

Complicazioni della colelitiasi

La malattia litiasica della colecisti rappresenta un'importante causa di morbidità e spesa medica. La maggior parte dei pazienti con calcoli della colecisti sono asintomatici e tendono a rimanere tali a lungo. Tuttavia, i pazienti che hanno calcoli sintomatici sono pronti a manifestare sintomi ricorrenti e, perciò, a richiedere ulteriori prestazioni mediche.

Le manifestazioni cliniche delle complicanze della colelitiasi sono varie e spaziano dal dolore modesto a eventi che mettono a rischio la vita del paziente, come la perforazione o la sepsi biliare.

Le complicanze della colelitiasi sono:

- colica biliare e colecistite cronica
- colecistite acuta
- coledocolitiasi e colangite
- pancreatite
- carcinoma della colecisti

Colica biliare e colecistite cronica

La colica biliare è il principale disturbo lamentato dalla maggior parte dei pazienti con calcoli biliari sintomatici. Anche se pazienti con colelitiasi sono spesso definiti come affetti da "colecistite cronica", questa non è una definizione molto corretta, in quanto è la formazione dei calcoli, e non l'infiammazione, il primo evento nella patogenesi della malattia litiasica della colecisti.

In pazienti che non hanno mai sofferto di un episodio di colecistite acuta, le alterazioni istologiche nella parete della colecisti consistono in fibrosi e infiltrazione di cellule tonde, con minimo ingrossamento. La mucosa è di solito intatta. Tuttavia, episodi ricorrenti di colica biliare possono essere associati a una colecisti che appare come ristretta, atrofica. Dei batteri possono essere coltivati dalla bile presente nella colecisti oppure nei calcoli, in circa il 10% dei pazienti, ma l'infezione batterica non è ritenuta giocare un ruolo nella patogenesi dei sintomi o dei reperti patologici nella malattia non acuta della colecisti.

Clinica

Circa il 75% dei pazienti con malattia litiasica della colecisti richiedono assistenza medica a causa di dolore episodico (colica biliare).

Il paziente tipico lamenta episodi di dolore all'addome superiore, di solito all'epigastrio o al quadrante superiore destro, ma talvolta in altri distretti (quadrante addominale superiore sinistro, precordio, addome inferiore); inoltre il dolore può irradiarsi variamente (scapola, in mezzo alla schiena, apice della spalla destra). Il dolore può essere precipitato dai pasti, ma di solito non si ravvisano eventi scatenanti e il dolore può anche manifestarsi di notte.

Un attacco tipico di colica biliare consiste di un dolore che aumenta di intensità in 15-60 minuti, il quale rimane a un plateau per un'ora o più e poi diminuisce lentamente. Un dolore che dura più di 5-6 ore deve suggerire una colecistite acuta.

La colica biliare è spesso associata a vomito e diaforesi. Il vomito raramente è protratto come nell'ostruzione intestinale.

Come con altri tipi di dolori viscerali, il paziente con colica biliare è attivo e agitato durante l'attacco.

L'intervallo tra gli attacchi può essere dell'ordine di settimane, mesi o anni, e questa imprevedibilità è un aspetto caratteristico della malattia. È stato osservato che l'attività della malattia tende a rimanere circa la stessa, in lunghi periodi: se il paziente ha sperimentato attacchi frequenti, essi presumibilmente continueranno a manifestarsi con la stessa frequenza.

"Dispepsia" è un termine generale utilizzato per riferirsi a un gruppo di sintomi maldefiniti associati con la malattia litiasica della colecisti e con molte altre condizioni addominali. La dispepsia include intolleranza a cibi grassi o di altro tipo, flatulenza, senso di ripienezza post-prandiale, disagio, sazietà precoce, bruciore epigastrico, nausea e vomito. Uno o più di questi sintomi è presente in circa l'80% dei pazienti con calcoli che richiedono assistenza medica.

Sembra che la dispepsia sia associata alla malattia litiasica della colecisti in maniera casuale, e che la prima non sia la conseguenza della seconda. Tuttavia, molti pazienti con colelitiasi e dispepsia riferiscono un miglioramento dopo una colecistectomia: ciò suggerisce che, in molti pazienti, i sintomi dispeptici sono dovuti a calcoli della colecisti.

L'esame obiettivo del paziente con colica biliare è di solito normale, ma alcuni pazienti manifestano distensione nella regione della cistifellea durante un attacco di colica biliare.

Diagnosi

La principale metodica strumentale utilizzata nella diagnosi della colelitiasi è l'ultrasonografia (ecografia), mentre la colecistografia per via orale (OCG) riveste un ruolo secondario.

Entrambi gli esami sono sufficientemente specifici e sensibili, però l'ecografia non richiede alcuna speciale preparazione del paziente, non fa uso di radiazioni ionizzanti, è più semplice da eseguire e fornisce informazioni anatomiche accurate.

La colecistografia per via orale, d'altro canto, mostra la funzione della colecisti e se i calcoli sono calcificati, informazioni importanti ai fini di un'eventuale sospensione della terapia.

Se sia l'ecografia, che la colecistografia per via orale risultano negative, ma permane il forte sospetto che il paziente sia affetto da colica biliare, possono essere eseguiti anche ERCP, esame della bile (alla ricerca di cristalli di colesterolo o di granuli di bilirubinato) e scintigrafia con CCK marcata.

