



Approccio multidisciplinare all'ittero ostruttivo

Esperienze a confronto

Verona, 1 Ottobre 2010

Aula Magna "G. De Sandre" Ospedale Policlinico "GB Rossi"

Presidente onorario: Prof C. Cordiano

Presidente: Prof A. Guglielmi



La strategia terapeutica nella litiasi extraepatica

Evidenze e controversie

G. Di Falco

Dir. Dip. Chirurgico I

Azienda ULSS 9 Treviso



La calcolosi biliare è molto frequente nel mondo occidentale e in Giappone.

Circa il 15 % della popolazione americana è affetta da colelitiasi ed oltre 700.000 interventi di colecistectomia vengono eseguiti ogni anno negli USA.



Circa il 10-15% dei pazienti affetti da colelitiasi vanno incontro a migrazione di calcoli nella via biliare principale.

Una coledocolitiasi può insorgere anche in assenza di calcolosi della colecisti (fenomeno più frequente nell'est asiatico).



La prevalenza della calcolosi coledocica aumenta con l'età. Mentre i pazienti sotto i 60 anni mostrano una prevalenza dell'8-15%, la percentuale aumenta del 15-60% oltre i 60 anni.

M Schafer Schweiz Med Wochenschr. 1999



Diagnosi: Criteri clinico-diagnostici

clinica

ittero ostruttivo, colangite, pancreatite acuta

es. di laboratorio

YGT, fosfatasi alcalina, AST, ALT, bilirubina

es. strumentali

ecografia (VBP > 7 mm, calcolosi coledocica)



Criteria clinico-diagnostici

- *Bilirubinemia > 3 (68%)**
- *Fosfatasi alcalina > 130 (49%)**
- *Diametro VBP > 8 mm. (52%)**
- *Colangite (80%)**

**valore predittivo positivo*



Indagini strumentali

Ecografia

ERCP

RMN-Colangiografia



Ecografia addominale

E' la metodica più usata in quanto diffusamente disponibile, non-invasiva ed economica. Pur essendo operatore dipendente è molto utile se associata alla clinica ed ai valori ematici e può avere un'elevata sensibilità (96-98%) anche se una modesta specificità (40-75%).

A. Tekin Surgery 2008



ERCP

E' molto accurata nella diagnosi della litiasi biliare, ma non è proponibile come indagine di screening a causa delle significative possibili complicanze (pancreatiti, sepsi, sanguinamenti).



Ruolo della RMN-Colangiografia

Sensibilità dell'84%

Specificità del 96%

(falsi negativi con calcoli < a 5 mm.)



Ruolo della RMN-Colangiografia

Deve essere eseguita routinariamente nello studio preoperatorio nei pazienti in cui si sospetta la presenza di una calcolosi della VBP.

N Griffin Eur J Gastroenterol Hepatol 2003



Ruolo della RMN-Colangiografia

Eseguita nello studio preoperatorio può evitare la colangiografia i.o. e le sue possibili lesioni iatrogene.

N Griffin Eur J Gastroenterol Hepatol 2003



Calcolosi coledocica: approccio endoscopico



Trattamento Endoscopico

- ERCP +
- PST +/-
- palloncino



La ERCP con PST è il metodo più comune ed efficace per la rimozione dei calcoli della VBP.

Problemi:
**calcolosi multipla
grossi calcoli
difficoltà anatomiche
complicanze.**

J Garcia-Cano Rev Esp Enferm Dig 2009

La strategia terapeutica nella litiasi extraepatica



ERCP/PST Complicanze	%
Pancreatiti	1-19
Sanguinamenti	1-6
Perforazioni	1-2
Colangiti	1-4
Calcolosi residua	2-16
Stenosi	1-7

B Kharbutli J Gastrointest Surg 2008



**Calcolosi colecisto-coledocica:
trattamento oggetto di
controversie.**



Tipi di trattamento

Sequenziale (ERCP -> CVL)

Tecnica “rendez-vous”

Videolaparoscopico

Chirurgico classico

Sequenziale inverso (CVL ->ERCP)



Trattamento Sequenziale (ERCP -> CVL)

**differito 6-8 settimane
dopo 24-72 ore**



Molti Autori eseguono la colecistectomia laparoscopica circa 6-8 settimane dopo la bonifica della VBP.

Questo tempo di attesa comporta però oltre all'aumento del tasso di conversione della colecistectomia, la possibile recidiva della litiasi coledocica (5-15%).

