

Stadiazione laparoscopica. Quale ruolo?

L. PANIER SUFFAT¹, F. PASQUALI¹, G. AMATO¹, F. TAVA², F. MILLO¹, C. SIMONI³,
M.G. PACQUOLA¹, P. RAPELLA¹, P. TAVA¹

¹ U.O. Chirurgia Generale, Ospedale Civile Tortona (AL)

² Anatomia Patologica, Ospedale Civile Novi Ligure (AL)

³ Oncologia Medica, Ospedale Civile Tortona (AL)

SUMMARY: Laparoscopic staging. What is the role?

L. PANIER SUFFAT, F. PASQUALI, G. AMATO, F. TAVA, F. MILLO, C. SIMONI, M.G. PACQUOLA, P. RAPELLA, P. TAVA

Background: Staging laparoscopy may be useful avoiding unnecessary laparotomy in patients with advanced cancer.

Methods: In the last 16 months diagnostic laparoscopy was performed in 8 patients. There were no major complications, no mortality and no trocar site metastasis were observed.

Discussion: Staging laparoscopy has a great role in case of advanced pancreatic cancer to reduce the diagnosis of unresectable disease made by unnecessary laparotomy. Laparoscopic exploration can be proposed for advanced gastric cancer that can be associated with a high incidence of peritoneal involvement. Laparoscopy is also useful to evaluate candidates for cytoreduction of peritoneal carcinomatosis and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy or evaluating advanced stage of ovarian cancer.

KEY WORDS: staging laparoscopy, peritoneal carcinomatosis.

Introduzione

Con l'attuale evoluzione delle tecnologie diagnostiche di radiologia convenzionale, la stadiazione delle neoplasie addominali è quasi sempre eseguita pre-operatoriamente.

Tuttavia, soprattutto per tumori in stadio avanzato e biologicamente aggressivi, quali il carcinoma gastrico e quello pancreatico, soprattutto se localizzato nella porzione cefalica, lo staging radiologico può non essere ottimale, in quanto gravato da una sottostima delle localizzazioni peritoneali.

In questi pazienti riteniamo che la stadiazione lapa-

roskopica possa avere un ruolo determinante nel diminuire il numero di laparotomie inutili, eseguite a scopo esplorativo. Essa è inoltre proponibile in caso di carcinosi peritoneale radiologicamente accertata, prima di indirizzare i pazienti ad una citoreduzione chirurgica associata a chemio ipertermia, oppure, in caso di controindicazioni a questo tipo di approccio, permette un più rapido avvio di una chemioterapia adiuvante sistemica.

Materiali e metodi

Negli ultimi 16 mesi, presso la nostra divisione, sono stati sottoposti a staging laparoscopico 8 pazienti, 5 donne e 3 uomini, con età media di 67.8 anni. Si trattava in un caso di 1 ascite neoplastica da neoplasia ovarica dx associata a carcinosi peritoneale e metastasi epatiche plurime e bilaterali che, ottenuta la conferma biotipica, è stata inviata ad una chemioterapia neoadiuvante. In 2 casi si trattava di una neoplasia cefalo pancreatica in cui abbiamo escluso la presenza di micro metastasi o di carcinosi o di altre controindicazioni all'intervento resettivo. In 3 casi si trattava di pazienti affetti da una neoplasia gastrica primitiva, radiologicamente stadiata T3-T4, quindi border line come possibile resecabilità. Gli ultimi 2 pazienti erano stati precedentemente sottoposti ad intervento resettivo per adenocarcinoma gastrico, in entrambe è stata confermata una ripresa di malattia peritoneale, 1 di esse è stata sottoposta a citoreduzione e chemio ipertermia intra operatoria (HIPEC).

In tutti i casi l'accesso è stato eseguito con tecnica "open" mediante trocar di Hasson, possibilmente localizzato in sede peri ombelicale, associato ad altri 2 trocar da 5 mm, posizionati in modo da poter ricercare la miglior triangolazione possibile fra ottica e strumenti operatori.

