

1. Quali sono gli esami che individuano un tumore allo stomaco?

L'esame che permette di diagnosticare un tumore allo stomaco consiste essenzialmente nella Gastrosopia con biopsia.

Agli esami ematochimici si può riscontrare un'anemia e la ricerca del sangue occulto nelle feci potrebbe risultare positivo.

2. Quali i centri/medici specializzati?

Il trattamento del carcinoma gastrico in Italia presenta sopravvivenze mediamente molto buone rispetto per esempio agli Stati Uniti o all'Inghilterra, ma ancora inferiori a quelle dei paesi orientali come il Giappone e la Corea. I lavori presentati dal Gruppo Italiano di Ricerca sul Cancro Gastrico (GIRCG) presentano l'esperienza di gruppi italiani con sopravvivenze che si avvicinano a quelle orientali. I buoni risultati sono generalmente attribuibili non solo alla chirurgia ma alla integrazione delle diverse discipline che concorrono al trattamento della patologia. I gruppi e gli studi presentati possono essere visualizzati nel sito GIRCG o su Pub Med che raccoglie gli articoli più interessanti, scritti in letteratura.

3. Spesso per i tumori si parla di prevenzione, quali sono gli strumenti preventivi che sono a nostra disposizione, al momento, per questo tipo di tumore?

Per questo tipo di tumore, in assenza di sintomatologia specifica, è indicata comunque l'esecuzione di una gastroscopia dopo i 45 anni e la ricerca di sangue occulto nelle feci.

Diverso è il caso di pazienti con fattori di rischio, familiarità o recente riscontro di anemizzazione per i quali indipendentemente dall'età è indicata l'esecuzione di una gastroscopia quanto prima.

4. Mi hanno proposto chemioterapia prima dell'intervento, perché alcuni la fanno prima e altri dopo?

La chemioterapia proposta prima del trattamento chirurgico nei pazienti potenzialmente già operabili viene definita neo adjuvante. La chemioterapia adjuvante viene proposta dopo l'intervento.

La chemioterapia neoadjuvante proposta di recente con farmaci e modalità diverse, ha consentito di raggiungere risultati migliori rispetto alla adjuvante in alcuni studi occidentali. Questi studi prevalentemente americani, francesi ed inglesi presentavano però il difetto di avere trattamenti chirurgici

inadeguati con sopravvivenze molto basse per la sola chirurgia. Oppure di essere stati proposti per pazienti con prognosi già buona come le neoplasie allo stadio iniziale.

Negli ultimi anni si è osservato in altri studi un miglioramento della prognosi anche in pazienti operati correttamente e quindi la chemioterapia neoadiuvante ha permesso ,in questi casi ,un ulteriore miglioramneto della prognosi. Anche il GIRCG ha quindi presentato uno studio per valutare questo miglioramento nell'ambito di pazienti rigorosamente studiati e operati in maniera standardizzata.

La scelta della chemioterapia neoadiuvante non è quindi ancora trattamento standard, ma sembra offrire un miglioramento prognostico.

5. Il sondino naso gastrico quanti giorni lo devo tenere?

Non esiste attualmente una regola precisa su quanti giorni mantenere il sondino naso gastrico dopo gastrectomia totale e/o dopo gastroresezione, sebbene sia stato dimostrato recentemente che dopo resezione gastrica per tumore del terzo distale non vi siano vantaggi nel posizionare di routine il sondino naso gastrico. Tuttavia nella maggior parte dei casi, se presente al termine dell'intervento, viene mantenuto in sede per almeno 2-3 giorni.

6. La nausea che permane anche a notevole distanza dall'intervento in un paziente gastroresecato: quali sono le cause e quali i rimedi possibili?

Se si fa un pasto eccessivamente abbondante, il cibo può rimanere nel neo-stomaco troppo a lungo causando nausea e gonfiore ed in qualche caso questa sintomatologia si risolverà solo dopo avere vomitato il cibo ingerito. Non esistono farmaci che evitino questi episodi ed è quindi molto importante che abbiate l'accortezza di limitare la quantità di cibo ingerita per ogni pasto.

