



Il 16 dicembre 2006 si è tenuta a Padova la Riunione a tema libero della Società Triveneta di Chirurgia, moderata dal dott. H. Pernthaler e dal prof. M. Frego, in assenza del Presidente. Sono state presentate le comunicazioni appresso riportate.

Iperidrosi: ruolo della simpaticotomia e risultati preliminari

A. Lonardoni, C. Bonadiman, I. Spilimbergo, G. Biondani, S. Furia, C. Benato, B. Feil, A. Terzi, F. Calabrò
U.O. Chirurgia Toracica, Verona

Il termine Iperidrosi definisce una situazione patologica caratterizzata da una eccessiva sudorazione che può essere localizzata e limitata in alcuni distretti cutanei (palmo delle mani, ascelle, dorso e piedi), oppure ubiquitariamente diffusa in tutta la superficie corporea. La sudorazione è un fenomeno necessario per la regolazione della temperatura corporea: la secrezione del sudore, attraverso le ghiandole sudoripare, è mediata e regolata dal sistema nervoso autonomo, in particolare dal sistema nervoso simpatico. In questi pazienti (circa l'1% della popolazione) questa regolazione è alterata, si ha quindi una sudorazione eccessiva, necessaria comunque a mantenere una temperatura corporea costante. L'iperidrosi palmare/ascellare, tra tutte le possibili manifestazioni cliniche, è sicuramente quella che riveste un peso sociale maggiore, essendo l'arto superiore molto più esposto di ogni altra parte del corpo, e svolge quindi un ruolo prioritario nella vita professionale, di relazione e in tutte le attività pratiche di ogni giorno. Un corretto management della iperidrosi, palmare/ascellare prevede all'inizio la precisa esclusione di un eventuale patologia sottostante; accertata quindi la "primitività" della forma morbosa possiamo prendere in considerazione una terapia sintomatica. Nei casi più gravi trova una precisa indicazione l'approccio chirurgico del nervo simpatico, attraverso l'interruzione definitiva dei nervi e nodi nervosi (gangli) che trasmettono i segnali alle ghiandole sudoripare. Nel corso degli anni si sono delineate tre metodologie diverse per ottenere tale risultato: a) la simpaticotomia classica, nella quale il nervo e/o i gangli vengono divisi e/o coagulati con l'elettrobisturi; b) la simpatectomia, nella quale si ottiene la completa asportazione del ganglio; c) la neurocompressione ("clamping"), dove la capacità del nervo di trasmettere i segnali viene bloccata da una o più graffette ("clip") di titanio.

MATERIALI E METODI: Da Marzo 2004, presso la nostra Unità Operativa abbiamo sottoposto 17 pazienti ad intervento di Simpaticotomia Endoscopica Sincrona Bilaterale: l'indicazione per tale procedura fu data per 5 casi di Iperidrosi Palmare, 9 casi di Iperidrosi Ascellare e 3 casi di Iperidrosi combinata. La tecnica adottata prevede una doppia via di accesso al cavo pleurico e l'interruzione della catena simpatica, mediante elet-

trobisturi, a livello T3, nei casi di iperidrosi esclusivamente palmare e nelle forme combinate, T3-T4 nei casi iperidrosi ascellare.

RISULTATI: Non ci sono stati casi di mortalità. Nel periodo perioperatorio la sintomatologia ipersecretiva è completamente scomparsa nella totalità dei pazienti trattati, che sono stati tutti dimessi in I giornata postoperatoria. Tra le complicanze osservate vanno segnalati 6 casi di falda residua di pneumotorace (in 1 solo caso si è reso necessario mantenere un drenaggio pleurico per le prime ore postoperatorie) ed 1 caso di iperidrosi compensatoria al dorso.

CONCLUSIONI: La Simpaticotomia Endoscopica Bilaterale è una procedura sicura ed efficace per la cura dell'Iperidrosi Essenziale, nelle sue localizzazioni al palmo della mano e all'ascella.

La metodica è rapida, relativamente poco costosa, non comporta un'incidenza elevata di complicanze e può essere ragionevolmente proposta a tutti quei pazienti che non hanno trovato giovamento dai trattamenti medici sintomatici.

La nostra esperienza con il bypass gastrico laparoscopico (LGB)

M. Müller, H. Pernthaler
Chirurgia I, Ospedale Centrale, Bolzano

Pazienti obesi con un BMI ≥ 35 con comorbidità oppure un BMI ≥ 40 , pazienti non candidabili a bendaggio gastrico e dopo almeno 3 tentativi di terapia conservativa presentano indicazione a un bypass gastrico laparoscopico per ridurre la morbilità in pazienti obesi. Questo studio rappresenta un'analisi prospettica dei primi 30 pazienti operati nel nostro centro di LGB per esaminare il EWL e la morbilità perioperatoria.

