

SOCIETÀ TRIVENETA DI CHIRURGIA.

Riunione a tema libero del 15 dicembre 2007



Ann. Ital. Chir., 2008; 79: 221-226

Il giorno 15 Dicembre 2007, sotto la Presidenza del Prof. H. Pernthaler, a 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 qui appresso riportato l'abstract

La sindrome di Mirizzi : nostra esperienza.

P. Valduga, B. Zani, P. Bondioli, C. Eccher

II Div. Chirurgia Generale, Ospedale S. Chiara, Trento

La sindrome di Mirizzi (s. di M.), nella sua forma classica, è caratterizzata da una sintomatologia di tipo itterico causata dalla compressione esercitata sulla via biliare principale da parte di un calcolo bloccato nel dotto cistico o nell'infundibolo della colecisti. La compressione e la flogosi cronica causano un decubito del calcolo con possibile formazione di una fistola fra la colecisti e la via biliare. La sintomatologia nella forma tipica è costituita da ittero o colangite, anche intermittente, e dolore; ma vi possono essere forme fruste senza ittero e con scarso dolore. La classificazione più in uso della s. di M. è quella di Csendes, che prevede quattro tipi di s. di M. in rapporto alla assenza o presenza di fistola e alle dimensioni della fistola stessa. La s. di M. si riscontra nell'1% circa di tutti i pazienti sottoposti a colecistectomia per litiasi. Da non sottovalutare la possibile associazione con il cancro, rispetto al quale si pongono problemi di diagnosi differenziale. Dal punto di vista chirurgico è importante cercare di arrivare ad una diagnosi preoperatoria al fine di poter programmare correttamente l'intervento e affidarlo ad un chirurgo esperto. Tuttavia solo in circa la metà dei casi ciò è possibile. In caso contrario, durante l'intervento chirurgico è necessario mantenere un elevato livello di attenzione, non insistere nella dissezione di un triangolo di Calot "difficile", ricorrere a metodiche diagnostiche intraoperatorie quali la colangiografia o l'ecografia e non esitare a convertire in open un intervento iniziato in laparoscopia.

Presso la Chirurgia II Divisione dell'Ospedale S. Chiara di Trento, nel periodo dal 2002 al 2006 sono stati riscontrati 4 casi di s. di M. (0.8% di tutte le colecistectomie) ai quali si aggiunge un quinto paziente da noi sottoposto a intervento di riparazione di una lesione della via biliare determinatasi durante un intervento di colecistectomia laparoscopica in un ospedale periferico. In tutti i nostri 4 pazienti si è potuto giungere a una diagnosi preoperatoria, in virtù della sintomatologia tipica

e dell'ERCP; in un paziente con s. di M. tipo I si è praticata una colecistectomia con posizionamento di sondino naso-biliare; in un altro paziente con s. di M. tipo II si è praticata una colecistectomia e la chiusura della fistola; in un terzo paziente con un'altra s. di M. tipo II si è praticata una anastomosi bilio-digestiva (bi-dutto-digiuno-anastomosi su ansa alla Roux); in un paziente con s. di M. tipo IV, a causa delle condizioni cliniche scadenti, ci si è limitati a una colecistotomia con estrazione del calcolo; infine, nel paziente con s. di M. tipo I che aveva riportato una lesione iatrogena della via biliare in corso di colecistectomia laparoscopica, si è ricorso a una anastomosi bilio-digestiva (epatico-digiuno-anastomosi su ansa alla Roux). Il decorso e il follow-up di tutti i pazienti non hanno mostrato complicanze.

La laser-terapia nell'esofago di Barrett.

L. NORBERTO, L. POLESE, I. ANGRIMAN, F. ERROI, N. NERI, M. DONADI, D. PAGANO, M. SCARPA, C. RUFFOLO, M. FREGO, D.F. D'AMICO

Unità di Endoscopia Chirurgica, Clinica Chirurgica 1^a, Università di Padova

L'esofago di Barrett rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo dell'adenocarcinoma esofageo.

