

Società Triveneta di Chirurgia

Riunione a tema libero

del 19 Febbraio 2010



Ann. Ital. Chir., 2010; 81: 231-236

Il giorno 19 Febbraio 2010 si è tenuta a Padova, sotto la Presidenza del Prof. G.Favia, la riunione a tema libero della Società Triveneta di Chirurgia e sono state presentate una serie di comunicazioni delle quali viene riportato l'abstract

Malattia diverticolare complicata del colon destro

P. TARCHI, M. KOSUTA, U. GINANNESCHI, A. ADAMI, N. DE MANZINI (Trieste)

La Malattia diverticolare del colon destro presenta una prevalenza nettamente maggiore nei paesi Asiatici rispetto a quelli Occidentali, dove ancora oggi rappresenta una evenienza poco frequente: riguarda circa il 5% della popolazione e solo nell'1.5% dei casi si manifesta acutamente. La presentazione clinica della diverticolite del colon destro risulta di difficile distinzione da un quadro di appendicite acuta. La diagnosi differenziale comprende infatti le malattie infiammatorie croniche come il Morbo di Crohn, le neoplasie maligne, i corpi estranei con perforazione del viscere stesso o anche più rari casi di tubercolosi intestinale. Numerosi studi presenti in Letteratura riportano percentuali di diagnosi preoperatoria corretta che variano solo dal 4 al 16% dei casi. L'incidenza di diverticolite acuta destra riscontrata durante intervento d'urgenza per presunta appendicectomia nell'adulto è stata quotata pari ad 1 ogni 300 casi nei paesi Occidentali versus 1 ogni 34 in quelli Orientali. Al fine di ottenere una corretta diagnosi preoperatoria gli esami strumentali diventano quindi di basilare importanza nell'inquadramento del dolore acuto in fossa iliaca destra, soprattutto in pazienti già appendicectomizzati o con quadri clinici dubbi. La TC dell'addome, l'ecografia e la Risonanza Magnetica sono state descritte come modalità efficaci per la differenziazione preoperatoria. La TC risulta in particolare lo strumento diagnostico più utile, grazie alla possibilità di dimostrare sia i segni intraluminali che extracolici di tale malattia.

Nei casi di diverticolite acuta complicata è necessario l'intervento d'urgenza quale l'emicolectomia destra con anastomosi diretta se possibile, che andrebbe eseguita sempre di fronte a quadri complicati o quando una neoplasia maligna viene sospettata.

Quando invece la malattia si presenta con quadri più moderati la resezione chirurgica elettiva dovrebbe essere indicata solo in pazienti con attacchi frequenti.

Manca comunque un consenso univoco sul trattamento della diverticolite acuta destra semplice: la maggior parte degli autori propone il trattamento conservativo, giu-

stificato dal decorso più indolente della diverticolosi del colon destro rispetto al colon sinistro, associato alla successiva resezione elettiva solo in casi selezionati, dal momento che la recidiva di malattia raramente richiede un intervento chirurgico urgente.

Di seguito presentiamo **due casi clinici** di diverticolite acuta complicata del colon destro riguardanti due pazienti giovani di sesso maschile, studiati preoperatoriamente con TC e pancolonscopia e quindi operati in regime d'urgenza di emicolectomia destra.

Resezione addominoperineale videolaparoscopica: video di un caso clinico

S. RAMPADO, R. CRESTI, A. CUVIELLO, A. DONFRANCESCO, A. BASSO, S. CAPITANIO, L. GRIGGIO (Arzignano)

La colectomia laparoscopica è associata con minor morbilità globale e miglior sopravvivenza nei pazienti con carcinoma del colon. Ci sono sfortunatamente pochi reports clinici sulla resezione addominoperineale laparoscopica per il carcinoma del retto basso e dell'ano. Presentiamo il video di un caso clinico.