L Sarli WJS 2003

RA Pierce Surg Endosc 2008

La strategia terapeutica nella litiasi extraepatica



Complicanze preoperatorie nel trattamento sequenziale ERCP/PST + LC	1- 49 sett
Colecistite acuta (%)	11
Recidive calcolotiche della VBP (%)	5
Colangiti (%)	2
Pancreatiti biliari (%)	1
Seconda ERC (%)	8
Tempo medio per l'isorgenza delle complicanze (gg)	22 (3-225)
Conversione laparotomica nei pz con complic. preop.	21
Conversione laparotomica nei pz senza complic. preop.	9.7



Il trattamento sequenziale di bonifica endoscopica della VBP seguito entro 48 ore dalla colecistectomia laparoscopica è sicuro e ed è gravato da un tasso minore di recidive calcolotiche.

*JSK Reinders Gastroenterology 2010
B Salman J Hepatobil Pancreat Surg 2009*

La strategia terapeutica nella litiasi extraepatica



Trattamento sequenziale ERCP/PST + LC	24/72 h	6/8 sett
Coliche recidive preoperatorie (%)	0	27.7
Colecistite acuta (%)	0	8.5
Conversioni %	4.3	8.7
Durata intervento (min)	59 (25-120)	60 (32-120)
Complicanze postoperatorie (%)	13	13



Tipi di trattamento

Sequenziale (ERCP -> CVL)

Tecnica “rendez-vous”

Videolaparoscopico

Chirurgico classico

Sequenziale inverso (CVL ->ERCP)



Il trattamento single-step “Rendezvous” della calcolosi colecisto-coledocica mediante la VLC, colangiografia i.o. ed ERCP i.o. è una tecnica sicura e con basso tasso di complicanze infettive (colangiti, pancreatiti).

Inoltre consente, in caso di fallimento della procedura endoscopica, di risolvere chirurgicamente il problema.



Trattamento combinato intraoperatorio “Rendezvous”	
Clearance VBP (%)	94.2
Conversioni (%)	5.7
Morbidity (%)	8.5
Complicanze i.o. (%)	2.8
Tempo operatorio (min)	117+-5
Degenza media (gg)	3+-0.7



Tipi di trattamento

Sequenziale (ERCP -> CVL)

Tecnica “rendez-vous”

Videolaparoscopico

Chirurgico classico

Sequenziale inverso (CVL ->ERCP)



Trattamento Videolaparoscopico

- estrazione transcistica
- estrazione coledocotomica



Il trattamento totalmente laparoscopico mediante esplorazione transcistica del coledoco è attualmente ritenuta sicura ed efficace nella rimozione dei calcoli della VBP con tasso di successo tra l'85 e il 95%.

Fattori prognostici sfavorevoli sono un n° dei calcoli >3 e una scarsa casistica.

La strategia terapeutica nella litiasi extraepatica



Clearance della VBP in one-stage		
Procedure completate in VLS	106	96.4 %
Transcistica	90	81.9 %
Rendezvous	16	14.5 %
Tempo medio (TC)	115.6	min
Tempo medio (RV)	140	min
Complicanze maggiori (fistola biliare, emoperitoneo)	3	2.8 %
Complicanze minori (infezione ferite, bilioma s.e., ileo p.)	5	4.6 %
Degenza media	3 (2-16)	gg

A Bove Surg Endosc 2009



Trattamento Chirurgico classico

- Estrazione transcistica/coledocotomica
- Estrazione transpapillare/duodenotomica



Trattamento Sequenziale inverso (CVL ->ERCP)

**Utilizzata generalmente quando la
coledocolitiasi viene identificata
incidentalmente in fase intraoperatoria**

La strategia terapeutica nella litiasi extraepatica



Confronto tra varie metodiche	% successo	% morbidità	% mortalità
ERCPC/ES	90	7	0.4
ERCPC/ES + LC	88	13.5	0.5
LC/LCBDE	91	8.4	0.5
LC + ERCPC/ES post-op	92	8.8	0.1

B Kharbutli J Gastrointest Surg 2008



Per concludere

Il trattamento sequenziale rimane il trattamento più diffuso per la calcolosi coledocica.

Il trattamento one-stage (rendez-vous) richiede la disponibilità della ERCP intraoperatoria.

L'esplorazione e bonifica laparoscopica transcistica della V.B.P. è efficace e con basso tasso di complicanzein mani esperte.