

La litiasi della colecisti nell'era della chirurgia laparoscopica



Ann. Ital. Chir., LXIX, 6, 1998

A. MAZZIOTTI, G.L. GRAZI, A. CAVALLARI

Università di Bologna
Clinica Chirurgica II
Policlinico Sant'Orsola

Introduzione

Approssimativamente il 10% - 15% della popolazione adulta è portatrice di calcoli della colecisti. La prevalenza della malattia è più alta nel sesso femminile in associazione con gravidanze multiple, obesità o rapidi cali ponderali (1, 2). Molti dei pazienti con calcolosi biliare rimangono asintomatici per molti anni o possono non sviluppare mai una sintomatologia. In altri casi, con una frequenza difficilmente stimabile con dati obiettivi, la malattia litiasica può causare sintomi o complicanze anche severe come la colecistite acuta, l'empiema, le angioliti o la pancreatite acuta. Il ruolo causale tra litiasi e cancro della colecisti è tuttora da definire (3); il carcinoma della colecisti resta una malattia rara, la cui prognosi è altamente peggiorativa malgrado i progressi della chirurgia resettiva epatica riportati nell'ultimo decennio.

Non sono mai stati intrapresi programmi di prevenzione della litiasi colecistica: ciò è giustificato dal dato che questa patologia porta a complicanze clinicamente severe solo in una ristretta minoranza di pazienti e che la malattia si manifesta in maniera ben evidente con l'insorgenza di una sintomatologia dolorosa tipica.

L'approccio alla litiasi della colecisti è stato decisamente modificato, del tutto recentemente, dallo sviluppo della chirurgia laparoscopica e della sua rapida diffusione nei paesi Europei, così come negli Stati Uniti, in tutte le strutture chirurgiche universitarie, ospedaliere o private. Questa metodica, se da un lato necessita di un'analisi consapevole dei limiti e delle complicanze, dall'altro impone una valutazione critica di tutte le altre metodiche di trattamento della litiasi, chirurgiche e non, ed una riconsiderazione dell'atteggiamento da tenere di fron-

Abstract

GALLBLADDER LITHIASIS IN THE ERA OF LAPAROSCOPIC SURGERY

Gallstones are a very common disease, present in at least 10% of the adult population. In the 70% of the cases gallstones remain silent and in these patients any therapeutic option should be undertaken, nor a periodic biological surveillance. In the remaining cases the insurgence of biliary pain is the typical symptom: pain is usually epigastric, or diffuse to the right upper quadrant or to the back. Indication for therapy should be placed only for symptomatic patients. Nowadays laparoscopic cholecystectomy must be considered as the golden standard for symptomatic patients carrying non complicated gallstones.

Key words: Laparoscopic surgery, gallbladder lithiasis.

Riassunto

Riassunto

La litiasi della colecisti rappresenta una patologia assai frequente, presente nel 10% della popolazione adulta. Nel 70% dei casi la litiasi resta asintomatica ed in questa evenienza non è giustificato alcun provvedimento terapeutico né un programma di sorveglianza periodica. Nei rimanenti casi l'insorgenza di coliche biliari rappresenta il sintomo tipico: il dolore è generalmente epigastrico e può irradiarsi all'ipocondrio destro o al dorso. I pazienti sintomatici sono gli unici per i quali debba proporsi un qualche trattamento. Oggi la colecistectomia laparoscopica deve essere considerata l'intervento di prima scelta nei pazienti con litiasi sintomatica della colecisti non complicata.

Parola chiave: Chirurgia laparoscopica, calcolosi della colecisti.

te alla litiasi asintomatica che viene sempre più frequentemente segnalata grazie allo screening ecografico. L'impatto della laparoscopia nel trattamento della litiasi colecistica ha portato a riconsiderare l'approccio terapeutico nei confronti di questa patologia. Per tale motivo sono state tenute due Conferenze di Consenso, rispettivamente in Europa nel 1991 a Strasburgo (4) e nel 1992 negli Stati Uniti (5), per puntualizzare lo stato dell'arte sulla storia naturale e sulla terapia della litiasi della colecisti. Questa relazione si basa sulle conclusioni emerse da entrambe queste conferenze.

