

PROGRAMMA

10 MAGGIO 2012

Aula Magna A.O. di Padova

IL PIEDE DIABETICO NELL'ANZIANO

Diagnostica e prevenzione delle complicanze nel soggetto geriatrico

Trattamento multidisciplinare dell'ulcera diabetica

Lettura: "Attualità e prospettive nella terapia del piede diabetico"

Aula Morgagni

CERIMONIA INAUGURALE

Saluto delle Autorità

Lettura inaugurale:
"Orizzonti della chirurgia ed invecchiamento della popolazione"

La chirurgia oncologica

Lettura: "L'assistenza all'anziano nell'ULSS di Padova"

Le terapie oncologiche di supporto: quale spazio e quali prospettive

SERATA INAUGURALE

Concerto della Banda
"Vitaliano Lenguazza"

XXV Congresso Nazionale S.I.C.G. 10-11 Maggio 2012

Presidente Onorario

A. Peracchia

Presidente

O. Terranova

Responsabile Scientifico

C. Militello

Segreteria Scientifica

E. Ballotta
A. Bruttocao (Responsabile Corso
Piede Diabetico)
F. Cardin
B. Martella
R. Nistri
R. Rossoni
S. Spirch (Responsabile Corso
Simposio Proctologie)

Coordinamento Scientifico

A. Casarotto
E. Fanin
A. Fasolo
M. Gruppo
R. Lorenzetti
F. Mazzalai
G. Piatto
F. Tolin

11 MAGGIO 2012

Aula Morgagni

I difetti erniari nell'anziano

La chirurgia specialistica nel grande anziano

La ricerca in chirurgia geriatrica

Chirurgia geriatrica laparoscopica: quali progressi?

Aula Vesalio

La proctologia nel paziente anziano

Presentazione strumentari per suture

Comunicazioni libere selezionate

Le stomie

Aula Morgagni

Conclusioni e Chiusura
del Congresso

Consiglio Direttivo S.I.C.G. 2011-2012

Presidenti Onorari

G. Persico
O. Terranova

Past President

M. Nano

Presidente

S. Canonico

Presidente Eletto

F. Basile

Vicepresidenti

L. Roncoroni
F. Vietri

Consiglieri

C. Amodeo
F. Cetta
B. Cola
A. Crucitti
S. De Francisca
L. De Santis
N. Di Martino
F. Gabrielli
G. Gulotta
R. Iandoli
A. Renda

Segretario Generale

B. Amato

Segretario Tesoriere

A. Puzziello

Rapporti con altre Società

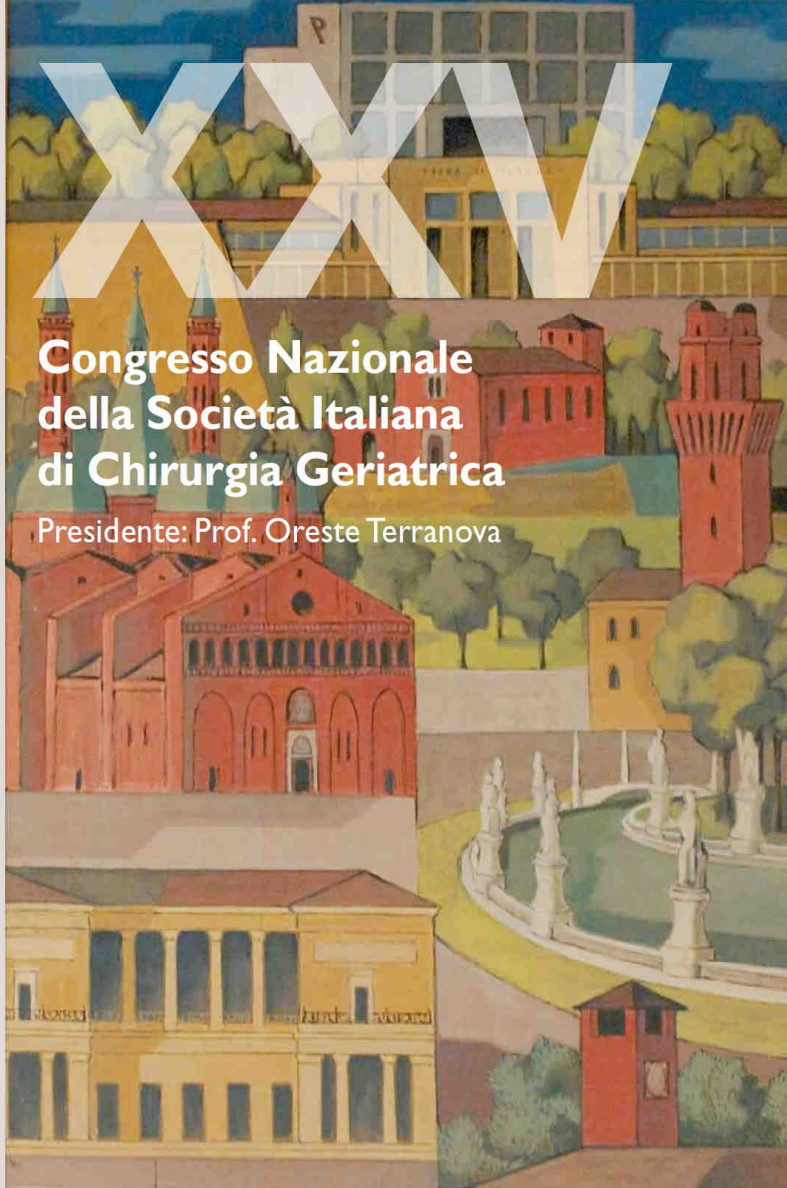
M. Roseano

Attività Editoriali

F. Cardin
G. Giustozzi

Attività Congressuali

C. Militello



Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Geriatrica

Presidente: Prof. Oreste Terranova

Comunicazioni libere selezionate

PADOVA

10 - 11 MAGGIO 2012

Policlinico Universitario

PATROCINI



LIGASURE PRECISE VS. CONVENTIONAL DIATHERMY FOR MILLIGAN-MORGAN HAEMORRHOIDECTOMY IN ELDERLY POPULATION: A PROSPECTIVE, RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL

Background Haemorrhoids are one of the most common anorectal disorders, mainly in elderly people, where chronic constipation, hypotony of venous wall and reduced elasticity of perivasal collagen predispose to this condition. Milligan- Morgan haemorrhoidectomy is still considered the treatment of choice for IV-degree haemorrhoids, even if it is often associated with severe postoperative pain and prolonged hospital stay. Many surgical devices were conceived to reduce these complications, such as the LigaSure System (LS), a combination of pressure and radiofrequency. This prospective randomized clinical trial is designed to compare the effectiveness and long-term outcome of LigaSure haemorrhoidectomy with conventional diathermy (CD) in old patients with IV degree haemorrhoids only, in order to check if it can be considered the gold standard where a large tissue demolition is required.

Methods From a total number of 124 patients with IV-degree haemorrhoids, 50 patients older than 65 (range 65-92) were recruited and randomly assigned to undergo CD haemorrhoidectomy (group 1) or LS haemorrhoidectomy (group 2). They were evaluated on the basis of the following main outcomes: mean operative time, postoperative pain, hospital stay, acute urinary retention, early and late complications. All patients had a minimum follow-up of 2 years (range 24-36 months). All data were statistically evaluated.

Results 25 patients were treated by CD haemorrhoidectomy, 25 by LS procedure. The mean operative time was significantly shorter in LS, such postoperative pain, mainly lower on the third and fourth postoperative day; moreover pain disappeared earlier in LS than CD. Postoperative bleeding was lower in LS group than CD, even if not statistically significant, such as the hospital stay and the overall complications rate. Acute urinary retention has been observed more frequently in CD group, but this value is not statistically significant.

Conclusions This randomized prospective controlled trial confirms, according to other large trials in literature, the benefits of LS haemorrhoidectomy over conventional diathermy as simple, safe and effective technique when a large tissue demolition is required, supporting the use of this device as treatment of choice in IV-degree haemorrhoids. Treatment by LS is more expensive than CD procedure, but the cost is largely balanced by benefits.

Loder PB, Phillips RK. Haemorrhoidectomy. *Curr Probl Surg* 1993;5:29–35.

Milito G, Gargiani M, Cortese F. Randomized trial comparing Ligasure™ haemorrhoidectomy with the diathermy dissection operation. *Tech Coloproctol* 2002;6:171–5.

D. F. Altomare, G. Milito, R. Andreoli, F. Arcanà, N. Tricomi & Ligasure™ for Hemorrhoids Study Group – Ligasure™ Precise vs. Conventional Diathermy for Milligan-Morgan Hemorrhoidectomy: A Prospective, Randomized, Multicenter Trial- *Dis Colon Rectum* (2008) 51: 514–519

CONSERVATIVE VS SURGICAL TREATMENT FOR CHRONIC ANAL IDIOPATIC FISSURE: A PROSPECTIVE RANDOMIZED TRIAL

Introduction

Anal fissure is a tear in the lining of the anal canal distal to the dentate line, which most commonly occurs in the posterior midline. Anal fissure was defined chronic if the patient presented with history of anal pain during defecation for at least 2 months with the observation of sphincter fibers at the base of the lesion.

Materials and methods

One hundred forty-two consecutive patients with a chronic anal fissure with hyperthonicity of internal sphincter on proctological examination were selected for this study from October 2008 to October 2010. Patients enrolled for the study were randomized to two groups by using a computer-generated list. After a complete and comprehensive explanation from a member of the surgical team, a detailed written informed consent was obtained from all patients. Patients underwent to Lateral Internal Sphincterotomy were operated as day surgery procedures under local or epidural anesthesia. Patients randomized to conservative treatment were prescribed to use warm anal dilator with a nifedipine ointment 5'twice daily for 4 weeks. Patients were clinically examined after 2, 4 and 8 weeks of treatment to evaluate if there was the complete healing of the fissure. All patients were required to record pain after the first defecation, on 3th and 7th postoperative day on a self-administered VAS scale in cm (0-10). All patient were asked about side effects and symptoms at each visit. All data were collected by an independent observer not from the surgical staff.

Results

Sixty-eight patients were randomly assigned to lateral internal sphincterotomy (LIS), seventy-four to the conservative approach. Overall outcome are shown in table 1.

Table1

Pain after defecation and side effects are shown in table 2 and 3.

Table 2 and 3

Conclusions

Lateral internal sphincterotomy is an effective, less painful, fast recovery treatment for chronic anal fissure. Incontinence rate is overestimated and often the fear of a continence disturbance, albeit with a low incidence following surgery, may obscure the need to relieve symptoms which may be so severe as to make the patient's life intolerable.

