



PSDTA Epatocarcinoma

## **Allegato 4a : Resezione epatica**

**A cura del Gruppo di Studio Epatocarcinoma  
Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta  
Anno di pubblicazione 2024**

## - RESEZIONE EPATICA

La resezione epatica è considerata la migliore opzione terapeutica nei pazienti con epatocarcinoma in fegato non cirrotico. 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.

La resezione è inoltre indicata nel paziente con cirrosi con una buona riserva funzionale, senza storia di scompenso ascitico ed è in buon stato nutrizionale. 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

Indicazioni alla resezione epatica per pazienti candidabili a trapianto

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.
2. nodo singolo  $\leq 5$  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.

Indicazioni alla resezione epatica.

1. Nodo singolo sino a 2 cm di diametro, in paziente con funzionalità epatica conservata (Child A), 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 cm in paziente con funzionalità epatica conservata (Child A), buon PS, senza o con modesti segni di ipertensione portale. Il diametro della lesione e l'infiltrazione vascolare non rappresentano controindicazioni assolute. L'indicazione oncologica alla resezione verrà 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 verrà valutata caso per caso

Tutti i pazienti candidati a resezione epatica per HCC devono effettuare la valutazione della funzionalità epatica. Nei vari centri, a secondo dell'esperienza e disponibilità, possono essere utilizzati i seguenti test o score:

**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

#### MELD score

#### ALBI score

#### Misurazione non invasiva del grado di fibrosi epatica

**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 resecabilità 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 alla resezione:**

- 1) compromissione della funzionalità epatica (Child C)
- 2) ipertensione portale severa
- 3) compromissione del PS (STADIO 3-4)
- 4) insufficiente fegato residuo (<40%) dopo resezione prevista
- 5) localizzazione extraepatica non resecabile