

## Società Triveneta di Chirurgia

Riunione a tema libero

del 12 Dicembre 2008



Ann. Ital. Chir., 2009; 80: 159-168

*Il giorno 12 Dicembre 2008, con Moderatori i Prof. G. Favia e M. Frego, al Policlinico Universitario di Padova si è tenuta la Riunione a tema libero della Società Triveneta di Chirurgia e sono state presentate una serie di comunicazioni delle quali viene riportato qui l'abstract.*

#### La chirurgia laparoscopica del colon-retto con approccio hand assisted (HALS): note di tecnica e nostra esperienza

A. BRAINI, A. STUTO, D. TONIN, A. FAVERO, G. TOSOLINI U.O. Chirurgia II, Az. Ospedaliera "S. Maria degli Angeli", Pordenone

La chirurgia laparoscopica del colon e retto è ampiamente dimostrata essere tecnicamente fattibile e oncologicamente sicura, come riportato dalla maggior parte dei trials clinici in particolare dagli studi CLASICC<sup>1</sup> e COST<sup>2</sup>. Rimane tuttavia una chirurgia che comporta un aumento dei tempi operatori e una "learning curve" più lunga, oltre a non permettere un "feed-back" tattile all'operatore. Tali limiti possono essere in parte superati per mezzo della tecnica laparoscopica "hand assisted" che sembrerebbe in grado di garantire gli stessi vantaggi della tecnica laparoscopica, permettendo di ridurre i tempi operatori<sup>3,4</sup> e il tasso di conversione<sup>5</sup>, facilitando inoltre la curva di apprendimento<sup>6</sup>. Questi dati non sono condivisi da tutti, in particolare i fautori della tecnica laparoscopica pura sostengono che l'incisione di servizio sarebbe più grande utilizzando la mano, aumenterebbe il trauma parietale e la manipolazione manuale dei visceri; inoltre impedirebbe un corretto apprendimento della metodica mini-invasiva.<sup>7</sup> La nostra esperienza nella chirurgia laparoscopica del colon-retto ha visto inizialmente un approccio puramente laparoscopico, attualmente affiancato da quello con tecnica "hand assisted" che di seguito descriveremo ed analizzeremo nei risultati.

#### Tecnica e risultati

La nostra tecnica prevede, sia per il colon ds che per il sinistro-retto, un'iniziale minilaparotomia sovra-sottombelicale (circa 6 cm sulla cute, qualche cm più lunga sulla fascia). Viene posizionato l' "hand port" e i rimanenti accessi a "diamante". L' "hand port" è resistente ed efficace nel proteggere la parete durante l'estrazione del pezzo e la sua rigidità permette contemporaneamente una modesta divaricazione della parete stessa. Abbiamo iniziato a utilizzare la tecnica "hand assisted" nel Luglio 2007; da allora abbiamo operato 51 pazienti per via lapa-

roscopica, in particolare 35 con tecnica "hand-assisted" (9 emicolectomie ds, 12 emicolectomie sin, 9 resezioni anteriori del retto, 3 Miles, 2 resezioni del trasverso) e 16 pazienti con tecnica laparoscopica "pura" (3 emicolectomie ds, 6 emicolectomie sin, 3 resezioni anteriori del retto, 1 Miles, 1 colectomia tot., 2 proctopessi).

Confrontando la tecnica "hand assisted" con quella laparoscopica "pura" non abbiamo osservato differenze significative nelle complicanze post-operatorie, nella ripresa della canalizzazione e dell'alimentazione o nel dolore postoperatorio. La lunghezza dell'incisione è stata sovrapponibile nei due gruppi, con una riduzione del tempo operatorio medio e del numero di strumenti utilizzati in caso di "hand assisted".

#### Conclusioni

Nella nostra esperienza l'approccio laparoscopico "hand assisted" è risultato sicuro, ha permesso di ottenere i medesimi risultati di quello laparoscopico puro, consentendoci di ridurre i tempi operatori e il numero di strumenti utilizzati.

#### Bibliografia

- 1) Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, Quirke P, Copeland J, Smith AM, Heath RM, Brown JM; UK MRC CLASICC Trial Group: *Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group*. J Clin Oncol. 2007; 25(21):3061-68.
- 2) Nelson H, Sargent DJ, Wieand HS, et al.: *A comparison of laparoscopically-assisted and open colectomy for cancer: The Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group*. N Engl J Med, 2004; 350(20):2050-59.
- 3) Marcello PW, Fleshman JW, Milsom JW, Read TE, Arnell TD, Birnbaum EH, Feingold DL, Lee SW, Mutch MG, Sonoda T, Yan Y, Whelan RL: *Hand-assisted laparoscopic vs. laparoscopic colorectal surgery: a multicenter, prospective, randomized trial*. Dis Colon Rectum, 2008; 51(6):818-26.
- 4) Joe J Tjandra, Miranda KY Chan, Chung Hung Yeh: *Laparoscopic vs. Hand-Assisted Ultralow Anterior Resection: A Prospective Study DCR*. 2008, 51:26-31.
- 5) Lee SW, Yoo J, Dujovny N, Sonoda T, Milsom JW: *Laparoscopic vs. hand-assisted laparoscopic sigmoidectomy for diverticulitis*. Dis Colon Rectum, 2006; 49(4):464-69.
- 6) Targarona EM, Gracia E, Garriga J, Martínez-Bru C, Cortés M, Boluda R, Lerma L, Triás M: *Prospective randomized trial comparing conventional laparoscopic colectomy with hand-assisted laparoscopic colectomy: applicability, immediate clinical outcome, inflammatory response, and cost*. Surg Endosc, 2002; 16(2):234-39.

7) Birch Daniel W M.Sc., Anvari Mehran Hand-Assisted Colorectal Surgery: *A Barrier to the Advancement of Laparoscopic Colorectal Surgery*. *Clinics in Colon & Rectal Surgery*. Controversies in Colon and Rectal Surgery. 2003, 16(4):239-42.

### Resezione segmentaria duodeno-digiunale videolaparoscopica per GIST

E. SATTIN, G. PETRIN, A. ROSIGNOLI, V. DURASTANTE, M. ZUCCOLO, R. PETRI

*SOC Chirurgia Generale, Azienda Ospedaliero Universitaria, Udine*

I GIST rappresentano i più comuni tumori mesenchimali gastrointestinali. Le sedi di più frequente localizzazione sono: stomaco, piccolo intestino, colon-retto, esofago e duodeno. Nel 90% dei casi vi è positività per il CD117/ckit; nell'80% dei casi la positività è espressa per il CD34. La classificazione utilizzata per la valutazione del rischio di malignità è basata sul diametro del tumore e sull'indice proliferativo. I GIST sono clinicamente silenti fino al raggiungimento di grandi dimensioni o finché non si verifica il sanguinamento o la rottura della neoformazione. La diagnosi è solitamente occasionale; utili risultano gli esami endoscopici associati a biopsia, indagini TC e PET. La chirurgia è il trattamento di scelta per i primitivi non metastatici (resezioni cuneiformi o segmentali con margini indenni di 2-3cm, fino alla resezione en bloc); non risulta indicata la linfadenectomia. Tutti i GIST sono potenzialmente a rischio di recidiva, fino al 50% anche dopo interventi radicali; la sopravvivenza a 5 anni è del 30-60%.

