

Adenocarcinoma perforato del piccolo intestino come prima evidente manifestazione del morbo di Crohn: case report

L. NAPOLITANO, P. de NICOLA, N. DI BARTOLOMEO, L. ACETO, G. LIDDO,
D. ANGELUCCI¹, P. INNOCENTI

RIASSUNTO: Adenocarcinoma perforato del piccolo intestino come prima evidente manifestazione del morbo di Crohn: case report.

L. NAPOLITANO, P. DE NICOLA, N. DI BARTOLOMEO, L. ACETO,
G. LIDDO, D. ANGELUCCI, P. INNOCENTI

Riportiamo un caso di adenocarcinoma perforato del piccolo intestino come prima manifestazione di morbo di Crohn. Un uomo di 53 anni giunge alla nostra osservazione per la presenza di dolori addominali al quadrante inferiore destro ed alvo alterno. Il prelievo biotipico endoscopico mostra un quadro di morbo Crohn in fase di attività. Il paziente viene trattato con terapia medica fino a risoluzione della sintomatologia. Circa 20 giorni dopo la dimissione il paziente torna all'osservazione con un quadro di addome acuto. La laparotomia mostra la presenza di una neoformazione stenotomizzante dell'ultima ansa ileale perforata con peritonite diffusa e noduli metastatici omentali. Viene eseguita una resezione ileocolica con anastomosi ileo-trasversaria. Il paziente muore a distanza di 4 mesi dall'intervento chirurgico per progressione della neoplasia.

SUMMARY: A case of perforated small bowel adenocarcinoma as first symptom of Crohn's disease.

L. NAPOLITANO, P. DE NICOLA, N. DI BARTOLOMEO, L. ACETO,
G. LIDDO, D. ANGELUCCI, P. INNOCENTI

A case of perforated small bowel adenocarcinoma presenting as first symptom of Crohn's disease is reported in a 53 years old male patient with abdominal pain and alteration of bowel habits. Endoscopic biotipical sampling demonstrated a Crohn's disease in active stage. The patient underwent medical therapy with resolution of the complained symptomatology; 20 days after discharge the patient is rehospitalized for acute abdomen. A narrowing perforated neoplasia in terminal ileum was discovered at laparotomy. Diffuse peritonitis and metastatic peritoneal implantations were also revealed. An ileocolic resection is performed with ileo-transverse colon anastomosis. The patient dies 4 months later for advanced disease.

KEY WORDS: Carcinoma intestino tenue - Morbo di Crohn.
Small bowel carcinoma - Crohn disease.

Introduzione

La prevalenza dell'adenocarcinoma dell'intestino tenue è tra lo 0,2 e lo 0,6 per 100.000 abitanti (3).

I pazienti con morbo di Crohn (MC) hanno un rischio aumentato di adenocarcinoma del piccolo intestino. Greenstein et al. (5) hanno calcolato il rapporto casi osservati-attesi di adenocarcinoma del tenue nei pazienti con MC pari a 114:5. In letteratura (4,11) sono stati descritti 65 casi di adenocarcinoma

dell'intestino tenue insorto su MC.

L'età media al momento della diagnosi della neoplasia è di 48 anni ed il 30% circa dei pazienti ha un'età inferiore ai 40. Solitamente la diagnosi di adenocarcinoma è posta 20 anni dopo la diagnosi di MC (7).

Riportiamo il caso di un uomo in cui un adenocarcinoma occludente e perforato del piccolo intestino è stato la prima manifestazione di MC.

Caso clinico

Un uomo di 53 anni giunge alla nostra osservazione per dolore nei quadranti destri dell'addome, vomito, febbre e ad un lvo parzialmente chiuso da circa una settimana. Il paziente riferisce anche un intenso dolore in regione sacrale che si irradia agli arti inferiori. Afferma di soffrire fin da ragazzo di episodi intermittenti di diarrea alternata a stipsi accompagnati da dolori addominali. Tale sintomatologia non si è mai evidenziata con i caratteri di acuzie ed è stata sempre trascurata da lui stesso e dal medico

Università degli Studi di Chieti
Ospedale SS. Annunziata
Dipartimento di Scienze Chirurgiche
(Direttore: Prof. P. Innocenti)
Unità di Chirurgia Generale e Laparoscopica
(Direttore: Prof. P. Innocenti)
¹Istituto di Anatomia Patologica
(Direttore: Prof. P. Musiani)
© Copyright 2005, CIC Edizioni Internazionali, Roma

