

resi C.:
li della
. XVII,

ial exo-
ogy, 39,

rs W.B.
1979.

ivre de

nors of
a Tome

Resezione "en bloc" di rari casi di neoplasia maligna della mano

En bloc resectioning of rare malignant tumors of the hand

A. VESPASIANI, G. CALORI, A. PISETTI

*Istituto Ortopedico G. Pini - Milano - Centro di Chirurgia della mano
e Microchirurgia Neurovascolare*

(Primario: Prof. A. Vespasiani)

Nelle forme presumibilmente tumorali maligne della mano, gli attuali orientamenti terapeutici tendono ad eseguire un accertamento di base il più completo possibile (fotografia, arteriografia, termometria, ingrandimenti, radiografia, xeroradiografia), e successivamente ad eseguire una biopsia focale (cioè un procedimento chirurgico-tecnico corretto) al fine di evitare la dispersione di materiale neoplastico.

La risposta della biopsia orienterà il trattamento da adottare nei confronti del tumore, che sarà in ogni caso l'asportazione. Nella mano il problema della radicalità dell'asportazione è sempre connesso al proble-

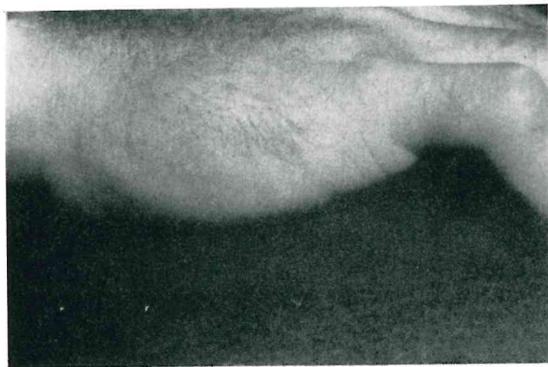


Fig. 1. — I° caso: grossa neof ormazione della Eminenza Ipotenar.



Fig. 2. — L'arteriografia mette in evidenza l'anarchia dei vasi espressione di malignità.

ma della funzione, per cui oggi prevale l'orientamento presso tutti gli Autori, della resezione locale nella massima radicalità.

Tale metodica, conosciuta con il termine di resezione « en bloc », consiste in pratica nell'effettuare l'asportazione generosa del tumore, coinvolgendo le parti vicine, a partire da 2 cm. dal sicuro limite del tessuto sano.

Anche noi, nell'ambito di una casistica ridotta ci siamo attenuti al concetto della

massima radicalità locale, ma con conservazione di segmenti utili ad una residua funzione.

1° CASO:

SARCOMA POLIMORFOCELLULARE

Uomo di 40 aa. Agosto del 1979: comparsa di una tumefazione dell'eminenzia Ipothenar nella mano sx. senza causa apparente. Crescita rapida con comparsa di dolore prima provocato e poi spontaneo. Dopo un mese comparsa di retrazione in flessione della I.F.P. del 5° dito.

Eseguita una radiografia, non ha evidenziato nulla; in ogni caso il paziente si ricovera presso G. Pini per accertamenti.

Ottobre 1979: all'esame obiettivo la tumefazione coinvolge completamente l'eminenzia Ipothenar ed anche il dorso della mano, con dimensioni di cm 6x3x4, 5° dito ulnarizzato e flesso all'I.F.P. La tensione cutanea è cospicua, dolore, termotatto positivo, sensibilità presente, linfoghiandole negative.

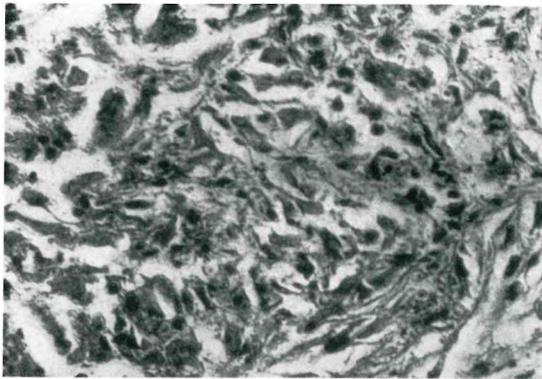


Fig. 3. — Il preparato istologico: Sarcoma Polimorfo Cellulare.



Fig. 4. — Preparato anatomico relativo alla asportazione del IV e V raggio della mano dx.

La xeroradiografia evidenzia la compressione delle parti molli ed erosione del 5° metacarpo. L'arteriografia dimostra una intensa vascularizzazione anarchica delle parti



Fig. 5. — Controllo Rx dopo l'intervento.



Fig. 6. — Risultato finale: mano tridattile, normo funzionante.

molli fino al 5° metacarpo ormai osteolitico.

Si esegue una biopsia a cielo aperto e il quadro istologico ottenuto non va oltre la diagnosi di « sarcoma polimorfo-cellulare ».

Il tumore viene classificato G₃ T₃ N₀ M₀ e quindi allo stadio IV_a secondo lo staging dei tumori delle parti molli.

L'intervento è effettuato ad ottobre: resezione radicale con disarticolazione completa del 4° e 5° raggio, asportazione del piramidale, pisiforme, uncinato e 1/3 distale dell'ulna.

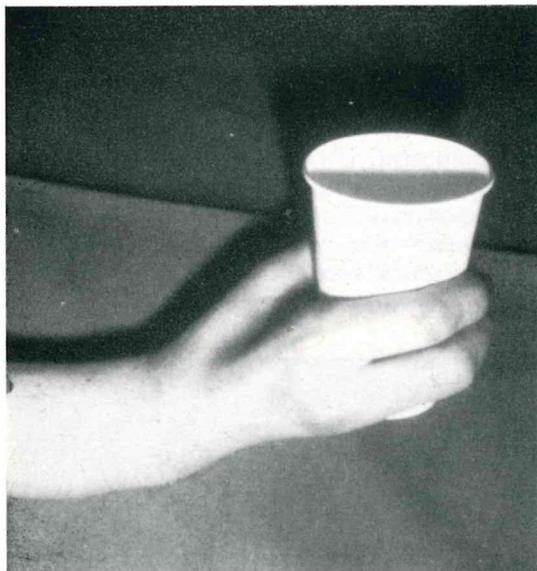


Fig. 7. — Immagine funzionale.

I vasi ulnari vengono legati, il nervo ulnare sezionato previa anestesia. I flessori del 4° e 5° dito, sezionati al carpo.

Flessori ed estensori del carpo sono fissati allo scheletro. Si effettua sintesi provvisoria con filo di K. che attraversa il radio sino al grande osso, si confeziona apparecchio gessato, al termine, per 40 gg.

Segue rieducazione per 3 settimane, con recupero funzionale valido, che addirittura gli consente la ripresa dell'attività lavorativa artigianale in qualità di elettricista senza limitazioni eccessive.

A 3 anni dall'intervento non si è verificata alcuna recidiva locale o comparsa di metastasi polmonari, il paziente gode di una buona funzione residua e continua a svolgere la sua attività.

2° CASO: CORNO CUTANEO

È una curiosità ancora più rara della precedente. È stata per noi estremamente utile la esperienza del Collega di Paternò, Professor Orestano, Direttore della Sez. Autonoma di Ortopedia e Traumatologia, che aveva descritto un caso analogo, andato in-

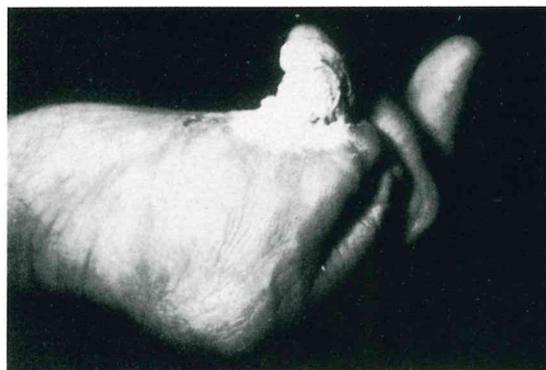


Fig. 8. — II° caso: grosso corno cutaneo (altezza di 8 cm) a grande base d'impianto.



Fig. 9. — La neoformazione vista da altra angolazione.

contro a numerose recidive nonché esitato in Carcinoma Spinocellulare.

Noi, onde evitare delle possibili recidive ed anche per le condizioni generali del paziente, abbiamo optato per la resezione « en bloc » come vedremo nella discussione del caso.



Fig. 10. — Preparato anatomico e tempo chirurgico della asportazione.



Fig. 11. — La sutura dell'enorme breccia chirurgica mediante un lembo di rotazione dorsale.

Il nostro caso è di una rara localizzazione di corno cutaneo, di insolita grandezza, su una mano che 25 anni prima aveva subito un grave infortunio sul lavoro, rimanendo priva del 1°, 2° e 3° raggio. Il nostro paziente, 67 aa., pensionato, presentava un corno di notevoli dimensioni, altezza di 8 cm., con un quadro clinico generale difficile in quanto iperteso, bronchiectasico cronico ed asmatico.

È emerso subito il concetto, prospettato anche al paziente e familiari, della necessità di un intervento chirurgico radicale ma a radicalità locale, cioè asportazione del corno e parti cutanee ed ossee della loggia mediale della mano, allo scopo di evitare ogni possibilità di recidiva e di trasmissione metastatica della forma tumorale stessa.

Risultati negativi tutti gli esami di accertamento sulla eventuale presenza di focolai metastatici e linfoghiandole, in anestesia del plesso brachiale (per le condizioni generali del paziente), con laccio pneumatico alla radice dell'arto superiore dx., ma senza spremitura, è stato eseguito



Fig. 12. — Risultato a 6 mesi dall'intervento.

un intervento ampio di radicalità locale, completa il più possibile, fino alla disarticolazione del trapezio dal 1° metacarpo ed alla resezione del 2° e 3° metacarpo: praticamente le logge mediali e radiali della mano sono state completamente asportate. Il nervo mediano è stato resecato il più distalmente possibile dalla ferita. Emostasi e sutura della cute avvalendosi di un lembo di rotazione dorsale per chiudere l'enorme breccia cutanea prodotta dall'intervento. Le due dita residue sono rimaste funzionanti con il nervo ulnare integro e sono anzi meglio utilizzabili dopo aver eliminato la contrattura in flessione.

A distanza di un mese dall'intervento il paziente ha ripreso la stessa occupazione e le sue normali abitudini di vita.

Allo stato attuale, a 6 mesi dall'asportazione, non avendo ancora riscontrato manifestazioni cliniche riferibili a metastasi, né recidive locali, con ferita guarita per prima intenzione, non si possono al momento escludere eventuali comparse di metastasi, ma questo lasso di tempo ormai trascorso dall'intervento ci fa ben sperare per il futuro.

RIASSUNTO

In questo lavoro gli Autori illustrano due rare manifestazioni tumorali della mano e la nuova tecnica chirurgica di approccio conosciuta come resezione « en bloc ».

SUMMARY

The AA. report on two rare cases of Tumor of the hand. The AA. advise a new treatment which has the character of a radical local resection (resection « en bloc »).

BIBLIOGRAFIA

1. Cramer H., Kahlertt G.: Das cornu cutaneum Selbstandiges Krankheitsbild oder Klinisches Symptom. Dermatologische Wochenschrift Band, 150, 47, 521-530, 1964.
2. Gibbs R.C., Hymann A.B.: Kaposi Sarcoma at the Base of the cutaneous Horn. Arch. Derm., 98, 37-40, 1968.
3. Lennox B., Saved B.R.: Cutaneous Horn. J. Path. Bact., 88, 575-579, 1964.
4. Mapelli S.: Lo « staging » dei sarcomi delle parti molli. Metodo G/TNM. Atti del II Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia Oncologica, pp. 519-524, Milano, 1978.
5. Ritchie E.B., Mullins J.G.: Sebaceous Adenomatous Proliferation at the Base of a Cornu Cutaneum. Arch. Derm., 98, 329-369, 1968.
6. Scarpa C.: Sull'evoluzione. Giorn. e Min. Derm., 40, 365-368, 1971.
7. Semins H.M., Null H.: Glant Cutaneous Horn. JAMA, 210, 2285, 1969.
8. Stout A.P., Lattes R.: Tumors of the soft Tissue. A.F.I.P. Washington, 1967.