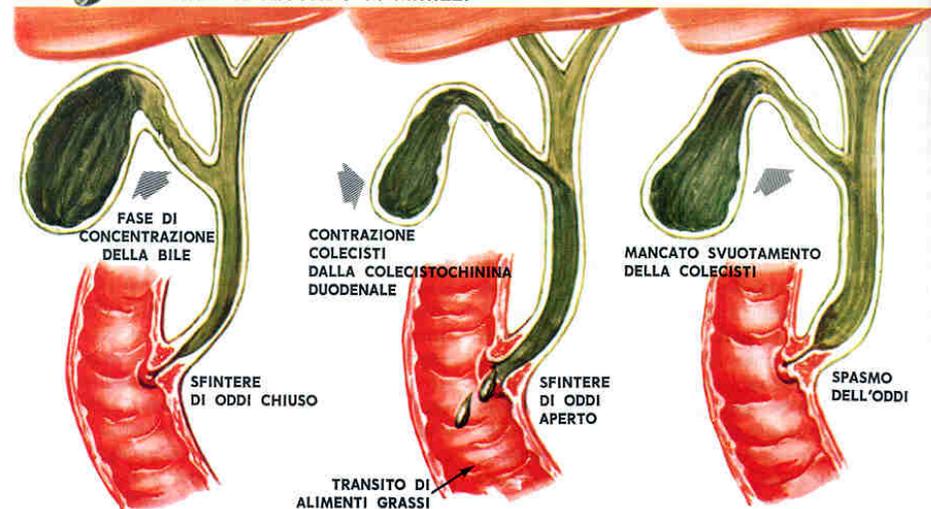
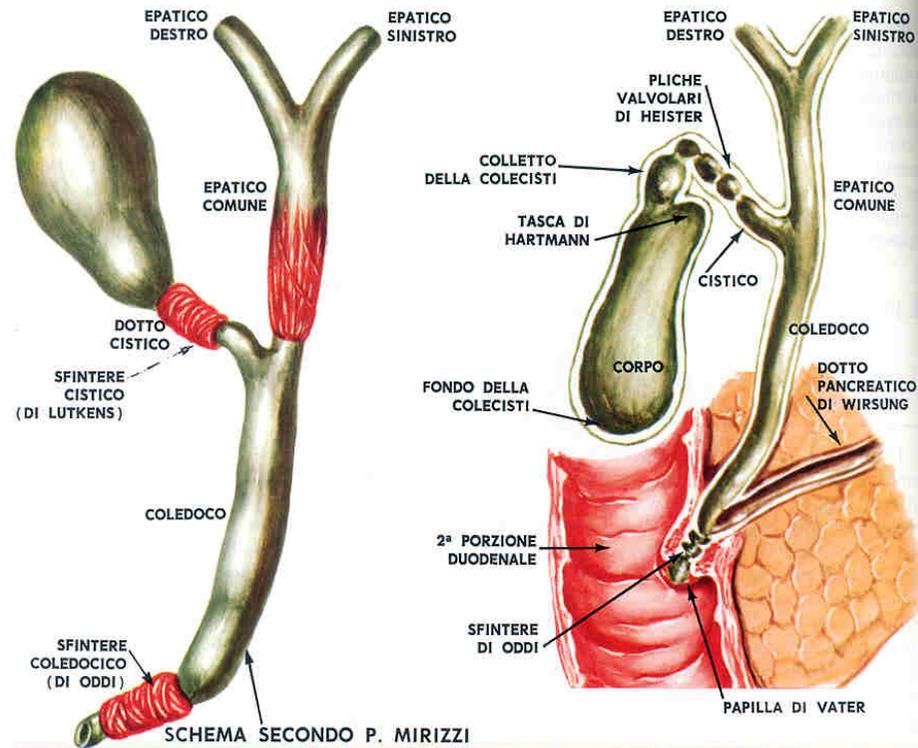


**ANATOMIA NORMALE DEL FEGATO**



**ANATOMIA E FISILOGIA DELLE VIE BILIARI**

# CALCOLOSI DELLA COLECISTI

**CALCOLI DI COLESTERINA PURA**

**CALCOLI DI PIGMENTO BILIARE**

**CALCOLI MISTI**

**SABBIA BILIARE**

**CALCOLOSI MULTIPLA DELLA COLECISTI**

**CALCOLO UNICO CON SCLEROSI E ISPESSENTAMENTO DELLA PARETE COLECISTICA**

**COLECISTITE CRONICA A PORCELLANA**

**COLECISTITE A PORCELLANA. ASPETTO RADIOGRAFICO ALL'ESAME DIRETTO DELL'EMIADDOME DESTRO**

**CALCOLO INCUNEATO NEL CISTICO**

**IDROPE DELLA COLECISTI**

**IDROPE DELLA COLECISTI**

**EMPIEMA DELLA COLECISTI**

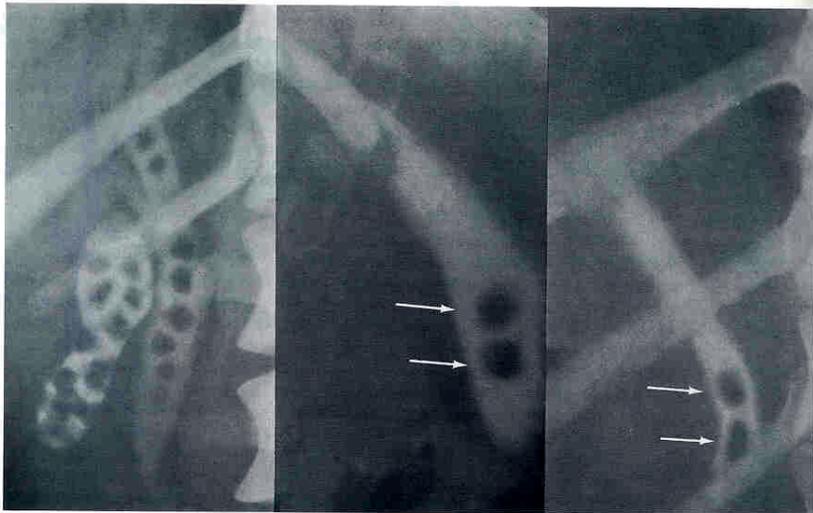
**RACCOLTA PURULENTA NELL'INTERNO DELLA COLECISTI SECONDARIA A CALCOLO INCUNEATO NEL CISTICO**

**CALCOLI**

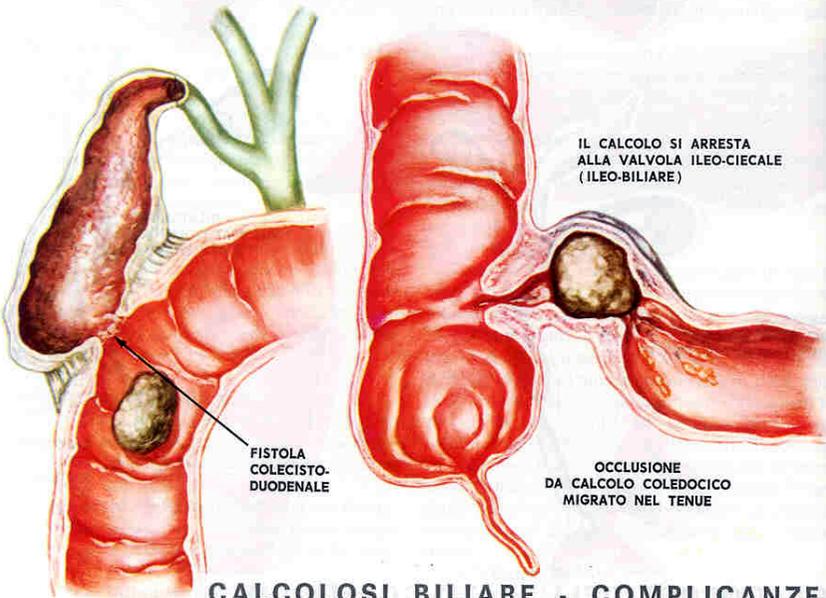
**CALCOLOSI COLECISTICA IN COLECISTITE A FRAGOLA**

