

A proposito di un trauma della colecisti



Ann. Ital. Chir., 2007; 78: 49-51

Giancarlo Staniscia, Oscar Potì, Erica De Nicola, Barbara Perenze

Divisione di Chirurgia Generale, Ospedale "Renzetti", Lanciano (Chieti).

About a gallbladder trauma.

The Authors report on a rare case of blunt traumatic injury of the gallbladder. A careful clinical examination, an abdominal ultrasonography and a contrast material-enhanced computed tomography have a primary importance for a correct diagnosis. Laparoscopic surgery has an important diagnostic and, in selected cases, therapeutic role. In all traumatic gallbladder ruptures, after an accurate search of eventual associated injuries of other abdominal organs, colecistectomy is considered the treatment of choice.

KEY WORDS: Blunt traumatic injury of the gallbladder, Colectomy.

Introduzione

Le lesioni della colecisti da trauma addominale chiuso sono un evento raro, riscontrabile nel 2% circa dei traumi addominali, e spesso sono associate a lesioni di altri organi intraddominali^{1,2,3}. Le attuali tecniche di imaging, come l'ecografia e la tomografia computerizzata (TC), rendono possibile una diagnostica preoperatoria di tali lesioni, ma talora, come è avvenuto nel nostro caso clinico, il loro riscontro avviene solo in corso di intervento chirurgico.

Caso clinico

Un uomo di 42 anni, etilista e tossicodipendente in terapia con metadone, giungeva alla nostra osservazione per un quadro clinico di addome acuto, emodinamicamente stabile. Il paziente riferiva di essere stato colpito da un violento calcio sui quadranti addominali superiori e di aver assunto alcolici ed eroina prima del trauma. All'anamnesi patologica remota riferiva una gastroresezione per ulcera duodenale all'età di 20 anni. Gli esami ematochimici evidenziavano solo un lieve aumento della bilirubina con prevalente componente indiretta. La

radiografia del torace risultava negativa, mentre la radiografia diretta dell'addome mostrava alcuni livelli idro-aerei in sede mesogastrica e scarso meteorismo intestinale. All'ecografia addominale venivano evidenziate una falda anecogena periepatica ed una a livello dello scavo del Douglas, riferibili a versamento peritoneale. La colecisti appariva ingrandita e presentava nel suo lume immagini filiformi iperecogene ed un calcolo di circa 1 cm di diametro. La TC addominale, eseguita mediante tecnica spirale, confermava il versamento peritoneale in sede periepatica e pelvica e mostrava una iperdensità diffusa del lume della colecisti, che appariva dilatato e contenente un calcolo. Nella fase eseguita con mezzo di contrasto si evidenziava un aspetto di ispessimento ed iperdensità della parete della colecisti, con apparente "duplicazione" della parete stessa. In considerazione dell'obiettività clinica e dei dati radiologici dubbi, si decideva di eseguire una laparoscopia diagnostica. Nel corso dell'intervento chirurgico si repertavano una colecisti distesa con una lesione di continuo di 1 cm di lunghezza sul margine mediale dell'infundibolo ed un ematoma retroperitoneale. Per una più completa valutazione di eventuali lesioni associate si decideva di proseguire l'intervento per via laparotomica e si eseguivano una colectomia ed una biopsia epatica. Il decorso postoperatorio era stato regolare e la dimissione era avvenuta in VIII giornata. L'esame istologico definitivo della colecisti mostrava un quadro di pericolecistite con diffusi aspetti necrotico-emorragici ed una colecistite cronica con aspetti di riacutizzazione. La biopsia epatica evidenziava un'epatite cronica lobulare.

Pervenuto in Redazione Settembre 2005. Accettato per la pubblicazione Marzo 2006.

Per la corrispondenza: Dr. Giancarlo Staniscia, Ospedale "Renzetti", Via del Mare 1, 66034 Lanciano (Chieti).

