Come si procede nella nostra struttura per un intervento di colecistectomia?

Dopo una visita chirurgica presso la nostra struttura dove viene posta l' indicazione all'intervento di colecistectomia il paziente può essere operato nel reparto di chirurgia entro 20 giorni. L' intervento viene eseguito totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale. A richiesta il paziente può avere, a pagamento, la camera con secondo letto a disposizione per un accompagnatore. Per i pazienti che lo richiedono la casa di cura è convenzionata con diversi enti assicurativi. L' intervento può anche essere eseguito anche a pagamento in caso venga richiesto un maggior confort alberghiero.

Alcuni giorni prima dell'intervento il paziente si presenta presso la Casa di Cura per eseguire le pratiche del pre - ricovero che dura tutta la giornata. La mattina il paziente esegue tutti gli esami ematologici, la lastra del torace (se necessario), l' elettrocardiogramma. Al pomeriggio segue la visita anestesiologica e la visita del medico di reparto che compila la cartella clinica. Nel caso si rendessero necessari ulteriori accertamenti sono stati istituiti percorsi ambulatoriali facilitati all'interno della casa di cura per eseguire le indagini necessarie.

Che cos'è la colecisti?

La colecisti o cistifellea è posizionata sotto il fegato. Ha dimensioni circa 8-9cm di lunghezza e 2-3cm di larghezza. Ha una forma di pera ed è collegata con le vie biliari con un piccolo canale chiamato dotto cistico

Che ruolo ha la colecisti ?

La colecisti immagazzina e concentra la bile prodotta dal fegato. La bile è un liquido verde, necessario per la digestione dei grassi. Quando mangiamo, la colecisti si contrae e la bile viene versata nell'intestino attraverso coledoco (un tubo sottile che si apre nel duodeno)

Che cos'è calcolosi biliare ?

Una patologia caratterizzata dalla presenza di calcoli all'interno della colecisti (***colelitiasi***) o delle vie biliari (ovvero dotti epatici, dotto cistico e coledoco – in quest'ultimo caso si parla di ***coledoco litiasi***). Termine ***calcoli al fegato*** è improprio.

Perché si formano i calcoli biliari?

La bile è un liquido costituito da acqua, colesterolo, lecitina, bilirubina, acidi biliari e taurina. Normalmente la concentrazione degli acidi biliari è tale che

riesce a mantenere sempre in sospensione il colesterolo nella sua forma liquida. Nel caso vi sia una aumentate secrezione di colesterolo oppure una diminuita produzione di acidi biliari si creano le condizioni per cui si formano i calcoli biliari. La parte di colesterolo in eccesso precipita formando cristalli che a loro volta costituiscono il primo nucleo per la formazione dei calcoli. Motivi della formazione dei calcoli biliari pigmentati sono meno chiari. Essi tendono a formarsi in soggetti affetti da anemia falciforme o da cirrosi epatica

Quanto è frequente calcolosi biliare ?

La **calcolosi biliare** è una delle più frequenti patologie della colecisti. In Italia sono affetti da calcolosi biliare circa 3 milioni di persone. L'incidenza è 0.5-0.6% all'anno che corrisponde a circa 150000 nuovi casi di calcolosi della colecisti all'anno.

La malattia colpisce circa 14% della popolazione generale adulta. La percentuale sale a 20% nella popolazione a rischio

Da che cosa sono composti i calcoli biliari?

I calcoli biliari non sono uguali in tutti individui e si possono dividere in tre categorie

calcoli biliari puri interamente costituiti da colesterolo. Hanno forma sferica e colore chiaro, generalmente sono solitari , più frequenti nella razza caucasica e si registrano in circa il 10% dei casi

calcoli biliari pigmentati sono costituiti da bilirubina, calcio e altre sostanze organiche che precipitando formano bilirubinati di calcio; possono essere bruni o neri (comuni nei soggetti affetti da patologie ematiche o cirrotici) e si riscontrano in circa il 10% dei casi.

calcoli biliari misti sono costituiti prevalentemente da colesterolo (70% circa); altri componenti sono sali di calcio, bilirubina, acidi biliari ecc. Hanno forma sferica o molto sfaccettata , possono essere sia lisci che ruvidi e sono presenti in circa l' 80% dei casi.