METODI: 30 pazienti (f : m = 21 : 9) di età media di 47 anni (35 - 75), BMI medio 44,6 (deviazione standard 6,11%), sono stati sottoposti a bypass gastrico laparoscopico antecolicco con suturatrice lineare, chiusura della breccia a punti, chiusura della breccia dell'ansa alla Roux. I controlli sono stati eseguiti al 1, 2, 3, 6 e 12 mese postoperatorio con calcolo del EWL.

RISULTATI: 12 mesi dopo il bypass gastrico laparoscopico il EWL era di 54% (SD 15%), la morbilità perioperatoria era minima (2 reinterventi per occlusione intestinale), la mortalità assente, la qualità di vita dei pazienti nettamente aumentata con riduzione importante delle comorbidità come diabete ed ipertensione arteriosa.

CONCLUSIONI: Il bypass gastrico laparoscopico nella nostra esperienza ha dato ottimi risultati anche all'inizio della curva di apprendimento.

Casi di patologia carotidea insolita

A. Conte, S. Pappalardo, C. Della Bianca
U. O. Chirurgia Generale, Tolmezzo (UD)

Sono illustrati due casi di patologia carotidea insolita.

CASO 1: Il primo paziente presenta una stenosi carotidea con placca instabile e flap intimale, trattato chirurgicamente in urgenza differita. Questo caso conferma la maggiore frequenza di episodi embolici retinici nei pazienti con patologia carotidea vs fibrillazione atriale e fornisce lo spunto per parlare dei segni strumentali e laboratoristici per la individuazione delle placche evolutive e strutturalmente a rischio di embolizzazione.

CASO 2: Il secondo paziente presenta uno pseudoaneurisma del bulbo in esiti di endarterectomia carotidea eseguita con patch in Dacron 13 anni prima. È stato trattato con sostituzione della carotide con protesi tubulare in PTFE. Questo caso consente di esporre brevemente l'evoluzione dei materiali protesici e della tecnica ricostruttiva dopo TEA carotidea, nonché dell'incidenza di alterazioni strutturali della carotide anche dopo stenting.

Endarterectomia carotidea nei "colli ostili": esiste un rischio eccessivo?

M. Frego, A. Bridda, F. Pilon, P. De Zolt, X. Kertusha, M. Scarpa, L. Polese, C. Ruffolo, P. Benin, I. Angriman, L. Norberto, G. Bianchera.

Clinica Chirurgica 1, Università di Padova.

Il trattamento standard delle stenosi carotidee significative rimane per ora l'endarterectomia (CEA), riservando prudentemente l'angioplastica con stent (CAS) ai casi ritenuti ad alto rischio chirurgico e anestesiológico, quali pazienti anziani, con grave insufficienza d'organo e con collo "ostile". Allo scopo di verificare se questa ultima condizione rappresenta veramente un maggiore rischio, è stato condotto uno studio caso-controllo su una coorte di pazienti sottoposti a CEA.

MATERIALI E METODI: Da 1.142 CEA raccolte in un database prospettico (1988-2006) sono stati esclusi i primi 54 paz. (fase di apprendistato) e 178 trattati in altre sedi. Nelle residue 910 CEA sono stati identificati 89 "colli ostili": 14 per precedente chirurgia e/o radioterapia, 21 per restenosi, 25 biforcazioni alte, 23 biforcazioni basse e 6 colli tozzi e/o inestensibili. Questi sono stati confrontati con 89 CEA scelte casualmente e appaite per sesso, età ed anno di intervento. Sono state valutate mortalità e morbilità peri-operatorie e i risultati a distanza.

RISULTATI: I due gruppi sono risultati omogenei e confrontabili per fattori di rischio cardiovascolare (diabete, fumo, dislipidemie, ipertensione, cardiopatia di base), tipo di anestesia (plessica e peridurale) ed intervento chirurgico (CEA aperta e per eversione). La durata totale dell'intervento è risultata sensibilmente più lunga nel gruppo dei colli ostili (121,5 vs 109 min, $p=0,01$), differenza determinata in modo significativo da biforcazioni alte, restenosi e colli corti. Nessuna differenza è stata riscontrata per durata del clampaggio (50 vs 45,1 min), perdite ematiche (102,5 vs 93,5 mL), necessità di shunt selettivo (11,25% in entrambi i gruppi), reinterventi per emorragia (2,2 vs 1,1%) e degenza postoperatoria (4,12 vs 4,83 giorni). La mortalità post-operatoria è risultata uguale nei due gruppi, riscontrando un solo decesso per infarto miocardico nei colli ostili ($p=0,15$). Anche la morbilità neurologica cen-