### Caso clinico

Presentiamo un paziente di sesso maschile di 68 anni con anamnesi positiva per pregresso tumore della mammella, tumore prostatico e melanoma. Durante un'indagine TC di follow-up si è evidenziata una neoformazione solida di circa 1cm di diametro tra corpo-coda pancreas e parete posteriore dell'antro gastrico; alla TC - PET risultò evidente una focalità di 1cm nella stessa sede (SUV= 6.4) ad elevato gradiente metabolico da riferirsi in prima ipotesi a lesione "mali moris". Il paziente venne quindi sottoposto ad intervento chirurgico laparoscopico. Intraoperatoriamente venne repertata una neoformazione intramurale a livello della prima ansa digiunale. Si optò quindi per la resezione duodeno-digiunale in videolaparoscopia. L'esame istologico definitivo evidenziò un sarcoma stromale gastrointestinale GIST, kit+, di basso grado (<5cm, mitosi <5/50 HPF), con margini liberi da neoplasia; il paziente venne sottoposto a controlli semestrali (esami ematochimici, TC torace-addome). Attualmente (luglio 2008), risulta libero da malattia.

### Conclusioni

La chirurgia video laparoscopica per il trattamento dei GIST risulta, in base alla nostra esperienza che conta 7

tumori trattati con tale metodica, su un totale di 18 casi una buona opzione terapeutica che deve essere attentamente valutata e riservata a casi selezionati: tumori in sedi facilmente aggredibili laparoscopicamente, di piccole dimensioni, senza evidenza radiologica di un coinvolgimento-infiltrazione di strutture o organi adiacenti.

### La sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (ISC) nell' U.O. di Chirurgia dell'Ospedale di Arco.

A. DI LEO, E. POGGI, V. PORRETTO, A. MANZI, P. FAMBRI, S. PIFFER \*, F. RICCI

*U.O. di Chirurgia, APSS di Trento, Ospedale di Arco (TN); \*Osservatorio Epidemiologico, APSS di Trento.*

Le infezioni del sito chirurgico (ISC) rappresentano dal 14% al 16% di tutte le infezioni nosocomiali, il 38% di quelle che colpiscono i pazienti chirurgici, incrementano la mortalità postoperatoria e i costi dell'assistenza. Le finalità che ci siamo proposte sono: avviare e mantenere operativo un sistema di sorveglianza delle ISC e analizzare i dati raccolti valutando l'andamento temporale della frequenza delle ISC.

### Metodi

Dall'agosto 2005 al luglio 2008, presso l'U.O. di Chirurgia dell'Ospedale di Arco, è stata svolta una sorveglianza prospettica su 1.775 ferite in accordo alle linee guida dell'NNIS. Dopo aver escluso 131 (7,4%) ferite "aperte", abbiamo analizzato le rimanenti 1.644. Le ISC sono state suddivise in: incisionali superficiali, incisionali profonde e di organi/spazi. Gli interventi chirurgici sono stati classificati: di classe I (puliti), di classe II (puliti contaminati), di classe III (contaminati) e di classe IV (sporchi/infetti). Per ciascun paziente abbiamo calcolato un indice di rischio, chiamato LRI, adattamento "locale" dell'NNIS risk index, utilizzando come limite di durata il 75° percentile della durata (in minuti) di ciascuna procedura chirurgica nel nostro reparto. LRI varia da 0 (minimo rischio) a 3 (massimo rischio) ed è il risultato della somma di ciascuno di tre fattori (assente= 0 o presente = 1): punteggio ASA  $\geq$  3, durata dell'intervento  $>$ 75° percentile e intervento di classe III o IV. Nelle procedure laparoscopiche, 1 è stato sottratto dal numero totale ottenuto; nell'indice di rischio così modificato M indica un valore di -1. Per identificare i fattori di rischio di ISC, nel gruppo di 1.281 ferite relative al periodo di sorveglianza, da agosto 2005 a dicembre 2007, è stata eseguita un'analisi statistica multivariata secondo il modello della regressione logistica.

### Risultati

Il numero totale di infezioni nei 1.644 casi è stato di 90 (5,5%): 111 pazienti con ferite di classe III e IV hanno dimostrato la maggiore frequenza di infezioni (17%), mentre le 1.533 ferite di classe I e II quella minore (4,6%). In quarantatré pazienti (2,6%) si è avu-

ta un'infezione superficiale, in 35 (2,1%) un'infezione profonda e in 12 (0,7%) un'infezione di organi/spazi. Nessun paziente è deceduto a causa di ISC, mentre per 3 (25%) dei 12 pazienti con infezione di organo/spazio si è reso necessario un ulteriore intervento chirurgico. La frequenza di ISC è risultata di 0,6%, 3,7%, 7,3% e 26,8% rispettivamente per valori di LRI di M, 0, 1 e 2. Con LRI di 0 l'odds ratio (OR) è di 3,06 con intervallo di confidenza al 95% (IC 95%) 1,37-6,82 ( $p=0,0063$ ), se di 1 l'OR è di 4,97 con IC 95% 2,03-12,15 ( $p=0,0004$ ) e se  $\geq 2$  l'OR è di 75,27 con IC 95% 19,69 - 287,78 ( $p=0,0000$ ). Indipendentemente dal LRI, l'obesità [OR 13,82 e IC 95% 4,69-40,76 ( $p=0,0000$ )], il diabete [OR 21,48 e IC 95% 4,26-108,34 ( $p=0,0002$ )] e l'intervento d'urgenza [OR 2,44 e IC 95% 1,41-4,22 ( $p=0,0015$ )], incrementano il rischio di infezione. Durante sorveglianza la frequenza delle ISC ha seguito un trend in riduzione nelle classi di rischio più alte.

### Conclusioni

La sorveglianza delle ISC, attiva da oltre tre anni, ha consentito di seguire efficacemente nel tempo ed in rapporto al rischio di infezione la frequenza di ISC nella nostra Unità Operativa di Chirurgia.

### Lavaggio peritoneale laparoscopico per il trattamento delle diverticoliti perforate

S. RAMPADO, G. GEMO, R. CRESTI., A. CUVIELLO, F. DI BARTOLO, L. GRIGGIO

UOC Chirurgia Generale, Ospedale di Arzignano, U.L.S.S. 5 "Ovest Vicentino"

L'approccio standard alle diverticoliti acute complicate da perforazione è la procedura di Hartmann. Il lavaggio e drenaggio laparoscopico, in prima battuta, possono controllare la sepsi intra-addominale e permettere una procedura definitiva, in elezione, evitando una laparotomia ed una stomia. Abbiamo valutato tale approccio in un gruppo selezionato di pazienti.

