

# Cancri della colecisti. Tecnica chirurgica

A. Gainant, M. Mathonnet

*L'exeresi chirurgica completa, R0, costituisce il solo trattamento dei cancri della colecisti che consenta delle sopravvivenze prolungate. La cattiva prognosi di questi cancri è legata alla precocità dell'invasione del parenchima epatico e dell'estensione linfonodale. L'estensione dell'exeresi prende in considerazione l'infiltrazione del parenchima epatico e dei visceri vicini e la disseminazione linfatica. Per i tumori di stadio pT1a, la colecistectomia semplice rappresenta un'exeresi oncologica. Per gli stadi superiori non metastatici, è indicata la resezione del parenchima epatico adiacente al letto cololecistico. Può trattarsi di una resezione limitata al letto cololecistico su uno spessore di 2 cm, di una bisegmentectomia 4b-5, che può essere estesa al segmento 6, o di un'epatectomia destra allargata al 4 in caso di invasione dell'ilo epatico. La resezione della via biliare principale richiede, allora, un'anastomosi biliodigestiva. L'estensione al duodeno o al pancreas richiede una duodenopancreatectomia cefalica, che permette anche di realizzare una linfadenectomia portale retropancreatica. Quest'ultima deve essere associata alla resezione epatica non appena lo stadio è superiore a T1a e i linfonodi del peduncolo epatico sono interessati. Essa asporta i linfonodi del peduncolo epatico e i linfonodi retropancreatici, ma richiede una duodenopancreatectomia cefalica o, al meglio, uno scollamento retroduodenopancreatico. Questi interventi estesi sono, tuttavia, gravati da un tasso di morbidità e di mortalità elevato, che li fanno riservare a rari pazienti di età inferiore ai 70 anni, senza comorbidità, che hanno uno stato nutrizionale adeguato. Quando il cancro è stato scoperto solo secondariamente dopo una colecistectomia per litiasi, la necessità di ottenere una resezione R0 porta a reintervenire per eseguire l'exeresi adeguata, se lo stadio è superiore a T1a. La prognosi è legata all'estensione linfonodale e al carattere completo dell'exeresi. Quando l'exeresi non è praticabile, le terapie palliative fanno ricorso, in primo luogo, ai metodi endoscopici.*

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Cancro della colecisti; Colecistectomia; Bisegmentectomia 4-5; Linfadenectomia portale; Epatectomia destra allargata

## Struttura dell'articolo

■ <b>Introduzione</b>	1	■ <b>Indicazioni</b>	12
■ <b>Basi del trattamento chirurgico</b>	2	Indicazioni in funzione dello stadio istologico	12
Richiamo anatomico	2	Indicazioni in caso di diagnosi postoperatoria del cancro su un pezzo di colecistectomia	13
Cenni istologici	2	Ruolo della laparoscopia	13
Diagnosi e valutazione dell'estensione preoperatoria	3	Chirurgia profilattica	13
Principi della chirurgia curativa	4	■ <b>Risultati</b>	14
Preparazione all'intervento	4	■ <b>Conclusioni</b>	15
Controindicazioni all'exeresi chirurgica	4		
■ <b>Tecniche di exeresi a scopo curativo</b>	5		
Colecistectomia	5		
Linfadenectomia del peduncolo epatico	5		
Resezione del letto cololecistico	5		
Resezioni epatiche regolate	6		
Linfadenectomia portale	11		
■ <b>Chirurgia palliativa</b>	11		
Drenaggio del dotto epatico sinistro	11		
Drenaggio del dotto biliare del segmento 3	11		
Drenaggio del dotto biliare del segmento 5	12		

## ■ Introduzione

I cancri della colecisti (CC) costituiscono i due terzi dei cancri delle vie biliari extraepatiche. La loro incidenza è tre volte più elevata nella donna che nell'uomo, traducendo il ruolo favorente della litiasi biliare, che è associata al cancro nel 75-90% dei casi. La litiasi è considerata il principale fattore di rischio di cancro, ma solo lo 0,3-3% dei pazienti portatori di calcoli della colecisti svilupperà un cancro. La dimensione del calcolo superiore a

