



8.30 - 9.30

SIMPOSIO

Radioterapia e trattamenti sistemici nel carcinoma del pancreas: update

Moderatori: C. De Renzis (Messina), M.G. Trovò (Aviano)

La chirurgia: come, quando e quale



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

V. Ziparo

Facoltà di Medicina e Psicologia

Dipartimento Medico-Chirurgico e Medicina
Translazionale

Azienda Ospedaliera Sant' Andrea

XXII CONGRESSO

AIRO

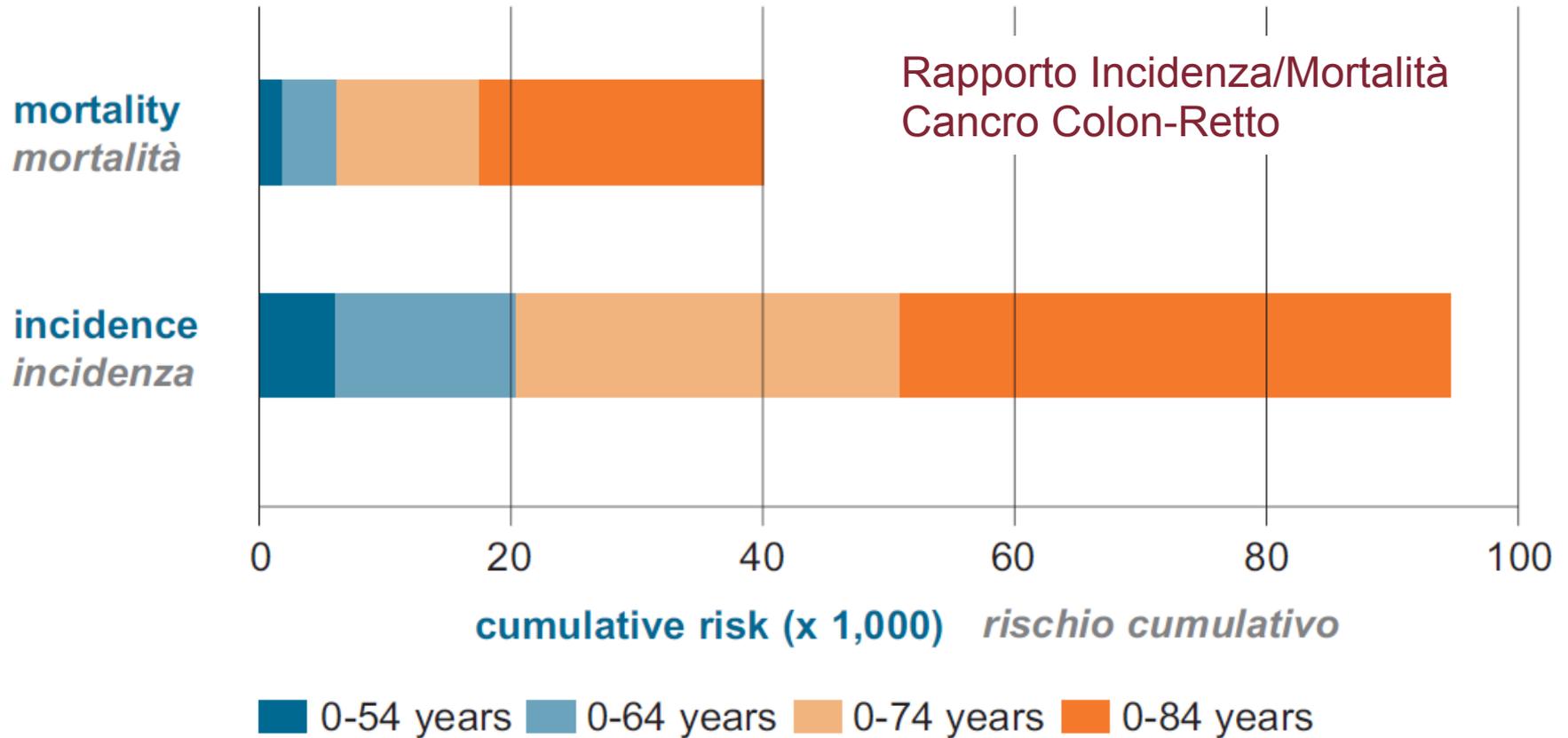
ROMA 2012

17-20 novembre
Ergife Palace Hotel



Associazione
Italiana
Radioterapia
Oncologica

Epidemiologia dell'Adenocarcinoma Pancreatico



La chirurgia: quando...

Indicazioni:

P-NET/IPMN

Adenocarcinoma duttale



Localizzato

Testa/Istmo

Corpo/Coda



**Localmente
Avanzato**



Metastatico



80% dei casi

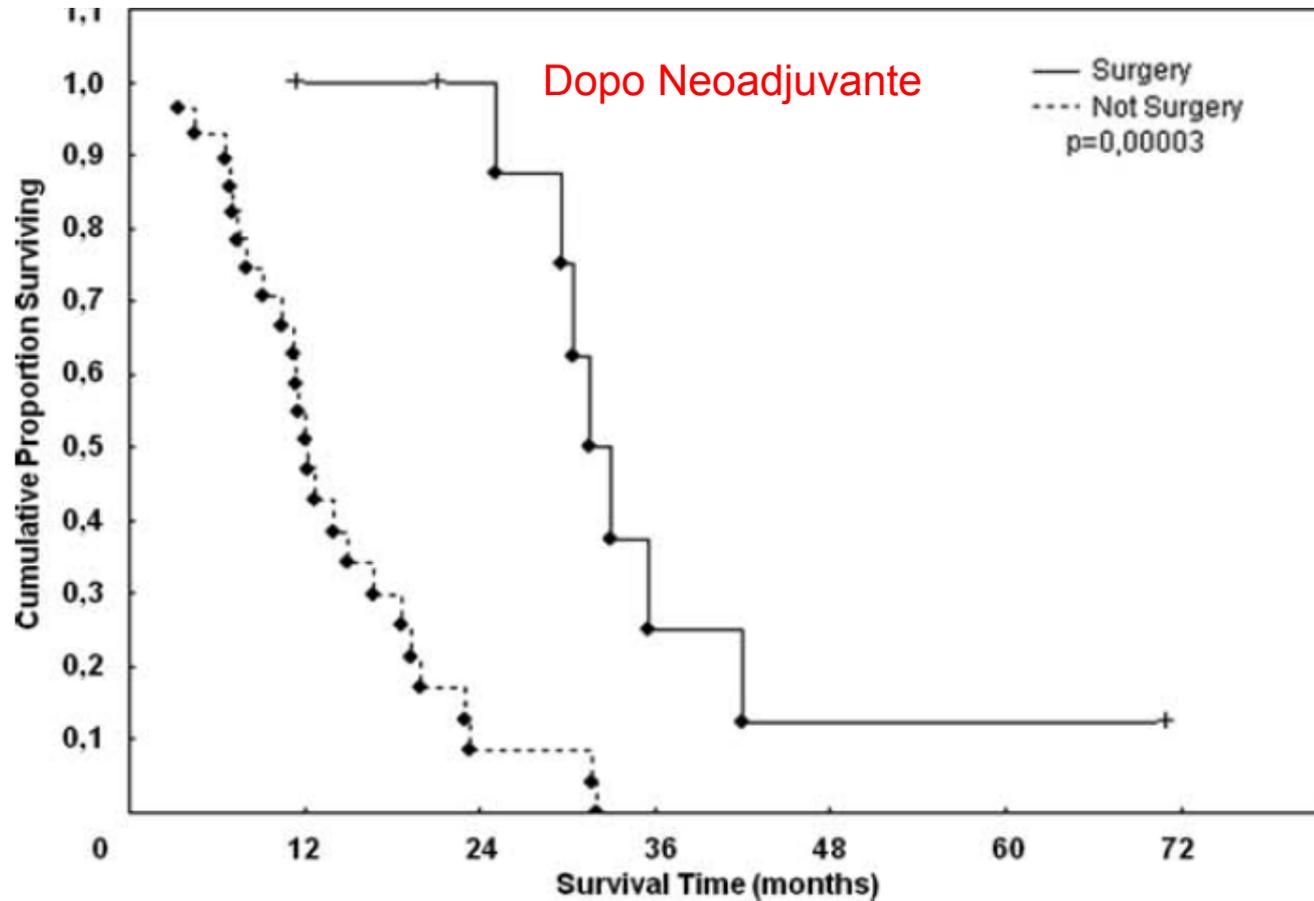
La chirurgia: quando...

Indicazioni:

*Adenocarcinoma duttale
Localmente Avanzato*

Ruolo della CHRT Neoadiuvante

Induction Gemcitabine and Oxaliplatin Therapy Followed by a Twice-Weekly Infusion of Gemcitabine and Concurrent External-Beam Radiation for Neoadjuvant Treatment of Locally Advanced Pancreatic Cancer



15/11/15

39 Pazienti

Cancer

Month 00, 2012

CONCLUSIONS: Both those with borderline resectable disease and those with unresectable disease received clinical benefit, a chance to obtain resectability, and improved survival.

Cancer 2012

CONCLUSIONS. In locally advanced, unresectable pancreatic cancer, R0/R1 resections can be achieved in up to 40% of patients who undergo operation after neoadjuvant therapy. In these cases, survival rates are similar to those observed for initially resectable pancreatic cancer.

Surgery 2012

Indicazioni:

Adenocarcinoma duttale

Localizzato



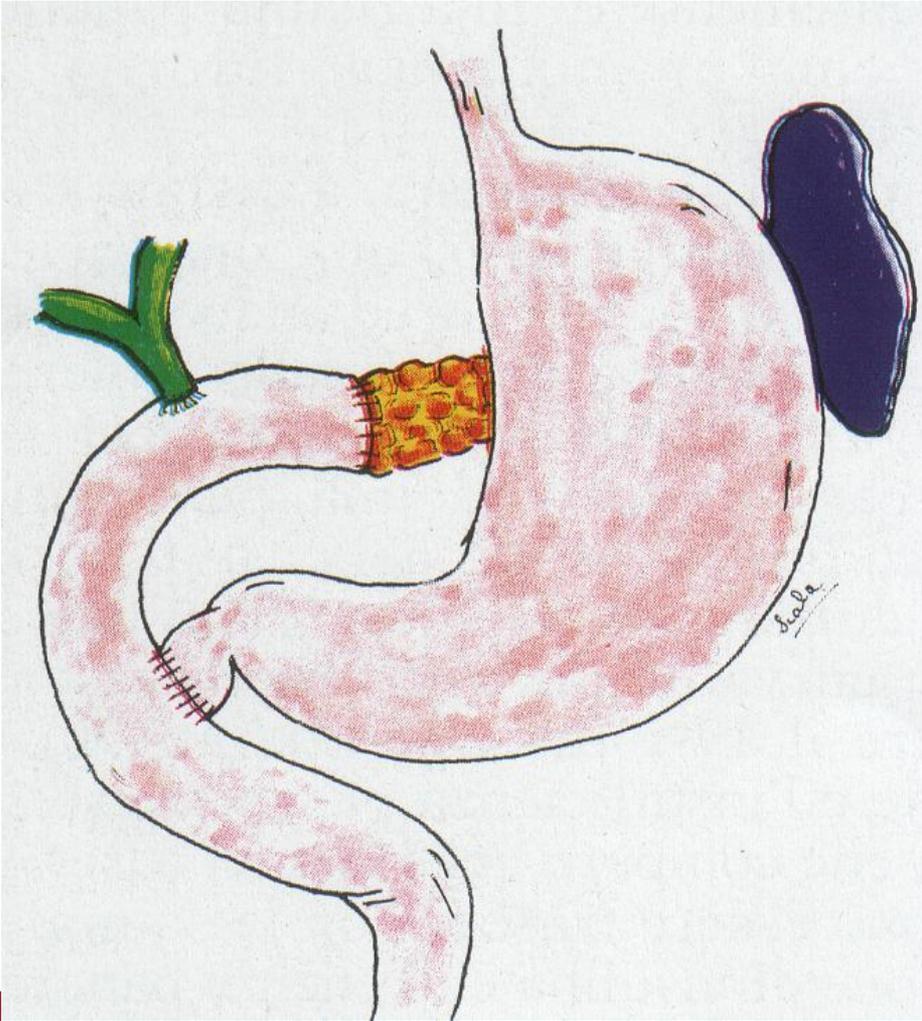
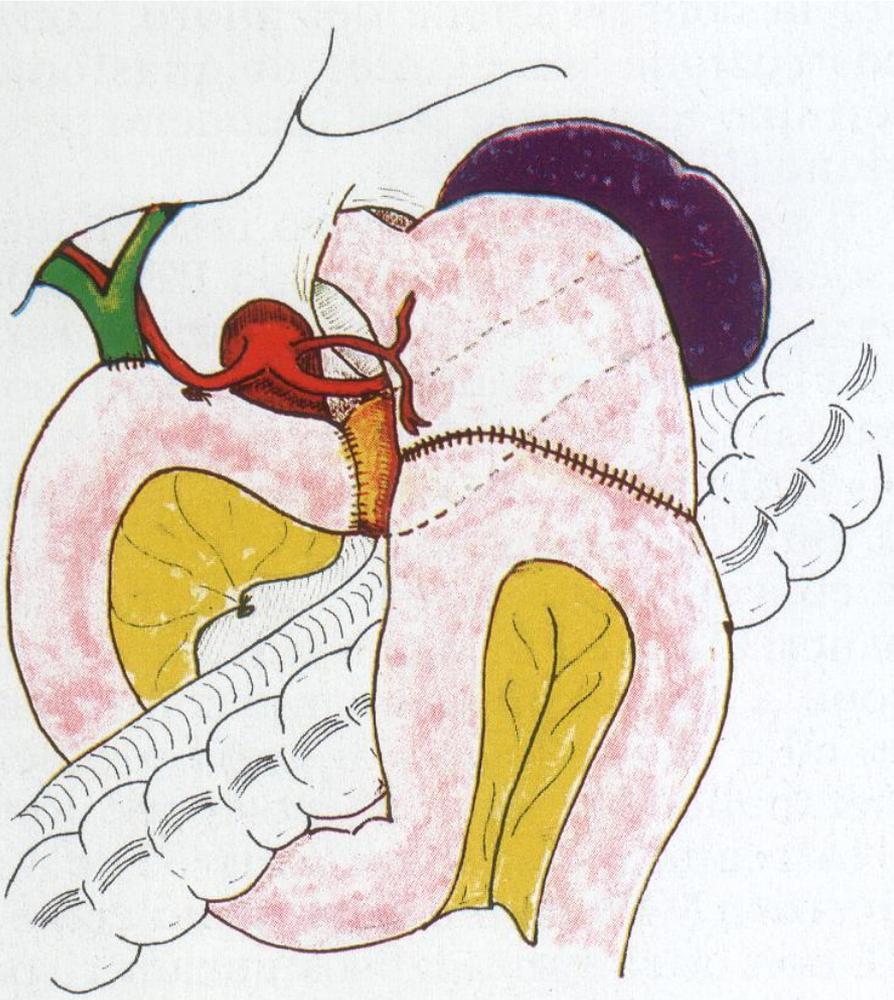
Resezione Chirurgica

La chirurgia: ... quale e come ?

Vena Cava inferiore e Vena Porta



PANCREATICO- ed EPATICO-DIGIUNOSTOMIA



La chirurgia: ... quale e come?

Linfectomie estese?

Resezioni vascolari venose?

Resezioni vascolari arteriose?

Ruolo della Laparoscopia?

Does Portal-Superior Mesenteric Vein Invasion Still Indicate Irresectability for Pancreatic Carcinoma?

- 18 studi dal 2000 al 2010
- Pazienti sottoposti a pancreasectomia con resezione della vena porta o della vena mesenterica per adenocarcinoma del pancreas
- Totale di 628 pazienti



RESEZIONI VASCOLARI VENOSE

Autore	Complicanze	Mortalità	Sopravvivenza mediana	Sopravvivenza a 5 anni
Shibata	32%	4%	NR	9%
Kawada	46%	4%	NR	NR
Nakagohri	NR	6%	15	9%
Capussotti	33.3%	0%	15	8.4%
Howard	54%	7.7%	13	NR
Poon	41.7%	0%	19.5	NR
Zhou	31.3%	0%	NR	NR
Jain	16.7%	6.2%	NR	18%
Riediger	42%	4%	22	10.9%
Shimada	NR	1.2%	14	12%