**COLECISTITE GANGRENOSA**

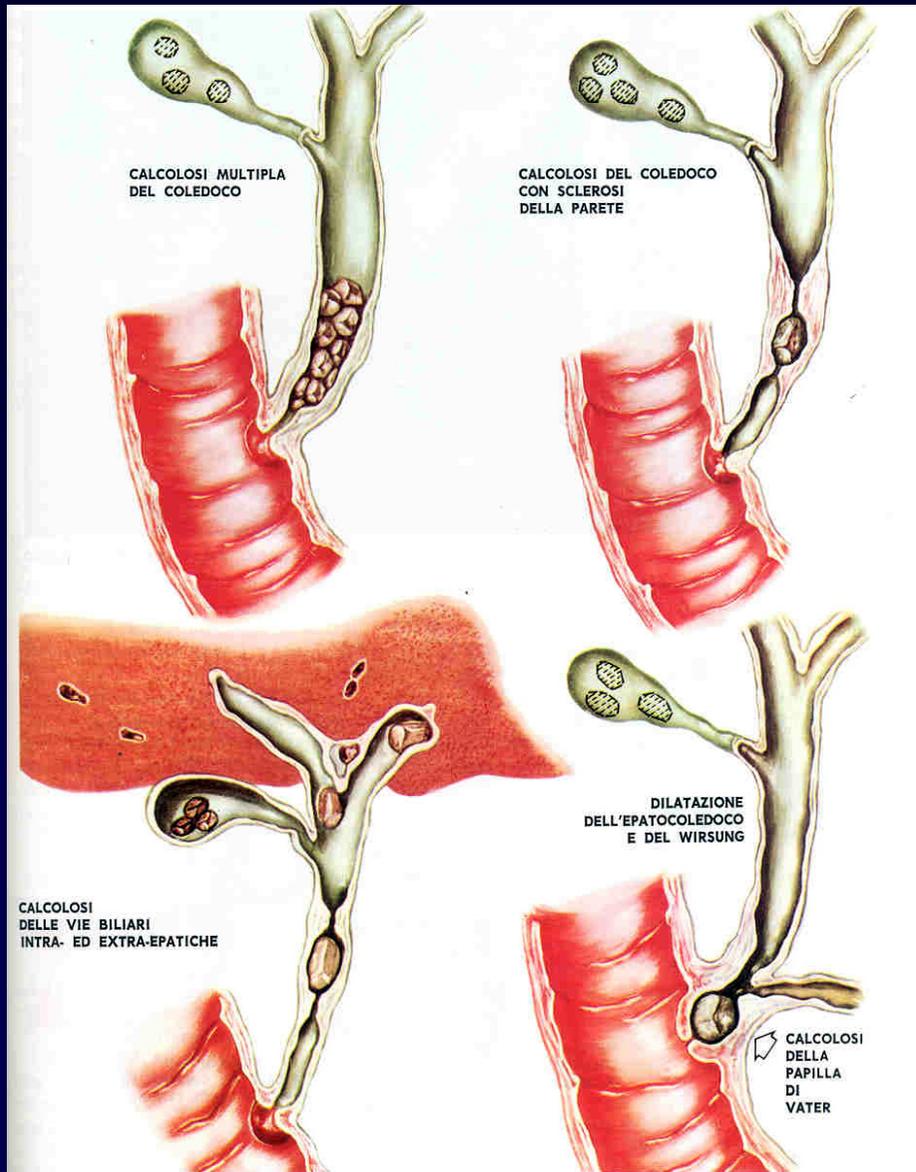
**Calcolosi della colecisti**



COLANGIOGRAFIE: CALCOLOSI DEL COLEDOCO

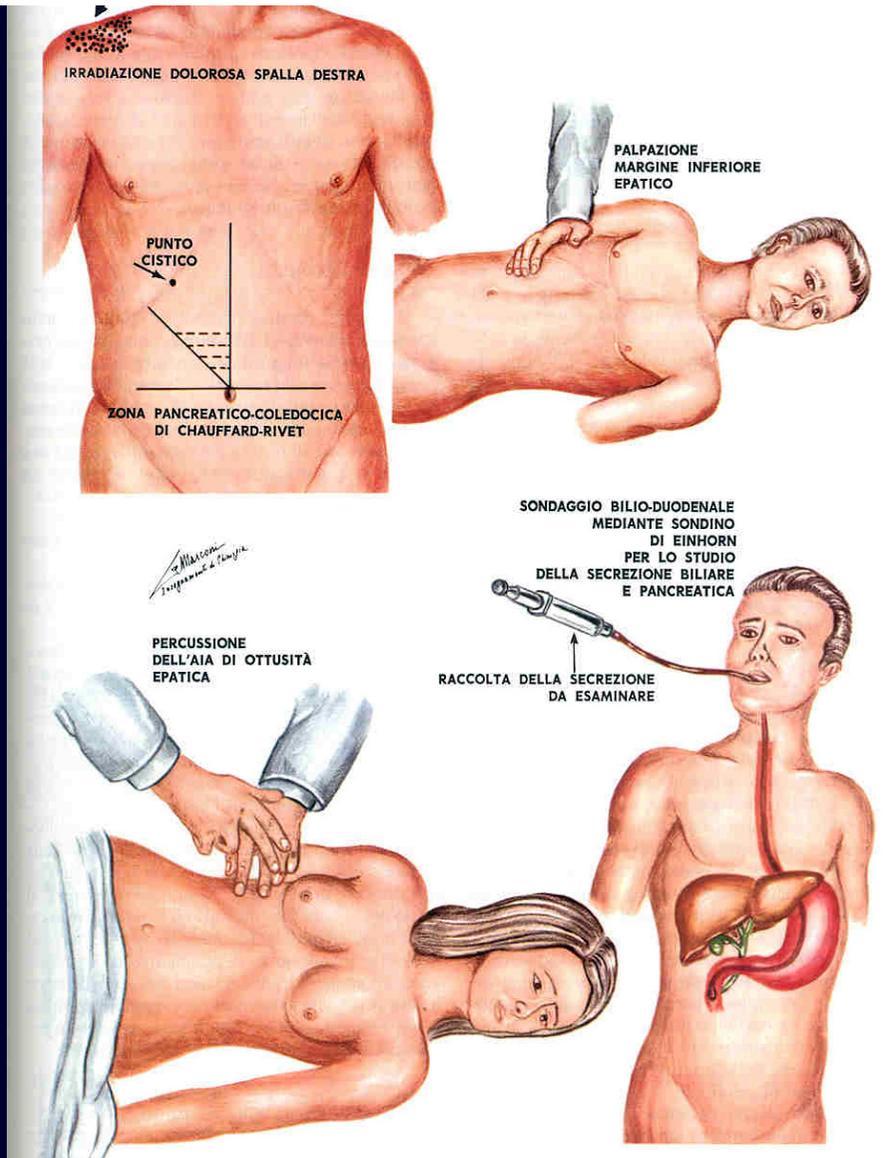


CALCOLOSI BILIARE - COMPLICANZE



CALCOLOSI DELL'EPATO-COLEDOCO

## SEMEIOTICA FISICA EPATOBILIARE



## INDAGINI DIAGNOSTICHE

1. **Esami laboratorio**
  - Indici di stasi
  - Indici di secrezione
  - Indici di necrosi
2. **Markers tumorali**
3. **Markers per epatite**
4. **Ecografia**
5. **ColangioRMN**
6. **ERCP**
7. **Citologia e dosaggio Ca 19.9 nel liquido pancreatico**

