



GRUPPO DI STUDIO
TUMORI DEL PANCREAS

CARCINOMA PANCREATICO:
Indicazioni al posizionamento degli stent:
in quali pazienti e quando

Documento redatto da:

Prof. M. Garavoglia

S.C. Chirurgia Generale 1 . A.O.U. Maggiore della Carità di Novara

Dipartimento interaziendale ed interregionale
Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta
A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino.
Presidio Ospedaliero Molinette
C.so Bramante n. 88 - 10126 Torino
Segreteria tel-fax 011/6336889 e-mail: ucr@reteoncologica.it

Carcinoma Pancreatico:

Indicazione al posizionamento degli stent: in quali pazienti e quando.

Prof. M. Garavoglia

Il posizionamento degli stent nelle ostruzioni biliari distali è diventata pratica corrente nei centri di endoscopia digestiva. Il posizionamento dovrebbe essere preceduto da una sicura diagnostica e nel caso di malattia neoplastica dalla stadiazione. Dal punto di vista chirurgico lo stent ancorchè utile nella riduzione dell'ittero ostruttivo presenta alcune criticità legate alla possibile infezione delle vie biliari che genera un quadro flogistico sia endoluminale sia dei tessuti pericolediocici (adenopatia reattiva), provocando una maggior difficoltà di dissezione degli elementi dell'ilo epatico; la possibile ostruzione del dotto cistico può inoltre creare problemi di infezione nell'idrope da stasi preesistente.

La stadiazione consente inoltre di valutare la non operabilità della lesione e quindi di procedere a terapie palliative dell'ostruzione.

In base a queste considerazioni il posizionamento dello stent è la scelta elettiva nei seguenti casi:

- pazienti in cui risulta accertata l'inoperabilità: in questi casi viene solitamente utilizzata in prima istanza una protesi plastica. Anche le protesi metalliche possono essere utilizzate nei pazienti non operabili, tuttavia questa scelta è riservata ai soggetti con aspettativa di vita superiore ai sei mesi e non in grado di sostenere frequenti ERCP dovute alla necessaria sostituzione delle protesi plastiche ogni 4-6 mesi per ostruzione.¹

PROTESI PLASTICHE

Gli stent biliari plastici possono essere in Polietilene, Poliuretano, Teflon e Idrofile. La letteratura è concorde nel conferire un maggior successo terapeutico, delle protesi in polietilene, rispetto alle altre.

Le caratteristiche di questo tipo di protesi sono quelle di avere un basso costo e un diametro costante (8, 10, 11,5 Fr). Il principale svantaggio è dovuto alla formazione di un biofilm sulla superficie interna della protesi, determinato da colonizzazione batterica la cui attività enzimatica porta alla precipitazione di Sali di bilirubinato di calcio che riducono il diametro funzionale dello stent e insieme allo sludge biliare favoriscono la sua chiusura.

Questi stent hanno una pervietà della durata circa di 4-6 mesi, e richiedono successivamente una sostituzione.

PROTESI METALLICHE

Gli stent biliari metallici possono essere rivestiti oppure scoperti; attualmente quelli utilizzati sono Wallflex e Hanarostent, in Nitinol, materiale che conferisce maggior flessibilità e un ridotto rischio di shortening (accorciamento della protesi, dovuta alla forza radiale sulle vie biliare, che induce una traslocazione dello stent). Le protesi metalliche, che presentano dei costi decisamente superiori rispetto a quelle plastiche e possono provocare una maggior dilatazione delle vie biliari fino a 30 Fr (circa 1 cm) con conseguentemente un minor rischio di ostruzione.

Le protesi biliari scoperte, rispetto a quelle rivestite, non sono rimovibili e permettono la crescita di tessuto di granulazione e di cellule tumorali al loro interno, tuttavia possono essere utilizzate nei pazienti non colecistomizzati, poiché evitano il rischio di colecistite dal momento che non causano l'oclusione del dotto cistico.