Quali pazienti con litiasi devono essere trattati ?

Vari studi clinici prospettici, e fra questi bisogna ricordare il contributo di alcune scuole gastroenterologiche italiane (1, 2), hanno puntualizzato la storia naturale della litiasi.

I dati relativi alla litiasi asintomatica non giustificano attualmente una estensione della indicazione alla colecistectomia nei pazienti che non hanno mai presentato coliche biliari, il solo sintomo sicuramente riferibile alla litiasi. La maggioranza dei pazienti portatori di litiasi della colecisti (oltre il 70%) rimane infatti asintomatico per tutta la vita. Solo una percentuale dell'1-4% per anno sviluppa una sintomatologia legata ai calcoli o una complicanza. Circa il 10% dei pazienti sviluppa sintomi nei 5 anni successivi alla diagnosi di calcolosi e circa il 20% nei 20 anni successivi.

L'unico sintomo riferibile con certezza alla litiasi è la colica biliare. È necessario definire con certezza che i sintomi riferiti dal paziente sono effettivamente da ascrivere alla litiasi. La "colica" biliare si distingue per la sua localizzazione (generalmente all'epigastrio e solo nel 30% dei casi all'ipocondrio destro), la durata (da 30 minuti a 3 ore) e l'intensità e può essere associata a nausea e a vomito. Il dolore ha intensità massima nella regione epigastrica, con una irradiazione verso l'ipocondrio destro nel 30% dei casi ed un'irradiazione dorsale nel 6%; solo in una percentuale poco superiore al 10% la sede del dolore è esclusivamente l'ipocondrio destro. I pazienti sintomatici presentano il 25% di possibilità in più, rispetto a quelli asintomatici, di sviluppare complicanze legate alla presenza di calcoli. L'insorgenza delle complicanze è quasi sempre preceduto dalla comparsa dei sintomi. Nessun elemento, né l'età, né il sesso, né il tipo o le dimensioni dei calcoli, né la durata della malattia, né la coesistenza di malattie associate permette attualmente di definire che una litiasi asintomatica si complicherà o darà origine a coliche biliari. Da un tale quadro non sembra quindi giustificato proporre un trattamento profilattico della calcolosi nei pazienti asintomatici. Non sembra, inoltre, giustificato proporre alcuna sorveglianza clinica, biologica o radiologica nel paziente litiasico asintomatico.

Numerosi sintomi aspecifici, come la cefalea, o sintomi digestivi, quali le turbe del transito o le turbe dispeptiche, la nausea ed il vomito in assenza di dolore, possono condurre all'esecuzione di un'ecografia addominale e da qui alla scoperta occasionale di una litiasi della colecisti. Questi sintomi non sono però legati alla presenza della litiasi biliare. Non scompariranno se si leveranno i calcoli o se si asporterà la colecisti. La loro contemporaneità in assenza di dolore biliare non modifica il carattere "asintomatico" di un'eventuale litiasi della colecisti. L'esecuzione della colecistectomia, infatti, risolve i sintomi dei pazienti che riferiscono la sintomatologia tipica del dolore biliare, mentre i pazienti con sintomi "atipici" continueranno molto probabilmente ad avvertire la stessa sintomatologia anche dopo tale intervento.

Tali osservazioni giustificano quindi ampiamente il trattamento della litiasi biliare solo nei pazienti sintomatici. È indispensabile definire con certezza che i sintomi riferiti dal paziente siano da imputare alla litiasi: disturbi quali nausea, cefalea, dispepsia, che pure possono essere presenti nei pazienti portatori di litiasi, non sono però legati alla presenza di calcoli.

Il rischio di sviluppo di un tumore della colecisti è estremamente basso nei pazienti con calcolosi (1/1000 pazienti per anno), tale comunque da non giustificare di per sé un trattamento profilattico della litiasi. L'unica eccezione è rappresentata dalla presenza di colecisti calcifica (cosiddetta "a porcellana") in cui anche in assenza di calcolosi l'associazione con il cancro della colecisti è estremamente alto (circa il 25% dei casi) (6).

