

Da cosa ...nasce cosa

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

■ 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

Il signor Roberto, 65 anni ben portati, in discreto sovrappeso, portatore di modesta ipertensione diastolica, ben controllata con una semplice somministrazione di 5 mg die di nebivololo, ha attraversato un periodo affettivamente molto difficile. Il fratello maggiore, infatti, malato da anni di cirrosi epatica, ha sofferto negli ultimi mesi il doloroso calvario di un epatocarcinoma che lo ha portato alla morte. Ancora scosso da questi eventi, Roberto si presenta in studio recando l'esito della ricerca del sangue occulto nelle feci effettuato nell'ambito dello screening per le neoplasie del colonretto. È evidentemente preoccupatissimo ed il motivo è che il test è risultato positivo. I tentativi di tranquilizzarlo, spiegandogli che è proprio questo l'obiettivo delle campagne di screening per la prevenzione secondaria delle neoplasie curabili negli stadi iniziali, risultano vani. Subisce con angoscia la prescrizione della necessaria pancoloscopia e, per completezza, degli esami ematochimici di routine.

La pancoloscopia risulta positiva per polipo villosa del sigma di circa 1 cm, che viene asportato in toto. La risposta dello screening ha portato, pur generando una comprensibile ansia, all'esito desiderato: individuare lesioni precancerose prima che si manifestino pericolose mutazioni strutturali. Il signor Roberto tuttavia non è tranquillo. Dagli esami ematochimici risulta infatti una alterazione del profilo enzimatico epatico, peraltro già emersa circa 2 anni prima degli eventi attuali, in occasione della preparazione ad un intervento di safenectomia e che aveva condotto, anche per l'anamnesi fa-



Fig. 1 : immagine iperecogena della parete anteriore della colecisti, nella regione del corpo, di circa 10 – 11 mm di diametro.



Fig. 2 : il Color Doppler non evidenzia una franca vascolarizzazione del peduncolo.

I polipi della colecisti

Considerazioni generali

I polipi della colecisti rappresentano un problema diagnostico di non facile soluzione, soprattutto in considerazione della potenziale malignità di queste neoformazioni. Ecograficamente la loro natura non è diagnosticabile, ma anche altre metodiche non consentono, prima dell'intervento chirurgico e del successivo esame anatomopatologico, di chiarire se si tratti di lesioni maligne o benigne. Per altro l'indicazione chirurgica, almeno fino a qualche anno fa, rimaneva controversa (1). Gli ultrasuoni hanno dimostrato, fin dagli anni 90, di possedere una elevata sensibilità nella diagnosi delle lesioni polipoidi che arriva secondo alcuni autori al 90 % (3), anche se altri (2) hanno attribuito in passato alla metodica un livello più basso (36 %). Questa discrepanza è verosimilmente spiegabile sulla base della evoluzione tecnologica degli apparecchi ultrasonografici negli ultimi 20 anni. La sensibilità della metodica è da tempo confermata in crescita (2) se non vi è la contemporanea presenza di calcoli, raggiungendo in tal caso un livello anche superiore al 99 % (2). L'esame ultrasonografico è ritenuto sufficiente e conclusivo per la diagnosi di polipo se il diametro della lesione è uguale o superiore ai 15 mm, dal momento che già le dimensioni rendono altamente probabile la malignità della lesione (1). Le indagini più invasive, come l'Ultrasonografia Endoscopica (EUS), trovano indicazione per la diagnosi quando le dimensioni del polipo sono tra 5 e 15 mm, mentre per le neoplasie uguali o superiori a 15 mm l'EUS è utile o necessaria per lo staging (4, 5). Vi sono dati, su casistiche chirurgiche, a favore di una migliore

accuratezza della EUS che arriverebbe al 97 % verso il 76% della sola US (6).

Tumori benigni della colecisti

- Papilloma
 - o è costituito da ipertrofia dei villi con deposito di colesterolo nel loro stroma frequente: raggiunge in alcune casistiche chirurgiche anche lo 80%.
- Adenoma
 - o raro, generalmente localizzato al fondo della colecisti, si presenta come una massa solida, di tipo polipoide
- All'ecografia si presentano come formazioni ecogene vegetanti endoluminali,
 - o adese alla parete colecistica,
 - o prive di cono d'ombra posteriore,
 - o fisse con le variazioni di decubito (con riserva: vi sono polipi pedunculati)

Diagnosi differenziale

È agevole con calcoli della colecisti. In ecografia transaddominale non è possibile differenziare un polipo vero da un polipo colesterinico, specie quando quest'ultimo è singolo e con dimensioni superiori al centimetro. Inoltre non esistono sicuri caratteri ecografici che possano indicare la degenerazione maligna di un polipo adenomatoso, anche se la presenza di aree ipoecogene nella formazione può essere indicativa di degenerazione.

