

Università degli Studi di Padova
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A
GASTRECTOMIA PER CANCRO GASTRICO NEI 5 ANNI
DALL'INTERVENTO

Relatore: Prof.ssa Masiero Maria Paola

Laureando: Pagliara Peter

Anno Accademico 2014-2015

ABSTRACT

L'intervento di gastrectomia è un intervento demolitivo con ripercussioni sul piano sia fisico che psicologico, nel quale si va ad asportare parte o completamente lo stomaco. Questa tesi ha l'obiettivo di andare ad analizzare mediante una revisione di letteratura ed interviste con domande aperte quali siano le difficoltà prevalenti dei pazienti e caregiver e quindi i comportamenti più opportuni per aumentare la qualità di vita del paziente dopo l'intervento e al suo rientro a casa.

MATERIALI E METODI: è stata fatta una ricerca di letteratura attraverso Pub Med, Chocrane library, Chinal dal 2005 al 2015 ed intervistati telefonicamente i pazienti sottoposti a gastrectomia dal 2010 al 2015 per capire la loro situazione.

CONCLUSIONI: La gestione dei pazienti con cancro gastrico è un argomento molto complesso da definire in quanto le molteplici differenze di stadiazione del tumore portano ad altrettanti tipi di interventi. In Italia non sono ancora previste delle linee guida nazionali per la gestione dei pazienti affetti da questa patologia. Dall'indagine telefonica eseguita sulla qualità di vita dei pazienti sottoposti a gastrectomia nei cinque anni dall'intervento è emerso come questa sia nettamente diminuita nel primo anno dall'intervento, in quanto il paziente e il suo fisico devono ancora abituarsi alla nuova situazione. Disturbi gastrointestinali improvvisi e reflusso gastroesofageo sono le complicanze più comuni in questo periodo. Negli anni successivi il paziente riesce a riprendere quasi completamente il controllo sulla sua vita, riportandola a livelli paragonabili, ma non identici a prima dell'intervento. L'alimentazione fino a due mesi dall'intervento è regolata da specifiche norme nutrizionali, successivamente subentra una dieta libera mantenendo il concetto di pasti piccoli e frequenti. Una chemioterapia adiuvante offre un aumento della sopravvivenza oltre i 5 anni dall'intervento ma diminuisce la qualità di vita di questi pazienti. Dall'analisi degli studi è emerso che i comportamenti più opportuni sono quelli di offrire una prevenzione, un'educazione all'alimentazione ed un follow up anche telefonico dopo la dimissione, in quanto quest'ultimo offre una sensazione di sicurezza e tranquillità nel paziente. Al contrario, dall'analisi delle interviste, non è emerso nessun consiglio applicabile nella pratica clinica per gli infermieri su come migliorare la qualità di vita durante la degenza in quanto i pazienti si ritengono soddisfatti dell'assistenza a loro data e, a casa non hanno trovato metodi alternativi a quelli già esistenti.

INDICE

Introduzione	5
Capitolo 1: Il cancro allo stomaco	7
1.1 Stadiazione del cancro	
1.2 I fattori di rischio	9
1.3 La diffusione della malattia	
1.4 I sintomi	10
1.5 Il trattamento	
Capitolo 2: La qualità di vita dei pazienti dopo l'intervento	13
2.1 Gli aspetti negativi che influiscono sulla qualità di vita	
2.2 Fattori per aumentare la qualità di vita	14
2.3 Implicazioni per la pratica infermieristica	17
Capitolo 3: Materiali e metodi	19
3.1 Indagine sulla qualità di vita	20
3.2 Analisi delle risposte	21
Conclusioni	25
Bibliografia	
Allegati	

INTRODUZIONE:

Con la presente ricerca si va ad indagare quali siano le migliori indicazioni per una corretta educazione atta a migliorare la qualità di vita di un paziente che ha subito una gastrectomia a causa di un cancro allo stomaco. Tale patologia si sviluppa principalmente secondo fattori di rischio quali: il sesso, l'età, l'alimentazione, la presenza del batterio *Helicobacter Pylori* e da fattori genetici. Negli ultimi anni la diffusione del cancro allo stomaco è in diminuzione grazie alla diffusa educazione all'alimentazione e all'attenzione che si ha su una corretta dieta alimentare, tale patologia però continua ad essere presente al terzo posto nella classifica delle patologie mortali a livello mondiale, dopo il cancro al seno e quello polmonare, perché non presenta segni e sintomi nella fase iniziale. In Italia il cancro allo stomaco è più raro del cancro al colon-retto. L'intervento di gastrectomia viene associato alla localizzazione del tumore e al tipo di invasione che esso ha nei tessuti, pertanto può essere eseguita una gastrectomia parziale, se presente nel corpo o nella testa dello stomaco, o, totale se è presente nel fondo. Il paziente che ha subito una gastrectomia totale dovrà attenersi ad un piano dietetico mirato, a specifiche norme da seguire per una corretta alimentazione, a continui controlli medici e se necessario ad una chemio-radioterapia. Studi hanno evidenziato come la qualità di vita di questi pazienti sia condizionata sia sotto l'aspetto fisico, ma anche sotto l'aspetto psicologico, data la stima di una sopravvivenza da 1 a 5 anni dopo l'intervento. I pazienti, oltre alle complicanze standard post intervento, possono sviluppare un disturbo dell'immagine corporea, dato dall'impatto emotivo e al forte disagio causato dalla rimozione di un intero organo e nella limitazione della dieta che esso comporta. Per questi motivi ho deciso di indagare sull'argomento mediante una revisione di bibliografia e successivamente tramite un'intervista telefonica (con domande aperte) sottoposta ai pazienti sottoposti all'intervento di gastrectomia dal 2010 al 2015 per capire la qualità di vita effettiva.

CAPITOLO 1: IL CANCRO ALLO STOMACO

Dal punto di vista istologico il cancro adenocarcinoma che colpisce lo stomaco può essere classificato in due tipi: intestinale e diffuso¹. Quello intestinale è il più frequente e insorge principalmente tra gli uomini con età superiore a 50 anni. In questo primo caso l'epitelio gastrico (il rivestimento interno dello stomaco) si trasforma in un epitelio simile a quello dell'intestino, presentandosi come formazioni multiple rivolte verso l'interno della cavità con carattere espansivo. Quello diffuso è meno frequente e colpisce in modo uguale uomini e donne intorno all'età di 45 anni². La neoplasia nasce dalla mucosa gastrica e penetra nel tessuto dando luogo a ulcere con successivo indurimento delle pareti dell'organo. Se il tumore di tipo intestinale o diffuso viene diagnosticato in fase precoce prende il nome di "early gastric cancer", si tratta di un tumore in fase iniziale che colpisce i primi due strati dell'organo: la mucosa e la sottomucosa³. Si sviluppa all'incirca nel 50% dei casi a livello del piloro e nella cavità dello stomaco, con più difficoltà si localizza a livello del corpo dello stomaco e raramente a livello della cosiddetta piccola curvatura o fondo⁴. Per diagnosticare questo tipo di cancro si esegue una gastroscopia per verificare che non ci siano lesioni, se presenti viene eseguita una biopsia (prelievo di materiale biologico), dopodiché si procederà con una tac per capire se ci sono metastasi ed in alcuni casi anche una ecoendoscopia per capire il grado di infiltrazione del tumore⁵.

1.1 Stadiazione del cancro

Per capire il livello di stadiazione del tumore si applica il metodo TNM, dove la T sta per la grandezza del tumore, la N per la diffusione ai linfonodi circostanti, la M per la presenza di metastasi. La T si divide in 5 categorie TX, T0, T1, T2, T3 e T4:

- TX: il tumore non può essere valutato
- T0: il tumore allo stadio primario non può essere valutato
- T1: il tumore si trova sulla parete dello stomaco, si divide in: T1a se è localizzato a livello della mucosa, T1b se invade anche la sottomucosa.
- T2: il tumore ha invaso lo strato del muscolo dello stomaco.
- T3: il tumore ha invaso lo strato della sottosierosa dello stomaco

- T4: il tumore ha oltrepassato lo strato della sierosa dello stomaco, T4a ha solo oltrepassato lo strato della sierosa dello stomaco, T4b il tumore ha invaso anche i tessuti circostanti.

La N si divide in NX, N0, N1, N2 e N3:

- NX: i linfonodi regionali non possono essere valutati
- N0: non presenta metastasi a livello regionale
- N1: presenza di metastasi in 1-2 linfonodi regionali
- N2: presenza di metastasi in 3-6 linfonodi regionali
- N3: presenza di metastasi in oltre 7 linfonodi regionali, N3a da 7 a 15 linfonodi con metastasi, N3b oltre 16 linfonodi con metastasi.

La M si divide in MX, M0 e M1:

- MX: non viene presa in considerazione questa categoria perché le metastasi sono valutabili con l'esame obiettivo
- M0: non presenta metastasi a distanza
- M1: presenza di metastasi a distanza o invasione dei tessuti circostanti.

Pertanto l'associazione delle lettere crea lo stadio del tumore che si suddivide in:

- 0 (T1a, N0, M0)
- IA (T1, N0, M0)
- IB (T1, N1, M0, oppure, T2,N0,M0)
- II (T1, N2, M0, oppure, T2, N1,M0 oppure T3,N0,M0)
- IIIA (T2, N2, M0, oppure, T3, N1,M0, oppure, T4,N0,M0)
- IIIB (T3, N2, M0)
- IV (T4, N1-3, M0, oppure, T1-3, N3,M0, oppure qualsiasi T, qualsiasi N ma con M1 quindi con metastasi)⁵.

1.2 I fattori di rischio

I fattori di rischio modificabili, cioè quelli sui quali è possibile fare prevenzione, sono: la presenza del batterio *Helicobacter-pylori* nel nostro organismo crea ulcere gastriche e duodenali e che nel tempo possono alterarsi e creare zone tumorali, una alimentazione ricca di amidi, grassi, cibi affumicati o salati poiché precursori di sostanze cancerogene quali le nitrosamine, il consumo di alcool e il fumo di sigaretta⁶. I fattori di rischio non modificabili sono : l'età che parte dai 45 anni, il sesso in rapporto 1,6:1 maschi femmine, gastrectomie sub-totali eseguite tra i 15-20 anni prima perché la lesione cicatriziale potrebbe degenerare ed essere un luogo di partenza per il tumore, la predisposizione genetica a carico di determinati geni quali il HER2, CDH1 e la patologia poliposi gastrica formata da piccole escrescenze all'interno dello stomaco che se non curata porta alla formazione del tumore¹. La prevenzione consiste nel non fumare e bere alcolici, seguire una dieta mediterranea con abbondanti dosi di frutta e verdura e limitata carne affumicata, la rimozione mediante antibiotici del batterio in quanto uno screening preventivo non è previsto per questa patologia³. L' "helicobacter pylori" è un batterio gram negativo presente nell'organismo dell'uomo in 2 persone su 3; la via di trasmissione di questo batterio non è chiara, ma i ricercatori ipotizzano avvenga per via oro-fecale, con il contatto di acqua contaminata o strumenti endoscopici inquinati. Questa ipotesi si basa sul fatto che l'infezione si riscontra maggiormente nei paesi in via di sviluppo o con scarse condizioni igieniche. Il nome deriva dalla sua forma ad elica e dal fatto che si trova in concentrazioni maggiori nel piloro, dove, con la sua azione gastrolesiva crea ulcere gastro-duodenali. È stato comprovato come il tessuto cicatriziale formatosi dopo l'ulcera gastroduodenale sia il precursore del tumore gastrico e pertanto il batterio, responsabile dell'ulcera è stato classificato come agente cancerogeno. Per ricercarlo si può con il test del respiro, test sierologici o mediante la ricerca degli antigeni del batterio nelle feci⁷.

1.3 La diffusione della malattia

Degli studi hanno calcolato che in Europa si verificano 190'000 nuovi casi ogni anno con incidenza maggiore sulle classi sociali più basse ed in rapporto 1,6:1 maschi femmine⁴. Sempre in Europa è stata calcolata l'insorgenza di nuovi casi ogni 100'000 abitanti

ottenendo i seguenti risultati: in Europa orientale ci sono 34 nuovi casi ogni 100'000 abitanti, in Europa meridionale 19 nuovi casi ogni 100'000 abitanti. l'Europa occidentale presenta 7 nuovi casi ogni 100'000 abitanti e l'Europa settentrionale 6 casi ogni 100'000 abitanti. In Italia non sono ancora presenti delle linee guida nazionali per la gestione dei pazienti affetti da questa patologia⁸, ma si stima che ogni anno si diagnosticano 8.100 tumori allo stomaco negli uomini e 5.500 nelle donne, a livello mondiale si posiziona dopo il cancro al seno e quello polmonare. In Italia è più raro e viene sorpassato da quello al colon-retto⁹.

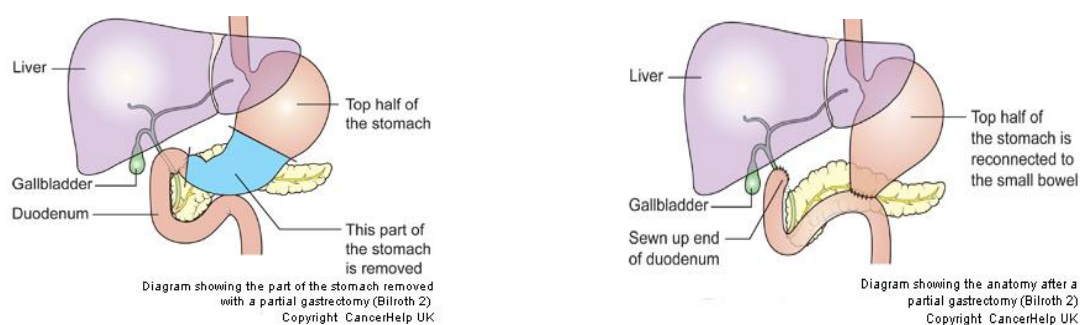
1.4 I sintomi

I sintomi con il quale si manifesta il tumore allo stomaco inizialmente possono essere confusi con quelli di una gastrite, in quanto in entrambi i casi il malato presenta: acidità, nausea, difficoltà a digerire, mancanza di appetito, difficoltà a finire il pasto, eruttazione, senso di pienezza e pertanto i trattamenti contro la gastrite non avranno effetto. Quando si entra nella fase avanzata compare: sazietà precoce, perdita di peso dato dalla difficoltà ad alimentarsi, la comparsa di melena ed anemia da sanguinamento prolungato. Un altro segno è la presenza dell'”*Helicobacter Pily*”, il quale è il responsabile sia della formazione di ulcere gastriche sia dell'insorgenza del tumore gastrico¹⁰.

