Pianificazione dell'assistenza infermieristica al paziente sottoposto a duodenocefalopancreasectomia

A cura della Dr.ssa Annamaria Garofalo, *Infermiera presso A.O.R.N. San Giuseppe Moscati e docente del modulo SSD MED/47 - Infermieristica in Ostetricia e Ginecologia presso Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli"*

INDICE

INTRODUZIONE 1

TUMORE DEL PANCREAS 3

1.1 CENNI ANOTOMO-FISIOLOGICI 3

1.2 DEFINIZIONE DELLA PATOLOGIA 8

1.3 PRESENTAZIONE CLINICA 10

1.4 DIAGNOSI 11

1.5 STADIAZIONE E PROGNOSI 15

1.6 TRATTAMENTO INDICATO 17

1.6.1 CHIRURGIA 17

1.6.2 TERAPIA ADIUVANTE 18

1.6.3 TERAPIA NEOADIUVANTE 18

1.6.4 TERAPIA DELLA MALATTIA LOCALMENTE AVANZATA INOPERABILE E METASTATICA 19

1.6.5 CHEMIOTERAPIA NELLA MALATTIA METASTATICA 19

L'IMPORTANZA DEL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA 20

2.1 GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CHIRURGICO 20

2.1.1 NURSING PERIOPERATORIO 21

2.1.2 PIANO DI ASSISTENZA PERIOPERATORIO 22

2.1.3 ASSISTENZA INFERMIERISTICA INTRAOPERATORIA 28

2.1.4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA POSTOPERATORIA 28

2.2 VALUTAZIONE DEL POSSIBILE RISCHIO CHIRURGICO 30

2.3 OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN CHIRURGIA 32

2.4 RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE IN CHIRURGIA 32

CASE REPORT 34

3.1 PRESENTAZIONE CASO CLINICO 34

3.1.1 CONDIZIONI CLINICHE INIZIALI 34

3.2 DIAGNOSI 35

3.2 STADIAZIONE 38

3.3 TRATTAMENTO INDICATO 39

3.4 PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE PRE/POST-OPERATORIO 40

3.1.4 PERCORSO ASSISTENZIALE INIZIALE (pre-operatorio) 40

3.2.4 RICOVERO IN UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA INTENSIVA (post operatorio) 42

3.3.4 PERCORSO CLINICO-TERAPEUTICO POST-OPERATORIO 42

3.4.4. RICOVERO PER TERAPIA ADIUVANTE 45

3.5 RISULTATI OTTENUTI E FOLLOW UP 45

CONCLUSIONI 46

INTRODUZIONE

Le patologie tumorali a carico del pancreas rappresentano, attualmente, la quarta causa di morte. Negli ultimi trent'anni, la sua incidenza in Europa e negli Stati Uniti è significativamente aumentata: si colloca al decimo posto tra le neoplasie solide più frequenti. L'intervento ''principe'' della chirurgia pancreatica è la duodenocefalopancreasectomia (DPC) che prevede la rimozione di parte dello stomaco distale, il coledoco distale, il duodeno e la parte iniziale del digiuno, la testa e il processo uncinato del pancreas, con i linfonodi delle stazioni prossime.

Il presente lavoro si pone l'obiettivo di analizzare un case report di una donna di 57 anni affetta da adenocarcinoma con conseguente ittero ostruttivo. Nella stesura della suddetta analisi viene inizialmente esposto il quadro generale della patologia presa in esame con relativa diagnosi, stadiazione, prognosi e trattamento indicato. Si sposta poi l'attenzione sull'importanza del ruolo dell'infermiere nell'elaborazione del piano assistenziale al paziente sottoposto ad intervento chirurgico. Vengono trattate le varie fasi, quella preoperatoria, intraoperatoria e postoperatoria nelle quali la figura dell'infermiere risulta essere determinante. Si parla, infatti, di nursing perioperatorio con il quale si intende l'ampia gamma di funzioni attribuite all'infermiere che assiste il paziente sottoposto a intervento chirurgico. I quesiti che emergono dallo studio del case report si orientano ad un'attenta analisi di quello che è il percorso clinico-assistenziale della paziente che si ritrova ad affrontare problemi che interessano sia la sfera fisica che quella emotiva. Nella fase iniziale, viene analizzato il personale percorso pre-operatorio e le migliori strategie attuate.

Nella fase post-operatoria ci si sofferma sulla scelta delle corrette azioni utilizzate che sono state capaci di ripristinare un corretto recupero dello stato di coscienza e del contatto con il mondo esterno aumentando il senso di benessere vista la dura verità che ha devastato emotivamente la paziente al momento della diagnosi. È stato interessante confrontare la documentazione clinica della paziente con gli studi presenti in letteratura infatti lo scopo dello studio è individuare gli aspetti migliori che hanno permesso a quest'ultima di raggiungere risultati inaspettati rispetto a quelli previsti dalle percentuali statistiche. Le motivazioni che mi hanno spinto a sviluppare uno studio sul processo assistenziale in esame nascono da un interesse particolare per la patologia responsabile

del quadro clinico della paziente. Inoltre, le competenze richieste per favorire e promuovere il recupero di S. G., il processo educativo svolto con i familiari e il carico assistenziale presente nei vari momenti possono essere motivo di spinta per nuovi studi e stimolo per la crescita e la valorizzazione della professione e dei singoli operatori. Certamente le condizioni in cui versa attualmente la paziente erano inimmaginabili in un primo momento, e i progressi che è riuscita ad ottenere sono frutto, della sua forza di volontà, del coraggio e della grinta dei familiari, che non si sono mai arresi nemmeno quando la situazione sembrava precipitare e le prospettive di sopravvivenza erano minime. Il ricorso ai trattamenti medici più moderni, le strategie assistenziali innovative e l'impiego di moderni dispositivi è un ulteriore fonte di spinta e di sviluppo per la realtà sanitaria.

CAPITOLO 1 :

TUMORE DEL PANCREAS
1.1 CENNI ANOTOMO-FISIOLOGICI

Il pancreas è una voluminosa ghiandola annessa all'apparato digerente, impari e di tipo misto (esocrino-endocrino), avente forma allungata in senso trasversale ed appiattita in senso sagittale. È situato in posizione mediana, nello spazio retroperitoneale in corrispondenza della regione epigastrica, ed è adiacente alla maggior parte delle principali strutture dell'addome superiore.

Rispetto alla colonna vertebrale è collocato all'altezza delle prime due vertebre lombari. Il pancreas è ricoperto da un sottile strato di tessuto connettivo, ma non presenta una capsula tissutale fibrosa. Il connettivo intraghiandolare, in connessione con la guaina più esterna, suddivide il parenchima in porzioni visibili ad occhio nudo, i lobuli. Il parenchima pancreatico è caratterizzato da colorito giallastro e superficie lobulata: ha una lunghezza variabile tra i 12,5 e i 15 cm, un'altezza massima di 4 cm ed uno spessore di 1,5-2 cm. Il suo peso medio, nei soggetti giovani, è tra 70 e 110 g e tende a ridursi con l'avanzare dell'età. Dal punto di vista anatomico il pancreas, viene suddiviso in tre porzioni, che prendono il nome rispettivamente di testa, corpo e coda del pancreas.

- La testa, la parte più spessa e voluminosa dell'organo, è accolta all'interno della curva del duodeno, in cui il pancreas esocrino riversa i propri enzimi digestivi. Essa si prolunga inferiormente nel processo uncinato, che sulla faccia anteriore presenta un solco nel quale decorrono i vasi mesenterici

superiori. La testa del pancreas è rivestita anteriormente dal peritoneo ed è in rapporto con la parte pilorica dello stomaco e con la parte superiore del duodeno. La parte posteriore è rivestita dalla fascia retropancreatica, che la separa dal coledoco, dalla vena porta e dalla vena cava inferiore. La zona di passaggio tra testa e corpo prende il nome di istmo pancreatico.

- Il corpo, leggermente obliquo dal basso verso l'alto, è disposto frontalmente rispetto all'aorta e alla vena cava. In sezione si presenta di forma triangolareprismatica. Anteriormente contrae rapporti con il peritoneo della borsa

omentale e con la parete posteriore dello stomaco. La parte posteriore è rivestita dalla fascia retropancreatica ed è in rapporto con la vena mesenterica superiore, l'aorta, la ghiandola surrenale e il rene di sinistra.

- La coda, la porzione più esile dell'organo, si estende fino alla faccia gastrica della milza, in direzione antero-superiore rispetto alla testa. La parte posteriore è in rapporto con il rene sinistro, mentre l'apice del pancreas è collegato all'ilo della milza dal legamento pancreatico-lienale.

Il pancreas è irrorato dalle arterie pancreatico-duodenali superiori ed inferiori, che provengono dall'arteria celiaca e da vasi originatisi dall'arteria splenica. Le arterie pancreatico-duodenali superiori (anteriore e posteriore) nascono come rami dell'arteria gastroduodenale, ramo dell'arteria celiaca. Le arterie pancreatico-duodenali inferiori (anteriore e posteriore) provengono dall'arteria mesenterica superiore. L'arteria splenica, invece, dà origine a numerosi piccoli rami ed in genere a tre grandi vasi: la pancreatica dorsale, la pancreatica magna e la pancreatica caudale. Il drenaggio venoso refluisce completamente nel sistema venoso portale: è costituito dalle vene pancreatiche che drenano corpo e coda e sboccano nella vena splenica e dalle vene pancreatico duodenali che sboccano nella vena splenica o direttamente nella vena porta. La rete linfatica, particolarmente ricca, drena nei linfonodi pancreatico-lienali e celiaci.

L'innervazione efferente è sotto il controllo vagale, mentre le vie afferenti decorrono lungo i nervi splancnici.

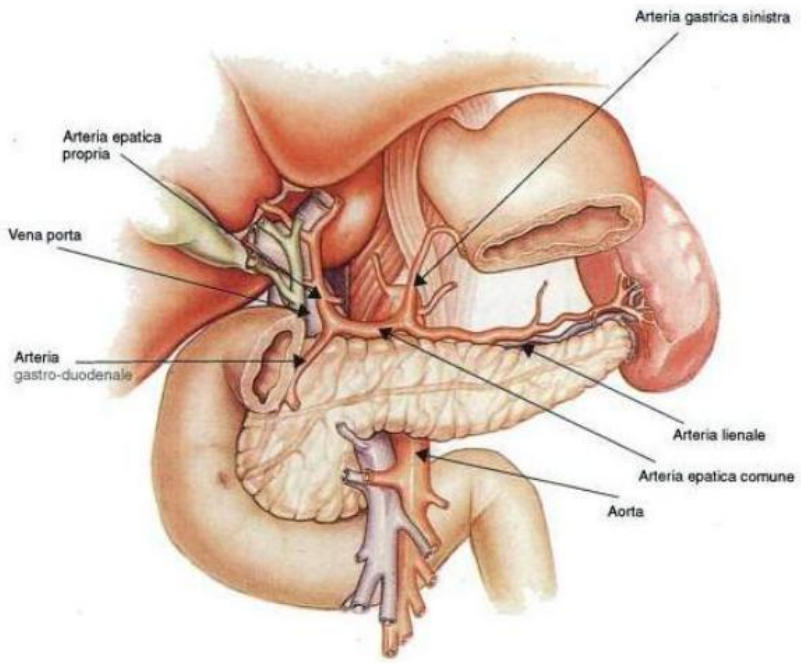

Figura 1.1: Rappresentazione schematica del pancreas in visione anteriore.

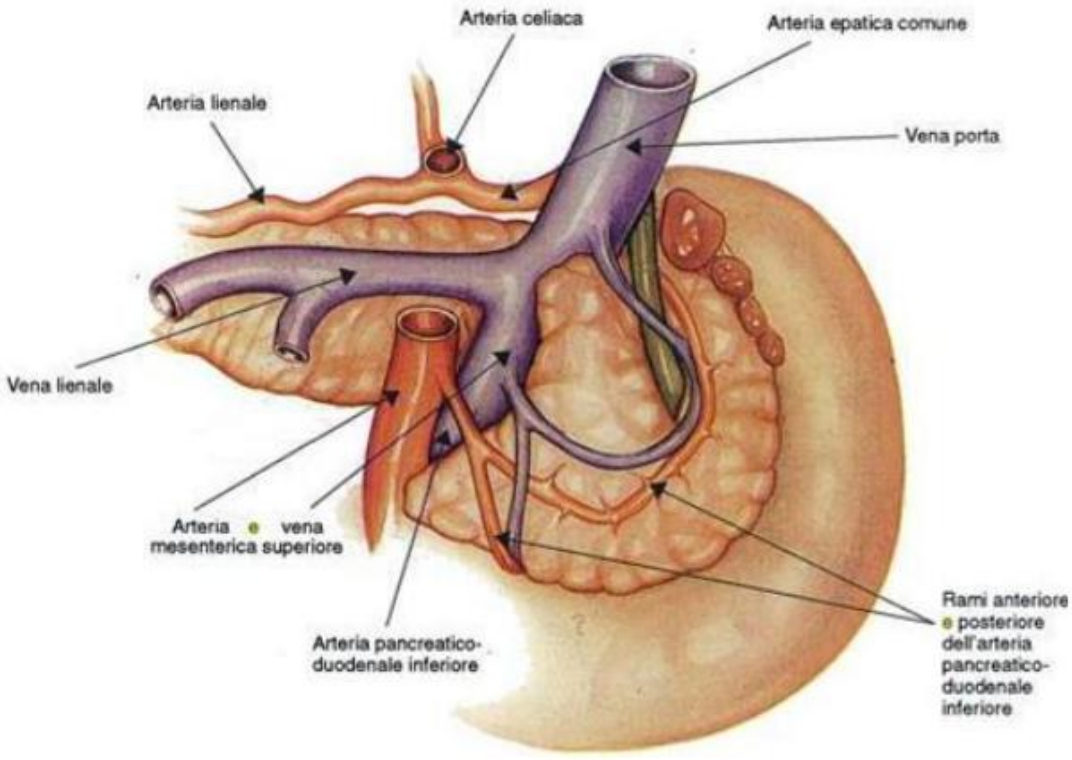

Figura 1.2: Rappresentazione schematica del pancreas in visione posteriore.