Non esistono attualmente dati che giustifichino un trattamento profilattico nei pazienti litiasici asintomatici. Tuttavia, in considerazione della maggiore incidenza di morbidità e mortalità nei diabetici operati d'urgenza, tali pazienti dovrebbero essere trattati al primo insorgere della sintomatologia. Rimane invece controverso se debba essere eseguita la colecistectomia nei pazienti litiasi asintomatici durante interventi di chirurgia addominale non biliari. Sicuramente la colecistectomia "incidentale" non deve essere eseguita nei pazienti ad alto rischio di complicanze postoperatorie, quali i cirrotici o gli ipertesi portal. Non sono inoltre disponibili dati sufficienti per determinare se esista un'indicazione alla colecistectomia in altri gruppi di pazienti con litiasi asintomatica, quali i pazienti pediatrici con sferocitosi, i pazienti in lista di attesa per trapianto di rene o di cuore e/o gli immunodepressi che possono presentare un importante aumento dell'incidenza di complicanze e nella mortalità correlata alle complicanze della litiasi.

Quale ruolo rimane oggi alle metodiche alternative al trattamento chirurgico?

Negli ultimi 20 anni sono stati proposti numerosi alternative alla chirurgia per il trattamento della litiasi della colecisti.

La *dissoluzione farmacologica* con acidi biliari è stata introdotta nei primi anni '70. Il farmaco di scelta è l'acido ursodesossicolico (7) alla dose di 10 mg/kg peso/die. L'indicazione migliore per tale terapia è rappresentata dai pazienti sintomatici con piccoli (< 5 mm) calcoli di colesterolo mobili in una colecisti funzionante. Tale evenienza comprende circa il 15% dei pazienti portatori di litiasi biliare. La terapia ha una durata variabile fra i 6 ed i 12 mesi ed è necessario monitorare con cura i pazienti per verificarne l'efficacia. In una percentuale di pazienti variabile fra il 60 ed il 90% la terapia è efficace, ma in circa nella metà di questi pazienti i calcoli si ripresenteranno nell'arco di 5 anni (8). Non ci sono dati sufficienti che supportino una terapia di mantenimento a

lunghissimo termine. La percentuale di successo della terapia farmacologica è maggiore e la recidiva dei calcoli inferiore nei pazienti giovani, non obesi e con calcolo unico. Le indicazioni attuali sono limitate a pazienti sintomatici che rientrano nei criteri di sicura efficacia del farmaco e nei quali esista un rischio anestesiológico per età o malattie associate.

La *litotrixxia con onde d'urto* è stata proposta a metà degli anni '80 e diverse con modalità di produzione delle onde. È stato rilevato che l'efficacia della terapia è proporzionale alla quantità di energia trasferita ai calcoli. La metodica prevede la frammentazione dei calcoli in pezzi più piccoli in modo che possano poi essere dissolti farmacologicamente o che possano passare nell'intestino. È quindi necessaria l'esecuzione di una terapia medica adiuvante con acido ursodesossicolico. Il successo del trattamento è dipendente dal numero e dal volume dei calcoli. La procedura prevede la possibilità di insorgenza di alcune complicanze minori quali una transitoria ipertransaminasemia, pancreatite ed ematuria. I risultati migliori vengono ottenuti per calcoli unici di diametro inferiore a 20 mm: in questo caso è stata registrata una percentuale di successo dall'80 al 90% ad 1 anno. Il ruolo della metodica è sempre più ristretto, limitandosi l'indicazione alla litotrixxia alle forme sintomatiche di litiasi con colecisti funzionante e calcoli di piccole dimensioni e numero limitato, in pazienti a rischio chirurgico elevato o che comunque rifiutino anche l'intervento laparoscopico.

