

Lezione 21 novembre 2013

Chirurgia dell'apparato digerente, Parmeggiani

ADDOME ACUTO

“L'addome acuto è il momento finale, l'esito di una condizione patologica il cui quadro clinico è caratterizzato da dolore addominale acuto” già da questa definizione possiamo inquadrare l'addome acuto come una patologia di per sé soggettiva. Vari sono stati gli sforzi in letteratura per schematizzare l'inquadramento diagnostico e la scelta terapeutica da operare, difatti moltissimi sono gli score diagnostici e prognostici messi a punto per le varie condizioni che determinano un addome acuto, noi valuteremo dopo solo qualche esempio a proposito dell'appendicite acuta e della pancreatite acuta, due delle cause più frequenti di a.a..

Partiamo allora dal dolore: si tratta di una reazione al danno tissutale, fondamentale poichè permette al singolo di prendere consapevolezza di una situazione patologica in corso; presuppongo voi abbiate fatto tutti l'esame di semeiotica perciò passerò velocemente sulle caratteristiche semiologiche del dolore (con le quali sarete di certo a vostro agio) e quindi: localizzazione, intensità, momento e modalità di insorgenza e durata, caratteristiche del dolore, evoluzione, frequenza, migrazione, irradiazione e gli importantissimi segni associati e loro caratteristiche (pensate che soprattutto per la chirurgia pediatrica esistono diverse scale cromatiche per distinguere il colore delle feci, questo per farvi capire quanto siano importanti) come per esempio il vomito, del quale andremo a valutare modalità di comparsa, eventuali caratteristiche organo-lettiche (un colore particolare, un odore o una puzza), insomma sono tutti indizi che ci indirizzano verso la diagnosi in questa enorme foresta che è la patologia addominale acuta. Si tratta ovviamente di caratteristiche generali, potremmo poi andare a valutare la soglia del dolore, che dipende dalla personale predisposizione del singolo e anche molto da condizioni psico-fisiche specifiche, tanto per dire: le donne hanno una soglia più alta del dolore, in altri pazienti questa potrebbe invece essere alterata, nei bambini e negli adolescenti, invece, è avvertito maggiormente poichè spesso hanno paura: non ci sogneremmo mai di fare un'anestesia locale ad un ragazzino, poichè farebbe praticamente sempre uno shock vagale, abbiamo procedure anestesologiche specifiche quindi per sesso ed età (negli anziani è addirittura possibile fare delle angioplastiche totalmente senza anestesia); non mancano casi di soggetti che iniziano una procedura chirurgica in anestesia locale e poi si lasciano prendere dalla paura e iniziano ad avere una percezione del dolore talmente accentuata che il chirurgo è costretto a fermarsi, anche se lo stesso atto, da lui compiuto pochi minuti prima, non aveva suscitato alcuna reazione; il paziente, quando si fa prendere dal panico e dal dolore, o meglio dalla sua percezione del dolore, non capisce e non vi fa capire più niente e non risponde più all'anestesia.

Sulla trasmissione dello stimolo algogeno non ci dilungheremo: profonda, viscerale, riferito, superficiale, da stimolazione peritoneale, le varie vie, la spino talamica... e poi abbiamo i vari punti:mc burney, monro; lo stimolo algogeno meccanico è per lo più dovuto a distensione della capsula di un organo che si ingrandisce: è il caso della colecisti, del fegato, della milza, dolore questo che avrà una caratteristica squisitamente epicritica... tutte cose che conoscete benissimo, per cui vado veloce (il prof di questi elenchi e “passaggi veloci” ne farà diversi nel corso della lezione, assumendo che sono cose a noi già note, perciò dove lui non aggiunge spiegazione ci si può riferire alle slide).

Riguardo la localizzazione del dolore nei diversi quadranti addominali voglio dirvi qualcosa a proposito del dolore in fossa iliaca destra, quella che noi chiamiamo la fossa del chirurgo; in fossa iliaca destra può comparire veramente di tutto: un'appendicite, un'ileite terminale, una cisti ovarica, una gravidanza