L'esplorazione è sempre stata eseguita in senso ora-

Corrispondenza Autore:
Dott. Paolo Tava
Divisione Chirurgia Generale
Piazza Felice Cavallotti, 7 - 15057 Tortona (AL)
E-mail: tavapaolo@asAL.piemonte.it

rio, con particolare attenzione alle cupole diaframmatiche, ai legamenti ed ai mezzi di fissità epatici ed ai mesi intestinali. In tutti i casi abbiamo eseguito un prelievo di liquido peritoneale per esame citologico, quanto meno a scopo prognostico. In caso di carcinosi peritoneale questa è stata classificata secondo il "Peritoneal cancer index" (PIC) proposto da Sugarbaker; nella stadiazione delle neoplasie gastriche e pancreatiche consideravamo quale controindicazione all'intervento resettivo un'eventuale infiltrazione vascolare del peduncolo epatico, del tronco celiaco o dei vasi mesenterico-portali.

In 6 casi abbiamo associato un'ecografia laparoscopica intra operatoria. Il tempo medio dell'intervento stadiativo è stato di 23 minuti; non si sono verificate complicanze ad esclusione di un ematoma in sede di inserzione del trocar; non abbiamo evidenziato metastasi nella sede dei trocars. La degenza media di è stata di 2,3 giorni considerando esclusivamente l'intervento stadiativo.

Discussione

L'uso della laparoscopia diagnostica è sicuramente discutibile in pazienti radiologicamente resecabili, tuttavia il suo ruolo è tanto più rilevante quanto più la diagnostica pre operatoria è dubbia, dimostrando indubbi benefici in caso di pazienti affetti da neoplasie avanzate e biologicamente aggressive, con resecabilità oncologicamente "border line" alla valutazione radiologica quali il tumore gastrico e quello pancreatico (1). La sensibilità diagnostica dello staging laparoscopico viene indubbiamente aumentata mediante l'associazione di una ecografia intra operatoria per la valutazione di eventuali secondarietà epatiche e di possibili infiltrazioni vascolari (2). Il ruolo della laparoscopia diagnostica è quello di diminuire il numero di laparotomie inutili, la riteniamo proponibile nello staging di neoplasie intra peritoneali avanzate e della carcinosi peritoneale radiologicamente accertata in vista di una citoriduzione chirurgica, associata o meno ad una chemio ipertermia; è inoltre indicata in caso di metastasi epatiche di origine incerta, previa esclusione di patologie extra addominali. La laparoscopia ci permette infatti una conferma visiva nonché bioptica della patologia, consentendo una valutazione della resecabilità e dell'estensione extraviscerale mediante una tecnica mini invasiva. Tutti i pazienti da noi indirizzati alla metodica vengono preventivamente valutati in modo collegiale in un gruppo interdisciplinare di cura (GIC) composto da chirurgo, oncologo e radiologo.

In caso di neoplasia pancreatico il gruppo del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (3) presenta un'incidenza del 14% di pazienti non resecabili allo staging laparoscopico in pazienti radiologicamente valutati resecabili, questo soprattutto per la scarsa sensi-

bilità e specificità nell'individuare un possibile coinvolgimento peritoneale. Bisogna inoltre tenere presente che nell'analisi multivariata dei fattori associati ad un'errata stadiazione per immagini, la localizzazione cefalo pancreatica della lesione è il fattore predittivo positivo più rilevante. Anche in termini di rapporto costi-benefici, anche dal punto di vista economico, la laparoscopia è indicata nell'approccio di tali neoplasie (4). Nella nostra pur limitatissima esperienza personale, riteniamo che sicuramente l'uso dell'ecografia intra operatoria, associata al doppler, possa aiutarci nella valutazione di una possibile infiltrazione dei vasi mesenterici e portali, tuttavia il limite della metodica è legato alla corretta valutazione della possibile invasione della lamina pancreatica posteriore.

