

FOGLIO INFORMATIVO TUMORI NEUROENDOCRINI DEL PANCREAS

Gentile Signora/e,

questo foglio illustrativo è stato realizzato per dare ai pazienti una serie di informazioni utili per affrontare con maggiore serenità l'impegno che li aspetta.

Un paziente ben informato, un colloquio approfondito ed esauriente con i medici che lo seguiranno sono parte integrante dell'iter terapeutico.

Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti a sottoporle al medico di riferimento.

OGGETTO DELLA PROCEDURA

I tumori neuroendocrini del pancreas (INSULINOMA, GASTRINOMA, GLUCAGONOMA, VIPOMA, SOMATOSTATINOMA) sono neoplasie che originano da vari tipi di cellule appartenenti al sistema APUD (cellule di origine neuroendocrina), caratterizzate dalla produzione di ormoni diversi, ma tutti con struttura polipeptidica (proteica). Tali cellule, raggruppate nel pancreas a formare le isole di Langerhans, sono: cellule α (20%) deputate alla sintesi di glucagone; cellule β (75%) deputate alla sintesi dell'insulina; cellule δ che producono somatostatina e gastrina; cellule D (+ rare) responsabili della secrezione di altri polipeptidi ad azione ormonale. Come detto, originando dalle cellule appartenenti al sistema APUD, che sono localizzate lungo tutto il tratto gastrointestinale, tali neoplasie hanno spesso anche un'origine extrapancreatica, specialmente duodenale: quasi tutti gli insulinomi, i glucagonomi e i vipomi si presentano con localizzazione pancreatica, mentre la maggior parte dei gastrinomi si riscontrano nel duodeno e secondariamente nel pancreas. I somatostatinomi sono ugualmente rappresentati nel pancreas così come nel duodeno. Oltre alla localizzazione, i tumori endocrini del pancreas variano notevolmente anche riguardo all'insorgenza ed alla severità dei sintomi e al loro potenziale in termini di malignità. Ogni neoplasia derivante da una delle suddette linee cellulari può essere asintomatica o responsabile di una sintomatologia particolare (Sindrome) determinata dalla eccessiva secrezione di ormoni da parte del tumore. L'incidenza di malignità di questi tumori varia grandemente, dal 10% degli insulinomi fino a quasi

il 100% dei glucagonomi e dei somatostatini. Ancora, i tumori endocrini pancreatici possono presentarsi come entità a se stanti oppure all'interno della Sindrome MEN I (Sindrome multiendocrina caratterizzata da: iperplasia delle ghiandole paratiroidee, tumori adenoipofisari, neoplasie endocrine del pancreas).

Le indagini preoperatorie eseguite a volte non riescono a stabilirne l'esatta sede e la natura.

L'intervento chirurgico, a seconda della natura (benigna o maligna) del tumore, della sede (testa, corpo o coda del pancreas) e dell'estensione della lesione, potrà comportare l'asportazione del solo tumore (**ENUCLEORESEZIONE**), di porzioni limitate della ghiandola (**DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA, PANCREASECTOMIA CORPO-CAUDALE, PANCREASECTOMIA CAUDALE, ALTRA PANCREASECTOMIA**) o di tutto il pancreas (**PANCREASECTOMIA TOTALE**), spesso anche insieme ad organi contigui (colecisti, parte della via biliare, duodeno, porzione di stomaco, e della milza), con susseguenti diverse anastomosi per la ricostruzione della continuità intestinale, delle vie biliari e del deflusso del secreto pancreatico.

MODALITA', TEMPI DI ESECUZIONE, EVENTUALI SINTOMI INDOTTI

Questi interventi sono eseguiti sempre in anestesia generale per via **Laparoscopica/Robotica**, cioè mediante 4-5 piccole incisioni di circa 0.5-1,5 cm sulla parete addominale attraverso le quali si gonfia l'addome con un gas inerte (CO₂) e si fanno passare una telecamera ed gli strumenti chirurgici necessari per l'esecuzione dell'intervento e un'incisione addominale di circa 7-10 cm (in sede variabile) per l'estrazione del pezzo asportato o per via **Laparotomica**, ovvero con l'esecuzione di una incisione chirurgica classica di varia estensione in sede mediana o sottopostale bilaterale. L'approccio laparoscopico/robotico deve sempre contemplare la possibilità di convertire la procedura dalla tecnica laparoscopica a quella laparotomica in itinere per qualsiasi motivo precluda o renda rischioso portare a termine l'intervento. Entrambe le tecniche garantiscono la radicalità oncologica. I tempi delle procedure sono variabili ma solitamente durano diverse ore (3-10 h circa). Al risveglio terminate le procedure chirurgiche al paziente saranno già stati posti in sede il catetere vescicale, il sondino naso-gastrico e dei drenaggi addominali; questi presidi verranno rimossi giorni dopo l'intervento. L'alimentazione verrà ripresa gradualmente con il passare dei giorni in base alla ripresa dell'attività intestinale e dopo controllo radiografico della tenuta dell'anastomosi tra lo stomaco e l'intestino tenue. Il periodo postoperatorio sarà caratterizzato dalla presenza di una sintomatologia dolorosa che verrà controllata farmacologicamente.

