



Il tumore dello stomaco

La vita dopo
la gastrectomia



F.A.V.O.

Federazione Italiana delle
Associazioni di Volontariato
in Oncologia



Che cos'è lo stomaco?

Lo stomaco fa parte dell'apparato digerente. È costituito da una sacca del canale alimentare localizzata tra la parte terminale dell'esofago e l'intestino tenue. Il cibo che mangiamo scende lungo l'esofago, si ferma nello stomaco e poi poco alla volta passa nell'intestino. Lo stomaco svolge così la funzione di 'serbatoio', poiché in esso si accumulano i cibi nell'attesa del processo di digestione, grazie al quale l'organismo assorbe le sostanze nutritive ed elimina i 'residui' attraverso l'intestino.

Dall'alto verso il basso, lo stomaco si compone di tre sezioni: il fondo, il corpo e l'antro pilorico. Lo stomaco comunica in alto con l'esofago tramite il cardias e in basso con l'intestino tramite il piloro. La parete dello stomaco è costituita da quattro strati, che dall'interno verso l'esterno sono: la mucosa, la sottomucosa, la muscolare propria e la sierosa. La mucosa è rivestita da ghiandole che secernono enzimi e acidi, le sostanze necessarie per decomporre gli alimenti in modo da favorirne il passaggio nell'intestino.

Quali sono i tipi più diffusi di tumore dello stomaco?

Esistono diversi tipi di tumore dello stomaco. Il più diffuso (circa il 90-95% di tutti i casi) è l'adenocarcinoma, in cui la malattia origina dalle cellule ghiandolari della mucosa. Vi sono poi i sarcomi, alcuni linfomi e il tumore carcinoide. Tra i sarcomi dello stomaco, il più comune è il leiomiomasarcoma, molto raro è il sarcoma dei tessuti molli, in cui la malattia origina di solito dallo strato muscolare. Appartengono ai tumori stromali gastrointestinali (GIST), che si comportano in modo molto diverso rispetto ad altri tipi di sarcoma e per questo richiedono un trattamento molto diverso.

Quali sono le cause del tumore dello stomaco?

Le cause del tumore dello stomaco sono tuttora poco conosciute. Nonostante nel tempo il numero di casi sia molto diminuito, rimane ancora la quarta causa di morte per tumore in Italia. Tra i fattori che hanno contribuito a renderlo meno frequente vi sono le nuove modalità di conservazione degli alimenti, prima fra tutti la refrigerazione, come anche un cambio di stile di vita con riduzione del consumo di insaccati. L'anemia perniciosa, la gastrite atrofica o l'infezione dello stomaco causata dall'*Helicobacter pylori*, responsabile dell'ulcera gastrica, sembrano accrescere il rischio di sviluppare la malattia. Anche i soggetti affetti da una malattia ereditaria che porta allo sviluppo di piccole formazioni, cosiddetti polipi, hanno un rischio più elevato di ammalarsi, ma si tratta di pochi casi. Anche una mutazione del gene CDH1 rappresenta un rischio (2%) di sviluppare un tumore dello stomaco ereditario diffuso.

Quali sono i sintomi del tumore dello stomaco?

I sintomi del tumore dello stomaco sono: disturbi della digestione; inappetenza; difficoltà di deglutizione; calo di peso; sensazione di pienezza dopo i pasti; nausea e vomito; bruciore allo stomaco; presenza di sangue nelle feci o feci nere; stanchezza dovuta ad anemia (causata da un sanguinamento dalla parete dello stomaco). La persistenza di questi disturbi dovrebbe consigliare di rivolgersi al proprio medico per gli approfondimenti diagnostici.

Come si formula la diagnosi?

La procedura più utilizzata per la diagnosi dei tumori dello stomaco è la gastroscopia per via orale. Essendo



una procedura abbastanza invasiva, si esegue in sedazione. Meno invasiva è la gastroscopia transnasale, che presuppone l'utilizzo di sonde ultrasottili e non richiede sedazione. L'introduzione del gastroscopio attraverso il naso evita al paziente il disagio associato alla gastroscopia tradizionale. Attraverso il gastroscopio il medico ha la possibilità di visualizzare la mucosa interna dello stomaco, scattare alcune fotografie e, se lo reputa necessario, eseguire anche una biopsia.

Quando un tumore dello stomaco si definisce 'HER-2 positivo'?

Quando, grazie a una particolare analisi molecolare, si accerta che sulla superficie delle cellule tumorali è presente la proteina HER-2. La presenza di questa proteina vuol dire che il tumore risponde bene a un trattamento specifico con l'anticorpo monoclonale trastuzumab.

