

P.O. G.B. Morgagni – L. Pierantoni, Forlì
Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio dei Tumori IRST IRCCS, Meldola

Paziente long-survival con carcinosi peritoneale da K gastrico.

Tringali D.*, Morgagni P., Vittimberga G., La Barba G., Framarini M., Ercolani G., Monti M.**, Petrella E.***

* Chirurgia generale ed Esofago e Stomaco. A.O.U.I. Verona, Ospedale civile Borgo Trento. Medico in formazione specialistica

Chirurgia generale TOA-GEM, P.O. G.B. Morgagni – L. Pierantoni, Forlì

** Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio dei Tumori IRST IRCCS, Meldola

*** U.O. Radiagnostica, P.O. G.B. Morgagni – L. Pierantoni, Forlì

GIUGNO 2007

M.L. 45AA

A.P.R:

- Emicolectomia sinistra per shock emorragico dopo polipectomia del colon

Per dolore e bruciore epigastrico esegue EGDS

EGDS: « neoplasia ulcerata che si estende sulla piccola curva soprangolare fino all'angulus, distante circa tre cm dal cardias».

Biopsie: carcinoma scarsamente differenziato infiltrante ed ulcerato

TC STADIAZIONE 06/07/2007

Torace:negativo

Fegato: piani caudali del VI segmento neoformazione di 10mm sospetta per localizzazione.

Non linfonodi perigastrici, non linfonodi retroperitoneali, non versamento ascitico

03/08/2007

GASTRECTOMIA TOTALE OMENTECTOMIA E LINFOADENECTOMIA D2 (+ linfonodi arteria splenica)

Lesione al VI segmento epatico risultata essere angioma

Esame istologico:

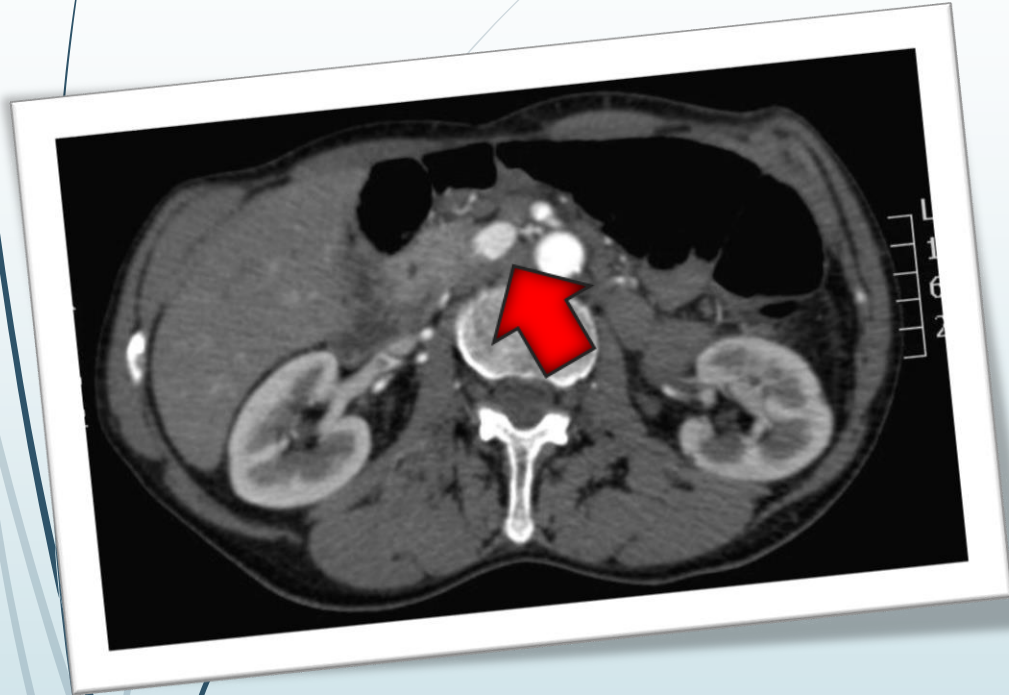
Adenocarcinoma gastrico scarsamente differenziato ulcerato, con aspetti mucinosi e con aree con cellule ad anello con castone

pT3 pN2 (10/54) pMx



Terapia Adiuvante

5-fluorouracile + ac. Folinico
da settembre 2007 a febbraio 2008



- ▶ Aprile 2009 - TAC formazione tondeggiante a margini regolari di 17 x 14 mm a livello dell'istmo pancreatico sospetta per lesione primitiva neuroendocrina. (Non segni di recidiva a livello toracico, epatico e peritoneale della malattia gastrica)
- ▶ Maggio 2009 - SPECT-CT: area di focale patologico accumulo in corrispondenza della lesione peripancreatica segnalata alla TAC.

