

Un caso di Tumore di Klatskin: come la sottostadiazione può condizionare la strategia chirurgica

Autori: Loffredo D. – Tramutola G. – Izzo M.L. – Casaletto A. - Morlino A. – Rossi M.T.
U. O. di Chirurgia Generale – Azienda Ospedaliera S. Carlo – Potenza
Direttore : Dott. Gennaro Straziuso

Parole chiave : colangiocarcinoma ilare, t. di Klatskin

Comment :

The Authors quote a pattern of Klatskin's cancer . Considering that this pathology represents less than 1% among all the neoplasm , there is no particular interest in pointing out this kind of pathology but it can be said that the peculiarity depends, as often occurs for the cancers of the biliary tract , on the preoperative tests that, as much as it can be precise , undervaluing the extent of the tumor conditions the therapeutic strategy during the surgical operation .

An anastomosis on biliary confluence could have been relatively more handy and burdened with less morbidity than an anastomosis made up with the high share of each one of the four biliary duct of 2nd order .

Il tumore di Klatskin è un adenocarcinoma a crescita molto lenta, con diffusione intraduttale ed una marcata aggressività locale, dovuta alla sua estensione sottomucosa.

I tumori che originano dai dotti biliari costituiscono l'1% di tutte le neoplasie e di questa percentuale il 20% circa è rappresentato proprio dal colangiocarcinoma ilare o t. di Klatskin.

Classificazione:

la classificazione anatomico-topografica ancora oggi più seguita è quella proposta nel 1975 da Bismuth e Corlette. Il limite di questa classificazione è costituito dal fatto che essa prende in considerazione soltanto l'estensione biliare del tumore e non l'eventuale infiltrazione vascolare e la possibile atrofia o ipotrofia settoriale epatica, per stasi biliare o trombosi portale. Secondo questi autori, distinguiamo:

- Tipo I : tumore che origina nel dotto epatico comune e che arriva alla convergenza biliare senza occluderla
- Tipo II : tumore localizzato alla convergenza primaria
- Tipo III : tumore che interessa anche le convergenze secondarie di destra o di sinistra, occludendone una delle due
- Tipo IV : tumore che ostruisce completamente i dotti epatici di destra e di sinistra

Stadiazione :

Il Klatskin, patologia neoplastica del tutto sconosciuta fino al 1965, negli ultimi 10 anni ha visto crescere il tasso di operabilità dal 30 al 75% ed oltre, grazie all'affinamento della diagnostica per immagini non invasiva, al perfezionamento delle tecniche chirurgiche ed al miglioramento delle conoscenze della fisiopatologia dell'ittero.

Gli esami fondamentali per questo tumore sono l'ecografia, la colangiografia e la TAC spirale trifasica con m.d.c. Le prime due, che raggiungono una sensibilità del 95%, servono a definire l'estensione neoplastica lungo le strutture biliari, l'altra, ci evidenzia meglio una eventuale infiltrazione epatica per contiguità, eventuali metastasi o presenza di atrofie settoriali del parenchima epatico stesso.

La PTC, a nostro giudizio, è da riservare ai casi con ittero superiore a 10 mg/dl, in cui non è possibile programmare l'intervento chirurgico immediato ed in quei casi in cui, avendo già programmato una resezione epatica maggiore, si voglia decomprimere il settore che sarà risparmiato, per migliorarne la compliance e, quindi, il recupero post-operatorio.

Criteri di reseccabilità :

Vi è controindicazione assoluta alla chirurgia resettiva nei casi in cui :

- a) coesista grave insufficienza respiratoria e/o cardiaca
- b) vi sia cirrosi epatica
- c) sia presente una metastatizzazione intraepatica o peritoneale e/o sistemica
- d) sia concomitante una infiltrazione parenchimale o del peduncolo epatico e delle strutture anatomiche contigue, che renda impossibile una resezione con finalità R0.

La stadiazione, quindi, riveste, anche per questi tumori, una importanza fondamentale per la giusta scelta della strategia terapeutica, in una chirurgia, come quella epato-biliare, in cui al momento dell'atto operatorio, un precedente convincimento errato, o quanto meno non estremamente preciso, può far trovare "sbilanciati" verso una fase di non ritorno, costringendo ad una chirurgia resettiva più demolitiva.

