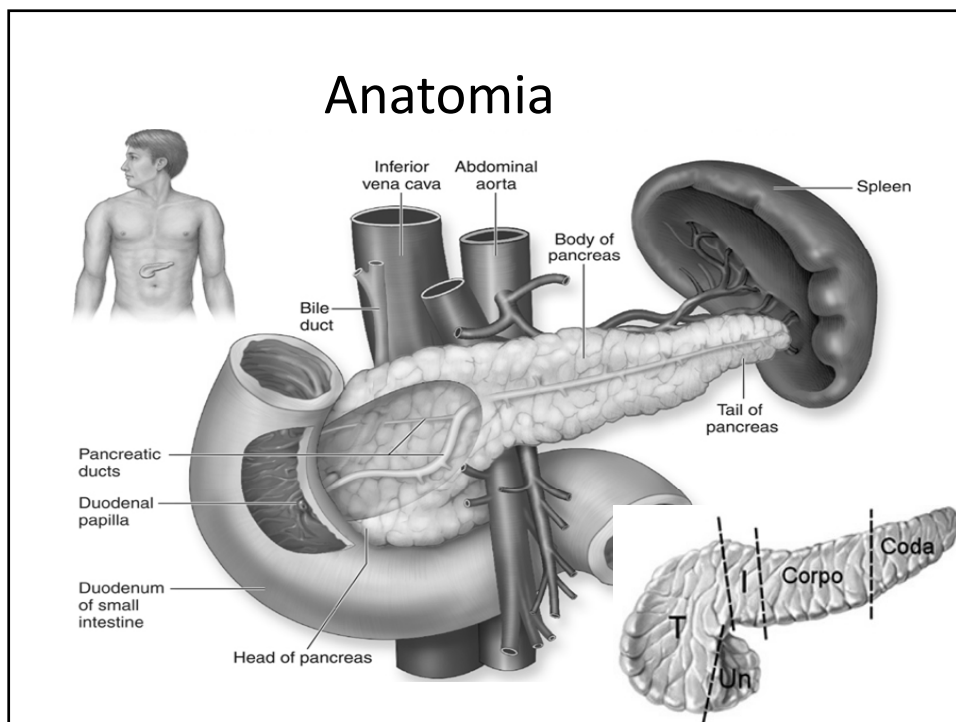


Cancro del pancreas

1



Epidemiologia ed Eziologia

3

Epidemiologia ed Eziologia

- Rappresenta la settima causa di morte per cancro in Italia
- 7 casi su 100000 abitanti in Italia
- Predilige il sesso maschile
- Picco d'incidenza intorno alla quinta decade.

4

Fattori di rischio

- Fumo: rischio proporzionale a durata e numero
- Diabete non insulino dipendente
- Alimentazione ricca in grassi animali
- Esposizione Professionale
- Pancreatite cronica
- Sindromi ereditarie: MEN I, Sindrome di Lynch II, VHL, Atassia Teleangectasia

5

ANATOMIA PATOLOGICA

PANCREAS ESOCRINO: 95% dei casi.

ADENOCARCINOMA DUTTALE (80%)