1.5 Il trattamento

Il trattamento è costituito da una parte chirurgica: viene eseguita una resezione endoscopica se il tumore è ad uno stadio T1a/b, se superiore si procede con l'esecuzione di una gastrectomia di tipo parziale o totale a seconda della localizzazione del tumore; da una parte chemio-radioterapica: preoperatoria, post operatoria o perioperatoria, per stadi superiori al T2¹¹. La gastrectomia parziale prevede l'asportazione di una zona interessata, quale la parte pilorica o del corpo dello stomaco, creando un nuovo stomaco più piccolo ed una anastomosi con il duodeno, tecnica di ricostruzione Billroth II oppure secondo Billroth I si crea una anastomosi gastro-digiunale. Vengono rimossi anche i linfonodi circostanti per verificare se sono invasi (linfadenectomia tipo D1 dal 1 al 7 linfonodo)¹².

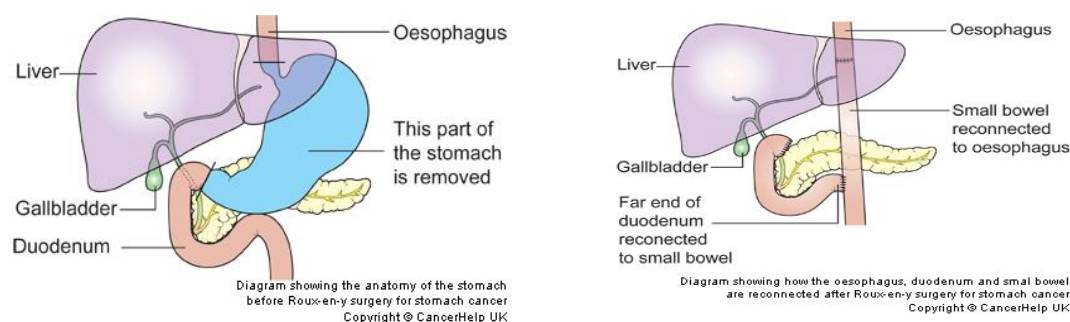
Figure 1 e 2: Gastrectomia parziale prima e dopo l'intervento con ricostruzione Billroth I.



Per i paesi dell'ovest quali Europa e America, viene consigliata la linfadenectomia di tipo 1 (D1) in quanto ha un rischio di mortalità e ripresa del paziente minore rispetto al tipo 2 (D2) o maggiori, eseguite principalmente nei paesi dell'est, dato l'elevato numero di casi di tumore allo stomaco attribuibili alla dieta ricca di alimenti salati e all'alta presenza di infezioni da "helicobacter pylori"¹³.

La gastrectomia totale prevede l'asportazione completa dello stomaco quando vengono riscontrate delle neoformazioni nella parte del fondo, successivamente verrà ricostruito il tratto secondo la tecnica di Roux-en-Y che prevede una anastomosi ileo-esofagea, ed una duodeno-ileale¹².

Figure 3 e 4: Gastrectomia Totale prima e dopo l'intervento con ricostruzione Roux-en-Y



Oltre alla rimozione dello stomaco, il chirurgo rimuoverà i linfonodi circostanti con tecnica D1, parte dell'omento, la milza nel caso ci siano linfonodi invasi dell'ilo splenico o dell'arteria splenica e se colpito anche parte pancreas¹⁴. L'obiettivo della gastrectomia è quello di avere margini negativi (R0) cioè, vengono estesi i margini della resezione di 4-6 cm oltre la sede del tumore per evitare successive recidive¹².

Un altro metodo di ricostruzione dopo una gastrectomia totale è quello di interposizione,

ciò comporta una anastomosi esofago duodenale ed una duodenodigiunale, ma da uno studio condotto non offre una migliore qualità di vita, una riduzione delle complicanze ed un aumento dell' indice di massa corporea (IBM) rispetto al metodo Roux-en-Y¹⁵.

Il trattamento chemio-radioterapico può essere effettuato prima dell'intervento (neoadiuvante) o dopo l'intervento (adiuvante) o perioperatorio (neoadiuvante più adiuvante).

Trattamento chemioterapico: La chemioterapia adiuvante è consigliata per tumori allo stadio II- III, associata ad una linfadenectomia D1 o D2 in quanto aumenterebbe la sopravvivenza a 8 anni dopo l'intervento. La chemioterapia neoadiuvante migliora la possibilità di una gastroresezione efficace ma non ci sono evidenze che dimostra un aumento della sopravvivenza. Una chemioterapia perioperatoria sembra aumentare la sopravvivenza a 5 anni del 10% nei soggetti con cancro avanzato¹⁶.

Trattamento radioterapico: la radioterapia adiuvante ha lo stesso beneficio della chemioterapia adiuvante. La radioterapia neoadiuvante migliora la gastroresezione, la sopravvivenza e riduce il rischio di recidiva¹⁴.

Trattamento chemioradioterapico: la chemioradioterapia neoadiuvante aumenta la sopravvivenza da 11 a 16 mesi, ma, è richiesta molta abilità nel selezionare i pazienti che non potrebbero incorrere in metastasi dopo il trattamento preoperatorio o in serie complicanze post operatorie. La chemioradioterapia adiuvante è consigliabile se associata ad una linfadenectomia¹⁷⁻¹⁸.

CAPITOLO 2: LA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI DOPO L'INTERVENTO

Whoqol ha definito la qualità di vita come “ la percezione degli individui della loro posizione in sistemi di vita nel contesto della cultura e del valore in cui vivono e in relazione ai loro obiettivi, le aspettative, norme e preoccupazioni”. In questo caso però bisogna parlare di qualità di vita correlato allo stato di salute, definito da Fayers e Hayes come “costrutto multidimensionale che fa riferimento alla soggettiva valutazione della propria capacità di svolgere compiti abituali e l'impatto che hanno nel quotidiano sotto l'aspetto fisico, emotivo e del benessere sociale”¹¹. In altre parole si potrebbe definire come l'insieme di aspetti positivi e negativi che influiscono sul rapporto che ha il paziente con la vita quotidiana. Nel caso del paziente operato di gastrectomia gli effetti negativi sono molteplici ed incidono sia sul fisico (es. complicanze post operatorie, malnutrizione) che sull'aspetto mentale (es. disturbo corporeo, funzione sociale)¹⁹.

2.1: Gli aspetti negativi che incidono sulla qualità di vita

Gli aspetti fondamentali sui quali agire per migliorare la qualità di vita sono 3: le complicanze post operatorie, l'alimentazione e il supporto psicologico del paziente.

Il paziente, indistintamente dall'operazione che ha subito (gastrectomia parziale o totale) può incorrere in complicanze post operatorie quali: infezione della ferita, distacco dell'anastomosi, emorragia, polmonite, insufficienza respiratoria, sepsi²⁰. Quando il paziente riprenderà l'alimentazione ci potranno essere delle complicanze precoci quali: nausea, vomito, diarrea-steatorrea, assenza della sensazione di fame, ostruzione da bezoar (ammasso di alimenti non digeriti) dumping syndrome (sindrome da rapido svuotamento gastrico), esofagite da reflusso¹³⁻²¹. La dumping syndrome si può dividere in precoce e tardiva: la sindrome precoce si manifesta dopo 15-30 minuti dal pasto con crampi allo stomaco, nausea, vomito, diarrea, sensazione di pienezza e palpitazioni, quella tardiva avviene dopo 2-3 ore dall'alimentazione, manifestandosi con ipotensione ed ipoglicemia a causa del rapido passaggio del cibo che ha richiesto una abnorme richiesta di insulina²². Successivamente con il passare dei mesi dall'intervento ci saranno delle complicanze tardive associate all'alimentazione quali: perdita di peso da malassorbimento e ridotta alimentazione quindi può incorrere in una carenza di vitamina B12 che porta ad anemia

megaloblastica con manifestazione di sintomi neuropsichici. La carenza di vitamina B12 è stata associata alla estensione della gastrectomia, al sesso del paziente, all'età, stadio del tumore²³. La degenza del paziente all'interno dell'ospedale incide sulla sua qualità di vita soprattutto se sono subentrate complicanze dopo l'operazione²⁴. La degenza media dei pazienti sottoposti a gastrectomia varia da diversi fattori quali: la presenza di diverse patologie, lo stadio del tumore, il tipo di intervento. È stata calcolata una degenza media di 17 giorni su pazienti con meno di 75 anni e 20 giorni su pazienti con oltre 75 anni²⁵. Dopo l'operazione viene dato al paziente un serie di regole da seguire per evitare complicanze associate all'alimentazione ed insieme al dietologo, viene stilata una dieta per coprire il fabbisogno di calorie cercando di seguire i gusti del paziente²⁶. L'alimentazione se non viene gestita correttamente si ripercuote nel lungo periodo sull'aspetto psicologico del paziente, manifestandosi con la perdita di peso, difficoltà nell'affrontare situazioni di vita quotidiana e sociale²⁷.

2.2: Fattori che aumentano la qualità di vita dei pazienti

Come si può vedere nell'allegato 1 (tabella riassuntiva degli articoli presi in considerazione), la qualità di vita dei pazienti viene valutata mediante questionari (EORTC-QLQ30, STO22,) per capire quale metodo chirurgico (laparoscopia, chirurgia aperta, endoscopia), quale metodo di ricostruzione (Roux-en-Y, Billroth I o II) o quale intervento (gastrectomia totale, subtotale, parziale o distale) offra una migliore qualità di vita per quanto riguarda la riduzione della mortalità post operatoria, la prevenzione delle complicanze post operatorie e l'aspetto nutrizionale. Gli studi pertanto affermano che: la migliore ricostruzione per gastrectomia totale e sub totale è quella Roux-en-Y rispetto a Billroth I e II e al metodo di interposizione²⁰⁻²⁸⁻²⁹, ma dove è possibile è consigliabile eseguire una gastrectomia subtotale (viene preservato il cardias) in quanto la gastrectomia totale offre una peggiore qualità di vita perché i pazienti possono presentare difficoltà nell'alimentazione con disfagia²⁵⁻³⁰. Quando è obbligatorio rimuovere il cardias è consigliabile eseguire una gastrectomia prossimale, poiché offre una qualità di vita migliore data dalla presenza dello stomaco rimasto al confronto della gastrectomia totale, intervento usato di prassi quando il tumore è localizzato sul fondo gastrico o in pazienti con una diagnosi precoce³¹. La via laparoscopica paragonandola a quella laparotomica

offre risultati simili³², ma offre una migliore qualità di vita nei primi 3 mesi dall'intervento³³ e riduce: la quantità di sangue perso (143 ml VS 288 ml), il tempo di ripristino della peristalsi (2 gg VS 3 gg), l'utilizzo dei FANS (3 gg VS 6 gg) ed aumenta il tempo dell'operazione (273 min VS 231 min)³⁴. Uno studio ha rilevato una peggiore qualità di vita nei soggetti sottoposti a gastrectomia per via laparoscopica perché avevano delle aspettative altissime dall'intervento, ma sono stati delusi dalla qualità di vita che hanno affrontato¹⁹. La scelta della via chirurgica, della tecnica e del tipo di ricostruzione devono essere basate sulle caratteristiche del paziente³⁵, l'età non è un fattore che influenza questa decisione al contrario della presenza di comorbilità, lo stadio del cancro, il numero di linfonodi invasivi e l'esecuzione di una pancreasplenectomia incidono sulla sopravvivenza dei pazienti¹³⁻³⁶⁻³⁷⁻³⁸. L'intervento di gastrectomia non è solo usato come intervento curativo ma anche come intervento palliativo, cioè nei pazienti in fase terminale riduce i sintomi che diminuiscono la qualità di vita¹². In questi pazienti, se il tumore è limitato a uno o due siti invasivi c'è una maggiore sopravvivenza rispetto a metastasi multiple³⁹, inoltre è consigliabile una chemioterapia perioperatoria in quanto contribuisce ad aumentare la sopravvivenza a 5 anni del 10%¹⁶. I pazienti sottoposti a gastrectomia totale possono perdere fino a 15 kg nei 3 mesi successivi all'intervento²⁷, per questo sono stati condotti studi per far iniziare l'alimentazione il prima possibile. È stato rilevato come la qualità di vita dei pazienti sottoposti a gastrectomia è drasticamente diminuita nel post operatorio e l'intervento cardine sulla quale agire è l'alimentazione⁴⁰. L'alimentazione orale precoce sembra fattibile in quanto non aumenta le complicanze post operatorie, il tasso di riammissione dopo l'intervento, la durata della degenza ospedaliera e il tempo della ripresa della peristalsi⁴¹; d'altra parte non offre migliori risultati in termini nutrizionali se comparata alla normale nutrizione²⁴, ma sembra invece agire sulla sensazione di stanchezza perché influisce sull'aspetto psicologico dei pazienti dando un senso di normalità⁴². Uno studio ha evidenziato come una nutrizione enterale precoce di supporto dia pochi effetti negativi sulla riabilitazione dei pazienti dopo l'operazione, migliora lo stato nutrizionale post-operatorio e la suscettibilità alle infezioni, ridurre la durata del ricovero in ospedale e risparmiare sul costo del ricovero⁴³, d'altro canto però, un altro studio ha evidenziato come il tubo nasodigiunale, usato per la nutrizione enterale, vada in contrasto con l'efficacia della nutrizione, dando discomfort nel paziente e non previene il distacco delle anastomosi⁴⁴. È stato visto come la carenza di vitamina B12 avvenga dopo