EVENTUALI VARIAZIONI NEL CORSO DELLA PROCEDURA

Le eventuali variazioni, come detto sopra dipendono dalla natura, dalla sede e dall'estensione della patologia.

Talvolta, nonostante una accurata ricerca, anche con l'ausilio di indagini di localizzazione intraoperatoria, non si riesce a trovare il tumore, per cui il chirurgo può decidere di astenersi dal fare altro, rinviando ad un secondo tempo, dopo ulteriori indagini, la localizzazione della malattia ed affidando nel frattempo il controllo della sintomatologia alla terapia medica.

RISCHI E COMPLICANZE

È comprensibile che, come tutte le procedure chirurgiche, tali interventi portino con sé un rischio intrinseco, legato all'intervento stesso e/o alla presenza di varianti anatomiche intraaddominali non prevedibili preoperatoriamente e/o di patologie concomitanti. Si puntualizza, inoltre, che le complicanze esplicitate in questo foglio informativo, logicamente, rappresentano solamente una parte di tutte le problematiche che ogni singolo paziente potenzialmente può sviluppare come conseguenza della malattia da trattare, delle patologie concomitanti, della/e procedure chirurgiche e della sua situazione clinica al momento del ricovero.

Le possibili principali e più frequenti complicanze sono:

- **emorragie (digestive e/o intraddominali) ed ematomi postoperatori** che potrebbero rendere necessario un reintervento a scopo emostatico, e/o trasfusioni, con il relativo rischio infettivologico
- **fistola pancreatica e/o digestiva e/o biliare:** che potrà richiedere un prolungamento della prevista degenza, ritardi nella ripresa dell'alimentazione o un reintervento
- **accesso addominale** con necessità di drenaggio per cutaneo o chirurgico (reintervento);
- **protratta paralisi gastrica**, con necessità di ricorrere per 2-3 settimane alla nutrizione artificiale o mantenere più a lungo il sondino nasogastrico
- **recidiva e/o progressione tumorale e/o ripresentazione in un'altra porzione pancreatica** (variabile in base al tipo di neoplasia), a distanza variabile di tempo dall'intervento, indipendentemente dalla sua iniziale completa asportazione. Questo può verificarsi più frequentemente quando il tumore pancreatico fa parte di una Sindrome multiendocrina (MEN1)
- **diabete mellito** (variabile in base alla localizzazione della neoplasia), se in precedenza non fosse presente ovvero aggravamento dello stesso, se precedentemente presente
- **sdr da malassorbimento** (variabile in base alla localizzazione della neoplasia)
- **aderenze** che si possono formare in cavità addominale ed in casi estremi causare una occlusione intestinale precoce o tardiva che può richiedere un intervento chirurgico
- **infezione di ferita**
- **enfisema (presenza di gas) sottocutaneo** (in caso di tecnica laparoscopica)
- **insorgenza di trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari**

- **formazione di aree atelettasiche o di addensamento polmonare** con successivi fatti infettivi a carico dei polmoni ed eventuale versamento pleurico
- **laparoccele**: ernia dalle ferite chirurgiche dovuta a deiscenza della fascia muscolare.

INDICAZIONI E VANTAGGI

L'indicazione consiste nella possibilità di asportare una lesione potenzialmente maligna evitandone la progressione anche se al momento asintomatica o paucisintomatica. Qualora il tumore sia sintomatico permette il controllo della sindrome associata.

ALTERNATIVE POSSIBILI

Le terapie alternative consistono in terapie ormonali soppressive od altri presidi farmacologici medici disponibili con efficacia generalmente inferiore rispetto all' intervento chirurgico.

LE EVENTUALI VARIAZIONI NEL CORSO DELLA PROCEDURA

Presentandosi la necessità di salvare da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico, con la tecnica proposta, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

ATTIVITA' DELLA NOSTRA UNITA' OPERATIVA

La nostra Divisione di Chirurgia Generale esegue circa 6 interventi annui per patologia neoplastica pancreaticata con una degenza media di 19,16 giorni.

Note aggiuntive: _____

Cosa chiarire con il medico in vista dell'intervento chirurgico e/o del trattamento indicato:

- Informazioni relative alla mia malattia
- In cosa consiste il trattamento e/o intervento chirurgico
- Quali sono i rischi e le possibili complicanze e/o effetti collaterali
- Quali sono le possibili alternative terapeutiche

Camposampiero ___/___/_____

Ultima revisione Luglio 2019