

Caso 1. S. R. NATA IL 1935

PRIMA DIAGNOSI : K DELLA MAMMELLA DX.

DIAGNOSI DI USCITA: 23 - 4 - 98 :

CARCINOMA DUTTALE MAMMARIO DX A MEDIO GRADO DI DIFFERENZIAZIONE. AL CONTROLLO T. A. C. ESEGUITO EVIDENZA INOLTRE " POLMONE DX PRESSOCHE' COLLASSATO COMPLETAMENTE" E MULTIPLE ALTERAZIONI OSTEOLITICHE A CARICO DELLE OSSA DEL BACINO, PIU' NUMEROSE ALL'ALA ILIACA DI SN A CARATTERE SECONDARIO. **INOPERABILE.**

PERCORSO:

ESEGUE IN DATA 6 APRILE 1998 SCINTIGRAFIA OSSEA CHE CONFERMA : "MOLTEPLICI E DIFFUSE AREE DI PATOLOGICO ACCUMULO DEL RADIOCOMPOSTO A LIVELLO DELLA BASE CRANICA, RACHIDE CERVICALE , DORSALE E LOMBARE, NUMEROSI ARCHI COSTALI BILATERALMENTE, BACINO , ENTRAMBE LE SCAPOLE ED ENTRAMBI GLI OMERI".

LA PAZIENTE DECIDE DI INIZIARE DIRETTAMENTE NEL MAGGIO 1998 IL TRATTAMENTO M. D. B., SENZA ASSOCIARE A QUEST'ULTIMO ALCUNA TERAPIA CONVENZIONALE. IL CONTROLLO SCINTIGRAFICO, SEMPRE ESEGUITO PRESSO LO STESSO OSPEDALE, IL 21 LUGLIO 1999 EVIDENZIA: "QUADRO SCINTIGRAFICO SOSTANZIALMENTE MIGLIORATO RISPETTO AL PRECEDENTE CONTROLLO DEL 6 APRILE 1998". POI L'ULTIMO CONTROLLO SCINTIGRAFICO DEL 2 MARZO 2001 SEMPRE ALLO STESSO OSPEDALE, EVIDENZIA "PERSISTENZA DI LIEVE IPERCAPTAZIONE DEL RADIOCOMPOSTO DEL TRATTO MEDIO DEL RACHIDE DORSALE E SACRALE, ARTICOLAZIONI SACROILIACHE E BRANCA ISCHIO-PUBICA SN".

IN SINTESI SI E' PASSATO DAL PATOLOGICO ACCUMULO DEL RADIOCOMPOSTO DEL 6 APRILE 1998, INTERESSANTE QUASI TUTTO LO SCHELETRO, ALLA LIEVE IPERCAPTAZIONE DI POCHE AREE AI CONTROLLO DEL 2 MARZO 2001.

I CONTROLLI T. A. C. ESEGUITI PERIODICAMENTE EVIDENZIANO:

-T. A. C. DEL 30/3/1998, VERSAMENTO APICO PARIETOBASALE DX CON COLLASSO TOTALE DEL LOBO INFERIORE E SUB -TOTALE DI QUELLO SUPERIORE, DIFFUSO ISPESMENTO DELLA PLEURA COSTALE E MEDIASTINICA CON ISPESMENTI DI TIPO NODULARE E A PLACCA SUGGERITIVI PER LESIONI ETEROPLASTICHE DEL TESSUTO OSTEO STRUTTURALE SIA DI TIPO LITICO CHE ADDENSANTE A CARICO DEI METAMERI.

-T. A. C. DEL 1/7/1998 REFERTO IMMODIFICATO RISPETTO AL PRECEDENTE.

-T. A. C. DEL 16/6/1999 LIEVE MIGLIORAMENTO DEL REFERTO TORACICO E SENSIBILE RIDUZIONE DELLA LESIONE MAMMARIA.

-T. A. C. DEL 29/9/2000 QUADRO PRESSOCHE' STAZIONARIO.

-T. A. C. DEL 13/3/2001 QUADRO STAZIONARIO

-T. A. C. DEL 11/4/2002 QUADRO STAZIONARIO

-Controllo T.A.C. del 08.01.03

T.A.C. torace addome e pelvi con M.D.C. al controllo odierno quadro T.A.C. polmone e ad domino-pelvico pressoché stazionario in quanto immodificato rispetto al precedente controllo del 28.05.02 .In particolare appare invariata di volume la nodulaione solida in sede mammaria destra; invariato il reperto polmonare destro.

-Controllo Ematochimico del 02.12.03

G.B.: 2900

G.R. 3.730.000

P.L.T.: 135.000

Ptot.Tot.: 6,30

L.D.H.: 291

J.G.T.: 21

Fosfatasi Alcalina: 194
C.E.A.: 26
P.R.L.: 0,2
T.P.A: 125
FERRITINA: 202

LA PAZIENTE TRATTATA CON LA SOLA M. D . B. HA OTTENUTO UNA SOSTANZIALE RIDUZIONE DELLA LESIONE MAMMARIA, ANCORA PIU' SOSTANZIALE RIDUZIONE DELLE METASTASI OSSEE E UNA STAZIONARIETA' PRESSOCHE' COMPLETA DELLA SITUAZIONE POLMONARE. GLI ESAMI EMATOCHIMICI ESEGUITI REGOLARMENTE DURANTE TUTTO IL PERIODO DELLA CURA DIMOSTRANO LA MANCANZA DI TOSSICITA' DEI FARMACI E UNA OTTIMA TOLLERABILITA'.

Caso 2 S.V. NATO IL 1948

PRIMA DIAGNOSI: K POLMONARE.

·OPERATO IN DATA 12 AGOSTO 1996 VIENE ESEGUITO INTERVENTO CHIRURGICO DI "LOBECTOMIA INFERIORE DX E LINFOADENECTOMIA".

·DIAGNOSI DI USCITA: ADENOCARCINOMA POLMONARE MODERATAMENTE DIFFERENZIATO CON METASTASI LINFONODALI (I. C. 3.. W. H. O).

·PERCORSO:

A SEGUITO DELL'INTERVENTO PRATICA COMPLESSIVAMENTE DUE SOLE SEDUTE DI CHEMIOTERAPIA CHE CAUSANO ECCESSIVA ANEMIZZAZIONE E ASTENIA MARCATO CON NOTEVOLE DIFFICOLTA' ALLA DEAMBULAZIONE. A QUESTO PUNTO I FAMILIARI SI CONSULTANO CON I SANITARI CHE LO SEGUONO CHE I CONSIGLIANO DI INTERROMPERE LA CHEMIO PERCHE' L'AMMALATO NON AVREBBE POTUTO PIU' TOLLERARLA. A GIUGNO 97 IL CONTROLLO T. A C. E' COMUNQUE DI STABILITA'. LE CONDIZIONI COMINCIANO A PEGGIORARE NELL'OTTOBRE 97 E LENTAMENTE RIPRODUCONO TUTTA LA SINTOMATOLOGIA CLINICA DI RIPRESA DI MALATTIA. NEL GENNAIO 98 SI RICOVERA NELLO STESSO OSPEDALE DOVE VIENE DOCUMENTATA TALE RIPRESA DI PATOLOGIA E DIMESSO IL GIORNO 30 CON DIAGNOSI DI K POLMONARE IN PROGRESSIONE " INOPERABILE ".

-IL 5 FEBBRAIO 1998 INIZIA LA M. D. B. IL 15 MAGGIO 1998 ESEGUE IL PRIMO CONTROLLO T. A. C. CHE DIMOSTRA " NOTEVOLE RIDUZIONI DELLE DIMENSIONI DELLA LESIONE ", CIO' NONOSTANTE SEGUENDO SUGGERIMENTI DI ESTRANEI DECIDE AUTONOMAMENTE DI ASSOCIARE UN CICLO DI RADIOTERAPIA CHE E' PERO' COSTRETTO AD INTERROMPERE DOPO POCHE SEDUTE PER ECCESSIVA INTOLLERANZA ED " ESOFAGITE ACUTA ". DOPO TALE ESPERIENZA CONTINUA ESCLUSIVAMENTE CON IL TRATTAMENTO M. D. B.. LE SUE CONDIZIONI CLINICHE SONO LENTAMENTE MA PROGRESSIVAMENTE MIGLIORATE FINO AL RITORNO A UNA VITA REGOLARE AUTONOMA E AUTOSUFFICIENTE. I CONTROLLI T. A. C. ESEGUITI DAL SETTEMBRE 1998 E FINO AL DICEMBRE 2000 HANNO EVIDENZIATO, OLTRE AL DANNO DA RADIOTERAPIA, UNA COMPLETA STABILITA' DI MALATTIA. COSI' COME I CONTROLLI DI MARZO 2001 ED APRILE 2002.

