

Epatectomia destra allargata per epatocarcinoma su fegato non cirrotico

S. FERRETTI, Q. LAI, F. NUDO, F. MEANDRO, G. MENNINI, C. CATALANO, M. ROSSI, P.B. BERLOCO

Dipartimento di Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo
"Sapienza" Università di Roma, Policlinico Umberto I, Roma

SUMMARY: Enlarged right hepatectomy for hepatocellular carcinoma in non-cirrhotic patient.

S. FERRETTI, Q. LAI, F. NUDO, F. MELANDRO, G. MENNINI, C. CATALANO, M. ROSSI, P.B. BERLOCO

Background: Hepatocellular carcinoma (HCC) developed on a non-cirrhotic liver is uncommon. Because abdominal ultrasonography or routine screening is not regularly performed in patients without chronic hepatic disease, HCC is usually not detected before it becomes symptomatic. The vast majority of tumors in our series were large on presentation, requiring left, right, or even extended hepatectomies.

Case presentation: We describe the management of a large hepatocellular carcinoma in a non-cirrhotic patient. Additionally, we propose a preoperative imaging study with volumetric and tridimensional reconstruction using the software Mevis.

Conclusion: Our approach with this technology is safer, prevents a postoperative small for size syndrome and allows an easier preoperative plan.

KEY WORDS: hepatocellular carcinoma, non-cirrhotic liver.

Ringraziamenti – Il presente studio è stato supportato dal "Consorzio Inter-Universitario per i Trapianti."

Introduzione

Il carcinoma epatocellulare (hepatocellular carcinoma, HCC) rappresenta il più comune tumore primitivo epatico ed è principalmente correlato con la cirrosi epatica. Nei paesi orientali la diffusione endemica del virus dell'epatite B determina lo sviluppo di HCC anche in pazienti non cirrotici a causa della presenza di

oncogeni virali (1). Nei paesi occidentali la scoperta di un HCC su di un fegato non cirrotico è un'evenienza non comune, solitamente inferiore al 5-10% dei casi (2). Attualmente, esistono varie esperienze in letteratura riguardanti la resezione epatica per HCC insorto su fegato non cirrotico (2-10), con sopravvivenze a 5 anni libere da malattia del 25-58% e sopravvivenze globali del 29-64%. I pazienti senza cirrosi non vengono sottoposti a controlli routinari, perciò la diagnosi di HCC spesso è sintomatica, quando questi tumori hanno raggiunto grosse dimensioni. Tuttavia, in questi casi, possono essere condotte anche resezioni epatiche maggiori con minori rischi di insufficienza epatica post-operatoria rispetto ai pazienti cirrotici, per via del fatto che la quota di parenchima epatico rimanente è sana (10, 11). La corretta selezione preoperatoria della strategia chirurgica da utilizzare, grazie all'utilizzo di metodiche per immagini di ultima generazione, permette di minimizzare ulteriormente i rischi dell'epatectomia. Riportiamo di seguito un caso clinico di un paziente sottoposto ad epatectomia maggiore per HCC di grosse dimensioni su fegato non-cirrotico effettuato presso il nostro Dipartimento, e la selezione della strategia chirurgica da utilizzare tramite utilizzo di software MeVis.

Caso clinico

Maschio di razza caucasica di 60 anni, senza storia clinica per pregresse patologie, che veniva ricoverato a seguito di comparsa di dolori addominali a carico dei quadranti addominali superiori. Una ecografia evidenziava la presenza di una lesione di grosse dimensioni (diametro massimo di 20 cm) a carico del fegato di destra. Il paziente veniva sottoposto a TC, che confermava tale reperto, deponendo per il sospetto di HCC, ed escludendo la presenza di lesioni ripetitive extraepatiche (Fig. 1). Le immagini ottenute con TC Multislice (64

Corrispondenza Autore:
Dott. Q. Lai
Dipartimento di Chirurgia Generale e Trapianti d'Organo
"Sapienza" Università di Roma,
Policlinico Umberto I
Viale del Policlinico, 155 - 00161 Roma
E-mail: lai.quirino@libero.it