Attualmente la migliore prevenzione di tale complicanza è rappresentata dal follow-up endoscopico con biopsie e diverse tecniche ablativo endoluminali sono in fase di studio per il trattamento di questa forma di precancerosi. Qui di seguito presentiamo i risultati a lungo termine del trattamento dell'esofago di Barrett mediante laser-terapia di potenza.

Pazienti e metodo - Ventidue pazienti (19 maschi e 3 femmine, età media 56 anni), portatori di short (9) o long-Barrett (13), sono stati trattati mediante terapia laser endoscopica e successivamente seguiti per un follow-up medio di 52 mesi (range 7-115). I laser utilizzati sono stati lo NdYAG laser dal 1997 al 1999 ed il laser a Diodi dal 2000 al 2007. L'esame istologico precedente al trattamento documentava metaplasia intestinale semplice in 16 casi, displasia di basso grado in 4 casi, displasia di alto grado in 2 casi (che avevano rifiutato l'intervento chirurgico di esofagectomia). I pazienti non sottoposti a precedente intervento di plastica anti-reflusso venivano trattati anche con terapia antisecretiva gastrica mediante inibitori di pompa a dosaggio massimale.

Risultati - Dopo 174 sedute di laser terapia, in media 8

per paziente, non sono state riscontrate complicanze maggiori legate alla terapia (si segnala solo bruciore retrosternale in alcuni casi, receduto spontaneamente dopo pochi giorni). La lunghezza media dell'esofago di Barrett si è ridotta da $3,6 \pm 2,68$ cm a $0,8 \pm 1,38$ cm ($p < 0,0001$). Si è ottenuta la guarigione completa della metaplasia intestinale, confermata alle biopsie, in 14/22 casi (64%): 8/9 (89%) dei pazienti con short Barrett e 6/13 (46%) di quelli con long-Barrett ($p=0,05$). Tutti i casi di displasia sono regrediti a epitelio squamoso (4) o metaplasico semplice (2). In media si è ottenuta l'ablazione dell' $83 \pm 25\%$ della superficie di mucosa metaplasica. I pazienti con short-Barrett ($97 \pm 10\%$ di area metaplasica ablata) hanno presentato risultati migliori rispetto ai pazienti con long-Barrett ($73 \pm 28\%$, $p < 0,05$). Anche il numero di sedute laser effettuate per cm di estensione in lunghezza dell'esofago di Barrett, è risultato significativamente determinante. Infatti, migliori risultati si sono ottenuti con 3 o più sedute per cm ($97 \pm 9\%$ della superficie metaplasica trattata), piuttosto che con meno di 3 sedute ($69 \pm 28\%$, $p=0,005$).

Conclusioni - Secondo la nostra esperienza la laser-terapia dell'esofago di Barrett è risultata scevra da complicanze, efficace nell'ottenere la regressione della displasia, pur se in un numero di casi limitato, ed efficace nel raggiungere la guarigione della metaplasia intestinale in quasi tutti i casi di short Barrett. Nei pazienti portatori di long Barrett tale terapia si è dimostrata meno efficace. Ulteriori studi su una più ampia casistica sono comunque necessari per poter verificare l'utilità di tale metodica nel ridurre il rischio di sviluppare l'adenocarcinoma.

Considerazioni su 1.200 endarterectomie carotidee.

M. FREGO, G. BIANCHERA, M.A. SCOMPARIN, D. KONTHOTANASSIS, F. PILON, L. DI CRISTOFARO, P. DE ZOLT, A. BRIDDA, X. KERTUSHA, P. CARUSO, I. ANARIMAN, L. NORBEATO, P. FELTRACCO

Clinica Chirurgica 1^a, Ist. Anestesia e Rianimazione, Università di Padova.

Alla luce delle continue rivendicazioni corporative da parte di gruppi specialistici e dell'avanzare indiscriminato delle angioplastiche percutanee, viene spontaneo chiedersi se è lecito effettuare le endarterectomie carotidee (CEA) nei reparti di chirurgia generale e se esistono gruppi di pazienti a rischio cui riservare le angioplastiche transluminari.

Metodo. Sono stati rivisti i dati di 1.362 endarterectomie carotidee (CEA), eseguite da un unico chirurgo o sotto la sua guida e inserite dal 1988 in un database prospettico e computerizzato.

