

Metastasi colica tardiva da carcinoma ovarico. A proposito di un caso clinico



Ann. Ital. Chir., LXXV, 6, 2004

C. Talarico*, C. Casella*, M. Gambarotti**

*Cattedra di Chirurgia Generale – Università degli Studi di Brescia

Direttore: Prof. Bruno Salerni

1 Div. Chirurgia Generale – Spedali Civili di Brescia

**Il Servizio di Anatomia ed Istologia Patologica

Abstract

TARDIVE CECAL METASTASIS FROM OVARIAN CANCER: A CASE REPORT

Intestinal involvement is a frequent sequela of metastatic ovarian cancer may be synchronous or following ovariectomy, after several years of disease free condition.

The Authors herein describe a clinical report of a case of cecal metastatic neoplasm due to ovarian cancer treated with surgical resection 24 years before.

Key words: Ovarian cancer, colonic involvement, bowel obstruction.

Introduzione

La progressione neoplastica dei tumori ovarici frequentemente coinvolge gli organi endoaddominali (1-5). Tale condizione è a sua volta responsabile di un quadro di occlusione intestinale, complicanza questa che si registra in una percentuale variabile dal 25 al 50% delle pazienti portatrici di neoplasia maligna ovarica (6, 7).

La porzione di intestino più frequentemente coinvolto è di solito il piccolo intestino, ma in percentuali variabili anche il colon è sede di un coinvolgimento metastatico (1-7).

Dai dati presenti in Letteratura risulta variabile il tempo di latenza tra la diagnosi di neoplasia ovarica e la comparsa di metastasi intestinale (8-11).

In assenza della neoplasia primitiva ovarica, precedentemente asportata, il trattamento di scelta di tali metastasi intestinali è la resezione chirurgica dei tratti coinvolti, ciò al fine di prevenire o trattare le complicanze (occlusione e sanguinamento), nonché di consentire una citoreduzione della massa neoplastica (11-15). Alla resezione di solito è seguito un trattamento chemioterapico (11, 15).

Nel presente Studio viene presentato un caso clinico relativo ad una paziente, sottoposta 24 anni prima ad istero-annessiectomia bilaterale per tumore maligno dell'ovaio destro, presentatasi alla nostra osservazione con quadro subocclusivo intestinale per coinvolgimento cecale di metastasi di carcinoma ovarico.

Caso clinico

Donna di 84 anni, ricoverata in urgenza presso il nostro Istituto nel febbraio 2003 con diagnosi d'ingresso di "occlusione intestinale". In anamnesi 24 anni prima la paziente fu sottoposta ad istero-annessiectomia bilaterale per tumore maligno dell'ovaio destro (adenocarcinoma mediamente differenziato: T3, N0, M0) non seguito da chemio o radioterapia adiuvante.

Da allora è stata seguita in follow-up con controlli periodici clinico-strumentali (ecografie pelviche) ed esami ematochimici (dosaggio del Ca 125) risultati sempre normali.

A 79 e 81 anni riferisce due ricoveri in altri Istituti per crisi sub-occlusive risoltesi sempre con terapia medica e non ulteriormente indagate.

Nel novembre 2002 ha eseguito un dosaggio del Ca125 che è risultato al di sopra dei normali valori di riferimento (193 U/ml). Per tale motivo ha eseguito valutazione ginecologica ed esame TAC addome/pelvi risultati entrambi nella norma.

Durante il ricovero presso il nostro Istituto la crisi occlusiva si risolveva dopo opportuna terapia medica ed il paziente veniva sottoposto a Rx clisma opaco a doppio contrasto e rettosigmoidocolonscopia che evidenziava una neoformazione vegetante del ceco del diametro di circa 4 cm. La biopsia di tale neoformazione evidenziava la presenza di adenocarcinoma.

La paziente veniva quindi sottoposta ad intervento chirurgico di emicolectomia destra, ed il riscontro intraoperatorio era caratteristico di una comune neoplasia a primitività colica.

Il decorso postoperatorio è stato regolare. L'esame istologico definitivo ha documentato una proliferazione neoplastica colica compatibile con primitività ovarica, in presenza di corpi psammomatosi (Figg. 1 e 2).

Inoltre l'indagine immunohistochimica è risultata positiva per la citocheratina 7 e per il Ca 125 e negativa viceversa per la citocheratina 20, il Ca 19-9 e il CEA monoclinale (Figg. 3 e 4).

Per l'età e per la presenza di patologie sistemiche associate (cardiopatia e enfisema) la paziente non è stata sottoposta a chemioterapia postoperatoria.

A 6 mesi dall'intervento la paziente è in buone condizioni e non presenta segni clinico-laboratoristici di ripresa di malattia.

Discussione

Le metastasi dei carcinomi ovarici avvengono principalmente per contiguità e per via linfatica (11). Gli organi più frequentemente coinvolti sono il peritoneo, il piccolo intestino, il colon e i linfonodi paraaortici (16-18). Le metastasi per via ematica sono più rare, tra queste quelle ossee raggiungono l'1% (11, 19).

Il coinvolgimento intestinale determina nel 25-50% un quadro occlusivo nei pazienti affetti da carcinoma ovarico (6-7).

Dai dati raccolti in Letteratura si evidenzia come il piccolo intestino sia più frequentemente interessato rispetto al colon. Questi dati si riferiscono principalmente ad un coinvolgimento sincrono alla lesione primitiva ovarica, e di solito costituiscono la causa del ricovero. Tuttavia non sono rari i riscontri di metastasi verificatesi a distanza dal trattamento della lesione ovarica (8-11).

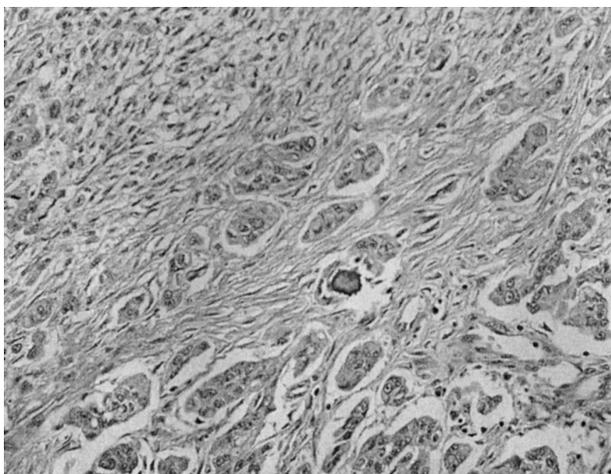


Fig. 1: Proliferazione neoplastica con presenza di occasionali corpi psammomatosi. (Ematossilina-Eosina x 20).

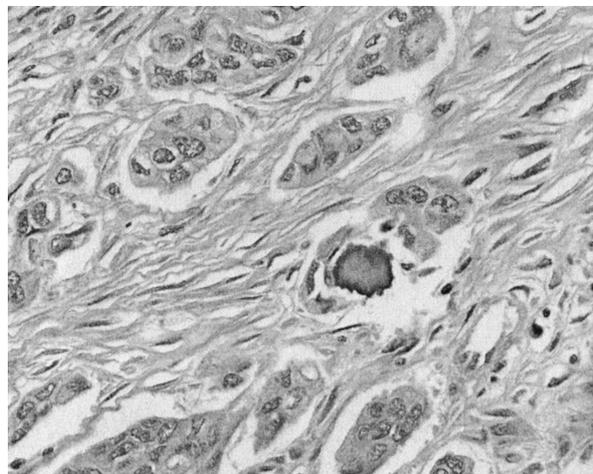


Fig. 2: Proliferazione neoplastica con presenza di occasionali corpi psammomatosi. (Ematossilina-Eosina x 40).

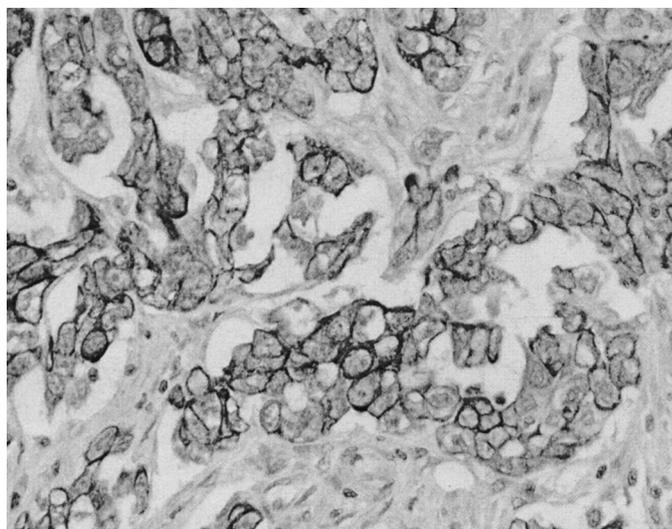


Fig. 3: Indagine immunohistochimica positiva Ila Citocheratina 7 (x 40).