Oltre gli esami strumentali descritti in precedenza, pensiamo che un ruolo altrettanto valido possano avere la laparoscopia associata all'ecografia intraoperatoria.

Localizzazione/tipo di intervento :

- per il Klatskin tipo I è indicata, a volte, anche la semplice resezione biliare
- per il tipo II, la resezione biliare è associata alla resezione del I segmento e dei segmenti centrali
- per il tipo III, bisogna praticare una epatectomia destra o sinistra, a seconda delle convergenze biliari interessate, una resezione del I segmento ed il confezionamento di una epatico-digiunostomia su ansa alla Roux
- per il tipo IV molto spesso coesiste già al momento della diagnosi una infiltrazione massiva del parenchima epatico

E' intuitivo che a qualsiasi degli atti chirurgici ora descritti, vada associata una linfoadenectomia N1 ed N2 , che consiste in una asportazione in blocco del cellulare linfo-adiposo del legamento epato-duodenale, nella scheletrizzazione del coledoco, della porta, dell'arteria epatica fino a tutto il tripode celiaco compreso e nell'asportazione dei linfonodi para-aortici, mesenterici, celiaci, retroduodeno-pancreatici e del coledoco terminale, grazie ad una ampia manovra di kocherizzazione del duodeno.

Caso clinico :

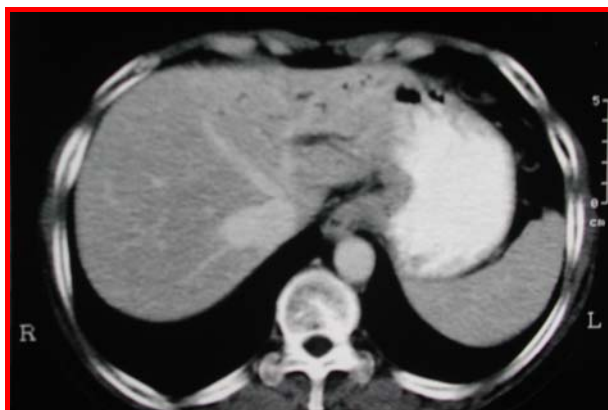
Donna di 64 anni, giunta alla nostra osservazione in discrete condizioni generali, con recente sub-ittero ed una storia clinica discretamente povera, consistente unicamente in modico calo ponderale e dolore gravativo epigastrico con irradiazione posteriore verso il rachide .

Una ecografia effettuata prima del ricovero nella nostra U.O. aveva evidenziato una sub-stenosi interessante la porzione di sinistra della convergenza biliare.

Gli esami ematici evidenziavano una bilirubinemia totale di 3,83 mg/dl, una fosfatasi alcalina di 470 U/l, una LDH di 558 U/l, una protidemia totale di 5,01 g/dl, una albuminemia di 2,5 mg/dl

Il CA 19/9 era di 1110.98 UI/ml

Dall'integrazione di ecografia, colangioRMN e TAC trifasica



fu evidenziato un processo espansivo a partenza dal III superiore dell'epatico comune, risalente fino alla convergenza, con infiltrazione dei dotti di I e II ordine di sinistra, non ostruente e con risparmio completo della porzione di destra della convergenza stessa ed assenza d'infiltrazione parenchimale e del peduncolo e di linfadenopatie satelliti.