INIZIO TERAPIA CON SANDOSTATINA

LUGLIO 2010

Crisi sub-occlusive recidivanti

12/7 TAC: aspetto nettamente dilatato delle anse intestinali del tenue fino in sede sottoepatica

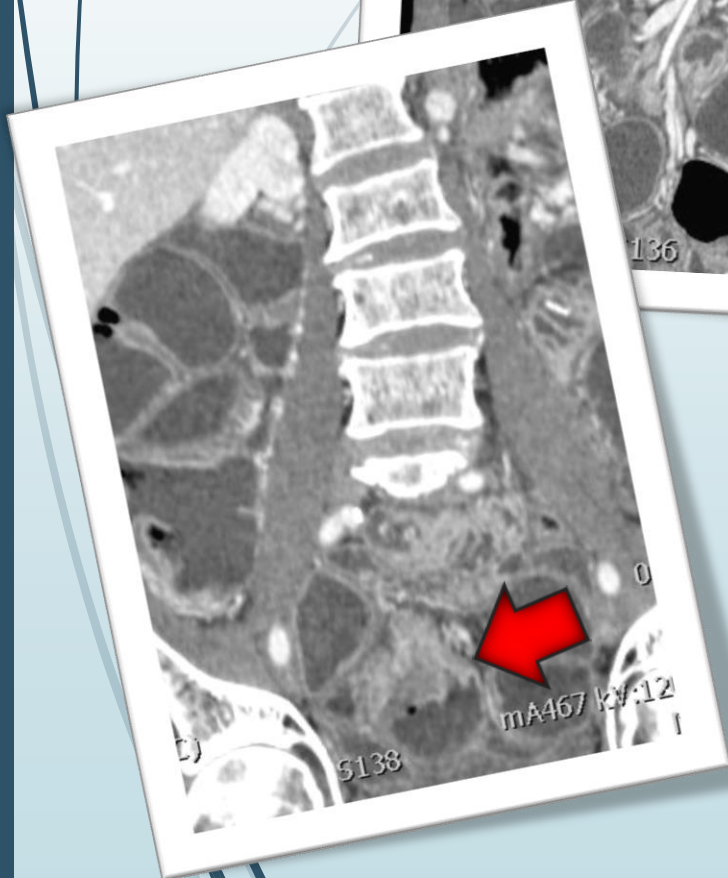
17/7 Posizionato sondino nasodigiunale

22/7 PET negativa

23/7 Laparotomia esplorativa, resezione di 50 cm di digiuno per neoformazione occludente il viscere

E.I. : Metastasi ileale transparietale di adenocarcinoma gastrico

6 cicli sec. Schema De Gramont





APRILE 2011

Diarrea

16/4/11: Colonscopia: a 27 cm dal margine anale stenosi produttiva a manicotto valicabile con il gastroscopio.

Biopsie: metastasi ulcerata, nella mucosa colica, di adenocarcinoma poco differenziato con focali cellule ad anello con castone a primitività gastrica.

HER 2 negativo

22/4/11 posizionata andoprotesi

INIZIO TERAPIA CON FOLFOX

GIUGNO 2011

Occlusione intestinale

10/6/11: Colonscopia: re-stenting della stenosi colica, posizionando all'interno dello stent precedentemente posizionato (che appariva occupato da ingrowth) nuova protesi non ricoperta.

SETTEMBRE 2011

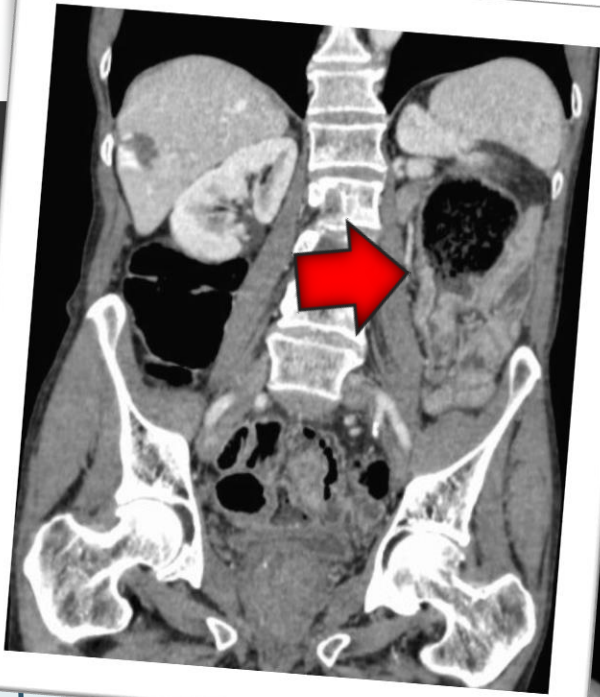
Nuovo episodio di occlusione intestinale. TAC confermato ispessimento parietale patologico a livello dello stent, non versamento peritoneale

02/09/2011

RESEZIONE DI COLON DISCENDENTE E DI ANSA DIGIUNALE A VALLE DELLA ROUX

E.I.: Adenocarcinoma scarsamente differenziato infiltrante a tutto spessore la parete colica e la tonaca muscolare di segmento digiunale adesa ad esso. Quadro morfologico sovrapponibile a quello della neoplasia gastrica

FOLLOW-UP



APRILE 2013

TAC

Ispessimento parietale di tratto del colon discendente associato a carcinosi del tessuto attorno all'arteria mesenterica inferiore.

Nodulo cefalopancreatico invariato.

PET

Ispessimento colico SUV 5,75

Ispessimento attorno arteria mesenterica SUV 3,19



MAGGIO 2013

Laparotomia esplorativa, evidenza di recidiva neoplastica retroperitoneale alla radice dei mesi che infiltra l'anastomosi colica, il meso digiunale dell'ansa alla Roux e risulta adesa all'uretere di sinistra.

CONFEZIONAMENTO DI ILEOSTOMIA

INIZIO TERAPIA CON TAXOTERE





AGOSTO 2013

DECESSO DEL PAZIENTE

6 anni dall'intervento di gastrectomia

2 anni e 4 mesi dalla prima resezione colica per carcinosi