

Chirurgia oncologica

La presa in carico del paziente oncologico nella ASL Napoli 1 Centro
la ROC, i GOM, la Chirurgia Oncologica e altro

Quali percorsi Chirurgici e specialistici
La chirurgia Epato Bilio Pancreatica

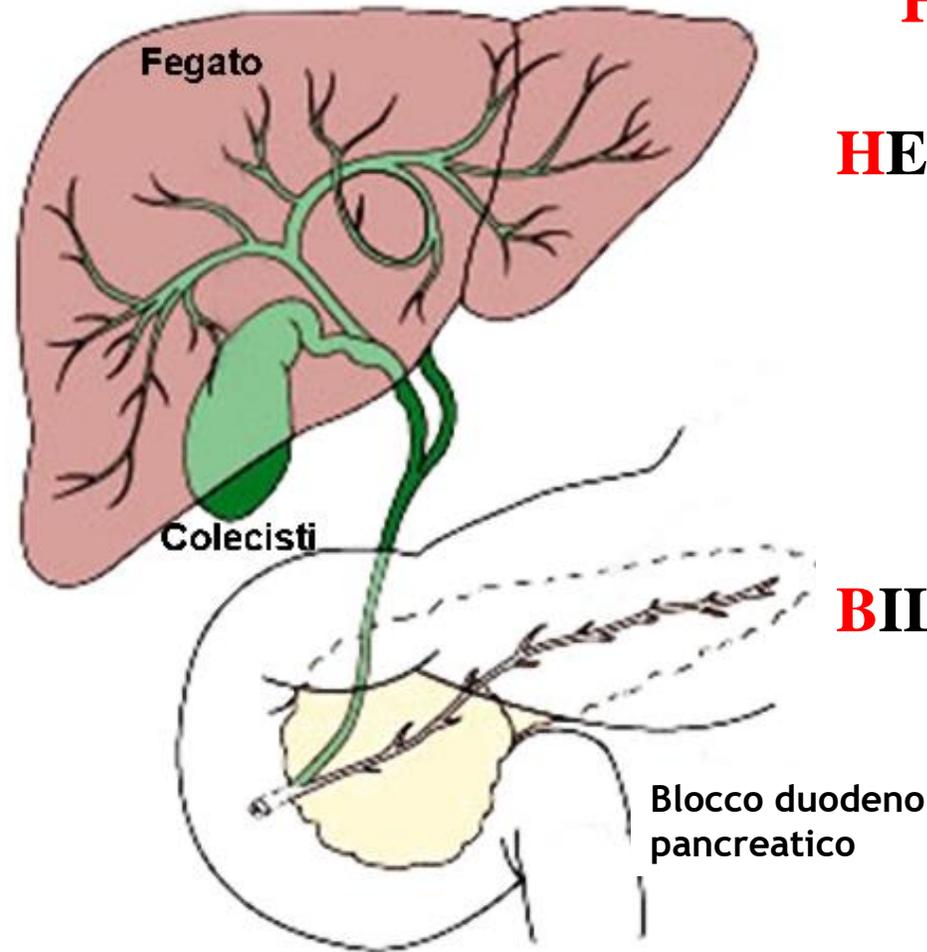
Dr Vincenzo Scuderi

PO Ospedale del Mare UOC di Chirurgia Generale
Direttore dr M. Armellino



Ospedale del mare
a lavoro per la tua salute

HPB SURGERY



HEPATO

BILIO

PANCREATIC

**GESTIONE CHIRURGICA DELLA PATOLOGIA NEOPLASTICA (E NON)
DEL FEGATO, DELLA VIA BILIARE, DEL PANCREAS**

PATOLOGIA NEOPLASTICA DEL **FEGATO**

- TUMORI **PRIMITIVI**
 - EPATOCARCINOMA SU CIRROSI (VIRALE HBV, HCV; POST ETILICA, NASH)
 - COLANGIOCARCINOMA INTRAEPATICO
- TUMORI **SECONDARI**
 - METASTASI DA TUMORI DEL COLON RETTO
 - METASTASI DA ALTRE NEOPLASIE (MAMMELLA, TUMORI ENDOCRINO, GENITO-URINARIO)

PATOLOGIA NEOPLASTICA DEL **BLOCCO DUODENO-PANCREAS**

- ADENOCARCINOMA della TESTA del PANCREAS
- ADENOCARCINOMA CORPO CODA del PANCREAS
- NEOFORMAZIONI CISTICHE PRENEOPLASTICHE

PATOLOGIA NEOPLASTICA DELLA **VIA BILIARE EXTRA EPATICA**

Recruitment oncologico HPB: **HCC** e **MTS**

- ▶ Lo screening epatologico nel follow up delle epatopatie croniche è finalizzato alla diagnosi precoce del **nodulo di epatocarcinoma** (ca. 50% epatopatici cronici)

Il successo terapeutico per questi pazienti risiede in una diagnosi precoce ed in un adeguato percorso diagnostico terapeutico che contempli le varie opzioni strategie di cura: dalla ablazione fino al trapianto

- ▶ **MTS da neoplasie del colon retto**

- 25-30% dei pz K colon retto presenta mts epatiche al momento della diagnosi (SINCRONE): 50% di questi pazienti possono giovare della resezione intestinale ed epatica nello stesso intervento chirurgico.
- 50% pz senza MTS sincrone sono a rischio di presentarli nel corso del follow up oncologico

- ✓ La guarigione del pz con **HCC su cirrosi** la ottiene il trapianto epatico
- ✓ I pz sottoposti a resezione epatica per HCC hanno un rischio di recidiva neoplastica non trascurabile (35-50%)

Escluso il contesto trapiantologico, quali sono gli scenari clinici di HCC che coinvolgono il chirurgo?

Ovvero

- ✓ A quale paziente con HCC va proposta la resezione?
- ✓ Che tipo di resezione? Con quale modalità?



VS



...quando programmo il trattamento per il Mrs X,
cirrotico con HCC, penso al Mrs Y anche lui
cirrotico con HCC...

...ovvero...

chi dei due si beneficerà maggiormente della
allocazione della limitata risorsa donazione?

TERAPIA CHIRURGICA DELL'HCC

A.D. 2023

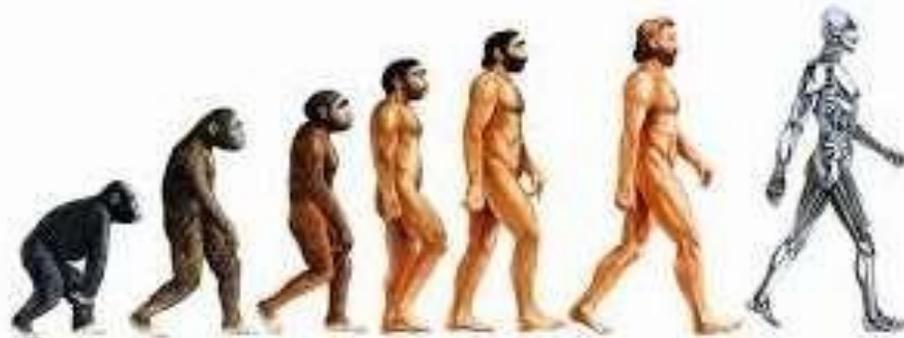
- **M** ultidisciplinarietà
- **A** lta specialità
- **N** umerosità di casi assistiti
- **T** rapianto
- **R** ete gestionale
- **A** llocazione equa delle risorse rispetto alle gerarchie terapeutiche
(trattamenti potenzialmente radicali > altro)

CHIRURGIA EPATICA RESETTIVA PER HCC AD 2023



Must be feasible

Must be useful

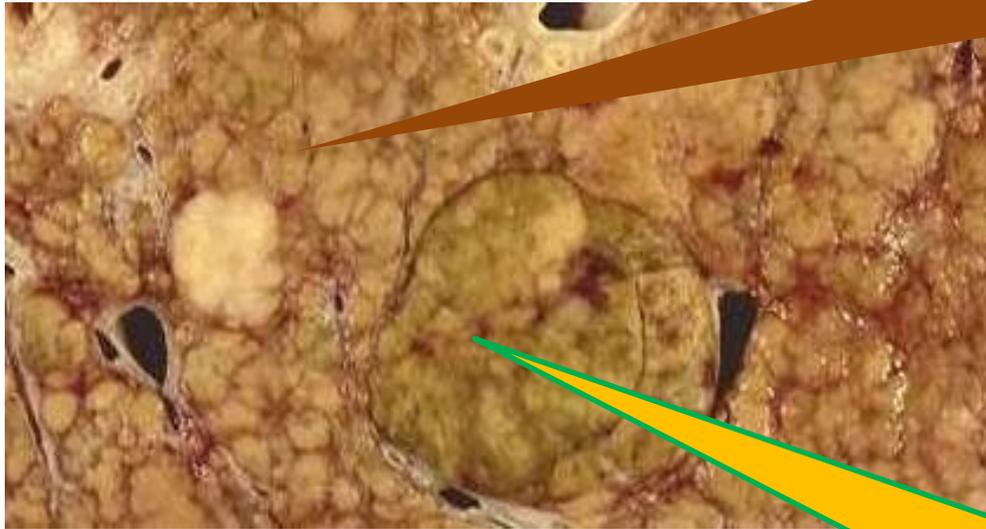


Must continue to improve

Resecabilità epatica per HCC



Fattibilità della resezione epatica?
La risposta è **nel fegato**

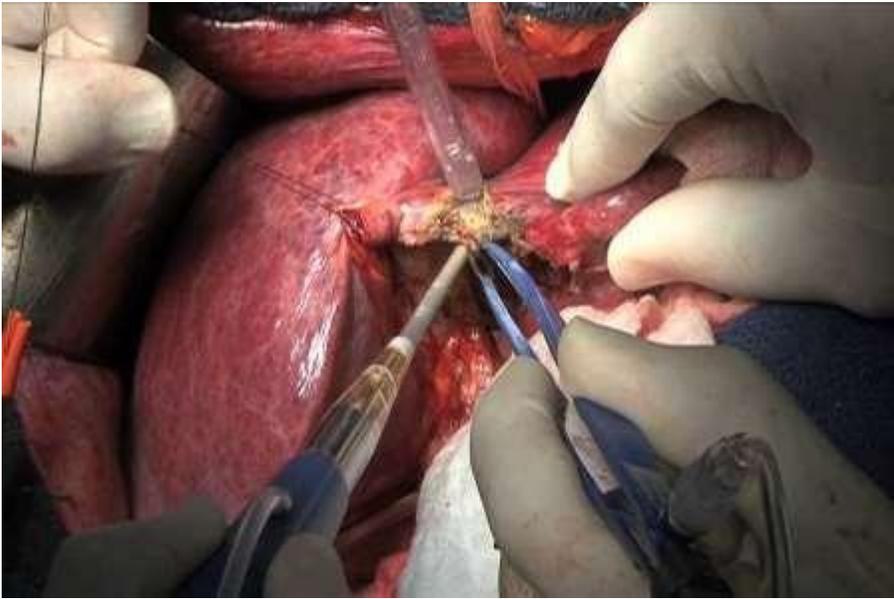


Utilità della resezione epatica?
La risposta è **nel cancro**

Decorso Postop

Recidiva locale
Malattia Extra-epatica

C'è cirrosi e cirrosi...



