La nostra esperienza in tema di tumori duodenali

Ann. Ital. Chir., LXXI, 3, 2000

L. Napolitano*, A. D'Aulerio*, E. Gargano*, D. Angelucci**

Università degli Studi di Chieti
*Dipartimento di Scienze Chirurgiche
**Istituto di Anatomia Patologica

Abstract

DUODENAL TUMORS: OUR EXPERIENCE

The authors report 3 cases of benign duodenal tumors and one case of duodenal cancer.
In two cases the benign tumors were adenomatous polyps, in one case with signs of dysplasia. One case of benign tumor was a lipoma.
All the three benign tumors were removed through a duodenotomy, in one case associated with a sphincteroplasty.
The case of duodenal cancer, arisen in a patient operated since 24 years with a gastric resection, was treated with a Whipple technique but for the very old age and the bad health conditions, the patient died in 11th post-operative day for myocardium infarct.
Key words: Duodenal tumors, rare gastrointestinal tumors.

La localizzazione tumorale a carico del duodeno rappresenta una evenienza di riscontro non frequente. È da rilevare, inoltre, come in tale sede siano state maggiormente descritte forme tumorali benigne rispetto a neoplasie maligne.
Secondo E. Santoro (1994) (6) nel duodeno sono presenti il 35% delle neoplasie benigne ed il 17% dei tumori maligni di tutto l'intestino tenue.
River (5) già nel 1956 riscontrava in un ampia rassegna della letteratura comprendente circa 1400 casi di neoplasie benigne del tenue una localizzazione duodenale in 198 casi. Nella rassegna di E. Santoro (1994) (6) la localizzazione neoplastica maligna a carico del duodeno si riscontrava nello 0,3% di tutte le neoplasie del tratto digestivo.
Data la rarità di tali localizzazioni neoplastiche riteniamo interessante la presentazione di tre casi di tumori benigni e di un caso di adenocarcinoma del duodeno venuti alla nostra osservazione.
Il caso di neoplasia maligna è stato già da noi presentato in una precedente pubblicazione e riteniamo di riportarlo qui solo per il rapporto e le correlazioni con gli altri casi a carattere benigno (3).

Studio clinico

P.L. 58 aa. di sesso maschile. Nulla di notevole nell'anamnesi fisiologica e patologica remota. Da circa un anno episodi di dolori saltuari ai quadranti addominali superiori in genere post prandiali accompagnati da nausea e vomito della durata di 30', 40'.
Nulla all'esame obiettivo. All'esame endoscopico presenza di formazione polipoide delle dimensioni di 3 cm x 3 con larga base di impianto in corrispondenza della porzione sopra ampollare del II tratto del duodeno.
All'intervento si esegue duodenotomia nella II porzione duodenale e si asporta formazione polipoide delle dimensioni di 3 cm x 3. Duodenorrafia. All'esame istologico si dimostra trattarsi di un lipoma. Il pz. esce guarito in x giornata. A distanza di 3 anni sta bene.

M.G. 51 aa. di sesso femminile. Nulla all'anamnesi familiare e nella patologica remota. Da circa tre aa. la pz. soffre di disturbi dispeptici e dolorosi epigastrici diagnosticati come "gastritici". Essendosi accentuata la sintomatologia dolorosa ed essendo comparsi alcuni episodi di melena veniva eseguita una gastroscopia circa un anno fa che evidenziava alcune piccole lesioni ulcerative a carico della regione angolare dello stomaco. Negativa la ricerca dell'H.P.
La pz. veniva trattata con terapia anti H2 ma non essendo scomparsa la sintomatologia dolorosa si ricoverava nel ns. Istituto ove un esame endoscopico dimostrava una cicatrizzazione delle lesioni erosive gastriche mentre a carico della II porzione duodenale si evidenziava formazione polipoide plurilobulata facilmente sanguinante delle dimensioni di circa 3 – 4 cm ad impianto sessile. All'interven-

Pervenuto in Redazione il 12 Maggio 1999

to si eseguiva duodenotomia sulla II porzione ed asportazione di formazione polipoide ad impianto sessile delle dimensioni di circa 4 cm in corrispondenza del tratto ampollare. Si eseguiva quindi anche sfinterotomia, colecistectomia e drenaggio transcistico. Il drenaggio, previo controllo colangiografico, veniva rimosso in x giornata. L'esame istologico dimostrava trattarsi di polipo adenomatoso tubulare. La pz. veniva dimessa guarita in XIV giornata. A distanza di tre mesi dall'intervento sta bene.