CARCINOMA SQUAMOSO

CISTOADENOCARCINOMA MUCINOSO

LINFOMI

SARCOMI

Nei 2/3 dei casi interessa la testa

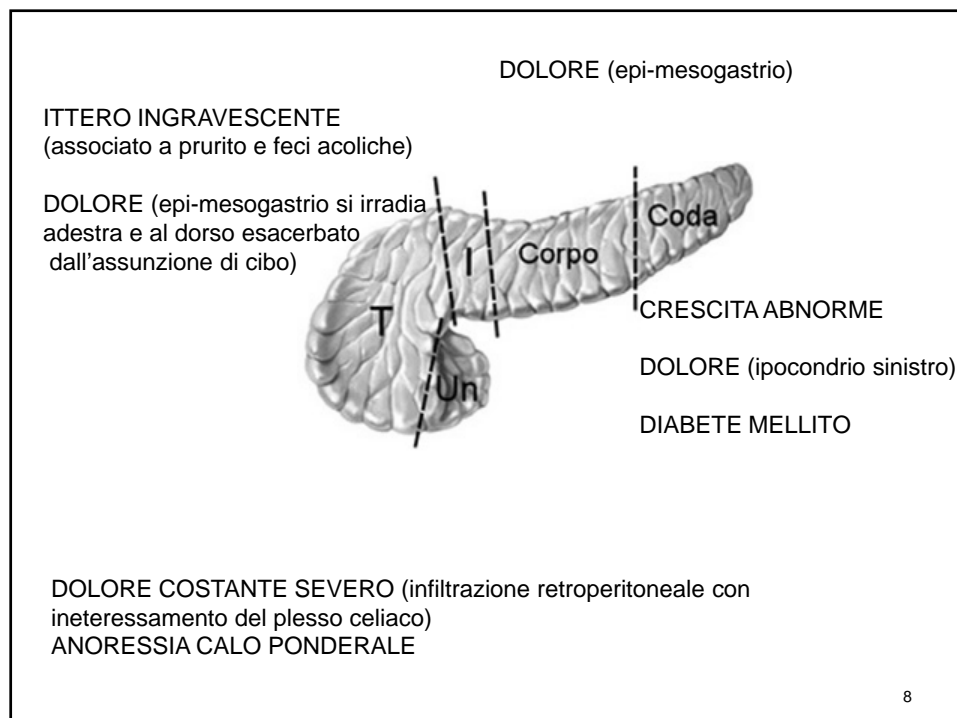
6

SINTOMI E SEGNI

- DOLORE
- CALO PONDERALE
- ITTERO

NAUSEA, ANORESSIA, VOMITO
DISPEPSIA, ALTERAZIONI DELL'ALVO
ASTENIA

7



STORIA NATURALE

Diffusione per contiguità: Wirsung, coledoco e vie biliari o direttamente al duodeno e organi vicini.

I tumori della testa possono invadere i vasi mesenterici, la porta con conseguente ipertensione portale.

Diffusione a distanza: fegato, pleura polmonare, peritoneo, surrene ed ossa.

Complicanze :

Stenosi piloro-duodenale da compressione ed infiltrazione

Enterorragia per invasione del duodeno ed ulcerazione

Trombosi di vena porta, cava e mesenterica o di vasi a distanza

Ittero con coma epatico per interessamento di più dei due terzi del parenchima epatico.

9

Diagnosi

10

ESAME OBIETTIVO

ITTERO

EPATOMEGALIA (per interessamento metastatico)

DISTENSIONE ADDOMINALE

ASCITE

DIMAGRIMENTO

SEGNO DI COURVOISIER (colecisti aumentata di volume)

MASSA ADDOMINALE

SEGNO DI TROUSSEAU (tromboflebiti migranti)

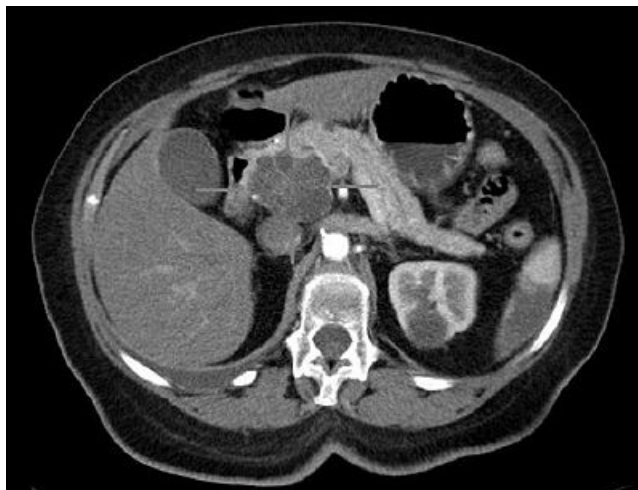
11

Diagnosi

- Ecografia
- Tomografia assiale computerizzata

Accuratezza diagnostica dell'85% e 95% rispettivamente. Tramite tali tecniche diagnostiche è possibile evidenziare la presenza di eventuali adenopatie secondarie e di metastasi epatiche. Sono, inoltre, utili per l'effettuazione della stadiazione pre-operatoria della neoplasia.

12



13

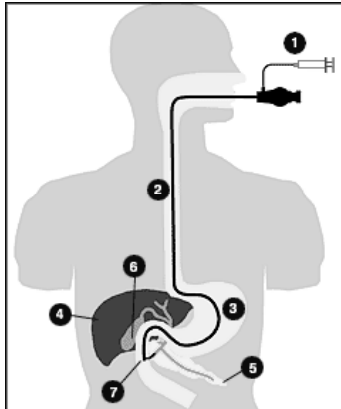
BIOPSIA:

diagnosi di certezza. Il materiale biotoco può essere ottenuto mediante laparotomia o agobiopsia transdudodenale (eseguita in fase pre e perioperatoria per dirimere il dubbio tra neoplasia e pancreatite cronica). I rischi legati a tale procedura diagnostica sono: emorragia, pancreatite emorragica, fistole ed ascessi pancreatici.

14

Colangio-pancreatografia retrograda endoscopica (ERCP)

Permette di fare la diagnosi differenziale tra le neoplasie del pancreas e quelle dell'ampolla di Vater e del duodeno.