CASE REPORT

Si tratta di una donna di 49 anni, giunta alla nostra osservazione per carcinoma dell'ano. La paziente, in stadio localmente avanzato di malattia, veniva avviata a trattamento radioterapico combinato con 5-Fluorouracile e Mitomicina C. Per la persistenza di malattia, nell'ottobre del 2008, la paziente veniva sottoposta ad intervento chirurgico di resezione addominoperineale videolaparoscopica. L'esame istologico mostrava trattarsi di carcinoma squamoso del canale anale, infiltrante la parete a tutto spessore, il tessuto adiposo e la parete vaginale ab estrinseco. I linfonodi risultavano tutti indenni da neoplasia (p T4N0M0).

Il decorso post-operatorio è risultato del tutto regolare. La paziente si è canalizzata ed ha iniziato ad alimentarsi per os, in 2^a giornata ed è stata dimessa in 5^a giornata post-operatoria. Ad un follow up di 15 mesi è viva e libera da malattia.

CONCLUSIONE

La resezione addominoperineale laparoscopica è fattibile e sicura; presenta indubbi vantaggi rispetto alla tecnica open in termini di riduzione del dolore e delle complicanze settiche, minore manipolazione della neoplasia e minore richiesta di trasfusioni di sangue, più rapido ripri-

stino della funzione intestinale con ridotta degenza ospedaliera. I risultati oncologici sembrano comparabili a quelli ottenuti con la tecnica open.

ERCP per sospetto di calcolosi della via biliare principale dopo colangio-RMN: Risultati su 152 pazienti.

L. POLESE, A. TREGNAGHI, I. ANGRIMAN, F. ERROI, N. NERI, M. FREGO, M. MUNG., U. CILLO, L. NORBERTO. (Padova)

I pazienti con litiasi della colecisti presentano calcoli a carico della via biliare principale (VBP) nel 15-20% dei casi. Più raramente i calcoli possono formarsi primitivamente nella stessa VBP. La presenza di calcoli della VBP può essere complicata da colangite suppurativa e pancreatite, con associato rischio di mortalità. Per tale ragione è consigliabile diagnosticare i calcoli della VBP e rimuoverli quando questi vengono riscontrati. Il sospetto di calcoli della VBP viene da segni clinici come l'ittero, rialzo degli indici biochimici di colesterolemia, segni radiologici di dilatazione dei dotti biliari intra o extraepatici. La colangiografia magnetica (MRCP) rappresenta una metodica diagnostica non invasiva con alta capacità diagnostica per la calcolosi della via biliare principale. Essa presenta una sensibilità ed una specificità rispettivamente dell'85% e del 93%. La colangiografia retrograda (ERCP), metodica invasiva, ha invece primariamente un ruolo terapeutico nella gestione dellacoledocolitiasi, con un tasso di successo tra il 70% ed il 90%. L'esecuzione della MRCP in presenza di un sospetto dicoledocolitiasi permette di limitare l'uso della ERCP ai casi con precedente conferma diagnostica. A volte però i calcoli descritti alla MRCP non vengono riscontrati nel corso della colangiografia operativa. Si pensa che in questo caso l'espulsione spontanea dei calcoli rappresenti l'evento principale.

SCOPO

Valutare con quale frequenza si verifichi l'espulsione spontanea dei calcoli.

METODO

Sono stati analizzati tutti i casi consecutivamente trattati per via endoscopica retrograda per calcolosi della VBP previa diagnosi effettuata con MRCP nel periodo compreso tra aprile 2005 e dicembre 2009. Sono stati inoltre prospetticamente raccolti dati anamnestici (pregressa colecistectomia e/o papillotomia) e gli indici biochimici di colesterolemia: bilirubina diretta, ALP, GGT, AST, ALT.