Risultati. La mortality-morbidity globale (<30 giorni p.o.) è 0,95% (10 decessi, di cui 5 per ictus, e 3 ictus maggiori non fatali), ma scende a 0,85% se si escludono - per diverse modalità assistenziali- 186 CEA eseguite in

convenzione in altra sede. Essa scende ulteriormente a 0,44% se si escludono anche le prime 53 CEA -considerate in fase di apprendistato-. Infine scende a 0% nelle ultime 500 CEA. Un solo paziente è stato trasfuso. Audit intermedi non hanno evidenziato un aumento significativo del rischio in rapporto allo stato della carotide controlaterale, all'età > 80 anni e nei colli "ostili". La degenza media si è ridotta da 5,2 giorni nel primo quinquennio agli attuali 2,5; dopo aver realizzato che il 95% delle complicanze si verifica nell'immediato p.o o entro la seconda giornata, il 90% delle dimissioni avviene entro 36-40 ore. 690 CEA sono state eseguite con tecnica aperta, 472 per eversione dell'interna (attualmente il 70%) e 14 con bypass sostitutivi. La ricostruzione dopo CEA open è stata ottenuta con sutura diretta in 30 casi (18 in fase iniziale), poi con patch di principio: 32 in safena (casi iniziali o reinterventi), 141 PTFE (poi abbandonato per eccesso di sanguinamento statisticamente significativo), 477 dacron e 9 poliuretano; in 141 casi la carotide interna è stata anche rettilineizzata mediante plicatura. L'eversione si è dimostrata significativamente più rapida (91' vs 113', clampaggio 38' vs 51'), meno emorragica (32 vs 125 cc), gravata da minori complicanze neurologiche centrali e periferiche, in grado di evitare la plicatura (tempo medio 7') in 74 casi mediante reimpianto più prossimale. L'anestesia è stata di principio loco-regionale con blocco C2-C4 (eccetto i primi 18 pazienti e 12 trasformate in generale) per un monitoraggio cerebrale più affidabile e una più snella gestione p.o; 108 casi di anestesia peridurale cervicale e l'associazione con remifentanest in altri 62 non hanno dimostrato vantaggi. Ultimamente, su casi selezionati la CEA viene eseguita attraverso una mini-incisione cutanea di 3-3,5 cm con risultato cosmetico altamente attrattivo, ma rimane da verificare se l'aumentata difficoltà tecnica non si traduce in aumento delle complicanze. A distanza di 3 anni (follow-up 85%) l'1% dei pazienti ha accusato un ictus maggiore omolaterale e l'1,1% una restenosi >70%; 2 carotidi si sono occluse in modo asintomatico. Le due tecniche, aperta e eversione, sembrano sovrapponibili per eventi neurologici maggiori (2 vs 2) e minori (6 vs 4), ma l'eversione è gravata da minori restenosi significative (9 vs 4). Le restenosi, nostre e altrui, per un totale di 20, sono state in genere riperorate, con minimo aumento di lesioni parziali dei nervi cranici, tutte temporanee, e solo 4 inviate a trattamento endovascolare. **Conclusioni.** Questi dati risentono dei diversi periodi storici. Tuttavia indicano che, maturata la necessaria esperienza, è possibile migliorare sensibilmente gli standard internazionali accettati per questa chirurgia (mortality-morbidity 3% negli asintomatici, 6% nei sintomatici) anche in reparti qualificati di chirurgia generale. Ciò è il frutto di continui perfezionamenti tecnici, chirurgici e anestesilogici, e di una meticolosa ricerca della perfezione esecutiva in ogni singolo paziente. In virtù dell'aumentato guadagno terapeutico è stato così possibile ampliare le indicazioni a pazienti che non rien-

trano nei classici criteri e che possono così beneficiare di un "prodotto finito" altamente competitivo, sia in confronto ai centri specialistici maggiori che all'angioplastica percutanea. Quest'ultima nei più recenti studi multicentrici non ha per ora fornito risultati superiori agli standard chirurgici.

