

Gestione dell'ittero ostruttivo da neoplasia bilio-pancreatica

L. PANIER SUFFAT¹, C. POLETTI², G. AMATO¹, F. MILLO¹, M. PACQUOLA¹, F. PASQUALI¹,
P. RAPELLA¹, P. TAVA¹

¹ U.O. Chirurgia Generale, Ospedale Civile Tortona (AL)

² Radiologia Diagnostica ed Interventistica Ospedale Casale Monferrato (AL)

SUMMARY: Management of obstructive jaundice in bilio-pancreatic neoplasms.

L. PANIER SUFFAT, C. POLETTI, G. AMATO, F. MILLO,
M. PACQUOLA, F. PASQUALI, P. RAPELLA, P. TAVA

Background: Neoplasms of the bilio-pancreatic tract are often diagnosed in an advanced stage. Palliation of these patients is focused on resolution of biliary obstruction.

Methods: From 1 January 2003 to 31 January 2009 we managed 39 patients with a palliative procedure, 8 of them were treated by a surgical by-pass, the endoscopic procedures were 21, while the transepatic percutaneous drainages were 12.

Discussion: Surgical palliation is reserved for patients with a good performance status and expected survival of over 6 months, it is also indicated for whom, affected by pancreatic carcinoma, developed duodenal obstruction associated to jaundice. If the biliary obstruction is near the papillary region the treatment of choice is endoscopic drainage, if the obstruction is distal these region the way of choice is the transepatic one. Metallic stents have a greater initial cost but a less risk of obstruction than the plastic stents, these are indicated in patients with a short survival expectance.

Conclusions: Endoscopic drainage is the gold standard of treatment for obstructive jaundice, percutaneous biliary decompression is the treatment of choice for palliation of distal bile obstruction.

KEY WORDS: biliary obstruction, endoscopic drainage, surgical palliation, percutaneous drainage.

Introduzione

Nelle ultime due decadi, anche in relazione all'allungamento della vita media, si è assistito ad un relativo aumento dell'incidenza delle neoplasie bilio-pancreatiche. Soprattutto in caso di neoplasia cefalo-pancreatica, quando tali pazienti giungono alla diagnosi, si

trovano spesso in uno stadio avanzato di neoplasia, spesso in operabili.

Dal punto di vista chirurgico negli ultimi 10 anni si è assistito, anche grazie allo sviluppo delle tecniche diagnostiche, ad un decremento degli interventi puramente esplorativi, associato ad un notevole aumento della quota di pazienti non operati, anche grazie alla disponibilità crescente di metodiche non chirurgiche.

L'obiettivo diventa quindi una adeguata palliazione della sintomatologia associata ad una riduzione della ospedalizzazione e della sintomatologia dolorosa; le problematiche cliniche predominanti sono legate all'ittero che, se non trattate adeguatamente, possono determinare complicanze anche fatali quali colangiti, malassorbimento ed insufficienza epatica progressiva.

Materiali e metodi

Nel periodo compreso fra il 1° gennaio 2003 ed il 31 gennaio 2009, presso la nostra divisione sono stati trattati 39 pazienti affetti da ittero ostruttivo la lesione bilio-pancreatica, in tale disamina abbiamo preso in considerazione pazienti per cui, in prima istanza, è stato scelto, un approccio puramente palliativo, per stato neoplastico avanzato o per controindicazioni generali all'intervento recettivo. Si trattava di 21 uomini e 18 donne, con età media di 69.3 anni, il 65% di essi aveva età superiore ai 72 anni. La palliazione chirurgica è stata riservata a 8 pazienti, tutti in buone condizioni e con età media inferiore ai 65 anni, 12 casi sono stati trattati con drenaggio biliare percutaneo e posizionamento di protesi, l'approccio endoscopico più posizionamento di protesi biliare è stato riservato a 21 pazienti. In 12 casi si è fatto ricorso ad uno stent in plastica, in 21 casi abbiamo utilizzato uno stent metallico tipo wall stent (Fig. 1).

Il numero delle procedure eccede il numero dei pazienti perché, in un caso abbiamo utilizzato un approccio percutaneo transepatico, per un'invasione neopla-

Corrispondenza Autore:
Dott. Paolo Tava
Divisione Chirurgia Generale
Piazza Felice Cavallotti, 7 - 15057 Tortona - Alessandria
E-mail: tavapaolo@asal.piemonte.it

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma



Fig. 1 - Stenosi terzo medio del coledoco.



Fig. 2 - Endoprotesi posizionata con approccio percutaneo.

stica di una anastomosi biliodigestiva da un colangiocarcinoma del terzo superiore della via biliare; in un altro caso si è resa necessaria la sostituzione della protesi in plastica posizionata in una paziente anziana con una lesione focale della testa del pancreas, rivelatasi poi, data la sopravvivenza della paziente, una verosimile pancreatite cronica focale della testa, tipo Groove pancreatitis.

Discussione

Attualmente, pur in presenza di pochi studi randomizzati che ne supportino l'efficacia rispetto all'approccio chirurgico ed a quello percutaneo, il drenaggio biliare endoscopico, soprattutto per lesioni prossimali alla papilla, ha assunto un ruolo preponderante nella palliazione dell'ittero (1). La palliazione chirurgica ha sicuramente dei buoni risultati nei confronti dell'ostruzione biliare anche in termini di recidiva rispetto al drenaggio biliare, sia esso endoscopico che percutaneo, tuttavia è gravata da una morbilità e mortalità sicuramente più alte ed inaccettabili in pazienti spesso con scarsa aspettativa di vita (2). L'intervento chirurgico può consistere in una epatico-digiuno anastomosi su ansa ad Y secondo Roux, che riteniamo essere l'intervento di scelta, oppure in interventi puramente derivativi, ma obsoleti quali una colecisto-digiuno stomia o una coledoco-duodeno stomia.

Nella nostra esperienza, abbiamo riservato la palliazione chirurgica a pazienti in buon performance status, con età media inferiore a 65 anni, affetti da

neoplasia localmente avanzata ma in assenza di metastasi a distanza o segni di carcinosi peritoneale, quindi con aspettativa di vita nettamente superiore ai 6 mesi. L'approccio chirurgico è sicuramente da raccomandare nei pazienti affetti da neoplasia cefalo-pancreatica con ostruzione biliare e duodenale e con aspettativa di vita superiore a 6 mesi, noi sottoponiamo questo tipo di pazienti ad esofagogastroduodenoscopia per valutare una possibile infiltrazione duodenale. Bisogna anche tenere presente la diversa aggressività biologica delle neoplasie di questo distretto, infatti il tumore del pancreas è legato ad un'aspettativa di vita inferiore rispetto al colangiocarcinoma, mentre riteniamo che la neoplasia della colecisti faccia storia a sé e sia gravata da un'aspettativa di vita estremamente bassa.

Riteniamo quindi, anche in accordo con la letteratura (3), che per lesioni cefalo pancreatiche e prossimali alla papilla, si debba proporre un drenaggio endoscopico quale approccio iniziale e la terapia chirurgica debba essere limitata ai pazienti affetti da ostruzione biliare e della via digestiva, mentre una gastro-entero anastomosi "profilattica" in assenza di infiltrazione duodenale, non è condivisa in Letteratura, solo in caso di impossibilità tecnica al drenaggio endoscopico, utilizziamo la via percutanea, purtroppo per cause tecniche non è possibile un approccio combinato endoscopico-percutaneo.

Per stenosi della via biliare principale da colangiocarcinoma, senza interessamento del confluente biliare superiore e senza metastasi a distanza, pensiamo possa essere giustificata una maggiore aggressività chirurgica

anche per la relativamente maggiore aspettativa di vita di questi pazienti.

Nel caso si decida per un approccio non chirurgico, per stenosi distali alla papilla, la via di scelta è quella percutanea (Fig. 2) caratterizzata da un successo tecnico superiore al 90%, ed un successo clinico almeno del 75%. In mani esperte è gravata da una bassissima mortalità, inferiore al 2%, la morbilità è dovuta essenzialmente a complicanze di poco conto, soprattutto locali (4).