RISULTATI

Sono stati reclutati nello studio 152 pazienti. La colangiografia retrograda è stata completata in 134 pazienti (88,15%), 68 femmine e 66 maschi, età media 67 anni, range 6-94 anni. Sessantasei pazienti erano già stati operati di colecistectomia, gli altri 68 presentavano litiasi della colecisti e della VBP. Il tempo intercorso tra ERCP

e MRCP è stato in media di 13 giorni. Nel 76% dei casi era inoltre presente dilatazione del coledoco, mentre nel 50% era presente dilatazione intraepatica. Il numero di difetti endoluminali visti alla MRCP erano 1 in 68, 2 in 24, 3 o più in 42 pazienti. La dimensione media del difetto era di 6,3 mm. I calcoli sono stati confermati all'ERCP in 105 pazienti (78%), mentre in 34 (22%) non erano presenti alla colangiografia retrograda. Il passaggio spontaneo dei calcoli è risultato proporzionale alle dimensioni, con una frequenza del 36% per i calcoli <7mm, del 10% per i calcoli con diametro tra 7 ed 8 mm, mentre nessun calcolo di dimensioni superiori a 8 mm è risultato essere stato espulso spontaneamente. L'analisi univariata dei fattori predittivi di espulsione dei calcoli ha dimostrato significativamente correlate le dimensioni del calcolo ($p < 0,001$) e l'assenza di dilatazione coledocica ($p < 0,01$). L'analisi multivariata ha confermato la significativa correlazione con le dimensioni del calcolo.

CONCLUSIONI

L'espulsione del calcolo è frequente per i calcoli di piccole dimensioni ed è un fenomeno che va preso in considerazione nei pazienti ad alto rischio per essere sottoposti ad una ERCP, in cui sia stato diagnosticato un piccolo calcolo coledocico alla colangio-RMN ed in cui ci sia stato un miglioramento clinico e biochimico significativo.

Il ruolo della fistulosopia nel drenaggio delle raccolte pancreatiche

L. RODELLA, GL MANGIANTE, F. LOMBARDO F. CATALANO, A. CEROFOLINI, W. EL KHEIR (Verona)

L'interesse crescente per tecniche minimamente invasive e la necessità di limitare i procedimenti chirurgici e la degenza ospedaliera delle gravi necrosi infette pancreatiche e delle fistole enteriche ha indirizzato alla elaborazione di nuovi procedimenti per la loro risoluzione. Ora, al controllo diretto si aggiunge la possibilità di una pulizia mirata dei cenci necrotici contenuti nelle cavità peritoneali e retroperitoneali senza il ricorso alla chirurgia. Mediamente, il ricorso alla chirurgia tradizionale è di circa 3 laparotomie per paziente con una mortalità tra il 25 e il 60 %.

IL DRENAGGIO ENDOSCOPICO PERCUTANEO (FISTULOSCOPIA)

Nell'Istituto di 1° Chirurgia Clinicizzata dell'Università di Verona, abbiamo posto queste indicazioni all'esecuzione di una fistulosopia: a) toilette di necrosi pancreatiche organizzate; b) posizionamento guidato di tubi di drenaggio; c) chiusura di fistole pancreo-cutanee (con collanti); d) procrastinazione di eventuali interventi chirurgici

ACCESSO

Attraverso un orifizio cutaneo addominale o lombare creato su guida US/TAC o chirurgicamente mediante

video-endoscopia flessibile con diametro < 5 mm. Il procedimento inizia con un lavaggio con fisiologica sterile del tragitto, mentre la rimozione dei cenci necrotici all'interno delle pseudocisti viene ottenuta con pinze ad ansa o basket. Ripetizione della tecnica in base a clinica e TAC, ogni 4-5 giorni.

RISULTATI. Abbiamo trattato in tutto 6 pazienti (5 maschi ed 1 femmina). In 4 casi era presente una necrosi infetta post-pancreatite acuta. Sono state necessarie da un minimo di 2 ad un massimo di 10 sedute endoscopiche. Il completo risultato clinico è stato ottenuto nel 100% dei casi. In particolare, i casi di necrosi post-pancreatite hanno richiesto rispettivamente 20, 30, 35 e 40 giorni per ottenere la risoluzione della sepsi e/o la chiusura della fistola. Non abbiamo rilevato alcuna complicanza.