### Materiali

I pazienti con diverticolite acuta perforata, sottoposti ad intervento chirurgico laparoscopico, in prima battuta, hanno costituito la nostra popolazione di studio.

### Risultati

Abbiamo incluso dieci pazienti (5M, 5F), di età mediana di 57 anni (IRQ= 48.3-72.8). In tutti i pazienti vi era una diagnosi radiologica di perforazione. Nove si presentavano in classe di Hinchey IIB-III; 1 in classe IV. In 3 pazienti (30%), è stata eseguita rafia del diverticolo perforato. La mediana dei giorni di ospedalizzazione è risultata pari a 9 (IRQ= 7-11). 2/10 (20%) hanno presentato recidiva precoce della sintomatologia. Otto (80%) sono stati sottoposti a resezione del sigma: 7/10 (70%) per via laparoscopica, una mediana di 60 gg (IRQ= 37.5-

60) dopo l'intervento iniziale; uno (10%) per via laparotomica (paziente recidivata in 3<sup>a</sup> giornata post lavaggio). Due (20%) pazienti non sono stati operati, per comorbidità che controindicavano un intervento chirurgico. La mortalità è risultata nulla; la morbilità del 10%: iperpiressia persistente con algie addominali in un paziente.

### Discussione e conclusioni

L'approccio laparoscopico in prima battuta è un trattamento sicuro e fattibile nelle diverticoliti complicate nei pazienti in classe di Hinchey IIB-III. La resezione laparoscopica del colon patologico in elezione è facilitata in quanto avviene in assenza di un quadro infiammatorio.

### Paragangliomi addominali: nostra esperienza.

G. VIEL, M. IACOBONE, F. CIARLEGLIO, M. FREGO, G. FAVIA

UOC Endocrinochirurgia, Università di Padova.

I paragangliomi sono rari tumori (incidenza 1/300.000) che originano dal tessuto neuroectodermico della cresta neurale. Nel 90% dei casi sono localizzati a livello surrenalico e prendono il nome di feocromocitomi. In circa il 10% dei casi sono extrasurrenalici, costituendo i paragangliomi propriamente detti. Le sedi di più frequente riscontro sono l'Organo di Zuckerkandl (5% dei casi), il Tronco della catena dell'ortosimpatico (3% dei casi) e la vescica (1% dei casi). I paragangliomi che originano dai gangli cervicali superiori si differenziano dagli altri perché non sono di pertinenza del sistema nervoso simpatico ma del parasimpatico. Dal punto di vista clinico questi tumori si caratterizzano per la sintomatologia conseguente al rilascio di catecolamine. L'ipertensione arteriosa, spesso sotto forma di crisi, cefalea, sudorazione e palpitazioni sono le manifestazioni più frequentemente descritte. La diagnosi di paraganglioma deve essere esclusa ogni qualvolta si riscontri una massa addominale retroperitoneale in presenza di ipertensione arteriosa. Il mancato riconoscimento di tale neoplasia e pertanto l'assenza di un'adeguata preparazione farmacologica, in corso di intervento chirurgico può comportare il massivo rilascio di catecolamine con complicazioni che talora possono essere fatali. Deve essere riconosciuta peraltro l'associazione con mutazioni a carico dei geni che codificano per le subunità B, C, D della succinilcolina deidrogenasi (SDHB, SDHC, SDHD), del protooncogene RET (MEN 2a, MEN 2b), del gene VHL (sdr. di von Hippel-Lindau) e del gene NF1 (neurofibromatosi tipo 1) <sup>1-4</sup>.

Nella nostra esperienza dal 1985 al 2007 abbiamo potuto identificare 8 paragangliomi addominali. Nell'87,5% dei casi si trattava di forme sporadiche mentre nel restante si trattava di forme familiari. In 2 casi il paziente era già stato sottoposto a surrenectomia bilaterale per feocromocitoma surrenalico tipico. Le localizzazioni più frequenti sono state paraortica ed interaortocavale.

## Conclusioni

Pur trattandosi di neoplasie rare è importante che la diagnosi di paraganglioma sia posta preoperatoriamente per evitare manovre improprie quali l'agoaspirato o l'esecuzione di intervento chirurgico senza adeguata preparazione farmacologica antipertensiva. Qualora la diagnosi sia confermata è necessario sottoporre il paziente ad indagini genetiche per individuare eventuali mutazioni genetiche responsabili di familiarità, localizzazioni multiple e, secondo taluni autori, di una maggior frequenza di malignità.

## Bibliografia

- 1) Lee JA, Duh QY: *Sporadic paraganglioma*. World J Surg, 2008; 32(5):683-87.
- 2) Timmers HJ, Pacak K, Huynh TT, Abu-Asab M, Tsokos M, Merino MJ, Baysal BE, Adams KT, Eisenhofer G: *Biochemically silent abdominal paragangliomas in patients with mutations in the succinate dehydrogenase subunit B gene*. J Clin Endocrinol Metab. 2008; 93(12):4826-832.
- 3) Timmers HJ, Kozupa A, Eisenhofer G, Raygada M, Adams KT, Solis D, Lenders JW, Pacak K: *Clinical presentations, biochemical phenotypes, and genotype-phenotype correlations in patients with succinate dehydrogenase subunit B-associated pheochromocytomas and paragangliomas*. J Clin Endocrinol Metab, 2007; 92(3):779-86. Epub 2007 Jan 2.
- 4) Baysal BE: *On the association of succinate dehydrogenase mutations with hereditary paraganglioma*. Trends Endocrinol Metab, 2003; 14(10):453-59.

## Eventi avversi correlati agli staplers circolari nella chirurgia dell'esofago

V.PISTAN, P. MAKOVAC, G. LIGUORI

*Clinica Chirurgica, Ospedale Cattinara, Trieste*

In sala operatoria nella gestione del rischio clinico intervengono varie categorie di eventi avversi tra cui i danni provocati da dispositivi. Facendo riferimento alla chirurgia dell'esofago, l'utilizzo di staplers circolari è diventato una pratica standard.

## Materiali e metodi

Abbiamo utilizzato il MAUDE FDA adverse events database per analizzare quali erano i motivi delle segnalazioni ed il tipo di eventi avversi correlato all'utilizzo di staplers circolari.