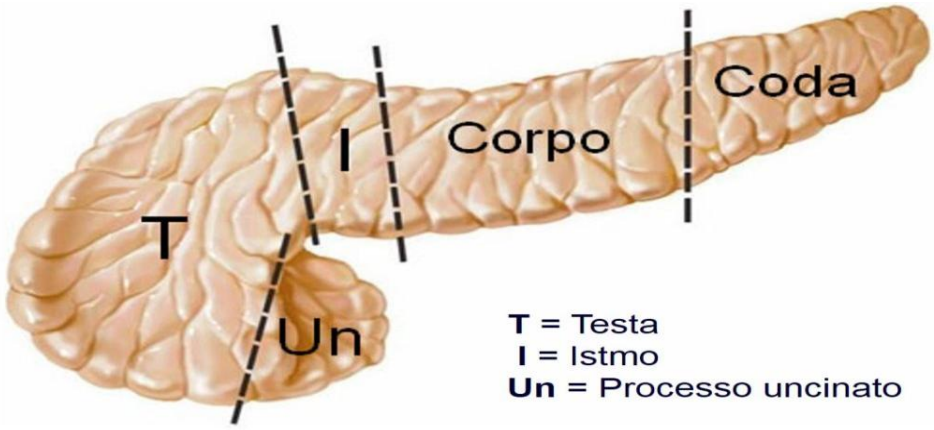

Figura 1.3: Porzioni anatomiche del pancreas.

Il pancreas è una ghiandola a duplice funzione, esocrina ed endocrina. La componente esocrina rappresenta l'80%, quella endocrina il 2%, mentre il
restante 18% è costituito da setti di tessuto connettivo contenenti vasi, nervi, linfatici e dotti secretori. Le subunità funzionali del pancreas esocrino sono gli acini: ciascuno è formato da uno strato singolo di cellule organizzate a formare uno spazio sferico, il lume dell'acino, in cui si raccoglie il secreto. Da qui il secreto confluisce nei dotti intralobulari, che si anastomizzano a formare i dotti interlobulari, che sboccano a loro volta nel dotto pancreatico principale (Wirsung). I succhi pancreatici prodotti dalla componente esocrina, sono riversati nel duodeno, attraverso due dotti escretori

- Dotto pancreatico principale, o dotto di Wirsung: inizia in corrispondenza della coda e percorre tutta la ghiandola, aumentando di calibro in prossimità del duodeno, dove raggiunge i 3 mm di diametro. Il dotto si unisce al coledoco, per poi sboccare a livello della II porzione del duodeno, in corrispondenza della papilla duodenale maggiore (o papilla di Vater), e vi riversa il suo contenuto attraverso lo sfintere di Oddi.
- Dotto pancreatico accessorio, o dotto di Santorini: origina dal dotto principale, rispetto al quale ha calibro molto inferiore, a livello dell'istmo. Attraversa la testa del pancreas per sfociare nel duodeno in corrispondenza della papilla duodenale minore, circa 2 cm sopra l'ampolla di Vater. Talvolta può presentare uno sbocco anche nel dotto principale. I dotti pancreatici principale ed accessorio, presentano una certa variabilità anatomica: una variante clinicamente importante è il

"pancreas divisum" in cui diverse porzioni del pancreas presentano un drenaggio del tutto separato.

I succhi pancreatici prodotti dalla componente esocrina possono essere suddivisi in costituenti inorganici ed organici. I principali componenti inorganici sono acqua, sodio, potassio, cloro e bicarbonato: derivano dall'attività escretoria delle cellule epiteliali dei dotti, il cui prodotto ha il compito di portare l'ambiente duodenale a un ph ottimale (ph = 6,8) per l'attività degli enzimi pancreatici che vi devono agire, e per neutralizzare l'acidità dei succhi gastrici. La velocità di produzione del succo pancreatico è di 0,2-0,3 ml/min a riposo, ma può raggiungere i 4 ml/min dopo stimolo con secretina, il principale mediatore dell'aumento della portata volumetrica. Il volume medio giornaliero prodotto è di 1,5 l. La componente organica dei succhi pancreatici è composta da vari tipi di enzimi digestivi, prodotti dalle cellule acinose, deputati alla digestione della maggior parte delle sostanze introdotte con l'alimentazione: tra essi, in particolare, lipasi, amilasi e proteasi, che demoliscono rispettivamente i grassi, i carboidrati e le proteine, a cui si aggiungono ribonucleasi e desossiribonucleasi, enzimi attivi sugli acidi nucleici. Per proteggere il pancreas dall'autodigestione, gli enzimi proteolitici sono prodotti in forma inattiva, per poi essere attivati nel lume intestinale da una peptidasi di natura glicoproteica. La componente endocrina è costituita da aggregati di cellule, le isole di Langherans, che sono in contatto con le cellule degli acini, che le circondano, e con i capillari pancreatici, in cui riversano il loro secreto. Queste cellule rappresentano circa l'1-2% del pancreas e sono collocate principalmente a livello del corpo-coda. Sono costituite da diversi tipi cellulari, di cui i due principali, producono ormoni regolatori del livello di glucosio nel sangue

- Le cellule α (20%) producono glucagone
- Le cellule β (75%) producono insulina.
- Le cellule δ, più rare, producono somatostatina, che inibisce la produzione sia di insulina che di glucagone.
- Le cellule PP, presenti anch'esse in minore quantità, producono polipeptide pancreatico.

- Le cellule ε, le meno rappresentate (meno dell'1% delle cellule insulari), producono ghrelina, una sostanza prodotta anche dalla mucosa gastrica ed il cui ruolo non è ancora ben conosciuto.

1.2 DEFINIZIONE DELLA PATOLOGIA

Le patologie tumorali a carico del pancreas rappresentano, attualmente, la quarta causa di morte per cancro negli Stati Uniti, dove nel 2010 si sono registrati 43.140 nuovi casi in ambo i sessi, e 36.800 decessi per patologie tumorali pancreatiche. Il carcinoma del pancreas esocrino rappresenta circa il 90% di tutte le neoplasie pancreatiche. Negli ultimi trent'anni, la sua incidenza in Europa e negli Stati Uniti è significativamente aumentata: si colloca al decimo posto tra le neoplasie solide più frequenti. Nella popolazione maschile rappresenta la quarta causa di morte per neoplasia (dopo il polmone, il colon-retto e la prostata) mentre tra le donne si colloca al quinto posto (dopo la mammella, il colon-retto, l'utero-annessi, e il polmone). Nonostante il miglioramento delle tecniche chirurgiche, delle cure perioperative e delle terapie coadiuvanti, la prognosi del paziente affetto da carcinoma del pancreas resta comunque infausta nella maggior parte dei casi, a causa di diagnosi spesso tardive. La sopravvivenza ad un anno è passata dal 15,2% nella decade 1977-81 al 21,6% nel periodo 1997-2001.

Il carcinoma pancreatico presenta una certa variabilità in termini di età, sesso e razza. L’80% dei casi si registra nella popolazione con età compresa tra i 60 e gli 80 anni. Anche il trend italiano è piuttosto in linea con queste statistiche: le decadi di età maggiormente colpite sono quelle tra i 50 e i 70 anni, come mostrato di seguito.

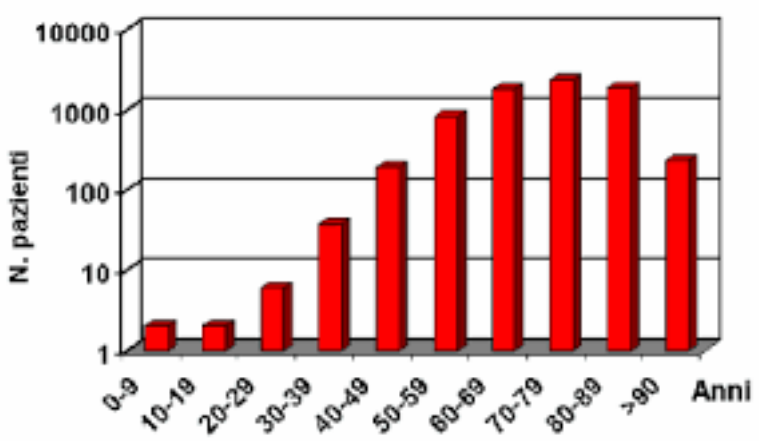

Figura 1.4: Distribuzione per decadi di età del cancro del pancreas in 7204 pazienti italiani.

La popolazione maschile è colpita, in media, il 30% in più rispetto a quella femminile e l'incidenza del carcinoma del pancreas risulta circa il 50% più alta nella popolazione nera americana rispetto a quella bianca e ad altre razze. Oltre ai fattori demografici, studi epidemiologici hanno individuato anche alcuni fattori ambientali e stili di vita come fattori di rischio di carcinoma pancreatico. Tra essi, il principale risulta l'abitudine al fumo: recenti studi che hanno osservato come il 25-29% dei tumori pancreatici si associ all'abitudine al fumo, hanno rafforzato l'ipotesi dell'azione di carcinogenesi svolta dalle amine aromatiche ed eterocicliche contenute nel fumo di sigaretta. Anche la dieta è ritenuta un altro fattore di rischio per lo sviluppo di neoplasie pancreatiche: in particolare il consumo di carni rosse e di grassi (colesterolo) sembra aumentarne il rischio.

Oltre il 95% delle neoplasie pancreatiche deriva dagli elementi esocrini della ghiandola (cellule acinose e duttali) e presentano aspetti compatibili con l'adenocarcinoma. Sono pertanto strutture ghiandolari a vario grado di differenziazione. L'adenocarcinoma duttale costituisce l'85-90% dei tumori maligni pancreatici, che origina nei dotti che trasportano gli enzimi digestivi; più rari sono quelli che originano dalle cellule che producono gli ormoni, chiamati tumori endocrini, e i tumori di tipo cistico.

L'adenocarcinoma è un tumore che cresce e si diffonde rapidamente, di difficile diagnosi a uno stato iniziale. Le sue cause sono ancora sconosciute: si forma in seguito all'accumulo di cellule pancreatiche che hanno subito un'alterazione genetica che le porta a moltiplicarsi in maniera incontrollata, senza mai morire.

1.3 PRESENTAZIONE CLINICA

L'adenocarcinoma duttale del pancreas è tipicamente diagnosticato ad uno stadio avanzato e ciò contribuisce significativamente al suo elevato tasso di mortalità. Il ritardo nella diagnosi è dovuto sia all'assenza di metodi efficaci di screening sia all'assenza di sintomi specifici. La presentazione clinica è in genere rappresentata dal dolore addominale localizzato in regione epi-mesogastrica che si irradia anche ai quadranti inferiori e in regione dorsale specialmente nei casi di coinvolgimento del corpo o della coda pancreatica. Tipicamente il dolore aumenta in posizione supina o dopo l'ingestione di cibo. Al momento della diagnosi, il dolore è riscontrabile in circa il 30-60% dei pazienti, ma colpirà oltre il 90% di questi in fase avanzata. Altri sintomi comprendono astenia, dispepsia, calo ponderale (90-100% dei casi) e anoressia: un calo ponderale superiore al 10% del peso corporeo può, in molti casi, rappresentare il primo segno evidente della neoplasia. Durante l'evoluzione della malattia compaiono nausea e vomito, dovuti a cause meccaniche come l'infiltrazione del duodeno o dei plessi nervosi. Un segno caratteristico del tumore alla testa del pancreas è dato dall'ittero, ovvero una colorazione gialla delle sclere, della cute e delle mucose visibili, dovuta a compressione od ostruzione del tratto intrapancreatico del coledoco, spesso non collegato a dolore. In questi casi la colecisti, distesa dall'accumulo di bile, il cui deflusso è ostacolato dalla massa neoplastica, può diventare palpabile (segno di Courvoisier e Terrier). Nell'80% dei pazienti itterici si riscontra epatomegalia, che può essere causata anche da metastasi epatiche della neoplasia: in questo caso il fegato risulta aumentato di consistenza. L'insorgenza o il rapido peggioramento di diabete mellito in soggetti adulti, in assenza di fattori di rischio personali (come l'obesità) o familiari, deve essere considerato un possibile segno della neoplasia. Nel 7-13% dei casi, infatti, il diabete rappresenta l'esordio della malattia, precedendo la diagnosi di molti mesi. Tra le sindromi paraneoplastiche, ovvero manifestazioni cliniche correlate all'insorgenza del carcinoma pancreatico, ricordiamo il segno di Trousseau, raramente osservabile, caratterizzato da tromboflebiti migranti ricorrenti e che può rappresentare il segno di presentazione della malattia, specialmente se localizzata nel corpo-coda.

