

Il ruolo neoadiuvante della terapia radiorecettoriale con analoghi della somatostatina radiomarcanti (PRRT) nei tumori neuroendocrini pancreatici (PanNET) non operabili: un caso clinico

Stefano Panareo (1), Massimo Falconi (2), Stefano Partelli (2), Francesca Muffatti (2), Maria Rosaria Ambrosio (1), Maria Chiara Zatelli (1), Massimo Tilli (3), Ilaria Rambaldi (1), Luca Urso (1) e Mirco Bartolomei (1)

(1) Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara; (2) IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano; (3) Azienda USL di Ferrara

Si riporta il caso di una donna di 52 anni che, per insorgenza di ittero (01/18), esegue una mdc-TC che mostra una massa pancreaticata in testamento di 42x60 mm, con atrofia di corpo-coda, trombosi portale e lesioni epatiche sub/peri-centimetriche. Una FNA della lesione pancreaticata (01/18) rivela un PanNET con Ki-67 del 15% (G2). Una PET con ^{68}Ga -DOTATOC (02/18) mostra intenso accumulo del tracciante a carico della lesione pancreaticata (SUV=72) e delle lesioni epatiche (SUV=24) [Figura 1]. Una PET con ^{18}F -FDG (02/18) indica aumentato metabolismo glucidico (SUV max 7.0) in suddette lesioni.

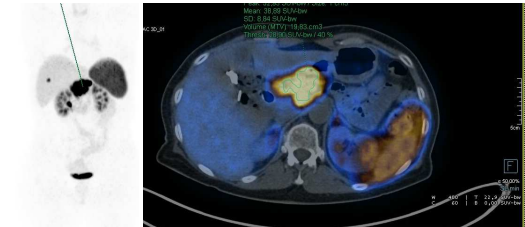
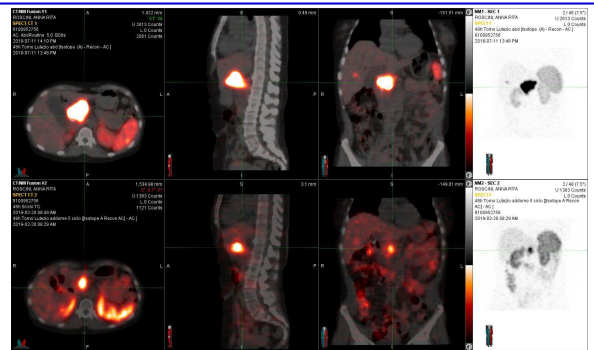


Figura 1. PET-CT basale con ^{68}Ga -DOTATOC

La stenosi del coledoco, causa di ittero, è risolta con posizionamento di *stent* biliare. Tuttavia, la chirurgia in prima linea è esclusa e la paziente è sottoposta a PRRT (dal 07/18 al 02/19) con ^{177}Lu -DOTATOC (14.3 GBq) e ^{90}Y -DOTATOC (6.3 GBq), per complessivi 5 cicli. [Figura 2].

Durante la PRRT, la paziente è sottoposta a colecistectomia per via laparoscopica a causa di un episodio di colecistite acuta.

Figura 2. SPECT-CT ottenute dopo 16 ore dalla somministrazione endovenosa di ^{177}Lu -DOTATOC al primo ciclo (serie di immagini in alto) e al quinto ciclo (serie di immagini in basso)



La rivalutazione post-PRRT (04/19) presenta una paziente in buone condizioni, in assenza di tossicità renale e midollare. La TC mostra ampia riduzione della massa pancreaticata, completa atrofia di corpo-coda, trombo all'oliva portale di 8 mm e stabilità delle lesioni epatiche, prive di enhancement dopo mdc. La PET con ^{68}Ga -DOTATOC indica una significativa riduzione (per dimensioni e per intensità) dell'accumulo pancreatico (SUV 56 vs 72) [Figura 3]. La PET con ^{18}F -FDG mostra una riduzione del metabolismo glucidico (SUVmax 3.0 vs 7.0) a livello delle note lesioni.



Figura 3. PET-CT con ^{68}Ga -DOTATOC dopo PRRT

Il *downstaging*, ottenuto con PRRT, porta la paziente all'intervento chirurgico di laparotomia (08/19) con biopsia di lesione epatica, spleno-pancreasectomia totale e resezione a pieno canale della confluenza spleno-mesenterico-portale con ricostruzione mediante *graft* di vena splenica.

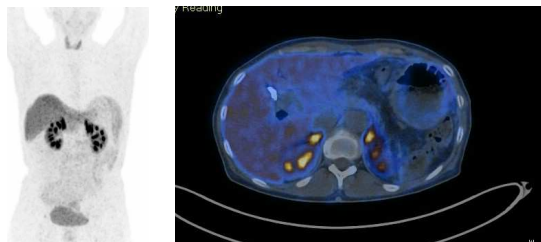
L'esame istologico depone per PanNET ben differenziato con Ki-67 del 2% (G1), metastasi in 5/53 linfonodi asportati, assenza di neoplasia vitale nella lesione epatica (ypT3, ypN1).

La paziente, in assenza di complicanze maggiori, gradualmente recupera la sua condizione psico-fisica e ottiene un discreto controllo del diabete e del malassorbimento.

La più recente rivalutazione strumentale (09/20) mostra la risoluzione completa dei reperti già descritti con ^{68}Ga -DOTATOC [Figura 4] e con ^{18}F -FDG.

Le lesioni epatiche, attualmente monitorate con RMN, sono invariate per numero e dimensioni sebbene caratterizzate da diffusi esiti di devascularizzazione.

Figura 4. PET-CT con ^{68}Ga -DOTATOC all'ultimo follow-up (09/20)



CONCLUSIONI

Il caso clinico presentato conferma quanto la strategia terapeutica multimodale personalizzata - condivisa in un ambito multidisciplinare - sia vantaggiosa per i pazienti affetti da NET.

Il ruolo neoadiuvante della PRRT nei PanNET merita ulteriori approfondimenti e conferme all'interno di studi controllati.