G.S. 51 aa. di sesso femminile. Nulla di notevole nell'anamnesi familiare. Nella patologica remota: quadrantectomia e svuotamento ascellare sin. 3 aa. fa'. Da circa 4 mesi sintomatologia dolorosa a carattere peristaltico particolarmente nei quadranti addominali superiori accompagnata talora da episodi di nausea e vomito. Nulla all'esame obiettivo. All'esame endoscopico gastro-duodenale reperto di formazione polipoide di circa 2 cm di diametro in corrispondenza della II porzione duodenale in sede sopra ampollare ad impianto sessile non asportabile per via endoscopica. All'intervento, mediante duodenotomia della II porzione, si asporta formazione polipoide del diametro di 3 cm x 2 ad impianto sessile ed il tratto duodenale sul quale si impianta la tumefazione. Duodenorrafia. All'esame istologico: polipo duodenale con aree di displasia.
Esce guarita in x giornata. Ad un anno dall'intervento sta bene.

V.M. 81 aa. Di sesso maschile operato 24 aa. prima di resezione gastrica sec. B II per ulcera duodenale.
È stato bene fino a circa due aa. fa quando ha cominciato ad avvertire progressiva astenia, dimagramento (circa 7 kg in due anni) e anemizzazione.
Negli ultimi due mesi ha accusato due-tre episodi di melena in una occasione accompagnata da modesta ematemesi.
Il paz. si presenta notevolmente defedato senza significativi reperti obbiettivi ove si eccettui la presenza di cicatrice xifo-sottombelicale, in rapporto al precedente intervento, ben consolidata.
All'esame emocromocitometrico si dimostra una marcata anemizzazione con G.R. 3.180.000, HGB 8, ed ematocrito 25,3%, Bilirubina totale 2 mg%.
L'esame endoscopico mostra "Esiti di gastroresezione sec B II, trancia gastrica con rilievo plicale regolare, rima anastomotica con mucosa pallida, presenza di succo gastrico con modica quantità di sangue fresco. L'imbocco ed i primi cm dell'ansa afferente non dimostrano rilievi patologici".
All'indagine ecografica addominale si rileva "In sede sotto epatica una formazione a margini piuttosto netti, ad ecostruttura disomogenea, di forma grossolanamente rotondeggiante, del diametro longitudinale massimo di 10 cm. Il pancreas è scarsamente visualizzabile".
All'esame TAC con mezzo di contrasto si rileva lateralmente alla testa del pancreas una voluminosa neoformazione solida che misura nei piani assiali un diametro massimo di 6 cm che mostra una buona vascolarizzazione con intensa impregnazione di m.d.c. Essa è delimitata all'esterno da una parete vascolarizzata netta e sottile. Il suo sviluppo cranio-caudale segue il percorso del II tratto del duodeno fino al ginocchio inferiore. Concomitano dilatazione delle vie biliari e del dotto di