ectopica nelle giovani donne, un diverticolo di Meckel, un morbo di Crohn, tutte patologie in cui l'iter procedurale è completamente differente; per esempio può capitare di sospettare un'appendicite e, una volta aperto, trovarsi di fronte un morbo di Crohn, ecco questa è una situazione veramente drammatica, perché il pz si aspetta solo un'appendicectomia (della quale ha un'aspettativa spesso erronea di banalità, data proprio da noi medici che minimizziamo il rischio di un'operazione che può essere la più facile, ma anche la più difficile a causa delle complicanze che possono verificarsi) e poi magari si ritrova un'emicolectomia e andargli poi a spiegare il perché non è cosa certamente facile... così nascono quelle incresciose situazioni medico-legali. Un altro problema è la formazione scientifica che abbiamo alle spalle, quelle linee guida su cui dobbiamo basare la nostra pratica; oggi, per esempio, il gold standard per l'appendicectomia è l'intervento laparoscopico, mentre io potrei eseguire una semplice laparotomia di 2 cm asportare l'appendice, indagare il campo circostante e richiudere con una altrettanto buona risposta del paziente; invece no prima si entra col trocar video della laparoscopia e poi, se si rende proprio necessario, procedo, in seconda battuta, con la laparotomia; sembra uno step superfluo quello della laparoscopia (se poi comunque apro), ma siccome lo prevedono le linee guida, qualora io non mi attenessi ad esse e la laparotomia che faccio avesse delle complicanze per il pz, ne deriverebbe facilmente un contenzioso medico-legale. (i concetti della complicanza non attesa dal pz, della laparoscopia vs laparotomia e del contenzioso vengono ripetuti più volte a questo punto della lezione, si aggiunge solo l'ipotetico caso di una giovane donna visitata in pronto soccorso che potrebbe essere portata in sala operatoria per una sospetta appendicectomia, nella quale potremmo poi scoprire invece una gravidanza ectopica –che richiede un tipo di intervento e uno specialista differente-, o una gravidanza normale che possiamo mettere a rischio con una procedura non adattata al caso- esiste infatti un protocollo a parte per l'appendicectomia nella donna gravida -, se noi avessimo pensato alla possibilità della gravidanza e a questa stessa ragazza avessimo fatto una valutazione dell'hCG prima, avremmo potuto evitare di far danni e di procurarci una grana legale poi).

Il dolore può mancare in pazienti con alterazioni delle vie nervose, defedati, soggetti in terapie croniche con analgesici e ciò chiaramente rende più difficile l'emergere di un quadro di addome acuto; per lo stesso motivo, quando arriva un paziente in pronto soccorso che lamenta dolore addominale, la cosa più sbagliata che si possa fare è somministrargli subito un analgesico o un anti spastico (toradol, spasmex), in questo modo, infatti, ci proviamo di un importante indizio che ci guidi alla localizzazione del dolore, primo passo verso la diagnosi in una situazione già di per sé molto complessa, sarebbe quindi opportuno prima capire dove sta e qual è il problema e solo dopo dare l'analgesico al paziente.; ma anche perché, se parliamo di un paziente sub occlusivo, dargli un antispastico andrebbe a peggiorare ulteriormente la situazione.

Anche sullo shock possiamo fare un passaggio veloce: sicuramente possiamo dire che la causa più frequente di esso è il traumatismo addominale e in questi casi è importantissimo individuare in fretta l'entità del danno (più spesso si tratta di perforazione di un viscere cavo o di un danno splenico), step questo fondamentale per poter individuare il più corretto iter diagnostico; vedete in traumatologia è importante capire quando avere un atteggiamento interventistico (danno epatico, splenico) o conservativo, cioè quanto essere rapidi e quanto essere invasivi nell'approntare un trattamento.

Altra cosa da valutare è l'esame obiettivo dell'addome; al momento ispettivo una cura particolare va riservata nell'individuazione di eventuali cicatrici (residue da traumi o da pregressi interventi) poiché ciò ci avvisa che potremmo eventualmente trovarci di fronte ad una sindrome aderenziale (che è oggi una delle cause più frequenti di occlusione), questo purtroppo viene spesso trascurato e ci si trova ad aprire un addome per occlusione, senza aspettarsi minimamente una sindrome aderenziale, e trovandosi di fronte un quadro molto più complesso di quanto atteso; ecco perché si preferisce, quando possibile, approcciare con tecniche mini invasive che producano meno cicatrici (ovvero con un minor rischio di sindromi

aderenziali). Ma qualora siano già presenti cicatrici sull'addome del paziente da operare con tecnica laparoscopica, dovremmo pensare bene a come muoverci, poichè nulla ci assicura che, anche al solo inserire l'ago per l'insufflazione di gas in addome, noi non troveremo delle aderenze importanti ad impedirci l'accesso e poi, ammesso che riuscissimo ad entrare, a dilatare e ad inserire il video, e come potremmo mai avanzare col video tra le aderenze per guidare poi gli strumenti?! Ecco che ritorna quindi il discorso di prima sulla discrepanza tra linee guida e caso specifico del paziente, perché, forse, un caso come quello che vi ho riportato, sarebbe meglio gestibile in laparotomia. Senza considerare inoltre che nel paziente occluso avremo anse distese, le quali potrebbero essere facilmente perforate dall'ago per l'insufflazione e potete immaginare i danni che ne deriverebbero.