La sintomatologia è variabile in relazione alla sede della neoplasia, essendo più precoce per i tumori della testa-processo uncinato del pancreas e più tardiva per quelli

del corpo-coda, per assenza di rapporti anatomo-funzionali significativi. Solo in fase avanzata della malattia può comparire una massa palpabile in sede epigastrica o sottocostale, che si osserva in un numero modesto di casi.

Figura 1.5: Percentuali di manifestazione clinica di segni e sintomi legati ad insorgenza di carcinoma pancreatico, suddivisi per localizzazione.

Per quanto riguarda le neoplasie endocrine, le manifestazioni si differenziano sulla base del tipo di tumore. Le neoplasie secernenti danno luogo a manifestazioni cliniche specifiche, legate al particolare ormone secreto dalle cellule neoplastiche, e per questo possono essere identificate in una fase precoce rispetto alle neoplasie del pancreas esocrino. Le neoplasie non secernenti, proprio per la loro natura, possono restare silenti più a lungo ed i sintomi si manifestano solo al coinvolgimento di strutture adiacenti: nel caso di lesioni maligne, possono essere già presenti metastasi al momento della diagnosi.

1.4 DIAGNOSI

Quando c'è il sospetto di un tumore del pancreas si possono fare diversi esami per verificare se il dubbio è fondato. Le metodiche di indagine attualmente disponibili per la diagnosi del carcinoma del pancreas prevedono: l'**ecografia addominale** che rappresenta la metodica di prima scelta per l'indagine di lesioni pancreatiche: è la più sicura, meno invasiva, largamente disponibile e meno costosa tra le tecniche di imaging. L'ecografia è il primo esame da eseguire in pazienti con ittero ostruttivo, poiché molto sensibile ed efficace nell'identificazione di calcoli biliari nel coledoco: ciò facilita la diagnosi differenziale tra processo ostruttivo di origine tumorale e non tumorale. Si tratta di un'indagine fortemente operatore dipendente, pertanto l'esperienza del radiologo influenza largamente la sensibilità dell'esame, che varia tra 48% e 89%, risultando particolarmente ridotta quando la lesione presenta diametro minore di 2 cm ed in relazione alla sede. La maggiore sensibilità si ottiene per l'identificazione di masse situate a livello della testa e per il riconoscimento di localizzazioni secondarie epatiche. Minore sensibilità si ottiene per lesioni localizzate a livello del corpo-coda e per la valutazione della diffusione vascolare e peritoneale.

Nella valutazione di interessamento linfonodale peripancreatico della neoplasia, l'ecografia presenta sensibilità prevalentemente bassa e variabile. L'ecografia può essere utilizzata come guida per eventuale agoaspirazione percutanea (la tecnica più usata per la dimostrazione di metastasi epatiche). Le complicanze della metodica, tra cui il rischio di disseminazione delle cellule neoplastiche lungo il decorso dell'ago, ne hanno ridotto le indicazioni con assoluta esclusione per quei pazienti considerati resecabili. Può essere utile, invece, per pazienti con tumori giudicati non resecabili alla CT o in stadio avanzato, o anche nell'ipotesi di una chemioterapia. Questa metodica è, in ogni caso, limitata da fattori costituzionali del paziente, quali pannicolo adiposo, meteorismo, cicatrici chirurgiche, finestra acustica epatica, e dalla localizzazione profonda nell'addome dell'organo.

Il coinvolgimento vascolare può essere indagato tramite esame **ecocolor- Doppler**: è possibile valutare l'invasione vascolare arteriosa (arteria mesenterica superiore, tripode celiaco, arteria epatica) e venoso (vena mesenterica superiore, vena porta, vena cava inferiore), ed è, pertanto, essenziale per la valutazione di resecabilità chirurgica. Come le altre tecniche ecografiche, è anch'essa operatore dipendente e può, al più, indicare la presenza di stenosi emodinamicamente significative.

Figura 1.6: A sinistra: immagine ecografica di carcinoma pancreatico (Tu) aderente alla vena mesenterica superiore (Sv). A destra: immagine ecocolor-Doppler con "contatto" tra piccolo tumore dell'istmo pancreatico e la vena porta.

Nonostante l'alta sensibilità appena citate l'indagine diagnostica più accurata per la stadiazione e la diagnosi è rappresentata dalla **TAC**. La fase contrastrogrfica precoce (dinamica) o arteriosa consente generalmente di identificare il tumore poiché in tale fase si realizza la massima differenza di contrasto tra il parenchima sano iperdenso ed il tessuto neoplastico ipodenso. In tale fase, inoltre, si ottiene la migliore valutazione dei rapporti del tumore con i vasi arteriosi, dato indispensabile per un corretto giudizio di resecabilità. La **RMN** ha anch'essa un'alta sensibilità, specificità ed accuratezza nell'esprimere un giudizio di resecabilità in virtù dell'elevata risoluzione di contrasto tra la ghiandola ed il tessuto adiposo circostante. Essa, inoltre, può essere di ausilio alla TAC nell'individuare la presenza di malattia extraepatica nei pazienti ad alto

rischio. La **PET** non è una metodica routinaria in considerazione dell'alto numero di falsi positivi e negativi che si riscontrano e non può essere impiegata per esprimere un corretto giudizio di resecabilità. Trova invece indicazione quando vi sia il sospetto di ripresa di malattia, con TAC e RM negativi e nella conferma di una remissione completa clinico-radiologica. La **colangiopancreatografiaretrograda endoscopica** (ERCP) ha un ruolo fondamentalmente limitato alla palliazione dell'ittero ostruttivo infatti in caso di ostruzione del coledoco con conseguente dilatazione delle vie biliari principali, consente di inserire endoprotesi o stent biliari atti a normalizzare il transito della bile con conseguente riduzione della iperbilirubinemia. Inoltre, durante tali manovre è possibile eseguire prelievi bioptici o citologici di lesioni pancreatiche. La **laparoscopia** ha un ruolo stadiativo più che diagnostico e può talora essere utile nei paziente candidati alla resezione radicale ma con un valore CA 19-9 (GICA) molto elevato. Sono stati proposti numerosi markers per il cancro pancreatico ma il più utilizzato e standardizzato è il CA 19-9, un monosialoganglioside derivato dall'antigene Lewis dei gruppi sanguigni, che risulta positivo nell'80% dei casi di malattia avanzata. Il CA 19-9, sintetizzato dalle cellule duttali pancreatiche e biliari e dagli epiteli gastrico, colico, endometriale e salivare, è normalmente presente nel sangue in quantità minime (maggiormente utilizzato un cut-off di normalità <37 U/ml). In corso di patologia neoplastica si assiste ad un aumento dei suoi livelli sierici a causa di alterazioni di alcuni processi che regolano la produzione ed il passaggio in circolo delle mucine. I dati circa il valore predittivo del marcatore in pazienti con malattia avanzata sono discordanti, mentre sembra avere valore come marcatore prognostico, poiché bassi livelli ematici del CA 19-9 nel post-operatorio o un decremento dello stesso influenzano positivamente la sopravvivenza. Resta di grande ausilio, se elevato alla diagnosi, per il monitoraggio dei trattamenti e il follow up. La caratterizzazione cito-istologica rappresenta una tappa fondamentale per la diagnosi di carcinoma pancreatico e può essere effettuata sotto guida ecografica, endoscopica o TAC con ago sottile. In alcuni pazienti con sospetto di adenocarcinoma pancreatico resecabile, è ragionevole procedere direttamente con l'intervento chirurgico senza eseguire campionamenti tessutali. Tuttavia in caso di diagnosi incerta o è prevista una terapia neoadiuvante, allora l'EUS-FNA deve essere eseguita. Nella diagnosi di

adenocarcinoma pancreatico, la sensibiltà dell'EUS-FNA è dell'85-90%, con una specificità del 100%.

1.5 STADIAZIONE E PROGNOSI

La TAC rappresenta il momento diagnostico più importante sia per definire le caratteristiche del tumore primitvo, sia per identificare metastasi linfonodali o a distanza. Le caratteristiche del tumore primitivo (T) sono definite dalla grandezza della neoplasia, dall'interessamento dell'asse celiaco e/o dell'arteria mesenterica; il coinvolgimento linfonodale (N) è in rapporto all'impegno neoplastico dei linfonodi loco-regionali; l'interessamento a distanza (M) è in rapporto alla presenza di metastasi peritoneali, epatiche polmonari o alri organi a distanza. Definiti i parametri TNM, si individuano quattro stadi in ordine crescente di gravità, in alcuni casi suddivisi in sotto-stadi.

Definizioni	
Tumore primitivo (T)	
TX	Tumore primitivo non definibile
T0	Tumore primitivo non evidenziabile
Tis	Carcinoma *in situ*
T1	Tumore limitato al pancreas, di dimensione massima <= 2 cm
T2	Tumore limitato al pancreas, di dimensione massima > 2 cm
T3	Tumore che si estende oltre il pancreas ma senza interessamento del tronco celiaco o dell'arteria mesenterica superiore
T4	Tumore che infiltra il tronco celiaco o l'arteria mesenterica superiore (neoplasia primitiva inoperabile)
Linfonodi Regionali (N)	
NX	I linfonodi regionali non sono valutabili
N0	Linfonodi regionali esenti da metastasi
N1	Metastasi nei linfonodi regionali
Metastasi a distanza (M)	
MX	Metastasi a distanza non accertabili
M0	Metastasi a distanza assenti
M1	Metastasi a distanza presenti

Figura 1.7: Classificazione TNM del tumore pancreatico.

Raggruppamento in stadi			
0	Tis	N0	M0
IA	T1	N0	M0
IB	T2	N0	M0
IIA	T3	N0	M0
IIB	T1 T2 T3	N1 N1 N1	M0 M0 M0
III	T4	Qualsiasi N	M0
IV	Qualsiasi T	Qualsiasi N	M1

Figura 1.8: Raggruppamento in stadi del carcinoma pancreatico.

A fianco della classificazione TNM, esiste una nomenclatura che viene utilizzata nella pratica clinica, per orientare il medico sulla scelta del trattamento e sulla prognosi. Si identificano i seguenti tre gruppi:

- Tumori locali o potenzialmente resecabili; comprendono lo stadio 1 e 2; non si osserva coinvolgimento extraepatico del tumore, rappresentano circa il 20% delle diagnosi e sono tumori candidabili a resezione chirurgica.
- Tumori localmente avanzati o non resecabili; comprendono i tumori di stadio 3 e sono circa il 30% dei casi alla diagnosi. Si osserva invasione arteriosa (asse celiaco o dell'arteria mesenterica superiore) o occlusione venosa (mesenterica superiore/vena porta)
- Tumori metastatici; comprendono i tumori di stadio 4 e coprono il 50% delle diagnosi. Si tratta di un tumore con diffusione metastatica (tipicamente al fegato, peritoneale o polmoni).

La prognosi dei pazienti con carcinoma pancreatico è severa e varia in maniera strettamente correlata allo stadio di malattia al momento della diagnosi: si passa da una sopravvivenza mediana di 15 mesi nei pazienti con malattia localizzata e resecabile, ai 9 mesi dei pazienti con malattia localmente avanzata per arrivare ai sei mesi in caso di metastasi a distanza.

1.6 TRATTAMENTO INDICATO

1.6.1 CHIRURGIA

La resezione chirurgica rappresenta l'unico trattamento potenzialmente curativo per i tumori pancreatici, ma alla diagnosi <20% dei pazienti è candidato all'intervento chirurgico e solo il 20% dei pazienti operati sopravvive a 5 anni. L'obiettivo principale è la radicalità chirurgica definita dalla presenza di margini di resezione negativi. Pertanto bisogna considerare un paziente candidato alla chirurgia solo quando ha un'alta probabilità di resezione R0. Controindicazioni anatomiche alla resezione sono

la presenza di metastasi a distanza, l'infiltrazione dei visceri extrapancreatici ad eccezione di duodeno e via biliare principale, infiltrazione >180 o occlusione dell'asse venoso spleno-porto-mesenterico, presenza di trombosi portale; infiltrazione >180 del tripode celiaco e dell'arteria mesenterica superiore; infiltrazione dell'arteria epatica, vena cava inferiore e aorta. Circa il 20% dei pazienti con carcinoma pancreatico resecabile e sottoposti a pancreasectomia, però, recidiva precocemente entro 1 anno dall'intervento chirurgico. Pertantp, negli ultimi anni, si è affermato il concetto della resecabilità biologica secondo la quale valori di CA 19-9 >200 U/ml, la presenza di un tumore scarsamente differenziato e la resezione R2 sono fattori indipendenti associati a mortalità precoce dopo resezione chirurgica. In particolare la presenza di un CA 19-9 >200 U/ml, un tumore G3 e la presenza di sintomi di durata > 40 giorni, conferiscono un rischio di morte del 60% per le resezioni R0 , del 75% per le resezioni R1 e del 90% per le resezioni R2. Entro 1 anno dall'intervento chirurgico. Pertanto i pazienti che presentano una neoplasia del pancreas resecabile agli esami diagnostici preoperatori ma con fattori biologici prognostici sfavorevoli, dovrebbero essere avviati ad un trattamento neoadiuvante. Per i tumori radicalmente operabili localizzati alla testa/istmo del pancreas, l'intervento standard è la **duodenocefalopancreasectomia** secondo la procedura di **Whipple**, ovvero con preservazione del piloro; essa consiste nell'asportazione della testa del pancreas, del duodeno, via biliare principale, colecisti e prima ansa digiunale. L'intervento di scelta per i tumori corpo-coda, invece, è la **splenopancreasectomia distale** che consiste nell'asportazione della porzione distale del pancreas, della milza e dell'arteria splenica fino all'origine del tripode celiaco. La **pancreasectomia radicale** è un intervento molto complesso e demolitivo, associato ad elevati tassi morbilità e mortalità. Prevede l'asportazione della parte destra e sinistra del pancreas, la splenectomia e la dissezione del duodeno. Trova indicazione nelle neolpasie multifocolai oppure in caso di margini di resezione positivi all'esame istologico estemporaneo. La linfoadenectomia estesa oggi non è raccomandata.