Quali possono essere fattori di rischio per i calcoli biliari?

Fattori di rischio legati alla calcolosi biliare sono diversi:

Sesso – La probabilità di soffrire di calcoli biliari è doppia nei soggetti di sesso femminile e diminuisce progressivamente dopo la menopausa. Nelle donne si hanno maggiori livelli di estrogeni (gravidanza, terapia ormonale sostitutiva, assunzione di contraccettivi ormonali) che provocano un aumento del colesterolo nella bile. Il progesterone tende a ridurre la motilità della colecisti.

Questa doppia azione ormonale favorisce la formazione di calcoli biliari. La gravidanza è un fattore di rischio ben documentato per calcoli biliari.
La sabbia o i piccoli calcoli che si verificano durante la gravidanza, possono spontaneamente scomparire nei mesi dopo il parto.
Familiarità – Se entrambi i genitori sono portatori di calcolosi della colecisti i figli presentano un rischio più elevato di sviluppare la malattia. Probabilmente entrano in gioco fattori di tipo genetico, ma, al momento, non si hanno dati che possano confermare con certezza questa ipotesi.
Sovrappeso – La patologia è più frequente nei soggetti in sovrappeso. Gli obesi hanno un rischio quattro volte superiore alla popolazione normopeso di formare calcoli. Infatti maggiore è il peso corporeo più si ha una minore produzione di sali biliari e una iperproduzione di colesterolo.
Età – Le persone di età superiore ai 60 anni tendono a produrre più colesterolo nella bile. Il 20% degli uomini e il 30% delle donne tra i 65 ed i 70 anni sono affetti di colelitiasi .
Etnia – Determinate popolazioni (per esempio i messicani e gli indiani d'America) presentano una predisposizione genetica a una maggiore presenza di colesterolo nella bile e la frequenza della malattia in queste etnie è decisamente più elevata. In alcune tribù indiane del Nord America, la frequenza nelle donne di 65 anni è tra l' 80 ed il 90% .
In Scandinavia ed in Cile la calcolosi della colecisti è presente nel 20 - 40% della popolazione.
Farmaci anticolesterolo, estrogeni e progestinici soprattutto a dosi elevate, fibrati e soprattutto clofibrato, ciclosporina ed octreotide (Sandostatina) usati per lungo termine come ad esempio in caso di acromegalia – Chi assume farmaci anticolesterolo ha un rischio maggiore di soffrire di calcoli biliari; questi farmaci, infatti, riducono i livelli di colesterolo ematico e innalzano il quantitativo di colesterolo che viene secreto nella bile predisponendo, conseguentemente, alla formazione di calcoli.
Iper trigliceridemia – Un eccesso di trigliceridi nel sangue aumenta il rischio di formazione di calcoli biliari.
Bassi livelli sierici di colesterolo
Regimi alimentari particolari - come la nutrizione parenterale totale e le diete iperlipidiche
Dimagramento troppo rapido
Numero delle gravidanze - più alto numero delle gravidanze maggiore probabilità di calcolosi
Individui contraddistinti da 4F, dall'inglese: Female (donna); **F**orthy (quarantenne); **F**atty(sovrappeso); **F**ertility(profilica)
Dopo interventi di resezione ileo distale, ileo colica e gastrectomia si osserva una maggiore incidenza di calcolosi con calcoli pigmentari la cui formazione è legata al malassorbimento degli acidi biliari.

Coesistenza con altre patologie - malattie emolitiche croniche, cirrosi, retto colite ulcerosa, morbo di Crohn, diabete, cardiopatia ischemica (angina pectoris, infarto del miocardio), ulcera peptica, mucoviscidosi.

Quali sono i sintomi della calcolosi biliare?

Nella gran parte dei casi, la calcolosi della colecisti è asintomatica. Circa il 70% dei soggetti con calcoli alla cistifellea non hanno mai accusato disturbi. Negli altri casi i sintomi sono rappresentanti da disturbi molto vaghi: difficoltà nella digestione, pesantezza post-prandiale, eruttazioni, nausea, rigonfiamento.