(Digressione sulla tecnica mininvasiva in chirurgia addominale: si comincia col creare una cavità addominale artificiale insufflando CO2 tramite ago di veres (per esempio in tecnica open sollevando un lembo addominale ed entrando alla cieca, cosa che può produrre non pochi danni perforando vasi, milza o altro), dopo di che si inseriscono dei trocar che hanno lo scopo di: non far fuoriuscire il gas insufflato né alcun altro materiale, fare delle cicatrici molto piccole (1cm), creare dei canali per l'inserimento dello strumentario e dell'ottica; questa tecnica è diventata il gold standard in molti casi: colecisti, appendice, surrene, cisti ovarica; lo è in maniera più discutibile per altri interventi: rimozione di un tratto di intestino, rimozione della tiroide. Tutto questo in proiezione futura porterà all'imposizione della chirurgia robotica.)

Andando avanti, procederemo con la palpazione, non mi dilungo nei dettagli ma sappiate che è fondamentale mettere una mano sulla pancia del paziente; ciò che non dobbiamo dimenticare è l'esecuzione di una esplorazione rettale che ci possa per esempio mostrare un fecaloma (che non necessiterà quindi di un trattamento chirurgico), o lo stato di irritazione del peritoneo pelvico o la presenza di ascessi, masse eccetera; sarebbe possibile anche l'esplorazione vaginale che potrebbe tornare utile in caso di appendicite.

Ci sono poi gli esami di laboratorio, ecco questi hanno sicuramente la loro importanza (per esempio negli score diagnostici) ma non dobbiamo affidarci solo ed esclusivamente ad essi, poichè i segni che ne possiamo ricavare sono comunque aspecifici: leucocitosi, enzimi (pancreatite, colestasi, compromissione epatica), proteina c reattiva nell'appendicite, vabbè ma andiamo rapidamente.

Veniamo quindi alla diagnostica strumentale: valutiamo i livelli idro-aerei, facciamo un esame contrasto grafico, vediamo se c'è aria libera in addome (falce sottodiaframmatica), se sono presenti eventuali calcificazioni, calcoli (che restano sempre la causa più frequente di una colica renale o biliare, a voler parlare delle più frequenti, ma anche di ostruzione della valvola ileo-cecale, per citare uno dei casi più rari). Ciò che ritengo veramente importante è che si abbiano almeno dei rudimenti sul funzionamento e l'interpretazione di una ecografia, poichè l'apparecchio ecografico è ormai presente in tutti i centri e sapendo leggere un'eco avremo informazioni su: diametro dell'appendice (parametro valutato da alcuni score diagnostici come lo Tzanakis, secondo il quale un'appendice con diametro maggiore di 6 mm è da considerarsi sospetta per infiammazione, quasi patognomonica), può aiutarci nel prelievo di campioni per l'esame anatomopatologico, nel fare dei trattamenti, rilevare versamenti liquidi, e talvolta drenarli (per esempio un emoperitoneo), delle fistole. Volevo ricordarvi anche, a proposito dell'esame contrasto grafico, di preferire i gastrografi, in emergenza, al pasto baritato, quest'ultimo infatti può dare diverse problematiche in caso di perforazione di viscere cavo.

APPENDICITE ACUTA

È la causa più frequente dell'addome acuto e un tempo era anche una delle più frequenti cause di morte, oggi, per fortuna, grazie all'antibioticoterapia, la mortalità è nettamente ridotta, essa può aumentare quando vi siano comorbidità, circostanza frequente negli anziani, nei defedati. Qualche rapida considerazione sulla localizzazione potete farla voi, tenete presente dell'inversione possibile nel situs viscerum inversus, del fatto che nei bambini è posta più in alto, ecc. ; la localizzazione però è importantissima quando ci apprestiamo ad effettuare una laparotomia per l'appendicectomia, la quale prevede un'incisura di soli 2 cm, per cui è chiaro che incidere senza sapere bene dove sia allocato il nostro bersaglio può far sorgere diverse complicanze. Un'altra criticità può verificarsi in caso di lesione dell'arteria appendicolare, che decorre nel mesenterio, alla quale può far seguito un'emorragia anche cospicua; prestiamo attenzione anche ai vasi venosi e al drenaggio linfatico.