# ESPLORAZIONE CHIMICA-CLINICA DEL FEGATO

- **INDICI DI COLESTASI**

*gammaGT, bilirubinemia diretta, fosfatasi alcalina e 5-nucleotidasi*

- **INDICI DI NECROSI**

*transaminasi*

- **INDICI DI SECREZIONE**

*albuminemia, fibrinogenemia, colinesterasi, attività protrombinica (\*)*

## SEGNI E SINTOMI DELL'ITTERO OSTRUTTIVO

COLORAZIONE ITTERICA  
DELLA CUTI, DELLE SCLERE  
E DELLE MUCOSE VISIBILI



PETECCHIE  
EMORRAGICHE

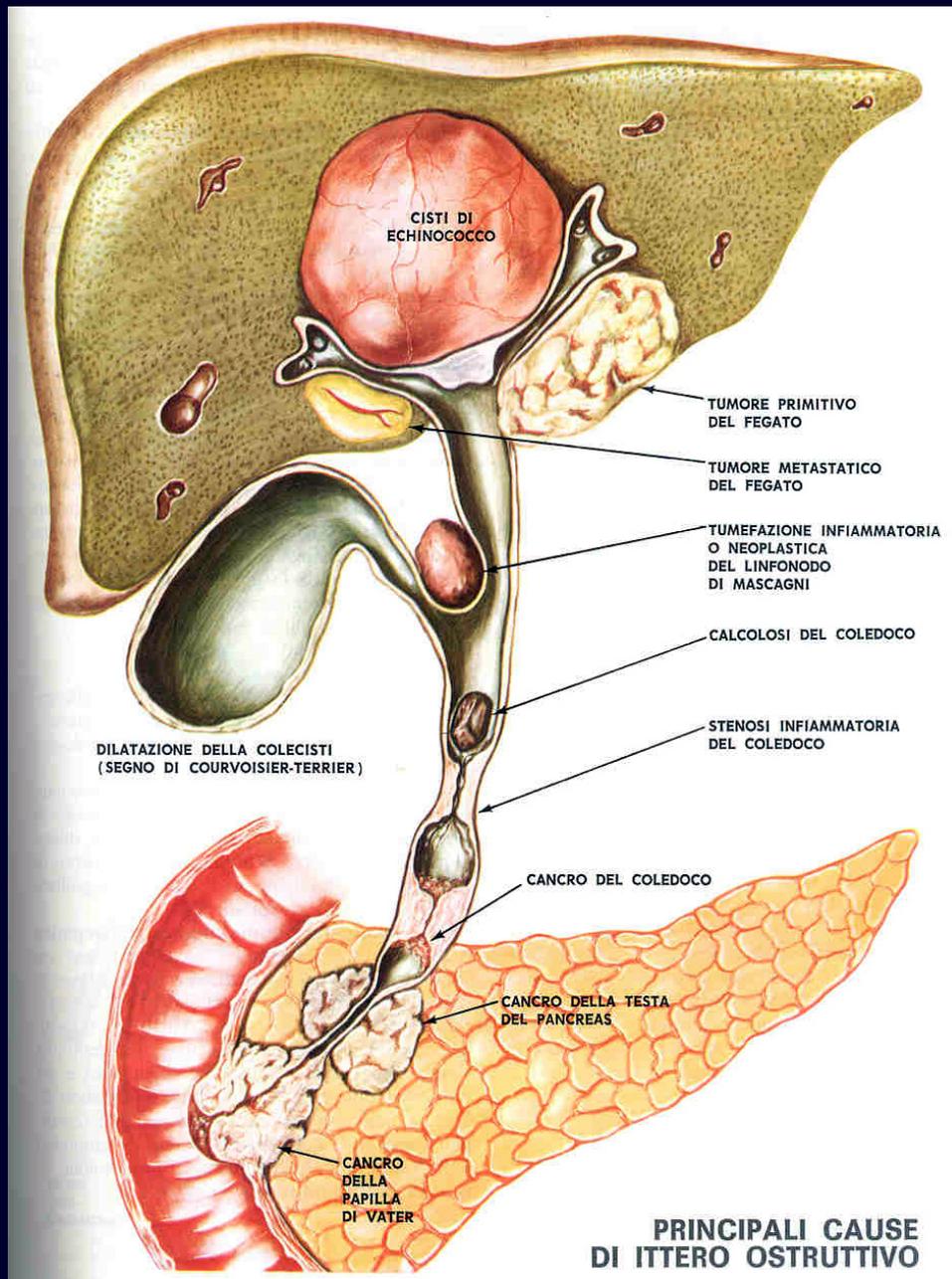


LESIONI DA  
GRATTAMENTO

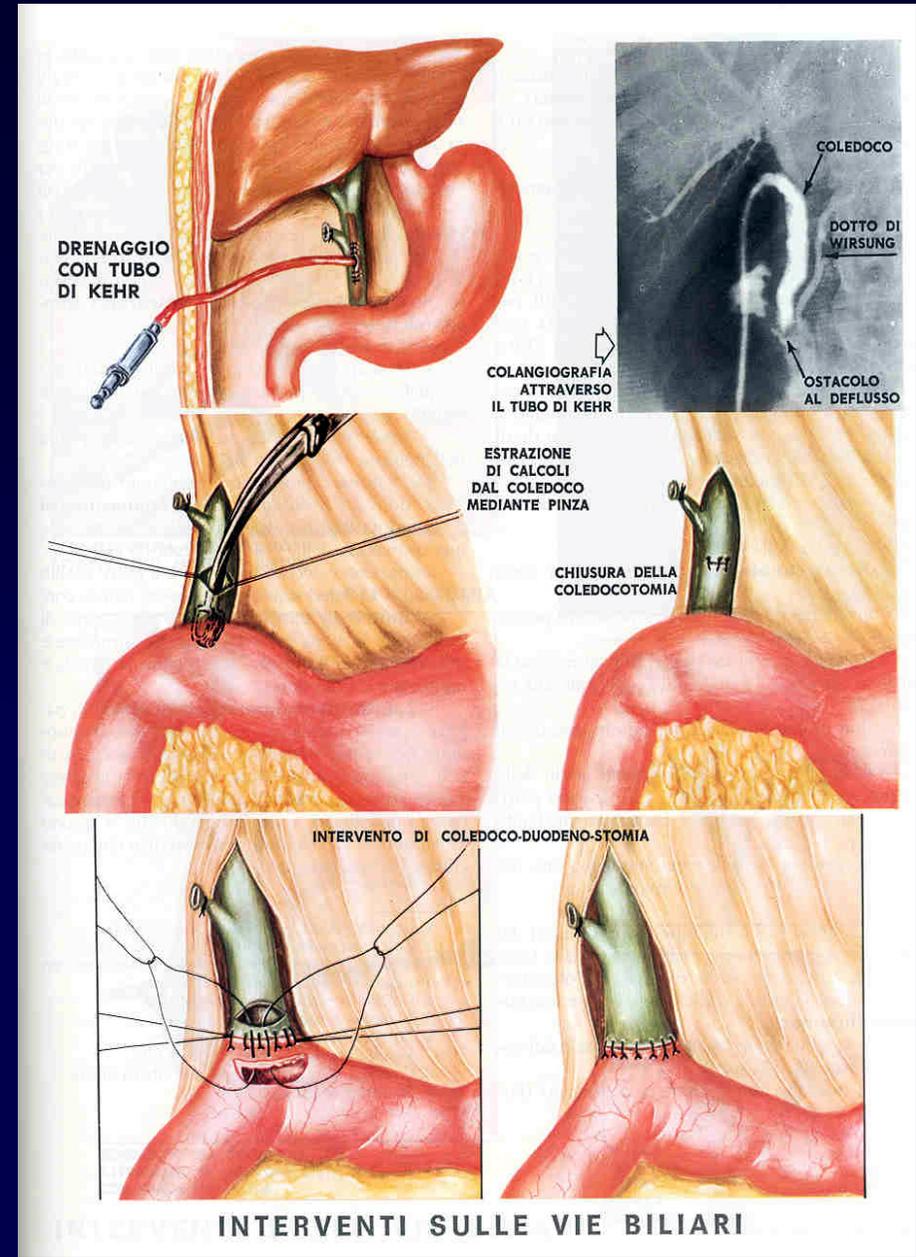
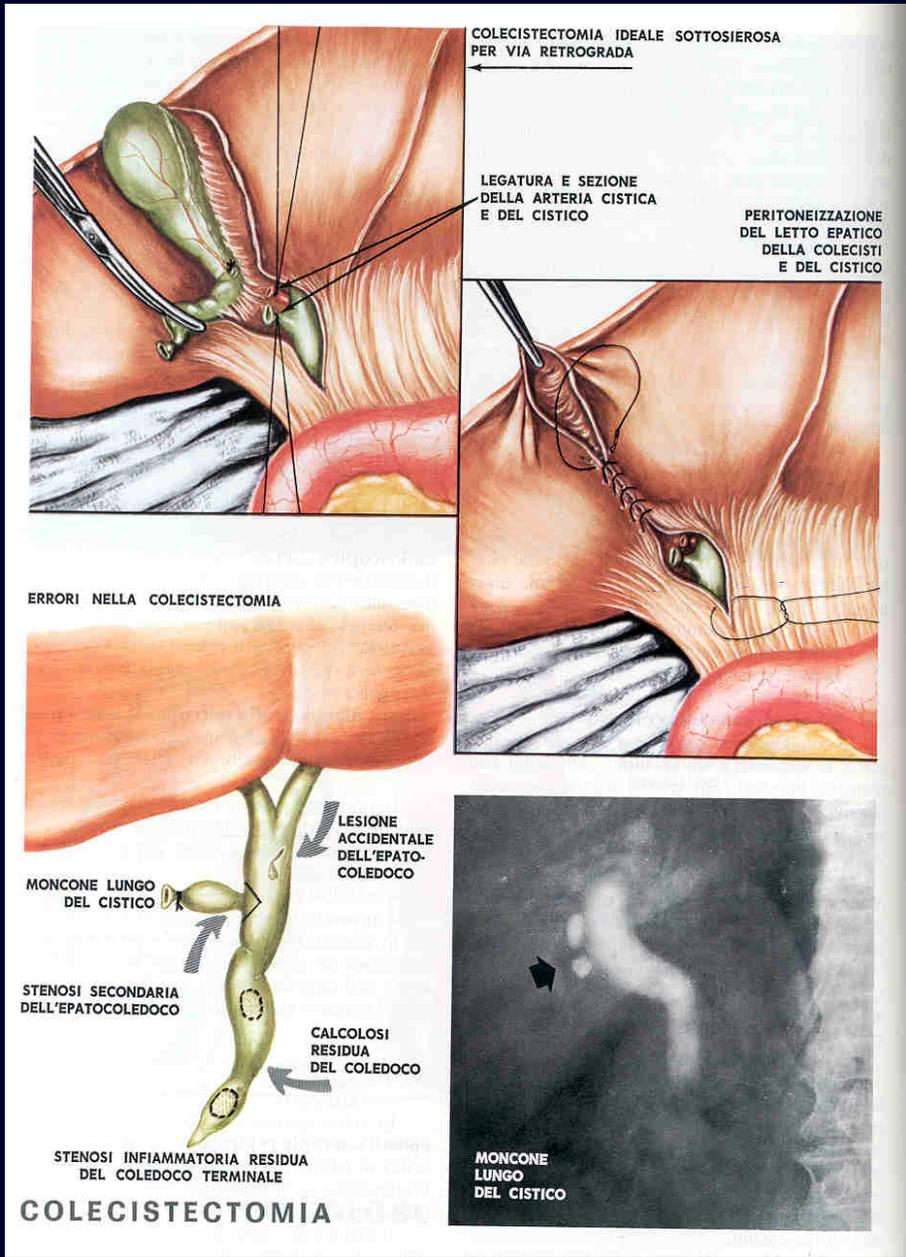