15 mesi dall'operazione di gastrectomia e che è associata a livelli minori nella fase preoperatoria, pertanto bisogna monitorare pre e post intervento il valore per prevenire questa complicanza²³. La qualità di vita dei pazienti sottoposti a gastrectomia risulta essere peggiore dalla dimissione fino a 12 mesi dopo l'intervento³³, soprattutto a causa delle restrizioni alimentari causate dall'intervento¹⁷, risulta essere peggiore nei soggetti giovani rispetto a quelli anziani, questo può essere dovuto a fattori psicologici come ad esempio il disturbo dell'immagine corporea e quello del ruolo sociale, questo perché i soggetti anziani sono più isolati e non devono tenere conto di un ruolo sociale attivo⁴². Usualmente viene usato il questionario EORTC QLQ-C30 per valutare la qualità di vita generale e la sottosezione specifica STO22 che indaga sul tratto gastro intestinale dimostrando che: la qualità di vita non dipende dalla capacità del paziente a reagire alla situazione ma da cosa la influenza¹¹, da 1 a 2 anni dopo l'operazione il livello di qualità di vita torna a livelli simili a quelli precedenti l'intervento⁴⁵ e che la qualità di vita precedente l'operazione influisce sul post operatorio⁴⁶. Uno studio ha evidenziato come nei sopravvissuti a gastrectomia totale a 5 anni e oltre dall'intervento non dimostrano uno stato di tranquillità in termini di qualità di vita e chi deve ancora raggiungerli ha ancora bisogno di assistenza per i fattori sintomatici, finanziari, comportamentali⁴⁷⁻⁴⁸. Per comprendere meglio la qualità di vita è stato redatto un questionario apposito per i pazienti sottoposti ad interventi alle alte vie digestive (esofago e stomaco), chiamato DAUGS32, che si è dimostrato affidabile e valido, ma necessita di altri studi per essere approvato e convalidato⁴⁹. Sono stati applicati piani di riabilitazione mirati per pazienti sottoposti a gastrectomia chiamati FAST-TRACK, CNR (Cancer Nutrition and Rehabilitation program), PPDI (Patient Participation Y Based Dietary Intervention), ERAS (enhanced recovery after surgery). Il metodo Fast-Track agisce sui tempi di ripresa del paziente e ha dato ottimi risultati per quanto riguarda il recupero post operatorio, la diminuzione del tasso di complicanze, riduzione della durata della degenza, la diminuzione del tempo di ripresa della peristalsi e della alimentazione⁵⁰⁻⁵¹, invece il metodo CNR offre un approccio personalizzato e multidisciplinare con il paziente offrendo una uniformità di informazioni ed una sensazione maggiore di presa in carico nel paziente⁵². Il metodo PPDI permette ai pazienti di collaborare con gli infermieri durante il piano dietetico e esprimere i propri gusti dimostrando un aumento delle loro conoscenze, dello stato funzionale e nutrizionale, un aumento della soddisfazione e della aderenza al piano dietetico⁵³. Il metodo ERAS offre

risultati simili al metodo Fast-Track ma nello studio è stato applicato a pazienti con stadio T1 e sottoposti a linfadenectomia D1, per tanto servono ulteriore studi su pazienti con stadi avanzati per affermare l'efficacia di questo piano di riabilitazione⁵⁴. In una intervista inglese a 3 pazienti sottoposti a gastrectomia totale hanno affermato l'importanza di specificare gli effetti della gastrectomia, la nuova dieta da seguire e i nuovi obiettivi da stabilire dopo l'intervento⁵⁵, oltre a ciò, è necessario anche agire per ridurre il dolore provato da questi pazienti⁵⁶. La principale complicanza che i pazienti possono incorrere dopo l'operazione è il distacco dell'anastomosi, in questo caso è necessario, affinché si riduca l'insorgenza di questa complicanza, compilare la scheda di incident reporting per capire come evitarla in futuro⁵⁷. Le complicanze spesso portano a rioperazioni, anche a distanza di settimane, questo provoca nei sanitari, soprattutto quello del blocco chirurgico uno stress aggiuntivo ed aumenta il rischio di mortalità dei pazienti⁵⁸, per tanto per prevenire ciò consigliano di standardizzare le procedure chirurgiche in base alle caratteristiche del paziente¹⁶. Per prevenire possibili rioperazioni nel breve periodo è necessario agire sull'educazione fornita a questi pazienti e sulla effettiva necessità di una dimissione precoce²¹. Negli anni questo tipo di tumore è stato associato anche ad una causa genetica associata a geni quali HER2 e CHD1, portando ad un miglioramento della qualità di cura e nuove sperimentazioni¹.

2.3: Implicazioni per la pratica infermieristica

Gli Infermieri, hanno un ruolo importante nella cura di questi di pazienti ed è essenziale che essi siano in grado di offrire e fornire adeguate informazioni e supporto durante questo percorso, informandolo su cosa comporta la nuova situazione e sui problemi che possono incorrere nel breve e lungo periodo¹⁷⁻⁵⁹. È necessario agire sull'educazione affinché questi pazienti vengano dimessa in tutta la sicurezza²¹ e in pazienti più fragili è necessario definire fin da subito gli obiettivi per garantire una qualità di vita migliore¹⁵. Per questo è necessario un team multidisciplinare che fornisca la migliore assistenza formato da: un chirurgo, un gastroenterologo, un medico oncologo, un medico radiologo e un patologo⁶⁰. Un programma di riabilitazione come il CNR associato al metodo Fast-Track e al PPDI è un ottimo piano terapeutico per questi pazienti. Il programma CNR prevede riunioni di team regolari per analizzare i progressi del paziente sul programma di 8 settimane affinché

sia mantenuta una regolarità di comunicazione nel team perché informare costantemente i pazienti per quanto riguarda la loro malattia e il trattamento da una sensazione di sentirsi presi in considerazione e non senza speranza⁵². Il metodo Fast-Track, costituisce la gestione perioperatoria, permette una rapida ripresa del paziente senza avere complicanze e riduce i tempi di degenza quindi comporta anche un guadagno economico per l'azienda perché si riduce il tempo di degenza⁵⁰⁻⁵¹. Come si può vedere dalla fig.5 il metodo Fast-Track, comparato a quello convenzionale ha un approccio più standardizzato e specifico, applicabile indistintamente a tutti i pazienti sottoposti di gastrectomia e utile come protocollo operativo di gestione.

Figura 5: tabella comparativa del metodo tradizionale con il Fast-Track.

Conventional	Fast-track surgery
No intake of food and drink after supper the day before surgery	Intake of 1000 mL 14% carbohydrate drink 12 h before and 350 mL 14% carbohydrate drink 3 h before surgery.
Tracheal intubation and general anesthesia	Tracheal intubation and general anesthesia
No thermal insulation, room temperature was maintained at 22 °C	Thermal insulation of the body and extremities, body temperature was maintained at 36 °C
Standard laparotomy approach	Standard laparotomy approach
Use of abdominal drainage tube	No routine use of abdominal drainage tube
Standard use of patient-controlled analgesic pump	Infiltration of surgical wounds with ropivacaine at the end of surgery and 24 h after surgery. Oral intake of 200 mg celecoxib twice daily
Mobilize out of bed on patients' own request	Encourage patients to mobilize out of bed
Oral intake initiated after flatus (following a stepwise plan from water to other liquids to semi-fluids to normal food)	Oral intake of 500-1000 mL glucose saline on the day of surgery. Intake of 2000-3000 mL liquid food containing 1000 kcal to 1200 kcal per day from the 1st day after surgery
Infusion of glucose saline and amino acid injection <i>iv</i> on the day of surgery. Infusion of parenteral nutrition (25 kcal/kg of body weight) <i>iv</i> before oral intake. Appropriate level of <i>iv</i> fluid intake based on the volume of liquid intake and output, and physiological need	Infusion of parenteral nutrition <i>iv</i> if oral intake is not adequate. Appropriate level of <i>iv</i> fluid intake based on the volume of liquid intake and output, and physiological need
Removal of nasogastric tube after flatus	Removal of nasogastric tube within 24 h after surgery
Removal of urine catheter on the 3 rd or 4 th day after surgery	Removal of urine catheter within 24 h after surgery
Standard use of antibiotics for 3 d after surgery	Standard use of antibiotics before and once after surgery

Il piano PPDI costituisce l'educazione del paziente, facendolo partecipare nella compilazione di un piano dietetico educativo personalizzato con incontri programmati e follow up telefonico fino a 12 settimane dall'operazione. Ciò comporta nel paziente una maggiore conoscenza della sua situazione, una maggiore soddisfazione ed aderenza al piano dietetico pertanto una prevenzione delle complicanze associate all'alimentazione⁵³.

CAPITOLO 3: MATERIALI E METODI

Per la ricerca sono state consultate le banche dati Pub Med, Cochrane Library e Cinhal dalla quale sono stati estratti articoli contenenti le seguenti parole chiave: total gastrectomy, quality of life, management , gastric cancer, nurses, care, clinical practice, diet alimentary, nutrition, feeding, rehabilitation. Una ricerca base con le parole chiavi “gastric cancer” nella banca dati pub med ha dato come risultato 106564 articoli, pertanto sono stati applicati i seguenti filtri: free full text, data di pubblicazione 10 anni, umani, soggetti affetti da cancro ed inseriti tra le parole chiavi gli operatori booleani “and”, “or”, “not” per massimizzare i risultati.

Tabella I: Associazione delle parole chiavi e studi presi in considerazione

Parole chiave	Studi Trovati	Studi esclusi	Studi inclusi
Total gastrectomy AND feeding AND quality of life	2	0	2
Total gastrectomy AND nutrition AND quality of life	5	1	4
Total gastrectomy AND care AND gastric cancer	36	19	17
Clinical practice AND gastric cancer AND quality of	7	5	2
Nutrition AND gastrectomy AND gastric cancer AND quality of life	33	20	13
Postoperative-care AND total gastrectomy AND gastric cancer AND quality of life NOT sleeve gastrectomy	14	7	7
Food intake AND gastrectomy AND quality of life AND gastric cancer NOT sleeve gastrectomy NOT bariatric surgery	27	22	5
Current management of gastric cancer AND total gastrectomy	15	11	4
Totale studi presi in considerazione			57

Criteria di inclusione ed esclusione degli articoli

Gli studi per essere inclusi nella revisione, dovevano avere determinati criteri, quali: non dovevano essere studi effettuati su interventi di riduzione del peso, dovevano riguardare l'intervento di gastrectomia totale, sub totale, prossimale o distale, dovevano avere come obiettivo un miglioramento nella qualità di vita del paziente sottoposto a gastrectomia e i pazienti dovevano essere affetti da cancro gastrico. Pertanto di questi 57 studi ad una analisi più approfondita ne sono stati esclusi 13 per un totale di 44 studi effettivi, a questi, vanno aggiunti altri 10 studi trovati successivamente sulla banca dati Science Direct e 1 libro sulla gestione dei pazienti oncologici tra cui quello affetto da cancro gastrico, per un totale di 54 studi, 1 libro e 6 siti sono usati come supporto.

3.1 Indagine sulla qualità di vita

Per capire com'è realmente la qualità di vita di queste persone, sono stati contattati telefonicamente i pazienti sottoposti a gastrectomia totale e parziale nel reparto di chirurgia nella sede di Mirano dal 2010 al 2015. La ricerca dei nominativi ha dato come risultato 51 pazienti, di cui 9 deceduti, 6 non reperibili, 1 paziente istituzionalizzato, 15 non hanno voluto rispondere per un totale di 20 pazienti intervistati. L'intervista telefonica è stata parzialmente strutturata con domande aperte e che non mettessero in difficoltà la persona, spiegando il motivo della chiamata.

Le domande poste ai pazienti sono state le seguenti:

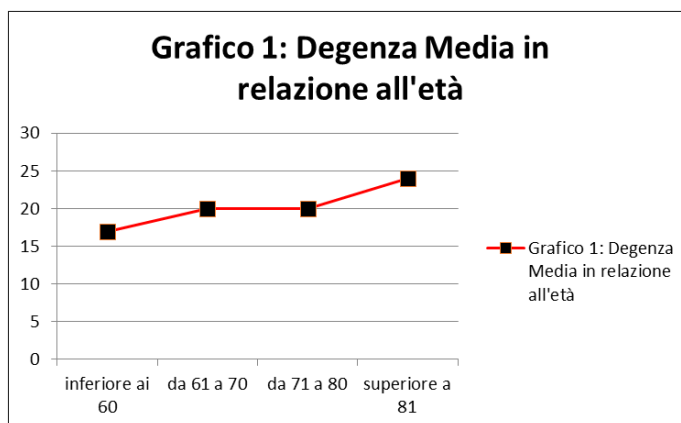
1. Il primo periodo com'è stato per lei?
2. Ora come affronta la situazione?
3. Come gestisce la sua alimentazione?
4. Segue una dieta specifica?
5. Segue le regole date per una alimentazione adeguata ?
6. I familiari l'hanno sostenuta?
7. È stato sottoposto a cicli di chemioterapia?
8. Ha messo in atto qualche accortezza per vivere meglio la giornata?
9. Sa cos'è la dumping syndrome o sindrome da rapido svuotamento gastrico?

10. Se dovesse dare un consiglio a consiglio che deve essere sottoposto al suo stesso intervento che cosa direbbe?

Queste domande sono state redatte traendo informazioni: dal sito dell'associazione onlus, "vivere senza stomaco si può" sottosezione domande frequenti⁶¹, da una intervista aperta con una persona operata di gastrectomia totale da più di 5 anni, la quale si è informata ampiamente sulla sua condizione e su come poterla gestire, da delle interviste aperte a 3 pazienti operati di gastrectomia da 5 anni.

3.2 Analisi delle risposte

Il campione di 51 pazienti era composto da 32 uomini e 19 donne, è stata eseguita una gastrectomia totale su 27 pazienti ed una gastrectomia parziale sui restanti 24. Il rapporto tra uomini e donne è di 1,64 pertanto il linea con gli studi. È stata fatta una media della degenza dei pazienti dividendoli per fasce d'età ottenendo come risultati: 17 giorni in 3 pazienti con età inferiore a 60 anni, 20 giorni in 6 pazienti con età compresa tra 61 e 70 anni, 20 giorni in 20 pazienti con età compresa tra 71 e 80 anni, 24 giorni in pazienti con età superiore a 81 anni. Ciò dimostrerebbe che l'età è un fattore che influisce sulla degenza ma essendo un campione ridotto e le fasce d'età sono disomogenee non si può affermare



ciò. Dei 9 pazienti deceduti, 7 sono deceduti entro 1 anno dall'operazione, 1 dopo 2 anni e 1 dopo 3 anni. Di questi 5 sono stati sottoposti a gastrectomia totale 4 a gastrectomia parziale .

