



Allegato 5 : Resezione epatica

**A cura del Gruppo di Studio Epatocarcinoma
Rete oncologica Piemonte e Valle d'Aosta
Anno di pubblicazione 2022**

TERAPIA CHIRURGICA

RESEZIONE EPATICA

La resezione epatica è considerata la migliore opzione terapeutica nei pazienti con epatocarcinoma in fegato non cirrotico. La resezione è inoltre indicata nel paziente con cirrosi con una buona riserva funzionale, senza storia di scompenso ascitico ed in buon stato nutrizionale. Tecniche quali l'embolizzazione portale preoperatoria hanno permesso di estendere i limiti delle epatectomie, rendendo operabili tumori per i quali la resezione era controindicata fino ad alcuni anni fa. Rappresentano una controindicazione alla chirurgia, la presenza di metastasi extraepatiche e/o la diffusione intraepatica a noduli multipli. Le trombosi vascolari, della vena cava o della vena porta, pur rappresentando un segno prognostico sfavorevole, non costituiscono di per sé controindicazione assoluta all'intervento.

I risultati migliori si possono attendere nei pazienti con nodulo singolo, poiché la recidiva neoplastica è più precoce nei pazienti con tumore multinodulare. L'età avanzata non rappresenta una controindicazione assoluta all'intervento.

Indicazioni

1. Nodo singolo sino a 2/3 cm di diametro, in paziente con funzionalità epatica conservata (ChildA), buon PS, senza/con modesti segni di ipertensione portale, per i quali il trattamento loco-regionale non sia indicato (es. sede superficiale, sviluppo esofitico, rapporti vascolo-biliari)
2. Nodo singolo con diametro superiore a 2/3 cm in paziente con funzionalità epatica conservata (Child A), buon performance status, senza o con solo modesti segni di ipertensione portale. Il diametro della lesione e l'infiltrazione vascolare non rappresentano controindicazioni assolute. L'indicazione oncologica alla resezione necessita di essere valutata caso per caso
3. Pazienti con neoplasia multinodulare (fino a 3 noduli) in buon compenso funzionale (Child-Pugh A), senza/con modesti segni di ipertensione portale. L'indicazione oncologica alla resezione necessita di essere valutata caso per caso

Indicazioni alla resezione epatica per pazienti candidabili a trapianto (OLT)

1. la resezione è proponibile come "bridge therapy" per i pazienti in lista di attesa per OLT, per i quali si prevede un tempo medio di attesa superiore ai 6 mesi non candidabili a trattamenti locoregionali
2. nodo singolo ≤ 5 cm, in pazienti con funzionalità epatica conservata (Child A) senza/con modesti segni di ipertensione portale. Tali pazienti potrebbero beneficiare di un "trapianto di salvataggio" in caso di recidiva del tumore e/o in caso di peggioramento della funzionalità epatica. Nei pazienti candidabili a trapianto, quando indicata la resezione epatica con approccio laparoscopico è preferibile all'approccio open.

Tutti i pazienti candidati a resezione epatica per HCC devono effettuare la valutazione della funzionalità epatica.

Test di ritenzione del verde indocianina (ICG). Per valori di ritenzione a 15 minuti fino a 10% è possibile eseguire resezioni epatiche maggiori, per valori superiori la possibile estensione della resezione si riduce con l'incremento del risultato. L'attendibilità di questo test è solo per valori di bilirubinemia inferiori a 1.7 mg/dl.

Score di CHILD PUGH TURCOTTE (CTP)

MELD score

Valutazione della presenza e grado dell'ipertensione portale: viene valutata mediante misurazione del gradiente pressorio venoso (HVPG) e tramite segni indiretti quali la piastrinemia, il diametro splenico e la presenza di varici esofagee. L'ipertensione portale viene classificata in tre

sottogruppi in accordo con il tipo di manifestazioni cliniche presenti : ipertensione portale assente (HVPG<5, assenza di splenomegalia, varici e piastrinopenia), moderata (HVPG 6-9, varici esofagee da sole o splenomegalia associata a piastrinopenia) e severa (HVPG>10, splenomegalia, varici e piastrinopenia).

Calcolo del Volume di fegato residuo: In un paziente cirrotico si considera necessario un fegato residuo almeno del 40%; per valori inferiori è possibile ricorrere all'embolizzazione portale.

