

FOGLIO INFORMATIVO CALCOLOSI DELLA VIA BILIARE

Gentile Signora/e,

questo foglio illustrativo è stato realizzato per dare, ai pazienti una serie di informazioni utili per affrontare con maggiore serenità l'impegno che li aspetta.

Un paziente ben informato, un colloquio approfondito ed esauriente con i medici che lo seguiranno sono parte fondamentale dell'iter terapeutico.

Nel caso le informazioni contenute in questo foglio informativo Le suscitino altre domande, non esiti sottoporle al medico di riferimento

OGGETTO DELLA PROCEDURA

I calcoli della della via biliare principale rappresentano una situazione caratterizzata dalla presenza di formazioni dure simili a sassi, di dimensioni variabili da pochi millimetri a qualche centimetro, all'interno della via biliare principale (coledoco). Si stima che circa l'8-16% dei pazienti affetti da calcolosi della colecisti sia portatore di una concomitante coledocolitiasi. L'incidenza di questa patologia aumenta con l'età. Solitamente i calcoli migrano dalla colecisti fino nella via biliare, in cui possono accrescersi fino a dare segno di sé; alcune volte i calcoli possono però formarsi ex novo nella via biliare, detti calcoli primitivi del coledoco, in associazione ad ostruzione delle vie biliari o ad una condizione di infezione o contaminazione batterica della bile.

I calcoli del coledoco possono decorrere in maniera asintomatica per anni, o dare segno di sé, causando coliche, ittero ostruttivo (colorazione gialla di cute e mucose), colangite, pancreatite.

MODALITA', TEMPI DI ESECUZIONE, EVENTUALI SINTOMI INDOTTI

Il trattamento ideale allo stato attuale per la terapia della litiasi della via biliare principale è l'esecuzione della ERCP (colangiopancreatografia retrograda endoscopica), procedura endoscopica condotta in sedazione, non necessariamente in sala operatoria, tramite la quale si procede ad attuare una incisione dello sfintere di Oddi ed una successiva bonifica dei calcoli presenti nella via biliare.

In alcuni casi la procedura è impossibile per la presenza di pregressi interventi chirurgici del tratto gastroenterico, che impediscono il raggiungimento dello sfintere, o per aderenze o compressione estrinseca. In tali casi è reso mandatorio l'intervento chirurgico tradizionale di asportazione.

L'intervento chirurgico che verrà eseguito in anestesia generale attraverso una **laparotomia**, ovvero una incisione chirurgica classica di varia estensione sotto le coste a dx o in sede mediana, o mediante una **laparoscopia**, cioè con piccole incisioni di circa 0.5-1,5 cm sulla parete addominale attraverso le quali si gonfia l'addome con un gas inerte (CO₂) e si fa passare una telecamera e gli strumenti chirurgici necessari per l'esecuzione dell'intervento. In ogni caso si procederà alla **bonifica della via biliare**, ovvero nell'asportazione dei calcoli presenti nel coledoco, tramite una incisione dello stesso e l'utilizzo di speciali strumenti (fogarty, foley) per "ripulire" la via biliare stessa.

Al termine della procedura, sarà necessaria la **colangiografia intraoperatoria**, ovvero l'iniezione di un mezzo di contrasto all'interno della via biliare e di controlli radiografici per evidenziare l'eventuale persistenza di calcoli residui. A volte si rende necessario il posizionamento di un **tubo di drenaggio a T** (tubo di kehr), come tutore della via biliare. Tale drenaggio verrà rimosso nel postoperatorio con tempistica variabile in relazione al quadro addominale del soggetto.

A volte, in considerazione del reperto intraoperatorio, può essere necessario confezionare una **derivazione bilio – digestiva** cioè una unione fra vie biliari ed intestino.

I tempi di esecuzione sono dipendenti dal grado della patologia stessa, valutato intraoperatoriamente, in genere tra i 30 e i 120 minuti.

I sintomi che potrebbero essere indotti dalle procedure sopra elencate sono essenzialmente il dolore in sede di ferita chirurgica. Il dolore postoperatorio verrà trattato con appropriati provvedimenti.

RISCHI E COMPLICANZE

È comprensibile che, come tutte le procedure chirurgiche, tale intervento porti con sé un rischio intrinseco, legato all'intervento stesso e/o alla presenza di varianti anatomiche intraaddominali non prevedibili preoperatoriamente e/o di patologie concomitanti.