trale (1 TIA e 1 ICTUS minor nei colli ostili, 1 TIA nei controlli) e cardiaca (INR, angina, aritmie) sono risultate sovrapponibili nel postoperatorio. I deficit per lesioni dei nervi cranici sono risultati più frequenti nei colli ostili (11,6 vs 3,4%; $p=0,02$), ma tutti temporanei e regrediti nello stesso tempo. Sono più rappresentati i deficit della deglutizione (10,2 vs 2,3%; $p=0,01$). I deficit sono stati causati soprattutto dalle biforcazioni alte e dai colli corti. Ad un follow-up medio di 41,25 mesi (1-193 mesi) le curve di sopravvivenza nei due gruppi sono sovrapponibili, con simile mortalità globale (10,1 vs 14%), per eventi cardiaci (2,24 vs 3,37%) e per ictus (1,12 vs 1,2%). Sono pure equivalenti l'incidenza di eventi non letali: cardiaci (6,25 vs 10,1%), TIA (1,2 vs 2,3%), ictus (3,6 vs 1,16%) e restenosi lievi-moderate (3,6 vs 1,16%).

CONCLUSIONI: Il 10% dei pazienti candidati a correzione di stenosi carotidee presenta condizioni anatomiche inquadrabili come colli ostili. Le biforcazioni alte, le restenosi e i colli corti comportano maggiori difficoltà tecniche che si traducono in un aumento della durata dell'intervento e dell'incidenza di deficit della deglutizione, peraltro tutti modesti, temporanei e regrediti in media entro poco più di un mese. Le maggiori difficoltà non si traducono in risultati meno favorevoli a distanza. Biforcazioni basse, altri interventi latero-cervicali e radioterapia non influenzano significativamente l'intervento. In base a questi dati, i colli ostili non comportano un rischio così alto da determinare un cambiamento di indicazione terapeutica.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) *Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (CAVATAS): a randomised trial.* Lancet 2001; 357(9270):1729-737.
- 2) Yadav Js et al.: *Protected carotid-artery stenting versus endarterectomy in high-risk patients.* N Engl J Med 2004 351(15):1493-501.
- 3) Bosiers M et al.: *Selection of treatment for patients with carotid artery disease: medication, carotid endarterectomy, or carotid artery stenting.* Vascular 2005; 13(2):92-97.
- 4) Hobson RW et al.: *Carotid stenting: should it replace endarterectomy in higher-risk patients?* Semin Vasc Surg 2006; 19(2):83-86.

I primi 95 casi di adenocarcinoma del retto operati in radicalità chirurgica: gold standard e QoL

L. Pinciroli, F. Binotto, R. Bellomo, C.A. Tonizzo, A. De Paoli, A. Infantino

Dipartimento. Chirurgia Generale, San Vito al Tagliamento (PN)

Il cancro del retto è una patologia complessa che necessita di trattamenti multidisciplinari che possono incidere pesantemente sulla qualità di vita dei pazienti. La possibilità di offrire l'approccio terapeutico più appropriato dipende dalla corretta applicazione dei percorsi diagnostico-terapeutici previsti per questa patologia. Lo scopo di questo studio è valutare i pazienti operati per cancro del retto in un ospedale di rete, confrontando i risultati ottenuti con gli standard di qualità presenti nella letteratura internazionale. Inoltre è stato valutato l'impatto della funzionalità intestinale, sessuale ed urinaria sulla qualità di vita dei pazienti operati con radicalità chirurgica.

