

Adenocarcinoma del duodeno: case report e considerazioni cliniche

L. PANIER SUFFAT, F. MILO, G. AMATO, F. TAVA¹, G. COSTA², F. PASQUALI,
S.M. TETTONI³, P. TAVA

U.O. Chirurgia Generale, Ospedale Civile Tortona (AL)

¹ Anatomia Patologica, Ospedale Civile Novi Ligure (AL)

² Servizio Endoscopia Digestiva, Ospedale Civile Tortona (AL)

³ Radiologia Interventistica, Ospedale Alessandria

SUMMARY: Duodenal adenocarcinoma: case report and clinical considerations.

L. PANIER SUFFAT, F. MILO, G. AMATO, F. TAVA, G. COSTA,
F. PASQUALI, S.M. TETTONI, P. TAVA

Background: Duodenal tumors are rare neoplasms with nonspecific symptoms mimicking benign pathologies. There aren't many large study to determine the prognostic factors and survival of these tumors.

Case report: We report a case of a 71 years old man, who was admitted to our observation with a duodenal ulceration that revealed being a duodenal adenocarcinoma.

Discussion: These lesions are characterized by a vague symptomatology like weight loss, abdominal pain, jaundice and anemia. The diagnosis is often delayed because of these nonspecific clinical signs. The most frequent location is the second portion of the duodenum. Curative surgery is the gold standard of treatment with an improving survival. Pancreaticoduodenectomy and its variants is the intervention of choice, reserving duodenal segmentectomy only for distal tumors. The role of lymph node metastases is debated and not cleared. There aren't sure prognostic factors regarding respectability and outcome. Global survival at 3 and 5 years showed be better than those of other peripapillary tumors.

Conclusions: The absence of randomized clinical trials and the relative rarity of these lesions preclude the compilation of guide line for therapeutic procedure.

KEY WORDS: duodenal adenocarcinoma, surgery, prognostic factors.

Introduzione

Le neoplasie del duodeno, primitive e secondarie sono relativamente rare, infatti l'organo viene coinvolto "indirettamente" da lesioni neoplastiche cefalopancreatiche o della regione ampollare. L'adenocarcinoma

del duodeno rappresenta lo 0.3-1% delle neoplasie del tratto gastroenterico e il 25-25% dei tumori maligni dell'intestino tenue (1).

Tale neoplasia è caratterizzata da sintomi aspecifici, tipici di patologie benigne di tale regione, che spesso determinano un ritardo diagnostico e spiegano l'alta incidenza di neoplasia in stadio avanzato. Pur con gli attuali progressi diagnostici e terapeutici, soprattutto in considerazione della relativa esiguità, non è attualmente possibile stabilire con rilevanza statistica quali fattori influenzino la reseccabilità e la prognosi.

Case report

In data 28/12 giunge alla nostra attenzione per melessa un paziente P. G. di sesso maschile, di anni 71, ricoverato in cardiologia per cardiopatia ipocinetica e posizionamento di pace-maker. Esegue EGDS in urgenza che pone diagnosi di gastrite iperemico-erosiva associata a piccola ulcera del ginocchio duodenale. Viene impostata terapia con PPI ad alte dosi, posizionato il pace maker e dimesso il paziente. In data 28/01, successivamente a nuovo episodio di melena, si esegue nuova EGDS che evidenzia ulcera lardecea persistente del bulbo duodenale con sanguinamento in atto che sconsiglia l'esecuzione di biopsie, si esegue quindi sclerosi endoscopica con polidocanolo. Il paziente esegue TC addome con m.d.c. che evidenzia ispessimento concentrico del duodeno post bulbare con apparente piano di clivaggio sulla testa pancreaticca. In considerazione della persistenza della lesione e della necessità di una diagnosi differenziale con una possibile lesione neoplastica, si pone indicazione ad eseguire eco endoscopia (11/02) che localizza una lesione di non univoca interpretazione, parzialmente liquida, fra duodeno e testa pancreaticca con quest'ultima nella norma, non si eseguono biopsie per impossibilità tecnica legata allo

Corrispondenza Autore:
Dott. Paolo Tava
Divisione Chirurgia Generale
Piazza Felice Cavallotti, 7 - 15057 Tortona - Alessandria
E-mail: tavapaolo@asi20.piemonte.it

© Copyright 2009, CIC Edizioni Internazionali, Roma



Fig. 1 - Retrazione sulla parete duodenale.