FECI ACOLICHE

# ITTERO OSTRUTTIVO



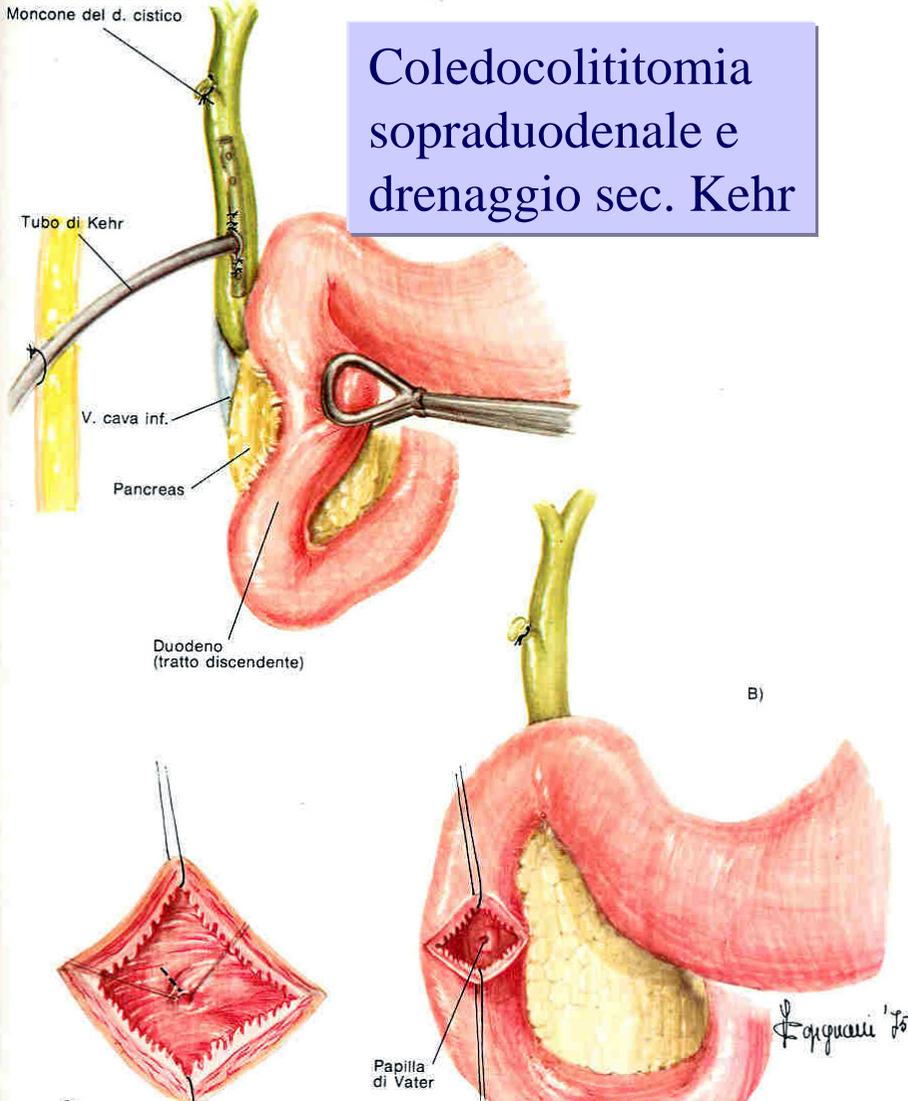
- **Ittero ostruttivo da litiasi del coledoco:**  
 Courvoisier-Terrier negativo  
 Ittero intermittente, Dolore, Febbre  
**(Triade di Charcot)**
- **Ittero da ostruzione neoplastica:**  
 Courvoisier-Terrier positivo  
 Ittero ingravescente  
 Assenza di dolore e di Febbre



**INTERVENTI TRADIZIONALI (CHIRURGIA OPEN)**

## INTERVENTI PER LITIASI VBP

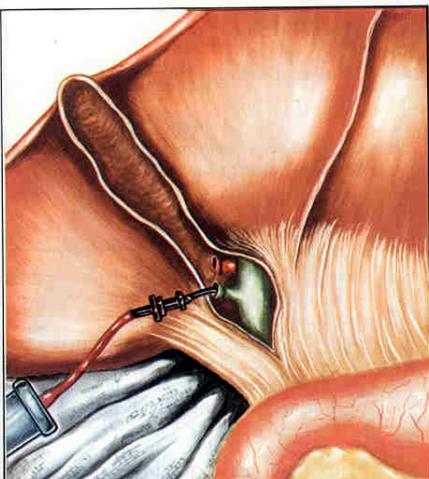
Coledocolitomia  
sopraduodenale e  
drenaggio sec. Kehr



Papillosfinterotomia  
transduodenale

## Trattamento mini-invasivo sequenziale

1. Sfinterotomia endoscopica e bonifica dei calcoli nel coledoco
2. Videolaparocolecistectomia

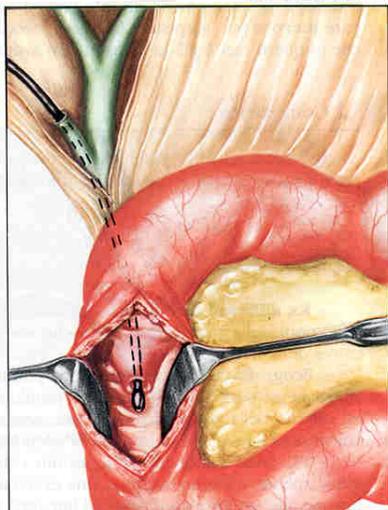


COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA  
ATTRAVERSO IL MONCONE CISTICO

