

Società Triveneta di Chirurgia

Riunione a tema libero

del 17 Dicembre 2010



Ann. Ital. Chir., 2011; 82: 337-340

Il giorno 17 dicembre 2010 si è tenuta a Padova sotto la Presidenza del Prof. GC. Tosolini e la moderazione del Prof. M. Frego la Riunione a tema libero della Società Triveneta di Chirurgia e sono state presentate una serie di comunicazioni delle quali viene riportato l'abstract.

Trattamento laparoscopico di un volvolo del sigma: Video di un caso clinico

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

INTRODUZIONE: Il volvolo del sigma, definito come torsione anomala del sigma attorno al proprio mesentere, è una causa, poco frequente, di occlusione colica. L'esatta eziologia non è nota. Nei paesi sviluppati la stipsi cronica ed una dieta ricca di fibre sono i principali fattori coinvolti. Fattore predisponente è un colon ridondante con un mesentere allungato che favorisce la rotazione del viscere su sè stesso. Presentiamo il video di un caso clinico, trattato con resezione del sigma videolaparoscopica.

CASE REPORT: Uomo di 58 anni, giunto alla nostra osservazione, nel giugno del 2009 per occlusione intestinale. Una radiografia ed una TAC dell'addome deponevano per un volvolo del sigma. Il paziente veniva sottoposto a rettosigmoidoscopia che confermava il sospetto clinico-radiologico. Si procedeva ad efficace derotazione e detensione del viscere. Il successivo decorso clinico risultava regolare ed il paziente veniva dimesso in 6^a giornata. Nell'agosto del 2009 il paziente veniva nuovamente ricoverato presso il nostro Reparto per recidiva del volvolo del sigma. Si procedeva a rettosigmoidoscopia con efficace derotazione e detensione del viscere. In 4^a giornata il paziente, stabilizzato, veniva sottoposto ad intervento chirurgico di resezione del sigma, con approccio videolaparoscopico. La continuità intestinale veniva ripristinata con anastomosi colo-colica latero-laterale intracorporea. Il decorso post-operatorio è risultato del tutto regolare. Il paziente si è canalizzato ed ha iniziato ad alimentarsi per os, in 3^a giornata ed è stato dimesso in 5^a giornata post-operatoria. Ad un follow up di 15 mesi il paziente sta bene e non sono state registrate complicanze a lungo termine.

CONCLUSIONE: Il trattamento ottimale del volvolo del sigma rimane controverso. In urgenza, va eseguita la derotazione e detensione endoscopica; se inefficace si procede all'intervento chirurgico.

Nei pazienti non operati, il rischio di recidiva è molto

alto. Alla recidiva si impone un trattamento chirurgico. La resezione di sigma, eseguita con approccio laparoscopico, rappresenta, a nostro avviso una valida alternativa di trattamento nei pazienti affetti da volvolo del sigma recidivo.

Trattamento delle neoplasie colo-rettali ostruttive con protesi auto espandibile endoscopica.

L. TORRICELLI, A. GIURISSA, M. BARONE, R. SIMEONE, A.
BALANI (Monfalcone)

INTRODUZIONE: Ogni anno in Europa e negli USA vengono diagnosticati oltre 300.000 nuovi casi di cancro colon rettale (CCR). Il 15% di questi viene ricoverato d'urgenza per occlusione completa o parziale del colon rappresentando oltre 85% di tutte le urgenze coliche. Gli interventi eseguiti per occlusione intestinale da neoplasia colica presentano una maggiore morbilità (6-40%), mortalità (2-24%) e con il confezionamento di una stomia che diventerà definitiva in circa il 40% dei casi maggiore rispetto al trattamento in elezione. Questi risultati appaiono decisamente peggiori rispetto al trattamento elettivo e soltanto in parte possono essere giustificati dall'avanzato stadio della patologia neoplastica dall'età avanzata dei pazienti. Sicuramente bisogna considerare la mancata preparazione, le complicanze legate all'occlusione intestinale e l'intervento eseguito d'urgenza con equipe che alle volte non hanno specifica esperienza della chirurgia colo rettale. Dal 1991 compariva la prima esperienza nel posizionamento di protesi metallica endoscopica auto espandibile per il trattamento dell'occlusione e trattamento chirurgico successivo in elezione "bridge to surgery". Altra indicazione per tale trattamento mini-invasivo era costituito dall'occlusione neoplastica metastizzata in paziente anziano non candidabile al trattamento resettivo in alternativa al confezionamento di una stomia definitiva.