Litolisi per contatto. È la metodica per la quale l'esperienza clinica è minore. L'agente chimico proposto è il metil-terbutil-etere (o MTBE). L'MTBE è solitamente introdotto nella colecisti attraverso un catetere transepatico percutaneo. Una pompa automatica peristaltica agevola una distribuzione efficace e la rimozione del solvente. Tuttavia, i calcoli composti in prevalenza da colesterolo possono dissolversi in un periodo che va da ore a giorni. L'impiego è consigliato in pazienti che sono ad alto rischio chirurgico, ma tale terapia non ha ottenuto un consenso, almeno nella conferenza Europea di Strasburgo (4). Resta comunque una tecnica con indicazioni eccezionali giustificabile solo per ragioni di ricerca presso Centri altamente specializzati.

La Terapia Chirurgica

La *colecistectomia laparotomica* è stata la terapia di scelta per la rimozione dei calcoli della colecisti negli ultimi 100 anni ed ancora fino alla fine degli anni '80 era considerata il punto di riferimento nel trattamento della litiasi. In breve, l'intervento consiste nell'esecuzione di una laparotomia sottocostale destra, nell'individuazione diretta e nella legatura del dotto cistico e dell'arteria cistica e nell'asportazione della colecisti. La visione diretta

consente il facile incannulamento del dotto cistico per l'esecuzione di una colangiografia per lo studio intraoperatorio della morfologia e della funzionalità della via biliare principale. L'operazione richiede una degenza postoperatoria di circa 5 giorni ed un periodo di convalescenza variante dalle 3 alle 6 settimane. L'intervento è essenzialmente sicuro, con una mortalità operatoria intorno all'0.05%. Complicanze maggiori sono poco frequenti ed includono lesioni al coledoco, emorragia, ascessi subfrenici ed infezioni. I dati che si riportano le complicanze e la mortalità della colecistectomia convenzionale si riferiscono comunque a casistiche "storiche", che includono pazienti a diverso rischio anestesiológico e chirurgico e talvolta operati in urgenza (9).

La colecistectomia effettuata attraverso una *minilaparotomia* di pochi centimetri è stata proposta come modificazione della tecnica originaria con l'obiettivo di ridurre il dolore postoperatorio. I dati pubblicati si riferiscono tuttavia a pochi pazienti altamente selezionati per la facilità dell'accesso chirurgico. Tuttavia la tecnica non presenta nessun vantaggio rispetto alla colecistectomia effettuata per via laparoscopica e non ha perciò incontrato un'ampia diffusione.

La *colecistectomia laparoscopica* è un intervento proposto relativamente di recente e dopo 10 anni dalla sua applicazione è possibile affermare che garantisce un trattamento sicuro ed efficace per i pazienti portatori di litiasi della colecisti. In rapporto alla colecistectomia convenzionale, la colecistectomia laparoscopica offre il grande vantaggio di ridurre il dolore postoperatorio ed il periodo di convalescenza e di abolire l'ileo paralitico. I problemi estetici legati alla cicatrice laparotomica sono assai ridotti. Il rischio di lesioni alla via biliare principale è sostanzialmente sovrapponibile a quello presente con la tecnica convenzionale. L'intervento è comunque effettuato in anestesia generale per poter far fronte alla possibilità di una conversione immediata in laparotomia, evenienza che si può rendere necessaria per incidenti o impossibilità di completare l'intervento per aderenze o flogosi o situazioni anatomiche particolari o per non funzionamento delle apparecchiature. I pazienti vengono dimessi mediamente entro 2 giorni dall'intervento (anche se è possibile ridurre il ricovero postoperatorio alle 12 ore successive all'intervento). Il ritorno ad una attività lavorativa regolare può essere fatto entro la prima settimana dall'intervento. La tecnica laparoscopica riduce sostanzialmente i costi legati alla degenza ospedaliera ed al recupero fisico postoperatorio. Resta da sottolineare che i risultati clinici sono comunque influenzati dall'abilità e dall'esperienza del chirurgo che esegue l'intervento. La possibilità di convertire l'intervento da laparoscopico a laparotomico è intorno al 2-10% (10, 11).

