

MALATTIE DELLO STOMACO

www.fisiokinesiterapia.biz

Le malattie dello stomaco

CENNI DI ANATOMIA CHIRURGICA

- **3 segmenti:** fondo
corpo
antro-piloro
- **4 tonache:** mucosa
sottomucosa
muscolare
sierosa
- **Vascolarizzazione:**
 - a. gastrica sn → tripode celiaco
 - a. gastrica dx → a. epatica comune
 - a. gastro-duodenale → a. epatica comune
 - a. gastro-epiploica sn → a. splenica
 - vasi gastrici brevi → a. splenica
- **Drenaggio venoso:**
 - v. gastrica sn → v. porta
 - v. gastrica dx → v. porta
 - v. gastroepiploica dx → v. porta
 - v. gastroepiploica sn → v. splenica
 - v. gastriche brevi → v. splenica
- **4 stazioni linfatiche:**
 - In perigastrici (piccola e grande curva)
 - extragastrici (origine dei rami arteriosi)
 - regionali (tripode celiaco e mesenterica superiore)
 - centrali (periaortici)
- **Innervazione:**
 - simpatica → plesso celiaco
 - parasimpatica → n. vago

PATOLOGIE NON NEOPLASTICHE

GASTRITI ACUTE

Erosiva emorragica
Da disordini alimentari e/o da allergia
Corrosiva
Da ustione
Flemmonosa

GASTRITI CRONICHE

Da corpi estranei
Tubercolare
Luetica
Actinomicotica o fungina
Eosinofila
Sarcoidosica
Da morbo di Crohn
Linite plastica
Gastrite cronica aspecifica
Gastrite alcalina
Gastriti iperplastiche

PATOLOGIE NEOPLASTICHE

TUMORI BENIGNI

- Polipi adenomatosi
- Leiomiomi
- Leiomioblastoma gastrico
- Angiodisplasia gastrica

TUMORI MALIGNI

- Carcinomi
- Carcinoidi
- Linfomi
- Sarcomi



Trattamento:

- Enucleazione
- Resezione limitata

CANCRO GASTRICO

- Epidemiologia: 6000 nuovi casi ogni anno
18-20/ 100000 nell'uomo ogni anno
6-8/100000 nella donna ogni anno
M / F = 3 / 1
40 - 60 anni
- Negli ultimi 20 anni si è registrata una notevole diminuzione dell'incidenza.

CANCRO GASTRICO

- Incidenza e mortalità variano a seconda dell'area geografica:
 - 1° Giappone
 - 2° America del Sud
 - 3° Europa settentrionale
 - 4° America centrale
- L'Italia si colloca al 16° posto nel mondo e al 2° posto in Europa, dopo il Portogallo.
- Toscana ed Emilia-Romagna presentano l'incidenza più alta.

CANCRO GASTRICO

FATTORI DI RISCHIO

Dietetici

- Eccesso di grassi
- Eccesso di sale
- Cibi affumicati
- Nitrati per la conservazione
- Scarso introito di vegetali freschi
- Alcool

Costituzionali

- Gruppo sanguigno A
- Produzione di transmetilasi

Ambientali

- Fumo
- Inquinamento atmosferico
- Nitrati nelle acque potabili
- Esposizione a Ferro, Silicio, Asbesto, Carbone, erbicidi, idrocarburi aromatici policiclici

