



HPB Surgery: Udine meets the Experts

HIGHLIGHTS



**Fondazione
Internazionale
Menarini**



Udine

01-03 Ottobre 2015

HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS

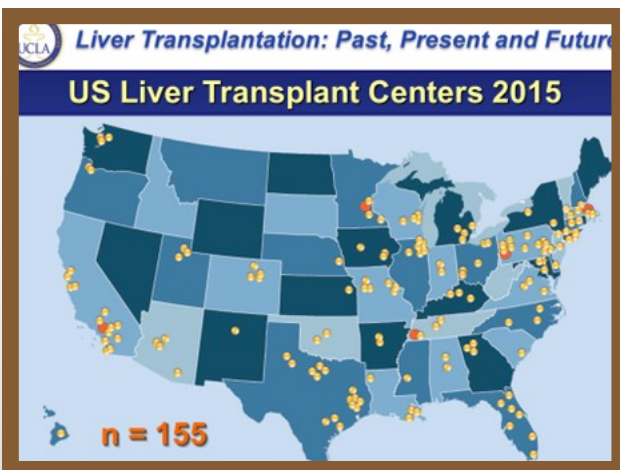


R. Busuttil
(Los Angeles, USA)

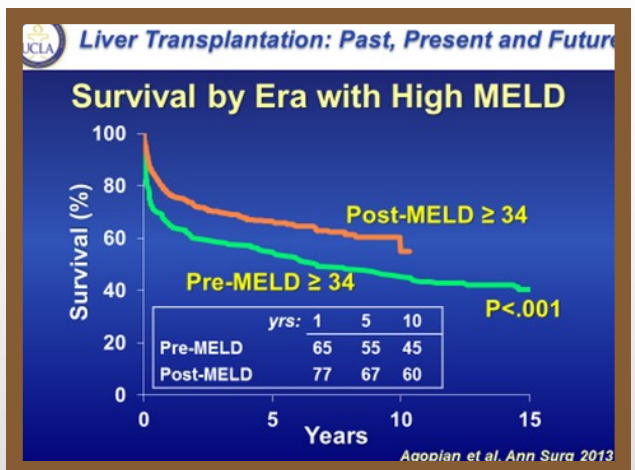
Il trapianto di fegato: passato, presente e futuro

Il Prof. Busuttil, Direttore del Dipartimento di Chirurgia presso la Scuola di Medicina di UCLA – Los Angeles, ha svolto questa lettura presentando un excursus storico sul tema del trapianto di fegato. La storia parte negli anni 50 con il Prof. Vittorio Staudacher dell'Università di Milano, vero pioniere del trapianto sperimentale di fegato. Una delle pietre miliari di questa tecnica chirurgica è stato sicuramente il Prof. Starzl di Denver col suo primo trapianto eseguito con successo nel lontano 1967. In

quel caso il paziente sopravvisse più di 6 mesi. L'anno dopo, nel mese di maggio, fu eseguito con successo il primo trapianto di fegato in Europa, più precisamente a Cambridge ad opera di Sir Roy Calner. La metodica per anni è stata gravata da tutta una serie di limitazioni, in particolare legate alla mancanza di donatori disponibili soprattutto per i bambini. Un primo salto di qualità è stato fatto negli anni 80-90 con lo sviluppo di tecniche di trapianto parziale di fegato che hanno permesso l'utilizzo di "donatori viventi". Oggi il trapianto di fegato viene eseguito in pazienti affetti da ogni tipo di patologia epatica in stadio finale, le tecniche utilizzate sono innumerevoli e i centri di trapianto di fegato si sono moltiplicati. Un altro salto di qualità è stato fatto mediante l'applicazione di un modello di classificazione delle patologie epatiche in stadio terminale, il



cosiddetto MELD, che di fatto ha permesso di migliorare la prognosi dei pazienti trapiantati.



Ma quali sono le sfide future? - - Come favorire il progresso medico in questa specifica branca chirurgica? - - Quale ruolo possono giocare sia i donatori che i pazienti destinati a ricevere il trapianto di fegato?



HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

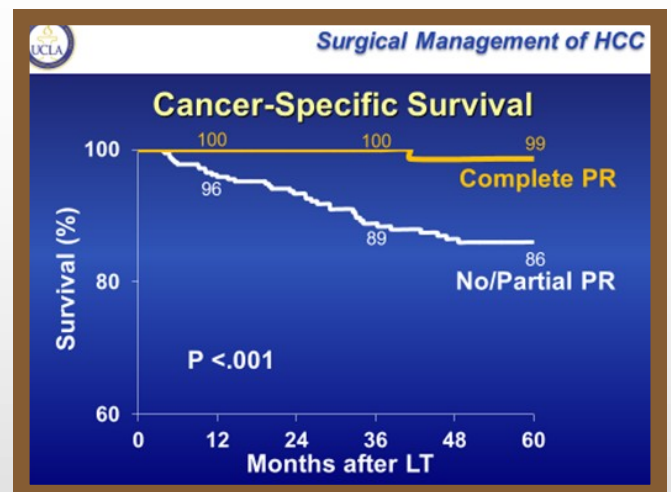
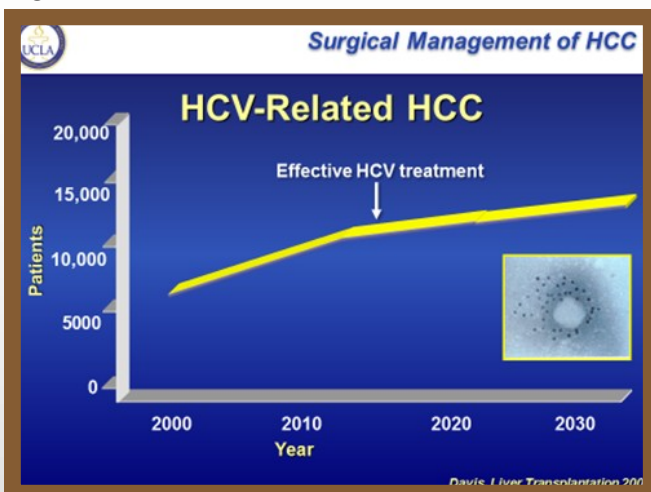
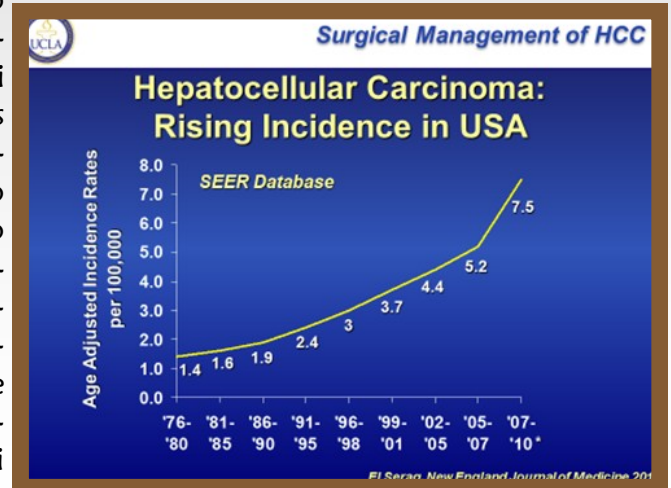
HIGHLIGHTS