Quali sono i tipi di trattamento usati per il tumore dello stomaco?

Chirurgia: è il trattamento più comune. L'intervento di asportazione dello stomaco si chiama gastrectomia. Questa può essere parziale o totale, se il chirurgo deve asportare, oltre allo stomaco, anche i linfonodi adiacenti per verificare se sono invasi dalle cellule tumorali e poter conseguentemente decidere il tipo di terapia più idoneo per il paziente. Se il tumore è molto esteso, il chirurgo potrebbe considerare anche l'asportazione di altri organi, quali la porzione inferiore dell'esofago, la milza e parte del pancreas, il colon trasverso. Nel caso la porzione inferiore dell'esofago sia rimossa, e in genere in tutti i casi di gastrectomia totale, l'organo è collegato direttamente all'intestino tenue. Qualora il tumore impedisca il passaggio degli alimenti dallo stomaco all'int-

stino, il chirurgo può decidere di creare un collegamento tra stomaco e intestino tenue per aggirare l'ostruzione. Quest'intervento, che prende il nome di *bypass*, serve solo per ridurre i sintomi causati dalla malattia, ma non per curarla. Il *bypass* può essere spesso efficacemente sostituito dal posizionamento di una protesi in endoscopia, evitando in tal modo i rischi di un intervento chirurgico tradizionale e consentendo al paziente una discreta alimentazione.

Se la malattia è in fase iniziale, dopo la gastrectomia potrebbe non essere necessario effettuare altre terapie.

Chemioterapia: si usa come terapia postoperatoria al fine di ridurre il rischio di recidiva della malattia.

Tuttavia, se alla diagnosi il chirurgo ritiene che il tumore abbia superato lo spessore della parete gastrica o che vi siano linfonodi positivi, può decidere di far precedere l'intervento da alcuni cicli di chemioterapia. Questa sarà continuata per almeno 3-4 cicli anche dopo l'intervento. La chemioterapia ha un ruolo molto importante anche nella fase avanzata della malattia, ossia quando vi sono metastasi oppure quando il tumore primitivo non può essere operato. La chemioterapia migliora la sopravvivenza e la qualità della vita dei pazienti. Recentemente si è dimostrato che vi è la possibilità di trattare i pazienti anche con una seconda linea che include un anticorpo monoclonale chiamato ramucirumab, che interferisce con i vasi sanguigni tumorali.

Radioterapia: è ancora oggetto di discussione per il trattamento dei tumori dello stomaco. Si usa in casi molto selezionati o per migliorare i risultati della chirurgia o per alleviare alcuni sintomi, come il dolore, nelle fasi più avanzate di malattia. In questo caso si definisce trattamento palliativo.

Terapia con anticorpi monoclonali: si usa nei tumori 'HER-2 positivi' in fase avanzata in associazione alla chemioterapia allo scopo di migliorare la risposta

antitumorale. Gli anticorpi monoclonali sono terapie a bersaglio molecolare risultato delle ricerche più recenti. Sono caratterizzati da un particolare meccanismo di azione basato sulla loro capacità di legarsi specificamente a una proteina presente nelle cellule tumorali (deriva da qui l'appellativo di terapie 'mirate'). La loro azione è quindi altamente selettiva, lasciando del tutto inalterate le cellule normali, contrariamente a quanto avviene con la chemioterapia 'classica'. Le terapie a bersaglio molecolare possono essere utilizzate soltanto se nelle cellule tumorali o, in alcuni casi, nel sangue o in altri campioni biologici prelevati dal paziente, sono presenti alcuni 'marcatori' diagnostici specifici, che a loro volta indicano la presenza, nel tumore, di uno o più bersagli molecolari. In assenza di questi marcatori, il paziente sarà trattato con le terapie disponibili più adatte al suo caso.

Ho subito una gastrectomia: come mi nutro?

Dopo un intervento di gastrectomia, totale o subtotale, si può sviluppare una significativa perdita di peso corporeo, causata principalmente dal ridotto apporto alimentare, spesso provocato dalla rapida sensazione di sazietà, percepita dopo l'assunzione di pochi bocconi di cibo o da nausea. I pazienti riferiscono tale sintomo molto frequentemente, soprattutto nei primi mesi dopo l'intervento. La ricerca ha dimostrato che il disturbo alimentare potrebbe essere causato anche da un'alterata produzione di ormoni da parte del tratto gastrointestinale. Pertanto, nel paziente gastrectomizzato l'intervento nutrizionale deve essere mirato a:

- prevenire la perdita di peso e la malnutrizione;
- favorire la guarigione dei tessuti dopo l'intervento chirurgico;
- compensare le carenze nutrizionali dovute all'asportazione dello stomaco;

- fare in modo che la porzione residua dell'apparato gastrointestinale sia in grado di svolgere funzioni fisiologiche non di sua pertinenza;
- rinforzare il sistema immunitario;
- eliminare, o almeno ridurre, i sintomi causati dalle diverse sindromi post-gastrectomia.

