

A volte vorresti non essere un medico...

di A. Pizzo, C. Benedetti, A. Campanini, M. Dolciotti, A. Petrucci, C. Ravandoni, F. Bono

IL CASO

Sarà capitato più o meno a tutti di rimpiangere di non aver scelto un altro lavoro. Di sicuro non sempre è vero che si tratti del più bello, sicuramente è interessante e stimolante, ma questo ha un prezzo.

No, non il sacrificio, gli orari, la famiglia spesso trascurata, le coronarie precocemente invecchiate o, peggio, la burocrazia che domina ogni atto medico. Non è questo che pesa, c'è dell'altro. Così, un pomeriggio qualsiasi, forse solo appena più tranquillo degli altri, ti accorgi che c'è di peggio.

Suona il telefono, riconosci la voce amica di una collega.

Quattro chiacchiere ed infine arriva la richiesta: un suo cugino da qualche giorno lamenta dolori addominali, nul-

la di particolare ma vorrebbe che gli dessi un'occhiata in eco, giusto per toglierci eventuali dubbi.

Dubbi di che? Quali sono le indicazioni all'esame? Dove, quando, come insorge il dolore?

Troppa fatica chiedere, si farà prima a vedere il paziente. Pomeriggio tranquillo dicevamo, si può fare.

Fissato l'appuntamento, continuo nella routine dell'ambulatorio.

Arriva l'ora e con essa il paziente: uomo, quarant'anni, apparentemente in ottima salute, atletico, grande lavoratore (pavimentista), non fuma, non beve alcolici.

Nulla di rilevante all'APR, mentre a quella prossima riferisce saltuarie alterazioni dell'alvo accompagnate da dolori di tipo colico che si attenuano con l'evacuazione.

Le analisi di routine sono nella norma. Bene, l'ennesimo colitico, un'altra ecografia mal richiesta, mezz'ora della tua vita sprecata dietro ad un "non problema". Questo è quello che penso e spero solo che alla fine dell'ecografia, quando gli avrò detto che non ha nulla di "ecograficamente rilevante" non mi chieda se sia opportuno fare i test per le intolleranze alimentari. Dovesse chiedermelo, non sarò gentile nella risposta.

Quindici secondi, forse meno, il tempo insomma di capire se l'ecografo è in avaria o no e un pomeriggio tranquillo, forse un po' noioso, diventa un pomeriggio di un giorno da cani.

Sonda convex da 5 Mhz poggiata sull'epigastrio del paziente. Comincio sempre così i miei esami ecografici dell'addome, meglio dare subito un'occhiata al pancreas perché è quello che a volte ci crea problemi di interpretazione. Ma lo sguardo non arriva nemmeno al pancreas, s'inchioda qualche centimetro più in alto sul terzo segmento epatico: è decisamente disomogeneo per la presenza di due formazioni

“

In questa rubrica la Scuola di Ecografia Generalista presenta casi la cui sintomatologia è di frequente riscontro negli studi dei medici di medicina generale, ma dove l'utilizzo della ecografia permette o di concludere l'iter diagnostico o di indirizzarlo fortemente. Contestualmente si fornisce al lettore un inquadramento della patologia in questione orientato in senso Ecografico



Fig. 1

nodulari lievemente iperecogene di circa un centimetro (v. fig.1 e 2).

E che sarà mai! Il paziente è giovane, non è dimagrito, non è anemico, dai! Sarà l'ennesimo artefatto non ancora ben codificato che si genera nell'interazione degli ultrasuoni con la materia. Mai fidarsi dell'elettronica!

Penso questo e so che sto mentendo spudoratamente. Sposto appena un poco la mano verso sinistra, non mi accorgo nemmeno di stare spingendo la sonda con forza eccessiva sotto le coste del paziente, quasi a volerci entrare in quel fegato.

Il paziente sicuramente sente la pressione ed il dolore, ma tace. La mia faccia non deve essere delle migliori. Controllo ragazzo! Sei un professionista, un ecografista, un medico insomma!