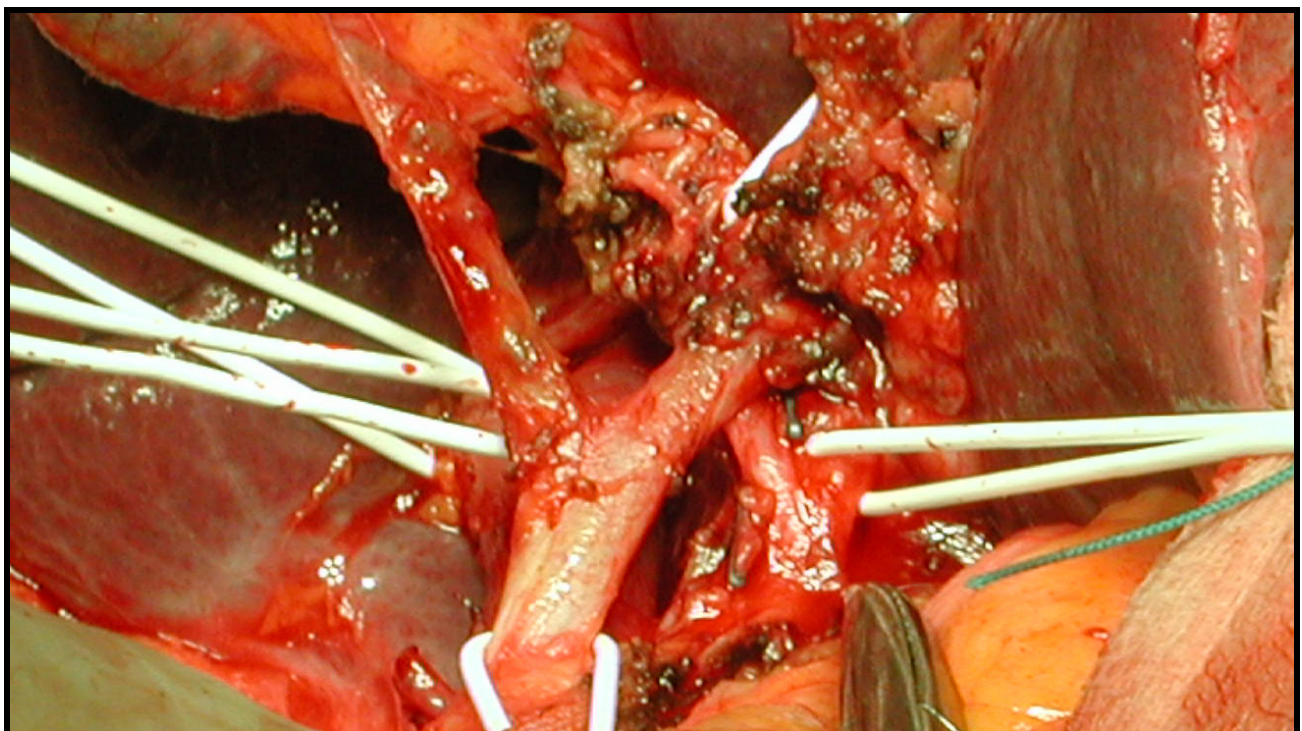
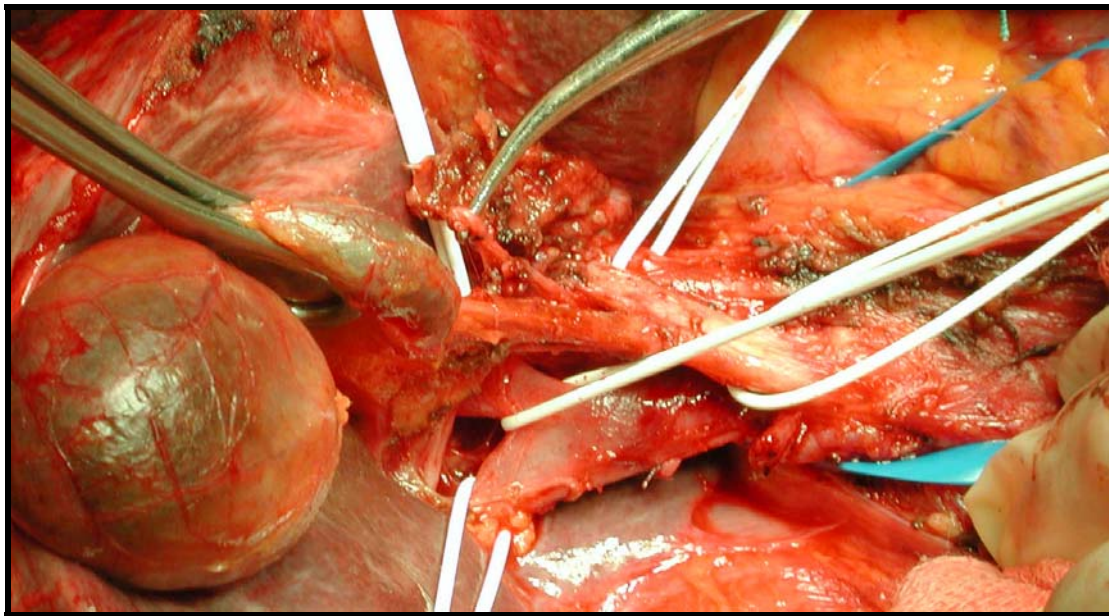
L'unico dato che, alla luce del reperto intraoperatorio, poteva far sospettare un coinvolgimento anche della convergenza primaria di destra, era un aspetto modicamente irregolare di una porzione del dotto, nel cui lume, senza determinare alcuna stenosi, si visualizzava una disomogeneità molto limitata e apparentemente incostante nei vari radiogrammi, interpretata come fango adeso alla parete.

La stadiazione pre-operatoria, a nostro giudizio, faceva presupporre un tumore di Klatskin del tipo IIIb localmente non avanzato.

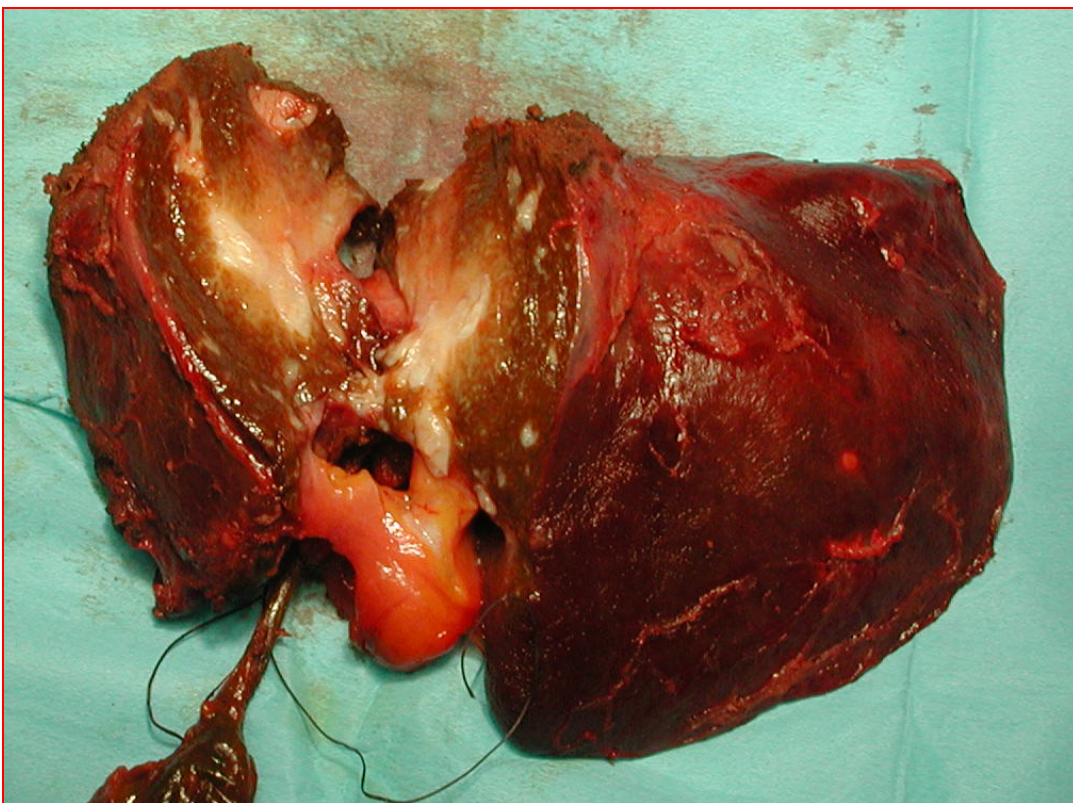
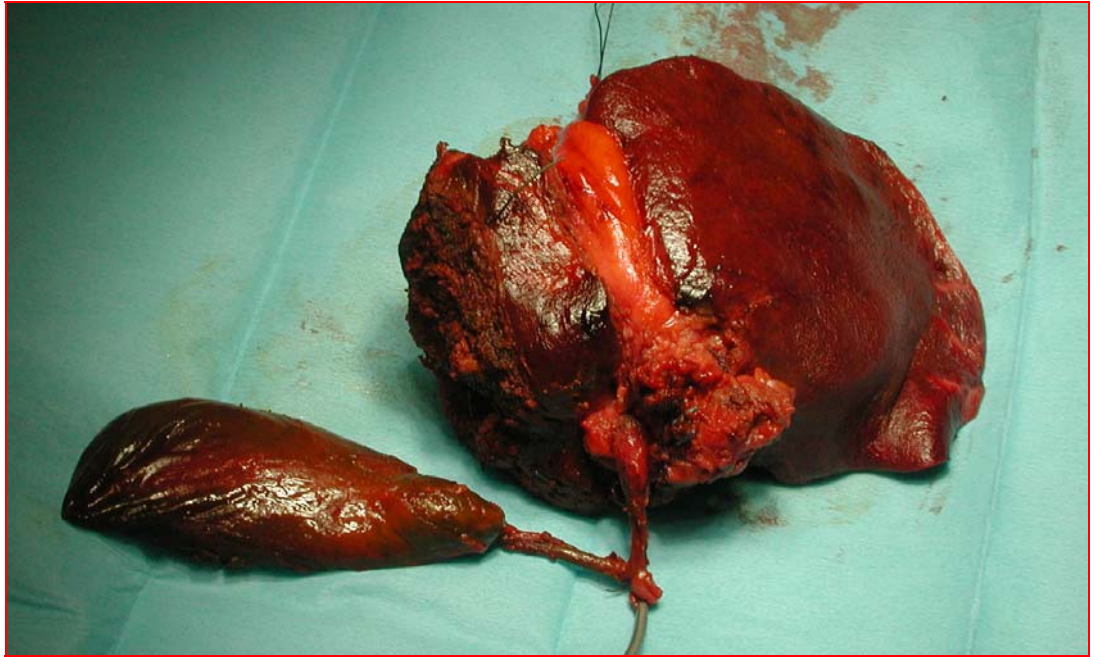
L'intervento chirurgico programmato sarebbe consistito in una epatectomia sinistra, con resezione del caudato e con epatico-digiunostomia in corrispondenza della porzione superiore della convergenza biliare di destra, per rispettare un adeguato margine di sicurezza dalla neoplasia.