MATERIALI E METODI: La nostra esperienza nel posizionamento delle protesi coliche è di circa 10 anni durante i quali sono state posizionate 47 protesi con un successo clinico del 92%, 23 con successivo trattamento chirurgico e 21 come palliazione. Come complicanze maggiori segnaliamo una perforazione (3%), una dislocazione trattata con nuova protesizzazione. Non è mai stata eseguita la dilatazione prima del posizionamento delle protesi che sono sempre di tipo non rivestito per ridurre il rischio della dislocazione. Tra i pazienti sottoposti al posizionamento di protesi endoscopica l'incidenza di stomia

è stato decisamente inferiore rispetto ai pazienti operati in urgenza.

CONCLUSIONI: Dalla nostra esperienza e dalla revisione della letteratura si evince che il posizionamento di protesi endoscopica nel trattamento della occlusione colica neoplastica è sicuro con riduzione della mortalità e morbidità rispetto al trattamento chirurgico open in urgenza.

Aeroportia nell'adulto: eziologia, patogenesi, significato clinico e prognostico. Un case report con revisione sistematica della letteratura.

A. CARRARA, R. DEL BALZO, G. CIAGHI, O. ZAPPALÀ, G. TIRONE. (Trento)

INTRODUZIONE: La presenza di aria nell'albero portale è un raro riscontro radiologico che storicamente è sempre stato interpretato come una seria minaccia; lavori più recenti tendono ad evidenziare un crescente numero di casi con prognosi favorevole trattati conservativamente. Attualmente non è ancora stata pubblicata una revisione sistematica della letteratura focalizzata sulla reale rilevanza clinica dell'aeroportia nell'adulto. L'obiettivo del presente studio è di definire eziologia, patogenesi, e significato clinico dell'aeroportia in pazienti adulti per poter determinare quale sia il trattamento migliore.

MATERIALI METODI: Un case report viene presentato seguito da una revisione sistematica della letteratura; è stata eseguita una ricerca computerizzata di pubblicazioni inerenti l'aeroportia fino a Settembre 2009 su i più importanti motori di ricerca (Pubmed, Pubmed Central, BioMed Central, Cochrane Library, Embase, SUMSearch, ACP journal club, Google, Google scholar, Yahoo, Lycos), sulla letteratura grigia e sulle referenze dei lavori selezionati. Sono stati identificati 328 lavori e 13 sono stati selezionati per questa revisione poiché rispondenti ai criteri di inclusione. Inoltre i dati di tutti i casi riportati in letteratura di aeroportia riscontrata alla TC sono stati analizzati e riassunti in una tabella cumulativa.

RISULTATI: L'età media dei pazienti è risultata essere di 67 anni, le patologie di base sono principalmente rappresentate da ischemie intestinali (48%) con un tasso di mortalità particolarmente alto (73%); la mortalità dei casi "non ischemici" fluttua tra valori estremamente variabili (dal 7,1% delle IBD all'88% delle enteriti necrotizzanti) con un tasso medio del 26%. L'associazione tra acidosi lattica ed il riscontro TC di aeroportia e pneumatosis intestinalis raggiunge la massima sensibilità (90%) e valore predittivo positivo (90%) nella diagnosi di ischemia intestinale. La TC è risultata essere l'esame più specifico per la valutazione della presenza di gas nell'albero portale.

CONCLUSIONI: I pazienti con aeroportia possono essere suddivisi in tre gruppi con diverse indicazioni terapeutiche: nei casi ischemici è mandatorio l'intervento chirur-

gico; i casi iatrogenici, post-chirurgici e post-chemioterapici possono solitamente essere trattati conservativamente; per gli altri tipi di pazienti è fortemente raccomandato di valutare caso per caso quale sia il trattamento più appropriato.