In nessun caso è stato necessario un successivo drenaggio chirurgico.

BIBLIOGRAFIA

1) Mangiante G, Chimento A, Casaril A, Zugni C, Biasiutti C: *La nutrizione artificiale (NA) nella pancreatite acuta grave: Un concetto in involuzione.* Chir Ital, 2007; 59(1):75-81. Erratum in: Chir Ital, 2007; 59(2):table of contents.

2) Navaneethan U, Vege SS, Chari S, Baron HT: *Minimally invasive techniques in pancreatic necrosis.* Pancreas, 2009; 38:867-75.

La safena "in situ" per la rivascolarizzazione degli arti inferiori in ischemia critica

M. FREGO, G. BIANCHERA, A. BRIDDA (Padova).

INTRODUZIONE

L'ischemia critica degli arti inferiori è caratterizzata da dolore a riposo della durata superiore a 2 settimane e refrattario alla terapia analgesica o da ulcerazioni e gangrena del piede o della gamba, associati ad una pressione sistolica alla caviglia < 50 mmHg. Essa corrisponde il più delle volte allo stadio IIIb e IV di Fontaine. Quando indicato, il bypass chirurgico in vena safena è considerato il trattamento di scelta nelle arteriopatie periferiche con stenosi lunghe e/o multiple, soprattutto in caso di rivascolarizzazioni sotto il ginocchio. La tecnica della safena "in situ" (SIS) prevede la mobilizzazione dei tratti prossimale e distale della vena, che vengono successivamente anastomizzati alle arterie donatrici e riceventi previa devalvolazione del graft e chiusura della collaterali¹. La tecnica "ex situ" (SES) è una variante della precedente, che prevede il prelievo completo della vena, sia omo che contro-laterale, che viene successivamente utilizzata in senso ortodromico². Il principale vantaggio dei grafts autologhi venosi non invertiti per le rivascolarizzazioni infra-inguinali, ed in particolare infra-poplitee, è la congruità del calibro dei vasi da anastomizzare³. Questo pare garantire, insieme ad altri fattori, un maggior tasso di pervietà a distanza rispetto alla classica safena usata in senso invertito^{4,5}. Lo scopo di questo studio è valutare i risultati immediati e a distanza quanto

a morbilità, pervietà primaria e secondaria, e salvataggio d'arto funzionale dei bypass infra-inguinali in vena safena autologa non invertita, confrontando in particolare i risultati della tecnica "in situ" con quella "ex situ".

MATERIALI E METODI

Analisi retrospettiva di un database compilato prospetticamente nel periodo 1990-2010 e comprendente 248 rivascolarizzazioni infra-inguinali, di cui 90 bypass femoro-distali con safena autologa non invertita, 59 con tecnica SIS e 31 SES (età media 69,5 anni, rapporto maschi/femmine di 3,2/1). Complessivamente 10 casi sono stati classificati come stadio IIIb di Fontaine, 38 come stadio IVa, 16 come stadio IVb e 14 come stadio IIb-IIIa ma con sintomi rapidamente ingravescenti. La procedura è stata eseguita in urgenza in 7 casi e per aneurisma popliteo in 5 altri casi. Sono state eseguite 14 ricostruzioni sopra articolari (3 SIS) e 76 sotto-articolari (56 SIS), di cui 28 sulla poplitea sotto genicolare e 48 sui vasi tibiali.

