

*Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione  
"S. Giuseppe Moscati" viale Italia, 83100 - Avellino - Italy  
Centralino: 0825.203111*

### **Struttura Complessa di Chirurgia Generale**

Dir.: Prof. Francesco Caracciolo  
e-mail: [francaracciolo@virgilio.it](mailto:francaracciolo@virgilio.it)  
tel. e fax: 0825.203261



### **Struttura Semplice di Chirurgia Mininvasiva dell' Addome e del Torace**

*Responsabile:*

*Dr. Francesco G. Biondo*

Sito Web: [www.francescobiondo.it](http://www.francescobiondo.it)  
e-mail: [info@francescobiondo.it](mailto:info@francescobiondo.it)

Tel. 0825. 203259  
Fax 0825. 203261  
Cell. 339.2816388

## **La colecistectomia videolaparoscopica**

La calcolosi della colecisti è una malattia che colpisce il 18% della popolazione totale e interessa maggiormente le donne con un rapporto di 3 a 1 rispetto al sesso maschile con un' incidenza maggiore nella quinta decade di vita.

### ***Indicazioni e tecnica***

La terapia di scelta per il trattamento della litiasi della colecisti sintomatica è quella chirurgica anche se l'introduzione della laparoscopia in termini di ridotti rischi ed esiti post-operatori inferiori ha determinato un'allargamento alle indicazioni alle litiasi paucisintomatiche e litiasi asintomatiche in soggetti giovani con colesterosi.

Il primo intervento di colecistectomia per via laparoscopica fu eseguito nel 1987 da P. Mouret in Francia. Oggi l'intervento laparoscopico è considerato il *Gold Standard* nel trattamento della calcolosi della colecisti.



La via tradizionale a cielo aperto rimane riservata di principio ai pazienti con gravi patologie cardiorespiratorie e alle donne in gravidanza oltre il primo trimestre.

Per via laparoscopica si ripetono, in grandi linee, i tempi operatori della colecistectomia tradizionale, con la differenza che le manovre chirurgiche vengono effettuate mediante strumenti inseriti attraverso apposite cannule a tenuta stagna (trocar), che a loro volta entrano in addome attraverso quattro piccole incisioni parietali (del diametro di 0.5 - 1 cm).

Lo spazio operativo all'interno dell'addome viene creato mediante l'insufflazione di anidride carbonica (pneumoperitoneo) a una pressione di 12 mmHg.

L'intervento viene eseguito in anestesia generale in posizione supina o litotomica modificata in anti Trendelenburg e con SNG.

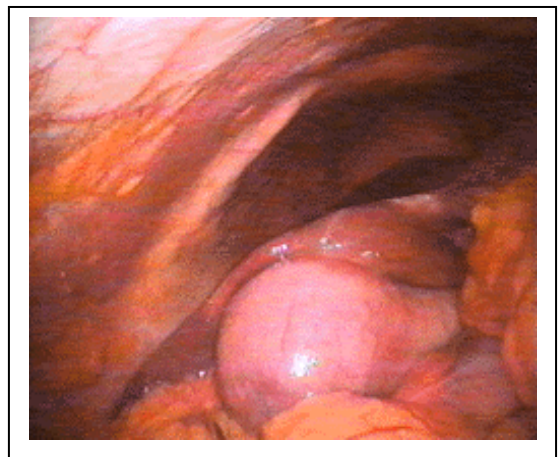
L'accesso iniziale al cavo peritoneale si ottiene mediante una piccola incisione sotto l'ombelico, attraverso la quale si inserisce sotto visione diretta un primo trocar a punta smussa (trocar di Hasson), che permette la creazione del pneumoperitoneo.

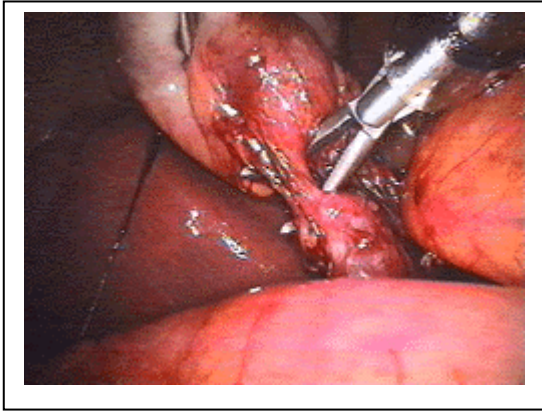
Questa tecnica "open" è preferita, perché più sicura, rispetto a quella "closed", più diffusa, nella quale l'accesso al peritoneo si ottiene "alla cieca", con un ago di Veress mediante il quale si effettua l'insufflazione addominale, prima di inserire, sempre alla cieca, il primo trocar.

Creato il pneumoperitoneo, si inserisce in addome il laparoscopio, attraverso il primo trocar.

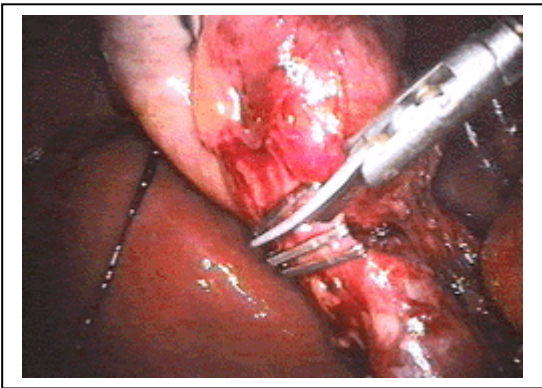
Sotto guida diretta dall'interno dell'addome si inseriscono gli altri 3 trocars. In uno di questi si inserisce una pinza o un palpatore che spinge in alto il fegato, nel secondo una pinza che afferra la colecisti dal suo infundibulo e "apre" il triangolo di Calot, esponendo le strutture dell'ilo colecistico.