Cirrosi “*soft*” post HBV

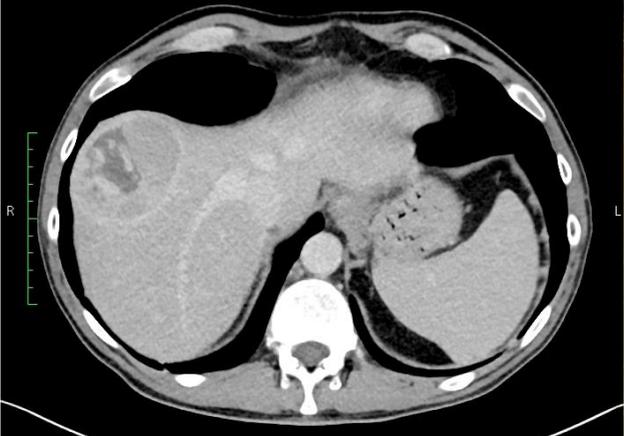


Cirrosi “*hard*” post HCV

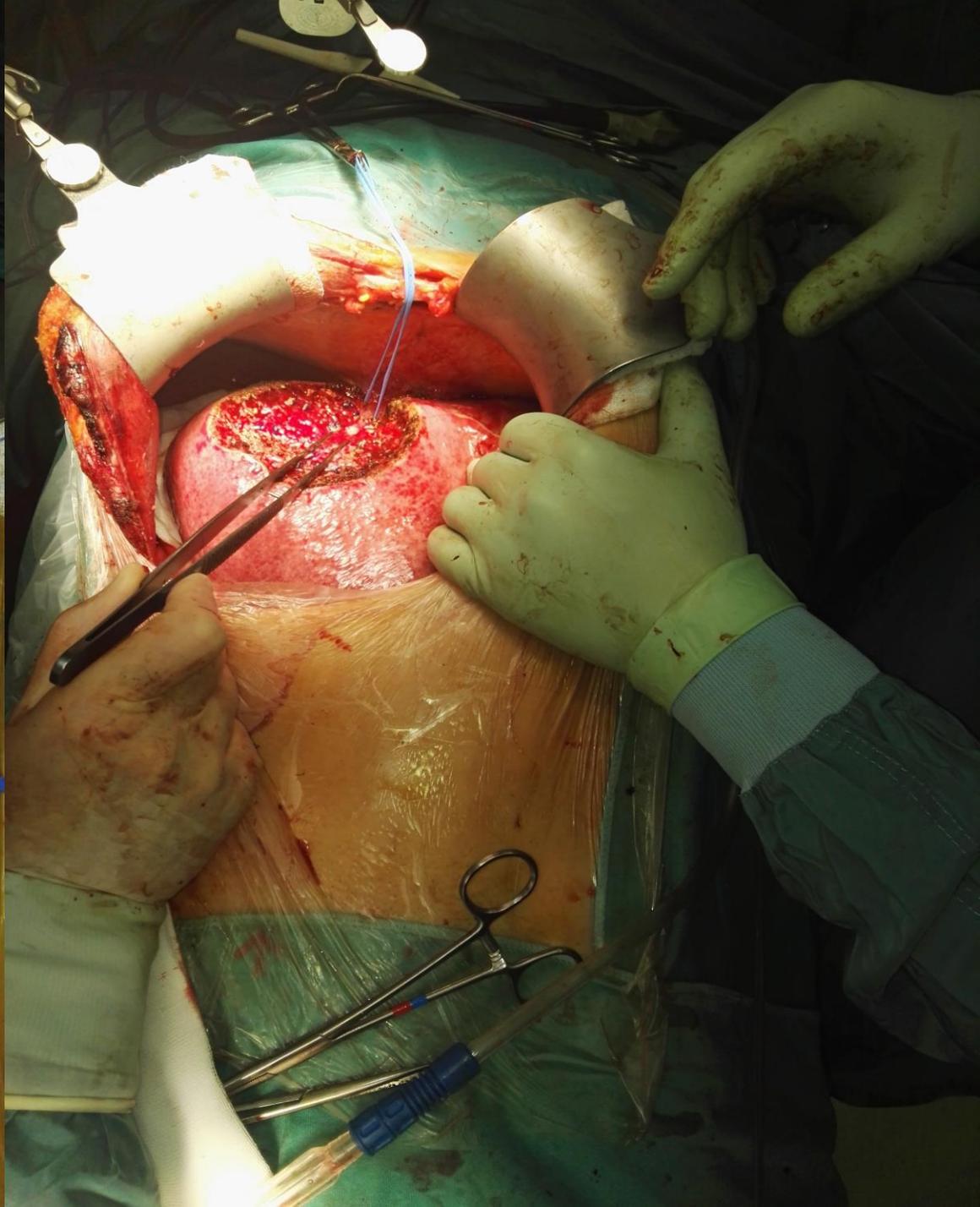
M/75
HCC HBV BPCO

Image size: 512 x 512
View size: 709 x 709
WL: 50 WW: 320

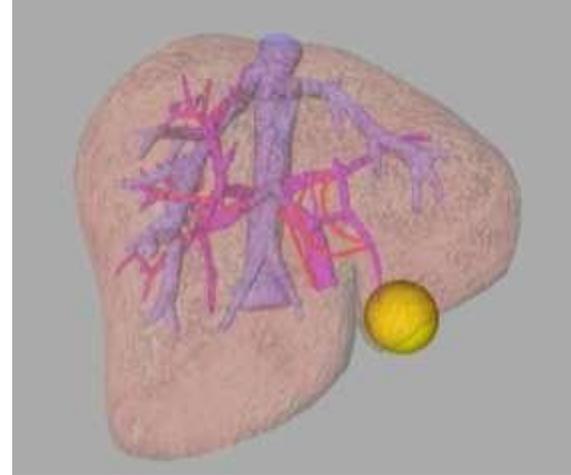
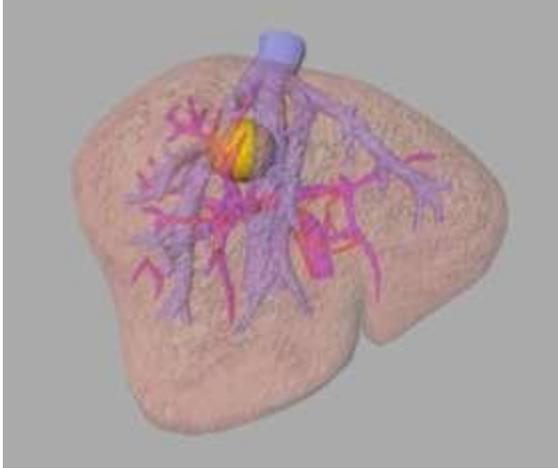
A 1103937 (57 y , 57 y)
To Dell'addome Completo Con E Senza Contrasto
DE_Addome_Trifasico 9



Zoom: 138% Angle: 0
Im: 107/169 S (S -> I)
Uncompressed
Thickness: 3.00 mm Location: -544.10 mm P
22/12/2017, 13:57:47
Made In Horos



Stessa ipertensione portale e *tumor size*
ma...
differente posizione



Segmentectomia 8 VLS complessa



Segmentectomia 3 VLS agevole

I pazienti cirrotici con HCC
candidati a chirurgia sono in una condizione di equilibrio
instabile e precario



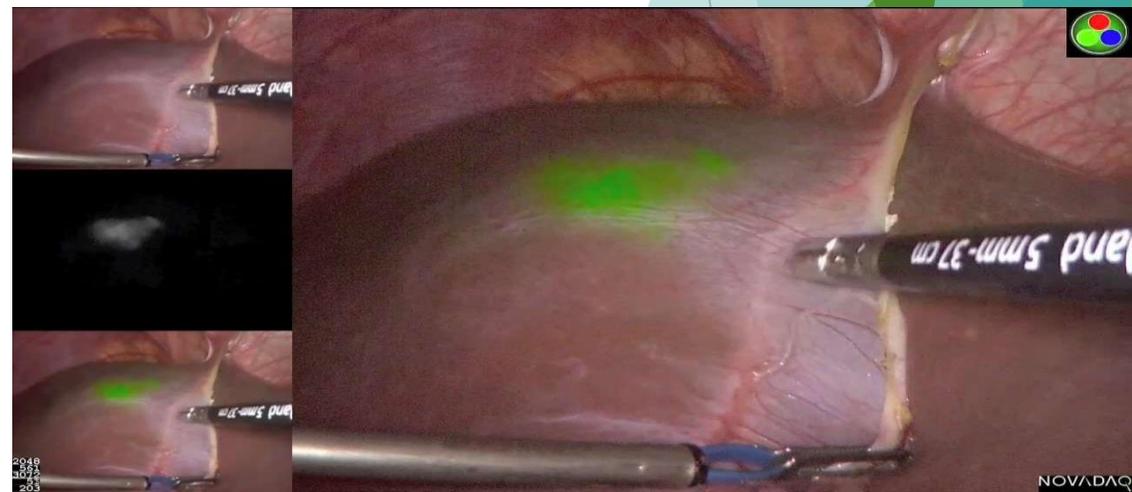
Ascite e/o ittero e/o encefalopatia < 3 mesi po

Indocyanine green retention test as a noninvasive marker of portal hypertension and esophageal varices in compensated liver cirrhosis.

Lisotti A¹, Azzaroli F, Buonfiglioli F, Montagnani M, Cecinato P, Turco L, Calvanese C, Simoni P, Guardigli M, Arena R, Cucchetti A, Colecchia A, Festi D, Golfieri R, Mazzella G.

ICG somministrato per via sistemica e ritenzione epatica misurata dopo 15 min

- ❑ Ritenzione <10% tutte le resezioni sono possibili
- ❑ 10 - 20% bisegmentectomia ben tollerata
- ❑ 20 – 29% singolo segmento può essere resecato in sicurezza
- ❑ > 30% alto rischio di insufficienza epatica con qualsiasi resezione



Col miglioramento nella selezione dei pazienti e nella gestione perioperatoria gli outcomes sono “drammaticamente” migliorati negli ultimi 20 anni

- ✓ 5yr overall survival: 30% to 50%
- ✓ **Mortalità post-resezione nel cirrotico < 5%** **Mortalità 3-m post OLT 9%**

Fattori determinanti outcomes oncologici post epatectomia per HCC

- **TNM stage**
- **Dimensioni**
 - >5 cm: recidive più frequenti
 - Large HCC: propensione per invasione vascolare e noduli satelliti
- **Margini chirurgici**
 - 1-cm margine associato con 77% 3-y sopravvivenza vs. 21% con margine <1 cm
- **Tipo di resezione**
 - HCC 3-5 cm outcome migliori (5-year: 66% vs. 35%) con resezioni anatomiche vs. non anatomiche
 - Per HCC <3 cm minore impatto sugli outcome della resezione anatomiche

Tipi di resezioni epatiche

Resezione **non anatomica**

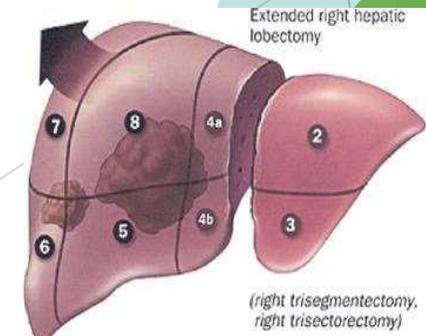
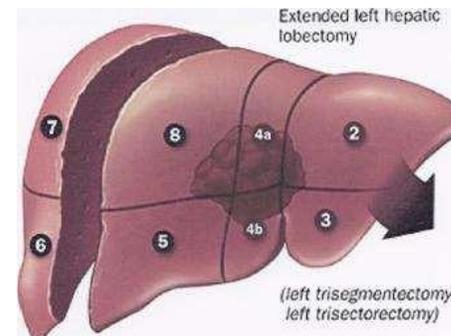
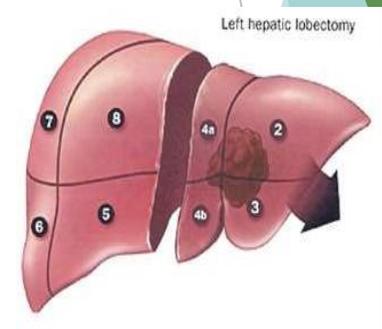
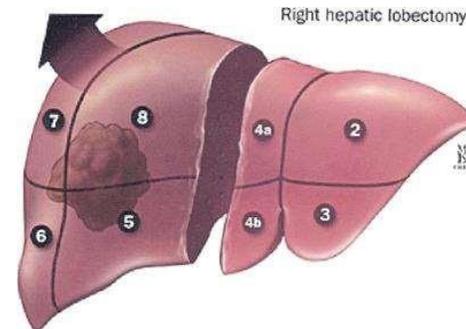
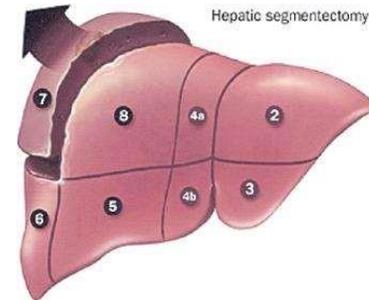
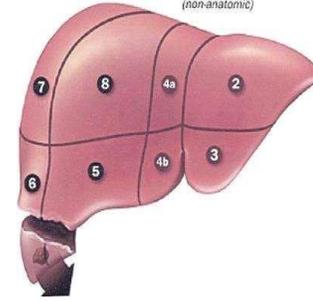
- wedge resection