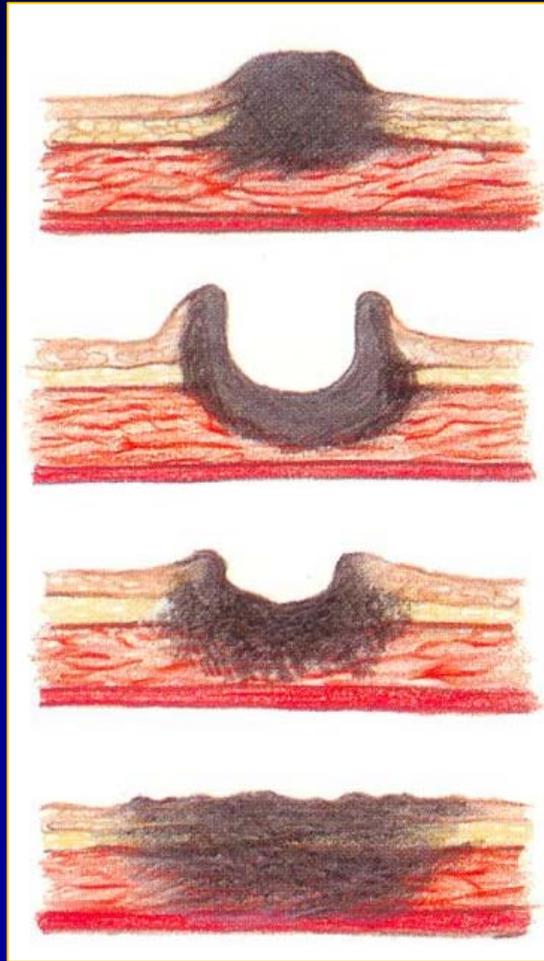
CANCRO GASTRICO

Condizioni predisponenti o precancerose

- Polipi gastrici
- Malattia di Ménétrier
(ispessimento mucosa gastrica)
- Gastrectomia parziale per patologia benigna
- Gastrite cronica atrofica:
 - Tipo A – autoimmune
 - Tipo B – da Helicobacter Pylori
- Metaplasia intestinale
(frequente nell'ulcera duodenale, ulcera gastrica, gastrite cronica presente nel 90% degli Early Gastric Carcer e nel 70% dei cancri gastrici avanzati)
- Ulcera gastrica cronica

CANCRO GASTRICO

Classificazione macroscopica di BORMANN



Tipo I – polipoide

Tipo II – ulcerato

Tipo III – escavato

Tipo IV – diffuso
(linite plastica)

CANCRO GASTRICO

Classificazione microscopica dell' OMS

Adecarcinoma	Papillare Tubulare Mucinoso	Ben differenziato Mediamente differenziato Scarsamente differenziato
Forme rare	Ca adenosquamoso Ca epidermoide Ca a piccole cellule Ca indifferenziato	

CANCRO GASTRICO

Classificazione di LAUREN

Intestinale

Adenocarcinoma tubulare o
papillare differenziato
Architettura conservata
Ben delimitato

Diffuso

Cellule isolate
Mal delimitato

Classificazione di MING

Espansivo

Architettura solida
Comprimente i tessuti circostanti

Infiltrante

Infiltrazione diffusa
Mal delimitato

CANCRO GASTRICO

Classificazione anatomo-patologica in base alla
profondità della lesione

EARLY GASTRIC CANCER (EGC):

Confinato a mucosa e sottomucosa,
indipendentemente dalla presenza di
metastasi ai linfonodi perigastrici.

ADVANCED GASTRIC CANCER (AGC):

Neoplasia che si estende oltre la
tonaca muscolare.

CANCRO GASTRICO

Vie di diffusione

- Contiguità
- Linfatica
- Ematica portale
- Peritoneale → Tumore di Kruckenberg

CANCRO GASTRICO

Clinica

- A lungo **asintomatico**
- Sintomi tardivi, variabili, comuni alla maggioranza delle patologie gastriche organiche e funzionali:
 - Dolore
 - Vomito
 - Ematemesi
 - Melena
 - Anemia
 - Dimagrimento
 - Astenia
 - Sarcofobia
 - Dispepsia