## Risultati

Su una serie di 1455 casi analizzati, 61 facevano riferimento ad interventi di chirurgia esofagea. Abbiamo suddiviso i malfunzionamenti in difetti di confezione (5 casi), di chiusura (1), di sutura (25), di sezione (4), di rimozione (10) cercando di analizzare quali fossero le complicanze dell'evento e il relativo trattamento. Le complicanze più frequenti sono state in 43 casi un leak i.o. e 11 deiscenze precoci. Il leak io è stato trattato nella

maggior parte dei casi con l'utilizzo di un nuovo stapler o con una sutura manuale. Nei casi di deiscenza precoce è stato quasi sempre necessario un reintervento.

## Conclusioni

Ovviamente l'incidenza totale di eventi avversi rimane sconosciuta ma analizzare gli eventi contribuisce al miglior utilizzo degli staplers e a ridurre gli errori che contribuiscono all'evento.

## Significato prognostico di MASPIN (Mammary Serine Protease Inhibitor) negli adenocarcinomi del pancreas.

L. BONADIO, S. BLANDAMURA\*, L. GIACOMELLI\*, S. CORSO, M. SCARPA, C. RUFFOLO, L. POLESE, M. IACOBONE, I. ANGRIMAN, L. NORBERTO, M. FREGO

*1<sup>a</sup> Clinica Chirurgica, \*Anatomia Patologica, Università di Padova.*

Il carcinoma pancreatico è la quarta causa di morte per tumore nei paesi occidentali (>95% a 5 anni), indicando uno stadio avanzato alla diagnosi, un comportamento biologico aggressivo, la mancanza di terapie chirurgiche e sistemiche efficaci. Una miglior conoscenza delle caratteristiche biologiche di questi tumori può risultare utile per comprendere il comportamento clinico e costituire nuovi tasselli su cui impostare miglioramenti terapeutici. Recenti studi hanno avuto come oggetto una proteina, la Maspin (Mammary Serine Protease Inhibitor), che risulta coinvolta nello sviluppo di diversi tumori, ma il cui significato non è stato ancora del tutto chiarito. Maspin è ipoespressa nella maggior parte dei tumori studiati, ove si associa a proprietà proapoptiche, antiangiogenetiche e antimetastatiche. In altri tipi di tumore il suo comportamento appare paradossale. La maspina è assente nel tessuto pancreatico normale ed invece è presente nei carcinomi pancreatici.<sup>1,2</sup>

Scopo del presente studio è valutare la sua espressione in vari tipi istologici di tumori pancreatici e studiarne il significato prognostico nell'istotipo più frequente, gli adenocarcinomi duttali.

## Materiali e metodi

Sono stati rivisti i preparati istologici degli ultimi 100 pazienti resecati per massa pancreaticca presso la 1<sup>a</sup> Clinica Chirurgica di Padova, identificando così 79 lesioni neoplastiche: 52 adenocarcinomi duttali, 6 adenocarcinomi del coledoco terminale, 5 adenocarcinomi ampullari, 4 adenocarcinomi periampullari, 3 adenocarcinomi della papilla, 3 adenocarcinomi mucinosi, 2 tumori neuroendocrini, 2 carcinomi mucinosi intraduttali, 1 carcinoma mucinoso papilifero intraduttale, 1 cistoadenoma mucinoso.

La presenza di Maspin è stata misurata tramite metodo immunoistochimico (anticorpi monoclonali murini, clone G167-70, diluiti 1:500) (PharmIngen International, San Diego, Ca, USA) su sezioni di 5 micron prelevate dai blocchetti paraffinati, ed espressa in percentuale di cellule posi-

tive per campo microscopico (su campi con minimo 600 cellule, scegliendo il campo con più alto grado istologico). L'espressione della proteina è stata correlata con i parametri clinici dei pazienti e della neoplasia rilevati dalla cartella clinica, scheda di follow-up e schede oncologiche: sesso ed età, valore di CEA e Ca19.9, tipo istologico, tipo di resezione e radicalità, grado istologico, stadio post-operatorio secondo TNM, eventuali trattamenti adiuvanti. La sopravvivenza a distanza è stata desunta, oltre che dalle fonti precedenti, dall'anagrafe, contatto col paziente o con la famiglia. In particolare, è stato studiato il significato prognostico di Maspin nel gruppo istologico più frequente, l'adenocarcinoma duttale. L'analisi statistica è stata effettuata mediante analisi grafiche preliminari, t-test, coefficiente di correlazione, regressione lineare e esponenziale, curve di sopravvivenza e analisi multivariata con approccio di tipo backward. Dalle 79 lesioni neoplastiche primitive sono stati esclusi dallo studio 16 casi in cui non è stato possibile raggiungere la completezza dei dati anatomo-clinici (11 adenocarcinomi duttali e 5 altri istotipi).

### Risultati

L'indagine immunoistochimica ha evidenziato diverse localizzazioni sub-cellulari di Maspin, una solo citoplasmatica, una solo nucleare ed una sia nucleare che citoplasmatica. Maspin è stata evidenziata in 60/63 neoplasie pancreatiche maligne testate, mentre sono risultati negativi il cistoadenoma mucinoso e i 2 tumori neuroendocrini. Nel gruppo di 41 adenocarcinomi duttali testati non sono state evidenziate correlazioni con età, sesso, markers sierici, grado istologico e stadio tumorale. Dopo aver analizzato tutti i dati, il modello backward ha compreso le variabili età, stadio e Maspin%, riportando il solo coefficiente della variabile età come il più significativo (al 10%). Si è voluto quindi esaminare se vi fossero delle correlazioni tra Maspin% e sopravvivenza dopo resezione "radicale". Testando diversi valori cut-off di Maspin% (30%, 35%, 40%, 45% e 50%) nei 39 pazienti con adenocarcinoma duttale di cui è nota anche la sopravvivenza, è emersa una correlazione inversa tra espressione % della proteina e tempo di sopravvivenza.

Confrontando i p-value calcolati a diversi valori cut-off di Maspin%, la soglia al 45% è quella che meglio descrive la diversità dei gruppi in termini di sopravvivenza. È stata infatti riscontrata una differenza statistica fortemente significativa ( $p=0,0001$ ) tra la sopravvivenza media dei pazienti che esprimono "fortemente" Maspin (>45% delle cellule per campo) e quella dei pazienti che la esprimono "debolmente" (<45%), rispettivamente 14,8 mesi e 28 mesi.

### Discussione

Delle 63 lesioni neoplastiche considerate, sono risultate positive all'anticorpo anti-Maspin tutti i carcinomi, mentre il cistoadenoma mucinoso e i due tumori neuroendocrini sono risultati negativi. Non sono state ravvisate differenze significative nel grado di espressione media della

proteina tra le diverse localizzazioni tumorali. La maspina è risultata presente in tutti gli adenocarcinomi. Nella presente casistica è emerso che l'espressione di maspina in % elevata è un indice prognostico negativo per la sopravvivenza, indipendentemente dagli altri parametri considerati. Non è stato possibile valutare una correlazione alla risposta alla chemioterapia per la limitatezza numerica del campione e per la variabilità negli schemi terapeutici. Non sono state ravvisate differenze significative nel grado di espressione media della proteina tra i diversi istotipi. Data la negatività per l'anticorpo nel tessuto pancreatico normale, la presenza di Maspin appare fortemente caratteristica di una degenerazione in senso neoplastico maligno.