Discussione

Il trauma chiuso della colecisti rappresenta un'evenienza rara, riscontrata nel 2% circa dei traumi addominali^{1, 2, 3} ed di cui in Letteratura sono descritti poco più di 100 casi. La rarità di questa lesione trova spiegazione nell'anatomia topografica della colecisti, che si trova protetta anteriormente dal piano costale e dal fegato ed è pressoché circondata dall'omento e dall'intestino^{3,4}. Il trauma della colecisti è frequentemente associato ad altre lesioni addominali, come quelle del fegato (nell'83-81% dei casi), della milza (nel 54% dei casi) e, in minor percentuale, del duodeno, del rene, del pancreas e del colon¹. Il trauma isolato della colecisti è molto meno frequente e rappresenta solo l'8% di tutti i traumi della colecisti¹. Le lesioni della colecisti nei traumi chiusi dell'addome vengono classificate in contusione, perforazione ed avulsione⁵. La contusione consiste in un ematoma intramurale ed è frequentemente diagnosticata durante l'intervento chirurgico, poiché viene spesso sottostimata dagli esami diagnostici preoperatori. La perforazione, o lacerazione, comporta la rottura della parete colecistica ed è la condizione più frequentemente riscontrata. L'avulsione, infine, consiste nel distacco della colecisti dalle strutture anatomiche contigue e può essere parziale, nel caso in cui una porzione della colecisti si separa dal letto epatico; completa, quando tutta la colecisti si distacca dal letto epatico, ma il dotto cistico e l'arteria cistica rimangono integri; totale, quando la colecisti perde ogni rapporto di fissità con il fegato. In Letteratura è descritta anche la condizione di colecistite traumatica, causata dall'ostruzione del dotto cistico da parte di coaguli ematici provenienti da un trauma epatico o della colecisti stessa⁶. Il meccanismo che determina un trauma della colecisti può essere diretto, nel qual caso è più frequente che si determini una contusione colecistica, oppure indiretto, nel quale i meccanismi di accelerazione-decelerazione sono responsabili della lacerazione o dell'avulsione della colecisti. Fattori predisponenti il trauma colecistico sono rappresentati dall'assunzione di alcolici e stupefacenti morfinosimili, che determinano un aumento del tono dello sfintere di Oddi, e dalla distensione della colecisti, fisiologica o patologica, come avviene in corso di colecistite⁷. Nel nostro caso, il paziente aveva assunto poco prima del trauma eroina ed alcolici ed era inoltre portatore di litiasi colecistica, con verosimili episodi subclinici di colecistite. Da un punto di vista diagnostico, gli esami ematochimici non sono particolarmente indicativi, anche se talvolta possono evidenziare un aumento della bilirubina e degli indici di colestasi. Le indagini strumentali di prima istanza sono l'ecografia addominale e la TC con mezzo di contrasto, le quali forniscono riscontri di diverso tipo: contorni della colecisti mal definiti o interrotti, ispessimento della parete, lume collassato, versamento pericolecistico, versamento libero endoperitoneale o dislocazione della colecisti al di fuori della sede anatomo-

mica nei casi di avulsione^{2, 8, 9}. Indagini di secondo livello sono la risonanza magnetica, utile per differenziare un versamento ematico da uno biliare, e la colangiografia retrograda endoscopica, che però andrebbe limitata solo ai traumi interessanti l'albero biliare per il rischio di favorire una pancreatite acuta post-traumatica. Una corretta diagnosi preoperatoria, data dall'insieme dell'obiettività clinica e delle tecniche di imaging, è fondamentale in questi pazienti e deve guidare il chirurgo nelle modalità e nei tempi appropriati: una dilatazione dei tempi diagnostici e terapeutici può incidere significativamente sulla mortalità e sulla morbilità. In Letteratura è descritto un caso in cui un ematoma della colecisti ha portato dopo alcuni giorni a fenomeni di necrosi della parete colecistica con conseguente perforazione tardiva¹. Per quanto riguarda il trattamento chirurgico, un ruolo controverso, ma che sta emergendo negli ultimi anni, è quello della chirurgia laparoscopica, che può avere in tali lesioni finalità sia diagnostiche che terapeutiche. Essa è sicuramente indicata quando vi è una diagnosi preoperatoria di trauma isolato della colecisti ed è comunque raccomandabile in tutti i casi in cui le tecniche di imaging non hanno definito con adeguatezza l'entità del trauma^{6,10,11}. Nel nostro caso clinico, la laparoscopia ha consentito di diagnosticare il trauma della colecisti, ma ha evidenziato anche una soffiusione emorragica nel retroperitoneo a causa della quale si è reputato necessario eseguire una laparotomia. L'intervento chirurgico eseguito per via laparotomica rappresenta il trattamento di scelta in presenza di lesioni traumatiche associate ad altri organi e nei pazienti emodinamicamente instabili. Durante l'intervento chirurgico è indispensabile l'attenta ricerca di fonti emorragiche e di lesioni traumatiche degli altri organi, dei mesi e del retroperitoneo. A tal scopo può essere utile eseguire l'apertura del legamento gastrocolico e la manovra di Kocher per esplorare la regione retroduodenale e pancreatica. Nel sospetto di lesioni della via biliare principale è indicata l'esecuzione di una colangiografia intraoperatoria⁶. Il trattamento chirurgico indicato nei traumi della colecisti è la colecistectomia, eseguita per via laparoscopica o laparotomica a seconda dei casi. Alcuni Autori propongono invece la sutura della parete colecistica nelle lesioni piccole e precocemente diagnosticate e il riposizionamento della colecisti sul letto epatico in caso di avulsioni parziali⁵, ma in entrambi i casi il rischio di perdite biliari e di perforazioni tardive appare alto.