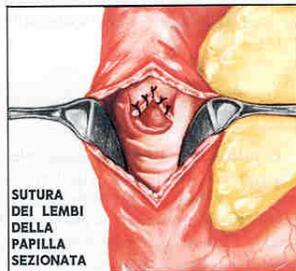


COLANGIOGRAFIA  
INTRAOPERATORIA  
NORMALE

### PAPILLOTOMIA



SONDAGGIO DEL COLEDOCO  
ATTRAVERSO IL MONCONE CISTICO  
CON SONDA METALLICA



SUTURA  
DEI LEMBI  
DELLA  
PAPPILLA  
SEZIONATA

### INTERVENTI SULLE VIE BILIARI

L'intervento di papillotomia transduodenale attualmente si esegue molto meno che in passato; in prima istanza si ricorre alla papillosfinterotomia endoscopica

## Caso clinico : ittero, dolore, febbre in resecato gastrico da oltre 40 aa

### S. Domenico 78 aa.

- 40 aa or sono resezione gastrica x ulcera (B-II con ansa transmesocolica);
- Nessun follow up x il moncone ( \* )
- 2000 ictus con esito in emiparesi
- 2001 resezione endoscopica della prostata

### Patologica prossima :

- **dolore, febbre con brivido ( 39° ) , ittero** intermittente, colestatico
- ricovero d'urgenza il 26.12.2002

# PROVVEDIMENTI TERAPEUTICI INIZIALI ed ITER DIAGNOSTICO

## -TERAPIA INFUSIONALE

- VITAMINA K ev. (x correggere deficit protrombinico sempre presente negli itterici)
- INIBITORI di POMPA ev.
- LONGASTATINA 0.1 x 2 sottocute
- ANTIBIOTICI ( ev. Tazocin 4.5 x 2 e Levoxacin 1 fiala ogni 24 ore )

- **ECOGRAFIA** (reperito di colecisti distesa, litiasica, a pareti ispessite; dilatazione marcata della via biliare principale > 12 mm)
- **CONTROLLO ENDOSCOPICO DEL MONCONE** (reperito nella norma; impossibilità di reperire la papilla di Vater imboccando l'ansa afferente e percorrendo x via retrograda il duodeno )
- **COLANGIO-RMN** ( conferma del dato ecografico; dimostrazione di calcoli impattati nella zona infundibolo-cistica e di calcoli nel tratto iuxta-papillare del coledoco )

# QUESITI e PROBLEMATICHE

- LA RESEZIONE GASTRICA B-II rende in linea di massima inaccessibile la papilla all'endoscopista per ERCP e bonifica x via endoscopica della calcolosi del coledoco
- I calcoli impattati nella zona infundibolo-cistica, l'ispessimento delle pareti e la distensione della colecisti, lasciavano presagire una condizione di idrope o di empiema concomitante alla calcolosi della via biliare principale
- La febbre biliosettica ( che insieme al dolore ed all'ittero caratterizzano la "TRIADE DI CHARCOT" ), sottintendeva la presenza di una colangite

\_\_\_\_\_ **QUID AGENDUM ?**

# ALTERNATIVE CHIRURGICHE

*( vista la inaccessibilità x via endoscopica alla PAPILLA )*

1

**COLECISTECTOMIA OPEN**

**COLEDOCOLITOTOMIA SOPRADUODENALE**

**CON o SENZA APPOSIZIONE DI DRENAGGIO sec. Kehr**

2

**COLECISTECTOMIA OPEN**

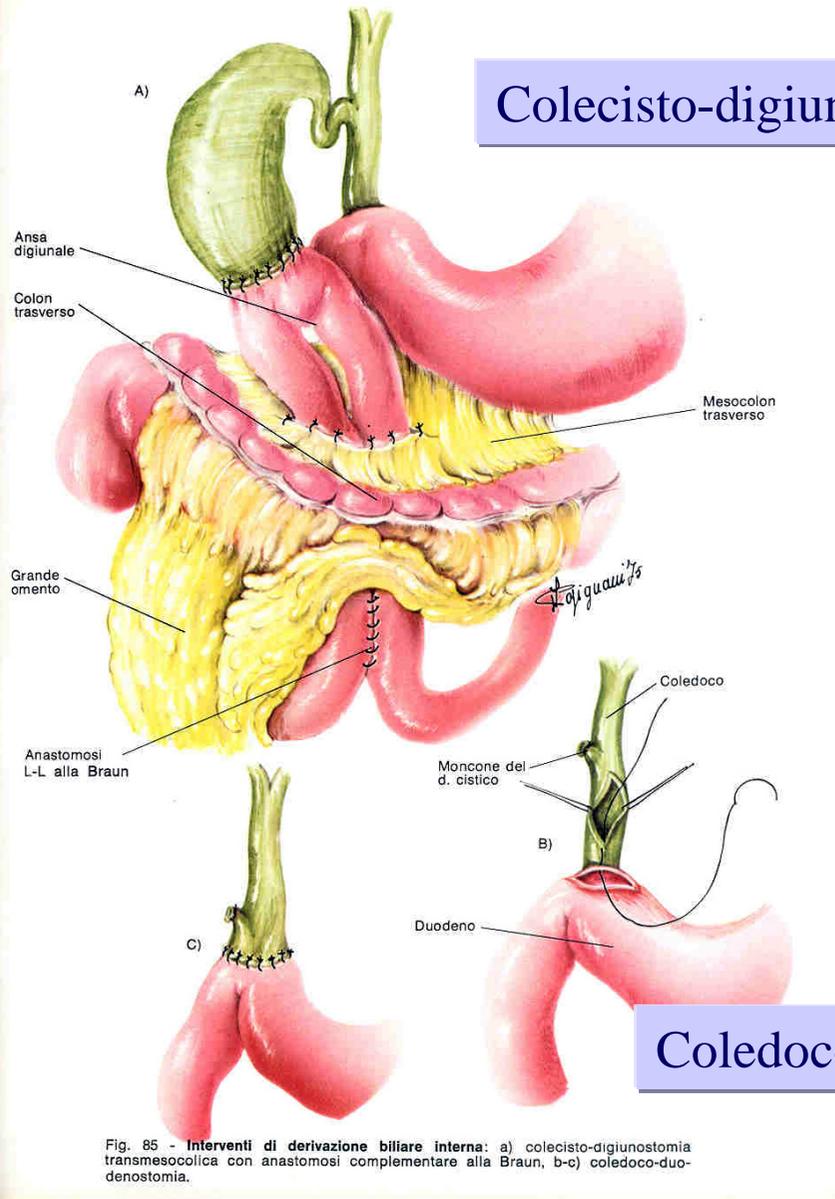
**PAPILLOSFINTEROPLASICA x via duodenotomica**

3

**COLECISTECTOMIA OPEN**

**COLEDOCODUODENOSTOMIA**

## Colecisto-digiunostomia



## ALCUNI INTERVENTI DI DERIVAZIONE BILIODIGESTIVA

## Coledoco-duodenostomia

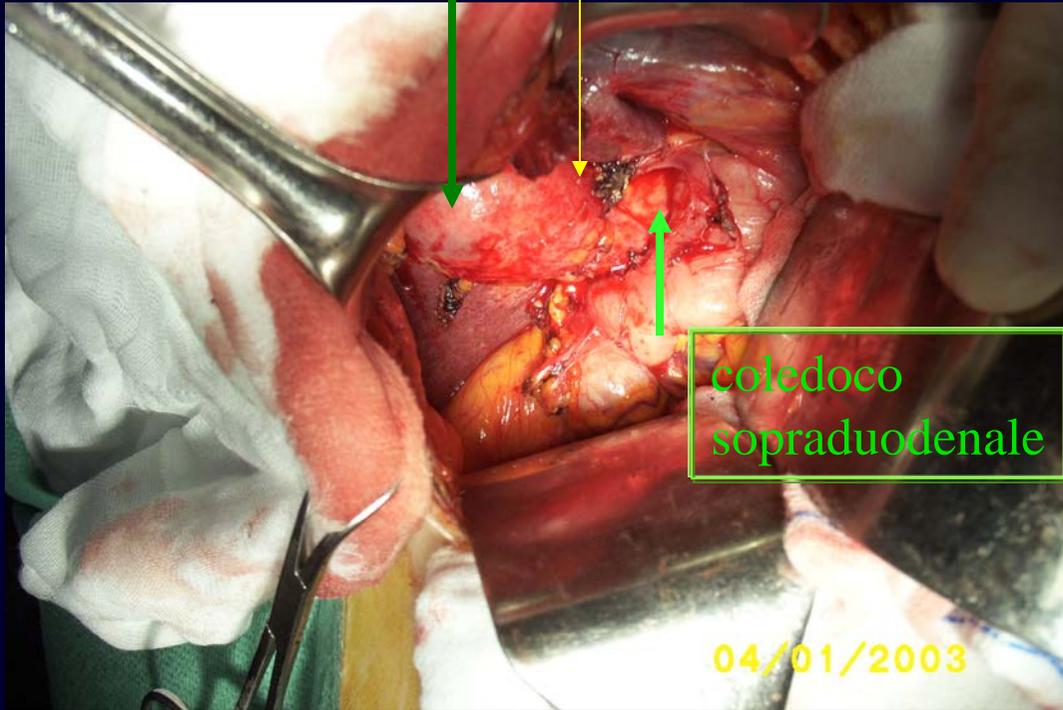
Fig. 85 - Interventi di derivazione biliare interna: a) colecisto-digiunostomia transmesocolica con anastomosi complementare alla Braun, b-c) coledoco-duodenostomia.