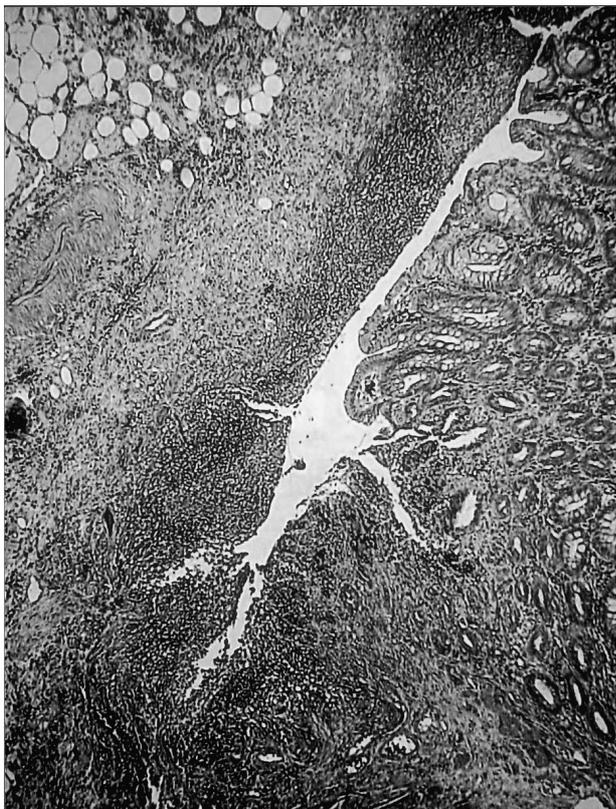


Fig. 1 - Ulcerazione della parete intestinale a tutto spessore fino al tessuto adiposo periviscerale

curante.

All'esame obiettivo l'addome appare trattabile, ma dolente in maniera diffusa alla palpazione profonda. Temperatura corporea 37,5°C. Gli esami ematochimici mostrano una lieve neutrofilia e rialzo degli indici aspecifici di infiammazione (mucoproteine, VES, proteina C reattiva). La radiografia diretta dell'addome mostra distensione delle anse del tenue con qualche livello idroaereo. Il posizionamento del sondino nasogastrico ed una adeguata idratazione permettono di risolvere lo stato sub-occlusivo. Il paziente è quindi sottoposto ad una radiografia del rachide lombo-sacrale che mostra marcata sinostosi delle articolazioni sacro-iliache, quadro radiologico suggestivo di malattia infiammatoria cronica dell'intestino. L'esame radiologico del transito del tenue (tenue seriato) mostra distensione delle anse intestinali con livelli idroaerei ed a carico di alcune anse alterazioni di calibro, profilo e disegno mucoso. Tale quadro radiologico viene riferito a MC. La pancoloscopia, condotta 25 cm oltre la valvola ileo-ciecale, mostra a livello dell'ultima ansa ileale una mucosa iperemica, edematosa ed interrotta da numerose lesioni ulcerative ricoperte da fibrina. Il prelievo biptico endoscopico effettuato sull'ultima ansa ileale conferma la diagnosi di morbo di Crohn in fase di attività, evidenziando frustoli di mucosa con infiltrati flogistici prevalentemente granulocitari, frammenti ad abbondante muco, con compartecipazione linfo-plasmacellulare; la mucosa risulta ulcerata con bordi iperemici.

Il paziente viene trattato con la seguente terapia: mesalazina 400 mg 2 cp x 3; ciprofloxacina 500 mg 1 cp x 2; prednisolone 20 mg x 2. Dopo 5 giorni, in seguito al miglioramento del quadro clinico, viene dimesso.

Venti giorni dopo il paziente torna alla nostra osservazione con un quadro clinico-strumentale di addome acuto e viene sottoposto a laparotomia d'urgenza.