Nella malattia metastatica la chirurgia, come ogni altro approccio, ha un significato esclusivamente palliativo, attraverso interventi di bypass biliare come la gastrodigiunostomia, efficaci nel risolvere l'ittero, l'ostruzione duodenale ed il dolore. L'ittero può inoltre essere controllato con l'impianto di stent nelle vie biliari inseriti

per via percutanea o endoscopica, con una notevole riduzione dei tempi di ospedalizzazione.

1.6.2 TERAPIA ADIUVANTE

La sopravvivenza media dei pazienti affetti da neolpasia pancreatica dopo intervento chirurgico radicale è attestata intorno ai 20 mesi, pertanto si è sentita sempre più, negli ultimi anni, l'esigenza di esplorare il significato di terapie post-chirurgiche in grado di migliorare tassi di sopravvivenza così limitati. Il ruolo della chemioterapia e della radioterapia adiuvante è stato valutato in almeno 3 ampi studi di fase III, dalla cui analisi emergono alcuni principi fondamentali: la chemioterapia con gemcitabina è superiore in termini di sopravvivenza rispetto alla sola osservazione, il 5-fluorouracile e la gemcitabina, sono ugualmente efficaci nell'aumentare la sopravvivenza globale; il trattamento deve esser somministrato per sei mesi.

1.6.3 TERAPIA NEOADIUVANTE

Il ruolo della chemioterapia e della radioterapia con finalità preoperatoria è ancora oggi oggetto di ricerca clinica mancando studi randomizzati. Per i pazienti con tumore potenzialmente resecabile un trattamento preoperatorio di chemio-radioterapia può aumentare i tassi di resezione completa (R0). Pertanto, pazienti con malattia potenzialmente resecabile, quando possibile dovrebbero essere inseriti in trial clinici; diversamente la migliore strategia terapeutica sembra essere un periodo di chemioterapia seguito da chemio-radioterapia, se alla rivalutazione la malattia è stabile o in risposta, e quindi chirurgia.

1.6.4 TERAPIA DELLA MALATTIA LOCALMENTE AVANZATA INOPERABILE E METASTATICA

Il carcinoma pancreatico localmente avanzato inoperabile è caratterizzato dalla presenza di infiltrazione locale dei vasi mesenterici, degli organi adiacenti al pancreas e dalla presenza di metastasi linfonodali, in assenza di metastasi macroscopicamente evidenti. Tuttavia circa il 70% dei pazienti con malattia localmente avanzata è

destinato a sviluppare malattia metastatica e, pertanto, anche in questi stadi, è necessario un approccio sistemico alla malattia. Nei tumori localmente avanzati non suscettibili di intervento chirurgico i risultati dell'utilizzo della radioterapia in concomitanza alla chemioterapia sono controversi. È ragionevole suggerire questo approccio come terapia di consolidamento dopo chemioterapia sistemica nei pazienti che non abbiano avuto progressione di malattia, soprattutto in caso di dolore non controllato, sintomi ostruttivi e non definita esclusione di resezione chirurgica.

1.6.5 CHEMIOTERAPIA NELLA MALATTIA METASTATICA

Per il tumore del pancreas avanzato il principale parametro di efficacia è il clinical benefit che valuta globalmente la riduzione del dolore, l'aumento dell'appetito e delle attività quotidiane, anche in mancanza di risposte obiettive. Negli ultimi due decenni, la gemcitabina è stata la sola opzione terapeutica per la gestione oncologica dei pazienti con adenocarcinoma pancreatico metastatico, sulla base di dati che dimostravano come il suo utilizzo in questa categoria di pazienti diminuisse il dolore e riducesse l'entità della perdita di peso, senza però apportare un beneficio importante in termini di sopravvivenza. Recentemente, però, due schemi di trattamento, FOLFIRINOX e la combinazione di gemcitabina con nanoparticelle di albumina legate al paclitaxel hanno dimostrato di aumentare la PFS, l'OS e la qualità di vita dei pazienti, rispetto al trattamento con la sola gemcitabina a fronte di un aumento degli effetti collaterali soprattutto nello schema con la tripletta dei farmaci. Pertanto, l'approccio alla terapia sistemica dell'adenocarcinoma metastatico è personalizzato e dipende dai sintomi, dal Performance Status e dalle comorbidità del paziente.

CAPITOLO 2

L'IMPORTANZA DEL RUOLO DELL'INFERMIERE NELL'ASSISTENZA DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A DUODENOCEFALOPANCREASECTOMIA

2.1 GESTIONE INFERMIERISTICA DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO AD INTERVENTO CHIRURGICO

La chirurgia rappresenta da sempre un campo professionale di importanza fondamentale per l'assistenza infermieristica. Le due specialità sono unite da un connubio granitico che le vede interagire ogni giorno nelle corsie degli ospedali a sostegno del paziente chirurgico, in una dimensione complessa e tormentata, che vede da un lato la professionalità e l'impegno costante di chirurghi e infermieri, dall'altra la vulnerabilità di uomini nella speranza di una guarigione.

La sala operatoria rappresenta l'insieme delle strutture operative nelle quali la persona è sottoposta ad intervento chirurgico e/o metodiche invasive con modalità programmate e/o d'urgenza. L'assistenza infermieristica in sala operatoria deve essere pianificata, garantendo capacità educative, relazionali, tecniche organizzative e di sicurezza nei confronti dell'utente e del personale. Il professionista infermiere deve possedere appropriate e prestazioni svolte nei vari ruoli che riveste, contribuendo ad un alto livello di professionalità in tutto l'ambito perioperatorio. I pazienti che necessitano di intervento chirurgico vengono sottoposti alla preparazione diagnostica e preoperatoria prima del ricovero in ospedale. Essi inoltre vengono dimessi in tempi più brevi e ciò fa

aumentare la necessità di istruzione per assistenza sanitaria domiciliare e di preparazione alla self-care. Dall'introduzione delle misure per il

contenimento dei costi e dall'entrata in uso dell'intervento chirurgico "in giornata" con dimissione precoce, non è raro che il paziente sia ospedalizzato il giorno stesso in cui viene sottoposto all'intervento, gli venga somministrata l'anestesia generale, sia operato e venga poi dimesso e affidato all'assistenza dei familiari entro le ore 12.00 dello stesso giorno. La chirurgia ambulatoriale o chirurgia "in giornata", impone che gli infermieri possiedano una solida conoscenza di tutti gli aspetti dell'assistenza al paziente operato. Non sono più sufficienti le conoscenze di assistenza preoperatoria e postoperatoria, ora il nursing deve includere anche una competenza in campo intraoperatorio. Questa unità s'incentra sull'applicazione del processo infermieristico al paziente sottoposto a intervento chirurgico importante, a intervento "in giornata" o a intervento in strutture per procedure brevi. In ogni tipo di ambiente i principi di base rimangono gli stessi.

2.1.1 NURSING PERIOPERATORIO

Con il termine nursing perioperatorio si intende l'ampia gamma di funzioni attribuite all'infermiere che assiste il paziente sottoposto a intervento chirurgico. Il termine "perioperatorio" include le tre fasi dell'esperienza chirurgica: preoperatoria, intraoperatoria e postoperatoria. Ciascuna di queste fasi inizia e termina in un particolare momento della sequenza di eventi che costituiscono l'intervento chirurgico e ciascuna include vari tipi di comportamenti e interventi messi in atto dall'infermiere sulla base del processo infermieristico e in armonia con gli standard della pratica professionale.

La fase preoperatoria inizia nel momento in cui viene presa la decisione di intervenire chirurgicamente e termina con il trasferimento del paziente al tavolo operatorio. Gli interventi infermieristici in questa fase possono includere l'accertamento del paziente sia nella struttura ospedaliera sia a domicilio, l'intervista preoperatoria, e la preparazione del paziente alla somministrazione dell'anestesia e all'intervento. Oppure possono limitarsi all'accertamento preoperatorio del paziente nel reparto di degenza o nell'unità chirurgica.

La funzione dell'infermiere relativa alla fase intraoperatoria inizia quando il paziente viene ammesso o trasferito nel reparto chirurgico e termina quando egli viene portato in sala di risveglio. In questa fase l'ambito dell'azione infermieristica può includere l'inizio dell'infusione endovenosa, la somministrazione di farmaci per via endovenosa, il monitoraggio fisiologico completo durante tutto il corso dell'intervento e la sorveglianza sulla sicurezza del paziente. Oppure l'infermiere può avere compiti più limitati: tenere la mano del paziente durante l'induzione dell'anestesia generale, agire in qualità di addetto alla procedura igienica per l'intervento, aiutare a posizionare il paziente sul tavolo operatorio utilizzando i principi base relativi all'allineamento del corpo.

La fase postoperatoria ha inizio con il trasferimento del paziente alla sala di risveglio e si conclude con la valutazione del follow-up nell'ambito dell'assistenza domiciliare. I compiti dell'infermiere in questa fase possono riguardare sia la valutazione dello stato postoperatorio del paziente relativamente agli effetti degli agenti anestetici e

all’impatto della chirurgia sull'immagine del corpo e sulla funzione del ruolo, sia la valutazione
della reazione dei familiari all'intervento. Oppure la mansione dell'infermiere può essere semplicemente quella di fornire le informazioni necessarie riguardo all'intervento subito dal paziente al personale della sala di risveglio o del reparto.

2.1.2 PIANO DI ASSISTENZA PERIOPERATORIO

Accertamento

L'accertamento del paziente chirurgico comporta la valutazione di un’ampia serie di fattori fisici e psicologici. Nell’accertamento generale vengono presi in considerazione molti parametri; sulla base dei dati possono essere previsti o identificati vari problemi o diagnosi infermieristiche. Qualsiasi procedura chirurgica è preceduta da qualche tipo di reazione emotiva palese o celata, normale o insolita, da parte del paziente. Per esempio l’ansia preoperatoria è una risposta anticipata a un'esperienza che il paziente può considerare minacciosa per il suo abituale ruolo nella vita, per la sua integrità fisica o addirittura per la vita stessa. Mediante un'accurata anamnesi l’infermiere individua le preoccupazioni del paziente chiaramente legate all'intervento a cui egli deve essere
sottoposto. Compito di quest’ultimo è incoraggiare il paziente a esprimere i suoi pensieri, ascoltarlo, essere comprensivo nei suoi confronti e fornirgli le informazioni che possono placare i suoi timori. Il tipo di reazione del paziente dipende da molti fattori, tra cui il disagio e i cambiamenti - fisici, finanziari, psicologici, spirituali o sociali – che egli si prefigura e l'esito all'intervento che egli prevede. In fase preoperatoria il paziente può provare varie paure. Tra cui la paura dell'anestesia che spesso è dovuta a paura del dolore o della morte, o la paura dell'ignoto che è quella più problematica. Essa è dettata in parte dalla convinzione del paziente che non gli sia stata
detta tutta la verità riguardo alla diagnosi o alla malattia. Oltre ai timori sopra citati, il paziente medio è afflitto da molte altre preoccupazioni: può avere problemi finanziari, responsabilità familiari, obblighi di lavoro, oppure temere una prognosi negativa o la probabilità di un'invalidità futura. Questi problemi devono essere individuati e indagati

dall'infermiere. Se la difficoltà emersa richiede l'assistenza di un assistente sociale, tale persona viene convocata. Se la preoccupazione riguarda la prognosi, deve esserne informato il medico. Dopo che alcuni di questi timori sono stati affrontati, è utile lasciare che il paziente esprima i suoi pensieri riguardo all'importanza e al significato dell'intervento per il suo futuro immediato e lontano. La maggior parte dei timori sono legati alla preoccupazione di perdere la propria autonomia fisica o sociale. Il paziente può temere di perdere la sua indipendenza, la sua integrità e la padronanza della sua capacità di affrontare l'ambiente. L'infermiere che apprende le preoccupazioni del paziente, deve comunicarle al chirurgo in quanto essi lavorano insieme per preparare il paziente all'intervento.