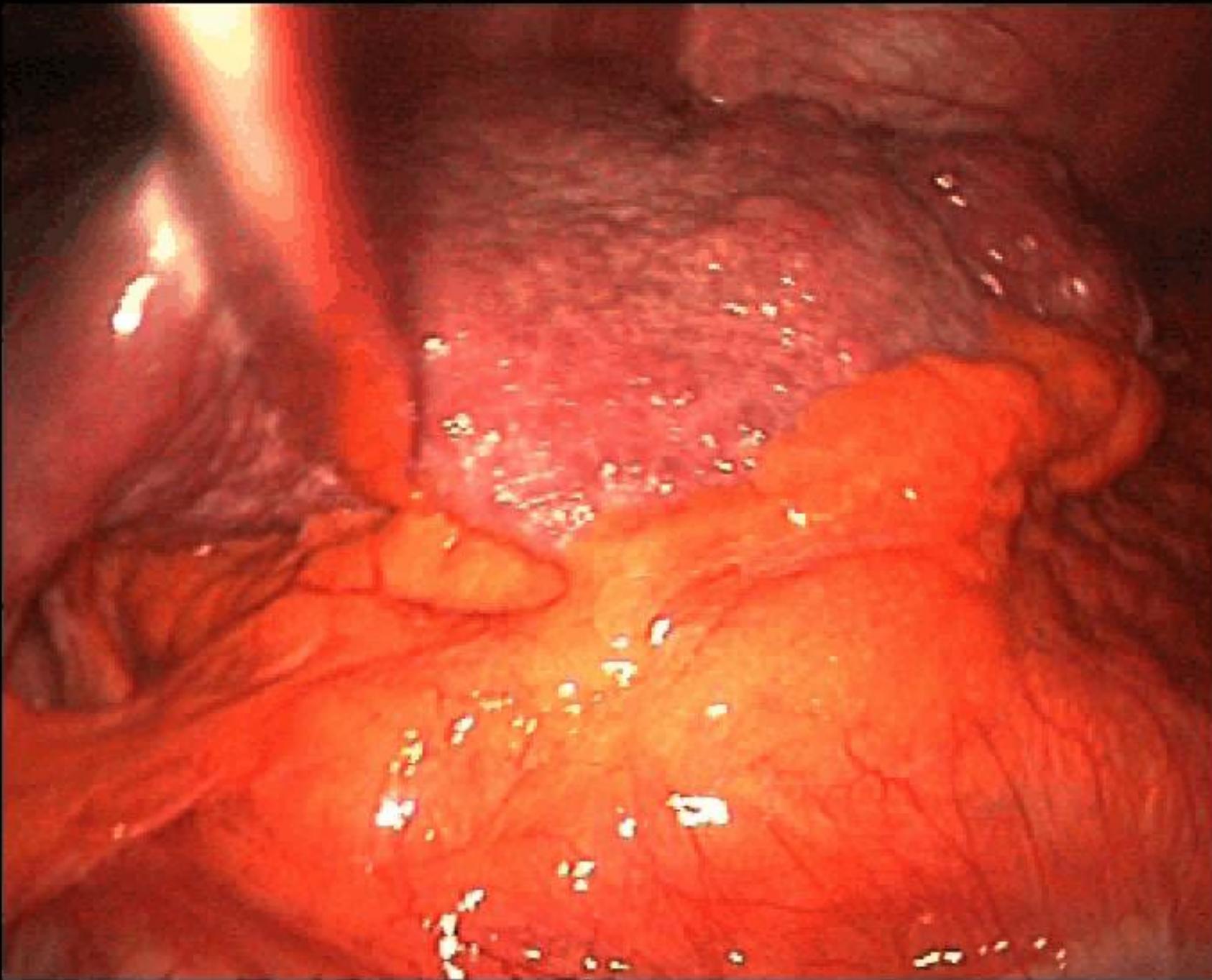
Resezione **anatomica**

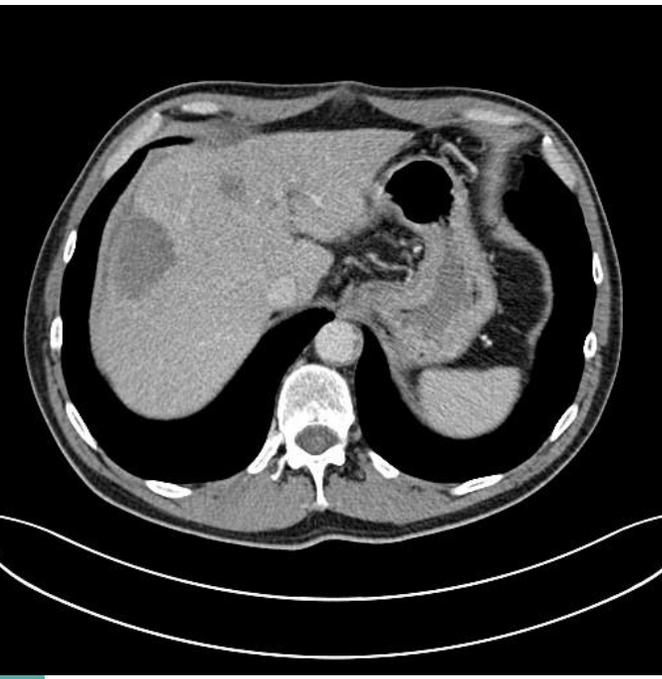
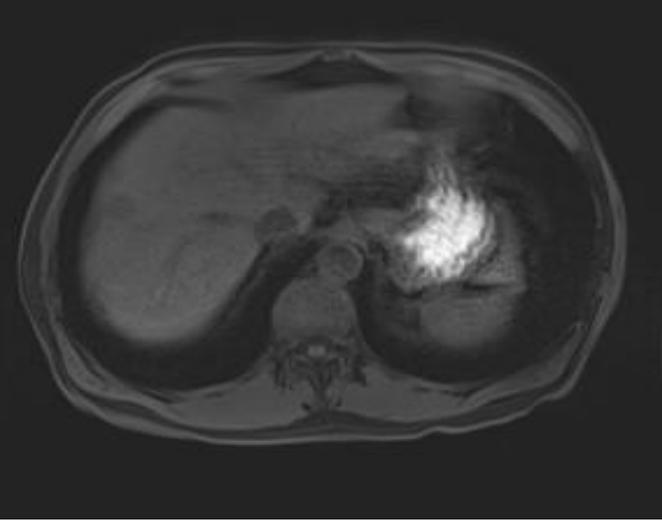
- Segmentectomia

- Lobectomia (destra o sinistra)

- Trisectionectomia (destra o sinistra)

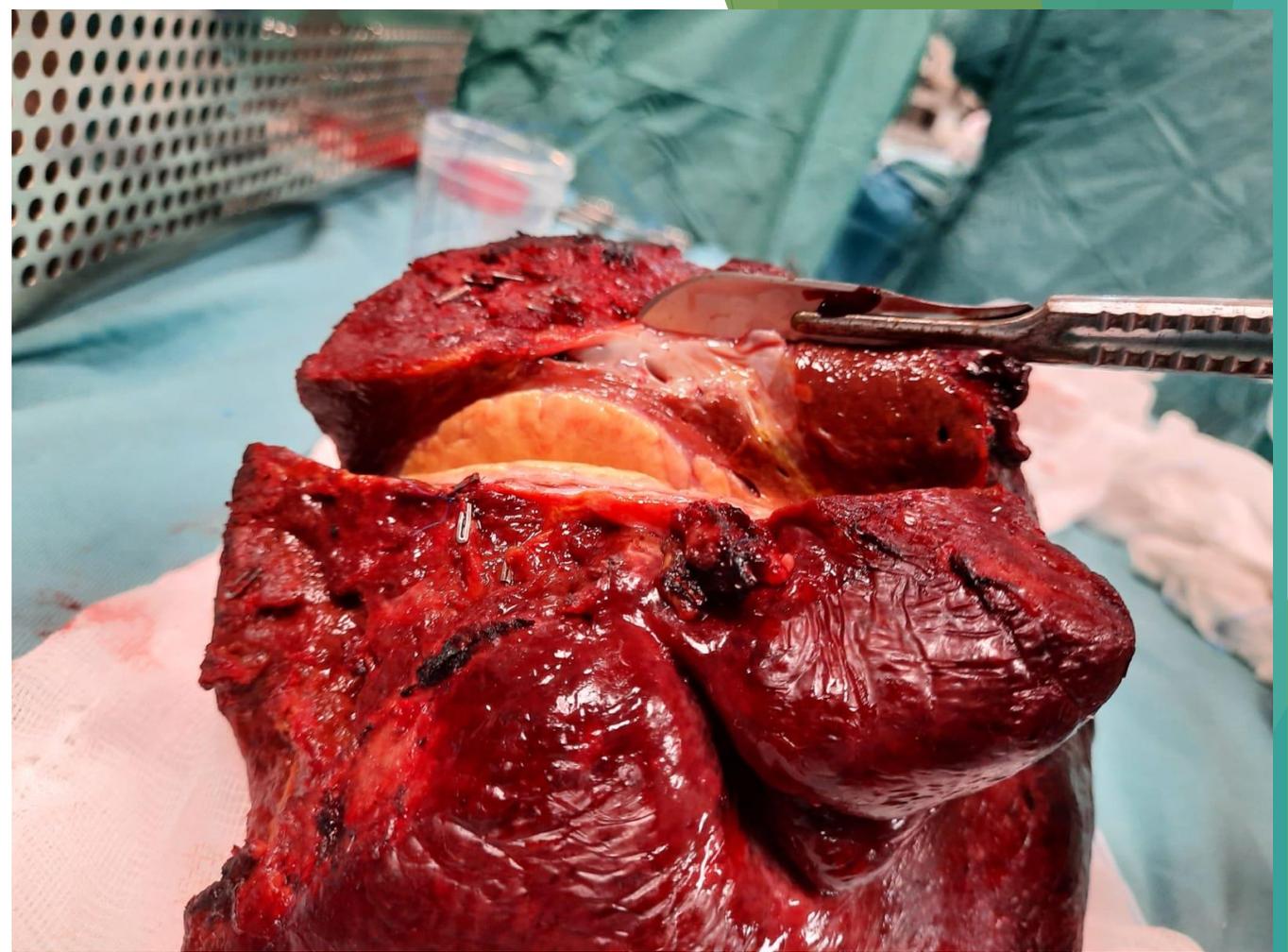
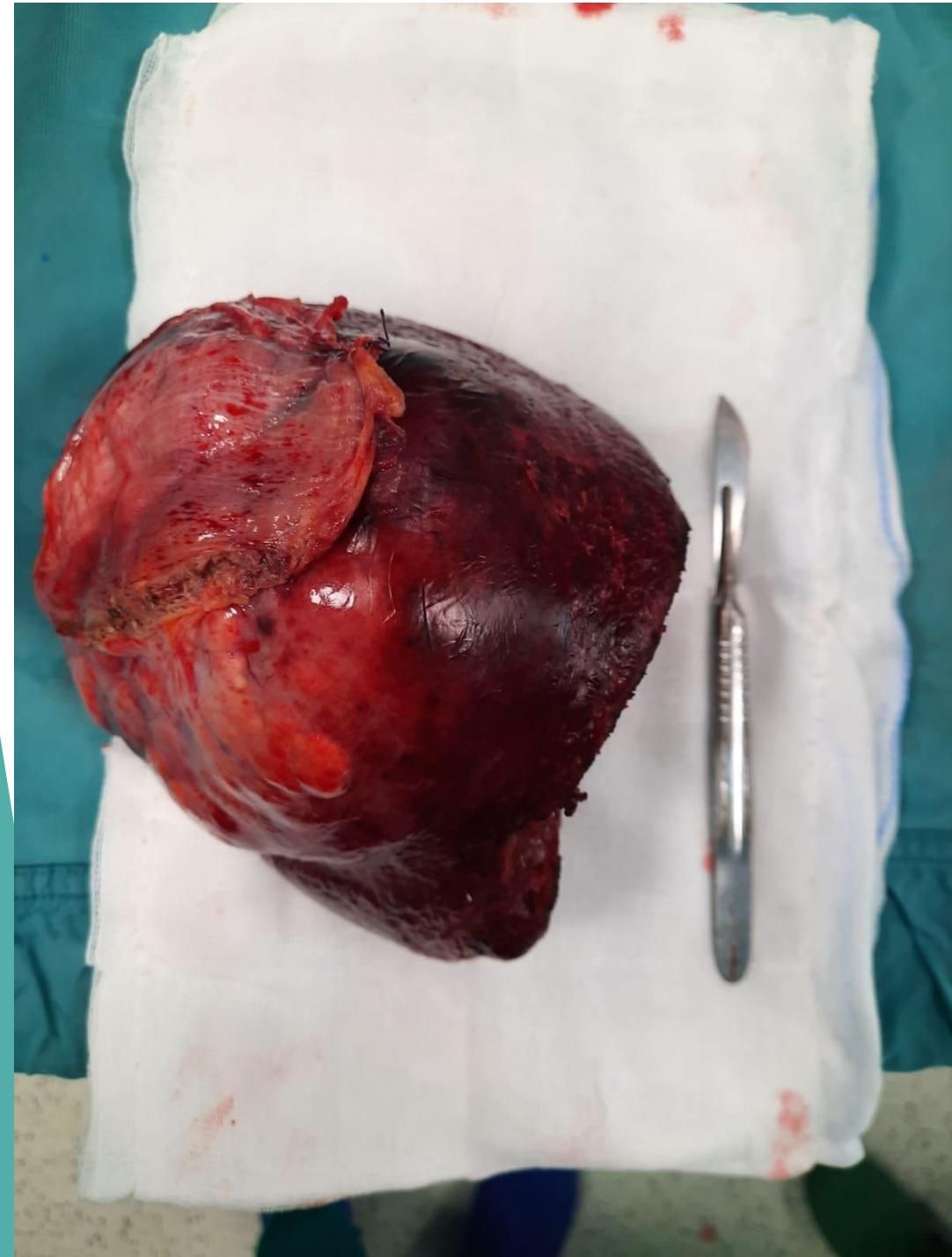