MATERIALI E METODI: Lo studio retrospettivo riguarda 120 pazienti di età media 65 ± 15 affetti da neoplasia del retto sottoposti a intervento chirurgico dal Gennaio 1997 all'Aprile 2005 presso la nostra Divisione Chirurgica. In 95 paz. (80%) è stato possibile eseguire intervento con intento radicale con TME. Alla diagnosi 25 pazienti (26%) presentavano stadio I secondo l'AJCC, 36 (38%) stadio II e 34 (36%) stadio III. Per quanto riguarda la localizzazione della neoplasia, 41 erano a carico del retto alto (8-12 cm dal margine anale) e 54 del retto medio-basso < 8 cm dal in.a.). Dei pazienti trattati con intento radicale, 38 (stadio II e III) hanno ricevuto trattamenti neoadiuvanti mediante radiochemioterapia o radioterapia (short-term o long-term) secondo gli schemi standard. In 22 casi (58%) si è ottenuta una risposta parziale con retrostadiazione, 12 (32%) una risposta completa e 4 (17%) nessuna risposta. Nei paz. trattati radicalmente sono state eseguite 73 resezioni anteriori (22 laparoscopiche), 6 amputazioni addomino-perineali sec. Miles (3 laparoscopiche) 4 proctocolectomie totali, 4 resezioni del retto sec. Hartmann, 1 exenteratio pelvica e 7 escissioni transanali. Il follow-up mediano è stato 52 mesi (12-102 mesi). Le curve di sopravvivenza sono state calcolate secondo Kaplan-Meier e il Cox Regression test; il confronto tra stadi di malattia mediante il log-rank test. 28 su 52 pazienti (56%) hanno risposto a questionari specifici per lo studio della qualità di vita (EORTC QLQ-C30; EORTC QLQ-CR38), sulla continenza (FIS-AMS) e sulla funzionalità intestinale. Di questi, 5 (18%) erano stomizzati.

RISULTATI: La mortalità perioperatoria globale, considerando anche i pazienti ad alto rischio, è risultata 3,1%. Nell'84% dei casi trattati con intento radicale è stato possibile eseguire una chirurgia 'sphincter-sparing'. Vi sono state 5 (6,5%) deiscenze anastomotiche clinicamente evidenti, 2 delle quali in pazienti sottoposti a radiochemioterapia neoadiuvante; 3 di queste sono state trattate conservativamente e 2 hanno richiesto una ileostomia e drenaggio. In 2 casi (1,7%) si è verificata un'emorragia postoperatoria, che ha reso necessario il reintervento. La sopravvivenza globale a 5 anni per i pazienti sottoposti a intervento curativo è risultata 78%; la sopravvivenza dei pazienti trattati in neoadiuvante è stata 82% contro il 76% di quelli che non hanno beneficiato di trattamenti complementari preoperatori ($p=0,2$). La sopravvivenza globale è stata 82% per i pazienti in stadio I, 80% in stadio II e 72% in stadio III. Il tasso di recidiva locale è stato 5,2% e ha interessato 3 pazienti con malattia in III stadio, 1 paziente con tumore T4 e 1 paziente con tumore T2 con linfonodi non determinati sul pezzo operatorio. L'11,2% dei pazienti ha sviluppato metastasi a distanza. Per quanto riguarda la funzionalità intestinale, il 78% ha risposto di avere raramente defecazione frazionata e il 56% ha segnalato una defecazione unica e completa; per quanto riguarda lo score dell'incontinenza 9 pazienti (40%) hanno dichiarato continenza completa, 6 paz. (26%) episodi molto rari di incontinenza a feci liquide, mentre 3 paz. (13%) che erano stati sottoposti a terapia neoadiuvante e resezioni ultrabasse hanno rilevato incontinenza grave.

CONCLUSIONI: Rispettando i percorsi diagnostico-terapeutici previsti per una patologia complessa come il cancro del retto è possibile ottenere risultati conformi ai 'gold standard' internazionali anche in un ospedale di rete. I dati sulla QoL, e sull'impatto della funzionalità intestinale sulla qualità di vita dei pazienti operati con radicalità oncologica, pur riferendosi ad un piccolo gruppo, sono in linea con gli studi pubblicati in letteratura.

TEM nelle lesioni del retto

S. Guerriero, A.R. Da Rold, P.Scoletta, L.Renon, G.Tirone
U.O. Chirurgia Generale, Ospedale S. Martino, Belluno

Come procedura miniinvasiva la TEM si propone come alternativa alla chirurgia transanale classica ed alla chirurgia tradizionale. Nella terapia degli "early rectal cancers" la TEM può evitare la resezione anteriore o l'amputazione addomino-perineale. Gli autori analizzano la loro esperienza con la TEM ed espongono le indicazioni, la diagnostica preoperatoria, i tempi operatori, le eventuali conversioni in chirurgia aperta e le complicanze, comparando questi dati a quelli della letteratura. Le indicazioni della TEM sono rappresentate dagli adenomi sessili di diametro > 3 cm localizzati nel retto medio e superiore che non possono essere rimossi completamente per via endoscopica, dai carcinomi rettali mini invasivi (early rectal cancer) T1 a basso rischio secondo i criteri di Hermanek e quindi a scopo curativo, e dai T3-4 in pz ad alto rischio a scopo palliativo.

