



GRUPPO DI STUDIO
TUMORI DEL PANCREAS

ITER DIAGNOSTICO ITTERO

Documento redatto da:

Prof. M. Garavoglia

S.C. Chirurgia Generale 1. A.O.U. Maggiore della Carità di Novara

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

Iter diagnostico Ittero

Prof. M. Garavoglia

L'ittero ostruttivo è un'urgenza e pertanto la diagnostica e la terapia devono essere tempestive. L'ittero è presente nel 40% dei casi di tumore cefalo-pancreatico.

In presenza di un ittero di tipo ostruttivo, l'indagine diagnostica di primo livello è l'ecografia dell'addome che può evidenziare una dilatazione delle VB in toto oppure delle sole VB intraepatiche.

Esclusa l'ipotesi di una coledoco-litiasi mediante esecuzione di colangio-RM o di eco endoscopia (EUS); si procede con una TC con M.d.C dell'addome che, in caso di tumore cefalopancreatico, oltre ad evidenziare la presenza di una massa, consente una stadiazione di malattia ed anche una previsione sulla resecabilità del tumore con una accuratezza di circa l'80%¹ stratificando i pazienti in quattro categorie: pazienti con tumore resecabile, borderline, localmente avanzato e metastatico².

La risonanza magnetica può essere utilizzata come alternativa nei pazienti allergici al M.d.C.

In assenza di una massa evidenziabile alla TC è sempre opportuno eseguire una EGDS per escludere la possibile presenza di una neoplasia della papilla; l'EUS è risolutiva ai fini della diagnosi, in particolare sulle neoformazioni di piccole dimensioni con una sensibilità del 94.4%.³ Durante tale procedura è possibile inoltre eseguire diverse manovre diagnostiche quali un agoaspirato (FNA), una biopsia o un brushing delle VB per ottenere una conferma citologica/istologica sulla natura della stenosi. La sensibilità dell'FNA risulta essere dell'80%⁴ per quanto riguarda le lesioni solide mentre per quanto riguarda le lesioni cistiche è inferiore. La sensibilità del brushing si attesta attorno al 20%⁵ con un alto numero di falsi negativi.

Al fine quindi di una corretta stadiazione locale di malattia la TC a strato sottile e l'EUS risultano essere due indagini complementari, decisive nello stabilire la terapia. Esami complementari utili nella stadiazione complessiva di malattia risultano essere la PET-TC e la laparoscopia diagnostica.

Se in base alle indagini eseguite vengono soddisfatti tutti i criteri di resecabilità, in base alla iperbilirubinemia il paziente può essere immediatamente operato oppure si può procedere al posizionamento di uno stent temporaneo al fine di ridurre i valori di bilirubinemia e solo in un secondo momento indirizzare il paziente all'intervento chirurgico.