-Controllo T.A.C. con e senza M.d.c del 18.10.02
Nulla di patologico da segnalare a carico del collo.Reperto toraco addomino pelvico sostanzialmente sovrapponibile al precedente esibito in visione.Esami ematochimici e marcatori tumorali eseguiti nello stesso periodo nella norma

-Controllo Ematochimico del 25.05.03

G.B.: 4.900
G.R. 4.660.000
P.L.T.: 290000
Ptot.Tot.: 8,1

L.D.H.: 281
J.G.T.: 11
Fosfatasi Alcalina: 210
C.E.A.: 1,38
P.R.L.: < 0,50.

-T.A.C. Cranio-torace-addome e pelvi con m.d.c. del 13/11/03

L'esame condotto con prima e dopo somministrazione ev di MDC iodato confrontato con il precedente controllo del 17/10/02 esibito in visione ha mostrato un reperto sostanzialmente sovrapponibile.

-Controllo Ematochimico del 8.10.03

G.B.: 4.900
G.R. 4.730.000
P.L.T.: 236.000
Ptot.Tot.: 8
L.D.H.: 246
J.G.T.: 10
Fosfatasi Alcalina: 145
C.E.A.: 1,16
P.R.L.: < 0,50.
T.P.A.: 83.

Paziente in buona forma fisica autonomo e in attività lavorativa.

A TUTT'OGGI IL PAZIENTE E' ASINTOMATICO E IN BUONA FORMA FISICA.

Caso 3 D. E. NATA nel 34 .

PRIMA DIAGNOSI : K DELLA MAMMELLA.

OPERATA IN DATA 18 /2 /1997. MASTECTOMIA RADICALE.

DIAGNOSI DI USCITA: ADENOCARCINOMA DELLA MAMMELLA MODERATAMENTE DIFFERENZIATO

PERCORSO:

HA INIZIATO LA TERAPIA M. D. B. A SCO PO PREVENTIVO. NELL'APRILE 97. PERIODICAMENTE SONO STATI ESEGUITI ESAMI EMATOCHIMICI, X GRAFICI, E T.A.C. ULTIMO CONTROLLO MAGGIO 2002 SCINTIGRAFIA OSSEA TOTAL BODY E T.A.C. TORACE, ADDOME E PELVI CONFERMANO CHE LA PAZIENTE A SETTE ANNI E' LIBERA DA MALATTIA.

Controllo T.A.C. 20.03.03 eseguito prima e dopo perfusione di MDC iodato e opacizzazione apparato digerente. Ha mostrato un reperto immodificato rispetto al precedente esame tac del 14.03.02. La paziente risulta essere libera da malattia.

Controllo T.A.C. 20.03.03 eseguito prima e dopo perfusione di MDC iodato e opacizzazione apparato digerente. Ha mostrato un reperto immodificato rispetto al precedente esame tac del 14.03.02. La paziente risulta essere libera da malattia.

Scintigrafia ossea 15/11/03

Lo studio scintigrafico esteso a tutti i segmenti scheletrici non ha messo in evidenza aree di iperaccumulo del radiofosfato da riferire a localizzazioni ossee secondarie. Il modesto e diffuso iperaccumulo evidente nel rachide dorso-lombale è da correlare a verosimile patologia degenerativo-infiammatoria.

-Controllo Ematochimico del 20.11.03

G.B.: 5.000
G.R. 4.300.000
P.L.T.: 186.000
Ptot.Tot.: 7,6
L.D.H.: 331
J.G.T.: 10
Fosfatasi Alcalina: 169
C.E.A.: 0,7
P.R.L.: 1,6
CA 19-9: 5
CA 50: 6,6
Alfafetoproteina: 2,5

GLI ESAMI EMATOCHIMICI ESEGUITI REGOLARMENTE DURANTE TUTTO IL PERIODO DELLA CURA DIMOSTRANO LA MANCANZA DI TOSSICITA' DEI FARMACI E UNA OTTIMA TOLLERABILITA

Caso 4 D.B.A. NATA 1953

PRIMA DIAGNOSI: MASSA DI 14 CM. A SEDE SOPRAVESICALE

·OPERATA IN DATA: 7 - 7 - 1999 ASPORTAZIONE

·DIAGNOSI DI USCITA: **SARCOMA DI ORIGINE MUSCOLARE CON METASTASI POLMONARI**

·PERCORSO:

A SEGUITO DELL'INTERVENTO IL 25/07/1999 INIZIA DIRETTAMENTE LA M.D.B. SENZA ALTRE TERAPIE AGGIUNTIVE.

-T. A. C. DEL 03/04/2001 " SCOMPARSA DELLE NODULARITA' POLMONARI E REGOLARE LA REGIONE PELVICA".

-T. A. C. DEL 03/03/2002 REFERTO IMMODIFICATO RISPETTO AL PRECEDENTE.

-T.A.C. Torace-addome-pelvi del 24/10/03

L' esame T.A.C. eseguito previa somministrazione di mezzo di contrasto per os e prima e dopo iniezione endovenosa di mezzo di contrasto ha mostrato.

Piccolo nodulo solido subpleurico nel lobo inferiore di sinistra. Assenza nei rimanenti campi polmonari di zone con valori tomodensitometrici a significato patologico. Assenza di significative tumefazioni linfonodali mediastiniche.

Non si apprezzano alterazioni tomodensitometriche dei tessuti molli della parete toracica. Fegato nei limiti a densità ridotta per statosi, senza evidenza di lesioni focali. Vie biliari intra ed extraepatiche non dilatate. Pancreas nei limiti volumetrici a densità omogenea. Reni in sede.

Logge surrenaliche nei limiti. Regolare calibro e pervietà dei grossi vasi retroperitoneali. Non si apprezzano significative tumefazioni nelle stazioni linfonodali, retrocrurali, celiache, intercavoparaortiche e mesenteriali a significato patologico. Vescica in asse, di buona capacità a contenuto omogeneo. Grasso perirettale e perivescicale indenne. Strutture ossee e muscolari indenni. Non si apprezzano significative tumefazioni delle stazioni linfonodali iliache, otturatorie ed inguinali.

-Controllo Ematochimico del 30.10.03

G.B.: 5.400
G.R. 4.490.000
P.L.T.: 246.000
Ptot.Tot.: 7,50
L.D.H.: 235
J.G.T.: 32
Fosfatasi Alcalina: 70
C.E.A.: 1,2
P.R.L.: 0,5
CA 19-9: 0,11
CA 15-3: 12,9
CA 125: 12,3
CA 72-4: 2,30
Alfafetoproteine: 6,53

LA PAZIENTE RISULTA ESSERE LIBERA DA MALATTIA. GLI ESAMI EMATOCHIMICI ESEGUITI REGOLARMENTE DURANTE TUTTO IL PERIODO DELLA CURA DIMOSTRANO LA MANCANZA DI TOSSICITA' DEI FARMACI E UNA OTTIMA TOLLERABILITA'

Caso 5 C. I. NATA 1941.

PRIMA DIAGNOSI: **NEOFORMAZIONE ESPANSIVA MAMMELLA SN**

·OPERATA IN DATA: 23-12 - 1997 MASTECTOMIA SN.

·DIAGNOSI DI USCITA: CARCINOMA DELLA MAMMELLA POCO DIFFERENZIATO STADIO G 3 CON METASTASI LINFONODALI.