M/66 NASH Child B9
HCC Sg 8





M/79
HCC NASH FEGATO DS
infiltrazione diaframmatica

PANORAMICA sulle STRATEGIE di TRATTAMENTO ONCOLOGICO delle METASTASI EPATICHE

- Di quali metastasi stiamo parlando?
- Colon retto 60%, mammella 5-10%, neuroendocrini, genitourinario

METASTASI da Ca Colon Retto

25-30% **sincrone** (presenti col tumore primitivo o manifeste entro 6 mesi dalla resezione del primitivo)

40-50% **metacrone** (dopo l'asportazione del primitivo)

Molti passi avanti in oncologia

- Maggiore disponibilità di chemioterapici
- Farmaci a bersaglio molecolare (*Bevacizumab, Cetuximab, Panitumumab, et al*)
- Migliori conoscenze biologia dei tumori (*KRAS, NRAS, BRAF*)

È POSSIBILE
AUMENTARE IL TASSO DI RESECABILITÀ
DELLE METASTASI EPATICHE
DA NEOPLASIA DEL COLON RETTO?

COME? A QUALE PREZZO? CON CHE RISULTATI?

RENDERE RESECABILI
LE METASTASI INIZIALMENTE IRRESECABILI

- Chemioterapia
- Evoluzione del concetto di resecabilità
- Parenchymal Sparing liver surgery: RISPARMIO del PARENCHIMA
- Two stage hepatectomy
- ALPPS
- Radio Frequency or Microwave ablation pre/intraoperatoria

CHEMIOTERAPIA NEOADIUVANTE

Chemioterapia “Primaria”

Chemioterapia utilizzata prima della chirurgia in pazienti giudicati come tecnicamente operabili

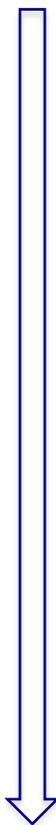
(Criterio biologico)

Chemioterapia di “Conversione”

Chemioterapia a scopo cito riduttivo per rendere operabile un paziente inizialmente giudicato non resecabile

(Criterio anatomico)

Resecabili

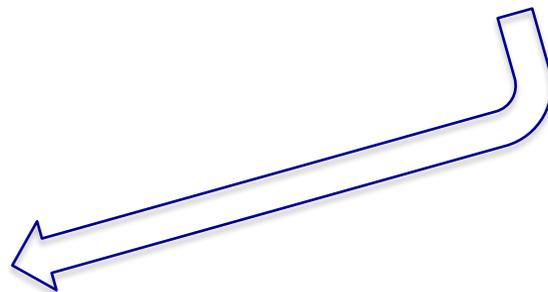


Non resecabili

- Chemioterapia
- Embolizzazione vena porta
- Strategie ablative



Resecabili 15%



**Sopravvivenza 5 a
30-40%**

CHT PREOPERATORIA

Vantaggi

- ✓ Ridurre le dimensioni delle mts aumentando il tasso di R0 e chirurgia più conservativa
- ✓ Predice l'outcome dopo chirurgia
- ✓ Tratta precocemente foci occulti
- ✓ Aumento della sopravvivenza

Svantaggi

- ✓ Rischio di progressione
- ✓ Danno del parenchima epatico
- ✓ *Rischio* scomparsa delle metastasi

MALATTIA POTENZIALMENTE RADICABILE

✓ Obiettivo del trattamento chemioterapico sistemico

Ridurre il volume di malattia → migliorare il *Response Rate*

✓ Chirurgia ? D'accordo, ma quando?

Appena la malattia diviene resecabile (rivalutazioni ogni 2 mesi)

Attenzione a "over-treatment"

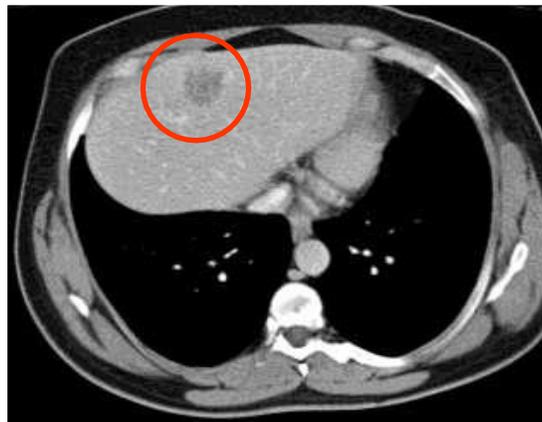
- *Complete response*

- Epatotossicità da chemioterapici

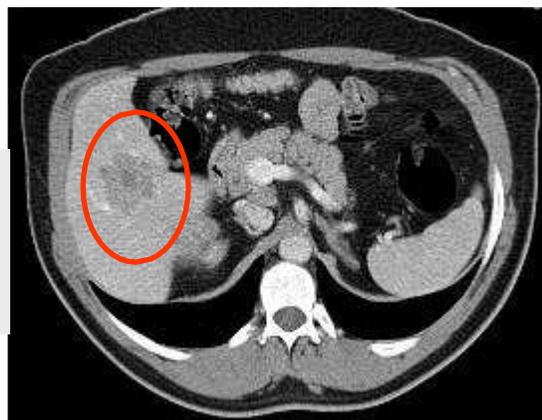
} entrambi grossi problemi
per il chirurgo

Importanza di una buona collaborazione Oncologo-Chirurgo

Confronto
pre/post ChT



Sg4



Sg6



Sg6

PRE

POST

Danni epatici associati a chemioterapia

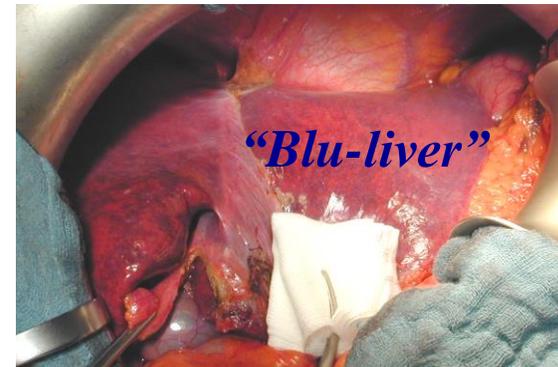
➤ Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD)

➤ Steatosi

➤ Steatoepatite...fibrosi....cirrosi
IRINOTECANO



➤ Dilatazione sinusoidale (SOS)
OXALIPLATINO



Raccomandazione

Ridurre al minimo i cicli di CHT



- Nei pz resecabili sospendere CHT non appena si osserva una risposta
- Nel pazienti irresecabili sospendere CHT non appena diventa resecabile

“MISSING LESIONS”

Le dimensioni del problema

- ✓ Risposta clinica-radiologica completa 9%
- ✓ Risposta patologica completa 4%
- ✓ Malattia metastatica persistente 60%

Come ci si regola al tavolo operatorio

- 1. Resezione del sito di malattia** se identificato ispettivamente o con eco
- 2. *Blind resection*** se non chiaramente identificato il sito di malattia e le resezione necessaria è ”agevole”
- 3. Stretto follow up** se non chiaramente identificato il sito di malattia e resezione maggiore/complessa

EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI RESECABILITÀ

Criteria tradizionali

- ✓ Non più di 3 metastasi
- ✓ Malattia monolobare
- ✓ Piccolo tumore (<5 cm)
- ✓ Mts metacrone
- ✓ T primitivo Dukes A e B
- ✓ Margine di resezione > 1 cm
- ✓ Non metastasi extraepatiche
- ✓ No resezione nelle recidive

Oggi

- ✓ Anche più di 3 metastasi
- ✓ Malattia bilobare
- ✓ Anche grandi tumori
- ✓ Mts sincrone e metacrone
- ✓ Anche Dukes C
- ✓ 2 mm accettabile
- ✓ Metastasectomie polmonari
- ✓ Resezioni iterative

LIMITI DI RESECABILITÀ

- ~~Correlati alle metastasi~~
 - ✦ ~~Numero~~
 - ✦ ~~Dimensioni~~
- ~~Oncologici~~
 - ✦ ~~Margini di resezione~~
 - ✦ ~~Malattia extraepatica~~
- **Tecnici**
 - ✦ Fegato residuo insufficiente



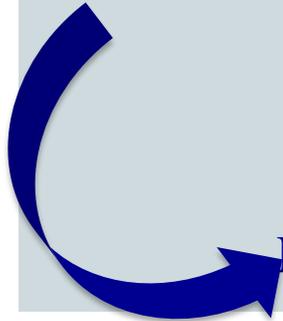
Chirurghi epatici esperti >>> Grandi resezioni epatiche



Chirurghi epatici innovativi >>> Piccole resezioni epatiche

RIVOLUZIONE LAPAROSCOPICA

Laparoscopisti epatici esperti > Piccole incisioni > Grandi resezioni



Laparoscopisti epatici innovativi > Piccole incisioni > Piccole resezioni

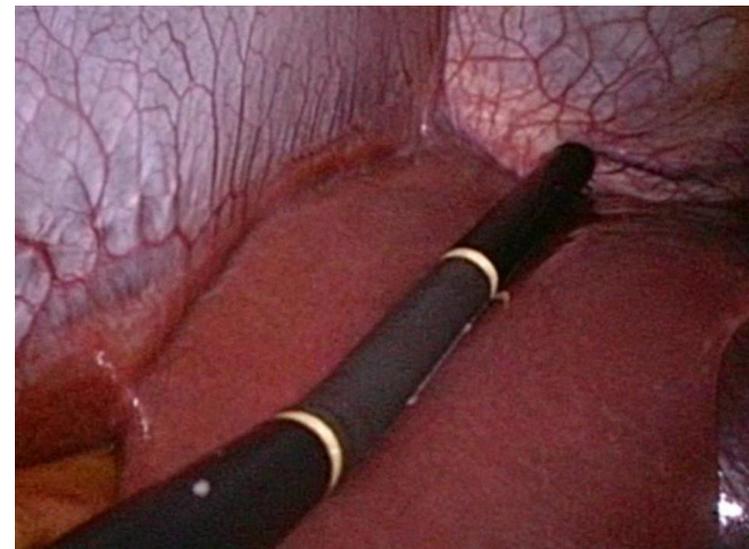
Ultrasound Guided Liver Resection

- ✓ Staging the disease
- ✓ Planning the surgical approach
- ✓ Dividing the liver



