

Timing chirurgico nell'adenoma epatico sanguinante: case report

A. BIANCO, L. D'AMBRA, P. BONFANTE, C. BIANCHI, P. MAGISTRELLI, S. BERTI, E. FALCO

RIASSUNTO: Timing chirurgico nell'adenoma epatico sanguinante: case report.

A. BIANCO, L. D'AMBRA, P. BONFANTE, C. BIANCHI, P. MAGISTRELLI, S. BERTI, E. FALCO

La diagnosi di adenoma epatico, la cui eziopatogenesi è spesso un rapporto con l'assunzione prolungata di estroprogestinici (il 90% degli adenomi si osserva in donne che hanno preso la 'pillola' per più di 5 anni), impone sempre una indicazione chirurgica resettiva. La ragione è data dalle caratteristiche peculiari della neoplasia, che sono la degenerazione maligna (4%) e l'elevato rischio di sanguinamento (30-50%), intratumorale e/o intraaddominale, che aumenta in gravidanza e in puerperio. La regressione dopo sospensione della terapia ormonale, infatti, è poco frequente e non elimina il rischio di degenerazione e/o emorragia.

La resezione epatica dovrebbe essere condotta in combinazione con appropriate procedure di embolizzazione endovascolare selettiva, considerato che la chirurgia in emergenza potrebbe imporre un sacrificio epatico maggiore, esponendo il paziente a morbilità e mortalità più elevate. I tempi di attesa dall'embolizzazione all'intervento elettivo non sono standardizzati e sono pertanto indicati dall'esperienza personale e soprattutto da un attento e seriato follow-up del paziente.

Gli Autori riportano la propria esperienza nella strategia terapeutica e nel timing chirurgico di un caso di adenoma epatico sanguinante.

SUMMARY: Surgical timing in bleeding liver adenoma: case report.

A. BIANCO, L. D'AMBRA, P. BONFANTE, C. BIANCHI, P. MAGISTRELLI, S. BERTI, E. FALCO

The diagnosis of liver adenoma, whose etiopathogenesis most often involves a prolonged assumption of estrogen (90% of adenomas occurs in women after more 5 years of estrogen therapy), always imposes a surgical resection. The reason depend from neoplasia characteristics like the malignant evolution (4%) and the high risk of endoabdominal/intratumoral bleeding (30-50%), that increases during pregnancy or postpartum period. Regression of lesion after hormone therapy discontinuation is rare and doesn't remove the degeneration and/or haemorrhage risk.

Liver resection should be performed subject to appropriate selective endovascular embolization procedures, considered that an inapt emergency surgery may impose a greater liver cost, exposing the patient to major mortality and morbidity risk. The correct timing from embolization to elective surgery is not yet standardized in literature. Surgeon personal experience and mainly a careful patient follow-up suggest the indications to the surgery timing after embolization.

The authors related their own experience about the therapeutic strategy and surgical timing concerning a case of bleeding liver adenoma.

KEY WORDS: Adenoma epatico - Emorragia - Embolizzazione.
Liver adenoma - Haemorrhage - Embolization.

Introduzione

La diagnosi di adenoma epatico impone sempre una indicazione chirurgica resettiva in ragione delle caratteristiche peculiari della neoplasia che, pur benigna,

può avere una degenerazione maligna, può aumentare di volume ma, soprattutto può rompersi nel 30% dei casi, sino a diventare una emergenza emorragica (1). La resezione epatica dovrebbe essere condotta in combinazione con appropriate procedure di embolizzazione endovascolare selettiva, considerando che la chirurgia in emergenza potrebbe imporre un sacrificio epatico maggiore, esponendo il paziente ad un rischio di morbilità e mortalità più elevato (2-4).

Gli Autori riportano la propria esperienza nella strategia terapeutica e nel timing chirurgico di un caso di adenoma epatico sanguinante.

