

“EndoRo”

Convegno
di Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva

Live endoscopy
and gastroenterology
meeting



17 Maggio

8:00 - 18:00

Sala Congressi
A. Bisaglia

presso Cen Ser (Centro Servizi)
Viale Porta Adige, 45 - Rovigo



SESSIONE LIVE

Presentazione casi clinici

Dott.ssa Angela Imondi
U.O.C. Gastroenterologia
Rovigo

CASO CLINICO 4

- Uomo, 55 anni
- In anamnesi: 2006 emicolectomia sinistra+CT per neoplasia del sigma; dislipidemia severa in trattamento
- Storia clinica:
 - **2021** comparsa di dolore epigastrico ingravescente, dispepsia e vomito, plurimi accessi in PS → **ricovero in Chirurgia (07/21)**
 - **Esami biumorali:** rialzo minimo della Ggt (63 U/L), presente anche in passato
→ monitorati nel tempo: persiste rialzo Ggt (115 U/L al 10.5), negativi in dosaggi seriati markers neoplastici CEA, CA19.9, AFP, negative IgG4
 - **TC addome con mdc:** “in corrispondenza del passaggio fra testa e uncino pancreatico e del passaggio tra I e II porzione duodenale è presente ampia area di tessuto di circa 25 mm, disomogenea, prevalentemente ipodensa in fase precoce nella parte centrale, con profilo sfumato, associato a falda dell’adipe contiguo e periduodenale con spessore di 1 cm. Discreto ispessimento ed iperemia della parete duodenale di aspetto quasi concentrico. Multiple formazioni linfonodali contigue sia anteriormente che posteriormente con diametro fino a 8 mm; linfonodo maggiore sul margine postero-inferiore dell’ilo epatico di 17 mm; linfonodi in sede interporto-cavale di max 12x5 mm. Non dilatazione della vie biliari, non alterazioni dell’asse vascolare sia venoso che arterioso. Regolari fegato e colecisti. “
 - **colangioRM:** “ispessimento delle pareti della prima porzione duodenale che appaiono ipervascolarizzate con ispessimento ed edema del tessuto adiposo periduodenale, che appare coinvolgere anche la testa del pancreas (imbibizione edematosa del tessuto adiposo pericefalico), tumefatta con focale area iperevascolarizzata in corrispondenza della testa di circa 34 x 28 mm. Quanto descritto risulta di non univoca interpretazione in quanto potrebbe essere compatibile anche con quadro infiammatorio duodenale pur non potendo escludere a priori l’ipotesi di lesione neoplastica (duodenale infiltrante il pancreas?lesione pancreatic?). “

CASO CLINICO 4

- **Caso discusso più volte in sede multidisciplinare (GIC)**
- **08.21 Ecoendoscopia+FNB:** “esame condotto con sia con strumento radiale che lineare, molto difficoltoso per la substenosi al ginocchio duodenale. Si conferma ispessimento ipoecogeno della parete duodenale che si continua con area ipoecogena sfumata e disomogenea in corrispondenza della testa pancreatico che appare tendenzialmente hard all’elastografia e prende mdc (Sonovue 5 ml) seppur in modo modesto e disomogeneo. Presenti almeno 3 piccoli linfonodi perilesionali. Eseguito FNB con ago 22 G con ripetuti passaggi, ottimo frustolo. “
- **Esame istologico:** “minuti frustoli di parenchima pancreatico e tessuto fibromuscolare con focale flogosi linfomonocitaria/granulocitaria. Campione caratterizzato con immunistochemica (per Cd117, DOG1, AE1/AE3) “
- **12.21 PET:** “modesto e disomogeneo iperaccumulo del tracciante di metabolismo glucidico in corrispondenza della nota lesione in regione duodeno-cefalopancreatica (SUV max 2.9). Reperto di non univoca interpretazione, da monitorare (vista la presenza di alcuni istotipi tumorali a basso metabolismo glucidico non e' possibile escludere con sicurezza patologia di natura m.m.) “