### Conclusioni

Questi dati suggeriscono che nei carcinomi pancreatici la maspina ha un ruolo che influenza la prognosi, anche se attualmente il suo meccanismo di azione non è del tutto chiarito. Nel caso degli adenocarcinomi duttali, la proteina si comporta come un fattore prognostico negativo indipendente e questo appare in contrasto con quanto riportato finora in letteratura, dove la maspina risulta avere funzioni protettive nei confronti di molti altri tipi di tumore.

### Bibliografia

- 1) Maass N, Hojo T, Ueding M, Luttes J, Kloppel G, Jonat W, Nagasaki K: *Expression of the tumor suppressor gene Maspin in human pancreatic cancers*. Clin Cancer Res, 2001; 7:812-17.
- 2) Nash JW, Bhardwaj A, Wen P, Frankel WL: *Maspin is useful in the distinction of pancreatic adenocarcinoma from chronic pancreatitis. A tissue microarray based study*. AIMM, 2007; 15:59-63.

### La laser terapia endoscopica dei polipi gastrici nel paziente cirrotico.

L. NORBERTO, L. POLESE, I. ANGRIMAN, F. ERROI FD. NERI, M. DONADI, M. FREGO, DF. D'AMICO  
Dpt. Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche, Clinica Chirurgica 1<sup>a</sup>, U.O.S. Endoscopia Chirurgica - Università di Padova

I polipi gastrici nel paziente cirrotico possono rappresentare una causa di sanguinamento gastrointestinale sia acuto, che cronico. A causa della diatesi emorragica, la polipectomia diatermica è gravata in questi pazienti da un elevato rischio di sanguinamento. Nel presente studio abbiamo pertanto voluto analizzare l'efficacia della laser-terapia nel trattamento di questa patologia, con l'intento di eradicare i polipi gastrici con il minimo rischio di complicanze emorragiche.

### Materiali e metodi

Il trattamento laser-terapico è stato offerto a tutti i pazienti affetti da cirrosi epatica che presentavano polipi gastro-duodenali all'EGDS e che all'esame istologico risultavano essere di tipo iperplastico. I polipi veni-

vano trattati ambulatorialmente con laser Nd:YAG o con laser a Diodi, in corso di EGDS, previa sedazione con propofol.<sup>1-3</sup> Le sedute sono state effettuate con scadenza trimestrale per i polipi di maggiori dimensioni o sintomatici, semestrale per i polipi asintomatici e di piccole dimensioni. Il follow-up endoscopico successivo veniva effettuato con cadenza semestrale.

## Risultati

Dal giugno 1997 al giugno 2008 sono stati trattati 23 pazienti (15 maschi e 8 femmine), di età compresa tra 40 e 73 anni (media 58). Il numero totale dei polipi trattati è stato di 76, in media 2,8 per paziente. Le sedi coinvolte erano l'antro gastrico nel 43%, il corpo gastrico nel 21%, il duodeno nel 18%, il fondo ed il piloro rispettivamente nel 9%. Il diametro medio del polipo era di 12 mm (range 5-30). Dopo 194 sedute, in media 7,2 per paziente, non si sono osservate complicanze legate alla procedura; mentre si è assistito alla guarigione completa in 17/23 pazienti trattati (74%); negli altri 6 casi si è comunque ottenuta una riduzione media del 60% delle dimensioni dei polipi. I pazienti che presentavano sanguinamento gastro-intestinale correlato alla poliposi, hanno ottenuto una remissione della sintomatologia in tutti i casi. Dopo un follow-up medio di 31 mesi si sono riscontrati 3 (18%) casi di recidiva, sottoposti successivamente a nuovo trattamento laser-terapico con successo.

## Conclusioni

Il trattamento laser-terapico endoscopico dei polipi gastro-duodenali iperplasi nel paziente cirrotico rappresenta una metodica sicura ed efficace. E' comunque importante effettuare un follow-up endoscopico dopo l'eradicazione per il rischio di recidiva.

## Bibliografia

- 1) Polese L, Angriman I, Pagano D, Tenderini ML, Polese F, Frego M, D'Amico DF, Norberto L.: *Laser therapy and surgical treatment in transfusion-dependent patients with upper-gastrointestinal vascular ectasia*. Lasers Med Sci, 2006; 21(3):140-4.
- 2) Norberto L, Polese L, Angriman I, Erroi F, Cecchetto A, D'Amico DF.: *Laser photoablation of colorectal adenomas: a 12-year experience*. Surg Endosc, 2005; 19(8):1045-48.
- 3) Norberto L, Polese L, Angriman I, Erroi F, Cecchetto A, D'Amico DF.: *High-energy laser therapy of Barrett's esophagus: preliminary results*. World J Surg, 2004; 28(4):350-54.

## Problemi stadiativi nel cancro dell'esofago e del cardias dopo trattamento neoadiuvante.

A. ZANONI\*, G. VERLATO G.\*\*, A. TOMEZZOLI\*\*\*, D. GIACOPUZZI\*, M. DI COSMO+, A. FRANCESCHETTI\*\*\*, G. DE MANZONI\*

1<sup>a</sup> Divisione Clinicizzata di Chirurgia Generale, Unità di Epidemiologia e Statistica Medica\*, Università di

Verona; Divisione di Anatomia Patologica\*\*\*, Ospedale di Borgo Trento, Verona.

L'orientamento più diffuso nel trattamento di carcinoma squamoso dell'esofago e adenocarcinoma del cardias consiste in chemio-radioterapia neoadiuvante seguita da chirurgia. Non esiste un sistema di stadiazione patologica univocamente accettato per stratificare in base alla risposta, anche da un punto di vista prognostico, i pazienti sottoposti a tale trattamento. Scopo di questo lavoro è stato quello di valutare l'efficacia del sistema proposto da Mandard e di confrontarlo con un sistema da noi proposto, basato sulle dimensioni della malattia residua e sullo stato linfonodale.

## Materiali e metodi

Dal 2000 ad oggi, 108 pazienti con carcinoma squamoso dell'esofago (57 casi) o adenocarcinoma del cardias (51 casi) localmente avanzato sono stati sottoposti a chemio-radioterapia concomitante neoadiuvante seguita da chirurgia. Tutti i pazienti sono stati valutati secondo il Tumor Regression Grade (TRG) proposto da Mandard (TRG1: regressione completa, mancanza di cellule tumorali residue; TRG2: rare cellule tumorali residue; TRG3: aumento del numero di cellule tumorali residue, ma la fibrosi è ancora predominante; TRG4: le cellule tumorali residue superano la fibrosi; TRG5: assenza completa di regressione) e secondo una classificazione basata sulle dimensioni della malattia residua e sullo stato linfonodale: Pathological Complete Responders (pCR= pT0N0); Minimal Residual Disease (MRD= tumore residuo ≤ 10 mm N0); Not Responders (NR= tumore residuo > 10 mm N0); N+ (tutti i pazienti N+ indipendentemente dalla risposta sul sito del tumore primitivo).