R. Busuttil
(Los Angeles, USA)

Epatocarcinoma e trapianto di fegato

L'incidenza di epatocarcinoma nel mondo è in continuo aumento. Fra le cause principali le infezioni da virus dell'epatite B e C giocano un ruolo di primaria importanza. La chiave di successo per ridurre l'incidenza di epatocarcinoma è l'eradicazione di questi virus. Se nel caso del virus B non siamo lontani dal raggiungere questo obiettivo, nel caso del virus C, solo da poco tempo è stata sviluppata una terapia farmacologica in grado di eradicarlo. I protocolli terapeutici alternativi al trapianto di fegato sono rappresentati dalle differenti procedure di ablazione e dalla resezione epatica. Il Prof. Busuttil ha presentato dati significativi sull'outcome di questi protocolli, dove emerge chiaramente la relativa inefficacia delle tecniche di ablazione paragonate sia alle tecniche di resezione che al trapianto epatico. In particolare, la percentuale di successo del trapianto epatico in pazienti affetti da epatocarcinoma, intesa come sopravvivenza a 5 anni escludendo la morte per altre cause, si attesta stabilmente al 99%. Queste terapie alternative al trapianto acquistano invece un valore prognostico significativo se implementate in fase preoperatoria in pazienti in lista d'attesa di trapianto.



Quali sono le principali cause che predispongono lo sviluppo dell'epatocarcinoma? -
- Quanto serve la risonanza magnetica nella diagnosi preoperatoria? - - Quali sono le
tecniche di ablazione più utilizzate? - - Quali sono i fattori principali che contribui-
scono a determinare l'outcome in questi pazienti?



Fondazione
Internazionale
Menarini

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link:
www.fondazione-menarini.it/... e, dopo aver effettuato il login, entra nel mate-
riale multimediale.

HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

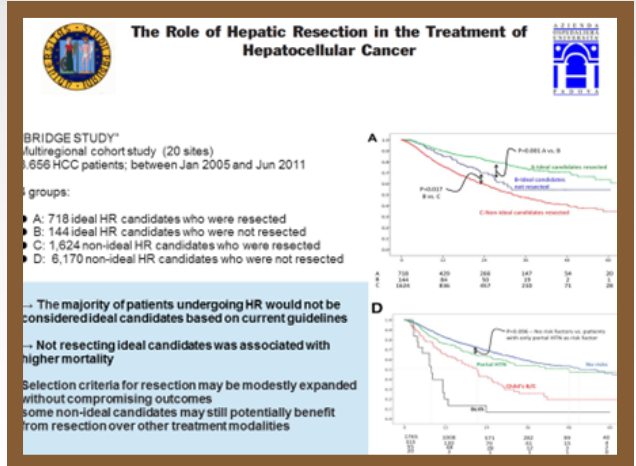
HIGHLIGHTS

Novità in tema di trattamento dell'epatocarcinoma

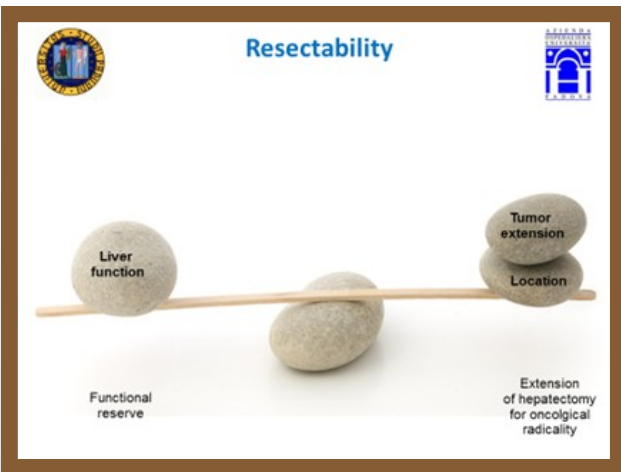


U. Cillo
(Padua, I)

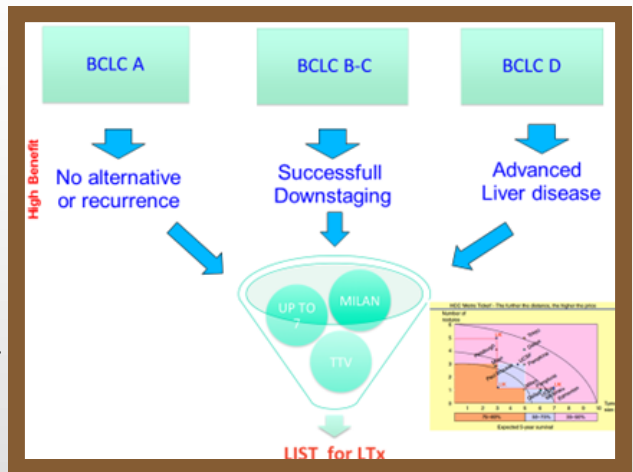
Il trattamento dell'epatocarcinoma sta cambiando in maniera radicale con l'introduzione dei nuovi farmaci antivirali come affermato dal Prof. Cillo di Padova. Questo nuovo quadro, inevitabilmente, va ad impattare sui parametri specifici per la selezione dei pazienti candidati alla resezione epatica, indicati dalle linee guida internazionali. Dai dati pubblicati a livello mondiale, emerge come i pazienti, classificati come non idonei alla resezione, presentino una sopravvivenza a 5 anni dopo la



resezione pari al 40%. Si può negare ad un paziente affetto da epatocarcinoma, classificato come non idoneo al trapianto, tale possibilità di sopravvivenza? La risposta del Prof. Cillo è stata chiara: i pazienti devono essere selezionati in base a valutazioni prognostiche che tengano presente anche dello stato clinico del singolo individuo, non fermandosi alle indicazioni derivate dalle statistiche tipiche dell'*evidence based medicine*. Nasce in tal modo un nuovo criterio di classificazione che individua un nuovo "obiettivo prognostico" indicato come: "trapiant benefit". Questo indicatore, partendo dallo stato della patologia epatica di base, attribuisce il benefit più alto ai pazienti con il peggiore quadro clinico di partenza. Sono questi i pazienti che vanno selezionati per il trapianto di fegato, quelli cioè che non hanno alternative terapeutiche valide. Questo innovativo cri-



terio di classificazione modifica radicalmente i tradizionali protocolli terapeutici in campo di trapianto di fegato per epatocarcinoma.



Quanti nuovi casi di tumore epatico ci sono in Italia?
Quali sono i nuovi concetti di allocazione per trapianto epatico?
Cosa si intende per approcci minimamente invasivi?



Fondazione Internazionale Menarini

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link: www.fondazione-menarini.it/... e, dopo aver effettuato il login, entra nel materiale multimediale.

HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS

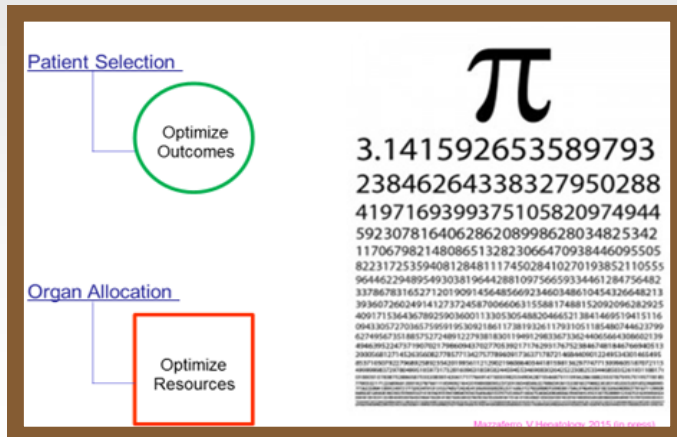


V. Mazzaferro
(Milan, I)

Il futuro del trapianto per epatocarcinoma: oltre i criteri BCLC

Il Prof. Mazzaferro di Milano ha parlato sui nuovi criteri di individuazione dei pazienti affetti da epatocarcinoma, candidati per il trapianto di fegato. Il problema è coniugare insieme il criterio di allocazione d'organo col criterio di selezione dei pazienti. In altre parole, come fare per ottimizzare la risorsa di organi, che presuppone la selezione di pazienti con la maggior aspettanza di vita, con la necessità di selezionare quei pazienti che hanno un elevato bisogno del trapianto? E' necessaria quindi una riclassificazione dell'epatocarcinoma alla luce della maggiore o minore necessità di trapianto.

Questa nuova classificazione deve essere integrata naturalmente con quella tradizionale che si basa sullo stage di malattia. Il relatore ha inoltre sottolineato come il futuro della trapiantologia di fegato per epatocarcinoma sarà segnato dalla riduzione della necessità di trapianto grazie all'introduzione di nuovi presidi terapeutici antivirali mirati al trattamento dell'epatite che a sua volta determinerà il calo significativo della progressione della malattia verso la trasformazione carcinomatosa. In tal modo sarà possibile una maggior selezione dei pazienti sulla base della loro reale necessità di trapianto rispetto alla loro aspettanza di vita basata sugli score indicati dalle linee guida.



Specificities of HCC in cirrhosis with respect to cirrhosis and no cancer at the time of transplant consideration (Braz J, Cores G, Mazzaferro V - Oct 2014)

CIRRHOSIS	HCC + CIRRHOSIS
High pre-transplant mortality	Low pre-transplant mortality
High post-transplant long-term recovery	Variable post-transplant cure, depending on tumor stage at operation
Predictable outcome with no transplant (MELD)	Composite prognostic factors and variable biology influencing outcome
No competitive options besides transplantation	Competitive options in selected patients subgroups

↓

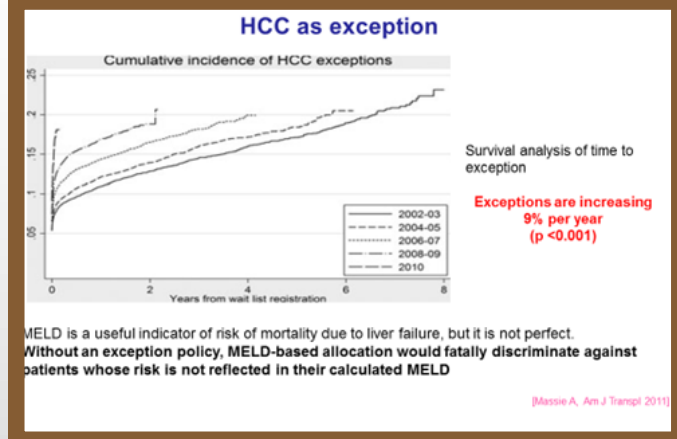
URGENCY PRINCIPLE

Focused on pre-transplant risk of dying without transplant

↓

UTILITY PRINCIPLE

Focused on maximization of post-transplant outcome



Come conciliare la selezione del paziente con l'allocazione d'organo?
Quale relazione vi è tra Alfa fetoproteina e criteri di Milan?
Indicatore MELD ed Epatocarcinoma, quanto possono essere tra loro integrati?



Fondazione Internazionale Menarini

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link: www.fondazione-menarini.it/... e, dopo aver effettuato il login, entra nel materiale multimediale.

HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS



P. Toniutto
(Udine, I)

La nuova classificazione italiana di allocazione d'organo in pazienti affetti da epatocarcinoma

I modelli che regolano la gestione dei trapianti sono tre: il modello del benefit, il modello di urgenza e il modello di utilità. Il Prof. Toniutto ha così introdotto la sua interessante relazione sulla nuova classificazione italiana di allocazione d'organo in pazienti affetti da epatocarcinoma. Il modello più utilizzato è quello basato sull'urgenza e regolato dall'indicatore MELD che tuttavia presenta alcune

limitazioni in quanto, tra l'altro, non riesce a captare la severità della malattia epatica come non riesce a predire l'outcome del paziente trapiantato. Con la finalità di dare una soluzione pratica a questo problema di allocazione dei pazienti in base a criteri di priorità sostenibili, i centri trapiantologici italiani si sono riuniti in una *consensus conference*. Qui sono stati identificati dei nuovi criteri di classificazione dei pazienti candidati al trapianto di fegato, basati non solo sul modello di utilità, ma integrando il MELD con criteri sia di urgenza che di benefit. Sono state così individuate delle procedure *multistep* che permettono di guidare il complesso processo di allocazione d'organo con un miglior equilibrio fra i differenti criteri di scelta. E' stata inoltre individuata un'equazione di priorità più adeguata a bilanciare le differenti esigenze di trapianto fra pazienti affetti da epatocarcinoma e quelli affetti da altre patologie epatiche, cirrosi epatica in primis. Infine, è stato proposto un nuovo modello di valutazione del beneficio legato al trapianto di fegato in pazienti affetti da epatocarcinoma

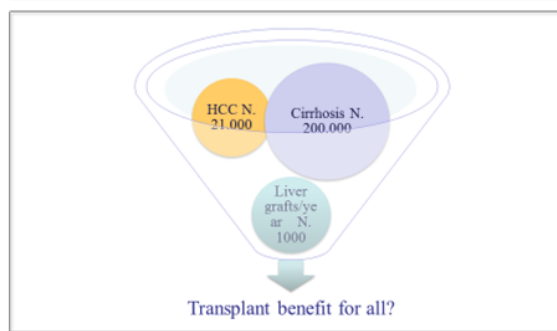
basato sul livello di funzionalità epatica e non sul numero e sulle dimensioni dei noduli carcinomatosi intraepatici.

ALLOCATION MODELS CONSIDERED FOR LIVER TRANSPLANTATION

Model	Definition
Urgency	Focused on pre-transplant risk of dying: patients with worse outcome on the waiting list are given higher priority for Tx (based on MELD score)
Utility	Based on maximisation of post-transplant outcome, taking into account donor and recipient characteristics (D/R match)
Benefit	Calculated by subtracting to the survival achieved with Tx the survival achieved without Tx. Ranks patients according to the net survival benefit that they would derive from Tx and maximize the life time gained through Tx.

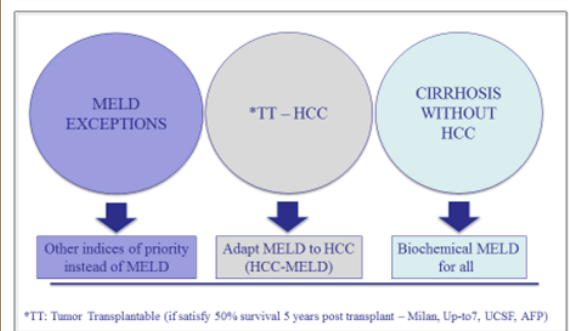
Bruis et al. Gut: 2014, mod.