# Difficoltà tecniche

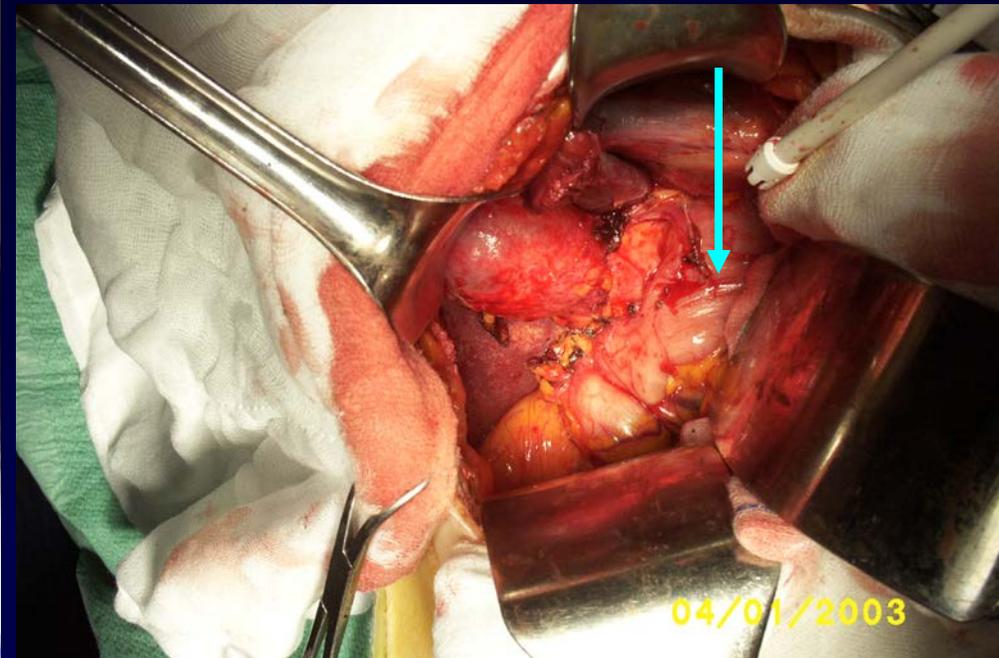
1. Aderenze prodotte dal precedente intervento
2. Pericolecistite prodotta dalla calcolosi della colecisti complicata da empiema
3. Difficoltà di mobilizzare il duodeno sec. Kocher, al fine di esporre ed esplorare la via biliare nel tratto sopra- e retroduodenale (*pancreatico*)
4. Difficoltà di lavorare sul duodeno, connesse all'affondamento del moncone  
sec. la tecnica B-II

**Colecisti distesa  
a pareti ispessite**

**Triangolo  
Calot**

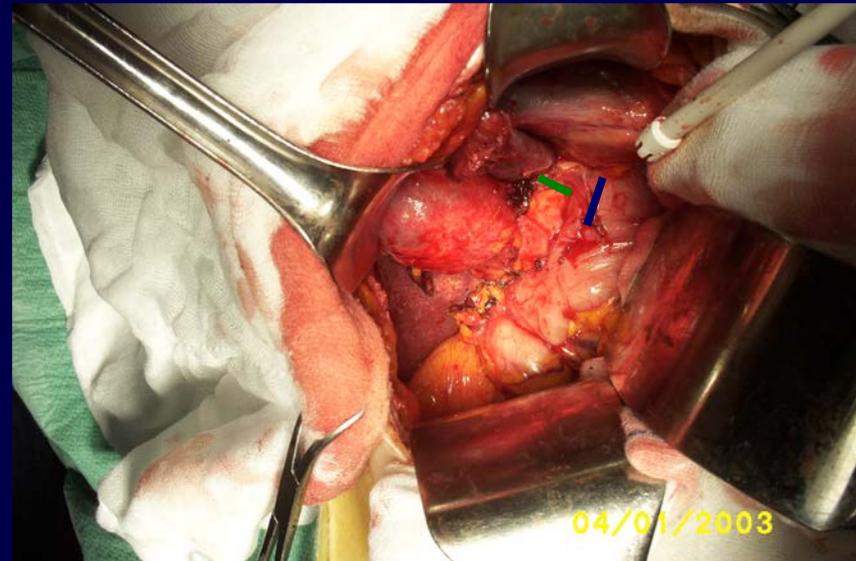
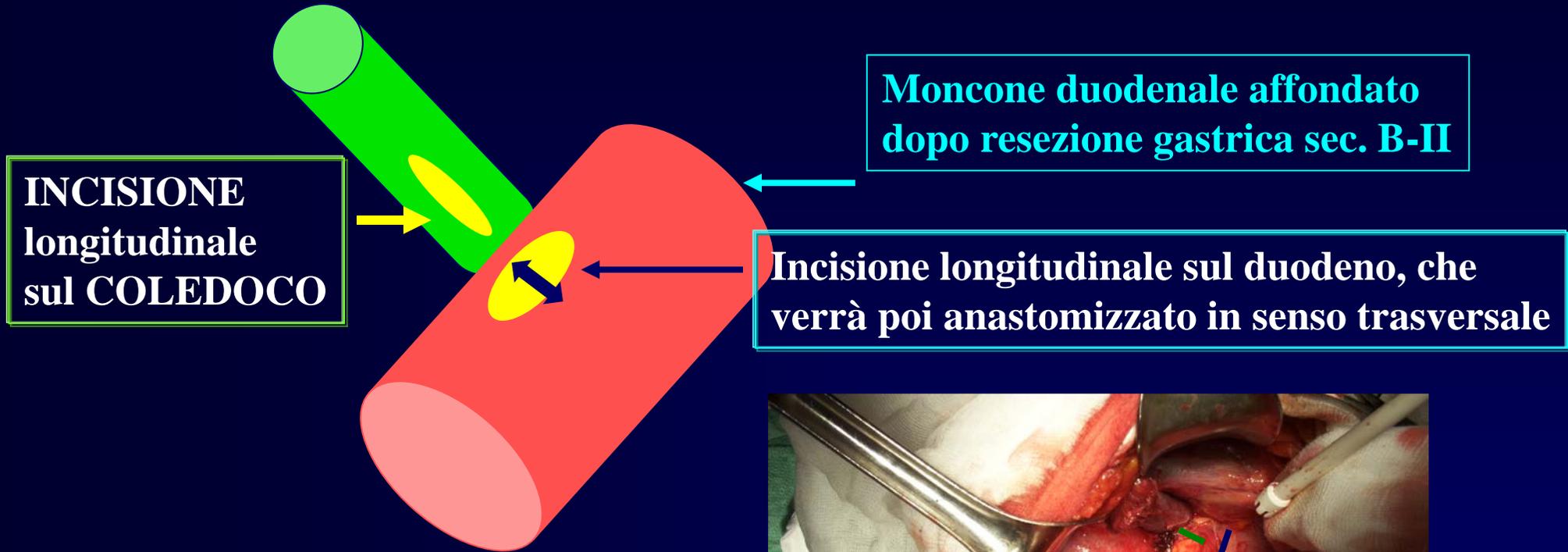


