

Carcinoma gastrico

Le condizioni precancerose sono la gastrite cronica atrofica, la metaplasia intestinale, l'ulcera peptica, il moncone gastrico, i polipi e la malattia di Menetriere (gigantismo plicale ed iperplasia delle cellule ghiandolari muco-secerenti).

Epidemiologia

Elevata incidenza in Giappone e Perù. M>F. L'età più colpita è la IV-VII decade di vita.

Eziopatogenesi

Sconosciuta. Fattori di rischio associati sono:

- fattori genetici (appartenenza al gruppo sanguigno A e razza);
- fattori esogeni: ambientali, ingestione cibi affumicati e salati addizionati a nitriti, alcool, tabagismo
- fattori endogeni: polipi adenomatosi, pregressi interventi chirurgici sullo stomaco (rischio di cancro che aumenta da 2 volte a 6), Malattia di Menetriere perché l'ipocloridria favorisce la degenerazione neoplastica (sostituzione delle cellule parietali con cellule mucose e causa di ipocloridria che si osserva in questa malattia).

Anatomia patologica

Macroscopicamente Borrmann distingue quattro tipi di ca. gastrico:

1. polipoide
2. ulcerato
3. ulcerato ed infiltrante
4. diffusamente infiltrante (fino al quadro di linite plastica se esteso al viscere in toto)

Microscopicamente Lauren distingue una forma *intestinale*, *diffusa* e *mista*. Ming distingue una forma *espansiva* ed una forma *infiltrativa*.

Di grande importanza è l'*early gastric cancer (EGC)* che non supera la membrana basale e l'interesse per questo tipo di neoplasia sta nella sua prognosi naturalmente migliore rispetto a quella del cancro avanzato. Gli autori giapponesi suddividono l'EGC macroscopicamente in tre tipi:

- Stadio I: forma sporgente
- Stadio IIa: forma rilevata
- Stadio IIb: forma piana
- Stadio IIc: forma erosa
- Stadio III: incavato

Quadro clinico

A lungo asintomatico, i sintomi sono tardivi, variabili, ma quelli che indirizzano alla noxa neoplastica sono: dolore epigastrico, dispepsia, anemizzazione, sarcofobia (intolleranza per i cibi carnei), disfagia, ripienezza e vomito postprandiale, melena, ematemesi, epatomegalia-ittero, ascite, segno di Troiser (linfadenopatia metastatica sovraclavare sinistra).

Diagnosi

Endoscopia con prelievi biotipici, rx a doppio contrasto, e TC per la stadiazione.

In presenza di ulcera gastrica è d'obbligo l'esame endobiotipico con prelievi multipli sui bordi dell'ulcera. Il solo criterio della constatazione dell'avvenuta cicatrizzazione non è infatti sufficiente per una diagnosi di benignità della lesione in quanto anche neoplasie ulcerate superficiali possono andare incontro a riparazione dopo la terapia medica.

Terapia

Essenzialmente chirurgica. L'obiettivo è quello di un intervento radicale. Nelle forme più avanzate invece la chirurgia a scopo palliativo. In casi selezionati trova indicazione la terapia adiuvante neoadiuvante.

La resezione endoscopica è effettuata per l'EGC, come proposto dai Giapponesi.

Per quanto riguarda l'entità della demolizione gastrica o si effettua una semplice resezione (distale o prossimale con margine compreso tra 4 e 6 cm dal bordo) o la gastrectomia totale (nel caso di tumore localizzato nel corpo gastrico).

Chirurgia palliativa: bypass gastro-duodenale.

Complicanze precoci della chirurgia: lacerazione organi vicini, emorragia post-operatoria, pancreatite acuta post-operatoria, lesioni vie biliari, legatura coledoco ed ittero, dilatazione gastrica acuta.

Complicanze tardive: sindrome del piccolo stomaco, gastrite biliare, dumping syndrome (comparsa a breve distanza dai pasti di sintomi intestinali e vasomotori sistemici), sindrome dell'ansa afferente, deficit nutrizionali, ulcere tardive.