A.S.L. 5 "Spezzino"
Ospedale "S. Andrea", La Spezia
Seconda UO Chirurgia Generale
(Primario: Prof. E. Falco)

© Copyright 2007, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Caso clinico

Paziente di sesso femminile, di anni 38, giunge in Pronto Soccorso lamentando forte dolore addominale insorto improvvisamente. Anamnesi patologica remota negativa. La paziente assume terapia estroprogestinica da 9 anni, senza alcun periodo di interruzione. L'esame obiettivo evidenzia una reazione di difesa in ipocondrio destro.

L'ecografia addominale evidenzia "formazione epatica solida disomogenea, in parte iperecogena ed in parte ipoecogena, di 9 cm di diametro". La paziente è sottoposta a TC addominale con mezzo di contrasto (Fig. 1) che conferma la presenza di "voluminosa massa iperdensa che comprime il parenchima del IV-VI segmento, la vena porta e la vena cava inferiore con segni di sanguinamento recente". È ipotizzata la diagnosi di rottura di adenoma epatico e si decide, considerata la stabilità emodinamica della paziente e in accordo con il radiologo, di procedere a cateterismo superselettivo del IV e del V segmento epatici e ad embolizzazione selettiva del ramo per il V (Fig. 2). La paziente è quindi sottoposta ad uno strettissimo monitoraggio emodinamico: a distanza di 72 ore si ripetono la TC addominale e una nuova embolizzazione selettiva di un ramo per il VI segmento. L'evoluzione clinica è caratterizzata da una progressiva remissione della sintomatologia dolorosa addominale e da una stabilizzazione soddisfacente del quadro emocromocitometrico, che peraltro non ha mai richiesto trasfusione di sangue.

Il controllo TC eseguito a 15 giorni documenta la stabilizzazione del quadro parenchimale. La paziente è dimessa il giorno successivo in buone condizioni generali, dopo risoluzione di un sopravvenuto focolaio bronco-polmonare.

L'esame TC a 90 giorni dalla prima embolizzazione (Fig. 3) dimostra una netta diminuzione dell'area emorragica, ridotta a 6 cm; si completa lo studio con risonanza magnetica che conferma il dato TC. La paziente è infine sottoposta ad intervento di segmentectomia epatica IVb-V ed emisegmentectomia del VI. L'estensione iniziale dell'adenoma avrebbe reso necessario un intervento di epatectomia destra allargata al IV segmento. L'esame istologico referta "nodulo necrotico epatico circondato da tessuto fibroso con flogosi cronica aspecifica". Al controllo TC ad un anno dall'intervento chirurgico (Fig. 4) si documenta la regressione dell'area ipodensa, reliquato della segmentectomia.

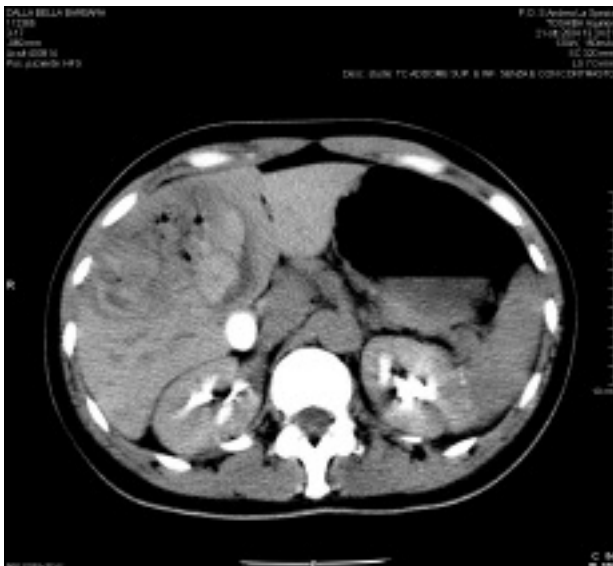


Fig. 1 - TC addominale all'ingresso.



Fig. 2 - Embolizzazione epatica selettiva.

