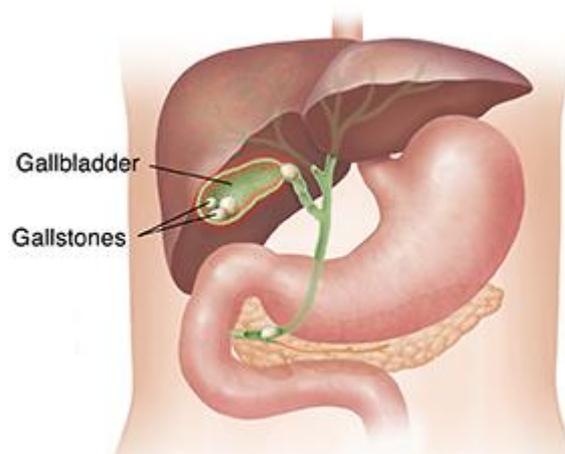




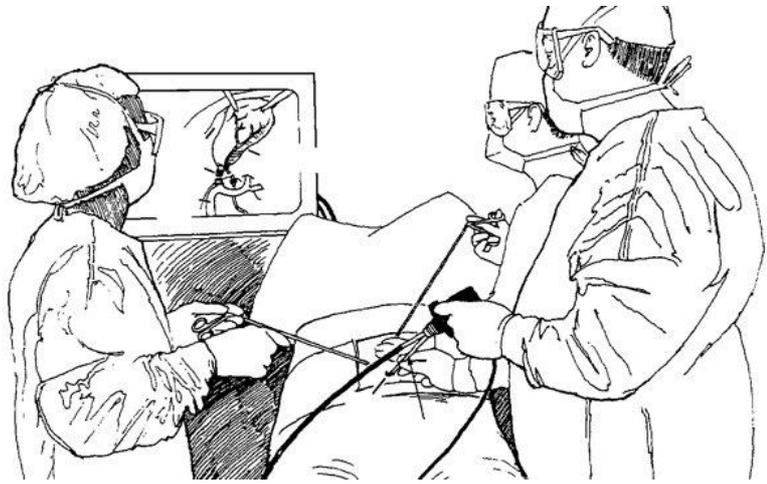
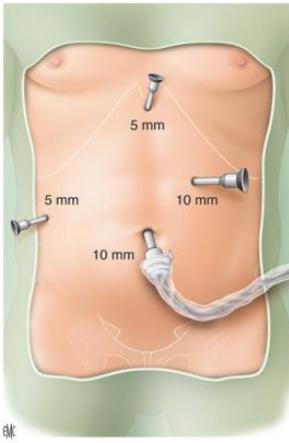
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Il termine **COLELITIASI** significa presenza di calcoli in colecisti (o cistifellea). Quest'ultimo è l'organo deputato a svolgere il ruolo di “serbatoio” della bile che, formata nel fegato, attraverso le vie biliari viene trasportata all'interno del lume intestinale per favorire i processi digestivi. La colecisti si trova collegata, attraverso un piccolo tubo denominato dotto cistico, alle vie biliari.



Per la diagnosi è indispensabile eseguire un'ecografia dell'addome superiore mentre esami del sangue specifici consentono di valutare la funzionalità del fegato (emocromo, pcr, amilasi, lipasi, bilirubina, ast, alt, gamma GT, alp). Nel dubbio che i calcoli siano presenti anche al di fuori della colecisti risulterà necessario eseguire anche altri accertamenti (risonanza magnetica, ecoendoscopia digestiva). La presenza di calcoli nel coledoco richiede l'estrazione degli stessi endoscopicamente mediante colangiografia retrograda endoscopia (ERCP) , previa papillotomia . Questa procedura non è eseguibile presso la nostra struttura

Attualmente la colecistectomia viene eseguita con una tecnica non invasiva LAPAROSCOPICA. Mediante quattro piccole incisioni di circa 1-2 cm. sulla cute addominale, vengono introdotti in addome strumenti che consentono di asportare la colecisti sotto il controllo di una telecamera introdotta anch'essa in addome. La colecisti viene fatta fuoriuscire dall'incisione in sede ombelicale, eventualmente opportunamente ampliata. L'intervento si svolge in anestesia generale.



Occorre però dire che non tutti i casi possono essere completati con la tecnica laparoscopica. Il chirurgo può infatti iniziare con tecnica laparoscopica e poi passare a quella laparotomica (cioè con l'incisione sottocostale o mediana) nel caso in cui vi siano difficoltà tecniche (anomalie anatomiche, gravi infiammazioni della colecisti e delle vie biliari, imponenti aderenze all'interno dell'addome dovute a precedenti interventi chirurgici)



E' fortemente consigliabile operare la colecistite sintomatica per i seguenti motivi:

- incuneamenti di calcoli nell'infundibulo (parte più stretta della colecisti immediatamente a monte del dotto cistico) che può determinare l'insorgenza della colecistite acuta che, se non trattata, può

evolvere in peritonite.

