



Standard di descrizione dell'atto operatorio nei Tumori Biliari

Gruppo di Studio sui Tumori del Pancreas e delle Vie Biliari

Comitato estensore

Coordinatore Mauro Santarelli – **Revisore** Francesco Leone

Marco Francesco Amisano , Paolo De Paolis, Alessandro Ferrero, Marco Palisi, Stefano Silvestri

Componenti del Gruppo di Lavoro che hanno approvato il documento

Coordinatori Donata Campra, Francesco Leone

Irene Alabiso, Marco Francesco Amisano, Marco Ballarè, Stefano Barbero, Elena Berrino, Davide Cassine, Simona Cauda, Viviana Contu, Anna De Luca, Stefano Giaccardi, Daniele Giordano, Serena Langella, Giorgio Limerutti, Franca Loddo, Annalisa Macera, Donatella Marino, Francesco Moro, Pietro Occhipinti, Marco Orsello, Oliviero Ostellino, Davide Ottaviani, Donatella Pacchioni, Veronica Perlo, Lisa Pietrogiovanna, Roberto Polastri, Luca Portigliotti, Ferruccio Ravazzoni, Dario Reggio, Vincenzo Ricci, Dorico Righi, Raffaele Romito, Paola Salacone, Mauro Santarelli, Anna Lucia Segreto, Dimitrios Siatis, Stefano Silvestri, Rosella Spadi, Antonella Usai, Tiziana Viora, Pasquale Vocino

Quesito relativo al documento di consenso
Un'accurata refertazione dell'atto operatorio fornisce numerosi elementi per la completa stadiazione e la valutazione prognostica dei pazienti sottoposti a chirurgia a scopo curativo nei tumori delle vie biliari. Per uniformare le modalità di refertazione dell'intervento chirurgico si richiede di fornire tutte le informazioni sulle diverse fasi dell'intervento secondo un elenco dettagliato.
Statement su adesione a Linee Guida Nazionali e/o Internazionali sul tema
Sono state esaminate le principali linee guida sui tumori delle vie biliari (NCCN, ESMO, AIOM).
Premessa
• Il principio fondamentale è quello di una resezione completa con margini negativi e linfadenectomia regionale. Margini di resezione e linfonodi metastatici sono fattori prognostici indipendenti. • Per eseguire un intervento radicale può diventare necessaria associare alla resezione della Via Biliare una resezione epatica o una DCP. Nonostante l'elevata morbidità, l'atto chirurgico, da eseguirsi solo in pazienti selezionati, rappresenta l'unico trattamento ad intento curativo. • Il riscontro intra operatorio di metastasi a distanza, peritoneali o linfonodali oltre l'ilo epatico rappresenta in genere una controindicazione all'intervento chirurgico. • I tumori all'ilo richiedono, oltre la resezione epatica maggiore dell'emifegato coinvolto, anche la resezione del Segmento 1. • Resezioni vascolari (venosa e/o arteriosa) all'ilo epatico sono consentite, ed impattano in modo positivo sulla prognosi. La resezione portale, se tecnicamente ricostruibile, incide positivamente sulla sopravvivenza; non vi è ancora accordo uniforme sulle resezioni arteriose. • Laparoscopia esplorativa: non vi è universale consenso sul suo utilizzo ma è consigliata in caso di sospetto carcinoma dell'ilo, anche se mancano studi randomizzati a supporto. • Per linfadenectomia regionale si intende: peduncolo epatico (pericoledocici, periportal e periarteriosi), arteria epatica comune fino al tripode celiaco e retroduodenali superiori. Per i colangiocarcinomi intra epatici di sinistra bisogna estendere la linfadenectomia anche alla piccola curva. • Sempre raccomandato l'esame estemporaneo al congelatore sul margine biliare (prossimale e anche distale).
Raccomandazione del Gruppo di Studio
• <i>Tipo di approccio:</i> Open (tipo di incisione), Laparoscopico (sede orifizi trocar/incisione di servizio). Tutte le linee guida suggeriscono lo staging laparoscopy nei pazienti ad elevato rischio di non resecabilità. • <i>Esplorazione</i> 1. Esplorazione della cavità peritoneale e del fegato alla ricerca di noduli di carcinosi o linfonodi a distanza sospetti al pre-operatorio; 2. Descrizione macroscopica del fegato; 3. Ecografia intra-operatoria: descrizione ecogenicità parenchima epatico; numero, dimensioni, sede, caratteristiche ecografiche delle lesioni (colangiocarcinomi intra-epatici, cisti, angiomi...), rapporti con i peduncoli glissoniani e vene sovra-epatiche. Descrizione della vascolarizzazione portale e drenaggio venoso (se presenza di varianti); 4. Manovra di Kocher e biopsia al congelatore di linfonodi inter-aorto-cavali nei casi dubbi; 5. Presenza di eventuali drenaggi biliari trans epatici. • <i>Linfadenectomia del peduncolo epatico</i> • <i>Transezione parenchimale</i>

1. Mobilizzazione dell'emifegato interessato;
 2. Eventuale approccio al confluente epatico cavale e alle vene sovra-epatiche;
 3. Transezione parenchimale:
 - definizione del tipo di epatectomia (segmenti coinvolti);
 - colecistectomia quando compresa nella trancia di sezione;
 - se tumore ilare: sezione della via biliare principale su margine macroscopicamente sano ed esame al congelatore sul margine distale. Se margine positivo estendere la sezione distalmente fino a referto al congelatore di margine indenne da neoplasia;
 - tecnica di epatectomia: regolata o trans parenchimale;
 - tecnica di transezione parenchimale: kellyclasia, dissezione ad ultrasuoni. Se con clampaggio del peduncolo indicare se continuo o intermittente e sua durata. Indicare se utilizzo del clampaggio totale e per quanto tempo;
 - tipo di eventuale resezione vascolare (portale o sovra-epatica) e sua ricostruzione (sutura diretta o con patch vascolari; tipo di patch; tipo e dimensione dei fili utilizzati);
 - tecnica di sezione della vena/e sovra-epatiche interessata/e (meccanica o mano, intraparenchimale o extraparenchimale);
 - durata della transezione;
 - stima delle perdite ematiche e dell'area di trancia;
 - durata totale dell'intervento chirurgico.
- *Fase ricostruttiva (in caso di sezione della VB):* anastomosi bilio digestiva mono o polidutto; tipo e dimensioni dei fili utilizzati.
 - *Tipo e sede di posizionamento di eventuali mezzi emostatici utilizzati.*
 - *Sede, numero e tipo di eventuali drenaggi addominali.*
 - *Tipo di chiusura della laparotomia ed eventuali tramiti dei trocars.*
 - *Definire se intervento ad intento radicale RO.*
 - *Descrizione dettagliata delle cause di non resecabilità.*

Motivazioni ed eventuali commenti sul rapporto costo/beneficio

Non applicabile al presente documento.

Bibliografia essenziale

1. Hepatobiliary Cancers. NCCN guidelines, versione 3.2017;
2. Linee Guida AIOM, Tumori delle vie biliari. Ed. 2016;
3. Biliary cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. J. W. Valle¹, I. Borbath², S. A. Khan³, F. Huguet⁴, T. Gruenberger⁵ & D. Arnold⁶ On behalf of the ESMO Guidelines Committee. Annals of Oncology 27 (Supplement 5): v28–v37, 2016;
4. Encyclopedie Medico-Chirurgicale (Tecniche Chirurgiche Chirurgia Addominale), Elsevier.