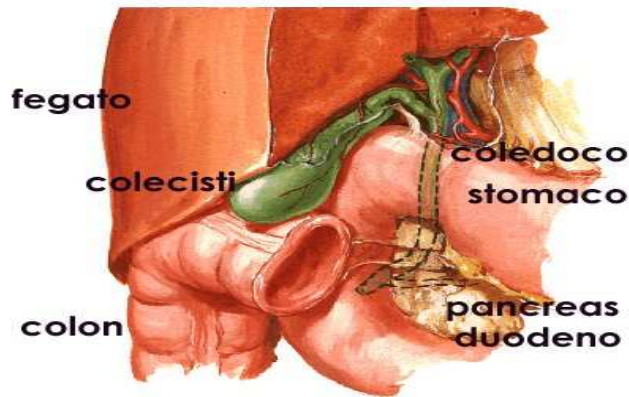


I calcoli della colecisti e la colecistectomia laparoscopica

La **colecisti** è un'organo posto sulla faccia inferiore del fegato e collegato all'albero biliare che ha la funzione di serbatoio della bile. Infatti durante il digiuno l'organismo non necessita che la bile raggiunga l'intestino; questa quindi viene depositata nella colecisti, che ha quindi la funzione di serbatoio. Dopo un pasto la colecisti si contrae, spremendo quindi la bile all'interno del duodeno, dove viene a contatto con gli alimenti.



All'interno della colecisti è frequente la formazione di calcoli (colelitiasi). Questo è dovuto ad alcuni fattori costituzionali, al tipo di alimentazione, al sesso (è infatti più frequente nelle donne).

La colelitiasi è una condizione frequente che interessa circa il 15% della popolazione italiana con una maggiore incidenza nel sesso femminile, diagnosticata prevalentemente tra i 40 ed i 50 anni.

La maggior parte dei **calcoli** sono costituiti prevalentemente da colesterolo e si formano perché i componenti della bile (che viene prodotta dal fegato e raccolta nella colecisti) alterano il loro equilibrio portando alla formazione di cristalli che progressivamente diventano calcoli.

Circa il 70 % dei paziente portatori di calcoli sono asintomatici, ovvero non hanno alcun disturbo conseguente e pertanto non richiedono in genere alcun trattamento; nel restante 30% invece il sintomo classico e' costituito dalla colica biliare, caratterizzata da dolore in ipocondrio destro insorgente dopo i pasti e più spesso nelle prime ore notturne; ad inizio subdolo e progressivamente ingravescente fino ad un acme, seguito da breve pausa e da nuovo ciclo doloroso; può essere accompagnato da vomito biliare; può essere seguito da minzione con urine ipercromiche (color marsala); recede con somministrazione di antispastici. Altro sintomo è caratterizzato dalla dispepsia cioè difficoltà della digestione; allungamento dei tempi digestivi; sonnolenza post-prandiale; cefalea (a volte); stitichezza (a volte).

La calcolosi della colecisti può rimanere silente, manifestarsi con la tipica colica biliare o aggravarsi con una delle seguenti complicanze.
Calcolosi della colecisti

- colecistite acuta;
- idrope della colecisti;
- empiema della colecisti;
- calcolosi del coledoco;
- pancreatite acuta;
- fistola colecisto-duodenale;

- ileo biliare (occlusione intestinale);
- perforazione della colecisti (peritonite);
- cancro della colecisti.

Quest'ultima eventualità non è sicuramente provata. La coesistenza di calcoli in colecisti sede di cancro può essere una casualità legata all'alta incidenza di calcolosi biliare nella popolazione generale. E' noto invece che la calcificazione delle pareti della colecisti nota come colecisti di porcellana costituisce una condizione favorente l'insorgenza di un cancro della colecisti nel 10% - 25% dei casi. E' stato dimostrato infine che i polipi della colecisti (adenomi - adenomiomi) possono trasformarsi nel tempo in cancro (adenocarcinomi).

La calcolosi del coledoco può complicarsi con:

- angiolite (infezione dei dotti epatici);
- pancreatite acuta;
- papillite;
- colangite sclerosante;
- fistola bilio-digestiva.

L' insorgenza di queste temibili complicanze richiede sempre una terapia medica o chirurgica impegnativa e in condizioni di urgenza con decorso sfavorevole in n numero non trascurabile dei casi e possibile decesso del paziente.

In presenza di colica biliare, l' esame strumentale di scelta per confermare la diagnosi e' l' ecografia addominale che permette di visualizzare i calcoli e la colecisti .

