



CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI COLECISTECTOMIA

I calcoli della colecisti si formano per precipitazione, all'interno della colecisti, di sostanze normalmente presenti nella bile, colesterolo e fosfolipidi. La soluzione diviene soprassatura di colesterolo e si formano cristalli, visibili ad occhio nudo che, progressivamente, danno origine a calcoli. La presenza di calcoli è uno stimolo irritativo costante per la parete della colecisti la quale reagisce con deposizioni di calcio, espressione di infiammazioni ripetute. Si distinguono due categorie fondamentali di calcoli biliari: i calcoli di colesterolo rappresentano circa il 70% dei casi dei Paesi Occidentali, mentre i calcoli di pigmento sono frequenti nei paesi asiatici e si formano per la precipitazione di bilirubina non coniugata e sali di calcio. Una volta che si sono formati i calcoli, è difficile, per il perdurare delle condizioni che li hanno prodotti, che si sciolgano da soli. Ciò significa che solo un intervento chirurgico può asportarli, insieme alla colecisti.

La calcolosi della colecisti può rimanere asintomatica per anni ma, come vedremo meglio nella sezione relativa alle "complicanze", spesso i calcoli o il fango biliare accumulato nella colecisti possono creare situazioni cliniche molto critiche per il paziente.

I calcoli possono essere di dimensioni variabili: da pochi millimetri a qualche centimetro; tendono ad accrescersi progressivamente. L'accrescimento in volume e peso tende a irritare la sottile parete della colecisti e facilita l'insorgenza di infezioni locali che possono portare alla apertura della colecisti in cavità peritoneale o in organi vicini (duodeno o colon).

La DIAGNOSI della calcolosi della colecisti è eseguita mediante la valutazione della storia clinica del paziente congiuntamente all'esame clinico, ai sintomi riferiti ed agli esami strumentali e di laboratorio.

La sintomatologia più comune è rappresentata dalla comparsa di dolore allo stomaco, che si estende a destra, sotto la base del torace, anche fino alla scapola destra.

Il dolore, intenso, spesso compare dopo un pasto ricco di cibi grassi (per es. uova, panna, burro, olio, salumi, alimenti fritti). Può durare da mezz'ora a qualche ora. La sintomatologia dolorosa può attenuarsi fino a scomparire completamente in modo spontaneo o più spesso dopo assunzione di farmaci antispastici o antidolorifici prescritti dopo la visita medica.

La colica compare perché i calcoli che sono presenti nella colecisti sono spinti verso un piccolo condotto di uscita dalla colecisti stessa, ma vi rimangono incuneati, dando origine alla sintomatologia dolorosa.

La ECOGRAFIA all'addome può confermare la diagnosi di calcoli, dando indicazioni anche sul numero e la grandezza dei calcoli. Talvolta è presente fango biliare, che può dare la stessa sintomatologia.

COMPLICANZE della MALATTIA:

Le complicanze più frequenti della malattia non operata sono:

- Colecistite acuta: consiste in una infiammazione della parete della colecisti, che può perforarsi per GANGRENA, o portare alla formazione di un EMPIEMA, una sacca piena di materiale purulento. La colecistite può condurre alla perforazione della colecisti, con peritonite diffusa.
- Colangite acuta: è una infezione delle vie biliare causata dalla presenza di germi che



CONSENSO INFORMATO ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI COLECISTECTOMIA

possono causare una sepsi grave.

Ittero ostruttivo: consiste nella formazione di un ostacolo al deflusso della bile dal fegato all'intestino, solitamente localizzato nel coledoco.

- Pancreatite acuta: è una infiammazione di vario grado, causata da una ostruzione del condotto pancreatico o da reflusso di bile nel pancreas. La pancreatite porta alla attivazione di enzimi proteolitici, solitamente utilizzati per la digestione di cibi, all'interno del pancreas, con sua distruzione. Una pancreatite acuta può portare alla sepsi, una condizione di grave compromissione di molti organi e apparati.

- Fistola bilio-digestiva e l'ileo biliare: possono essere associate. Sono determinate dalla formazione di un passaggio anomalo fra la colecisti ed il primo tratto dell'intestino. Se il passaggio è molto ampio e i calcoli sono grandi può capitare che si formi una ostruzione, cioè una occlusione intestinale via via che i calcoli progrediscono.