Tumori dello stomaco

CANCRO GASTRICO

Diagnosi

- **Endoscopia:** sensibilità 93%

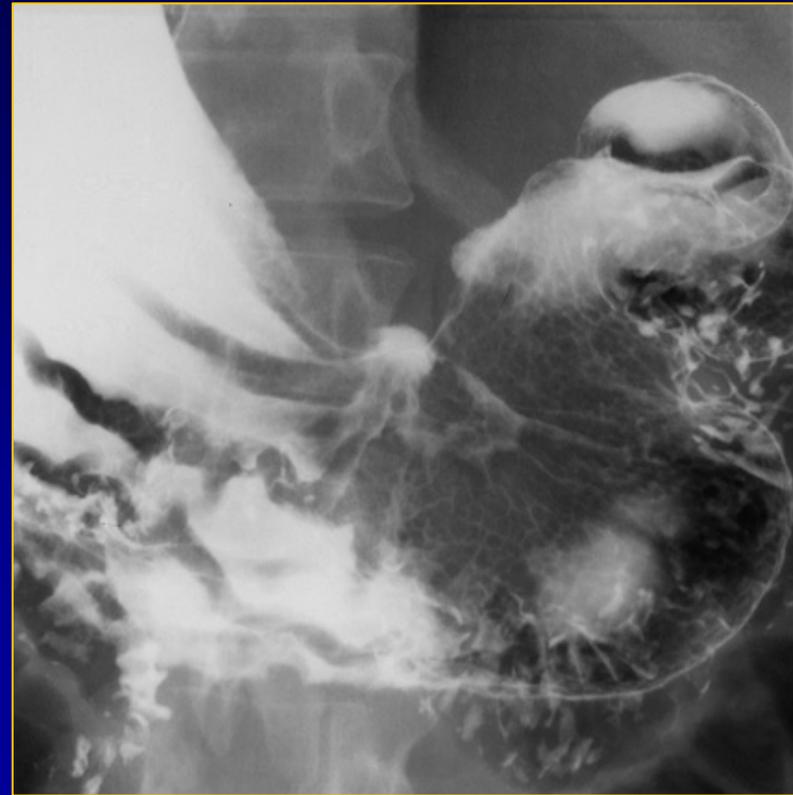
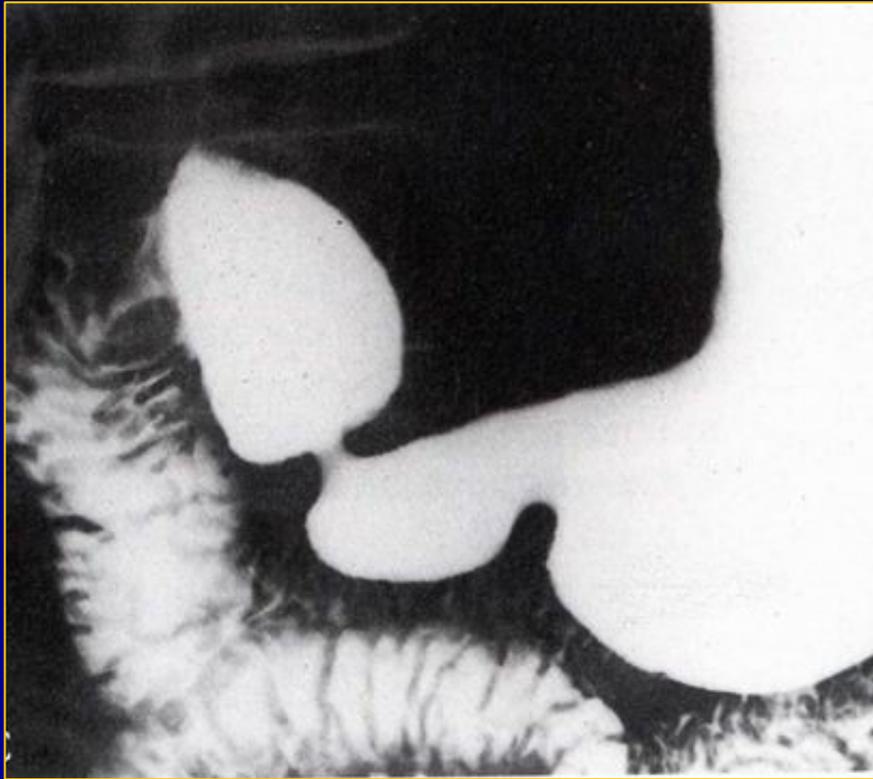