Accertamento fisico generale

Prima di iniziare il trattamento, viene raccolta l'anamnesi ed eseguito l'esame obiettivo durante il quale vengono rilevati i segni vitali e registrati i dati per un successivo raffronto. Possono essere eseguiti diversi esami diagnostici, quali analisi del sangue, radiografie, endoscopie, biopsie di tessuti, analisi delle feci e delle urine. Nel preparare il paziente per questi esami, l'infermiere ha la possibilità di aiutarlo a capire la necessità di queste prove. Vi è anche l'opportunità durante l'esame obiettivo di osservare segni fisici importanti, quali esantemi o piaghe da decubito, che possono sommarsi alla malattia del paziente. Questi contatti preliminari con il personale sanitario durante l'anamnesi, l'esame obiettivo e i test diagnostici danno al paziente l'opportunità di porre domande e fare la conoscenza di coloro che saranno addetti alla sua assistenza. Nel tentativo di stabilire un rapporto con il paziente, il medico e l'infermiere devono rispettare i suoi bisogni e sentimenti. I bisogni nutritivi vengono determinanti misurando l'altezza, il peso del paziente, la piega cutanea del tricipide, la circonferenza del braccio, i livelli di proteinemia e l'equilibrio dell'azoto. Viene poi valutata la situazione respiratoria, cardiovascolare, epatica e renale, endocrina e immunologica.
L'infermiere deve venire a conoscenza dei farmaci di cui il paziente ha fatto uso in passato; tale anamnesi deve includere il tipo e la frequenza d'uso di preparati da banco e inoltre per avere il diritto di operare, è necessario che il chirurgo riceva dal paziente un consenso volontario e informato. Tale autorizzazione scritta protegge il paziente da interventi chirurgici non valutati e il chirurgo dall'accusa di intervento non permesso.

Interventi infermieristici nella fase preoperatoria

Alimentazione e liquidi

Se l'intervento è programmato per il mattino, il pasto della sera precedente deve prevedere una normale alimentazione leggera. Spesso, nella fase preoperatoria, il paziente disidratato, specialmente se anziano, viene incoraggiato ad assumere liquidi per via orale; in aggiunta possono essere somministrati liquidi anche per via endovenosa, secondo prescrizione, soprattutto nel caso di soggetti che non siano in grado di bere. Se l'intervento è programmato per il pomeriggio e non interessa alcun tratto dell'apparato gastrointestinale, il paziente può consumare una leggera colazione. In generale, tuttavia, l'assunzione orale di cibi o acqua è sospesa 8-10 ore prima dell'intervento. Lo scopo del digiuno è quello di impedire l'aspirazione, che si verifica quando cibo o liquidi vengono rigurgitati dallo stomaco e inspirati nel sistema respiratorio. Questo materiale inalato agisce come sostanza estranea, causa irritazione e reazione infiammatoria e allo stesso tempo ostacola un adeguato scambio gassoso. L'aspirazione è un problema grave, con un'alta percentuale di mortalità (60-70%) nei casi in cui si verifica.

Preparazione intestinale

La sera prima dell'intervento possono essere prescritti un clistere tiepido o lassativi; se priva di efficacia al primo tentativo, la procedura va ripetuta. Lo scopo è quello di evitare la defecazione e prevenire traumi accidentali all'intestino durante l'intervento chirurgico addominale. A meno che la condizione del paziente presenti controindicazioni, per evacuare il clistere va usato il gabinetto o la comoda, piuttosto che la padella. Possono essere inoltre prescritti antibiotici per ridurre la flora intestinale.

Preparazione cutanea

Lo scopo della preparazione cutanea è quello di ridurre le fonti batteriche senza provocare lesione alla cute. Quando il tempo a disposizione è sufficiente, per esempio negli interventi non di emergenza, il paziente può detergere l'area interessata con un

sapone germicida per diversi giorni prima dell'intervento, allo scopo di ridurre la quantità di organismi presenti sulla cute.

Prima dell'intervento il paziente dovrebbe fare un bagno o una doccia calda e rilassante, utilizzando un sapone con povidone-iodine (Betadine).

Preferibilmente tale procedura dovrebbe aver luogo il giorno stesso dell'intervento per ridurre al minimo il rischio di contaminazione cutanea dell'incisione chirurgica, tuttavia l'orario programmato per l'operazione può lasciare tempo per la doccia solo la sera precedente. In tale occasione è consigliabile anche un lavaggio dei capelli a meno che la condizione del paziente lo renda impraticabile.

È preferibile che la cute sul sito d'intervento e nell'area a esso circostante non venga rasata per evitare che il rasoio provochi lesioni e dunque causi l'ingresso di batteri: il tessuto danneggiato può agire da substrato per la crescita batterica. Inoltre, più lungo è l'intervallo tra la tricotomia e l'intervento, maggiore è la probabilità di infezione postoperatoria della ferita. Su una cute non rasata ma ben pulita l'infezione si sviluppa meno frequentemente che su una cute rasata. La preparazione della cute è prescritta dal chirurgo e la procedura d'esecuzione è varia. Alcuni chirurghi preferiscono che tutti i peli siano eliminati dal sito operatorio. Uno dei possibili approcci comporta l'uso di un depilatore elettrico che estirpa i peli fino alla profondità di 1-2 mm; in questo modo la cute non subisce abrasioni. Dopo l'uso l'apparecchio deve essere accuratamente pulito.

Un altro approccio prevede l'utilizzo di creme depilatorie (si veda più sotto).

Se le norme della struttura sanitaria o il chirurgo impongono che la cute sia rasata, il paziente deve essere informato sulla procedura, posto in posizione comoda e non denudato inutilmente. Qualunque sostanza grassa o adesiva deve essere prontamente eliminata con una spugna intrisa di benzene o etere, se l'odore e la sensazione di freddo non sono mal tollerati dal paziente.

La tricotomia può essere eseguita dal personale addetto alla preparazione preoperatoria, dall'infermiere incaricato dell'assistenza al paziente o da un membro dell'équipe chirurgica. Inizialmente i peli più lunghi possono essere tagliati con una forbice.

È inoltre possibile utilizzare un detergente antimicrobico per ottenere una schiuma che faciliti l'eliminazione dei peli. La cute viene tenuta tesa e rasata, con movimenti lunghi

e continui, nella direzione della crescita pilifera, evitando di produrre graffi. Quando vengono rilevati potenziali siti di infezione, tale circostanza va riferita. Tutti gli interventi attuati e gli eventuali rilevamenti devono essere registrati.

Creme depilatorie I composti chimici (creme per eliminare i peli) sono prodotti sicuri e dunque utilizzabili per la preparazione della cute del paziente chirurgico; se esiste la possibilità di una reazione allergica, è necessario effettuare una prova su un'area circoscritta. Per evitare sprechi, prima di applicare la crema, è opportuno tagliare i peli più lunghi in modo da ridurre la quantità di prodotto usato.

La crema depilatoria, generalmente confezionata in tubetti, viene spalmata sulla superficie cutanea, sopra tutto il sito operatorio, in uno strato di circa 1.25 cm mediante una spatola di legno o con la mano protetta da un guanto; viene lasciata agire per circa 10 minuti (a seconda delle istruzioni), quindi viene eliminata delicatamente per mezzo della spatola o di una garza bagnata. Quando tutta la crema e tutti i peli sono stati eliminati, la cute viene lavata con acqua e sapone e asciugata mediante tamponamento.

Vi sono diversi vantaggi nell'uso della crema depilatoria: lascia la cute pulita, liscia e intatta; non provoca graffi, tagli o abrasioni; elimina i peli completamente; non causa alcun fastidio al paziente, il quale, per determinati interventi, può anzi applicarla da solo; è più efficace e sicura nel caso di pazienti che non collaborano o sono agitati; infine non è più costosa di altri metodi. Uno svantaggio è che alcuni soggetti possono presentare reazioni cutanee passeggere se la crema è usata vicino all'area rettale e scrotale

Interventi infermieristici nell'immediata fase preoperatoria

Al paziente viene fatto indossare un camice lasciato aperto sulla schiena. Se la persona ha i capelli lunghi, essi vengono generalmente raccolti in una treccia; eventuali forcine devono essere tolte. I capelli vanno poi coperti interamente con una cuffia di carta monouso.

Anche la bocca viene esaminata: il paziente deve togliere la dentiera o ponti mobili e sputare la gomma da masticare. Se lasciati all'interno della bocca, questi oggetti

possono facilmente cadere in gola durante l'induzione dell'anestesia e causare ostruzione respiratoria.

In sala operatoria il paziente non deve indossare gioielli, neppure la fede nuziale. Se la persona chiede di non togliere un anello, è necessario che esso venga tenuto fermo con una garza infilata al suo interno e legata poi intorno al polso. Tutti gli oggetti di valore, la dentiera e altre protesi devono essere etichettati chiaramente con il nome del paziente e depositati in un luogo sicuro.

Se l'intervento riguarda l'apparato gastrointestinale, può essere prescritto un enteroclisma (clistere di Fleet). In alternativa sono spesso somministrati lassativi. I clisteri tradizionali con acqua non sono generalmente consigliabili in quanto possono causare uno squilibrio elettrolitico.

Tutti i pazienti (eccetto quelli con problemi urologici) devono urinare prima di recarsi in sala operatoria in modo da mantenere la continenza durante un intervento al basso addome e rendere di più facile accesso gli organi in esso ospitati. Non si dovrebbe ricorrere alla cateterizzazione se non in interventi d'emergenza o quando è opportuno avere un catetere a dimora per assicurare una vescica vuota. In tal caso il catetere deve essere collegato a un sistema di drenaggio chiuso. L'urina escreta viene misurata, la quantità e l'ora di minzione vengono registrate sulla cartella preoperatoria.

Documentazione preoperatoria

La cartella compilata viene portata con il paziente in sala operatoria, insieme al modulo firmato del consenso informato, a tutti i dati di laboratorio e al diario giornaliero dell'infermiere. Qualunque evento insolito emerso all'ultimo minuto va registrato e messo in evidenza sulla prima pagina della cartella in quanto può interessare l'anestesia o l'intervento.

2.1.3 ASSISTENZA INFERMIERISTICA INTRAOPERATORIA

Le funzioni infermieristiche in sala operatoria vengono descritte come attività di coordinamento e attività d'igiene. Nelle attività di coordinamento, l'infermiere dirige le attività della sala operatoria e ha la responsabilità di soddisfare i bisogni di salute e

sicurezza del paziente controllando le attività e condizioni dell'ambiente. Egli si assicura che vi sia pulizia, temperatura appropriata, umidità e illuminazione adeguate, apparecchiature funzionanti, nonché tutto lo strumentario e i materiali necessari. Mentre coordina i movimenti del personale (medici, radiologi, analisti), continua a controllare l'asepsi per evitare interruzioni tecniche. Egli osserva inoltre il paziente per tutto il corso
dell'intervento per assicurarsi che non vi sia alcuna carenza nel rispetto dei suoi bisogni e dei suoi diritti. Tra le attività d'igiene operatoria vi sono la preparazione igienica del personale all'intervento, l'approntamento dei tavoli sterili; la preparazione del materiale per suture, fasciature e strumenti specifici; l'assistenza al chirurgo e ai suoi assistenti durante l'intervento consistente nel porgere gli strumenti, le garze, i tubi per drenaggio e altri strumenti; la minimizzazione del tempo in cui il
paziente rimane sotto anestesia e in cui la ferita chirurgica è aperta. Verso la fine dell'intervento l'attrezzatura e i materiali devono essere controllati per assicurarsi che vi siano tutti gli aghi, le garze e gli strumenti utilizzati. L'intero processo richiede: un'approfondita conoscenza dei principi di asepsi, anatomia e cura dei tessuti; consapevolezza degli obiettivi dell'intervento; esperienza e capacità di prevedere i bisogni e lavorare come membro qualificato di un'équipe; la capacità di affrontare ogni eventuale situazione di emergenza.

2.1.4 ASSISTENZA INFERMIERISTICA POSTOPERATORIA

Nel periodo postoperatorio l'assistenza infermieristica ha come obiettivo il ripristino dell'equilibrio fisiologico del paziente, il sollievo dal dolore
e la prevenzione di complicanze. Un accertamento attento e interventi immediati aiutano il paziente a recuperare una funzionalità ottimale in modo
rapido, sicuro e confortevole. A tal fine viene messo in atto ogni tentativo possibile per prevedere e prevenire gli eventuali problemi che possono insorgere durante il decorso
postoperatorio. Un accertamento tempestivo elimina la possibilità di complicanze che prolungherebbero la degenza in ospedale o metterebbero in

pericolo la vita del paziente. Da questo punto di vista l'assistenza infermieristica dopo l'intervento chirurgico ha eguale importanza dell'intervento stesso. Gli obiettivi principali possono includere il recupero ottimale della funzione respiratoria, il sollievo dal dolore e dai fastidi postoperatori (nausea, vomito, distensione addominale, singhiozzo), la guarigione delle lesioni, il mantenimento di un'adeguata perfusione tessutale, di un adeguato volume di liquidi e dell'equilibrio nutrizionale, il ritorno alla norma della funzionalità urinaria e della motilità intestinale, il mantenimento dell'integrità cutanea e l'assenza di infezioni, il recupero della mobilità fisica entro i limiti stabiliti dal piano postoperatorio e riabilitativo, la riduzione dell'ansia e il raggiungimento del benessere psicologico.

Per stabilire l'importanza dei segni e sintomi rilevati nell'accertamento del paziente è necessaria una meditata valutazione: un segno può essere di scarsa importanza se considerato isolatamente, ma in un più ampio contesto può assumere notevole rilevanza.

Alcune linee guida generali possono aiutare l'infermiere a porre giudizi accurati. Naturalmente qualunque sintomo grave è sempre importante.

- Qualunque sintomo apparentemente irrilevante che tenda a presentarsi con frequenza o ad aumentare di severità deve essere considerato

degno di attenzione; per esempio il singhiozzo può essere o non essere importante, a seconda della sua durata.

- Un sintomo può sembrare privo di importanza in se stesso, ma associato ad altre specifiche alterazioni può segnalare un pericolo; per

esempio, un sospiro ripetuto, accompagnato da crescente irrequietezza, pallore e accelerazione del polso, può costituire il segno clinico di una pericolosa emorragia.

- Qualunque progressivo deterioramento della condizione generale del paziente, anche senza sintomi evidenti, è di grave importanza.
- I lamenti e le affermazioni del paziente non vanno ignorati, bensì presi in considerazione.

Un'accurata e concisa registrazione dei dati non solo informa il personale medico e infermieristico sulle condizioni del paziente, ma soddisfa

anche i requisiti medico-legali. Se per qualche motivo il medico deve essere consultato, tutte le informazioni necessarie, inclusi i più recenti dati relativi ai segni vitali, devono
essere disponibili prima che egli venga contattato telefonicamente. È inoltre consigliabile avere con se la cartella clinica del paziente e i relativi dati infermieristici, mentre si parla al telefono, per poter rispondere a qualsiasi domanda del medico.

2.2 VALUTAZIONE DEL POSSIBILE RISCHIO CHIRURGICO

Per determinare il rischio chirurgico è fondamentale una accurata anamnesi e una scrupolosa visita clinica. Una particolare attenzione deve essere fatta all'esame dell'apparato cardiovascolare e respiratorio, infatti la mortalità e la morbidità postoperatoria per cause cardiache o respiratorie sono molto frequenti negli anziani (aritmie ventricolari, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria). Lo studio di Goldman ha identificato nove variabili cliniche con significato prognostico, fra le quali compare l'età maggiore di 70 anni. È stata proposta una valutazione cardiologica del paziente anziano mediante l'impiego di metodiche invasive come il cateterismo cardiaco, per verificare le reali condizioni emodinamiche e delle capacità del paziente di fronteggiare uno stress derivante dall'intervento chirurgico. Vi sono però delle perplessità sull'impiego delle metodiche di indagine che si associano ad una morbosità specifica e che sono appannaggio solo di strutture dotate delle attrezzature idonee. Una condizione fondamentale nella valutazione clinica e che colloca il paziente in una sfera di rischio elevato è la compromissione dello stato nutrizionale: parametri che dimostrano un deficit dello Stato proteico-calorico e dei poteri di difese immunitarie del paziente sono la misura degli indici antropometrici (plica tricipitale, circonferenza del braccio,ecc), bioumorali (ipoalbuminemia,ipotrasferrinemia,ecc), e immunologici(riduzione della conta dei linfociti e della reattività agli skin test ,ecc). È stato dimostrato che il giudizio oggettivo ricavato dall'impressione del chirurgo al letto del malato, è dotato di una sensibilità inferiore rispetto all'impiego dei parametri finora esaminati nel definire i deficit nutrizionali latenti. Nella pratica clinica capita molto spesso di trovarsi di fronte a pazienti anziani affetti da malattie croniche degenerative e/o neoplastiche, che per una serie di motivi riconducibili alla ridotta alimentazione, all’aumentato catabolismo, al mal funzionamento di 1 o più organi e apparati, possono

essere slatentizzati mediante il semplice esame obiettivo. In molti studi sia cercato di trovare una stima del rischio chirurgico del paziente operando, che tenesse conto della globalità delle alterazioni dell'organismo. Quindi il significato prognostico dell'età va ridimensionato e il ridefinito, ma soprattutto va collegato alle patologie ad essa associate. Nonostante questo, il paziente chirurgico, presenta delle particolarità cliniche e terapeutiche, ed è quindi sempre fondamentale l'esigenza di avere a disposizione uno strumento predittivo che aiuti il chirurgo nella programmazione terapeutica, e di conseguenza la valutazione del rischio chirurgico è diventata indispensabile come strumento decisionale.

L'infermiere che presta servizio nelle U.O chirurgiche gestisce i trattamenti ed effettua osservazioni in virtù del rischio clinico, prendendo in considerazione ogni singolo aspetto dello stato di salute fisico e mentale del paziente, rapportandolo con quelle che sono le considerazioni generali della patologia e mettendo in atto le dovute misure preventive. I rischi ai quali l'infermiere di chirurgia deve far fronte sono numerosi e rientrano, statisticamente, perlopiù nella fase post-chirurgica.

Fra i prioritari è possibile annoverare:

- Rischio di complicanze respiratorie
- Rischio infettivo
- Rischio di disfunzioni neurovascolari periferiche (es. trombosi, embolia polmonare, ecc.)
- Rischio di deiscenza ed eviscerazione della ferita chirurgica (es. laparocele)
- Rischio cardio-vascolare
- Rischio di sviluppo di stati ansioso-depressivi

2.3 OBIETTIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN CHIRURGIA

L'infermieristica in chirurgia si basa su piani assistenziali dinamici e multidisciplinari, ma che mantengono degli obiettivi imprescindibili. Tra questi rientra il recupero funzionale, totale o parziale, delle funzioni fisiologiche del paziente come prima dello sviluppo della patologia e il mantenimento o recupero delle funzionalità legate alla

sfera psicologica, punto cruciale per una riabilitazione e una cura valevoli. I risultati migliori sono ottenuti attraverso il lavoro di équipe, progettati attraverso percorsi assistenziali, clinici ed educativi sviluppati nelle fasi di ospedalizzazione, preospedalizzazione e dimissione, nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita e della continuità assistenziale.

2.4 RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE IN CHIRURGIA

L'infermiere, al fine di sviluppare piani assistenziali multidisciplinari, efficienti e basati su obiettivi specifici, collabora con altre figure professionali tra le quali: medici, chirurghi specialisti, anestesisti, fisioterapisti, dietisti, infermieri stomaterapisti e Oss. Le responsabilità dell'infermiere comprendono la gestione della terapia farmacologica e analgesica, preparazione del paziente all'intervento, cure e assistenza nel post-operatorio, supporto psicologico e garanzia della privacy con valutazione e controllo del rischio infettivo vengono imposte responsabilità circa la corretta utilizzazione e gestione dei presidi e delle apparecchiature medicali "non sterili" , quali, ad esempio, le lampade scialitiche, i monitor e le stazioni per la chirurgia in laparoscopia, gli aspiratori e tutti i collegamenti delle attrezzature "sterili" (elettrobisturi, laser, ottiche, ecc.), in modo che l'intervento chirurgico venga svolto in sicurezza e con l'ausilio di un professionista che sappia come intervenire e quali alternative proporre in caso di eventuali guasti o modifiche in corso d'opera delle tecniche chirurgiche. L'infermiere responsabile di sala prepara e dispone la sala operatoria per ogni intervento, a seconda del paziente in lista operatoria, della specialità chirurgica e degli operatori, affinché ogni processo sia coordinato con il resto delle attività coinvolte nell'atto chirurgico. Verifica la corretta asepsi e sanificazione della sala operatoria ed effettua un primo controllo sulla sterilità dello strumentario chirurgico e del resto dei presidi, segnalando eventuali anomalie, effettuando così una fondamentale attività di prevenzione per quanto concerne le infezioni del sito chirurgico. Il posizionamento del paziente sul tavolo operatorio è uno dei momenti cardine e l'infermiere fuori campo è colui che ne ha la responsabilità, mentre il controllo finale spetta al chirurgo primo operatore. Questa è una procedura particolarmente delicata e la conoscenza da parte dell'infermiere di sala della corretta posizione chirurgica in relazione al tipo di intervento è fondamentale per assicurare il giusto comfort e le giuste misure di

sicurezza per il paziente, oltre che favorire i movimenti degli operatori. Tra le responsabilità rientra il controllo della corretta preparazione all'intervento del paziente, tra cui la tricotomia, la rimozione di eventuali lenti a contatto e monili vari, lo stato igienico e la preparazione intestinale, ove necessaria. L'infermiere di sala, insieme all'infermiere strumentista, per assicurare la prevenzione della ritenzione di materiale estraneo nel sito chirurgico, si occupa del conteggio finale e iniziale delle garze, degli aghi e di tutti i presidi che passano sul tavolo servitore, compreso lo strumentario chirurgico e appone la sua firma sull'apposito registro, secondo la Legge e il "Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria", redatto dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Sulla base delle raccomandazioni "Guidelines for Surgery", l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha costruito una check-list per la sicurezza in sala operatoria, quale strumento guida per favorire la sicurezza stessa. L'infermiere di sala, al pari degli altri componenti dell'équipe, è responsabile della corretta compilazione e della veridicità delle informazioni riposte nella checklist operatoria, sia che funga da coordinatore che da semplice informatore. Collabora, con gli anestesisti e il personale infermieristico del servizio anestesia, ai trasferimenti dei pazienti in entrata e in uscita dalla sala operatoria, evitando i tempi morti e favorendo l'efficienza gestionale.

CAPITOLO 3

CASE REPORT

Un case report è una dettagliata narrazione di sintomi, segni, diagnosi, trattamento e follow up di uno o più pazienti. Sebbene nell'era della Medicina Basata sulle Evidenze (EBM) il trial clinico randomizzato corrisponde al gradino più alto nella scala qualitativa delle evidenze reperibili in letteratura, mentre le piccole serie di casi o le descrizioni di casi singoli occupano l'ultimo posto quest'ultimi in realtà rappresentano un'importante parte della pratica clinica. Il ruolo principe di un case report è quindi quello di generare nuove ipotesi e di stimolare continuamente la comunità scientifica alla verifica delle stesse.

3.1 PRESENTAZIONE CASO CLINICO

Il presente report ha come scopo quello di analizzare il percorso assistenziale e i trattamenti riabilitativi postoperatori di S.G., una donna di 57 anni ricoverata con diagnosi di: **Ittero ostruttivo da sospetta neoplasia della testa del pancreas con presenza di Diabete insulinodipendente.**

Il caso viene trattato a partire dalla presa in carico della paziente il 28/01/2005 presso l'U. O. di Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica dell'Azienda Ospedaliera ''San Giovanni- Addolorata'' fino alle cure prestatele dal momento del rientro a domicilio.

3.1.1 CONDIZIONI CLINICHE INIZIALI

All'arrivo in ospedale la donna presenta una colorazione giallastra della cute, delle mucose, difficoltà a digerire, dolore nel quadrante addominale superiore destro e correlata perdita di peso. Viene eseguita un'attenta anamnesi, da parte del personale infermieristico e subito dopo viene sottoposta ad ecografia addominale che risulta essere il primo esame diagnostico da effettuare nel caso di sospetta presenza di un cancro del pancreas. A seguire vengono effettuati gli accertamenti di routine per analizzare il generale quadro clinico della paziente.

3.2 DIAGNOSI

A tutt'oggi non esistono programmi di screening che possano essere raccomandati alla popolazione generale poiché non vi sono metodi di screening ideali per i tumori del pancreas. Il cancro pancreatico in stadio precoce e le lesioni precancerose che lo precedono non causano sintomi. Pertanto, identificare precocemente un cancro del pancreas è difficile ed è raro che questa neoplasia venga diagnosticata quando è ancora agli stadi iniziali. Il sospetto diagnostico di un cancro pancreatico può sorgere in presenza di diversi sintomi, i principali dei quali sono perdita di peso, ittero e dolore all'addome o alla schiena. Poiché questi sintomi possono essere causati da molte altre malattie, giungere alla diagnosi di tumore pancreatico può essere difficile. A volte, i pazienti presentano anche diabete di nuova diagnosi o pancreatite.

La diagnosi di cancro del pancreas si basa sui seguenti esami:

L'Esame clinico in cui vengono descritti alcuni dei sintomi che possono essere rilevati in un paziente con sospetto da tumore del pancreas. E tra i diversi sintomi ritroviamo:

1. L'ittero che è un sintomo importante, ma può essere causato anche da condizioni diverse dal cancro del pancreas. È un ingiallimento della cute e della parte bianca degli occhi ed è dovuto all'aumento dei livelli di bilirubina nel sangue. Può essere causato dall'ostruzione del dotto biliare comune da parte del tumore che, in questo caso, sarà localizzato molto probabilmente nella testa del pancreas. L'ostruzione causa inoltre l'accumulo di bile nella colecisti, che può risultare ingrossata. Poiché il dotto biliare comune è ostruito, la bilirubina non riesce a raggiungere l'intestino e le feci appaiono biancastre. Se i livelli di bilirubina nel sangue sono elevati, la bilirubina viene eliminata dal corpo attraverso le urine in quantità superiori alla norma e le urine assumono un colore più scuro del solito.
2. Dolore all'addome e alla schiena dovuto alla pressione esercitata dal tumore sulle strutture adiacenti, ivi compresi i nervi. Questo sintomo compare soprattutto quando il tumore è localizzato nel corpo o nella coda del pancreas come in questo caso
3. Perdita di peso inattesa e diminuzione dell'appetito sono sintomi comuni. o Possono insorgere disturbi della digestione se il tumore ostruisce il dotto pancreatico che si unisce al dotto biliare comune, con conseguente carenza di

enzimi per la digestione dei cibi grassi. Ciò può causare nausea, vomito e diarrea.

4. Possono formarsi coaguli di sangue, anche se la maggior parte di essi è imputabile a cause diverse dal cancro pancreatico. La formazione di un coagulo di sangue in una vena profonda (gambe, pelvi o braccia) è nota come trombosi venosa profonda. Raramente, un frammento di un coagulo di sangue può staccarsi e andare in circolo nel sangue sino ad arrivare in un'arteria polmonare (embolia polmonare), causando dolore toracico e affanno.
5. Possono svilupparsi alterazioni strutturali del tessuto adiposo al di sotto della cute (lipodistrofia), causate dal rilascio degli enzimi pancreatici che digeriscono i grassi. o Problemi con il metabolismo degli zuccheri e raramente diabete, che possono essere diagnosticati mediante un esame di laboratorio e sono dovuti alla distruzione delle cellule pancreatiche che producono l'insulina.
6. La pancreatite è un'infiammazione del pancreas e può essere causata dalla presenza di un tumore pancreatico, soprattutto negli anziani che non presentano altre cause evidenti di pancreatite come calcoli biliari o abuso di alcol. Tuttavia, poiché i sintomi di pancreatite (soprattutto dolore, nausea e vomito) non sono specifici dei tumori del pancreas, la diagnosi può risultare difficile.

Dopo il ricovero e l'esecuzione degli accertamenti di routine la paziente S. G. è stata sottoposta ad una serie di indagini diagnostiche ritenute, insieme all'esame clinico, un altro momento importante per l'elaborazione di una corretta diagnosi.
Le indagini eseguite sono:

RX TORACE (31/01/05)

Non presenti lesioni pleuro-parenchimali in atto. Ombra cardiaca nei limiti della norma. Seni costo-fenici liberi. Modicamente sollevato l'emidiaframma dx. CVC in cava. Sondino radiopaco apparentemente naso-gastrico.

DRENAGGIO BILIARE TRANSEPATICO (02/02/05)

All’esame diretto preliminare e contrastografico della regione epatica si constata la presenza di un sondino-biliare posto nella vbp, ben funzionante. Si procede a puntura percutanea di un ramo paracentrale del lobo destro e si effettua drenaggio biliare esterno con un catetere da 8 Fr in coledoco. La colangiografia mostra stenosi distale della vbp. Il catetere si collega ad una sacca e si fissa alla cute con punti di sutura. Si rimuove senza problemi il sondino naso-biliare. Instaurare la terapia antibiotica di supporto.

TC TORACE (03/02/05)

Non si rilevano iperdensità noduliformi del parenchima polmonare o versamento pleurico. Assenza di significative linfoadenopatie ilo-mediastiniche. Regolare pervietà di trachea e grossi bronchi.

TC ADDOME E PELVI (03/02/05)

Presenza di drenaggio biliare percutaneo, con lieve aerobilia, senza dilatazione significativa della VBP. Il pancreas appare in evoluzione scleroatrofica; il dotto pancreatico principale è lievemente dilatato; a livello della testa si rileva una lieve aspecifica irregolarità dei contorni. In relazione al quesito clinico si consiglia studio RMN. Il fegato è nei limiti volumetrici; in prossimità dell’ingresso del drenaggio percutaneo si rileva piccola centimetrica lesione focale parenchimale nettamente ipodensa come per natura cistica, comunque mal valutabile per i piccoli artefatti del drenaggio, anch’essa da riesaminare precauzionalmente con RMN o ecografia. Nella norma l’asse splenoportale, la milza i surreni ed i reni. Assenza di significative linfoadenopatie e di raccolte ascitiche.

A completamento diagnostico, lo specialista ha richiesto il dosaggio del **marcatore tumorale Ca 19.9 e del CEA** nel sangue. Nonostante la maggior parte dei pazienti con un tumore di tipo pancreatobiliare presenti livelli elevati di Ca 19.9, la rilevanza diagnostica di questo test non è molto specifica. Il Ca 19.9 può infatti risultare elevato in molte altre patologie non-neoplastiche (malattie polmonari, tiroidee e del colon) e in caso di ittero. Insieme ad altri parametri clinici

e radiologici, il Ca 19.9 può tuttavia aiutare lo specialista nella determinazione dell'aggressività di malattia e nella decisione terapeutica.

3.2 STADIAZIONE

Durante il ricovero è stato necessario far presente ai familiari la grave situazione che interessava la donna, in quanto dai risultati avuti dalle indagini eseguite si confermava la diagnosi sospetta iniziale di adenocarcinoma scarsamente differenziato della papilla di Vater. Attraverso il TNM, identificato come modo, universalmente accettato, per definire l'estensione di un tumore, lo specialista fu in grado di effettuare prognosi del tumore e il tipo di terapia che dev'essere adottato per trattarlo. Nel caso della paziente S. G. la classificazione TNM presentava:

- **pT3** : T sta per tumor cioè significa tumore e sotto la categoria di T sono dati dei numeri (da 0 a 4) basati sullo spessore del tumore. In questo caso vi è un aumento delle dimensioni del tumore locale primitivo (tra 2.01 mm e 4.0 mm)

- **pN0**: N sta "nodes", che significa nodi, in questo caso i linfonodi. Questo parametro indica se il melanoma si è mosso dalla sede primaria fino ai linfonodi vicinali. ll numero dei linfonodi ai quali il cancro si è diffuso è molto importante. Più linfonodi sono stati infettati, più alto è il rischio. Ma nel seguente caso non c'è evidenza di diffusione ai linfonodi.

- **pMx**: M sta per "metastasis", che significa metastasi. Sotto la classificazione M, si hanno informazioni circa il fatto se il melanoma si è diffuso a siti distali del corpo, e dove. Di solito, le metastasi usano descrivere la diffusione di un tumore in altri organi ed è associato ad un più avanzato stadio del cancro infatti la gravità del tumore dipende da dove si è diffuso o ha metastatizzato. In questo quadro clinico le metastasi non possono essere valutate.

La prognosi non molto favorevole mette la paziente ad una scelta: decidere o meno di affidarsi nelle mani del chirurgo ed effettuare un intervento radicale. La paziente continua ad essere monitorata costantemente in vista del fatto che i dolori addominali diventano insopportabile e la perdita di peso incontrollata. Vengono effettuati vari esami ematici di routine (con particolare attenzione ai valori epatici, che si presentavano inizialmente alterati). È inoltre stato necessario eseguire diverse TC ALL'ADDOME di controllo, per valutare il quadro clinico e l'evoluzione della massa tumorale.

3.3TRATTAMENTO INDICATO

Il medico responsabile di S. G. la sera del 04/02/2005 richiede la presenza di tutti i familiari per discutere della negativa evoluzione clinica della paziente. Con l'aiuto dell'intera equipè lo specialista cerca di esporre quelli che possono essere i pro e i contro dell'intervento prescelto, ovvero la duodenocefalopancreasectomia, illustrando le scarse possibilità di vita della donna. Essendo la paziente vigile e cosciente durante tutto il periodo di degenza il medico espose la problematica alla diretta interessata, la quale firmò il consenso informato subito dopo, avendo piena conoscenza del fatto che Le probabilità di sopravvivere ,vista la sua condizione fisica generale, ad un intervento così complesso erano poche, quasi nulle con un incidenza della mortalità del 2-3 % tendendo conto però dei vari fattori che incidono su questo probabilità come: l'eta del paziente, lo stadio del tumore nel momento dell'intervento, eventuali altre patologie, come ipertensione arteriosa, diabete mellito, AIDS, insufficienza renale e/o epatica, coagulopatie, pregresso infarto del miocardio, bravura ed esperienza del chirurgo ed efficienza della struttura sanitaria. Allo stesso tempo le probabilità erano limitate a circa sei mesi di vita nel caso in cui la donna avrebbe scelto un trattamento non radicale.

La duodenocefalopancreasectomia (DCP), anche chiamata "procedura di Whipple" (in inglese Whipple's procedure) è un complesso e demolitivo intervento chirurgico che consiste nell'asportazione di:

- testa del pancreas;
- duodeno;
- porzione terminale della via biliare (coledoco);

- colecisti (chiamata anche “cistifellea”)

In alcuni casi si associa anche la rimozione di una porzione di circa 8 cm di stomaco. L’intervento è – nella maggioranza dei casi – effettuato per patologie che interessano il pancreas, la cui cura preveda l’asportazione della testa del pancreas. Per ragioni anatomiche, quando si asporta la testa del pancreas, essa deve essere rimossa insieme al duodeno, al coledoco ed alla colecisti. È un intervento laborioso ed è considerato l’intervento di chirurgia generale tecnicamente più complesso; la sopravvivenza per i pazienti sottoposti a duodenocefalopancresectomia è purtroppo bassa ed è **mediamente di 18 mesi**. La sopravvivenza:

- a 2 anni si attesta tra il 20 ed il 30%, il che vuol dire che a 2 anni di distanza dall’intervento, circa 7 – 8 pazienti su dieci sono deceduti;
- a 5 anni oscilla tra 0.4 e 10%

L’intervento chirurgico venne eseguito dalle 08.00 del 05/02/2005 fino alle 16:45 dello stesso giorno in media un intervento del genere dura dalle sei alle otto ore salvo complicazioni. Al termine dell’intervento, viene posizionato un Sondino Naso-Gastrico (SNG), un catetere vescicale e due drenaggi percutanei addominali e un drenaggio biliare. Nell’immediato postoperatorio, la paziente viene trasferito presso l’Unità di Terapia Intensiva (UTI) dove continua il monitoraggio dei parametri clinici.

3.4PIANIFICAZIONE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE PRE/POST-OPERATORIO

3.1.4 PERCORSO ASSISTENZIALE INIZIALE (pre-operatorio)

Nel momento in cui l’infermiere si trova a rispondere ad un bisogno, questo non può limitarsi alla mera esecuzione di una specifica prestazione. Le Tecnical Skills risultano fondamentali, ma non sono sufficienti, infatti sono necessarie non Tecnical Skills, che comprendono abilità sociali che permettano un’adeguata relazione con l’altro e abilità che rendano l’infermiere un ‘buon infermiere’. Essendo una professione che eroga assistenza specializzata, in risposta ad un bisogno di aiuto e di salute, l’infermiere si

trova ad essere la figura principale con cui il paziente si identifica e questo espone maggiormente il professionista Infermiere alla vicinanza emotiva ed al contatto con la sofferenza. Sempre più la professione infermieristica ha preso coscienza dell'importanza della psicologia nel relazionarsi con i malati. Nella pratica quotidiana dell'assistenza viene quindi messo in primo piano la relazione, il dialogo e il rapporto con il paziente, risultando inconcepibile il contrario. Dal seguente caso emerge una certa soddisfazione relativa al ricovero sostenuto presso U. O. dell'Azienda Ospedaliera '' San Giovanni- Addolorata''; soddisfatti sia del percorso terapeutico sia delle relazioni interpersonali instaurate nella dimensione dei rapporti umani (flessibilità oraria e la famiglia apprezza molto vista anche la notevole distanza da casa).

Nel periodo precedente all'intervento è stato determinante l'appoggio ricevuto dal personale sanitario coinvolto. Queste dinamiche sono a carico di tutti gli operatori sanitari ma, è l'infermiere la figura che rimane più a contatto con l'utente ed è quindi il diretto responsabile dell'educazione per la sua assistenza; il professionista deve relazionarsi con il soggetto per educarlo, insegnargli i comportamenti che nel periodo post-operatorio ridurranno il rischio di comparsa di complicanze e a domicilio conserveranno il suo stato di salute.

La fase pre-operatoria è una fase che include una serie di valutazioni: valutazioni di carattere fisico, valutazione dei parametri vitali e delle possibili complicanze o fattori avversi legati a quel determinato intervento. La preparazione preoperatoria all'intervento chirurgico non prevede però solo la gestione fisica dell'utente, ma anche, e soprattutto, quella psicologica ed emotiva. Ad una situazione già di per sé disagiante recata dalla malattia, al paziente viene ad aggiungersi lo stress psico-fisico causato dall'ospedalizzazione. Egli si ritrova a dover fronteggiare diversi aspetti riguardanti la nuova condizione, correlati specialmente all'ambiente ospedaliero in senso fisico e sociale. A questo elemento, viene ulteriormente a sommarsi, una condizione di malessere caratterizzata dall'ansia, a sua volta correlata alla minaccia ed all'imminenza dell'intervento chirurgico. Essa rappresenta un ulteriore rischio per la salute del paziente, in quanto può interferire con la sua capacità di apprendimento ed adattamento, inibire la risposta immunologica e farmacologia, indurre un aumento del di-stress e del dolore post-operatorio.

3.2.4 RICOVERO IN UNITÀ OPERATIVA DI TERAPIA INTENSIVA (post operatorio)

A partire dal 05/02/05 subito dopo l'intervento si opta per un risveglio protetto presso l'Unità Operativa di Terapia Intensiva, dove vengono continuamente monitorati i parametri clinici. Vista l'assenza di complicanze la paziente la mattina del 07/02/05 viene trasferita presso il reparto di Chirurgia Generale ed Epatobiliopancreatica, dove inizia il percorso clinico-terapeutico post-operatorio.

3.3.4 PERCORSO CLINICO-TERAPEUTICO POST-OPERATORIO

Subito dopo il ritorno al reparto di Chirurgia Generale la paziente è stata sottoposto ad una serie di indagini, il primo risultato ricevuto fu l'esame istologico il 10/02/2005 che confermava la presenza dell'adenocarcinoma scarsamente differenziato della papilla di Vater, a sviluppo prevalentemente intrampullare, infiltrante la parete duodenale ed il pancreas. Si rinviene desmoplasia marcata, con scarsa flogosi cronica peritumorale. La restante via biliare ed il dotto di Wirsung sono esenti da displasia e/o neoplasia.

Il restante tessuto pancreatico, ivi compresi i frammenti inviati a parte come '' prossimale, medio e distale'', è sede di diffusa atrofia e sclerosi, con insule residue.

Il linfonodo della via biliare, i 6 linfonodi pericefalo- pancreatici superiori, i 2 linfonodi pancreatico-duodenali anteriori ed i 7 linfonodi pancreatico-duodenali posteriori sono esenti da metastasi. Stomaco ed omento esenti da neoplasia. Margini di exeresi esenti da infiltrazione neoplastica.

Durante il decorso post-operatorio, sono stati particolarmente valutati i seguenti aspetti:

Mobilizzazione precoce: la paziente viene stimolato alla mobilizzazione (indossando una fascia elastica addominale) a partire dalla X giornata post-operatoria allo scopo di ridurre il rischio di fenomeni tromboembolici e di complicanze respiratorie.

Respirazione: prima dell'intervento è stato consegnato al paziente un incentivatore del respiro (TRIFLO'), con cui si è esercitata a partire dall'immediato post-operatorio per almeno 5 minuti ogni ora. Questo ausilio ha lo scopo di prevenire l'insorgenza di complicanze respiratorie.

Alimentazione graduale: la paziente inizia gradualmente a rialimentarsi a partire dalla I giornata post-operatoria. L'alimentazione precoce ha lo scopo di ripristinare il

più velocemente possibile la normale funzione intestinale. L'effettivo apporto calorico è stato valutato attraverso un diario alimentare, che è stato compilato ogni giorno dal paziente con l'aiuto dell'infermiera responsabile. Inizialmente la paziente veniva alimentata attraverso soluzione nutritiva, preparata in base ad un piano nutrizionale personale.

Dolore: durante il decorso post-operatorio è stata instaurata una terapia antalgica mirata a controllare in maniera ottimale il dolore avvertito dalla paziente. Il controllo del dolore è fondamentale per evitare complicanze di natura respiratoria e per garantire una veloce ripresa delle normali funzioni fisiologiche.

A seguire la paziente è stata sottoposta periodicamente ad indagini di monitoraggio; il 15/02/2005 è stata eseguita una **radiografia dell'esofago, stomaco e duodeno**: al preventivo esame diretto presenza di drenaggio biliare radiopaco e dranaggio nell'emiaddome di sn. Dopo ingestione di m.d.c. si apprezza un modesto ritardo di passaggio dello stesso attraverso l'anastomosi gastrodigiunale, versosimilmente per fenomeni di edema, senza spandimenti di mezzo di contrasto extraluminali, regolari le anse digiunali opacizzatesi. Il 16/02/2005 invece viene fatto un **controllo drenaggio biliare** che è stato precedentemente introdotto in esterno-interno appare collocato al momento attuale a livello dell'ilo epatico. Con **colangiografia trans-catetere** si osservano gli esiti di intervento chirurgico con anastomosi biliodigestiva duplice fra epatico comune ed ansa intestinale e dotto per il V e VI segmento ed ansa intestinale; quest'ultimo presentava una confluenza con la via biliare molto più distale che di norma, sostanzialmente in prossimità del piano di emergenza del dotto cistico. Non segni di dilatazione della via biliare intraepatica ed adeguato calibro delle anastomosi che consentono un veloce passaggio di m.d.c. in ansa duodenale; non segni di stravaso perianastomotico di m.d.c.

Si procede con **TC addome superiore e inferiore con mezzo di contrasto** il 25/02/05, si evidenza la presenza di versamento pleurico medio-basale dx. Fegato aumentato di volume in toto, con dilatazione ed aerobilia dei rami biliari di sinistra. Esiti di duodenocefalopancreasectomia. Falda ascitica periepatica che si estende in basso e comunica con altra raccolta ascitica in sede anteriore. Presenza di drenaggio esterno che pesca in sede retrogastrica, dove non si riconoscono raccolte fluide che si evidenzia di contro a livello della piccola curva gastrica, al di sotto del lobo sinistro

del fegato in corrispondenza del moncone pancreatico. Null'altro da segnalare in addome. Sottile falda ascitica nel Douglas. Nel monitoraggio di routine viene tenuta sotto controllo **l'attività cardiaca** e **respiratoria** che non risultano avere variazioni negative. E si termina con il controllo **dei drenaggi percutanei addominali** il 26/02/05 ecograficamente si valuta la presenza di versamento fluido, apparentemente limpido, periepatico e nelle doccie parietocoliche. Si punge in sede sottoepatica, aspirando del liquido ascitico giallastro con modeste screziature di colore verde. Viene quindi posizionato, in accordo con i Chirurghi inviati, un drenaggio 6 Fr tipo Huismann con tecnica ''one-step'' in sede subepatica. Vengono aspirati con facilità 150cc di liquido e il drenaggio, fissato alla cute, si collega ad una sacca.

La paziente viene dimessa in XXXIV giornata post-operatoria con ferita in ordine, apiretica e deambulante. Sono stati rimossi tutti i drenaggi ed i punti di sutura.

Gli **esami ematochimici** alla dimissione presentano: GR 2.630.000; Hgb 8.7/dL; GB 4.500; PLT 170.000; GOT 54 U/L; GPT 40 U/L; CPK 20 U/L; ALP 395 U/L; Amilasi 30 U/L; Lipasi 42 U/L; Gamma GT 333; PT 79.1% INR 1,10; Proteine tot 6,6; Albuminemia 3.6 mg/dl; Glicemia 126 mg/dl; Creatinina 0,40 mg/dl; Bilirubina tot. 1.2 mg/dl; Na 139 mEq/l; K 3.10 mEq/l; Cl 103 mEq/l; Ca 8.3 mg/dl; Osmolarità 269.11 mOamol/l.

Il Chirurgo specifica la terapia da eseguire una volta che la paziente viene dimessa dall' U.O.:

TC addominale di controllo dopo 20 giorni. Si consiglia vitto diabetico con pasti frazionati.

Terapia insulinica sec, schema:

- Actrapid VIII U.I. a colazione
- Actrapid X U.I. a pranzo
- Actrapid X U.I. a cena
- Protaphane X U.I. ore 23.00

Pancrex 2 cpr per 3 ai pasti

Reomax 1 cpr al giorno

Clexane 4000 1 f.l. s.c. al giorno per 20 giorni.

3.4.4. RICOVERO PER TERAPIA ADIUVANTE

La paziente S.G. viene trasferita all'Azienda Ospedaliera G. Rummo di Benevento nell'U. O. oncologica per l'esecuzione della terapia adiuvante cioè post-operatoria. Viene ricoverata per una settimana, sottoponendosi alle varie indagini strumentali e di laboratorio. Il trattamento adiuvante scelto segue lo schema: GEMCITABINA settimanale. Gli esami di laboratorio analizzati, esprimono i valori dei marcatori tumorali CEA e CA15.3 nella norma.; mentre la TC dell'addome e delle pelvi non evidenzia lesioni a carattere focale a carico di fegato, milza, surreni e reni tranne l'evidenza di piccola cisti del labbro anteriore del rene dx inoltre non evidenza tumefazioni linfonodali alle stazioni in esame. Il trattamento chemioterapico viene ripetuto per sei mesi ad intervalli settimanali, rivalutando la malattia mediante le indagini strumentali del caso dopo tre cicli. I possibili effetti collaterali come nausea, vomito, alterazioni della funzionalità epatica e renale si presentano in entità moderate, pertanto la paziente settimanalmente è stata esposta al controllo delle cellule del sangue (emocromo). Dopo il termine del seguente ricovero, per quanto riguarda i cicli di chemioterapia da eseguire vengono svolti in day hospital fino al settembre del 2005. Viene inoltre prescritto alla paziente nella terapia da praticare a domicilio PLASIL 1FL i.m. in caso di vomito o nausea essendo che la paziente una volta terminato il ciclo faceva rientro a casa.

3.5 RISULTATI OTTENUTI E FOLLOW UP

Un risultato sicuramente fuori dalle aspettative è che S.G. ha risposto bene alla terapia chemioterapica dopo l'intervento, presentando un quadro clinico quasi del tutto normale. Il carico assistenziale che ha accompagnato la paziente è stato molto elevato, viste le difficoltà incontrate nel recupero delle attività quotidiane come il mangiare e il prendersi cura di sé, entrambi influenzati da una condizione fisica ed emotiva necessariamente scarsa. La donna, infatti, risulta essere emotivamente distrutta nonostante l'importante recupero ottenuto, ecco perché l'assistenza a domicilio e la vicinanza dei familiari hanno permesso alla paziente di poter superare la fase riabilitativa e raggiungere gli obiettivi definiti. Gli interventi farmacologici e medici sono stati indispensabili per promuovere la stabilizzazione clinica della paziente; hanno consentito di adottare le migliori soluzioni possibili per superare le instabilità

della fase iniziale. La paziente si è sottoposta a controlli periodici che comprendevano analisi del sangue, visite mediche ed esami strumentali come la PET, TC e RMN. All'inizio i controlli hanno avuta una frequenza più ravvicinata infatti venivano eseguiti ogni tre-quattro-sei mesi. Da dicembre del 2005 con incremento progressivo del CEA (30 a dicembre 2005, 53 a marzo 2006). A marzo 2006 pratica colonscopia e PET negative. Da Maggio 2006 riduzione progressiva del CEA (da 42 a maggio 2006 fino a 25 a settembre del 2006) Ottobre del 2007 oscillazione del CEA tra 20 e 40; ha praticato PET total body negativa. Aprile del 2008 valore del CEA di circa 24 eseguita nuovamente PET total body negativa. Successivamente eseguita ecografia addome e pelvi con esami di laboratorio di routine ottenendo continui risultati incoraggianti. I controlli periodici, in un secondo momento, vista l'assenza degli effetti collaterali sono stati eseguiti all'incirca una volta all'anno, avendo sempre chiaro possibili variazioni del quadro clinico della paziente.

CONCLUSIONI

L'evidenza scientifica è un elemento fondamentale per indirizzare la pratica clinica ad attuare i migliori interventi al fine di raggiungere risultati attesi e condivisi all'interno dell'equipe multidisciplinare, e tra il team assistenziale, il paziente e i familiari. Essa aiuta i professionisti e li indirizza nello sviluppo del trattamento più corretto a seconda della patologia in esame. Ciò che cambia, invece, tra la teoria scientifica e la realtà pratica, sono le condizioni cliniche, i valori personali, lo stato generale della persona (età, comorbilità). Ogni caso è unico, spetta quindi ai professionisti, in base alle loro capacità, saper adattare e personalizzare, nel miglior modo possibile, la buona pratica prodotta dalla ricerca scientifica. In letteratura troviamo numerose raccomandazioni di buona pratica che trattano nello specifico tale patologia, definendo le azioni da attuare nelle diverse fasi (dagli accertamenti iniziali, ai primi interventi da compiere durante la fase pre-operatoria, fino alle migliori strategie riabilitative da attuare a seconda dei problemi individuati sul paziente). Sicuramente durante il periodo riabilitativo il progetto terapeutico e gli interventi assistenziali attuati assumono sempre più un carattere individuale e personalizzato a seconda dell'evoluzione clinica della paziente e dei risultati raggiunti

Il processo clinico-assistenziale svolto con S.G. potrebbe trovare ampio impiego nella pratica clinica. Sicuramente le decisioni da prendere nella fase iniziale, sempre nel rispetto delle volontà, dei valori e delle credenze del paziente, non sono facili e immediate. Sicuramente la tempestività nell'intervenire è importante e molto spesso influenza i risultati che si possono raggiungere. Molte persone si arrendono subito nel momento in cui i medici comunicano che non vi sono molte possibilità di sopravvivenza o di recupero; non è facile decidere e ancora più difficile è trovare la forza di agire. Sicuramente l'analisi di questo caso po' portare ad evidenziare come sia importante non arrendersi mai, lottare e agire, ricercare, quelle che sono i migliori interventi possibili da realizzare, in base al progresso della scienza medica, nel momento in cui si è colpiti da una qualsiasi patologia e avere pazienza, solo il tempo può portare ad un cambiamento, che può essere positivo o negativo.

Le principali tipologie di informazioni analizzate nel seguente case report riguardano: la procedura chirurgica, l'importanza del ruolo dell'infermiere nel paziente sottoposto ad intervento chirurgico, le diverse fasi operatorie, la gestione della terapia post-operatoria, e i risultati ottenuti e attesi. Nelle patologie a carico del pancreas la chirurgia ha un ruolo molto importante l reale problema è che alla diagnosi circa il 40% dei pazienti si presenta con malattia localmente avanzata (invasione di organi e strutture vasali peri-pancreatiche) e nel 45-50% dei casi sono già presenti lesioni metastatiche epatiche e/o sistemiche.

Di conseguenza l'indice di resecabilità è intorno al 10-15% e, anche in caso di resezione ad intento radicale, la percentuale di pazienti che presenta una recidiva di malattia entro 5 anni dall'intervento si attesta intorno all'89% dei casi. La paziente del case analizzato nonostante la diagnosi tardiva ottenuta che confermava la presenza di adenocarcinoma della papilla di Vater, una patologia aggressiva che rappresenta la quarta causa di morte per tumore nel mondo occidentale, ha riscontrato un decorso post-operatorio differente dalle percentuali sopraindicate. Si sottopone annualmente a dei controlli che prevedono esami ematochimici ed ecografia addominale e pelvi.

Oggi, 15 anni dopo, S.G. , presenta un quadro clinico stabile rientrando nella bassa percentuale di persone che sopravvivono a questa patologia con assenza di effetti collaterali dopo un periodo così lungo.