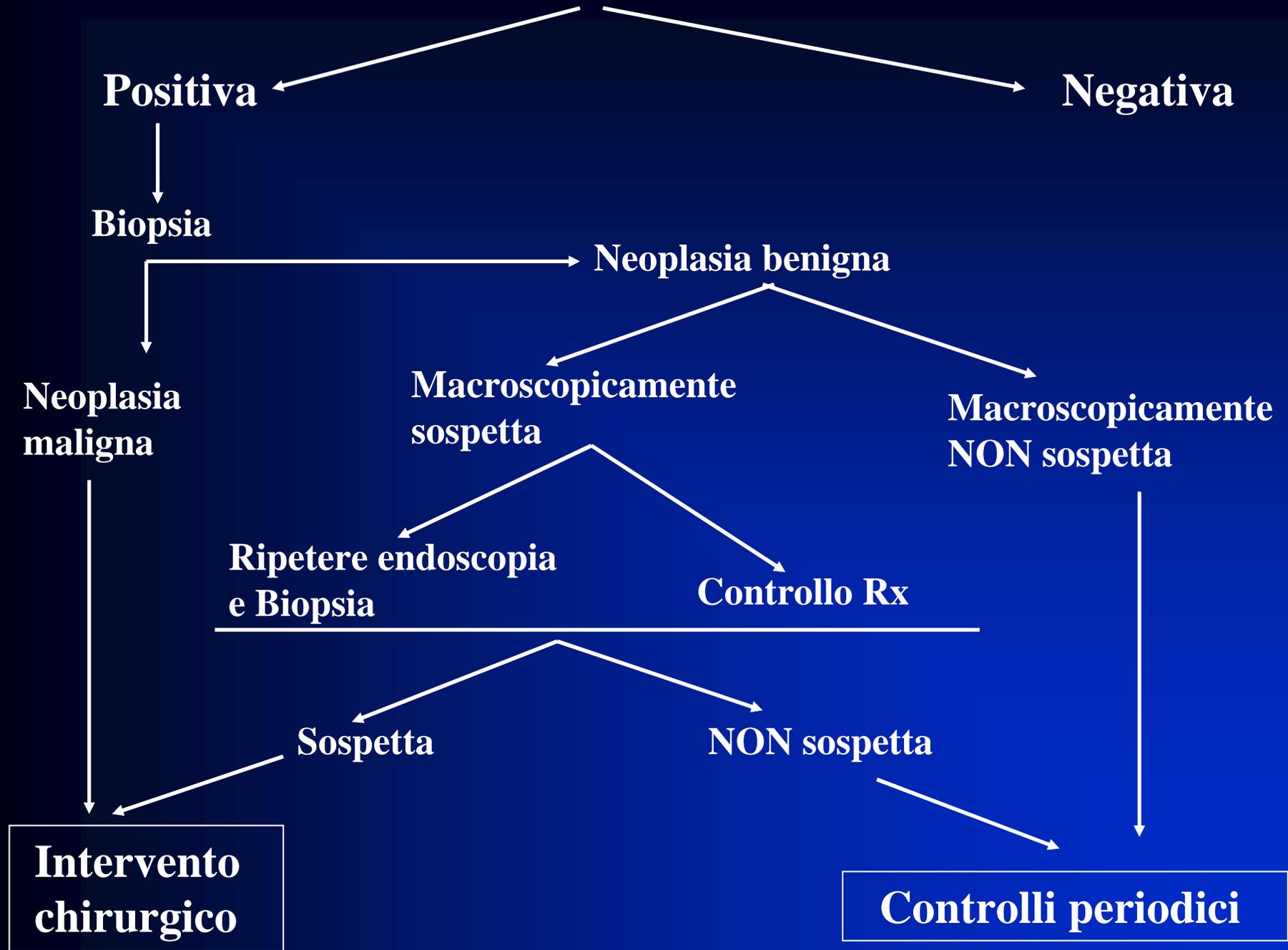
Molti casi sono completamente asintomatici oppure esordiscono con una complicanza

