



Allegato 6 : Terapie locoregionali

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

Terapie locoregionali

Ablazione con radiofrequenza/micro-onde

Ablazione con radiofrequenza/micro-onde Le terapie ablativie percutanee RFA o la MWA sono indicate negli stadi 0 (con nodo di diametro < 2 cm) o A (con al massimo 3 nodi con diametro < 3 cm) e sono più efficaci dell'alcolizzazione (PEI). La PEI può essere ancora considerata in alcuni casi selezionati e per tumori ≤2 cm posti in sede pericolecistica o periilare).

MWA ed RFA ottengono risposte complete in oltre il 90% dei casi, risultati cioè paragonabili alla chirurgia.

- Nei pazienti in stadio BCLC 0 e BCLC A la termoablazione è il trattamento di prima scelta per i pazienti non candidabili alla chirurgia resettiva o al trapianto.
- Nei pazienti BCLC 0 (tumori fino a 2 cm e in posizioni favorevoli), la termoablazione può essere il trattamento di prima scelta anche nei pazienti candidabili alla chirurgia.

Le raccomandazioni internazionali suggeriscono che, per il nodulo tra 2 e 3 cm, la scelta fra resezione e termoablazione sia valutata in modo interdisciplinare caso per caso. Per il nodulo >3 cm, ove possibile, si propone che la scelta venga indirizzata verso la resezione; nel paziente non resecabile, è ragionevole considerare l'impiego di trattamenti radiologici combinati/sequenziali (TACE + PEI, +RFA o +MWA). Nei pazienti non resecabili e non trattabili per via percutanea (per scarsa visibilità ecografica, contiguità con visceri cavi) va considerato l'impiego di un approccio video-laparoscopico, da effettuarsi presso Centri esperti.

Chemioembolizzazione trans-arteriosa (TACE)

La chemioembolizzazione trans-arteriosa (TACE) è indicata come terapia di scelta in pazienti in stadio BCLC B (intermedio), ma in circa il 40% essa è effettuata su pazienti in stadio precoce (BCLC A) o, più raramente, avanzato (BCLC C), come trattamento ponte in previsione di OLT o in una logica di "stage migration" secondo sistema classificativo BCLC. È raccomandata esclusivamente nei pazienti con flusso portale preservato e noduli a margini ben definiti, passibili di trattamento super-selettivo. I migliori candidati sono l'HCC singolo <5 cm, unilobare o multinodulare con numero di noduli <5. La presenza di trombosi portale periferica o segmentaria prossima alla massa neoplastica non è una controindicazione assoluta alla TACE, tanto più se utilizzata in combinazione con la terapia sistemica prevista per la malattia con invasione vascolare (BCLC stadio C).

Aspetti tecnici. Dal punto di vista tecnico, un trattamento super-selettivo (segmentario o sottosegmentario) con utilizzo di microcateteri di piccolo calibro (< 2.8 F), è raccomandato, essendosi dimostrato più efficace, in termini di sopravvivenza, rispetto a trattamenti più estesi (lobari). In particolare, la TACE selettiva/superselettiva ha dimostrato di ottenere una necrosi completa della lesione trattata in oltre il 90% dei noduli fino a 3 cm. Per quanto riguarda la scelta del materiale embolizzante, ad oggi non vi sono evidenze univoche di un beneficio in termini di sopravvivenza dell'uso della debTACE rispetto alla cTACE. La debTACE ha tuttavia dimostrato una superiorità rispetto alla cTACE, in termini di tollerabilità, con una significativa riduzione del dolore post-procedurale, oltre che in termini di efficacia nel sottogruppo di Pazienti più "fragili" (Child-Pugh B, ECOG 1, malattia bilobare e patologia recidivata). In Pazienti altamente selezionati, può essere preso in considerazione l'utilizzo di microparticelle riassorbibili, che prevede almeno due sedute per ogni lobo.

Per quanto riguarda il ruolo del chemioterapico, al momento non esistono evidenze basate su studi prospettici randomizzati sufficientemente dimensionati che dimostrino una superiorità in termini di sopravvivenza della TACE rispetto alla TAE (embolizzazione senza aggiunta di chemioterapico).

Trattamenti combinati. Il trattamento locoregionale combinato e/o sequenziale (TACE + ablazione percutanea) offre vantaggi rispetto all'uso di una singola tecnica, aumentando la risposta tumorale, ampliando il volume di necrosi tumorale ottenibile ed è quindi indicata nelle lesioni >2.5 cm e <7 cm. La TACE combinata a RF/MWA viene eseguita nel 68% dei Centri Italiani, con le seguenti indicazioni: lesioni di grosse dimensioni (2.5-7 cm), ipovascolari o in sedi difficili per le tecniche ablative. Le raccomandazioni AISF (Associazione italiana studio fegato), pur esprimendo un parere favorevole al trattamento combinato, suggeriscono che la terapia di combinazione sia decisa in modo multidisciplinare e proposta su base individuale. Le linee guida AASLD/EASL-EORTC non forniscono indicazioni sui trattamenti combinati locoregionali.