



## Original

# Experiencia inicial en el tratamiento del adenocarcinoma de páncreas *borderline resectable*



Juli Busquets<sup>a,\*</sup>, Juan Fabregat<sup>a</sup>, Helena Verdagué<sup>b</sup>, Berta Laquente<sup>b</sup>, Núria Pelaez<sup>a</sup>, Luis Secanella<sup>a</sup>, David Leiva<sup>c</sup>, Teresa Serrano<sup>d</sup>, María Cambray<sup>e</sup>, Rafael Lopez-Urdiales<sup>f</sup> y Emilio Ramos<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Unitat de Cirurgia Hepatobiliopancreàtica i Trasplantament Hepàtic, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

<sup>b</sup> Servei d'Oncologia Mèdica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España

<sup>c</sup> Servei de Radiodiagnòstic, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

<sup>d</sup> Servei d'Anatomia Patològica, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

<sup>e</sup> Servei d'Oncologia Radioteràpica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona), España

<sup>f</sup> Servei d'Endocrinologia, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 16 de enero de 2017

Aceptado el 9 de julio de 2017

On-line el 6 de octubre de 2017

## Palabras clave:

Neoadyuvancia

Cirugía pancreática

Cáncer de páncreas

Resecabilidad límite

## RESUMEN

**Introducción:** Se ha definido un grupo de resecabilidad *borderline resectable* (APBR) en el adenocarcinoma de páncreas. El objetivo del estudio es evaluar los resultados en el tratamiento quirúrgico tras neoadyuvancia del APBR.

**Método:** Entre 2010 y 2014 incluimos pacientes afectos de APBR en un protocolo de neoadyuvancia y cirugía, estadificados mediante tomografía computarizada multidetector (TCMD). El tratamiento con quimioterapia se basó en gemcitabina y oxaliplatino (GEMOX). Posteriormente, se realizó TCMD para descartar progresión, y se administró 5-FU en infusión y radioterapia concomitante. Se practicó TCMD y resección en ausencia de progresión. Se realizó un estudio estadístico descriptivo, dividiendo la serie en grupo resección (grupo GR) y grupo progresión (grupo PROG). El seguimiento finalizó en febrero de 2016.

**Resultados:** Indicamos tratamiento neoadyuvante a 22 pacientes, 11 de ellos fueron finalmente intervenidos. Se realizaron 9 duodenopancreatectomías cefálicas, una duodenopancreatectomía total y una pancreatectomía corporocaudal. De los 11 pacientes, 7 requirieron algún tipo de resección vascular; 5 resecciones venosas, uno arterial y otro ambas. No hubo mortalidad postoperatoria, 7 (63%) tuvieron alguna complicación y 4 fueron reintervenidos. La estancia hospitalaria postoperatoria mediana fue 17 días (7-75). El estudio patológico evidenció márgenes microscópicos libres (R0) en el 63% de los pacientes y ausencia de afectación adenopática en 10 pacientes (ypN0). Al cierre del estudio, todos los pacientes habían fallecido, con una supervivencia actuarial mediana de 13 meses (9,6-16,3). La supervivencia actuarial mediana del grupo GR fue superior al grupo PROG (25 vs. 9 meses;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusión:** El tratamiento neoadyuvante del APBR permite seleccionar un grupo de pacientes en el que la resección consigue una supervivencia superior al grupo en el que se observa

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jbusquets@bellvitgehospital.cat](mailto:jbusquets@bellvitgehospital.cat) (J. Busquets).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.07.008>

0009-739X/© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

progresión. La resección pancreática posneoadyuvancia requiere resecciones vasculares en la mayoría de los casos.

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Initial Experience in the Treatment of “Borderline Resectable” Pancreatic Adenocarcinoma

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Neoadjuvant  
Pancreatic surgery  
Pancreas cancer  
Borderline resectable

**Introduction:** A borderline resectable group (APBR) has recently been defined in adenocarcinoma of the pancreas. The objective of the study is to evaluate the results in the surgical treatment after neoadjuvancy of the APBR.

