

Filtrazione ascitica cutanea come complicanza del posizionamento di un sistema totalmente impiantabile arterioso

I. DI CARLO, A. TORO, A. BASILE, T. GUASTELLA, F. CALANDUCCI, D. RUSSELLO, F. LATTERI

RIASSUNTO: Filtrazione ascitica cutanea come complicanza del posizionamento di un sistema totalmente impiantabile arterioso.

I. DI CARLO, A. TORO, A. BASILE, T. GUASTELLA, F. CALANDUCCI, D. RUSSELLO, F. LATTERI

Gli Autori riportano il caso di un paziente con epatopatia cronica affetto da colangiocarcinoma intraepatico in cui era stato posizionato un sistema totalmente impiantabile (STI) per effettuare chemioterapia loco-regionale. Nel post-operatorio il paziente ha avuto come complicanza il drenaggio di liquido ascitico dalla ferita cutanea della tasca alla base del torace in cui era posizionato il STI. Dopo aver discusso la probabile etiopatogenesi, gli Autori propongono gli accorgimenti per la soluzione della problematica.

SUMMARY: Postoperative cutaneous ascites as a complication of totally implantable arterial device placement.

I. DI CARLO, A. TORO, A. BASILE, T. GUASTELLA, F. CALANDUCCI, D. RUSSELLO, F. LATTERI

The Authors report the case of a patient with intrahepatic colangiocarcinoma, operated on for totally implantable arterial device (TIAD) implant in view of hepatic chemotherapy. The postoperative course was characterized by cutaneous drainage of ascites fluids from the wound of the TIAD implant. Its aetiology and therapy are discussed.

KEY WORDS: Sistema totalmente impiantabile arterioso - Ascite - Tumori epatici.
Totally implantable arterial device - Ascites - Hepatic tumors.

Introduzione

Il migliore presidio terapeutico per i tumori del fegato è rappresentato dalla resezione chirurgica (1). Qualora questa opzione non sia praticabile in rapporto al tipo istologico, esistono varie alternative tra le quali l'infusione intraepatica loco-regionale di farmaci chemioterapici, che si può effettuare tramite il posizionamento di un sistema totalmente impiantabile (STI) arterioso o di una pompa totalmente impiantabile (2). Questo trattamento, sinora riservato alle metastasi da cancro colo-rettale, è da qualche tempo utilizzato con buoni risultati anche nei pazienti portatori di colangiocarcinomi intraepatici non operabili. La metodica è gravata da complicanze sia strettamente legate al dispositivo sia conseguenti ai danni secondari alla perfusione dei farmaci (3).

Gli Autori descrivono una rara complicanza post-operatoria in un paziente in cui era stato impiantato un STIA.

Caso clinico

Si tratta di C.A., sesso maschile, 58 anni, portatore di epatite B, il quale nel mese di luglio del 2002, in seguito ad una lieve dolenzia al fianco destro, si sottoponeva ad un'ecografia dell'addome che evidenziava nel lobo epatico destro una grossolana formazione iperecogena, tondeggiante, del diametro di 9,5 x 8,5 cm. Al precedente esame faceva seguito una TC del torace e dell'addome che mostrava, a carico del fegato di destra, numerose neoformazioni, intorno alla più grande, site nei segmenti epatici V, VI, VII, VIII.

Inoltre, si evidenziava una formazione nodulare adesa alla parete toracica di probabile natura ripetitiva. I markers tumorali mostravano un Ca 19-9 di 278 U/ml (v.n. 0-37 U/ml), Ca 125 di 46 U/ml (v.n. 0-35 U/ml) e Ca 15-3 di 36 U/ml (v.n. 0-27 U/ml). Tali esami deponavano per neoplasia primitiva del fegato.