Problemi di decision making circa l'addome acuto in gravidanza

L. ROSSIT, A. ROSIGNOLI, M. ZUCCOLO, R. PETRI.
Chirurgia Generale, Azienda Ospedaliera-Universitaria di Udine

Esistono in letteratura occasionali segnalazioni di addome acuto da ernia interna del tenue strozzata attraverso un'orifizio del legamento largo dell'utero. Nessuno di questi è accaduto a donne in gravidanza. Del tutto recentemente abbiamo trattato una giovane donna alla 29^a settimana di gravidanza con una necrosi di circa 80 cm di tenue erniato attraverso una breccia nel legamento largo dell'utero. La paziente è stata sottoposta d'urgenza a laparotomia esplorativa, resezione della porzione di intestino tenue necrotico e chiusura della porta erniaria, alla fine di un parto cesareo resosi necessario per la comparsa di segni di sofferenza fetale dopo l'induzione dell'anestesia. Prendendo spunto da questo caso clinico, abbiamo deciso di approfondire la tematica dell'addome acuto in gravidanza.

Le cause di addome acuto in gravidanza sono molteplici, alcune legate alla gravidanza stessa, altre indipendenti. L'approccio alla paziente gravida non è dissimile da quello alla paziente non gravida, tenendo, però, debitamente conto delle modificazioni anatomiche, fisiologiche e sintomatologiche indotte dalla gravidanza stessa. I pazienti da studiare, inoltre, sono due e non uno solo. La monitoraggio del benessere fetale è indispensabile nella valutazione globale di questi casi. La diagnosi deve essere quanto più precisa possibile: il feto soffre per una diagnosi tardiva, ma anche un intervento inutile sottopone il feto a rischi notevoli. La diagnostica strumentale può e deve essere utilizzata quando vi siano dubbi diagnostici. L'utilizzo delle radiazioni ionizzanti a scopo diagnostico è giustificato e necessario quando queste siano indispensabili per porre la diagnosi. La risonanza magnetica può essere utilizzata con la stessa precisione diagnostica della TC, ma apparentemente, con minori rischi per il feto dopo il I trimestre. La terapia chirurgica della causa dell'addome acuto è la medesima rispetto alla donna non gravida. La laparoscopia può essere utilizzata con sicurezza anche nella donna gravida in ogni trimestre, anche se oltre la 26^a-28^a settimana il volume dell'utero rende difficile una corretta valutazione della cavità addominale. La paziente gravida con addome acuto va trattata in strutture sanitarie di alto livello ed in maniera assolutamente multidisciplinare ad ogni step del processo decisionale, in modo da rendere possibili decisioni rapide e terapie adeguate.

Il trattamento delle recidive emorragiche precoci dell'ulcera peptica: endoscopia o chirurgia?

M. FEZZI, A. TUROLDO, B. PETRONIO, G. METASTASIO, M. ROSEANO, G. LIGUORI

Clinica Chirurgica, Università di Trieste

L'orientamento terapeutico per le ulcere peptiche sanguinanti è oggi a favore del trattamento endoscopico, che ha consentito di ridurre l'incidenza degli interventi chirurgici al 10-20%. Si discute però su quale sia il trattamento da applicare in caso di recidiva emorragica precoce dopo emostasi endoscopica. È, infatti, ancora oggetto di dibattito il confronto tra l'emostasi endoscopica, sempre più efficace, e quella chirurgica e soprattutto quante emostasi endoscopiche possano essere effettuate prima di avviare il paziente alla chirurgia. In quest'ottica è stata valutata in maniera retrospettiva una serie consecutiva di 193 pazienti ricoverati presso il nostro Istituto per ulcera peptica complicata nell'arco di 7 anni. Di questi, 98 presentavano un'emorragia digestiva alta. Tutti i pazienti, eccetto due, sono stati sottoposti all'ingresso ad endoscopia e successivamente, in caso di recidiva emorragica, su indicazione dell'endoscopista ad ulteriore trattamento endoscopico o all'intervento chirurgico. L'efficacia della prima emostasi endoscopica è stata buona (67,2%), per andare decrescendo con il secondo tentativo (25,6%), fino a ridursi sensibilmente nei successivi. Analizzando la mortalità, si è dimostrata una differenza statisticamente significativa tra pazienti operati e non operati. La mortalità è stata significativamente correlata con l'età dei pazienti mentre non si sono evidenziate differenze in rapporto al numero di emostasi endoscopiche effettuate nei diversi pazienti. All'analisi multivariata, in rapporto alla mortalità solo la classe ASA è risultata essere un fattore prognostico indipendente mentre l'età ed il tipo di trattamento si sono situati al limite della significatività statistica. Per quanto riguarda l'incidenza di complicanze i fattori prognostici indipendenti sono l'ASA e l'esecuzione dell'intervento chirurgico. In conclusione, il trattamento delle recidive emorragiche dopo una prima emostasi endoscopica, deve essere ancora endoscopico. Nelle ulteriori recidive precoci il trattamento va concordato con l'endoscopista, vista l'alta percentuale di insuccessi delle endoscopie successive. I risultati immediati sono correlati più con le condizioni generali del paziente che con il tipo di trattamento.