Nei 15 pazienti che non hanno voluto rispondere il primo motivo è stato per paura e diffidenza della telefonata, data dal fatto che possa sembrare una truffa telefonica o un modo per carpire dati personali, il secondo motivo era quello che i pazienti erano impossibilitati a rispondere perché allettati o irreperibili o che non avevano voglia di parlare della loro situazione.

Dei 20 pazienti che hanno risposto all'intervista, 13 uomini e 7 donne, 11 sono stati

sottoposti a gastrectomia parziale e 9 a gastrectomia totale.

Dall'analisi delle risposte emerge quanto segue:

1) Il primo periodo com'è stato per lei?

Tutti gli intervistati hanno dichiarato che il primo periodo dopo la dimissione è stato il più difficile, il tempo per abituarsi alla nuova situazione va da circa un mese ad un anno. Il motivo principale della difficoltà è stata l'alimentazione per alcuni pazienti sono state le reazioni avverse, quali: diarrea improvvisa, vomito, sensazione di peso allo stomaco e più raramente reflusso gastroesofageo. Due pazienti hanno affermato di aver avuto diarrea dai sei ai dodici mesi, e uno di loro ha usato ed usa tutt'ora un farmaco per gestire questa situazione. Un paziente ha dichiarato che per gestire il reflusso gastroesofageo, il pomeriggio e la notte, dorme con più cuscini sotto la testa e prima di distendersi, dopo pranzo fa una passeggiata di trenta minuti, dopo cena rimane seduto in divano circa un'ora, inoltre ha dichiarato che per prevenire l'episodio notturno riduce la quantità di alimenti assunti durante la cena. Un paziente ha affermato che per gestire la sensazione di peso allo stomaco dopo il pranzo-cena utilizza del bicarbonato come digestivo.

2) come gestisce la sua alimentazione? Segue una dieta specifica? segue le regole date per una alimentazione adeguata?

Gli intervistati a queste domande correlate hanno risposto che hanno seguito le regole date dall'ospedale per l'alimentazione e la dieta prescritta, ma a distanza di tempo, circa due mesi, gli è stato detto che potevano mangiare quello che volevano rispettando sempre il criterio di pasti piccoli e frequenti. Alcuni intervistati tengono un diario degli alimenti che creano una sensazione spiacevole, come un blocco; gli alimenti più comuni sono quelli a contenuto di fibre, il riso e il gelato. La limitazione dell'assunzione dell'acqua per i pazienti intervistati è la cosa più difficile da affrontare in quanto affermano che ne sentono il bisogno ma non possono berla durante il pasto. Un intervistato operato di gastrectomia totale ha affermato che mangia come un individuo perfettamente sano che non soffre di alcun disturbo. Un paziente afferma che se mangia troppo ha una sensazione di nausea e

blocco allo stomaco, quindi prende del bicarbonato, si siede, reclina il capo per far passare il senso di nausea e sta 5-6 ore senza mangiare.

3) Ora come affronta la situazione?

I pazienti affermano che affrontano la situazione con tutte le capacità che hanno recuperato e confessando inoltre una rassegnazione verso il futuro, esplicitata dalla frase “sarà quel che sarà”. Alcuni pazienti affermano che la loro vita è ad un livello simile a quello antecedente l’operazione, ed è come se non fosse successo nulla. Al contrario, per altri pazienti sono state ridotte di gran lunga le attività che possono fare durante la giornata, creando un senso di impotenza.

4) I familiari l’hanno sostenuta?

Questa domanda serviva come spartiacque per chiedere se hanno avuto bisogno di un sostegno morale o fisico esterno; gli intervistati hanno risposto che è bastato l’aiuto dei familiari e che non è servito l’aiuto di uno psicologo. Durante l’intervista è emerso come le visite periodiche eseguite dal Day Hospital oncologico e l’attivazione in alcuni casi dell’assistenza domiciliare per le cure, sia un fattore molto importante perché dà un senso di presa in carico maggiore e non di essere lasciati al proprio destino. Alcuni pazienti sono seguiti principalmente dal familiare più vicino o da un’assistente esterno perché in difficoltà nello svolgere attività di vita quotidiana quali la preparazione del pasto.

5) È stato sottoposto a cicli di chemio-radioterapia?

Nove pazienti hanno risposto di sì, nove non hanno fatto chemio-radioterapia, due si sono rifiutati di farla fin dal principio. Chi ha fatto la chemioterapia riferisce di averla fatta dopo l’intervento e che ha avuto effetti molto debilitanti e spiacevoli che sono scomparsi una volta arrestata la terapia.

6) Sa cos’è la dumping syndrome o sindrome da rapido svuotamento gastrico?

Gli intervistati riferiscono che non sanno cos'è e che non ne hanno sentito parlare, alcuni di loro però presentano i sintomi tipici della dumping sindrome, quali: la sensazione di peso allo stomaco e nausea se si esagera con le porzioni, la necessità di andare in bagno dopo l'assunzione di alimenti.

7) Ha messo in atto qualche accortezza per vivere meglio la giornata?

Questa domanda è servita a capire se ci sono strategie trovate dai pazienti durante la degenza a casa da usare come consigli da parte degli infermieri sui pazienti in reparto. Gli intervistati riferiscono che bisogna affrontare la giornata con serenità, senza affliggersi, se si riesce ad impegnarla con attività semplici quali passeggiate e badare ai nipoti, la giornata sembra più leggera e meno faticosa. Riferiscono che è importante non fermarsi davanti alle difficoltà e continuare a svolgere una vita simile a quella prima dell'intervento senza privarsi di partecipare ad eventi e della vita sociale perché sono un supporto morale importante.

8) Se dovesse dare un consiglio a qualcuno che deve essere sottoposto al suo stesso intervento che cosa le direbbe?

Gli intervistati sono d'accordo sull'affermazione che bisogna farsi forza e non abbattersi dopo l'intervento, alcuni affermano che l'intervento è meno demolitivo di quello che si pensa altri dicono che invece è molto demolitivo. Alcuni intervistati hanno affermato che bisogna fidarsi del parere medico, ma altri hanno voluto sentire altri pareri prima di sottoporsi a chemioterapia.

Dalle risposte a queste domande si può capire come la qualità di vita sia peggiore nel primo periodo per poi migliorare a livelli simili a quelli prima dell'intervento. In alcuni pazienti però c'è un senso di impotenza e rassegnazione verso il futuro dato dall'incapacità di poter tornare alla situazione prima dell'intervento. In questi pazienti sembrerebbe opportuno un sostegno morale tramite un follow up telefonico. La situazione alimentare non sembra incidere così fortemente sulla qualità di vita al contrario dell'incapacità di riuscire a recuperare la vita antecedente l'intervento e la paura di una possibile recidiva.

CONCLUSIONI

La gestione dei pazienti con cancro gastrico è un argomento molto complesso da definire in quanto le molteplici differenze di stadiazione del tumore portano ad altrettanti tipi di interventi. Nei paesi asiatici quali Korea, Giappone e Cina, dove l'incidenza di questa patologia è molto più frequente rispetto a paesi Europei, si sono redatte delle linee guida nazionali per la gestione dei pazienti e screening preventivi. Lo screening è dato dalla forte presenza di infezioni dal batterio "helicobacter pylori" e dall'abbondante uso di alimenti salati ed affumicati, essendo risaputo che entrambi sono fattori d'insorgenza di cancro gastrico. Il batterio viene ricercato nell'uomo in diversi modi quali: test sierologici, test del respiro, endoscopia. La via di trasmissione di questo batterio non è chiara, ma i ricercatori ipotizzano avvenga per via oro-fecale, con il contatto di acqua contaminata o strumenti endoscopici inquinati. Questa ipotesi si basa sul fatto che l'infezione si riscontra maggiormente nei paesi in via di sviluppo o con scarse condizioni igieniche. In Italia l'insorgenza di cancro gastrico è nettamente inferiore, pertanto non sono ancora state redatte delle linee guida nazionali da applicare in ogni centro di cura; ciò si ripercuote sulle persone affette da questa patologia. Nella maggior parte dei casi la diagnosi della patologia è ad uno stadio avanzato poiché è facile che i primi sintomi siano scambiati con quelli di un'ulcera gastrica. Il trattamento più comune in fase avanzata è chirurgico con chemioterapia adiuvante, e questo incide negativamente sulla qualità di vita dei pazienti. Dall'analisi delle interviste su pazienti operati di gastrectomia totale o parziale è emerso come il primo periodo post operatorio (da un mese fino ad un anno) sia uno dei più difficili da affrontare, questo perché il paziente deve abituarsi ad una nuova situazione. Superata questa prima fase c'è la possibilità di una recidiva nei primi due anni dall'operazione, per questo vengono eseguiti dei controlli ogni tre mesi in day hospital oncologico per i primi due anni, poi ogni sei mesi fino ai cinque anni. Il paziente dopo il quinto anno ha preso piena coscienza della sua situazione e sa come gestirla, ma ciò non esclude la possibilità dell'insorgenza di uno stato d'ansia causato dalla preoccupazione di una possibile recidiva. I pazienti intervistati affermano che la cosa più importante per loro è stata la fiducia e competenza dimostrata dallo staff ospedaliero. Dall'intervista non sono state trovate informazioni utili da poter applicare nella pratica infermieristica in quanto i pazienti intervistati ribadivano nella domanda "ha messo in atto qualche trucco per vivere meglio la giornata?" il fatto di farsi coraggio e non aver paura di ciò che succederà. Si potrebbe

ipotizzare come una corretta gestione del paziente in ambito ospedaliero supportata da un piano educativo mirato, unito ad un follow up telefonico, per il primo anno possa offrire una migliore qualità di vita ed una gestione efficace del paziente sotto l'aspetto nutrizionale e psicologico. Questo non esclude l'importanza della prevenzione per questo tipo di tumore. Una ipotesi potrebbe essere quella di ricercare tracce del batterio *helicobacter pylori* in associazione allo screening offerto per ricercare sangue occulto nelle feci per la prevenzione del tumore del colon retto, dato che un fattore di rischio per entrambe le patologie è rappresentato da un'età superiore ai 50 anni; questa ipotesi nasce dal ritrovamento da parte degli studiosi di tracce del batterio nelle feci. Successivamente, se le feci risultano contenere tracce del batterio è consigliabile eseguire una gastroscopia per valutare lo stato della mucosa dello stomaco.

Limitazioni dello studio:

Il numero limitato di pazienti non offre un'adeguata varietà di informazioni utili a capire come sia la qualità di vita effettiva. Un'intervista telefonica non offre dei dati validi tali da trarre delle conclusioni adeguate, a causa della difficoltà nel fidarsi dell'intervistatore, alcune cose vengono omesse per paura, visto che non si ha di fronte chi gli pone le domande. Questo studio può essere la base per una successiva ricerca a distanza di 3 anni per indagare con più precisione la situazione di questi pazienti, un questionario con domande chiuse e poche domande aperte o una intervista di persona con i soggetti da intervistare può presentare un'ottima alternativa all'intervista telefonica.

SITOGRAFIA:

- 2) <http://www.iss.it/lgac/index.php?lang=1>
- 4) www.airc.it/tumori/tumore-allo-stomaco.asp
- 7) <http://www.epicentro.iss.it/problemi/helico/helicobacter.asp>
- 10) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0032663/>
- 22) <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/stomach-cancer/>
- 61) <http://www.viveresenzastomaco.org/>

ARTICOLI:

- 1) Hu B, El Hajj N, Sittler S, Lammert N, Barnes R, Meloni-Ehrig A., (2012 Sep), *Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology*. *J Gastrointest Oncol*;3(3):251-61.
- 3) Japanese Gastric Cancer Association, (2010), *Gastric Cancer, Japanese gastric cancer treatment guidelines (ver. 3)*. 2011 Jun;14(2):113-23.
- 5) Japanese Gastric Cancer Association, (2011), *Gastric Cancer. Japanese classification of gastric carcinoma: 3rd English edition*. 2011 Jun;14(2):101-12.
- 6) Bailey, K. (2011). *An overview of gastric cancer and its management*. *Cancer Nursing Practice*, 10(6), 31-38.
- 8) Valerio Sisti, Andrea Costanzi, Paolo Morgagni, (2013), *Overview of Gastric Cancer in the World*, IGCC Verona, pp. 1-46.
- 9) Jaffer A. Ajani et al, (2015), *Gastric cancer, NCCN clinical practice guidelines in oncology*, pp. 1-86.
- 11) Malmstrom, M., Ivarsson, B., Johansson, J., & Klefsgard, R., (2013), *Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer--a focus group study*. *International Journal of Nursing Studies*, 50(1), 44-52.
- 12) Mackay, S., Hayes, T., & Yeo, A., (2006), *Management of gastric cancer*. *Australian Family Physician*, 35(4), 208-211.
- 13) Pata, G, Solaini, L., Roncali, S., Pasini, M., & Ragni, F., (2012), *Total gastrectomy with "over-D1" lymph node dissection: What is the actual impact of age?*, *American Journal of Surgery*, 204(5), 732-740.

