



## Standard atto operatorio Pancreasectomia per Adenocarcinoma del Pancreas

### **Gruppo di Studio tumori del pancreas e delle vie biliari**

**Coordinatore:** Francesco Leone

**Comitato Estensore:** A. Mellano (Coordinatore), T. Viora, F. Moro

### **Approvato dal Gruppo di Studio Pancreas-Vie Biliari 14.11.16**

Alabiso Irene, Berrino Elena, Campra Donata, Coppola Franco, De Luca Anna, Fiorito Debora, Giordano Daniele, La Terra Antonella, Leone Francesco, Macera Annalisa, Moro Francesco, Oliva Cristiano, Ostellino Oliviero, Pacchioni Donatella, Ricci Vincenzo, Romito Raffaele, Santarelli Mauro, Spadi Rosella, Viora Tiziana, Vocino Pasquale

**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 carcinomi pancreatici. 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 del pancreas (NCCN, ESMO, AIOM).

**Raccomandazione del Gruppo di Studio**

- *Tipo di approccio*: Open (tipo d'incisione), Laparoscopica (Sede orifizi trocars/incisione di servizio). Linee guida americane suggeriscono impiego di staging laparoscopy per gli adenocarcinomi ad alto rischio (tumori di grandi dimensioni, livelli elevati di Ca19.9, voluminose linfadenopatie, tumori borderline resecabili allo staging preoperatorio, scadute condizioni generali) [livello evidenza 3];
- *Esplorazione*:
  - Esplorazione cavità peritoneale e fegato: ricerca di adenopatie sospette, noduli di carcinosi peritoneale/metastasi epatiche;
  - Prelievo di liquido di versamento peritoneale e analisi citologica al definitivo;
  - Apertura del legamento gastro-epatico → esplorazione della regione celiaca per escludere la presenza di linfadenopatie interaortocavali/tronco celiaco/peduncolo epatico;
  - Valutazione del piano sottomesocolico: (scollamento dei primi centimetri del digiuno, valutazione del peduncolo mesenterico superiore, ricerca di linfonodi sospetti dell'asse mesenterico);
  - Scollamento coloepiploico completo, con accesso alla retrocavità degli epiploon per esplorare il versante superiore del mesocolon trasverso, i linfonodi del peduncolo mesenterico, l'istmo e il corpo della ghiandola;
  - Manovra di Kocher (per neoplasia della testa pancreaticata), spinta sino a livello del lato destro dell'aorta (fa anche parte del tempo di exeresi). Questa manovra espone la vena cava inferiore sotto-epatica a livello dello sbocco delle vene renali e lo spazio interaortocavale, sede di eventuali linfonodi metastatici (dimostrati al congelatore). La positività di tali linfonodi vanifica intervento chirurgico a scopo radical;
  - Clivaggio tra la faccia anteriore dell'asse mesenterico-portale e la faccia posteriore della ghiandola dopo aver esposto la superficie anteriore della vena mesenterica superiore;
  - Ecografia intraoperatoria (per identificazione di neoplasie difficilmente palpabili o quando per la natura/posizione del tumore si prospetti la possibilità di una chirurgia di risparmio, cd resezioni atipiche; ad esempio tumori a bassa aggressività ad es. insulinoma).

I seguenti criteri sono uniformemente accettati come distintivi di uno stato di non resecabilità:

1. Presenza di metastasi a distanza (es. fegato, peritoneo, polmone/pleura);
2. Presenza di metastasi linfonodali in stazioni linfonodali distanti dal "campo chirurgico" (es. linfonodi mediastinici o sovraclaveari, linfonodi interaortocavali/periaortici);
3. Infiltrazione di visceri extrapancreatici ad eccezione di via biliare principale e duodeno;
4. Anche in presenza di metastasi epatica singola o di metastasi ai linfonodi interaortocavali (situazioni tecnicamente suscettibili di una asportazione chirurgica) non vi sono benefici della resezione, in termini di sopravvivenza [Livello di evidenza 3].

