



Fascicolo informativo per Pazienti da sottoporre a intervento chirurgico di *colecistectomia videolaparoscopica*



Informazioni generali

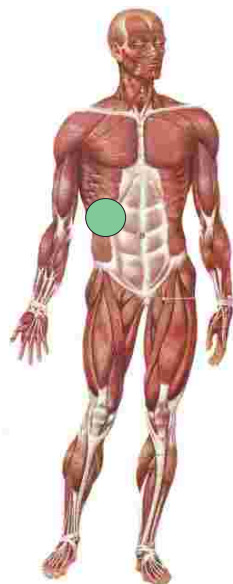
Circa il 17% delle donne e l'8% degli uomini sono affetti da **calcolosi della colecisti**. L'incidenza aumenta con il progredire dell'età.

La calcolosi può essere **asintomatica** oppure associata a un'infezione cronica della parete della colecisti (**colecistite cronica**). In questo caso si manifestano episodi di dolore alla parte superiore destra dell'addome (a volte sotto forma di **colica**), senso di peso, disturbi della digestione.

Nell'ipotesi in cui un calcolo ostruisca lo sbocco della colecisti, ostacolando il deflusso della bile, è possibile che la calcolosi si associ a una **colecistite acuta**. Nei quadri più gravi, per infezioni della bile, la colecisti si trasforma in una sacca di pus (**empiema**), fino alla perforazione. In questi Pazienti la sintomatologia si manifesta con un violento dolore alla parte destra dell'addome, febbre, contrattura della parete addominale e talvolta **ittero** (= *colorito giallastro di mucose e cute*), tanto da rendere necessario un intervento chirurgico urgente.

La chirurgia video-laparoscopica si è affermata in questi anni grazie al progresso tecnologico che ha consentito di estendere le applicazioni della laparoscopia diagnostica (in uso da molto tempo per l'esplorazione della cavità addominale) all'impiego in terapia chirurgica.

Con questa tecnica chirurgica si evita l'apertura dell'addome, ottenendo una **diminuzione del dolore postoperatorio**, la **rapida ripresa** della funzione intestinale, la **riduzione dei tempi di degenza** e conseguentemente un più veloce ritorno alle normali attività: già il giorno seguente all'intervento il Paziente può camminare senza accusare dolore. L'incidenza di **infezioni della ferita chirurgica** e di **laparoceli post-operatori** (= *particolare ernia della parete addominale determinata dal cedimento degli strati interni di una ferita chirurgica*) è sensibilmente ridotta rispetto a quella che si può determinare in seguito a interventi eseguiti con la tecnica tradizionale (cioè "a cielo aperto"): quest'ultima, per particolari condizioni locali o generali, si può porre in alternativa all'intervento di videolaparocolecistectomia.



Informazioni per il Paziente

Il trattamento chirurgico consiste **nell'asportazione della colecisti e dei calcoli in essa contenuti**. L'intervento viene eseguito in **anestesia generale** in quanto, per visualizzare gli organi interni, è necessario "insufflare" CO₂, cioè anidride carbonica (gas inerte), all'interno dell'addome del Paziente, per ottenerne la distensione. Questa manovra richiede il rilasciamento farmacologico della muscolatura addominale, raggiungibile soltanto in anestesia generale.

La tecnica laparoscopica consente l'accesso alla cavità addominale attraverso quattro piccole incisioni (in genere 1-3 cm) praticate sulla parete dell'addome. È così possibile introdurre nella cavità addominale una telecamera miniaturizzata – collegata a un monitor – e una serie di strumenti chirurgici lunghi e sottili che consentono di operare senza aprire l'addome del Paziente, riproducendo all'interno dell'organismo i movimenti che il chirurgo compie all'esterno. Il chirurgo ha sul monitor una visione



diretta e ingrandita di quanto avviene.

Talvolta, sulla base dei dati ottenuti con gli esami preoperatori, può essere necessario eseguire una **colangiografia intraoperatoria** (esame radiologico), per localizzare eventuali calcoli “scivolati” nella via biliare.

Al termine dell’intervento, in caso di piccoli sanguinamenti, può venire posizionato un **drenaggio** (= tubo di silicone che ha lo scopo di consentire la fuoriuscita di sangue o altri liquidi dalla sede di intervento) addominale, che verrà rimosso dopo 24-48 ore dall’intervento.

Il rispetto dei piani cutanei e muscolari, consentito dalla laparoscopia, offre un miglior decorso postoperatorio: rispetto a quanto avviene per i Pazienti sottoposti a intervento con tecnica tradizionale “a cielo aperto”, il Paziente “laparoscopico” si alza la sera stessa dell’intervento, si alimenta dal giorno dopo, viene dimesso entro 48-72 ore e riprende le normali attività quotidiane in 7-15 giorni.

Può accadere che – a causa di una particolare situazione anatomica o per un’eccessiva infiammazione della parete della colecisti o per un’imponente sanguinamento del “letto epatico” della colecisti – in corso di videolaparoscopia sia necessario “**convertire**” l’intervento, trasformando l’accesso laparoscopico in tradizionale (con un’incisione nel quadrante superiore destro dell’addome, al di sotto dell’arcata costale). Una simile evenienza si presenta nel 3-4 % degli interventi.

Alternative proponibili

La **terapia medica** – con l’uso di farmaci in grado di “sciogliere” i calcoli della colecisti – è possibile soltanto in un numero limitato di casi (calcoli piccoli e con una particolare composizione chimica), deve essere somministrata a lungo (da sei mesi a un anno) e ha comunque una bassa percentuale di successo.

Anche il trattamento dei calcoli con **litotrissia extracorporea** (onde d’urto), utile per la calcolosi renale, si è rivelato inefficace per questo tipo di patologia.



Rischi generici

L’intervento comporta i rischi comuni a tutti gli interventi chirurgici, legati al tipo di anestesia, all’età del Paziente e alle sue condizioni generali.

Rischi specifici

L’intervento di colecistectomia per via laparoscopica, comporta una percentuale di complicanze variabile tra l’1 e il 3%, con un tasso di mortalità prossimo allo zero. Le complicanze che possono verificarsi in corso di colecistectomia videolaparoscopica sono: l’**emorragia** (dovuta alla lesione di un grosso vaso sanguigno del fegato), la **lesione della via biliare principale** (con conseguente comparsa di ittero), la formazione di **raccolte ascessuali** nel cavo peritoneale e la **pancreatite postoperatoria**. In regime di urgenza la percentuale di complicanze sale al 5-15 %.