Tumori dello stomaco

CANCRO GASTRICO

Diagnosi

- Rx tubo digerente con mdc: sensibilità 70-75%



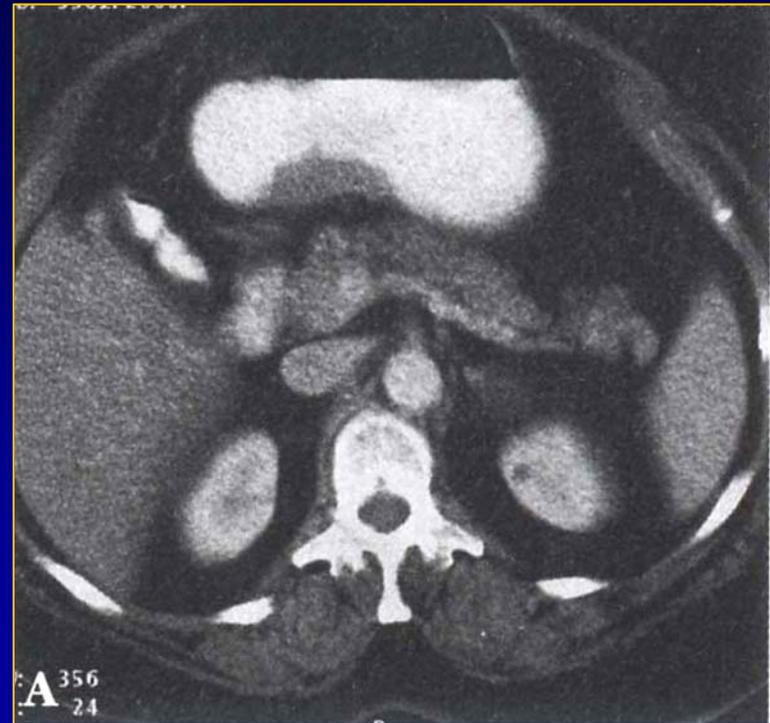
CANCRO GASTRICO

Diagnosi

- Ecoendoscopia



- TC



- Angiografia

CANCRO GASTRICO

CLASSIFICAZIONE TNM

Tx	Tumore primitivo non definibile
T0	Tumore primitivo non evidenziabile
Tis	Carcinoma in situ senza invasione della lamina propria
T1	Tumore che invade la sottomucosa
T2	Tumore che invade la muscolare propria
T3	Tumore che invade la sierosa senza invasione delle strutture adiacenti
T4	Tumore che invade le strutture adiacenti
Nx	La presenza di linfonodi metastatici non può essere valutata
N0	Linfonodi regionali liberi da metastasi
N1	Da 1 a 6 linfonodi regionali con metastasi
N2	Da 7 a 15 linfonodi regionali con metastasi
N3	Oltre 15 linfonodi regionali con metastasi
Mx	Metastasi a distanza non accertabili
M0	Metastasi a distanza assenti
M1	Metastasi a distanza presenti

CANCRO GASTRICO

STADIAZIONE TNM

Stadio 0	Tis	N0	M0
Stadio IA	T1	N0	M0
Stadio IB	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
Stadio II	T1	N2	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Stadio IIIA	T2	N1	M0
	T3	N1	M0
	T4	N0	M0
Stadio IIIB	T3	N2	M0
Stadio IV	T4	N1, N2, N3	M0
	T1, T2, T3	N3	M0
	ogni T	ogni N	M1

CANCRO GASTRICO

Terapia

Il trattamento del carcinoma gastrico è principalmente chirurgico, ma in casi selezionati trovano indicazione anche la chemioradioterapia adiuvante e/o neoadiuvante

La scelta della tecnica chirurgica appropriata è strettamente legata allo stadio della neoplasia al momento della diagnosi

I principi di radicalità del trattamento chirurgico sono:

- Resezione gastrica o gastrectomia
- Linfadenectomia
- Omentectomia

CANCRO GASTRICO

Indicazioni chirurgiche in relazione allo stadio della neoplasia

Stadio	Intervento indicato	Sopravvivenza a 5 aa (%)
0	Gastrectomia con linfadenectomia	90
1-2	Gastrectomia subtotale distale (lesioni non localizzate al fondo o alla giunzione esofagogastrica) Gastrectomia totale o subtotale prossimale + esofagectomia (lesioni coinvolgenti il cardias) Gastrectomia totale (lesioni che coinvolgono diffusamente lo stomaco con estensione entro 6 cm dal cardias o dall'antro)	58-78 (stadio 1) 34 (stadio 2)

CANCRO GASTRICO

Indicazioni chirurgiche in relazione allo stadio della neoplasia

Stadio	Intervento indicato	Sopravvivenza a 5 aa (%)
3	Chirurgia radicale	8-20
4	Chirurgia radicale (M0) Chirurgia palliativa (M1 con emorragia o ostruzione)	7