·PERCORSO:

A SEGUITO DELL'INTERVENTO IL 12/02/1998 INIZIA DIRETTAMENTE LA M. D. B. SENZA ALTRE TERAPIE AGGIUNTIVE. I CONTROLLI T. A. C. ESEGUITI SISTEMATICAMENTE DAL 1999 A TUTTOGGI DANNO LA PAZIENTE LIBERA DA MALATTIA.

Controllo T.A.C. 27.05.03 eseguito prima e dopo perfusione di MDC iodato e opacizzazione apparato digerente. Esame del cranio, torace, addome, pelvi. Assenza di alterazioni patologiche in tutti gli organi esaminati.

Controllo T.A.C. 10.12.03 eseguito prima e dopo perfusione di MDC iodato e opacizzazione apparato digerente. Esame del cranio, torace, addome, pelvi. Assenza di alterazioni patologiche in tutti gli organi esaminati

Controllo T.A.C. 10.12.03 eseguito prima e dopo perfusione di MDC iodato e opacizzazione apparato digerente. Esame del cranio, torace, addome, pelvi. Assenza di alterazioni patologiche in tutti gli organi esaminati

-Controllo Ematochimico del 10.12.03

G.B.: 5.600
G.R. 4.111.000
H.G.B.: 13,7
H.C.T: 40,9
P.L.T.: 221.000
NEUTROFILI: 64,0
LINFOCITI: 31,2
Ptot.Tot.: 6,5
Azotemia: 0,44
Glicemia: 0,75
Uricemia: 2,5
Creatinina : 0,93
Sideremia: 144
transferrina: 241
A.S.T.: 20
A.L.T.: 22
Fosfatasi alcalina: 168
J.G.T: 36
Amilasi: 68
Sodiemia: 137
Potassiemia: 4,9
Calcemia: 10,2
Fosforemia: 3,8
Alfafetoproteina: 5,4
Cea: 0,1
CA-125: 2
CA15-3: 13
CA 15-9(GICA): 3
MCA: 8,3
T.P.A.: 1
OSTEOCALCINA : 6,8

la paziente a 7 anni dall'inizio della patologia e della terapia svolge una vita regolare, autonoma, autosufficiente.

Caso 6 C. C. NATA NEL 39.

·PRIMA DIAGNOSI: EMORROIDI

OPERATA IN DATA:
1° INTERVENTO:

03 - 02 - 1998 EMORRIDECTOMIA, VISTA LA PRESENZA DI MATERIALE SIERO EMATICO SI PROCEDE A COLONSCOPIA INTRAOPERATORIA E SI REPERTA A 12 CM. DALL'ANO NEOFORMAZIONE VEGETANTE E STENOSANTE. SI PRATICANO BIOPSIE MULTIPLE.

2° INTERVENTO:

21 - 02 - 1998 EMICOLECTOMIA SN PIU' CECOSTOMIA CON FORMAZIONE DI ANO PRETERNATURALE A DX.

·DIAGNOSI DI USCITA: ADENOCARCINOMA DEL COLON RETTO CON METASTASI LINFONODALI.

·PERCORSO:

07/04/1998 INIZIA DIRETTAMENTE LA M. D. B. SENZA ALTRE TERAPIE AGGIUNTIVE.

- T. A. C. DEL 07/01/1999 " NON RILEVATE LESIONI FOCOLAI RIFERIBILI A LOCALIZZAZIONI SECONDARIE A CARICO DEGLI ORGANI PARENCHIMATOSI, NE TUMEFAZIONI LINFOGHIANDOLARI DELLE STAZIONI TORACICHE, ADDOMINALI, E PELVICHE."

- T.A.C. DEL 31/05/1999 IL REPERTO NON MOSTRA SEGNI DI PATOLOGIA DEFINITA

-T.A.C. DEL 27/04/2000 NON RILEVABILI ESPANSIONI RECIDIVE.

10/05/2000 SI RICOVERA E VIENE ESEGUITO INTERVENTO CHIRURGICO PER L'ELIMINAZIONE DELL'ANO PRETERNATURALE E RICANALIZZAZIONE FISIOLGICA.

- T.A.C DEL 13/02/2001 NON RILEVABILI TUMEFAZIONI ESPANSIVE RECIDIVE.

14/01/2002 ESEGUITA VIDEOPANCOLONSCOPIA: NULLA DA SEGNALARE DAL CIECO E FINO ALLA APERTURA ANALE

- T.A.C. DEL 22/02/2002 ESAME NEI LIMITI DELLA NORMA CHE DANNO LA PAZIENTE LIBERA DA MALATTIA.

- T.A.C. del **03.02.03**

T. A. C. Cranio : Esame eseguito dopo perfusione con M D C. In asse il sistema ventricolare che ha dimensioni normali, regolare ampiezza degli spazi liquorali peri-cerebrali. Assenza di alterazioni densitometriche del parenchima nervoso, assenza di impregnazioni patologiche dopo il contrasto.

T. A. C. torace, addome superiore e inferiore prima e dopo M D C . : In esiti di resezione di sigma , non si osservano espansi recidivi in sede anastomotica, ne lesioni focali secondarie a carico degli organi parenchimatosi addominali . Anche la ricerca di tumefazioni linfoghiandolari ileomediastiniche ad addomino pelviche è risultata negativa. Nella norma sono apparsi anche la vescica e l'utero.

-T.A.C. del 02/02/04

torace, addome superiore e inferiore prima e dopo M D C . : In esiti di resezione di sigma , non si osservano espansi recidivi in sede anastomotica, ne lesioni focali secondarie a carico degli organi parenchimatosi addominali. Anche la ricerca di tumefazioni linfoghiandolari

ileomediastiniche ad addomino pelviche è risultata negativa. Nella norma sono apparsi anche la vescica e l'utero.

Esami ematochimici e marcatori tumorali nella norma così come nella norma sono risultati i controlli ematochimici.

Caso 7 F.A. NATA 1927.

·PRIMA DIAGNOSI: OCCLUSIONE INTESTINALE

·OPERATA IN DATA: 08/05/1998 RESEZIONE DEL COLON DISCENDENTE, AFFONDAMENTO DEL MONCONE DISTALE, ANO PRETERNATURALE A SN. ·

DIAGNOSI DI USCITA: ADENOCARCINOMA DEL COLON RETTO CON METASTASI EPATICHE, INGUINALI, LINFONODALI E METASTASI OSSEE MULTIPLE.

PERCORSO:

T.A.C. DEL 03/07/1998 "METASTASI EPATICHE, ISPESSIMENTO DELLE PARETI DEL RETTO-COLON DISOMOGENEITA' DEL TESSUTO ADIPOSO, TUMEFAZIONI LINFONODALI A SN CON DIAMETRO DI 5 CM.

06/08/1998 SCINTIGRAFIA OSSEA CHE RILEVA LA PRESENZA DI IPERCAPTAZIONE DEL RADIO COMPOSTO ALL'ARTICOLAZIONE COXOFEMORALE SN E DELLA BRANCA ISCHIOPUBICA DX ALL'EPIFISI DISTALE DEL FEMORE SN (METASTASI OSSEE).

IN DATA 03/09/1998 RICONOSCIMENTO, DA PARTE DELLA COMMISSIONE INVALIDI CIVILI DELLA SUA CITTA', DI INVALIDITA' TOTALE (100%) CON NECESSITA' DI ASSISTENZA CONTINUA.

23/08/1998 INIZIA DIRETTAMENTE LA M. D. B. SENZA ALTRE TERAPIE AGGIUNTIVE.

- T.A.C. DEL 26/01/1999 " TORACE: NULLA AI POLMONI; ADDOME: FEGATO STEATOSICO SENZA AREE DI LESIONI FOCALI; PELVI: NON APPREZZABILI AREE DI SIGNIFICATO PATOLOGICO NELLO SCAVO PELVICO IN CORRISPONDENZA DELLA STOMIA CHIRURGICA, SFUMATO ADDENSAMENTO IN SEDE INGUINALE SOTTOCUTANEA SN DA RIFERIRE A RESIDUO DELLA TUMEFAZIONE INGUINALE PRECEDENTEMENTE SEGNALATA (DI 5 CM.)".