Ecografia --> dev'essere eseguita a digiuno da almeno 8 ore, perché i calcoli sono visualizzati in maniera ottimale in una colecisti distesa e ripiena di bile. Questa metodica può rilevare calcoli fino a 1-2 mm di diametro.

La diagnosi di colecistite cronica è di solito posta quando i calcoli sono rilevati in un contesto di sintomi ricorrenti riconducibili al tratto biliare. Anche se l'ultrasonografia può evidenziare un ispessimento della parete della colecisti che è compatibile con una diagnosi di colecistite cronica, questo è un reperto non specifico.

Colecistografia per via orale --> anche se non è più una metodica di prima scelta, l'OCG non dev'essere considerata come non più attuale. Infatti, se l'ecografia è negativa, ma persiste il dubbio che il paziente soffra di colecistite, oppure se la colecisti non può essere visualizzata con gli ultrasuoni, l'OCG dev'essere considerata.

Inoltre, l'OCG è utile per determinare le dimensioni e il numero dei calcoli e la dilatazione del dotto cistico, in caso di possibile sospensione della terapia o litotripsia.

ERCP --> dà l'opportunità di opacizzare la colecisti e dimostrare la presenza di calcoli attraverso l'iniezione diretta di contrasto nel dotto biliare comune o nel dotto cistico. Inoltre, l'ERCP può rilevare altre anomalie duttali, come stenosi della papilla, tumori o infezioni che possono mimare la colica biliare.

Esame della bile --> rispetto all'ecografia, è di più difficile esecuzione, ma può essere utile quando altre metodiche abbiano fallito. La bile può essere ottenuta attraverso drenaggio duodenale (+ infusione di CCK per stimolare la contrazione della colecisti) o ERCP. Il fluido è quindi esaminato alla ricerca di cristalli di colesterolo o granuli di bilirubinato di calcio. I primi sono birifrangenti alla luce polarizzata, hanno la forma di un parallelogramma. I secondi appaiono come gruppi di granuli rossi-marroni.

Diagnosi differenziale

Siccome i sintomi di colecistite cronica non sono altamente specifici, devono essere attentamente valutati la storia clinica del paziente, i reperti all'esame obiettivo e gli esami di laboratorio.

Le malattie che più comunemente vengono incluse nella diagnosi differenziale della colecistite cronica sono:

- Gastrite
- Ulcera peptica --> Rx addome superiore, EGDS
- Esofagite da reflusso gastro-esofageo --> Rx addome superiore, EGDS, pH-metria 24 h.
- Pancreatite cronica --> può manifestarsi con vago dolore addominale superiore, come la colica biliare. Anche se i calcoli biliari possono causare una pancreatite acuta, la pancreatite da calcoli biliari - in contrasto con la pancreatite alcolica - raramente porta a fibrosi cronica con disfunzione endocrina ed esocrina. OGTT, ERCP, test per la funzione esocrina.
- Nefropatie (calcoli, infezioni) --> possono dare dolore addominale localizzato ai quadranti destri. Esame urine, pielografia intravenosa.
- Lesioni del colon (diverticolite, sindrome del colon irritabile e carcinoma) --> la sindrome del colon irritabile può dare un senso di ripienchezza post-prandiale, come la colica biliare. Siccome la funzione del colon aumenta dopo aver mangiato (riflesso gastro-colico), lesioni del colon come l'adenocarcinoma o la malattia diverticolare possono essere associati con un senso di fastidio post-prandiale. Quando il disagio è localizzato ai quadranti destri dell'addome, come può verificarsi nel caso di neoplasie del colon destro, la sindrome può assomigliare fortemente alla malattia litiasica della colecisti.
- Radicolite --> una radiculopatia dovuta a osteoartrite o tumori dei nervi periferici può dare sintomi che assomigliano a quelli provocati dai calcoli biliari. Rx colonna toracica, RM.
- Angina pectoris --> normalmente essa è retrosternale, ma occasionalmente può essere avvertita all'epigastrio. ECG, CPK.

Terapia

L'obiettivo primario della terapia della malattia litiasica della colecisti è migliorare i sintomi e prevenire le complicanze (es., colecistite acuta).

La colecistectomia è il trattamento definitivo per questa malattia ed è indicato per la maggior parte dei pazienti sintomatici. L'introduzione della tecnica laparoscopica ha rappresentato un significativo progresso in termini di degenza e dolore post-operatori e di risultati estetici. Oggi, la colecistectomia per via laparoscopica rappresenta il gold standard per il trattamento della malattia litiasica della colecisti sintomatica.

La colecistectomia per via laparotomica è eseguita quando l'approccio laparoscopico non può essere realizzato, ad es. quando si rilevi una calcolosi del coledoco, aderenze da pregressi interventi oppure flogosi ripetute che portano a fibrosi.

L'età di per sé non è una controindicazione alla colecistectomia in elezione: i rischi connessi sono quelli dovuti alle malattie concomitantemente presenti in questi pazienti. La cirrosi epatica, invece, può rappresentare una controindicazione e, quindi, l'intervento chirurgico viene riservato a quei casi in cui i sintomi sono severi o la cirrosi è lieve.

Terapie non chirurgiche comprendono la dissoluzione acida della bile, la dissoluzione per contatto con solventi organici, la litotrixxia extra-corporea con onde d'urto, l'estrazione o la frammentazione percutanea. Queste tecniche sono state soppiantate dalla colecistectomia laparoscopica; tuttavia possono essere considerate in pazienti che rifiutano l'intervento chirurgico o in quelli che presentano alti rischi connessi all'anestesia generale.