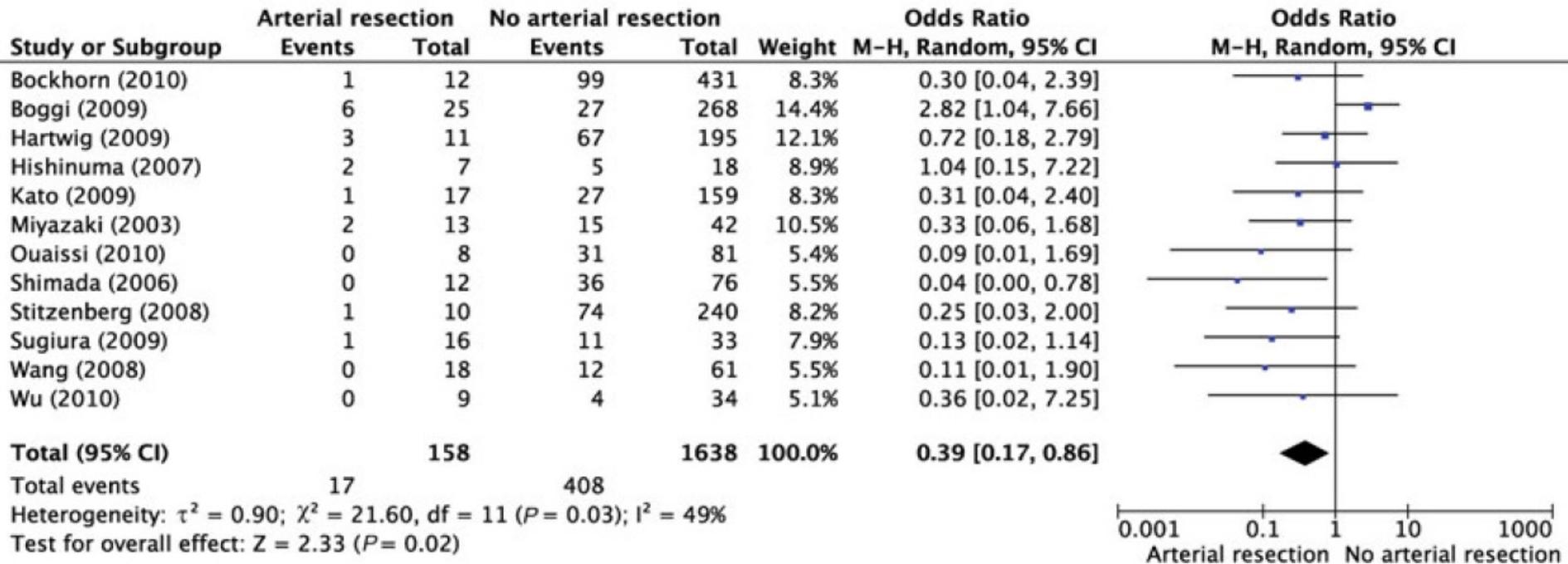
RESEZIONI VASCOLARI VENOSE

CONCLUSIONI

- Mortalità, morbilità, sopravvivenza sono comparabili a quelle dei casi in cui non vi è invasione venosa in pazienti selezionati e in centri di riferimento