Quarto segmento, stessa situazione, altre formazioni nodulari con le stesse caratteristiche, solo più grosse (v. fig.3). Quinto, sesto, ancora noduli e poi credo di non essere andato oltre. Serve a poco. La domanda, timida ed ossequiosa, arriva incerta: "Dottore, ho qualcosa?".

Bravo dottore! Rispondi ora, al paziente. Digli che ha il fegato pieno di metastasi e che a occhio e croce ha solo qualche mese di vita!



Fig. 2

Metastasi, credo di aver pensato metastasi. Di cosa? Da dove? No, basta così, io sono un medico di famiglia, basta. Già è tanto che abbia trovato le metastasi epatiche, meglio chiudere qui. Metastasi iperecogene, anzi, lievemente iperecogene, alvo irregolare tendenzialmente stitico, dolore. Nemmeno il tempo di finire questo pensiero e mi accorgo che la mano sta accompagnando

la sonda lungo l'ideale decorso del colon del paziente. Ascendente, trasverso, discend... torno indietro, flessura splenica: immagine decisamente ipoecogena di circa cinque centimetri con nucleo iperecogeno. Immagine brutta, forma quasi un cono d'ombra tanto è alta la densità cellulare al suo interno. Sembra un rene in miniatura, peccato che sia uno pseudo-rene, peccato che

Le metastasi epatiche (1)

Caratteristiche generali

Le metastasi epatiche sono localizzazioni secondarie di tumori presenti in altre parti dell'organismo. Sono usualmente multiple, localizzate ad entrambi i lobi e di dimensioni, il più delle volte, variabili. Una lesione epatica con caratteristiche di malignità, fatto salvo nel caso del fegato cirrotico, in 18 casi su 1 ha la possibilità di essere una metastasi piuttosto che un tumore primitivo del fegato.

La sopravvivenza dipende dal tipo di tumore primitivo (nel caso di metastasi da ADK del colon la sopravvivenza a 3 anni è del 21 % con metastasi singola e del 6 % con metastasi multiple ad un solo lobo).

Alla autopsia nei pazienti neoplastici la presenza di metastasi epatiche raggiunge, in alcune statistiche, il 55% dei casi.

La C.E.U.S. (ecografia con contrasto) è indicata nel follow-up dei pazienti

neoplastici, privi di secondarismi, aumentando la sensibilità dell'ecografia nell'identificare le metastasi (2).

La terapia può avvalersi della resezione chirurgica nel caso delle metastasi da ADK colon, della chemoembolizzazione nei tumori endocrini e della chemioterapia nella maggior parte degli altri tumori.

Caratteristiche ecografiche

- Masse rotondeggianti con margini irregolari e sfumati
- Non provocano trombosi portale contrariamente al HCC
- Bozzano i profili epatici ed alterano la normale architettura epatica.
- Possono provocare coni d'ombra laterali convergenti se solide.
- Allo studio ecocolordoppler la maggior parte delle metastasi risulta ipovascolarizzata.

Non esiste, come spesso succede in ecografia, un rapporto obbligato tra il quadro ecografico e l'istologia della lesione tuttavia le metastasi di alcuni tumori presentano più spesso alcune

caratteristiche rispetto ad altre.

Lesioni iperecogene

- Metastasi vascolarizzate da tumori neuroendocrini e tumori a cellule renali
- Metastasi da tumori gastroenterici

Lesioni ipoecogene

- Metastasi scarsamente vascolarizzate ed ipercellulari da tumori quali linfomi, polmone e mammella

Lesioni cistiche

(vengono definite in tal modo lesioni in parte liquide, con pareti spesse ed irregolari, con rinforzo posteriore degli U.S.)

- Metastasi da tumori cistici (cistoadenocarcinoma dell'ovaio, del pancreas o del colon)
- Metastasi necrotiche (da necrosi primitiva da insufficiente neoangiogenesi neoplastica o secondaria a terapie)

Lesioni a bersaglio

(vengono definite in tal modo lesioni



Fig. 3



Fig. 4

sia un bruttissimo cancro del colon (fig. 4, 5).