3 cm moltiplica per dieci il rischio relativo di sviluppare un cancro rispetto a coloro che hanno una dimensione inferiore a 1 cm<sup>[1]</sup>. In più del 70% dei casi, l'età al momento della diagnosi di cancro è superiore ai 65 anni<sup>[2]</sup>. La prognosi è globalmente negativa, dal momento che la mediana di sopravvivenza è di cinque mesi. La sopravvivenza relativa a cinque anni è compresa tra l'11% e il 15%<sup>[2,3]</sup>. Questa cattiva prognosi è legata all'assenza di possibilità di exeresi R0 nella metà dei pazienti, a causa di una diagnosi tardiva e dell'età avanzata dei pazienti che limitano la possibilità di un'exeresi estensiva. La prevalenza delle exeresi curative è, tuttavia, aumentata dal 22% al 56% in Francia tra il 1994 e il 2009, permettendo di ottenere dei tassi di sopravvivenza globale a uno e a cinque anni del 59% e del 27%<sup>[4,5]</sup>. L'exeresi chirurgica R0 è, infatti, la sola terapia che permetta una sopravvivenza prolungata nei pazienti affetti da un CC. Se i tumori di stadio inferiore o uguale a T1a possono essere trattati con semplice colecistectomia, i tumori di stadio superiore richiedono una resezione epatica secondo necessità. Essa può consistere in un'exeresi parenchimale estesa al letto colecistico secondo Glenn<sup>[6]</sup>, in una bisegmentectomia 4-5 o in una lobectomia destra. L'estensione extraepatica verso il peduncolo epatico, il duodeno e l'angolo colico destro implica delle exeresi estensive che possono essere realizzate solo in un piccolo numero di pazienti in grado di tollerarle. Esse sono gravate da tassi di morbidità elevati, ma consentono delle sopravvivenze prolungate<sup>[7,8]</sup>. La linfadenectomia retropancreatica di principio è realizzata da alcuni autori per i tumori di stadio superiore a T1a<sup>[9]</sup>. I principali fattori di buona prognosi sono la realizzazione di una resezione R0 e lo stadio N0. La possibilità di realizzare una tale resezione è correlata allo stadio istologico della lesione, all'estensione linfonodale e locale, alla differenziazione cellulare e all'infiltrazione dei nervi<sup>[10]</sup>. I tumori meno differenziati sono i più invasivi. In alcuni pazienti, l'exeresi è esclusa fin dall'inizio a causa della presenza di metastasi viscerali. Essi sono sottoposti a un trattamento palliativo, dedicato alle tecniche endoscopiche di drenaggio mediante endoprotesi, associate a una radiochemioterapia. Negli altri casi, l'indicazione deriva dalla valutazione dell'estensione locoregionale mediante diagnostica per immagini. Un problema specifico è sollevato dalla scoperta incidentale di un cancro durante o dopo una colecistectomia laparoscopica per litiasi.

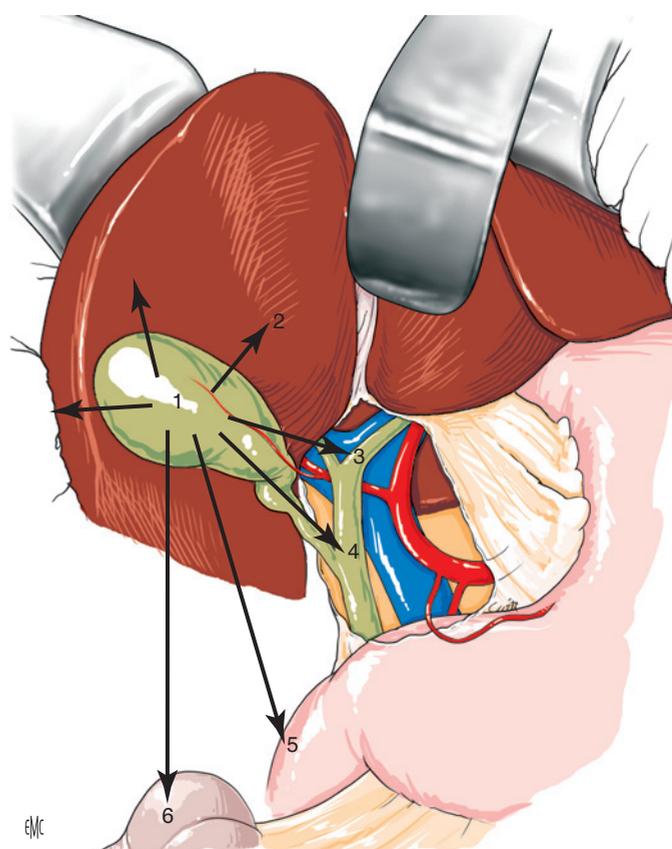
## ■ Basi del trattamento chirurgico

L'ottenimento di una resezione R0 può richiedere per le forme avanzate T3 e T4 delle exeresi multiviscerali. In effetti, l'invasione per contiguità del duodeno, del colon, del fegato, della via biliare principale e del ramo portale o dell'arteria epatica destri non rappresenta una controindicazione assoluta a una chirurgia di exeresi, ma la morbidità (48-54%) e la mortalità (15-18%) di queste resezioni allargate sono elevate<sup>[11]</sup>.

