



PSDTA Epatocarcinoma

Allegato 5 : Ablazione con radiofrequenza (RFA)/ microonde (MWA)

A cura del Gruppo di Studio Epatocarcinoma

Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta

Anno di pubblicazione 2024

- TERAPIE ABLATIVE

Ablazione con radiofrequenza (RFA) / microonde (MWA)

Le terapie ablative percutanee RFA o MWA sono indicate negli stadi 0 (con nodo di diametro < 2 cm) o A (con al massimo 3 nodi di diametro ≤ 3 cm) e sono più efficaci dell'alcolizzazione (PEI). La PEI può essere ancora considerata in alcuni casi selezionati e per tumori ≤ 2 cm posti in sede sfavorevole (peri-colecistica o perilare).

In tale contesto MWA ed RFA ottengono risposte complete in oltre il 90% dei casi, risultati cioè paragonabili alla chirurgia.

- Nei pazienti in stadio BCLC 0 e BCLC A la termoablazione è il trattamento di prima scelta per i pazienti non candidabili alla chirurgia.
- Nei pazienti BCLC 0 (tumori fino a 2 cm e in posizioni non sfavorevoli), la termoablazione può essere il trattamento di prima scelta anche nei pazienti candidabili alla chirurgia.

Le raccomandazioni internazionali suggeriscono che, per il nodulo tra 2 e 3 cm, la scelta fra resezione e termoablazione sia valutata in modo interdisciplinare caso per caso. Per il nodulo singolo >3 cm si propone che la scelta venga indirizzata verso la resezione; nel paziente non resecabile, è ragionevole considerare l'impiego di trattamenti loco-regionali anche combinati/sequenziali (RFA o MWA + TACE).

Nei pazienti non resecabili e non trattabili per via percutanea (per scarsa visibilità ecografica, contiguità con visceri, etc.) va considerato l'impiego di un approccio video-laparoscopico, da effettuarsi presso Centri esperti.

Trattamenti combinati. Il trattamento loco-regionale combinato e/o sequenziale (ablazione percutanea + TACE) offre vantaggi rispetto all'uso di una singola tecnica, aumentando la risposta tumorale ampliando il volume di necrosi tumorale ottenibile, ed è quindi utile nelle lesioni > 3 cm e < 5 cm; la TACE combinata a RF/MWA viene infatti eseguita nel 68% dei Centri Italiani, con le seguenti indicazioni: lesioni di maggiori dimensioni (2.5-7 cm), ipovascolari o in sedi difficili per le tecniche ablative. Nelle LG AIOM/AISF 2023, nei pazienti con cirrosi compensata e singolo HCC di dimensioni intermedie (3.1-5 cm) non resecabile il panel suggerisce di non utilizzare il trattamento combinato terapia intrarteriosa e ablazione percutanea rispetto alla sola ablazione. Altre LG (es. ESMO, AASLD), pur riportando evidenze più favorevoli al trattamento combinato, suggeriscono che tale terapia sia da decidere su base individuale nel board multidisciplinare.