

CHEMIOEMBOLIZZAZIONI nell' HCC

Dott.ssa Carla Marcato

*Prof. ssa C. Rossi, Dott. E. Epifani, Dott. A. Andreone,
Dott. ssa I. Paladini, Dott. ssa G. Capurri, Dott. M. Fantoni
Radiologia Interventistica
Dipartimento di Scienze Chirurgiche , AO.PR*

*Ordine dei Medici
Parma, 6 giugno 2017*



HCC



- 5° tumore maligno al mondo (in Italia 17:100000)
- M > F ; picco di incidenza 70 anni
- insorge su EPATOPATIA CRONICA

- pattern tipico in TC con MdC

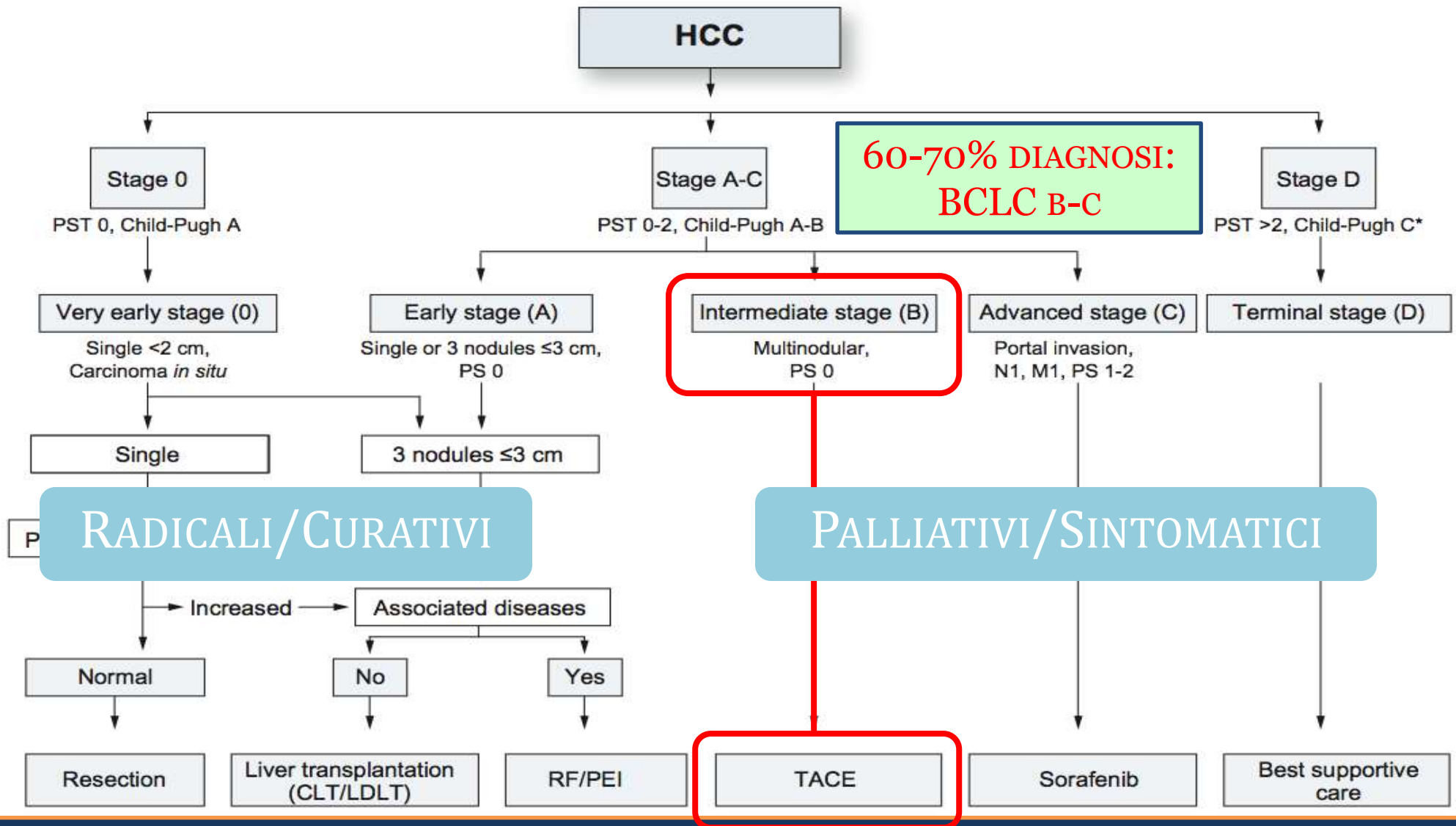
ipervascolarizzazione in fase arteriosa
rapido wash-out in fase portale/tardiva

- ANGIOGRAFIA

identifica le afferenze arteriose al tumore
consente di eseguire interventi terapeutici altamente selettivi

TUMORE CON
VASCOLARIZZAZIONE
PREVALENTEMENTE
ARTERIOSA (95%) !!