## Risultati

Il TRG ha mostrato un alto valore prognostico con sopravvivenza a 3 anni del 73% (57-84%) per i TRG 1, con un progressivo calo a 42% (21-62%), 35% (13-58%) e 11% (1-39%), rispettivamente per i TRG 2, 3 e 4. Nessun paziente con TRG 5 è sopravvissuto oltre 16 mesi (P<0.001). Prendendo in considerazione lo stato linfonodale, il TRG manteneva il suo significato prognostico solo per i pazienti N0 (P<0.001), mentre la sopravvivenza dei pazienti N+ risultava scarsa, indipendentemente dal TRG (P=0.166). Anche la classificazione basata sulle dimensioni residue di malattia e sullo stato linfonodale ha mostrato un alto valore prognostico, con sopravvivenze a 3 anni da 79% (61-89%) per i pCR a 54% (25-77%), 28% (4-59%) e 21% (9-36%), rispettivamente per i pazienti MRD, NR e N+ (P<0.001).

## Conclusioni

La classificazione di Mandard è appropriata, purché venga considerato anche il parametro N. Una classificazione basata sulle dimensioni del tumore residuo e sullo stato linfonodale sembra promettente e merita ulteriori indagini.

## **Ruolo e significato prognostico della PET-TC nella stadiazione e ristadiatione del cancro rettale dopo RT-CT neoadiuvante.**

L. FOGATO, C. CAPIRCI, E. FACCI, A. LEGNARO, F. GALEOTTI  
*UOC di Chirurgia Generale, Ospedale di Rovigo*

Nei pazienti affetti da cancro del retto localmente avanzato (LARC) la stadiazione e la ri-stadiazione dopo radio-chemioterapia (CRT) neo-adiuvante può essere utile per definire l'approccio terapeutico. La PET con F18-fluorodesossiglucosio è uno strumento promettente per il monitoraggio degli effetti della terapia anti-neoplastica. Questo studio è stato concepito per valutare il possibile ruolo dell'indagine PET-TC nella stadiazione e ristadiatione della neoplasia del retto.

### **Metodi**

Sono stati selezionati 87 pazienti consecutivi affetti da neoplasia del retto. La terapia neo-adiuvante è consistita in un trattamento radioterapico (50Gy a livello pelvico e 56 Gy a livello della neoplasia) con concomitante trattamento chemioterapico infusivo (5-fluorouracile: 300mg/m<sup>2</sup>/die) e successivo trattamento chirurgico a distanza di 8-10 settimane dal completamento del ciclo. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a PET-TC prima del trattamento e 5-6 settimane dopo il completamento della CRT. Di tali pazienti è stata calcolata: la captazione del FDG (SUV max) e la percentuale di differenza di captazione pre- e post-CRT (Response Index: RI).

### **Risultati**

Dal protocollo sono stati esclusi 6 di 87 Pz. A seguito della CRT 40/81 Pz. (49%) sono stati classificati come responders in accordo ai criteri Mandard (TRG1-2). La media SUV max pre-CRT è stata significativamente maggiore rispetto alla media riscontrata post-CRT (15,8 vs 5,9; p <0,001). L'indice medio di responsività si è rivelato significativamente più elevato nei responders rispetto ai non responders (71,3% vs 38%; p=0,0038). Considerando un indice di responsività del 65% come cut-off, per definire la risposta alla terapia, sono stati ottenuti i seguenti dati: sensibilità 84,5% e specificità 80%; VPP 81,4%; VPV 84,2%; accuratezza superiore all' 81%.

### **Conclusioni**

Questi risultati suggeriscono il ruolo potenziale della PET-TC (18 F)-FDG nella ristadiatione dei pazienti affetti da cancro del retto dopo terapia adiuvante. L'indice di responsività si rivela essere il miglior parametro per definire la risposta alla terapia neo-adiuvante.

## **L'embolizzazione arteriosa nei traumi splancnici: nostra esperienza.**

M. GASPARELLA\*, F. FARNETI‡, L. CANCIAN‡, G. SCHIAVON\*, M. FERRO\*, G. PERRINO\*.

\**Reperto Clinicizzato di Chirurgia Pediatrica,*  
‡*Radiologia Interventistica Oncologica e Vascolare.*  
*ULSS 9 - Treviso.*

Con il perfezionarsi delle tecniche ecografiche e TAC, da un paio di decenni l'arteriografia si è imposta come metodica non solo diagnostica, ma anche terapeutica. Nel bambino come nell'adulto l'embolizzazione arteriosa (EA) è diventata una procedura terapeutica di routine nel trattamento dei traumi splancnici con sanguinamento in atto.

### **Materiali e metodi**

Dei 30 casi di politrauma (16 traumi addominali chiusi) ricoverati dal 2005 ad oggi presso il Reparto Clinicizzato di Chirurgia Pediatrica di Treviso, 6 pazienti sono stati sottoposti ad un trattamento chirurgico per emopneumoperitoneo (4 splenectomie), 1 è deceduto per traumi multiorgano e due pazienti di 12 e 14 anni rispettivamente, con grave trauma renale, sono stati trattati mediante EA. Non si sono avute complicanze post-trattamento mediante EA.

### **Discussione**

LEA è una procedura interventistica a bassa invasività nella gestione dei sanguinamenti post-traumatici intra e retroperitoneali, che trova indicazione nella traumatologia pediatrica, dove la terapia conservativa dell'organo lesionato ha un successo pari al 90-95% dei casi. Come trattamento di prima scelta in alternativa alla chirurgia, l'attuazione di questo tipo di terapia conservativa richiede comunque stabilità emodinamica post-traumatica del paziente e uno stretto monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale oltre alla pronta disponibilità (24 ore su 24) del chirurgo pediatra, dell'anestesista rianimatore e del radiologo interventista con buona pratica della metodica. Le indicazioni alla EA e la tecnica sono le stesse nel bambino come nell'adulto.

### **Conclusioni**

Anche se la casistica pediatrica è ridotta rispetto a quella dell'adulto, l'EA è una procedura interventistica importante nella gestione della traumatologia addominale con sanguinamento in atto come ragionevole primaria alternativa alla chirurgia, evitando procedure chirurgiche altrimenti demolitive. Restano ancora aperte le questioni sulle indicazioni pediatriche di questo trattamento verso tutti gli organi splancnici, ma soprattutto sui limiti di età entro i quali tale procedura è attuabile.