Adenoma di Plummer dalla nascita e anomalia dell'a.tiroidea inferiore: caso clinico di una bambina di 3 anni

E. STOCCO, C. PAGETTA, C. BERNARDI, N. SORGATO, D. VERDI, A. LANA, S. MALTESE, F. TORRESAN, GM. PENNELLI, V. CALCATERA, MR. PELIZZO. (Padova)

INTRODUZIONE: La patologia tiroidea è per lo più sconosciuta ai pediatri essendo appannaggio dell'età adulta. Riportiamo quindi un sorprendente caso di adenoma di Plummer dalla nascita, che per ragioni antropometriche e trattandosi di patologia benigna, è stato trattato chirurgicamente all'età di 3 anni.

CASE REPORT: A R.S., nata il 09/12/2006 a termine, sono stati riscontrati durante lo screening neonatale valori di TSH soppressi con anticorpi anti-tiroide e TSI negativi. Nell'anamnesi familiare si rileva che la madre era stata sottoposta a loboistmectomia destra all'età di 24 anni per adenoma; una zia materna è affetta da gozzo ed è stata recentemente riscontrata una tireopatia alla nonna materna. La prima ecografia del collo, eseguita all'età di quasi 2 anni, rivelava la presenza, a livello del lobo tiroideo destro, di un'area rotondeggiante, ipoecogena, vascolarizzata, a margini regolari di 0,9 x 0,9 x 1,6 cm ed il successivo esame scintigrafico tiroideo evidenziava trattarsi di un'area di elettiva ipercaptazione con soppressione del parenchima circostante, confermando l'ipotesi della presenza di un adenoma di Plummer. Nella fase preoperatoria non è stato eseguito un agoaspirato poiché il dato scintigrafico autorizzava a considerarlo un adenoma. Il monitoraggio ecografico della paziente ha dimostrato un aumento delle dimensioni del nodo fino a 1 x 0,9 x 1,9 cm nel febbraio 2010. L'esperienza nell'uso di antitiroidei in età così precoce ha indotto a intraprendere la terapia tireostatica nel luglio 2009 all'età di quasi 3 anni, a dosaggi compatibili con l'eutiroidismo, utilizzando Metimazolo (5 mg) con posologia massima di 1/4 x 2/die. I valori di funzionalità tiroidea sono inizialmente virati verso l'ipotiroidismo, per stabilizzarsi poi. Anche l'indicazione all'intervento chirurgico è stata dilazionata in attesa di raggiungere uno sviluppo antropometrico ottimale. Clinicamente non sono mai stati presenti sintomi cardiologici, i genitori riferivano comunque un recente periodo di insonnia e la tendenza all'agitazione psicomotoria. Nel settembre 2010, all'età compiuta di 3 anni, 15 Kg di peso, 96 cm di lunghezza, R.S. è stata sottoposta a loboistmectomia tiroidea destra con tecnica minicervicotomica videoassistita con particolare cura all'esito estetico. Essendo rarissimo il riscontro di un car-

cinoma tiroideo su nodi caldi ed in un quadro di ipertiroidismo, ma essendo invece più spesso riscontrati accidentalmente carcinomi associati a nodi caldi, nel corso dell'intervento è stato prudentemente eseguito un esame istologico che confermava trattarsi di un adenoma. Il lobo asportato alla paziente pesava 3 gr e misurava 2,8 x 1,6 x 1 cm, mentre il nodo in causa aveva un diametro di 0,9 cm. È interessante il riscontro intraoperatorio di una arteria tiroidea inferiore destra nascente in doppio ramo direttamente dalla carotide comune, variante anatomica rara. L'esame istologico definitivo dava lettura di adenoma micro-macrofollicolare della tiroide con aspetti istologici di iperfunzione. Il decorso post operatorio è stato regolare e non si sono verificate complicanze relative all'intervento. Il dosaggio del TSH a un mese dall'intervento era di 11 mIU/L (v.n. 0,4-4) riducendosi ad un successivo dosaggio fino a 6,28 mIU/L (v.n. 0,4-4); si è comunque in attesa di una possibile ripresa del lobo residuo prima di intraprendere una terapia ormonale sostitutiva. È inoltre in corso lo studio genetico per la ricerca di mutazioni stimolanti per il recettore del TSH.