Bibliography

Katsinelos et al., Topical 0.5 nifedipine vs. lateral internal sphincterotomy for the treatment of chronic anal fissure: long-term follow up (Int J Colorectal Dis. 2006); Parellada et al., Randomized,prospective trial comparing 0.2 percent isosorbide dinitrate ointment with sphincterotomy in treatment of chronic anal fissure: a two-year follow-up (DCR, 2004); Brown et al., Lateral internal sphincterotomy is superior to topical nitroglycerin for healing chronic anal fissure and does not compromise long-term fecal continence: six-year follow-up of a multicenter,randomized,controlled trial (DCR, 2007)

<i>Tab.1 – Overall outcome of initial fissure treatment</i>			
	Nifedipine Pts (74) %	Lateral sphincterotomy Pts (68) %	p value
Recurrent symptoms	17 (23)	8 (11.7)	p=0.1215
Healed at 6 weeks	51 (68.9)	60 (88.2)	p=0.0077
Withdrawal because of side effects	1 (1.35)	0	p=0.1053
Surgery since trial completion	29 (39.1)	0	p=0.0001
Asymptomatic persistence	7 (9.4)	3 (4.4)	p=0.3305
Symptomatic persistence	5 (6.7)	1 (1.5)	P=0.2113

<i>Tab.2 – Pain after defecation</i>			
<i>Assessed with VAS Score after the first evacuation, on 3th and 7th postoperative day</i>			
	Nifedipine Pts (74) %	Lateral sphincterotomy Pts (68) %	<i>p</i> value
First defecation referred as painless	25 (33.7)	43 (63.2)	<i>p</i> =0.0007
Pain after 3 days	43 (58.1)	22 (32.3)	<i>p</i> =0.0025
Pain after 7 days	35 (47.3)	9 (13.2)	<i>p</i> =0.0001

<i>Tab.3 – Side effects of the treatment</i>			
	Nifedipine Pts (74) %	Lateral sphincterotomy Pts (68) %	<i>p</i> value
Headache	1 (1.3)	0	<i>NS</i>
Anal irritation	2 (2.7)	1 (1.4)	<i>NS</i>
Anal abscess	0	1 (1.4)	<i>NS</i>
Fecal incontinence	0	0	<i>NS</i>
Flatus incontinence	0	2 (3)	<i>NS</i>

LA RIABILITAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO NELL'ANZIANO

Obiettivo Valutare l'efficacia della riabilitazione del pavimento pelvico in pazienti anziani affetti da stipsi ostinata o incontinenza fecale in termini di qualità di vita e recupero completo o parziale della funzionalità ano rettale.

Materiali e metodi Dal 2009 al 2012 abbiamo sottoposto 21 pazienti di età maggiore ai 65 anni a riabilitazione del pavimento pelvico presso il nostro centro specialistico. 8 pazienti (7 donne, 1 uomo; età media 72 anni) erano affetti da stipsi, mentre 13 pazienti (8 donne e 5 uomini; età media 75 anni) risultavano affetti da incontinenza fecale.

Risultati Nei pazienti con stipsi, il 62,5% dei pazienti ha ottenuto un netto miglioramento della sintomatologia, il 25% ha ottenuto un parziale miglioramento ed il 12,5% non ha ottenuto alcun miglioramento. Nei pazienti con incontinenza fecale, il 76,9% ha ottenuto un netto miglioramento della sintomatologia, il 15,4% ha ottenuto un parziale miglioramento, ed il 7,7% non ha ottenuto alcun miglioramento. Il successo della riabilitazione è dipeso anche dalla motivazione e collaborazione del paziente. L'età, il sesso o la durata dei sintomi non hanno inciso sui risultati della riabilitazione.

Conclusioni Questo studio dimostra l'importanza del biofeedback e della stimolazione elettrica funzionale in anziani con stipsi o incontinenza fecale. Gli indici di qualità di vita e la funzionalità ano-rettale subiscono un miglioramento nella maggior parte dei pazienti già dopo 5 sedute riabilitative.

Bibliografia

1. F. Corno, et al. Treatment of anorectal dysfunction following anorectal surgery: efficacy of pelvic floor rehabilitation. *Minerva Chir* 2009; 64:197-203.
2. Gilliland R, Heymen S, Altomare DF, Park UC, Vickers D, Wexner SD. Outcome and predictors of success of biofeedback for constipation. *Br J Surg*. 1997 Aug;84(8):1123-6.
3. Byrne CM, Solomon MJ, Young JM, Rex J, Merlino CL. Biofeedback for fecal incontinence: short-term outcomes of 513 consecutive patients and predictors of successful treatment. *Dis Colon Rectum*. 2007 Apr;50(4):417-27.
4. Heymen S, Jones KR, Scarlett Y, Whitehead WE. Biofeedback treatment of constipation: a critical review. *Dis Colon Rectum*. 2003 Sep;46(9):1208-17.

**F.Mazzalai, °C.Terranova, *M.Gruppo, *R.Lorenzetti, *G.Piatto, *F.Tolin, *A.Fasolo, *C.Militello, *B.Martella, *S. Spirch, *R. Nistri, *A.Bruttocao*
*Dipartimento Interaziendale ad Assistenza Integrata dell'Anziano – Sezione di Clinica *Chirurgica Geriatrica,*
°U.O.C. Tossicologia Forense e Antidoping
Azienda Ospedaliera –Università di Padova

ANALISI DELLO SVILUPPO ULCERATIVO NEL PIEDE DIABETICO DELL'ANZIANO: ESPERIENZA DI UN CENTRO

SCOPO DELLA RICERCA:Le ulcere del piede sono l'elemento più importante che può portare il paziente diabetico verso l'amputazione sia minore ma soprattutto maggiore, specialmente se anziano. I principali fattori di rischio per lo sviluppo dell'ulcera sono la neuropatia diabetica (sensitiva, motoria, autonoma), l'ischemia degli arti (arteriopatia diabetica), la limitata mobilità e l'alterata pressione plantare. L'infezione svolge inoltre, un ruolo prognostico negativo riguardo la guarigione di queste piaghe. Obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare le possibili differenze di posizione di ulcere diabetiche con riguardo alla loro origine.

MATERIALI E METODI Dal 01.01.2009 al 31.12.2011 sono stati valutati nel nostro centro 402 pazienti diabetici di cui 296 di età superiore ai 65 anni (età media di 81.7+/-4.1 anni), con complessive 639 ulcere agli arti inferiori che sono state divise in 3 gruppi in base alla loro origine: neuropatiche, neuroischemiche ed ischemiche. L'arruolamento nello studio è stato considerato deontologicamente corretto tramite valutazione medico legale.

RISULTATI: Non sono state evidenziate differenze significative riguardo alla disposizione delle lesioni nei soggetti di età inferiore a 65 anni (numero non statisticamente confrontabile), mentre negli altri (pazienti di età superiore ai 65 anni) è stata registrata una evidente differenza di disposizione delle ulcere: nei soggetti affetti da lesioni di origine neuropatica la maggior parte di queste sono state trovate in corrispondenza della superficie plantare del piede (52,1%) ed in particolare nella regione plantare del capo metatarsale (49,6%); il gruppo ischemico ha avuto la localizzazione più frequente nelle estremità delle dita del piede (68,5%), mentre quello neuroischemico ha registrato la maggior parte delle ulcere situate su entrambe le superfici plantari (59,8%). La distribuzione delle ulcere è risultata statisticamente significativa in tutti i diversi gruppi e sembra essere in correlazione con la loro eziologia ($p < 0,005$). Inoltre il 72.9% di tutte le ulcere sono state individuate in corrispondenza della porzione anteriore dei piedi.

CONCLUSIONI: Il riscontro di lesioni alle porzioni distali delle dita risulta nel gruppo ischemico plausibile con la compromissione del microcircolo, già nota come evoluzione naturale dell'arteriopatia obliterante diabetica e lo conferma il fatto che questi pazienti sono gravati dal più alto numero di amputazioni, aspetto del resto riscontrabile anche in soggetti più giovani.

L'aspetto peculiare registrato in questo studio riguardo al gruppo neuroischemico cioè la predominanza di lesioni plantari bilaterali, può trovare spiegazione nel fatto che i carichi pressori in questi pazienti sembrano maggiormente alterati in entrambi gli arti rispetto ai soggetti con solo neuropatia sensitiva a causa della concomitante componente ischemica (compromissione del microcircolo) che coinvolge più frequentemente entrambe le estremità rendendo i tessuti molli di queste regioni più fragili e suscettibili ai microtraumi. La posizione delle ulcere nel piede diabetico nell'anziano differisce quindi, secondo la nostra esperienza, in modo significativo a seconda della loro causa. Inoltre più del 75% di tutte le ulcerazioni sono localizzate nella porzione anteriore del piede. Quest'ultimo aspetto, compatibile con la storia naturale della malattia, dovrebbe facilitare il compito di prevenzione di queste lesioni grazie ai presidi sanitari oggi disponibili. E' necessaria comunque l'analisi di una più vasta popolazione in modo da poter confrontare in maniera statisticamente valida il comportamento delle ulcere nei soggetti anziani con quelli più giovani, in questo studio non sufficientemente numerosi.

DIPEPTIDYL PEPTIDASE (DPP) 4 INHIBITION FACILITATES HEALING OF CHRONIC FOOT ULCERS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

The chronic foot ulcer is a leading cause of hospital admissions for people with diabetes in the developed world, and is a major morbidity associated with diabetes, often leading to pain, suffering, and a poor quality of life for patients (1). Chronic diabetic foot ulcers are estimated to occur in 15% of all patients with diabetes and precede 84% of all diabetes-related lower-leg amputations (2, 3). The pathophysiology of chronic diabetic ulcers is complex and still incompletely understood, both micro and macroangiopathy strongly contribute to development and delayed healing of diabetic wounds, through an impaired tissue feeding and response to ischemia (4). With adequate treatment, some ulcers may last only weeks; however, many ulcers are difficult to treat and may last months, in certain cases years, 19–35% of ulcers are reported as non-healing (5, 6). As no efficient therapy is available, it is a high priority to develop new strategies for treatment of this devastating complication (7, 8). It has become increasingly evident that hypoxia plays an important role in chronic diabetic foot ulcers (9). A critical stimulus for normal wound healing is relative hypoxia (10), and an impaired reaction to hypoxia could contribute to impaired wound healing. Local relative hypoxia in wounds was proved by direct measurement of the local oxygen pressure together with the necessity of maintaining hypoxic gradients for good angiogenesis in the wound healing process (10). Adaptive responses of cells to hypoxia are mediated by the hypoxia-inducible factor-1 (HIF-1 α), which is transcriptional factor that is expressed in response to a decrease in the partial pressure of cellular oxygen and activates the transcription of gene whose protein products mediate adaptive responses to hypoxia (11). HIF-1 α is an 826–amino acid protein that functions as a trans-acting transcriptional activator of vascular endothelial growth factor (VEGF) and inducible nitric oxide (NO) synthase (iNOS) (12). Peak of expression of HIF-1 α and VEGF, as well as the NO production from iNOS, may contribute to limitation of hypoxic injury by promoting angiogenesis and wound healing (12). In essence, HIF-1 α is necessary for expression of multiple angiogenic growth factors, cell motility, and recruitment of endothelial progenitor cells (12). It has been shown that diabetes impairs HIF-1 α and VEGF expressions (13, 14), as well as low levels of HIF-1 α expression in foot ulcer biopsies in patients with diabetes have been evidenced (15). Finally, regulation of HIF activity is dependent on the oxidative stress activity and results in its degradation by the ubiquitin-dependent proteasome pathway (UPS) (16). Consequently, there is a need for more effective therapies that will address the physiological deficiencies that underlie the chronic ulcer. Because experimental and pathological studies suggest that suggest that incretin hormone glucagon-like peptide-1 (GLP-1) may improves VEGF generation, (17) and promote the upregulation of HIF-1 α through a reduction of oxidative stress (18), the study evaluated the effect of the augmentation of GLP-1, by inhibitors of the dipeptidyl peptidase IV (DPP-4), such as vildagliptin, on nitrotyrosine, UPS activity, HIF-1 α , VEGF and capillary density and wound healing in diabetic chronic ulcers.

THE USE OF NEGATIVE PRESSURE WOUND THERAPY (NPWT) TO FIX MESH SKIN GRAFTS IN DIABETIC FOOT ULCERS

Background

The NPWT is an important tool in the treatment of both acute and chronic wounds. The authors describe their experience using NPWT to fix mesh skin grafts for preserving maximal foot length after surgical debridement in diabetic patients with foot lesions that were assessed for sensory-motor neuropathy and infection. The application of dressings to fix mesh skin grafts can reduce shearing forces, restrict seroma and haematoma formation, simplify wound care and improve patient tolerance. Moreover the use of NPWT allow a better conformation of primary medication to the wound bed, increase peripheral blood flow and obtaining a contraction of wound.

Materials and methods

In the last year fifty patients, respectively 45 male and 5 female, (median age 72, range 65-88 year) with diabetes and peripheral neuropathy but without vascular dysfunctions was observed in our outpatient service in consequence of foot wounds with exposed bones and tendons. Antibiotics drugs were provided and NPWT was applied for one month after urgent surgical debridement. During this period, in only 10 (20%) patients minor amputations were performed because of bone necrosis. Tissue granulation of the wound bed was obtained in all patients. Subsequently a mesh skin grafts fixed by NPWT was performed for the wound's closure.

Results

In our experience, the use of NPWT to fix mesh skin grafts reduce shearing forces and restricted seroma and haematoma formation. Moreover this practice may be possible the engraftment on not linear wound bed of graft and achieved a faster reepithelialization, reducing also amputation.

Conclusions

The use of NPWT make possible a faster wound healing during the treatment of diabetic foot ulcers, decrease a hospital stay and reduce minor amputations. Moreover the application of NPWT dressings to fix mesh skin grafts can simplify wound care and improve patient tolerance.

References

Armstrong DG, Lavery LA; Diabetic Foot Study Consortium. Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomized controlled trial. *Lancet*. 2005;366(9498):1704-1710.

Guidelines regarding negative wound therapy (NPWT) in the diabetic foot. Armstrong DG, Christopher Attinger, Attinger , Andrew JM Boulton, Robert G Frykberg, Robert S. Kirsner, Lawrence A Lavery and others. Apr 01,2004 Source Ostomy Wound Manage vol.50 No 4b Suppl pp 3s-27s.

PALUMBO F.P.¹, MAZZOLA G.², CUDIA B.¹, DIANA G.¹

¹U.O.C. Chirurgia Generale e Geriatrica – A.O.U. Policlinico "Paolo Giaccone" Palermo

²U.O. Medicina Trasfusionale – A.O.U. Policlinico "Paolo Giaccone" Palermo

L'IMPIEGO DEL GEL PIASTRINICO NELLA TERAPIA DELLE ULCERE DEGLI ARTI INFERIORI NEL PAZIENTE GERIATRICO

L'efficacia del gel piastrinico nel trattamento delle lesioni degli arti inferiori è universalmente riconosciuta quale terapia complementare al wound management. Nell'anziano l'invecchiamento della cute e la presenza di comorbilità determinano la cronicizzazione della lesione. L'impiego del gel piastrinico (autologo od omologo) modifica positivamente la ripresa dei fenomeni riparativi.

MATERIALI E METODI

Arruolamento di pazienti portatori di lesioni degli arti inferiori datanti da oltre 6 mesi e "non healing". Criteri di esclusione la presenza di infezione in fase attiva. Sono stati selezionati 7 pazienti (5 di sesso femminile e 2 di sesso maschile) età tra i 78 ed i 91 anni (età media 84,14 anni) affetti da lesioni degli arti inferiori datanti da almeno 1 anno per un totale di 13 lesioni. Ciascuna lesione è stata valutata secondo i principi T.I.M.E. Il dolore è stato valutato mediante una scala VAS. Il gel piastrinico è stato somministrato una volta alla settimana per un totale di 10 applicazioni/paziente.

RISULTATI

L'applicazione del gel piastrinico autologo (5 lesioni) ed omologo (8 lesioni) ha determinato un significativo miglioramento delle condizioni locali dei parametri TIME con riduzione dell'essudato (- 72,3%), presenza di tessuto proliferativo (+ 86,3%) e riduzione delle aree lesionali fino alla guarigione. Non si sono verificate complicanze locali e generali.

CONCLUSIONI

L'impiego del gel piastrinico ha modificato le lesioni "non healing" nei soggetti anziani, soprattutto in quelli affetti da patologie (trombocitosi, diabete, neoplasie, artrite reumatoide) che richiedono terapie deprimenti la risposta riparativa. Si tratta di una terapia poco costosa, di facile applicazione e ben accetta dal paziente geriatrico.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Alfano C, Angelisanti M, Calzoni C, Somma F, Chiummariello S.
Treatment of ulcer and difficult wounds of the lower limbs: our experience
Ann Ital Chir. 2012 Mar-Apr;83(2):135-41.
- 2 - Everts PA, Knape JT, Weibrich G, Schönberger JP, Hoffmann J. et al.
Platelet-rich plasma and platelet gel: a review.
J Extra Corpor Technol. 2006 Jun;38(2):174-87
- 3 - Sakata J, Sasaki S, Handa K, Uchino T, Sasaki T, Higashita R, Tsuno N et al. **TA Retrospective,**
Longitudinal Study to Evaluate Healing Lower Extremity Wounds in Patients with Diabetes Mellitus and Ischemia Using Standard Protocols of Care and Platelet-Rich Plasma Gel in a Japanese Wound Ostomy Wound Manage. 2012 Apr;58(4):36-49

Luca G. Campana (a), Sara Valpione (b), Cristina Falci (c), Marco Rastrelli (a), Michela Basso (d), Luigi Corti (d), and Carlo R. Rossi (a). (a): Sarcoma and Melanoma Unit, Veneto Region Oncology Research Institute (IOV-IRCCS), Padova (b): Medical Oncology School, University of Padova (c): Medical Oncology Unit, Veneto Region Oncology Research Institute (IOV-IRCCS), Padova (d): Radiotherapy Unit, Veneto Region Oncology Research Institute (IOV-IRCCS), Padova

THE ACTIVITY AND SAFETY OF ELECTROCHEMOTHERAPY IN CHEST WALL RECURRENCE FROM BREAST CANCER IN ELDERLY PATIENTS

Background: Chest wall (CW) is a frequent site of breast cancer (BC) relapse after mastectomy, with incidence data ranging from 5 to 40% in various series.¹⁻² It is a common finding in the clinical practice that a number of patients are not suitable for surgery or full dose radiotherapy, due to previous radiation exposure or comorbidities. Electrochemotherapy (ECT) combines the administration of well tolerated antineoplastic drugs with locally applied, short, electric pulses and could represent an attractive locoregional therapy for unresectable chest wall recurrence (CWR) from BC.³

Methods: From a prospectively maintained database of 180 patients with skin metastases from different tumor histotypes treated with ECT, BC patients with refractory CWR after mastectomy who experienced superficial disease progression despite CW re-irradiation and extensive systemic treatments were selected. Toxicity, local response, and superficial control were evaluated according to patients' age (<70 versus >70 years).

Results: A total of 51 patients (median age 70 years, range 38-88) underwent a median of 2 ECT courses (range, 1-5). The two groups of patients (<70 versus >70 years) were comparable for clinical and pathological features, except for the number of CW skin metastases (median number 15 versus 8, respectively, $P=.040$).

Local tumor response was assessed on 212 target lesions (median size 20 mm, range 10-320). Two-month objective response was as follows: 43.2% complete (22/51 patients), 47.5% partial (24/51), 9.8% no change (5/51). The complete response rate was significantly higher in older patients (57.7 versus 28%, $P=.02$).

Related morbidity was mild, increased after retreatments and consisted primarily of pain ("moderate"/"severe" in 6, 13 and 17% of patients 1 month after the first, second and third ECT, respectively) and dermatological toxicity (acute G3 skin ulceration in 14, 20 and 33% of patients, respectively). There was no significant difference both in patients' reported pain scores and dermatological toxicity in the subgroup of elderly patients ($P=.286$).

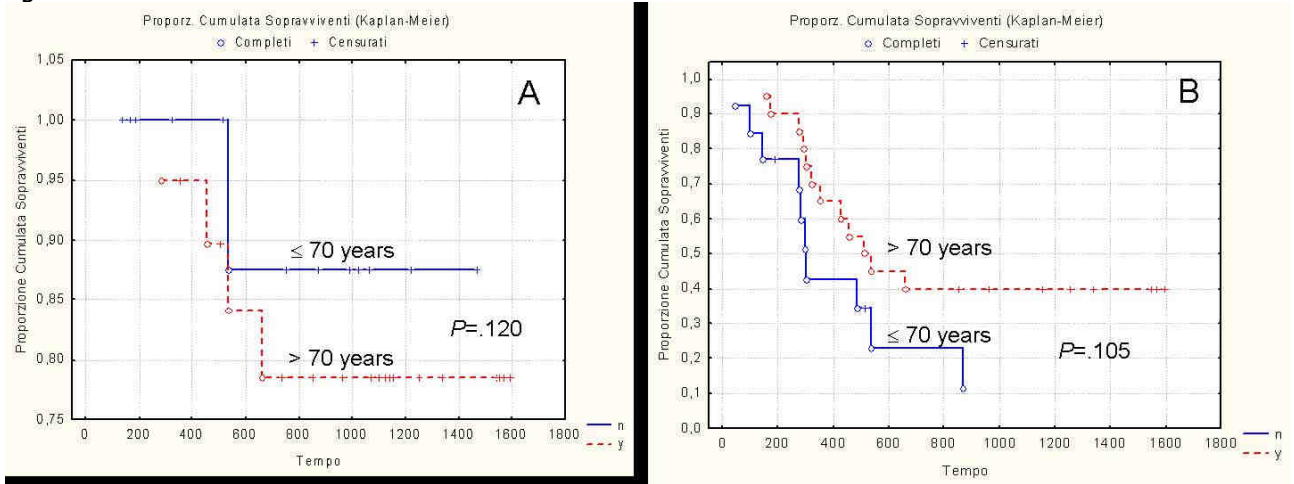
Median follow-up was 32 months (range, 6-53) and the 3-year local control rate 71%. Thirty-three of 51 patients developed new lesions (NL) in non electroporated areas after a median time of 6.6 months (range, 2.3-29.5), therefore up to 5 ECT cycles were required in 28 patients. Less than 10 metastases ($P<.001$), the narrower area of tumor spread on the chest wall ($P=.022$), endocrine-therapy instead of chemo-therapy ($P=.025$) and complete response after ECT ($P=.019$) were associated to NL-free survival.

The subgroup of elderly patients showed a trend to a lower local tumor control on electroporated metastases compared to younger patients (2-year local progression-free survival, 83 versus 88%, $P=.120$) (Fig.1A). On the other hand, in the group of elderly patients 2-year NL-free survival was higher (45% versus 22%), but did not reach statistical significance (Fig.1B).

Conclusions: ECT showed a satisfactory activity in refractory CWR from breast cancer. Elderly patients present fewer skin metastases and were more likely to achieve complete response after ECT application. The patients who obtain partial response or develop NL can be handled with additional ECT, albeit increasing pain and skin toxicity. Remarkably, after ECT the elderly patients showed an overall CW control that is comparable with younger patients. This finding, together with the more favorable disease natural course in advanced ages, makes the elderly BC patients with CWR suitable candidates for palliation with ECT.

1. Valagussa P, Bonadonna G, Veronesi U. Patterns of relapse and survival following radical mastectomy. *Cancer* 1978;41:1170-8.
2. Buchanan, CL, Dorn, PL, Fey, J, et al. Locoregional recurrence after mastectomy: incidence and outcomes. *J Am Coll Surg* 2006; 203:469.
3. Campana LG, Mocellin S, Basso M, Puccetti O, De Salvo GL, Chiarion-Sileni V, Vecchiato A, Corti L, Rossi CR, Nitti D. Bleomycin-based electrochemotherapy: clinical outcome from a single institution's experience with 52 patients. *Ann Surg Oncol*. 2009;16(1):191-9.

Figure-1A-and-1B



Guttilla Andrea*§, Rossi Anna*, Secco Silvia*, Cattaneo Francesco*, Dal Moro Fabrizio*, Zattoni Filiberto*
* Clinica Urologica, Università di Padova

IMPATTO DELL'ETÀ SULL'EFFICACIA DEL TRATTAMENTO IMMUNOTERAPICO, CON INSTILLAZIONI ENDOVESCICALI DI BACILLO DI CALMETTE-GUÉRIN (BCG), IN PAZIENTI AFFETTI DA NEOPLASIA VESCICALE NON MUSCOLO-INVASIVA

Background

Numerosi studi fino ad oggi pubblicati dimostrano che l'immunoterapia endovesicale con bacillo di Calmette-Guérin (BCG) risulta essere un trattamento efficace per la neoplasia non muscolo-invasiva della vescica (NMIBC), secondo schemi di induzione e mantenimento, dopo cistoscopia con resezione del tumore. Il meccanismo di azione del BCG si basa sul potenziamento dell'attività anti-tumorale propria del paziente, mediata dal sistema immunitario. Nel contempo, in Letteratura è stato suggerito che, con l'avanzare dell'età, l'efficacia del trattamento immunoterapico con BCG potrebbe essere ridotta a causa della diminuita risposta immunitaria, tipica dell'anziano.

Scopo dello studio

Obiettivo di questo studio è valutare se l'efficacia del trattamento immunoterapico con BCG sia influenzata dall'età e dalla fisiologica riduzione della risposta immunitaria nell'anziano.

Materiali e metodi

Questo studio longitudinale di tipo retrospettivo è stato condotto su 343 pazienti affetti da neoplasia vescicale non muscolo-invasiva (NMIBC) in cura presso la Clinica Urologica dell'Azienda Ospedaliera di Padova, in un periodo di tempo compreso da Gennaio 1978 a oggi.

Sono stati inseriti nello studio pazienti affetti da NMIBC classificati allo stadio Ta, T1, CIS (grading sec. WHO 1973), di qualunque grado, singolo o multiplo, primitivo o recidivante, sottoposti per la prima volta a trattamento immunoterapico con bacillo di Calmette-Guérin (BCG) e con un *follow-up* di almeno 24 mesi a partire dall'instillazione del farmaco.

Di ogni paziente abbiamo valutato: 1) il tempo di sopravvivenza libero da malattia da 1 a 60 mesi dopo il trattamento con BCG 2) il tasso di recidiva 3) la qualità della recidiva, se migliore, peggiore o uguale (in termini di stadio e grado) rispetto alla neoplasia pretrattamento con BCG.

Risultati

Lo studio ha dimostrato che l'età non è una variabile associata alla sopravvivenza libera da malattia, sia in analisi univariata, sia multivariata e inoltre l'età non risulta essere un fattore predittivo dell'esito dell'immunoterapia con BCG. Come dimostrato dal *Fisher test* e dal *Kruskall-Wallis test*, l'età non influisce sul tempo di insorgenza di recidiva, né sulla qualità della recidiva stessa.

Conclusioni

In base ai risultati ottenuti possiamo affermare che, qualora vi sia l'indicazione alla terapia con BCG, è opportuno procedere con il trattamento indipendentemente dall'età avanzata dei pazienti, poiché la riduzione fisiologica dell'attività immunitaria dell'anziano non sembra compromettere l'efficacia della suddetta terapia.

TRATTAMENTO CHIRURGICO LAPAROSCOPICO SINCRONO :NEFRECTOMIA SINISTRA ED EMICOLECTOMIA DESTRA. CASO CLINICO

Paziente maschio di 83 anni viene alla Osservazione degli Autori per "Adenocarcinoma del colon destro". Durante workup preoperatorio si riscontra reperto incidentale di : "Neoformazione a sviluppo esofitico del Rene sinistro, in sede mesorenale della dimensione di 33x24 mm". Veniva sottoposto a "Nefrectomia sinistra ed emicolectomia destra videolaparoscopica". Il decorso post operatorio risultava privo di complicanze. Il paziente veniva dimesso in ottava giornata post operatoria. L'esame istologico confermava: "Carcinoma Renale a cellule chiare di grado 2, sec. Furhman; Adenocarcinoma intestinale infiltrante, moderatamente differenziato. Stadio patologico:pT3 pN0 pV0". Il ca rene sincrone in pazienti con Ca del colon è presente in letteratura in percentuale variabile tra 0.03% e 4.85%. (Halak et Al. 2000; Capra et Al. 2003). L'intervento chirurgico solo in pochi casi in letteratura è stato svolto in tempo sincrone, in laparoscopia. Il tempo dell'intervento è limitato dalla necessaria modifica della posizione del letto operatorio durante l'intervento chirurgico. L'adeguato posizionamento dei trocars, il work up preoperatorio e l'esperienza chirurgica sono necessari per la riuscita dell'intervento.

1. G. M. Veenstra, L. M. C. L. Fossion, K. de Laet, and A. A. P. M. Luijten "Synchronous Laparoscopic Radical Nephrectomy Left and Contralateral Right Hemicolectomy during the Same Endoscopic Procedure" *ISRN Surgery* Volume 2011 (2011), Article ID 179456, 4 pages doi:10.5402/2011/179456

2. M. Halak, D. Hazzan, Z. Kovacs, and E. Shiloni, "Synchronous colorectal and renal carcinomas: a noteworthy clinical entity. Report of five cases," *Diseases of the Colon and Rectum*, vol. 43, no. 9, pp. 1314–1315, 2000.

3. F. Capra, F. Scintu, L. Zorcolo, L. Marongiu, and G. Casula, "Synchronous colorectal and renal carcinomas. Is it a definite clinical entity?" *Chirurgia Italiana*, vol. 55, no. 6, pp. 903–906, 2003.

4. S. Y. Eskicorapci, D. Teber, M. Schulze, M. Ates, C. Stock, and J. J. Rassweiler, "Laparoscopic radical nephrectomy: the new gold standard surgical treatment for localized renal cell carcinoma," *The Scientific World Journal*, vol. 7, pp. 825–836, 2007.

5. S. H. Kim, J. Y. Park, Y. G. Joh, and H. H. Kim, "Simultaneous laparoscopic radical nephrectomy and laparoscopic sigmoidectomy for synchronous renal cell carcinoma and colonic adenocarcinoma," *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*, vol. 14, no. 3, pp. 179–181, 2004. View at Publisher • View at Google Scholar • View at PubMed

6. C. Napolitano, G. A. Santoro, L. Valvano, V. Salvati, and M. Martorano, "Simultaneous totally laparoscopic radical nephrectomy and laparoscopic left hemicolectomy for synchronous renal and sigmoid colon carcinoma: report of a case," *International Journal of Colorectal Disease*, vol. 21, no. 1, pp. 92–93, 2006. View at Publisher • View at Google Scholar • View at PubMed

7. S. S. M. Ng, R. Y. C. Yiu, J. C. M. Li, C. K. Chan, C. F. Ng, and J. Y. W. Lau, "Endolaparoscopic left hemicolectomy and synchronous laparoscopic radical nephrectomy for obstructive carcinoma of the descending colon and renal cell carcinoma," *Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques*, vol. 16, no. 3, pp. 297–300, 2006. View at Publisher • View at Google Scholar • View at PubMed

8. S. S. M. Ng, J. F. Y. Lee, R. Y. C. Yiu, J. C. M. Li, and K. A. L. Leung, "Synchronous laparoscopic resection of colorectal and renal/adrenal neoplasms," *Surgical Laparoscopy, Endoscopy and Percutaneous Techniques*, vol. 17, no. 4, pp. 283–286, 2007. View at Publisher • View at Google Scholar • View at PubMed

9. N. Nishiyama, S. Yamamoto, N. Matsuoka, H. Fujimoto, and Y. Moriya, "Simultaneous laparoscopic descending colectomy and nephroureterectomy for descending colon carcinoma and left ureteral carcinoma: report of a case," *Surgery Today*, vol. 39, no. 8, pp. 728–732, 2009. View at Publisher • View at Google Scholar • View at PubMed

10. American Society of Anesthesiologists physical status classification (ASA) ASA Physical Status Classification System. American Society of Anesthesiologists, <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>.

11. H. M. Hasson, "A modified instrument and method for laparoscopy," *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 110, no. 6, pp. 886–887, 1971.

IMPIANTI COCLEARI NEL PAZIENTE ANZIANO

L'ipoacusia profonda nell'anziano è responsabile di un significativo peggioramento della qualità della vita secondario ad isolamento sociale, ansietà, depressione e deterioramento cognitivo. E' inoltre dimostrato come la deprivazione uditiva possa favorire la demenza o

Scopo del presente lavoro è presentare la nostra esperienza su 45 anziani (range 65-85 anni, media 71) sottoposti ad intervento di impianto cocleare, negli anni 1991-2011 nell'ambito di un totale di 635 impianti da noi eseguiti. 41 erano affetti da sordità profonda bilaterale post-verbale (sordità progressiva su base genetica, sordità improvvisa in pregressa ipoacusia controlaterale, meningite, NF2, ototossici, otite cronica), 4 erano affetti da sordità preverbale con beneficio dalla protesi acustica divenuto insufficiente. Le complicanze si possono dividere in immediate e tardive. Tra le prime sono descritte in ordine di frequenza: vertigine, comparsa o peggioramento dell'acufene, infezione della sede chirurgica, deficit transitorio o permanente del nervo facciale. Complicanze tardive sono la dislocazione o l'estrusione del ricevitore-stimolatore, oppure del cavetto porta elettrodi con perforazione della membrana timpanica, otite cronica, colesteatoma jatrogeno. Abbiamo osservato 4 casi di vertigine risoltasi totalmente; in 3 casi vi è stato un peggioramento degli acufeni, 2 casi di infezione della sede chirurgica tutti risolti senza espianto, nessun deficit del facciale, né dislocazione dell'impianto e/o del cavetto porta-elettrodi. In 5 pazienti con acufene di lunga data abbiamo osservato dopo l'attivazione una riduzione significativa dell'intensità e dell'annoyance secondari all'acufene.

In conclusione: l'impianto cocleare ha dimostrato di essere una procedura sicura, con scarsa morbilità anche nell'anziano e con risultati sulla percezione verbale buoni. I tempi di riabilitazione sono più lunghi rispetto a quanto atteso in soggetti con uguale deficit uditivo, ma di minore età. I nostri dati sembrano dimostrare che queste difficoltà siano legate a più lenti processamenti temporali centrali, piuttosto che alle ridotte prestazioni periferiche.

La selezione dei candidati con adeguato counselling, la riabilitazione, la motivazione psicologica ed il supporto fornito dai familiari sono aspetti importanti che modificano il risultato finale.

Bibliografia

Ciorba A, Bovo R, Trevisi P, Rosignoli M, Aimoni C, Castiglione A, Martini A. Postoperative complications in cochlear implants: a retrospective analysis of 438 consecutive cases. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2011 Nov 1. [Epub ahead of print].

Bovo R, Ciorba A, Martini A. *Aging Clin Exp Res.* 2011 Feb;23(1):3-10. Environmental and genetic factors in age-related hearing impairment.

Bovo R, Ciorba A, Martini A. Tinnitus and cochlear implants. *Auris Nasus Larynx.* 2011;38(1):14-20.

*Allegra Eugenia., Franco Teresa , Trapasso Serena, Lombardo Nicola, La Boria Alessandro, Garozzo Aldo
Medical and Surgical Specialties Department- Otolaryngology-Head and Neck Surgery Section, University of
"Magna Graecia" Catanzaro- Italy*

MODIFIED SUPRACRICOID LARYNGECTOMY: ONCOLOGICAL AND FUNCTIONAL OUTCOMES IN ELDERLY

Supracricoid laryngectomy is a surgical technique used for organ preservation surgery in early glottic tumors deemed not suitable for elderly patients. Modified supracricoid laryngectomy using sternohyoid muscles for neoglottis reconstruction is a new and validated surgical technique ideated by the Otolaryngology and Head and Neck Surgery Department of Catanzaro's University, Italy.

The aim of this study was to evaluate oncological and functional outcomes in elderly patients treated by modified supracricoid laryngectomy.

Twenty-one patients affected by T1b-T2-T3 glottic squamous cell carcinoma Stage I-II were treated by modified supracricoid laryngectomy between 2004 and 2009. Eleven patients were ≤ 65 years old and 10 were > 65 years old.

Post-operative parameters, such as nasogastric feeding tube removal, decannulation time and length of hospitalization of each patients were retrospectively reviewed to evaluate functional outcomes together with quality of voice and larynx preservation index.

Overall survival, specific-disease survival and recurrence free survival were assessed to oncologically validate modified supracricoid laryngectomy. A comparison of functional and oncological outcomes between patients older than 65 years and patients younger than 65 years of age was performed to validate MSL in elderly patients.

All patients were alive at study time, with a mean follow-up of 42.9 months. All surgical margins and nodes were histologically negative and none of the patients had adjuvant radio chemotherapy. Post-operative course was similar for younger than 65 years of age and more of 65 years. All of the patients had complete swallowing rehabilitation. There was a local recurrence in the elderly group 8 months after MSL and a locoregional recurrence 2 years later in younger. Both patients were submitted to total laryngectomy.

Quality of voice results were similar for both groups of patients, only noise parameter was significant worse in elderly. Elderly patients' functional outcomes were similar to patients younger than 65 years of age. Overall survival and disease specific survival were equivalent in both patients groups, recurrence disease survival and larynx preservation index were lower in patients older than 65 years of age, this difference was not statistically significant.

Conclusions: MSL is a good supracricoid laryngectomy variant, which allows to obtain similar oncological outcomes with a better quality of voice. Elderly patients can be submitted to this surgery with good oncological and functional outcomes.

Gregorio Patrizi, Domenico Giannotti, Camilla Proietti Semproni, Giorgio Di Rocco, Leslie Fiengo, Adriano Redler ("Sapienza"-Università di Roma, Dipartimento di Scienze Chirurgiche)

ERNIA DI MORGAGNI-LARREY: SE SENTITE RUMORE DI ZOCCOLI, PENSATE AL CAVALLO, NON ALLA ZEBRA!

L'ernia diaframmatica è caratterizzata dalla fuoriuscita di uno o più visceri dalla cavità addominale verso la cavità toracica, attraverso il diaframma. Le ernie del diaframma si distinguono in congenite (dovute alla persistenza del canale pleuro-peritoneale per mancato sviluppo dei pilastri di Uskow o per difettosa fusione di essi con gli altri abbozzi) ed acquisite (dislocazione in torace di visceri addominali). Esistono inoltre le ernie traumatiche, dovute al passaggio diretto di visceri in cavità toracica attraverso una soluzione di continuo prodottasi nel diaframma, secondariamente ad un evento traumatico.

Presentiamo il caso di una donna di 94 anni, giunta alla nostra osservazione con diagnosi di ernia diaframmatica. La paziente, affetta da broncopneumopatia cronico-ostruttiva, ipertensione, diabete, fibrillazione atriale cronica, riferiva disfagia e dispepsia da circa 10 anni. Nel corso di questo decennio, la paziente era stata sottoposta ad esami TC che avevano posto diagnosi di ernia di Morgagni-Larrey, l'ultima eseguita circa 5 anni prima.

Poiché non era stato possibile ricostruire un evento traumatico tale da giustificare la comparsa di ernie diaframmatiche, la paziente è stata nuovamente sottoposta a TC toraco-addominale, che confermava la diagnosi documentando l'erniazione di parte del colon ascendente e trasverso nell'emitorace di destra. Abbiamo quindi posizionato un sondino naso-gastrico, determinando un ulteriore deterioramento delle condizioni respiratorie della paziente. Per tale motivo, si è ritenuto opportuno programmare un intervento chirurgico per ridurre l'ernia in addome e chiudere la breccia diaframmatica mediante gasless laparoscopy e riparazione della breccia con patch. Per meglio valutare la peculiare anatomia da affrontare, abbiamo sottoposto la paziente ad RX digerente.

La diagnosi finale che ne è conseguita era di una severa relaxatio diaframmatica e la paziente è stata dimessa dopo aver stabilizzato le condizioni generali.

Bibliografia:

Nguyen NT, Christie C, Masoomi H, Matin T, Laugenour K, Hohmann S. Utilization and outcomes of laparoscopic versus open paraesophageal hernia repair. *Am Surg.* 2011 Oct;77(10):1353-7.

GOZZO IMMERSO NELL'ANZIANO: CONSIDERAZIONI CHIRURGICHE

Il gozzo immerso venne descritto da Haller nel 1749 ed operato per la prima volta da Klein nel 1820. Da allora non si è ancora trovata una definizione univoca a quest'entità nosologica, né uno standard di trattamento. Al di là delle definizioni, alcuni Autori tutt'oggi prevedono un approccio non solo cervicotomico per la loro asportazione. Riportiamo la nostra esperienza e proponiamo delle linee di condotta chirurgica.

Da gennaio 2001 a dicembre 2011, sono stati sottoposti a tiroidectomia totale 1002 pazienti. Di questi, 126 sono stati candidati all'intervento per gozzo immerso definito come una tiroide che si immergeva al di sotto del giugulo determinando fenomeni di compressione (disfagia, disfonia, tosse stizzosa in posizione supina). Di questi, ci siamo interessati in particolar modo a 16 casi in cui la tiroide si estendeva almeno fino all'arco aortico.

Di questi 16 pazienti, 16 (9 maschi) erano di età superiore a 70 anni (70-82) e la diagnosi è stata incidentale. La motilità delle corde vocali è stata valutata prima e dopo tiroidectomia totale, tutte eseguite mediante cervicotomia di Kocher. In 5 casi i pazienti sono stati sottoposti a TC collo-torace. Tutti i pazienti sono stati sottoposti a controllo dei livelli di calcemia preoperatoria e in I, II, III giornata postoperatoria.

Il tempo operatorio medio è stato di 159 minuti (135-235 circa). Il 31,25% dei pazienti (5 casi) presentava ipocalcemia in I e II giornata postoperatoria, normalizzatasi in III giornata tranne in un caso. Nessun caso di tetania è stato osservato, così come non è stata evidenziata nessuna lesione dei nervi ricorrenti. La degenza postoperatoria media è stata di 4,25 giorni (4-5 giorni).

Vengono quindi proposte delle riflessioni sulla necessità di unificare la definizione di gozzo immerso e delle considerazioni sulle diverse strategie proposte in Letteratura alla luce della nostra esperienza.

Bibliografia:

Huins CT, Georgalas C, Mehrzad H, Tolley NS. A new classification system for retrosternal goitre based on a systematic review of its complications and management. *Int J Surg.* 2008 Feb;6(1):71-6

Raffaelli M, De Crea C, Ronti S, Bellantone R, Lombardi CP. Substernal goiters: incidence, surgical approach, and complications in a tertiary care referral center. *Head Neck.* 2011 Oct;33 (10):1420-5.

Kilic D, Findikcioglu A, Ekici Y, Alemdaroglu U, Hekimoglu K, Hatipoglu A. When is transthoracic approach indicated in retrosternal goiters? *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2011 Jun;17(3):250-3.

IL TRATTAMENTO SOSTITUTIVO POST TIROIDECTOMIA TOTALE: QUNADO,COME E PERCHE' CON PARTICOLARE ATTENZIONE AL PAZIENTE GERIATRICO

La valutazione pre ed intraoperatoria del paziente sottoposto ad intervento chirurgico di tiroidectomia totale può già fornire degli elementi fondamentali che possono indirizzare il clinico verso una diagnosi di benignità o malignità. Qualora l'esame istologico definitivo deponesse per carcinoma tiroideo, al fine di rilevare precocemente metastasi o residui ghiandolari tiroidei, si procede ad uno studio di imaging totale corporeo con ¹³¹I. La problematica principale con cui si ha a che fare dopo l'intervento chirurgico di tiroidectomia totale è sicuramente la decisione o meno di somministrare ormoni tiroidei (Levotiroxina, Triiodotironina, associazione di essi) oppure aspettare il responso anatomopatologico che indirizzerà il paziente verso un trattamento ormonale sostitutivo in caso di benignità oppure verso ulteriori trattamenti in caso di malignità. Le procedure diagnostiche o terapeutiche basate sull'uso del radioiodio prevedono innanzitutto la preparazione del paziente, processo di fondamentale importanza per ottenere un risultato attendibile e la buona riuscita dell'esame. La concentrazione di radioiodio nella tiroide è influenzata da diversi fattori quali possono essere taluni farmaci e alimenti. Il paziente deve dismettere l'uso di preparati contenenti iodio, integratori, ormoni tiroidei e altri farmaci che modificano la capacità della ghiandola di concentrare lo iodio per un sufficiente periodo precedente l'esame. Per quanto riguarda il metabolismo degli ormoni tiroidei bisogna ricordare che sono necessarie due settimane per rimuovere dall'organismo la Triiodotironina (T3) e quattro-sei settimane per la Tiroxina (4-6). Nell'anziano, i dosaggi della T3 totale e libera sono di scarso ausilio, poiché vi è spesso diminuzione dell'attività desiodante da T4 a T3. Anche i valori di T4 libera o totale si mantengono nell'anziano entro i limiti normali. Il test più sensibile è ancora il dosaggio di TSH. La sensibilità del test può essere di gran lunga migliorata se il paziente segue una dieta a ridotto contenuto iodico per almeno 7-10 giorni precedenti la somministrazione di radioiodio in modo da non influenzare negativamente l'uptake dello stesso. I cibi che vanno assolutamente banditi dalla dieta nei giorni che precedono l'esame sono: sale iodato, latte e derivati, uova, pesce e frutti di mare, cibi orientali, alghe marine, cioccolata, salumi e salse piccanti, complessi vitaminici e minerali, cibi contenenti colorante "rosso", cibi trattati con iodio. Oltre alla dieta è necessario sospendere la terapia ormonale sostitutiva 35-40 giorni prima e iniziare la già sopra indicata dieta ipiodica. Tutto questo serve ad aumentare l'ormone ipofisario TSH (ad un valore superiore a 30 U/mL) che a sua volta aumenta l'avidità delle cellule tiroidee per lo iodio. L'ipotiroidismo che consegue alla sospensione dell'ormone tiroideo può essere più o meno forte e l'intensità dei sintomi è molto variabile da persona a persona. Ovviamente alcune categorie di pazienti (anziani, cardiopatici, pazienti con psicosi da ipotiroidismo) devono essere tutelate dall'eventuale e necessario "ipotiroidismo spinto" che risulta necessario per le tecniche di imaging e terapeutiche radiometaboliche. Un ulteriore elemento fondamentale da considerare è la tempistica della disponibilità del radioiodio che non sempre è a 30-40 giorni dopo l'intervento; in questi casi è necessario un supporto ormonale al paziente che altrimenti incorrerebbe nella sintomatologia tipica dell'ipotiroidismo e non per ultima l'ipocalcemia. Riteniamo quindi che i pazienti, specie se anziani e cardiopatici, sottoposti a tiroidectomia totale, in attesa dell'esame istologico definitivo, debbano essere indirizzati verso un trattamento ormonale a base di triiodotironina che assicura rapidi tempi di wash-out metabolico e contemporaneamente svincola il paziente dagli spiacevoli sintomi tipici dell'ipofunzione tiroidea.

Lorenzetti R, Tolin F, Piatto G, Fasolo A, Mazzalai F, Gruppo M, Giantin V, Militello C. Clinica Chirurgica Geriatrica - Direttore Prof. O. Terranova, Dipartimento di Scienze Chirurgiche Gastroenterologiche ed Oncologiche - Università degli Studi di Padova. *Clinica Geriatrica Dipartimento Interaziendale ad Attività Integrata dell'Anziano - Azienda Ospedaliera di Padova.*

MULTIDIMENSIONAL PROGNOSTIC INDEX: 1° STUDIO NEL PAZIENTE ANZIANO CHIRURGICO

Il Multidimensional Prognostic Index (MPI) è un nuovo strumento per la definizione della fragilità del paziente anziano nella sua accezione più ampia, in quanto basato sulla Valutazione Geriatrica Multidimensionale. Diversi studi condotti esclusivamente in ambito internistico-geriatrico hanno dimostrato l'affidabilità di questo indice in termini predittivi di mortalità ad 1 anno e la sua superiorità rispetto ad altri indici di fragilità¹. La definizione di MPI prevede la valutazione complessiva di 63 parametri raggruppati in 8 domini a cui viene attribuito un punteggio pari a 0, 0.5 o 1 in base a delle precise classi di scores stabilite per ciascun dominio. Nello specifico, MPI prevede la somministrazione di SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire), la valutazione del grado di autonomia mediante ADL (Activity of Daily Living) ed IADL (Instrumental Activity of Daily Living), la definizione del rischio di lesioni da decubito tramite ESS (Exton-Smith Scale), la valutazione dello stato nutrizionale con MNA (Mini Nutritional Assessment) e delle comorbidità esaminate attraverso CIRS (Cumulative Illness Rating Scale) ed infine il numero di farmaci dell'abituale terapia e lo stato sociale inteso come condizione domiciliare. Pilotto et al.² hanno dimostrato che MPI permette di stratificare in modo accurato i pazienti ospedalizzati in 3 categorie in relazione al rischio di mortalità: basso (0.00- 0.33), moderato (0.34-0.66), severo (0,6 -1).

Per studiare l'applicabilità di MPI anche in ambito chirurgico, abbiamo iniziato uno studio osservazionale reclutando i pazienti di età > a 65 anni, ricoverati presso la nostra Unità Operativa per un intervento programmato di chirurgia maggiore o in regime d'urgenza. Lo studio è stato progettato in doppio cieco in modo tale che il chirurgo strutturato non risulti influenzato nelle decisioni terapeutiche dal fattore prognostico in studio. In via preliminare è stata eseguita adeguata formazione del personale medico ed infermieristico attraverso un training teorico-pratico per la compilazione delle schede con la supervisione di un Geriatra esperto. Dall'1 Gennaio al 15 Aprile 2012 sono stati arruolati nello studio complessivamente 42 pazienti, di questi 1 è stato escluso per incompletezza dei dati raccolti. Dei nostri 41 pazienti, il 51% risultava ricoverato in regime programmato mentre il 49% entrava in regime d'urgenza. Per ciascun paziente è stato calcolato MPI all'ingresso, cioè entro le 24-48 ore dal ricovero, e alla dimissione. Nel primo caso i pazienti risultano così distribuiti: rischio lieve 66%, moderato 29%, severo 5%; alla dimissione: rischio lieve 59%, moderato 29%, severo 5%. Abbiamo quindi assistito ad un aumento del rischio di mortalità nel 7% dei casi, nei restanti casi MPI si è mantenuto invariato, in nessun caso abbiamo registrato un miglioramento dell'indice prognostico. Questi risultati potranno essere interpretati soltanto alla luce del follow-up ad un anno, tuttavia in questa fase iniziale preme sottolineare come l'interesse in quest'ambito di ricerca, particolare soprattutto in riferimento all'ambito chirurgico, nasca dagli ottimi risultati già raggiunti in ambiente geriatrico e dalle possibili applicazioni di MPI nel supporto di importanti decisioni che coinvolgono strettamente anche il chirurgo dedicato alla cura del paziente anziano, per esempio in termini di organizzazione sanitaria, indicazioni terapeutiche o del grado di intensità dei trattamenti in relazione al rischio di mortalità.

1. Comparing the prognostic accuracy for all-cause mortality of frailty instruments: a multicentre 1-year follow-up in hospitalized older patients. Pilotto A et al. FIRI-SIGG Study Group. PLoS One. 2012;7(1):e29090.

2. Development and validation of a multidimensional prognostic index for one-year mortality from comprehensive geriatric assessment in hospitalized older patients. Pilotto A et al. Rejuvenation Res. 2008 Feb;11(1):151-61

*Simona Falcone[^], Beniamino Palmieri *, Alessandra Colantoni[^], Daniele Giovanardi[^]. [^] Pronto Soccorso, * Dipartimento di Chirurgia Generale. Policlinico di Modena*

IL GRANDE ANZIANO E LE EMERGENZE CHIRURGICHE: L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO DI MODENA

Background. L'ONU pone l'Italia al primo posto tra i paesi più vecchi con il 25% della popolazione di età superiore a 80 anni. Dal 2005 al 2050 la percentuale di anziani di età superiore a 85 anni (grandi anziani) crescerà passando dal 2% al 7,8% della popolazione italiana (1 ultraottantenne ogni 6 abitanti). Secondo i dati Istat 2010, le regioni del nord e del centro Italia hanno le percentuali più elevate di anziani residenti (Emilia Romagna 3,3% grandi anziani- Puglia 2,1% - media Italiana 2,5%). L'impatto del progressivo aumento del numero dei grandi anziani è pertanto un problema di grandissima importanza ed attualità per il sistema sanitario nazionale. A causa dei bisogni specifici dell'anziano, il tipo di risorse e la gestione del paziente geriatrico è diversa rispetto a quella dell'adulto. Di conseguenza, l'afflusso di anziani in PS ha una ricaduta economica ed assistenziale molto rilevante sul sistema ospedaliero. Al Policlinico di Modena si stanno attuando diversi programmi per ridurre il tasso di ospedalizzazione dell'anziano ma un problema rilevante è rappresentato dalle emergenze mediche e chirurgiche in questa particolare categoria di pazienti.

Materiali e Metodi. Analisi dati anno 2011 database controllo gestione Policlinico di Modena. Si è considerata la popolazione dei grandi anziani età maggiore o uguale a 85 anni giunti al PS per patologia chirurgica acuta.

Risultati. Nel 2011 al PS sono giunti 3654 grandi anziani (range 85-103 anni) pari al 7.5% degli accessi totali. Il 51% dei grandi anziani è stato ricoverato. Di questi 34 pazienti sono stati ricoverati in reparti di chirurgia generale per patologie acute (occlusione o sub occlusione intestinale 16 pz, ernia strozzata 6, perforazione 3, altro 9) rappresentando l'8% dei ricoveri in chirurgia generale. L'85% di tali pazienti è stato operato con una degenza media di 10 giorni. Numerosi pazienti grandi anziani con patologie chirurgiche ma che presentavano comorbidità importanti sono stati trattenuti in osservazione dei reparti internistici (30%).

CONCLUSIONI : Nella intensa attività di pronto soccorso l'accesso dei grandi anziani pone solitamente problemi complessi nella valutazione integrata di tutte le comorbidità relative a questa coorte di pazienti, in relazione alla patologia principale di accesso alle nostre strutture.

Rilevante la quota di pazienti ricoverati ,ma anche la indicazione chirurgica concretizzata In interventi in urgenza o differiti sia in laparoscopia che in " open" con mortalità assente , grazie ad un' accurata selezione anestesiologicala e ad efficiente monitoraggio di follow-up.Nella cultura emergente del medico del pronto soccorso la valutazione e la cura dei pazienti cosiddetti " grandi anziani " tiene conto della qualità di vita e della "life expectancy " ,mentre la entità chirurgico-anestesiologicala ,da uno di noi ribattezzata " Jurassic surgery " per le sue peculiarità Tecniche emergenti tende a ripristinare la " fitness" anche al traguardo del secolo di età .

*Beniamino Palmieri, Valentina Rottigni
Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Modena*

LA MAGNETOTERAPIA PER IL TRATTAMENTO DELLE PATOLOGIE DELL'ANZIANO

L'osteoporosi è una malattia sistemica dello scheletro caratterizzata dalla riduzione della massa ossea e dalla compromissione dell'architettura scheletrica che diventa particolarmente fragile, e quindi più sensibile al rischio di fratture anche a seguito di traumi di modesta entità. Si tratta di una patologia legata soprattutto all'età e colpisce almeno il 40% delle donne dopo la menopausa e fino al 90% degli over 90, compromettendo la qualità della vita di questi soggetti.

L'osteoporosi causa spesso disturbi dell'andatura, che diviene sempre più incerta, causando spesso pericolose cadute, che a loro volta possono portare a fratture di arti, spalla, gomito o, caso ancor più grave, del femore prossimale.

La patologia dell'anziano trova un valido aiuto nella magnetoterapia, terapia non invasiva che sfrutta l'energia elettromagnetica per la rigenerazione dei tessuti e delle fratture ed il rallentamento dei processi di riduzione della densità ossea innescati dall'osteoporosi.

Nel nostro studio abbiamo trattato 30 soggetti di età compresa tra 65 e 90 anni che presentavano osteoporosi, pseudoartrosi, artropatie e fratture di varie entità, sottoponendoli a sessioni di trattamento con applicazione di campi pulsati elettromagnetici (PEMF) e ad un follow up di 3 e 6 mesi è stata osservata una diminuzione dell'intensità del dolore percepito (misurato con il parametro VAS) ed un miglioramento nella ripresa delle attività quotidiane (misurata con il parametro WOMAC), dimostrando che la magnetoterapia rappresenta un valido trattamento delle patologie che affliggono le persone anziane.

ENDOVASCULAR TREATMENT OF CAROTID RESTENOSIS

Background

The incidence and significance of restenosis after carotid endarterectomy (CE), are still under study discussion. Secondo Frericks, who has completed a review of over 500 works in the literature, the overall incidence of restenosis would be distributed as follows: 10% in the first year, 3% in the second year, 2% in the third year, 1% in the year successivi. La restenosis, being supported by a process of fibrous hyperplasia of the wall, is considered a low lesion associated with focal neurological events dependent ipsilateral hemisphere (3-5% of cases).

The endovascular treatment of steno-obliterative lesions in charge of the arterial tree, began to deal extensively carotid stenosis in the mid-'90s when it appeared in the published literature more or less numerous. The reports were then record the results sometimes with alarming rates of complications <19%, so very far away by the excellent results achieved with the immediate and long carotid TEA. However, subsequently, the data were published gradually reported consistently encouraging results, especially by fellow cardiologists and radiologists

Materials and methods

Before patients are subjected to a procedure of dilatation and carotid stent placement, they are premedicated with atropine 0.5-1 mg depending on the heart rate. In our practice are administered platelet inhibitors (clopidogrel 75 mg / day) for at least 7 days before surgery. During the procedure heparin (5000u) is injected intravenously. The Way 's access in patients is always the right femoral artery. Positioning the guiding catheter in the common carotid artery we have crossed the lesion in internal carotid artery with a filter for the release of the stent. Stents are used in open cells.

Results

From 1 September 2009 to September 1, 2010 we treated 267 patients with carotid stenosis in 11 technical endavascolare for restenosis (4.1%). All injuries are to the origin of the internal carotid artery Carotid EA headquarters, except one who had a common carotid restenosis in pre bulbar. We recorded one case of intraoperative TIA occurred during angiography of the aortic arch before metalised surfaces with the diagnostic catheter in common carotid.

Conclusions

Today we can say, also in agreement with a recent authoritative consensus of opinion leaders, the PTA and stenting with cerebral protection for carotid artery stenosis, can be performed with reasonable safety in selected cases of restenosis or stenosis in patients undergoing radiation therapy, and then more difficult to attack with conventional surgical therapy. Another possible indication of cases is associated with increased risk for other districts sovraaortici stenosis or severe coronary artery disease.

Pietro Volpe, Antonino Alberti, Giovanni Uslenghi, Giuseppe Stilo, Maria Comi. Dipartimento delle Scienze Chirurgiche – UOC di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare (Direttore P. Volpe) – Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria

ANEURISMA AORTICO SOTTORENALE ED INSUFFICIENZA CELIACO MESENTERICA: TRATTAMENTO ENDOVASCOLARE IN UNICO TEMPO – CASE REPORT

Premessa

Criticità sostanziali in corso di trattamento Endovascolare di Aneurisma dell'Aorta Addominale possono essere ritrovate a livello del colletto aortico, della sacca aneurismatica e dei vasi di accesso al vaso da trattare.

L'Endoprotesi Trivascular Ovation presenta caratteristiche strutturali che la rendono idonea per gli aneurismi con colletto corto (>7mm), vasi iliaci tortuosi e/o di piccolo calibro. Attualmente è l'unico stent-graft che permette di "navigare" attraverso iliache di diametro compreso fra 5 e 7 mm. L'aggancio soprarenale ed il sealing assicurato da anelli che si riempiono di polimero consentono il trattamento di aneurismi con colletto sporco o conico.

Metodo

Da Gennaio 2011 a Marzo 2012 presso l'U.O.C. di Chirurgia Vascolare ed Endovascolare dell'Azienda Ospedaliera di Reggio Calabria sono stati trattati 19 pazienti con l'Endoprotesi a "basso profilo" Trivascular Ovation. I pazienti, 18 maschi e 1 femmina, con età media di circa 75,2 anni ed un diametro medio di 58,7 cm, sono stati tutti trattati con successo. La durata media della procedura è stata di 69,2 minuti. La durata media della degenza è stata di 2,5 giorni e non è stata necessaria nessuna conversione chirurgica.

La paziente di sesso femminile, di anni 85, ricoverata in urgenza per un quadro clinico di Insufficienza Celiaco Mesenterica, è stata sottoposta a studio Angio-TC che ha documentato una stenosi serrata all'origine del Tripode Celiaco con dilatazione poststenotica, una stenosi della Mesenterica Superiore all'origine e la presenza di un aneurisma dell'Aorta Addominale Sottorenale e dell'Iliaca Comune destra. La TC documentava, inoltre, la presenza di trombo e calcificazioni del colletto, una biforcazione aortica calcifica e stretta (diametro min 17 mm circa).

Mediante doppio accesso femorale bilaterale ed omerale sinistro, si è proceduto dapprima ad impianto di stent balloon-expandable a livello delle stenosi dei vasi viscerali e successivamente ad esclusione dell'aneurisma aortico.

Discussione e conclusione La scelta del particolare tipo di Endoprotesi e di eseguire le due procedure in un unico tempo, con ovvio prolungamento dei tempi operatori ed utilizzo di una maggiore quantità di mezzo di contrasto iodato, si basava sulle seguenti considerazioni. Le caratteristiche peculiari rendono questa endoprotesi particolarmente adatta per colletti complessi. Il trattamento preliminare della stenosi dei vasi viscerali si rendeva necessaria, oltre che per l'importanza del quadro clinico, anche per le difficoltà che la presenza dello stent sovra renale avrebbe comportato ad un impianto di stent in seconda battuta.

1) Thirty-day outcome and quality of life after endovascular abdominal aortic aneurysm repair in octogenarians based on the Endurant Stent Graft Natural Selection Global Postmarket Registry (ENGAGE). Zeebregts CJ, van Sterkenburg SM, Reijnen MM; for the ENGAGE Investigators.

J Vasc Surg. 2012 Mar 27

2) Percutaneous transluminal angioplasty and stenting as first-choice treatment in patients with chronic mesenteric ischemia. Van de Rest HJ, Meijer JR, van Leersum M, van Koeverden S, Moll FL, van den Berg JC, de Vries JP. J Vasc Surg. 2010 Feb;51(2):386-91

IL LAPAROCELE NELLA CHIRURGIA AORTICA RICOSTRUTTIVA: STUDIO PROSPETTICO SU 1065 PAZIENTI

Scopo dello studio: valutare l'incidenza di laparocele mediano (MAIH) dopo chirurgia aortica ricostruttiva per aneurisma dell'aorta addominale (AAA) e rivascolarizzazione per patologia occlusiva aortoiliaca (AOD).

Metodi: Sono stati inclusi nel presente studio tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico in elezione, presso il nostro Istituto lungo un periodo di 10 anni, per AAA o AOD attraverso una laparotomia mediana. Sono stati esclusi i soggetti sottoposti in precedenza a laparotomia per altra patologia o che avevano già sviluppato un laparocele secondario ad altro intervento chirurgico. Il follow-up è stato semestrale per i primi 2 anni e successivamente annuale.

Risultati: L'analisi è stata condotta su 1065 pazienti sottoposti a chirurgia aortica ricostruttiva (412 per AAA e 653 per AOD). Il follow-up medio è stato di 6.4 ± 3.8 anni (range, 0.5 – 12.7). Il rapporto tra lunghezza del filo di sutura e lunghezza della ferita (SL:WL) è risultato essere di almeno 4 nel 58% (239 su 653) dei pazienti AAA e nel 66% (431 su 653) dei soggetti con AOD ($p = .01$). Sono stati riscontrati 124 (11.6%) MAIHs, con un'incidenza del 12.4% (51 su 412) nel gruppo AAA e del 11.2% (73 su 653) nel gruppo AOD ($p = .62$), e 3 (0.4%) infezioni di ferita (tutte nel gruppo di pazienti con AOD), nessuna delle quali ha successivamente comportato lo sviluppo di un laparocele. All'analisi multivariata un rapporto SL:WL inferiore a 4 è risultato essere l'unico fattore predittivo indipendente per lo sviluppo di laparocele sia nel gruppo di soggetti operati per AAA ($p = .004$) sia in quello di pazienti operati per AOD ($p < .001$).

Conclusioni: I pazienti sottoposti ad intervento chirurgico per AAA e AOD hanno avuto un'incidenza di MAIH simile, che sembra legata principalmente alla tecnica di chiusura della parete addominale. Un rapporto SL:WL di almeno 4 sembra essere necessario per prevenire lo sviluppo di laparoceli. Ulteriori studi, comunque, si rendono necessari al fine di definire possibili variabili tecniche e perioperatorie su cui intervenire per ridurre il rischio di laparocele mediano dopo chirurgia aortica ricostruttiva.

LA PATOLOGIA PANCREATICA NELL'ANZIANO

INTRODUZIONE: Le patologie pancreatiche vengono osservate in emergenza/urgenza sempre con maggior frequenza, ponendo spesso problemi diagnostici e terapeutici di non facile soluzione. L'incidenza nella nostra popolazione non è ben nota, ma sicuramente maggiore nei soggetti in età geriatrica e prevalente nel genere femminile.

MATERIALI E METODI: Nel periodo Gennaio 2009-Luglio 2011, presso la nostra Unità Operativa Complessa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione ed Urgenza con Osservazione Breve, abbiamo sottoposto ad un breve periodo osservazionale (24-48h) tutti i pazienti geriatrici giunti in urgenza con problemi pancreatici. Dopo averne seguito il decorso clinico ed averli sottoposti ad esami diagnostico-strumentali, abbiamo valutato l'incidenza delle patologie pancreatiche e della Sindrome di Gullo nella popolazione osservata.

RISULTATI: Abbiamo osservato 161 pazienti (0,17% su 94.200 accessi totali), 65 maschi e 96 femmine, con età \geq 65 anni (65-98 anni). Tutti i 161 pazienti sono stati valutati con esami ematochimici, che hanno evidenziato un'alterazione dei valori sierici dell'enzimogramma pancreatico, e procedure diagnostiche strumentali (Ecografia / Tomografia Computerizzata / Risonanza Magnetica / ColangioPancreatografia Retrograda Endoscopica) per evidenziare l'eventuale presenza di una patologia pancreatica la quale è stata riscontrata in 102 pazienti (63,3%, 41 maschi M / 61 femmine F). Si trattava di pancreatiti acute in 60 casi (58,8%), pancreatiti croniche in 27 casi (26,5%), neoplasie in 3 casi (2,9%) ed altre patologie in 12 casi (11,8%). I rimanenti 59 pazienti (36,7%), 24M/35F, presentavano valori sierici degli enzimi pancreatici notevolmente superiori alla norma, senza alterazioni della ghiandola pancreatica. Questi ultimi, monitorati con controlli a medio e lungo termine, sono risultati affetti da iperenzimemia pancreatica benigna (Sindrome di Gullo).

CONCLUSIONI: Il nostro studio ha rilevato che le patologie pancreatiche sono prevalenti nei soggetti geriatrici e soprattutto di sesso femminile. Abbiamo potuto, inoltre, rilevare che l'innalzamento degli enzimi pancreatici nel siero non sempre evolve in una reale condizione morbosa pancreatica (63,3% dei casi) ma che nel 36,7% dei casi, anche nella popolazione geriatrica, può essere associata a sindrome benigna (Sindrome di Gullo), che è possibile diagnosticare con certezza solo dopo un anno dal primo riscontro e dalla totale negatività agli esami strumentali.

BIBLIOGRAFIA

1. Gullo L. **Chronic nonpathological hyperamylasemia of pancreatic origin.** *Gastroenterology.* 1996 Jun;110(6):1905-8.
2. Witt H, Apte MV, Keim V, Wilson JS. **Chronic pancreatitis: challenges and advances in pathogenesis, genetics, diagnosis, and therapy.** *Gastroenterology.* 2007 Apr;132(4):1557-73.
3. Tanaka M, Kobayashi K, Mizumoto K, Yamaguchi K. **Clinical aspects of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas.** *J Gastroenterol.* 2005 Jul;40(7):669-75.

COLECISTITE ACUTA NEL GRANDE ANZIANO: LA NOSTRA ESPERIENZA

La patologia flogistica della colecisti nel paziente anziano d'età superiore a 75 anni presenta un aumento della morbilità e della degenza post-operatoria¹⁻². La possibilità di intervenire chirurgicamente o di optare per un management conservativo è dunque controversa ed influenzata dalla presenza di comorbidità³.

Presentiamo l'esperienza del nostro Reparto raccolta nel corso di tre anni, (gennaio 2008 - aprile 2012), con l'obiettivo di valutare le migliori opzioni terapeutiche per tale categoria di pazienti.

Negli ultimi tre anni abbiamo operato 56 pazienti con patologia infiammatoria della colecisti ed età superiore a 75 anni (età media 80,7). Il 10,7% dei pazienti, inoltre, si presentava con un quadro associato di pancreatite acuta, il 14,3% con coledocolitiasi.

Il 50% dei pazienti è stato sottoposto ad intervento chirurgico in regime di urgenza. Nel 23,2% dei casi, per la presenza di più comorbidità, in particolare cardiopatie e patologie respiratorie gravi, abbiamo optato per un trattamento conservativo. Abbiamo osservato che tale strategia terapeutica ha determinato un ricorso a successivi accessi in PS da parte dei pazienti affetti da colelitiasi sintomatica, con una media di 1,7 per malato, con necessità di eseguire comunque l'intervento chirurgico in regime d'urgenza.

L'84% dei pazienti ha subito un intervento con tecnica laparoscopica, mentre il 16% è stato trattato con laparotomia. In 2 casi si è proceduto a confezionare una anastomosi bilio-digestiva per il riscontro di fistola bilio-duodenale e di una coledoco-litiasi con stenosi della papilla. Il tempo medio di degenza è risultato di 4,3 giorni per la laparoscopia e 19,4 giorni per la laparotomia. Non si sono registrati decessi post-chirurgici; si sono verificate complicanze post-operatorie sistemiche nel 17,8% dei pazienti e chirurgiche nel 5,3% dei casi. È stato necessario posizionare un drenaggio percutaneo in un caso per raccolta biliare e una delle anastomosi bilio-digestive è stata sottoposta a due revisioni..

Nella nostra esperienza il trattamento conservativo della colecistite acuta nel grande anziano si è dimostrato inefficace per l'alto tasso di recidive con necessità di chirurgia d'urgenza. Nonostante le gravi comorbidità i pazienti sono stati operati con tasso di mortalità 0 e tasso di morbilità accettabile. L'utilizzo della tecnica laparoscopica permette al paziente una rapida ripresa funzionale. Tale chirurgia deve essere però effettuata in centri capaci di gestire non solo la complessità del grande anziano ma anche delle molteplici alterazioni anatomiche da flogosi di lungo corso.