CANCRO GASTRICO

Indicazioni al trattamento con chemioradioterapia

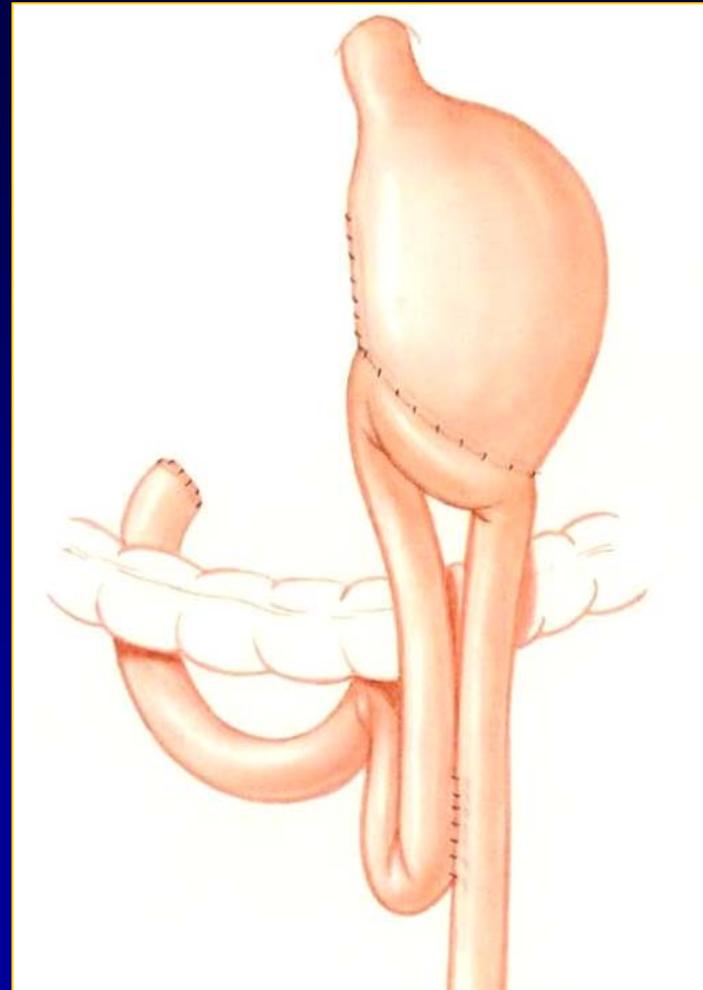
Stadio	Intervento indicato	Sopravvivenza a 5 aa (%)
1	Chemioradioterapia neoadiuvante Chemioradioterapia adiuvante (T1N1; T2N0)	58-78
2-3	Chemioradioterapia neoadiuvante + adiuvante	34 (stadio 2) 8-20 (stadio 3)
4	Chemioradioterapia neoadiuvante + adiuvante (M0) Chemioterapia e/o radioterapia palliativa (M1)	7

CANCRO GASTRICO

Terapia

Gastroresezione sec. Billroth II:

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

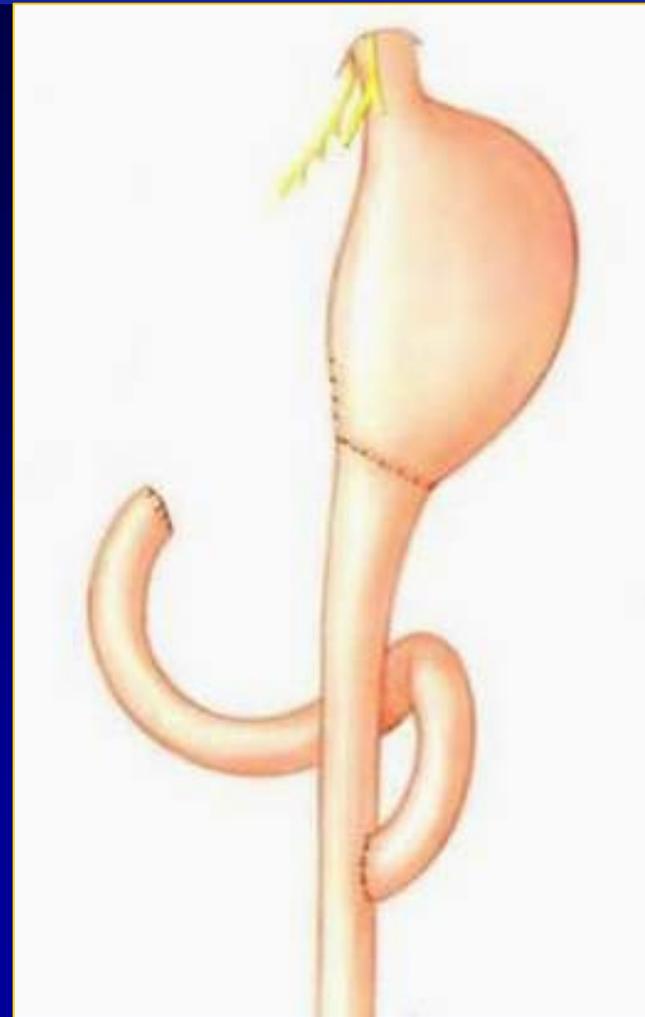


CANCRO GASTRICO

Terapia

Gastroresezione alla Roux:

Gastroresezione e anastomosi
gastrodigiunale su ansa ad Y
alla Roux



CANCRO GASTRICO

Chirurgia ad intento curativo

Gastrectomia totale:

Exeresi di tutto lo stomaco, di una parte di duodeno, dell'esofago addominale, di piccolo e grande epiploon con linfadenectomia associata.