who can command ultrasound, can command liver surgery

Masatoshi Makuuchi



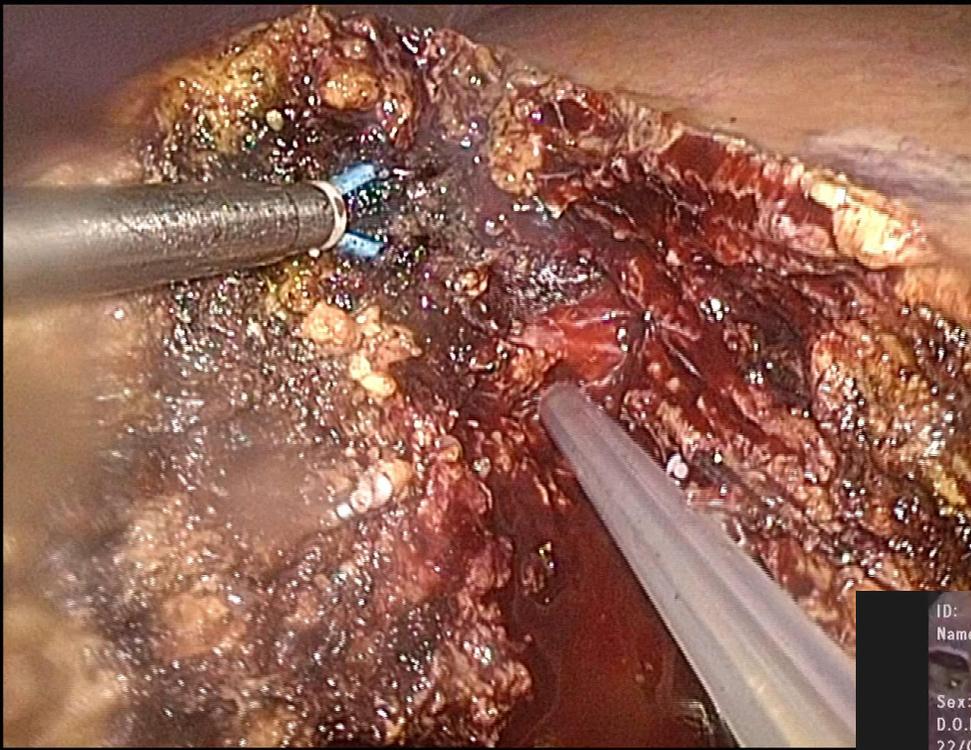
Impact of laparoscopic liver resection in patients with cirrhosis on post-operative liver failure: A Propensity Score Analysis

343 Hepatectomies in F3/F4 89 pts by Lap (26%)

	Matched-LAP	Matched-OPEN
Age (years)	65.3	65.3
BMI (kg/m ²)	26.9	26.9
MELD	8.6	8.5
Platelets (x 1000/mm ³)	167	167
ICG (15 min)	15.2 %	15.0 %
HVPG (mmHg)	7.9	8.1
LS (kPa)	21.8	21.9
RLV (%)	88.6	87.6

Incidence of Post-Operative Liver Failure

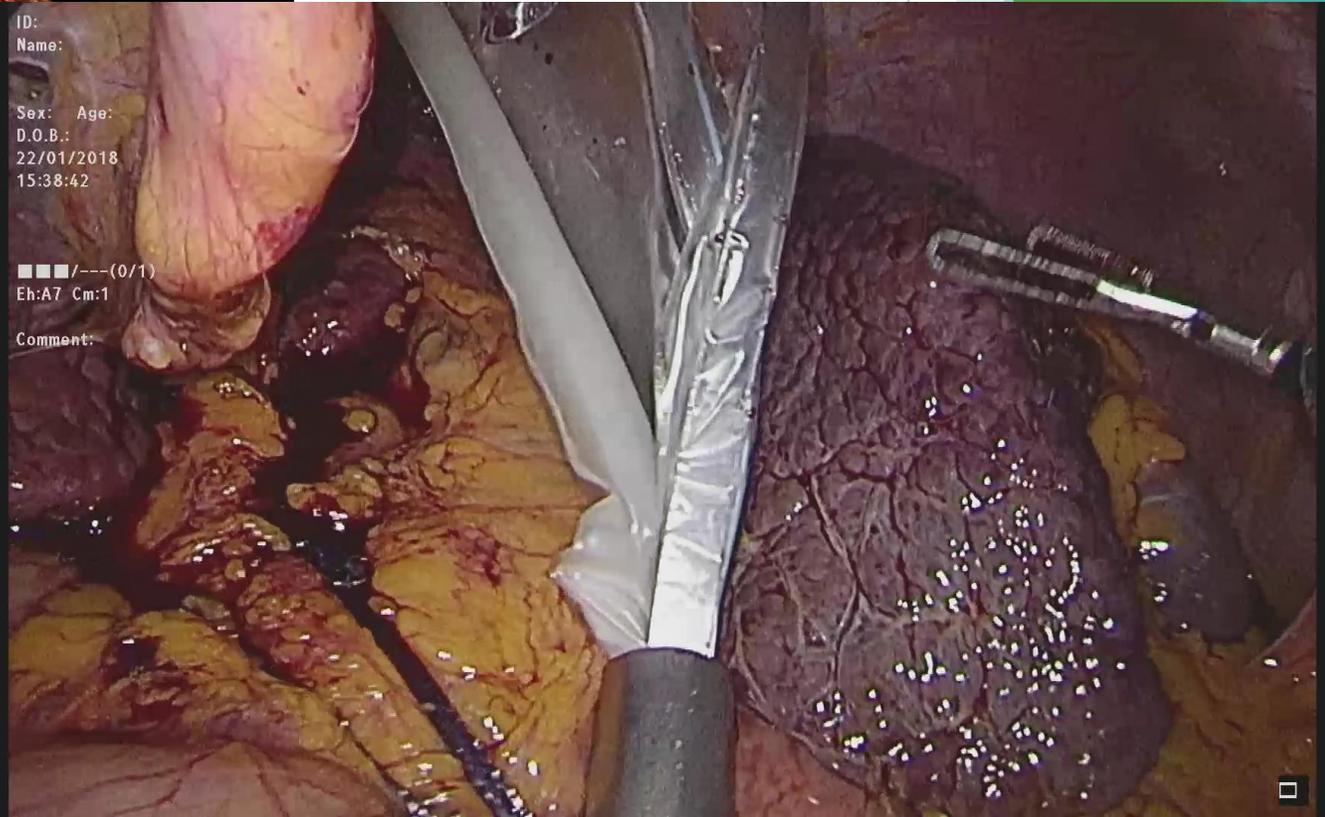
16% in LAP and 32% in OPEN OR 0.31 [0.12-0.78]; p<0.001



ID:
Name:
Sex: Age:
D.O.B.:
22/01/2018
15:38:42

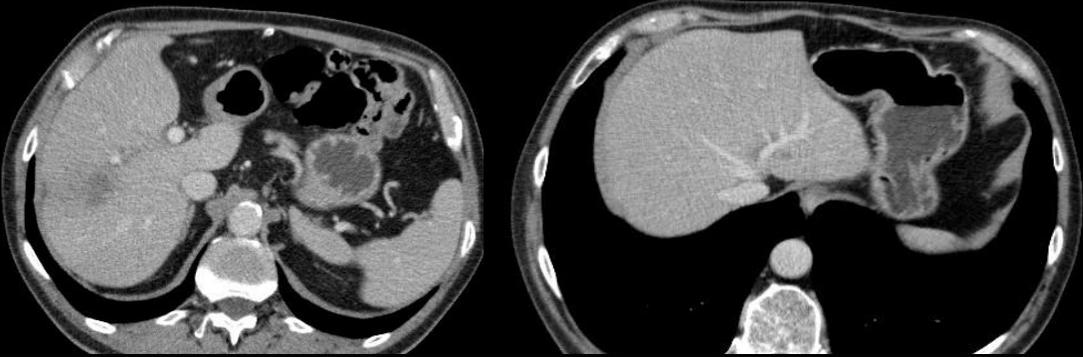
■■■/---(0/1)
Eh:A7 Cm:1

Comment:

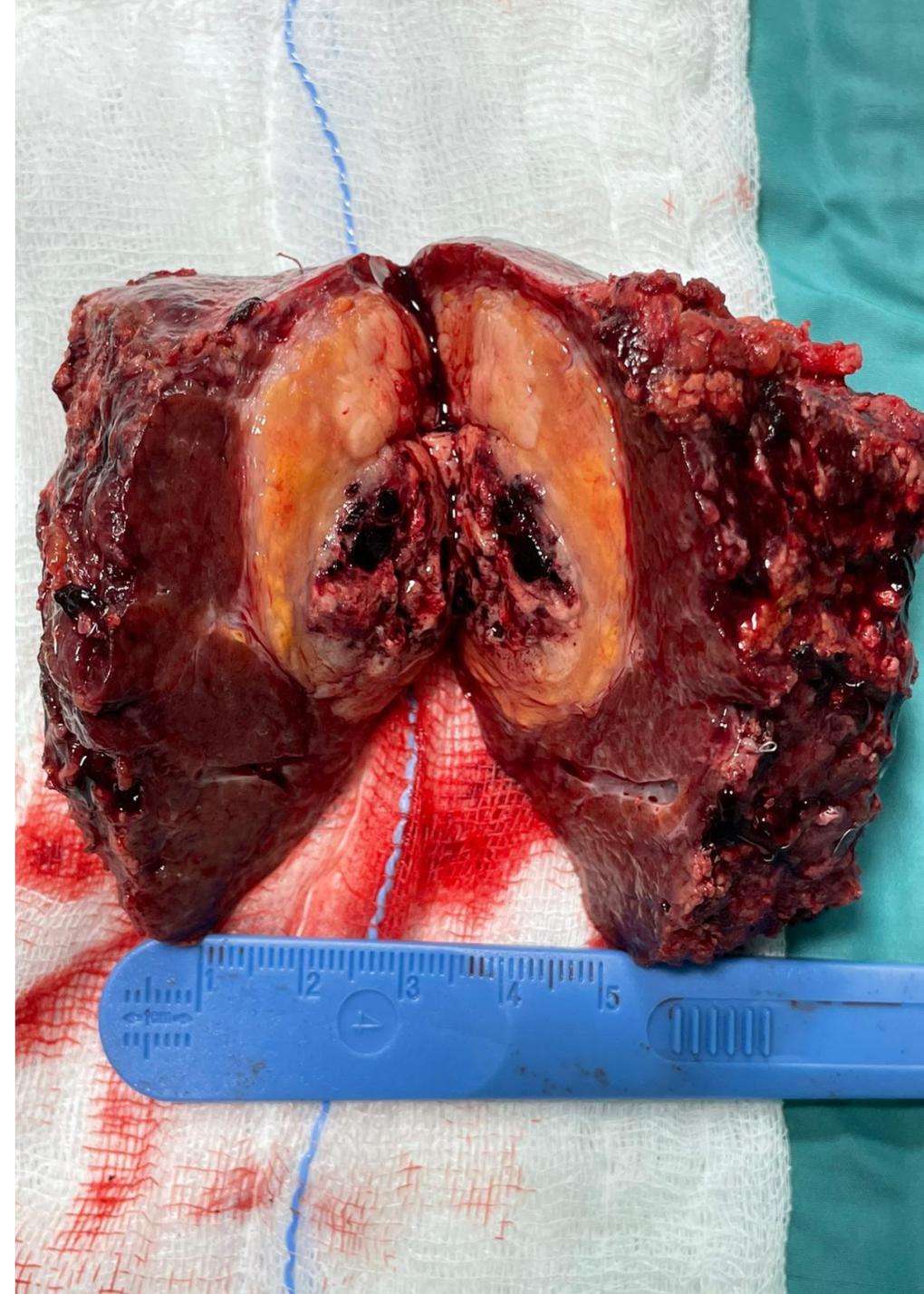


M/72 MTS CCR metachronous Sg7+Sg2

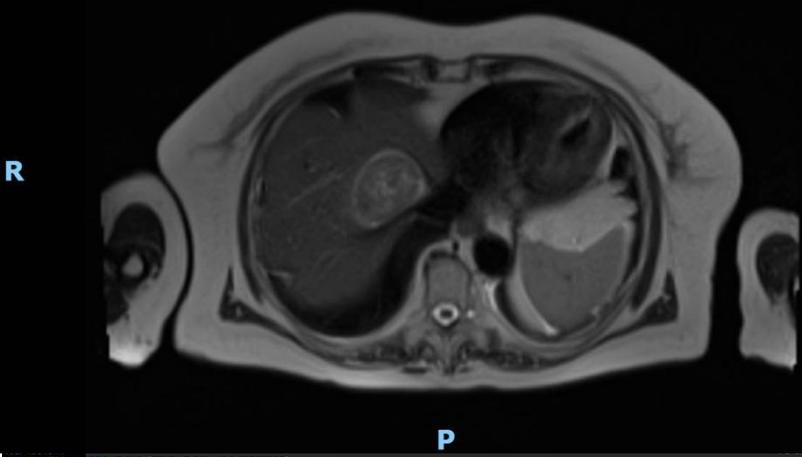
Wedge Sg7 + MWA Sg2



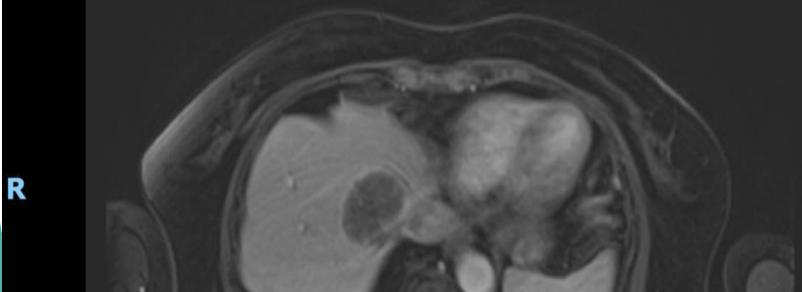
M/75
Recidiva post MWA percutanea
di mts metacrona k colon sin



