

**REKOMENDACJE
KONSULTANTA KRAJOWEGO
W DZIEDZINIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
ORAZ
POLSKIEGO TOWARZYSTWA CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ
W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI I LECZENIA CHORYCH
NA RAKA ŻOŁĄDKA**

REKOMENDACJE OGÓLNE

Zaleca się, aby planowe operacje chorych na raka żołądka odbywały się w specjalistycznych ośrodkach referencyjnych lub w jednostkach z dużym doświadczeniem, w których wykonuje się minimum 50 resekcji żołądka w ciągu roku.

W zespole wykonującym operacje planową powinno uczestniczyć minimum 3 lekarzy, w tym 2 lekarzy specjalistów chirurgów, w tym jeden z chirurgii onkologicznej oraz jeden lekarz lub dwóch lekarzy szkolących się w dziedzinie chirurgii.

Jeżeli ośrodek nie spełnia kryteriów ilościowych i jakościowych określonych w rekomendacjach ogólnych, to zabieg planowy może zostać wykonany w takim ośrodku, przez zespół chirurgiczny, w którym uczestniczy specjalista chirurg onkolog zatrudniony w systemie konsultanckim.

Leczenie chorych na raka żołądka ma charakter wielodyscyplinarny.

Ośrodki medyczne wykonujące procedury diagnostyczno-terapeutyczne powinny mieć następujące możliwości:

ORGANIZACYJNE

1. Możliwość wykonania laparoskopii w miejscu
2. Możliwość wykonania śródoperacyjnego badania histopatologicznego w miejscu.
3. Możliwość oceny mutacji HER2
4. Możliwość wykonania śródoperacyjnej gastrokopii w miejscu
5. Możliwość wykonania USG (z możliwością badania śródoperacyjnego), TK w miejscu.
6. Możliwość przeprowadzenia leczenia uzupełniającego (chemioterapia, radioterapia) w miejscu lub na podstawie umowy z ośrodkiem zewnętrznym.
7. Regularne zebrania zespołu wielodyscyplinarnego.
8. Przy ocenie preparatu po operacjach żołądka wskazana jest właściwa, określona stosownym protokołem, współpraca chirurga i patomorfologa;
9. Konieczna jest możliwość prospektywnego monitorowania wskaźników w następujących aspektach: - odsetek powikłań chirurgicznych,
- wskaźnik śmiertelności okołoperacyjnej

- odsetek miejscowych nawrotów
- odsetek nieszczelności zespołań

MERYTORYCZNE

W zakresie diagnostyki

W przypadku podejrzenia raka żołądka każdy chory powinien mieć wykonane:

1. Badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego z pobraniem wycinków
2. USG jamy brzusznej i rtg klatki piersiowej
3. Test na HP

- Po potwierdzeniu rozpoznania nowotworu złośliwego należy wykonać TK jamy brzusznej oraz miednicy u kobiet wg uzgodnionego z radiologiem protokołu żołądkowego. W przypadkach zaawansowanych można rozważyć wykonanie PET/TK.
- U chorych z podejrzeniem wczesnego raka żołądka (<cT2) należy wykonać endoskopową ultrasonografię w celu oceny rozległości i głębokości naciekania ściany żołądka oraz obecności przerzutów w okołożołądkowych węzłach chłonnych.
- U chorych na zaawansowanego raka żołądka (≥cT2), u których w powyższych badaniach nie wykryto przerzutów odległych (cM0) konieczne jest wykonanie laparoskopii diagnostycznej. Przy podejrzeniu rozsiewu wewnątrztrzewnowego niewidocznego w USG/TK, na co wskazuje wodobrzusze i/lub widoczny guz jajnika, należy rozważyć wykonanie diagnostycznej punkcji jamy otrzewnowej z pobraniem płynu/popłuczyn do oceny cytologicznej (metoda immunocytoologiczna), przed planowaną chemioterapią paliatywną. Potwierdzenie rozsiewu w jamie otrzewnej jest wskazaniem do leczenia skojarzonego w ośrodku, który dysponuje chemioterapią dootrzewnową w hipertermii (HIPEC).

W zakresie leczenia

W przypadku rozpoznania raka żołądka po wykluczeniu obecności przerzutów odległych postępowanie powinno być następujące:

- W przypadku raka wczesnego żołądka zabieg może być ograniczony do usunięcia części żołądka lub endoskopowej dyssekcji podśluzówkowej (jeśli T1aN0, G1, średnica zmiany do 2 cm, bez owrzodzenia); w przypadku wieloogniskowości należy usunąć cały żołądek; zakres limfadenektomii w przypadku raka wczesnego leczonego operacyjnie powinien obejmować co najmniej D1+[D1 alfa (+stacja 8) lub D1 beta (+stacje 8 i 9)].
- W przypadku rozpoznania raka żołądka T2-4 N0-3 zaleca się rozważenie zastosowania okołoperacyjnej chemioterapii.
- W przypadku rozpoznania zaawansowanego raka (≤T2N0) położonego w części dystalnej, typu jelitowego wg Lauren, można wykonać wycięcie dalszej części żołądka. W przypadkach takich zaleca się wycięcie obwodowej części żołądka z marginesem ≥5 cm od guza (margines mierzony w kierunku proksymalnym).
- W pozostałych przypadkach zaawansowanego raka należy wykonać całkowite wycięcie żołądka.
- We wszystkich operacjach o charakterze radykalnym (R0) obowiązuje wykonanie limfadenektomii co najmniej D2.

Ponadto:

- Nie zaleca się rutynowego usuwania śledziony ani ogona trzustki z wyjątkiem przypadków bezpośredniego naciekania guza na te narządy.

- W przypadku zaawansowanego raka żołądka, gdy drożność przewodu pokarmowego jest zaburzona (nawet gdy stwierdzono rozsiew w jamie otrzewnej), należy rozważyć wykonanie operacji paliatywnej przywracającej pasaż przez przewód pokarmowy.
- W nieresekcyjnych przypadkach, przy znacznym zwężeniu światła narządu i objawach podniedrożności lub niedrożności, zwłaszcza w okolicy odźwiernika zaleca się wykonanie zabiegu omijającego albo założenie odżywczej jejunostomii. Warty rozważenia jest również wykonanie paliatywnej resekcji dalszej części żołądka, o ile jej wykonanie jest możliwe i bezpieczne.
- U każdego chorego na zaawansowanego raka żołądka, u którego pierwotnie wykonano (poza ośrodkiem referencyjnym) resekcję/gastrektomię bez chemioterapii przedoperacyjnej, a badanie histo-patologiczne preparatu operacyjnego wskazuje na uchybienia co do radykalności operacji (<D2, zbyt mała liczba zbadanych węzłów chłonnych <15, cechy R1), należy rozważyć zastosowanie radio-chemioterapii uzupełniającej.