Tipo di approccio:

- **Resezioni Epatiche Laparoscopiche:** La chirurgia laparoscopica epatica è ormai sicura ed efficace. Nel paziente affetto da HCC su cirrosi inoltre, grazie alla sua mini-invasività, garantisce una pronta ripresa limitandone gli episodi di scompenso e, grazie a ciò, consentendo una espansione dei criteri di reseccabilità anche a pazienti selezionati in stadio B di Child. La chirurgia laparoscopica pertanto rappresenta una tecnica che ciascun centro di chirurgia epato-biliare deve poter offrire ai propri pazienti.

Per tutti i pazienti deve essere valutata la fattibilità tecnica della resezione epatica con approccio laparoscopico definita sulla base del numero, sede e rapporti vascolari

- **Resezioni Epatiche Laparotomiche:** questo approccio viene riservato a tutti i pazienti non candidati a resezione laparoscopica.

Controindicazioni assolute alla resezione:

- 1) compromissione della funzionalità epatica (Child C)
- 2) ipertensione portale severa (splenomegalia, varici esofagee, HVPG>10mmHg)
- 3) compromissione del PS (STADI 3-4)
- 4) insufficiente fegato residuo (<40%) dopo resezione prevista
- 5) localizzazione extraepatica non reseccabile

TRAPIANTO EPATICO

In Piemonte esiste un unico centro per il trapianto del fegato presso l'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino.

Vengono proposti per l'inserimento in lista di trapianto pazienti con Epatocarcinoma T2 o T3 sec.TNM-UNOS entro i criteri "Up-to-Seven":

Criteria	Definition	Features
Milan (MC)	Single lesion ≤5 cm Up to 3 lesions ≤3 cm No macrovascular invasion	The benchmark of patient selection criteria in patients undergoing LT for HCC endorsed in major international guidelines
UCSF	Single ≤6.5 cm Up to three lesions ≤4.5 cm Sum of tumour diameter ≤8 cm	Significant overlap with MC allowing at best the expansion of LT candidate with HCC of around 5%
Up-to-7	Sum of size (cm) and number of HCC nodules ≤7 No mVI	Flexible approach allowing patients with different size-and-number combinations to compete for the same survival. Online calculator at http://hcc-olt-metroticket.org/calculator
TTV+AFP	Any lesions up to TTV ≤115 cm ³ AFP ≤400 ng/mL	Combined score would exclude large HCC or small one with potentially aggressive behaviour and poor post-LT outcomes
Milan+AFP	Score system based Number of nodules Size of the largest nodule AFP at listing (<100; 100-1000; >1000 ng/mL)	Within MC, score ≤2 predicts good survival. Patients exceeding MC with AFP <100; ≤3 nodules; ≤6 cm might be considered eligible for LT

*Only criteria with population/registry-based collection or meta-analysis of the current evidence are listed.
AFP, α-fetoprotein; HCC, hepatocellular carcinoma; LT, liver transplantation; MC, Milan Criteria; mVI, microvascular invasion; TTV, total tumour volume; UCSF, University of California San Francisco.

Il paziente candidabile al bilancio pre-OLT, dopo visita preliminare presso il Centro Trapianto di Fegato di Torino o presso la Gastroenterologia di riferimento, inizierà il percorso clinico strumentale di valutazione della sua idoneità al termine della quale il suo caso verrà discusso allo staff Collegiale Trapianti (mercoledì pomeriggio dalle ore 15.00), presso il DH del Centro stesso e quindi inserito in lista attiva. Il tempo medio di attesa per un OLT è di circa 4 mesi per i pazienti con emogruppo sanguigno A; 6-8 mesi per quelli di gruppo 0e/o B.

Nell'ottica trapiantologica, i pazienti con caratteristiche oncologiche che eccedono i "criteri di Milano" potranno essere avviati a percorsi di downstaging se e solo se i loro dati clinici, inseriti all'interno di un calcolatore prognostico ("METROTICKET"- disponibile online al sito www.hcc-olt-metroticket.org) indicheranno una sopravvivenza stimata a 5 anni superiore al 50%.

In questo caso i trattamenti impiegati avranno la finalità di ottenere una retro-stadiazione della malattia all'interno dei criteri "Up-to-Seven" stabile per almeno 3 mesi.