



PSDTA Tumori dello Stomaco

Allegato 5 : Il follow-up clinico-strumentale nel tumore gastrico e della giunzione gastro-esofagea sottoposti a gastrectomia

**A cura del Gruppo di Studio Tumori dello
stomaco Rete oncologica Piemonte e Valle
d'Aosta**

Anno di pubblicazione 2025

Gruppo di lavoro: A. MARANO, W. DEBERNARDI, E. MONTANARI, E. MAZZA

**Tumori gastrici ed esofagei:
valutazione delle più recenti acquisizioni
derivate dalla letteratura
scientifica per l'aggiornamento delle
raccomandazioni relative ai percorsi di cura**

**Il FOLLOW-UP clinico-strumentale nel tumore gastrico e della giunzione
gastro-esofagea sottoposti a gastrectomia
revisione sulla base delle LG europee/USA/asiatiche**

INTRODUZIONE

Il follow-up per i pazienti sottoposti a gastrectomia ad intento curativo (R0) con o senza chemioterapia peri-operatoria ha l'obiettivo principale di individuare e trattare precocemente le eventuali recidive (1, 2). Un altro potenziale vantaggio del follow-up strutturato è la possibilità di mitigare l'ansia dei pazienti, trattare eventuali sintomi postoperatori e carenze nutrizionali post trattamento. Al contrario, strategie di follow-up intensivo che prevedano esami frequenti possono essere faticose per molti pazienti e comportare un considerevole aumento dei costi sanitari (3).

Attualmente le linee guida nazionali ed internazionali si basano principalmente su lavori retrospettivi, opinioni di esperti, consensus e survey (2, 4-9). Solo recentemente è stato pubblicato uno studio randomizzato coreano su oltre 900 pazienti (3) ed è in corso un trial prospettico multicentrico che contribuirà a determinare una strategia di follow-up ottimale. In generale mancano prove consistenti a sostegno di un reale beneficio in termini di sopravvivenza derivante da un follow-up regolare e non vi è un consenso sulla frequenza e sugli schemi da seguire.

In linea di principio, è indicata una sorveglianza per 5 anni dopo l'intervento (6, 7, 9, 10) poiché la maggior parte delle recidive del tumore gastrico si verifica entro 2 anni (70%-80%) e quasi tutte entro 5 anni (~90%) dal completamento della terapia locale (11-13).

In generale, la sorveglianza include una visita medica con esami laboratoristici, biomarcatori tumorali e strumentali (i.e. tomografia assiale computerizzata-TC e l'esofagogastroduodenoscopia- EGDS) nonché visite dietologiche per il monitoraggio e la gestione di eventuali carenze nutrizionali. Inoltre, è fortemente consigliato(6, 8, 14) che tutti i pazienti con infezione da *Helicobacter Pylori* sottoposti a gastrectomia seguano il processo di eradicazione di *H.Pylori* secondo le attuali linee guida nazionali per ridurre il rischio di lesioni metacrone(15).

Premesso che il follow-up deve essere personalizzato in base al singolo paziente, allo stadio della malattia e alla reale candidatura a ulteriori terapie specifiche in caso di recidiva tumorale per evitare l'esecuzione di esami poco utili per il paziente e aggravanti i costi del

sistema sanitario, di seguito è riportato lo schema di sorveglianza per stadio di malattia di tumore gastrico sottoposto a gastrectomia sulla base dell'evidenza presente in letteratura.

