



Standard di refertazione dei tumori del pancreas e della VBP distale

Gruppo di Studio tumori del pancreas e delle vie biliari

Coordinatore: Francesco Leone

Comitato Estensore: E. Berrino (Coordinatore), A. Macera, S.Cavanna

Approvazione: Gruppo di Studio Pancreas-Vie Biliari 12.12.16

Berrino Elena, Campa Donata, Coppola Franco, De Luca Anna, Giordano Daniele, La Terra Antonella, Langella Serena, Leone Francesco, Moro Francesco, Ostellino Oliviero, Pacchioni Donatella, Ponzetti Agostino, Ricci Vincenzo, Santarelli Mauro, Silvestri Stefano, Spadi Rosella, Viora Tiziana, Vocino Pasquale

Quesito relativo al documento di consenso
Lo scopo di questo documento è quello di chiarire quali sono i criteri radiologici importanti per la stadiazione dei tumori pancreatici, in particolare al fine di classificare suddetti i tumori in resecabili, borderline resecabili e non resecabili.
Statement su adesione a Linee Guida Nazionali e/o internazionali sul tema
Su questa tematica il Gruppo di studio adotta le raccomandazioni contenute nelle linee guida AIOM, ESMO ed NCCN.
Raccomandazione del Gruppo di Studio
Nel sospetto clinico o ecografico di massa pancreatica l'indagine di riferimento è la TC eseguita mediante scansioni basali e dopo somministrazione di mdc con tecnica bifasica. Fase basale pre-contrastografica ➡ per escludere calcificazioni biliari (D.D. con pancreatite cronica). Fase contrastografica arteriosa ➡ consente di identificare il tumore, realizzando la massima differenza di contrasto tra il parenchima sano iperdenso e la neoplasia ipodensa; in tale fase sono inoltre apprezzabili i rapporti della lesione con i vasi arteriosi. Fase contrastografica venosa ➡ in genere realizzata con fette di spessore maggiore, permette l'evidenziazione di focolai peritoneali e di mts epatiche. Sono complementari alla TC: - L'Ecoendoscopia, la quale può fornire informazioni complementari in caso di lesioni dubbie e permette di realizzare una biopsia. Numerosi studi hanno dimostrato una buona accuratezza dell'EUS nella stadiazione TNM del carcinoma del pancreas in rapporto alla TC. L'EUS è più sensibile ma meno specifica soprattutto nell'invasione locale, mentre la TC risulta più accurata nella stadiazione delle metastasi a distanza. Per la stadiazione T, l'EUS risulta migliore della TC nei tumori con dimensioni minori di 3 cm, perché diminuisce il rischio di overstaging preoperatorio. Nei tumori di maggiori dimensioni la presenza di un'infiammazione peritumorale più significativa ne diminuisce l'attendibilità diagnostica. L'EUS inoltre è superiore alla TC nella valutazione dell'invasione del sistema portale mentre la capacità di valutazione diminuisce sull'arteria mesenterica superiore e sul tripode celiaco. Nella stadiazione N non vi sono differenze significative tra le due metodiche per predire la resecabilità in rapporto all'interessamento linfonodale. Per concludere l'EUS risulta utile ed in alcuni casi mandatoria nella stadiazione di neoplasie < 3 cm, con dubbia infiltrazione del sistema portale alla TC e nel dubbio di secondarietà linfonodali a livello celiaco. - La risonanza magnetica (RM) è equivalente alla TC sia nella diagnosi che nella stadiazione locale; grazie alla maggiore risoluzione di contrasto tra tessuto ghiandolare e tessuto adiposo, consente una più dettagliata definizione dell'infiltrazione peripancreatica. Suddetta metodica è utilizzata in caso di lesioni epatiche dubbie e/o pancreatiche cistiche per definire i rapporti con i dotti pancreatici e biliari. - La PET-TC non è utilizzata di routine nella stadiazione ma è indicata in casi selezionati (approfondimento in caso di dubbio su metastasi a distanza).

La refertazione deve prevedere:

- descrizione e precisa localizzazione del tumore e dimensioni della lesione;
- rapporti con il dotto di Wirsung, con il coledoco, diffusione diretta degli organi adiacenti;
- varianti anatomiche vascolari;
- rapporti della lesione neoplastica con arteria mesenterica superiore, arteria epatica propria, tronco celiaco, arteria splenica, vena porta e vena mesenterica superiore e descriverne l'infiltrazione utilizzando criteri di alta specificità (tabella 1);
- definizione della presenza di trombosi vascolari;
- identificare mts a distanza;
- documentare i segni di carcinosi peritoneale;
- valutazione del coinvolgimento linfonodale.

Tabella 1.

Arterie	Contatto circonferenziale > 180°	Irregolarità parete vasale	Stenosi Vasale	
Vene	Contatto circonferenziale > 180°	Irregolarità parete vasale	Stenosi Vasale	Deformazione "Tear drop"

Un accenno va riservato ai carcinomi del corpo-coda per quanto concerne l'infiltrazione dell'arteria splenica.

L'infiltrazione dell'arteria splenica non viene anatomicamente considerata come criterio di non resecabilità a meno che non venga coinvolta la sua origine in corrispondenza del tripode celiaco, ma l'analisi di alcuni studi ha dimostrato che l'infiltrazione dell'arteria splenica rappresenta un fattore prognostico indipendente associato a prognosi sfavorevole: pertanto tale condizione, specialmente se associata ad altri fattori prognostici sfavorevoli, dovrebbe spingere a considerare un eventuale approccio terapeutico neoadiuvante.

Motivazioni ed eventuali commenti sul rapporto tossicità/beneficio

Non applicabile per il presente documento.

Bibliografia essenziale

1. Soriano A et al. Preoperative staging and tumor resectability assessment of pancreatic cancer: prospective study comparing endoscopic ultrasonography, helical computed tomography, magnetic resonance imaging, and angiography. Am J Gastroenterol 2004; 99: 492-501;
2. Aslanian H et al. EUS diagnosis of vascular invasion in pancreatic cancer: surgical and histologic correlates. Am J Gastroenterol 2005; 100: 1381-1385;
3. Kala Z, et al. The role of CT and endoscopic ultrasound in pre-operative staging of pancreatic cancer. Eur J Radiol 2007; 62: 166-169;
4. Gonzalo-Marin J et al. EUS and pancreatic cancer. WJGO 2014; 15:6(9):360-368;

5. Linee guida AIOM Edizione 2015;
6. Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†
Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v56–v68, 2015;
7. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines) Pancreatic Adenocarcinoma Ed.
2016.