Qualche parola sull'epidemiologia: l'incidenza di appendicite è notevolmente diminuita negli ultimi anni e si attesta ora sul 7% in Italia e l'incidenza delle appendicectomie è più o meno equivalente oggi, invece, fino a pochi anni fa era molto più alta poiché non poche erano le appendicectomie bianche (rimozione dell'appendice al primo sospetto di infiammazione, sospetto che spessissimo poi si dimostrava infondato), la storia è cambiata per la paura che una qualche complicanza potesse attirare dei contenziosi medico legali; resta però sempre vero che è meglio togliere un'appendice sana piuttosto che lasciare un'appendice malata, che può nel tempo seriamente compromettere la salute del paziente.

La causa più frequente di appendicite è un coprolita: una concrezione, spesso composta di materiale fecale, che si indova alla radice dell'appendice e rende difficoltoso il normale flusso dei suoi vasi sanguigni e linfatici, l'appendice perciò diventa edematosa, può comparire necrosi successiva e questo determina quel processo di contaminazione del materiale contenuto nell'appendice, essa diventa perciò sede di raccolta purulenta, può aprirsi e degenerare in una condizione necrotico-emorragica, una forma quindi gangrenosa (chiedo scusa se questo punto è poco chiaro ma l'audio era un po' disturbato; il prof continua ora solo citando idrope dell'appendice –motivo per cui all'ecografia rileviamo un diametro >6mm-, dissezione e coinvolgimento di organi adiacenti, ma non si dilunga in alcuna spiegazione). Il dolore compare in fossa iliaca dx, anche se dovete sapere che esiste il segno di Rosing (palpando la fossa iliaca sx si evoca dolore nella dx a causa della distensione), l'alvo è variabile e le altre caratteristiche semeiologiche del dolore le sapete sicuramente.

Parliamo un attimo dell'appendicite in gravidanza: è vero che un dolore in fossa iliaca dx può anche essere attribuito a gravidanza ectopica o ad eventuale rottura della tuba in cui si alloca una gravidanza ectopica, ma è anche vero che in corso di una normale gravidanza uterina possa comparire una appendicite e, sebbene sia più complesso, è comunque possibile intervenire con delle apposite procedure, se necessario.

Una cosa importante è il rapporto tra appendicite e cancro: è importante dopo aver asportato l'appendice, (o qualsiasi altro elemento asportato da un paziente) eseguire un esame citologico, io sono paranoico al riguardo proprio perché è capitato di banalizzare la cosa e trascurare una neoplasia che poi, a distanza di breve tempo, ha dato segno di sé. Cosa può succedere? Due sono fondamentalmente i casi: nel primo ho un tumore di diametro inferiore a 2cm per cui, resecando l'appendice, lo eliminiamo del tutto e va tutto bene, ma qualora il diametro fosse maggiore o il tumore si fosse già esteso ai tessuti circostanti, diventa necessaria una emicolectomia. Se noi non siamo in grado di riconoscerlo, o siamo poco scrupolosi, rischiamo innanzi tutto di disseminare il tumore tramite il nostro intervento, ma chiaramente se lo lasciamo lì facciamo diventare una piccola neoplasia, che poteva essere rimossa senza troppe modificazioni dello stile di vita del pz, in una neoplasia fortemente estesa, quindi fortemente debilitante, fino a diventare

mortale. Quindi vedete quante implicazioni può avere una disattenzione. (Digressione sulla medicina difensiva)