I tempi operatori furono quelli oramai ben canonizzati :

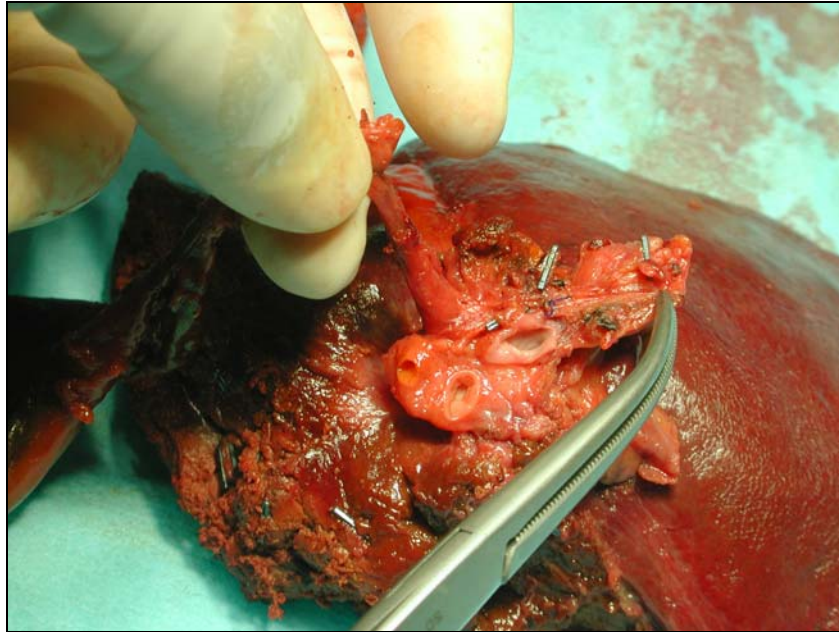
- isolamento accurato e scheletrizzazione di tutti gli elementi del legamento epato-duodenale con linfadenectomia N1



- isolamento, legatura e sezione del coledoco nella sua porzione pre-pancreatica
- kocherizzazione del duodeno e linfadenectomia N2
- isolamento ed abbassamento della placca ilare, che non mostrava alcun apparente segno di infiltrazione dello strato esterno
- isolamento, legatura e sezione degli elementi ilari per i settori epatici di sinistra
- isolamento e legatura intraparenchimale della vena sovraepatica di sinistra
- isolamento e deconnessione del lobo caudato dalla cava retroepatica e dai settori epatici di destra
- sezione della convergenza biliare nella porzione alta di destra
- asportazione in blocco dei segmenti II,III,IV,I,dei $\frac{3}{4}$ della convergenza biliare tutt'uno con epatico comune, colecisti e coledoco



