

NUOVE SFIDE TRA
INNOVAZIONE
ED ETICA

TRIESTE 17-18 OTTOBRE 2025

Presidenti
Prof. Nicolò de Manzini
Dott. Alan Biloslavo



Patologia oncologica e urgenza chirurgica

PAOLA GERMANI
SC CLINICA CHIRURGICA-
TRIESTE

CONGRESSO NAZIONALE
SICUT 2025



CASO CLINICO 1

Maschio, 71 anni

Residente presso altra regione, giunto a Trieste autonomamente in visita ad amici.

Vita autonoma.

Giunge in PS alle ore 16:14 per astenia e ipotensione marcata

Parametri funzionali

	AVPU	Dolore	FC (bpm)	FiO2 (%)	PAS/PAD (mmHg)	Polsi	SI	SpO2 (%)	T (°C)
31/01/2025 16:14	Alert (vive)	0	90	21	90/65	RITMICO	1.0	90	36.0

All'arrivo in PS: vigile eupnoico, astenico.

Torace mv presente bilateralmente

addome globoso non dolente

succulenza arti inferiori





APR: noto k polmone sinistro localmente avanzato infiltrante la parete con linfadenopatie locoregionali. Diagnosi nota da circa un anno.

Paziente seguito da oncologia (altra sede) e cure palliative simultanee

Attualmente in trattamento immunoterapico presso altra sede. Recente TC di restaging (disponibile unicamente fotografia del referto) che mostra una sostanziale stabilità di malattia

Note: *Your Risk* has been rounded to one decimal point.

Outcomes i

Outcome	Your Risk	Average Risk	Chance of Outcome
Serious Complication	39.7%	24.8%	Above Average
Any Complication	37.3%	26.9%	Above Average
Pneumonia	9.3%	5.0%	Above Average
Cardiac Complication	3.4%	2.5%	Above Average
Venous Thromboembolism	6.0%	4.1%	Above Average
Sepsis	13.3%	6.2%	Above Average
Surgical Site Infection	13.1%	10.3%	Above Average
Urinary Tract Infection	1.8%	1.6%	Average
Renal Failure	5.1%	4.4%	Above Average
Readmission	16.9%	9.9%	Above Average
Return to OR	9.2%	7.6%	Above Average
Death	20.4%	3.6%	Above Average
Discharge to Nursing or Rehab Facility	33.1%	18.7%	Above Average
Colectomy Ileus	42.0%	32.4%	Above Average
Colectomy Anastomotic Leak	2.9%	1.9%	Above Average

Predicted Length of Hospital Stay: 10 days

Increasing activity (arrow pointing down)

- 1 Very fit – People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age.
- 2 Well – People who have no active disease symptoms but are less fit than people in category 1. Often they exercise or are very active occasionally, eg seasonally.
- 3 Managing well – People whose medical problems are well controlled, but are not regularly active beyond routine walking.
- 4 Vulnerable – While not dependent on others for daily help, often symptoms limit activities. A common complaint is being "slowed up" and/or being tired during the day.**
- 5 Mildly frail – These people often have more evident slowing, and need help in high order IADLs (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework.

Increasing dependency (arrow pointing up)

- 6 Moderately frail – People need help with all outside activities and with keeping house. Inside they often have problems with stairs and need help with bathing and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing.
- 7 Severely frail – Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~6 months).
- 8 Very severely frail – Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness.
- 9 Terminally ill – Approaching the end of life. This category applies to people with a life expectancy of <6 months, who are not otherwise evidently frail.

Scoring frailty in people with dementia
 The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common symptoms in mild dementia include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal. In moderate dementia, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In severe dementia, they cannot do personal care without help.

© 2007-2009. Version 1.2. All rights reserved. Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Permission granted to copy for research and educational purposes only.

5 points
 Charlson Comorbidity Index

21 %
 Estimated 10-year survival

[Copy Results](#) [Next Steps >>>](#)

INQUADRAMENTO IN PS:

ECG: ritmo sinusale

EMOGAS ARTERIOSO: insufficienza respiratoria

→ impostato O2 terapia al 50%

Inizia infusione di 500 mL di SF

31/01/2025 19:14	Alert (vigile)		86	100	70/40		1.23	96	
31/01/2025 19:23	Alert (vigile)	0	80	100	100/60		0.8	96	

Terapie eseguite in PS

SODIO CLORURO FKI*0,9% 500ML 1.0

Chimica Clinica

Glucosio	69	mg/dL	65 - 110
Urea	205	> mg/dL	15 - 50
Creatinina (metodo enzimatico IFCC-IDMS)	3.44	> mg/dL	0.50 - 1.30
Sodio	133	< mEq/L	135 - 145
Potassio	5.07	mEq/L	3.50 - 5.10
Bilirubina totale	0.54	mg/dL	0.30 - 1.20
AST (GOT)	33	U/L	<45
ALT (GPT)	20	U/L	<45
Troponina I hs (dosaggio ad elevata sensibilità)	17	ng/L	18 ng/L: 99 th percentile 22 ± 4 ng/L: Delta assoluto significativo

ATTENZIONE nuova unità di misura in uso in ng/L.

Amilasi pancreatica	12	U/L	8 - 53
Proteina C reattiva	442.3	mg/L	< 5.0

Ematologia

Emocromo			
Globuli Bianchi	11.27	> × 10 ⁴ /μL	4.00 - 11.00
Globuli Rossi	4.05	< × 10 ⁶ /μL	4.60 - 5.60
Emoglobina	11.1	< g/dL	14.0 - 18.0
Ematocrito	33.9	< %	40.0 - 50.0
MCV	83.7	fL	80.0 - 94.0
MCH	27.4	pg	27.0 - 32.0
MCHC	32.7	g/dL	31.5 - 36.0
RDW	18.0	> %	13.1 - 15.2
Piastrine	264	× 10 ⁴ /μL	150 - 450
MPV	9.0	fL	8.1 - 10.2
PDW	9.1	%	
PCT	0.24	%	

Coagulazione

Tempo di protrombina INR	1.37	>	0.78 - 1.20 Obiettivo terapeutico media intensità: 2 - 3 alta intensità: 2.5 - 3.5 (Per terapia con antagonisti della vitamina K)
Secondi Ratio	15.7	s	
	1.35	>	0.78 - 1.20 (in assenza di antagonisti della vitamina K)
Tempo di Tromboplastina parziale - APTT Secondi Ratio	27.3	s	
	0.88		0.76 - 1.18
Fibrinogeno - met. Clauss	937	> mg/dL	180 - 400

COSA FARE#1:

- È un paziente oncologico avanzato, non serve neanche proseguire con la diagnostica
- Proseguo con un imaging per inquadrare la causa della sepsi e mi riservo di decidere sul percorso una volta avuta una diagnosi
- Attivo tutte le risorse disponibili per ottenere una diagnosi e il successivo trattamento del paziente





TC TORACE:

non si riconoscono difetti di opacizzazione a carico del circolo arterioso polmonare, perlomeno per quanto concerne il macro circolo in paziente con nota voluminosa neoplasia che occupa estesamente il lobo polmonare inferiore di sinistra con ampie componenti necrotico-colligative nel contesto e con grossolane tumefazioni linfonodali in mediastino soprattutto in sede sottocarenale e ilare a sinistra; la neoplasia oblitera completamente il bronco principale per il lobo polmonare inferiore di sinistra ed avvolge in concomitanza alle linfadenopatie i principali vasi ilari da tale lato.

Bilateralmente, ma con prevalenza a destra, si riconoscono aspetti di tipo reticolo-nodulare con associate componenti a vetro smerigliato a destra estesi a tutto il polmone, minime al lobo polmonare superiore, più marcate al lobo polmonare inferiore che potrebbero anche essere di natura flogistica. Ispessiti i bronchi a livello polmonare a destra.

TC ADDOME PELVI:

Abbondante aria libera extraintestinale da possibile perforazione alta di probabile origine a livello di bulbo duodenale.

Diverticolosi colica e coprostasi colica.

Discreto diffuso versamento liquido libero in cavità addomino-pelvica. Vescica sovradistesa con alcuni diverticoli o diverticoli di parete. Non lesioni sospette in ambito epatico riconoscendosi formazione cistica al VI segmento di piccole dimensioni. Colecisti opacizzata da MdC priva di calcoli radiopachi. Non dilatazione delle vie biliari intra ed extraepatiche. Non rilievi patologici a carico di milza, pancreas, surreni. Alcune formazioni cistiche renali bilaterali. Non idronefrosi. Regolare il calibro dell'aorta addominale. Pervi i principali vasi arteriosi e venosi splancnici.

Punta d'ernia inguinale bilaterale a prevalente contenuto adiposo e liquido a destra. Numerosi linfonodi di aspetto reattivo in addome.

Ore 19:00 rivalutazione dopo TC

Alla visita paziente vigile, collaborante, orientato t/s

Persiste ipotensione nonostante fluidoterapia in corso (somministrati 500 mL SF), FC 86

Paziente portatore di elastomero con morfina e ketorolac (paziente giunto a Trieste autonomamente guidando la propria macchina)

Addome trattabile, dolorabile diffusamente.

Avviata terapia antibiotica empirica con Pip/Tazo

Recap:

- venerdì sera ore 19.00 → equipe limitata, ospedale hub
- Informazioni sullo stato oncologico del paziente limitate (paziente proveniente da altra regione)
- Non disponibile oncologo/palliativista in ospedale per colloquio
- Familiari (figlia) disponibili unicamente al telefono
- Sepsi da quadro acuto addominale → peritonite da perforazione di viscere cavo (sospetta perforazione «alta»)

COSA FARE#2:

- È un addome acuto per cui è mandatorio un intervento urgente
- Avvio la sola terapia di supporto
- Attivo gruppo multidisciplinare o quante più risorse possibili per una discussione collegiale
- Chiamo l'anestesista e faccio decidere lui



Caso discusso collegialmente tra due anestesisti e due chirurghi (senior e junior) e con medico del PS

Il paziente viene informato in merito alla severità della patologia acuta in atto anche in relazione all'importante quadro di shock settico ed alla patologia oncologica di base (tumore avanzato del polmone in scarsa risposta all'immunoterapia).

Lungo colloquio telefonico con la figlia.

Il paziente, dopo colloquio telefonico con la figlia (anch'essa informata della situazione), adeguatamente informato anche dell'importante rischio di morte intra e perioperatoria decide di sottoporsi all'intervento chirurgico e firma i consensi. Figlia concorde con il percorso

Paziente inviato in recovery room per preparazione all'intervento ed ottimizzazione

H 22: 15 inizio intervento:

Laparotomia esplorativa

Riscontro intraoperatorio di peritonite purulenta diffusa (eseguiti colturali)

Non evidenza di perforazione a livello gastroduodenale

Riscontro di **perforazione a livello del sigma diverticolare**



COSA FARE#3:

- Resezione di sigma ed addome aperto
- Hartmann
- Resezione e anastomosi protetta
- Resezione e anastomosi non protetta



quadro intraoperatorio di peritonite diffusa da perforazione diverticolare

condizioni critiche del paziente

necessità di rapido tentativo di estubazione



RESEZIONE SECONDO
HARTMANN

H 23: 50 fine intervento

Paziente inviato in ICU



GPO 1:

Persiste quadro di **shock settico**

Paziente intubato, in supporto aminico ad alto dosaggio, scambi respiratori non buoni, persistenza di IRA

Chimica Clinica

Glucosio	93	mg/dL	65 - 110
Urea	187	> mg/dL	15 - 50
Creatinina (metodo enzimatico IFCC-IDMS)	3.14	> mg/dL	0.50 - 1.30
Sodio	133	< mEq/L	135 - 145
Potassio	4.81	mEq/L	3.50 - 5.10
Cloro	97	< mEq/L	98 - 110
Proteina C reattiva	411.1	mg/L	< 5.0
Acido lattico	6.9	mg/dL	6.5 - 19.3

Ematologia

Emocromo			
Globuli Bianchi	17.13	> x 10 ³ / μ L	4.00 - 11.00
Globuli Rossi	3.89	< x 10 ⁶ / μ L	4.60 - 5.60
Emoglobina	10.7	< g/dL	14.0 - 18.0
Ematocrito	32.9	< %	40.0 - 50.0
MCV	84.6	fL	80.0 - 94.0
MCH	27.5	pg	27.0 - 32.0
MCHC	32.5	g/dL	31.5 - 36.0
RDW	18.3	> %	13.1 - 15.2
Piastrine	280	x 10 ³ / μ L	150 - 450
MPV	9.1	fL	8.1 - 10.2
PDW	9.7	%	
PCT	0.25	%	

Materiale: Frammenti tessuto/biopsia
Esame culturale

Positivo

Ceppo 1	Escherichia coli	Alcune colonie
Ceppo 2	Proteus vulgaris group	Alcune colonie

Antibiogramma

ANTIBIOTICO	Ceppo 1		Ceppo 2	
	S	MIC	S	MIC
Amikacina	S	<=8	S	<=8
Amoxicillina/A.CLAV.	S	8	S	<=4
Ampicillina	R	>8	R	>8
Aztreonam	S	<=1	S	<=1
Cefepime	S	<=1	S	<=1
Cefotaxime	S	<=1	S	<=1
Ceftazidime	S	<=1	S	<=1
ceftazidime/avibactam	S	<=2	S	<=2
ceftolozane/tazobactam	S	<=1	S	<=1
Ciprofloxacina	R	>1	S	<=0.06
Colistina			R	>4
Ertapenem	S	<=0.06	S	<=0.06
Fosfomicin	S	<=8		
Gentamicina	S	<=2	S	<=2
Imipenem	S	<=1	I	2
Levofloxacina	R	>1	S	<=0.5
Meropenem	S	<=0.12	S	<=0.12
Meropenem-vaborbactam	S	<=8	S	<=8
Piperacillina/tazobactam	S	<=4	S	<=4
Tigecycline	S	<=0.5		
Tobramicina	S	<=2	S	<=2
Trimetoprim/Sulfam.	S	<=2	S	<=2

COSA FARE#4:

- Proseguo con l'intensivizzazione ed utilizzo tutte le risorse disponibili
- Inizio con la sola terapia di supporto
- Discuto il caso collegialmente e convoco la figlia per concordare la scelta
- Faccio decidere unicamente ai familiari



Giunta la figlia da altra regione ed avvisata della gravità

GPO2: persistenza di shock settico, IRA. Paziente **non estubabile**

Ulteriore colloquio congiunto con figlia → si concorda per palliazione

Decesso in GPO 2

Descrizione microscopica/Diagnosi

Sezioni di parete colica caratterizzata da fenomeni di diverticolosi con diverticolite e peridiverticolite ed aspetti di transmuralizzazione flogistica con perforazione ed estensione flogistica al piano sieroso.
Margini resettivi in tessuto sano.



CASO CLINICO 2

Donna di 57 anni

Accede al PS per dolore addominale associato a nausea e vomito

All'ingresso in PS PV nella norma, apiretica.

Cachettica. Peso 50 kg.

EO: addome trattabile, diffusamente dolente e dolorabile senza segni di peritonismo

POCUS: anse di tenue distese con movimento to and from e liquido libero tra le anse

Esami ematici: nella norma



2015

Isterectomia totale con annessiectomia bilaterale, linfoadenectomia, emicolectomia destra estesa all'ultima ansa ileale e omentectomia per adenocarcinoma intestinale G2 del colon destro infiltrante l'annessetto destro pT4aN2aM1a LVI+



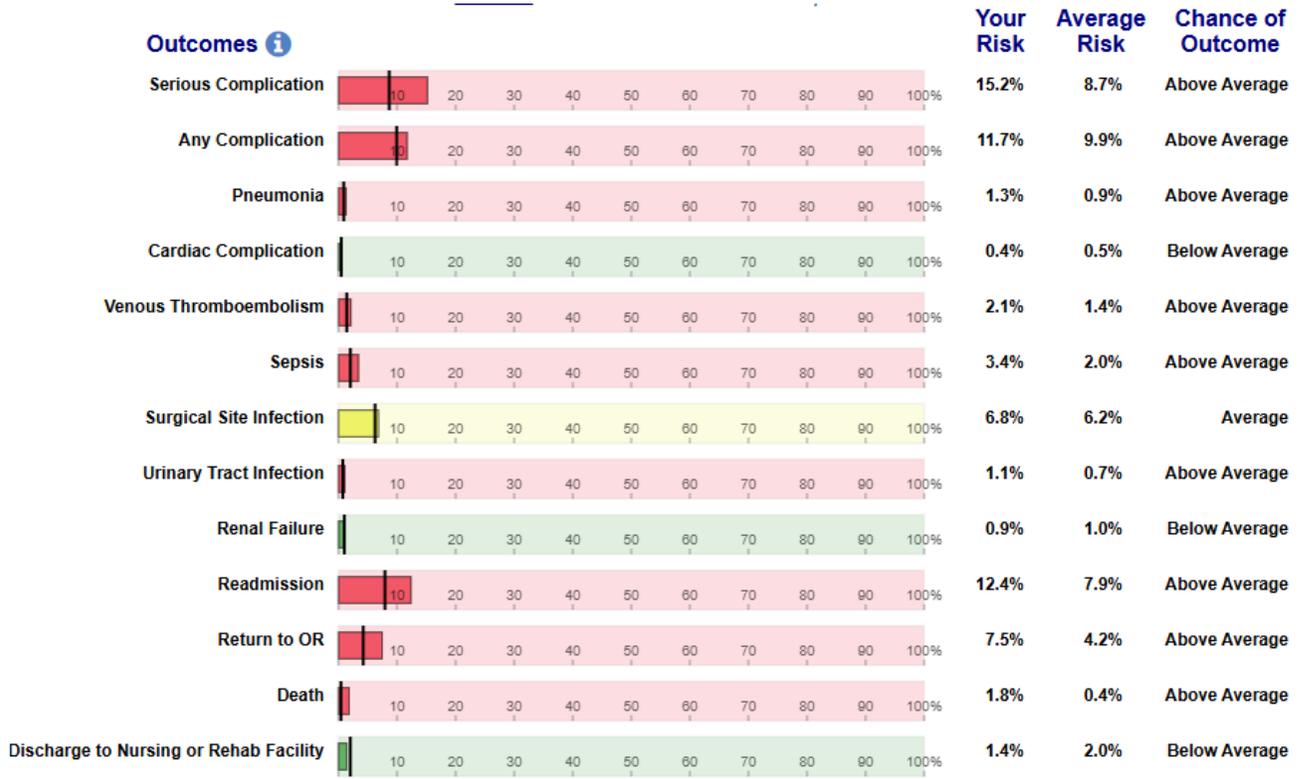
12 cicli di FOLFOX + BEVACIZUMAB (dal 4° ciclo riduzione di dose del 10% per neutropenia persistente)

Successivo trattamento con CAPECITABINA + BEVACIZUMAB

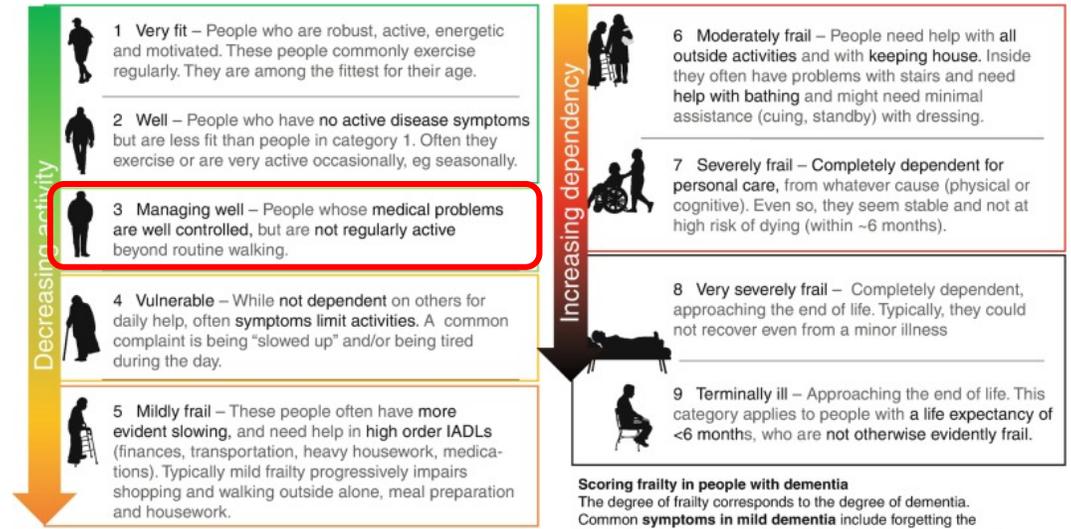
Plurimi ricoveri per occlusione di tenue da ripresa di malattia peritoneale trattati conservativamente

Ulteriore trattamento con FOLFIRI + PANITUMUMAB per 12 cicli → al termine risposta parziale. Ulteriori accessi al PS per episodi subocclusivi

2021



Predicted Length of Hospital Stay: 5.5 days



© 2007-2009. Version 1.2. All rights reserved.
 Geriatric Medicine Research,
 Dalhousie University, Halifax, Canada.
 Permission granted to copy for research and educational purposes only.



Scoring frailty in people with dementia
 The degree of frailty corresponds to the degree of dementia. Common **symptoms in mild dementia** include forgetting the details of a recent event, though still remembering the event itself, repeating the same question/story and social withdrawal. In **moderate dementia**, recent memory is very impaired, even though they seemingly can remember their past life events well. They can do personal care with prompting. In **severe dementia**, they cannot do personal care without help.

7 points

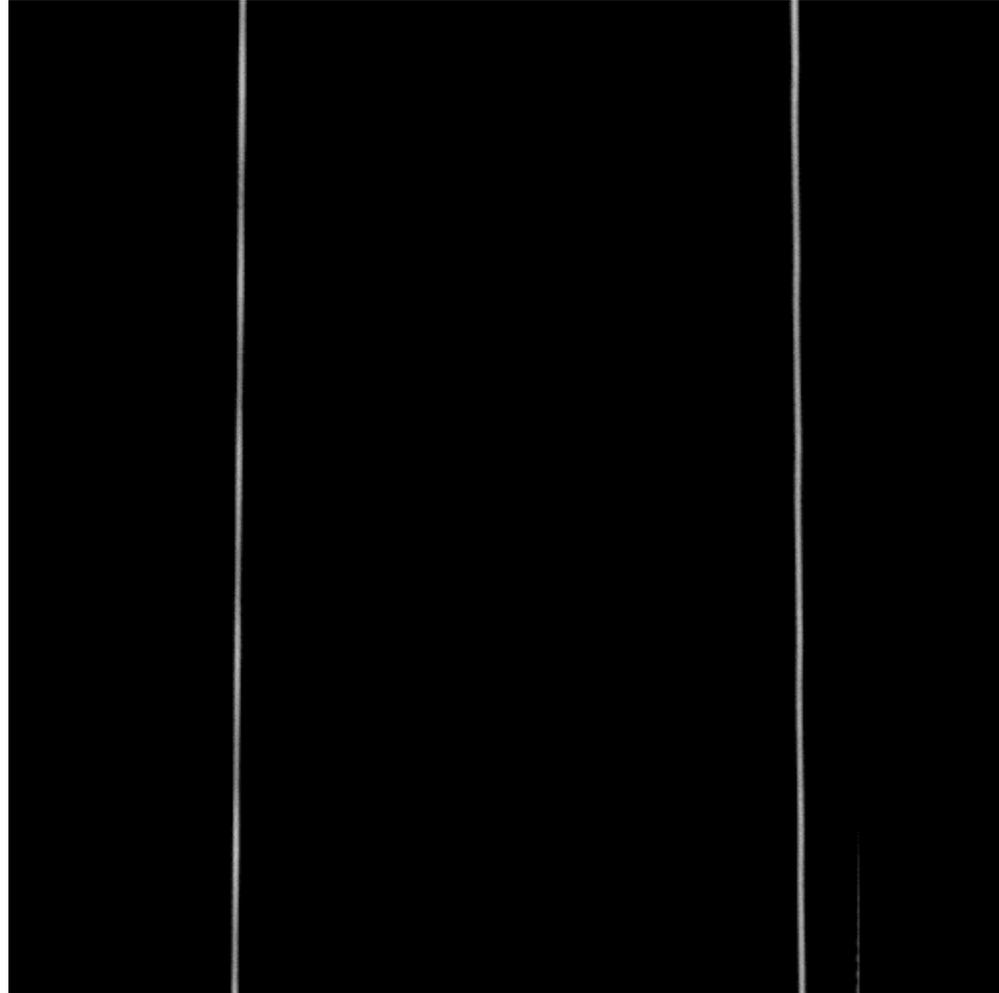
Charlson Comorbidity Index

0 %

Estimated 10-year survival

Copy Results 

Next Steps 



TC addome con mdc: occlusione di tenue con salto di calibro in fidx. Minimo film fluido tra le anse ed in pelvi. Non segni di sofferenza d'ansa

Eseguito tentativo di trattamento conservativo con fallimento dello stesso e peggioramento del quadro clinico generale della paziente

EO addome: addome sempre diffusamente dolorabile

Esami ematici: in peggioramento

Glucosio	166	> mg/dL	65 - 110
Urea	108	> mg/dL	15 - 50
Creatinina (metodo enzimatico IFCC-IDMS)	2.42	> mg/dL	0.40 - 1.10
Sodio	136	mEq/L	135 - 145
Potassio	4.16	mEq/L	3.50 - 5.10
Proteina C reattiva	128.1	mg/L	< 5.0
Acido lattico	18.5	mg/dL	6.5 - 19.3

COSA FARE#1:

- Nuovo tentativo conservativo: la paziente è troppo fragile per sopportare la sala
- Solo terapia di supporto: la paziente ha già avuto una lunga storia di malattia e oramai non abbiamo più armi per un trattamento oncologico
- Intervento chirurgico esplorativo
- È un'urgenza differibile per cui abbiamo il tempo di attivare l'equipe multidisciplinare



Intervento chirurgico urgente:

Lpt esplorativa e viscerolisi per importante sindrome aderenziale

Anse di tenue distese e dilatate con minimo versamento libero sieroso

Pregressa anastomosi ileocolica depleta ma regolare

FiDx: tessuto duro retroperitoneale coinvolgente anche due anse ileali che risultano deplete a valle. Il distacco intestinale dal retroperitoneo risulta impossibile



COSA FARE#2:

- Ileostomia a monte
- Resezione della anse coinvolte lasciando residuo di malattia
- Bypass ileo-ileale
- Chiusura senza fare niente. Il quadro è troppo avanzato



.....si decide per sezionare le anse coinvolte a monte e a valle mediante suturatrice meccanica.

A questo punto si procede a distacco dell'ultimo segmento ileale dalla parete comprendendo anche gettone di tessuto retroperitoneale

Anastomosi

Posizionamento di clip di repere in sede di residuo di malattia per eventuale radioterapia



Decorso post operatorio caratterizzato da polmonite ab ingestis trattata con antibiotico terapia

Dimessa in 8° GPO

Descrizione microscopica/Diagnosi

- 1) Tratto di ileo con localizzazione di adenocarcinoma NAS morfologicamente compatibile con la neoplasia nota in anamnesi, documentabile sull'inclusione /1C, nel contesto della tonaca muscolare. Margini di resezione intestinali indenni da neoplasia.
- 2) Tratto di ileo con esiti metachirurgici (/2C) e localizzazione di adenocarcinoma (/2D) a carico della mucosa, della sottomucosa e della tonaca muscolare propria. Margini di resezione intestinali indenni da neoplasia.
- 3) Tratto di ileo con congestione parietale, indenne da neoplasia.

2021

PET post operatoria: carcinosi peritoneale diffusa

A due mesi dall'intervento ripresa di De Gramont + Panitumumab

PET di restaging a 6mesi e a 1 anno: risposta completa sulla carcinosi (sempre in corso di terapia)

Pausa dal trattamento

2023

Ricovero in chirurgia per occlusione intestinale risolta conservativamente. Alla TC ripresa di malattia

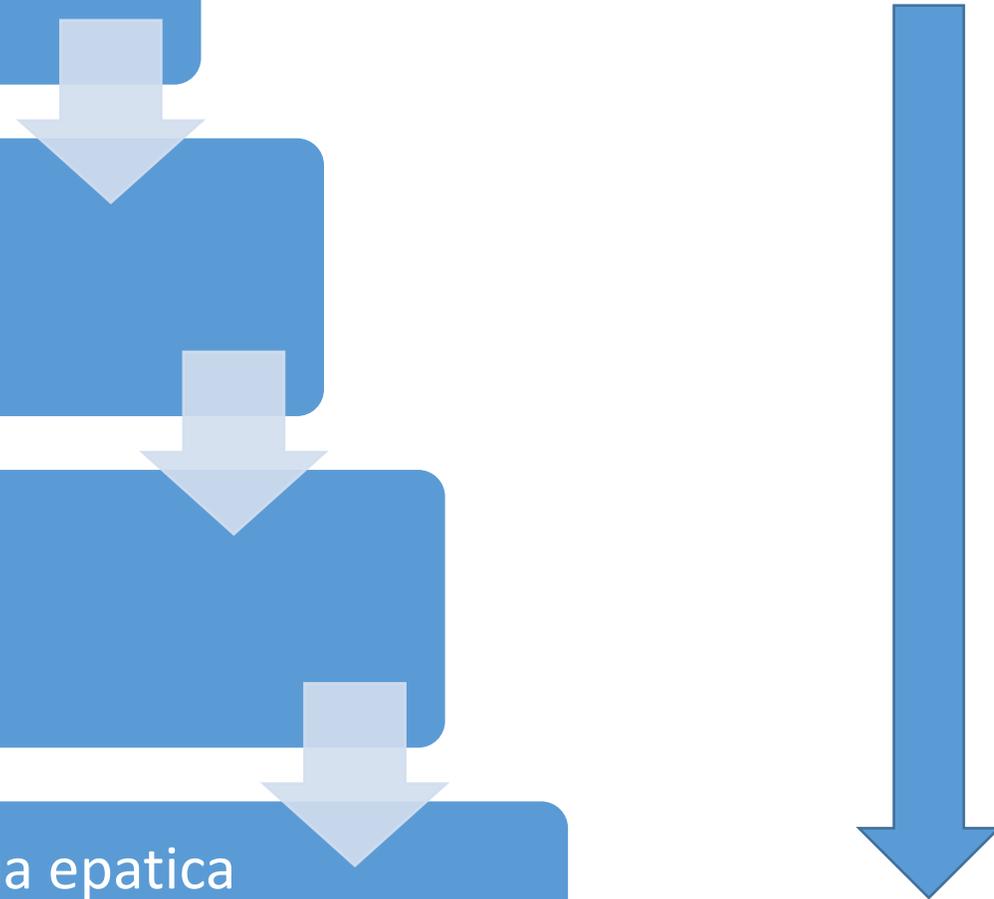
Ripresa del trattamento con 5-FU + PANITUMUMAB (9 cicli) → lenta progressione

Inizio terapia con Lonsurf per 3 mesi

Restaging: progressione di malattia epatica e peritoneale, calo ponderale progressivo e peggioramento della stipsi

2023

2024



Rientra in PS per dolore addominale acuto

PV nella norma

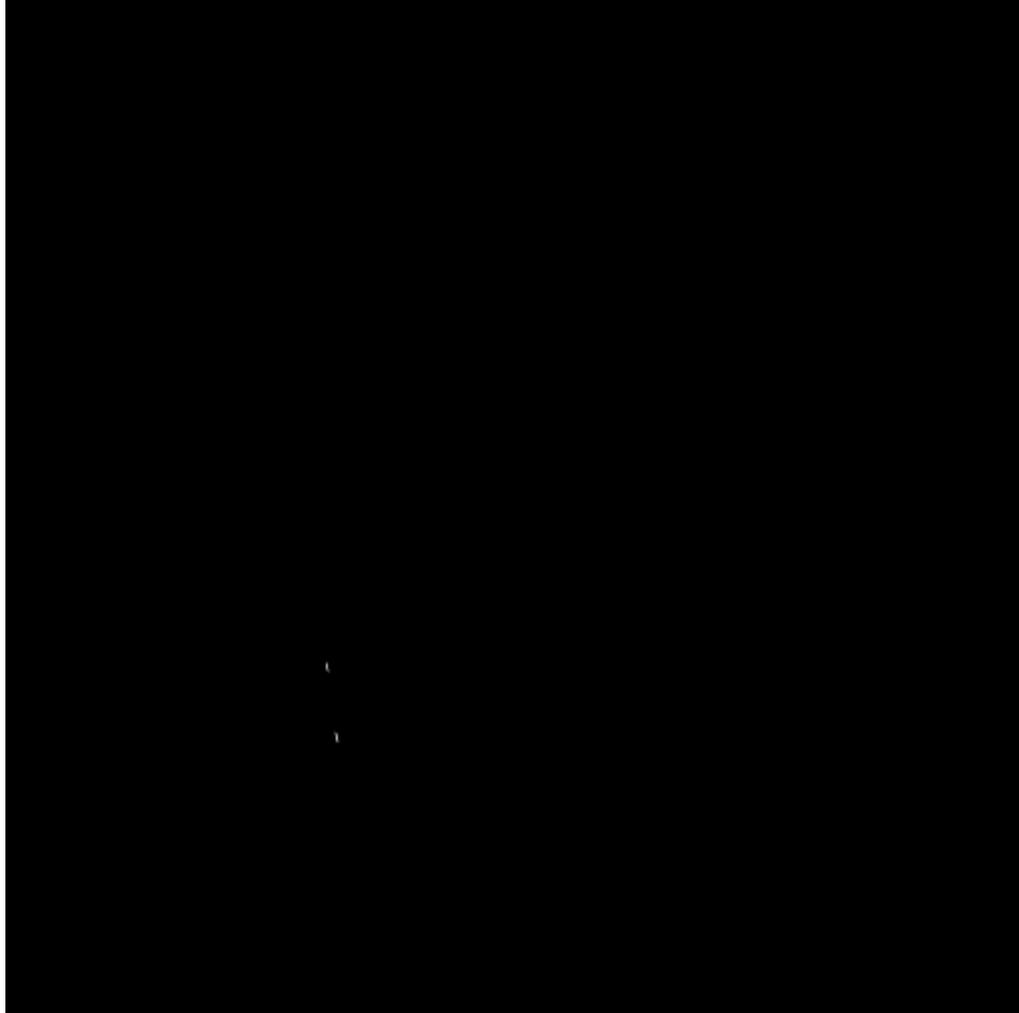
EO: sofferente emaciata, addome teso, disteso, dolente

ECO: distensione gassosa importante con liquido libero addominale e tratti di anse esplorabili con peristalsi inefficace

EE: nei limiti della norma

TC addome: abnorme distensione di tutta la cornice colica che assume diametro al trasverso di 6-7 cm, con importanti livelli idroaerei nel contesto. La distensione si osserva fino in regione pelvica ove sembra di visualizzare ansa di sigma a pareti contratte ed ispessite (sede di recidiva?). Versamento ascitico diffuso. Nota carcinosi.



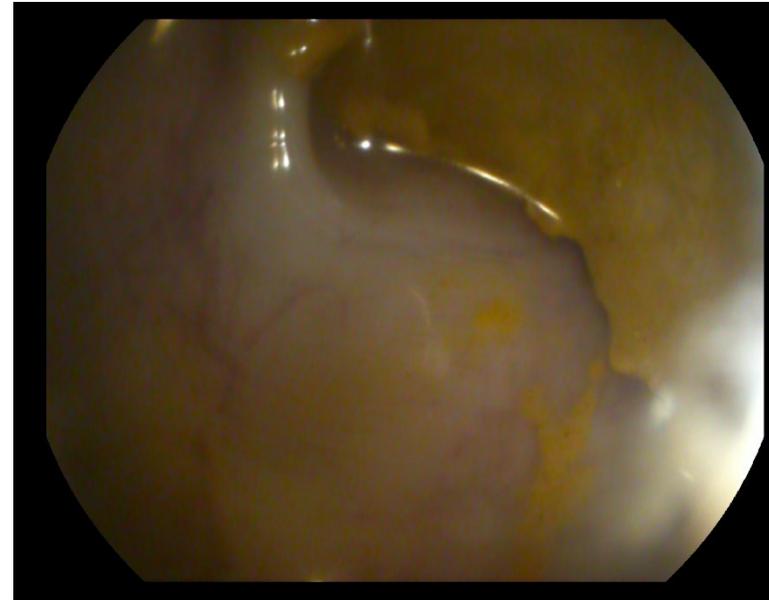
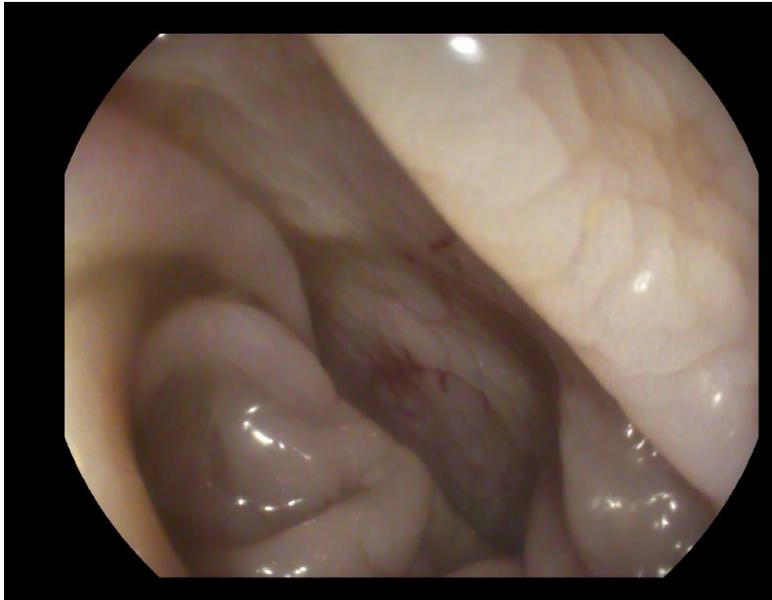


COSA FARE#3:

- Intervento chirurgico urgente
- Tentativo di endoscopia a scopo diagnostico-terapeutico
- Terapia conservativa
- palliazione



Rettosigmoidoscopia: Transito interrotto al giunto retto-sigma per viscere fisso e angolato; col limite di feci solide normocoliche nei tratti esplorati, ove valutabile mucosa di aspetto normale



Successivo peggioramento clinico con sviluppo di quadro settico

COSA FARE#4:

- laparotomia esplorativa
- confezionamento di trasversostomia elettiva
- Terapia conservativa
- palliazione



Intervento chirurgico urgente di confezionamento di trasversostomia

Decorso post-operatorio complicato da raccolta intraddominale perisigmoidea trattata con drenaggio percutaneo

Dimessa in 20° GPO con terapia antibiotica con tazocin long course, attivazione cure palliative domiciliari

A 2 mesi dall'intervento buona ripresa → inizio terapia con regorafenib per 4 mesi.
Poi progressivo deperimento organico

Decesso a 8 mesi dal reintervento e a quasi 10 anni dall'esordio di malattia