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma

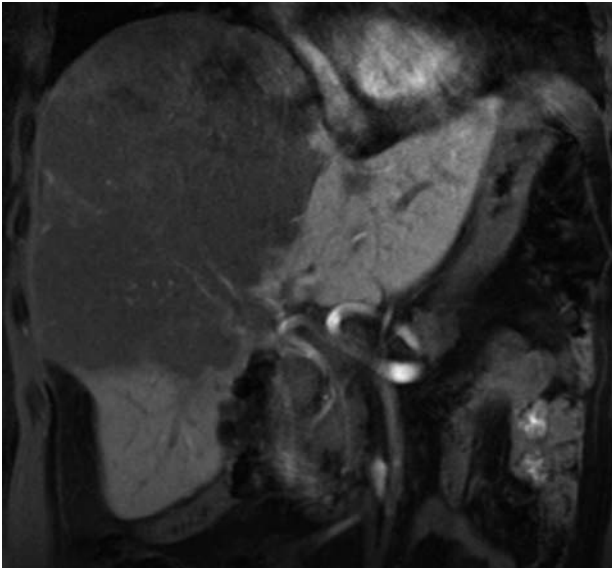


Fig. 1 - Immagine TC di HCC insorto su fegato non cirrotico.

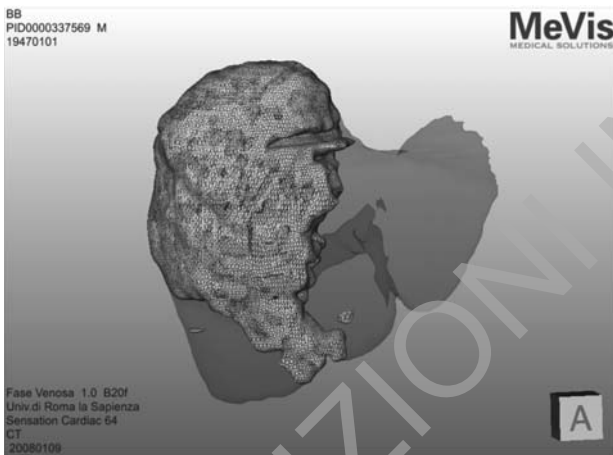


Fig. 2 - Immagine MeVis dell'HCC.

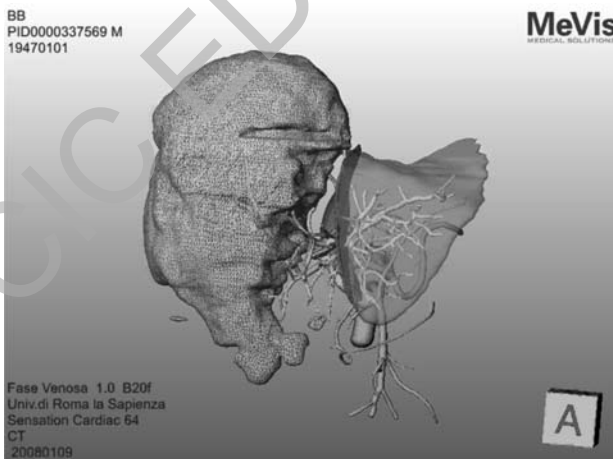


Fig. 3 - Immagine MeVis della resezione proposta, con tutto il fegato sinistro risparmiato.

strati), venivano inviate per essere elaborate con software MeVis. Il fegato, in base ai dati forniti dal software, aveva un volume totale di 3570 ml, con un volume tumorale pari a 2065 ml e di fegato funzionante pari a 1505 ml. Dato il rapporto del tumore con le strutture vascolari (coinvolgimento della vena sovraepatica media), veniva proposta dal MeVis una epatectomia destra allargata al IV segmento. Il volume residuo stimato dal MeVis in caso di concomitante asportazione del I segmento (515 ml), corrispondeva al 14,4% del volume epatico totale e solo al 34,2% del volume epatico funzionante, quota a rischio di insufficienza epatica post-operatoria (< 35%). Si decideva dunque di salvaguardare il I segmento, raggiungendo quindi una quota funzionale di fegato del 37,7%. Il paziente veniva sottoposto ad epatectomia allargata: il decorso post-operatorio era esente da complicanze di tipo medico-chirurgico ed il paziente veniva dimesso in decima giornata postoperatoria. Il paziente è attualmente vivo e libero da malattia a 12 mesi dall'intervento chirurgico.