-I calcoli possono arrivare ad ostruire le vie biliari bloccando il deflusso della bile nell'intestino. Questo comporta il cosiddetto "ittero", cioè la colorazione gialla della pelle. Inoltre i calcoli possono infiammare fortemente il pancreas, organo strettamente a contatto delle vie biliari. Le pancreatiti che ne derivano possono risultare molto pericolose sino a minacciare la stessa vita del paziente.

-In alcune specifiche condizioni la colecistite cronica litiasica è un fattore di rischio per l'insorgenza del tumore della colecisti.

La tecnica laparoscopica offre significativi vantaggi rispetto alla chirurgia tradizionale:

- evita la presenza di un'ampia cicatrice chirurgica;
- diminuisce la formazione di aderenze all'interno della cavità addominale;
- risulta meno traumatica e dolorosa per tutto l'organismo e come conseguenza di ciò il paziente avrà: alimentazione, canalizzazione intestinale, dimissione e ripresa della normale attività lavorativa molto più veloci.

DOPO L'INTERVENTO potranno essere normali:

-dolore d'intensità variabile alle spalle che scomparirà nel giro di pochi giorni;

-ecchimosi o piccoli ematomi intorno all'incisione ombelicale che si riassorbiranno dopo 8 - 10 giorni;

-variabili ma temporanee irregolarità della canalizzazione intestinale.

-La dimissione avviene in genere due o tre giorni dopo l'operazione. Una settimana dopo potranno essere rimossi i punti presso il proprio medico di base o presso l'ambulatorio di chirurgia. Verrà inoltre consigliata una dieta da seguire per i primi giorni.

COMPLICANZE: Come per ogni intervento chirurgico, si possono verificare complicanze sia specifiche di questo tipo di intervento che comuni a qualunque intervento chirurgico, sia precoci che tardive.

Esistono **complicanze specifiche** dell'intervento di colecistectomia quali:

-Emorragia: questa può avvenire *durante l'intervento chirurgico*, dovuta a lesione del parenchima epatico o dell'arteria cistica o epatica, che spesso presentano anomalie anatomiche di numero e di decorso; il trattamento di tale lesione potrà ottenersi per via laparoscopica oppure richiedere una conversione in intervento laparotomico. L'emorragia può anche essere *postoperatoria*, ed in funzione dell'entità del sanguinamento stesso, il trattamento potrà essere conservativo (comprendendo eventuali emotrasfusioni laddove opportune) oppure richiedere un re intervento.

-Raccolte ed ascessi sottoepatici: possono prendere origine da secrezioni in caso di colecistite acuta, ma anche da perdite ematiche o di bile; perdite consistenti di bile possono portare alla formazione di *fistole biliari*. Piccole raccolte possono risolversi spontaneamente, in altri casi, se non è già stato posto, può essere necessario posizionare un drenaggio sotto guida ecografica; la persistenza di una fistola biliare invece richiede un trattamento specifico che può essere endoscopico (ERCP operativa, con papillotomia ed eventuale posizionamento di specifico presidio) oppure un re intervento.

-Ittero postoperatorio: rara complicanza, può dipendere da ostacolo al deflusso della bile, preesistente all'intervento chirurgico e che non è stato possibile diagnosticare (neoplasie o stenosi infiammatorie della via biliare, della papilla, del pancreas, calcolosi della via biliare) o conseguente all'intervento (migrazione di un calcolo dalla colecisti al coledoco o lesione iatrogena delle vie biliari durante la colecistectomia). Se l'ittero dipende da una causa meccanica, questa deve essere necessariamente rimossa con un intervento, endoscopico o raramente chirurgico.

-Lesione delle vie biliari, con conseguente **perdita biliare e/o ittero**: è un evento assai raro, ed è leggermente più frequente dopo colecistectomia laparoscopica (0.4 – 0.8 %) rispetto alla tecnica laparotomica (0.2 – 0.5%). Alcune di queste lesioni possono essere gravi e di trattamento complesso.

-Occlusione intestinale precoce: molto rara se si è usato la tecnica laparoscopica, può verificarsi in seguito ad aderenze intestinali; se non si risolve spontaneamente richiede un re intervento.

-Infezione di ferita, soprattutto nelle forme infiammatorie acute con presenza di pus.

-Complicanze tardive: possono comparire anche a distanza di anni, come l'**occlusione intestinale dovuta** ad aderenze o il **laparocele**, rappresentato da un cedimento dei tessuti muscolari della parete con formazione di un'ernia in sede di cicatrice; sono complicanze molto rare se l'intervento è condotto con tecnica video laparoscopica.