Inoltre, dopo una gastrectomia la digestione del latte può essere alterata ed i piatti che lo contengono possono provocare nausea o diarrea: Ricordate però che non tutti hanno questo problema: è consigliabile quindi fare dei tentativi ed in caso si presentassero disturbi sostituire il latte con altre bevande (thè al limone, caffè) e tenersi alla larga da creme e budini per almeno un paio di mesi. Trascorso tale periodo potete riprovare il tentativo magari con latte scremato o a basso contenuto di lattosio o ancora latte di soia.

7. Perché mi hanno asportato parte dello stomaco ma il mio istologico è “brutto”?

La scelta del tipo di resezione gastrica è strettamente legata alla sede del tumore allo stomaco, può essere che un tumore trattato con resezione gastrica parziale abbia un istologico “brutto” cioè sia un tumore localmente avanzato. La classificazione che viene usata per stadiare il tumore gastrico da un punto di vista istologico valuta diversi parametri come la profondità d’invasione nella parete gastrica, il coinvolgimento di linfonodi, le metastasi a distanza. Il tipo istologico del tumore dipende dal tipo di cellule di cui è costituito il tumore.

8. Dopo l’intervento devo portare una fascia elastica, per quanto?

Generalmente si consiglia di mantenere una fascia elastica addominale per almeno 30-40 giorni dopo l’intervento soprattutto quando si cammina o quando si incomincia gradualmente a praticare attività fisica.

9. Dopo quanto tempo dall’intervento posso guidare l’automobile e/o riprendere una vita normale?

Dopo circa 1 mese dall’intervento generalmente si può riprendere gradualmente l’attività fisica cominciando da qualche piccolo lavoro domestico, dopo circa 6 settimane si può provare a guidare l’automobile cominciando con piccoli spostamenti. I tempi di ritorno all’attività lavorativa dipendono dal tipo di lavoro e comunque non prima dei 2-3 mesi dall’intervento.

10. Quando fare chemioterapia? Perché a fronte di istologici simili un paziente la fa e un altro no?

Diversi sono i trattamenti oncologici che vengono proposti in base allo stadio della malattia e alle condizioni del paziente. La decisione deve essere condivisa con l’oncologo ed eventualmente modificata in base all’andamento della malattia e delle condizioni di salute del paziente.

11. Dopo quanto tempo dall’intervento potrò alimentarmi?

Entro la prima settimana dall’intervento chirurgico solitamente si incomincia l’alimentazione per bocca che inizialmente consiste in una dieta semiliquida per qualche giorno. Successivamente si inizierà una dieta solida (morbida per il primo periodo) evitando di assumere inizialmente cibi ricchi di fibre per limitare la diarrea.

12. Che tipo di alimentazione dopo la gastrectomia?

Trascorso il primo periodo di “rodaggio” in cui la dieta sarà preferibilmente morbida si potrà incominciare ad assumere qualsiasi tipo di alimento. La regola generale che viene data ai pazienti gastrectomizzati è quella di consumare piccoli pasti e frequenti. Progressivamente saranno tollerati dal paziente pasti più abbondanti. Può capitare che, se si esagera nella quantità, il pasto venga vomitato; è comunque raccomandabile prestare particolare attenzione alla masticazione, che dovrà essere prolungata, e ad assumere piccole quantità di cibo per volta.

13. C’è differenza tra l’alimentazione del gastrectomia totale e quello parziale?

Gli accorgimenti e i suggerimenti da seguire sono sostanzialmente gli stessi. Mediamente la ripresa di una alimentazione soddisfacente per il paziente avviene più rapidamente dopo gastrectomia parziale.

14. Si parla di malassorbimento, c’è modo di arginarla?

Dopo una gastrectomia si può assistere alla tendenza alla diarrea che in parte può essere associata ad un transito accelerato e ad un adeguamento del regime dietetico. Una iniziale intolleranza al latte può causare malassorbimento così come bevande gassate, troppo zuccherate o cibi dolci.

15. Quando è utile fare la pet? Prima dell’intervento, dopo e dopo la chemioterapia?

La PET non è un esame che viene eseguito in tutti i pazienti affetti da neoplasia gastrica. Quando farla (il cosiddetto “Timing”) viene stabilito da caso a caso dal gruppo di professionisti (chirurghi e oncologi, radiologi) che hanno in cura il singolo paziente.