Presidi diagnostici

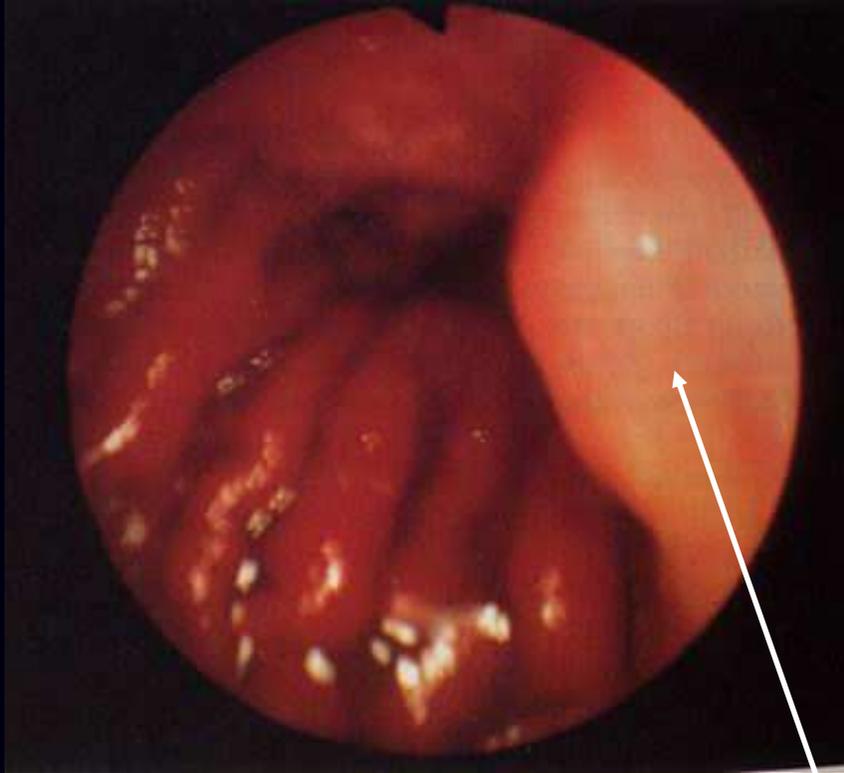
Endoscopia (96%) – Radiologia (70-75%)