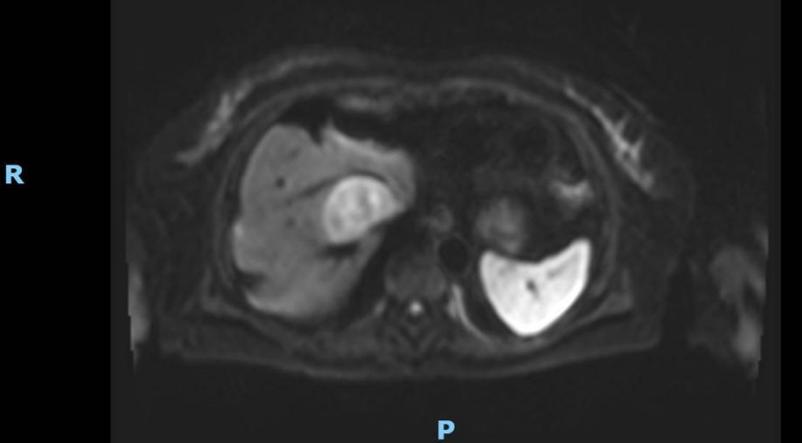
Ric: 4304944
Desc. studio: RM ADDOME SUP. (SENZA E CON MDC SPECIFICO)
Desc. serie: t2_haste_tra_p2_mhb
4 - 10
Con perdita (1:26)



Desc. studio: RM ADDOME SUP. (SENZA E CON MDC SPECIFICO)
Desc. serie: t1_vibe_fs_tra_VENOSA
11 - 17
Con perdita (1:25)



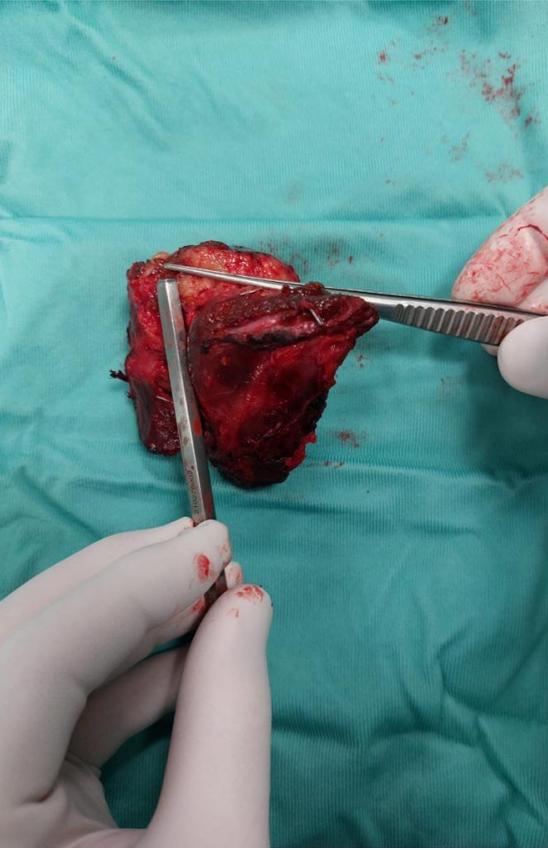
Planese, Maria, D1146757
Ric: 4304944
Desc. studio: RM ADDOME SUP. (SENZA E CON MDC SPECIFICO)
Desc. serie: ep2d_gif_h50_500_1000_tra_p2_TRACEW_DFC_MIX
13 - 7
Con perdita (1:31)



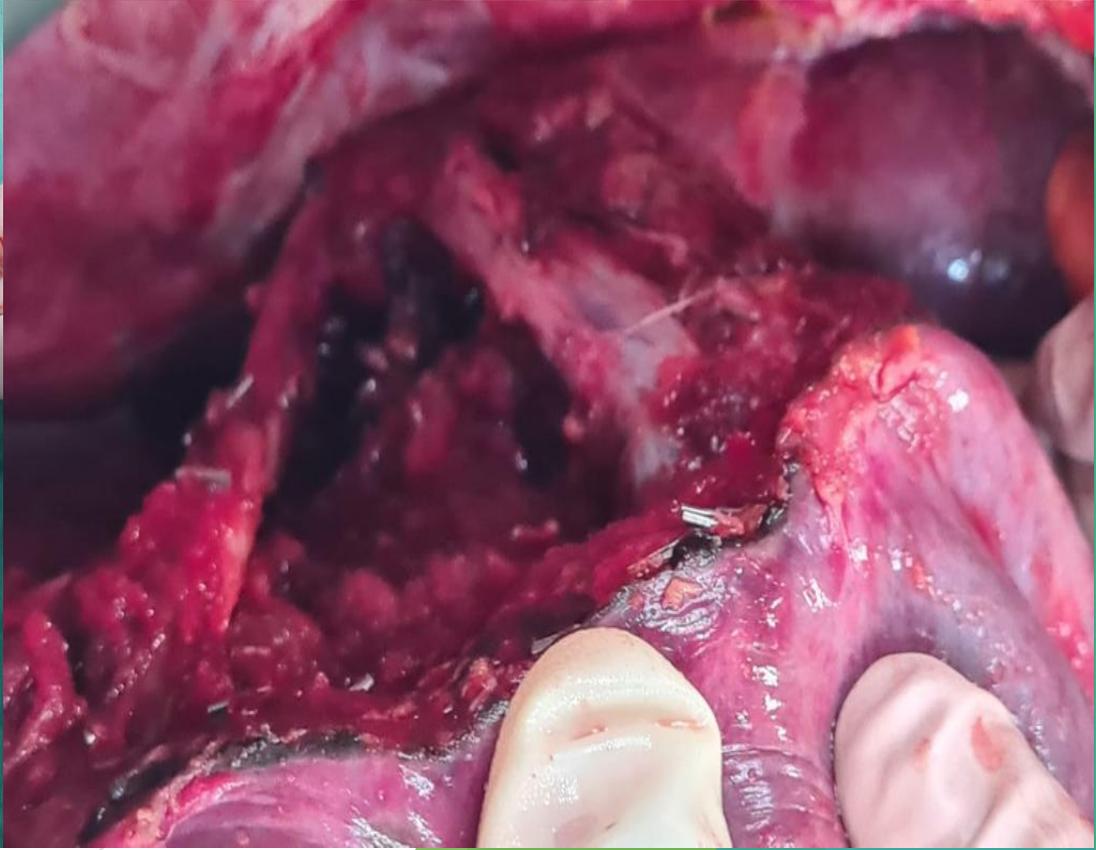
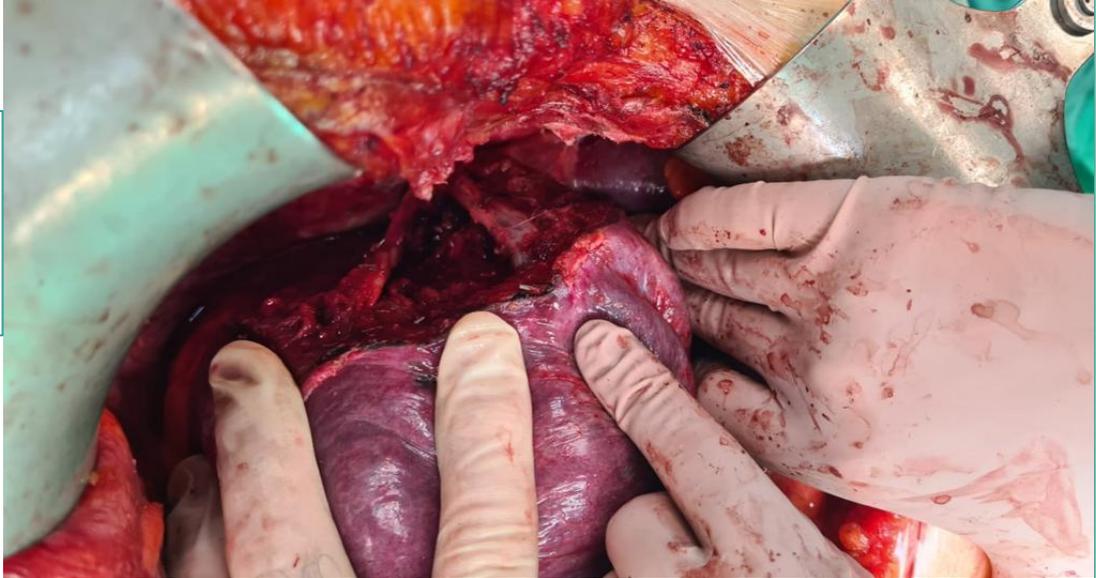
19/01/2023 12:54:29
PO OSPEDALE DEL MARE
Pos: -53.77 mm
LS: 6.00 mm
C:360 L:743
Zoom 391%

F/79 mts metacrona k colon ds
Resezione **R1 vascolare** fra
vena epatica **destra** e
vena epatica **media**