La colica biliare si verifica quando un calcolo particolarmente grande oppure quando più calcoli di dimensioni minori si incuneano nel dotto cistico ostruendolo. Questa ostruzione non permette né la contrazione della colecisti né lo svuotamento della bile.

La colica è caratterizzata da dolore che ha la tendenza ad aumentare progressivamente d'intensità , a insorgenza improvvisa e intermittente che compare la notte o nelle prime ore del mattino oppure dopo i pasti, ed è localizzato all'ipocondrio destro o all'epigastrio. Si può spostare verso l'ipocondrio destro e si irradia alla spalla destra e alla schiena, può persistere da 1 a 4 ore con intensità variabile e talora recede spontaneamente. Spesso è sono presenti nausea e vomito inizialmente alimentare e poi biliare, sudorazione, flatulenza. In caso un calcolo migri nel coledoco si ha febbre e ittero.

Qual è in trattamento della colica biliare?

Trattamento delle coliche epatica consiste in:
- Dieta.
- Il riposo a letto
- Antispastici associati con analgesici
- Antiemetici

Prevenzione della recidiva sarà fornito da colecistectomia.

Quali possono essere le complicanze della calcolosi della colecisti?

Colecistite acuta- sovrapposizione di un processo infiammatorio alla presenza dei calcoli che può avere decorso suppurativo o necrotico- perforativo. Nel 90-95% dei casi di colecistite acuta, infiammazione della colecisti è associata a calcoli.

Colecistite cronica- ripetuti attacchi di colecistite acuta possono portare nelle condizioni di un infezione cronica. Nel 90% dei casi è presente colelitiasi.

Ostruzione del dotto cistico (idrope, empiema, perforazione) - è caratterizzata da accumulo di muco e bile chiara all'interno della colecisti per ostruzione prolungata del dotto cistico. La colecisti è dilatata e può essere apprezzata al di sotto dell'arcata costale destra. Quando il contenuto diventa purulento si presenta quadro di empiema.; La colecisti gonfia ed empiematosa ha una elevata tendenza a perforarsi dando luogo a peritoniti circoscritte o generalizzate oppure alla formazione di fistole bilio-digestive

Fistola biliare (bilio digestiva)- si forma una comunicazione tra la colecisti o coledoco e lume intestinale a seguito di un processo infiammatorio acuto o cronico

Ileo biliare- attraverso una fistola bilio-digestiva si ha il passaggio di uno o più calcoli dalla colecisti o dal coledoco nell'intestino. Quando questi calcoli incontrano un tratto con un lume inferiore al loro diametro chiudono l'intestino. La sede più frequente dove si fermano i calcoli è la valvola ileo-cecale.

Quando il calcolo si arresta al livello del duodeno-piloro, si presenta un quadro di occlusione alta nota come sindrome di Bouveret.

Papillite stenosante- processo infiammatorio a carico della papilla di Vater, una plica del duodeno nella quale sboccano sia il dotto coledoco che il dotto pancreatico. In questo caso si ha una persistenza dei sintomi di colelitiasi anche dopo colecistectomia (sindrome post-colecistectomia) o episodi ricorrenti di colangite e pancreatite.

Pancreatite acuta e cronica: è una complicanza legata alla migrazione di calcoli biliari, spesso di piccole dimensioni, tramite il dotto cistico nel coledoco. Il calcolo si arresta nella papilla di Vater creando una papillite che innesca la pancreatite acuta, che una volta iniziata evolverà successivamente per conto suo.

Calcolosi del coledoco- può essere sia primitiva che secondaria. Si può presentare con dolore, febbre, ittero e prurito.

Cancro della colecisti- Nel 90% dei pazienti che sviluppano cancro della colecisti sono presenti i calcoli, ma solo 1-3% dei soggetti che hanno calcoli della colecisti sviluppano il cancro. Presenza di un calcolo di grosse dimensioni, colecisti a porcellana(colecistite cronica con calcificazioni estese) e polipi della colecisti di dimensioni superiori a 10mm sembrano essere fattori favorenti.

Come fare diagnosi di calcolosi della colecisti?