Se dopo una diagnosi preoperatoria di ca T1 l'istologia postoperatoria indica un T2, si dovrà procedere ad una radicalizzazione in chirurgia open. Le complicanze più frequenti della metodica sono: le emorragie, la deiscenza o stenosi della linea di sutura, le complicanze settiche, l'incontinenza anale parziale alle feci, le fistole rettovaginali, la prostatite. Una colostomia di protezione è necessaria nello 0,7% dei casi. Le complicanze minori sono trattate con metodica conservativa. L'incontinenza anale parziale postoperatoria è reversibile in tutti i casi.

MATERIALI E METODI: Nella nostra esperienza abbiamo trattato 93 casi, di cui il 41% erano carcinomi.

RISULTATI: Morbilità totale 16%. Morbilità a distanza: 3 incontinenze, di cui 2 parziali. Dei 50 adenomi trattati 3 sono recidivati (in 2 i margini erano incerti all'istologia) ad un f-up medio di 15 mesi (2-48) con un tempo medio di recidiva di 9 mesi. Il trattamento è stato in 2 casi endoscopico ed in uno TEM. Per quanto riguarda i ca, dei 30 T1 operati in un solo caso si è verificata una recidiva; su 7 T2 2 recidive ad un follow di 48 mesi.

CONCLUSIONI: I "large polyps" del retto possono essere semplicemente ed efficacemente trattati con la TEM. La TEM di tumori del retto appositamente selezionati (T1 GI-G2) assicura una sopravvivenza a lungo termine con minima morbidità, insignificante mortalità ed eccellenti risultati funzionali. Al momento sono raccomandati stretti criteri di selezione dei pazienti.

Approccio laparoscopico nella malattia di Crohn complicata

I. Angriman, M. Scarpa, C. Ruffolo, L. Polese, L. Rampazzo, S. Ferraro, T. Filosa, D. Pagano, M. Scopellitti, S. Basato, M. Frego, D.F. D'Amico.

Dipt. Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche, Clinica Chirurgica I - Università di Padova

La chirurgia laparoscopica nella malattia di Crohn rappresenta ormai una realtà e numerosi lavori hanno dimostrato la possibilità tecnica, la sicurezza e versatilità della metodica nell'affrontare la maggior parte dei casi. Rimangono tuttavia numerosi dubbi sulla validità dell'approccio laparoscopico nei

casi complessi. I vantaggi offerti da tale metodica relativamente ai tempi di degenza, alla rapida ripresa della funzione intestinale e alla riduzione delle complicanze a lungo termine sono stati confermati in numerosi lavori sintetizzati in una recente metanalisi che ha confermato la superiorità dell'approccio laparoscopico rispetto alla tecnica open tradizionale (1). Resta aperto il problema dei casi complessi o complicati da processi settici quali ascessi addominali, fistole endoaddominali complesse, masse infiammatorie o recidive di malattia nei quali l'approccio laparoscopico può rivelare tutti i suoi limiti nel prolungare i tempi di intervento e nel rischio di conversione, senza offrire quindi un reale vantaggio ma potendo bensì rappresentare uno svantaggio in rapporto all'outcome del paziente (2).

MATERIALI E METODI: Nella nostra esperienza maturata tra il 1980 ed il 2006, su 334 pazienti per un totale di 439 interventi, 32 casi sono stati trattati con tecnica video-assistita, prevalentemente per malattia dell'ileo-terminale ma anche per coliti di Crohn o per stenosi multiple. Dei casi trattati con tecnica laparoscopica 10 apparivano complicati da fistole enteriche (6 casi), da ascesso addominale non drenabile per via percutanea (1 caso), da stenosi ureterale (1 caso) e da recidiva di malattia su pregresse laparotomie (2 casi).

RISULTATI: La conversione si è resa necessaria in un caso di Crohn recidivo per le tenaci aderenze. Nei 10 pazienti considerati non si sono osservate complicanze maggiori ed il tempo medio di canalizzazione alle feci è stato di 4.2 gg. I tempi di degenza non hanno presentato una significativa differenza rispetto ai pazienti sottoposti a resezione ileo-cecale video-assistita per malattia stenotante.