- 14) Stefano Cascinu et al, (ed. 2013), *linee guida neoplasia dello stomaco*, AIOM, pp. 9-28.
- 15) Kim, A. R., Cho, J., Hsu, Y. J., Choi, M. G, Noh, J. H., Sohn, T. S., Kim, S., (2012), *Changes of quality of life in gastric cancer patients after curative resection: A longitudinal cohort study in korea*. *Annals of Surgery*, 256(6), 1008-1013.
- 16) Meyer HJ, Wilke H., (2011), *Treatment strategies in gastric cancer*. *Dtsch Arztebl* ;108(41):698–705
- 17) Bae, J. M., Kim, S., Kim, Y. W., Ryu, K. W., Lee, J. H., Noh, J. H., Yun, Y. H. (2006), *Health-related quality of life among disease-free stomach cancer survivors in korea*. *Quality of Life Research : An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 15(10), 1587-1596.
- 18) Daroui, P., Jabbour, S. K., Herman, J. M., Abdel-Wahab, M., Azad, N., Blackstock, A. W., Suh, W. W., (2015), *ACR appropriateness criteria(R) resectable stomach cancer*. *Oncology Williston Park, N.Y.*, 29(8), 212857.
- 19) Lee, S. S., Ryu, S. W., Kim, I. H., & Sohn, S. S., (2012), *Quality of life beyond the early postoperative period after laparoscopy-assisted distal gastrectomy: The level of patient expectation as the essence of quality of life*. *Gastric Cancer : Official Journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association*, 15(3), 299-304.
- 20) Ishigami, S., Natsugoe, S., Hokita, S., Aoki, T., Kashiwagi, H., Hirakawa, K., Aikou, T., (2011), *Postoperative long-term evaluation of interposition reconstruction compared with roux-en-Y after total gastrectomy in gastric cancer: Prospective randomized controlled trial*. *American Journal of Surgery*, 202(3), 247-253.
- 21) Kim, M. C., Kim, K. H., & Jung, G. J., (2012), *A 5 year analysis of readmissions after radical subtotal gastrectomy for early gastric cancer*. *Annals of Surgical Oncology*, 19(8), 2459-2464.
- 23) Hu, Y., Kim, H. I., Hyung, W. J., Song, K. J., Lee, J. H., Kim, Y. M., & Noh, S. H. (2013), *Vitamin B(12) deficiency after gastrectomy for gastric cancer: An analysis of clinical patterns and risk factors*. *Annals of Surgery*, 258(6), 970-975.
- 24) Hur, H., Kim, S. G., Shim, J. H., Song, K. Y., Kim, W., Park, C. H., & Jeon, H. M., (2011), *Effect of early oral feeding after gastric cancer surgery: A result of randomized clinical trial*. *Surgery*, 149(4), 561-568.

- 25) Pisanu, A., Montisci, A., Piu, S., & Uccheddu, A., (2007), *Curative surgery for gastric cancer in the elderly: Treatment decisions, surgical morbidity, mortality, prognosis and quality of life*. *Tumori*, 93(5), 478-484.
- 26) Lee, J. H., Kim, K. M., Cheong, J. H., & Noh, S. H., (2012), *Current management and future strategies of gastric cancer*. *Yonsei Medical Journal*, 53(2), 248-257.
- 27) Ryan, A. M., Healy, L. A., Power, D. G., Rowley, S. P., & Reynolds, J. V., (2007), *Short-term nutritional implications of total gastrectomy for malignancy, and the impact of parenteral nutritional support*. *Clinical Nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 26(6), 718-727.
- 28) Lee, M. S., Ahn, S. H., Lee, J. H., Park do, J., Lee, H. J., Kim, H. H., Lee, W. W., (2012), *What is the best reconstruction method after distal gastrectomy for gastric cancer?*, *Surgical Endoscopy*, 26(6), 1539-1547.
- 29) Rausei, S., Mangano, A., Galli, F., Rovera, F., Boni, L., Dionigi, G., & Dionigi, R., (2013), *Quality of life after gastrectomy for cancer evaluated via the EORTC QLQ-C30 and QLQ-STO22 questionnaires: Surgical considerations from the analysis of 103 patients*. *International Journal of Surgery (London, England)*, 11 Suppl 1, S104-9.
- 30) Goh, Y. M., Gillespie, C., Couper, G., & Paterson-Brown, S.,(2014), *Quality of life after total and subtotal gastrectomy for gastric carcinoma*. *The Surgeon : Journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland*, 1-4.
- 31) Ichikawa, D., Komatsu, S., Kubota, T., Okamoto, K., Shiozaki, A., Fujiwara, H., & Otsuji, E., (2014), *Long-term outcomes of patients who underwent limited proximal gastrectomy*. *Gastric Cancer . Official Journal of the International Gastric Cancer Association and the Japanese Gastric Cancer Association*, 17(1), 141-145.
- 32) Hussain, A. (2011), *Gastric malignancy: surgical management*. *Current opinion in gastroenterology*, 27(6), 583-587.
- 33) Kobayashi, D., Koderu, Y., Fujiwara, M., Koike, M., Nakayama, G., & Nakao, A.,(2011), *Assessment of quality of life after gastrectomy using EORTC QLQ-C30 and STO22*. *World Journal of Surgery*, 35(2), 357-364.
- 34) Kunisaki, C., Makino, H., Kosaka, T., Oshima, T., Fujii, S., Takagawa, R., Endo, I., (2012), *Surgical outcomes of laparoscopy-assisted gastrectomy versus open gas-*

- trectomy for gastric cancer: A case-control study.* Surgical Endoscopy, 26(3), 804-810.
- 35) Santoro, R., Ettorre, G. M., & Santoro, E., (2014), *Subtotal gastrectomy for gastric cancer.* World Journal of Gastroenterology : WJG, 20(38), 13667-13680.
- 36) Nakanoko, T., Kakeji, Y., Ando, K., Nakashima, Y., Ohgaki, K., Kimura, Y., Maehara, Y., (2015), *Assessment of surgical treatment and postoperative nutrition in gastric cancer patients older than 80 years.* Anticancer Research, 35(1), 511-515.
- 37) Selcukbiricik, F., Buyukunal, E., Tural, D., Ozguroglu, M., Demirelli, F., & Serdengecti, S., (2013), *Clinicopathological features and outcomes of patients with gastric cancer: A single-center experience.* World Journal of Gastroenterology : WJG, 19(14), 2154-2161.
- 38) Wu, C. W., Chiou, J. M., Ko, F. S., Lo, S. S., Chen, J. H., Lui, W. Y., & Whang-Peng, J., (2008), *Quality of life after curative gastrectomy for gastric cancer in a randomised controlled trial.* British Journal of Cancer, 98(1), 54-59.
- 39) Samarasam, I., Chandran, B. S., Sitaram, V., Perakath, B., Nair, A., & Mathew, G., (2006), *Palliative gastrectomy in advanced gastric cancer: Is it worthwhile?* ANZ Journal of Surgery, 76(1-2), 60-63.
- 40) Lim, H. S., Cho, G. S., Park, Y. H., & Kim, S. K., (2015), *Comparison of quality of life and nutritional status in gastric cancer patients undergoing gastrectomies.* Clinical Nutrition Research, 4(3), 153-159.
- 41) Liu, X., Wang, D., Zheng, L., Mou, T., Liu, H., & Li, G., (2014), *Is early oral feeding after gastric cancer surgery feasible? A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials.* PloS One, 9(11), e112062.
- 42) Hong, L., Han, Y., Zhang, H., Zhao, Q., Liu, J., Yang, J., Fan, D., (2014), *Effect of early oral feeding on short-term outcome of patients receiving laparoscopic distal gastrectomy: A retrospective cohort study.* International Journal of Surgery (London, England), 12(7), 637-639.
- 43) Chen, W., Zhang, Z., Xiong, M., Meng, X., Dai, F., Fang, J., Wang, M., (2014), *Early enteral nutrition after total gastrectomy for gastric cancer.* Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 23(4), 607-611.

- 44) Tavassoli, A., Rajabi, M. T., Abdollahi, A., Bagheri, R., & Noorshafiee, S., (2011), *Efficacy and necessity of nasojejunal tube after gastrectomy*. International Journal of Surgery (London, England), 9(3), 233-236.
- 45) Shan, B., Shan, L., Morris, D., Golani, S., & Saxena, A., (2015), *Systematic review on quality of life outcomes after gastrectomy for gastric carcinoma*. Journal of gastrointestinal oncology, 6(5), 544.
- 46) Suk, H., Kwon, O. K., & Yu, W., (2015), *Preoperative Quality of Life in Patients with Gastric Cancer*. Journal of Gastric Cancer, 15(2), 121–126.
- 47) Choi, J. H., Kim, E. S., Lee, Y. J., Cho, K. B., Park, K. S., Jang, B. K., ... & Ryu, S. W. (2015). *Comparison of quality of life and worry of cancer recurrence between endoscopic and surgical treatment for early gastric cancer*. *Gastrointestinal endoscopy*, 82:299-307.
- 48) Lee, S. S., Chung, H. Y., Kwon, O. K., & Yu, W., (2014), *Quality of life in cancer survivors 5 years or more after total gastrectomy: A case-control study*. International Journal of Surgery (London, England), 12(7), 700-705.
- 49) Nakamura, M., Hosoya, Y., Yano, M., Doki, Y., Miyashiro, I., Kurashina, K., Lefor, A. T. , (2011), *Extent of gastric resection impacts patient quality of life: The dysfunction after upper gastrointestinal surgery for cancer (DAUGS32) scoring system*. Annals of Surgical Oncology, 18(2), 314-320.
- 50) Feng, F., Ji, G., Li, J. P., Li, X. H., Shi, H., Zhao, Z. W., Zhao, Q. C., (2013), *Fast-track surgery could improve postoperative recovery in radical total gastrectomy patients*. World Journal of Gastroenterology : WJG, 19(23), 3642-3648.
- 51) Song, J. X., Tu, X. H., Wang, B., Lin, C., Zhang, Z. Z., Lin, L. Y., & Wang, L., (2014), *"Fast track" rehabilitation after gastric cancer resection: Experience with 80 consecutive cases*. BMC Gastroenterology, 14, 147-230X-14-147.
- 52) Chasen, M. R., & Bhargava, R. (2010). *A rehabilitation program for patients with gastroesophageal cancer--a pilot study*. *Supportive Care in Cancer : Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18 Suppl 2, S35-40.
- 53) Kim, H., Suh, E. E., Lee, H. J., & Yang, H. K., (2014), *The effects of patient participation-based dietary intervention on nutritional and functional status for patients with gastrectomy: A randomized controlled trial*. Cancer Nursing, 37(2), E10-20.

- 54) Yamada, T., Hayashi, T., Aoyama, T., Shirai, J., Fujikawa, H., Cho, H., Tsuburaya, A., (2014), *Feasibility of enhanced recovery after surgery in gastric surgery: A retrospective study. BMC Surgery*, 14, 41-2482-14-41.
- 55) Garland, S. N., Lounsberry, J., Pelletier, G., & Bathe, O. F., (2011), "*How do you live without a stomach?*": A multiple case study examination of total gastrectomy for palliation or prophylaxis. *Palliative & Supportive Care*, 9(3), 305-313.
- 56) Kwon, I. G., Ryu, E., Noh, G. O., & Sung, Y. H., (2012), *Health-related quality of life in cancer patients between baseline and a three-year follow-up*. *European Journal of Oncology Nursing : The Official Journal of European Oncology Nursing Society*, 16(2), 131-136.
- 57) Selby, L. V., Vertosick, E. A., Sjoberg, D. D., Schattner, M. A., Janjigian, Y. Y., Brennan, M. F., & Strong, V. E., (2015), *Morbidity after Total Gastrectomy: Analysis of 238 Patients*. *Journal of the American College of Surgeons*, 220(5), 863-871.
- 58) Sah, B. K., Chen, M. M., Yan, M., & Zhu, Z. G., (2010), *Reoperation for early postoperative complications after gastric cancer surgery in a chinese hospital*. *World Journal of Gastroenterology : WJG*, 16(1), 98-103.
- 60) Proserpio, I., Rausei, S., Barzagli, S., Frattini, F., Galli, F., Iovino, D., & Pinotti, G., (2014), *Multimodal treatment of gastric cancer*. *World journal of gastrointestinal surgery*, 6(4), 55.

LIBRI:

- 59) Connie Henke Yarbro, Debra Wujcik, Barbara Holmes Gobel (a cura di), *Cancer nursing: principles and practice, 7^a ed.*, Jones & Bartlett Publishers, 2011, pp. 1634-1693.

ICONOGRAFIA:

1. Gastrectomia parziale prima dell'intervento, presa dal sito:
<http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/stomach-cancer/>
2. Gastrectomia parziale dopo l'intervento con ricostruzione Billroth I, presa dal sito

<http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/stomach-cancer/>

3. Gastrectomia totale prima dell'intervento, presa dal sito:

<http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/stomach-cancer/>

4. Gastrectomia totale dopo l'intervento con ricostruzione Roux-en-Y presa dal sito:

<http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/stomach-cancer/>

5. Tabella comparativa del metodo fast track con quello tradizionale, adattata dall'articolo: *Fast-track surgery could improve postoperative recovery in radical total gastrectomy patients.*

Allegato 1: Tabella riassuntiva degli studi presi in considerazione per la revisione

