

Strategie terapeutiche nelle neoplasie della via biliare distale e dell'ampolla di Vater

N. FIERRO, C. GONNELLA, G. DI COLA, G. D'ERMO, L.S. GALLINARO,
G. GALASSI jr., G. GALASSI

RIASSUNTO: Strategie terapeutiche nelle neoplasie della via biliare distale e dell'ampolla di Vater.

N. FIERRO, C. GONNELLA, G. DI COLA, G. D'ERMO,
L.S. GALLINARO, G. GALASSI JR., G. GALASSI

I tumori maligni della via biliare distale e dell'ampolla di Vater rappresentano un'entità anatomico-clinica di complesso approccio chirurgico a causa delle difficoltà di porre una diagnosi precoce, dovuta alla scarsa sintomatologia di questi tumori nei primi stadi. Gli Autori, sulla base di 19 casi osservati tra il 1990 e il 2001 nel Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Tecnologie Mediche Applicate "F. Durante" dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza", espongono i loro risultati nel trattamento chirurgico di queste neoplasie.

Dall'analisi della loro casistica emerge che la sopravvivenza a distanza è condizionata principalmente dalla precocità della diagnosi, dallo stadio della neoplasia e dalle condizioni generali in cui il paziente giunge al tavolo operatorio.

SUMMARY: Therapeutic strategies for periampullary and ampullary tumors.

N. FIERRO, C. GONNELLA, G. DI COLA, G. D'ERMO,
L.S. GALLINARO, G. GALASSI JR., G. GALASSI

Malignant periampullary and ampullary tumors represent an anatomic and clinical entity of complex surgical approach due to the difficulty in setting out an early diagnosis, for the lack of symptoms at early stages.

The Authors at the Department of Surgery and Medical Technology Applications "F. Durante", University of Rome "La Sapienza", since 1990 to 2001 observed 19 cases. The results of surgical treatment of these tumors are here reported.

By the analysis of the cases it is evident that long-term survival is mainly conditioned by prompt diagnosis stage of the tumor, and patient status before the operation.

KEY WORDS: Duodenocefalopancreasectomia - Neoplasie della via biliare distale e dell'ampolla di Vater.
Pancreaticoduodenectomy - Ampullary and periampullary tumors.

Premessa

I tumori maligni della via biliare distale e della ampolla di Vater sono neoplasie abbastanza rare, anche se negli ultimi decenni l'incidenza è aumentata.

Questi tumori rappresentano circa lo 0,3-1,8% di tutta la patologia chirurgica della via biliare distale e dell'ampolla. Si tratta di carcinomi che originano dall'epitelio di rivestimento del coledoco e dell'ampolla.

L'età più colpita è la VI decade di vita.

La strategia terapeutica dei tumori della via biliare distale e della ampolla di Vater è essenzialmente di

natura chirurgica, quando le caratteristiche della lesione lo consentano e quando strutture anatomiche come l'arteria epatica o la vena porta non siano coinvolte, vista la difficoltà di porre una diagnosi precoce a causa della scarsa sintomatologia soggettiva nei primi stadi.

Laddove non sia possibile attuare una terapia chirurgica radicale, viene indicata una radioterapia associata a chemioterapia, i cui risultati però sono scarsi (4).

Recenti studi hanno dimostrato l'utilità di una radioterapia preoperatoria o intraoperatoria mirata a ridurre le dimensioni della massa o ad ottimizzare la radicalità, incrementando la percentuale di lesioni reseccabili.

Gli Autori, sulla base di 19 casi trattati, espongono i loro risultati nel trattamento chirurgico di queste neoplasie.

Pazienti e metodi

Nel presente lavoro sono stati studiati sotto il profilo clinico e terapeutico 19 pazienti affetti da neoplasie della via biliare distale e della ampolla di Vater giunti, tra il 1990 e il 2001, alla nostra osservazione nel Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Tecnologie

*Università degli Studi "La Sapienza" - Roma
Dipartimento di Scienze Chirurgiche e Tecnologie
Mediche Applicate "Francesco Durante"
Servizio Speciale di Chirurgia Geriatrica
(Dirigente di II livello: Prof. G. Galassi)

© Copyright 2003, CIC Edizioni Internazionali, Roma

TABELLA 1 - SINTOMATOLOGIA E QUADRO CLINICO.