RISULTATI

La pervietà primaria e il tasso di amputazione maggiore a 30 giorni sono risultati del 92,7% (7 occlusioni) e 1,1% rispettivamente (1 amputazione di gamba). La morbilità maggiore e la letalità sono risultate rispettivamente 3,3% (1 infarto miocardico acuto, 1 embolia polmonare e 1 colite pseudomembranosa) e 8,8% (3 scompensi cardiaci/IMA, 1 emorragia dalla anastomosi prossimale, 1 embolia polmonare, 1 insufficienza renale acuta e 1 shock settico). Ad un follow-up mediano di 59 (1-141) mesi si sono verificate 15 occlusioni del bypass, che hanno necessitato di 1 riconfezionamento del bypass, 2 profundoplastiche, 1 angioplastica percutanea e fibrinolisi, e 2 simpaticectomie. Cinque stenosi anastomotiche sono state corrette con 1 angioplastica percutanea e con 1 riconfezionamento del bypass. Una infezione anastomotica si è conclusa con il decesso del paziente per emorragia. La pervietà cumulativa secondaria del bypass a 5 e 10 anni è risultata 75% e 55% rispettivamente, mentre il tasso di salvataggio d'arto agli stessi intervalli è risultata del 94,5% e 93,5%. La mortalità complessiva è risultata del 31,1% (9 scompensi cardiaci/IMA, 1 emorragia, 1 ictus cerebrale ischemico, 1 insufficienza renale acuta, 1 shock settico, 1 trauma, 6 neoplasie, 7 non noto). La pervietà cumulativa secondaria a distanza della tecnica SIS è risultata sovrapponibile alla SES (p.09), come pure il tasso di salvataggio d'arto a distanza (p.0.7).

CONCLUSIONI

Le rivascolarizzazioni distali in pazienti con ischemia critica comportano un elevato rischio peri-operatorio dovuto alle comorbilità, in particolare cardiovascolari. La safena ortograde devalvolata consente la conservazione dell'arto in un elevato numero di pazienti per tutta la durata della vita residua, senza particolari differenze tra la tecnica "in situ" o "ex situ".

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Shah DM, Darling RC 3rd, Chang BB, Fitzgerald KM, Paty PS, Leather RP: *Long-term results of in situ saphenous vein bypass. Analysis of 2058 cases.* Ann Surg, 1995; 222(4):438-46.
- 2) Chew DK, Owens CD, Belkin M, Donaldson MC, Whittemore AD, Mannick JA, Conte MS: *Bypass in the absence of ipsilateral greater saphenous vein: Safety and superiority of the contralateral greater saphenous vein.* J Vasc Surg, 2002; 35(6):1085-92.
- 3) Quiñones-Baldrich WJ, Colburn MD, Ahn SS, 1993; 166(2):117-23.
- 4) Shah DM, Darling RC 3rd, Chang BB, Fitzgerald KM, Paty PS, Leather RP: *Long-term results of in situ saphenous vein bypass. Analysis of 2058 cases.* Ann Surg, 1995; 222(4):438-46; discussion 446-48.
- 5) Eugster T, Stierli P, Aeberhard P: *Infrainguinal arterial reconstruction with autologous vein grafts: Are the results for the in situ technique better than those of non-reversed bypass? A long-term follow-up study.* J Cardiovasc Surg, 2001; 42(2):221-26.

Trattamento chemioterapico neoadiuvante nel tumore dello stomaco localmente avanzato.

G. MARGANI, R. CARNUCCIO, L. MARAN, A. PACCAGNELLA, E. ANCONA, R. MERENDA, per il Gruppo Multidisciplinare Oncologico Gastro-Intestinale (Mestre)

INTRODUZIONE

Il tumore dello stomaco localmente avanzato (T2-N1-2-M0/T3-4-anyN-M0) porta ad una sopravvivenza a 5 anni del 20-30% a causa dell'alto tasso di recidiva locale o regionale. Il Magic Trial ha dimostrato come nei pazienti affetti da tumore dello stomaco localmente avanzato 3 cicli di chemioterapia neoadiuvante con epirubicina/cisplatino/5-fluorouracile (ECF) hanno portato ad un miglioramento della sopravvivenza e della sopravvivenza libera da malattia con mortalità e complicanze chirurgiche comparabili. Nel trattamento del Ca gastrico avanzato l'associazione docetaxel/cisplatino/5-fluorouracile (DCF) si è dimostrata superiore all'associazione ECF. Scopo dello studio è stato quello di analizzare la nostra esperienza nel trattamento del Ca gastrico localmente avanzato con uno schema di chemioterapia neoadiuvante basato sull'assunzione di DCF.