16. Quali sono gli esami da fare come follow up?

I controlli proposti durante il follow up possono essere vari in base allo stadio della malattia, e alle linee guida seguite dai singoli centri. Il follow up proposta dal GIRCG è stato presentato nel libro [Surgery in the Multimodal Management of Gastric Cancer](#) 2012, pp 195-202 e prevede sostanzialmente controlli

clinici e strumentali in base al rischio di recidiva a 3-6 mesi più frequenti nei primi 2 aa e successivamente più dilazionati.

Quali “carenze” devono essere tenute sotto controllo dopo la gastrectomia?

Devono essere tenute sotto controllo le carenze di vitamina B12 e di ferro (Sideremia, Transferrina, Ferritina) ogni 6 mesi mediante prelievo venoso.

17. Per quanto tempo?

Se si è sottoposti a gastrectomia totale sarà necessaria una terapia sostitutiva di vit B12 (iniezione intramuscolare generalmente ogni 30-40 giorni e comunque a seconda del valore riscontrato all'ultimo controllo) e di ferro che può essere assunto per bocca; nel caso di una gastrectomia subtotale si osserva solitamente un recupero dei processi di assorbimento per cui la carenza di ferro risulta più rara. La vit B12 dovrà invece essere integrata anche nel caso di una gastrectomia subtotale per la mancanza di assorbimento del “pezzo” di stomaco asportato dove veniva prodotto il cosiddetto fattore intrinseco che, coniugato alla Vitamina B12, ne consente l'assorbimento.

18. Si rientra in una casistica di normalità, in quanto a incidenza di riammalarsi di tumore, dopo il cancro allo stomaco? Se sì, dopo quanto tempo?

A parte la necessità di eseguire i controlli endoscopici nei pazienti trattati con gastrectomia parziale, una volta “guariti” dalla neoplasia gastrica, il rischio di insorgenza di un secondo tumore in un altro organo è la stessa della popolazione normale. Le linee guida delle società oncologiche infatti, non prevedono di sorvegliare in modo specifico nessuno organo nei pazienti operati per tumore allo stomaco.

19. Il paziente gastroreseccato anziano è spesso affetto da una serie di patologie che lo costringono ad assumere diversi farmaci. Qual è l'approccio corretto in questo caso? Ci sono delle indicazioni in proposito da seguire?

La terapia cronica del paziente operato allo stomaco non viene modificata. Ovviamente in caso di terapia salva-vita o nel caso di utilizzo di farmaci come gli anticoagulanti orali, sarà compito dello specialista o del medico curante valutare se le alterazioni nei meccanismi di assorbimento che si verificano nei primi mesi richiedono modificazione nel dosaggio o nella molecola da assumere

20. Fatico a mangiare e mi hanno proposto una dilatazione meccanica. Serve? Quanto tempo dopo l'intervento va fatta? Quante volte?

Una stenosi (restringimento) dell'anastomosi esofago-digiunale dopo gastrectomia totale può comparire a distanza di diversi mesi dall'intervento chirurgico e prima di procedere ad una eventuale dilatazione meccanica deve essere documentata da un'accurata indagine endoscopica e/o da un Rx tubo digerente con mezzo di contrasto. Può essere eventualmente anche ripetuta nel tempo a discrezione dell'endoscopista gastroenterologo curante.

21. Diarrea frequente, cosa fare?

Sicuramente importante soprattutto nel primo periodo è l'adeguamento ad un preciso regime dietetico. In particolare evitare di assumere le scorie (alimenti ricchi in fibre), limitare i latticini e cibi particolarmente dolci. Preferire dunque una dieta ricca di proteine (carne, pesce, uova) può aiutare fino alla regolarizzazione della funzione alvina.

Se il problema dovesse persistere sarà utile sottoporre il problema ai curanti per intraprendere ev terapia farmacologica per ridurre il malassorbimento.

22. Il medico mi ha parlato di contaminazione batterica? E la cistite ricorrente?

Soprattutto nei primi mesi dopo l'intervento vi può essere una tendenza ad avere la diarrea. Spesso essa si presenta senza un motivo apparente e non ha alcun legame con ciò che avete mangiato. Questa può causare alterazione della flora batterica intestinale ed essere responsabile di una maggiore incidenza di cistiti, soprattutto nelle donne.