Pos: -60.21 mm
LS: 3.00 mm
with contrast
C:118 L:350
Zoom 513%



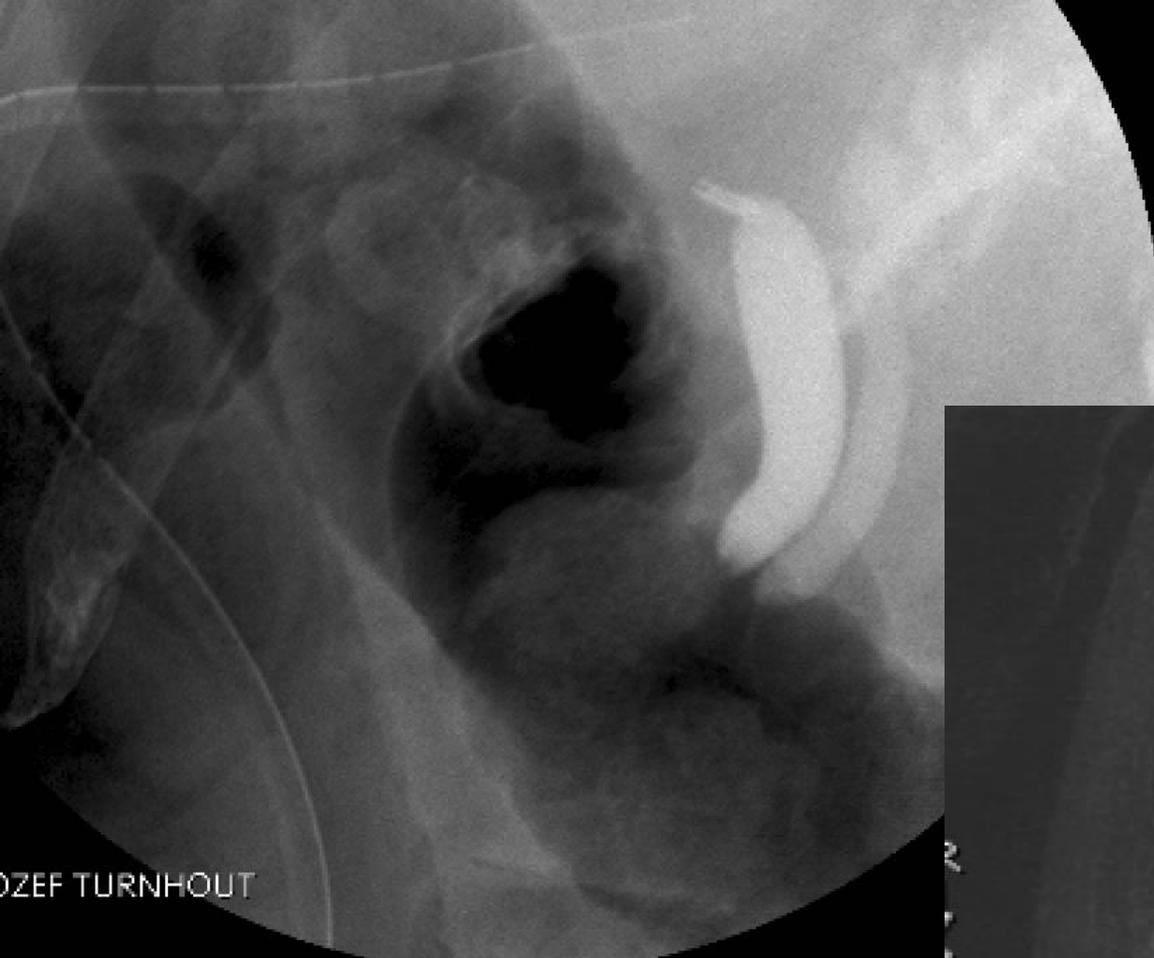
19/01/2023 13:05:00
PO OSPEDALE DEL MARE
Pos: -63.19 mm
LS: 6.00 mm
with contrast
C:153 L:403
Zoom 546%



Chirurgia epato bilio pancreatica

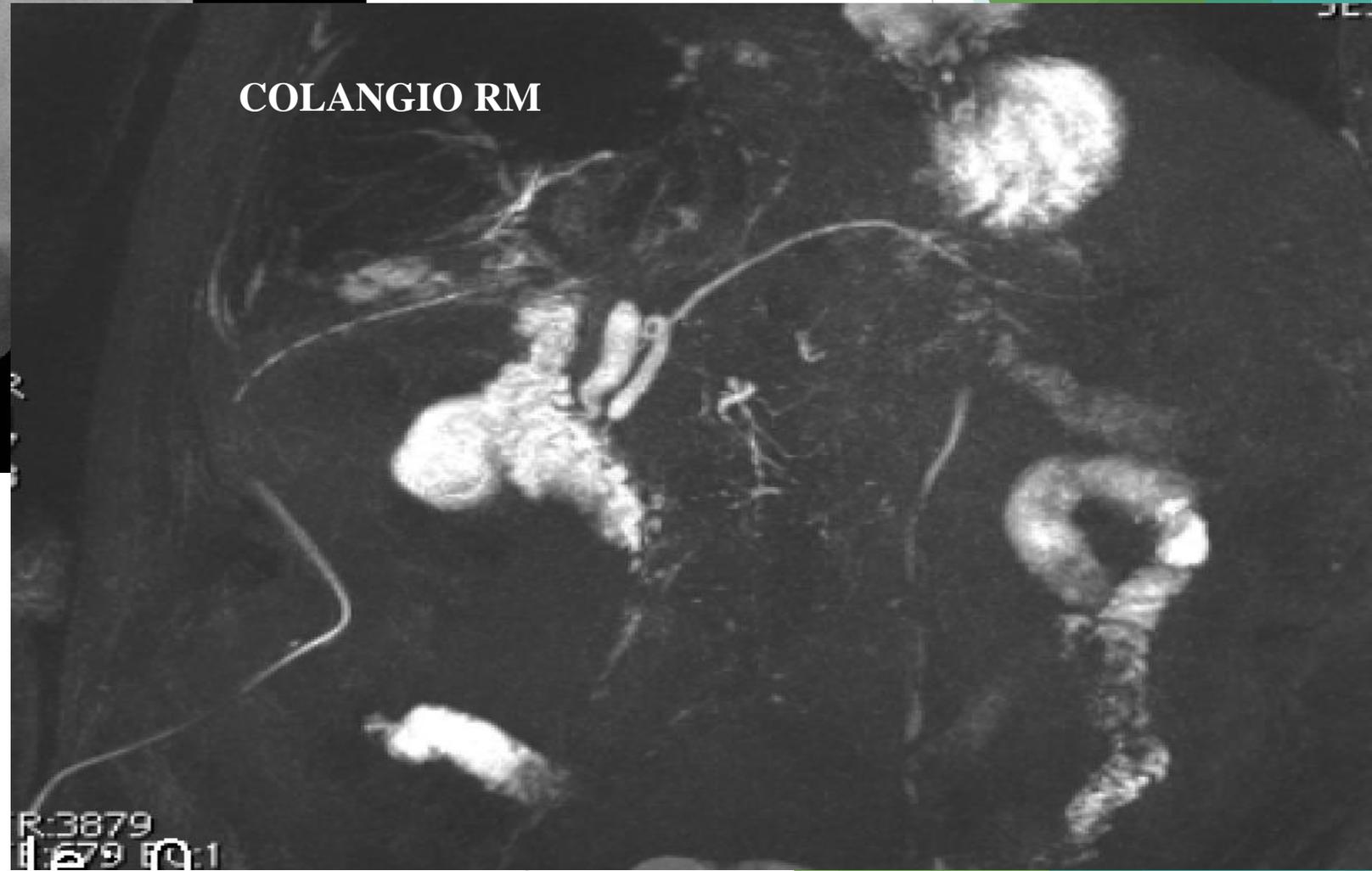
...non solo HCC e MTS

ERCP

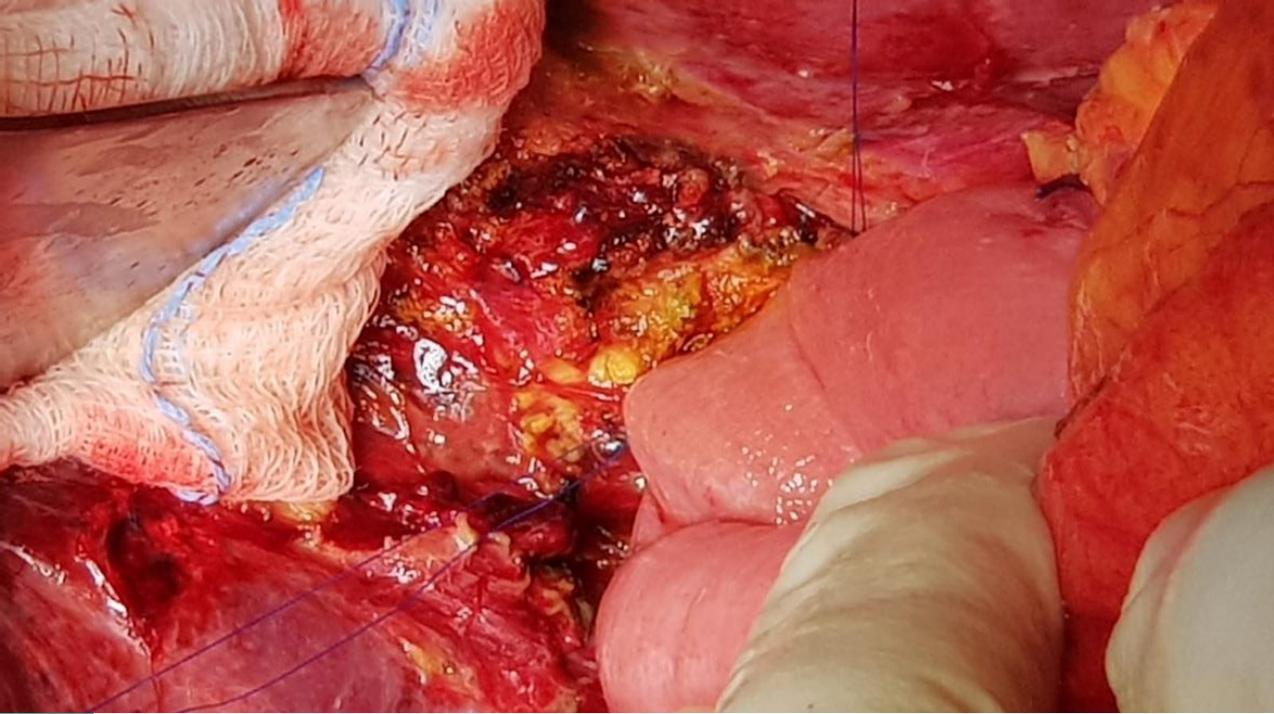
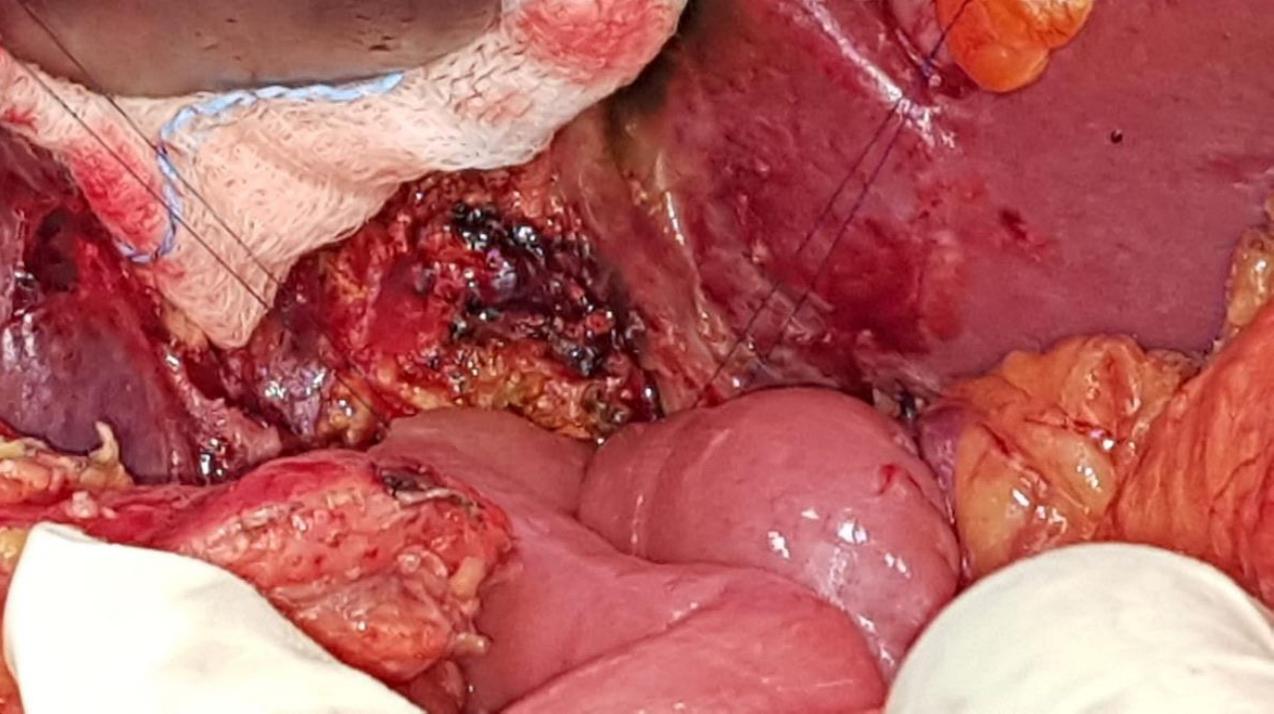