### Richiamo anatomico

La colecisti ha dei rapporti stretti con i segmenti 4 e 5 del fegato, a cui è sospesa, con il peduncolo epatico, con il duodeno e con l'angolo colico destro. Secondo la situazione del tumore, (colletto, margine libero o letto colecistico) i rapporti e il drenaggio linfatico e vascolare variano (Fig. 1). Il colletto colecistico è separato dal dotto epatico destro da una distanza stimata a 2 mm e dalla convergenza biliare da una distanza di 6 mm<sup>[12]</sup>. L'invasione ilare è, quindi, precoce per i tumori del colletto. La colecisti è collegata al peduncolo epatico, o legamento epatoduodenale, dal dotto cistico e dai suoi elementi vascolari e linfatici di drenaggio. In caso di cancro, l'invasione del peduncolo epatico avviene per contiguità. Tuttavia, la definizione di questa invasione è variabile. Può trattarsi di un'invasione massiva, di una lesione linfonodale o di micronoduli. Shimizu ha, così, descritto quattro tipi di invasione peduncolare:

- tipo 1: invasione diretta da parte del tumore;
- tipo 2: infiltrazione a partire dal dotto cistico;
- tipo 3: nodulo metastatico senza continuità con il tumore;



**Figura 1.** Rapporti della colecisti e vie di estensione dei cancri. 1. Colecisti; 2. fegato; 3. convergenza biliare; 4. via biliare principale; 5. genu superior; 6. angolo colico destro.

- tipo 4: nodulo di permeazione a partire da linfonodi metastatici<sup>[13]</sup>.

Gli ultimi tre tipi possono passare inosservati alla valutazione macroscopica.

Il drenaggio venoso della colecisti avviene preferenzialmente verso il sistema portale dei segmenti 4 e 5. L'invasione epatica di questi segmenti è precoce, soprattutto per i tumori del corpo della colecisti<sup>[14]</sup>. Le prime stazioni linfatiche sono i linfonodi cistici e pericoledocici. L'invasione dei linfonodi ilari avviene in maniera retrograda. La colecisti ha tre vie di drenaggio linfatico: una via destra, colecisto-retro-pancreatica, una via anteriore, colecistomesenterica, che si estende dalla faccia anteriore della vena porta fino ai linfonodi mesenterici superiori, e una via sinistra, sul bordo sinistro del peduncolo epatico. Queste tre vie convergono verso i linfonodi retroportali, quindi oltre, verso i linfonodi para-aortici<sup>[14]</sup> (Fig. 2). In caso di cancro, l'invasione linfonodale è precoce e massiva. Così, l'incidenza dell'invasione linfonodale raggiunge, per i tumori T1a, il 2-5%, per i T1b, il 15%, per i T2, il 20-62% e, per i T3/4, il 60-80%. I linfonodi pericoledocici e retropancreatici sono quelli invasi più spesso, rispettivamente nel 41,5% e nel 36,6% dei casi. Il 20% dei pazienti ha un'invasione dei linfonodi retroportali, celiaci, mesenterici superiori o para-aortici al momento della diagnosi, anche in caso di tumori T2<sup>[15-17]</sup>.

### Cenni istologici

La parete della colecisti è costituita dall'interno all'esterno da una mucosa che poggia sulla lamina propria, da un solo strato muscolare e dalla sierosa. A livello del letto colecistico, la mucosa è a contatto diretto con il parenchima epatico, attraverso i seni di Rokitansky Aschoff, che sono delle cripte mucose che attraversano la muscolare. I carcinomi sviluppati nel letto colecistico sono, quindi, invasivi fin dall'inizio<sup>[18]</sup>. Infine, la ricchezza delle reti vascolari e linfatiche della sottosierosa espone a una diffusione rapida delle cellule maligne, non appena superato l'unico strato muscolare della parete. Così, su una serie autoptica, l'incidenza

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287323>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287323>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)