Attraverso il terzo trocar ("operatore") si inserisce un elettrocoagulatore a uncino, una forbice, un dissektore, una pinza clippatrice o un aspiratore.





La prima manovra consiste nell' esplorazione dell'addome e quindi nella preparazione dell'arteria cistica e del dotto cistico all' ilo della colecisti. Per evitare lesioni della via biliare principale è opportuno che la dissezione venga condotta il più vicino possibile alla prossimità della giunzione cistico-coledocica, come si fa invece in chirurgia tradizionale.



Isolate accuratamente le strutture del peduncolo della colecisti, vengono clippati e sezionati, nell'ordine, l'arteria cistica e il dotto cistico o al contrario a seconda delle necessità.

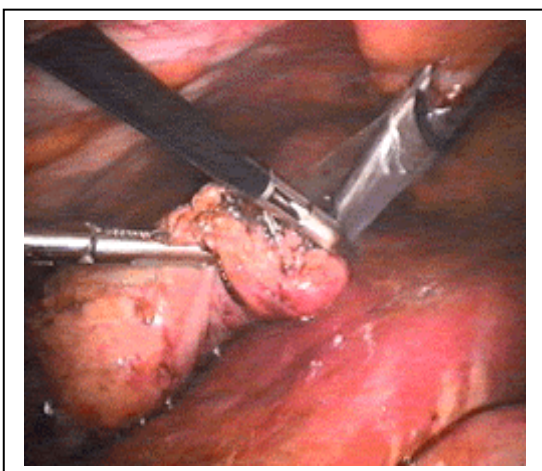
Qualora in ognuna di queste fasi il chirurgo giudichi che la prosecuzione dell'intervento per via laparoscopica comporti un aumento del rischio di complicanze per il paziente,

può scegliere di convertire l'intervento in colecistectomia a cielo aperto.

Condizioni predisponenti alle complicanze operatorie sono le anomalie anatomiche all'ilo epatico e un'intensa flogosi pericolecistica.

Entrambe queste situazioni rendono difficile la dissezione laparoscopica e il riconoscimento delle strutture anatomiche.

Spetta al chirurgo esperto il riconoscimento di queste condizioni ad alto rischio e la conseguente decisione sulla conversione.



La colecisti viene quindi distaccata dal suo letto ed estratta, con l'impiego di un apposito sacchetto laparoscopico, dall'incisione ombelicale.

Dopo aver controllato l'emostasi ed eseguito eventuali lavaggi del cavo peritoneale, si evacua il pneumoperitoneo e si estraggono i trocar. Infine, si suturano le incisioni cutanee. Al risveglio dall'anestesia, il paziente viene riportato nella sua stanza.

Può iniziare a bere 8 ore dopo l'intervento e ad assumere una dieta leggera il giorno dopo.

Di solito non è necessaria la somministrazione di alcun antidolorifico, poiché le piccole incisioni addominali non provocano un eccessivo dolore.

La dimissione avviene in genere in seconda o terza giornata postoperatoria e al massimo entro una settimana il paziente può riprendere la sua normale vita lavorativa.

Rispetto alla colecistectomia tradizionale, la tecnica laparoscopica permette un'importante diminuzione del dolore postoperatorio e quindi dei tempi di ricovero e di convalescenza domiciliare.

### ***Complicanze***

Sono di molto diminuite le complicanze postoperatorie relative all'incisione cutanea (infezione, laparocele).

Complicanze temibili sono le lesioni vascolari e intestinali dovute all'inserimento dei trocar, ma la loro incidenza è stata quasi azzerata dall'applicazione della tecnica "open".

L'emorragia intra e postoperatoria nel 2 - 3% dei casi può verificarsi specialmente in presenza di colecistite acuta o in colelitiasi con intensa pericolecistite durante la fase della dissezione.

Nel 5 - 15% dei casi si può avere la rottura della colecisti durante la dissezione dal letto epatico o durante l'estrazione, ma in tal caso è sufficiente lavare abbondantemente e recuperare eventuali calcoli dispersi in peritoneo.

L'incidenza di lesioni della via biliare, risultata inizialmente aumentata nei primi tempi della colecistectomia laparoscopica, rispetto alla tecnica tradizionale, con l'aumentare dell'esperienza si è annullata.

Oggi l'incidenza di lesioni biliari in corso di colecistectomia laparoscopica è dello 0.5% - 1.5% ma si moltiplicano in Letteratura lavori che riportano ampie casistiche senza alcun caso di lesione biliare.

La conversione laparotomica, infine, non deve essere considerata una complicanza.

Al contrario, è segno di maturità clinica e di accortezza di giudizio convertire un intervento laparoscopico laddove ciò risulti necessario, senza far correre al paziente rischi inutili.

La percentuale di conversione è, infatti, molto diversa a seconda dell'esperienza del chirurgo e varia in Letteratura dallo 0.5% al 14%.

### **Bibliografia**

1. BUSS G., CUSCHIERI A.: Addestramento in chirurgia endoscopica. In CUSCHIERI A, BUSS G., PERISSAT J.: Chirurgia endoscopica. Ed.UTET, Torino, 1994, vol. I, 64-83.
2. CROCE E.: La laparoscopia. In MEINERO M., MELOTTI G., MOURETH PH.: "Anni 90. Chirurgia Laparoscopica" Ed.Masson S.p.A, Milano, 1993, 1-3.
3. CROCE E., OLMI S.: Laparoscopia ed oncologia. Atti Soc. It. Chir. Collana monografica n. 17, Roma, 2002.
4. CUSCHIERI A, BUSS G., PERISSAT J.: Chirurgia endoscopica. Ed. UTET, Torino, 1994, vol. I, 64-83.