

Vittorio Capurro

UOC Radiagnostica Ospedale Evangelico Betania

HCC LE TERAPIE LOCOREGIONALI

**L'EPATOLOGIA
NEL III MILLENNIO:**

TRA BISOGNI DEL PAZIENTE
E SOSTENIBILITÀ DEL SISTEMA

NAPOLI
26 - 27
NOVEMBRE
2021



HCC o EPATOCARCINOMA

**QUINTA CAUSA PIU'FREQUENTE DI MORTE CORRELATA A
TUMORE**

RAPPRESENTA CIRCA IL 90% DEI TUMORI PRIMITIVI EPATICI

***COMUNE IN PAZIENTI CON FIBROSI EPATICA AVANZATA O CON CIRROSI
DA MALATTIA EPATICA CRONICA (SPECIE HBV/HCV/ALCOOL)***

**IN PAZIENTI ARRUOLATI IN PROGRAMMI DI SORVEGLIANZA =
GENERALMENTE SCOPERTA DI NODULI SINGOLI MEDIANTE ESAME ECOGRAFICO,
ASINTOMATICI, CON HCC IN STADIO INIZIALE**

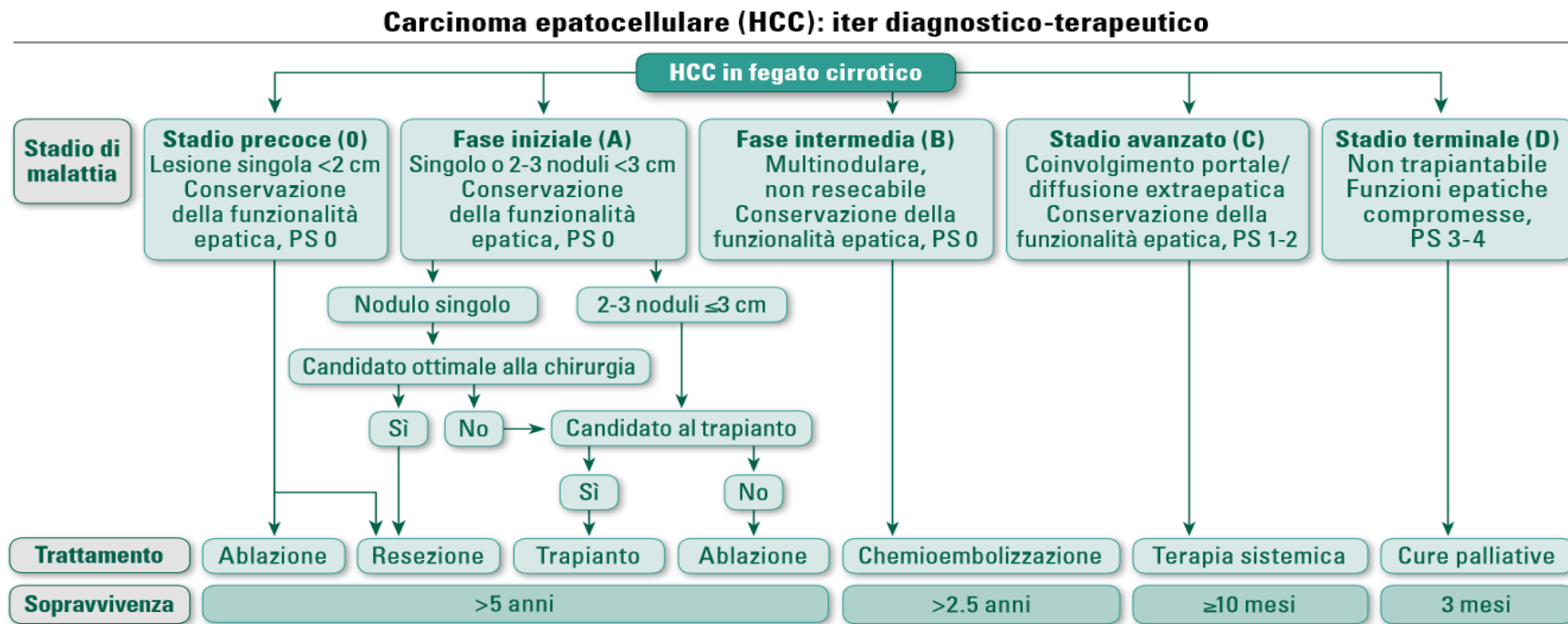
**IN PAZIENTI CON DIAGNOSI EFFETTUATA AL DI FUORI DELLA SORVEGLIANZA=
GENERALMENTE TUMORI DI GRANDI DIMENSIONI E SINTOMATICI**