Utilizzare fermenti lattici o yogurt, se tollerato, può aiutare. Può essere saggio in tale evenienza ridurre i cibi ricchi di fibre (insalata, frutta, pane e pasta integrali, fagioli e piselli, eco...) e sarà utile attenersi ad una dieta ricca di carne, pesce, uova, patate fino a quando questi sintomi non si siano risolti. E' senza dubbio una seccatura, ma non dovete preoccuparvi e piuttosto, imparate a controllare questa diarrea con i cibi. La diarrea può avere naturalmente anche altre cause e consultate quindi il medico se dovesse persistere

23. Terminato di mangiare, quale posizione è opportuno assumere? Coricata... ?

Dopo il pasto la posizione coricata è da evitare. E' consigliabile rimanere seduti o fare due passi. Anche la notte, quando è più frequente il reflusso biliare, è consigliabile dormire con 2-3 cuscini sotto le spalle in modo da evitare la posizione orizzontale ed inoltre potrebbe essere utile l'assunzione di un piccolo spuntino prima di coricarsi.

24. Senza stomaco, l'assunzione di farmaci avviene come prima?

Non ci sono studi specifici per rispondere a questa domanda; è possibile che per alcuni farmaci l'assunzione possa essere alterata e la posologia possa venire minimamente modificata nel tempo.

25. Il medico prescrive un gastroprotettore, nel gastrectomizzato totale, serve?

I gastroprotettori inibitori di pompa (es. Omeprazolo) di norma non servono nel paziente gastrectomizzato totale, in caso di particolare reflusso esofageo possono comunque essere impiegati insieme a farmaci antiacidi (Maalox, Gastrogel, Riopan gel...) ed antisecretivi.

26. Le crisi glicemiche, rientrano nella sindrome dumping? Come compensarle? Avere frequentemente sbalzi da 45 a 200 può creare danni agli organi?

Subito dopo il pasto può capitare di sentirsi male con vertigini, senso di calore, sudorazione abbondante, aumento della frequenza cardiaca (tachicardia) e quasi sempre forti dolori addominali accompagnati da episodi di diarrea. Questo corteo di sintomi viene definito "Dumping Syndrome". La Sindrome Dumping è dovuta al fatto che il cibo a causa dell'operazione subita può passare troppo rapidamente attraverso il tubo digerente richiamando liquidi dal circolo e provocando un'ipoglicemia. Questa sintomatologia può essere di solito aggravata dall'assunzione di cibi dolci o bevande zuccherate. Questi episodi non devono comunque crearvi eccessivo allarme ed i dolori addominali non indicano nessun danno e normalmente scompaiono in % -1 ora circa. Per fare in modo che questi episodi non si ripetano mangiate lentamente e, soprattutto all'inizio, solo piccole quantità di cibo finché non conoscete le vostre capacità; ulteriore accorgimento sarà quello di evitare l'assunzione contemporanea di cibi liquidi e solidi: bevete dopo circa 15-20 minuti dal pasto! Ricordate infine che le bevande gassate (dall'acqua minerale alla Coca Cola) sono da evitare.

27. La stanchezza, atipica rispetto al passato, che spesso si sente e impedisce la normale vita di lavoro e di relazione, è normale?

Una minor resistenza allo sforzo e, di conseguenza, una frequente sensazione di stanchezza, sono sensazioni assolutamente normali dopo un grosso intervento come la gastrectomia parziale e soprattutto totale. Non bisogna aspettarsi di tornare alle normali attività prima di 6-8 mesi, a volte anche di più. Ricordatevi che sarebbe meglio non tornare al lavoro prima di 3/4 mesi e ricordatevi di pianificare la possibilità di nutrirvi ogni volta ne abbiate bisogno: cioè poco e spesso.

28. Come possiamo contrastare il malassorbimento di tanti alimenti importanti tenendo conto delle differenze fra gastroresecati totali e parziali?