L'appendicite "cronica" costituisce ancora indicazione alla chirurgia?

S. IORIO, S. MARTINOLLI, M. ROSEANO, G. LIGUORI
Clinica Chirurgica, Università di Trieste.

Attualmente si discute se un'appendice riscontrata come normale o scarsamente infiammata in corso di laparoscopia o laparotomia per appendicite acuta debba essere rimossa. D'altra parte molto spesso l'asportazione di

appendicite definite croniche o normali comporta la completa remissione della sintomatologia dolorosa presentata dal paziente.

Per definire se l'appendicite cronica costituisca tuttora indicazione alla chirurgia è stata esaminata retrospettivamente una serie consecutiva di 386 pazienti operati con diagnosi di appendicite acuta. All'intervento l'operatore ha riscontrato un quadro macroscopico di appendicite acuta in tutti i pazienti mentre all'esame istologico l'appendicite è stata definita acuta nel 53% dei casi, cronica nel 43% e normale o sclero-atrofica nel 3%. Dei 166 pazienti in cui l'appendicite è stata refertata come cronica si sono esaminati il quadro clinico preoperatorio, i risultati immediati e la remissione del dolore a distanza. Il quadro clinico preoperatorio era rappresentato da dolore di tipo gravativo o trafittivo nella totalità dei casi, localizzato prevalentemente nella sede tipica e di media intensità. Il 62% dei pazienti aveva avuto progressivi episodi di dolore e il 7% aveva già subito ricoveri ospedalieri per lo stesso motivo. Per quanto riguarda i risultati immediati, l'incidenza di complicanze è stata del 4,2%, e la mortalità è stata pari a 0. Il dolore postoperatorio è durato in media 10 giorni. Il follow-up, di questo gruppo di pazienti, ha avuto una durata media di 36 mesi con un range da 6 a 90 mesi. Il 95% dei controlli non ha più presentato una sintomatologia dolorosa simile a quella preoperatoria. Tra i 7 pazienti che presentavano ancora episodi dolorosi la prevalenza era del sesso femminile. In conclusione l'orientamento è a favore dell'intervento chirurgico in tutti quei pazienti che presentano quadri clinici che possono essere rapportati all'appendicite in quanto vi è il rischio di misconoscere una forma acuta soprattutto nell'anziano e di dover quindi operare tardivamente con maggiori complicanze postoperatorie. Inoltre la maggior parte dei pazienti trae beneficio dall'asportazione dell'appendice anche in assenza di una flogosi acuta istologicamente evidente. Il paziente deve comunque essere informato sulla possibilità che la sintomatologia dolorosa persista anche dopo l'intervento.

Ruolo della surrenectomia monolaterale nella iperplasia nodulare surrenalica bilaterale ACTH indipendente (AIMAH)

M. IACOBONE, G. VIEL, S. ZANELLA, M. FREGO, G. FAVIA
Endocrinochirurgia, Università di Padova

L'iperplasia surrenalica macronodulare bilaterale ACTH-indipendente (AIMAH) è una rara causa di ipercortisolismo endogeno. Il trattamento di scelta è rappresentato dalla surrenectomia bilaterale, che comporta la necessità di un trattamento sostitutivo con steroidi per tutta la vita. Recentemente è stato proposto il ricorso alla surrenectomia unilaterale per ridurre la quantità di tessuto secernente senza dover ricorrere alla terapia sostitutiva. Questo studio prospettico ha avuto appunto l'obiettivo di valutare gli effetti a lungo termine della surrenecto-

mia monolaterale nell'AIMAH sui principali parametri laboratoristici, sulla espressione clinica della malattia e sulla qualità di vita dei pazienti.