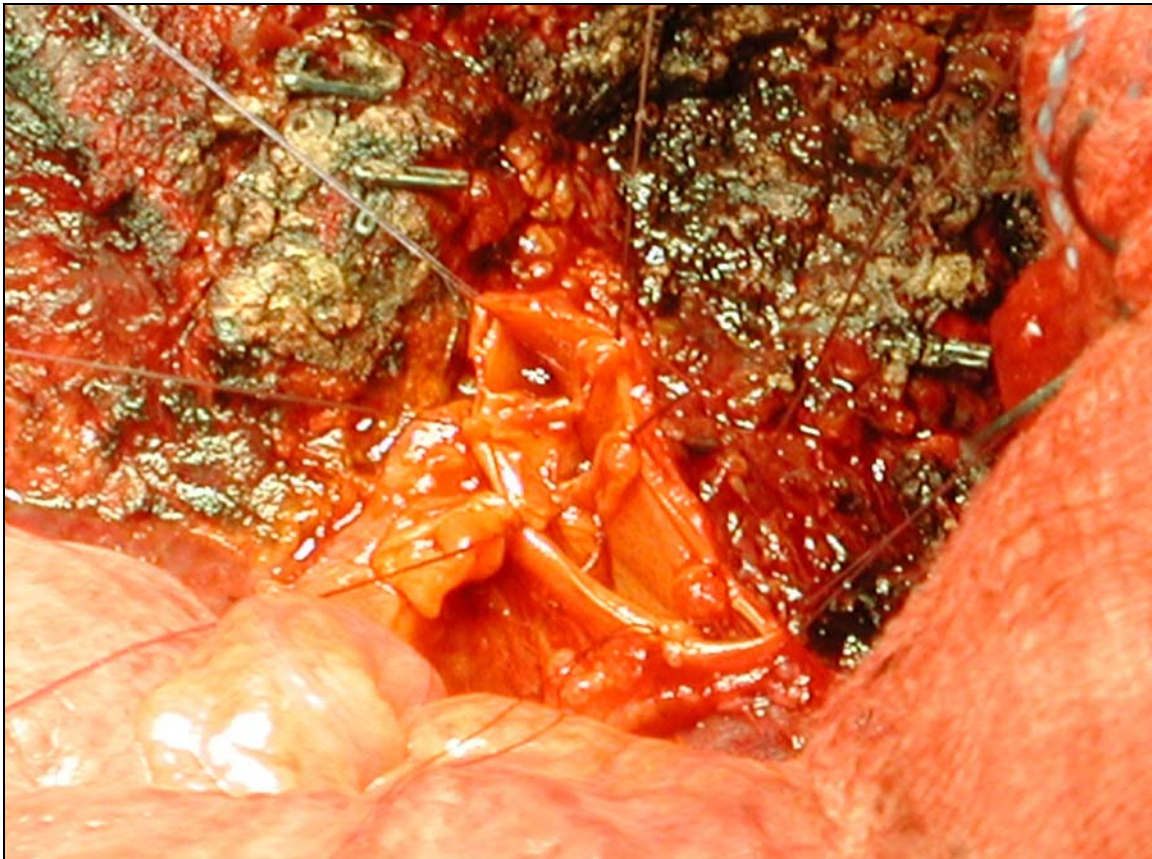
Al momento della sezione della convergenza, anche se prima volutamente non descritto nei particolari,



ci rendemmo conto che vi era presenza di neoplasia sul versante mucoso della porzione di destra della convergenza e fino ad oltre la metà della convergenza biliare di II ordine.

Gli atti successivi consistettero in una preparazione degli elementi biliari fino ai dotti di II ordine e, quindi, in una loro sezione a questo livello, per garantire un buon margine di sicurezza dalla neoplasia.

Autonomizzata una ansa digiunale secondo Roux, l'epatico-digiunostomia termino-laterale, di necessità, fu confezionata non più sulla porzione di destra della convergenza, ma direttamente sui quattro dotti biliari dei segmenti di destra, praticando prima una "plastica" dei dotti stessi



per ottenere un dotto comune di 4-5 mm. di lunghezza, da anastomizzare con relativa maggiore facilità e sicurezza. In ognuno dei dotti fu posizionato un tutore a perdere trans-anastomotico in teflon.