La colonscopia e la EGDS erano negative. Per tale motivo venne eseguita una biopsia ecoguidata percutanea della lesione, la cui diagnosi istologica fu quella di colangiocarcinoma in paziente con epatite cronica. Poiché non vi era indicazione ad effettuare la resezione epatica, il paziente fu sottoposto, previa arteriografia del tripode celiaco, a posizionamento intraoperatorio di un sistema totalmente impiantabile arterioso ed al posizionamento di un STI venoso per la terapia sistemica.

Nel post-operatorio immediato non si sono verificate complicanze ed il paziente è stato dimesso in V giornata.

Quattro giorni dopo la dimissione, il paziente si ripresentava in ospedale per la fuoriuscita di liquido ascitico dalla ferita chirurgica cutanea alla base del torace in cui era impiantata la camera del STI arterioso. Il paziente, anche alla luce del risultato della biopsia epatica, veniva sottoposto a terapia diuretica con rispar-

Università degli Studi di Catania
Dipartimento di Scienze Chirurgiche,
Trapianti d'Organo e Tecnologie Avanzate
Cattedra di Chirurgia Generale
(Direttore: Prof. F. Latteri)

© Copyright 2003, CIC Edizioni Internazionali, Roma

miatori di potassio. La terapia venne proseguita per 10 giorni, fino alla scomparsa completa della fuoriuscita del liquido ascitico e conseguente cicatrizzazione della ferita cutanea.

Il paziente ha potuto iniziare, a tre settimane dall'intervento chirurgico, i cicli di chemioterapia intrarteriosa ed endovenosa. Dopo 5 mesi dall'intervento il paziente è stato sottoposto ad esame TC che ha evidenziato la riduzione della massa tumorale epatica di 1 cm nel diametro maggiore.

Discussione

La terapia loco-regionale è stata messa a punto per le metastasi epatiche da tumore del colon non operabili ed in seguito estesa anche ai tumori primitivi del fegato non suscettibili di terapia chirurgica e/o radiologica interventistica (4).

In tali pazienti si può decidere di posizionare un STI arterioso per la terapia loco-regionale come unico presidio terapeutico o nell'ambito di una terapia multimodale (5).

In rapporto ai parametri OMS, questa terapia può essere efficace e permettere la scomparsa o la riduzione della neoplasia e in questo secondo caso, può rendere fattibile un intervento chirurgico che prima non lo era, oppure può controllare la progressione della malattia e prolungare la sopravvivenza ma in condizioni cliniche migliori (6).

Il colangiocarcinoma rappresenta una piccola percentuale dei tumori primitivi del fegato ed ha una prognosi nettamente peggiore rispetto all'epatocarcinoma (7).

L'impianto di STI arteriosi non è scevro di complicanze le quali vengono raccolte in letteratura in tre gruppi: legate al farmaco, legate al catetere e legate alla camera (Tab. 1).

Le complicanze legate al farmaco vanno da sintomi di lieve entità, come la diarrea la nausea ed il vomito, fenomeni normali in pazienti sottoposti a chemio-terapia e che regrediscono con la sospensione della terapia, fino a complicanze più o meno gravi dovute all'azione del farmaco sul parenchima epatico, variabili dalla epatite chimica, che regredisce con la sospensione della terapia, ai casi di colangite sclerosante. Si possono altresì verificare lesioni ulcerative gastro-duodenali e pancreatiti acute in generale dovute alla mancata legatura di tutti i vasi destinati allo stomaco, al duodeno ed al pancreas durante l'intervento chirurgico (8).

Tra le complicanze legate al catetere, sicuramente

TABELLA 1 - COMPLICANZE DEI SISTEMI TOTALMENTE IMPIANTABILI (STI) ARTERIOSI.

<i>Legate al farmaco</i>
- ulcere gastroduodenali
- pancreatite
- epatite chimica
- colangite sclerosante
<i>Legate al catetere</i>
- trombosi
- dislocazione
- occlusione
- rottura
- pseudo-aneurisma
- infezione
<i>Legate alla camera</i>
- dislocamento
- rottura
- sieroma della tasca
- infezione della cute sovrastante

le più gravi sono la migrazione, che può avvenire negli organi vicini come del duodeno (9), e lo pseudo-aneurisma che talora può essere causa di intervento chirurgico in urgenza (10).

