

I tumori cistici mucinosi si differenziano in:

- cistoadenoma, che costituisce il 65% di tutte le neoplasie cistiche mucinose, in cui l'epitelio è normale, senza atipie né mitosi;
- cistoadenoma con displasia moderata (30% dei TCM) dove sono presenti zone displastiche; - cistoadenocarcinoma, raro, (5% dei TCM), dove si riscontrano le caratteristiche istologiche delle due forme precedenti con focali aree carcinomatose.

A differenza dei TCS vanno considerate neoplasie a elevata potenzialità maligna, nonostante non sia ancora conosciuto il tempo necessario per la progressione neoplastica. Una caratteristica importante, è la presenza di focali aree con diversi gradi di degenerazione accanto ad altre istologicamente normali nell'ambito della stessa lesione. Questa caratteristica ha una implicazione clinica importante, in quanto un TCM maligno può risultare in un falso negativo se la diagnosi viene basata su un singolo esame istologico estemporaneo della parete cistica. Per questa ragione, la distinzione tra lesioni beni-

gne e maligne deve essere fatta solo dopo un attento e dettagliato esame istologico dell'intero pezzo operatorio. In considerazione di ciò, la terapia suggerita è una chirurgia resettiva pancreatica.

Neoplasie Papillari Intraduttali Mucosecarnenti (IPMN)

Rappresentano il 5% di tutti i tumori pancreatici. Sono spesso localizzate a livello della testa pancreatica (circa 70%), colpendo di più il sesso maschile (65-70%) attorno alla sesta-settima decade di vita. Sono caratterizzate dalla dilatazione cistica del Wirsung (il dotto pancreatico principale) e/o dei suoi rami secondari e dalla presenza di mucina (una proteina che si trova nel tratto gastrointestinale) e di proliferazioni villose intraduttali. Prendono origine dall'epitelio duttale e, nel contesto della stessa lesione, possono essere evidenti contemporaneamente gradi differenti di displasia, dal semplice adenoma al carcinoma invasivo.

Vengono classificate in 3 sottotipi a seconda dell'area del Wirsung coinvolta:

- main-duct, caratterizzato dalla sua diffusa o parziale dilatazione;
- branch-duct, in cui sono interessati uno o più dei suoi rami secondari;
- misto, con coinvolgimento sia del Wirsung sia delle sue branche secondarie.

In tutti i casi, le lesioni cistiche contengono una quantità variabile di materiale mucoide e di noduli murali, le cui dimensioni sono in relazione al grado di malignità. Il tipo main-duct ha una incidenza di malignità del 60-90% e il tipo branch-duct del 6-46%, aggiungendo un grande valore prognostico, oltre che descrittivo, a tale classificazione. Considerata l'elevata potenzialità maligna, la terapia chirurgica è il trattamento di scelta almeno per le forme main-duct. In queste ultime, come pure nelle forme miste, è indicata la pancreasectomia totale, mentre nelle forme branch-duct, qualora sia posta indicazione all'intervento chirurgico, è ancora in discussione se preferire una resezione pancreatica, seguita da una eventuale totalizzazione solo in presenza di neoplasia maligna.

Adenocarcinoma del pancreas

Rappresenta il più frequente tumore pancreatico, è la quarta causa di morte per cancro nei Paesi occidentali e proiezioni epidemiologiche lo pongono, nel prossimo decennio, come seconda causa di morte. Nonostante il miglioramento delle tecniche diagnostiche e terapeutiche, a oggi la sopravvivenza a 5 anni nelle persone sottoposte a chirurgia radicale rimane attorno al 20%. La maggior parte dei pazienti si presenta all'osservazione clinica solo quando il tumore è già in stadio avanzato e solo il 20% riesce a essere sottoposto a chirurgia.

Il tumore del pancreas si definisce **resecabile** quando non c'è contatto tra tumore e la vena mesenterica superiore o la vena porta, o un contatto < 180° senza alcuna alterazione del profilo di questi vasi venosi. In aggiunta, non ci deve essere contatto tra tumore e tripode celiaco, arteria mesenterica superiore o arteria epatica comune.

La sopravvivenza del tumore resecabile del pancreas è pressoché rimasta invariata nell'ultimo decennio, attorno al 15-20%, dopo duodeno-cefalopancreasectomia e all'8-15% dopo splenopancreasectomia distale.

In questo secondo caso, la prognosi peggiore è dovuta allo stadio di malattia più avanzato al momento della diagnosi che per motivi anatomici è spesso più tardiva. Purtroppo, pochi progressi sono stati fatti nella diagnosi precoce e a ciò va aggiunto che, tra il 40 e l'80% dei pazienti sottoposti a chirurgia radicale, sviluppa comunque una recidiva di malattia precoce entro un anno dall'intervento.

Il maggior cambiamento che ha contraddistinto l'ultimo decennio nell'approccio chirurgico al tumore del pancreas non riguarda tanto la tecnica chirurgica di per sé, ma piuttosto la valutazione nella scelta di tale approccio, che viene condivisa e discussa all'interno di un team multidisciplinare comprendente, oltre al chirurgo, anche l'oncologo, il radiologo e il gastroenterologo. Alla corretta e condivisa indicazione chirurgica, che ottimizza la selezione dei pazienti che più possono beneficiare dell'intervento, si associa un altro importante fattore rappresentato dall'esperienza del centro chirurgico, essen-