STAGING - BCLC



TACE TRANS ARTERIAL CHEMO EMBOLIZATION

TRATTAMENTO DI PRIMA LINEA
IN PAZIENTI ASINTOMATICI
CON **STADIO INTERMEDIO** DI
MALATTIA

- UNINODULARE (>5 cm) O MULTINODULARE
- SENZA INVASIONE VASCOLARE
- SENZA METASTASI



fase arteriosa → CE

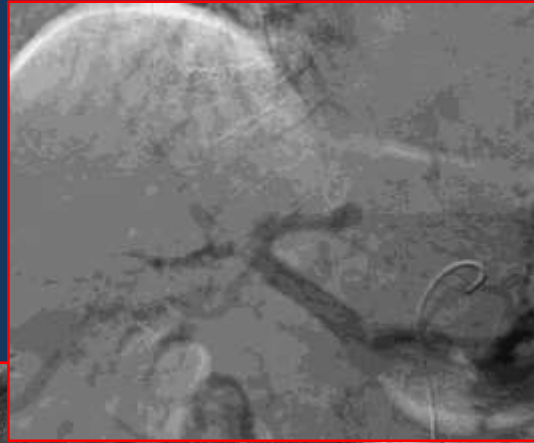
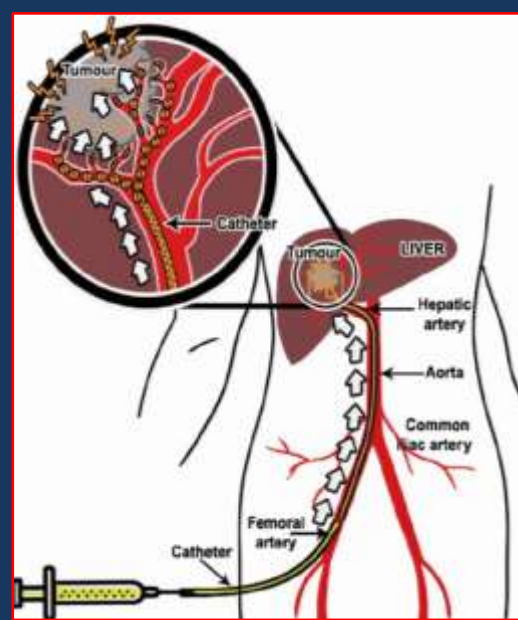
TC
CON MDC