Fig. 1

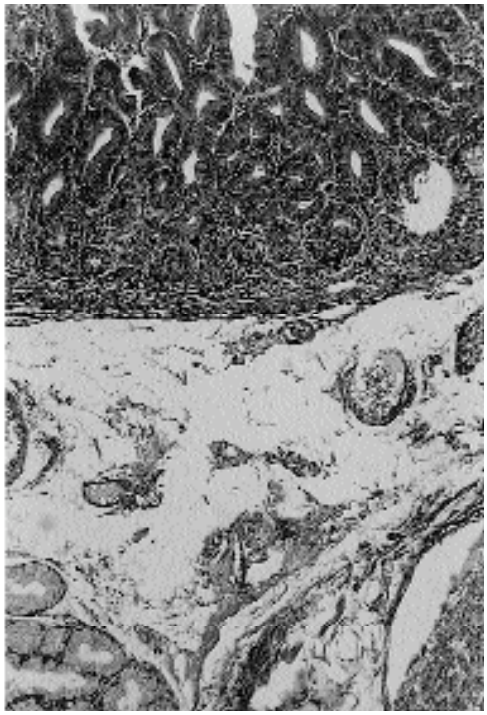

Fig. 2

Fig. 1: Foto intraoperatoria. Dalla duodenotomia viene fatto protrudere polipo con larga base di impianto (All'es. istologico: lipoma).

Fig. 2: E.E. 100x Polipo adenomatoso senza note displasiche.

Fig. 3: E.E. 100x Polipo adenomatoso con note displasiche. A ds. epitelio normale, a sin. ghiandole displasiche.

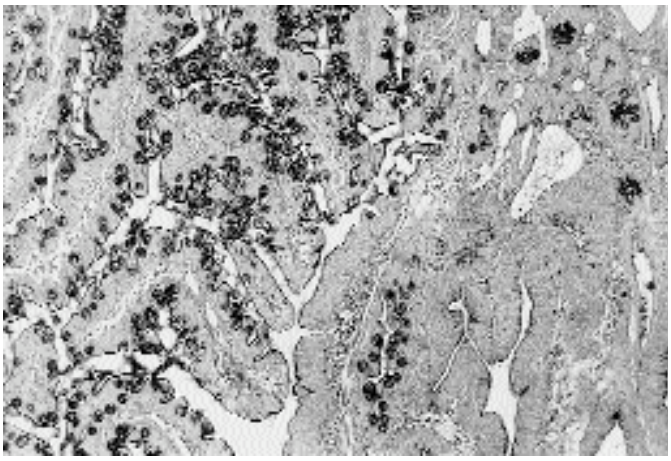

Fig. 4: PAS 100x A sin. perdita focale della secrezione con riduzione dell'orletto adsorbente Pas-positivo.

Wirsung. Il quadro radiologico depone per neoplasia endoduodenale.
Nonostante l'età e le condizioni scadute del pz., dato il ripetersi di episodi di emorragia, si decideva di sottoporlo ad intervento chirurgico dopo l'effettuazione di alcune trasfusioni.
All'intervento si repertava una voluminosa tumefazione che interessava tutta la seconda porzione duodenale in pz. resecato sec. B II., mentre il coledoco appariva discretamente dilatato e la colecisti discretamente distesa. Si eseguiva duodeno cefalo pancreasectomia secondo Whipple con anastomosi pancreatico digiunale termino-terminale con telescopaggio ed epatico-digiunostomia ter-laterale monostrato su ansa esclusa ad y ed anastomosi latero-terminale con il tratto prossimale dell'ansa efferente della pregressa gastro resezione.
L'esame macroscopico del pezzo operatorio dimostrava la presenza di una neoplasia ad aspetto villoso occupante tutta la II seconda porzione duodenale e stenosante il coledoco ed il dotto di Wirsung che, peraltro risultavano indenni da invasione neoplastica.
L'esame istologico dimostrava trattarsi di un adenocarcinoma a partenza duodenale mediamente differenziato con iniziale interessamento della testa del pancreas. I linfonodi asportati risultavano indenni.
Il pz. superava bene l'immediato periodo post operatorio ma in undicesima giornata presentava episodio infartuale del miocardio cui conseguiva l'obitus.