- CONTROLLO RADIOGRAFICO IN DATA 19/01/1999 DEL BACINO E DEI FEMORI: "INIZIALE RAREFAZIONE STRUTTURALE DELLA SPONGIOSA DEL BACINO E DEI SEGMENTI SCHELETRICI IN ESAME SENZA EVIDENZA DI LESIONI INFILTRATIVE. PRESENZA DI DUE PICCOLE AREOLE DI ADDENSAMENTO DELLA SPONGIOSA A LIVELLO ACETABOLARE SN E PERTROCANTERICA DX. NON RILEVATE LESIONI FOCOLAI RIFERIBILI A LOCALIZZAZIONI SECONDARIE A CARICO DEGLI ORGANI PARENCHIMATOSI, NE TUMEFAZIONI LINFOGIANDOLARI DELLE STAZIONI TORACICHE, ADDOMINALI, E PELVICHE."

- CONTROLLO RADIOGRAFICO IN DATA 30/06/1999 DEL BACINO E DEI FEMORI: "ANCA SN OVALIZZAZIONE DELLA TESTA FEMORALE CON AREOLE DI USURA SUBCONDRIALI PER ARTROSI.

- T.A.C. DEL 20/07/1999 ALLA TESTA FEMORALE E AL TETTO ACETABOLLARE "SI RILEVANO AREE DI IPERDENSITA' CHE NON MOSTRANO CARATTERISTICHE DI TIPO SOSTITUTIVO".

-T.A.C. DEL 30/12/1999

"**TORACE:** CAMPI POLMONARI LIBERI; **ADDOME:** FEGATO SENZA LESIONI FOCALI; **PELVI:** NON APPREZZABILI TUMEFAZIONI LINFOGHIANDOLARI "

IL 17/02/2000 A SEGUITO DI CADUTA LA PAZIENTE RIPORTA LA FRATTURA PERTROCANTERICA DEL FEMORE SN E VIENE OPERATA CON ENDOPROTESI CEMENTATA.

- T.A.C. DEL 05/10/2000 "**TORACE:** NELLA NORMA; **ADDOME:** FEGATO SENZA LESIONI FOCALI; **PELVI:** NON VISIBILI SIGNIFICATIVE TUMEFAZIONI LINFONODALI ADDOMINO-PELVICHE".

- T.A.C DEL 04/01/2001 "QUADRO STABILE"

- T.A.C DEL 09/03/2002 "QUADRO STABILE"

- T.A.C. 23.12.02

Esame T.A.C. torace addome superiore inferiore prima e dopo M.D.C.

Torace :

non evidenti immagini con carattere infiltrativi;
non addensamenti parenchimali, assenza di versamenti pleurici liberi o saccati ;
non evidenza di linfonodi a significato patologico in ambito ilare e mediastitico.

Addome e Pelvi:

assenza di processi espansivi infraepatici;
non ectasie delle vie biliari infra ed extra epatiche;
pancreas di forma e volume regolare;
milza nei limiti;
neostomia-colica in emiaddome sinistro con regolare aspetto dei tessuti molli pericicatriziali prima e dopo contrasto;
Reni normali per forma e volume nella norma l'eliminazione del M.D.C. iodato.
Non si rilevano significative variazioni dell'aspetto del retto, assenza di raccolte liquide perirettali; vescica ampia e ben dispensabile.
Assenza di linfoadenopatie addominali e pelviche.

Esami ematocritici eseguiti in data 25.05.03 nella norma così come i marcatori tumorali

-T.A.C. Torace-addome e pelvi con m.d.c. del 17/12/03

Torace:

emitorace simmetrici. Non evidenti processi infiltrativi in entrambi i campi polmonari. Non visibili linfoadenomegalie a livello delle catene ilo-mediastiniche.

Addome, Pelvi:

fegato vivamente ingrandito senza apprezzabilità nei limiti risolutivi della metodica eseguita di lesioni focali contestuali. Nei limiti milza, surreni e pancreas. Reni in sede senza segni di stasi urinaria a conservata funzionalità escretoria. Utero ingrandito di tipo fibromiomaso. Non visibili linfoademomegalie addomino pelviche.

-Controllo Ematochimico del 21.11.03

G.B.: 4.200

G.R. 3.850.000

P.L.T.: 197.000

Ptot.Tot.: 7,5

L.D.H.: 594 (valori normali 313-6180)

J.G.T.: 15
Fosfatasi Alcalina: 72
C.E.A.: 1,85
P.R.L.: 2.
T.P.A.: 37.

Caso 8 D G nato nel 47

Intervento chirurgico in data 18.06.96

Bilobectomia superiore e media e linfadenectomia dx in paziente diabetico.

Prima diagnosi **ADENOCARCINOMA POLMONARE DI TIPO PAPILLARE SCARSAMENTE DIFFERENZIATO** DIAMETRO 5 CM I.C.3.b G3 WHO

-Nel maggio 97 ricovero per follow up Scintigrafia ossea del 25 05 97 evidenzia **metastasi alla VI costa da e all'articolazione sterno clavicolare da,alle scapole,alla colonna vertebrale.**

-Il 22 04 98 pratica una TAC cranio che evidenzia : Neoformazione intraassiale in regione fronto-parietale dx del diametro di 4 cm con modesto edema perifocale. Per questa lesione pratica alcune sedute di radioterapia per un totale di 30 gj. Il paziente comunque tollera male tali terapie. Le sue condizioni cliniche sono precarie, ha nausea astenia difficoltà alla deambulazione inappetenza dimagrimento .

-In data 16 05 98 esegue il primo controllo post radioterapia con risonanza magnetica che rileva :
in regione parietale posteriore area iperintensa sia in T 1 che in T 2 e DP del diametro massimo di 5 cm che determina compressione sul corno occipitale e sulla regione peritrigonale omolaterale, con edema perifocale.
In sintesi dopo il trattamento radioterapico **la metastasi cerebrale era passata da 4 a 5 cm** di diametro.

IN data 16 06 98 esegue nuovo controllo TAC cranio dal quale si evince :
ulteriore aumento delle dimensioni della formazione con presenza di una componente solida anteriore-inferiore con marcata compressione e dislocazione anteriore del corno occipitale dx e della regione paratrigonale.

-Il 20 06 98 inizia la **M D B** le condizioni cliniche sono effettivamente precarie appena deambulante se sorretto, dolori diffusi sia ai muscoli che allo scheletro, dimagrito circa 15 km, dispnoico, astenia marcata, febricitante.

-Primo controllo TAC il 22 07 98 Cranio torace addome pelvi con M D C.

Cranio :Al controllo attuale non si apprezzano modificazioni delle dimensioni e della impregnazione periferica della formazione ipodensa intraassiale rispetto al precedente esame del giugno V.S. 3 e 4 ventricolo in asse.

Torace tra l'altro è presente falda di versamento pericardico. Intanto le condizioni cliniche migliorano **il paziente inizia ad alimentarsi e a fare i primi piccoli passi da solo, i dolori inviano a regredire.**

-II 21 10 98 esegue nuovo controllo TAC che evidenzia la riduzione della lesione secondaria cerebrale.

Il paziente intanto clinicamente è migliorato tantissimo ed è tornato autonomo e autosufficiente.

-Nuovo controllo TAC del 19 05 99 :

Cranio riduzione delle dimensioni della formazione ipodensa intraassiale parietale alta associata a modesto decremento dell'impregnazione periferica rispetto alla precedente del 21 10 98

TORACE :Non apprezzabili lesioni pleuro-polmonari del tipo infiltrativo in atto. Addome nei limiti della norma.

-Controllo TAC del 24 11 99 Cranio :pressocche stazionarie le dimensioni della formazione repertata in sede intraassiale alta rispetto al precedente controllo.

Torace :non apprezzabili lesioni pleuro polmonari del tipo infiltrativo in atto assenza di adenopatie ileomediastiniche.

Addome nei limiti della norma.