House Flap for anal stenosis: Case report and literature review

F. DA POZZO*, P. NARISSETTY, A. BRAINI, A. FAVERO, A. STUTO e GC. TOSOLINI (*Trieste, Pordenone)

Anal stenosis is an uncommon disabling condition but it could be a serious complication of anorectal surgery, most commonly seen after haemorrhoidectomy. Different type of stenosis may occur and different managements have been introduced for treatment.

Medical history underlining the pathogenesis of the stricture and clinical examination under spinal or general anaesthesia are essential to choose the appropriate surgical therapy. Under anaesthesia evaluation is mandatory to obtain a comprehensive assessment of the anal canal to categorize the severity and the involvement of the sphincter complex.

Different surgical treatment have been proposed to correct anal stenosis. House flap (HF), a skin advancement flap, is a relatively simple and minimally invasive procedure. It combines the beneficial features of other techniques (rectangular and V-Y flaps): HF allows preparations of large flaps if needed with a satisfactory blood supply. As matter of fact HF receives its blood supply through small vessels extending through a fatty pedicle from the underlying external sphincter muscle and not from a skin or mucosal bridge like other common flaps. This will increase flap vitality and attachment rate.

The aim of this paper is to report a case of post-haemorrhoidectomy (Milligan-Morgan technique) anal stenosis, in a 58-years old woman treated with House advancement anoplasty flap to evaluate the efficacy and safety of this technique. The patients treated with HF was dis-

charged in postoperative day 2 with an antibiotics oral prescription (Amoxicillina Clavulanic a.) and vaselin oil per os. At 1 week the patients is symptom free and presents normal bowel movement. At 1 months the positive outcome is fully confirmed.

In our experience HF technique in anal stenosis, according with Literature, is followed by significant clinical improvement, with patient satisfaction, better quality of life. HF for anal stenosis is a safe approach with minor complications reported.

Pancreatico pleural fistula: A rare complication of chronic pancreatitis A.

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

CASE REPORT: A 62-year-old man presented to the emergency department with increasing dyspnea, mild abdominal epigastric discomfort, anorexia and indefinite weight loss in the four months prior to hospitalization. Past medical history was relevant for chronic alcoholic pancreatitis and hepatitis, active alcohol abuse, diabetes mellitus and previous resection of pancreatic pseudocyst. Blood test showed serum amylase levels of 769 U/L, a mild neutrophilic leukocytosis and a random blood glucose level of 246 mg/dL. A chest X-ray showed massive right side pleural effusion that required a chest tube placement. Pleural fluid analysis revealed amylase levels of 13,000 U/L, suggesting a pancreatico-pleural fistula caused by an acute alcoholic pancreatitis. CT scan showed a dilated main pancreatic duct and a pancreatic pseudocyst, 3 cm in size lying superior to the head of pancreas and communicating through a fistulous tract with the right chest cavity via the right diaphragmatic pillar. A septated right chest collection was also identified, not drained by the chest tube, and not amenable to further drain because completely surrounded by the lung that was adherent to the chest wall. MR cholangio pancreatography (MRCP) confirmed the CT scan findings. Medical treatment was started with fasting, total parenteral nutrition and administration of large spectrum antibiotics, and somatostatin (3 mg bid e.v.). Despite conservative management, clinical picture did not improve after three weeks, as confirmed by a CT scan control. Therefore endoscopic pancreatic duct decompression was attempted. Endoscopic retrograde cholangio pancreatography (ERCP) confirmed a fistulous tract originating from the cephalic portion of the Wirsung duct, distally dilated because of a pre-cephalic stenosis. A nasopancreatic drain was positioned directly into the fistulous tract. No clinical and radiological improvement was noted after 25 days, therefore surgery was deemed necessary. At laparotomy, after adequate mobilization of the duodenum the fistula was identified originating from a cephalic disrupted Wirsung and entering a 3 x 4 cm pseudocyst. The trans-diaphragmatic tract of the fistula was not clearly identified because of important inflam-