La diagnosi si basa sull'anamnesi, esame obiettivo, esami di laboratorio ed esami strumentali (ecografia, radiografia dell'addome, colangio rnm, tac con o senza mdc)

Quanto è indicato l'intervento chirurgico?

La sola presenza di calcolosi della colecisti in assenza di sintomatologia clinica non rappresenta un indicazione all'intervento chirurgico. Il rischio di complicazioni è molto basso e il beneficio di un intervento preventivo non è stabilito.

Le uniche indicazioni che potrebbero giustificare colecistectomia profilattica sono:

- Per i bambini (i calcoli diventano quasi sempre sintomatici).

- Anemia falciforme.

Quando la calcolosi diventa sintomatica o si complica è indicato l'intervento chirurgico di colecistectomia

Esiste un trattamento farmacologico per "scogliere" i calcoli della colecisti?

Il trattamento farmacologico si basa sull'uso di acidi biliari per sciogliere i calcoli di colesterolo (calcoli radio trasparenti). L'acido chenodeossicolico è stato abbandonato a favore di acido ursodesossicolico alla dose di 8 a 10 mg / die. Solo il 20 al 30% dei pazienti può beneficiare di questo trattamento perché le contro-indicazioni sono numerosi:

- Calcoli radiopachi.

- Colecisti esclusa.

- Calcoli superiore a 2 cm.

- Attacchi di coliche biliari frequenti e ravvicinati.

Serve minimo di 1 anno di trattamento per la scomparsa di un calcolo. I fallimenti dentro un anno sono tra il 50 e l' 80%. I pazienti guariti con questo trattamento devono essere monitorati annualmente per rilevare le recidive che sono nell'ordine del 30%.

Altre cause di fallimento di questo trattamento sono:

- Alcuni calcoli di colesterolo, anche se radiotrasparenti, sono ricchi di calcio.

- IL 15 – 20 % dei calcoli contenenti pigmenti biliari sono radiotrasparenti e quindi non rispondono al trattamento.

- Le indicazioni per questo trattamento sono attualmente molto limitate. Trattamento farmacologico può essere proposto se esiste contro-indicazione per un intervento chirurgico.

Si possono trattare i calcoli della colecisti con litotrissia extracorporea?

Il trattamento con litotrissia extracorporea è quasi abbandonata perché la rimozione dei calcoli è difficile. Il trattamento si basa sulla frammentazione di calcoli da onde ultrasoniche. Deve essere associato con un trattamento con solventi.

In cosa consiste l'intervento chirurgico?

L'intervento consiste nella colecistectomia (asportazione della colecisti). Intervento è eseguito in anestesia generale. La chirurgia è il trattamento di scelta per calcolosi sintomatici.

Può essere eseguito sia per via laparoscopica che tradizionale.

Colecistectomia laparotomica (tradizionale): viene solitamente effettuata con taglio sulla linea mediana sovra ombelicale dell'addome o sottocostale destra. Può essere completato da colangiografia intraoperatoria per incannulazione del dotto cistico per verificare la presenza di calcoli nel coledoco o nelle vie biliari intraepatiche. La mortalità di questa tecnica è inferiore all'1%. Esame istologico della colecisti asportata è obbligatoria. La dimissione avviene dopo circa 7 – 10 giorni.

Colecistectomia laparoscopica: Rappresenta il "gold standard" per questo tipo di intervento ed in questo modo è possibile trattare fino al 90-95% dei pazienti, anche se in casi particolari è necessario "convertire" eseguendo una laparatomia. Le regole della chirurgia laparoscopica sono le stesse della tecnica laparotomica

Nel nostro istituto la procedura per via laparoscopica dura circa 60 – 90 minuti . Si inizia eseguendo una incisione di circa 1,5 – 2 cm immediatamente sotto l'ombelico ed introducendo sotto controllo della vista nella cavità peritoneale un " trocar ". Dopo avere gonfiato la pancia (pneumoperitoneo) insufflando gas (Co2) vengono posizionati sotto visione di una ottica collegata ad una telecamera altri 2 o 3 trocar. Questi piccoli tubi del diametro variabile tra i 3 ed i 12 mm a seconda delle necessità vengono utilizzati per introdurre gli strumenti chirurgici per asportare la colecisti. Per prima cosa vengono isolati , chiusi con clip metalliche e sezionati il dotto cistico ed arteria cistica quindi si stacca la colecisti dal fegato. La colecisti con i calcoli viene tolta dalla cavità addominale all'interno di un piccolo sacchetto di plastica. Si può eseguire una colangiografia intraoperatoria per studio morfologico e dinamico delle vie biliari principali. In alcuni casi viene lasciato nella pancia un piccolo tubo in silicone per 24 – 48 ore per valutare l' eventuale comparsa di sanguinamenti o di secrezioni biliari