-Controllo TAc del 21 06 00 TAC **cranio** reperto attuale sostanzialmente invariato nei confronti del precente esame del nov 99.

Il 02 12 00 esegue una scintigrafia ossea che viene relazionata : **Non più rilevabile la lesione sternale**. Pressocchè stazionarie o ridotte le altre lesioni rispetto al controllo scintigrafico del 26 02 98.

-Controllo TAC del 21 07 01 **Cranio** :Cavità liquorale in sede parietale alta dx .Non apprezzabili aree di alterata impregnazione di significato patologico focale in atto in sede sopra e sotto tentoriale . Sistema ventricolare in sede con 3 e 4 ventricolo in asse.Conservata ampiezza degli spazi liquorali periencefalici. (In sintesi **la metastasi cerebrale dopo diverse riduzioni è scomparsa**).

Nulla da segnalare al **torace e all'addome**.

- Controllo del 10 12 01 RM encefalo con Gi-DPTA :**Esame stabile** .

-Controllo TAC del 22 01 03 Cranio :indagine eseguita previa preparazione di mezzo iodato ev . Area di ipodensità liquorale in sede parietale destra.Non apprezzabili aree di alterata impregnazione di significato patologico focale in atto a carico del rimanente parenchima cerebrale.3 e 4 ventricolo in asse.Conservata ampiezza degli spazi liquorali periencefalici.

-Torace **Non evidenti significative linfadenomegalie ilo-mediastiniche**.

Addome nulla da segnalare.

-Controllo TAC del 15 02 04

Cranio :indagine eseguita previa preparazione di mezzo iodato ev . Area di ipodensità liquorale in sede parietale destra.Non apprezzabili aree di alterata impregnazione di significato patologico focale in atto a carico del rimanente parenchima cerebrale.3 e 4 ventricolo in asse.Conservata ampiezza degli spazi liquorali periencefalici.

Torace :Campi polmonari regolari e simmetrici,con normale distribuzione della rete vascolare parenchimale e conservata pervietà delle principali vie aeree. Assenza in entrambi i campi polmonari di zone di alterata densità a significato patologico.Non tumefazioni delle stazioni

linfoghiandolari mediastiniche.

Non si apprezzano significative tumefazioni linfoghiandolari intercavaoortiche, del tripode celiaco, dell'asse mesenterico o **pelviche**.

A sei anni dall'inizio della MDB il paziente che era giunto all'osservazione con prognosi di due mesi è perfettamente libero da malattia, autonomo ed autosufficiente.

Caso 9 B. R. nata nel 37

Prima diagnosi sett 97 Linfoma non Hodking a localizzazioni multiple cerebrali, toraciche, addominali.

Percorso.:

-Nell'ottobre 97 La paziente inizia direttamente la MDB senza alcuna terapia convenzionale annessa. Le sue condizioni fisiche sono precarie, cammina a stento solo se sorretta, inappetente con discreto calo ponderale, febbricitante. Dopo circa tre mesi dall'inizio della terapia, inizia un lento ma progressivo miglioramento, scomparsa della febbre, si alimenta autonomamente; dopo circa sei mesi inizia la deambulazione autonoma. Esegue nel tempo diversi controlli TAC, di seguito ne vengono riportati solo alcuni anche per ragioni di spazio.

-Controllo TAC del 24 03 99 Al controllo T C attuale del cranio, torace, addome e pelvi eseguito previa somministrazione di M D C ev : non si apprezzano sostanziali modificazioni dei reperti cerebrali rispetto al controllo del 15 01 C.A. **In miglioramento i reperti toraco-addominali con risoluzione quasi completa delle aree di addensamento parenchimali presenti in entrambi i campi polmonari e riduzione della lesione splenica con lieve retrazione del margine posteriore dell'organo.** Immodificati i restanti reperti.

-Controllo T C del 18 02 2000 Cranio.: al controllo attuale persistono immodificate le aree ipodense precedentemente segnalate in sede cerebellare e cerebrale. Sistema ventricolare sopra e sotto tentoriale sostanzialmente in asse di ampiezza regolare.

Collo : non visibili linfadenopatie laterocervicali.

Torace : a livello toracico **NON si osservano allo stato attuale lesioni infiltrative parenchimali in atto.**

Non visibili linfadenopatie ilo-mediastiniche.

Addome e pelvi .: Fegato, pancreas, surreni e reni nei limiti morfovolumetrici e strutturali senza lesioni focali.

La **milza** attualmente risulta di dimensioni regolari e strutturalmente omogenea senza lesioni focali con persistente incisura del corno supero-laterale.

Vescica normale, utero e annessi nei limiti. **Non visibili linfadenopatie** delle catene addominali e pelviche.

-Controllo T C del 26 03 03 con e senza mezzo di contrasto

Cranio : sostanzialmente in asse le formazioni mediane, immodificate le lesioni focali.

Torace : Campi polmonari regolari e simmetrici, con normale distribuzione della rete vascolare

parenchimale e conservata pervietà delle principali vie aeree. **Assenza in entrambi i campi polmonari di zone di alterata densità a significato patologico.** Non tumefazioni delle stazioni linfoghiandolari mediastiniche.

Fegato morfovolumetricamente nei limiti a struttura parenchimale conservata senza evidenza di lesioni focali. Vie biliari intra e extraepatiche non dilatate.

Pancreas nei limiti a struttura parenchimale conservata.

Milza regolare per morfologia e dimensioni.

Reni in sede regolari per morfologia e dimensioni con normale rappresentazione dell'indice cortico-midollare bilateralmente. Non si apprezzano significative tumefazioni linfoghiandolari intercavaoartiche, del tripode celiaco, dell'asse mesenterico o pelviche.

Esami ematochimici del 18 03 03

Bil 0,57 Got 15, Gpt 17, fosf alc 78, colinesterasi 9111, Ldh 277, gamma gt 21 Prot tot 7,7, sideremia 86 Wbc 3900, Rbc 3980000, Hgb 13,1, Plt 202000, Neutrofili 56,9, ; Linfociti 30,4 Monociti 8,8, Eosinofili 3,9, Basofili 0,0, Ferritina 81, Cea 1,10

-T.A.C. Cranio Torace addome superiore ed inferiore con e senza MDC del 02.12.03.

Esame T.A.C. del **cranio**:

non si evidenziano aree di alterata densità a carico del tessuto celebrale da riferire a lesioni focali in atto. Il sistema ventricolare sopra e sotto tensoriale è in sede di ampiezza modicamente aumentata.

L'**esame T.A.C. dell'addome e della pelvi** ha mostrato **assenza** in entrambi i campi polmonari **di zone di alterata densità a significato patologico.** Non si apprezzano significative tumefazioni delle stazioni linfoghiandolari mediastiniche.

Fegato morfovolumetricamente nei limiti a struttura parenchimale conservata senza evidenza di lesioni focali. Calcificazione nodulare sottocapsulare del settimo segmento. Pervi i principali rami del sistema portale. Vie biliari intra-ed extraepatiche non dilatate.

Pancreas morfovolumetricamente nei limiti, a struttura parenchimale conservata, senza dilatazione dei principali dotti intraghiandolari.

Milza regolare per morfologia e dimensioni a struttura parenchimale conservata.

Reni in sede, regolari per morfologia e dimensioni, con normale rappresentazione dell'indice corticomidollare bilateralmente. Non dilatate le cavità escrettrici.

Surreni nei limiti.

Vescica in asse normodistesa a pareti regolari, **esenti** da lesioni di tipo infiltrante e/o vegetanti. Contenuto endonuminale omogeneo.

Non si apprezzano significative tumefazioni delle stazioni linfoghiandolari intercavaoortiche, del tripode celiaco, dell'asse mesenterico e pelviche.

-Controllo Ematochimico del 20.11.03

G.B.: 6.700
G.R. 3.410.000
H.G.B.: 13,6
P.L.T.: 226.000
NEUTROFILI: 61,7
LINFOCITI: 26,1
MONOCITI: 9,6
EOSINOFILI: 2,6
BASOFILI: 0,0
Ptot.Tot.: 6,6
L.D.H.: 371 (valori normali 230-460)
J.G.T.: 26
Fosfatasi Alcalina: 75
G.O.T.: 15
G.P.T.: 21
COLINESTERASI: 8952
P.R.L.: 0,10
FERRETINA: 86
FT3 : 340
FT4 : 1,30
T.S.H: 1,10

la paziente a 7 anni dall'inizio della patologia e della terapia svolge una vita regolare, autonoma, autosufficiente e lavorativa.