## **Occlusioni intestinali in un ospedale di rete: cambiamento eziologico registrato in 1187 casi operati in 45 anni**

R. BELLOMO, A. LAURETTA, L. PINCIROLI, C.A. TONIZZO, A. PAPADIA, A. INFANTINO  
*U.O. Chirurgia Generale, Ospedale Santa Maria dei Battuti, S. Vito al Tagliamento (PN)*

L'occlusione intestinale costituisce una delle più comuni emergenze chirurgiche ed è una delle cause più frequenti di ricovero nei reparti di chirurgia. Da un punto di vista

epidemiologico sembra che l'eziologia dell'ostruzione del transito intestinale si configuri diversamente nei differenti paesi e che essa stessa sia cambiata nel tempo. Mentre nei paesi occidentali e in particolare più recentemente, la causa eziologica più comune è costituita dalle aderenze post-operatorie; nei paesi meno sviluppati e soprattutto qualche decennio addietro l'eziologia è ascrivibile alle ernie. Lo scopo di questo studio è quello di identificare le cause di ostruzione intestinale presso il nostro istituto e il loro pattern di cambiamento durante un periodo di 45 anni.

### Materiali e Metodi

I dati di tutti i pazienti con diagnosi di occlusione intestinale trattati chirurgicamente presso il nostro reparto tra il 1963 e il 2007 sono stati valutati retrospettivamente. Sono stati analizzati i dati demografici, la causa dell'ostruzione, la sua localizzazione e il tipo di intervento chirurgico realizzato.

### Risultati

Durante il periodo studiato sono stati individuati 1.187 casi consecutivi sottoposti ad intervento chirurgico. I maschi rappresentano il 51.6% contro il 48.4% delle donne; l'età media dell'intero gruppo di pazienti è di  $64.8 \pm 18.6$  anni. La causa più frequente in assoluto di ostruzione è costituita dalle neoplasie (33%), seguita dalle ernie della parete addominale (28.1%), soprattutto inguinali (154 casi su un totale di 334 pazienti), e le aderenze intraperitoneali (25.3%). Altre eziologie rare (volvolo del sigma 1.1%; fitobezoar 1.2%; ernia interna 1.4%; altro 9.6%) costituiscono il 13.6% delle cause. Le neoplasie sono localizzate nel 70% dei casi a livello del colon sinistro. Non si sono registrate differenze statisticamente significative nelle eziologie in rapporto al sesso del paziente. Analizzando separatamente i due ventenni (1963-1985; 1986-2007) si riscontra un'incidenza pressoché costante della patologia tumorale (31.8% vs 33.8%); mentre si registra una riduzione statisticamente significativa delle ernie (34.3% vs 23.8%;  $p < 0.00001$ ) e un aumento statisticamente significativo delle ostruzioni secondarie alle aderenze (19.5% vs 30.8%;  $p < 0.00001$ ).

### Conclusioni

Le cause più comuni di ostruzione registrate in questa importante serie sono simili a quelle registrate in letteratura. Viene confermato il cambiamento eziologico, già evidenziato in precedenti studi, che identifica nelle aderenze post-operatorie una delle cause più frequenti di occlusione intestinale degli ultimi decenni; registrandosi contestualmente una riduzione dei quadri occlusivi ascrivibili alle ernie. Le politiche di screening della patologia neoplastica coloretale non sembrano aver ridotto la percentuale di pazienti in cui la neoplasia si manifesta in fase avanzata.

### Endometriosi intestinale e vescicale con interessamento linfonodale: caso clinico e revisione della letteratura

M. BALDAN, M. ZUCCHETTO, M. CEOLIN, G. DA DALT, P. LITTA \*, W. ARTIBANI \*\*, E. ANCONA

3<sup>a</sup> Clinica Chirurgica, \*Clinica Ostetrica e Ginecologica, \*\*Clinica Urologica. Azienda Ospedale-Policlinico, Padova

L'endometriosi viene riscontrata comunemente nel 10-15% delle donne tra i 25 e i 44 anni di età. Nel 4-37% dei casi, l'endometriosi presenta un interessamento colo-rettale e/o vescicale. In questo caso, si tratta di una patologia complessa che spesso richiede per il suo trattamento una collaborazione multidisciplinare.

### Caso clinico

Viene riportato il caso di una paziente già sottoposta in passato a 3 resezioni endo-vescicali di vegetazione endometriosa aggettante in vescica e a 2 laparoscopie con asportazione di noduli endometriosi pelvici. La paziente giungeva alla nostra osservazione all'età di 34 anni per la persistenza di dolore pelvico continuo scarsamente responsivo alla terapia antalgica, dolore alla defecazione e dispareunia. Gli esami di stadiazione evidenziavano la presenza di formazioni solide a carico della parete vescicale coinvolgente l'ostio ureterale destro, del sigma-retto e delle ovaie. L'intervento chirurgico è stato condotto con la collaborazione di chirurghi generali, urologi e ginecologi ed è consistito nella resezione di sigma-retto con anastomosi colo-rettale bassa, asportazione di parte del trigono vescicale con reimpianto dell'uretere destro e bonifica delle cisti ovariche. L'esame istologico ha confermato la diffusa presenza di endometriosi a livello colo-rettale, vescicale ed ovarico. Focolai di endometriosi sono stati, inoltre, osservati in 2 dei 16 linfonodi esaminati. A tre mesi dall'intervento la paziente è in buona salute e libera da terapia antalgica.

### Discussione

La prima segnalazione di endometriosi linfonodale risale al 1996; solo nel 2006 e nel 2008 vengono pubblicati i primi lavori su una ventina di pazienti ciascuno con endometriosi intestinale profonda rispettivamente rettale e retto sigmoidea, in cui è stata eseguita un'analisi sistematica dei linfonodi asportati con il segmento intestinale interessato. Questi autori hanno evidenziato un interessamento linfonodale nel 26-42% dei casi. Tale interessamento è correlato con lo spessore del nodulo endometrioso, con la profondità nella parete intestinale e con la percentuale della circonferenza del viscerale interessata. Il significato prognostico dell'interessamento linfonodale è attualmente oggetto di studio.

### Conclusione

La diffusione intestinale e vescico-ureterale dell'endometriosi rappresenta una sfida chirurgica che richiede un approccio multi-specialistico. La presenza di un interessamento linfonodale suggerisce la possibile necessità,



almeno nei casi più avanzati, di interventi chirurgici radicali anche in questa patologia generalmente considerata benigna.