Arterial Resection During Pancreatectomy for Pancreatic Cancer

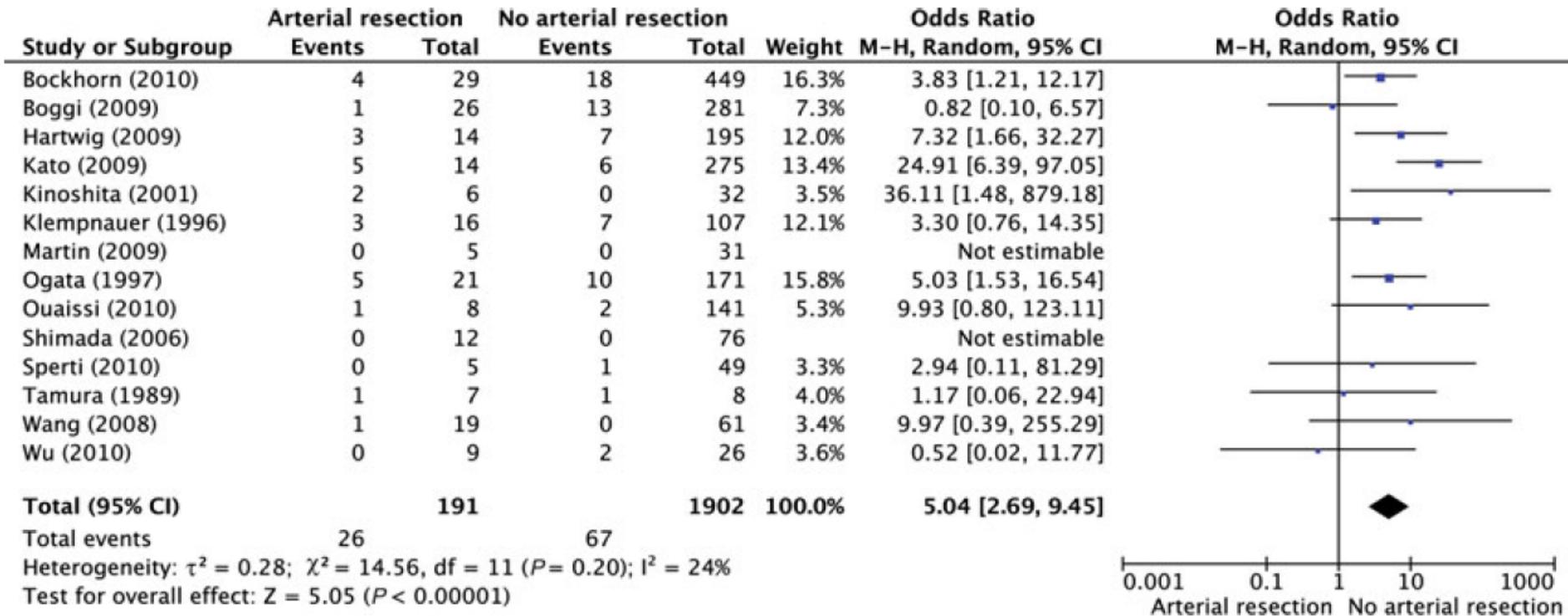
A Systematic Review and Meta-Analysis



Survival Benefit (median survival 14 vs 15.8 mesi), $p = 0.02$
... però ...

Arterial Resection During Pancreatectomy for Pancreatic Cancer

A Systematic Review and Meta-Analysis



Mortalità = 14% vs 4% (p=0.023)

Complicanze maggiori = 38% vs 19.8% (p=0.001)

Reinterventi = 21% vs 15.1% (p=0.422)

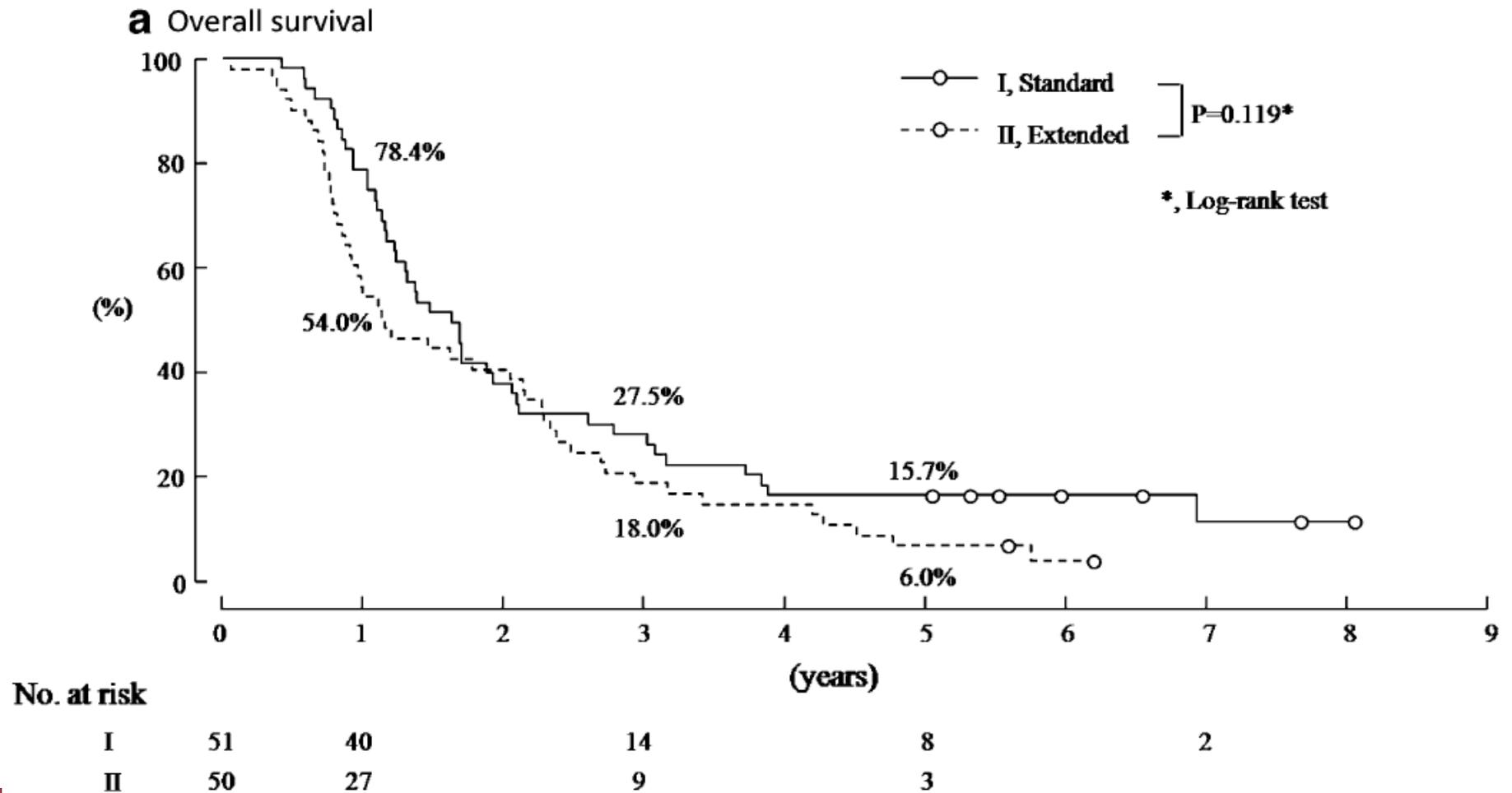


RESEZIONI VASCOLARI ARTERIOSE

CONCLUSIONI

- Mortalità, morbilità, elevate senza un ragionevole beneficio oncologico.

Standard versus extended lymphadenectomy in radical pancreatoduodenectomy for ductal adenocarcinoma of the head of the pancreas



Ruolo delle linfectomie estese

Lymphadenectomy in radical PD for carcinoma of the head of the pancreas could not improve the long-term survival.

Extended lymphadenectomy did not benefit the long-term survival, but diarrhea associated with weight loss developed for less than 12 months postoperatively.