Infine, le complicanze legate alla camera sono da annoverare nelle stesse categorie dei STI venosi (11).

Il tipo di complicanze da noi osservata non rientra in nessuna delle categorie usualmente descritte. Il paziente, a causa della sua epatopatia, ha sviluppato ascite, che drenava attraverso la ferita chirurgica cutanea sita alla base del torace al di sotto della quale era posta la camera del STI. Il liquido ascitico fuoriusciva attraverso il tragitto costituito nella parete addominale per tunnelizzare il catetere dalla cavità addominale sino al sottocute, in cui viene costituita la tasca sottocutanea.

Nel nostro caso la tunnelizzazione era stata effettuata con una pinza di diametro lievemente superiore a quello del catetere, che evidentemente ha causato, tra il passaggio neocostituito ed il diametro del catetere, una discrepanza attraverso la quale nel post-operatorio si è avuto il passaggio del liquido ascitico. Sarebbe consigliabile utilizzare sempre un tunnelizzatore di diametro uguale a quello del catetere e costituire una borsa di tabacco nel punto di ingresso, attraverso il peritoneo, del catetere, in maniera tale da impedire il passaggio dell'eventuale formazione di ascite.

Bibliografia

1. Puleo S, Lombardo R, Azzarello G, Li Destri G, Di Carlo I: Multimodal therapy of hepatocarcinoma: personal experience on 90 cases. *Hepato-Gastroenterology* 2000; 47: 1379.
2. Miyanari N, Mori T, Takahashi K, Yasuno M: Evaluation of aggressively treated patients with unresectable multiple liver metastases from colorectal cancer. *Dis Colon Rectum* 2002; 45: 1503.
3. Liu LX, Zhang WH, Jiang HC, Zhu AL, Wu LF, Qi SY,

- Piao DX: Arterial chemotherapy of 5-fluorouracil and mitomycin C in the treatment of liver metastases of colorectal cancer. *World J Gastroenterol* 2002; 8: 663.
4. Sangro N, Rios R, Bilbao I, Beloqui O, Herrero JI, Quiroga J, Prieto J: Efficacy and toxicity of intra-arterial cisplatin and etoposide for advanced hepatocellular carcinoma. *Oncology* 2002; 62: 293.
 5. Nordlinger B, Rougier P: Nonsurgical methods for liver metastases including cryotherapy, radiofrequency ablation, and infusional treatment: what's new in 2001? *Curr Opin Oncol* 2002; 14: 420.
 6. Aldrighetti L, Venturini M, Zoppi G, Arru M, Ferla G: Combined surgical-percutaneous approach for placement of arterial devices for hepatic chemotherapy. *Hepatogastroenterology* 2002; 49: 1090.
 7. Belghiti J, Di Carlo I, Sauvanet A, Uribe M, Fékété F: A ten-years experience of hepatic resections in 338 patients: evolutions in indications and operative mortality. *Eur J Surg* 1994; 160: 277.
 8. Di Carlo I, Lombardo R, Puleo S: A new alternative technique to preserve native flow, for continuous hepatic artery chemotherapy, in presence of a right hepatic artery arising from superior mesenteric artery. *Hepato-gastroenterology* 1999; 46: 1692.
 9. Cherqui D, Garden OJ, Bismuth H: Duodenal erosion complicating an implanted hepatic arterial access device. *Br J Surg* 1988; 75: 556.
 10. Di Carlo I, Li Destri G, Lombardo R, Puleo S: Totally implantable arterial device (TIAD): a questionable complication. *Hepatogastroenterology* (in stampa).
 11. Di Carlo I, Cordio S, Privitera G, La Greca G, Russello D, Puleo S, Latteri F: Totally implantable venous access devices implanted surgically. A retrospective study on early and late complications. *Arch Surg* 2001; 136: 1050.
-