L'apertura dell'addome mostra la presenza di una neoforma-

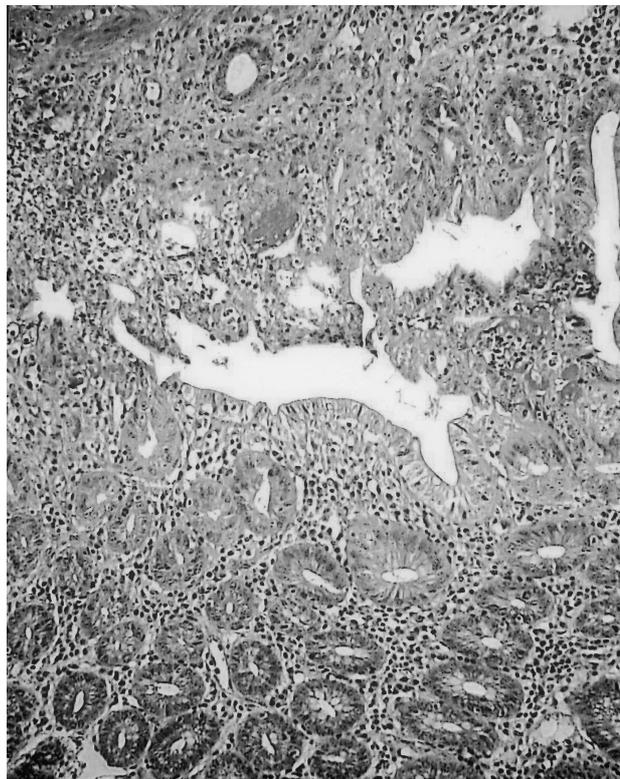


Fig. 2 - Alcune ghiandole nella zona periferica dell'ulcerazione appaiono displastiche.

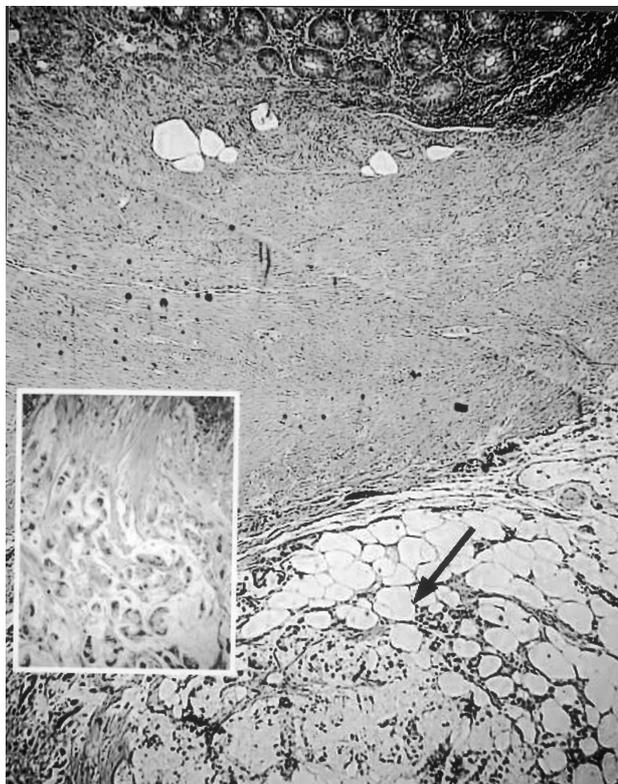


Fig. 3 - La parete intestinale contiene un adenocarcinoma mucoide che interessa anche il tessuto adiposo perilesionale. Nell'inserito le ghiandole neoplastiche "nuotano" nel muco ed infiltrano la parete muscolare.

zione stenosante perforata dell'ultima ansa ileale, a circa 10 cm dalla valvola ileo-ciecale con peritonite diffusa e noduli metastatici omentali. Il paziente viene sottoposto ad intervento di resezione ileo-colica ed anastomosi termino-laterale tra ileo e trasverso.

L'esame istologico mostra la presenza di un adenocarcinoma ben differenziato mucoide che infiltra la parete a tutto spessore con perforazione della sierosa (Figg. 1, 2 e 3). Le restanti porzioni mostrano flogosi cronica e granulocitaria ulcerativa con ispessimenti fibrosi della sottomucosa. Sui bordi dell'ulcerazione sono presenti displasie ghiandolari.

Il paziente muore dopo 4 mesi per cachessia neoplastica.

Discussione

Il MC rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo di tumori dell'intestino tenue e del colon-retto. Il tipo istologico più frequente è l'adenocarcinoma.

Specifici fattori di rischio per comparsa di un adenocarcinoma del piccolo intestino nel MC sono la durata della malattia, la presenza di anse intestinali by-passate chirurgicamente, il sesso maschile e la presenza di fistole croniche (8, 12). Il segmento del piccolo intestino più colpito è l'ultima ansa ileale ma circa il 30% dei tumori si localizza nei segmenti by-passati del digiuno e dell'ileo. Greenstein et al. (6) hanno studiato 132 pazienti con segmenti by-passati del piccolo intestino trovando in 7 (5,3%) un adenocarcinoma.