Malgrado lo sviluppo della tecnica laparoscopica e la affidabilità di cui l'intervento ha dato prova, non è comunque da considerare legittimo l'allargamento delle indicazioni alle litiasi asintomatiche. La colecistectomia lapa-

roscopica è più problematica in corso di colecistite acuta o in presenza di aderenze per interventi pregressi sull'addome superiore; queste condizioni, se non rappresentano delle controindicazioni assolute all'intervento, impongono una maggiore prudenza ed una particolare esperienza del chirurgo.

Le uniche controindicazioni reali all'intervento laparoscopico sono rappresentate dall'ipertensione portale, dalle fistole bilio-biliari, dal sospetto carcinoma della colecisti, dalla presenza di colecisti "a porcellana". È difficile separare razionalmente le indicazioni della colecistectomia laparoscopica e dell'intervento convenzionale. La tecnica laparoscopica ha ormai assunto un ruolo preponderante nel trattamento della litiasi colecistica, ma la tecnica convenzionale ha ancora un suo spazio.

In conclusione, la colecistectomia convenzionale resta comunque un intervento sicuro ed efficace nel trattamento della litiasi biliare. È applicabile pressoché in tutti i pazienti. L'estensiva esperienza acquisita con tale intervento e la sua diffusione lo pongono come il punto di riferimento nella valutazione delle nuove procedure proposte. L'intervento è da proporre ancora oggi in prima istanza in pazienti con precedenti interventi sull'addome superiore o quando ci sia il sospetto di un cancro (12). La colecistectomia laparoscopica è da considerarsi oggi l'intervento di prima scelta nella litiasi sintomatica non complicata.

Bibliografia

1) Barbara L., Sama C., Morselli Labate A.M. et al: *A population study on the prevalence of gallstone diseases. The Sirmione study.* Hepatology, 7:913-917, 1987.

2) GREPCO: *The epidemiology of gallstone disease in Rome. Italy. Part I. Prevalence data in men. Part II The epidemiology of gallstone disease in Rome.* Hepatology, 8:904-913, 1988.

3) Maringhini A., Moreau J., Melton J. et al: *Gallstones, gallbladder cancer, and other gastrointestinal malignancies. An epidemiologic study in Rochester, Minnesota.* Ann Int Med, 107: 30-35, 1987.

4) Mazziotti A., Marescaux J., Escat J., Fagniez P.L., Duhamel G., Weil B.: *Litiasi della colecisti.* Chirurgia, 5:151-153, 1992.

5) National Institutes of Health: *Consensus development conference statement on gallstones and laparoscopic cholecystectomy.* Am J Surg, 165:390-398, 1993.

6) Polk HC: *Carcinoma and the calcified gallbladder.* Gastroenterol, 50:582-585, 1966.

7) Roda E., Bazzoli F., Morselli Labate A.M. et al.: *Ursodeoxycholic acid versus chenodeoxycholic acid as cholesterol gallstone dissolving agents: a comparative randomized study.* Hepatology, 2:804-810, 1982.

8) Villanova N., Bazzoli F., Taroni F. et al.: *Gallstone recurrence after successful oral bile acid treatment. A 12 year follow-up evaluation of long term post-dissolution treatment.* Gastroenterol, 97:726-731, 1989.

9) Mc Sherry C.K.: *Cholecystectomy: the gold standard.* Am J Surg, 158:174-178, 1991.

10) Cuscheri A., Dubois F., Mouiel J. et al.: *The European experience with laparoscopic Cholecystectomy.* Am J Surg, 161:385-387, 1991.

11) Wolfe B.M., Gardiner B.N., Leary B.F., Frey C.F.: *Endoscopic cholecystectomy: an analysis of complications.* Arch Surg, 126:1192-1198, 1991.

12) Picardi N.: *The epidemiology of gallbladder cancer in Italy.* Ann Ital Chir, 64:189-201, 1993.

Autore corrispondente:

Prof. A. MAZZIOTTI
Chirurgia 2,
Università degli Studi di Bologna,
Policlinico S. Orsola,
Via Massarenti, 9
40138 BOLOGNA