No further RCTs on standard versus extended lymphadenectomy associated with PD for pancreatic cancer are necessary.



Metaanalysis of trials comparing minimally invasive and open distal pancreatectomies

- 10 trials di confronto tra pancreatectomia distale open (PDO) e mini-invasiva (PDMI)
- Pancreasectomia distale open 380 pazienti
- Pancreasectomia distale mini-invasiva 349 pazienti

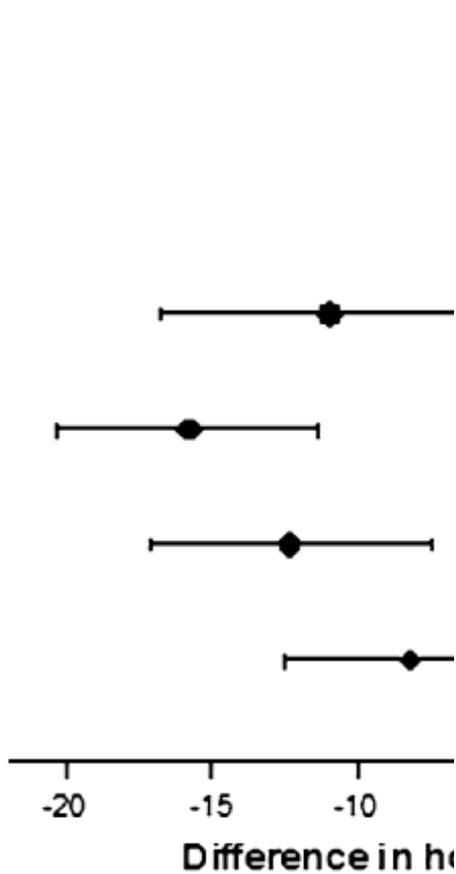


Fig. 5 Hospital stay

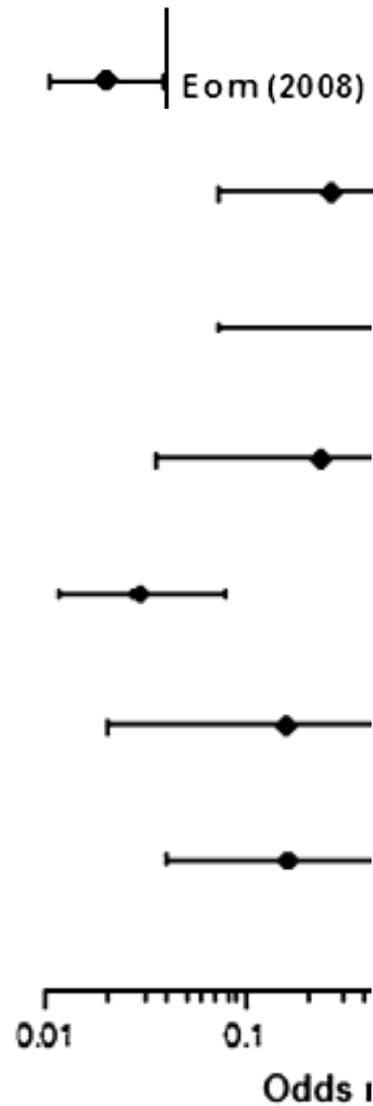


Fig. 10 Surgical-site infection

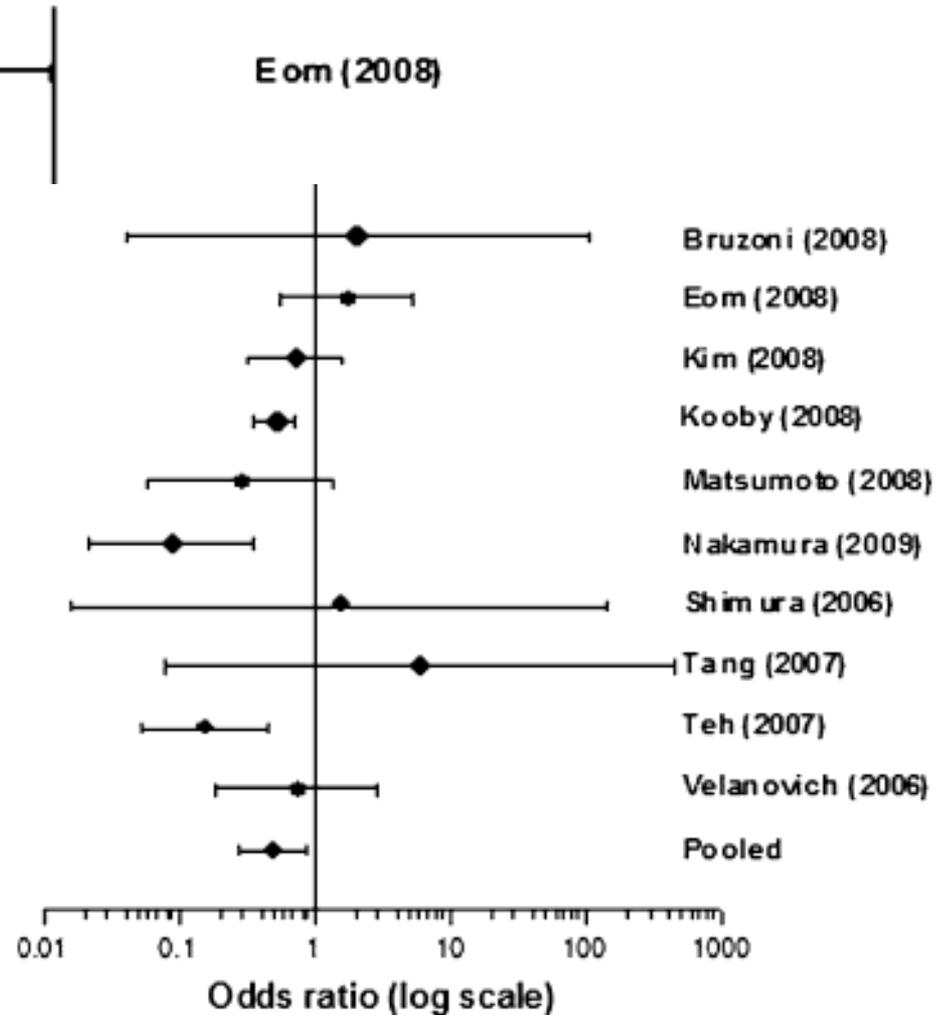


Fig. 8 Overall complications

Conclusioni

- 1) riduzione del dolore postoperatorio
- 2) ripresa del paziente più rapida