Quadro clinico	Pazienti	
	N.	%
Ittero	18	94.7
Dolore continuo	7	36.8
Dolore colico	4	21.0
Massa palpabile (segno di Courvasier-Terrier)	5	26.3
Dimagrimento > 5 kg	5	26.3

TABELLA 2 - INTERVENTI ESEGUITI NEL NOSTRO ISTITUTO.

Intervento chirurgico	Pazienti	
	N.	%
Duodenocefalopancreasectomia	8	42.1
Intervento di Whipple	6	31.5
Sclerosi del Wirsung con neoprene	2	10.6
Intervento derivativo	2	10.6
Laparotomia esplorativa	6	31.5

Mediche Applicate "Francesco Durante" dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma.

I 19 pazienti erano 14 maschi e 5 donne, con un'età media di circa 60 anni (45-85 anni).

In 9 pazienti la neoplasia era localizzata nell'estremità distale della via biliare, mentre in 10 pazienti la lesione interessava l'ampolla di Vater. In 7 pazienti era presente una litiasi della colecisti. La diagnosi di natura in 8 casi, a localizzazione ampollare, è stata effettuata mediante biopsia nel corso dell'esame endoscopico. Al momento dell'osservazione clinica, l'ittero è stato riscontrato nella quasi totalità dei pazienti (18 su 19), con valore medio della bilirubina diretta di 10,5 mg/dl (1,1 - 31,8 mg/dl). L'ittero era associato a perdita di peso e a dolori addominali; inoltre, in 5 pazienti la massa era palpabile a livello dell'ipocondrio destro con positività del segno di Courvasier-Terrier (Tab. 1). Per la diagnosi preoperatoria sono state utilizzate l'ecografia addominale, l'arteriografia del tripode celiaco, l'EGDS, la CPRE, la angio-TC e la RMN addominali.

Risultati

Complessivamente 16 pazienti su 19 sono risultati operabili. In 8 pazienti è stato effettuato un intervento non radicale (intervento palliativo, laparotomia esplorativa e biopsia), nei restanti 8 pazienti è stato possibile effettuare una exeresi radicale (duodenocefalopancreasectomia - DCP).

Negli 8 pazienti con tumore non suscettibile di exeresi

sono state eseguite 6 laparotomie esplorative associate a biopsie e 2 interventi derivativi. La mortalità postoperatoria entro 30 giorni dall'intervento è risultata del 16.66% dopo intervento palliativo.

L'exeresi radicale della neoplasia è stata possibile in 8 pazienti, 6 uomini e 2 donne, con un'età media al momento del ricovero di 59 anni.

In tutti i pazienti operabili è stato effettuato un intervento di DCP. In 6 casi la tecnica utilizzata è stata quella di Whipple con posizionamento di un cateterino trans-Wirsung. Nei rimanenti 2 casi non è stata eseguita l'anastomosi pancreatico-digiunale, bensì una sclerosi del Wirsung con neoprene (Tab. 2).

La mortalità postoperatoria (entro 30 giorni) è stata, dopo intervento radicale, pari al 25% (2 casi): in un caso per la deiscenza dell'anastomosi pancreatico-digiunale e nell'altro per fistola pancreatica.

Nei due pazienti in cui è stata eseguita una sclerosi del Wirsung con neoprene, solo in un caso si è verificata l'insorgenza di diabete, controllabile con terapia medica.

Discussione e conclusioni

Dal confronto della nostra casistica con quella di altri Autori appare confermato che nei tumori della via

biliare distale e della ampolla di Vater la sopravvivenza è condizionata principalmente dalla precocità della diagnosi, dallo stadio della neoplasia e dalle condizioni generali in cui il paziente giunge al tavolo operatorio, vista la difficoltà di porre una diagnosi precoce, dovuta alla scarsa sintomatologia nei primi stadi (7). La terapia di queste neoplasie è essenzialmente chirurgica, dato che altre forme di terapia (radioterapia e chemioterapia) non danno risultati migliori (6). Recenti studi hanno dimostrato l'utilità di una radioterapia preoperatoria mirata a ridurre le dimensioni della massa neoplastica, incrementando così la percentuale di casi resecabili (2, 9). Alcuni Autori riportano casistiche a confronto prima e dopo l'utilizzo della radioterapia preoperatoria, dimostrando un aumento dell'operabilità che oscilla tra il 15 e il 25% ed un miglioramento della prognosi a distanza che supera il 40% (8).