Discussione

La resezione epatica rappresenta la terapia migliore per il trattamento di HCC, anche di grandi dimensioni, insorti su fegato non-cirrotico: la resezione epatica è ripetibile, meno costosa ed espone a rischi minori rispetto ad altre procedure come il trapianto di fegato. Il fegato non-cirrotico permette resezioni più ampie, senza il rischio aggiuntivo delle complicanze della cirrosi. La prognosi dei pazienti con HCC insorti su fegati non-cirrotici è, a parità di dimensioni tumorali, migliore di quella dei pazienti cirrotici. Il rischio di recidiva nei primi è direttamente legato alle caratteristiche del tumore (satellitosi, invasione vascolare, dimensioni) e non alla presenza di cirrosi. Anche nel caso di tumori di grandi dimensioni, la resezione determina comunque un miglioramento della prognosi (11).

Conclusioni

La resezione epatica per HCC su fegato non-cirrotico rappresenta il gold-standard terapeutico per questi tumori, anche nei casi di lesioni di grandi dimensioni. L'utilizzo delle nuove metodiche per immagine, come il MeVis, consentono una più oculata scelta del piano di sezione da eseguire, permettendo al chirurgo di sapere in anticipo la quota di parenchima funzionante che rimarrà dopo la resezione. Questo tipo di chirurgia va dunque effettuata unicamente in centri ad alta specializzazione sulla chirurgia epatobiliare.

Bibliografia

1. Liu CJ, Chen BF, Chen PJ, et al. Role of Hepatitis B Virus Pre-core/Core Promoter Mutations and Serum Viral Load on Non-cirrhotic Hepatocellular Carcinoma: A Case-Control Study. *The Journal of Infectious Diseases* 2006;194:594-9.
2. Lubrano J, Huet E, Tsilividis B, et al. Long-Term Outcome of Liver Resection for Hepatocellular Carcinoma in Noncirrhotic Nonfibrotic Liver with No Viral Hepatitis or Alcohol Abuse. *World J Surg* (2008);32:104-109.
3. Sotiropoulos GC, Bockhorn M, Sgourakis G, et al. R0 Liver Resections for Primary Malignant Liver Tumors in the Noncirrhotic Liver: A Diagnosis-Related Analysis. *Dig Dis Sci* 2008 19 Aug; Epub (ahead of print).
4. Lang H, Sotiropoulos GC, Brokalaki EI, et al. Survival and recurrence rates after resection for hepatocellular carcinoma in noncirrhotic livers. *J Am Coll Surg* 2007 Jul;205(1):27-36.
5. Bège T, Le Treut YP, Hardwigsen J, et al. Prognostic factors after resection for hepatocellular carcinoma in nonfibrotic or moderately fibrotic liver. A 116-case European series. *J Gastrointest Surg* 2007 May;11(5):619-25.
6. Dupont-Bierre E, Compagnon P, Raoul JL, et al. Resection of hepatocellular carcinoma in noncirrhotic liver: analysis of risk factors for survival. *J Am Coll Surg* 2005 Nov;201(5):663-70.
7. Laurent C, Blanc JF, Nobili S, et al. Prognostic factors and longterm survival after hepatic resection for hepatocellular carcinoma originating from noncirrhotic liver. *J Am Coll Surg* 2005 Nov;201(5):656-62.
8. Grazi GL, Cescon M, Ravaioli M, et al. Liver resection for hepatocellular carcinoma in cirrhotics and noncirrhotics. Evaluation of clinicopathologic features and comparison of risk factors for long-term survival and tumour recurrence in a single centre. *Aliment Pharmacol Ther* 2003 Jun;17(Suppl 2):119-29.
9. Bismuth H, Chiche L, Castaing D. Surgical treatment of hepatocellular carcinomas in noncirrhotic liver: experience with 68 liver resections. *World J Surg* 1995 Jan-Feb;19(1):35-41.
10. Capussotti L, Muratore A, Amisano M, et al. Liver resection for large-size hepatocellular carcinomas in 47 noncirrhotic patients – no mortality and long-term survival. *Hepatogastroenterology* 2006;53:768-772.
11. Fong Y, Sun RL, Jarnagin W, Blumgart LH. An analysis of 412 cases of hepatocellular carcinoma at a western center. *Ann Surg* 1999;229:790-800.
12. Bège T, Le Treut P, Hardwigsen J, Ananian P, Richa H, Campan P, et al. Prognostic Factors After Resection for Hepatocellular Carcinoma in Nonfibrotic or Moderately Fibrotic Liver. A 116-Case European Series. *J Gastrointest Surg*. 2007 May; 11(5):619-25.