

Tumore del pancreas in remissione clinica

Leonida Iannantuoni
Medico di medicina generale
Foggia, AIMEF

Un'assistita di 56 anni si presenta in ambulatorio nel dicembre del 2001 per la comparsa di una fastidiosa lombalgia. L'anamnesi è silente, da segnalare solo una menopausa precoce spontanea all'età di 30 anni, ma la signora è comunque madre di due figli. Segue un'alimentazione varia, alvo e diuresi sono nella norma.

■ Visite ambulatoriali

■ **Esame obiettivo:** alla visita si evidenzia una contrattura delle masse muscolari delle logge paravertebrali, vivamente dolente la digitopressione delle apofisi spinose del tratto lombare, dolente l'emergenza del nervo sciatico destro, con irradiazione del dolore al versante anteriore della coscia omolaterale. Sulla scorta dell'esame obiettivo pongo la diagnosi di lombosciatalgia destra e prescrivo terapia con un antinfiammatorio non steroideo 75 mg/die im e tiocolchicoside fl bid da seguire per 3-4 giorni.

Dopo una settimana la paziente torna in ambulatorio per il persistere della sintomatologia algica.

Prescrivo una radiografia del rachide, che risulta negativa per lesioni dei corpi vertebrali, con conservazione dei normali spazi intervertebrali.

Suggerisco una nuova terapia con tizanidina 2 mg/die e paracetamolo/codeina 1 cp/tid. Anche con la nuova terapia non si ottiene alcun miglioramento dei sintomi dolorosi e quindi ritengo opportuno inviare la paziente a una consulenza ortopedica.

■ Accertamenti diagnostici

In considerazione della menopausa precoce della paziente, il collega ortopedico consiglia l'esecuzione di una densitometria ossea (densitometria ossea a raggi X lombare e femorale e total body, densitometria ossea con TAC lombare). I referti mostrano una normalità della densità ossea, ma, quale reperto occasionale, viene evidenziata la presenza di una voluminosa neoformazione in sede epigastrica. Viene eseguita anche un'ecotomografia dell'addome, che

conferma la presenza della massa. Per un'ulteriore definizione del quadro clinico prescrivo una TAC dell'addome e un'esofagogastroduodenoscopia (che viene eseguita a distanza di due giorni).

■ **TAC addome superiore con mdc:** regione epigastrica interessata dalla presenza di una voluminosa lesione espansiva, di circa 7-8 cm di diametro, prevalentemente solida, ma con ampie aree a contenuto fluido interne. L'espanso mostra pareti ben delimitate supero-lateralmente, mentre inferiormente appare indistinto rispetto al parenchima della testa e del corpo pancreatico, da cui potrebbe avere origine. La massa disloca le anse duodenali e l'antro gastrico, da cui non è possibile distinguere piano di clivaggio e giunge a diretto contatto con il lobo di sinistra e con il primo segmento epatico. Non alterazioni a carico di fegato, milza, reni, né presenza di significative linfadenomegalie.

■ **EGDS:** esofago regolare, stomaco iperemico, antro deformato, piloro stenotico. Bulbo e duodeno difficilmente transitabile per presenza di compressione e infiltrazione ab estrinseco. Sospetta infiltrazione eteroplastica. Alla luce di tali accertamenti diagnostici (siamo al 28 gennaio 2002) la paziente viene ricoverata presso la divisione di chirurgia generale dell'ospedale di riferimento con diagnosi all'ingresso di neoformazione epigastrica.

■ Ricovero ospedaliero e diagnosi

Dopo gli opportuni esami di routine, la paziente viene sottoposta a laparoscopia esplorativa, durante la quale viene effettuata una pancreasectomia subtotale e splenectomia.

■ **Referto istologico:** milza senza patologia. Tumore endocrino del pancreas. L'immunoistochimica documenta positività con anti-NSE (enolasi neurono-specifica), cromogranina, sinaptofisina, neurofilamenti, positività con reazione di Grimelius. Linfonodi senza patologia. Tessuto adiposo.

■ **Esami ematochimici:** leucociti 27.7, eritrociti 2.32, emoglobina 7.3, ematocrito 20.8; AST 76, ALT 156; glicemia 238, amilasi 773.

Per lo stato di anemia conclamata viene eseguita una trasfusione ematica.

In base al non interessamento linfonodale, viene deciso di non sottoporre la paziente a cicli chemioterapici.

Il successivo decorso postoperatorio risulta regolare, quindi la paziente viene dimessa con diagnosi definitiva di tumore del corpo del pancreas. Subito dopo la dimissione ci si affida alla consulenza dell'Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano, dove viene eseguita una revisione dei vetrini e formulata la seguente diagnosi istologica: tumore solido pseudo-papillare del pancreas, linfonodo periportale indenne, tessuto adiposo indenne, milza indenne.

A seguito della conferma dell'assenza di interessamento linfonodale, i colleghi concordando per non sottoporre la paziente al trattamento chemioterapico e viene programmata una stringente serie di controlli clinici e strumentali.

■ Decorso clinico e follow-up

A distanza di quattro mesi dalla diagnosi viene eseguita una TAC addomino/pelvica.

■ **TAC addomino/pelvica con mdc:** fegato modicamente megalico e marcatamente disomogeneo per steatosi

diffusa. Presenza di alcune disomogeneità densitometriche senza sicura configurazione di lesioni ripetitive, ma con quadro da valutare anche con altre metodiche o nel tempo. Non espansi endopelvici.

Il secondo controllo viene pianificato a distanza di ulteriori quattro mesi.