fase tardiva → Wash Out

PROCEDURA

Accesso: arteria femorale
Controllo pervietà v. porta

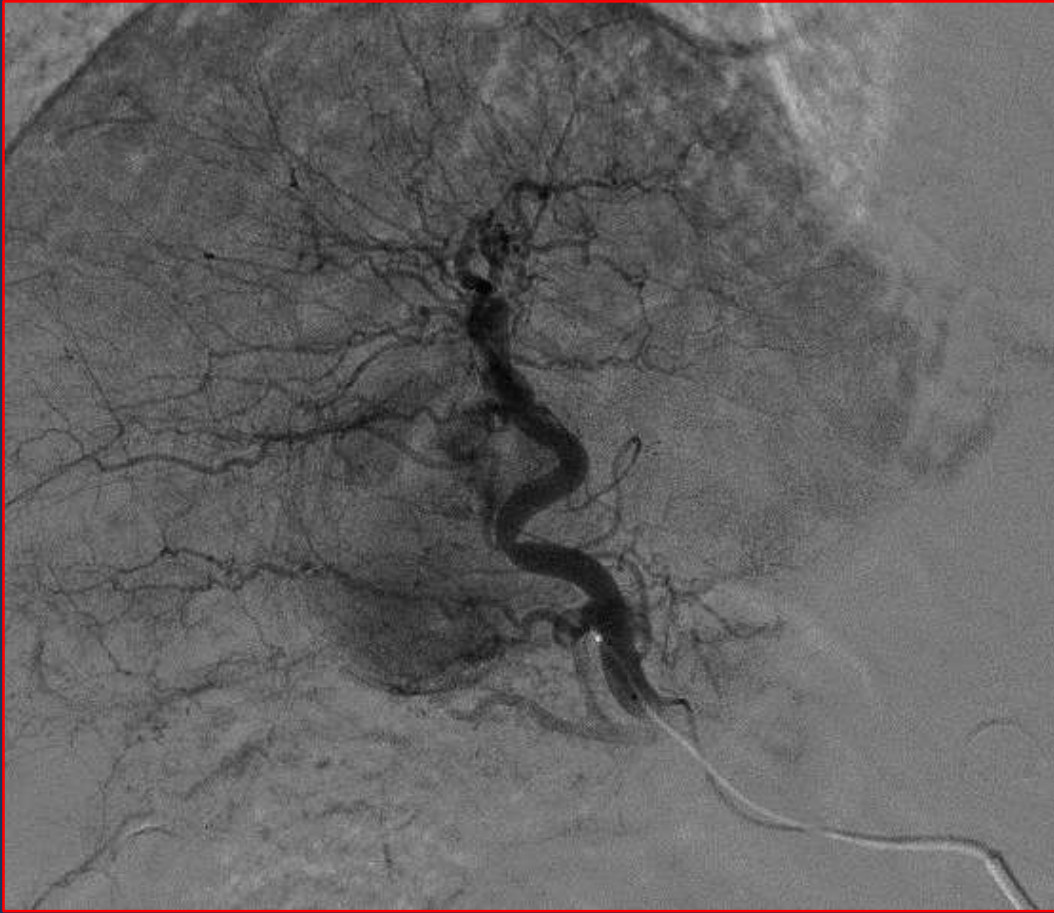


Cateterismo arteria
epatica →
identificazione
afferenze al nodulo

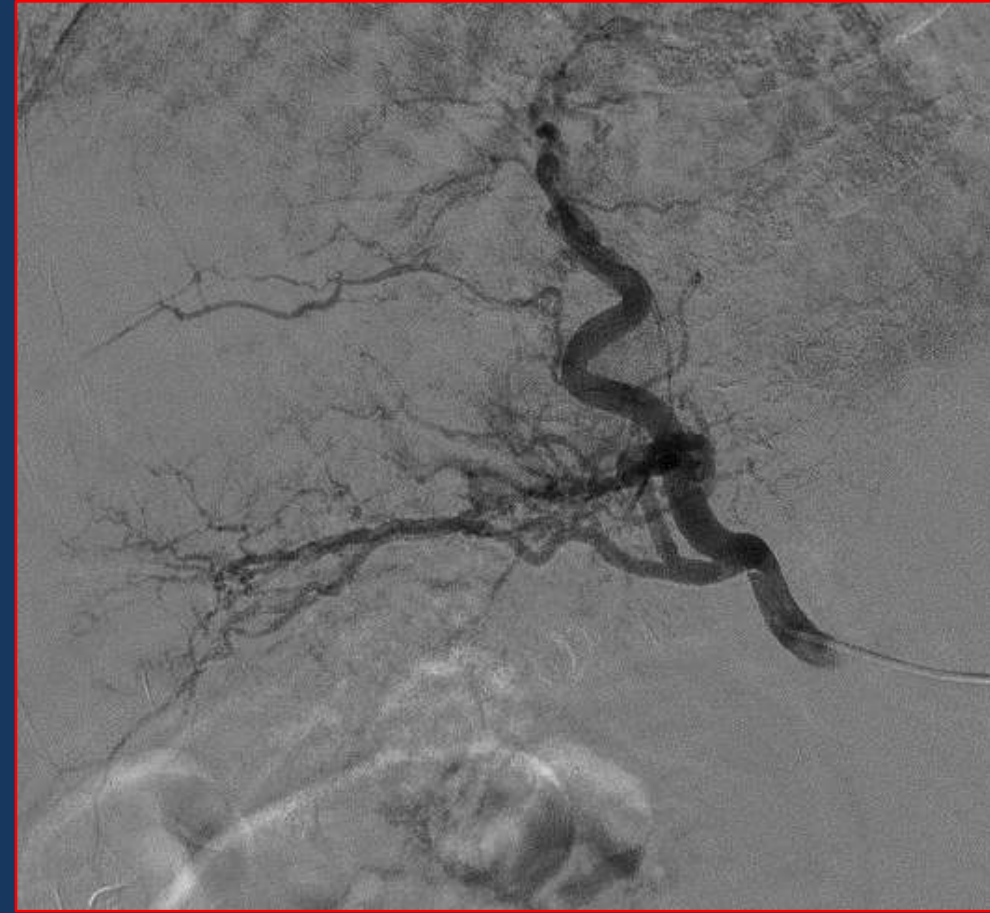


PROCEDURA

Cateterismo super-selettivo

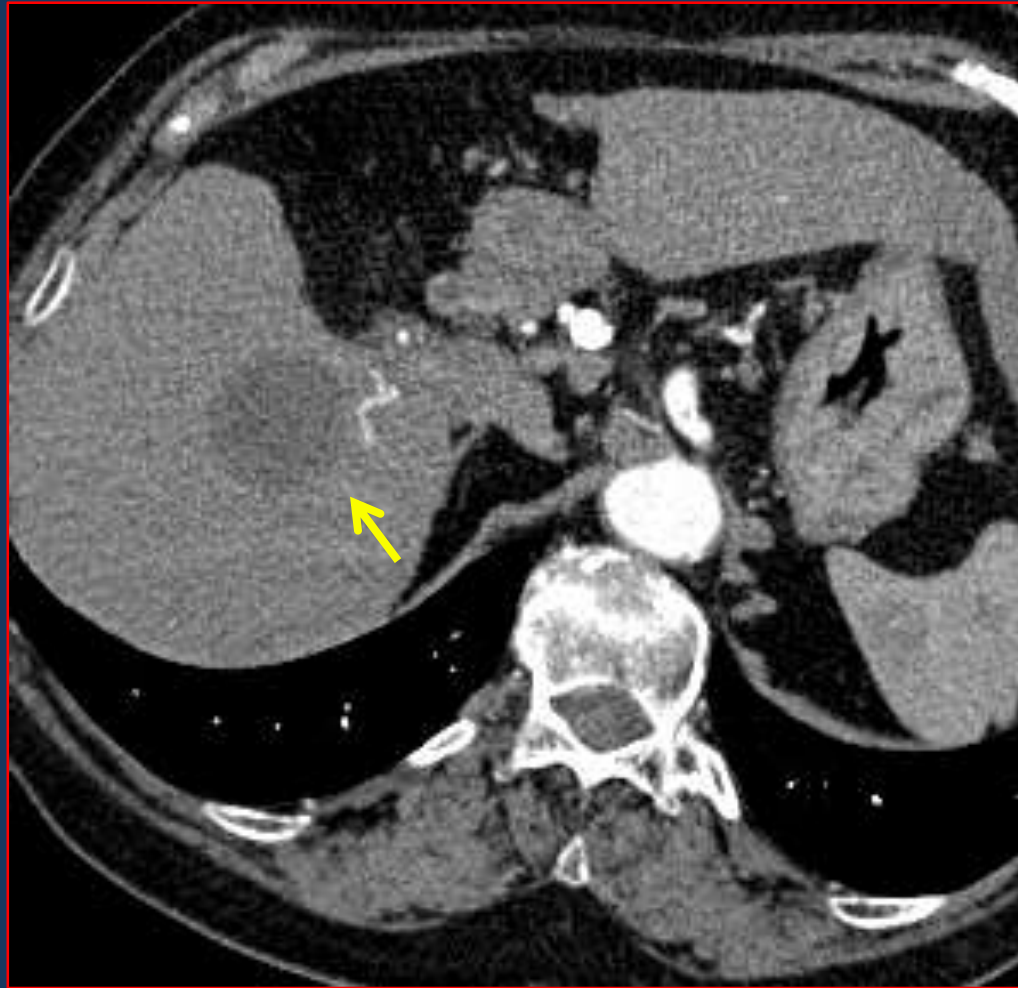


PRE TACE

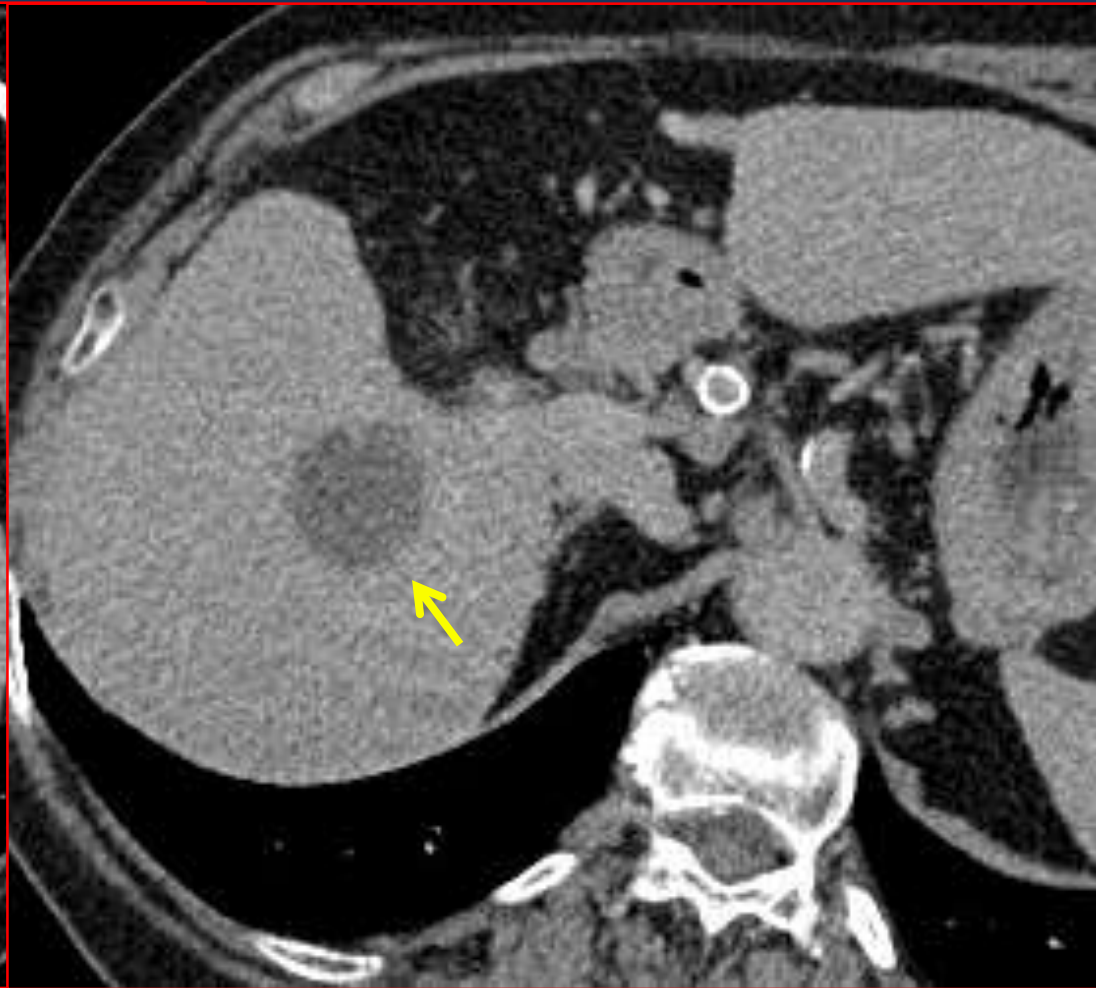


POST TACE

TC CONTROLLO A 1 MESE



fase arteriosa → NO CE



fase tardiva

cTACE vs DEB-TACE

TACE CONVENTIONAL (cTACE)

iniezione di AGENTE CHEMIOTERAPICO (Doxorubicina, Epirubicina) miscelato a LIPIODOL → embolizzazione del nodulo con SPONGOSTAN

TACE with DRUG ELUTING BEADS (DEB-TACE)

iniezione di PARTICELLE (100-300 μ) caricate con AGENTE CHEMIOTERAPICO (50mg Epirubicina)

- embolizzazione del nodulo
- lento rilascio del farmaco
- azione chemioterapica mirata, bassa concentrazione sistemica del farmaco
- no interazione con terapia sistemica
- più costosa



❖ OCCLUSIVE MICRO BALLOON CATHETER

- alterazione dell'emodinamica → redistribuzione del flusso verso la lesione → aumentata concentrazione locale del farmaco
- assenza di reflusso del farmaco



cTACE vs DEB-TACE

Controllo TC a 1 mese dalla TACE



cTACE



DEB-TACE

TACE TRANS ARTERIAL CHEMO EMBOLIZATION

VANTAGGI

- **AUMENTO SOPRAVVIVENZA** (media dopo il 1° trattamento: 20 mesi)
- minima invasività
- superselettività → azione locale del farmaco → ridotti effetti collaterali
- breve ricovero in ospedale

CONTROINDICAZIONI ASSOLUTE

- CHILD PUGH >B7
- ascite refrattaria
- ittero
- massivo coinvolgimento di entrambi i lobi epatici
- trombosi portale completa
- metastasi extraepatiche

COMPLICANZE

- colecistite acuta
- pseudoaneurisma femorale
- riduzione della funzionalità epatica

SUCCESS OF TACE

Quando la TACE ha successo?

risposta alla terapia (necrosi e riduzione diametri nodulo in TC/RM)