**duodeno**

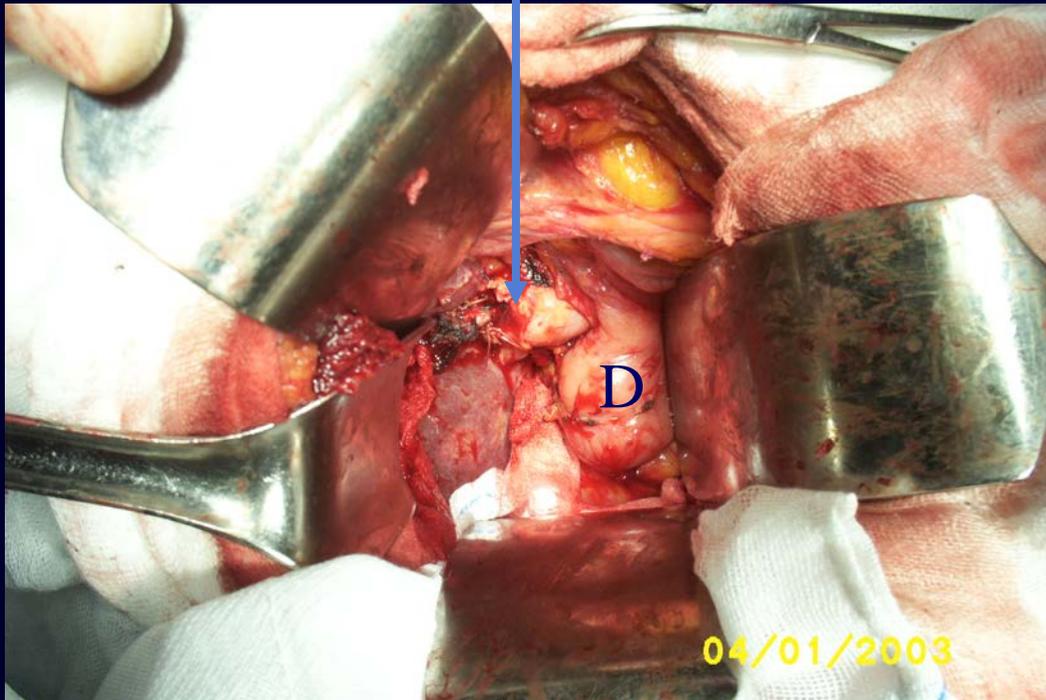


1. Accesso sottocostale destro
2. Lisi di aderenze tra fegato-colecisti con duodeno e flessura colica destra
3. Esposizione del campo operatorio

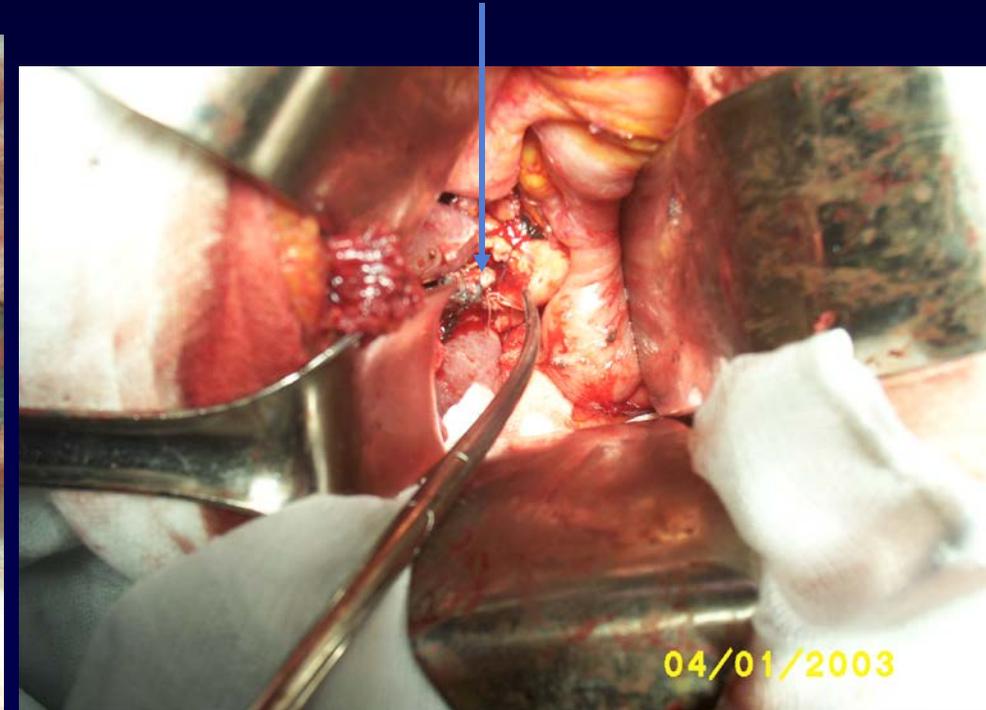
# INTERVENTO ATTUATO : coledocoduodenostomia latero-laterale