- 3) minori complicanze della ferita chirurgica
- 4) minore morbilità

La chirurgia: ... quale e come?

- Non ruolo oncologico delle linfectomie estese
- Ruolo oncologico delle resezioni vascolari venose, con accettabili tassi di complicanze post-operatorie
- Piccolo beneficio oncologico delle resezioni vascolari arteriose, a discapito di elevati tassi di morbi-mortalità
 - Ruolo efficace della Laparoscopia nelle resezioni pancreatiche distali

La chirurgia: come, quando quale...

e ... DOVE?

Hospital Volume and Mortality After Pancreatic Resection

A Systematic Review and an Evaluation of Intervention in The Netherlands

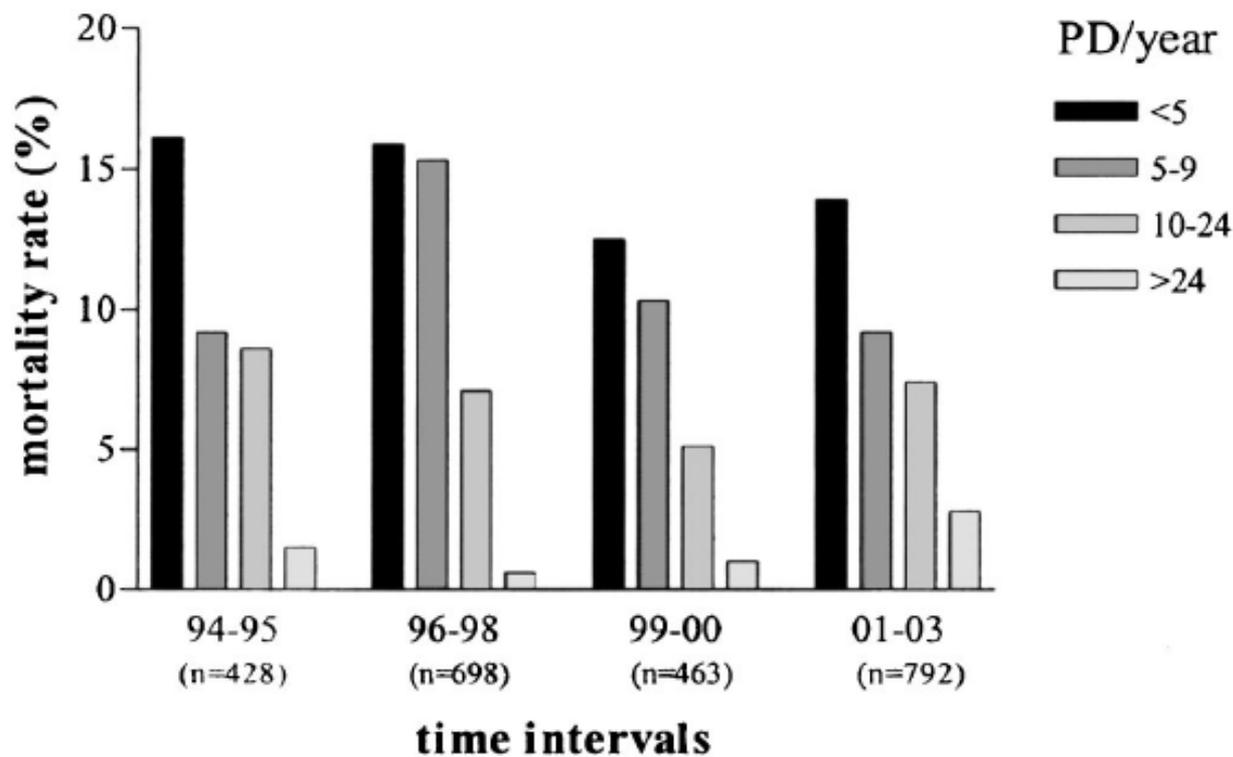
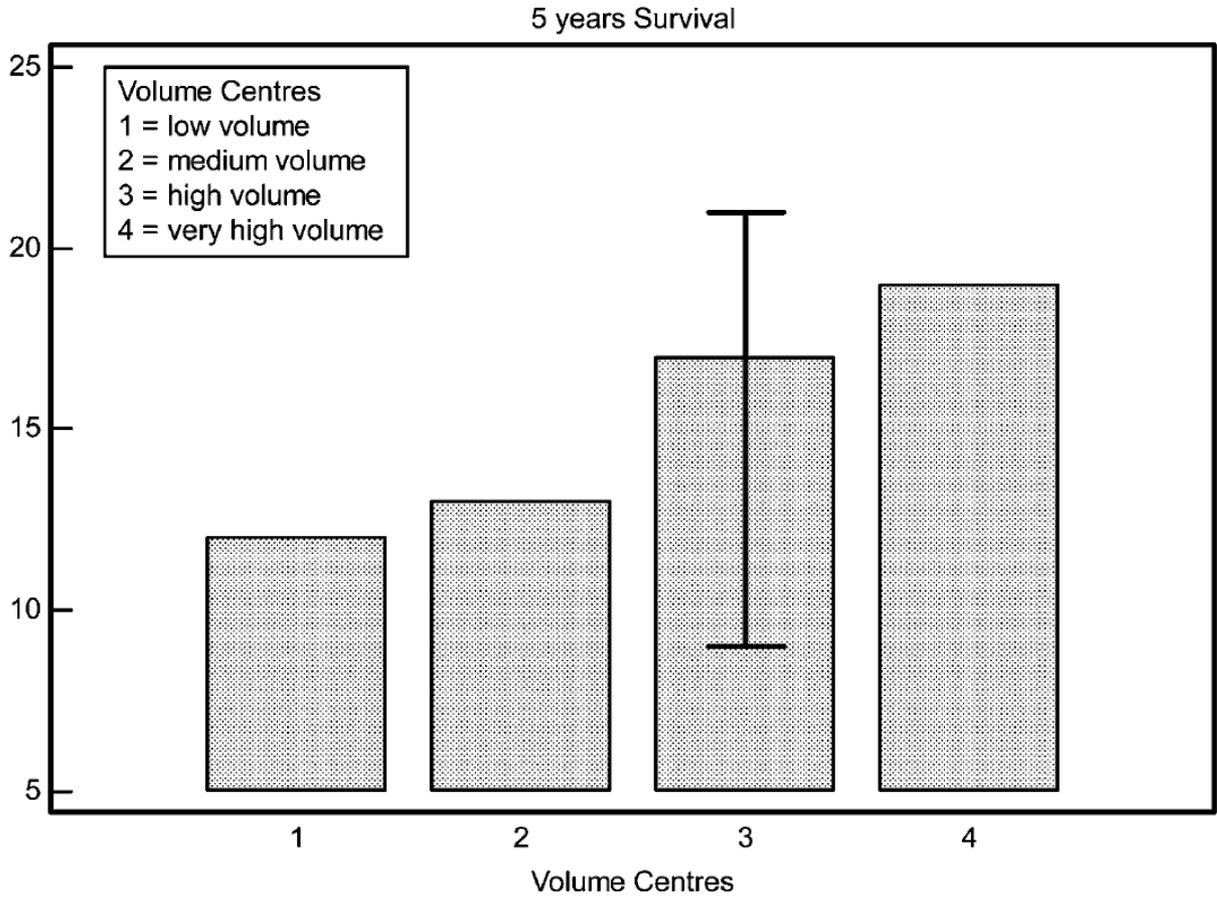