Fig. 2 - Linfoadenopatie reattive in corrispondenza dell'embolizzazione arteriosa.

strumento operatore. La presenza di una componente liquida indusse ad ipotizzare un minimo stravasamento di polidocanolo durante la sclerosi determinante anche l'ispessimento della parete duodenale. Agli ematochimici non persistevano indici di sanguinamento in atto per cui il paziente viene dimesso. Al controllo clinico del 19/02 reperto di HGB 8.5 gr/dl associata a melena, si decise di sottoporre il paziente ad arteriografia selettiva del tripode celiaco, dell'arteria mesenterica superiore e dell'arteria gastroduodenale con embolizzazione di quest'ultima poco dopo la sua origine. In data 09/03 esegue EGDS che evidenzia sanguinamento a nappo da lesione di aspetto lardaceo su cui si eseguono un brushing e delle biopsie. All'istologico adenocarcinoma. Il paziente quindi, previa esecuzione di nuova TC addome, viene sottoposto a duodenocefalopancreasectomia (DCP) con riscontro intra operatorio di voluminose linfoadenopatie (Fig. 1) in corrispondenza dell'arteria gastroduodenale e della mesenterica superiore (Fig. 2), all'istologico diagnosticate poi come reattive. Il decorso post operatorio si è svolto senza complicanze ed il paziente è stato dimesso in XII giornata.

Discussione

Come si evidenzia anche dai report della letteratura la sintomatologia è sostanzialmente aspecifica, spesso presente da almeno 3 mesi, con punte di 6-8 mesi prima della diagnosi. I sintomi sono ittero, soprattutto per le lesioni prossimali, perdita di peso, dolore di tipo gravativo ed anemizzazione; la sintomatologia all'esordio pare non correlare con la resecabilità, infatti XU JX et al. (2) sostengono che la resezione non sia controindicata nei casi avanzati, mentre in altri report l'ittero viene sottolineato essere prognostico negativo (3). Rotman et al. (4) hanno sottolineato l'anemizzazione qua-

le fattore predittivo positivo per la sopravvivenza, questo dato non ha tuttavia rilevanza statistica e si può ipotizzare che nei casi di anemizzazione la diagnosi possa essere più precoce perché i pazienti giungono prima all'attenzione del medico. La localizzazione più frequente è la seconda porzione duodenale (D2), essa non sembra essere un fattore prognostico significativo anche se lesioni più distali, verosimilmente, correlano con una miglior prognosi perché possono essere suscettibili di interventi meno pesanti della DCP (5). La chirurgia resettiva è l'unica possibilità terapeutica, anche in neoplasia avanzate, infatti la sopravvivenza è sicuramente migliore nei pazienti resecati rispetto ai non resecati (6). L'intervento di scelta per le lesioni di D1, D2 e D3 è la DCP con le sue possibili varianti quali la preservazione pilorica, per lesioni della quarta porzione duodenale, sembra essere proponibile una resezione segmentaria (7). In letteratura particolarmente dibattuta quale indice prognostico è la positività linfonodale, un recente lavoro (8) asserisce che essa sia associata ad una prognosi peggiore soprattutto per lesioni della regione ampollare, ciò è verosimilmente da mettere in relazione al drenaggio linfatico di questa regione, tuttavia non pare esserci evidenza statistica sul ruolo prognosticamente negativo del coinvolgimento linfonodale; per ovviare a ciò Serala et al. (9) hanno proposto, il reperimento e la tipizzazione istologica di almeno 15 linfonodi per aumentare la discriminante prognostica.

Attualmente le controindicazioni ad un intervento resettivo sono la presenza di metastasi a distanza, una carcinosi peritoneale o l'invasione vascolare del confluente mesenterico-portale. L'invasione parietale, ossia il parametro T, non risulta essere un fattore prognostico, tuttavia Ohigashi et al. (10) hanno evidenziato come l'invasione macroscopica del pancreas sia un fattore prognostico negativo; Ryder et al. (11) hanno evidenziato come un maggior diametro della neoplasia si

correli con una peggior prognosi, diversamente Hutuk et al. (12) asserisce che un diametro della neoplasia superiore a 3,5 centimetri sia correlato ad una prognosi migliore, ipotizzando quindi che le neoplasie di maggior diametro possano essere dotate di una minor aggressività biologica.