mation and fibrotic reaction and part of the diaphragmatic pillar was removed. Considering the preoperative imaging and the important defecation of the patient, a total pancreatico-jejunostomy (Frey procedure) was performed. The right thoracic collection was also drained through a transabdominal phrenotomy and direct fluid aspiration leaving a drain. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged after ten days. DISCUSSION: Pancreatico-pleural fistula (PPF) are generally reported as a complication of chronic pancreatitis with a 0.4-4.5% incidence rate per year in alcoholic patients. It can be occasionally encountered in acute pancreatitis, after trauma or pancreatic surgery¹. It results from the disruption of the main pancreatic duct or its side branches, leading to the formation of a fistulous tract between the pancreas and the pleural cavity through the esophageal or aortic hiatus of the diaphragm. The clinical presentation is often misleading, and the average duration of symptoms is 5.6 weeks before diagnosis². Common presenting complaints are dyspnea (65%) followed by abdominal pain (29%), cough (27%) and chest pain (23%)³.

The demonstration of PPF by conventional radiological techniques is difficult. The reported sensibility for CT is only 48%, while MRCP and ERCP have a similar higher sensibility (78-80%)³. Since ERCP is an invasive procedure, MRCP should be the first choice diagnostic tool for suspected PPF, reserving ERCP when a therapeutic approach is necessary⁴.

PPF is a rare disease and no controlled trials evaluating its management are available. The first line of treatment options is suggested to be drainage of pleural effusion with thoracentesis or tube thoracostomy and inhibition of the exocrine function of the pancreas by somatostatin or analogues. Forty to fifty percent of patients managed this way will respond to conservative treatment, while the persistent fluid collection from thorax and/or symptoms after a 2-4 week are considered a treatment failure⁵. The next step of treatment is pancreatic duct

drainage through ductal stenting or nasopancreatic drainage, while cases of recurrence and failure (40-50% of cases) should undergo surgical management⁶. Some authors report an higher risk of endoscopic failure in PPF following acute pancreatitis⁷.

The obstruction of Wirsung duct proximal to the origin of the fistula is an indication for primary surgery, but many cases are operated on only after failure of endoscopic treatment. Surgical procedures include pancreatic resection and drainage of the Wirsung duct with enteropancreatic anastomosis or both (Frey's procedure,⁸). Surgery leads to healing in 80-90% of cases but carries a mortality up to 10%, therefore resective procedures are generally reserved to fit patients with distal main pancreatic duct disruption³.

REFERENCES

- 1) Fujiwara T, Kamisawa T, Fujiwara J, Tu Y, Nakajima H, Egawa: *Pancreaticopleural fistula visualized by computed tomography scan combined with pancreatography*. JOP. J Pancreas (Online) 2006;7:230-33.
- 2) Safadi BY, Marks JM: *Pancreatico-pleural fistula: The role of ERCP in diagnosis and treatment*. Gastrointestinal Endoscopy, 2000; 51:213-15.
- 3) Ali T, Srinivasan N, Le V, Chimpiri AR, Tierney WM: *Pancreaticopleural fistula*. Pancreas, 2009; 38(1):e26-31.
- 4) Ridgeway MG, Stabile BE: *Surgical management and treatment of pancreatic fistulae*. Surg Clin North Am, 1996; 76:1159-173.
- 5) Shah HK, Shah SR, Maydeo AP, Pramesh CS: *Pancreaticopleural fistula*. Endoscopy, 1998; 30:314.
- 6) Dhebri AR, Ferran N: *Nonsurgical management of pancreaticopleural fistula*. JOP. J Pancreas (Online), 2005; 6:152-61.
- 7) Thomson BN, Wigmore SJ: *Operative treatment of pancreaticobronchial fistula*. HPB (Oxford), 2004; 6(1):37-40.
- 8) Cocieru A, Saldinger PF: *Frey procedure for pancreaticopleural fistula*. J Gastrointest Surg, 2010; 14(5):929-30. Epub 2009 Oct 28.