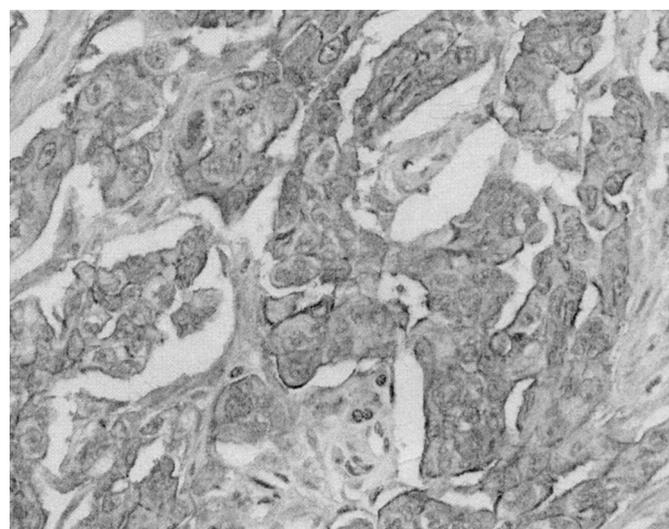


Fig. 4: Indagine Immunohistochimica positiva per il Ca 125 (x 40).

Nel caso da noi osservato infatti la lesione colica interpretata in un primo momento come a primitività colica e risultata essere una metastasi da contiguità di una lesione primitiva ovarica trattata ben 24 anni prima.

L'aspetto macroscopico sia endoscopico che intraoperatorio di tale lesione non lasciava presagire origini diverse della neoplasia da quelle coliche. La semplice biopsia endoscopica identificava tale neoplasia come adenocarcinoma senza tuttavia esprimere ipotesi di primitività.

La raccolta dei dati anamnestici (pregresso intervento per neoplasia ovarica destra) e la non univoca interpretazione anatomopatologica ha indirizzato alla ulteriore esecuzione di esami immunoistochimici sul pezzo operatorio per la conferma di primitività. Ciò ha così permesso di porre diagnosi di metastasi colica da adenocarcinoma ovarico con positività immunoistochimica per la citocheratina 7 e il Ca125, mentre sono risultati negativi il CEA e CA19-9 e la Citocheratina 20 (Figg. 3 e 4).

La necessità della resezione colica in questo nostro caso è derivata dal quadro occlusivo recidivante e dalla successiva diagnosi di natura neoplastica della lesione del ceco.

Numerosi Autori hanno riportato la loro favorevole esperienza nel trattamento chirurgico del carcinoma ovarico secondario (11-14, 20).

La sopravvivenza dei pazienti sottoposti a resezione intestinale è superiore rispetto a quelli in cui la metastasi intestinale non viene trattata chirurgicamente (2, 8-11, 13, 15, 20, 21).

In pazienti con metastasi da carcinoma ovarico sincrone o metacrone il trattamento di scelta rimane quello chirurgico, eventualmente seguito da chemioterapia (11, 15).

Riassunto

Le neoplasie maligne ovariche possono metastatizzare per contiguità agli organi addominali. Il coinvolgimento dell'intestino può determinare occlusione intestinale. Le metastasi possono essere sincrone alla neoplasia ovarica oppure presentarsi a distanza variabile dal tumore primitivo.

Nel presente lavoro gli Autori presentano la loro esperienza relativa ad un caso clinico di una metastasi cecale di adenocarcinoma ovarico trattato chirurgicamente 24 anni prima.

Parole chiave: Carcinoma ovarico, metastasi coliche, occlusione intestinale.

Bibliografia

- 1) Pothuri B., Vaidya A., Aghajanian C., Venkatraman E., Barakat R.R., Chi D.S.: *Palliative surgery for bowel obstruction in recurrent ovarian cancer: an update series*. Gynecol Oncol, 2003, 89, 306-313.
- 2) Jong P., Sturgeon J., Jamieson C.G.: *Benefit of palliative surgery for bowel obstruction in advanced ovarian cancer*. Cancer J Surg, 1995, 38, 454-457.

- 3) Zoetmulder A., Helmerhorst T.J., Van Coeyurden F., Wolf P.E., Leyer J.P., Hart A.A.: *Management of bowel obstruction in patients with advanced ovarian cancer*. Eur J Cancer, 1994, 30A, 1625-8.

- 4) Bartels C.J., Reed E., Sindelur W.F.: *Intestinal obstruction due to advanced ovarian cancer; results of surgical intervention*. Surg Forum, 1995, 46, 564-6.

- 5) Bais J.J., Schilduis M.S., Slors J.M., Lammes F.B.: *Intestinal obstruction in patients with advanced ovarian cancer*. Int J Gynecol Cancer, 1995, 5, 346-50.