ESTIMATED NUMBER OF PATIENTS WITH CIRRHOSIS AND HCC IN ITALY



Toniutto et al. AISE - Libro Bianco dell'Epatologia Italiana - 2012

POTENTIAL STRATEGIES TO EQUALIZE BENEFIT BETWEEN HCC, CIRRHOSIS AND MELD EXCEPTIONS



*TT: Tumor Transplantable (if satisfy 50% survival 5 years post transplant - Milan, Up-to-7, UCSF, AFP)

Quali sono gli aspetti principali della nuova classificazione di allocazione?
 Quanto è indicativo il Meld nella nuova classificazione?
 Quali sono i nuovi outcome?



Fondazione
Internazionale
Menarini

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link: www.fondazione-menarini.it/... e, dopo aver effettuato il login, entra nel materiale multimediale.

HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

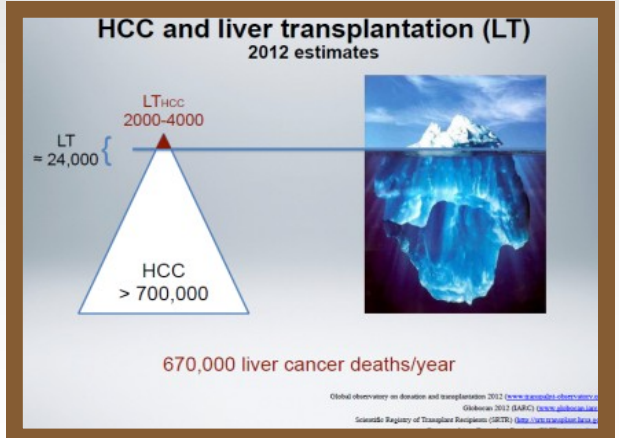
HIGHLIGHTS



M. Sainz-Barriga
(Ghent, Belgium)

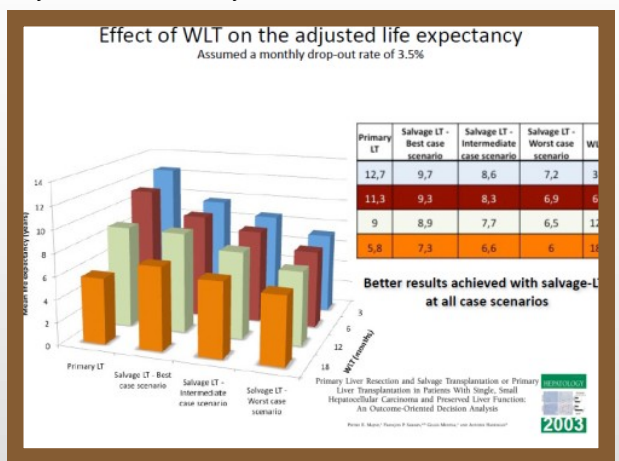
Il trapianto di fegato: una terapia di salvataggio

Il numero di trapianti di fegato è aumentato in maniera esponenziale negli anni. La maggior parte viene eseguito in pazienti affetti da cirrosi epatica. Tuttavia sono aumentati in maniera significativa anche i casi di epatocarcinoma. Questa condizione ha prodotto un aumento relativo dei tempi di attesa dei pazienti fino a determinarne l'uscita dalle liste in quei casi di evoluzione negativa della malattia. Su 700.000 pazienti affetti da epatocarcinoma, in un anno solo fra i 2000 e i 4000 pazienti riescono ad accedere



al trapianto di fegato. Queste sono le stime indicate dal Prof. Barriga, basate sui dati del 2012. Inoltre, la sopravvivenza post trapianto è significativamente alta, non paragonabile alla sopravvivenza dei pazienti non trapiantati. La differenza è talmente elevata da definire il trapianto di fegato come una terapia di salvataggio. Un'alternativa al trapianto, per i pazienti affetti da epatocarcinoma, può essere la resezione epatica. Il Prof. Barriga ha presentato tutta una serie di dati sull'applicazione di questa procedura terapeutica sia in alternativa che propedeutica al trapianto di fegato. Un altro argomento trattato dal relatore è stato la strategia per determinare i punteggi di priorità di trapianto che differisce da paese a paese. In particolare è possibile affermare che esistono tutta una serie di casi variegati fra due estremi: i pazienti affetti da epatocarcinoma mononodulare resecabile, a basso rischio di recidiva e comunque col donatore pronto in caso di recidiva e, all'altro estremo, i pazienti con epatocarcinoma diffuso non

resecabile e senza donatore disponibile in caso di recidiva. I primi sono candidati, in prima battuta, alla resezione epatica mentre i secondi al trapianto di fegato.



Why not resect then transplant
 In case needed (progression of disease, recurrent HCC)

Confusing results in literature.

Same results than primary transplantation with a salvage of 26% liver grafts.
 Majno P, *Transplantation* 1999

Others report opposite results...

Perioperative death → Recurrence → Transplantability 20% → Outcome

Adam B, *Anni Surga* 2003

Può la resezione anticipare il trapianto?
 Quali sono le percentuali di successo?
 Quali sono le stime di sopravvivenza dei pazienti trapiantati?



Fondazione Internazionale Menarini

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link: [www.fondazione-menarini.it/...](http://www.fondazione-menarini.it/) e, dopo aver effettuato il login, entra nel materiale multimediale.

HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS

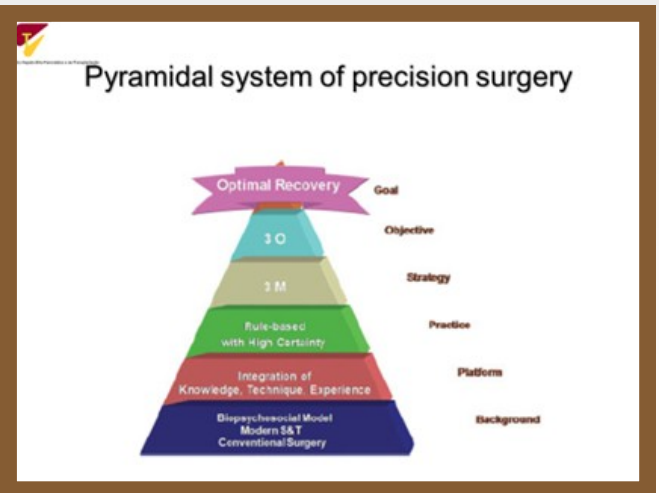


E. Barroso
(Lisbon, P)

La “precisione in corso di chirurgia epatica”: il caso delle metastasi epatiche da tumore coloretale

Il Prof. Barroso di Lisbona ha introdotto il concetto di “precisione chirurgica” che non significa semplicemente accuratezza dell’atto chirurgico per sé, ma è un concetto che coinvolge interamente l’operatività del centro di chirurgia. La chirurgia si è evoluta partendo da una dimensione francamente intuitiva ed empirica e ora è arrivata a contemplare una dimensione di precisione basata sulla capacità di applicare

atti chirurgici di alta qualità, in regime di sicurezza e supportati da un modello medico capace di coniugare la biologia con la psicologia e la relazione sociale. Questo si traduce nella capacità di implementare strategie terapeutiche estreme, utili in caso di patologie estreme. In base a questa filosofia oggi si operano anche le metastasi epatiche. A questo punto il Prof. Barroso ha introdotto il concetto di terapia multi-ponte, dove la chemioterapia può favorire ed anticipare la resezione epatica e quest’ultima può fare da ponte al trapianto di fegato. Con questo approccio terapeutico il Prof. Barroso ha ottenuto dei risultati estremamente incoraggianti: su 9 pazienti operati per metastasi epatiche coloretali 5 sono vivi e liberi da recidive dopo 9 anni.