Si è ormai concordi che l'intervento di scelta, per questo tipo di neoplasie, resta la duodenocefalopancreasectomia (DCP), che consente una radicalità oncologica (11).

I problemi chirurgici che si presentano in pazienti sottoposti ad intervento di DCP non sono dovuti alla tecnica chirurgica, bensì legati alla natura estremamen-

te demolitiva dell'intervento e alle condizioni generali di questi pazienti, che sono quasi sempre scadute (11). Comunque si è visto che, nei soggetti in cui è stato possibile effettuare un intervento radicale, la sopravvivenza a distanza è accettabile, come dimostrano numerose casistiche più ampie della nostra (1,3). Questi dati ammettono la necessità del trattamento chirurgico di queste neoplasie laddove tutte le condizioni lo consentano, anche in virtù del fatto che le terapie complementari, radioterapia e chemioterapia, risultano efficaci solo nel ridurre le dimensioni della massa tumorale (3).

Tuttavia l'exeresi chirurgica andrebbe riservata, a nostro avviso, a quei casi che per condizioni generali, età ed estensione della neoplasia possano far prevedere una sopravvivenza a distanza sufficientemente lunga (12). È, infatti, del tutto inutile sottoporre un malato ad un intervento così impegnativo quando non si è certi di poter asportare la neoplasia in toto (4). È ormai noto che la complessità di questo tipo di intervento e le sue frequenti e spesso gravi complicanze (pancreatiti acute emorragiche, ascessi pancreatici, fistole pancreatiche) rappresentano un quesito per il chirurgo alla continua ricerca di un compromesso ideale tra radicalità oncologica e rischio operatorio per il paziente (12).

Bibliografia

1. Awad S, Coletti L, Mulholland M: Multimodality staging optimizes resectability in patients with pancreatic and ampullary cancer. *Ann Surg* 1997; 63: 634.
2. Cannon ME, Carpenter SL, Elta GH: EVS compared with CT, magnetic resonance imaging, and angiography and influence of biliary stenting on staging accuracy of ampullary neoplasm. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 27.
3. Di Bello MG, Giacinti I, Marzano PF, et al.: Tumori ampollari e periampollari. *G Chir* 1997; 18: 541.
4. Fukushima T, Fogel EL, Sherman S, Devereaux BM, Philips S, Lehman G: A use of ERCP and papillectomy in management of ampullary tumors: seven-year review of 75 cases at Indiana University Medical Center (abstract). *Gastrointest Endosc* 2001; 53: AB, 88.
5. Gibby GD, Hanks B: Bile duct carcinoma. *Ann Surg* 1985; 202: 139.
6. Knox RA, Kingstone RD: Carcinoma of ampulla of Vater. *Br J Surg* 1986; 73: 72.
7. Nix GA, JJ: Early carcinoma of ampulla and papilla of Vater. *Clin Radiol* 1980; 31: 95.
8. Norton ID, Geller A, Petersen BYT, Sorbi D, Gostout CJ: Endoscopic surveillance and ablative therapy for peri-ampullary adenoma. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 101.
9. Pelletier G, Roche A, Ink O: A randomized trial of hepatic arterial chemoembolization in patients with unresectable hepatocellular carcinoma. *J Hepatol* 1990; 11:181.
10. Ponchon T, Berger F, Chavaillon A, Bory R, Lambert R: Contribution of endoscopy to the diagnosis and treatment of tumors of the ampolla of Vater. *Cancer* 1989; 64: 161.
11. Prêtre R: Results of surgical palliation for cancer of the head of the pancreas and periampullary region. *Br J Surg* 1992; 79: 795.
12. Whipple AP: Treatment of carcinoma of the ampulla of Vater. *Am Surg* 1985; 110: 1177.