FIGURE 2. Hospital mortality in the 4 volume categories at the different time intervals (1994–1995, 1996–1998, 1999–2000, 2001–2003).

Hospital Volume, Margin Status, and Long-Term Survival after Pancreaticoduodenectomy for Pancreatic Adenocarcinoma

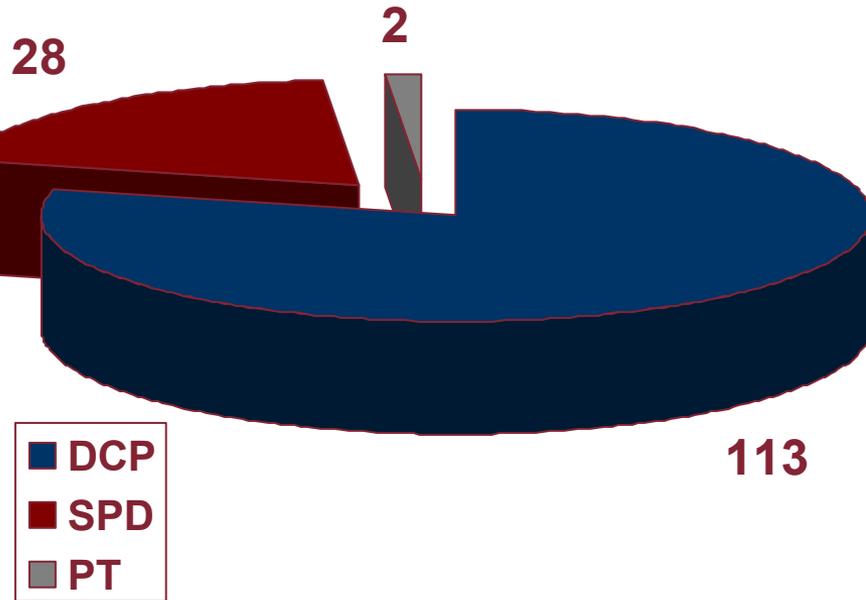


15/11/15

Hospital Volume, Margin Status, and Long-Term Survival after Pancreaticoduodenectomy for Pancreatic Adenocarcinoma

Il Volume-Chirurgo ed il Volume-Ospedale influiscono significativamente sulla morbi-mortalità post-operatoria e sulla prognosi oncologica del Paziente con Adenocarcinoma Pancreatico

Casistica Personale



143 Pazienti

(2003-2012, Chirurgia 1-3 Ospedale S. Andrea, Roma)

52% uomini, 48% donne.
Età media 66 anni (range 33-86 anni).

Morbilità post-operatoria: 34% (fistola pancreatica 16%)

Mortalità post-operatoria: 8%

La sopravvivenza a 3 e 5 anni del **37 %** e del **19 %**