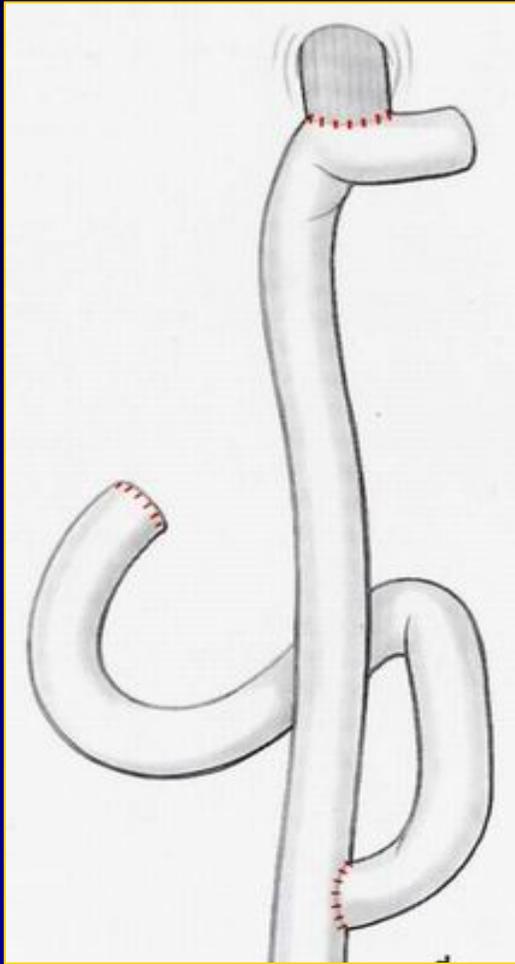
La continuità intestinale è ripristinata con tre possibili metodiche:

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

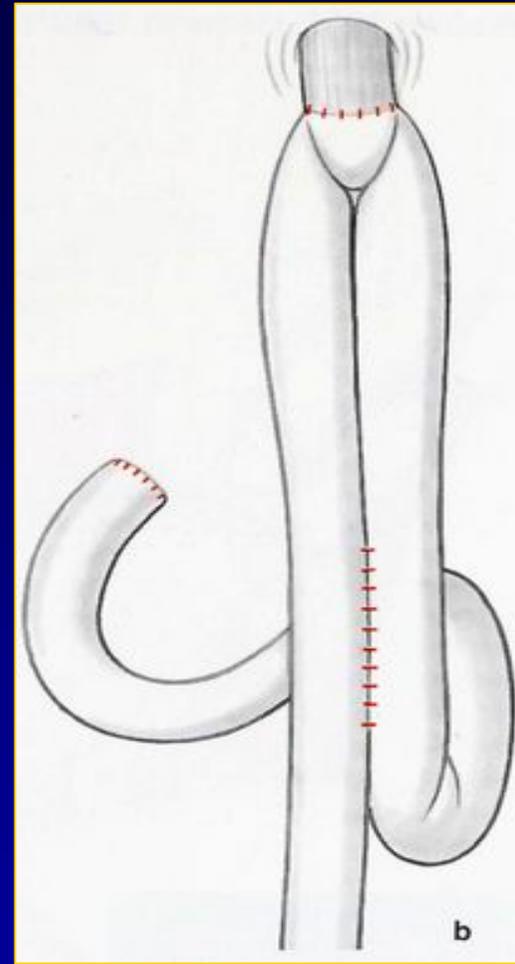
Tumori dello stomaco

CANCRO GASTRICO

Terapia



Esofago-digiuno-stomia su
ansa ad Y

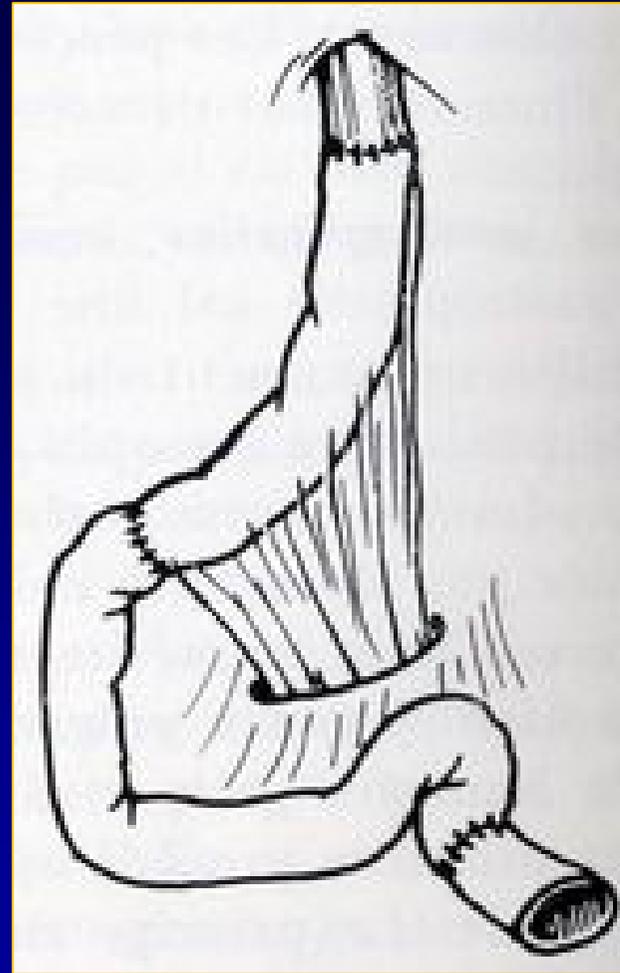
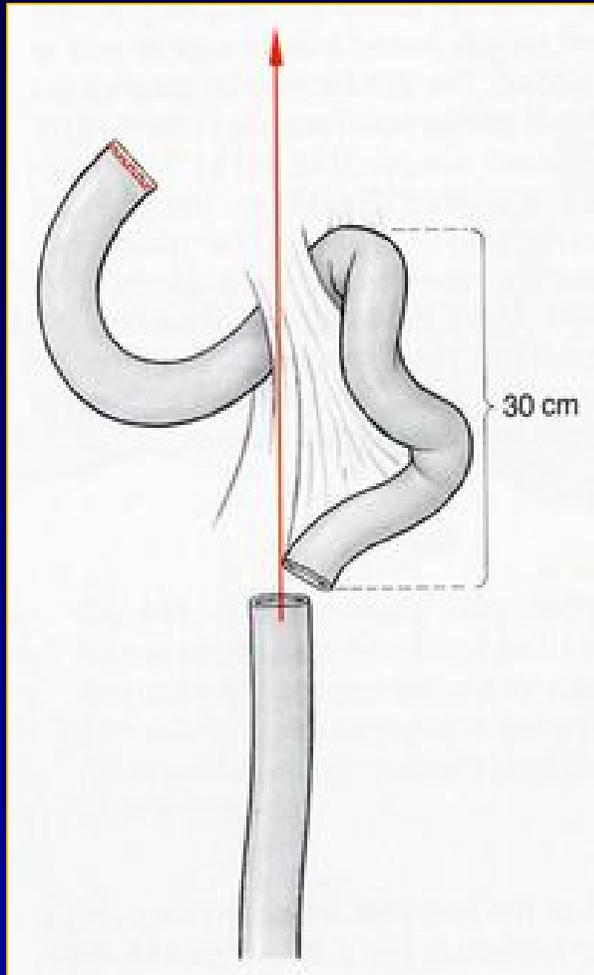


Esofago-digiuno-stomia su ansa
ad omega + Brown a piè d'ansa

Tumori dello stomaco

CANCRO GASTRICO

Terapia



Esofago-digiuno-duodenostomia (ansa interposta)

CANCRO GASTRICO

Chirurgia palliativa

- By-pass gastro-digiunale
- Exeresi oncologicamente incompleta: non comprende omentectomia o linfadenectomia.

Indicazioni:

- Tumori avanzati ma mobili
- Tumori stenosanti o sanguinanti

Obiettivo: migliorare la qualità della vita

Controindicazioni: carcinosi peritoneale diffusa

CANCRO GASTRICO

Complicanze chirurgia gastrica



PRECOCI:

- Lacerazione organi vicini
- Emorragia postoperatoria
- Pancreatite acuta postoperatoria
- Lesione vie biliari
- Legatura del coledoco e ittero
- Dilatazione gastrica acuta

TARDIVE:

- Sindrome del piccolo stomaco
- Gastrite biliare
- Dumping sindrome
- Sindrome dell'ansa efferente
- Deficit nutrizionali
- Ulcere recidive

LINFOMA GASTRICO

Frequente **localizzazione secondaria** di Linfomi Non Hodgkin linfonodali

Più raramente **Linfomi Primitivi** Non Hodgkin di tipo B

Patogenesi: sempre associato ad **infezioni HP**

Classificazione: Basso grado di malignità
Alto grado di malignità

Trattamento: **Eradicazione dell'HP** (sufficiente forme a basso grado)