■ **TAC addomino/pelvica con mdc:** presenza di marcatissima disomogeneità densitometrica epatica, con multiple aree di ipodensità a margini sfumati, che tendono a occupare entrambi i lobi. Le lesioni evidenziate non sembrano tutte da attribuire ad aree indenni, in particolare una lesione centro-epatica paracavale. Il rilievo è comunque sospetto in senso evolutivo.

Sulla scorta del referto viene programmato un accertamento biotipico, preceduto da esame ecotomografico addominale.

■ **Ecotomografia addominale:** ecostruttura epatica fortemente disomogenea per la presenza di vaste aree iperecogene frammiste ad aree ipoecogene. Il quadro appare riconducibile a una steatosi a distribuzione disomogenea, come si osserva frequentemente negli esiti di pancreasectomia. Non è indicato l'accertamento biotipico, non documentandosi con certezza lesioni focali sospette in senso evolutivo.

Nel marzo 2003, la paziente si sottopone al periodico controllo programmato, il cui referto è tranquillizzante.

■ **TAC addomino/pelvica con mdc:** quadro parenchimale epatico del tutto immutato rispetto alla precedente indagine. La sua stazionarietà nel tempo depone per una natura benigna. Nel settembre 2003 esegue l'ecotomografia addominale che evidenzia un fegato lievemente aumentato di volume, ad ecostruttura finemente grossolana e iper-riflettente, indenne da lesioni focali.

Successivamente (sino al novembre 2005) la paziente esegue i controlli clinico-strumentali a cadenza semestrale. Le indagini dimostrano la stazionarietà del quadro clinico e la natura benigna delle lesioni epatiche, riferibili a un quadro di epatosteatosi.

Per tale motivo dal 2006 al 2008 viene programmato un unico controllo annuale (TAC e ecotomografia addomi-

nale). I referti delle indagini mostrano la non ripetitività della patologia.

Allo stato attuale, trascorsi sette anni dalla diagnosi, la paziente è in buone condizioni generali di salute. Nel tempo intercorso ha sviluppato un'ipertensione arteriosa trattata farmacologicamente e, naturalmente, un diabete mellito iatrogeno in trattamento con insulina.

La cosa più importante è che la paziente, non avendo sviluppato in sette anni alcuna recidiva, è da considerarsi clinicamente guarita, secondo le linee dell'OMS.

■ Considerazioni

La localizzazione del tumore al corpo e/o alla coda del pancreas si presenta nel 20-30% dei casi. La sintomatologia è atipica rispetto alla localizzazione della testa ed è caratterizzata da anoressia e dimagrimento, algie addominali riferite in regione epigastrica o, come nel caso in esame, algie in regione lombare.

Questi tumori, anche quando sono sviluppati, difficilmente sono diagnosticabili con le comuni indagini e alla diagnosi si giunge spesso solo con l'esplorazione chirurgica del cavo addominale.

La terapia, come per tutti i tumori pancreatici, è esclusivamente chirurgica e consiste, previa legatura dei vasi splenici, in una pancreasectomia con exeresi della milza. La chemioterapia ha esclusivamente valenza palliativa nelle neoplasie non operabili.

Pur caratterizzati da un prognosi sempre grave, i tumori del corpo/coda hanno una prognosi migliore che non quelli della testa del pancreas. Nei casi come quello in esame, dove si sono verificati criteri di operabilità, si possono ottenere soddisfacenti risultati a distanza con l'intervento chirurgico radicale.

Si ricorda che la sopravvivenza media a cinque anni è pari a circa il 10-15%.

■ Conclusioni

La patologia neoplastica, anche la più severa, trova beneficio da una diagnosi tempestiva e da una corretta terapia.

Nel caso della mia paziente hanno

giocato un ruolo determinante vari fattori. Il primo è la localizzazione del tumore, che pur meno frequente e più ardua da diagnosticare, ha comunque una prognosi meno infausta.

Da tenere in debito conto è sia la scrupolosità dei colleghi del dipartimento di diagnostica per immagini, che insospetiti dai referti tomografici hanno eseguito una ecotomografia addominale, che ha permesso un primo orientamento diagnostico, sia la celerità con cui si è eseguita l'EGDS in strutture pubbliche (tanto e spesso ingiustamente bistrattate). Inoltre, il tempestivo ricovero seguito da un brillante intervento chirurgico a soli venti giorni dal sospetto diagnostico.

Sicuramente anche il caso ha rivestito un ruolo non secondario: se la paziente non avesse avuto una menopausa precoce a soli trent'anni, probabilmente l'ortopedico, consultato per la lombosciatalgia resistente alla terapia, non avrebbe ritenuto pertinente prescrivere a una paziente di 56 anni una densitometria ossea con TAC lombare.

Da considerare, inoltre, che non sempre gli esami più costosi sono dirimenti in tutte le patologie, infatti la TAC eseguita nel 2002 ha erroneamente individuato aree di ripetizione epatica, mentre l'ecotomografia addominale ha permesso di inquadrare il significato di tali lesioni in aree di epatosteatosi alternate da aree di parenchima epatico indenne.

Tutto questo da un punto strettamente clinico. Utile, per un corretto approccio psicologico alla malattia da parte della paziente e dei familiari, è stato il mio ruolo di mediazione tra la paziente e gli specialisti.

Solo il medico di famiglia, per il suo peculiare ruolo e per la conoscenza intima dei pazienti e della loro psicologia può, a volte, preparare la persona colpita da grave malattia, spiegando in termini non strettamente tecnici l'evolversi della situazione.

È con commozione che ricordo l'incontro nel quale, trascorsi ormai più di sei anni dall'intervento, al di là delle fredde statistiche e delle linee guida dell'OMS, ho condiviso con la mia paziente la gioia di una vittoria e della guarigione.