Il riconoscimento di un adenocarcinoma insorto su MC è generalmente difficile sia agli esami strumentali preoperatori sia al momento dell'intervento chirurgico. Nella maggior parte dei casi i pazienti si presentano con un quadro di occlusione intestinale (1,12) e spesso la diagnosi di neoplasia viene posta solo dopo l'esame istologico definitivo del pezzo operatorio.

Bibliografia

1. Bachwich DR, Lichtenstein GR, Traber PG. Cancer in inflammatory bowel disease. *Med Clin North Am* 1994; 78(6):1399-412.
2. Chistodoulou D, Skoelitou AS, Katsanos KH, Katsios C, Agnantis N, Price A, Kappas A, Tsianos EV. Small bowel adenocarcinoma presenting as a first manifestation of Crohn's disease: report of a case, and a literature review. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002; 14(7):805-10.
3. Coit GC. Cancer of the small intestine. In: *Cancer. Principles and practise of oncology*, De Vita VT, Helma S, Rosemberg SA (eds), pp 915-916, 4th ed JB, Lippincott, Philadelphia, 1993.
4. Faintuch J, Levin B, Kirsner JB. Inflammatory bowel diseases and their relationship to malignancy. *Crit Rev Oncol Hematol* 1985; 2(4):323-53.
5. Greenstein AJ, Sachar DB, Smith H, Janowitz HD, Aufses Ah Jr. A comparison of cancer risk in Crohn's disease and ulcerative colitis. *Cancer* 1981; 15;48(12):2742-5.
6. Greenstein AJ, Sachar D, Pucillo A, KreeI I, Geller S, Janowitz HD, Aufses A Jr. Cancer in Crohn's disease after

Il riscontro di un adenocarcinoma dell'intestino tenue su MC impone una resezione intestinale a fini curativi. Tuttavia i risultati sono deludenti. Michelassi et al. (9) riportano una sopravvivenza media di soli 6 mesi.

In letteratura sono stati descritti solo due casi di adenocarcinoma perforato come prima manifestazione di MC (10,2). Probabilmente il paziente da noi operato era affetto da MC fin da giovane, ma la malattia è restata misconosciuta per l'aspecificità dei sintomi.

Conclusioni

Un adenocarcinoma del piccolo intestino insorto in un paziente affetto da MC è reperto non eccezionale, tuttavia la perforazione di un adenocarcinoma raramente rappresenta la prima manifestazione clinica evidente di MC.

La diagnosi strumentale pre-operatoria è difficile. I segni e i sintomi della neoplasia si confondono con il quadro clinico della malattia infiammatoria. La neoplasia viene evidenziata al momento dell'intervento chirurgico o spesso all'esame definitivo del pezzo operatorio. La diagnosi pertanto è tardiva e la prognosi necessariamente sfavorevole.

Non esistono attualmente protocolli mirati ad evidenziare il tumore in una fase precoce. Il reperto di displasia in un prelievo biotico di paziente con MC rende opportuno un approfondimento diagnostico per escludere la coesistenza di un adenocarcinoma.

diversionary surgery. A report of seven carcinomas occurring in excluded bowel. *Am J Surg* 1978; 135 (1):86-90.

7. Hawker PC, Gyde SN, Thompson H, Allan RN. Adenocarcinoma of the small intestine complicating Crohn's disease. *Gut* 1982; 23 (3):188-93.
8. Marchetti F, Fazio VW, Ozuner G. Adenocarcinoma arising from a strictureplasty site in Crohn's disease. Report of a case. *Dis Colon Rectum* 1996; 39 (11):1315-21.
9. Michelassi F, Testa G, Pomidor WJ, Lashner BA, Block GE. Adenocarcinoma complicating Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1993;36(7):654-61.
10. Mohan IV, Kurian KM, Howd A. Crohn's disease presenting as adenocarcinoma of the small bowel. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10 (5):431-2.
11. Munkholm P, Langholz E, Davidsen M, Binder V. Intestinal cancer risk and mortality in patients with Crohn's disease. *Gastroenterol* 1993; 105 (6):1716-23.
12. Strong SA. Crohn's disease. In: Nicholss RJ, Dozois R. *Surgery of the Colon & Rectum*, 1st edition. New York: Churchill Livingstone 1997; 617-644.