**Method:** Between 2010 and 2014, we included patients with APBR in a neoadjuvant and surgery protocol, staged by multidetector computed tomography (MDCT). Treatment with chemotherapy was based on gemcitabine and oxaliplatin. Subsequently, MDCT was performed to rule out progression, and 5-FU infusion and concomitant radiotherapy were given. MDCT and resection were performed in absence of progression. A descriptive statistical study was performed, dividing the series into: surgery group (GR group) and progression group (PROG group).

**Results:** We indicated neoadjuvant treatment to 22 patients, 11 of them were operated, 9 pancreatoduodenectomies, and 2 distal pancreatectomies. Of the 11 patients, 7 required some type of vascular resection; 5 venous resections, one arterial and one both. No postoperative mortality was recorded, 7 (63%) had any complications, and 4 were reoperated. The median postoperative stay was 17 (7-75) days. The pathological study showed complete response (ypT0) in 27%, and free microscopic margins (R0) in 63%. At study closure, all patients had died, with a median actuarial survival of 13 months (9,6-16,3). The median actuarial survival of the GR group was higher than the PROG group (25 vs. 9 months;  $p < 0.0001$ ).

**Conclusion:** The neoadjuvant treatment of APBR allows us to select a group of patients in whom resection achieves a longer survival to the group in which progression is observed. Post-adjuvant pancreatic resection requires vascular resection in most cases.

© 2017 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El término adenocarcinoma de páncreas *borderline resectable* (APBR) describe un concepto de resecabilidad límite utilizado por primera vez por Maruer en 1999<sup>1</sup>. Dicho concepto fue introducido para clasificar aquellos tumores que se hallan entre los tumores resecables y los irresecables<sup>2</sup>. La definición se basa en los hallazgos de la tomografía computarizada multidetector (TCMD). En el año 2006, el grupo del MD Anderson<sup>3</sup> publicó una clasificación que incluía el APBR. Se definieron 3 grupos según la afectación vascular: tumor resecable, tumor de resecabilidad límite o *borderline resectable*, y tumor irresecable. El grupo *borderline resectable* se definía como el de aquellos pacientes con resecabilidad límite y que podrían ser resecados tras neoadyuvancia. Dicho grupo ha publicado buenos resultados tras la resección en pacientes afectos de APBR tras neoadyuvancia, teniendo en cuenta que en el pasado eran considerados tumores irresecables. Recientemente, se ha adoptado dicha clasificación en un consenso internacional, con mínimos cambios<sup>4</sup>. El objetivo de este estudio es revisar los resultados a corto y medio plazo obtenidos en nuestro centro en el tratamiento quirúrgico del APBR tras tratamiento neoadyuvante, y analizar la morbimortalidad acaecida tras la cirugía posneoadyuvancia.

## Material y métodos

Se ha recogido la experiencia en el tratamiento quirúrgico del APBR tras neoadyuvancia desde julio de 2010 hasta noviembre de 2014 llevado a cabo en el Hospital Universitari de Bellvitge y en el Servei d'Oncologia Mèdica del Institut Català d'Oncologia de L'Hospitalet. Se han registrado de forma prospectiva los datos demográficos, el esquema neoadyuvante, la cirugía practicada, los datos anatomopatológicos y el seguimiento de todos los pacientes. El seguimiento de los pacientes finalizó en febrero de 2016.

### Estudio de estadificación

Se utilizó un TCMD de 64 coronas para el diagnóstico y estadificación. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo con los criterios publicados por el grupo de MD Anderson<sup>3</sup> en tumores resecables, *borderline* resecables e irresecables. Así, se definió APBR como aquellas lesiones de cabeza pancreática en contacto con la arteria mesentérica superior (AMS) menor de 180°, obliteración de la vena porta-vena mesentérica superior (VP-VMS) con posibilidad de reconstrucción, y/o contacto con la arteria hepática en su unión con la arteria gastroduodenal. Hemos incluido también lesiones de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5728513>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5728513>

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