CONFERMA DELLA DIAGNOSI A MEZZO RM/TC eventuale BIOPSIA

STAGING

SVILUPPATI NEL TEMPO MOLTI SISTEMI DI STADIAZIONE PER HCC

(stadio di malattia e cirrosi, condizioni cliniche del paziente, numero e dimensioni delle lesioni. IL PIU'UTILIZZATO IN AMBITO INTERNAZIONALE BCLC (CRITERI DI BARCELONA))



Mod: EASL Clinical Practice Guidelines: Management of hepatocellular carcinoma. Journal of Hepatology 2018; 69 182-236

NEOPLASIE INIZIALI ED INTERMEDIE (STADI 0-A-B sec BCLC) CHILD A/B

Very early HCC: tumore singolo <2cm = termoablazione percutanea – resezione se prospettata epatectomia minore – resezione video-lap.

Early HCC singolo tra 2 e 5cm= resezione chirurgica – termoablazione se non resecabile- valutazione per OLT in casi selezionati <65aa

Early HCC multiplo (max 3 lesioni di dimensioni uguali o < 3cm)= valutazione per OLT <65aa – termoablazione percutanea-termoablazione con TACE

Early HCC intermediate (tumore singolo > 5cm)= resezione chirurgica-TACE –Y90RE

HCC intermediate tumore multifocale > 3 noduli tumorali = TACE – TACE con RFA- resezione associata a RFA (per retrostadiare la malattia/bridge per OLT)

TRATTAMENTI LOCOREGIONALI

- a) Termoablazione (radiofrequenze/microonde)**
- b) Chemio-embolizzazione TACE**
- c) Radioembolizzazione TARE**
- d) Alcolizzazione PEI**

*Vengono eseguiti dal radiologo interventista a scopo curativo ,
palliativo - come bridge ad altre cure come chirurgia o trapianto*

***TRATTAMENTO ABLATIVO
RADIOFREQUENZE (RF) – MICROONDE (MW)***



TRATTAMENTO ABLATIVO

Indicato in pazienti non candidati alla chirurgia, con **stadio precoce di malattia** secondo classificazione BCLC

Nodulo singolo o comunque non più di 3 noduli < 3cm

In assenza di segni di invasione vascolare o di diffusione extra-epatica

Con buone **performance status** del paziente con cirrosi classe **Child-Pugh A o B**

Eseguito in regime di ricovero (dimissioni del paziente 2-3 gg dopo procedura); trattamento può essere ripetuto più volte

Viene eseguito eco-guidato (in sala angiografica/operatoria), con supporto anestesiológico, posizionando l'ago/antenna all'interno della lesione epatica (a seconda che si utilizzino **RADIOFREQUENZA o MICROONDE**)

RF maggiore sicurezza su lesioni periferiche

RF ago più sottile (più facile introduzione e più maneggevole)

MW risente meno effetto sifone in prossimità di vasi

MW possibilità di trattare in contemporanea più lesioni

MW aree di necrosi più uniformi ed omogenee

HITACHI
ALOKA

:x210925-105612

25-09-'21
11:16:06

MI 0.8 TIS<0.4 AP:75% 27 FPS



HdT-5.0Rx R:14.0 BG:63 BD:81

Dist: 12.6mm

ADDOME Claar Probe:C251

VANTAGGI

**In circa il 90% dei tumori con diametro < 3 cm
ABLAZIONE COMPLETA**

**SOPRAVVIVENZA a 5 anni compresa fra
60-77%**

LIMITI E CAUTELE

SEDI DIFFICILI – INTENSO METEORISMO INTESTINALE (esperienza operatore-utilizzo di software dedicati come la **eco-fusion** con sistema navigator)

STADIO CHILD-PUGH C = controindicazione assoluta per rischio scompenso epatico

VICINANZA LESIONE a strutture vascolo-biliari e/o extra-epatiche (colecisti/colon/stomaco)
cautela – esperienza operatore – possibile uso basse potenze (50-100W) – prudente considerare presenza di supporto chirurgico