Dalla fase esplorativa derivano le seguenti conclusioni:

- 1- Resecabile: la lesione è strettamente limitata al pancreas. È possibile un'exeresi curativa.
- 2- Borderline resecabile: è presente un'infiltrazione per contiguità della parete anteriore della vena porta/vena mesenterica superiore < 180° (o comunque ricostruibile secondo alcuni centri). Un'exeresi a intendimento curativo è ancora possibile ma richiederà un tempo di ricostruzione vascolare. Nei pazienti che hanno effettuato un trattamento neoadiuvante, la resezione va associata ad una resezione vascolare venosa per incrementare la percentuale di resezione R0 [Livello di evidenza 2++].
- 3- Localmente Avanzato: l'esplorazione ha permesso di riconoscere un'infiltrazione arteriosa (tripode celiaco, arteria mesenterica superiore, arteria epatica) o venosa > 180° o non ricostruibile: la resezione è controindicata.
- 4- Stadio IV: Linfadenopatie o metastasi a distanza dei linfonodi sono sede di infiltrazione a distanza dalla ghiandola. È imperativo eseguire una biopsia/citologia per ottenere una diagnosi patologica di adenocarcinoma, a meno che la neoplasia non sia stata tipizzata in precedenza.

- *Fase demolitiva* (Obiettivo della chirurgia è ottenere R0)

- ✓ Tipo di resezione: Duodenocefalopancreasectomia (con/senza preservazione piloro), (spleno-pancreasectomia distale (tipo di sezione del pancreas: GIA o sezione mediante bisturi), duodenopancreasectomia totale;
- ✓ Tipi di legature vascolari e sede;
- ✓ Estensione della linfoadenectomia (**cf allegato**);
- ✓ Exeresi della lamina retroportale;
- ✓ Tipo di (eventuale) resezione vascolare (tangenziale, segmentaria).

- *Eventuale esame al congelatore* (margini possibili: trancia pancreatico, margine biliare, margine duodenale/gastrico, margine digiunale, linfonodi a distanza, lesioni peritoneali e relativo esito).

In caso di trancia di resezione pancreatico "positiva" per carcinoma l'allargamento della trancia di resezione andrebbe considerato in tutti i pazienti. L'esecuzione di una pancreasectomia totale di completamento deve essere attentamente ponderata, considerando le complicanze anche a lungo termine dell'intervento e il dubbio vantaggio in termini di sopravvivenza per questi pazienti [Livello evidenza 3].

- *Fase ricostruttiva* (se necessaria):

- Tipo di ricostruzione: su una ansa o due anse;
- Tipo anastomosi pancreatico (T-L, T-T) con digiuno o stomaco e fili di sutura utilizzati (tipo e diametro);

- Bilio-digiunoanastomosi e tipo di fili di sutura utilizzati (tipo e diametro);
- Gastro/duodeno-digiunoanastomosi manuale o meccanica e fili di sutura (tipo e diametro);
- Entero-enteroanastomosi manuale, meccanica, T-L, L-L e fili di sutura (tipo e diametro);
- Utilizzo o meno di tutore pancreatico-digiunale o biliodigiunale e dimensioni;
- Tipo di (eventuale) ricostruzione vascolare (sutura diretta o con patch vascolare, anastomosi senza/con protesi);
- Numero, tipo e sede dei drenaggi addominali;
- Tipo chiusura della laparotomia/orifizi trocars/incisione servizio.

**Motivazioni ed eventuali commenti sul rapporto costo/beneficio**

Non applicabile al presente documento

**Bibliografia essenziale**

1. M. Ducreux, A. Sa. Cuhna, C. Caramella, A. Hollebecque, P. Burtin<sup>1</sup>, D. Goéré, T. Seufferlein, K. Haustermans, J. L. Van Laethem, T. Conroy & D. Arnold, on behalf of the ESMO Guidelines Committee. Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Annals of Oncology 26 (Supplement 5): v56–v68, 2015;
2. NCCN Guidelines – Pancreatic Adenocarcinoma v 2.2016;
3. ISGPS Consensus Conference 2014;
4. Encyclopedie Medico-Chirurgicale (Tecniche Chirurgiche Chirurgia Addominale), Elsevier;
5. Linee Guida AIOM, Pancreas esocrino.