È importante che il paziente gastrectomizzato modifichi le sue abitudini di vita in modo che possa alimentarsi in maniera corretta e adeguata alla propria condizione. A tale scopo, è consigliabile:

- consumare almeno 6 pasti al giorno costituiti da piccole quantità di cibo, cercando di rispettare gli orari e di privilegiare gli alimenti con più alto valore nutritivo;
- masticare ogni boccone a lungo e lentamente, così che parte della digestione inizi già a livello della bocca;
- durante il pasto, stare seduti mantenendo una posizione eretta perché ciò facilita la progressione degli alimenti;
- non coricarsi subito dopo i pasti per evitare il reflusso (v. sotto);
- bere soltanto 30 minuti dopo i pasti, avendo comunque cura di assumere 1-1,5 litri di liquidi (acqua, tè, camomilla, tisane, ecc.) nell'arco della giornata;
- consumare frutta e verdura, anche se in quantità ridotte, per via dell'effetto saziante dovuto alle fibre che contengono;
- preferire alimenti ricchi in calcio e vitamina D (pesce almeno 1 volta alla settimana)
- assumere integratori di ferro, acido folico e vitamina B12 solo se ritenuto necessario dal medico in base ai risultati degli esami clinici. L'asportazione dello stomaco ha come conseguenza l'impossibilità di assorbire la vitamina B12 che va somministrata per via intramuscolare secondo le indicazioni del medico. Dal punto di vista alimentare, è bene sapere che il ferro di cui sono ricchi alimenti come la carne rossa e il fegato è facilmente assorbibile, mentre quello contenuto nei

cereali, nel tuorlo d'uovo e nei vegetali a foglia verde è meno assorbibile. La vitamina C favorisce l'assorbimento del ferro e per questo se ne suggerisce l'assunzione durante i pasti, inserendo nella dieta agrumi come arancia, limone e pompelmo. Al contrario, il tè riduce l'assorbimento del ferro alimentare, quindi è bene consumarlo lontano dai pasti (intervallo di 1-2 ore). Anche gli alimenti ricchi in calcio (es. latticini) riducono l'assorbimento del ferro e non dovrebbero essere consumati insieme o subito dopo l'assunzione di ferro;

- utilizzare metodi di cottura semplici: al vapore, al forno, al cartoccio, in padelle antiaderenti, limitando l'uso di condimento;
- compilare un diario alimentare per tenere nota degli alimenti che determinano disturbi e poi eventualmente escluderli dalla dieta.

Il reflusso biliare: si parla di reflusso biliare quando la bile, prodotta dal fegato e contenuta nella cistifellea, si riversa nel duodeno dopo i pasti, sale verso lo stomaco e, talvolta, anche nell'esofago. In tali casi, è importante che non passi molto tempo tra uno spuntino e l'altro (massimo 1,5 ore), perché il cibo presente nell'intestino neutralizza la bile e previene il rigurgito. Dal momento che il reflusso biliare insorge spesso la notte, è consigliabile dormire con 2-3 cuscini sotto le spalle; inoltre potrebbe essere utile l'assunzione di un piccolo spuntino prima di coricarsi.

Il malassorbimento: questo termine indica la ridotta capacità dell'intestino di assorbire i principi nutritivi contenuti negli alimenti. Circa il 10% dei pazienti sottoposti a gastrectomia presenta dolori crampiformi e steatorrea (emissione di feci untuose e maleodoranti a causa del cattivo assorbimento dei grassi alimentari). Per questo motivo è spesso necessario effettuare esami clinici mirati e integrare eventuali deficit delle vitamine liposolubili

solo su indicazione del medico. Inoltre, per contrastare la diarrea e la steatorrea, può essere utile ridurre il consumo di grassi, consumare pasti piccoli e frequenti (6-7 al giorno) e attenersi rigorosamente a questo schema. Se la steatorrea persiste è consigliabile fare uso dell'olio MCT, che è assorbito più facilmente dei comuni olii alimentari, come l'olio d'oliva, tuttavia è privo di sapore, non apporta tutti gli acidi grassi che sono essenziali per l'organismo, e deve essere consumato a crudo. Quando possibile, è utile preparare una miscela composta dal 70% di olio MCT e dal 30% di un saporito olio di oliva da usare sempre a crudo, al fine di conferire agli alimenti un gusto più gradevole. L'olio MCT è in vendita in farmacia. Va, infine, ricordato che in conseguenza dell'intervento di gastrectomia si può determinare una stasi del contenuto intestinale nell'ansa afferente, con conseguente contaminazione batterica dell'intestino tenue che, a sua volta, può alterare il metabolismo dei sali biliari e della vitamina B12. In alcuni casi di documentata contaminazione batterica dell'intestino tenue può rendersi necessaria la prescrizione da parte del medico di cicli di terapia con antibiotici non assorbibili (es. rifaximina).