PAZIENTI E METODI

Dal 1/1/2008 al 31/01/2010 presso la UOC di Chirurgia ad indirizzo oncologico dell'Ospedale di Mestre 37 pazienti sono stati sottoposti a resezione gastrica per ca dello stomaco (24 gastrectomie subtotali, 10 gastrectomie totali, 3 degastro gastrectomie). In 6 pazienti (M/F=3/3, età media di 65,5 anni range 52-78) affetti da Ca gastrico localmente avanzato è stato proposto un trattamento chemioterapico neoadiuvante. Lo schema proposto è stato di 3 cicli di Taxotere (75 mg/m² day1), Cisplatino (80 mg/m² day1) 5-FU (800 mg/m²/die per 4 giorni IC), seguiti da 4 settimane e nuova stadiazione. In caso di risposta clinica-radiologica è stato proposto un intervento chirurgico resettivo seguito da altri 3 cicli dello stesso schema.

RISULTATI

La terapia è stata ben tollerata e tutti i pazienti sono riusciti a completare lo schema preoperatorio proposto.

Paz 1: già sottoposto a laparotomia esplorativa nell'Agosto 2009, in cui era stata riscontrata inoperabilità per Ca gastrico avanzato (T3N3), dopo 3 cicli di DCF con buona risposta radiologica è stato sottoposto nel Novembre 2009 a gastrectomia totale con linfadenectomia D2 (pT3N3M0G3), il decorso post-operatorio è stato esente da complicanze, ed attualmente è vivo e libero da malattia.

Paz 2: affetto da Ca gastrico T3N2 a livello antro-pilorico alla stadiazione preoperatoria, dopo 3 cicli di DCF con buona risposta radiologica è stato sottoposto a gastroresezione + linfadenectomia D2 (pT3N2M0 G3) il decorso post-operatorio è stato esente da complicanze ed attualmente è vivo e libero da malattia.

Paz 3: affetto da Ca gastrico T3N0 sottocardiale alla stadiazione preoperatoria, dopo 3 cicli di DCF è stato sottoposto nel Gennaio 2010 a gastrectomia totale + linfadenectomia D2 il decorso post-operatorio è stato esente da complicanze, ed attualmente è vivo e libero da malattia.

Paz 4: affetto da Ca del corpo gastrico T3N2 alla stadiazione preoperatoria, dopo 3 cicli di DCF è stato sottoposto a gastrectomia totale + linfadenectomia D2 (pT2N1M0 G3) nel Marzo 2009. il decorso post-operatorio è stato esente da complicanze ma nell'Ottobre 2009 ha avuto una recidiva di malattia a livello meningeo ed è deceduto nel Dicembre 2009.

Paz 5: affetto da Ca gastrico T3N2 alla stadiazione preoperatoria, è stato sottoposto a 3 cicli di DCF, ma per progressione di malattia non è stato sottoposto ad intervento chirurgico resettivo.

Paz 6 affetto da Ca gastrico T3N2 alla stadiazione preoperatoria, è stato sottoposto a 3 cicli di DCF, ma per progressione di malattia a livello latero-cervicale sinistro non è stato sottoposto ad intervento chirurgico resettivo.