In linea di massima l'incidenza di malassorbimento non varia tra i pazienti sottoposti a gastrectomia totale piuttosto che parziale. E' piuttosto frequente continuare a dimagrire anche dopo avere lasciato l'ospedale, spesso per 1 mese, fino a quando il nostro organismo non comincia a normalizzarsi ed un po' alla volta il peso aumenta. Generalmente non si guadagna mai il peso precedente, ma si arriva comunque ad un "nuovo peso forma". E' possibile che impieghiate anche un anno o più e l'abitudine a mangiare poco e spesso può essere di aiuto per raggiungere questo scopo. Quindi partendo dal presupposto che il paziente operato segua le indicazioni per una corretta alimentazione, l'insorgenza di malassorbimento può essere ricondotta a due problematiche. L'insorgenza di sovra-infezioni intestinali, in questo caso sarà opportuna una terapia antibiotica. L'insorgenza di una insufficienza pancreatica, legata al bypass dei succhi pancreatici rispetto al flusso del cibo. L'insufficienza pancreatica è caratterizzata da dolori addominali, dimagrimento in presenza di feci giallastre, "rancide" color oro e schiumose. In questo caso è indicata una integrazione con enzimi pancreatici per bocca (CREON) il cui dosaggio e le modalità di assunzione sono facilmente comprensibili dal foglietto illustrativo.

Il malassorbimento causa il ridotto assorbimento di vitamine liposolubili. La vit D ed il calcio devono essere assunte in eccesso. Per quel che riguarda il Ferro è consigliabile un controllo semestrale dei valori di Sideremia, Tranferrina e soprattutto di Ferritina per poter valutare l'eventuale necessità di una terapia sostitutiva. Se siete stati sottoposti a gastrectomia subtotale si ha un recupero dei processi di assorbimento, per cui la carenza di Ferro diviene più rara. Diverso è il discorso per quanto riguarda la Vitamina B12 che non sarete più in grado di assorbire per tutta la vita in quanto è stato asportato il pezzo di stomaco dove viene prodotto il cosiddetto fattore intrinseco che, coniugato alla Vitamina B12, ne consente l'assorbimento. Per questo motivo ricordatevi che è necessario eseguire una volta all'anno un ciclo di 12 iniezioni di Vitamina B12 per via intramuscolare.

29. Quali controlli post-intervento vanno effettuati nei 5 anni successivi al primo istologico e con quali tempistiche?

I controlli dopo l'intervento per neoplasia allo stomaco (follow-up) è gestita spesso dai colleghi oncologi. Si basa sulla valutazione clinica integrata con l'esecuzione di esami ematici (markers tumorali come il CEA, Ca 19-9, CA 72-4), ecografia addome, RX torace, TC total body ed endoscopia. La frequenza dei controlli non è standardizzata e viene decisa dal chirurgo o dall'oncologo di riferimento, in base al rischio di ripresa di malattia.

Nel libro pubblicato dal GIRCG "Surgery in the Multimodal management of gastric cancer" edito da Springer, al capitolo 25 " follow up and treatment of recurrence," viene proposto un diverso follow up in base al rischio che può essere definito basso come spesso avviene negli EGC, medio o alto come nei T4N2 e in base alla stadiazione ottenuta dal referto istologico (vedi tabella)

MILD

Months	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
Tumor markers*		X		X		X		X		X		X
Abdominal Ultrasound		X		X		X		X		X		X
Chest X-ray				X				X				X
Thoraco-abdominal CT scan								X				
Endoscopy				X				X				X

* CEA, CA 19-9, CA 72-4

CT scan: increase of tumor marker levels, clinical or radiological suspicion of recurrence

MODERATE

Months	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
Tumor markers*	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X
Abdominal Ultrasound		X				X				X		
Chest X-ray												
Thoraco-abdominal CT scan				X				X				X
Endoscopy				X				X				X

* CEA, CA 19-9, CA 72-4

INTENSIVE

Months	3	6	9	12	15	18	21	24	27	30	33	36
Tumor markers*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Abdominal Ultrasound												
Chest X-ray												
Thoraco-abdominal CT scan		X		X		X		X		X		X
Endoscopy				X				X				X

* CEA, CA 19-9, CA 72-4

Fig. 25.3 Follow-up protocols proposed by the GIRCG, on the basis of recurrence risk and patient performance. The model to calculate the GIRCG prognostic score can be downloaded from the website: www.girccg.org