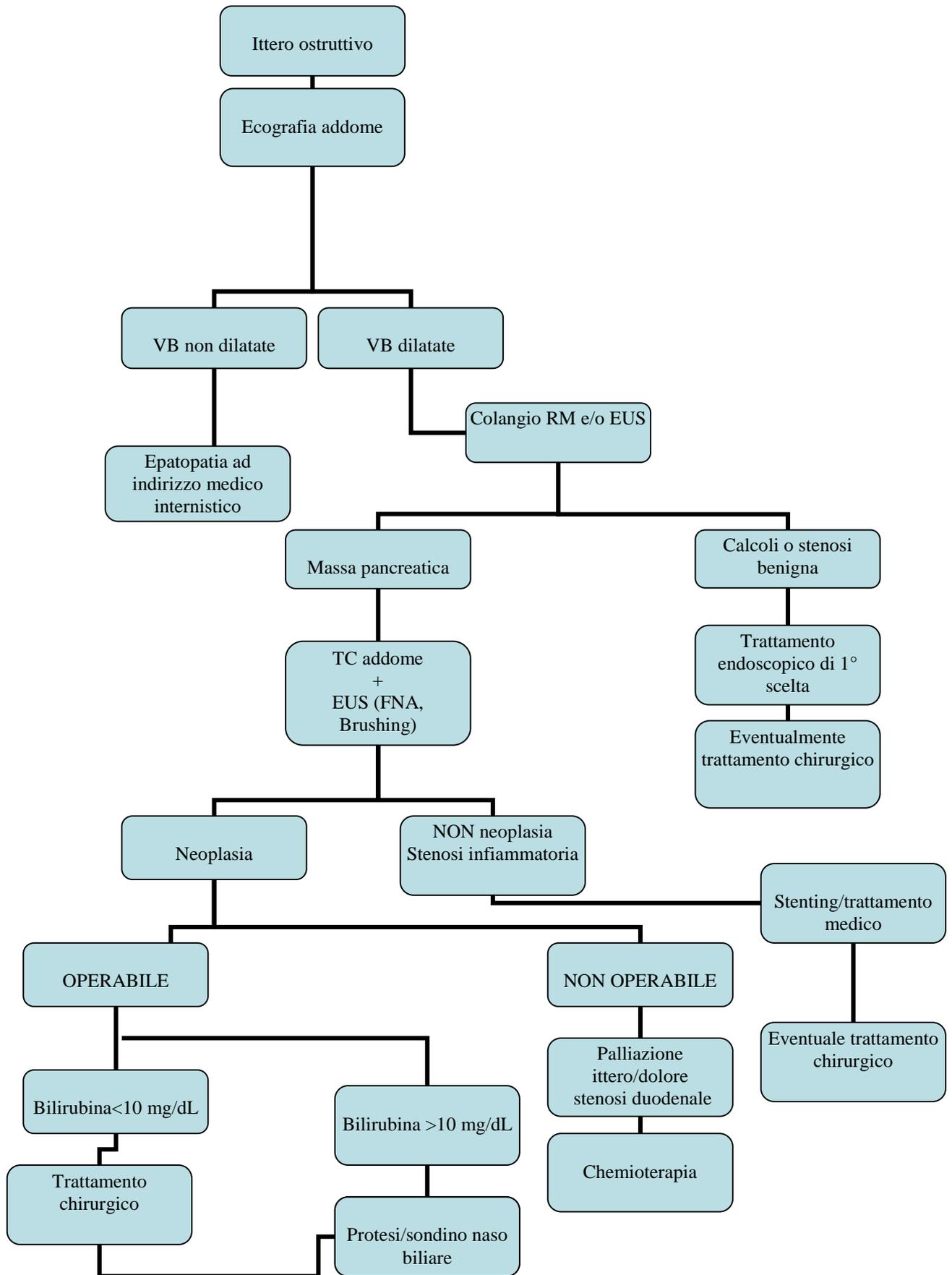
Se invece la neoplasia non risulta operabile si seguono le procedure di palliazione dell'ittero (Stenting/Drenaggio percutaneo) del dolore (neurolisi del plesso celiaco) e dell'eventuale stenosi duodenale. Successivamente il paziente viene indirizzato al trattamento oncologico.