CASO CLINICO 4

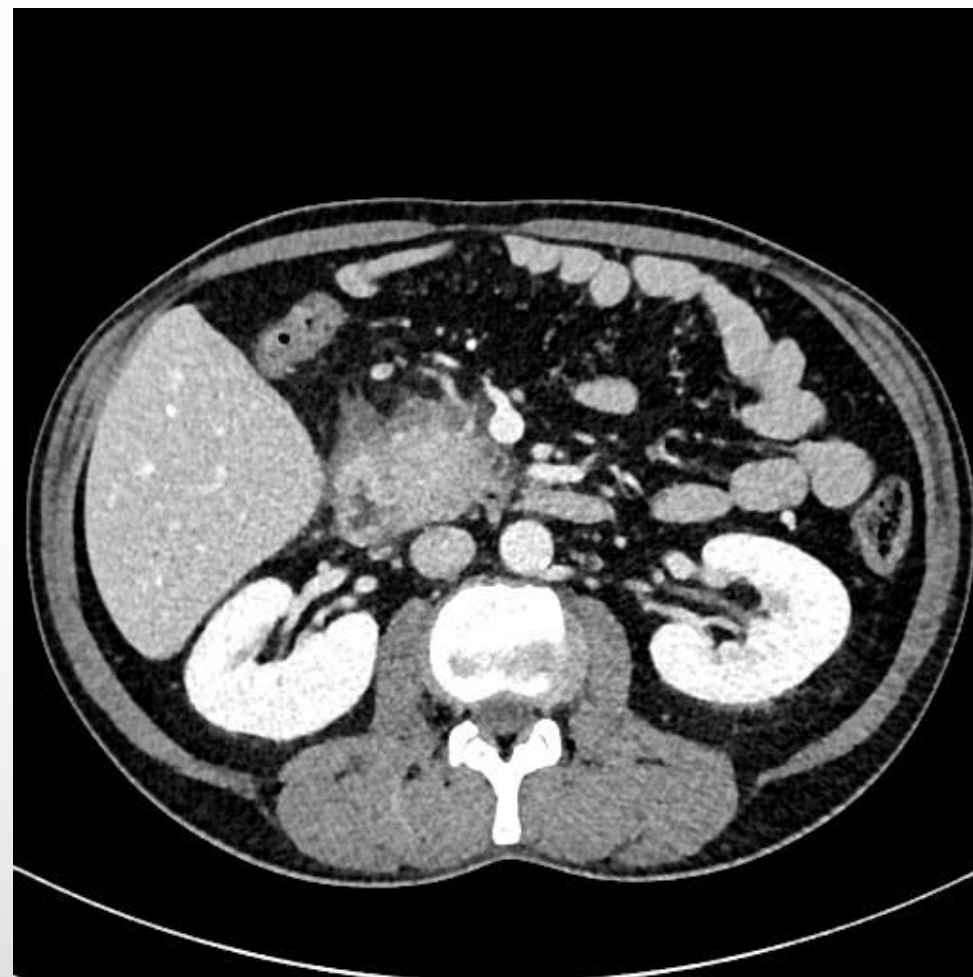
- **01.2022 TC addome con mdc:** “nel contesto della nota area di ispessimento tissutale della testa del pancreas, invariata, è comparsa area ipodensa sovraliquida di 19x26 mm in piani anteriori.”
- **02.22 ripetizione ecoendoscopia+FNB:** “esame condotto con strumento lineare. Dal bulbo duodenale si identifica area ipoecogena interessante la parete duodenale e la regione cefalopancreatica, a margini definiti e centro anecogeno, di circa 25 mm, con discreta presenza di segnali Doppler all’interno. Dopo Sonovue 4.8 mL si assiste a disomogenea presa di contrasto in fase arteriosa.”
- **Esame istologico:** “frustoli di materiale ematico comprendenti minutissimi lembi di mucosa duodenale e minutissimi frammenti di parenchima pancreatico e tessuto fibromuscolare. All’immunoistochimichimica: + beta-catenina (di membrana) “
- **12.22 ripetizione ecoendoescopia+FNA:** “....Si esegue aspirazione del liquido con ago Expect 22 G e prelievo per esami citologico (2 passaggi).»
- **Esami citologico:** materiale amorfo-ematico, macrofagi schiumosi, granulociti e alcuni lembi di epitelio cilindrico privo di atipie.
- **Su liquido:** amilasi totale 14035 U/L, CEA 170 ng/mL, CA 19.9 1 u/mL

CASO CLINICO 4

- **02.2023 RM addome con mdc.** “incremento dimensionale della nota formazione a contenuto fluido della testa pancreatico, che attualmente presenta diametri trasversi massimi pari a 25x15 mm sul piano assiale ed estensione cranio-caudale di circa 23 mm con incremento anche della componente fluida interna che appare tenuamente iperintensa in T1 senza mdc (da contenuto proteico). Dopo mdc si osserva lieve enhancement delle pareti, ridotta rispetto alla precedente RM, non dissociabile dalla parete della I-II porzione duodenale. Invariato il resto.”
- Miglioramento clinico, ma mai remissione dei sintomi



RM 02.23



TC 07.21

Per gentile concessione Dott.ssa A. Giorgino, Radiologia Rovigo

PROCEDURA PROGRAMMATA: EUS CON EVENTUALE FNA



In sala endoscopica: Prof. Fusaroli

Anestesista: Dott. Fiorini

Equipe infermieristica: C. Davi, C. Genesini, M. Cherubin

OBIETTIVI DIDATTICI



- Illustrare l'utilità dell' ecoendoscopia nella caratterizzazione delle lesioni pancreatiche
- Valutare il contributo del mezzo di contrasto nella definizione delle lesioni pancreatiche