Il decorso post-operatorio fu regolare fino alla decima giornata, quando, cioè, un controllo ecografico in concomitanza con la dimissione, evidenziò una raccolta sierio-biliare di 100 cc., che fu drenata per via trans-cutanea sotto guida ecografica.

L'esame istologico definitivo evidenziò un adenocarcinoma dei dotti biliari moderatamente differenziato, infiltrante il parenchima epatico, con microinfiltrazione della placca ilare di destra e massiva della porzione di sinistra. Non interessati dal processo neoplastico risultarono il legamento rotondo, la colecisti, il cistico col coledoco, nonché il terzo distale dell'epatico comune e tutti i linfonodi loco-regionali.

La sopravvivenza è stata di 12 mesi, con restituzione ad una regolare vita sociale per gli ultimi 10 mesi.

BIBLIOGRAFIA

1. Capussotti L, Muratore A, Polastri R, Ferrero A, Massucco P.
Department of Surgical Oncology, Istituto per la Ricerca e la Cura del Cancro, Candiolo, TO,
J Am Coll. Surg. 2002 Nov;195(5):641-7. Liver resection for hilar cholangiocarcinoma: in hospital mortality and longterm survival.
2. Santoro E, Sacchi M, Carboni F, Santoro R.
Service de chirurgie oncologique, institut Regina-Elena, Rome, Italie
Chirurgie. 1999 Apr;124(2):132-9; discussion 139-40.
[Klatskin tumor. A study of 15 resected cases]
3. Nimura Y, Naokazu H, Kamiya J, Kondo S, Shionoya S,
Hepatic segmentectomy with caudate lobe resection for bile duct carcinoma of the hepatic hilus.
World J Surg 1990;14:534-544
4. Proximal bile duct cholangiocarcinomas : Ann Chir 2000 Nov;125(9):825-31
5. Gazzaniga GM, Filauro M, Bagarolo C, Mori L.
First Surgical Department, HPB Unit, Galliera Hospital, Via Volta 8, 16128 Genoa, Italy.
Surgery for hilar cholangiocarcinoma: an Italian experience.
J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2000;7(2):122-7.
6. Yeh TS, Jan YY, Tseng JH, Chiu CT, Chen TC, Hwang TL, Chen MF,
"Malignant perihilar biliary obstruction: magnetic resonance cholangiopancreatographic findings",
AYR 95(2): 432-40, 2000
7. Gazzaniga GM, Faggioni A, Bondanza G, Filauro M, Pastorino G, Bagarolo C,
Classificazione anatomo-chirurgica dei tumori dell'ilo epatico.
Notiz Chir 1986;5:128-129
8. Nimura Y, Naokazu H, Kamiya J, Kondo S, Shionoya S,
Hepatic segmentectomy with caudate lobe resection for bile duct carcinoma of the hepatic hilus.
World J Surg 1990;14:534-544
9. Santoro E, Sacchi M, Carboni F, Santoro R, Scardamaglia F.
II Divisione di Chirurgia, Istituto Regina Elena, Roma.
Chir Ital. 1999 Jan-Feb;51(1):1-7. Diagnostic and surgical features of Klatskin tumors
10. Cha JH, Han JK, Kim AY, Park SJ, Choi BJ, Suh KS, Kim SW, Han MC,
"Preoperative evaluation of Klatskin tumor: accuracy of spiral CT in determining vascular invasion as a sign of unresectability"
Abdom Imaging 25(5): 500-7, 2000
11. Neuhaus P, Jonas S, Bechstein WO, Lohmann R, Radke C, Kling N, Wex C, Lobeck H, Hintze R.
Extended resections for hilar cholangiocarcinoma.
Ann Surg 1999; 230:808
12. Preoperative evaluation of Klatskin tumor: accuracy of spiral CT in determining vascular invasion as a sign of unresectability: Abdom Imaging 2000 25(5):500-7
13. Sacchi M, Apa D.
Criteri di operabilità del tumore di Klatskin
Dipartimento Chirurgia Presidio Nord – U.O. Complessa di Chirurgia Generale
14. Bismuth H, Corlette MB.
Intrahepatic anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver
Surg Gyn Obstet 1975;140:170-174
15. Bozzetti F, Gennari L, Regalia E, Bignami P, Montalto F, Mazzaferro V, Doci R.
Morbidity and mortality after surgical resection of liver tumors. Analysis of 229 cases.
Hepatogastroenterology. 1992 Jun;39(3):237-41.