CONCLUSIONI: Il trattamento chirurgico laparoscopico della malattia di Crohn complicata risulta a nostro avviso praticabile e sicuro senza incremento di complicanze e senza significative variazioni dell'outcome post-operatorio. Il buon risultato ottenuto tuttavia è stato favorito anche da una accurata selezione dei malati da candidare alla tecnica videoassistita. Tali procedure tuttavia possono comportare spesso dei prolungati tempi chirurgici e sono raccomandate a Chirurghi con un grosso bagaglio di chirurgia laparoscopica contestualmente ad un'ottima conoscenza delle problematiche chirurgiche della malattia di Crohn.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Tilney H.S, Costantinides V.A., Heriot A.G. et al: *Comparison of laparoscopic and open ileocecal resection for Crohn's disease: a metaanalysis*. Surg Endosc 2006, 20:1036-44.
- 2) Seymour NE, Kavic SM: *Laparoscopic management of complex Crohn disease*. JSLS 2003, 7(2):117-21

Anopessia: l'efficienza e la frequenza dell'evacuazione sono correlate con l'estensione dell'area della mucosa rettale escissa

R. Behboo, M. Scarpa, C. Ruffolo M. Iacobone, G Favia
Dipt. Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche, Endocrinochirurgia, Università di Padova.

Molti trials clinici hanno dimostrato la superiorità dell'anopessia nei riguardi del dolore postoperatorio, rispetto ad altre procedure chirurgiche escissionali. Non sono state, tuttavia, indagate anche le modificazioni dell'alvo, dell'urgenza defecatoria e dell'evacuazione soddisfacente nel periodo post-opera-

torio. Lo scopo del nostro studio prospettico è di verificare se nei pazienti sintomatici sottoposti ad intervento chirurgico di anopessi, vi è una correlazione tra l'estensione dell'area della mucosa rettale escissa con le abitudini alvine nel periodo post operatorio.

MATERIALI E METODI: Venti pazienti consecutivi, 11 maschi e 9 femmine, di età media di 49.8 ± 14.9 (range 27 - 71) sono stati sottoposti ad anopessi. Tutti i pazienti, prima e 6 settimane dopo l'intervento, sono stati sottoposti a manometria anorettale. Il tono basale e quello dopo la contrazione dello sfintere sono stati registrati, così come il volume della prima sensazione ed il volume massimo tollerabile. Ai pazienti sono stati somministrati dei questionari per indagare sulla frequenza dell'alvo, sulla presenza dell'urgenza defecatoria, del soiling e dell'ematochezia ed il dosaggio degli analgesici assunti. Il dolore post-operatorio, la difficoltà di evacuazione ed il grado di soddisfazione dei pazienti per la procedura chirurgica è stato valutato con Visual Analogue Scale. La superficie dell'area della mucosa rettale escissa è stata determinata dal nostro anatomopatologo. Per la valutazione dei risultati sono state impiegate le analisi statistiche di Wilcoxon matched pairs test e Spearman's rank correlation test. Al valore di $p < 0.05$ è stata attribuita la significatività statistica.

RISULTATI: Le analisi manometriche hanno evidenziato un trend verso la significatività quando il volume massimo tollerabile pre-operatorio è stato paragonato con i valori post-operatori (187 ± 52 vs. 155 ± 28 , $p = 0.09$). Molto interessante è stato verificare che l'area della mucosa rettale escissa si correla inversamente sia con il numero delle evacuazioni che con il numero di tentativi di evacuazione non riusciti ($R = -0.75$ $p = 0.03$, $R = -0.86$ $p = 0.006$). Sei settimane dopo l'intervento lo score di soddisfazione per la procedura chirurgica era 8.6 ± 2.3 .

CONCLUSIONI: Questo studio dimostra un aumento significativo di tentativi di evacuazione riusciti in relazione con l'estensione dell'area della mucosa rettale escissa. La soddisfazione dei pazienti è elevata. In alcune circostanze le anomalie strutturali sono fattori noti che peggiorano se non sono addirittura causa di defecazione ostruita. Sarebbe interessante verificare se la rimozione dell'anomalia strutturale è responsabile del miglioramento delle abitudini alvine percepite dal paziente.

L'ERCP nei pazienti sottoposti a trapianto di fegato: nostra recente esperienza.

L. Norberto, L. Polese, F. Erroi, I. Angriman, D. Neri, U. Cillo, A. Brolese, M. Frego, D.F. D'Amico
Dipt. Scienze Chirurgiche e Gastroenterologiche, Ist. Clinica Chirurgica 1, U.O.S. Endoscopia Chirurgica, Università di Padova.

Scopo del lavoro è analizzare i risultati dell'ERCP effettuata per complicanze della via biliare principale nei pazienti trapiantati di fegato presso il nostro Dipartimento.

PAZIENTI E METODO: In un periodo di 2 anni, dall'ottobre 2003 all'ottobre 2005 sono state effettuate 37 ERCP per ittero colestatico in 24 pazienti trapiantati di fegato (età media 53 anni). La procedura è stata effettuata in sedazione con propofol previa antibiotico terapia profilattica ed inibizione degli enzimi pancreatici con gabesato mesilato.