CHBPT Experience Case Series and Results

Morbidity (Jan 2014)

1153 patients underwent a hepatectomy
166 cases of morbidity (Clavien 2-4) **14,4%**

69 hepatic complications
79 general complications
18 hepatic and general

Quali sono le caratteristiche tipiche della strategia di “precisione chirurgica”?
Quali sono i risultati della metastasectomia a due stadi?
Quali sono i risultati ottenuti dal Prof. Barroso presso il suo centro applicando la strategia di precisione chirurgica?



HIGHLIGHTS



A. Königsrainer
(Tuebingen, D)

L'epatectomia ad uno stadio in confronto a quella a due stadi

Il Prof. Königsrainer ha presentato la sua casistica relativa agli interventi di epatectomia sia a uno stadio che a due stadi. Nella sua relazione ha inizialmente spiegato la differenza fra le due tecnologie. Alla base di queste tecniche chirurgiche è necessario un ottimo studio radiologico al fine di identificare le aree metastatiche. La resezione "one stage" si può fare quando non esistono aree

CRC-LM: criteria for one stage resectability

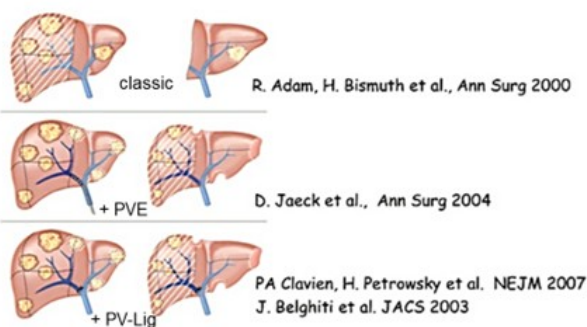
- no unresectable extraepatic tumor
- liver metastasis
 - ≥ 2 segments free
 - ≥ 30% liver without tumor
 - one free liver vein
- good/compensated liver function (NASH, ASH, CASH)

one artery
portal inflow
bile duct

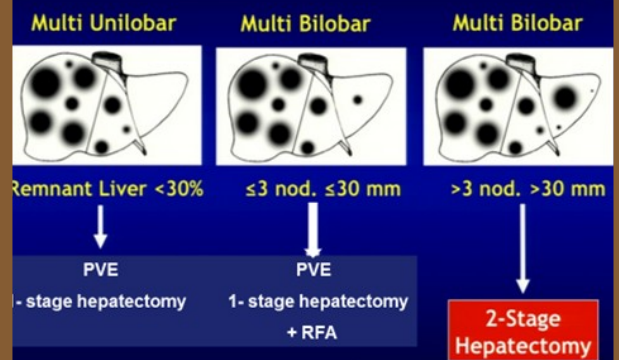
tumorali extraepatiche, le lesioni epatiche metastatiche devono lasciare almeno 2 segmenti liberi, il 30% o più di tessuto epatico libero da tumore e almeno una vena epatica libera, il fegato infine deve presentare una buona funzionalità. I pazienti candidati all'epatectomia a due stadi sono quelli con metastasi diffuse a più lobi, con più di tre nodi e di dimensioni > 30 mm. di diametro. La prima strategia da applicare nei pazienti affetti da metastasi epatiche è l'epatectomia "one stage" associata a chemioterapia, embolizzazione della vena porta e radioterapia, mentre l'epatectomia "two stage" va riservata a quei pazienti con metastasi diffuse multilobar o con recidiva dopo una prima epatectomia.

buona funzionalità. I pazienti candidati all'epatectomia a due stadi sono quelli con metastasi diffuse a più lobi, con più di tre nodi e di dimensioni > 30 mm. di diametro. La prima strategia da applicare nei pazienti affetti da metastasi epatiche è l'epatectomia "one stage" associata a chemioterapia, embolizzazione della vena porta e radioterapia, mentre l'epatectomia "two stage" va riservata a quei pazienti con metastasi diffuse multilobar o con recidiva dopo una prima epatectomia.

Two stage hepatectomy



Patient selection for hepatectomy



Quali sono le principali differenze fra le due tecniche chirurgiche?

Come si procede alla selezione dei pazienti idonei per le due tecniche?

L'epatectomia a due stadi permette una migliore selezione dei pazienti, quali sono le tecniche alternative?



HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS

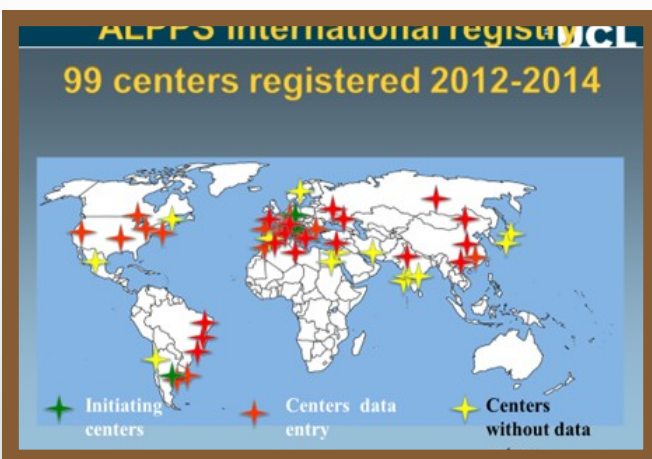
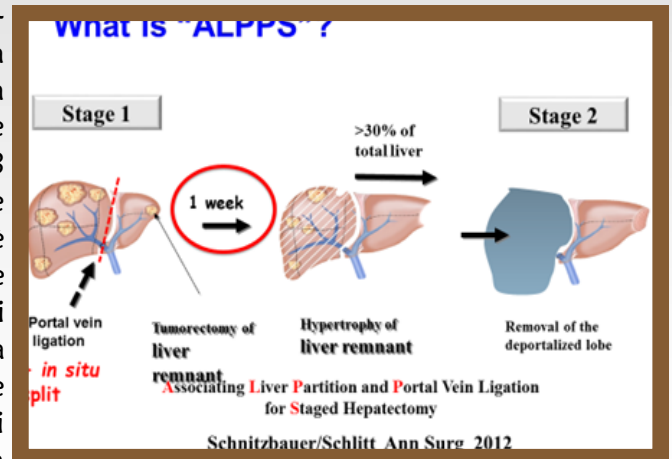
La tecnica ALPPS



Massimo Malagò
(London, UK)