Caso 10 C. N. nato nel 57

Prima diagnosi Leiomiosarcoma

Diagnosi completa: **neoplasia bronco-polmonare ilare destra con aggressione di un tratto posteriore della quarta costa, del pericardio della vena cava superiore e della vena azigos alla confluenza con la cava superiore e dei rami destinati alla lobo superiore dell'arteria polmonare.**

Percorso.:

- Intervento chirurgico in data 2/9/96 toracotomia destra di necessità pericardiostomia. Resezione di un tratto posteriore della quarta costa e di parenchima neoplastico aderente alla costa biopsie ilari multiple del tumore.

Esame istologico: tumore a cellule fusate mesenchimali con forti **atipie-leiomiosarcoma**. La neoplasia infiltra le coste- 9/12/97 nuovo ricovero per dispnea intensa.

Diagnosi d'entrata :leiomiosarcoma della parete toracica destra trattato chirurgicamente nel 1996.

Diagnosi di dimissione: probabile ostruzione bronchiale destra con atelettasia completa del

polmone destro **recidiva** di leiomiomasarcoma della parete toracica già trattato chirurgicamente nel 1996.

-15/12/1997 Nuovo ricovero per dispnea.

Gli esami praticati evidenziavano:

RX torace 17/12/97: Emitorace destro retratto e omogeneamente opacato con stiramento da questo lato dell'ombra cardio-mediastinica. A destra fratture costali e parziale mancanza della quarta costa.

Endoscopia respiratoria 18/12/97: trachea deviata verso destra rigida distalmente per compressione estrinseca che interessa anche l'angolo tracheobronchiale e il principale. Il principale è occluso a livello del lobare superiore da compressione e vegetazione. L'estensione dell'interessamento bronchiale non consente la ricanalizzazione dell'emisistema di destra.

Durante il ricovero vengono praticate alcune sedute di radioterapii paliativa.

-27/01/98 il paziente con febbre dispnea intensa mani e avambracci semicianotici, viso, collo e parte superiore del torace semicianotica, inappetente, a malapena deambulante con notevole calo ponderale si presenta alla mia osservazione ed inizia la **MDB**.

All'incirca 3 mesi dopo l'inizio del trattamento, inizia un graduale ma comunque lento ma progressivo miglioramento delle condizioni cliniche generali, con prima remissione parziale e poi definitiva dello stato febbrile indi remissione della dispnea, ritorno dell'appetito.

All'incirca sei mesi dopo il paziente è di nuovo autonome ed autosufficiente e può cominciare a ricondurre una vita normale.

-5/05/98 Esegue il primo controllo T.C. torace esiti di pneumonectomia destra con attrazione omolaterale del mediastino. Sottili strie fibrotiche in apicale a sinistra, assenza nei rimanenti campi polmonari di zone con valore tomografici a significato patologico. Assenza di significative tumefazioni linfonodali mediastiniche.

Non si apprezzano alterazioni tomografiche dei tessuti molli della parete toracica. Risalita dell'emidiaframma destro.

-T.A.C. 30/07/98 Esegue il primo controllo T.C. torace esiti di pneumonectomia destra con attrazione omolaterale del mediastino. Sottili strie fibrotiche in apicale a sinistra, assenza nei rimanenti campi polmonari di zone con valore tomografici a significato patologico. Assenza di significative tumefazioni linfonodali mediastiniche.

Non si apprezzano alterazioni tomografiche dei tessuti molli della parete toracica. Risalita dell'emidiaframma destro. Conclusioni reperto immutato rispetto al referto del 5/5/98 esibito in visione.

- Esegue controlli T.A.C. il 28/01/99, il 5/12/00 che sostanzialmente sono sovrapponibili.

- T.A.C. torace del 14/12/99. L'esame ha mostrato a destra, a sede iloperilare e sovraillare destra formazione triangolare di relativa iperdensità da riferire in parte a lesione solida e in parte ad atelettasia. Detta formazione del diametro massimo di circa 5 cm medialmente è mal dissociabile dal mediastino e determina lieve attrazione consensuale dello stesso. Strie fibrotiche a destra invasale, assenza dei rimanenti campi polmonari di zone con valori tomografici a significato patologico. Non si apprezzano alterazioni tomografiche dei tessuti molli della parete toracica.

- T.A.C. torace de 21/02/00 sovrapponibile.

- Controllo T.A.C. 4/05/01 a sede iloperilare e sovraillare destra formazione triangolare di relativa iperdensità da riferire in parte a lesione solida e in parte ad atelettasia. Detta formazione del diametro massimo di circa 5 cm medialmente è mal dissociabile dal mediastino e determina lieve attrazione consensuale dello stesso. Strie fibrotiche a destra invasale, assenza dei rimanenti campi polmonari di zone con valori tomodensitometrici a significato patologico. Non si apprezzano alterazioni tomodensitometriche dei tessuti molli della parete toracica. Conclusioni l'attuale controllo appare pressoché sovrapponibile al precedente esame del 14/12/99 esibito in visione.

- T.A.C. torace del 21/05/02. Asimmetria dei campi polmonari. Addensamento parenchimale ed ispessimento pleurico a destra in apicale, assenza nei rimanenti campi polmonari di zone con valori tomodensitometrici a significato patologico. Assenza di significative tumefazioni linfonodali mediastiniche. Non si apprezzano variazioni tomodensitometriche dei tessuti molli della parete toracica. Conclusioni : l'attuale controllo appare pressoché sovrapponibile al precedente esame del 04/05/01 esibito in visione.

- Controllo T.A.C. torace, addome, pelvi del 24/10/03. Ha mostrato asimmetria dei campi polmonari (destro<sinistro).

Addensamento parenchimale ed ispessimento pleurico a destra in apicale.

Assenza nei rimanenti campi polmonari di zone con valori tomodensitometrici a significato patologico.

Assenza di significative tumefazioni linfonodali mediastiniche. Non si apprezzano alterazioni tomodensitometriche dei tessuti molli della parete toracica. Fegato nei limiti a densità ridotta per lieve steatosi, senza evidenza di lesioni focali.

Vie biliari intra ed extra epatiche non dilatate.

Pancreas nei limiti volumetrici a densità omogenea senza dilatazione dei dotti principali.

Reni in sede di forma, volume e densità regolari.

Loge surrenaliche nei limiti.

Regolare calibro e pervietà dei grossi vasi retroperitoneali. Non si apprezzano significative tumefazioni delle stazioni linfonodali retrocrurali, cellache, intercavoparaortiche e mesenteriali a significato patologico.

Vescica in asse di buona capacità a contenuto omogeneo.

Grasso perirettale e perivescicale indenne.

Strutture ossee e muscolari indenni, non si apprezzano significative tumefazioni delle stazioni linfonodali, iliache, otturatorie ed inguinali.

- Controllo Ematochimico del 13.10.03

G.B.: 7.700

G.R.: 4.790.000

P.L.T.: 244.000

Neut.: 3.86

Linfo.: 2.22

Mono.: 0.48

Eo.: 0.46

Vaso.: 0.05

Ptot.Tot.: 6,60

Azotemia: 45

Glicemia: 101

Creatinina: 1.0

Acido urico: 6.0

Got.: 32

GPT: 50

Bil. tot.: 0.70

L.D.H.: 438

J.G.T.: 32

Fosfatasi Alcalina: 69

Sodio: 146
Potassio: 5.3
Sideremia: 114
Jgt: 70
Colinesterasi: 8492
C.E.A.: 1,8
Tpa: 112
Ferritina : 178
Psa: 0,5

Il paziente da circa 3 anni svolge intensa attività fisico-lavorativa, allevamento e commercio di maiali. Circa due anni or sono ha contratto matrimonio e a dicembre 2003 è diventato padre di un a bellissima bimba.