Discussione

I tumori duodenali rappresentano, come si è rilevato, una evenienza non frequente ma probabilmente tale incidenza è destinata ad aumentare data la maggiore diffusione degli esami endoscopici e quindi le maggiori possibilità diagnostiche (1). Bisogna infatti tenere presente come Raiford (1952) (4) in 88 tumori dell'intestino tenue raccolti in letteratura nel 45%, rilevasse trattarsi di forme asintomatiche, nel 17% di pazienti con disturbi di modesta entità e solo nel 37% di manifestazioni sintomatiche particolarmente evidenti. Già si è rilevato in precedente pubblicazione (3) come anche nelle neoplasie maligne del

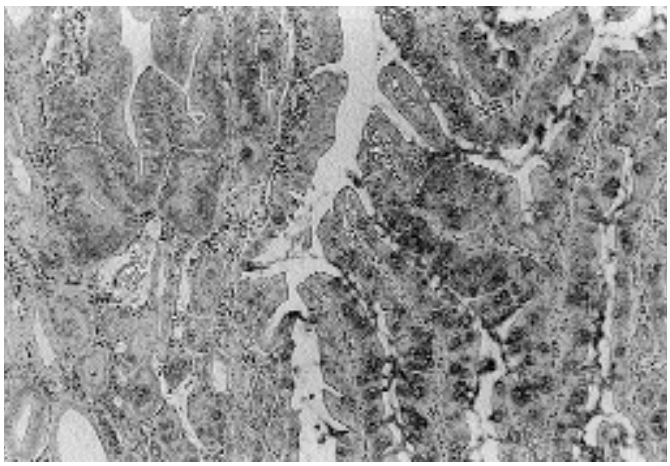

Fig. 5: Alcian 100x A sin. area displasica con perdita della secrezione di mucopolisaccaridi acidi Alcian-positivi.

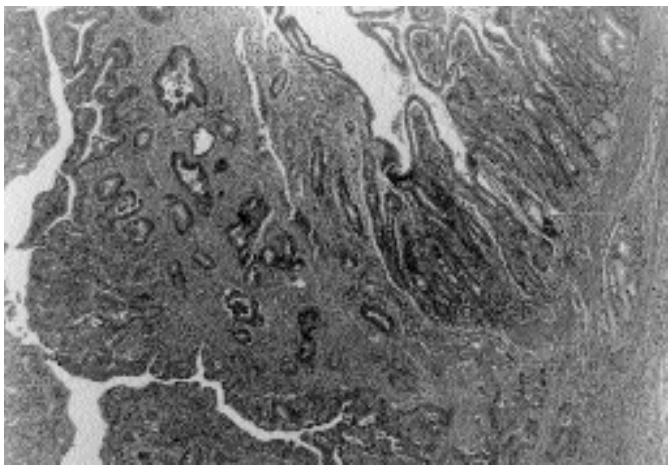

Fig. 6: E.E. 40x Carcinoma duodenale.

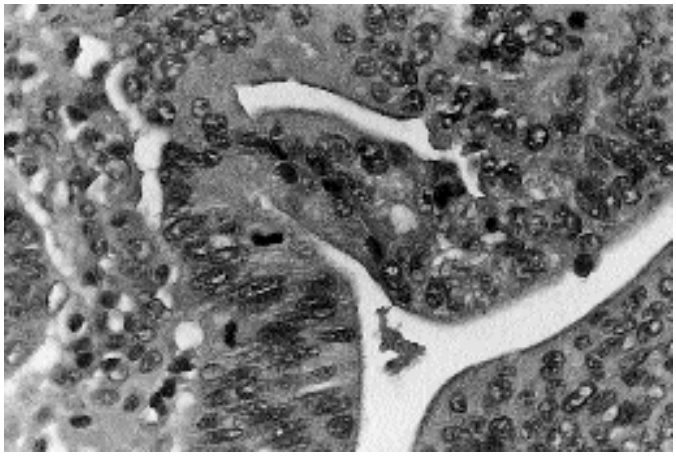

Fig. 7: E.E. 200x Lo stesso caso della figura precedente a maggior ingrandimento.

