



Psdta Tumori delle vie biliari

Allegato 3 : Indicazioni per il trattamento chirurgico

Gruppo di Studio Tumori del Pancreas e delle vie biliari

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Anno di pubblicazione 2024

INDICAZIONI PER IL TRATTAMENTO CHIRURGICO NEL CARCINOMA DELLA COLECISTI E DELLE VIE BILIARI

- **Colangiocarcinoma della via biliare distale:** Duodenocefalopancreasectomia (DCP) con linfadenectomia loco-regionale e asportazione della lamina retroportale. In caso di infiltrazione venosa, è indicata la resezione vascolare.

- **Colangiocarcinoma peri-ilare (pCCA):** la sola resezione della via biliare non è un trattamento oncologicamente adeguato. La resezione epatica (maggiore od estesa), in associazione alla resezione della via biliare rappresenta lo standard di trattamento. Ciò vale sia per i tumori di tipo III (a-b) o IV sec Bismuth sia per i tumori a localizzazione più bassa, i tipi I e II. Considerata l'elevata frequenza (30%-60%) con cui questa neoplasia diffonde per via linfatica, alla resezione biliare ed epatica è fondamentale associare la linfadenectomia loco-regionale.

- **Colangiocarcinoma intra-epatico:** il trattamento di scelta è la resezione epatica. L'estensione della resezione epatica nei colangiocarcinomi periferici dipende dal tipo (mass forming, periductal infiltrating, endobiliare), dalla localizzazione delle lesioni e dai rapporti vascolari. Rispetto ai colangiocarcinomi ilari le resezioni sono generalmente meno estese anche se la necessità di eseguire un'epatectomia maggiore resta comunque elevata (circa il 70%). Anche in questi pazienti, per l'elevata frequenza di metastasi linfonodali, è necessario eseguire una linfadenectomia loco-regionale sistematica al fine di ottenere una stadiazione adeguata. Una resezione della via biliare può essere associata nei casi di infiltrazione diretta (20- 30% dei casi).

- **Carcinoma della colecisti:** Nei casi di diagnosi intra- o postoperatoria, l'approccio terapeutico è determinato essenzialmente dalla profondità d'infiltrazione. Nel caso di tumori in situ o limitati alla tonaca sottomucosa (T1a) la colecistectomia semplice è un trattamento adeguato. Nei T1b in cui la neoplasia infila la tonaca muscolare, nel 16% dei casi può associarsi a metastasi ai linfonodi locoregionali. Pertanto appare preferibile un intervento resettivo associato ad una linfadenectomia. L'indicazione alla chirurgia resettiva nei pT1b è ancora dibattuta. Nei pT2, in cui il tumore invade il connettivo perimuscolare, vi è unanime accordo che la colecistectomia semplice non sia un trattamento sufficiente e che tutti i pazienti vadano radicalizzati; l'intervento prevede una resezione epatica ed linfadenectomia dei linfonodi di 1° (peduncolo epatico) e 2° livello (retroportali, arteria epatica comune, tripode celiaco) in quanto in questi pazienti in oltre il 10% dei casi è presente una malattia residua a livello del letto epatico della colecisti ed in circa il 30-40% dei casi sono presenti metastasi linfonodali. La resezione epatica deve preferenzialmente comprendere il segmento 5 e 4b, preferibilmente anatomica, in considerazione dell'estensione del territorio di drenaggio. Nel caso di pazienti T3-T4 il tipo di resezione epatica dipende dalla sede e dal tipo di crescita della neoplasia; nel cosiddetto liver-bed type, localizzato a livello del fondo-corpo e con crescita prevalentemente epatica, la resezione con margine negativo dei segmenti 4b-5 è sufficiente. Nel caso di tumori con infiltrazione della convergenza biliare, l'epatectomia destra estesa sembra essere oncologicamente più radicale. Anche in questi pazienti viene seguita una linfadenectomia regionale sistematica essendo il tasso di diffusione linfonodale del 70-80%. E' inoltre raccomandato un sampling dei linfonodi interaortocavali che se positivi rappresentano in genere una controindicazione alla resezione. L'approccio mininvasivo (laparoscopico o robotico) è considerato sicuro nei pazienti e può essere considerato in centri di riferimento, ma necessita ancora di validazione su larga scala.