La nutrizione artificiale: se l'alimentazione orale si rivela insufficiente alle necessità calorico-nutrizionali e non è correggibile mediante nutrizione naturale, sarà opportuno integrarla con idonei prodotti o sostituirla con la nutrizione artificiale. Potranno essere utilizzati supplementi nutrizionali orali che per le loro diverse caratteristiche di composizione, consistenza e gusto possono soddisfare buona parte delle esigenze nutrizionali, secondo le indicazioni del medico e le preferenze del paziente. I supplementi nutrizionali orali vanno assunti sotto controllo del medico nutrizionista.

Sindrome da svuotamento: definita molto spesso dai medici utilizzando il termine *dumping syndrome*, si verifica quando il bolo alimentare (la poltiglia di cibo tritato



dai denti e impastato con la saliva che si forma in bocca prima della deglutizione) viene rapidamente immesso nel piccolo intestino scatenando sintomi gastrointestinali e/o vasomotori. Ne soffre il 25-50% dei pazienti sottoposti a gastrectomia, il 5-10% dei quali sviluppa sintomi clinicamente rilevanti.

I sintomi compaiono durante i primi tre mesi dall'intervento e possono persistere a lungo.

La *dumping syndrome* può essere precoce o tardiva. La forma precoce si manifesta 10-30 minuti dopo i pasti con sintomi gastrointestinali e vasomotori (dolore addominale, nausea, vomito, diarrea, cefalea, vasodilatazione e arrossamento della cute, debolezza e abbassamento della pressione sanguigna). È causata principalmente dal rapido afflusso di cibo nel piccolo intestino che ne determina la rapida e improvvisa distensione. La forma tardiva si manifesta 1-3 ore dopo il pasto con sintomi prevalentemente vasomotori (sudorazione, debolezza, confusione). È legata all'alterazione dei livelli di zucche-

ro nel sangue. Quando manca lo stomaco, lo zucchero viene assorbito troppo rapidamente nell'intestino tenue. Questa sintomatologia può essere di solito aggravata dall'assunzione di cibi dolci o bevande zuccherate. Questi episodi non devono comunque creare eccessivo allarme: i dolori addominali non indicano alcun danno e normalmente scompaiono in 30-60 minuti circa. La *dumping syndrome* precoce richiede un'attenta valutazione dell'alimentazione, con una limitazione degli zuccheri semplici (zucchero, marmellata, miele, ecc.), maggiore consumo degli zuccheri complessi (pane, pasta, patate) e separazione dei cibi solidi dai liquidi. Anche la ripartizione della dieta quotidiana in piccoli pasti a base prevalentemente di proteine e di grassi può aiutare a ridurre l'incidenza della *dumping syndrome* precoce. La forma tardiva generalmente può essere prevenuta dall'ingestione di zuccheri complessi o minime quantità di zuccheri semplici e carboidrati raffinati ad ogni pasto, consumando sempre i cibi liquidi separatamente da quelli solidi. È bene inoltre evitare di assumere cibi troppo caldi o troppo freddi. Rimane quindi fondamentale per evitare importanti sbalzi glicemici seguire una dieta alimentare corretta il più possibile priva di zuccheri semplici. Affidarsi quindi a uno specialista nel trattamento delle problematiche nutrizionali.

Quali controlli fare?

Alla fine della terapia il paziente dovrà sottoporsi a controlli periodici per consentire di diagnosticare tempestivamente eventuali recidive o individuare i segni clinici legati al loro sviluppo e valutare anomalie che riguardano lo stato nutrizionale. Nei primi due anni in occasione delle visite cliniche periodiche si controlleranno il peso, i valori ematochimici (con particolare riferimento ai livelli di emoglobina e sideremia, alla funzionalità renale ed epatica) e, se il medico lo riterrà opportuno, si eseguiranno esami strumentali. In caso di sospetto clinico si

effettuerà una gastroscopia; in caso di recidiva la TAC sembra assicurare la maggiore sensibilità.