Bibliografia:

- 1) Bingener J, Richards ML, et al. Laparoscopic Cholecystectomy for Elderly Patients. Arch Surg Vol 138, May 2003;
- 2) Caglià P, Costa S et al. Can laparoscopic cholecystectomy be safely performed in the elderly? Ann Ital Chir, 2012 Jan-Feb; 83(1); 21-4.
- 3) Maxwell JG, Tyler B et al. Cholecystectomy in patients aged 80 and older.

*Dott. L. De Santis , Dott. L. Battaglia , Dott. P. Benin , Dott. M. Berto , Dott. B. Andriulo , Dott. S. Marino, Dott. V. Vella .
ASL 16 Piove di Sacco (PD) U.O.C di Chirurgia Generale*

GASTRECTOMIA TOTALE V.L. MEDIANTE ORVIL

Gastrectomia Totale Video Laparoscopica mediante ORVIL . E' una suturatrice meccanica con testa e incudine di 25 mm per anastomosi esofago-digiunali . Il gruppo incudine è montato su un tubo di erogazione in PVC della lunghezza di 90 cm ed è bloccato al tubo con una sutura . Quando usato con la suturatrice a punti metallici DST series EEA XL 25 mm applica una fila circolare doppia sfalsata di punti in titanio . Tale trattamento V.L determina una netta riduzione dei tempi operatori con un miglior approccio del tempo toracico rendendolo non necessario . Le Anastomosi Esofago-digiunali si dimostrano più sicure , con esecuzione molto meno rischiosa per il paziente e con tempi operatori nettamente ridotti .

Ulteriori contributi

CHIRURGIA E STENTING CAROTIDEO NEGLI ULTRAOTTANTENNI: REVISIONE SISTEMATICA DELLE COMPLICANZE

INTRODUZIONE: L'angioplastica carotidea e lo stenting (CAS) è emersa nell'ultimo decennio come l'alternativa alla endoarteriectomia carotidea (CEA) nel trattamento della stenosi carotidea. Con il concomitante aumento della speranza di vita, ed il perfezionamento e la diffusione delle tecniche diagnostiche, i medici si trovano quindi sempre più spesso a dover porre indicazioni sul trattamento della stenosi carotidea in pazienti anche ultraottantenni. Gli ottuagenari sono stati spesso esclusi dagli studi randomizzati di confronto tra CAS al CEA perché erano considerati ad alto rischio per la rivascolarizzazione. Inoltre sono stati riportati risultati contrastanti sugli esiti globali della rivascolarizzazione carotidea in pazienti over 80.

Al fine di valutare obiettivamente se l'età superiore a 80 anni dovrebbe essere considerato un limite soglia per le indicazioni alla rivascolarizzazione carotidea, abbiamo effettuato una revisione sistematica della letteratura attualmente disponibile.

METODI: Abbiamo effettuato una revisione sistematica della letteratura tra il gennaio 2000 e dicembre 2011 utilizzando Pubmed e Embase, per identificare tutti gli studi rilevanti in materia di CAS e CEA in paziente ultraottantenni. I criteri di inclusione adottati sono stati i seguenti:

- 1) trial di risultati di CEA e CAS, o di loro confronto e
- 2) sottoanalisi dei dati sul risultato del trattamento in base all'età.

Il tasso MAE (Major Adverse Event) di complicanze perioperatorie (entro 30 giorni dall'intervento) maggiori (ictus disabilitante, infarto miocardico o morte) è stato quindi calcolato, così come le caratteristiche demografiche dei pazienti inclusi.

RISULTATI: Dopo l'esclusione di 23 articoli, 46 studi sono stati inclusi in questa revisione: 18 studi che hanno trattato prevalentemente la CAS e 28 che hanno trattato prevalentemente la CEA. Sono stati globalmente valutati un totale di 2.963 pazienti trattati con la CAS e 14.365 pazienti trattati con la CEA, tutti di età > 80 anni. Il tasso MAE è stata del 6,9% (range 1,6-24,0%) a seguito di CAS e il 4,2% (range 0 - 8,8%) a seguito di CEA.

Un'analisi separata in questa revisione ha incluso i risultati di uno studio maggiore (140.376 pazienti) che ha valutato la CEA in ottuagenari solo in merito alla mortalità perioperatoria a 30 giorni, senza considerare gli eventi avversi neurologici o cardiaci. Quando questi dati sono stati inclusi nella valutazione globale, il tasso MAE per la CEA è risultato invece essere di 2,4% (range 0 - 8,8%).

CONCLUSIONI: Il tasso di complicanze maggiori perioperatoria (MAE) dopo CEA in pazienti ottuagenari risulta comparabile con i risultati di grandi studi clinici randomizzati in pazienti meno anziani. Tassi di complicanze più elevati sono descritti invece per il CAS in ultraottantenni. In generale, l'età >80 anni non è quindi da considerare una soglia assoluta per escludere i pazienti dalla chirurgia della carotide, e quindi a nostro parere la CEA dovrebbero rimanere il golden standard nel trattamento di stenosi carotidee significative, anche in pazienti molto anziani.

BIBLIOGRAFIA

1. Investigators C. Endovascular versus surgical treatment in patients with carotid stenosis in the Carotid and Vertebral Artery Transluminal Angioplasty Study (CAVATAS): a randomised trial. *Lancet*. 2001;357(9270):1729-37.
2. Carotid artery stenting compared with endarterectomy in patients with symptomatic carotid stenosis (International Carotid Stenting Study): an interim analysis of a randomised controlled trial. *Lancet*. 2010
3. Ringleb PA, Allenberg J, Bruckmann H, et al. 30 day results from the SPACE trial of stent-protected angioplasty versus carotid endarterectomy in symptomatic patients: a randomised non-inferiority trial. *Lancet*. 2006;368(9543):1239-47.
4. Mas JL, Chatellier G, Beyssen B, et al. Endarterectomy versus stenting in patients with symptomatic severe carotid stenosis. *N Engl J Med*. 2006;355(16):1660-71.
5. Collaborators NASCET. Beneficial effect of carotid endarterectomy in symptomatic patients with high-grade carotid stenosis. North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial Collaborators. *N Engl J Med*. 1991;325(7):445-53.
6. MRC European Carotid Surgery Trial: interim results for symptomatic patients with severe (70-99%) or with mild (0-29%) carotid stenosis. European Carotid Surgery Trialists' Collaborative Group. *Lancet*. 1991;337(8752):1235-43.
7. ACAS. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. *JAMA*. 1995;273(18):1421-8"

F. Cetta^{1,2}, V. Guercio², M. Monti³

¹ IRCCS Multimedica, Milano, Italy; ² Università di Siena, Dipartimento di Chirurgia; Siena; ³ Azienda di Servizi alla Persona "Pio Albergo Trivulzio", Milano

CARATTERISTICHE CLINICO-PATOLOGICHE DI 112 CENTENARI RICOVERATI PRESSO IL PIO ALBERGO TRIVULZIO

Scopo: I centenari sono soggetti che normalmente sfuggono alle principali malattie correlate con l'invecchiamento e appaiono efficacemente protetti dalla patologia neoplastica, anche se i meccanismi che sono alla base di questa protezione sono complessi e ancora sconosciuti. Vengono qui riferiti i dati relativi alle caratteristiche clinico-patologiche di 112 pazienti centenari, ricoverati presso il Pio Albergo Trivulzio (PAT), istituto geriatrico di Milano (1000 p.l.), con particolare riferimento alla patologia neoplastica associata, pregressa o ancora presente.

Materiali e metodi: Presso il PAT è stato condotto uno studio retrospettivo (dal 1995 al 2011), sulle caratteristiche demografiche e clinico patologiche dei centenari (over 98).

Risultati: Sono stati osservati nel periodo 1995- 2011 complessivamente 112 pz centenari (over 98) (7M, 105F, età media 100,53 aa \pm 2,09, range 98-109 aa). Novantotto sono deceduti (87,5%), mentre 13 (11,5%) ancora viventi e 1 (1%) è stato dimesso o deceduto altrove. La pz più longeva è deceduta nel 2010, a 109 aa, non per cause connesse a patologia neoplastica, anche se aveva avuto un carcinoma del colon all'età di 80 aa. Informazioni dettagliate sono disponibili, al momento, per 47 pz, tutti di sesso femminile, ricoverati nel periodo 2005-2011 (età media 101,6 aa \pm 2,27, range 99-109 aa). Undici pz su 47 (23%) hanno presentato nel corso della vita una patologia neoplastica maligna, che in nessun caso è stata causa del loro decesso. In particolare, 6 (54%) avevano avuto un pregresso carcinoma mammario (con intervento di exeresi effettuato rispettivamente a 62, 63, 70, 72, 77 e 79 anni), 1 (9%) un adenocarcinoma del colon sinistro all'età di 80 anni; 1 (9%) una neoplasia vaginale a 80 anni; 1 (9%) un adenocarcinoma gastrico ad 88 anni, 1 (9%) una neoplasia mesenchimale e retro peritoneale diagnosticata a 99 anni, 1 (9%) un basalioma cutaneo diagnosticato a 103 anni. Tra i tumori non maligni osservati da segnalare un caso di meningioma parzialmente calcifico occipito- parietale sx, diagnosticato all'età di 97 anni; 1 pz con pregressa exeresi di adenomi tiroidei ed 1 con pregressa isterectomia per neoplasia uterina non maligna.

Conclusione: I presenti dati, che costituiscono un rappresentativo report in Italia su una popolazione di centenari ricoverati in un unico centro, sono in accordo con i pregressi dati di uno studio multicentrico americano, condotto in 32 soggetti di età tra 110 e 119 aa, mediante compilazione di questionari o contatto telefonico¹. In questo studio sono stati osservati 8 ca: 1 vescicale, 2 mammari, 2 colici, 2 cutanei ed 1 a sede non precisata. Nel nostro studio la semplice analisi della sede e della tipologia dei tumori con l'esclusione del solo caso di carcinoma gastrico - potenzialmente causa di morte per la sua nota aggressività - in una pz sottoposta ad intervento all'età di 87 aa, dimostra chiaramente che: 1) l'incidenza di neoplasie è ridotta; 2) l'età di insorgenza è procrastinata alle ultime decadi di vita (oltre i 70 aa per ca mammario, oltre gli 80 per gli altri²); 3) la tipologia dei tumori è caratteristica con l'esclusione di tumori tipicamente aggressivi come il Ca polmonare ("small cell" e NSCLC), il Ca esofageo epatico, pancreatico, della colecisti o delle vie biliari; 4) l'incidenza massima di neoplasie in questa popolazione super si è verificata tra i 70 e gli 85 aa, con esclusione del Ca cutaneo e del tumore mesenchimale retro peritoneale. Dopo gli 85 aa, l'incidenza di cancro è risultata drasticamente ridotta (azione protettiva dei geni della longevità?)³. Viene suggerito che la presenza di neoplasie maligne è compatibile con il superamento dell'età di 100 aa, anche se si tratta prevalentemente di 2 tipi di neoplasie (mammella e colon), oltre ad eventuali tumori cutanei, e la loro prima manifestazione si verifica di solito intorno agli 80 aa. Nessun paziente della presente serie è deceduto a causa di neoplasia.

Bibliografia: ¹Schoenhofen EA, Wyszynski DF, Andersen S, Pennington J, Young R, Terry DF et al. *Characteristics of 32 supercentenarians*. J Am Geriatr Soc. 2006;54:1237-40; ² Andersen SL, Terry DF, Wilcox MA, Babineau T, Malek K, Perls TT *Cancer in the oldest old*. Mech Ageing Dev. 2005 ;126:263-7; ³ Extermann M. *Geriatric oncology: an overview of progresses and challenges*. Cancer Res Treat. 2010;42:61-8.