Al risveglio, il paziente viene riportato in camera. La terapia post operatoria consiste nell'infusione dei liquidi, sedativi ed analgesici. Il paziente si può mobilizzare dopo 3-4 ore.

Durante il ricovero

Il paziente viene tenuto ricoverato per eseguire un completo controllo del dolore post operatorio e per valutare l'eventuale comparsa di complicanze. Le complicanze post operatorie sono rare e consistono principalmente nel sanguinamento dalla sede dell'intervento o dalle ferite dei trocar, dalle lesioni di organi intestinali e dalle lesioni delle vie biliari. Tutte queste complicanze devono essere riconosciute precocemente e richiedono un reintervento urgente. Si possono avere anche complicanze infettive, trombo emboliche o legate alle condizioni generali del paziente come complicazioni cardiologiche, respiratorie , allergiche, ecc.

Dopo 24 – 48 ore, in assenza di complicanze il paziente viene dimesso dall'ospedale **accompagnato** da un parente. Il personale sanitario prepara e consegna la lettera della dimissione, certificati di malattia, consigli sulla dieta e sui comportamenti da tenere a casa e fissa un appuntamento per la visita di controllo.

Dopo la dimissione

Il paziente può fare una vita normale. Le ferite non richiedono cure particolari. La tecnica utilizzata nel nostro servizio è una sutura intradermica continua (filo interno). Il paziente ha la possibilità di fare la doccia qualche giorno dopo l'intervento. L'interruzione del lavoro è di 15 giorni, tranne per lavori pesanti che è di 1 mese.

Nella maggior parte dei pazienti il periodo post operatorio non presenta particolari problemi. La digestione può essere un po' più difficile .Talvolta il transito intestinale può essere accelerato e comparire diarrea a causa della scomparsa della colecisti che riduce la capacità di stoccaggio della bile del fegato. Infatti per alcune settimane la bile scorre continuamente in duodeno ed irrita leggermente il colon, poi il coledoco si espande gradualmente per compensare l'assenza della cistifellea.

Quali sono i vantaggi di laparoscopia?

I principali vantaggi sono:

-riduzione del dolore postoperatorio e della degenza con ritorno più rapido alla vita quotidiana e all'attività laparoscopica.

-ripresa più rapida di canalizzazione del tratto gastrointestinale e conseguente possibilità di alimentarsi già la mattina successiva dell'intervento.

-miglior risultato estetico

Ci sono controindicazioni per laparoscopia?

Ci sono controindicazioni assoluti: insufficienza cardiaca e respiratoria, gravi coagulopatie, ipertensione intracranica

Ci sono controindicazioni relativi: pregressi interventi nello stesso sito, glaucoma, gravidanza.

Può essere necessario che durante l'intervento sia modificata la tattica operatoria?

La tattica chirurgica può essere modificata in rapporto alla valutazione intraoperatoria, per la presenza di anomalie anatomiche e/o di altre patologie misconosciute (calcoli della via biliare principale, neoplasie della colecisti, fistole colecisto-duodenali, fistole colecisto-coledociche ecc…) o per impedimenti di carattere tecnico. Queste situazioni potrebbero richiedere, qualora l'intervento sia iniziato per via laparoscopica la sua conversione nella via tradizionale laparotomica per poterlo concludere in tutta sicurezza. La conversione in laparotomia è necessaria in circa 4% dei casi ed il paziente deve essere informato di questa possibilità.

Rimangono cicatrici dopo intervento in laparoscopia?