Il Prof. Malagò di Londra ha approfondito questa tematica di grande attualità. L'ALPPS è la tecnica chirurgica basata sulla legatura della vena porta la cui occlusione determina l'ipertrofia del lobo epatico che diventa così resecabile dopo 4-8 settimane. Ma è proprio vero che la legatura della vena porta è l'unica causa responsabile dell'ipertrofia lobare? Da dati pubblicati in letteratura sembra che questo fenomeno potrebbe

essere causato dal trauma secondario all'epatotomia di per sé. Nonostante queste considerazioni, la tecnica ALPPS presenta degli indiscutibili vantaggi rispetto alle tecniche classiche principalmente per la possibilità di rimuovere la lesione tumorale a livello epatico in maniera più completa. La principale problematica è legata invece ad un aumento della mortalità perioperatoria di almeno il 15%. Ma è proprio così? Analizzando i dati sui pazienti trattati con ALPPS si nota che la loro mortalità cala fino a livelli non superiori al 5% quando vengono suddivisi in base all'outcome iniziale di malattia. Il problema allora è quello di selezionare i pazienti prima dell'intervento. Dalla *Consensus* svoltasi ad Amburgo nel febbraio del 2015 è emerso che l'ALPPS è una tecnica alternativa che deve essere sempre praticabile presso i centri di chirurgia epatica e che prima di applicarla deve essere sempre pesata verso le altre tecniche disponibili; il paziente deve avere un'età inferiore a 70 anni e prima dell'intervento gli deve essere sempre eseguita una biopsia



epatica con il flusso venoso e arterioso sempre mantenuto.

Conclusion

1st Consensus Meeting in Hamburg February 2015

- ALPPS is established as part of the modern armamentarium in dedicated liver centers
- Centers must provide optimal PVE-technique as alternative
- ALPPS has to be weighed against PVE/TSH – the patient should receive the method resembling best possible curative option with the least possible mortality for each individual case
- ALPPS should only be considered in patients <70 years
- Non-Lesional Biopsy is recommended before Step 1, in cases with impaired liver function also before Step 2
- Arterial inflow and venous outflow should be preserved in both, the FLR and the deportalized lobe

Quali sono le caratteristiche principali dell'ALPPS?

Quali vantaggi presenta rispetto all'epatotomia a due stadi?

Può essere applicata questa tecnica a pazienti con metastasi epatiche coloretali?

E' così importante l'età dei pazienti come discriminante per applicare questa tecnica?



Fondazione
Internazionale
Menarini

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link: [www.fondazione-menarini.it/...](http://www.fondazione-menarini.it/) e, dopo aver effettuato il login, entra nel materiale multimediale.

HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS

Le metastasi difficili



A. D. Pinna
(Bologna, I)

Il Prof. Pinna ha parlato del *risk assessment* e del paziente difficile. Le controversie oncologiche che rendono i pazienti difficili sono legate alla presenza di metastasi sincrone, le metastasi che scompaiono, la malattia extraepatica e la selezione dei pazienti in base alla stadiazione R0 verso R1. La chirurgia simultanea, rispetto alla chirurgia classica a più stage e di fatto peggiore, non peggiora l'outcome come spesso si crede. Cosa fare nei pazienti con scomparsa di metastasi

dopo il trattamento chemioterapico? Andando ad analizzare la percentuale di sopravvivenza nei soggetti con metastasi resecate rispetto ai soggetti con metastasi scomparse dopo chemioterapia e sottoposti a resezione, questa risulta sostanzialmente sovrapponibile. Un criterio di riferimento è l'età inferiore o superiore ai 60 anni con l'assenza o la presenza di almeno tre fattori predittivi per la ricomparsa della metastasi. In altre parole, nei pazienti con età inferiore a 60 anni e con meno di 3 fattori predittivi negativi è sufficiente sottoporre i pazienti a follow-up successivi mentre nei pazienti di età superiore a 60 anni e con più di tre fattori predittivi è preferibile intervenire chirurgicamente. Come districarsi nella stadiazione fra R0 e R1? Secondo il Prof. Pinna la problematica è di difficile risoluzione in quanto le differenze fra i due stadi sono di difficile individuazione durante l'atto chirurgico. La sua opinione, peraltro

Surgery for "difficult" liver metastases

Technical aspects

- ✓ US-guided multiple metastasectomy
- ✓ One vs two stage hepatectomy (± portal vein embolization)
- ✓ ALPPS

Patients' characteristics

Oncological aspects **Controversial**

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Controversial indication

- Synchronous metastases
- Disappearing metastases
- Extrahepatic disease (lymph node and lung)
- R0 vs R1

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

condivisa dall'assemblea congressuale, è quella di farsi guidare dai dati di sopravvivenza a 5 anni pubblicati su casistiche composte da queste tipologie di pazienti.

Take home messages

- The improvement in liver surgery has lead to overcome most of technical problems arising in pts with CR metastases with an acceptable operative risk
- New debated issues on patients' characteristics and oncologic aspects are emerging
- Minimal extrahepatic disease and R1 seem to be acceptable, should not be considered an absolute contra-indication to surgery (though are related to reduce overall survival)
- The treatment for these "difficult" patients should be individualized by a "multidisciplinary dedicated team"

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Quali sono gli aspetti tecnici che rendono difficile gestire i cosiddetti pazienti con metastasi difficili?

Quali sono le principali caratteristiche di questi pazienti?

Quali sono i principali aspetti oncologici?



HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS

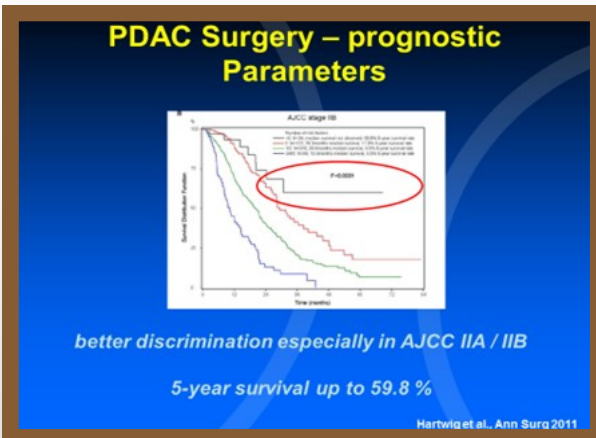
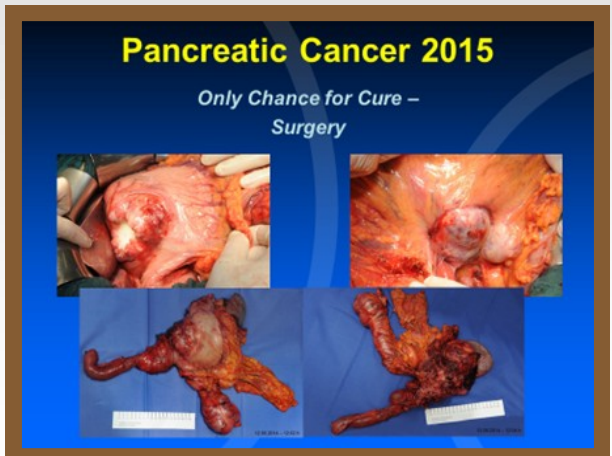