Esami diversi dall'ecografia

- o Gli US "chiodono" la diagnosi per polipi > 15 mm (considerati ad alta probabilità neoplastica)
- o L'ecoendoscopia d'approfondimento:
 - non necessaria se non per la stadiazione;
 - necessaria per polipi tra 5 e 15 mm (4, 5);

- ha dimostrato, su casistica chirurgica, maggiore accuratezza diagnostica (EUS 97% vs US 76%) (6).

Ruolo degli US nel follow up

- o Efficace nei polipi non neoplastici diagnosticati / confermati con EUS
- o Ricordare che
 - 13% evoluzione in tumori maligni (6)
 - Ciò contrasta con una casistica di Moriguchi (7): follow up di 5 anni senza modificazioni di diametro nelle lesioni polipoidi, incluse quelle > 10 mm, né trasformazione neoplastica.

Bibliografia

1. Gandolfi L, Torresan F, Solmi L, Puccetti L : The role of ultrasound in biliary and pancreatic diseases. *European Journal of Ultrasound*, 2003; 16 : 141 – 159.
2. Terzi C. et All. : Polypoid lesions of the gallbladder : report of 100 cases with special reference to operative indications. *Surgery*, 2000; 127 : 622 – 627.
3. Yang HL, Sun YG, Wang Z.: Polypoid lesions of the gallbladder: diagnosis and indication for surgery. *Br J Surg*, 1992; 79 : 227 – 229.
4. Sugiyama M et All. : Large cholesterol polyps of the gallbladder : diagnosis by means of US and endoscopic US. *Radiology*, 1995; 196 : 493 – 497.
5. Choi WB et All. : A new strategy to predict the neoplastic polyps of the gallbladder based on scoring system using EUS. *Gastrointest. Endosc*, 2000; 52 : 372 – 379.
6. Sugiyama M, Atomi Y, Yamato T. : Endoscopic ultrasonography for differential diagnosis of polypoid gallbladder lesion: analysis in surgical and follow up series. *Gut*, 2000; 46 : 250 – 254.
7. Moriguchi H et All.: Natural history of polypoid lesions in the gallbladder. *Gut*, 1966; 39 : 860 – 862.

miliare dell'assistito, alla esecuzione di una TC con mezzo di contrasto dell'addome sia superiore che inferiore. Da tale esame era emersa solamente una patologia cistica bilaterale dei reni, ma nulla a carico del fegato e/o delle vie biliari. La gammaglutamiltranspeptidasi (gammaGT) in particolare è a 156 UI/L. L'anamnesi patologica recente (coliche? Dolore in ipocondrio destro? Dispepsia? Dolore alla spalla destra?) è tuttavia muta. Nonostante le recenti tribolazioni legate al polipo del sigma, l'intestino funziona con regolarità. L'ecografo dello studio è sempre acceso e quindi, appurato che il signor Roberto non ha consumato nulla a colazione, se non una tazza di tè, si decide di verificare immediatamente se ci si trovi o no di fronte ad

una patologia (calcoli?) della colecisti. La loggia pancreatica, studiabile nonostante la totale assenza di preparazione, nella porzione testa – corpo della ghiandola, non presenta grossolane alterazioni ed in particolare non si apprezzano alterazioni del coledoco terminale. Il parenchima epatico dimostra profili e margini regolari ed una ecogenicità lievemente aumentata (espressione di un modesto grado di steatosi strettamente correlata ad una obesità di I Classe del nostro paziente). L'ilo portale e i doti biliari di 1° ordine sono perfetti. Non vi sono lesioni focali rilevabili ecograficamente. La colecisti è in sede, ben distesa, priva di immagini riferibili a calcoli, ma, sulla parete anteriore, nel terzo medio del corpo, si evidenzia una immagine ipereco-

gena, che aggetta nel lume colecistico, priva di cono d'ombra posteriore (fig. 1). Non c'è neppure l'artefatto a coda di cometa, e le dimensioni, pur piccole, rappresentano un elemento di allarme (11 mm). Il color Doppler ed il power non dimostrano una franca vascolarizzazione del peduncolo (fig. 2). Non si evidenziano, mediante lo zoom, infiltrazioni della parete, che appaiono come linea iperecogena continua al di sotto della neoformazione (fig. 3). Insomma il quadro depone quanto meno per un polipo della parete della colecisti, ma forse più per un adenoma. Certamente il cut off d'allarme dei 6 – 7 mm per le lesioni di parete è superato. È anche vero che le forme più comuni sono rappresentate da polipi di colesterolo, che non hanno una

potenzialità di evoluzione maligna, e sono multipli, di dimensioni inferiori ai 10 mm (1). Quella del signor Roberto non è lesione da lasciare in situ e da monitorare, almeno secondo le linee guida che i nostri chirurghi universitari attualmente seguono, ed anche in considerazione di quanto riportato in letteratura, essendo al di sopra dei 10 mm (2, 3).

