

NUOVE SFIDE TRA  
**INNOVAZIONE**  
ED ETICA

**TRIESTE 17-18 OTTOBRE 2025**

Presidenti

Prof. Nicolò de Manzini

Dott. Alan Biloslavo



# Sessione: gestione del fine vita e chirurgia futile

## Patologia non oncologica e chirurgia d'urgenza

**DIEGO VISCONTI**

**AOU CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA DI  
TORINO**

CONGRESSO NAZIONALE  
SICUT 2025



# Caso clinico 1

S. C., ♂, 83 aa

APP: accesso in PS in data **10/02/25**, h **14.49**, per episodio presincopale dopo defecazione

APR: sindrome bradi-tachi con FAP; cardiopatia ischemica sottoposta a PCI per NSTEMI; portatore di PM e loop recorder; pregresso stroke cardio-embolico

“3 interventi” per ernia inguinale bilaterale. Ultima visita chirurgica 1/2025 con punta d'ernia non intasata

Terapia domiciliare: edoxaban, atorvastatina, pantoprazolo, acido ursodesossicolico

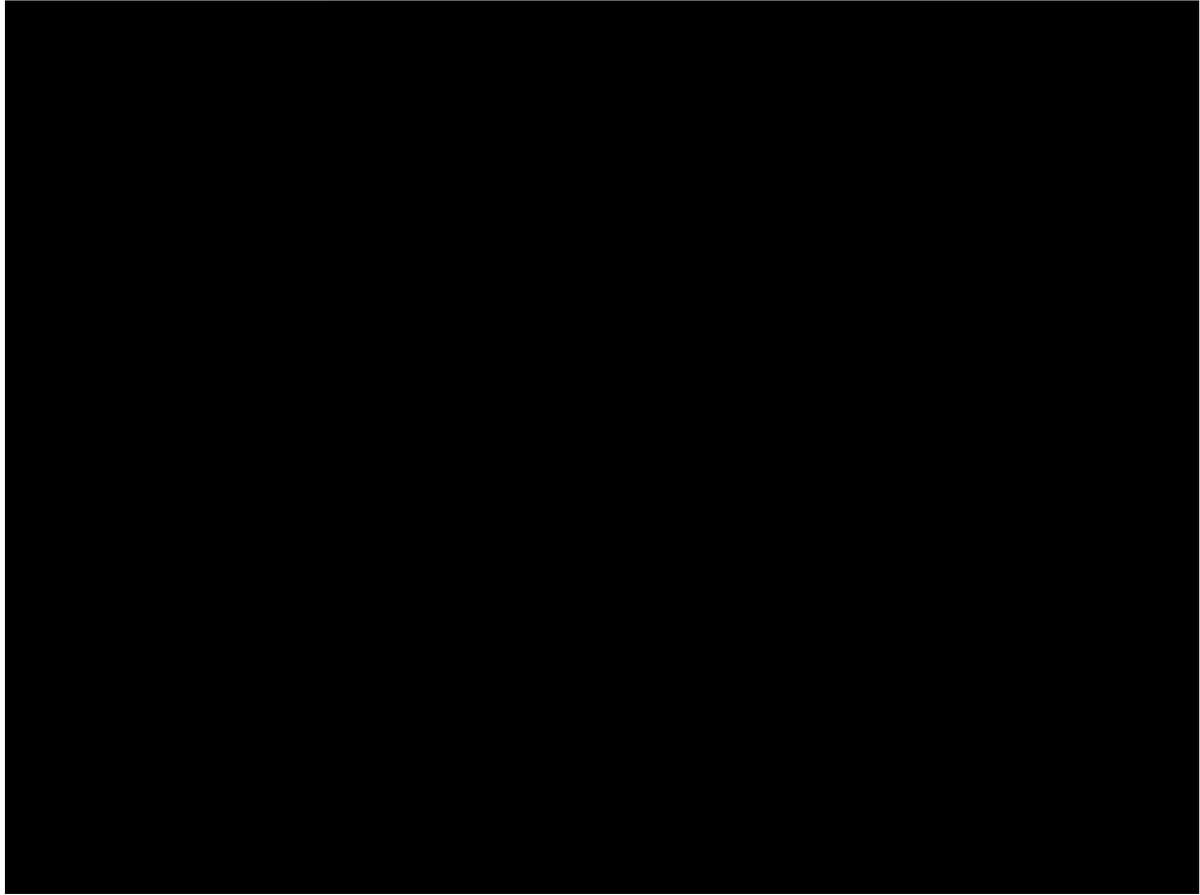
EE: WBC 13.69, Hb 13.8, HCT 41.9, PLT 208, Glu, 162, INR 1.06, creat 0.83, AST/ALT 29/18, Amy 64, CK 64, Na/K 137/3.7, PCR 2.7

ECG: bradi FA con fvm 39 bpm, non alterazioni T-ST

EGA arterioso in AA: ph 7.40, pO<sub>2</sub> 100, pCO<sub>2</sub> 32, Lac 2.1, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 19, Na/K 138/4, Hb 13.8, Glu 189

Ecoscopia: Aorta addominale regolare per calibro e decorso, non idronefrosi, non liquido libero in addome

**h 19.05**: episodio di vomito alimentare. Richiesta Tc addome



Viene chiamato il chirurgo di guardia:

EO: addome globoso per adipe, trattabile, dolente e dolorabile in mesogastrio, non peritonismo. Voluminosa ernia inguinale sinistra

**1° domanda: cosa fare ?**

- 1. Ernioplastica inguinale open in urgenza**
- 2. Ernioplastica inguinale laparoscopica in urgenza**
- 3. Tentativo di riduzione per taxis, inserimento in WL per intervento elettivo**

## Consulenza del chirurgo di guardia (h 21.02):

- “quadro occlusivo di tipo meccanico sostenuto da ernia inguinale sinistra intasata. Si riduce agevolmente l’ernia ottenendo immediata canalizzazione ad abbondanti feci liquide. Si constata anche globo vescicale per cui si posiziona CV tipo Foley 14 Ch con ristagno di 500 cc di urine chiare
- “non indicazioni chirurgiche a carattere d’urgenza. Dal punto di vista chirurgico dimissibile domattina con ricontrollo ambulatoriale a breve con impegnativa per visita chirurgia di controllo”

**11/02, h 01.51:** Dolore addominale, alvo canalizzato. Non apprezzabile protrusione erniaria, non vomito. Somministrato Perfalgan 1 g ev

**11/02, h 11.35:** franca rettorragia. Paziente vigile, sofferente per dolore addominale.

- PA 100/65, Fc 75', Sat 96% in AA, T 36.5°C

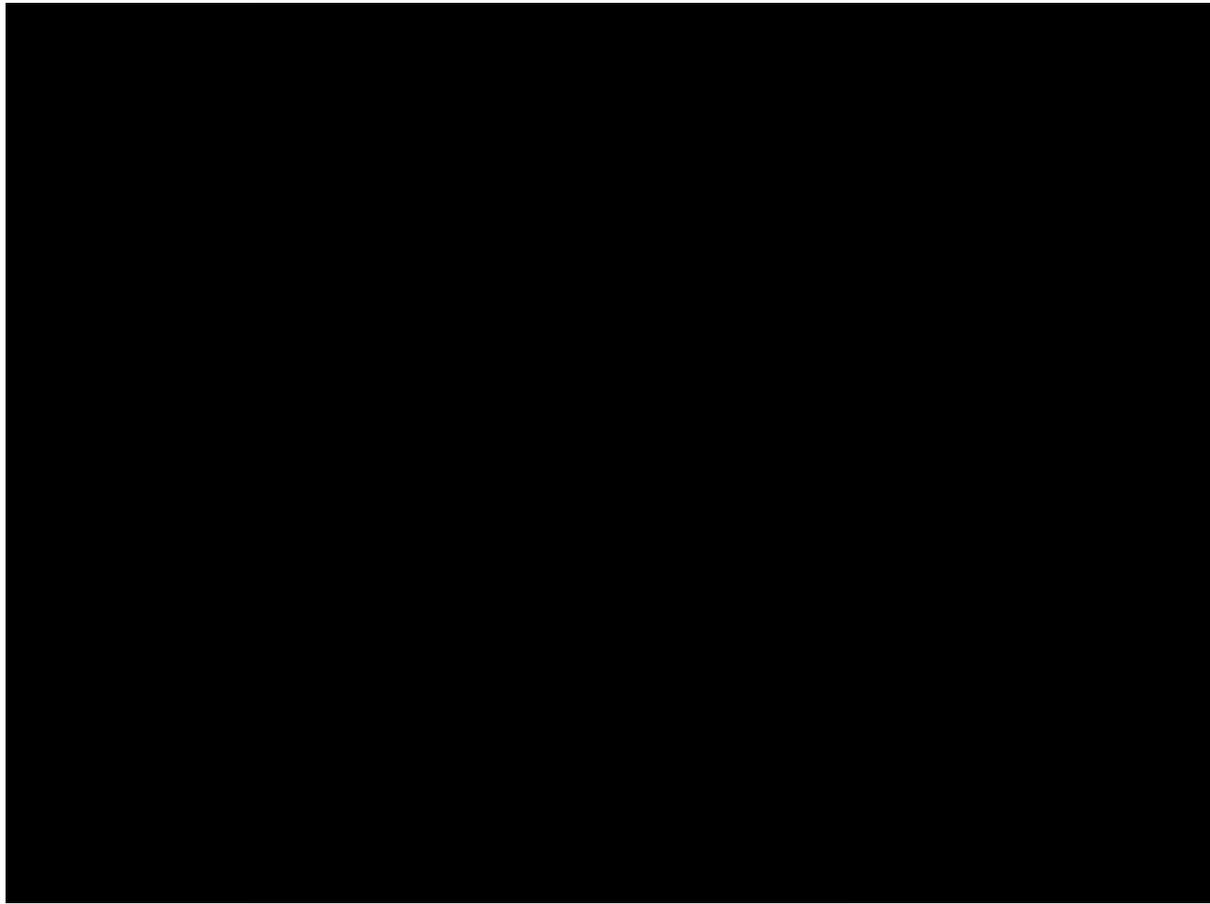
- EE: WBC 37.94, Hb 18.5, HCT 57.2, PLT 138, glu 130, creat 1.79, AST/ALT 33/21, Na/K 137/4.1, CK 60, PCR 156

- EGA venoso: ph 7.12, Lac 8.5, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 10, Hb 16.7, Na/K 134/4.8, Cl 108, Glu 110

- EO: Addome trattabile, dolente e dolorabile diffusamente in meso-ipogastrio, peristalsi presente. Marezzatura alle ginocchia. Urine concentrate (150 cc in CV)

**h 12.30:** Richiesta Tc addome

Richiesta rivalutazione chirurgica



**11/02, h 13.16: consulenza chirurgica**

- “Chiamata per peggioramento delle condizioni generali, ipotensione, episodio di rettorragia e ingravescenza del dolore addominale”
- Addome poco trattabile, dolente e dolorabile diffusamente con segni di peritonismo
- Eseguita TC addome con dubbio di ischemia intestinale colica

## **2° domanda: cosa fare ?**

- 1. Laparotomia esplorativa, eventuale resezione intestinale**
- 2. Laparoscopia esplorativa, possibilità di conversione, eventuale resezione intestinale**
- 3. Astensione terapeutica e palliative care**

Chirurgo: Si pone indicazione chirurgica urgente. Richiesta disponibilità sala operatoria.  
Colloquio con la figlia.

**11/02, h 15.05**: Intervento chirurgico: laparotomia esplorativa.

- “reperto di ischemia avanzata di tutto il colon fino al retto superiore e dell'ultimo metro di ileo. Riduzione agevole del sigma da ernia inguinale sinistra plurirecidiva. Versamento addominale diffuso maleodorante di cui si invia campione per batteriologico. Si esplora tutto il piccolo intestino con evidenza di circa 220 cm di ileo senza segni di sofferenza ischemica acuta

- All'induzione: Noradrenalina 0.7 mcg/Kg/min

### **3° domanda: cosa fare ?**

- 1. Colectomia subotale con anastomosi, chiusura della parete**
- 2. Colectomia subotale con anastomosi, ileostomia di protezione, chiusura della parete**
- 3. Colectomia subtotale con ileostomia definitiva, chiusura della parete**
- 4. Colectomia subtotale con affondamento dei monconi, addome aperto**
- 5. Astensione terapeutica, chiusura della parete, palliative care**

- Colectomia subtotale con resezione degli ultimi 100 cm di ileo
- “In considerazione delle gravissime condizioni generali del paziente, dell'importante supporto emodinamico e dell'estensione dell'ischemia si opta per open abdomen con posizionamento di medicazione Abthera a pressione negativa continua a -125 mmHg per successiva revisione chirurgica”
- Al termine dell'intervento trasferito c/o la Rianimazione del PS

Decorso in Rianimazione:

All'ingresso (**11/02, h 19.37**): “Shock ad eziologia mista (settico e ipovolemico) da peritonite secondaria ad occlusione + ischemia intestinale”

- EGA all'ingresso: pH 7.11, pCO<sub>2</sub> 54, lac 5.9, BE – 12.3. PF 327
- Noradrenalina: 0.65 mcg/Kg/min
- Anuria su AKI pre-renale

**11/02, h 23.25**: insufficienze d'organo: circolo, fegato (bilirubina 2.4, AST 399, ALT 283), rene (urea 91, creatinina 2.03). PLTS 90.000.

**12/02, h 09.33**: Shock settico refrattario con MOF. Noradrenalina 0.7 mcg/kg/min, vasopressina 0.02 U/min. Oligoanuria circa 10-15 cc bioraria, urine concentrate

**13/02, 15/05**: Shock settico refrattario che evolve verso l'asistolia. Alle ore 15 si constata il decesso

## **Interrogativi:**

**1) essere più “aggressivi” subito, operando precocemente e rendendosi conto prima della reale situazione ?**

**2) essere meno “aggressivi” dopo, magari con laparoscopia utile a decidere di “fermarsi” ?**

**3) astenersi da subito dall'intervento ? In considerazione:**

**\*della gravità del quadro presunto alla Tc**

**\*della rapida evolutività del quadro clinico**

**\*delle comorbidità del paziente**

**4) l'utilizzo di score e/o di una valutazione multidisciplinare avrebbe condizionato la scelta ?**

# Caso clinico 2

V. P., ♂, 90 aa

APP: Dalla sera del **21/08** comparsa di dolore addominale ai quadranti di destra con brivido scuotente. Il giorno successivo episodio prelipotimico con caduta a terra e rilascio sfinterico al passaggio posturale clino-ortostatismo, per cui portato in PS in data **22/08**

APR: Ipertensione arteriosa. DM. Colelitiasi con coliche pregresse, in attesa di VLC. Pregresso sarcoma coscia dx. Adenok prostatito sottoposto a RT

Terapia domiciliare: Metformina ,Amlodipina, Ramipril, Simvastatina, Bisoprololo, Dapaglifozin

In PS:

PA 160/90, FC 95', SpO2 97%AA, T 36

EE: WBC 19.12, Hb 10.8, PLT 293, INR 1.27, Crea 1.19, Urea 52, Na/K 130/3.7, bil tot/dir 0.7/0.3, AST/ALT 27/13, GGT/ALP 93/136, PCR 138, Amy/Lip 46/15.3, Glu 214, TnI neg (due punti)

ECG: RS, BAV I

EGA venoso: lac 4.8, Hb 11

EO: addome disteso, dolente e dolorabile in ipocondrio dx, peristalsi presente, non peritonismo

Ecoscopia: colecisti ingrandita, cono d'ombra in prossimità dell'infundibolo, non versamento libero addominale, non idronefrosi

Richiesta ecografia formale dell'addome: “idrope della colecisti con microcalcolosi intraluminale multipla, senza ispessimento delle pareti o dilatazione delle VB. Non evidenza di versamento libero addominale

Richiesta valutazione chirurgica:

“Paziente noto, in attesa di intervento di colecistectomia per colelitiasi sintomatica. Quest'oggi episodio sincopale con possibile pdc e dolore addominale.

EO: addome piano trattabile, dolente diffusamente ai quadranti superiori con irradiazione dorsale, lievemente dolorabile alla palpazione nei quadranti superiori, Murphy negativo.

Condizioni generali e di coscienza nettamente peggiorate dal controllo di circa un mese fa.

Ematochimici incremento indici di flogosi, non di citolisi o colestasi. [...]

Il dolore non è tipico di colica epatica in accordo col quadro ecografico, farebbe sospettare una pancreatite pur in assenza di incremento enzimi.

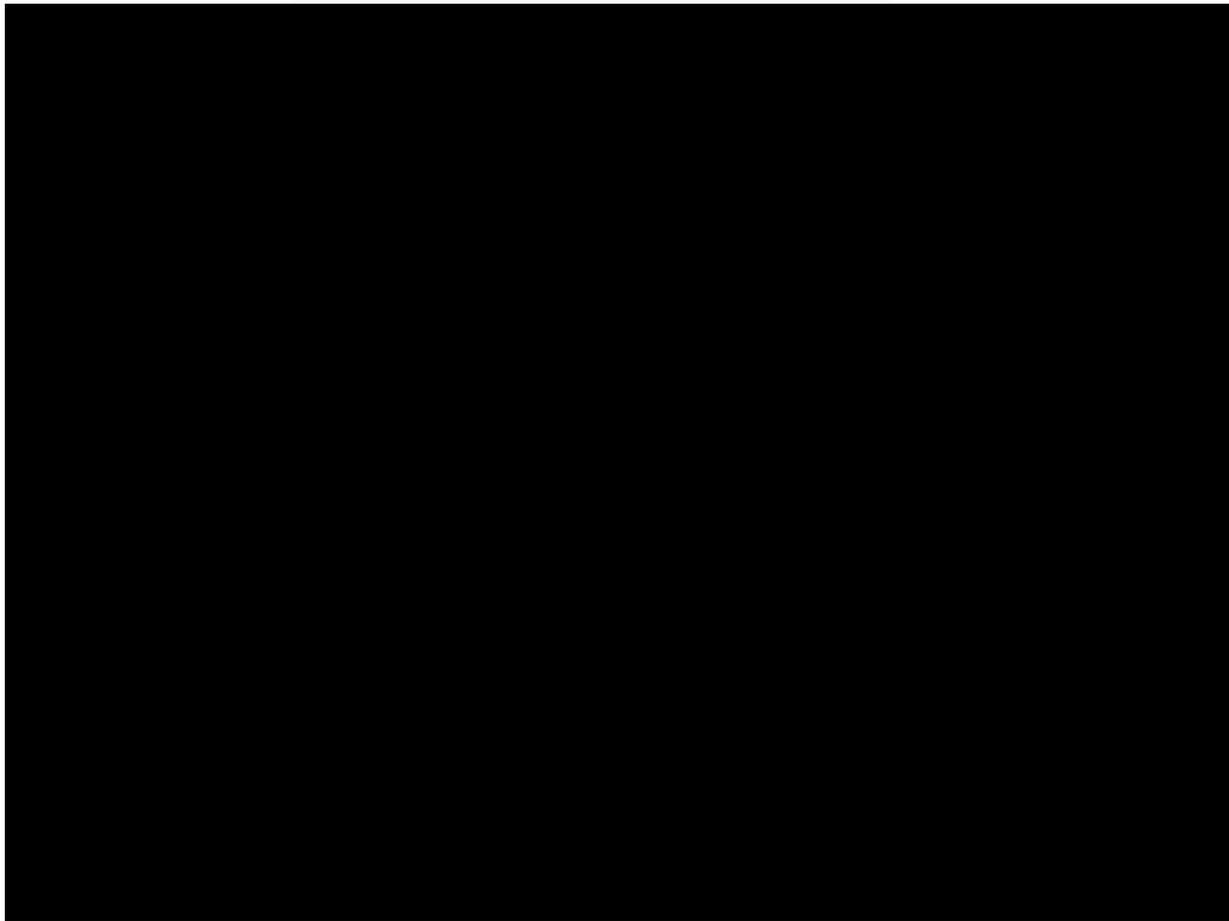
Si inizia terapia antibiotica. [...] Date le scadenti condizioni generali, l'assenza di un chiaro quadro di colecistite acuta NON si pone indicazione ad intervento chirurgico urgente”

Ricoverato in Medicina Interna per proseguire le cure del caso

## Decorso in Medicina:

- “Nel sospetto di stato settico a partenza addominale avviata ATB empirico con Amoxicillina/ac.clavulanico, digiuno ed avvio di NPT
- Rapido peggioramento con rialzo degli indici di flogosi (PCT fino a 154), incremento degli indici di citolisi epatica e colestasi con episodi di brivido scuotente, iniziale compromissione emodinamica responsiva a riempimento con cristalloidi
- Tutte le emocolture positive per *S. anginosus* plurisensibile → upgrade con Pip/Tazo
- Progressivo miglioramento clinico-bioumorale, ricanalizzazione spontanea dell'alvo, ripresa di dieta idrica e mobilizzazione

**27/08:** eseguita Tc addome con mdc



**27/08, h 17.30: trasferimento in Chirurgia d'Urgenza**

**1° domanda: Cosa fare ?**

- 1. Colectomia laparoscopica in urgenza differita**
- 2. Colectomia laparotomica in urgenza differita**
- 3. Posizionamento di drenaggio colecistostomico per via percutanea**
- 4. Posizionamento di drenaggio colecistostomico per via endoscopica**
- 5. Prosecuzione di terapia antibiotica a scopo conservativo**

**29/08:** inviato in Radiologia e sottoposto a posizionamento di drenaggio colecistostomico per via percutanea + posizionamento di drenaggio dell'ascesso epatico

**30/08:** miglioramento clinico. “Addome trattabile, non dolente né dolorabile”. Drenaggio colecistostomico: tracce biliari. Drenaggio transepatico: 100 cc.

**EE:** WBC 13.14, Hb 9.9, PLKT 446. creat 0.92, bil tot/dir 0.7/0.1, AST/ALT 17/53, GGT/ALP 113/177, Amy 40, PCR 152.9, PCT 5.03

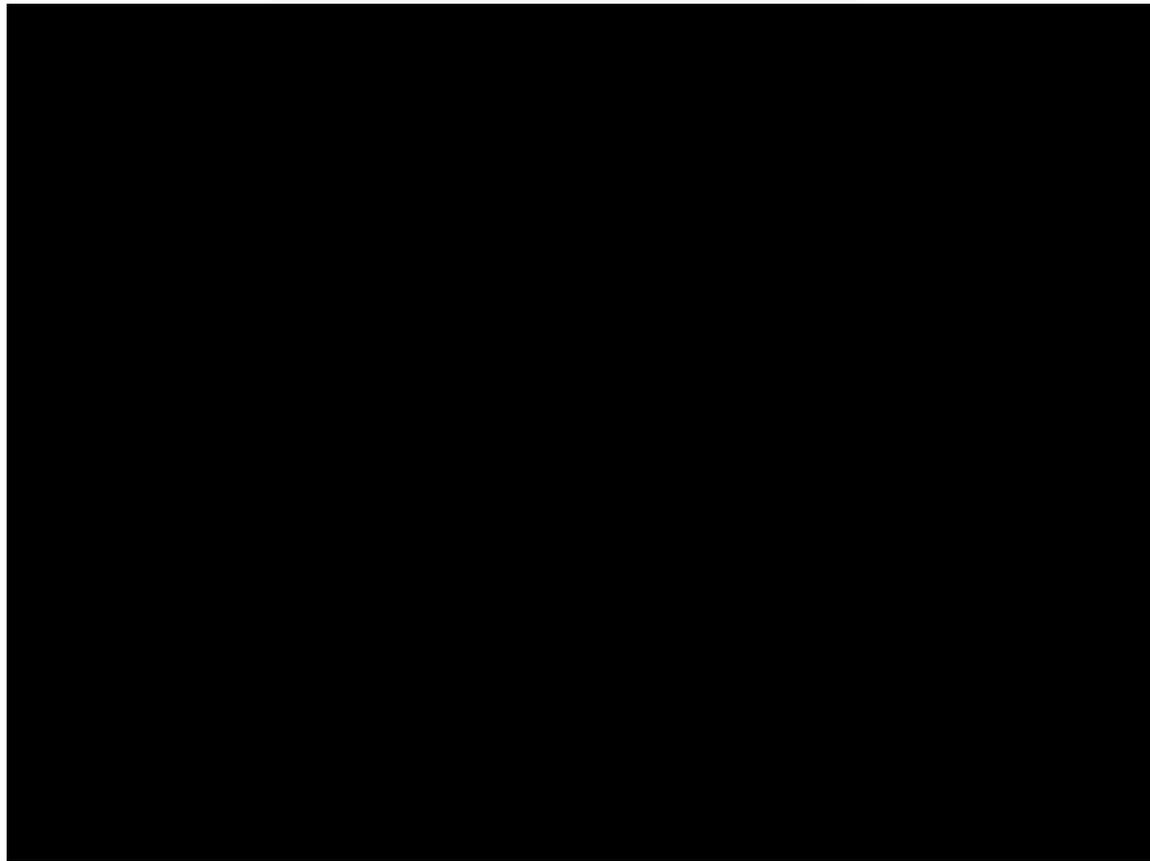
Comincia dieta semisolida

Progressivo miglioramento clinico e degli indici di flogosi. Progressivo incremento della dieta

**01/09:** controllo Ecografico: buona detersione dell'ascesso epatico. Drenaggio endocolecistico correttamente posizionato all'interno del lume della colecisti, ma in parte ostruito

**03/09:** controllo radiologico interventista: catetere colecistostomico pervio. Si mobilizza il drenaggio e si aspirano circa 20 cc di liquido maleodorante

**05/09:** eseguito controllo Tc



**07/09:** chiusura dei drenaggi

**08/09:** Addome trattabile, non dolente nè dolorabile. Non peritonismo, alvo canalizzato  
EE: WBC 10.04, Hb 8.8, PLT 419, bil to/dir 0.3/0.1, AST/ALT 17/17, GGT/ALP 111/151, PCR 54

**09/09:** Eco addome di controllo: completa detersione dell'ascesso in S6-S7. Rimosso il drenaggio transepatico

### **2° domanda: cosa fare ?**

- 1. Rimozione drenaggio colecistostomico, dimissioni, eco addome ambulatoriale a 2-3 settimane**
- 2. Dimissioni a casa con drenaggio colecistostomico chiuso, eco addome di controllo a 2-3 settimane, rimozione drenaggio ambulatoriale**
- 3. Ri-trasferimento del paziente in Medicina per ottimizzazione terapeutica (i.e. TAO)**
- 4. Colecistectomia laparoscopica durante lo stesso ricovero (i.e. urgenza differita)**

**09/09:** eseguita visita anestesiologicala pre-operatoria:ASA III. Rischio aumentato

**12/09:** intervento chirurgico. Approccio laparoscopico iniziale

“Empiema della colecisti di dimensioni notevolmente aumentate, con fuoriuscita di materiale purulento dal tramite del colecistostomico, adesa e indissociabile dalla prima porzione duodenale come da fistolizzazione. Rimozione di colecistostomico. Cauta lisi di aderenze omento-cistiche in esteso processo flogistico. Cauto scollamento della colecisti dal duodeno: fuoriuscita di numerosi calcoli minuti e reperto di soluzione di continuo del duodeno con esposizione di mucosa”

**3°domanda: Come procedere ?**

- 1. Completamento della colecistectomia in laparoscopia con raffia duodenale**
- 2. Conversione, raffia duodenale, drenaggi**

“Graduale scollamento della colecisti dal letto epatico, con riscontro di voluminosa cavità ascessuale contenente calcoli e pus a livello di S VIII. Colecistectomia anterograda fino a individuare ilo colecistico, di consistenza malacica. Apposizione di hem-o-lok alla base dell'ilo colecistico. Durante tali manovre lacerazione degli elementi, per cui si procede a sutura del moncone di arteria cistica.

Nell'impossibilità di reperire moncone di dotto cistico, si decide di somministrare ICG. [...] Somministrazione di SF da sondino con conferma di spandimento da soluzione di continuo duodenale. Apposizione di punti staccati in Vicryl. Successive tre prove con SF, quindi 3 prove con Blu di metilene da sondino, negative per spandimenti duodenali. [...]

Visione in ICG: riscontro di via biliare integra. Non si reperta moncone cistico. Non riscontro di leak biliare. [..]

Si posizionano:

- drenaggio (n° 1) con apice in cavità ascessuale esteriorizzato in ipocondrio destro.
- ulteriore drenaggio (n° 2) periduodenale esteriorizzato inferiormente in fianco destro.”

Decorso:

I gg p.o. (13/09): non nausea, addome trattabile, alvo canalizzato. SNG: 100 cc. Dren 1° 50 cc, Dren° 2 150 cc, entrambi sierosi

III gg p.o. (15/09): Dren 1° 25 cc rimosso; Dren 2° 75 cc, sieroso. Rimossi CV e SNG. Dieta idrica

IV gg p.o. (16/09) Tc addome: “solo lieve riduzione dimensionale della raccolta, a profili polilobulati, colliquata con pareti ispessite e iperdense, con bolle aeree endoluminali che si approfonda nel lobo epatico destro (75 mm VS 90 mm precedenti) indissociabile dalla I-II porzione duodenale. L'apice drenaggio con accesso è nel contesto di tale raccolta”

V gg po (17/09): somministrato blu di metilene



Digiuno. In NPT. Ripresa dell'ATB

VI gg p.o. (18/09): 100 cc → IX gg p.o. (21/09): 25 cc siero-biliari

XII gg p.o. (24/09) Rx transito: Non spandimenti extraluminali del mdc

XIII gg p.o. (25/09) Tc addome: “invariata raccolta in sede di colecistectomia a contenuto disomogeneo fluido-aereo, sede di apice di drenaggio, indissociabile dalla I-II porzione duodenale”. Non pungibile

XV gg p.o. (27/09): stop NPT. Ripresa di dieta semi-solida

XVI gg p.o. (28/09): retrazione di drenaggio di 2 cm → XVII gg p.o. (29/09): rimosso

XVIII gg p.o. (30/09): dimissione a domicilio

## **Interrogativi:**

- 1) abbiamo perso il timing ideale per effettuare una colecistectomia urgente, a fronte di un imaging non dirimente ed una clinica dubbia ?**
- 2) una volta scelta la strategia conservativa ed ottenuto un beneficio con il cistostomico, ci siamo presi un rischio evitabile nell'eseguire l'intervento ?  
Ottenuto il miglioramento, valeva la pena rischiare ?**
- 3) l'utilizzo di score e/o di una valutazione multidisciplinare avrebbe condizionato la scelta ?**

# NUOVE SFIDE TRA **INNOVAZIONE** ED ETICA

**TRIESTE 17-18 OTTOBRE 2025**

Presidenti

Prof. Nicolò de Manzini

Dott. Alan Biloslavo



CONGRESSO NAZIONALE  
SICUT 2025



# Grazie