M. Buechler
(Heidelberg, D)

La chirurgia estesa del carcinoma del Pancreas

“La chirurgia è l’unica opportunità di cura del carcinoma del pancreas” il Prof. Buechler ha così iniziato la sua lettura. Quando si parla di carcinoma del pancreas spesso si pensa ad un’unica entità tumorale, ma non è così: il Prof. Buechler ha presentato dati tratti dalla sua casistica dove si evince che esistono differenti curve di sopravvivenza a seconda della tipologia di cancro. Tuttavia, in generale, almeno il 50% dei suoi pazienti hanno una sopravvivenza media di almeno tre

anni. La tecnica chirurgica si è evoluta nel tempo e, nel caso di carcinoma che ha infiltrato la vena porta, ora si può affermare che anche in questo caso la lesione tumorale può essere resecata e il paziente guadagnare anni di vita libero dal tumore. Il relatore si è così addentrato nella spiegazione puntuale della tecnica chirurgica da applicare in caso di resezione radicale del Pancreas. Ma, nel caso in cui il tumore abbia coinvolto l’albero arterioso epatico, è resecabile la lesione? Il Prof. Buechler ha risposto in maniera affermativa: sì, è possibile resecare questa lesione. In questa situazione verrà utilizzata parte dell’arteria splenica per rigenerare l’arteria epatica. I dati relativi alla sopravvivenza media di pazienti sottoposti a questa operazione giustificano l’intervento. La pancreatectomia totale può essere un’altra opzione per aumentare la speranza di vita in questi pazienti. La sopravvivenza media di questi pazienti viene influenzata dal numero di linfonodi coinvolti. Il relatore ha presentato dati che dimostrano come la stadiazione classica,



che differenzia assenza di linfonodi coinvolti (T0) e presenza di linfonodi coinvolti (T1), sia totalmente superata.

-
- Extended Aspects in PDAC Surgery**
- total pancreatectomy
 - vascular involvement
 - lymph node involvement
 - involvement of other organs
 - local recurrence
 - distant metastases

Qual è la sopravvivenza media in caso di pancreatectomia estesa?
I pazienti con recidive locali possono essere rioperati, qual è la loro speranza di vita? Cosa fare in caso di metastasi pancreatiche originate in altri organi?
Qual è il futuro della chirurgia del pancreas?



HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS

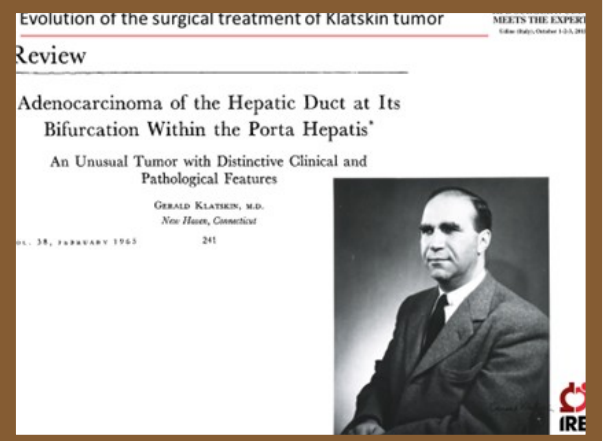
L'evoluzione del trattamento chirurgico del colangiocarcinoma



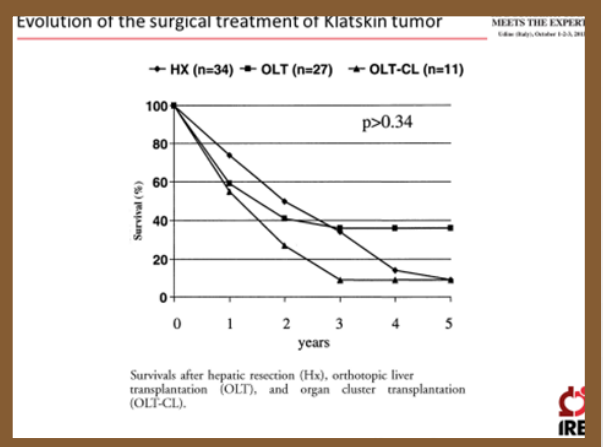
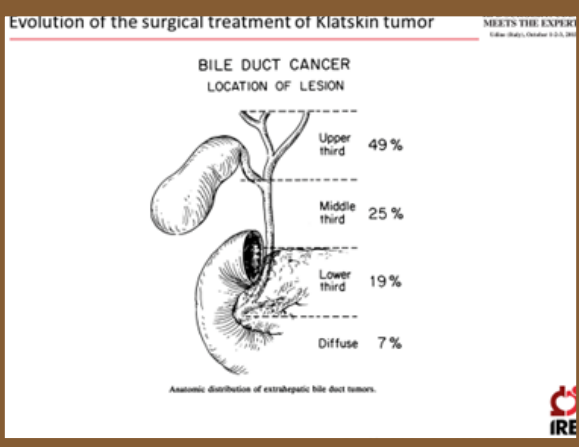
G. Grazi
(Rome, I)

Il Prof. Grazi di Roma ha svolto questo tema partendo dalla sua storia iniziata negli Stati Uniti negli anni 50-60 dove il Dr. Gerald Klatskin fu il primo chirurgo che pubblicò un articolo scientifico con la descrizione di questo adenocarcinoma, raro per quei tempi. Questo ricercatore parlò di un colangiocarcinoma che si era sviluppato a livello della biforcazione dei dotti biliari principali. Da quel momento il tumore prese il suo nome: il tumore di Klatskin. Negli anni 80 il

colangiocarcinoma inizia ad essere trattato anche in Europa, in particolare ad Hannover, dove il Prof. Rudolf Pichelmayr pubblicò dati su 125 resezioni e 25 trapianti con eccellenti risultati in termini di sopravvivenza. Nel frattempo, negli Stati Uniti, il Prof. Staltz e Iwatsuki presentavano dati altrettanto interessanti in termini di sopravvivenza, in particolare dopo i trapianti di fegato. Il vero salto di qualità del trattamento di questo tumore è stato fatto quando sono entrati in gioco i chirurghi giapponesi. La curva di sopravvivenza grazie all'approccio radicale applicato da questi ricercatori è aumentata in maniera significativa. Oggi la terapia standard del colangiocarcinoma è l'epatectomia estesa destra o sinistra con lobectomia caudata ed escissione di tutti i tessuti nervosi e linfatici all'interno del legamento epato-duodenale. Il problema principale di questa tecnica chirurgica è legata alla sua radicalità che non sem-



pre ne permette l'applicazione completa con conseguente mortalità peri-post operatoria, tutt'altro che ideale.



- Quali sono le principali forme di colangiocarcinoma?
- Qual è l'evoluzione del trattamento chirurgico di questo tumore?
- Quali sono i pro e contro dello *stenting* delle vie biliari?
- Questi pazienti ricevono dei trattamenti chirurgici ottimali?



Fondazione Internazionale Menarini

Per rispondere a queste e ad altre domande clicca su questo link: www.fondazione-menarini.it/... e, dopo aver effettuato il login, entra nel materiale multimediale.