Si affronta quindi l'arduo compito di chiarire al signor Roberto la situazione. Da profano non fa distinzione tra lesione (forse) precancerosa della colecisti e tumore del fegato, quello che si è da poco portato via il fratello. Lo sconforto è grande, ma alla fine la razionalità prevale e si stabilisce di contattare il Clinico Chirurgo della vicina Università, che è per altro un buon amico, il quale, informato dello stato psicologico del paziente, lo visita nella stessa giornata, tranquillizzandolo e programmandogli l'intervento.

In chirurgia video laparoscopica viene quindi asportata la colecisti ed al suo interno si repertano effettivamente un adenoma di 14 mm di diametro massimo, ma anche due formazioni più piccole, non focalizzate durante l'esame ecogra-



Fig. 3 . La linea iperecogena che è al di sotto della neoformazione appare continua, presumibile segno ecografico di non infiltrazione della parete colecistica da parte del polipo / adenoma.

fico, compatibili, secondo l'anatomo patologo, con colesteroli di tipo II.

Si è dunque sottratto il paziente ad un rischio di evoluzione verso una patologia neoplastica maligna, quale il cancro del-

la colecisti, che è gravato di elevatissima mortalità rimanendo per lungo tempo asintomatico e che, una volta clinicamente evidente, presenta una incontrollabile disseminazione locoregionale.

Controllare sovrappeso e obesità

Insieme a questo numero di *Avvenire Medico* avete ricevuto anche un prezioso strumento di lavoro: il Manuale per la Gestione del paziente sovrappeso e obeso in medicina generale. Il Manuale si inserisce nel progetto S.A.F.E. (Stile di vita - Alimentazione - Farmaco - Esercizio Fisico), avviato dalla Scuola Nazionale di Medicina degli Stili di Vita di Fimmg-Metis, forte dell'esperienza del settore Fimmg-Alimentazione, con la collaborazione di Abbott.

Il progetto S.A.F.E. propone 7 step fondamentali da percorrere nel setting della Medicina Generale:

- misurare altezza e peso per stima dell'Imc (Indice di massa corporea);
- misurare la circonferenza della vita;
- evidenziare eventuali alterazioni croniche delle condizioni di salute associate;
- valutare se il vostro paziente debba perdere peso;
- valutare se il paziente è pronto e motivato a perdere peso;
- scegliere con il paziente la strategia terapeutica più appropriata (dietologica, esercizio fisico, terapia comportamentale, farmacologica, chirurgica);
- valutare l'eventualità di un invio in Centro di 2° livello per la gestione del sovrappeso e dell'obesità.

Nel manuale viene proposto e illustrato l'algoritmo diagnostico-terapeutico che agevola l'intervento del medico di medicina generale verso questi pazienti, consentendone una migliore e più efficace gestione.

Tutti i materiali sono anche disponibili nel Sito di Fimmg www.fimmg.org/alimentazione



AVVENIRE MEDICO

Mensile della Fimmg

piazza G. Marconi 25 00144 Roma
Telefono 06.54896625 Telefax
06.54896645

Fondato nel 1963

da Giovanni Turziani e Alberto Rigattieri

Direttore

Giacomo Millilo

Direttore Responsabile

Michele Olivetti

Comitato di redazione

Esecutivo nazionale Fimmg

Editore

Health Communication
Via V. Carpaccio, 18 - 00147 Roma
Tel 06.594461 Fax 06.59446228
e.mail: avveniremedico@hcom.it

Coordinatore editoriale

Eva Antoniotti

Hanno collaborato

C. Benedetti, Fabio Bono, A. Campanini,
Lucia Conti, Firenze Corti, Ezio Cotrozzi,
Alessandro Dabbene, M. Dolciotti,
Michele Ferrara, Paolo Giarrusso, Ester Maragò,
Antonino Michienzi, Giuseppe Miserotti,
Aristide Missiroli, Aldo Mozzone,
A. Petrucci, A. Pizzo, Mariano Rampini,
C. Ravandoni, Celeste Russo, Carmine Scavone,
Silvestro Scotti, Stefano Zingoni

Progetto grafico

Giancarlo D'Orsi

Ufficio grafico

Daniele Lucia, Barbara Rizzuti

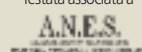
Foto

Fabio Ruggiero

Stampa

Union Printing - Viterbo
Finito di stampare nel mese di giugno 2009
Registrazione al Tribunale di Bologna
n. 7381 del 19/11/2003
Costo a copia 2,50 €

Testata associata a



Editore



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario