



GRUPPO DI STUDIO
TUMORI DEL PANCREAS
E VIE BILIARI

**QUALITA' DELL'IMAGING PREOPERATORIO PER UNA
STADIAZIONE CORRETTA E UNA DEFINIZIONE DI NON
RESECABILITÀ, RESECABILITÀ E RESECABILITÀ BORDERLINE**

Documento redatto da:

Dr. ssa D. Campra Chirurgia Generale 7. Presidio Ospedaliero Molinette - Torino

Dipartimento interaziendale ed interregionale
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino.
Presidio Ospedaliero Molinette
C.so Bramante n. 88 - 10126 Torino
Segreteria tel-fax 011/6336889 e-mail: ucr@reteoncologica.it

La **TC multibanco** con la possibilità di ricostruzioni vascolari è la tecnica di riferimento per la diagnosi e la stadiazione del carcinoma del pancreas (1).

L'esame TC deve essere eseguito con criteri di qualità univoci in modo che l'esame eseguito in un centro possa essere rivalutato nel centro "high volume" di riferimento senza necessità di ripetere la metodica.

Ci devono essere dei **REQUISITI MINIMI DI REFERTAIONE** che descrivano:

- la lesione e i suoi rapporti con tripode celiaco, AMS, VMS, confluyente portale - vena porta, aorta;
- il tipo di interessamento vascolare, quando presente;
- la presenza di MTS epatiche, segni di carcinosi peritoneale, linfadenopatie.

Una TC correttamente eseguita permette di distinguere tra pazienti non resecabili e quelli invece resecabili e, tra questi, i resecabili ab initio ed i borderline resecabili secondo la **classificazione** proposta dall'NCCN 2011, che è quella più diffusa, universalmente riconosciuta e facilmente applicabile (2) (tabelle 1-2-3) .

Tabella 1- Ca resecabili secondo NCC

Tumori considerati resecabili:
- assenza di metastasi a distanza
- assenza di qualunque segno di interessamento della VMS e della vena porta (compressione, distorsione, incarceramento, trombosi)
- clivaggio evidente intorno a SMA, tripode celiaco e arteria epatica

Tabella 2- Ca borderline secondo NCC

Tumori considerati borderline resecabili:
- assenza di metastasi a distanza
- coinvolgimento della VMV/vena porta con infiltrazione da parte del tumore che determina compressione e riduzione del calibro del vaso, incarceramento venoso senza coinvolgimento delle arterie vicine o occlusione di corto segmento venoso, da trombosi o incarceramento, ma tali da permettere una resezione sicura e ricostruibile chirurgicamente
- incarceramento dell'arteria Gastroduodenale fino all'arteria epatica con incarceramento o diretta infiltrazione per breve tratto dell'arteria epatica comune, in assenza di estensione a livello del tripode celiaco
- infiltrazione della SMA inferiore a 180° della sua circonferenza

Tabella 3- Ca non resecabili secondo NCCN

Tumori considerati non resecabili:
<u>Testa del pancreas</u> • metastasi a distanza • incarceramento della SMA superiore a 180 della sua circonferenza, invasione del tripode celiaco • occlusione non ricostruibile della VMS/vena porta • invasione o incarceramento aortico
<u>Corpo del pancreas</u> • metastasi a distanza • incarceramento della SMA superiore a 180 della sua circonferenza o del tripode celiaco • occlusione non ricostruibile della VMS/vena porta • invasione aortica
<u>Coda del pancreas</u> • metastasi a distanza • incarceramento della SMA superiore a 180 della sua circonferenza o del tripode celiaco
<u>Linfonodi</u> • presenza di metastasi linfonodali a distanza dal sito di resezione

Si sottolinea che la decisione sul management di dei pazienti deve essere multidisciplinare e il ruolo del chirurgo in quest'ambito è di valutare l'estensione della malattia ed il rischio operatorio del singolo paziente(2). L'imaging di riferimento per questo rimane la TC, mentre l'EUS ha un ruolo complementare soprattutto quando sia necessaria una conferma stadiativa (lesioni borderline) o l'esecuzione di una biopsia (trial di chemioterapia).

Altre tecniche, quali la laparoscopia e la PET, sono da considerare in casi particolari, dopo uno studio TC e non in alternativa ad esso, in pazienti ad alto rischio (es. alti livelli di CA19-9) per ricercare metastasi piccole non altrimenti evidenziabili.

Bibliografia

- 1) Pretreatment assesment of resectable and borderline resectable pancreatic acncer: exert consensus statement. Calley MP, Chang KJ, Fishman EK et al. Ann Surg Oncol 2009; 16: 1727-1733
- 2) NCCN Clinical practice Guidelines in oncology- Pancreatic Carcinoma. Version 2.2011

