

ASPORTAZIONE DI NEURINOMA GIGANTE PRESACRALE PER VIA LAPAROTOMICA

Presentiamo il caso di una donna di 32 anni giunta alla nostra osservazione per sindrome lombosciatalgica Dx. esordita circa 4 anni prima.

Una ecografia addominale evidenziava una voluminosa neoformazione in fossa iliaca Dx. ; alla RMN veniva posta diagnosi di neurinoma presacrale inglobante la radice S2 dx (figura 1).



Figura 1 : RM addome con gadolinio in sagittale, la freccia rossa indica il voluminoso neurinoma. Ricoverata nel settembre 1999: all'EON si riscontrava modesta ipostenia a carico dell'arto inf. dx. con Lasegue positivo; achilleo e medioplantare dx. ipoelicitabili.

Si decideva quindi l'exeresi della lesione mediante approccio anteriore: 24 ore prima dell'intervento: angiografia spinale con embolizzazione dei principali rami afferenti alla lesione. Posizionata la paziente in decubito supino : incisione mediana ombelico-pubica ed apertura della cavità addominale. Isolati l'uretere ed i vasi iliaci di destra, previa mobilizzazione del blocco ileo-cecale, retratti la vescica e l'utero, si incideva il peritoneo presacrale , mettendo in luce una lesione del diametro di circa 6,5 x 4,5 x 4 cm, dall'aspetto macroscopico del neurinoma in stretto contatto con la vena epigastrica dx. Il tumore veniva rimosso " en bloc" dopo dissezione dal tessuto areolare lasso circostante , creando un piano di clivaggio, fra quest'ultimo, estremamente vascolarizzato e la capsula tumorale. L'apporto vascolare originava sia dall'a.epigastrica dx. che dalle arterie sacrali mediale e laterali. Un plesso venoso estremamente embriocato circondava la lesione, con scarico sia nella v.epigastrica dx. che nelle iliache. Il trattamento di embolizzazione, solo in parte aveva ridotto l'ostacolo dato dalla formidabile vascolarizzazione non solo del tumore, ma anche e soprattutto della regione anatomica che lo accoglieva.



Figura 2 : A pinza chirurgica indica il neurinoma; è anche visibile l'uretere di dx isolato e caricato sulla fettuccia gialla.

Figura 3 : Il neurinoma, una volta isolato dalle strutture circostanti, viene asportato "en-block"



Figura 4 e Figura 5: il tumore intero e sezionato

Il decorso postoperatorio è stato privo di eventi significativi ed il follow-up a tre mesi non hanno evidenziato deficit neurologici e/o sintomi rilevanti forniti dalla paziente. Una RMN a tre mesi non mostra segni di neoplasia.

DISCUSSIONE

La scelta dell'approccio chirurgico dipende dalla presenza, e soprattutto dall'entità, di un'eventuale erosione del sacro, dall'estensione intrapelvica della lesione, dal coinvolgimento o meno dell'articolazione sacroiliaca. Gli schwannomi che abbiano largamente eroso il sacro e/o che abbiano solo una modesta componente pre-sacrale possono essere trattati con il solo approccio posteriore trans-sacrale. Qualora sia

presente una vasta componente presacrale (o unica come nel nostro caso), è indicato un approccio anteriore per via laparotomica, che permette un miglior controllo dell'emostasi in una regione altamente vascolarizzata, una visione completa delle strutture intrapelviche che possono essere facilmente isolate senza rischio di danneggiamento, una più agevole identificazione della radice d'origine della lesione ed infine, non viene in alcun modo alterata la stabilità dell'articolazione sacroiliaca.

NEURINOMA D2 CON ESTRINSECAZIONE INTRATORACICA EXTRAPLEURICA

Il paziente è giunto alla nostra osservazione per lo studio di un'area radiopaca di circa quattro cm, evidenziata occasionalmente con esame Rx torace in sede apicale dx, a livello dell'egresso toracico. Il quadro clinico-diagnostico del paziente è stato completato con studio TC e Rm di livello con e senza mdc.