La terapia della colelitiasi sintomatica, ovvero del paziente che ha presentato almeno una colica biliare è la colecistectomia, ovvero l' asportazione della colecisti e dei calcoli contenuti: non e' sufficiente asportare solo i calcoli lasciando in sede la colecisti poiché in questo casi i calcoli si riformerebbero nella totalità dei casi, essendo la conseguenza della malattia.

La colecistectomia classica è un intervento noto e praticato dal 1881 ed è sempre stato uno degli interventi più frequentemente eseguiti nelle sale operatorie di tutto il mondo.

Nel 1987 l' introduzione della chirurgia laparoscopica ha trasformato la via di accesso permettendo di evitare nella maggior parte dei casi l' incisione addominale classica sostituita da tre o quattro incisioni di alcuni millimetri attraverso le quali vengono introdotti gli strumenti per eseguire l' intervento.

Infatti l'intervento di colecistectomia videolaparoscopica viene eseguito attraverso tre o quattro piccoli fori , del diametro massimo di 10 - 3 mm, attraverso i quali si introduce lo strumentario e la telecamera. Il chirurgo procederà quindi all'asportazione della colecisti , effettuando le legature dei peduncoli vascolari e biliari con clip (graffette) di titanio. La colecisti sarà estratta dal foro praticato in corrispondenza dell'ombelico.

La degenza postoperatoria non supera generalmente le 36-48 ore, dopo circa 12 ore il paziente può comunque bere e consumare un pasto leggero ed alzarsi dal letto. Le funzioni intestinali riprendono generalmente entro 24 ore.

L' intervento richiede sempre un' anestesia generale, dura circa un' ora, comporta in genere una degenza postoperatoria di uno o due giorni se il decorso postoperatorio è regolare e, superato l' immediato periodo postoperatorio, non richiede limitazioni dietetiche particolari.

In casi particolari l' intervento non può venire eseguito con accesso laparoscopico, in altri dopo aver iniziato l' intervento per via laparoscopica può essere necessario convertire, ovvero praticare l' incisione addominale ed eseguire l' intervento per via 'aperta'. In questo caso in genere la degenza postoperatoria si prolunga di qualche giorno.

Come per ogni intervento chirurgico, anche durante la colecistectomia possono verificarsi complicanze che devono essere conosciute dal paziente prima di sottoporsi ad intervento e che devono essere spiegate durante il colloquio preoperatorio tra chirurgo e paziente. L' incidenza di queste complicanze tuttavia è fortunatamente molto bassa.

In alcuni casi i calcoli contenuti nella colecisti si spostano e raggiungono il **coledoco**, ovvero il condotto principale che consente alla bile di raggiungere l'intestino. La sintomatologia dolorosa sarà più forte ed evidente ma soprattutto comparirà ittero (la caratteristica colorazione gialla della pelle e degli occhi). Questa condizione, che può pregiudicare la vita del paziente, per l'instaurarsi di uno stato tossico, necessita di una rapida soluzione. Le opzioni possibili, una volta che la diagnosi di calcolosi del coledoco sia certa sono : 1) estrazione dei calcoli del coledoco per via endoscopica e trattamento chirurgico della calcolosi della colecisti2) trattamento chirurgico laparoscopico di entrambe le calcolosi

L' indicazione alla colecistectomia in pazienti asintomatici nei quali il riscontro di calcoli è occasionale, in genere conseguente all' esecuzione di una ecografia addominale eseguita per altri motivi, e' tuttora controverso e discusso.

In linea di massima la colelitiasi asintomatica non deve essere operata, tuttavia esistono situazioni particolari (ad esempio pazienti diabetici, pazienti che vengono sottoposti ad altro intervento chirurgico per altre patologie..) nei quali l' indicazione può essere corretta, sempre dopo adeguata informazione del paziente.

Sono comparse recenti notizie sulla stampa relative all' esecuzione della colecistectomia per vie 'anomale'. Ed in particolare per via transvaginale o attraverso la bocca perforando lo stomaco.

L' utilizzo di queste tecniche e' ancora sperimentale, i presunti vantaggi sono tutti da dimostrare e non esiste ancora una applicazione clinica validata di tali metodiche.

In conclusione la calcolosi della colecisti e' una patologia frequente che richiede una terapia quando è responsabile di coliche.

La terapia migliore e' costituita dalla colecistectomia laparoscopica che è un intervento risolutore, efficace, relativamente sicuro e consigliabile prima che compaiano complicanze della malattia, in alcuni casi gravi e di difficile gestione, soprattutto in pazienti anziani e portatori di patologie associate.