Caso 11 T. A. NATO 1939.

· **PRIMA DIAGNOSI K DEL LARINGE.**

· OPERATO IN DATA: 14 - 9 - 1998 LARINGECTOMIA.

· DIAGNOSI DI USCITA: **CARCINOMA DEL LARINGE EPIDERMIOIDE CON METASTASI LINFONODALI ED INVASIONE LOCOREGIONALE DEI TESSUTI MOLLI ED OSSEI (MASCELLARE).**

· PERCORSO: A SEGUITO DELL'INTERVENTO VENGONO PRATICATI TRE CICLI DI CHEMIOTERAPIA CHE PRODUCONO TRA L'ALTRO **DEPRESSIONE MIDOLLARE** (VIENE DIFATTI PRESCRITTO UN TRATTAMENTO CON MYELOSTIM 34). LE CONDIZIONI GENERALI RISULTANO MOLTO SCADUTE, IL PAZIENTE E' ALLETTATO. GLI **VIENE PROPOSTO DAI SANITARI DELL'OSPEDALE UN CICLO DI RADIOTERAPIA ANCHE SE A SCOPO PALLIATIVO PER LE MACROSCOPICHE METASTASI DEL MASCELLARE.** IL PAZIENTE RIFIUTA IL TRATTAMENTO

-T. A. C. DEL 26/10/1998 " **MARCATO ISPESAMENTO PARIETALE , RIDUZIONE DEL LUME AEREO E PRESENZA DI TESSUTO SOLIDO NON DISSOCIABILE DALLA BASE DELLA LINGUA, PIASTRONE SOLIDO DISOMOGENEO ALLA REGIONE ANTERIORE DEL COLLO CON AREE DI COLLIQUAZIONE A SN ,AL DI SOPRA DELLA TRACHEOSTOMIA IN SEDE PARAMEDIANA FORMAZIONE SOLIDA COLLIQUATA CENTRALMENTE CHE DISLOCA A DX LA TRACHEA ,MARCATA DISOMOGENEITA' DEL TESSUTO SOTTOCUTANEO DELLA REGIONE DEL COLLO.**

-**IL 15 MARZO 1999 INIZIA LA M. D. B.**

ALL'ESAME OBBIETTIVO SI RISCOVTRANO SVARIATI LINFONODI PALPABILI AL COLLO, REGIONI SOVRACLAVICOLARI E ALLA FACCIA, RONCHI E RANTOLI DIFFUSI SU TUTTO L'AMBITO POLMONARE, NETTO DEPERIMENTO ORGANICO, ASTENIA, CALO PONDERALE, FEBRE, INAPPETENZA, CONTINUI E VIOLENTI DOLORI SIA ALLA TESTA CHE AL TORACE NONCHE' AL COLLO.

-T. A. C. DEL 7/5/1999 REFERTO PRESSOCHE' IMMODIFICATO RISPETTO AL PRECEDENTE.

-T. A. C. DEL 14/ 9/1999 CON M.D.C. "**ASSENZA DI SIGNIFICATIVE TUMEFAZIONI LINFOGHIANDOLARI DELLA REGIONE IN ESAME**".

-T. A. C. DEL 18/1/2000: "**NON SI APPREZZANO IMMAGINI DA RIFERIRE A RECIDIVA**".

-T. A. C. DEL 20/3/2001: "**SI CONFERMANO GLI ESITI DI INTERVENTO CHIRURGICO DI LARINGECTOMIA RADICALE CON SVUOTAMENTO LINFONODALE SENZA IMMAGINI DA RIFERIRE A RECIDIVA DELLA LESIONE ASPORTATA.**"

-T. A. C. DEL 4/3/2002 **REPERTO STABILE.**

-Controllo del 05.12.02 esami ematochimici nella norma, marcatori tumorali nella norma.

-Controllo T.A.C. del 15/01/02 T.C. **collo e laringe**

L'esame tomodensitometrico eseguito con scansioni continue di 2 mm di spessore e dopo iniezione ev di m.d.c. ha mostrato: esiti di laringectomia totale con associate linfadenectomia. Allo stato **non si osservano** aree di patologica impregnazione dei tessuti molli **da riferire a recidiva della lesione precedentemente asportata**. Non evidenti tumefazioni linfonodali laterocervicali.

-Controllo T.A.C. 24/02/04 T.C. **collo e laringe**

l'esame del collo e della laringe eseguito con tecnica volumetrica e prima e dopo iniezione ev di m.d.c., ha mostrato confrontato con l'esame precedente, un **reperto sostanzialmente immodificato rispetto al precedente** del 15/01/03. Si conferma per tanto la presenza di esiti di laringectomia totale con presenza di tracheostomia e svuotamento linfonodale funzionale laterocervicale bilaterale più esteso a destra ove si rileva mancata opacizzazione della vena giugulare. Nella sede anatomica della laringe non si rilevano evidenti aree di impregnazione patologica da riferire a residui o recidive della lesione precedentemente asportata.

IN CONCLUSIONE , DOPO DUE MESI DALL'INIZIO DEL TRATTAMENTO M. D . B. SI ERA OTTENUTA UN ARRESTO DELLA CRESCITA TUMORALE, MENTRE DOPO SEI MESI ERANO GIA' SCOMPARE TUTTE LE LESIONI PRECEDENTEMENTE EVIDENZIATE. A **SEI ANNI** DA TALE DATA **IL PAZIENTE RISULTA ESSERE LIBERO DA MALATTIA**. GLI ESAMI EMATOCHIMICI ESEGUITI REGOLARMENTE DURANTE TUTTO IL PERIODO DELLA CURA DIMOSTRANO LA MANCANZA DI TOSSICITA' DEI FARMACI E UNA OTTIMA TOLLERABILITA'.

Bibliografia

78: Endocrinology. 2003 Apr; 144(4): 1574-84.

La somatostatina inibisce la crescita e l'angiogenesi tumorale per mezzo del recettore-3 per la somatostatina che regola la sintesi dell'ossido nitrico nell'endotelio e l'attività della protein-chinasi ad attivazione mitogena.

Florio T, Morini M, Villa V, Arena S, Corsaro A, Thellung S, Culler MD, Pfeffer U, Noonan DM, Schettini G, Albini A.

Int J **Cancer**. 2003 Dec 20; 107(6): 1038-46.

L'ABPN, un nuovo derivato dell'acido retinoico, ha una potente attività apoptotica ed inibitoria sullo sviluppo e delle cellule neoplastiche.

Um SJ, Han HS, Kwon YJ, Park SH, Rho YS, Sin HS, Park JS.
Department of Bioscience and Biotechnology, Sejong University, Seoul, South Korea.

94: Int J **Cancer**. 2003 Apr 10; 104(3): 376-9.

Attività antitumorale ed incremento della sopravvivenza dopo trattamento di cavie con micrometastasi al fegato con octreotato [¹⁷⁷Lu-DOTA0,Tyr3].

Breeman WA, Mearadji A, Capello A, Bernard BF, van Eijck CH, Krenning EP, de Jong M.
Department of Nuclear Medicine, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands. breeman@nuge.azr.nl

89: Invest Ophthalmol Vis Sci. 2003 Mar; 44(3): 980-7.

Espressione Dei Recettori Della Somatostatina Nel Melanoma Uveale.

Ardjomand N, Ardjomand N, Schaffler G, Radner H, El-Shabrawi Y.

Departments Of Ophthalmology, Karl Franzens University School Of Medicine, Graz, Austria. Navid.Ardjomand@Kfunigraz.Ac.At

34: Chin Med J (Engl). 2003 Mar; 116(3): 373-7.

Effetti della somministrazione combinata di octreotide ed aspirina sulla crescita del carcinoma gastrico.

Tang C, Wang C, Tang L. Department of Gastroenterology, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu 610041, China.
cwtang57@yahoo.com.cn

Clin Endocrinol Metab 2002 Feb; 87(2):915-26

Regolazione autocrina della somatostatina sulla proliferazione di cellule di carcinoma della prostata umano attraverso la regolazione del dominio SH2 che comprende la proteina tirosin-fosfatasi (Shp)-1.