15

Esami di laboratorio: consentono di studiare la funzionalità epatopancreatica, la crasi ematica e l'ittero. Un esame del succo duodenale conferma l'ostruzione del dotto qualora non siano presenti enzimi triptici e lipolitici. L'esame coprologico e la caratterizzazione dell'ittero sono un utile complemento diagnostico, ma non chiariscono la diagnosi di neoplasia.

Marcatori tumorali: sono utili soprattutto nel follow-up. Tra i marcatori tumorali attualmente disponibili, il più sensibile è il CA 19.9. Vengono, inoltre valutati il CA 125 ed il CEA che risultano, però meno sensibili.

16

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

- Pancreatite cronica e litiasi delle vie biliari.
- Carcinomi delle vie biliari extrapatriche e dell'ampolla di Vater.

(La diagnosi differenziale con queste neoplasie non è di grande utilità dal momento che la terapia e la prognosi sono sostanzialmente identiche).

17

STADIAZIONE (TNM)

Tx	Tumore primitivo non definibile
T0	Tumore primitivo non evidenziabile
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumore limitato al pancreas, dimensione massima 2 cm
T2	Tumore limitato al pancreas, dimensione massima superiore 2 cm
T3	Tumore esteso direttamente al duodeno, dotti biliari, tessuti peripancreatici
T4	Tumore esteso direttamente allo stomaco, milza, colon, grossi vasi
N0	Assenza di metastasi linfonodali
N1	Metastasi linfonodali
M0	Assenza metastasi a distanza
M1	Metastasi a distanza

STADIAZIONE (TNM)

STADIO I : T1-2 N0 M0

Tumore localizzato al pancreas con diffusione agli organi strettamente adiacenti (duodeno, dotto biliare)

STADIO II : T3 N0 M0

Tumore localmente avanzato, indissociabile da uno degli assi arteriosi principali (tronco celiaco, arteria mesenterica superiore)

19

STADIAZIONE (TNM)

STADIO III : T1-3 N1 M0

Tumore che coinvolge i linfonodi

STADIO IV : ogni T ogni N M1

Tumore in fase metastatica

20

Trattamento

21

Chirurgia

Assenza di interessamento di strutture vascolari
adiacenti: vena cava e porta, vasi mesenterici,
radice mesentere

Assenza di carcinosi peritoneale

Assenza di metastasi

Controindicazioni alla chirurgia

Interessamento delle strutture adiacenti :
trachea, esofago, polmone, mediastino

Metastasi ai linfonodi sovraclaveari o a distanza

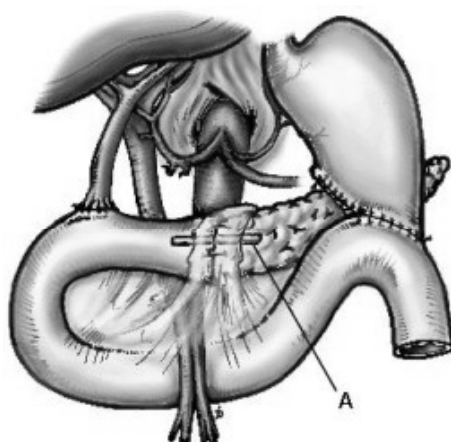
Ridotta funzionalità epatica e polmonare

Cachessia

23

Chirurgia

Duodeno cefalo-pancreasectomia (intervento di Whipple) o pancreasectomia totale.



Chirurgia

A scopo palliativo (per risolvere l'ittero):

anastomosi biliodigestive

colecisto-duodenostomia

coledoco-digiunostomia

gastro-digiunostomia (nei pazienti con occlusione duodenale)

Posizionamento tubi di Kehr per drenaggio biliare

Splancnicectomia bilaterale

Radioterapia

(esterna o intraoperatoria)

Nella maggioranza dei casi tale strategia terapeutica ha un ruolo palliativo (riduzione della sintomatologia e controllo del dolore) e solo in rarissimi casi è utili nel prolungare la sopravvivenza.

Fattori condizionanti sono: estensione del tumore, entità dei tessuti compresi nel piano da irradiare, stato di nutrizione del paziente.

La radioterapia è controindicata nei pazienti con ittero e calo ponderale > 10% .

Chemioterapia

Tumore chemioresistente

Farmaci più attivi:

5-Fluorouracile
Gemcitabina
Oxaliplatino

Prognosi

Il carcinoma del pancreas è una neoplasia ad esito rapidamente fatale a causa del ritardo con cui viene generalmente posta la diagnosi. Infatti più del 90% dei casi non sono operabili al momento della diagnosi. Le capacità di cura della chirurgia, radio e chemioterapia sono scarse e solo il 2% sopravvive 5 anni dalla diagnosi.