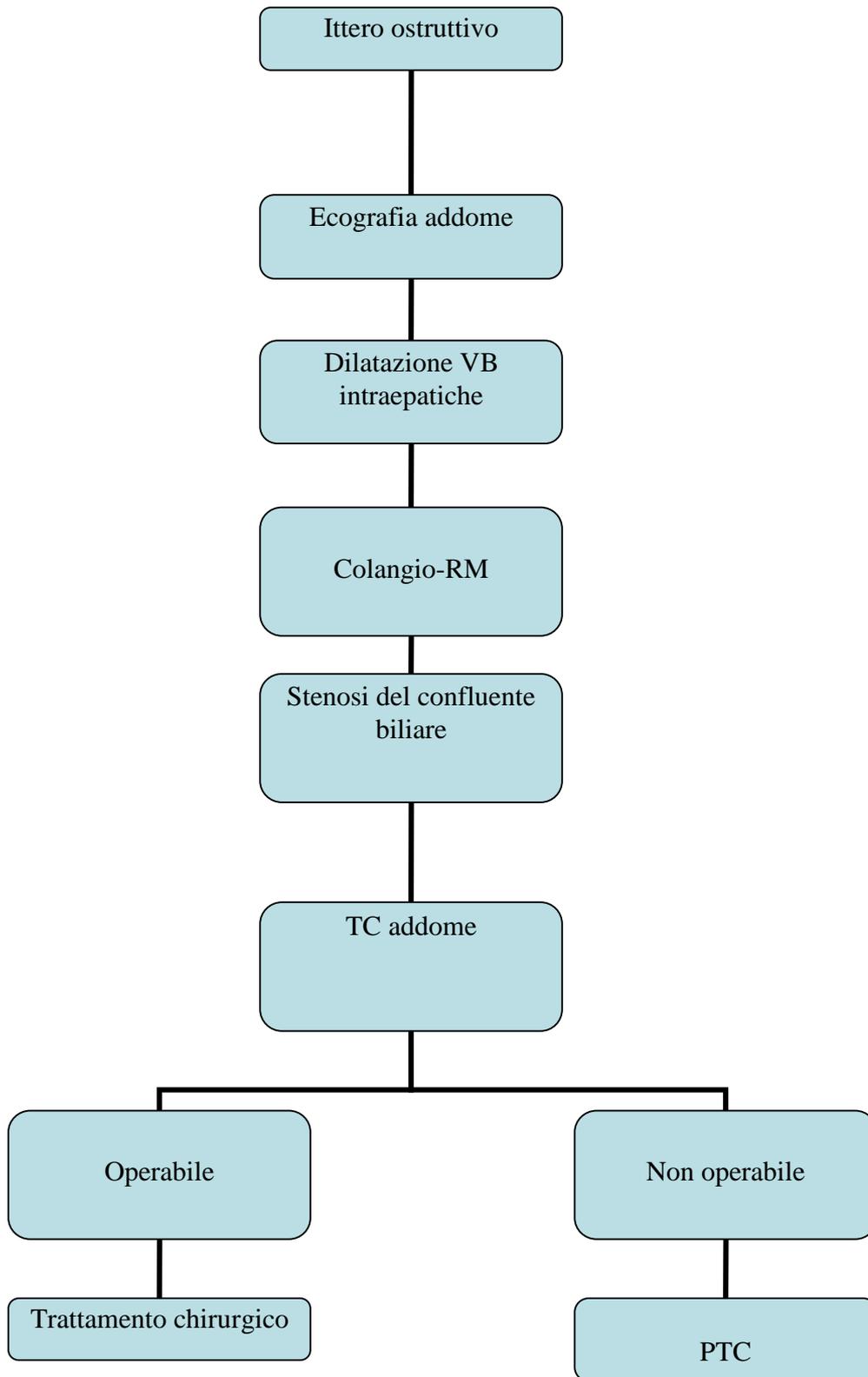
Per quanto riguarda la dilatazione delle VB intraepatiche si entra nel campo delle stenosi del confluente per lo più di natura neoplastica. Tale patologia insorge con ittero in più del 90% dei casi⁶. In questo caso la colangio RM ha un ruolo nello stabilire l'estensione della malattia in sede intraepatica, mentre la TC conserva un importante ruolo di stadiazione nel rapporto tra la stenosi e i vasi dell'ilo.

In questi casi la palliazione dell'ittero con protesi deve essere riservata alla PTC (percutaneous transhepatic colangiography) in quanto più agevole nel posizionamento.

L'operabilità è legata al risultato combinato della Colangio-RM e della TC.

Riassumendo quanto detto si può proporre il seguente percorso diagnostico:





¹ Vincent A, Pancreatic cancer. *Lancet* 2011 378:607-20

² Varadhachary GR, Borderline resectable pancreatic cancer: definitions, management, and role of preoperative therapy. *Ann Surg Oncol* 2006;13:1095-46

³ Sakamoto H; Utility of contrast enhanced endoscopic ultrasonography for diagnosis of small pancreatic carcinoma. *Ultrasound Med Biol* 2008;34 525-532

⁴ Harewood GC; Endosonography-guided fine needle aspiration biopsy in the evaluation of pancreatic masses. *Am J Gastroenterol* 2002;97:1386-91

⁵ Vincent A, Pancreatic cancer. *Lancet* 2011 378:607-20

⁶ Mosconi S, *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 2009; 69 259–270