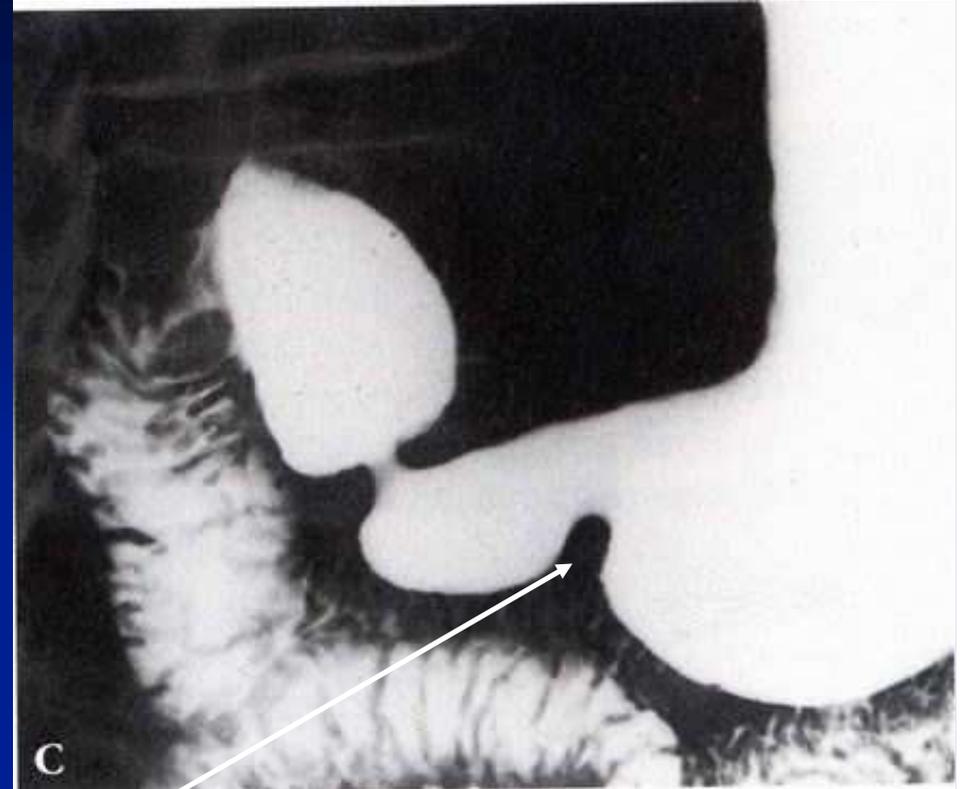
Esofago-gastro-duodenoscopia



**Immagine
endoscopica**

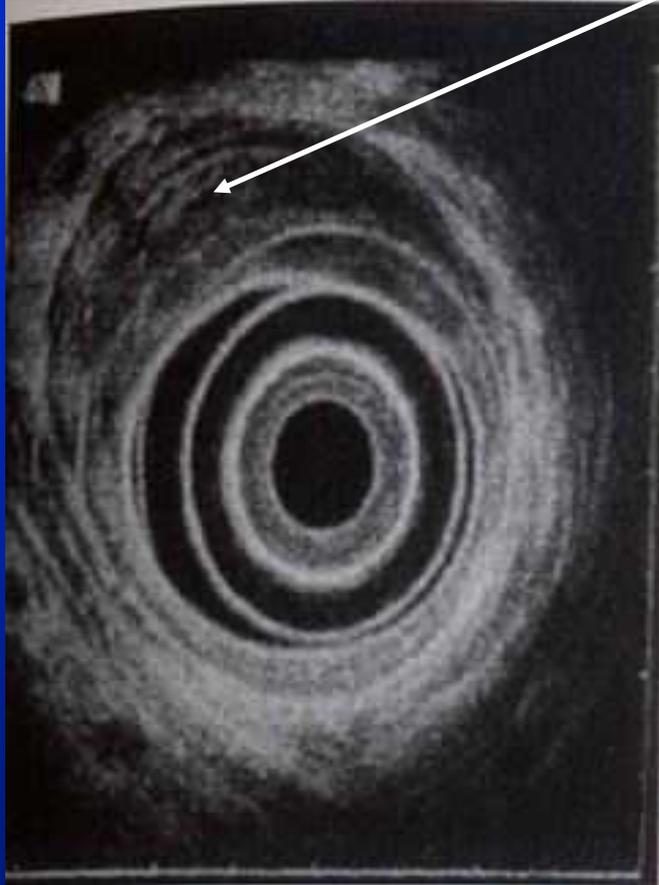


**Immagine
radiologica**



**Carcinoma
gastrico**

Carcinoma gastrico



**Endoecotomografia
gastrica**



**TC addome
superiore**

STADI TUMORALI (TNM)

Stadio 0		Tis	N0	M0
Stadio I	A	T1	N0	M0
	B	T1	N1	M0
		T2	N0	M0
Stadio II		T1	N2	M0
		T2	N1	M0
		T3	N0	M0
Stadio III	A	T2	N2	M0
		T3	N1	M0
		T4	N0	M0
	B	T3	N2	M0
		T4	N1	M0
Stadio IV		T4	N2	M0
		ogni T	ogni N	M1

Terapia

➤ CHIRURGICA

I principi del trattamento chirurgico sono la resezione gastrica o la gastrectomia, con linfadenectomia ed omentectomia.

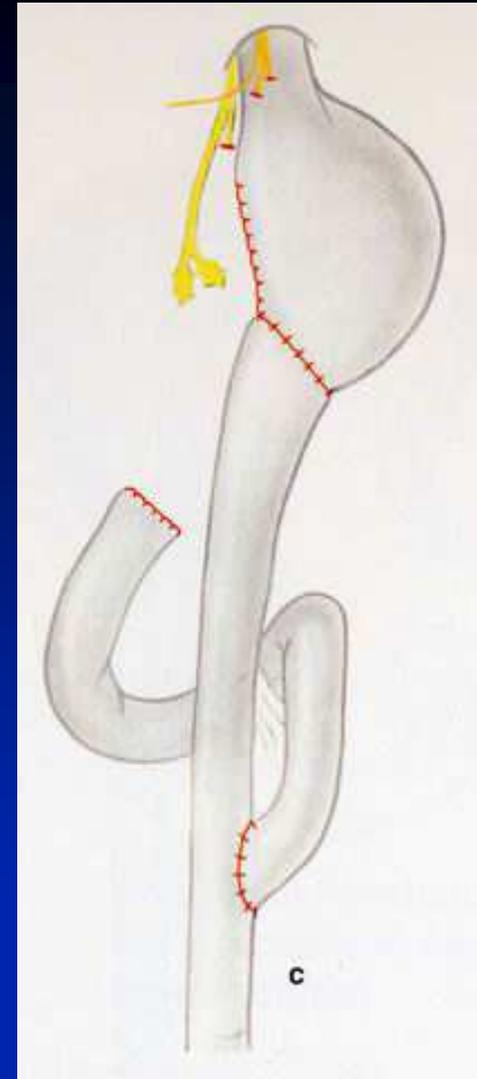
CHIRURGIA AD INTENTO CURATIVO

• Gastroresezione

La gastroresezione, con relativa linfadenectomia ed omentectomia, è proposta nei tumori a localizzazione antrale che non oltrepassano l'angolo della piccola curva. Si realizza asportando i 2/3 distali dello stomaco.