Nome articolo	Parole chiave	Campione preso in considerazione	obiettivo dello studio	Risultato dello studio	Autori ,Anno e luogo di pubblicazione
Management of gastric cancer	Total gastrectomy, gastric cancer, management, palliative care,	Revisione	Delineare le opzioni per la gestione dei pazienti affetti da cancro gastrico	Il cardine del trattamento curativo rimane la resezione chirurgica, più comunemente viene eseguita la gastrectomia totale o subtotale, a seconda della posizione del tumore con l'obiettivo di ottenere adeguati margini liberi. Chemioterapia e radioterapia adiuvante hanno dimostrato avere un ruolo benefico nella sopravvivenza. La chirurgia palliativa è diretta al controllo dei sintomi legati al sanguinamento e all'ostruzione. Chemioterapia palliativa ha dimostrato di conferire un vantaggio di sopravvivenza, ma con notevole tossicità.	Sean Mackay, Theresa Hayes, Audrey Yeo Australia, 2006
Palliative gastrectomy in advanced gastric cancer: is it worthwhile ?	advanced gastric cancer, gastric resection, quality of life, survival	151 pazienti	Valutare la necessità e gli effetti sulla qualità di vita della gastrectomia in pazienti con cancro gastrico avanzato	C'è un aumento della sopravvivenza e miglioramento della qualità di vita nei pazienti sottoposti a resezione gastrica solo quando la diffusione del tumore è limitato a due o meno siti. Una valutazione preoperatoria della diffusione del tumore aiuterà nella selezione dei pazienti nel quale l'operazione è utile.	Inian Samarasam, Sudhakar Chandran, Sitaram, Benjamin Perakath, Aravindan Nair, George Mathew India, 2006
Health-related quality of life among disease-free stomach cancer survivors in Korea	Cancer survivor, Quality of life, Stomach cancer	391 pazienti, 306 operati di gastrectomia subtotale, 85 operati di gastrectomia totale	Valutare l'impatto dei fattori demografici correlati al trattamento sulla qualità di vita dei sopravvissuti al cancro dello stomaco mediante il questionario demografico, QLQ - C30 e sottosezione QLQ-STO22	I sopravvissuti sottoposti a gastrectomia totale riportano maggiori restrizioni alimentari rispetto a quelli sottoposti a gastrectomia subtotale. La chemioterapia o radioterapia non hanno influenzato significativamente i questionari QLQ- C30 e QLQ- STO22. I pazienti più anziani gestiscono meglio le emozioni e i sintomi quali: dolore, restrizioni alimentari e ansia sono diminuiti. Rispetto alle donne gli uomini hanno un migliore funzionamento fisico e di ruolo. L'abitudine al fumo influisce negativamente sul funzionamento fisico e sull'ansia. La presenza di comorbilità e le caratteristiche demografiche influiscono sulla QOL postoperatoria.	Jae-Moon Bae, Sung Kim, Young-Woo Kim, Keun Won Ryu, Jun Ho Lee, Jae-Hyung Noh, Tae-Sung Sohn, Seong-Kweon Hong, Sang Min Park, Chang Hoon You1, et al Korea, 2006

Curative surgery for gastric cancer in the elderly : treatment decisions, surgical morbidity, mortality, prognosis and quality of life.	Elderly, gastric carcinoma, quality of life, surgery, survival.	94 pazienti sottoposti a gastrectomia, 23 con oltre 75 anni e 71 con meno di 75 anni.	Identificare i fattori che influenzano la mortalità , la morbilità , la sopravvivenza e la qualità della vita dopo gastrectomia per cancro gastrico nei pazienti di età compresa tra 75 anni e più, e per pianificare la loro corretta gestione	Il tipo di chirurgia negli anziani va in base alla comorbilità preoperatoria, il grado di diffusione metastatica del tumore, e la qualità della vita futura offerta dalla procedura. Poiché gastrectomia subtotale offre gli stessi risultati della gastrectomia totale, riteniamo che la gastrectomia subtotale, quando è possibile, dovrebbe essere la procedura di scelta soprattutto in pazienti anziani.	Adolfo Pisanu, Alessandro Montisci, Sara Piu, Alessandro Uccheddu Italia, 2007
Short-term nutritional implications of total gastrectomy for malignancy, and the impact of parenteral nutritional support	Gastrectomy; Nutritional status; Total parenteral nutrition	90 pazienti sottoposti a gastrectomia	Valutare lo stato nutrizionale perioperatorio e l'effetto della nutrizione parenterale dopo l'operazione.	La gastrectomia totale è associata ad una perdita di peso drammatica dopo l'intervento, con pazienti che hanno perso una media di 15,5 kg dalla diagnosi a 3 mesi di follow-up. Fornire una nutrizione parenterale dopo l'intervento riduce significativamente questo problema e lo attenua una volta che il paziente viene dimesso.	Aoife M. Ryan, Laura A. Healy, Derek G Power, Suzanne P.Rowley, John V. Reynolds Irlanda,2007
Quality of life after curative gastrectomy for gastric cancer in a randomised controlled trial	quality of life; nodal dissection; gastric cancer; trial	221 pazienti, 110 assegnati al gruppo D1 e 111 al gruppo D3	Valutare l'efficacia della linfadenectomia D1 e D3	La qualità di vita dei pazienti è diminuita nei 6 mesi dopo l'intervento chirurgico per poi aumentare. Pazienti D1 e D3 non hanno mostrato alcuna differenza significativa nella QOL. I risultati suggeriscono che i cambiamenti della qualità della vita sono stati in gran parte dovuto alla portata della resezione gastrica, allo stato della malattia e alla pancreasplenectomia distale, piuttosto che l'estensione della dissezione linfonodale. Ciò indica che la dissezione linfonodale può essere eseguita per un cancro gastrico potenzialmente curabile.	C-W Wu, J-M Chiou, F-S Ko, S-S Lo, J-H Chen, W-Y Lui, J Whang-Peng Taiwan, 2008

Reoperation for early postoperative complications after gastric cancer surgery in a Chinese hospital.	Reoperation, Gastric cancer, Surgery, Postoperative complications.	1639 pazienti sottoposti a gastrectomia radicale e palliativa	Verificare le complicanze post-operatorie dopo chirurgia per cancro gastrico, e analizzare quali porta ad un reintervento nei primi giorni postoperatori.	Il tasso di insorgenza di gravi complicanze che portano alla morte del paziente è diminuito ma rimane alto quello dell'insorgenza di complicanze base. L'esecuzione di un reintervento aumenta significativamente il rischio di mortalità e lo stress del blocco operatorio.	Birendra Kumar Sah, Ming-Min Chen, Min Yan, Zheng-Gang Zhu Cina, 2010
A rehabilitation program for patients with gastroesophageal Cancer, a pilot study	Esophagectomy . Fatigue . Rehabilitation	53 pazienti di cui 30 pazienti alla quale è stato diagnosticato un cancro gastrico e 23 un cancro gastroesofageo.	valutare se un programma di riabilitazione ed alimentare se ha un effetto sui sintomi e sulla qualità della vita dei pazienti affetti da tumore gastroesofageo.	Il programma di riabilitazione CNR offre un trattamento olistico e multidimensionale, sottolineando il paziente come un individuo. Riunioni di team regolari per analizzare i progressi del paziente sul programma di 8 settimane serve a mantenere una regolarità di comunicazione nel team. Informare costantemente i pazienti per quanto riguarda la loro malattia e il trattamento di sentirsi presi in considerazione e di non sentirsi senza speranza. Il programma è utile ed applicabile nei pazienti che possono trarne beneficio.	Martin Robert Chasen , Ravi Bhargava Canada, 2010
Effect of early oral feeding after gastric cancer surgery: A result of randomized clinical trial	Early oral feeding, gastric cancer, gastrectomy, quality of life.	54 pazienti sottoposti a gastrectomia divisi in 2 gruppi: gruppo A 28 pazienti, gruppo B 26 pazienti.	Studio clinico randomizzato per determinare se l'alimentazione orale precoce dopo gastrectomia per cancro gastrico può essere tollerata e se ha un effetto sul recupero.	Il nostro studio non ha mostrato dei risultati migliori per l'alimentazione orale precoce rispetto alla convenzionale alimentazione per quanto riguarda la morbilità postoperatoria, il dolore, sintomi gastrointestinali e i costi ospedalieri.	Hoon Hur, Sung Geun Kim, Jung Ho Shim, Kyo Young Song, Wook Kim, Cho Hyun Park, Hae Myung Jeon, Korea, 2011

<p>“How do you live without a stomach?”: A multiple case study examination of total gastrectomy for palliation or prophylaxis</p>	<p>Cancer, QL, Stomach neoplasms, TG Medical decision making, Quality of life, Total gastrectomy</p>	<p>Revisione di letteratura ed intervista a 3 pazienti.</p>	<p>Indagare quali siano I fattori personali che influenzano la qualità di vita delle persone sottoposte a gastrectomia totale.</p>	<p>È stato l'unico studio che investiga sulla vita dei pazienti dopo gastrectomia, i pazienti hanno rimarcato l'importanza di specificare gli effetti della gastrectomia, la nuova dieta da seguire e i nuovi obiettivi da stabilire dopo l'intervento.</p>	<p>Sheila N. Garland, Joshua Lounsberry, Guy Pelletier, Oliver F. Bathe, Canada, 2011</p>
<p>An overview of gastric cancer and its management</p>	<p>Cancer of the stomach, gastric cancer, stomach neoplasms</p>	<p>Revisione bibliografica</p>	<p>Lo scopo di questo articolo è quello di fornire una panoramica sulla gestione dei pazienti con diagnosi di cancro gastrico</p>	<p>Per i pazienti con malattia resecabile la chemioterapia peri-operatoria ha mostrato un beneficio significativo in termini di sopravvivenza globale rispetto alla sola chirurgia. Una efficace terapia di supporto è parte integrante del trattamento per i pazienti con cancro gastrico avanzato. I pazienti con un buon performance possono essere trattati con la chemioterapia, mentre nei pazienti con una scarsa performance meglio una terapia di supporto. Gli Infermieri, hanno un ruolo importante nella cura di questi di pazienti ed è essenziale che essi siano in grado di offrire e fornire adeguate informazioni e supporto durante questo percorso.</p>	<p>Karen Bailey, Inghilterra, 2011</p>
<p>Postoperative long-term evaluation of interposition reconstruction compared with Roux-en-Y after total gastrectomy in gastric cancer: prospective randomized controlled trial</p>	<p>Gastric cancer; Total gastrectomy; Quality of life; Postoperative complication interposition; Roux-en-Y; Prospective randomized controlled multicenter trial</p>	<p>103 pazienti, 51 con ricostruzione RY, 52 con ricostruzione INT.</p>	<p>Comparare il metodo di ricostruzione del digiuno interposizione (INT) con il metodo Roux-en-Y (RY) dopo gastrectomia totale.</p>	<p>Lo studio ha dimostrato che il metodo INT non garantisce una migliore qualità di vita nel lungo termine, una riduzione delle complicazioni, e un aumento dell'IBM rispetto al metodo RY dopo gastrectomia totale,</p>	<p>Sumiya Ishigami, Shoji Natsugoe, Shuichi Hokita, Teruaki Aoki, Hideyuki Kashiwagi, Kosei Hirakawa, Tetsuji Sawada, Yoshitaka Yamamura, Seiji Itoh, etal. Giappone, 2011</p>

Efficacy and necessity of nasojejunal tube after gastrectomy	Nasojejunal tube Total gastrectomy Complication	50 pazienti operati di gastrectomia suddivisi in due gruppi, gruppo A pazienti sondino, gruppo B pazienti senza il sondino	Valutare l'efficacia e la necessità del tubo nasodigiunale e la decompressione dopo la gastrectomia.	Lo studio ha dimostrato che l'inserimento del NJT dopo gastrectomia non ha avuto alcun effetto nella prevenzione delle anastomosi; inoltre, ha causato complicazioni e disagio per il paziente, quindi non si consiglia l'utilizzo del NJT dopo gastrectomia.	A. Tavassoli, M.T. Rajabi, A. Abdollahi, R. Bagheri, S. Noorshafiee Iran, 2011
Treatment Strategies in Gastric Cancer	Gastric cancer, gastrectomy, chemotherapy,	Revision bibliografica	Fare il punto della situazione per quanto riguarda la metodica chirurgica e la terapia chemioterapica	La standardizzazione delle procedure chirurgiche diminuisce il rischio di complicanze nei pazienti sottoposti a gastrectomia. Una chemioterapia perioperatoria in soggetti con un tumore ad uno stadio avanzato aumenta la sopravvivenza a 5 anni del 10%.	Hans-Joachim Meyer and Hansjochen Wilke Solingen, 2011
Extent of Gastric Resection Impacts Patient Quality of Life: The Dysfunction after Upper Gastrointestinal Surgery for Cancer (DAUGS32) Scoring System	Quality of life, Gastric cancer, DAUGS32 Gastric resection	165 pazienti, di cui 100 hanno subito una gastrectomia distale, 57 una gastrectomia totale e 8 una gastrectomia subtotale.	Valutare la validità e il possibile utilizzo del sistema di valutazione DAUGS32 per i pazienti sottoposti ad interventi delle alte vie digestive.	Lo studio ha dimostrato che questo sistema di valutazione è l'unico che indaga la qualità di vita dei pazienti dopo una operazione alle alte vie digestive, dimostrandosi affidabile e valido, ma necessita di altri studi per essere approvato e convalidato.	Misuzu Nakamura, Yoshinori Hosoya, Masahiko Yano, Yuichiro Doki, Isao Miyashiro, Kentaro Kurashina, et al, Giappone, 2011
Gastric malignancy: surgical management	advanced gastric cancer, D1 gastrectomy, D2 gastrectomy, early gastric cancer, subtotal gastrectomy, total gastrectomy	Revisione	Evidenziare i recenti cambiamenti e lo sviluppo nel trattamento chirurgico dei pazienti affetti da cancro gastrico.	Si sta evolvendo la resezione gastrica per via laparoscopica dimostrando che ha risultati nel breve e lungo termine simili a quella aperta, ma necessita ancora studi per l'efficacia della linfoadenectomia tramite laparoscopia.	Abdulzahra Hussain Inghilterra, 2011