Si puntualizza, inoltre, che le complicanze esplicitate in questo foglio informativo, logicamente, rappresentano solamente una parte di tutte le problematiche che ogni singolo paziente potenzialmente può sviluppare come conseguenza della malattia da trattare, delle patologie concomitanti, della/e procedure chirurgiche e della sua situazione clinica al momento del ricovero.

Le possibili principali e più frequenti complicanze sono:

- **lesioni traumatiche delle vie biliari:** la conoscenza delle varianti anatomiche e la meticolosa attenzione durante le manovre di dissezione sono la chiave per prevenire queste lesioni

- **lesioni vascolari** di rami arteriosi maggiori dell'arteria epatica, che possono verificarsi per la presenza di tenaci aderenze che coinvolgono l'albero biliare e/o le strutture vascolari per pregressi episodi infiammatori (colecistite) o per anomalie anatomiche, la cui terapia è in funzione della gravità del danno
- **emorragie** che, quando si verificano nel periodo postoperatorio, possono richiedere un reintervento
- **lesioni di visceri cavi**, il più delle volte dovute alla lisi delle aderenze presenti
- **lesioni cicatriziali tardive** di rami della via biliare extraepatica o delle anastomosi confezionate, possibili a distanza variabile di tempo dall'intervento
- **deiscenze postoperatorie** delle anastomosi confezionate, con perdite biliari e/o ileali, che se non risolubili con terapie conservative, possono richiedere reinterventi
- **pancreatite acuta**, la cui evoluzione verso forme severe non è prevedibile. Rappresenta una complicanza temibile e possibile in tutti gli interventi chirurgici addominali, ma particolarmente in quelli del distretto bilio-pancreatico
- **calcolosi residua della via biliare principale**, che potrebbe richiedere metodiche aggiuntive per la risoluzione del problema
- **occlusioni intestinali**, specie se si ricorre al confezionamento di anastomosi bilio-digestive. Anche questa complicanza può richiedere un reintervento
- **insorgenza di trombosi venose profonde ed eventuali embolie polmonari**
- **la rimozione dei tutori o del tubo a T**, che avviene non prima di tre settimane dall'intervento, può provocare la fuoriuscita di bile dalla via biliare all'interno della cavità addominale, per cui possono essere necessarie ulteriori procedure
- **aderenze** che si possono formare in cavità addominale ed in casi estremi causare una occlusione intestinale precoce o tardiva che può richiedere un intervento chirurgico
- **disturbi (dolore, formicolio, impotenza funzionale, ecc) da postura** possibili per la posizione sul letto operatorio e per la durata dell'intervento. Possono interessare le parti molli, nervi o tessuti. Questi disturbi di solito si risolvono entro un tempo variabile
- **laparocele**, ernia dalle ferite chirurgiche dovuta a deiscenza della fascia muscolare
- **infezione di ferita.**

ALTERNATIVE POSSIBILI

Non esiste alternativa possibile alle procedure chirurgiche proposte, che sia di natura risolutiva del problema e che non comporti un atto chirurgico.

La scelta della terapia medica espone il paziente a rischi aggiuntivi (pancreatite acuta).

EVENTUALI VARIAZIONI NEL CORSO DELLA PROCEDURA

Presentandosi la necessità di salvare da un pericolo imminente e non altrimenti evitabile o da un danno grave alla persona, o se si constatassero difficoltà ad eseguire l'intervento chirurgico, con la tecnica proposta, verranno poste in atto tutte le pratiche che i sanitari curanti riterranno

idonee a scongiurare o limitare tale pericolo e, comunque, a portare a termine l'intervento chirurgico nella migliore sicurezza, ove necessario, anche modificando il programma terapeutico.

Note aggiuntive: _____

Cosa chiarire con il medico in vista dell'intervento chirurgico e/o del trattamento indicato:

- Informazioni relative alla mia malattia
- In cosa consiste il trattamento e/o intervento chirurgico
- Quali sono i rischi e le possibili complicanze e/o effetti collaterali
- Quali sono le possibili alternative terapeutiche

Camposampiero ___/___/_____

Ultima revisione Luglio 2019