“E allora, dottore?” Già, allora? Torno a controllare la situazione: sono il dottore, no? “Senta, c’è qualche problema all’intestino, effettivamente. Sarà necessario completare le indagini con qualche esame, che dirle! Una colonscopia, una Tac dell’addome, qualche cosetta insomma. Le consiglio un ricovero, co-

sì farà tutto in pochissimo tempo. Anzi, se vuole, parlo questa sera stessa con sua cugina e con un amico chirurgo e la faccio ricoverare domani mattina”.

È perplesso, guarda la moglie, guarda me e non sa decidersi. La frase gli esce quasi con vergogna, come a scusarsi del rifiuto all’aiuto che gli è stato offerto: “Dottore, sa, veramente tra una settimana c’è la prima comunione del-

la nostra bambina. Magari dopo...”. Rispondo immediatamente, da bravo vecchio venditore di elisir di lunga vita: “Faccia quello che deve e non ci pensi più di tanto! Ci vediamo dopo la comunione della bimba. Non c’è fretta. Arrivederci”.

Questa storia è accaduta a metà maggio di quest’anno. A metà giugno, il paziente è deceduto. **ATT**

con un alone ipoecogeno che le circonda)

- Metastasi da tumori aggressivi come il carcinoma broncogeno

Lesioni calcifiche

(vengono definite in tal modo lesioni che presentano un’interfaccia iperecogena ed un cono d’ombra posteriore)

- Metastasi da tumori ossificanti (condrosarcoma, osteosarcoma, neuroblastoma, teratomi maligni)
- Metastasi da tumori mucinosi (ovaio e colon)
- Metastasi trattate

Diagnosi differenziale

Emangioma vs. metastasi iperecogene

L’emangioma presenta ecostruttura iperecogena, omogenea e margini netti. Se la sua struttura pone dei dubbi la diagnosi va verificata con altra metodica quale la C.E.U.S. Tc o RMN.

Cisti vs. metastasi ipo-aneecogene

(risulta estremamente importante in questi casi la regolazione della

macchina)

Le cisti presentano pareti sottili e regolari prive di vegetazioni, possono essere presenti detriti endocistici se si sono avuti sanguinamenti e infezioni. Possono essere presenti sottili setti avascolari. Presentano rinforzo posteriore degli U.S.

Ascessi vs. metastasi ipoecogene

Importanza del quadro clinico (iperpiressia, quadro settico del paziente, possibile versamento pleurico dx).

Gli ascessi possono presentarsi sia come lesioni ipoecogene a margini irregolari, ad eco struttura disomogenea, sia come lesioni cistiche contenenti detriti.

Gli ascessi si presentano usualmente a cluster più frequentemente nel lobo dx del fegato.

Steatosi focale vs. metastasi ipoecogene

Causata da una diversa dimensione delle gocce di grasso all’interno del citoplasma dell’epatocita fatto che fa sì

che l’ecografo la evidenzi in modo differente dalla comune steatosi.

È localizzata usualmente al IV segmento in prossimità delle VBP intraepatiche o nel letto della colecisti. Non provoca effetto massa. Presenta margini netti.

Epatocarcinoma vs. metastasi a bersaglio

Le lesioni epatiche in corso di cirrosi sono nella maggior parte dei casi HCC o noduli displasici. Rare sono le metastasi epatiche in corso di cirrosi sia per il minore flusso portale sia per la diminuzione dei recettori per la lecitina necessari per ancorare le cellule neoplastiche agli epatociti.

Bibliografia

1. Ahuja .A. et al., Epatoc metastases. Diagnostic imaging ultrasound 1:82-87, Amirsys – Elsevier 2007
2. Linee Guida – Impegno della diagnostica per immagini delle lesioni focali epatiche. Documento 18, set. 2008, ed. S.N.L.G. (Sistema nazionale per le linee guida)