duodeno la comparsa della sintomatologia specifica e quindi della diagnosi sia ancor oggi tardiva con evidenti conseguenze negative sulla terapia e sulla prognosi. In una percentuale non indifferente di casi i tumori duodenali vanno inquadrati in sindromi geneticamente determinate interessanti diffusamente l'apparato digerente, come la poliposi familiare o la sindrome di Gardner, di Lynch, di Turcot o altre sindromi multiendocrine.
In alcune di tali sindromi, quali la poliposi familiare, il pericolo di degenerazione maligna anche dei polipi duodenali è particolarmente elevato essendo stato valutato tra il 3 ed il 12% (6).
Tuttavia anche nelle forme adenomatose semplici il pericolo di trasformazione maligna non deve essere sottovalutato (7, 8). Nei casi da noi operati di polipi a carattere adenomatoso in un paziente si è rilevato un adenoma senza segni di displasia, in un secondo un adenoma con note di displasia, mentre in un terzo si trattava di un carcinoma invasivo a carattere vegetante.
Si è pertanto riscontrata, sia pure in pazienti diversi, tutta la successione e l'evoluzione da una forma adenomatosa benigna ad un carcinoma invasivo. Risulta pertanto evidente l'indicazione assoluta all'asportazione di tutti i polipi adenomatosi o villosi del duodeno.
Per le forme a carattere probabilmente amartomatoso, come nel paziente da noi operato nel quale la formazione polipoide risultava essere un lipoma, l'indicazione operatoria potrà venire da una difficoltà diagnostica o dalla presenza di una sintomatologia clinica del paziente.
È evidente come nelle formazioni polipoidi peduncolate l'asportazione endoscopica possa spesso risultare risolutiva ove non vi sia interessamento neoplastico del peduncolo e della adiacente parete duodenale. Nelle forme particolarmente voluminose (oltre i 2-3 cm di diametro) e soprattutto nelle forme ad impianto sessile sarà invece indicato l'intervento chirurgico.
In una precedente pubblicazione abbiamo riportato l'indicazione ad una D.C.P. o ad una resezione duodenale nelle forme duodenali maligne a seconda della sede e della estensione della neoplasia (3).

Riassunto

Gli Aa. presentano 3 casi di tumori benigni del duodeno ed un caso di carcinoma del duodeno.
In due casi si trattava di polipi adenomatosi; in un caso di essi con note di displasia, in un caso di un lipoma. In tutti e tre i casi di tumori benigni l'asportazione è stata eseguita per via duodenotomica, in un caso associata a sfinteroplastica.
Nel caso di carcinoma duodenale insorto in un paziente operato 24 aa. prima di resezione gastrica è stata eseguita una D.C.P. ma per l'età avanzata e le cattive condizioni generali il paziente è deceduto in XI giornata post operatoria per infarto del miocardio.
Parole chiave: Tumori duodenali, tumori gastrointestinali rari.

Bibliografia

1) Matsui K., Kitagawa M.: *Biopsy study of polyps in the duodenal bulb.* Am J Gastroenterol, 88(2):253-7, 1993.

2) Melita P., Calbo L., Cucinotta E., Gorgone S., Palmeri R., Lazzara S., Melita G.: *Primary adenocarcinoma of the duodenum.* Chir Ital, 48(4):1-4, 1996.

3) Napolitano L., Gargano E., Napolitano A.M.: *Su di un caso di carcinoma insorto su moncone duodenale consecutivo a gastro-resezione.* Ann Ital Chir, LXX, 1:111-114- 1999.

4) Raitford T.: *Tumor of the small intestine; their diagnosis with special reference to x-ray appearance.* Am J Roenterol, 67:777, 1952.

5) River L., Silverstein J., Tope J.W.: *Benign neoplasm of the small intestine: a critical comprehensive review with report of 20 new cases.* Int Abstr Surg, 102:1-38, 1956.

6) Santoro E., Sacchi M., Scutari F.: *I tumori maligni primitivi del duodeno e della papilla di Vater.* Relazione 96° Congr Soc It Chir, Roma 1994.

7) Seifert E., Schulte F., Stolte M.: *Adenoma and carcinoma of the duodenum and papilla of Vater: a clinicopathologic Study.* Am J of Gastroenterol, 87, 1:37-42, 1992.

8) Sellner F., Machacek E.: *Zur entsehung der Karzinome der papilla Vateri über eine Adenom-Karzinom Sequenz.* Wien Clin Wochenschr 98:182, 1986.

Autore corrispondente:

Dott. Luca NAPOLITANO
Via De Caesaris, 12
65126 PESCARA