



GRUPPO DI STUDIO
TUMORI DEL PANCREAS
E VIE BILIARI

**Tecnica TC per valutazione di pazienti
con sospetto Carcinoma del Pancreas**

Documento redatto da:

Dr. Giorgio Limerutti

Radiologia Diagnostica 1 - Presidio Osp. Molinette - Torino.

Attualmente la metodica radiologica più idonea alla valutazione dei pazienti con sospetta lesione produttiva del pancreas è la TC.

L'indagine è utilizzata per la diagnosi e la stadiazione della malattia, e può fornire informazioni utili al planning pre-operatorio.

L'esame deve essere eseguito con **apparecchiatura multibanco**, ormai largamente diffuse in quasi tutti i servizi di radiologia della regione, **con tecnica multifasica** (basale, arteriosa, portale e tardiva) utilizzando **mdc ad alta concentrazione con alta velocità di flusso**, con acquisizione con spessori di strato di 1, 25 mm o inferiori; questo consentirà di ottenere in post-processing ricostruzioni multiplanari, MIP ed eventualmente VR.

Il referto TC dovrà definire le caratteristiche morfologiche e densitometriche della lesione (T) e la sua sede (testa, istmo, corpo, coda).

Eventuali linfonodi saranno descritti indicandone la sede e le dimensioni.

Di estrema importanza ai fini dell'operabilità della lesione è la ricerca di lesioni ripetitive epatiche, meglio evidenti in fase portale o di segni suggestivi per carcinosi peritoneale. (In letteratura non risulta raccomandata alla diagnosi l'estensione dell'indagine al torace)

Di fondamentale importanza, in aggiunta alla diagnosi e alla stadiazione della neoplasia, risulta la valutazione dei rapporti della stessa con le strutture vascolari critiche, sia arteriose sia venose, per stabilire la resecabilità del tumore.

Devono essere sempre valutate, utilizzando ricostruzioni multiplanari, MIP ed eventualmente VR, la vena mesenterica superiore, la confluenza tra vms e vp, e la vena porta; è importante riportare i rapporti della massa con tali strutture facendo riferimento sia all'estensione longitudinale sia al coinvolgimento circonfenziale, valutare alterazioni di calibro e riconoscere eventuali segni di infiltrazione o trombosi. Con lo stesso metodo dovranno essere valutate l'arteria mesenterica superiore, l'arteria epatica, la gastroduodenale ed il tripode celiaco; per quanto concerne le arterie lo studio dovrà specificare il coinvolgimento circonfenziale ($> 180^\circ$).

Infine nel referto dovranno essere riportate, qualora la lesione sia resecabile, eventuali varianti anatomiche vascolari per fornire al chirurgo le necessarie informazioni preoperatorie.

Bibliografia

1. Darren D.D. et al Comprehensive preoperative assessment of pancreatic adenocarcinoma with 64-section volumetric CT Radiographics 2007; 27:1653-1666
2. Brugel M et al Assesment of vascular invasion in pancreatic head cancer with multislice spiral CT : value of multiplanar reconstructions Eur Radiol 2004; 14:1188-1195
3. Roche CJ et al CT and pathologic assesment of prospective nodal staging in patients with ductal adenocarcinoma of the head of the pancreas AJR 2003; 180:475-480
4. Tamm el al Diagnosis, staging and surveillance of pancreatic cancer AJR 2003; 180:1311-1323
5. Gavin L et al Multimodaalitu imaging of neoplastic and non-neoplastic solid lesion of the pancreas Radiographics 2011; 31:993-1015
6. NCCN Guidelines version 2.2011 Pancreatic Adenocarcinoma
7. Cascinu S. Pancreatic cancer: ESMO clinical recommendations for diagnosis, treatment and follow-up Annals of oncology 2009; 20 (supplement 4):iv37-iv40
8. Nordback I et al Chest computed tomography in the staging of pancreatic and periampullary carcinoma Scand J Gastroenterol 2004;39:81-86
9. Raptopoulos V et al The use of helical CT e CT angiography to predict vascular involvement from pancreatic cancer: correlation with findings and surgery AJR 1997;168:971-977