Nel tumore gastrico l'approccio laparoscopico dimostra il maggior beneficio su neoplasie radiologicamente T3 e T4 maggiormente gravati da un'alta incidenza di carcinosi peritoneale, in caso di laparoscopia positiva si invia il paziente ad un protocollo di chemioterapia (CT) neoadiuvante (5), altrettanto utile lo è nella diagnosi differenziale fra carcinosi e sindrome aderenziale in pazienti sottoposti precedentemente alla resezione chirurgica. Il washing ha un ruolo puramente prognostico e non è considerato un'indicazione alla neoadiuvante, mentre non è accettata la rivalutazione laparoscopica dopo trattamento neoadiuvante (6). Lo staging laparoscopico risulta quindi un utile ausilio nel processo diagnostico-decisionale del trattamento multi integrato del cancro gastrico (7); nella nostra esperienza, una volta eseguita la stadiazione e il washing, procediamo alla linfadenectomia delle stazioni para cardiali di destra, ed eventualmente di sinistra in caso di gastrectomia totale, sfruttando la visione laparoscopica magnificata.

In caso di carcinosi peritoneale la diagnostica radiologica spesso fornisce informazioni inadeguate o contraddittorie circa l'estensione della patologia, e la valutazione laparoscopica, quando tecnicamente fattibile, è sicuramente proponibile per ridurre il numero delle laparotomie inutili e le complicanze ad esse legate, essa ci permette infatti una adeguata valutazione e classificazione del coinvolgimento ileale e del mesentere, dell'estensione in sede diaframmatica e del coinvolgimento dei vasi mesenterici, celiaci e del peduncolo epatico (8). Altrettanto proponibile lo è in caso di neoplasia ovarica avanzata per decidere fra un'immediata citoriduzione chirurgica con chemio ipertermia oppure una CT neoadiuvante in caso di criteri di non resecabilità (9).

Conclusioni

Riteniamo che lo staging laparoscopico sia proponibile in neoplasie localmente avanzate e biologica-

mente aggressive quali l'adenocarcinoma gastrico e pancreatico per ridurre il numero di laparotomie inutili, può inoltre essere presa in considerazione in caso di carcinosi peritoneale accertata o presunta ed in pazienti da sottoporre a citoriduzione chirurgica associata ad HIPEC.

Bibliografia

1. Yoon YJ, Ahn SH, Park JY, Chon CY, Kim do Y et al. What is the role of diagnostic laparoscopy in a gastroenterology unit? *J Gastroenterol* 2007;42(11):881-6.
2. Doucas H, Sutton CD, Zimmerman A, Dennison AR, Berry DP. Assessment of pancreatic malignancy with laparoscopy and intraoperative ultrasound. *Surg Endosc* 2007;21(7):1147-52.
3. White R, Winston C, Gonen M, D'Angelica M, Jarnagin W et al. Current utility of staging laparoscopy for pancreatic and peripancreatic neoplasms. *J Am Coll Surg* 2008;206(3):445-50.
4. Enestvedt CK, Mayo SC, Diggs BS, Mori M, Austin DA et al. Diagnostic laparoscopy for patients with potentially resectable pancreatic adenocarcinoma: is it cost-effective in the current era? *J Gastrointest Surg* 2008;10.
5. Osorio J, Rodriguez-Santiago J, Munoz E, Camps J, Veloso E et al. Outcome of unresected gastric cancer after laparoscopic diagnosis of peritoneal carcinomatosis. *Clin Transl Oncol* 2008;10(5):294-7.
6. Nakagawa S, Nashimoto A, Yabusaki H. Role of staging laparoscopy with peritoneal lavage cytology in the treatment of locally advanced gastric cancer. *Gastric Cancer* 2007;10:29-34.
7. Song KY, Kim JJ, Kim SN, Park CH. Staging laparoscopy for advanced gastric cancer: is it also useful for the group which has an aggressive surgical strategy? *World J Surg* 2007;31(6):1228-3.
8. Pomel C, Appleyard TL, Gouy S, Rouzier R, Elias D. The role of laparoscopy to evaluate candidates for complete cytoreduction of peritoneal carcinomatosis and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Eur J Surg Oncol* 2005;31(5):540-3.
9. Deffieux X, Castaigne D, Pomel C. Role of laparoscopy to evaluate candidates for complete cytoreduction in advanced stages of epithelial ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer* 2006;16:35-40.