DIAGNOSI PREOPERATORIA

Tali indagini hanno evidenziato, in sede extrapleurica apicale destra, una tumefazione solida, grossomodo sferoidale, di densità inhomogena e contorni netti, nel cui contesto, all'esame TC, non si rilevavano deposizioni calcifiche né segni di escavazione. Inoltre al mezzo di contrasto si impregnava scarsamente. Lo studio RM del rachide dorsale ha evidenziato a tale livello, una lesione con caratteristiche morfostrutturali, di sede, sviluppo e di impregnazione, compatibili con neurinoma, a verosimile origine dalla radice di D2 a dx. La lesione, nel suo contesto, presentava diverse componenti necrotiche pseudocistiche. (Fig. 1,2,3)

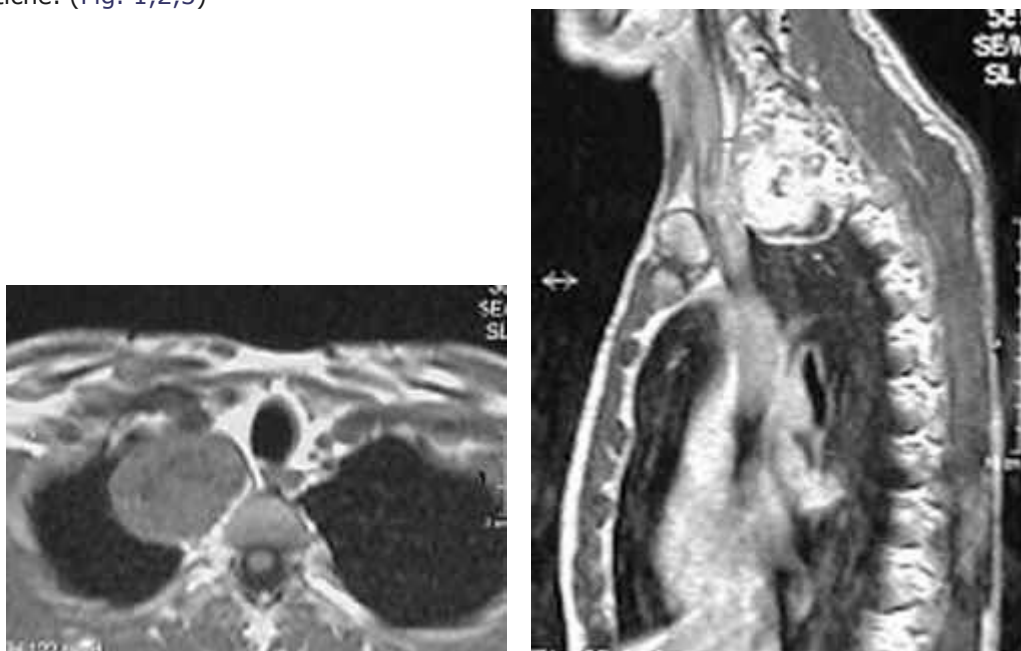


Figura 1 e Figura 2



Figura 3

La tumefazione era situata in stretta contiguità con la parete laterale dx della trachea e dell'esofago nonché con le strutture vascolari omolaterali contigue dell'imbocco toracico, che apparivano dislocate anteriormente, compresse e "affastellate" tra loro e non singolarmente identificabili. Il paziente da diversi anni accusava dolore sporadico insorto improvvisamente, localizzabile a livello del tratto prossimale del braccio di dx. All'esame neurologico si apprezzava un significativo deficit di forza, prevalentemente distale dello stesso arto, associato a disturbo di tipo ipoestesico sui territori da C5 a D2 omolaterali.

Obiettivamente il paziente presentava stimate malformative rappresentate da una chiazza angiomatosa e livello del emitorace sn e da un'ipotrofia armoniosa dell'arto superiore di dx, riferita fin dall'età infantile. Valutate le immagini diagnostiche in accordo con gli aspetti clinici del paziente, è stata posta indicazione all'intervento chirurgico.

L'intervento è stato eseguito in collaborazione con i chirurghi del torace. Mediante costectomia della terza costa di dx, si è proceduto all'apertura della parete pleurica e alla successiva, semplice, liberazione di questa dalla superficie della neoplasia che successivamente è stata rimossa mediante sezione del peduncolo in corrispondenza del foro di coniugazione.



Figura 4 : L'esame RM mostra la completa asportazione del neurinoma.

A distanza di sei mesi il paziente è stato sottoposto a controllo Rm che ha messo in evidenza la completa rimozione della lesione (Fig.4).

CONTROLLO POST-OPERATORIO

Il paziente non avverte più i sporadici dolori del braccio e riferisce un netto miglioramento del disturbo ipoestesico.