Chirurgia oncologica radicale

Radioterapia come complemento o alternativa alla chirurgia

Chemioterapia singola o adiuvante per le forme ad alto grado chemiosensibili

Tumori dello stomaco

CANCRO GASTRICO

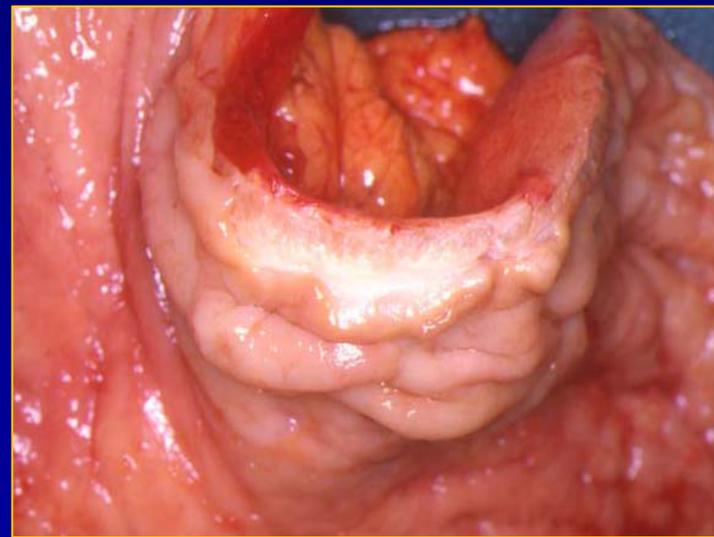
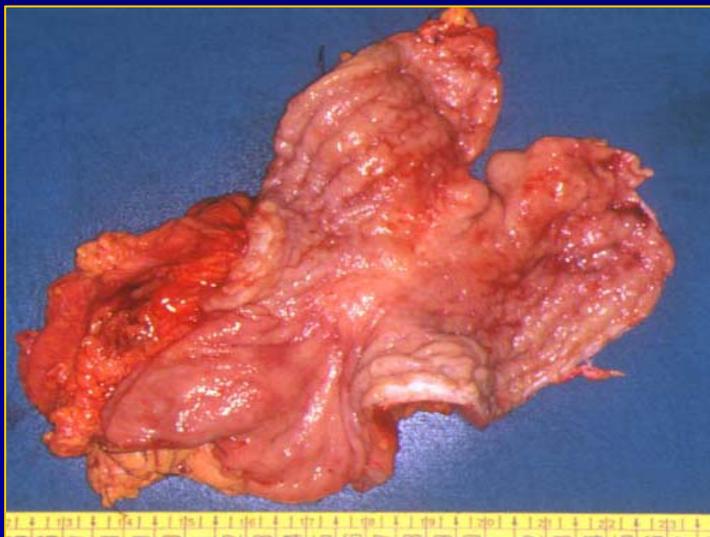
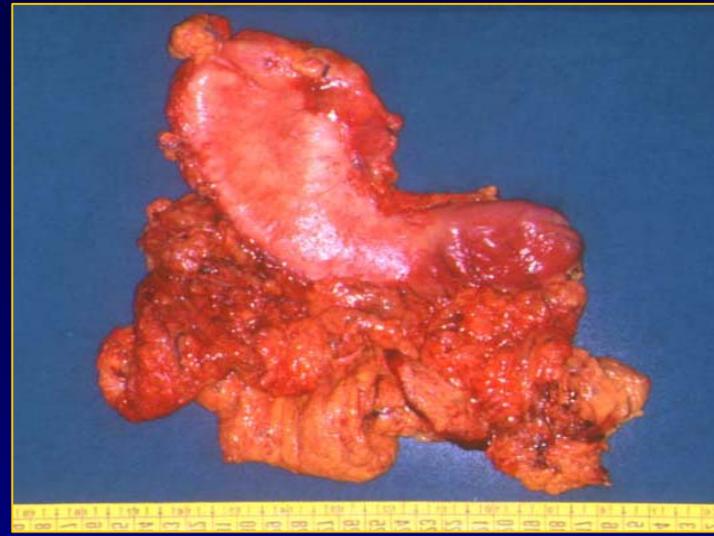
Regione cardiaca



Tumori dello stomaco

CANCRO GASTRICO

Linite plastica



Tumori dello stomaco

CANCRO GASTRICO

**Tumore in stadio avanzato
infiltrante le strutture adiacenti**