Quando la TACE ha fallito? UNTREATABLE PROGRESSION

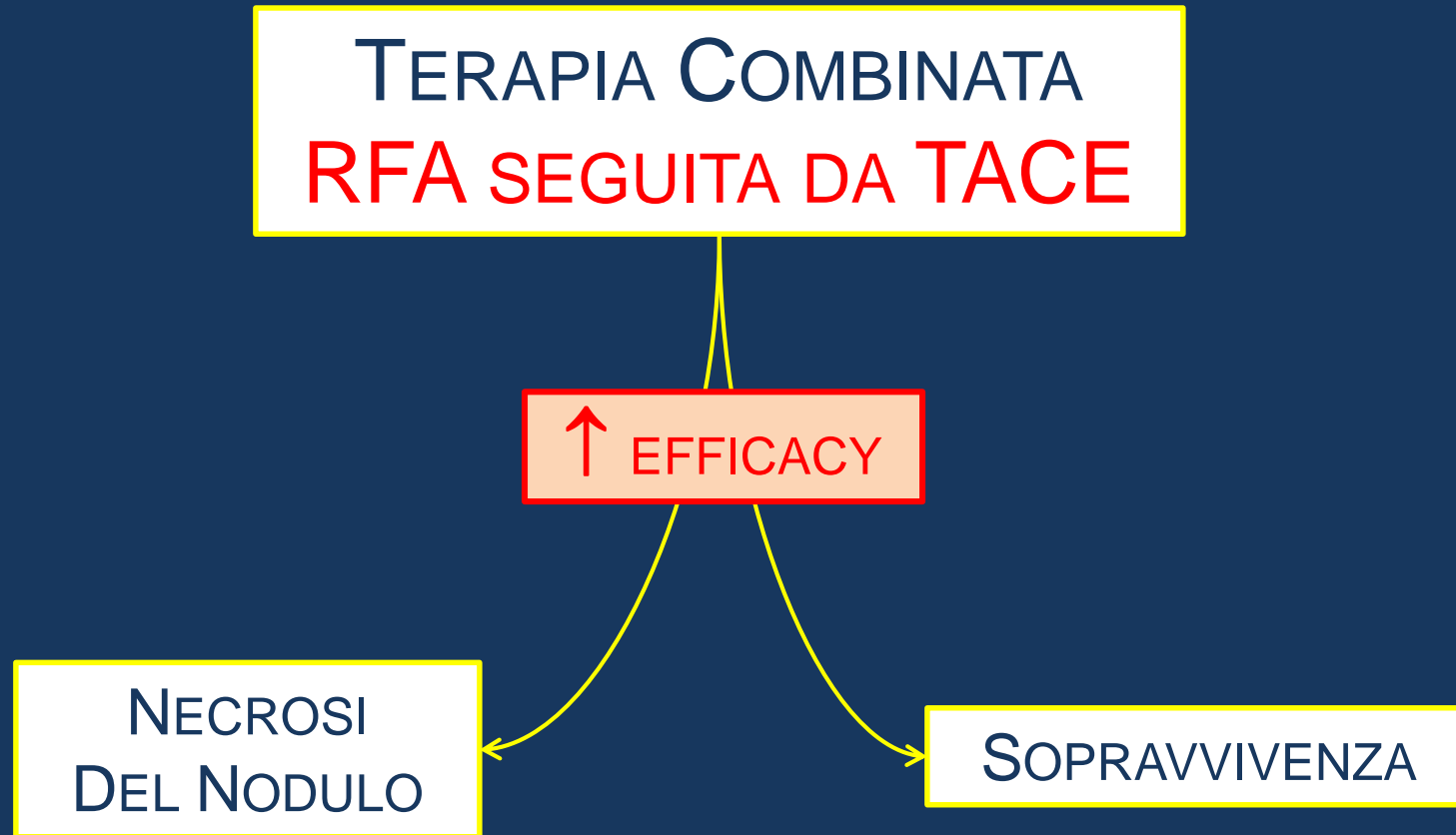
assenza di risposta radiologica dopo 2 cicli di TACE

Quando ripetere la TACE? RADIOLOGIC PROGRESSION

comparsa di

- nuove lesioni
- recidive su lesioni precedentemente trattate
- recidive su trancia di sezione

COMBINED THERAPY RFA + TACE



*Combined locoregional treatment of patients with hepatocellular carcinoma.
R. Iezzi et al.
World Journal of Gastroenterology 2016, February 14, vol. 22, 1935-1942*