30. Come ci dobbiamo comportare in caso di dumping ?

La Sindrome Dumping è dovuta al fatto che il cibo a causa dell'operazione subita può passare troppo rapidamente attraverso il tubo digerente richiamando liquidi dal circolo e provocando un'ipoglicemia. Può essere precoce entro 30 minuti dal pasto (più frequente) o tardiva. Nella insorgenza precoce la sintomatologia insorge a breve distanza dai pasti e comprende dolore colico, distensione addominale, nausea, vomito, diarrea, flatulenza, borborigmi, debolezza, vertigini, sudorazioni, vampate di calore, palpitazioni e occasionalmente episodi sincopali. Nelle forme tardive, più rare, i sintomi sono legati all'insorgenza di una ipoglicemia tardiva, secondaria alla risposta adrenalinica e includono sudorazione, palpitazioni, tremori e debolezza che compaiono 2-4 ore dopo i pasti. In generale i sintomi della dumping syndrome possono essere aggravati dall'assunzione di cibi dolci o bevande zuccherate. Questi episodi non devono comunque crearvi eccessivo allarme ed i dolori addominali non indicano nessun danno e normalmente scompaiono in 1 ora circa. Per fare in modo che questi episodi non si ripetano mangiate lentamente e, soprattutto all'inizio, solo piccole quantità di cibo finché non conoscete le vostre capacità; ulteriore accorgimento sarà quello di evitare l'assunzione contemporanea di cibi liquidi e solidi: bevete prima o dopo circa 15-20 minuti dal pasto per evitare una ulteriore distensione del moncone gastrico! Ricordate infine che le bevande gassate (dall'acqua minerale alla Coca Cola) possono essere mal tollerate. Importante sottolineare come la dumping syndrome insorge in meno del 30% dei pazienti e, solitamente, il paziente impara a gestire sia i sintomi che i comportamenti alimentari che possono scatenarla. Spesso quindi vengono confuse con questa specifica entità clinica altre situazioni come l'astenia, che può essere legata all'anemia, al calo ponderale, a uno stato depressivo post chirurgico ma, soprattutto, possono svilupparsi delle ipoglicemie secondarie ad alterazioni ormonali (es. incretine, grelina) per la cui gestione è importante il supporto di un centro antidiabetico.

31. Nei gastrectomizzati totali a cena per evitare reflusso biliare cosa conviene mangiare?

La gastrectomia totale difficilmente consente un reflusso biliare data la ricostruzione a y sec Roux che determina una distanza tra esofago e l'ansa con la bile di circa 60 cm. Nel caso in cui l'ansa sia più corta è possibile un reflusso biliare ma è raro.

In questi casi è necessario anticipare il pasto serale mantenendo alcuni spuntini serali e l'uso di riopan 1 bustina 3 volte al giorno con l'ultima assunzione verso le 22, dormire con un cuscino sotto il materasso che determini una lieve sopraelevazione del busto può essere utile.

32. Quando dopo l'intervento si fa la chemioterapia cambiano ulteriormente le esigenze nutrizionali?

La chemioterapia richiede sicuramente maggiori apporti nutrizionali anche perchè spesso si associa a vomito o diarrea che contribuiscono a perdere sostanze nutritive cui si associano difficoltà all'apporto di alimenti per bocca.

In questi casi, se si osserva un progressivo calo ponderale, bisogna rivolgersi al proprio oncologo o ad un centro nutrizionale per un supporto adeguato anche endovenoso

33. Uno dei nostri problemi è il dimagrimento che può diventare eccessivo! come possiamo contrastarlo?

Il peso corporeo tende a stabilizzarsi a 1 mese dall'intervento ed è importante evitare una continua successiva perdita del peso corporeo e della massa muscolare.

E' difficile dare consigli generali, si può invece affermare che variare la dieta può aiutare ed aumentare l'appetito sapendo che non ci sono cibi assolutamente da evitare, ma alimenti che personalmente possono dispiacere o non essere tollerati. L'unica accortezza da tenere presente è l'assunzione di pasti frazionati per evitare senso di distensione e dolore epigastrico.

Nei casi di progressivo dimagrimento è necessario rivolgersi ad un centro nutrizionale

34. Le nostre ossa subiscono la decalcificazione come conseguenza del mancato assorbimento della vitamina D e quindi oltre a perdere peso per la diminuzione della massa grassa e di quella magra anche le nostre ossa diventano debolissime! Come possiamo contrastare questo problema?

Vedi la risposta n 1