Gli stent, siano essi per uso endoscopico o percutaneo, sono essenzialmente di due tipi: in materiale plastico o in materiale metallico. Le potenziali complicanze sono legate alla dislocazione e migrazione dello stent, e soprattutto la sua ostruzione che espone ad una recidiva sintomatologica. Il successo tecnico e terapeutico è sovrapponibile, così come lo sono la mortalità e la morbilità a 30 giorni, tuttavia gli stent metallici, pur a fronte di un maggior costo si fanno preferire per un minor rischio di occlusione ed un conseguente minor rischio di colangiti recidive, tale diversità si manifesta a 3-4 mesi dal posizionamento della protesi (5, 6). Due sono i meccanismi di ostruzione ipotizzati per il materiale plastico, uno è legato ad una ipotetica colonizzazione batterica che determina la formazione di un biofilm ad attività enzimatica che, a sua volta, determina la precipitazione di bilirubinato di calcio con formazione di micro calcoli e conseguente ostruzione; un secondo meccanismo si rifà ad un reflusso bilio duodenale che associato alle fibre alimentari determina ostruzione della protesi; gli stent metallici sono invece maggiormente suscettibili di ostruzione da colonizzazione neoplastica (7). Nella nostra esperienza riserviamo lo stent in plastica in pazienti affetti da malattia metastatica o con importanti comorbilità ed aspettativa di vita inferiore ai 6 mesi, in tutti gli altri casi facciamo ricorso ad un wall stent, questo atteggiamento pare essere condiviso anche in Letteratura (8).

Conclusioni

Nella gestione dell'ittero ostruttivo la chirurgia tende ad avere un ruolo sempre più limitato e deve essere riservata a pazienti in buone condizioni generali, in buon performance status, senza evidenza di malattia metastatica e con aspettativa di vita superiore ai 6 me-

si, nei pazienti con neoplasia pancreaticata sono indirizzati alla chirurgia quelli che, oltre ai parametri suddetti, presentano ostruzione biliare e duodenale concomitante. La chirurgia laparoscopica, non ha una grossa applicazione poiché l'intervento di anastomosi biliodigestiva è tecnicamente impegnativo, con dei tempi operatori lunghi ed un'ospedalizzazione sovrapponibile a quella del drenaggio percutaneo o endoscopico.

La palliazione endoscopica mediante stent metallico è attualmente il gold standard in caso di ostruzione cafalopancreatica o prossimale alla papilla, la via percutanea trans epatica è consigliabile in caso di ostruzione prossimale al confluente biliare superiore o per impossibilità tecnica all'approccio trans papillare. Lo stent in plastica deve essere riservato a pazienti con evidenza di malattia metastatica ed aspettativa di vita inferiore ai 6 mesi (9).

Bibliografia

1. Stern N, Sturgess R. Endoscopic therapy in the management of malignant biliary obstruction. *Eur J Surg Oncol* 2008;34(3): 313-17.
2. Sperti C, Frison L, Liessi G, Pedrazzoli S. La gestione dell'ittero ostruttivo nel carcinoma pancreatico. *Ann Ital Chir* 2007; 78:469-74.
3. Bahra M, Jacob D. Surgical palliation of advanced pancreatic cancer. *Recent Results Cancer Res* 2008;177:11-20.
4. van Delden OM, Lamèris JS. Percutaneous drainage and stenting for palliation of malignant bile duct. *Eur Radiol* 2008; 18(3):448-56.
5. Moss AC, Morris E, Leyden J, MacMathuna P. Do the benefit of metal stent justify the cost? A systematic review and meta-analysis of trials comparing endoscopic stents for malignant biliary obstruction.
6. Moparty B, Carr-Locke DL. Metal or plastic stent for malignant biliary obstruction: what's got the most bang for your buck? *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2007;19(2):1041-2.
7. Moss AC, Morris E, MacMathuna P. Palliative biliary stents for obstructing pancreatic carcinoma. *The Cochrane Collaboration* 2009.
8. Hammarstrom LE. Role of palliative endoscopic drainage in patients with malignant biliary obstruction. *Dig Surg* 2005; 22(5):295-304.
9. Moss Ac, Morris E, Leyden J, MacMathuna P. Malignant distal biliary obstruction: a systematic review and meta-analysis of endoscopic and surgical bypass results. *Cancer Treat Rev* 2007; 33(2):213-21.