Assessment of Quality of Life After Gastrectomy Using EORTC QLQ-C30 and STO22	Gastric cancer, quality of life, EORTC QLQ-30, Total gastrectomy, distal gastrectomy, Laparoscopic distal gastrectomy	98 pazienti di cui : 8 hanno subito una gastrectomia totale, 24 una gastrectomia distale e 44 una gastrectomia distale per via laparoscopica	Valutare la qualità di vita dei pazienti sottoposti a gastrectomia mediante i questionari EORTC QLQ-30 e STO22, comparando gli effetti delle procedure chirurgiche.	Mediante il questionario è stato visto come la qualità di vita sia peggiore a 1 mese dopo l'intervento chirurgico per poi migliorare. La TG ha ottenuto i punteggi peggiori di tutte le procedure chirurgiche nel primo mese. I punteggi dopo LADG sono stati superiori a quelli della DG a 1 e 3 mesi dopo l'intervento, ma non a 12 mesi.	Daisuke Kobayashi Yasuhiro Kodera Michitaka Fujiwara Masahiko Koike Goro Nakayama Akimasa Nakao Giappone, 2011
What is the best reconstruction method after distal gastrectomy for gastric cancer?	Distal gastrectomy Reconstruction Roux-en-Y Bile reflux Laparoscopy Quality of life Abdominal Digestive	151 pazienti suddivisi in 3 gruppi, ricostuzione Billroth I 49 pazienti, ricostuzione roux en Y 47, billroth II 52.	Valutare qual è il miglior metodo di ricostruzione dopo gastrectomia distale per cancro gastrico.	La ricostruzione RY è superiore a BI e B-II in termini di riduzione del reflusso della bile, ma non vi è alcuna differenza sulla qualità della vita e sullo stato nutrizionale postoperatorio. B-I è un valido sostituto in base alla semplicità della procedura, al residuo fisiologico e la facilità di sorveglianza endoscopica postoperatoria. L'approccio laparoscopico offre una migliore qualità della vita nel periodo postoperatorio.	Moon-Soo Lee Sang-Hoon Ahn Ju-Hee Lee Do Joong Park Hyuk-Joon Lee Hyung-Ho Kim Han-Kwang Yang Nayoung Kim Won Woo Lee Korea, 2012
Total gastrectomy with "over-D1" lymph node dissection: what is the actual impact of age?	Gastric cancer, Old age, Total gastrectomy, Clavien-Dindo Classification, Over-D1 lymph node dissection	161 pazienti divisi in due gruppi, 107 con età inferiore a 75 anni, 54 con età superiore a 75 anni	Valutare i fattori di rischio per le complicanze postoperatorie dopo Gastrectomia totale con linfadenectomia "over-D1"	l'età non è sufficiente per l'eleggibilità al trattamento curativo o palliativo, al contrario, questo studio indica che nei pazienti anziani candidati viene raccomandata una estesa resezione chirurgica purché le comorbidità preesistenti siano considerate. Raramente ci sono stati casi di malnutrizione durante lo studio questo per il continuo monitoraggio dell'alimentazione.	Giacomo Pata, Leonardo Solaini, Stefano Roncali, Mario Pasini, Fulvio Ragni, Italia, 2012
Health-related quality of life in cancer patients between baseline and a three-year follow-up	Quality of life Cancer Follow-up Performance status	216 pazienti per lo studio baseline, 126 pazienti per lo studio a 3 anni dall'operazione.	Identificare la qualità di vita nei pazienti oncologici a 3 anni dalla diagnosi	Dallo studio è emerso che per migliorare la qualità di vita dei pazienti bisogna agire sulla esperienza del dolore che questi pazienti provano; dopo 3 anni la vita di questi pazienti comparata alla popolazione generale è molto inferiore.	In Gak Kwon Eunjung Ryu Gie Ok Noh Yung Hee Sung Korea, 2012

Quality of life beyond the early postoperative period after laparoscopy-assisted distal gastrectomy: the level of patient expectation as the essence of quality of life	Gastrectomy Laparoscopy Stomach neoplasms Quality of life	80 pazienti , 35 sottoposti a LADG 45 (Gruppo A) sottoposti a ODSG(Gruppo B)	Confrontare la qualità della vita dopo il periodo postoperatorio e prima di raggiungere i 5 anni dopo l'intervento in pazienti che hanno subito una gastrectomia distale per via laparoscopica e pazienti che hanno subito una gastrectomia totale distale con chirurgia aperta.	La gastrectomia distale per via laparoscopica in confronto a quella aperta non ha offerto una migliore qualità di vita, anzi la diminuita in quanto le aspettative dei pazienti nei confronti di questa tecnica erano superiori, pertanto quando si propone questa tecnica bisogna mitigare le aspettative dei pazienti affinché abbiano una migliore qualità di vita.	Seung Soo Lee Seung Wan Ryu In Ho Kim Soo Sang Sohn Korea, 2012
Surgical outcomes of laparoscopy-assisted gastrectomy versus open gastrectomy for gastric cancer: a case-control study	Gastric cancer, Laparoscopic gastrectomy, Open gastrectomy	212 pazienti, gruppo A: 106 pazienti sottoposti a LAG gruppo B 106 pazienti sottoposti a OG	Chiarire la fattibilità ed efficacia della tecnica laparoscopica (LAG) rispetto alla chirurgia aperta (OG).	La laparoscopy si è differita dalla chirurgia aperta nei seguenti punti: perdita di sangue LAG 143 ml rispetto a OG 288 ml, tempo dell'operazione più lungo nel gruppo LAG 273 min rispetto al gruppo OG 231 min, il tempo del primo movimento intestinale 2 giorni contro 3 giorni, il tempo di utilizzo dei FANS 3 giorni contro 6 giorni.	Chikara Kunisaki,Hirochika Makino,Takashi Kosaka,Takashi Oshima,Shoichi Fujii,Ryo Takagawa,Jun Kimura,Hidetaka A. Ono,Hirotohi Akiyama,Masataka Taguri,Satoshi Morita,Itaru Endo Giappone, 2012
Current Management and Future Strategies of Gastric Cancer	Stomach neoplasm, primary prevention, screening, gastrectomy, lymphadenectomy, biological marker, molecular therapeutics	Revisione	Revisione degli articoli per capire: la corretta gestione del cancro gastrico per quanto riguarda la carcinogenesi gastrica, la sua prevenzione, la diagnosi precoce con test di screening, il trattamento chirurgico e come gestire la malattia avanzata.	Il cancro gastrico è la seconda causa di morte più comune per cancro in tutto il mondo ed è ancora un peso globale di assistenza sanitaria. Secondo il piano d'azione dell'OMS contro il cancro, il monitoraggio dei malati di cancro è una parte essenziale e deve essere fornito come parte del continuum di prevenzione primaria, di diagnosi precoce, del trattamento e delle cure palliative. Deve esserci una cooperazione di medici di base, specialisti in oncologia, comunità locali, governi e organismi internazionali	Joong Ho Lee, Kyung Min Kim, Jae-Ho Cheong, and Sung Hoon Noh Korea, 2012

A 5 Year Analysis of Readmissions after Radical Subtotal Gastrectomy for Early Gastric Cancer	Quality of life, Early gastric cancer, readmission, subtotal gastrectomy	69 pazienti di 530 sono stati riammessi in ospedale dopo l'operazione	Valutare gli effetti della riammissione dei pazienti in ospedale sulla loro qualità di vita	Si può migliorare la qualità di vita del paziente prevenendo la riammissione agendo sull'educazione prima della dimissione, sul management post operatorio e sull'effettiva capacità del paziente di ritornare a casa.	Min-Chan Kim, Ki-Han Kim, Ghap-Joong Jung, Korea,2012
Gastric cancer: Classification, histology and application of molecular pathology	Gastric carcinoma; classification; histology; HER2; CDH1; DPD; molecular pathology	Revisione bibliografica	Rivedere la nuova classificazione dei tumori gastrici	il cancro gastrico rimane una malattia mortale e le scoperte di nuovi marcatori molecolari dell'alterazione genetica e epigenetica, hanno contribuito a migliorare la cura dei pazienti, favorito la speranza in essi e ha portato a nuove direzioni di cura.	Bing Hu I, Nassim El Hajj, Scott Sittler, Nancy Lammert, Robert Barnes, Aurelia Meloni-Ehrig Florida,2012
Changes of Quality of Life in Gastric Cancer Patients After Curative Resection	gastrectomy, gastric cancer, quality of life	465 pazineti, 377 pazienti sono stati sottoposti ad una gastrectomia subtotale, 88 a gastrectomia totale	Esaminare la qualità di vita nei soggetti affetti di cancro gastrico dopo gastrectomia nella popolazione Koreana	I nostri risultati possono aiutare ad informare meglio i pazienti su cosa aspettarsi dal periodo post-chirurgico e di offrire una adeguata gestione dopo l'intervento. Per migliorare la qualità della vita post-operatoria, c'è bisogno di fornire ai pazienti le informazioni sui problemi temporali che possono esserci. Per il gruppo ad alto rischio, i medici hanno bisogno di sviluppare e fornire interventi appropriati per ogni sintomo. Informare i pazienti sui possibili esiti della qualità della vita.	Ae Ran Kim, Juhee Cho, Yea-Jen Hsu, Min Gew Choi, Jae Hyung Noh, Tae Sung Sohn, Jae Moon Bae, Young Ho Yun, Sung Kim, Korea, 2012
Quality of life after gastrectomy for cancer evaluated via the EORTC QLQ-C30 and QLQ-STO22 questionnaires: surgical considerations from the analysis of 103 patients	Gastric cancer Quality of life Gastrectomy Roux-en-Y reconstruction Biloath II reconstruction	103 pazienti di cui 48 pazienti sottoposorti a gastrectomia totale e 55 sottoposti a gastrectomia subtotale	Valutare quali siano gli effetti che agiscono sulla qualità di vita dei pazienti sottoposti a gastrectomia totale o subtotale	Lo studio ha dimostrato come una gastrectomia subtotale con ricostruzione roux en Y aumenti la qualità di vita dei pazienti.	Stefano Rausei, Alberto Mangano, Federica Galli, Francesca Rovera, Luigi Boni, Gianlorenzo Dionigi, Renzo Dionigi Italia, 2013

Long-term experiences after oesophagectomy/gastrectomy for cancer—A focus group study	Cancer Experiences Gastrectomy Long-term Follow-up Oesophagectomy Quality of life	Sono stati intervistati 17 pazienti nel Maggio del 2009	Valutare la qualità di vita e come gestiscono la nuova situazione i pazienti operati di gastrectomia o esofagectomia in un periodo a lungo termine	Questo studio dimostra che la qualità della vita dei pazienti è fortemente influenzata dai sintomi rimanenti per un lungo tempo dopo l'intervento chirurgico. Tuttavia, la capacità dei pazienti di gestire la loro nuova situazione di vita non dipende dalla loro capacità di prendere il controllo di questa nuova situazione.	Marlene Malmstro, Bodil Ivarsson Jan Johansson Rosemarie Klefska Svezia, 2013
Clinicopathological features and outcomes of patients with gastric cancer: A single-center experience	Gastric carcinoma; Chemotherapy; Prognostic factors; Treatment; Survival; New agents	796 pazienti, 265 operati di gastrectomia totale 174 di gastrectomia subtotale, 341 Inoperabili o chirurgia palliativa	valutare la posizione, l'istopatologia, lo stadio e il trattamento del cancro gastrico ed i fattori prognostici per aumentare la sopravvivenza.	Lo studio ha dimostrato che: la gastrectomia prossimale ha una prognosi minore rispetto alla gastrectomia distale. Non c'è correlazione tra l'età e la sopravvivenza. Il numero di linfonodi invasivi diminuisce la sopravvivenza. Non ci sono implicazioni sulla sopravvivenza tra il cancro di tipo diffuso e quello intestinale.	Fatih Selcukbiricik, Evin Buyukunal, Deniz Tural, Mustafa Ozguroglu, Fuat Demirelli, Suheyla Serdengecti Turchia, 2013
Fast-track surgery could improve postoperative recovery in radical total gastrectomy patients	Fast-track surgery, Gastric cancer, Radical Total gastrectomy, Perioperative care, Outcomes	119 pazienti suddivisi in due gruppi: A 60, B 59.	Valutare l'impatto della chirurgia fast-track (FTS) sui costi di ospedalizzazione, tempo di degenza e le complicanze dopo gastrectomia totale.	Il FTS è una strategia di gestione perioperatoria sicura ed efficiente in pazienti sottoposti a gastrectomia totale e potrebbe promuovere il recupero post-operatorio, diminuire il tasso di complicanze, ridurre la durata della degenza e ridurre il costo dell'ospedalizzazione.	Fan Feng, Gang Ji, Ji-Peng Li, Xiao-Hua Li, Hai Shi, Zheng-Wei Zhao, Guo-Sheng Wu, Xiao-Nan Liu, Qing-Chuan Zhao Cina, 2013
Vitamin B12 Deficiency After Gastrectomy for Gastric Cancer	Gastrectomy, gastric cancer, vitamin B12, intrinsic factor, mecobalamin	645 pazienti di cui 469 operati di gastrectomia distale e 176 di gastrectomia totale	Identificare i fattori di rischio che portano ad una carenza di vitamina b12 dopo l'intervento di gastrectomia e come intervenire.	È necessario un monitoraggio pre e postoperatorio del livello della vitamina B12 nel siero per tutti i pazienti con cancro gastrico che devono sottoporsi ad una gastrectomia per prevenire o diagnosticare una carenza vitamina B12.	Yanfeng Hu, Hyoung Il Kim, Woo Jin Hyung, Ki Jun Song, Joong Ho Lee, Yoo Min Kim, Sung Hoon Noh Korea, 2013
Quality of life in cancer survivors 5	Gastrectomy Long-term care	143 pazienti per valutare la	Valutare come la gastrectomia totale	Pazienti sottoposti a TG che sono sopravvissuti più di 5 anni dall'intervento, non dimostrano uno	Seung Soo Lee , Ho Young Chung