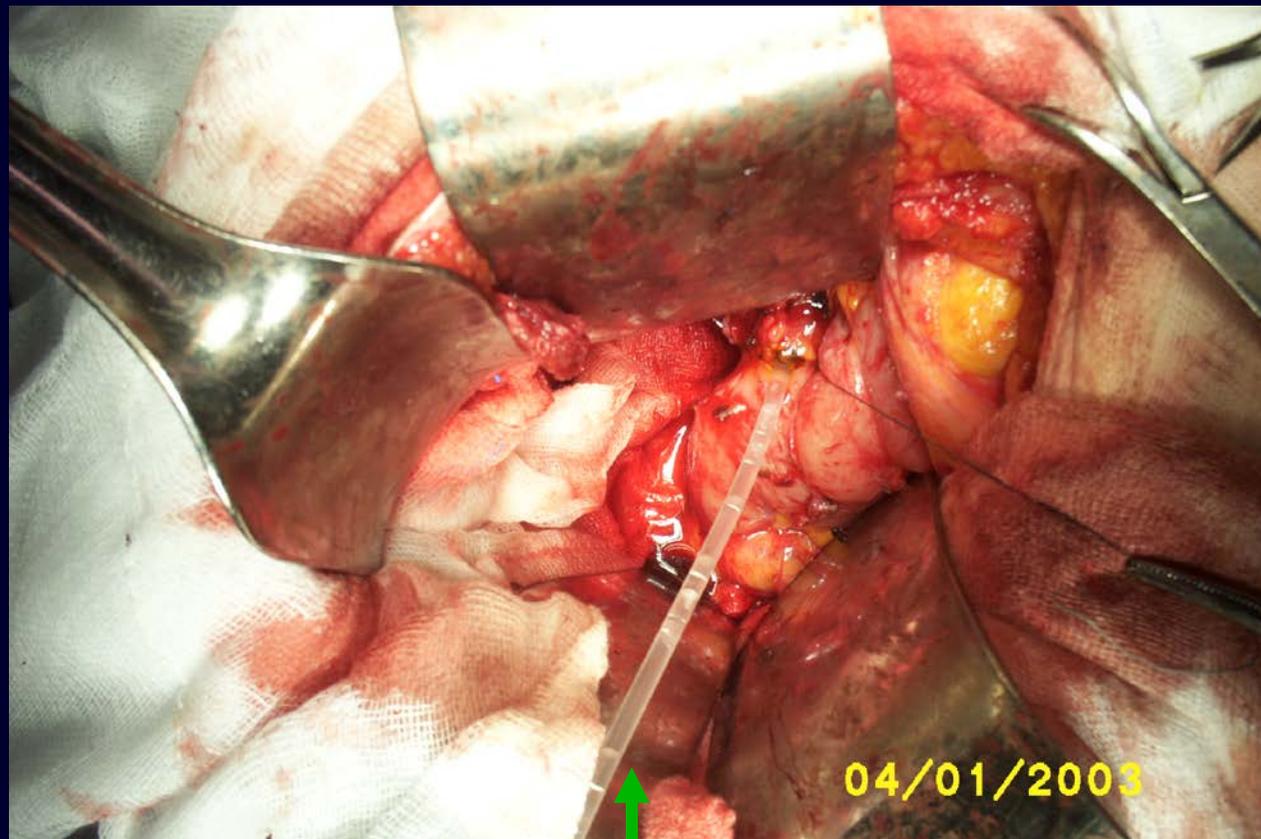
Coledoco  
abnormemente  
dilatato



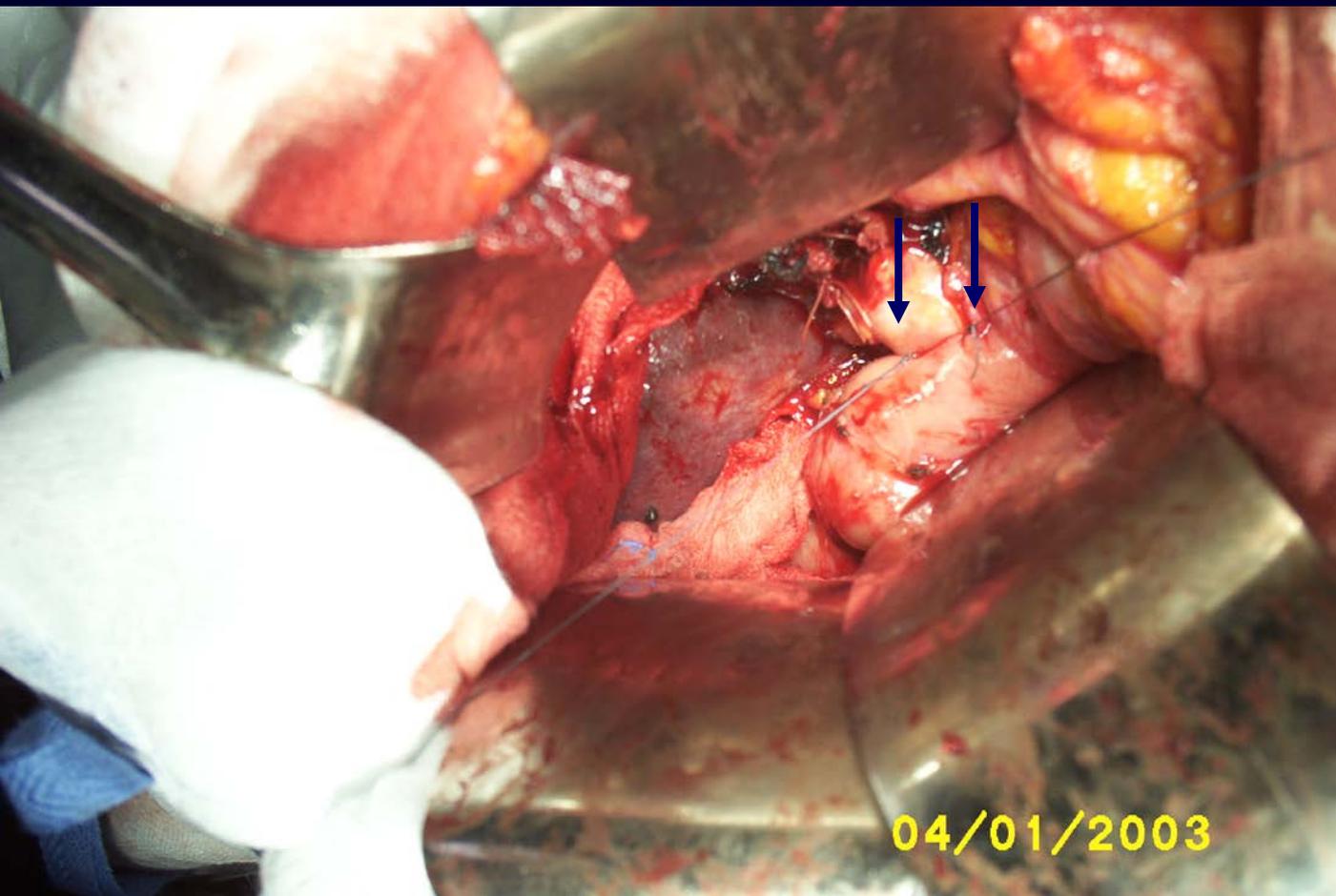
Moncone del cistico legato



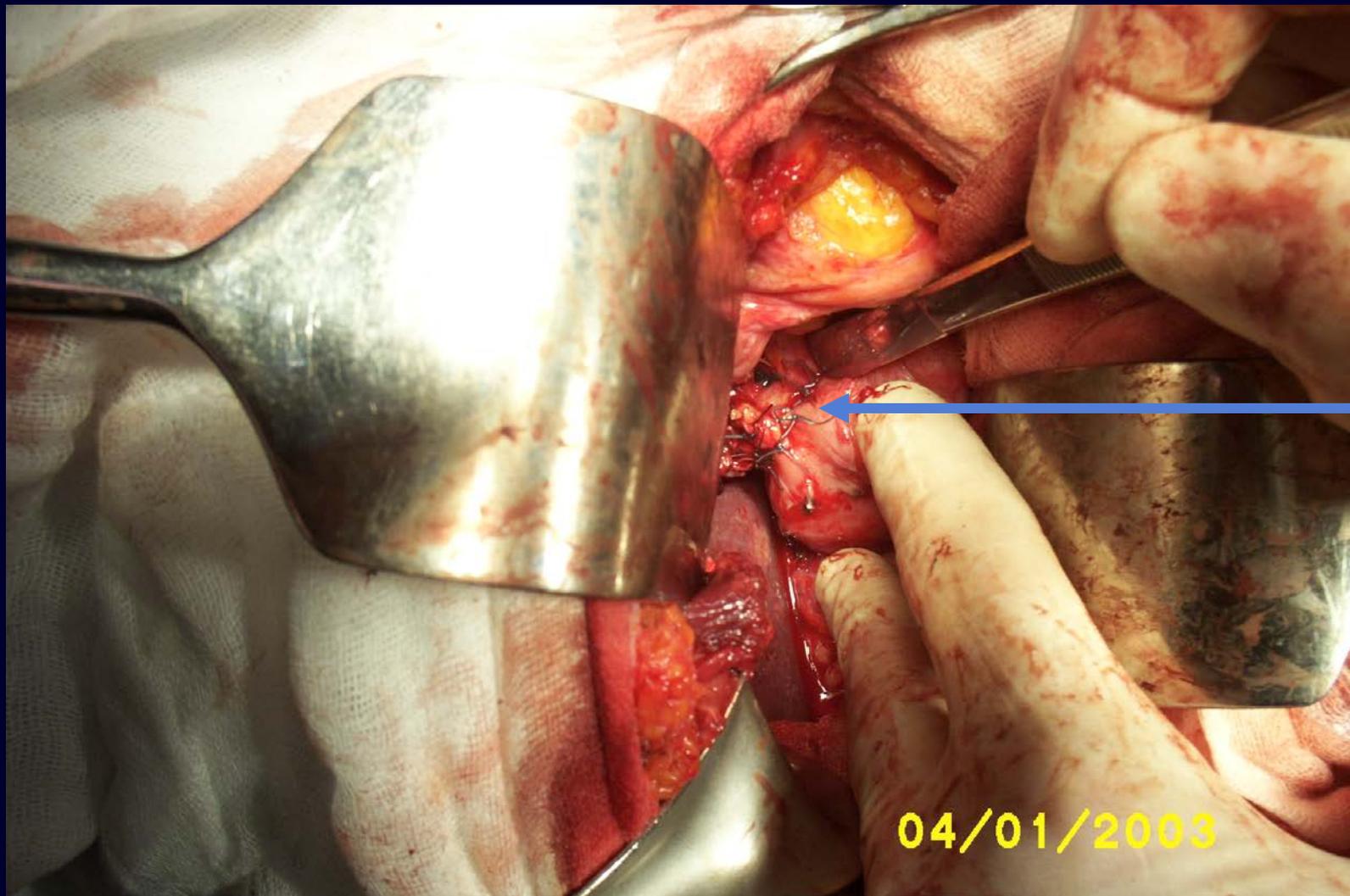
1. Il tempo della colecistectomia è già ultimato
2. Il duodeno è parzialmente medializzato sec. Kocher
3. La flessura colica destra è stata mobilizzata



**Rimossi alcuni calcoli dalla via biliare principale attraverso la breccia coledocotomica  
si attua con un cateterino il sondaggio biliare e la colangio intraoperatoria**



Si vedono due punti di ancoraggio agli estremi dell'incisione tra la parete ant. del coledoco e la parete post. del duodeno



Coledoco-duodeno  
a punti staccati  
introflettenti  
dexon 3-0

## Conditio sine qua non per la coledoco-duodenostomia sopraduodenale :

- Coledoco dilatato
- Impossibilità o fallimento della bonifica della via biliare principale x via endoscopica

**Quando ricorrono le condizioni di cui sopra, la coledocoduodeno è una soluzione chirurgica più semplice rispetto alla papillosfinteroplastica per via duodenotomica per cui è senz'altro da preferire nel soggetto anziano in condizioni generali compromesse; nella fattispecie concomitavano tra l'altro le difficoltà connesse con la pregressa resezione gastrica B-II**