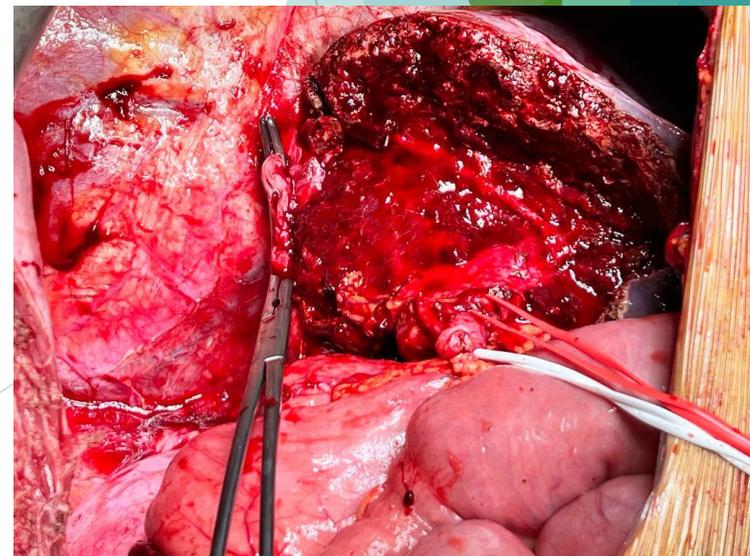
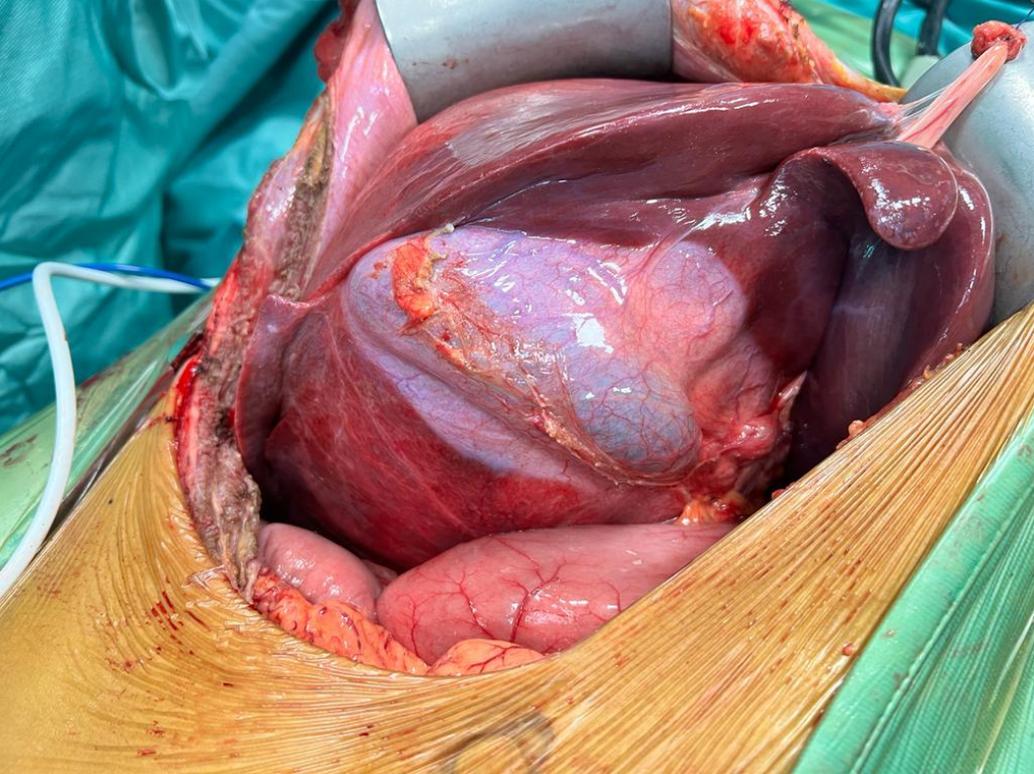
JOZEF TURNHOUT

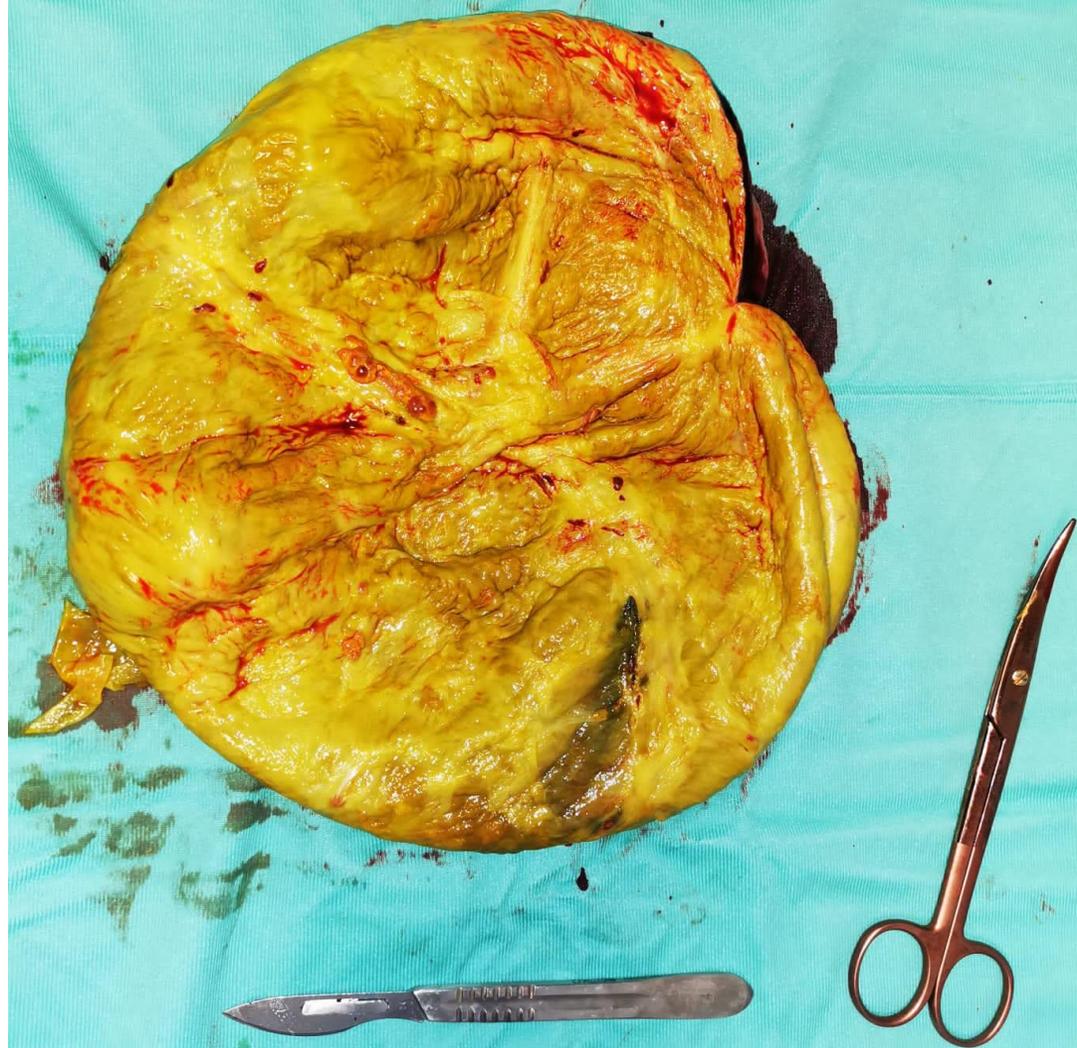
COLANGIO RM



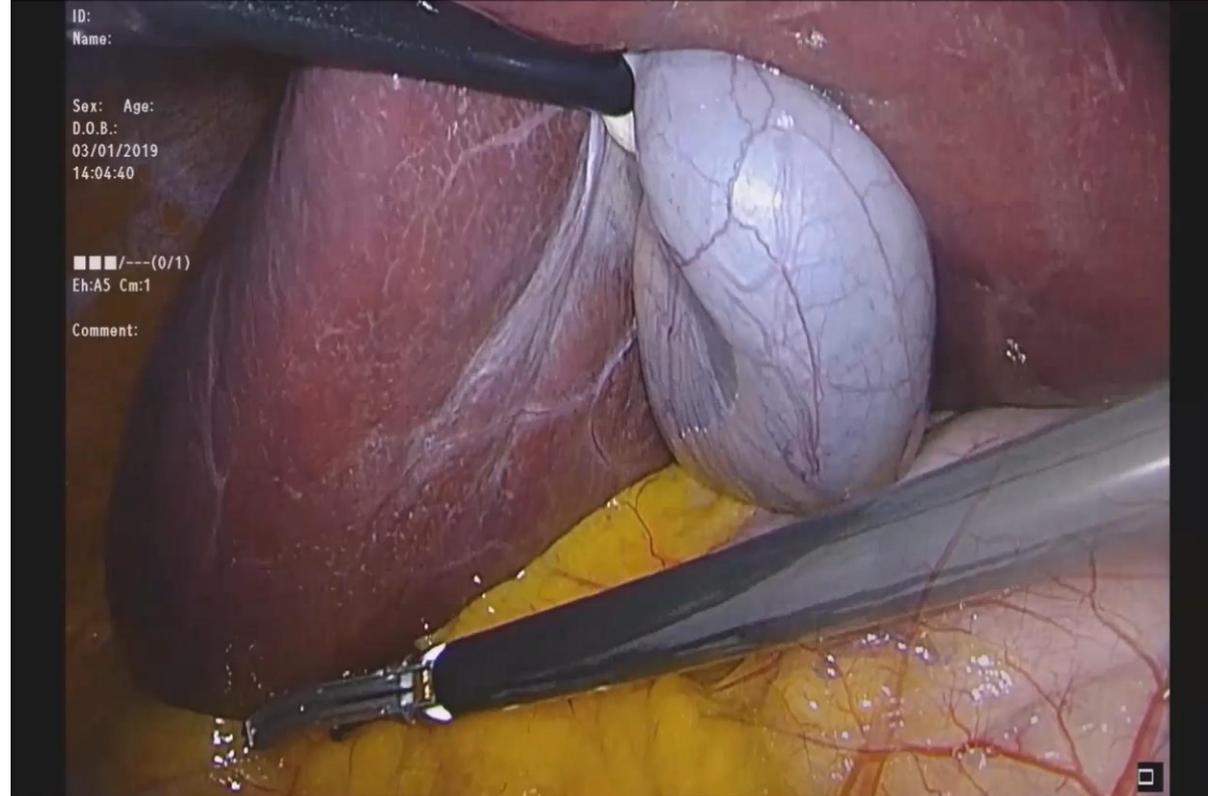
R:3879
1:579 TQ:1













Liver surgery in Italy. Criteria to identify the hospital units and the tertiary referral centers entitled to perform it

Guido Torzilli¹ · Luca Viganò¹ · Felice Giuliante² · Antonio Daniele Pinna³

- **Pianificazione pre operatoria**
- **Ecografia intraoperatoria**
- **Tecnologia disponibile**
- **Approccio VLS resettivo/ablazione**
- **Protocollo fast track**
- **Adeguate recruitment dei pazienti**
- **Connessione con centro trapianto**

Hospital requirements

First level hospital[#]

Hepatobiliary/HPB surgery unit (separate unit or dedicated team into a general surgery unit)

Additional mandatory units:^{*}

Oncology

Hepatology (separate unit or dedicated team into an internal medicine unit)

Radiology

Interventional radiology (on call 24/7)

Digestive endoscopy

Intensive care unit

Pathology

Liver transplantation center (into the hospital or partnership)

Multidisciplinary meeting (including surgeon, oncologist, radiologist, and interventional radiologist)

PERCHÉ STIAMO ANDANDO MEGLIO

- ✓ **La gestione di questi pazienti resta complessa**
- ✓ Terapie multimodali scaturite da lavoro di team multidisciplinare
- ✓ Non c'è spazio di predominanza di una specialità sull'altra
- ✓ Coinvolgimento di Anatomopatologo Anestesista/intensivista

Biologo molecolare

Chirurgo HPB

Gastroenterologo

Oncologo medico

Radioterapista

Radiologo

Radiologo interventista

Specialista in terapie palliative



APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE NELLA PRATICA QUOTIDIANA

L'oncologo medico ha bisogno del chirurgo nella

- Valutazione di resecabilità tecnica
- Valutazione del timing della resezione
- Migliorare i risultati a lungo termine

Il chirurgo ha bisogno dell'oncologo medico perchè...

- Rendere resecabile la malattia inizialmente irresecabile
- Controllare la malattia prima della resezione
- Migliorare la sopravvivenza grazie alla CT neoadiuvante
- Prevenire la recidiva post resezione