Non c'è evidenza scientifica sull'efficacia della chemio e radioterapia; tuttavia dall'analisi della sopravvivenza a 3 e 5 anni si evince che essa sia migliore se paragonata a quella delle altre neoplasie della regione ampollare, pur dovendo considerare le lesioni di D2 come un'entità eziopatologica a sé stante, verosimilmente per la complessità anatomica della zona interessata (13).

Conclusioni

La relativa esiguità di tali lesioni non permette di tracciare linee guida e protocolli terapeutici condivisi, tuttavia è consigliabile un approccio multidisciplinare integrato nella diagnosi e gestione di tali neoplasie, anche per ottenere una tipizzazione istologica pre operatoria, come nel caso da noi riportato.

La miglior sopravvivenza rispetto alle altre lesioni ampollari giustifica un approccio chirurgico più aggressivo anche in presenza di lesioni localmente avanzate, infatti a parità di stadio le neoplasie duodenali sembrano essere gravate da una mortalità e morbilità post operatoria minore rispetto alle analoghe lesioni cefalopancreatiche o ampollari.

Bibliografia

1. Bakaeen FG, Murr MM, Sarr MG, Thompson GB, Farnell MG, Nagorney DM et al. What prognostic factors are important in duodenal carcinoma? *Arch Surg* 2000;135:635-642.
2. Hu JX, Miao XY, Zhong DW, Dai WD, Liu W, HU W. Surgical treatment of primary duodenal adenocarcinoma. *Hepato-gastroenterology* 2006;53:858-62.
3. Hung FC, Kuo CM, Chuah SK, Kuo CH, Chen YS, Lu SN, Chang Chien CS. Clinical analysis of primary duodenal adenocarcinoma; an 11-years experience. *J Gastroenterol Hepatol* 2007 May;22(5):724-8.
4. Rotman N, Pezet D, Fagniez PL, Cherqui D, Celicout B, Lointier P. Adenocarcinoma of the duodenum: factors influencing survival. French Association for Surgical Research. *Br J Surg* 1994;81:83-85.
5. Sohn TA, Lillemoe KD, Cameron JL, Pitt HA, Kaufman HS, Hruban RH, Yeo CJ. Adenocarcinoma of the duodenum: factors influencing long-term survival. *J Gastrointest Surg* 1998; 2:79-87.
6. Bucher P, Gervaz P, Morel P. Long-term results of radical resection for locally advanced duodenal adenocarcinoma. *Hepato-gastroenterology* 2005;52(66):1727-9.
7. Tocchi A, Mazzone G, Puma F, Miccini M, Cassini D, Bettelli E, Tagliacozzo S. Adenocarcinoma of the third and fourth portions of the duodenum: results of surgical treatment. *Arch Surg* 2003;138:80-85.
8. Hurtuk MG, Hughes C, Shoup M, Aranha GV. Does lymph node ratio impact survival in resected periampullary malignancies? *Am J Surg* 2009;197(3):348-52.
9. Sarela AI, Brennan MF, Karpeh MS, Klimstra D, Conlon KC. Adenocarcinoma of the duodenum: importance of accurate lymph node staging and similarity in outcome to gastric cancer. *Ann Surg Oncol* 2004;11:380-386.
10. Ohigashi H, Ishikawa O, Tamura S, Imaoka S, Sasaki Y, Kameyama M et al. Pancreatic invasion as the prognostic indicator of duodenal adenocarcinoma treated by pancreatoduodenectomy plus extended lymphadenectomy. *Surgery* 1998; 124:510-515
11. Ryder NM, Ko CY, Hines OJ, Gloor B, Reber HA. Primary duodenal adenocarcinoma: a 40-year experience. *Arch Surg* 2000;135:1070-1075.
12. Hurtuk MG, Devata S, Brown KM, Oshima K, Aranha Gv, Pickleman J, Shoup M. Should all patients with duodenal adenocarcinoma be considered for aggressive surgical resection? *Am J Surg* 2007;193(3):319-24.
13. Solej M, D'amico S, Brondino G, Ferronato M, Nano M. Primary duodenal adenocarcinoma. *Tumori* 2008;94:779-786.