

Images in Surgery

Was ist «Images in Surgery»?

Das Editorial Board von *swiss knife* freut sich, mit der heutigen Ausgabe die neue Rubrik «Images in Surgery» vorzustellen. Verschiedene Leser haben sich in unserer Umfrage für eine solche Artikelserie ausgesprochen, welche wir hiermit gerne starten. Das Ziel der neuen Serie ist es, lehrreiche, nicht alltägliche klinische Befunde mit interessanten Differenzialdiagnosen, Bildgebungsbefunden oder Therapieoptionen zu präsentieren. Auf eine kurze Beschreibung und Illustrationen folgen mehrere Antwortmöglichkeiten, welche unsere jüngeren und evtl. auch älteren Leser zum Nachdenken anregen sollen. Die korrekte Antwort mit kurzer Beschreibung wird dann jeweils auf der letzten Seite präsentiert.

Die Rubrik ist offen für Einsendungen von allen Spitalern aus der Schweiz, wir ermuntern insbesondere jüngere Kollegen, einen interessanten Fall vorzustellen. Eine dokumentierte mündliche oder schriftliche Einverständniserklärung des Patienten ist zwingend. Die Texte in «Images in Surgery» sollten in Englisch verfasst werden.

Wir hoffen, dass die neue Serie auf Interesse bei unseren Lesern trifft und freuen uns bereits auf die Zusendung von interessanten Fällen aus der ganzen Schweiz.

«Images in Surgery» – qu'est-ce que c'est?

L'Editorial Board de *swiss knife* est heureux de vous présenter sa nouvelle rubrique «Images in Surgery» dans le cadre de notre édition actuelle. Lors de l'enquête menée auprès de nos lecteurs, un certain nombre d'entre eux se sont dits favorables à une série d'articles telle que nous souhaitons la lancer aujourd'hui. L'objectif de cette nouvelle série est de présenter à des fins instructives des cas cliniques peu courants accompagnés de diagnostics différentiels pertinents, de documents d'imagerie ou d'options thérapeutiques. Une brève description et des illustrations sont suivies de plusieurs réponses possibles, destinées à faire réfléchir nos jeunes lecteurs et peut-être aussi les plus âgés. La réponse correcte, accompagnée d'une brève description, figurera chaque fois en dernière page.

Cette rubrique est destinée à accueillir des contributions de tous les hôpitaux de Suisse, et nous invitons tout particulièrement nos plus jeunes collègues à nous présenter des études de cas intéressantes. La preuve d'une déclaration de consentement orale ou écrite du patient est requise. Les textes soumis dans le cadre de la rubrique «Images in Surgery» sont à rédiger en anglais.

Nous espérons que cette nouvelle série intéressera nos lecteurs et c'est avec impatience que nous attendons de recevoir des études de cas de toute la Suisse.

Case Description:

A 70 y/o male patient presented at the surgical emergency department with a 4-week history of increasing painless epigastric discomfort. He did not complain of any other abdominal symptoms such as nausea, vomiting or changes in defecation. No fever, weight loss or cardiopulmonary symptoms were present. The patient is a retired gardener, who enjoys walks in the woods in his free time. He has no relevant side-diagnoses and only takes Aspirin cardio as regular medication. He has never abused alcohol or nicotine and has no family history of malignancies.

On physical examination, a resistance was palpable in the epigastrium with an otherwise unremarkable abdomen. Laboratory values at initial presentation were: Hb 137 g/l, Leucocytes 8.2 x 10⁹ /l, CRP 72 mg/l, ASAT 55 U/l, ALAT 72 U/l, AP 225 U/l, GGT 214 U/l, Amylase 18 U/l.

Imaging with ultrasonography revealed a large cystic hepatic lesion with solid components and further solid lesions of different echogenicity in different liver segments (Fig. 1A). Subsequent computed tomography located the cystic lesion in segment IVa/b (Fig. 1B, black asterisk), discovered one large, encapsulated lesion with suspected central necrosis in segment V/VIII (Fig. 1B, white asterisk) and multiple lesions in segments I, II, III, IVb and VI (Fig. 1B, red asterisk). No extrahepatic peculiarities were detected.

Serological testings for *Echinococcus granulosus* & *multilocularis* were negative, as were hepatitis serologies. Tumormarkers were: AFP 4 µg/l, CEA 1,7 µg/l, CA 19-9 1883 kU/l.

Biopsies of two lesions showed infiltration of a tumor with 25% Ki67 positive cells, a mitosis rate of 10/mm², positive staining for synaptophysin and chromogranin A, weak and negative staining for CDX2 and somatostatin receptor 2 respectively.

F18-FDG PET/CT showed positive liver lesions (Fig. 1C, black asterisk) with no other positive abdominal foci. MBq-68Ga-DOTATATE PET/CT showed no positive intrahepatic lesions with slight uptake at the uncinate process (Fig. 1D, black asterisk) which was deemed to be normal, non-malignant pancreatic tissue. Subsequent colonoscopy and gastroscopy were inconspicuous except for two serrated adenomas and a tubular low-grade adenoma.

What is the correct diagnosis?

- Echinococcosis
- Multifocal hepatocellular carcinoma
- Pancreatic neuroendocrine tumor
- Intrahepatic cholangiocarcinoma
- Colonic neuroendocrine tumor