Conclusioni

I traumi chiusi della colecisti sono rari, prevedono un'attenta ricerca di eventuali lesioni concomitanti e devono essere trattati precocemente. La chirurgia laparoscopica riveste oggi un importante ruolo diagnostico ed in casi selezionati anche terapeutico.

Riassunto

In questo articolo riportiamo un raro caso di trauma chiuso della colecisti. Di primaria importanza per una corretta diagnosi sono un accurato esame obiettivo, un'ecografia addominale ed una TC con mezzo di contrasto. La chirurgia laparoscopica riveste un importante ruolo diagnostico ed in casi selezionati terapeutico. In tutti i traumi della colecisti, dopo un'attenta ricerca di eventuali lesioni associate ad altri organi addominali, la terapia di scelta è rappresentata dalla colecistectomia.

Bibliografia

- 1) Sharma O: *Blunt gall bladder injuries: Presentation of twenty-two cases with review of the literature.* J Trauma, 1993; 39:576-80.
- 2) Erb RE, Mirvis SE, Shanmuganathan K: *Gallbladder injury secondary to blunt trauma: CT findings.* J Comput Assist Tomogr, 1994; 18:778-84.
- 3) Soderstrom CA, Maekawa K, DuPriest RW Jr, Cowley RA: *Gallbladder injuries resulting from blunt abdominal trauma.* Ann Surg, 1981; 193:60-66.
- 4) Burgess P, Fulton R: *Gallbladder and the extrahepatic biliary duct injury following abdominal trauma.* Injury, 1992; 23:413-14.
- 5) Xiaming Chen, Talner LB, Jurkovich GJ: *Gallbladder avulsion due to blunt trauma.* AJR Am J Roentgenol, 2001; 177:822.
- 6) Contini S, Rubini P: *Gallbladder injury in blunt abdominal trauma. A role for laparoscopy?* Surg Endosc, 2001; 15:757.
- 7) Wiener I, Watson LC, Wolma FJ: *Perforation of the gallbladder due to blunt abdominal trauma.* Arch Surg, 1982; 117:805-7.
- 8) Jeffrey RB Jr, Federle MP, Laing FC, Wing VW: *Computer tomography of blunt trauma to the gallbladder.* J Comput Assist Tomogr, 1986; 10:756-58.
- 9) Kao EY, Desser TS, Jeffrey RB: *Sonographic diagnosis of traumatic gallbladder rupture.* J. Ultrasound Med, 2002; 21:1295-297.
- 10) McKinley AJ, Mahomed AA: *Laparoscopy in a case of pediatric blunt abdominal trauma.* Surg Endosc, 2002; 16:358.
- 11) Kohler R, Millin R, Bonner B, Louw A: *Laparoscopic treatment of an isolated gallbladder rupture following blunt abdominal trauma in a schoolboy rugby player.* Br J Sport Med, 2002; 36:378-79.