Ogni taglio è seguito da una cicatrice che può rimanere anche abbastanza evidente. L'aspetto estetico delle cicatrici dipende da diversi fattori alcuni dei quali legati alla capacità di cicatrizzazione del paziente stesso. Nel caso di laparoscopia i tagli sono piccoli ed anche le cicatrici saranno di piccole dimensioni.

Possono essere complicanze durante intervento?

In corso o dopo qualunque manovra anestesiologica, chirurgica o farmacologica benché eseguite con tecnica rigorosa non possa considerarsi esenti da rischi e complicanze.

La frequenza può essere aumentata dalla/e malattia/e associata/e da cui il paziente è affetto.

Complicanze intraoperatorie

- sanguinamento

- lesione delle vie biliare
- lesione del duodeno o anse intestinali

Complicanze post operatorie

- pancreatite acuta
- biloma da perdita di bile
- ascesso subepatico residuo
- ematoma della parete addominale
- emorragia dalle incisioni cutanee
- second look

Complicanze nel tardo post operatorie

• Lesioni cicatriziali delle vie biliare principale

• Calcolosi residua delle vie biliari

Complicanze generiche: embolia polmonare, infarto del miocardio, polmonite etc.

<u>Quale dieta devo seguire dopo colecistectomia?</u>

Dopo colecistectomia, evitare tutto ciò che aumenta la produzione della bile. Il grasso e alcol che deve essere ridotta al minimo per 1 mese dopo l'intervento chirurgico. Si raccomanda di continuare il regime alimentare di seguito per un mese, e gradualmente riprendere una dieta del tutto normale.

Da evitare:

- Qualsiasi grassi animali preparato al forno e fritti

- Carni grasse (soprattutto agnello, pancetta, salsicce)

- Latte intero, formaggi con alto percentuale di grasso .

- Dolci contenenti panna, uova, burro o cioccolato.

- Qualsiasi bevanda alcolica, (molto importante).

-Frutta secca (mandorle, nocciole, noci, avocado e olive.).

E’ consentito utilizzare modica quantità di burro fresco ed olio (girasole, mais, soia) sull’ insalata o sulle verdure.

Sono consigliati:

- Carni magre (coniglio, cavallo),

- Pollame senza pelle,

- Pesce bollito,

- Tutte le verdure cotte in acqua

- Tutta la frutta cruda o cotta,

- Latte scremato, ricotta, yogurt magro(Latticini contenenti meno del 5% di grassi)

-Succo di frutta,

-Cereali contenenti meno del 3% di grassi.

-Tè e caffè leggero.

-Gelatina di frutta, meringa, mousse di frutta e altri dolci a basso contenuto di grassi sono preferiti.

Quale regole per l'igiene personale?

È possibile fare una doccia parziale o lavarsi a pezzi senza bagnare le ferite. Eventualmente esistono cerotti impermeabili da acquistare in farmacia

Se la cicatrice si bagna l'asciugatela tamponando senza strofinate, disinfettate e cambiate il cerotto

Si può fare la doccia 10 giorni dopo l'intervento chirurgico

Quando è consentito l'attività fisica?

Non fate sforzo fisico o attività sportiva per 4 settimane

Camminare a piedi è consigliato

Azioni da evitare:

· Piegatura da raccogliere qualcosa per terra

· Sollevamento di pesi

· Indossare qualcosa di pesante

· Spostare gli oggetti / mobili pesanti

QUANDO MI DEVO PREOCUPARE DOPO UN INTERVENTO DI COLECISTECTOMIA?

- la cicatrice diventa rossa, gonfia, dolorosa e calda
- le sclere (occhi) diventano gialle
- compare dolore sotto le costole che non cede dopo 3 giorni di trattamento oppure il dolore aumenta
- temperatura > 38,5 ° C o febbre persistente

- comparsa di brividi
- emorragia dalla ferita/e
- progressivo rigonfiamento dell'addome
- nausea persistente o vomito
- mancato recupero del transito intestinale dopo una settimana dall'intervento.
- tosse persistente
- difficoltà di respirazione
- difficoltà a deglutire il cibo
- trasudato liquido attraverso le ferite.

In presenza anche di uno solo di questi segni è importante fare un controllo chirurgico urgente.

Per ogni dubbio o domanda non esitate a contattarci.