- 6) Dvorovsky P.M., Richards K.A., Angel A., Rabinowitz L., Stoler M.H., Beecham J.B., Bonfiglio T.A.: *Survival time causis of death and tumor treatment related morbidity in 100 women with ovarian cancer*. Hum Pathol, 1998, 19, 1273-9.

- 7) Tunca J.C., Buchler D.A., Mack E.A.: *The management of ovarian cancer caused bowel obstruction*. Gynecol Oncol, 1981, 12, 186-92.

- 8) Redman C.W., Shafi M.I., Ambrose S., Lawton P.G., Blackledge G.R.P., Lucsley D.M., et Al.: *Survival following intestinal obstruction in ovarian cancer*. Eur J Surg Oncol, 1988, 14, 383-6.

- 9) Castaldo T.V., Petrilli E.S., Ballon S.C., Lagasse L.D.: *Intestinal operations in patients with ovarian carcinoma*. Am J Obstet Gynecol, 1981, 139, 80-4, 1981.

- 10) Piver M.S., Burlow J.J., Lele S.B., Frank A.: *Survival after ovarian cancer induced intestinal obstruction*. Gynecol Oncol, 1982, 13, 44-9.

- 11) Sher-Ahmed A., Buscema J., Sardi A.: *A case report of recurrent epithelial ovarian cancer metastatic to the sternum, diaphragm, costae and bowel managed by aggressive secondary cytoreductive surgery without postoperative chemotherapy*. Gynecol Oncol, 2002, 86, 91-4.

- 12) Berek J.S., Hacker N.F., Lagasse N.D., Nieberg R.K., Elashof R.M.: *Survival of patients following secondary cytoreductive surgery in ovarian cancer*. Obstet Gynecol, 1983, 61(2), 189-93.

- 13) Segna R.A., Dottino P.R., Mandeli J.P., Konsker K., Cohen C.J.: *Secondary cytoreduction for ovarian cancer following cisplatin therapy*. J Clin Oncol, 1983, 11(3), 434-9.

- 14) Yokoyama J., Sakamoto T., Sato S., Salito J.: *Evaluation of cytoreductive surgery with pelvic and paraaortic lymphadenectomy and intermitted cisplatin-based combination chemotherapy for improvement of long term survival in ovarian cancer*. Eur J Gynecol Oncol, 1999, 20,(5-6), 361-71.

- 15) Neijr J.P., Ten Reldrel Huinle W.W., Van Der Burg M.B., Van Oosteron A.T., Willemse P.H., Heintz A.P., Van Lent M., Trimbos J.B., Vermorken J.B.: *Randomized trial comparison two combination chemotherapy regimens (CHAP-5) vs (CP) in advanced ovarian carcinoma*. J Clin Oncol, 1987, 5(8), 1157-68.

- 16) Montero C.A., Gimferrer J.B., Baldo X., Ramirez J.: *Mediastinal metastasis of ovarian carcinoma*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2000, 91(2), 199-200.

- 17) M.D. Anderson Hospital and Tumor Institute. *Cancer of the uterus and ovary: a collection of papers. 11th Clinical Conference of Cancer*. Houston TX; MD Anderson Hospital and Tumor Institute, 1966.

- 18) Bergmann F.: *Carcinoma of the ovary: a clinicopathological study of 86 autopsied cases with special reference to mode of spread*. Acta Obstet Gynecol Scand, 1996, 45(2), 211-31.

- 19) Abdul-Karim F.W., Kida M., Wentz W.V., Carter J.R., Sorenson K., Maefes M., Zika J., Malkley J.T.: *Bone metastases from gynecologic carcinoma: a clinicopathologic study*. Gynecol Oncol, 1990, 39(2), 108-14.

- 20) Rubin S.C., Hoskins W.J., Benjamin I., Lewis J.L.: *Palliative surgery for intestinal obstruction in advanced ovarian cancer*. Gynecol Oncol, 1989, 34, 16-9.
- 21) Larson J.E., Podezaski E.S., Manetta A., Whitney C.W., Mortel R.: *Bowel obstruction in patients with ovarian carcinoma: analysis of prognostic factors*. Gynecol Oncol, 1989, 35, 61-5.

Autore corrispondente:

Claudio CASELLA
Cattedra di Chirurgia Generale
Università degli Studi di Brescia
1^a Div. Chirurgia Generale – Spedali Civili di Brescia
Piazzale Spedali Civili, 1
25100 BRESCIA
Tel.: 030/3995-617