**Gastroresezione ed anastomosi
gastrodigiunale sec. Billroth II +
Brown a piè d'ansa**



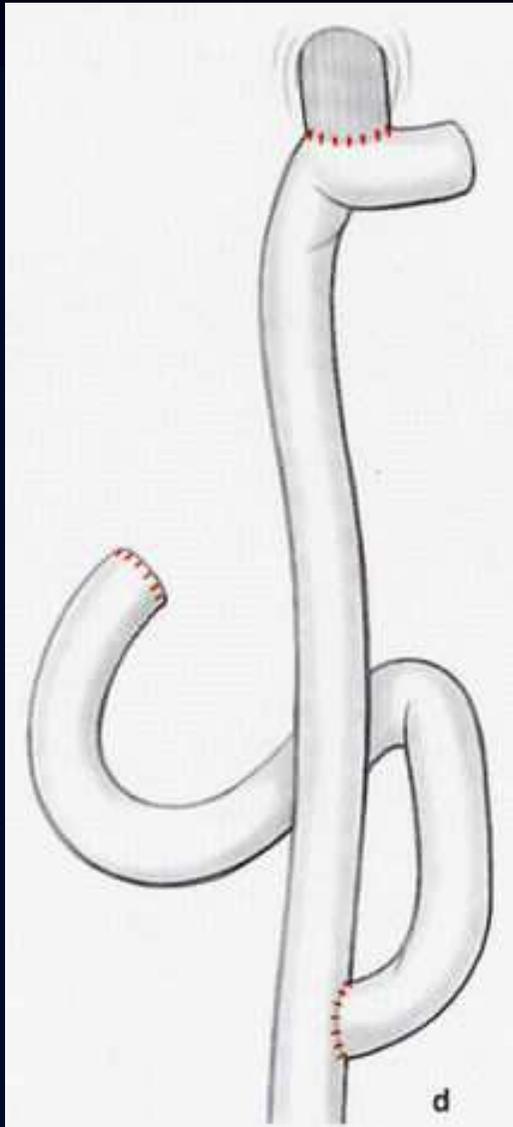
**Gastroresezione ed anastomosi
gastrodigiunale su ansa ad Y alla
Roux**

- **Gastrectomia totale**

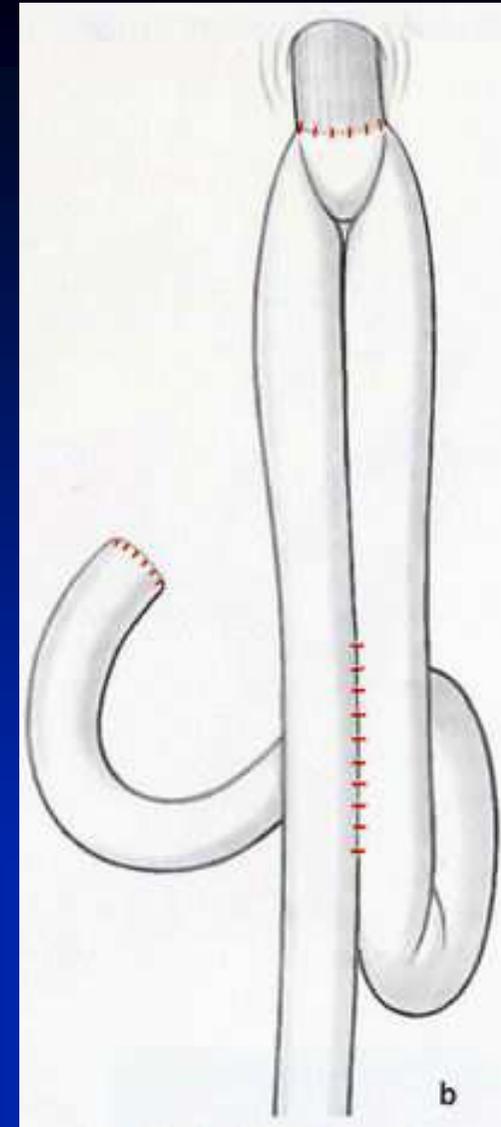
Nella gastrectomia totale l'exeresi interessa tutto lo stomaco, una minima porzione duodenale dopo il piloro, la parte terminale dell'esofago addominale , il piccolo e il grande epiploon, con linfadenectomia associata.