N.B. Tutte le condizioni sopra elencate necessitano di un consulto medico e chirurgico URGENTE perché possono essere pericolose per la vita. In caso di sintomi prolungati o che si intensificano, spesso è necessario un intervento chirurgico.

- Le complicanze elencate tendono ad aumentare di frequenza via via che passa il tempo di permanenza dei calcoli nella colecisti, pertanto si consiglia di eseguire un intervento di asportazione della colecisti prima di avere una qualunque di queste complicazioni.

- Ci sono condizioni predisponenti, come il diabete mellito, l'età avanzata, l'uso di farmaci corticosteroidi e alcune malattie croniche come l'insufficienza cardiaca e renale che possono rendere le complicazioni più gravi.

Eventuali COMPLICANZE DELL'INTERVENTO CHIRURGICO:

In generale ad ogni intervento chirurgico possono essere riconducibili le seguenti complicanze:

- Sezione e lesione di vasi e nervi
- Broncopolmoniti
- Flebiti e trombosi con possibili embolie
- Insufficienze respiratorie e/o cardiocircolatorie
- Decesso.

TECNICHE di intervento – rischi operatori in chirurgia aperta con mimi laparotomia ed in laparoscopia: L'intervento di colecistectomia consiste nell'asportazione chirurgica della colecisti (o cistifellea). Può essere effettuata a cielo aperto o per via video-laparoscopica.

Nel primo caso si procede ad una minima incisione di 5-7 cm all'apertura dell'addome ed ad una chiusura con soli punti interni; nel secondo mediante l'introduzione degli strumenti mediante tre o quattro fori praticati nella parete addominale.

La chirurgia laparoscopica dei calcoli della colecisti ha rischi e complicanze sovrapponibili alla chirurgia per via tradizionale.

La mortalità operatoria della colecistectomia è bassa, circa 0,1-0,05%, e dipende dal tipo di patologia per la quale è stata eseguita (più elevata in caso di lesione tumorale).

CONSENSO INFORMATO
ALL'INTERVENTO CHIRURGICO DI
COLECISTECTOMIA

Anche la morbilità (ossia le complicanze non letali) è assai modesta ma non trascurabile, in particolare nei casi di video-laparo-colecistectomia durante la curva di apprendimento del chirurgo. Comuni ad entrambe le tecniche sono il sanguinamento, la lesione della via biliare, la pancreatite acuta talvolta mortale, l'infezione della ferita chirurgica, il laparocele. Specifiche della tecnica video-laparoscopica sono la perforazione di un viscere cavo durante l'esecuzione del pneumoperitoneo con ago di Verres o l'introduzione di un trocar, l'embolia polmonare gassosa, il sanguinamento tardivo conseguente al cessare dell'azione emostatica del pneumoperitoneo, il laparocele ombelicale.

La laparoscopia necessita di una tecnica operatoria molto precisa perché il sanguinamento disturba molto l'operatore e rallenta l'esecuzione dell'intervento

Per entrambe le tecniche sono possibili eventi avversi e complicanze esistenti per qualunque intervento chirurgico in anestesia generale: sanguinamento all'interno dell'addome oppure nello spessore della parete addominale sul percorso degli strumenti laparoscopici da lesione di vasi sanguigni importanti all'interno dell'addome, lesioni delle vie biliari, fuoriuscita di bile dal letto epatico e dalle vie biliari, calcolosi residua del coledoco, lesioni di organi addominali, infezioni della ferita, pancreatite acuta, complicanze maggiori cardiocircolatorie, insufficienza respiratoria, polmonite acquisita, trombosi venosa profonda, embolia gassosa.

Le lesioni delle vie biliari sono indicate intorno ad 1-5 su 1000 interventi in laparoscopia ed 1 su 1000 con tecnica aperta minilaparotomica.

La percentuale di queste singole voci sugli interventi di colecistectomia laparoscopica è variabile; sono parzialmente associate alla esperienza dell'operatore, anche se non esistono operatori virtualmente esenti da complicanze.

La conversione dell'intervento con tecnica laparoscopica a tecnica laparotomica tradizionale non va considerata una complicanza, ma una sicurezza per il paziente quando il chirurgo ritiene di volere un contatto diretto con le strutture anatomiche per dominare una situazione critica o non chiara dal punto di vista anatomico o di patologia.

Sono descritte molte varianti anatomiche delle vie biliari; non tutte sono immediatamente comprensibili e trattabili per via laparoscopica, per cui è necessario ricorrere alla tecnica aperta laparotomica.