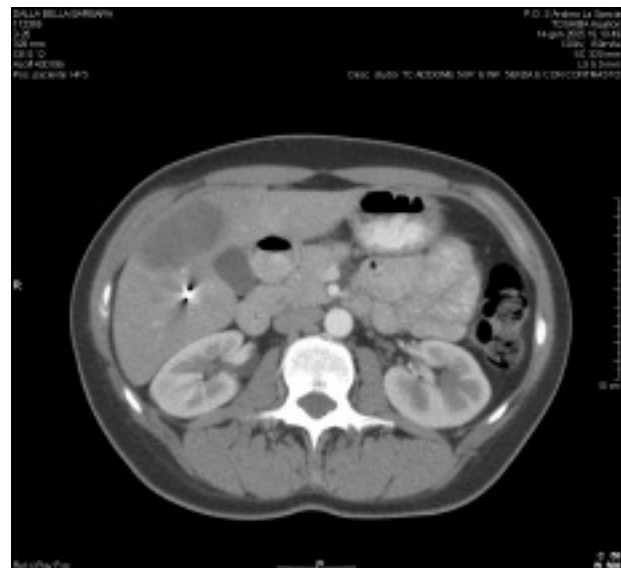


Fig. 3 - TC addominale a 90 giorni dall'embolizzazione.

Discussione

Gli adenomi epatici sono neoplasie benigne rare, più frequenti nelle donne (9:1) in età fertile; non vi è eziopatogenesi certa, anche se spesso insorgono in pazienti in assunzione prolungata di estroprogestinici (il 90% degli adenomi si osserva in donne che hanno preso la 'pillola' per più di 5 anni) (5). Esistono diverse teorie che correlano l'uso della 'pillola' allo sviluppo della neoplasia: alcuni sostengono che la 'pillola' ridurrebbe la capacità antiossidante del sangue, altri che saturerebbe i recettori steroidei (6). Altri fattori di rischio sono l'uso continuativo di steroidi anabolizzanti o androgenici e alcune malattie metaboliche, quali la



Fig. 4 - TC addominale a un anno dall'epatectomia.

glicogenosi di tipo I, la galattosemia e il diabete (5-7).

Sono lesioni generalmente uniche, interessano indifferentemente i due lobi, raramente sono più grandi di 10 cm (7-15) e nel 10-20% dei casi multiple (2 o 3 noduli); quando gli adenomi sono più di 10, si parla di adenomatosi epatica (1).

La scelta del trattamento terapeutico deve essere guidata dalle caratteristiche proprie degli adenomi, ovvero:

- asintomatici nel 70% dei pazienti e la scoperta è incidentale nel corso di accertamenti per altra patologia nel 20%; in altri casi la clinica è aspecifica (dolore, sensazione di peso, disturbi della digestione);
- rischio di sanguinamento (30-50%), intratumorale e/o intraaddominale, che aumenta in gravidanza e in puerperio;
- accrescimento volumetrico;
- degenerazione maligna (4%);
- la regressione dopo sospensione della terapia ormonale è poco frequente e non elimina il rischio di degenerazione e/o emorragia;
- non c'è relazione tra dimensioni, localizzazione,

numero e complicanze della formazione, anche se sembrerebbe che un diametro maggiore di 10 cm esponga ad un rischio maggiore di sanguinamento (1-8).

La diagnostica per immagini degli adenomi è affidata all'ecografia, alla TC e alla risonanza magnetica che hanno però una specificità bassa, così che la diagnosi definitiva è demandata all'anatomo-patologo (9-10).

La resezione epatica è considerata la soluzione terapeutica di scelta da condurre, preferibilmente, in regime d'elezione. È da segnalare comunque il rischio di recidiva, riportato da Marks e coll. anche dopo resezione epatica e astensione da ogni terapia contraccettiva (11).