La continuità intestinale è ripristinata con tre possibili metodiche:

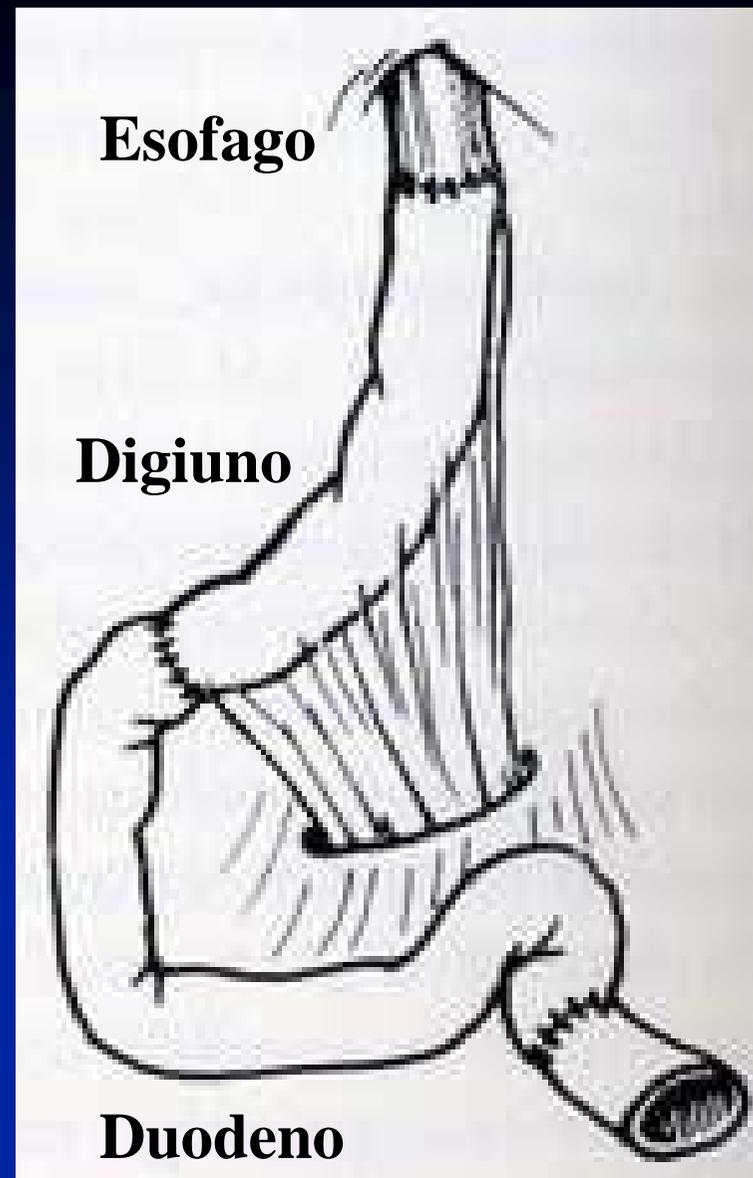
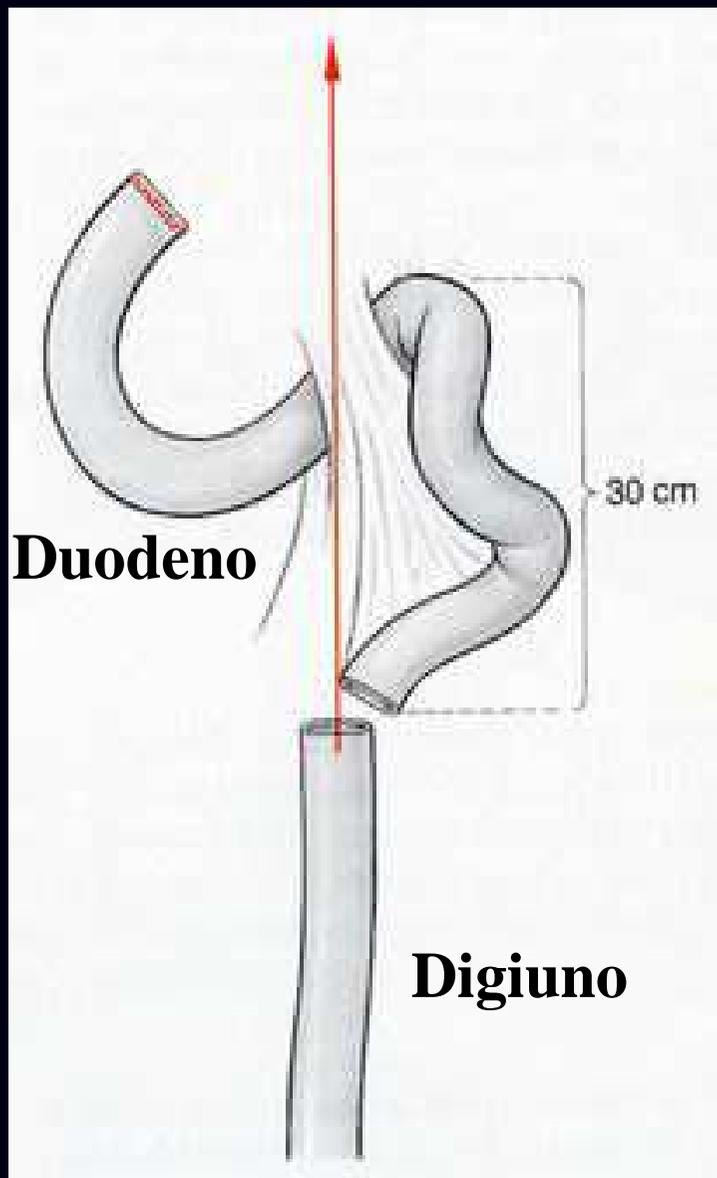
- **esofago-digiuno-stomia su ansa ad Y**
- **esofago-digiuno-stomia su ansa ad omega**
- **esofago-digiuno-duodenostomia (ansa interposta)**