Zapata PD, Ropero RM, Valencia AM, Buscail L, Lopez JI, Martin-Orozco RM, Prieto JC, Angulo J, Susini C, Lopez-Ruiz P, Colas B

Dipartimento di Biochimica e Biologia molecolare, Università di Alcalá, Alcalá de Henares - Madrid E-28871, Spagna.

16: Tumori. 2003 Mar-Apr; 89(2): 136-40.

Ruolo della somatostatina nel meningioma vasogenico associato ad edema cerebrale.

Pistolesi S, Fontanini G, Boldrini L, Camacci T, De Ieso K, Lupi G, Caniglia M, Mariani G, Boni G, Suriano S, Padolecchia R, Pingitore R, Parenti G.

Divisione di Chirurgia, Università di Pisa, Italia.

Neuroendocrinol Lett 2002 Jul; 23 Supplementi 2: 61-70

La luce causa cancro interni? Il problema e la sfida di un'esposizione onnipresente.

Erren TC

Istituto e Policlinico per medicina del lavoro e sociale, Scuola di Medicina e di Odontoiatria, Università di Colonia, Joseph-Stelzmann-Strasse 9, 50924 Köln (Lindenthal), Germania tim.erren@uni-koeln.de

Breast Cancer Res Treat 2000 Dec; 64(3): 287-96

Effetto della melatonina e dell'acido linolenico sul cancro mammario nella mouse transgenic con il oncogene del cancro di seno di c-neu.

Rao Gn, Ney E, Ra Del Herbert Programma di Tossicologia dell'Ambiente, istituto nazionale delle scienze ambientali della salute, Istituti Nazionali della Salute, Parco del Triangolo di Ricerca, NC 27709, S.U.A. rao@niehs.nih.gov

Am J Clin Pathol 2002 Sep; 118(3):451-8

Differente espressione dei recettori ad alta affinità della melatonina (MT1) nel tessuto normale e maligno della mammella.

Dillon DC, Easley SE, Asch BB, Cheney RT, Brydon L, Jockers R, Winston JS, Brooks JS, Hurd T, Asch HL

Università dello Stato di Nuova York Scuola di Medicina di Buffalo, U.S.A..

Med Hypotheses 2002 Sep; 59(3):302-11

La ghiandola pineale ha un ruolo nei meccanismi psicologici coinvolti nella progressione del cancro?

Callaghan BD

Reparto delle Scienze Anatomiche, Università di Adelaide, Adelaide, Australia
brian.callaghan@adelaide.edu.au

Neuroendocrinol Lett 2002 Apr; 23 Supplementi 1:24-9

Azione oncostatica della melatonina: stato dei fatti e punti interrogativi.

Pawlikowski M., Winczyk K, Karasek M.

Department of Experimental Endocrinology and Hormone Diagnostics, Institute of Endocrinology, Medical University of Lodz, Sterling Str.3,91-425 Lodz, Polonia.

pawlikowski.m@wp.pl

J Clin Oncol 2002 Maggio 15; 20(10):2575-601

Melatonina: dalle ricerche di base al trattamento clinico del cancro.

Vijayalaxmi, Thomas CR Jr, Reiter RJ, Herman TS

Reparti di Radiologia Oncologica, Centro Universitario di Scienza della Salute del Texas, 7703 Floyd Curl Drive, San Antonio, TX 78229, USA.
vijay@uthscsa.edu

Curr Top Med Chem 2002 Feb; 2(2):113-32

La melatonina come agente cronobiologico/anticancro: meccanismi di azione a livello cellulare, biochimico e molecolare e loro implicazioni per la terapia circadiana del cancro.

Blask DE, Sauer LA, Dauchy RT

Laboratorio Sperimentale di Neuroendocrinologia/Oncologia, Istituto di Ricerca di Bassett, Cooperstown, NY 13326, USA. dblask@usa.net

Breast Cancer Res Treat 2002 Jan;71(1):37-45

La melatonina inibisce la trans-attivazione del recettore per gli estrogeni ed i livelli di AMPciclico nelle cellule del cancro della mammella.

Kiefer T, Ram PT, Yuan L, Hill SM

Reparto di Biologia Strutturale e Cellulare, Università di Medicina di Tulane, New Orleans, LA 70112, USA.

Cancer Res 2000 Nov 15;60(22):6482-7

L'induzione della differenziazione mammaria data dal gene correlato all'inibizione della crescita mammaria che interagisce con un acido grasso omega-3 per l'inibizione della crescita delle cellule di cancro di seno

Il Wang M, Liu YE, Ni J, Aygun B, Goldberg ID, Shi YE

Cancer Res 2000 Aug 1;60(15):4139-45

Arresto del ciclo cellulare e apoptosi delle cellule di melanoma indotti dall'acido doicoesaenoico: associazione con la riduzione della fosforilazione del pRb.

AP di Albino, Juan G, Traganos F, Reinhart L, Connolly J, Sorto DP, Darzynkiewicz Z

La Fondazione di Salute americana, Valhalla, new york 10595, USA.
talbino@aol.com

Poult Sci 2000 Jul;79(7):971-4

Uova arricchite come fonte di acidi grassi N-3 polinsaturi per gli esseri umani

NM di Lewis, Seburg S, Flanagan NL

Il dipartimento di Scienze di Nutritional e Dietetics, l'Università di Nebraska, Lincoln 68583-0806, USA. nlewis2@unlnotes.unl.edu

Free Radic Biol Med 2000 Apr 1;28(7):1143-56

Ruolo dell'espressione di enzimi antiossidanti nella risposta citotossica selettiva delle cellule di glioma alla supplementazione con acido gamma-linolenico.

Il Preuss M, Girnun GD, Darby CJ, Khoo N, Spector AA, Robbins ME

Il Programma di Biologia di Radiazione libero Radicale e, il Dipartimento di Radiology, la Città di Iowa, IA, USA.

Ricerca Anticancro Nov-Dec; 19(6C):5583-6 1999

La sopravvivenza aumentata nei pazienti metastatic del cervello ha trattato con la radioterapia stereotactic, omega tre acidi grassi e bioflavonoidi.

Gramaglia A, Loi Gf, Mongioj V, Baronzio Gf

Istituto Nazionale Del Cancer, Milano, Italia.

Carcinogenesi Dec; 20(12):2209-18 1999

Acidi grassi e cancri poli-insaturi dietetichi del seno e del colorectum: prova d' emersione per il loro ruolo come modificatori di rischio.

Bartsch H, Nair J, Owen Rw

Divisione dei fattori di rischio del cancer e di tossicologia, centro tedesco di ricerca sul cancro (DKFZ), Im Neuenheimer Feld 280, D-69120 Heidelberg, Germania h.bartsch@dkfz-heidelberg.de

Cancer Prev Di Eur J Jul; 8(3):213-21 1999

Effetto benefico possibile dei pesci e degli acidi grassi poli-insaturi dei pesci n-3 in seno ed in cancro colorectal.

de Deckere EA

Centro Di Nutrizione Della Leva di regolazione, Ricerca Vlaardingen, Paesi Bassi Della Leva di regolazione.

Carcinogenesi Feb; 20(2):249-54 1999

L' olio che dei pesci l' acido docosaexanoico costituente inibisce selettivamente lo sviluppo del papillomavirus umano immortalized i keratinocytes.

Chen D, Auburn K

Biol Med Di Proc Soc Exp Nov; 216(2):224-33 1997

Acidi grassi dietetichi e prevenzione di cancro ormone-sensibile a reagire.

DP Della Rosa

Divisione di nutrizione e di endocrinologia, fondamento americano di salute, Valhalla, New York 10595, S.U.A..

Pharmacol Ther Sep; 83(3):217-44 1999

Acidi grassi Omega-3 come agenti chemopreventive del cancro.

DP Della Rosa, Connolly Jm

Divisione di nutrizione e di endocrinologia, fondamento americano di salute, Valhalla, NY 10595, S.U.A. david@westnet.com