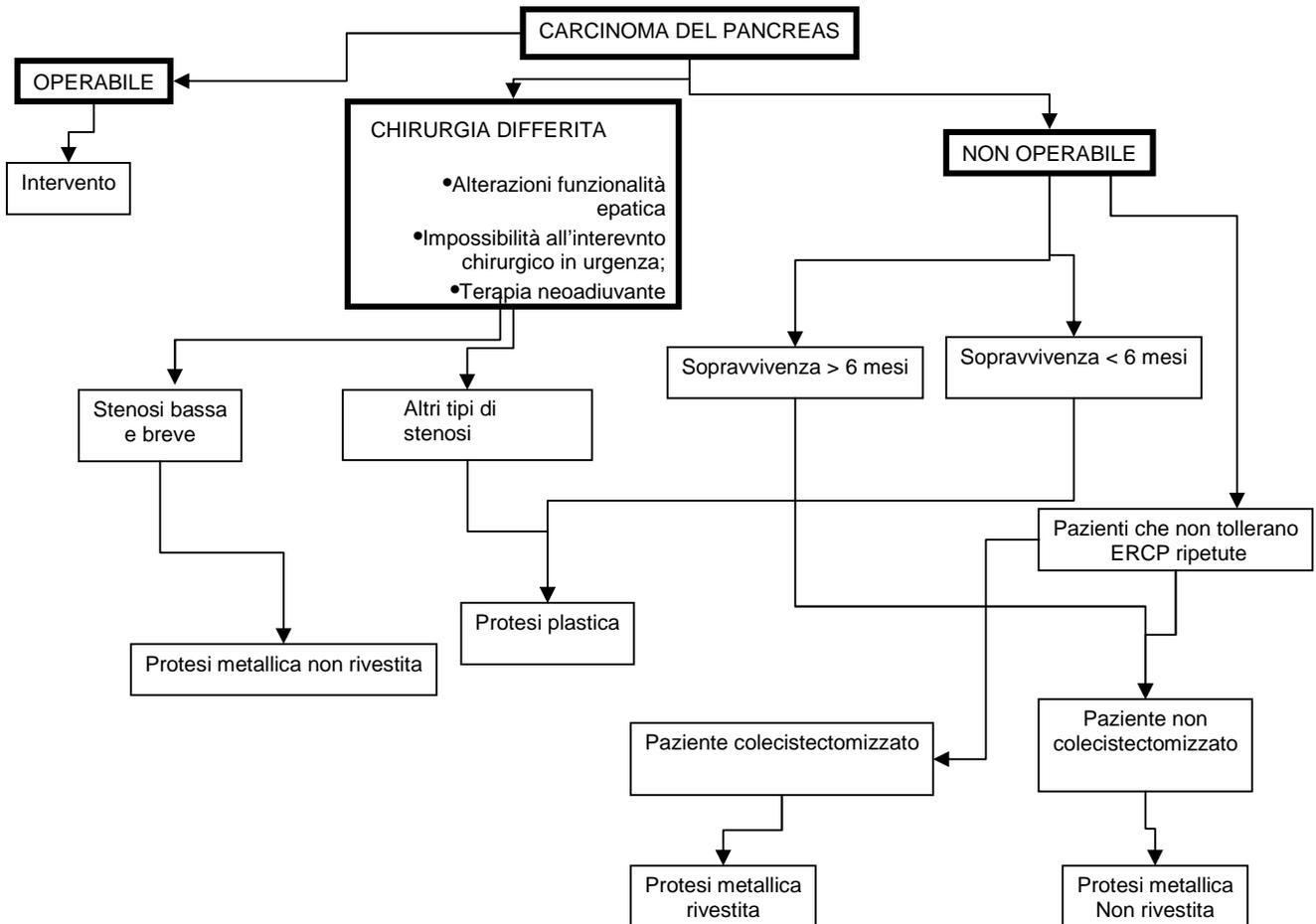
Qualora la stadiazione dimostri l'operabilità, il posizionamento di uno stent è indicato:

- se l' Iperbilirubinemia è tale da pregiudicare la funzionalità epatica (generalmente per valori di Bilirubina > 10 mg/dl) con lo scopo di migliorarla.

- in tutti quei casi in cui il paziente non può essere sottoposto ad intervento chirurgico con relativa urgenza.
- in un limitato numero di pazienti in cui si prevede una terapia neoadiuvante^{2,3}.

In questi ultimi tre casi, poiché la necessità di mantenere in sede la protesi è limitata ad un periodo ridotto di tempo, il drenaggio biliare pre-operatorio viene solitamente effettuato con protesi plastiche, che risultano maggiormente idonee per il loro inferiore costo e poiché causano una minore reazione infiammatoria⁴.

In caso di stenosi molto basse e serrate, può essere utilizzata una protesi metallica scoperta, a monte della quale verrà effettuata l'anastomosi bilio-digestiva.⁵



¹ Ye Jin Lee, Jin Hyoung Kim et al, Hepatocellular Carcinoma Complicated by Gastroduodenal Obstruction: Palliative Treatment with Metallic Stent Placemen, Springer Science+Business Media, LLC and the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe (CIRSE) 2011

² Rene P. van den Bosch, M.D.,* George P. van der Schelling, Guidelines for the Application of Surgery and Endoprotheses in the Palliation of Obstructive Jaundice in Advanced Cancer of the Pancreas *Annals Of Surgery* Vol. 219, No. 1, 18-24© 1994 J. B. Lippincott Company

³ Margaret A., Pablo Arnoretti et al. Pancreatic Adenocarcinoma: Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2010 September ; 8(9): 972–1017.
Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw.* 2010 September ; 8(9): 972–1017.

⁴ Lawrence C. et al. “Use of temporary plastic stent to facilitate the placement of multiple self-expanding metal stents in malignant biliary hilar strictures.” *GIEndoscopy* 2005;62:605-09

⁵ Pancreatic Section of the British Society of Gastroenterology, Pancreatic Society of Great Britain and Ireland, Association of Upper Gastrointestinal Surgeons of Great Britain and Ireland, Royal College of Pathologists, Special Interest Group for Gastro-Intestinal Radiology. Guidelines for the management of patients with pancreatic cancer periampullary and ampullary carcinomas. *Gut* 2005;54(Suppl V):v1–v16. doi: 10.1136/gut.2004.057059