Le norme di legge tutelano il lavoratore malato di cancro?

Sì, la legge riconosce particolari tutele per il lavoratore malato di cancro, ma si tratta di problematiche troppo complesse da trattare in questa sede. Si consiglia quindi la lettura del libretto 'I diritti del malato di cancro' pubblicato da AIMaC, che è disponibile integralmente anche sul sito dell'associazione (www.aimac.it).

La vita ... dopo

Conclusa la fase dei trattamenti e della riabilitazione, è importante imparare a prendersi cura di sé e a riprendere in mano la propria vita. Tanto per cominciare:

1. Avere con sé, sempre, uno spuntino: i gastrectomizzati sono suscettibili a importanti sbalzi glicemici;
2. concordare con il datore di lavoro la possibilità di avere 10-15 minuti di riposo dopo il pasto (importante per la *dumping syndrome*);
3. tenere sempre presente che la mancanza, parziale o totale, dello stomaco comporta malassorbimento e una certa stanchezza, quindi è bene dosare le forze.

© F.A.V.O./Vivere Senza Stomaco Si Può 2015. Tutti i diritti sono riservati. La riproduzione e la trasmissione in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, comprese fotocopie, registrazioni o altro tipo di sistema di memorizzazione o consultazione dei dati sono assolutamente vietate senza previo consenso scritto di F.A.V.O./Vivere Senza Stomaco Si Può.

Pur garantendo l'esattezza e il rigore scientifico delle informazioni, F.A.V.O./Vivere Senza Stomaco Si Può declina ogni responsabilità con riferimento alle indicazioni fornite sui trattamenti, per le quali si raccomanda di consultare il medico curante, l'unico che possa adottare decisioni in merito.



FAVO nasce nel 2003 come “associazione delle associazioni” di volontariato a servizio dei malati di cancro e delle loro famiglie. Gestita da un Comitato Esecutivo composto in maggioranza da malati o ex malati, riunisce oltre 500 associazioni, dalle più grandi e storiche alle piccole realtà locali, per un totale di circa 25.000 volontari e 700.000 iscritti a vario titolo. Tra i soci vi sono anche associazioni in rappresentanza di malati affetti da tumori rari.

Dal 2006 (DPCM del 19.01.2006 modificato il 5.03.2010) celebra ogni anno, nella terza domenica di maggio, la Giornata Nazionale del Malato Oncologico per richiama l'attenzione sui bisogni di migliaia di persone che affrontano con coraggio e dignità la malattia.

Nel 2009 ha istituito l'Osservatorio per la rilevazione delle disparità assistenziali sul territorio nazionale, cui aderiscono il Ministero della Salute, società scientifiche (AIOM, AIRO, SIE, SIPO, SICO, FIMMG, SIMG), INPS, Censis, Federsanità ANCI e Registri Tumori (AIRTUM). L'Osservatorio pubblica ogni anno un Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici, evidenziando le criticità ai vari livelli e proponendo le iniziative di volta in volta più pertinenti, sia a livello legislativo che gestionale, sempre nel rispetto di appropriatezza e sostenibilità.



Vivere senza stomaco si può, unica associazione sul territorio nazionale, è nata nel 2013 e si rivolge a chi ha subito una gastrectomia totale o parziale per cancro, ai parenti, familiari e amici delle persone colpite da tumore allo stomaco.

L'intento dell'Associazione è di sensibilizzazione, informazione, divulgazione, prevenzione e sostegno pratico, umano e psicologico sulla patologia del tumore allo stomaco, spesso poco conosciuta dalla maggior parte delle persone, ma con un carico non solo clinico ma anche umano molto spesso sottovalutato.

L'associazione ha attivato un forum che conta quasi 2000 iscritti: un luogo di condivisione, ascolto e sostegno psicologico per i malati e i familiari che se ne prendono cura. Argomento di discussione sono le metodiche diagnostiche, i diversi problemi metabolici legati allo stato di malattia, la scelta della struttura nella quale operarsi o del centro più idoneo a prendersi carico del malato nella sua interezza e di molto altro ancora.

L'associazione desidera inoltre contribuire a sostenere la ricerca relativa a questa patologia.



F.A.V.O.

Federazione Italiana delle
Associazioni di Volontariato
in Oncologia

F.A.V.O. | Via Barberini, 11 | 00187 - Roma
Tel.: 06 42012079 | info@favo.it | www.favo.it



Vivere senza stomaco si può | Via dei Cedri 11 | 44123 Ferrara
Tel.: 339 3179830 - 388 8812566
info@viveresenzastomaco.org | www.viveresenzastomaco.org

Con il contributo incondizionato di:

Lilly