

## **Verner-Morrison Syndrome**

Tenuti I, Guiotto MG, Sava T, Pavarana M, Castello R  
Medicina Generale/Endocrinologia, AOUI Verona  
Oncologia, AOUI Verona

**Introduzione:** in letteratura pochi i dati sul trattamento di recidiva di Vipoma metastatico.

**Descrizione:** ML 73 anni. Giunge in PS per diarrea, astenia, stato confusionale, ipotensione. APR: 2008 diagnosi di VIPOMA sottoposto a DCP. Diabete insulino-dipendente. 2009 metastasectomia epatica e tumorectomia renale. Terapia domiciliare: lanreotide (60 mg) e altri. Ricoverato in UTI per shock ipovolemico veniva successivamente trasferito presso il reparto di Medicina ad indirizzo Endocrinologico. Il dosaggio di marcatore di malattia: VIP era di 156 ng/l (18-100 ng/l). Ecografia addome: formazioni ipoecogene ovalari di dubbia interpretazione; Tac addome “nella doccia parieto colica due raccolte cistiche”; TAC/PET con Gallio “5 localizzazioni epatiche ad elevata espressione recettoriale”. In seguito ad improvviso peggioramento clinico (stato soporoso, acidosi metabolica, alterazione idro/elettrolitica) si decideva dopo valutazione multidisciplinare di aumentare la posologia di Lanreotide a 120 mg. Le condizioni critiche e la sede delle metastasi epatiche precludevano in tale momento l’approccio chirurgico. Dopo valutazione collegiale del caso, in considerazione dell’esordio acuto e della gravità del quadro clinico si decideva di soprassedere alla biopsia epatica (utile per determinare Ki67), non essendo tale dato determinante per l’iter terapeutico. Iniziava chemioterapia (carboplatino+etoposide) mantenendo Lanreotide a 120 mg. Dopo 3 cicli di chemioterapia, ottimo miglioramento delle condizioni generali e la Tac PET *con FDG* evidenziava l’assenza di lesioni epatiche e la presenza di polipo sospetto al colon trasverso, già indagato endoscopicamente (adenoma con displasia di grado severo). In considerazione della cinetica della malattia, dell’imaging (PET con FDG negativa e Gallio positiva), delle ottime condizioni cliniche e della risposta ai trattamenti, il paziente è candidato a valutazione per terapia radiometabolica.

**Conclusioni:** l’esperienza nell’ambito di tumori neuroendocrini refrattari appare limitata ed in particolare per i rari casi di VIPOMA. Non esistono ad oggi protocolli terapeutici condivisi per le forme metastatiche sintomatiche in progressione durante terapia con analogo della somatostatina. In questo caso, l’aumento della posologia di Lanreotide ha determinato un buon controllo dei sintomi, mentre la chemioterapia ha avuto ruolo nel determinare una parziale remissione di malattia. La gestione dei pazienti con neoplasie neuroendocrine metastatiche secernenti deve essere fatta all’interno di un gruppo multidisciplinare.