#### Trattamento chirurgico del tumore di Vanek

G. ANTONELLI, R. GIANESINI, S. FACCIN, P. MAINENTE, S. RICCIARDI, E. MION E.L. DE SANTIS  
U.O.A. Chirurgia Generale, Ospedale "San Lorenzo",  
Valdagno (VI)

Il tumore di Vanek è una rara patologia benigna dell'antro gastrico. Si presenta con una sintomatologia simil ulcerosa o, più raramente, con un quadro occlusivo<sup>1, 2</sup>. Il riscontro di tale patologia è occasionale, con EGDS o Rx del tubo digerente. La genesi è stata recentemente messa in correlazione con l'infezione da *Helicobacter Pylori*<sup>3, 4</sup>. Scopo di questo studio è valutare l'efficacia del trattamento chirurgico con tecnica laparoscopica di un voluminoso tumore di Vanek in un paziente geriatrico.

#### Caso clinico

Paziente di 84 anni con anamnesi patologica remota di colelitiasi sintomatica, ricoverato in pronto soccorso per febbre serotina da circa un mese, markers tumorali negativi. EGDS: in antro, sul versante della piccola curvatura, presenza di ampia neoformazione polipoide. Esame istologico: mucosa gastrica di tipo antrale con flogosi cronica, attiva, associata a metaplasia intestinale, HP positivo. TC total body con m.d.c.: no lesioni secondarie. Si poneva il dubbio diagnostico tra GIST gastrico, leiomioma e tumore di Vanek. Considerata la comorbidità per colelitiasi, il paziente veniva sottoposto ad intervento chirurgico per via laparoscopia. Dopo colecistectomia, si reperta e si isola la neoformazione gastrica sulla piccola curvatura tramite "centraggio con gastroscopio". Lungo la grande curvatura, si sezionano i rami dell'arteria gastroepiploica destra, liberando la parete posteriore gastrica. Previa gastrotomia della parete anteriore, in sede antrale, si individua la neoformazione, la si solleva con pinza atraumatica e la si reseca alla base con endoGia. Si rimuove il pezzo con Endobag. Esame istologico estemporaneo: assenza di cellule tumorali, escissione completa della lesione. Si sutura la gastrotomia in doppio strato con sutura continua in PDS 3/0 e PDS 4/0. Prova idropneumatica: negativa per spandimento. Il decorso operatorio è stato regolare. Alimentazione per os: VII giornata. Dimissione: IX giornata. Esame anatomopatologico: lesione di 3,5x2x2 cm, costituita da cellule fusate frammiste a linfociti, con sviluppo prevalente nel contesto delle tonache sottomucosa e muscolare. Tipizzazione immunofenotipica: positività per CD34 e vimentina, negatività per CD117, CD10, Proteina S100 e astina. Si poneva la diagnosi definitiva di "Tumore Fibroide Infiammatorio, tipo Vanek<sup>6</sup>.

#### Discussione

Il trattamento del tumore di Vanek può essere sia medi-

co che chirurgico<sup>3, 4, 5</sup>. Il trattamento medico è basato sulla correlazione di tale patologia con l'infezione da HP: inibitori di pompa protonica, amoxicillina e claritromicina. Viene riportata la guarigione, con follow-up ad 1 anno, fino all'86,4%. Attualmente il trattamento chirurgico è indicato principalmente nei casi di dubbio diagnostico, offrendo la possibilità di eseguire sia diagnosi che terapia. Nel nostro caso, infatti, la scelta di un trattamento chirurgico veniva da più considerazioni: 1) le dimensioni della lesione erano tali per cui la rimozione endoscopica era tecnicamente complessa; 2) non vi è evidenza scientifica che lesioni di tali dimensioni possano beneficiare del solo trattamento medico; 3) tumori di Vanek di tali dimensioni sono molto rari e la negatività istologica delle biopsie endoscopiche non può escludere un GIST od un leiomioma, che necessitano di un trattamento chirurgico; 4) la comorbidità per colelitiasi sintomatica è un'indicazione al trattamento chirurgico.

#### Conclusioni

Il trattamento chirurgico di una lesione gastrica di tali dimensioni in pazienti geriatrici, spesso con funzione cardiorespiratoria compromessa, è indicato soprattutto se eseguito con tecnica laparoscopica, poiché, con un tempo operatorio limitato (nel nostro caso 115min.), uno stress chirurgico e una depressione immunitaria post-operatoria minori rispetto alla chirurgia open, è possibile asportare tale lesione e porre una diagnosi di benignità, senza tuttavia precludere la possibilità, qualora l'esame anatomopatologico estemporaneo evidenziasse una lesione maligna e le condizioni generali del paziente lo consentano, di proseguire con un intervento maggiore, sia in laparoscopia che in laparotomia.

#### Bibliografia.

- 1) Morandi E, Pisoni L, Castoldi M, Tavani E, Castoldi M, Trabucchi E: *Gastric outlet obstruction due to inflammatory fibroid polyp*. Ann Ital Chir, 2006; 77(1):59-61.
- 2) Hirasaki S, Matsubara M, Ikeda F, Taniguchi H, Suzuki S: *Gastric inflammatory fibroid polyp treated with Helicobacter pylori eradication therapy*. Intern Med, 2007; 46(12):855-58.
- 3) Veldsman JJ, Middlecote B, Grobler S, Nel CJ: *Inflammatory fibroid polyp of the stomach. A case report*. S Afr Med J, 1984; 4:66(5):191.

#### Un insolito caso di metastasi pancreaticca da carcinoma renale.

A. COJUTTI, G. DADO, A. CONTE, MG. BULLIGAN, C. DELLA BIANCA  
SOC Chirurgia Generale, Ospedale Civile di Tolmezzo (UD)

#### Caso clinico

Si tratta della storia clinica di un uomo di 60 anni, seguito presso il Servizio di Chirurgia Generale dell'Ospedale di Tolmezzo dove fu sottoposto in luglio

2006 a nefrectomia radicale sinistra per carcinoma renale a cellule chiare grado 2 sec. Fuhrman, stadio pT3, N0, M0 ed in precedenza ad interventi di resezione endoscopica trans-uretrale per carcinomi transizionali papilliferi multipli della vescica. In febbraio 2008, in seguito a riscontro TC di lesione di 5 cm a carico della coda del pancreas, viene sottoposto ad intervento di spleno-pancreasectomia distale: la lesione risultata essere metastasi da carcinoma renale. Il decorso postoperatorio è stato regolare, fatto salvo per l'insorgenza di fistola pancreatica a bassa portata trattata con terapia medica. Il follow-up radiologico e cistoscopico è negativo.

### **Conclusioni**

Da una revisione della Letteratura le metastasi pancreatiche da carcinoma renale sono rare (2%). Quando possibile è giustificato un atteggiamento chirurgico aggressivo e oncologicamente radicale: in questi casi la sopravvivenza a 5 anni è ottima (70-75%) se paragonata ai carcinomi primitivi del pancreas. E' sempre consigliabile un follow-up oncologico prolungato per molti anni.