La complicanza più temuta per il chirurgo è l'emorragia perché può imporre una resezione epatica maggiore, gravata da un tasso di mortalità più alto (5-8%) (2-4). Diventa pertanto necessario tentare strategie terapeutiche complementari, quali procedure di embolizzazioni radiologiche selettive anche ripetute, al fine di controllare il sanguinamento e risparmiare tessuto epatico alla resezione, altrimenti sacrificato dall'emergenza chirurgica, oltreché favorire la regressione del focolaio parenchimale (3-5, 8, 12). L'angiografia, inoltre, permette di studiare la vascolarizzazione epatica, rilevando varianti vascolari che possono essere causa di errata strategia chirurgica. I tempi di attesa tra embolizzazione e intervento elettivo non sono standardizzati (12-16 mesi) e pertanto sono indicati dall'esperienza personale ma, soprattutto, da un attento e serio follow-up del paziente (8, 12, 13).

Conclusioni

La diagnosi di adenoma epatico impone sempre una resezione epatica che deve essere programmata tenendo conto che la neoplasia, accrescendosi e rompendosi o degenerando, può imporre un sacrificio epatico maggiore. L'emorragia intratumorale è l'evento meno prevedibile ed è sempre opportuno tentare procedure di embolizzazione radiologica selettiva, così da controllarla, permettere la stabilizzazione del paziente e consentire una chirurgia d'elezione.

Bibliografia

1. Kim J, Ahmad SA, Lowy AM, Buell JF, Pennington LJ, Moulton JS, Matthews JB, Hanto DW. An algorithm for the accurate identification of benign liver lesion. *Am J Surg* 2004;187(2):274-9.
2. Leborgne J, Lehur PA, Horeau JM, Dupas B, Bourcheix LM, Potiot JM, Cloarec D, Classe JM. Therapeutic problems caused by rupture of large hepatic adenoma with central location. A propose of 3 cases. *Chirurgie* 1990;116(4-5):454-60.
3. Eckhauser FE, Knol JA, Raper SE, Thompson NW. Enucleation combined with hepatic vascular exclusion is a safe and effective alternative to hepatic resection for liver cell adenoma. *Am Surg* 1994;60(7):466-71.

4. Heeringa B, Sardi A. Bleeding hepatic adenoma: expectant treatment to limit the extent of liver resection. *Am Surg* 2001;67(10):927-9.
 5. Meissner K. Hemorrhage caused by ruptured liver cell adenoma following long-term oral contraceptives: a case report. *Hepatogastroenterology* 1998;45(19):224-5.
 6. Vali L, Szijarto A, Hahn O, Feher J, Kupcsulik P. The relationship between benign liver tumors and free radicals. *Orv Hetil*. 2004;145(40):2043-50.
 7. D Ruiz Lòpez, J Sanchez Salvador, C Fernandez Martin, E Antòn Diaz. Adenoma hepàtico en relacion con la toma de anticonceptivos orales. *Atención Primaria* 2005;35:109.
 8. Closset J, Veys I, Peny MO, Braude P, Van Gansbeke D, Lambilliotte JP, Gelin M. Retrospective analysis of 29 patients surgically treated for hepatocellular adenoma or focal nodular hyperplasia. *Hepatogastroenterology* 2000;47(35):1382-4.
 9. Bartolotta TV, Midiri M, Galia M, Carcione A, De Maria M, La Galla R. Benign hepatic tumours: MRI features before and after administration of supermagnetic contrast media. *Radiol Med* 2001;101:219-29.
 10. Gaa J, Lee MJ, Saini S. Case report: haemorrhagic hepatic adenoma - MR features. *Clin Radiol* 1994;49(10):719-20.
 11. Marks WH, Thompson N, Appleman H. Failure of hepatic adenomas (HCA) to regress after discontinuance of oral contraceptives. *Ann Surg* 1988;208:190-95.
 12. Cheng PN, Shin JS, Lin XZ. Hepatic adenoma: an observation from asymptomatic stage to rupture. *Hepatogastroenterology*. 1996;43(7):245-8.
 13. Kammula US, Buell JF, Labow DM, Rosen S, Millis JM, Posner MC. Surgical management of benign tumors of the liver. *Int J Gastrointest Cancer* 2001;30:141-6.
-