years or more after total gastrectomy: A case-control study	Quality of life Stomach neoplasms	sopravvivenza a 5 anni, 39 per valutare la sopravvivenza oltre i 5 anni.	influisca sulla vita dei pazienti .	stato di tranquillità in termini di qualità di vita e chi deve ancora raggiungerli ha ancora bisogno di assistenza per i fattori sintomatici, finanziari, comportamentali. Inoltre, le preoccupazioni legate alla situazione finanziaria, reflusso, sazietà precoce, e restrizioni alimentari, hanno effetti negativi sulla qualità di vita per i superstiti. Pertanto, l'estensione degli sforzi oltre 5 anni dopo TG non sono accanimento terapeutico, ma una pratica ben giustificata.	Oh Kyoung Kwon Wansik Yu Korea, 2014
Quality of life after total and subtotal gastrectomy for gastric carcinoma	Quality of life Gastrectomy EORTC	53 pazienti: 25 sottoposti a gastrectomia totale, 28 sottoposti a gastrectomia sub totale	Valutare la qualità di vita dei pazienti sottoposti a gastrectomia totale comparandola con quella sub totale	Lo studio è molto ridotto, ma ha dimostrato che nei pazienti che hanno subito una gastrectomia totale presentano una significativa disfagia e una alimentazione ristretta.	Y.M. Goh, C. Gillespie, G Couper, S. Paterson-Brown Inghilterra, 2014
The Effects of Patient Participation YBased Dietary Intervention on Nutritional and Functional Status for Patients With Gastrectomy.	Body weight Dietary management Gastrectomy Nursing Nutritional status Patient participation Stomach neoplasms	48 pazienti sottoposti a gastrectomia, 26 nel gruppo sperimentale, 22 nel gruppo controllato.	Valutare gli effetti sul paziente facendolo partecipare alla compilazione della dieta, intervento PPDI.	Il PPDI ha dimostrato un aumento delle conoscenze, dello stato funzionale e nutrizionale dei partecipanti, un aumento della soddisfazione e della aderenza al piano dietetico, rispetto a chi non ha aderito, pertanto inserire le prospettive dei pazienti durante la compilazione del piano dietetico da parte degli infermieri aumenterebbe la qualità dell'assistenza e gli esiti positivi dell'intervento.	Hyunsun Kim, Eunyoung E. Suh, Hyuk-Joon Lee, Han-Kwang Yang, Korea, 2014
Is Early Oral Feeding after Gastric Cancer Surgery Feasible? A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials	Early oral Feeding, Total gastrectomy, Gastric cancer, Gastrectomy, Quality of life, Feeding, Nutrition	Revisione di letteratura dal 1995 al 2014	Valutare la fattibilità e la sicurezza di una alimentazione orale precoce (EOF) dopo gastrectomia per cancro gastrico.	EOF, anche iniziata lo stesso giorno dell'intervento di gastrectomia, sembra fattibile e sicura in quanto, non ha aumentato le complicazioni post-operatorie, il tasso di riammissione e il distacco delle anastomosi. Inoltre ha ridotto la durata della degenza postoperatoria e il tempo del primo movimento intestinale.	Xiaoping Liu Da Wang Liansheng Zheng Tingyu Mou, Hao Liu Guoxin Li Cina, 2014
Long-term outcomes of	Proximal gastrectomy	84 pazienti, 35 gastrectomia	Comparare gli effetti della gastrectomia	L'esecuzione di una gastrectomia prossimale con linfadenectomia potrebbe offrire risultati simili	Daisuke Ichikawa Shuhe Komatsu

patients who underwent limited proximal gastrectomy	Outcomes Anemia Body weight	totale 49 gastrectomia prossimale	totale con la gastrectomia prossimale, con l'obiettivo di prevenire la perdita di peso e l'insorgenza dell'anemia.	alla gastrectomia totale se applicata a pazienti con una diagnosi precoce di cancro gastrico, con possibili effetti positivi anche sul mantenimento del peso corporeo e la prevenzione dell'anemia postoperatoria.	Takeshi Kubota Kazuma Okamoto Atsushi Shiozaki Hitoshi Fujiwara Eigo Otsuji Giappone, 2014
Multimodal treatment of gastric cancer	Gastric cancer; Gastrectomy; Lymphadenectomy; Multimodal treatment; Adjuvant therapy; Neoadjuvant therapy; Chemotherapy; Radiotherapy; Targeted therapy	Revision di letteratura	Identificare l'approccio multidisciplinare nel trattamento del carcinoma gastrico e discutere le strategie future per migliorare l'esito di questi pazienti.	La gestione del cancro gastrico si è evoluta nel corso degli ultimi anni. I dati clinici hanno dimostrato che un approccio multimodale è obbligatorio per ottenere il massimo beneficio clinico; Pertanto, è auspicabile che ogni centro dispone di un team multidisciplinare che dovrebbe includere un chirurgo, un gastroenterologo, un medico oncologo, un medico radiologo e un patologo. Un'adeguata selezione dei pazienti è obbligatoria per ottimizzare i risultati clinici. Per ottenere questo endpoint, è necessario avere una stadiazione corretta della malattia e procedere per via laparoscopica.	Ilaria Proserpio, Stefano Rausei, Sabrina Barzaghi, Francesco Frattini, Federica Galli, Domenico Iovino, Francesca Rovera, Luigi Boni, Gianlorenzo Dionigi, Graziella Pinotti, Italia, 2014
"Fast track" rehabilitation after gastric cancer resection: experience with 80 consecutive cases	Gastric cancer, Fast-track surgery, Perioperative treatment, Hospital stay, Morbidity	80 pazienti, 10 hanno subito una gastrectomia prossimale, 38 una gastrectomia distale, 32 una gastrectomia totale	Valutare gli effetti del metodo fast track sui pazienti operati di gastrectomia prossimale, distale e totale per carcinoma gastrico	Il metodo fast track permette di ridurre i tempi di degenza, di ridurre i tempi del primo movimento intestinale, di ridurre i tempi della prima assunzione di alimenti e di ridurre i tempi di ripresa del paziente dall'intervento.	Jing-xiang Song, Xiao-huang Tu, Bing Wang, Chen Lin, Zai-zhong Zhang, Li-ying Lin Lie Wang Cina, 2014
Effect of early oral feeding on short-term outcome of patients receiving laparoscopic distal gastrectomy: A retrospective cohort study	Early feeding Gastric cancer Quality of life Distal gastrectomy Laparoscopic gastrectomy	84 pazienti divisi in 2 gruppi : A 40 pazienti, b 44 pazienti	Valutare gli effetti della nutrizione precoce dopo nutrizione orale dopo gastrectomia per via laparoscopica su pazienti affetti di cancro gastrico.	L'alimentazione precoce per via orale potrebbe ridurre la durata della degenza ospedaliera senza aumentare le complicanze, potrebbe migliorare il movimento intestinale dopo l'operazione. I dati hanno rilevato che l'alimentazione precoce crea nei pazienti una minor sensazione di stanchezza. Il motivo potrebbe essere dovuto ad una sensazione confortevole dei pazienti.	Liu Hong, Yu Han, Hongwei zhang, Qingchuan Zhao, Jinqiang Liu, Jianjun Yang Mengbin Li Kaichun Wu. et al. Cina, 2014

Subtotal gastrectomy for gastric cancer	Gastric cancer; Gastrectomy; Lymphadenectomy; Laparoscopy; Endoscopy; Quality of life; Gastric stump cancer	Revisione	Indagare sulle nuove tecniche e comparare con le vecchie tecniche.	Il ruolo più importante nella gestione del paziente è comprendere quale tecnica sia più efficace e consona per le caratteristiche presentate dal paziente.	Roberto Santoro, Giuseppe Maria Ettore, Eugenio Santoro Italia, 2014
Feasibility of enhanced recovery after surgery in gastric surgery: a retrospective study	Enhanced recovery after surgery, Gastric cancer, Gastrectomy, Feasibility, Postoperative complications	203 pazienti sottoposti a gastrectomia sono stati sottoposti al programma ERAS	Valutare se il programma ERAS (Enhanced recovery after surgery) è applicabile ai pazienti sottoposti a gastrectomia	Il programma riabilitativo ERAS sembra favorire il recupero delle funzionalità del paziente e riduce i giorni di degenza, ma nello studio è stato applicato principalmente a pazienti con diagnosi T1 associato a D1 pertanto è necessario uno studio sul programma applicato a stadi più avanzati per affermare che ha una effettiva efficacia.	Takanobu Yamada, Tsutomu Hayashi, Toru Aoyama, Junya Shirai, Hirohito Fujikawa, et al. Giappone, 2014
Early enteral nutrition after total gastrectomy for gastric cancer	Gastric cancer, enteral nutrition, parenteral nutrition, total gastrectomy, complications	72 pazienti di cui 37 nel gruppo EEN e 35 TPN.	Valutare la differenza tra la nutrizione enterale (EEN) e la nutrizione parenterale totale (TPN) dopo gastrectomia totale per carcinoma gastrico.	Questo studio dimostra che la EEN è ben tollerata, ha pochi effetti negativi sulla riabilitazione dei pazienti dopo l'operazione, può migliorare lo stato nutrizionale post-operatorio, migliorare l'immunità, ridurre la durata del ricovero in ospedale, e risparmiare il costo di ricovero.	Wei Chen , Zheng Zhang, Maoming Xiong, Xiangling Meng, Fen Dai, Jun Fang, Hong Wan, Miaofeng Wang Cina, 2014
Resectable Stomach Cancer	Gastrectomy, chemotherapy, radiation therapy, gastric cancer, lymphadenectomy.	Revisione di letteratura	Punto della situazione sul trattamento chirurgico e chemio-radioterapico	Dopo la resezione del cancro gastrico, la chemioterapia adiuvante in combinazione con radioterapia sono trattamenti standard e dovrebbe essere considerata in particolare per i pazienti sottoposti a linfadenectomia D0, con linfonodi regionali positivi o con margini positivi. Una opzione di trattamento standard per il cancro gastrico resecabile è la chemioterapia perioperatoria, con 3 cicli di epirubicina, cisplatino e 5-FU dati prima e dopo l'intervento chirurgico. Per i pazienti che sono stati sottoposti ad una linfadenectomia D2, in particolare quelli con linfonodi regionali negativi, la	Parima Daroui, Salma K. Jabbour, Joseph M. Herman, May Abdel-Wahab, Nilofer Azad, A. William Blackstock, Prajnan Das, Karyn A. Goodman, Theodore S. Hong, William E. Jones

				chemioterapia adiuvante è consigliabile farla da sola. Per il cancro gastrico non operabile, le opzioni di trattamento standard includono chemio-radioterapia, preferibilmente per il paziente che può tollerare un tale regime. In alternativa, solo radioterapia o chemioterapia sono una valida opzione di trattamento per un paziente con un performance e status compromesso.	Harmeet Kaur, Andre A. Konski, Albert C. Koong, Rachit Kumar, Timothy M. et al. Philadelphia, 2015
Assessment of Surgical Treatment and Postoperative Nutrition in Gastric Cancer Patients Older than 80 Years	Gastrectomy, elderly patients, nutrition	471 pazienti operati di gastrectomia, 430 con meno di 80 anni, 41 con oltre 80 anni.	Valutare gli effetti della gastrectomia sui pazienti con 80 anni di età	Lo studio dimostra che l'età non incide sugli effetti della gastrectomia, ma al contrario, lo stadio del tumore e la presenza di comorbilità aumentano il rischio di mortalità.	Tomonori Nakanoko, Yoshihiro Kakeji, Koji Ando, Yuichiro Nakashima, et al. Giappone, 2015
Comparison of quality of life and worry of cancer recurrence between endoscopic and surgical treatment for early gastric cancer	early gastric cancer; EORTC, endoscopic submucosal dissection; HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale); quality of life; gastrectomy	325 pazienti, di cui 137 sottoposti a dissezione endoscopica, 188 a gastrectomia	Valutare l'ansia e la preoccupazione in pazienti alla quale è stato asportato un cancro gastrico iniziale tramite endoscopia o chirurgia.	I pazienti mostrano una ansia e depressione rilevante, questo a causa della conservazione dello stomaco, ma al contrario la conservazione offre una migliore qualità di vita, per tanto nel periodo di follow up, c'è bisogno di tranquillizzare il paziente.	Jae Hyuk Choi, Eun Soo Kim, Yoo Jin Lee, Kwang Bum Cho, Kyung Sik Park, Byoung Kuk Jang, Woo Seung Wan Ryu Korea, 2015
Comparison of Quality of Life and Nutritional Status in Gastric Cancer Patients Undergoing Gastrectomies	Stomach neoplasms, Gastrectomy, Nutritional status, Quality of life	222 pazienti sottoposti a gastrectomia	Valutare se la qualità di vita è influenzata di più dal periodo post operatorio o dalla nutrizione in pazienti che hanno subito una gastrectomia.	La qualità di vita dei pazienti sottoposti a gastrectomia è diminuita nel periodo post operatorio in associazione ad uno stato di malnutrizione, è necessario pertanto agire durante questo periodo per correggere questa situazione.	Hee-Sook Lim Gyu-Seok Cho, Yoon-Hyung Park, Soon-Kyung Kim Korea, 2015
Morbidity after Total Gastrectomy: Analysis of 238 Patients	Total gastrectomy, morbidity, Gastric cancer,	238 pazienti sottoposti a gastrectomia totale	Definire i parametri di riferimento e reporting degli eventi avversi post-operatori per gastrectomia totale.	Il distacco dell'anastomosi esofagea rimane l'evento post-operatorio dominante, e si verifica quasi esclusivamente entro le prime 3 settimane, pertanto è un punto da analizzare nel follow-up post-operatorio e post-dimissione. Ci viene	Luke V Selby, MD, Emily A Vertosick, Daniel D Sjoberg, Mark A Schattner,

				ricordato che gli eventi avversi minori apparentemente innocue spesso precedono più gravi eventi avversi. Un reporting accurato degli eventi avversi post-operatori, aiuta a migliorare la qualità chirurgica.	Yelena Y Janjigian, Murray F Brennan, Daniel G Coit, Vivian E Strong, New York, 2015
Preoperative Quality of Life in Patients with Gastric Cancer	Stomach neoplasms; Quality of life; Preoperative period; Health records, personal; Patients	212 pazienti sottoposti a gastrectomia	Valutare i fattori socio-anagrafici e clinici che possono influenzare la qualità della vita pre-operatoria per determinare come migliorarla nei pazienti con cancro gastrico.	La qualità della vita preoperatoria in pazienti con carcinoma gastrico può essere migliorata con un supporto nutrizionale e trattamento dei sintomi causati dalla progressione della malattia. È consigliato un supporto psicologico in quanto può essere utile per i pazienti con una scarsa qualità di vita.	Hyoam Suk, Oh Kyung Kwon, Wansik Yu Korea, 2015
Systematic review on quality of life outcomes after gastrectomy for gastric carcinoma	Gastrectomy; gastric carcinoma; quality of life (QOL)	Revisione bibliografica	Analizzare la qualità di vita dei pazienti dopo essere stati sottoposti a gastrectomia.	Nel complesso, HRQOL torna a livelli simili o migliori dopo 1 o 2 anni, rispetto a prima dell'intervento chirurgico. I miglioramenti più significativi sono stati dimostrati in pazienti con una forte componente emotiva, che è un componente saliente di HRQOL in pazienti oncologici.	Bernard Shan, Leonard Shan, David Morris, Sanjeev Golani, Akshat Saxena, Australia, 2015