METODI: Sette pazienti consecutivi affetti da AIMAH sono stati sottoposti a surrenectomia monolaterale del surrene più voluminoso. Pre e post-operativamente sono stati valutati l'ACTH, i livelli plasmatici ed urinari di cortisolo, la pressione arteriosa, i parametri di controllo glicometabolico e la percezione soggettiva della qualità di vita del paziente (valutata con il questionario SF-36). **RISULTATI:** La morbilità è stata nulla; in un paziente con una voluminosa ghiandola surrenalica controlaterale è stato necessario praticare una surrenectomia bilaterale di completamento 7 mesi dopo a causa di un grave stato di ipercortisolismo persistente. I restanti 6 pazienti sono attualmente considerati liberi da malattia ad un follow up medio di 53 mesi (range 27-68), dal momento che sia i livelli sierici di cortisolo che quelli urinari sono significativamente diminuiti rientrando nel range di normalità; nella norma anche i livelli di ACTH, che sono significativamente aumentati. Sia la pressione arteriosa sistolica che diastolica si sono significativamente ridotte in tutti i pazienti; nel 50% dei casi è stato possibile ridurre il fabbisogno della terapia antipertensiva; nel restante 50% è stato possibile osservare il raggiungimento dello stato normotensivo anche dopo sospensione della terapia. Il 40% dei pazienti affetti da diabete o da intolleranza ai glucidi è risultato guarito, mentre un altro 40% ha mostrato una riduzione del fabbisogno di terapia ipoglicemizzante. La valutazione della qualità di vita tramite SF-36 ha mostrato un miglioramento significativo in tutti i casi.

CONCLUSIONI: La surrenectomia monolaterale del surrene più voluminoso rappresenta un trattamento efficace dell'AIMAH, nei casi in cui vi sia un interessamento asimmetrico. Tale strategia può determinare una remissione a lungo termine dell'ipercortisolismo, migliorare i livelli pressori arteriosi, il controllo glucometabolico e la qualità di vita del paziente. E' comunque necessario un follow up prolungato, al fine di eseguire una surrenectomia controlaterale di completamento in caso di recidiva dell'ipercortisolismo.

Chirurgia iterativa nelle recidive addominali di carcinoma del colon

F. DI BAROLO, A. CUVIELLO, G. GEMO, L. GRIGGIO
U.O.C. di Chirurgia, Ospedale di Arzignano, U.L.S.S. 5 "Ovest Vicentino"

La carcinosi peritoneale rappresenta una delle cause più frequenti di decesso nei pazienti affetti da carcinoma coloretale. Se non trattata, si associa ad una sopravvivenza media di circa 6-12 mesi. Un approccio aggressivo mediante citoreduzione chirurgica e chemioterapia ipertermica intraperitoneale potrebbe migliorare la sopravvivenza in questi pazienti.

CASO CLINICO: Una donna di 30 anni veniva ricoverata per la comparsa di dolori addominali ricorrenti in fossa iliaca destra. L'ecografia dimostrava la presenza di una neoformazione pelvica che al successivo intervento chirurgico risultava trattarsi di adenocarcinoma del cieco. La paziente veniva pertanto sottoposta ad emicolectomia destra. Nei due anni successivi la paziente è stata sottoposta complessivamente a cinque ulteriori interventi chirurgici per la comparsa di una metastasi epatica al primo segmento e quattro recidive pelviche di carcinosi peritoneali. Quest'ultime sono state trattate mediante peritonectomia "à la demande" e chemioterapia ipertermica intraperitoneale. Non ci sono state complicanze postoperatorie e all'ultimo follow-up la paziente non presenta recidiva della malattia.

DISCUSSIONE: La carcinosi peritoneale da carcinoma coloretale, quando rappresenta l'unica manifestazione di recidiva della malattia, andrebbe considerata come malattia localizzata all'addome e non come stadio terminale. Negli ultimi anni numerosi studi hanno dimostrato che la citoreduzione chirurgica iterativa e la chemioterapia intraperitoneale ipertermica intraoperatoria migliorano la sopravvivenza in questi pazienti, analogamente a quanto già praticato per altri tipi di tumori (es. ovaio e appendice). Tuttavia è ancora oggetto di discussione quali criteri utilizzare per la selezione dei pazienti da sottoporre a tali procedure. I fattori prognostici più importanti sembrerebbero l'estensione della carcinosi, la possibilità di asportare completamente la recidiva senza residui macroscopici (CCR-0) e l'assenza di malattia extra addominale. Per i pazienti nei quali non è possibile eradicare completamente la recidiva, il debulking chirurgico può solamente migliorare la qualità di vita residua, ma non la sopravvivenza.

GIST del tenue: caso clinico e revisione della letteratura.

M. PALAZZI, G. PAPACCIO, V. PEZZANGORA, E. ANCONA, R. MERENDA
U.O. Chirurgia Generale, Ospedale di Mestre-Venezia, ULSS 12

I GIST (Gastrointestinal Stromal Tumors) rappresentano un gruppo distinto di tumori mesenchimali del tratto gastrointestinale che traggono origine dalle cellule interstiziali di Cajal coinvolte nella motilità autonoma intestinale e rappresentano le neoplasie più frequenti del piccolo intestino, seguiti da linfomi e adenocarcinomi. Il piccolo intestino è la seconda sede di più frequente riscontro (20-40%) dei GIST dopo lo stomaco (60%-70%), seguiti dal colon-retto (5-15%), esofago (5%), omento, mesentere e retroperitoneo. Il grado di malignità si correla al numero delle mitosi, alle dimensioni del tumore e alla presenza di metastasi; inoltre sembra che la localizzazione a livello del piccolo intestino, a parità di lesione abbia una maggiore aggressività di quella a livello gastrico. Marcatore immunofenotipico carat-

teristico di questo gruppo di tumori è l'espressione di KIT, proteina di membrana tirosin-chinasi di tipo III (antigene CD 117); un sottogruppo (10-15 %) di GIST, che soddisfa i criteri clinici e morfologici dei tumori mesenchimali del tratto gastrointestinale tuttavia non presenta l'espressione di KIT. Clinicamente i GIST del piccolo intestino possono manifestarsi con una sintomatologia vaga ed aspecifica, algie addominali croniche, riscontro di massa palpabile, sanguinamento occulto, oppure esordire con sintomatologia occlusiva, perforazione, enteroragia. Il trattamento dei GIST primitivi è chirurgico e l'approccio laparoscopico può essere considerato di scelta per le caratteristiche biologiche di tali tumori. Infatti non sono necessari ampi margini per ottenere una resezione curativa né una linfadenectomia estesa, essendo raro un coinvolgimento linfonodale. Tuttavia sono riportati in letteratura solo piccole casistiche di GIST del tenue trattati per via laparoscopica.

Riportiamo il caso di una paziente di 69 anni, che si è presentata alla nostra attenzione per algie addominali vaghe insorte da alcuni mesi ed associate al riscontro di massa palpabile al fianco sinistro. Gli accertamenti preoperatori eseguiti hanno confermato la presenza di una lesione vascolarizzata delle dimensioni di 4 cm di diametro. La paziente è stata sottoposta ad intervento chirurgico di laparoscopia esplorativa con riscontro di neoformazione di circa 4 cm del tenue ad estrinsecazione antimesenterica; è stata quindi eseguita una resezione segmentaria di tenue con confezionamento di anastomosi T-T attraverso minilaparotomia di servizio mediana. L'esame istologico ha evidenziato la presenza di tumore stromale intestinale (GIST) a cellule fusate a basso rischio, CD117 (c-Kit) negativo. In assenza di una sintomatologia specifica e di un quadro radiologico non dirimente, la scelta di una laparoscopia esplorativa è risultata essere procedura diagnostica e al contempo terapeutica associando i vantaggi della chirurgia mininvasiva.