**Esofago-digiuno-stomia su
ansa ad Y**



**Esofago-digiuno-stomia su
ansa ad omega + Brown a
piè d'ansa**



Esofago-digiuno-duodenostomia (ansa interposta)

CHIRURGIA AD INTENTO PALLIATIVO

Per chirurgia ad intento palliativo si intende o un semplice Bypass gastro-digiunale o un'exeresi oncologicamente incompleta della lesione e viene realizzata allo scopo di ottenere una migliore sopravvivenza.

La gastroresezione palliativa è indicata nei tumori avanzati ma non infiltranti le strutture ed organi vicini.

E non prevede asportazione dell'epiploon e dei linfonodi.

La continuità intestinale viene ristabilita tramite un'ampia anastomosi gastro-digiunale.

➤ **RADIOTERAPIA** →

Utilizzata per scopo palliativo o nel corso di protocolli chirurgici.

Mirata su residui tumorali o sulle sedi di drenaggio linfatico

➤ **CHEMIOTERAPIA** →

L'adenocarcinoma (tumore gastrico più frequente) è discretamente chemiosensibile.

La chemioterapia può essere:

- *Palliativa*
- *Adiuvante*
- *Neoadiuvante*

Complicanze della chirurgia gastrica

➤ **Precoci**



- **Lacerazione organi vicini**
- **Emorragia post-operatoria**
- **Pancreatite acuta post-operatoria**
- **Lesioni delle vie biliari**
- **Legatura del coledoco e ittero**
- **Dilatazione gastrica acuta**

Complicanze della chirurgia gastrica

➤ **Tardive** →

- **Sindrome del piccolo stomaco**
- **Gastrite alcalina (biliare)**
- **Dumping Sindrome**
- **Sindrome dell'ansa afferente**
- **Deficit nutrizionali**
- **Ulcere recidive**

Prognosi

➤ EGC → 90 – 100% *

➤ AGC → 30 – 40% *

* Sopravvivenza a 5 anni negli operati con finalità radicali

**IMPORTANZA
DEL FOLLOW-UP**

CANCRO GASTRICO

Test di autovalutazione

- **Quali sono le condizioni precancerose del cancro gastrico?**
- **Che cosa si intende per Early Gastric Cancer?**
- **Quali sono i sintomi più frequenti in caso di cancro gastrico?**
- **Qual è l'esame più importante in caso di Early Gastric Cancer?**