RISULTATI: L'incannulazione della papilla di Vater è stata pos-

sibile nel 97% delle procedure con riscontro di papilla spastica nel 65% dei casi. La cateterizzazione del coledoco è stata possibile nel 95% dei casi, 5 volte previo pre-cut della papilla (21% dei pazienti) e 11 volte (30%) previa incannulazione del Wirsung. Sono state effettuate 12 papillotomie (50%) e la colangiografia perendoscopica è stata possibile nel 95% dei casi. Diciassette paz. (71%) presentavano una dilatazione della VBP. In 15 paz. (62,5%) è stata riscontrata una stenosi anastomotica, in 7 (29%) la presenza di calcoli nella VBP (in 2 la presenza di stenosi e calcolosi coledocica erano associate), in 2 casi una stenosi cicatriziale papillare (8%), mentre in 2 paz. l'ittero risultava essere non associato a lesioni della VBP (8%). L'estrazione dei calcoli è stata possibile in tutti i 7 casi, mentre il superamento della stenosi, con successiva dilatazione o posizionamento di stent, è stato possibile in 8/15 pazienti (53%). Nel complesso la metodica è risultata efficace nel 71% dei pazienti trattati. Per quanto riguarda le complicanze si è registrato un caso di pancreatite severa (2,7% delle procedure), trattata chirurgicamente con successo assieme alla stenosi della via biliare.

CONCLUSIONI: L'ERCP nel paziente trapiantato presenta alcune difficoltà specifiche, quali una frequente spasticità della papilla di Vater, che spesso richiede l'effettuazione del pre-cut, e la presenza di stenosi anastomotiche a volte invalicabili. La metodica nel complesso risulta comunque efficace in oltre il 70% dei casi trattati, gravata da scarse complicanze ed assenza di mortalità legata alla procedura.

Esofagite eosinofila complicata da dissezione del cilindro mucoso esofago

M. Cortale, F. Cimino, M. Sozzi*, G. Liguori.

*Istituto di Clinica Chirurgica, *Servizio di Gastroenterologia, Ospedale Cattinara, Trieste*

L'esofagite eosinofila è una malattia di rara diagnosi con tipici rilievi endoscopici. La storia clinica è caratterizzata da un'anamnesi di disfagia acuta accessoriale in giovani uomini con predisposizione atopica. Una mancata progressione del bolo alimentare in esofago che richieda un intervento endoscopico è spesso la prima presentazione della malattia. L'esame endoscopico è anche l'unico sicuro strumento diagnostico. Esso consente infatti di eseguire le biopsie necessarie alla tipizzazione istologica, primo passo per l'inizio di una terapia medica che nella maggior parte dei casi domina la malattia. Purtroppo, talora anche il semplice passaggio dell'endoscopio può provocare una lacerazione a tutto spessore del viscere a causa della fragilità della parete. Questa è la complicanza più temibile e richiede nella maggior parte dei casi un intervento chirurgico. **CASO CLINICO:** Viene presentato un caso di dissezione del cilindro mucoso dell'esofago (mai descritta in letteratura^{1,2}), estesa dal passaggio cervico-toracico fino all'esofago medio-inferiore, con perforazione della porzione superiore dell'esofago toracico in un giovane uomo con storia clinica suggestiva e tipica presentazione con un blocco alimentare alto. Sono illustrati i dubbi diagnostici preoperatori e l'iter che ha portato alla scelta di eseguire una esofagectomia totale con esofagogastroplastica, sottolineando la necessità di valutare lo stato dell'intero organo prima di scegliere l'intervento adatto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Riou PJ, Nicholson AG, Pastorino U: *Esophageal rupture in a patient with idiopathic eosinophilic esophagitis*. Ann Thorac Surg, 1996; 62(6):1854.
- 2) Kaplan M, Mutlu EA, Jakate S, Bruninga K, Losurdo J, Keshavarzian A: *Endoscopy in eosinophilic esophagitis: "Teline" esophagus and perforation risk*. Clin Gastroenterol Hepatol. 2003; 1(6):433-7.

Diarrea endocrina: come l'anamnesi si rivela fondamentale nel procedimento diagnostico

C. Pagetta, I. Merante Boschini, E. Casal Ide, N. Pavan, N. Sorgato, N. De Piccoli, G.M. Rossi, A. Puntin, A. Toniato, P. Bernante, A. Piotta, M.R. Pelizzo
Istituto di Patologia Speciale Chirurgica, Università di Padova.