HPB Surgery: Udine meets the Experts

Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS

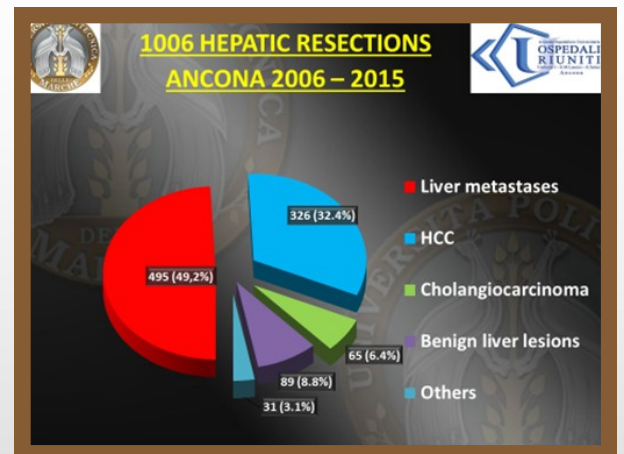
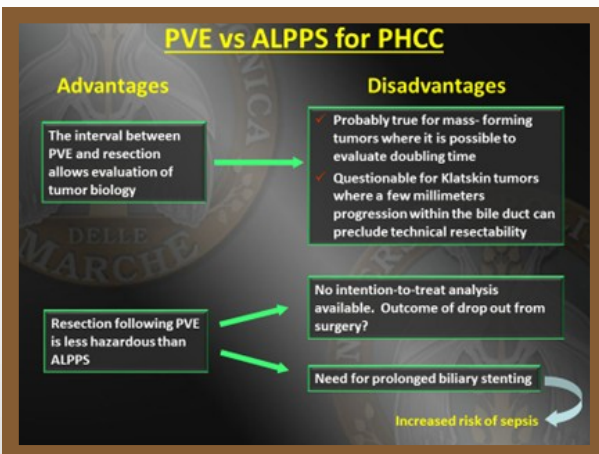
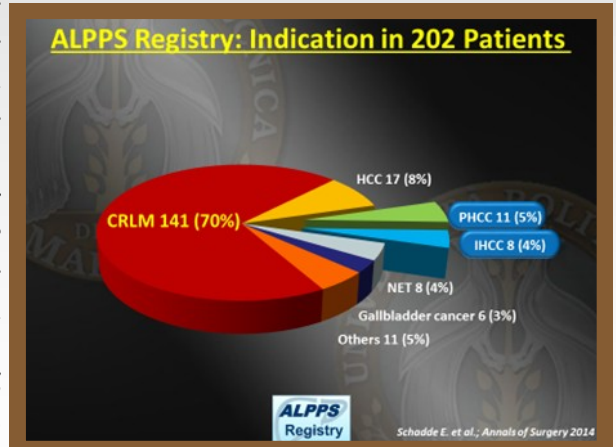


M. Vivarelli
(Ancona, I)

ALPPS per i tumori delle vie biliari?

Il Prof. Vivarelli di Ancona ha affrontato questo tema partendo dalle evidenze di letteratura che sono purtroppo insufficienti per trarre conclusioni definitive. Non sono stati pubblicati finora articoli specifici sulle ALPPS in colangiocarcinomi periilari. I dati tratti dai registri presentano una mortalità inaccettabile, tuttavia bisogna tenere presente che questi tumori sono gravati comunque da un'alta mortalità post-operatoria. Quali sono i pro e i contro dell'applicazione dell'ALPPS

nel trattamento di questi tumori? Il Prof. Vivarelli si è adentrato in questa problematica senza poter dare una risposta definitiva sull'opportunità o meno di applicare questa tecnica in questa tipologia di tumori. Il relatore ha quindi presentato la sua casistica soffermandosi in particolare su un caso di un paziente affetto da colangiocarcinoma di grado IV e con un "future liver remnant" del 22%. L'applicazione dell'ALPPS ha prodotto un risultato estremamente positivo: il paziente gode di buona salute ed è libero da lesioni tumorali epatiche a 33 mesi. Alla luce dei dati presentati, secondo il Prof. Vivarelli, l'ALPPS può essere utilizzata con cautela in presenza di colangiocarcinoma, anche se non in tutti i pazienti. In particolare, pazienti di età superiore a 70 anni con fibrosi epatica vanno esclusi dalla biopsia e malattie concomitanti di alto impatto clinico.



Quali sono i pro e i contro dell'ALPPS in pazienti affetti da colangiocarcinoma? Perché questi pazienti sono ad alto rischio di sviluppare complicazioni flogistiche post operatorie? - - Possono essere utilizzate le tecniche di facilitazione dell'ALPPS in questa tipologia di pazienti?



HPB Surgery: Udine meets the Experts

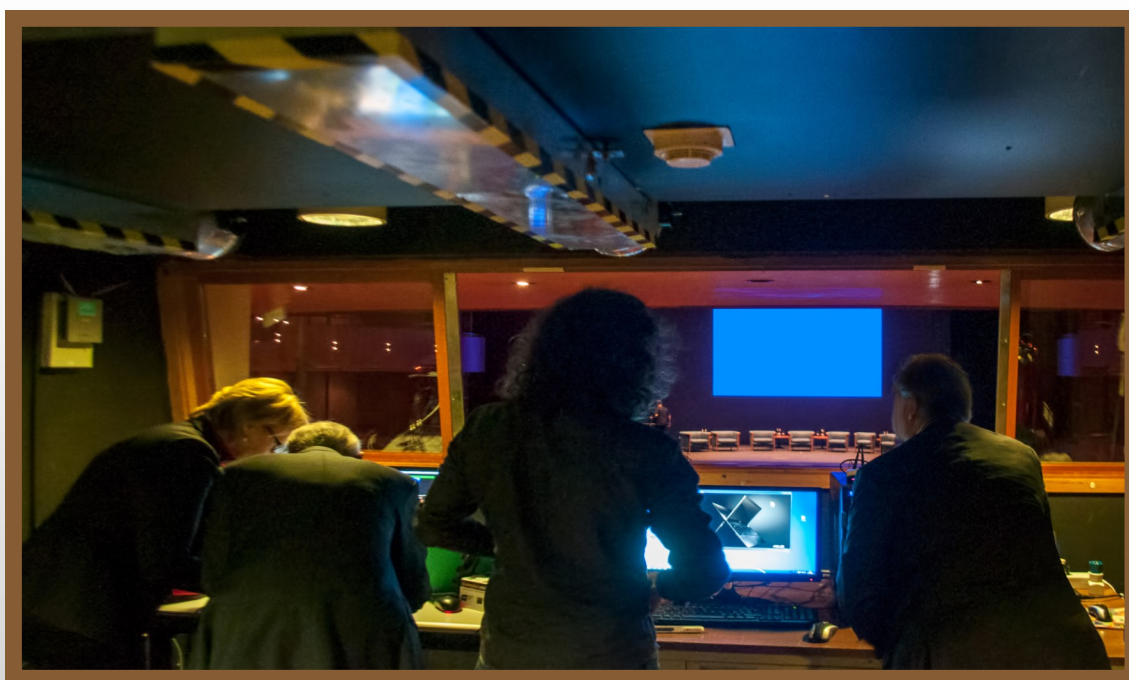
Udine, 01-03 Ottobre 2015

HIGHLIGHTS



Queste sono solo alcune delle tematiche trattate durante i lavori congressuali. Per un maggior approfondimento si rimanda al sito della Fondazione Internazionale Menarini dove sono presenti le relazioni congressuali in versione integrale.

Per visualizzare gli interventi dei relatori clicca su questo link: www.fondazione-menarini.it/... e, dopo aver effettuato il login, entra nel materiale multimediale



Fondazione Internazionale Menarini

Centro Direzionale Milanofiori - 20089 Rozzano (MI) - Edificio L - Strada 6
Tel. +39 02 55308110 Fax +39 02 55305739 Email: milan@fondazione-menarini.it
www.fondazione-menarini.it - www.facebook.com/fondazionemenarini