Una insolita complicanza dopo VLC

Cojutti, G. Dado, A. Conte, C. Della Bianca
Tolmezzo

L'intervento di colecistectomia videolaparoscopica può riservare numerose insidie intra- e post-operatorie anche al chirurgo più esperto, soprattutto nei casi di colecisti infiammate o pazienti plurioperati. Nel giugno 2005 si presentò una complicanza piuttosto insolita dopo intervento di videolaparocolecistectomia non comunemente citata tra quelle classiche.

Si tratta della storia di un paziente di 50 anni, senza anamnesi di rilievo, che abbiamo operato in urgenza di videolaparocolecistectomia per una colecistite acuta litiasica empiematosa. Il decorso in 1° e 2° giornata postoperatoria è stato regolare. In 3° giornata però si presentò un quadro di occlusione intestinale con abbondante

vomito e ristagno gastrico. Dagli accertamenti radiologici eseguiti (RX TD e poi TC addome) risultò una stenosi della prima ansa digiunale da trombosi acuta della v. mesenterica superiore e del ramo epatico destro della v. porta. Fortunatamente per il paziente il quadro occlusivo si risolse in 20° giornata in maniera conservativa e fu dimesso dopo 1 mese di ricovero con terapia anti-coagulante orale. Le indagini dei fattori della coagulazione evidenziarono un deficit della proteina C su base familiare (linea materna) non noto all'anamnesi iniziale. Dopo 1 anno il paziente presentò altri due episodi subocclusivi trattati in maniera conservativa. A distanza di due anni dall'evento acuto riferisce solo un senso di "fastidio post-prandiale" ma non mostra segni di malassorbimento e non è calato di peso. La TC addome eseguita in maggio 2007 mostra un quadro di trombosi venosa mesenterica superiore con circoli collaterali venosi.

L'ischemia mesenterica acuta rappresenta il 2% della patologia acuta addominale. Di esse il 60% è su base occlusiva e di queste solo il 10% da ostruzione venosa. Fattori predisponenti come disordini protrombotici e fatti infiammatori acuti addominali spesso sono alla base di questi eventi ischemici mesenterici. Dagli anni '90 è cambiato l'atteggiamento dei chirurghi nei confronti di tale patologia in senso conservativo, quando naturalmente non vi siano segni di peritonite in corso. Non esistono tuttavia in Letteratura studi sufficienti per programmare uno screening o delle misure preventive ai parenti di familiari affetti da tali disordini.

La tiroidectomia totale nel gozzo benigno eutiroideo.

S. PATAUNER, F. MICELI, H. PERNTHALER

La Chirurgia, Ospedale di Bolzano.

Obiettivo: La tiroidectomia totale elimina il rischio di recidiva nel gozzo benigno. Quest'analisi retrospettiva descrive la morbilità associata alla tiroidectomia totale.

Metodo: I dati dei casi clinici operati nel periodo dal 01.01.2000 ed il 20.11.2007 con indicazione gozzo benigno eutiroideo sono stati analizzati in maniera retrospettiva. Un totale di 82 pazienti (f= 64, m= 18), età media 52,7 anni (19-83) sono stati sottoposti ad intervento di tiroidectomia totale (<1g tessuto tiroideo residuo) per questa indicazione. Il 65% delle tiroidectomie totali sono state effettuate da un unico chirurgo. Tutti i pazienti hanno effettuato una laringoscopia prima e dopo l'intervento chirurgico ed un esame del Ca++ nel siero pre- e post-operatorio.

Risultati: La percentuale di paralisi definitive del n. laringeo ricorrente e di casi di ipoparatiroidismo definitivo (oltre 6 mesi) dopo tiroidectomia totale effettuata da 5 chirurghi è risultata essere 1,2% per entrambe le morbilità; il 65% dei casi operati da un singolo chirurgo mostra un tasso di 0,0% per le stesse morbilità.

Conclusioni: I dati qui presentati dimostrano che la tiroidectomia totale nei casi di gozzo benigno eutiroideo al fine di evitare la possibilità di recidiva, come presente nel caso di tiroidectomia subtotale, comporta una morbilità molto bassa, che può essere portata verso 0% con esperienza maturata.