Nell'iter diagnostico volto a determinare l'eziologia di una diarrea cronica, è necessario prendere in considerazione anche la causa endocrina^{1,2,3,4,5}.

CASO 1: Emblematico il caso di un paziente di 77 anni, affetto dal 2002 da linfadenite granulomatosa sottomandibolare destra e, da circa 30 anni, da calcificazioni epatiche ritenute di natura angiomatica, fino alla comparsa nel marzo 2006 di diarrea esplosiva. Negative le indagini convenzionali per indagare le cause più frequenti di diarrea, e inutili le restrizioni alimentari. Significativo l'aumento del CEA (da 306,2 a 438,3 µg/L - v. n. < 5). Per questa ragione, esegue una 18F-FDG-PET-TC, positiva in regione sottomandibolare destra, ascellare sinistra e mediastinica, con evidenza di grosso nodo calcifico del lobo tiroideo sinistro, confermato anche dall'ecografia che dimostra associata adenopatia sovraclaveare sospetta. A questo punto scatta lo screening dei marcatori tumorali di cui solo la calcitonina risulta notevolmente elevata (40600 ng/L v. n. 0,0 - 18,9). Positiva per ca midollare risulta la citologia su tiroide e adenopatia sovraclaveare sinistra, mentre sono negativi la citologia e il dosaggio della calcitonina su agoaspirato della lesione sottomandibolare destra, pur se PET positiva. Nonostante l'elevato valore della calcitonina, certa espressione di metastatizzazione diffusa, in cui si inserisce la misconosciuta colonizzazione epatica, a novembre 2006 si è proceduto ad intervento chirurgico sia per il controllo locoregionale che a scopo citoreducente per il controllo della diarrea; esso è pertanto consistito in una tiroidectomia totale con svuotamento linfonodale e sutura del faringe, marginalmente infiltrato. Postoperatoriamente, la diarrea è stata controllata anche con la somministrazione di Ondansetron. È in sospenso la decisione terapeutica relativa alle metastasi epatiche.

CASO 2: Altro paziente di 75 anni giunge all'osservazione per massa epigastrica. All'ecografia addominale riscontro di multiple formazioni nodulari epatiche, la maggiore (Ø circa 10 cm) in corrispondenza del lobo di sinistra, la cui citologia evidenzia un carcinoma ad elementi ben differenziati di piccola taglia di possibile origine neuroendocrina. Ma tale diagnosi viene ridefinita come linfoma non Hodgkin quando la biopsia su mammellonature di tipo infiltrativo dell'angulus gastrico evidenzia piccoli linfociti centrocitoidi indicativi di MALT-linfoma. Dirimenti una 18FFDG-PET-TC (aree epatiche e ossee di ipermetabolismo), un Octreoscan (aree epatiche di iperac-

cumulo) e il dosaggio della Cromogranina A (8278 µg/L - v.n. 0,0-98,0) che permettono la conclusione della coesistenza di due malignità, rispettivamente linfoma gastrico e tumore carcinomatoso metastatizzato, quest'ultimo confermato anche da ulteriore biopsia epatica. Ma buona parte della difficoltà diagnostica incontrata si sarebbe evitata se fossero stati annotati sintomi sottovalutati dal paziente, quali flushing al volto e picchi ipertensivi già da alcuni mesi, associati a crampi addominali e scariche di diarrea, oltre che il reperto ecocardiografico di interessamento cardiaco destro (...referto cardiologico ...sindrome da carcinomatoso?).

BIBLIOGRAFIA

1) Alam MJ: *Chronic refractory diarrhoea: A manifestation of*

endocrine disorders. Dig Dis 1994; 12: 46-61.

2) Vezzadini P, Vezzadini C: *Neoplasie endocrine dell'apparato digerente*. In: Scuro LA (ed): *Trattato di Medicina Interna. Fisiopatologia e Clinica*. Torino: UTET, 1997; 2563-576.

3) Rambaud JC, Hautefeuille M, Ruskone A, Jacquenod P: *Diarrhoea due to circulating agents*. Clin Gastroenterol 1986; 15 (3): 603-29.

4) Jensen RT: *Overview of chronic diarrhea caused by functional neuroendocrine neoplasms*. Semin Gastrointest Dis 1999; 10: 156-72.

5) Jensen RT, Norton JA: *Pancreatic endocrine tumors. Gastrointestinal and Liver Diseases (ed 7)*. Feldman M, Friedman LS, Sleisenger M11 (eds), Philadelphia, PA, Saunders, 2002; 98.