PZ CON HCC MULTIFOCALE

già trattato con **RFA** al II segmento epatico

RFA

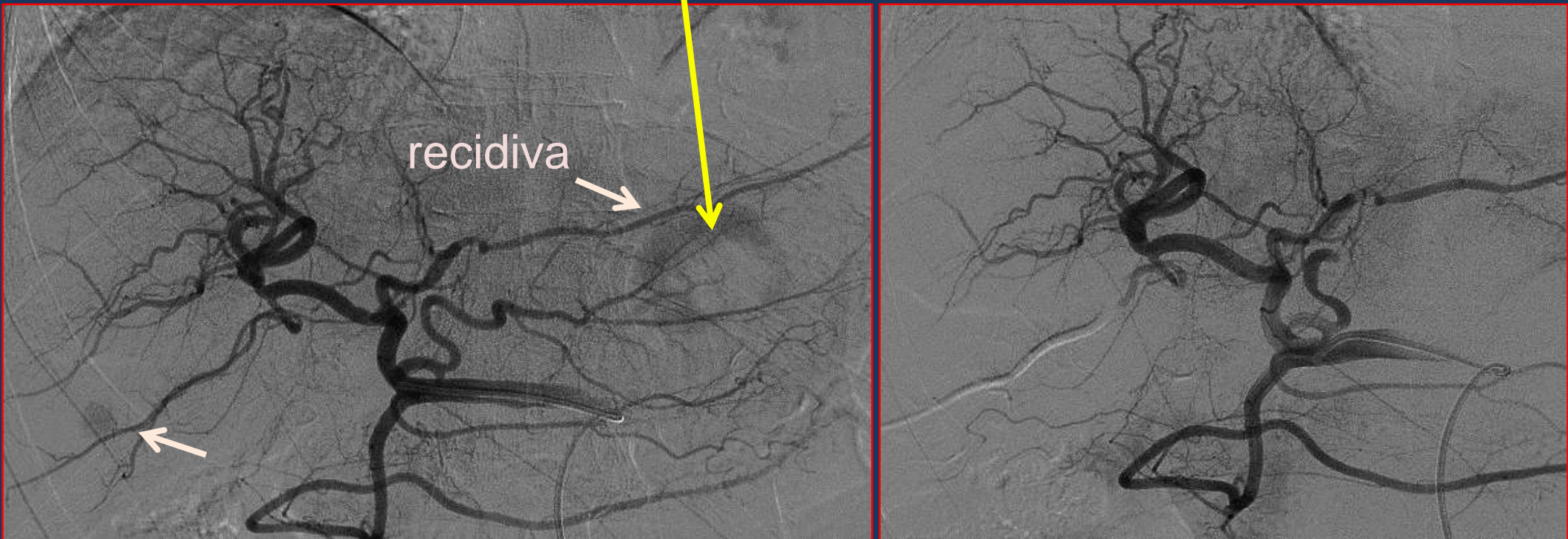


ricidiva

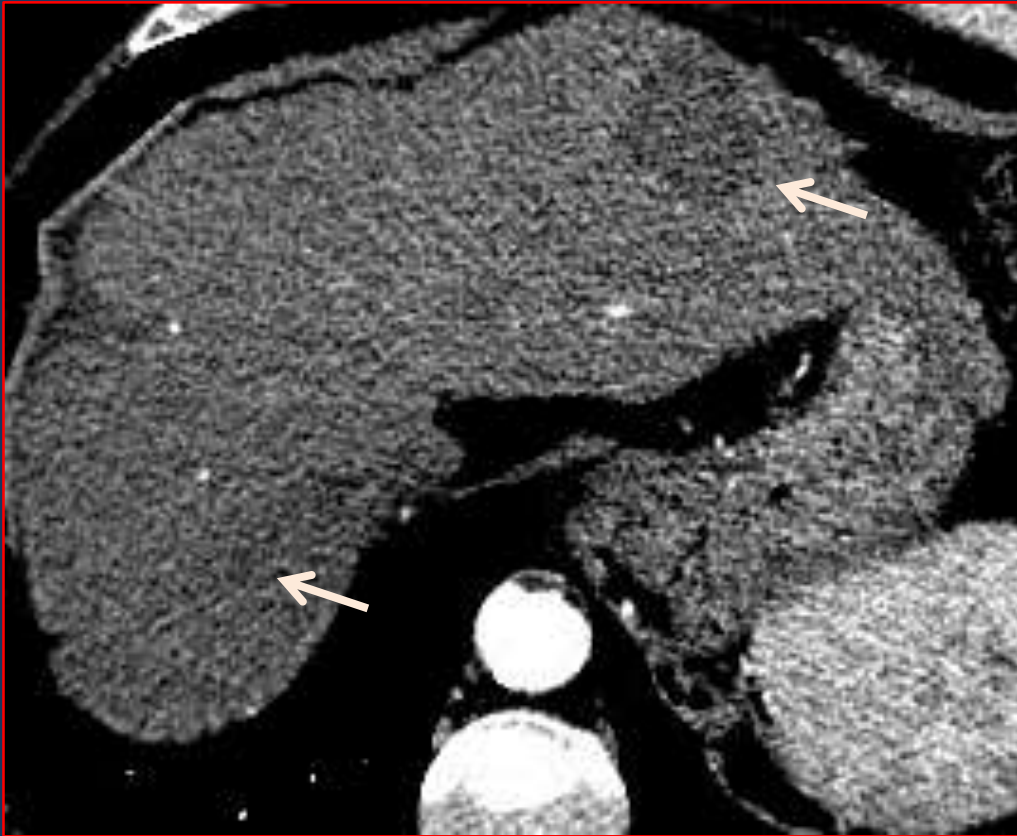


PRE TACE

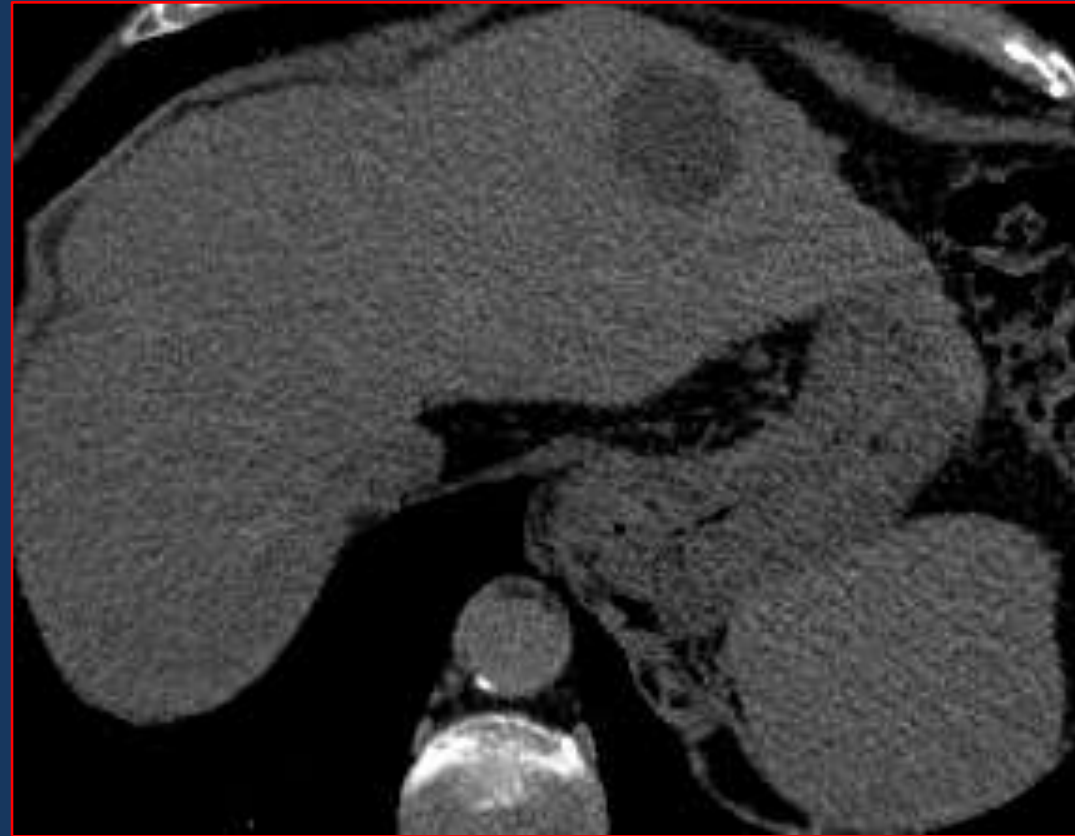
POST TACE



TC CONTROLLO A 1 MESE



fase arteriosa → NO CE



fase tardiva

CONCLUSIONI

- La **TACE** rappresenta un'efficace terapia nel trattamento dell'epatocarcinoma.
- È indispensabile una rigorosa **selezione dei pazienti** da sottoporre a trattamento.
- Nei pazienti in stadio intermedio di malattia, con noduli di numero > 3 o nodulo singolo > 5 cm senza sintomi tumore-correlati, senza invasione vascolare e malattia extraepatica la TACE è in grado di **aumentare la sopravvivenza** in maniera significativa.

