

TUMORI DELL'INTESTINO TENUE MESENTERIALE

www.fisiokinesiterapia.biz

Epidemiologia

Sebbene l'intestino tenue mesenteriale (digiuno e ileo) costituisca circa il 75% della lunghezza totale del tratto gastrointestinale e oltre il 90% della superficie mucosa del canale alimentare abbia sede in questo segmento, le neoplasie maligne del "piccolo" intestino sono relativamente rare.



1-2 NUOVI CASI/ANNO SU 100.000 ABITANTI
2% DEI TUMORI GASTROINTESTINALI

Epidemiologia

Questi dati epidemiologici acquistano particolare interesse se si considera il fatto che l'intestino tenue è compreso fra due segmenti del canale alimentare ad alto rischio tumorale: stomaco (12-15 nuovi casi/anno su 100.000) e colon-retto (44 nuovi casi/anno su 100.000).

POSSIBILI CAUSE

1. minore insulto flogistico della mucosa a causa delle diverse caratteristiche chimico-fisiche del bolo alimentare;
2. minore esposizione ad agenti cancerogeni a causa del transito più rapido;
3. minore concentrazione di batteri anaerobi con conseguente scarsa trasformazione degli acidi biliari in cataboliti potenzialmente cancerogeni;
4. maggiore densità di tessuto linfoide e di IgA.

Tumori dell'intestino tenue mesenteriale

Leiomiomi

Adenomi

Lipomi

Emangiomi

**Iperplasia nodulare
linfoide**

TUMORI BENIGNI

Tumori benigni: istotipi

LEIOMIOMI

- Lesione benigna **sintomatica più frequente**.
- Solitamente singoli.
- Prevalente localizzazione prossimale (digiuno).
- Possibile trasformazione maligna (leiomiosarcoma).

ADENOMI

- Lesione benigna **asintomatica più frequente**.
- Singoli o multipli (poliposi adenomatosa, PAF).
- Sessili o peduncolati.
- Tubulari, tubulo-villosi o villosi.
- Le **grosse dimensioni** (>4 cm), l'**istotipo villoso** e l'**alto grado di displasia** sono le principali caratteristiche che si associano ad un alto rischio di trasformazione maligna (nel 30-40% dei casi gli adenomi villosi sono già cancerizzati alla diagnosi).

Tumori benigni: istotipi

LIPOMI

- Terzo istotipo in ordine di frequenza.
- Prevalente localizzazione distale (ileo).
- Il rischio di degenerazione maligna è quasi nullo.

EMANGIOMA

- Molto rari (<0,05% di tutte le neoplasie intestinali).
- Spiccata tendenza al sanguinamento.

IPERPLASIA NODULARE LINFOIDE (INL)

- Multiple nodularità sottomucose (follicoli linfatici iperplastici).
- Prevalente localizzazione distale.
- Più comunemente si verifica in soggetti con deficit immunologici.
- In alcuni casi costituisce il substrato per lo sviluppo di un linfoma.

Tumori dell'intestino tenue mesenteriale

Adenocarcinomi

Leiomiiosarcomi

Linfomi

**Tumori
neuroendocrini**

**Neoplasie
secondarie**

TUMORI MALIGNI

Tumori maligni: istotipi

ADENOCARCIOMI

- **Più frequenti (30-50% di tutte le neoplasie maligne dell'intestino tenue).**
- **Prevalente localizzazione prossimale (l'ampolla di Vater è la sede più comune).**
- **Stessa istogenesi della controparte coloretale (sequenza adenoma-carcinoma).**
- **Tendenza a manifestarsi clinicamente in una fase relativamente più precoce.**

LINFOMI

- **Secondi in ordine di frequenza (15-20%).**
- **Prevalente localizzazione distale (ileo).**
- **La malattia celiaca è uno dei più importanti fattori di rischio.**
- **Rappresentano la più frequente forma di linfomi extralinfonodali.**
- **Nella maggior parte dei casi si tratta di linfomi non-Hodgkin (LNH) a cellule B ad alto grado di malignità.**

Tumori maligni: istotipi

LEIOMIOSARCOMI

- **Prevalente localizzazione prossimale (digiuno).**
- **Spesso raggiungono dimensioni notevoli prima della diagnosi.**
- **La diagnosi differenziale istologica dall'equivalente benigno (leiomiomi) può essere molto difficile.**

TUMORI NEUROENDOCRINI

- **I carcinoidi rappresentano la categoria più frequente.**
- **In circa il 10% dei casi si verifica l'iperproduzione di serotonina responsabile della cosiddetta "sindrome da carcinoide" (dolore crampiforme intermittente, diarrea, flushing, broncospasmo e cianosi).**

NEOPLASIE SECONDARIE

- **Più frequenti delle lesioni maligne primitive.**
- **Il melanoma è la neoplasia extraintestinale con la maggiore predilezione all'interessamento metastatico intestinale.**

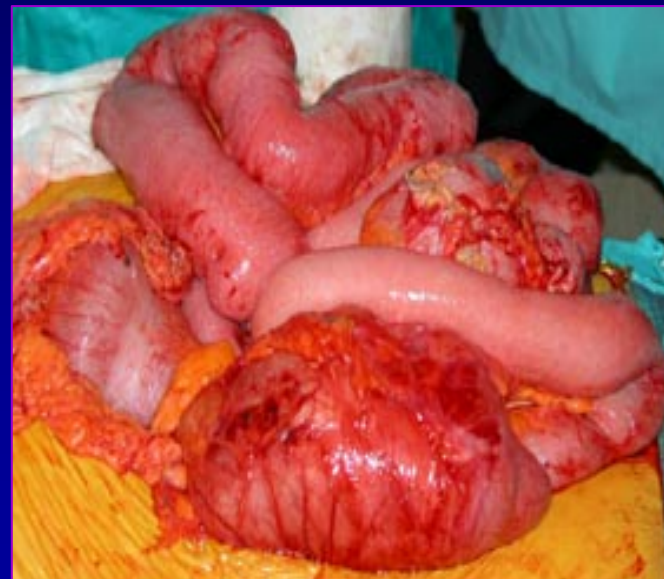
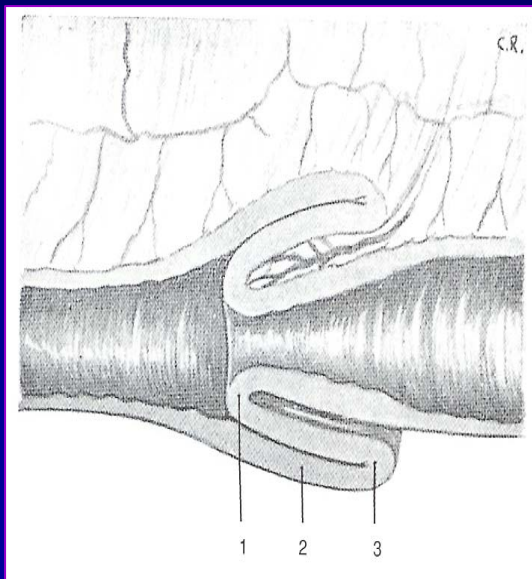
Clinica

- Nella maggior parte dei casi le lesioni neoplastiche dell'intestino tenue rimangono **asintomatiche** per lungo tempo.
- Quando presente, la sintomatologia è estremamente vaga e aspecifica:
 - **dolore addominale postprandiale**;
 - **dispepsia**;
 - **anemia** ipocromica e microcitica (stillicidio ematico cronico);
 - **crisi subocclusive** recidivanti.;
 - **calo ponderale, anoressia, astenia, febbricola, diarrea** (neoplasie maligne).
- Spesso una sintomatologia netta insorge solo nelle complicanze.

Complicanze

OCCLUSIONE

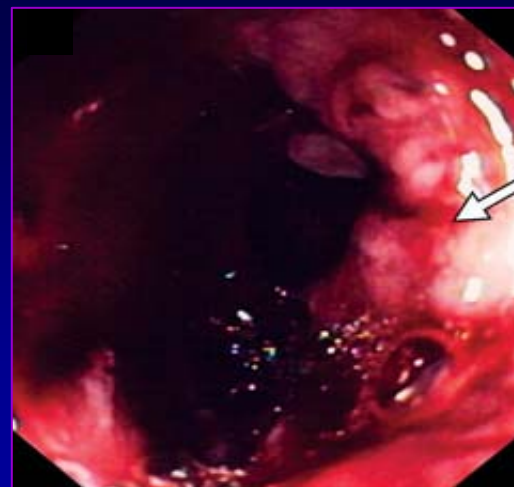
È la complicanza **più frequente** (circa 50% dei casi) e può derivare da un'intussuscezione (soprattutto lipomi), da un'ostruzione endoluminale o da una compressione *ab estrinseco*.



Complicanze

ENTERORRAGIA

- Abbastanza comune (circa 25% dei casi).
- Complicanza frequente negli emangiomi e nei leiomiosarcomi.



PERFORAZIONE

- Complicanza rara.
- Conseguente alla necrosi della massa neoplastica.
- Di solito associata ai linfomi.



Diagnosi

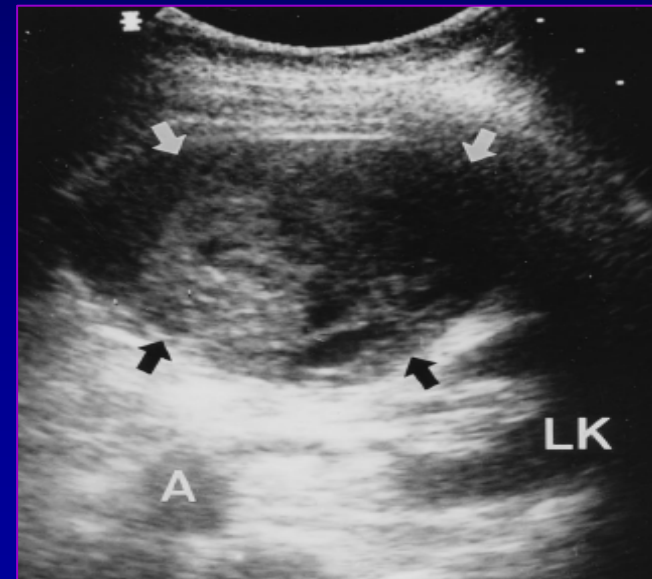
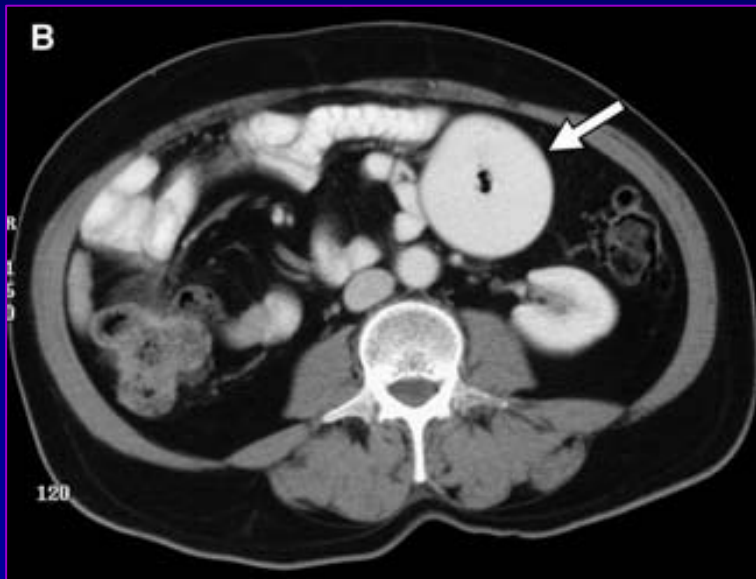
- **La sintomatologia vaga e aspecifica rende la diagnosi clinica molto difficile (è poco probabile che i disturbi riferiti dal paziente inducano il clinico ad eseguire indagini mirate allo studio del piccolo intestino).**
- **Circa il 25% dei tumori digiuno-ileali, infatti, viene diagnosticato intraoperatoriamente nel corso di interventi eseguiti per una complicanza (es. occlusione) o per altre patologie e buona parte delle lesioni benigne costituisce un reperto autoptico.**
- **In linea di massima una neoplasia dell'intestino tenue deve essere sospettata in pazienti con dolore addominale postprandiale, anemia sideropenica, melena, alvo irregolare con crisi subocclusive, dopo aver accuratamente escluso la presenza di lesioni a carico dello stomaco e del colon.**

Diagnosi

ESAMI LABORATORISTICI (Hb, SOF, CEA, ecc.)

ECOGRAFIA DELL'ADDOME e TC

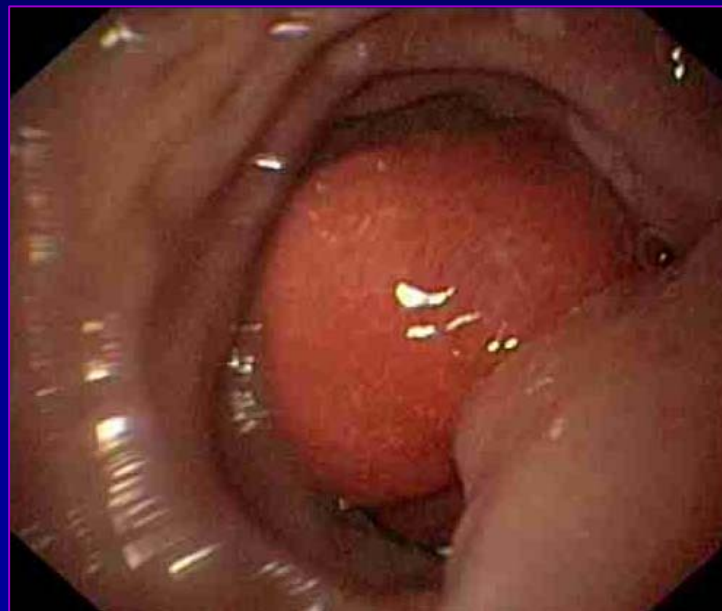
Poco utili nella valutazione delle lesioni di piccole dimensioni, sono invece di primaria importanza per la stadiazione delle neoplasie maligne.



Diagnosi

ENTEROSCOPIA

Lo studio endoscopico del tenue (mediante sonda o videocapsula) permette una valutazione diretta della superficie mucosa e in alcuni casi offre la possibilità di eseguire prelievi biotipici. Tuttavia si tratta di una indagine eseguita solo in centri specializzati.

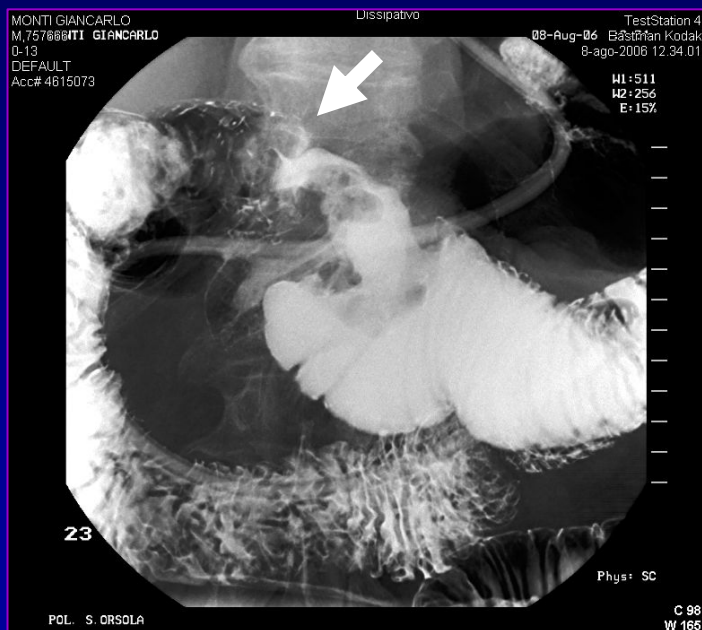


Tumori dell'intestino tenue mesenteriale

Diagnosi

CLISMA DEL TENUE

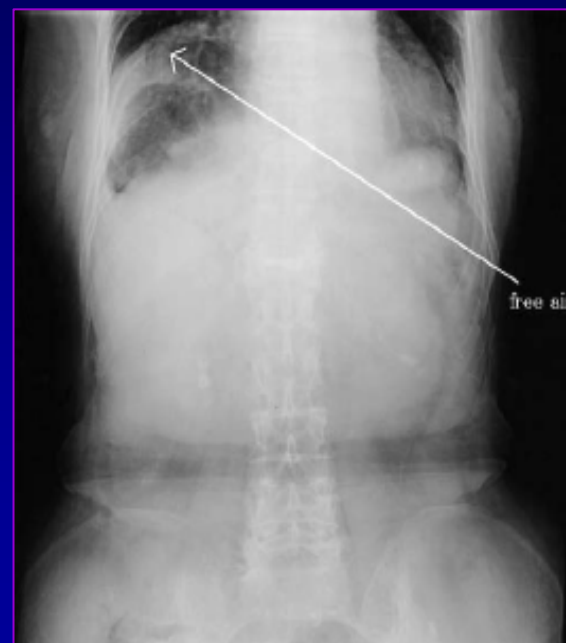
Rappresenta l'indagine più affidabile (sensibilità 90%). L'irregolarità del profilo mucoso (aspetto mammellonato) e la rigidità parietale sono reperti altamente indicativi di malignità della lesione.



Diagnosi

RX DIRETTA ADDOME

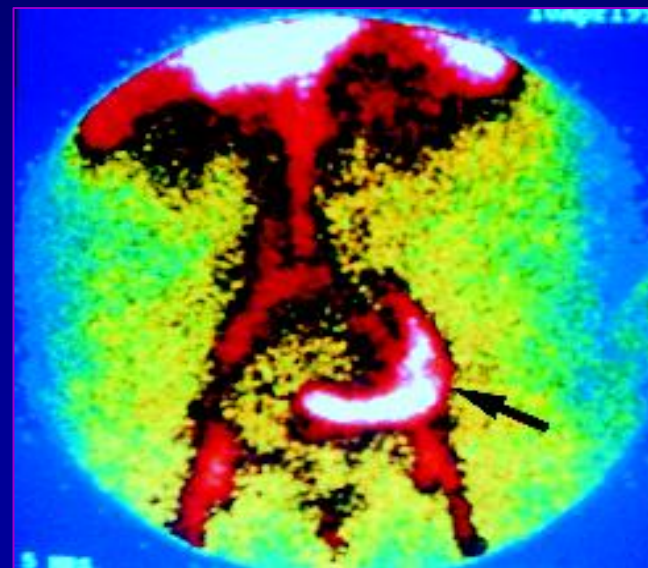
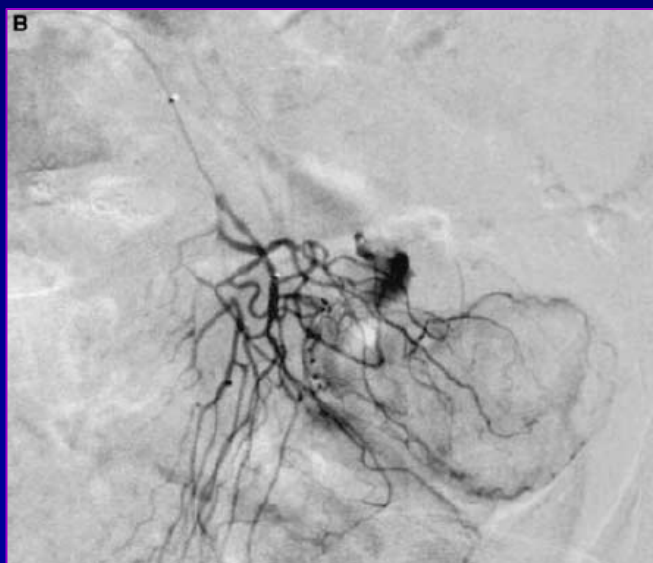
Rappresenta l'indagine di primo livello di presenza di complicanze (occlusione o perforazione) ma la sua accuratezza per le lesioni non complicate è estremamente bassa.



Diagnosi

ARTERIOGRAFIA SELETTIVA

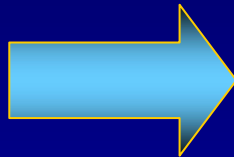
Di grande utilità nella diagnosi dei sanguinamenti di grossa entità nei casi in cui la valutazione endoscopica non permette di identificarne l'origine. In elezione il suo impiego è limitato allo studio della vascolarizzazione di una neoformazione. Per indicazioni analoghe può essere utilizzata la scintigrafia con emazie o globuli bianchi marcati.



Terapia chirurgica: indicazioni

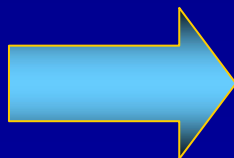
- L'unico trattamento curativo per le lesioni neoplastiche (benigne e maligne) dell'intestino tenue è quello chirurgico.
- L'indicazione all'asportazione chirurgica è perentoria per tutte le lesioni **MALIGNE**, o sospette tali.
- Indicazioni all'exeresi delle lesioni **BENIGNE**:

LEIOMIOMI
ADENOMI



*Sempre, a causa del rischio di
degenerazione maligna e della difficoltà
ad ottenere un'accurata diagnosi
preoperatoria*

EMANGIOMI
LIPOMI
INL



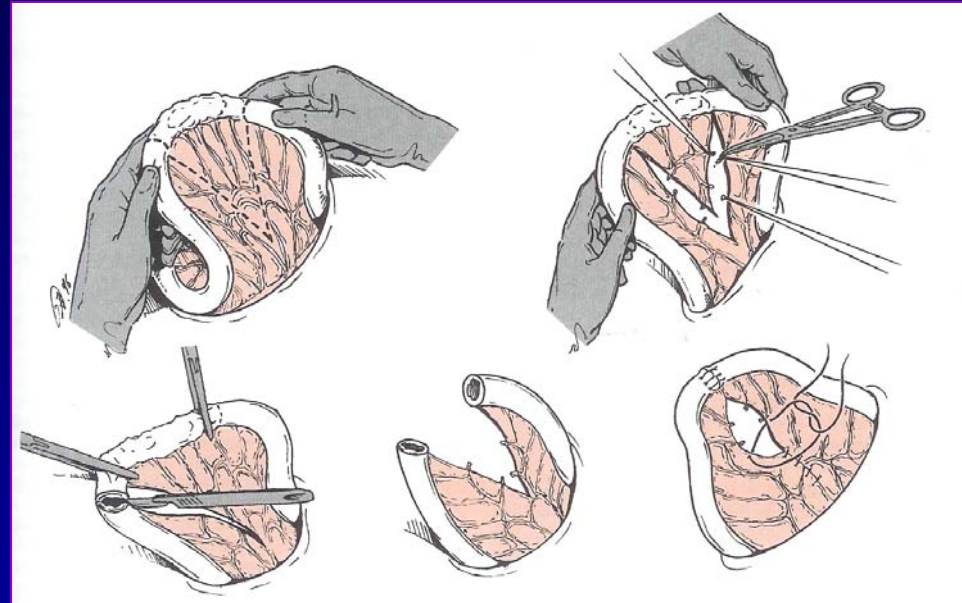
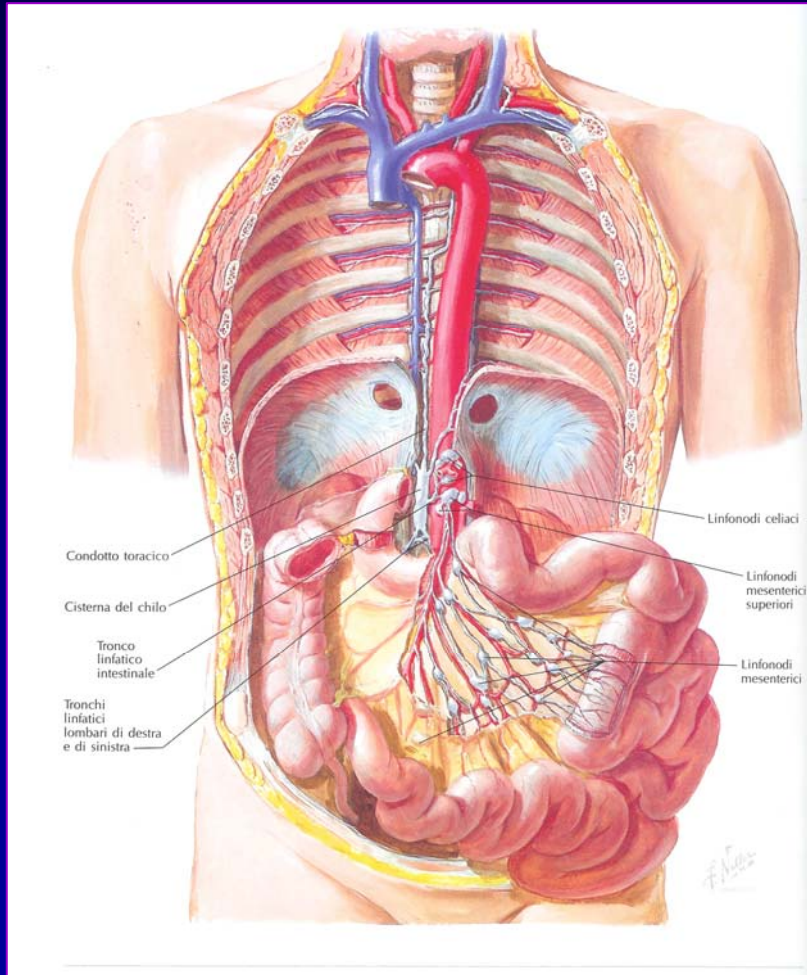
Solo se sintomatici o complicati

Terapia chirurgica: tecnica

- Il trattamento chirurgico delle lesioni **MALIGNE** dell'intestino tenue segue i dettami della chirurgia oncologica dei tumori solidi.
- Il principale di questi è rappresentato dalla necessità di asportare, con sufficiente margine, oltre alla **lesione tumorale** anche una certa quantità di **tessuto adiposo periviscerale** ove sono alloggiato le strutture linfo-vascolari che costituiscono le prime vie di diffusione delle cellule tumorali maligne.
- Altro principio fondamentale è la resezione **en-bloc** delle strutture anatomiche infiltrate per continuità.

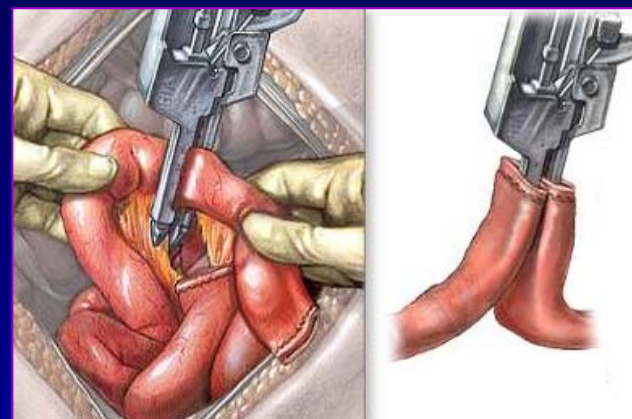
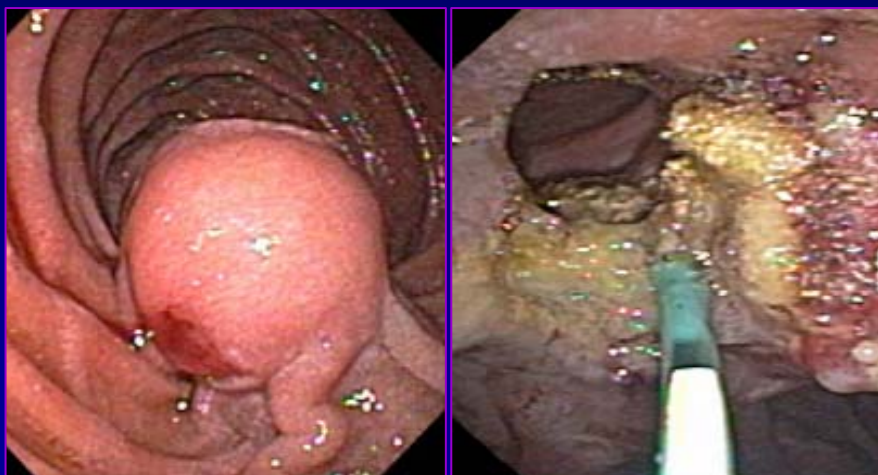
Tumori dell'intestino tenue mesenteriale

Terapia chirurgica: tecnica



Terapia chirurgica: tecnica

- Per le lesioni sicuramente **BENIGNE** il trattamento chirurgico, seppur radicale, non necessita di una estensione loco-regionale dell'exeresi, essendo pertanto possibili asportazioni più conservative (**exeresi endoscopica, resezione segmentaria o exeresi attraverso enterotomia**).



CASO CLINICO

CG, M, 37 aa

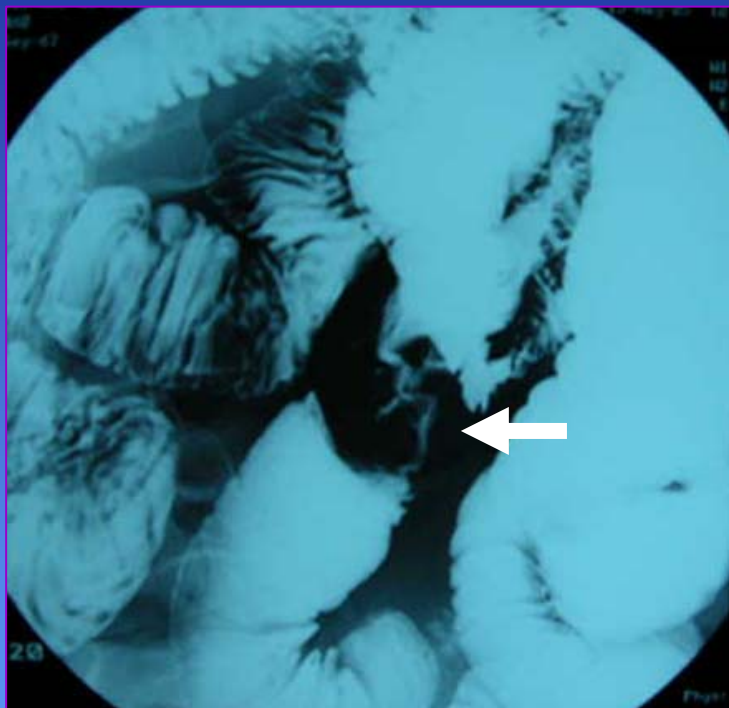
ANAMNESI + E.O.

- Ha sempre goduto di buona salute
- Settembre 2004: episodio subocclusivo (dolore crampiforme, vomito alimentare).
- Aumento della frequenza degli episodi.
- Addome trattabile e non dolente alla palpazione superficiale e profonda.

DIAGNOSTICA STRUMENTALE

- **Rx clisma del tenue dc:** stenosi di 4-5 cm in sede centroaddominale suggestiva per patologia infiltrativa.
- **Scintigrafia con leucociti marcati:** patologico accumulo in sede epigastrica.
- **EGDS:** esofagite erosiva e modesta gastrite cronica antrale.
- **Colonscopia:** diverticolosi del sigma.
- **Eco addome:** ansa ileale ispessita (15 mm) con stratificazione conservata.
- **Entero-TC:** duplice ispessimento ileale segmentario di non univoca interpretazione.

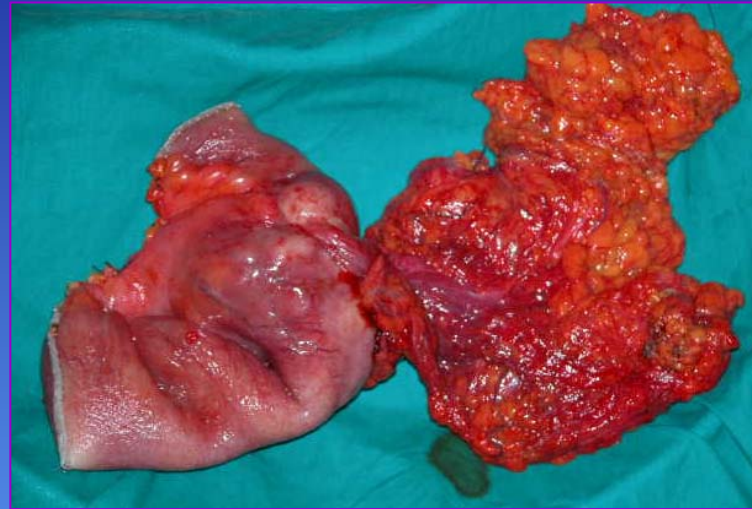
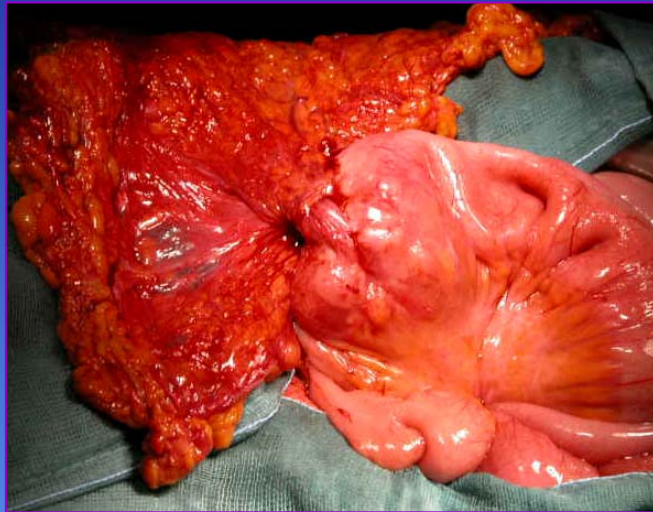
CASO CLINICO



CASO CLINICO

INTERVENTO CHIRURGICO

(28/06/2005)



ESAME ISTOLOGICO

Linfoma di derivazione dai linfociti B periferici, a grandi cellule, diffuse, fenotipo NC-like (non classificabile).