CONCLUSIONI

Una chirurgia resettiva radicale rappresenta tuttora l'unico trattamento curativo per Ca dello stomaco. Un trattamento chemioterapico neoadiuvante con DCF potrebbe fornire alcune chance di aumentare il tasso di resezioni curative. Dai nostri risultati preliminari la terapia risulta ben tollerata e nei pazienti sottoposti ad intervento chirurgico non si è avuto un aumento della mortalità e delle complicanze preoperatorie. L'approccio multidisciplinare rappresenta il Gold Standard per il trattamento del Ca gastrico localmente avanzato. Sono necessari ulteriori studi prospettici randomizzati

Ruolo della RMN nella definizione della strategia terapeutica del cancro della mammella in fase iniziale

M. URBANI, S. SCOMERSI, M. TONUTTI, F. ZANCONATI, M. BORTUL (Trieste)

L'aumentato riscontro di carcinomi della mammella in fase iniziale rende possibile oggi la realizzazione di un

maggior numero di interventi di chirurgia conservativa per i quali è necessario eseguire un preciso bilancio di estensione della malattia. Talvolta le indagini di primo livello non sono sufficienti a determinare con precisione la morfologia e l'estensione del processo neoplastico; in questi casi è utile il ricorso alla RMN, metodica caratterizzata da un'elevata sensibilità (95-100%) ma gravata da una non trascurabile incidenza di falsi positivi al punto di condizionare in modo importante la scelta del trattamento chirurgico. Obiettivo di questo studio è la valutazione del ruolo della RMN mammaria nell'iter diagnostico-terapeutico del cancro della mammella in stadio iniziale.

MATERIALI E METODI

Abbiamo considerato una serie consecutiva di 493 pazienti operate per cancro della mammella presso la S.C. Clinica Chirurgica dell'Università degli Studi di Trieste dal marzo 2002 al novembre 2008. In 70 casi (14,2%) è stata eseguita una RMN la cui indicazione è stata posta per il riscontro di elevata densità ghiandolare alla mammografia, microcalcificazioni sospette per la presenza di un carcinoma duttale in situ, discordanza tra mammografia ed ecografia. È stata condotta un'analisi retrospettiva con l'obiettivo di valutare il ruolo della RMN nella determinazione di un piano terapeutico alternativo a quello basato sulle sole indagini di primo livello. Abbiamo inoltre valutato, mediante il confronto tra i reperti morfologici evidenziati dalla RMN ed il dato istologico postoperatorio, l'adeguatezza di tali variazioni terapeutiche.

RISULTATI

Sono state eseguite 70 RMN mammarie pre-operatorie. In 33 (47,1%) pazienti il referto delle indagini di pri-

mo livello e quello della RMN erano concordanti. Nelle restanti 37 (52,9%) pazienti, la RMN ha evidenziato differenze significative rispetto a quanto indicato nelle indagini di primo livello tali da comportare in 31 casi (%) un cambiamento della strategia terapeutica predefinita: sono stati eseguiti 15 interventi chirurgici demolitivi (mastectomia con ricostruzione immediata), 13 interventi conservativi con margini più estesi rispetto a quelli preventivamente stabiliti; una paziente è stata avviata a chemioterapia neoadiuvante. In 2 casi, invece, le informazioni ottenute con la RMN hanno reso possibile la realizzazione di un intervento chirurgico conservativo rispetto alla mastectomia pianificata sulla base delle indagini radiologiche di base. In 26 delle 31 pazienti (83,9%) nelle quali la strategia terapeutica era stata modificata, la verifica con l'esame istologico definitivo ha dimostrato l'appropriatezza del trattamento.

CONCLUSIONI

Nella nostra esperienza, al pari di quanto riportato in letteratura, la RMN mammaria si è dimostrato un'utile metodica nell'identificare foci carcinomatosi misconosciuti e nel valutare in maniera più precisa le dimensioni della neoplasia. Ciò ha comportato un cambiamento nella strategia terapeutica già programmata risultato del tutto adeguato in una quota significativa di pazienti. Nondimeno il ricorso a tale indagine non deve essere considerato come lo standard nella valutazione preoperatoria di un carcinoma della mammella in fase iniziale, ma deve basarsi sul rispetto di precise indicazioni da riservare ad una selezionata quota di pazienti nelle quali le indagini di primo livello non siano sufficienti a garantire un preciso bilancio di estensione della malattia.