ASCITE > criterio di esclusione assoluto per rischio sanguinamento e disseminazione neoplastica endoperitoneale (seeding 0,5% procedure)

DEFICITI COAGULAZIONE pt <50% piastrinopenia severa Plt< 50000/mmc

ASSOCIAZIONE AD ALTRE PROCEDURE INTERVENTISTICHE

Gestione di tumori di maggiori dimensioni in centri di elevata specializzazione

COMPLICANZE

PERCENTUALE MOLTO BASSA (< 5%) con mortalità 0,1-0,5%

- Emoperitoneo
- Ascessi epatici
- Infarti epatici
- Danno vie biliari
- Colecistite
- Pneumotorace
- Scompenso ascitico
- Lesioni altri organi

SINDROME POST-ABLAZIONE

Interessa fino al 36% dei pazienti

(febbre-malessere-brividi-dolore ipocondrio destro-nausea-ipertransaminasemia)

RF/MW:CAUSE DI MORTE

-SEPSI

-INSUFFICIENZA EPATICA

-PERFORAZIONE DEL COLON

-TROMBOSI PORTALE

TACE

In caso di:

Early intermediate HCC (tumore singolo >5cm)

Intermediate HCC (tumore multifocale > 3 noduli tumorali)

Child-Pugh A/B7

Chemioembolizzazione in sala angiografica, in anestesia locale

Mediante accesso arterioso cateterismo selettivo di rami afferenti al tumore con successiva **somministrazione di microsferi e doxorubicina (DEB-TACE)**

TACE VANTAGGI

NUMEROSI STUDI PROSPETTICI HANNO DIMOSTRATO CHE LA TACE, CONTRIBUISCE NELL'AMBITO DEI RELATIVI SCHEMI TERAPEUTICI AD INCREMENTARE IL NUMERO DEI PAZIENTI CHE RAGGIUNGONO/SUPERANO LA SOPRAVVIVENZA A 5 ANNI.

IN ALCUNI CASI EFFICACE PER DOWN-STAGING MALATTIA O COME BRIDGE A OLT

TACE CONTROINDICAZIONI

Cirrosi scompensata (**Child-Pugh > B7**)

Neoplasia estesa > **50%** parenchima epatico

Invasione macrovascolare

Flusso portale marcatamente ridotto

Insufficienza renale (**creatinina > 2mg/dl**)

TARE ***(RADIOEMBOLIZZAZIONE TRANS-ARTERIOSA)***

Riservata ai pazienti che non hanno risposto alla TACE, con trombosi portale o in pazienti con malattia multifocale /diffusa.

Iniezione intra-arteriosa di microsfere di vetro o resina nel cui interno è stato aggiunto ittrio 90 (90Y).

All'embolizzazione vascolare si aggiunge emissione di radiazioni ionizzanti a breve raggio di azione portando alla necrosi (terapia radiometabolica).

TAKE HOME MESSAGE

CHI DECIDE L'ITER DIAGNOSTICO/TERAPEUTICO???

NON ESISTONO DUE PAZIENTI EPATOPATICI UGUALI!!!

NON ESISTONO DUE LESIONI HCC SOVRAPPONIBILI !!!!

**E'PROVATO CHE NELL'HCC L'ARTICOLAZIONE FRA VARIE
SPECIALITA'CONCORRE A PRODURRE I MIGLIORI RISULTATI A DISTANZA**

GRAZIE ALL'INDIVIDUAZIONE DEI MIGLIORI PERCORSI TERAPEUTICI

**ARTICOLATI CONSIDERANDO NON SOLO STADIO DI PRESENTAZIONE ED
EVOLUZIONE DELLE MALATTIA MA IL PAZIENTE NELLA SUA TOTALITA'
IN CUI SPESSO SONO PRESENTI MALATTIE CRONICHE E CO-MORBILITA'
CHE POSSONO INFLUENZARE LE SCLETE TERAPEUTICHE**

necessario che per ogni paziente con hcc venga calibrato ad personam un percorso terapeutico adeguato al suo stadio di malattia nell'ambito di pianificazioni collegiali ,in cui vengano coinvolti tutti i settori specialistici attinenti (EPATOLOGIA-CHIRURGIA-CHIRURGIA DEI TRAPIANTI-RADIOLOGIA INTERVENTISTICA-ONCOLOGIA – ANATOMIA PATOLOGICA)



GRAZIE PER L'ATTENZIONE!!!!