STADIO I											
Tempo dalla chirurgia	anno		1		2		3		4		5
	mese	6	12	18	24	30	36	42	48	54	60
Visita, BMI, ematochimici, marcatori		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TC TA mdc			0		0		0		0		0
EGDS				0			0				0

STADIO I (i.e., pT1a/T1b pN0/N1; pT2N0)

Anno 0>2: ogni 6 mesi visita, ogni 12 mesi TC, entro 2 anni EGDS

Anno 2>5: ogni 6 mesi visita, ogni 12 mesi TC, al III e V anno EGDS

STADIO II-III													
Tempo dalla chirurgia	anno			1			2		3		4		5
	mese	4	8	12	16	20	24	30	36	42	48	54	60
Visita, BMI, ematochimici, marcatori		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TC TA mdc		0		0			0		0		0		0
EGDS				0			0		0		0		0

STADI II-III (i.e., pT1a/T1b ≥pN2, pT2 ≥pN1, ≥pT3 N0/+)

Anno 0>2: ogni 4 mesi visita, al IV e XII mese TC, ogni anno EGDS

Anno 2>5: ogni 6 mesi visita, ogni anno TC, ogni anno EGDS

Ematochimici: emocromo, elettroliti, assetto epatico

Marcatori: CEA, CA 19.9

TC TA mdc: tomografia computerizzata del torace e dell'addome con mezzo di contrasto

EGDS: Esofagogastroduodenoscopia

Bibliografia

1. Eom BW, Ryu KW, Lee JH, et al. Oncologic effectiveness of regular follow-up to detect recurrence after curative resection of gastric cancer. *Ann Surg Oncol*. 2011;18(2):358-64.
2. Hur H, Song KY, Park CH, et al. Follow-up strategy after curative resection of gastric cancer: a nationwide survey in Korea. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(1):54-64.
3. Park SH, Hyung WJ, Yang HK, et al. Standard follow-up after curative surgery for advanced gastric cancer: secondary analysis of a multicentre randomized clinical trial (KLASS-02). *Br J Surg*. 2023;110(4):449-55.
4. (AIOM) AIOM. Linee guida- Neoplasie dello stomaco e della giunzione esofago-gastrica 2021 [Available from: <https://www.aiom.it/linee-guida-aiom-2021-neoplasie-dello-stomaco-e-della-giunzione-esofago-gastrica/>].
5. Lordick F, Carneiro F, Cascinu S, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2022;33(10):1005-20.
6. NCCN. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)- Gastric Cancer 2025 [Version 3.2025 — August 22, 2025:[Available from: www.nccn.org].
7. Japanese Gastric Cancer Treatment Guidelines 2021 (6th edition). *Gastric Cancer*. 2023;26(1):1-25.
8. Wang FH, Zhang XT, Tang L, et al. The Chinese Society of Clinical Oncology (CSCO): Clinical guidelines for the diagnosis and treatment of gastric cancer, 2023. *Cancer Commun (Lond)*. 2024;44(1):127-72.
9. Kim IH, Kang SJ, Choi W, et al. Korean Practice Guidelines for Gastric Cancer 2024: An Evidence-based, Multidisciplinary Approach (Update of 2022 Guideline). *J Gastric Cancer*. 2025;25(1):5-114.
10. Zaanen A, Bouché O, Benhaim L, et al. Gastric cancer: French intergroup clinical practice guidelines for diagnosis, treatments and follow-up (SNFGE, FFCD, GERCOR, UNICANCER, SFCD, SFED, SFRO). *Dig Liver Dis*. 2018;50(8):768-79.
11. D'Angelica M, Gonen M, Brennan MF, et al. Patterns of initial recurrence in completely resected gastric adenocarcinoma. *Ann Surg*. 2004;240(5):808-16.
12. Youn HG, An JY, Choi MG, et al. Recurrence after curative resection of early gastric cancer. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(2):448-54.
13. Song J, Lee HJ, Cho GS, et al. Recurrence following laparoscopy-assisted gastrectomy for gastric cancer: a multicenter retrospective analysis of 1,417 patients. *Ann Surg Oncol*. 2010;17(7):1777-86.
14. Pimentel-Nunes P, Libânio D, Bastiaansen BAJ, et al. Endoscopic submucosal dissection for superficial gastrointestinal lesions: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2022. *Endoscopy*. 2022;54(6):591-622.
15. Romano M, Gravina AG, Eusebi LH, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: Guidelines of the Italian Society of Gastroenterology (SIGE) and the Italian Society of Digestive Endoscopy (SIED). *Dig Liver Dis*. 2022;54(9):1153-61.