Un altro grande bastardo della chirurgia addominale è il morbo di crohn, innanzi tutto perché tu non lo sai prima, lo scopri accidentalmente quando apri per un'appendicectomia e puoi trovare un colon gonfio, con delle aderenze, una facile tendenza a delle emorragie o lacerazioni, insomma un casino e in quel momento non sai che fare perché hai la possibilità di fare una colectomia e anastomizzare poi il moncone di colon con l'intestino, ma non è infrequente che l'anastomosi salti (deiscenza anastomotica), per cui avrai un caso molto antipatico (soprattutto sotto il profilo medico-legale) perché: parti da un intervento apparentemente semplice come l'appendicectomia, che dovevi fare in laparoscopia e hai invece aperto, ti trovi di fronte un Crohn (o meglio ti trovi di fronte un quadro infiammatorio che potrebbe essere un'appendicite acuta vera e poi scoprirai essere crohn facendo l'esame istologico intraoperatorio, non dimentichiamo che può essere anche un tumore un quadro così, o peggio ancora le due cose possono anche coesistere), magari intervieni (per evitare di andare incontro all'accusa di aver trascurato una situazione così critica) e quello ti fa pure una complicanza. In sintesi: quando mi appresto a fare un intervento di appendicectomia devi sempre sospettare che potrebbe anche essere un crohn per essere preparato a eventuali complicanze, in ogni caso lo operi solo quando è in uno stadio molto avanzato, altrimenti si fa una terapia farmacologica.

(Una ragazza chiede dell'intervento di stritturoplastica e il prof risponde dicendo che attualmente si preferisce comunque l'emicolectomia o la colectomia totale quando il processo sia troppo esteso, in quest'ultimo caso si crea, con le anse di tenue rimaste, un reservoir nel quale possa accumularsi il materiale fecale in attesa di essere espulso, altrimenti il paziente avrebbe problemi di perdita delle feci non controllabile, accentuata dopo i pasti -> intervento "j" o "w" Pouch, dove j e w stanno ad indicare la forma che diamo al reservoir).

(Punti e segni semiologici dell'appendicite letti dalle slide)

L'indagine laboratoristica ha il suo peso: si fa fare sempre un emocromo e un dosaggio della proteina c reattiva, quest'ultima ha un alto valore predittivo negativo, è un segno fondamentale, spesso più fedele della leucitosi, che può mancare in corso di appendicite acuta e resta comunque un dato aspecifico. In alcuni pronto soccorso si fa anche un dosaggio dell'IL6, ma non è alla portata di tutti. Chiaro è che più esami riuscite a fare più è accurata la vostra diagnosi.

Per la diagnosi differenziale faccio fare esame delle urine, dosaggio enzimatico, per esempio dell'amilasi, e vabbè questo lo sapete.

Andiamo alla diagnostica strumentale: -alla rx diretta si può vedere spesso il coprolita; -ecografia:possono essere visibili accumuli di materiale o pensate addirittura che la pressione che la sonda esercita in fossa iliaca dx è il parametro usato da alcuni score diagnostici, ricordate anche quel valore dei 6mm (specificità >90%), l'unico problema dell'eco è che per vedere bene bisogna esercitare pressione e talvolta ciò non è possibile a causa di una importante contrattura di difesa della parete addominale, già in atto o da noi provocata, oppure altra difficoltà è l'aria che distende le anse intestinali in cui sia alterata la peristalsi; -RMN e TC pure hanno la loro valenza se l'operatore è bravo; -scintigrafia con leucociti marcati:identifica la sede della leucitosi, ha un'alta sensibilità e specificità e può aiutare nella diagnosi differenziale con altre patologie infettivo-infiammatorie in base alla localizzazione dell'iper captazione.

Della diagnosi differenziale potete vedere qualcosa in più da voi.

SCORE DIAGNOSTICI

Ne esistono moltissimi che dando un punteggio a diverse variabili ci consente di fare diagnosi di appendicite acuta e stabiliscono dei cut-off, se qualcuno lo conosce male non vi fa (alcuni sono riportati nelle slide che lui sta leggendo, ma non si capisce bene cosa dice, perciò consiglio di andarle a leggere, lui consiglia di farsi un'idea almeno dell'Alvarado (?) e dello Tzanakis).

Digressione: rete neurale e sistema esperto.

Una rete neurale è un sistema nel quale archiviamo una serie di immagini (suppongo si riferisca a immagini di diagnostica strumentale e/o istologia) con relativa diagnosi di positività o negatività per una data patologia; a queste immagini la rete sovrapporrà quelle che noi gli sottoponiamo per fare diagnosi fino a trovare il match maggiormente corrispondente e fornirci quindi (per associazione) la diagnosi. Si fa per esempio per le mammografie.

Un sistema esperto funziona più o meno allo stesso modo, la differenza sta nel fatto che noi possiamo inserire diverse variabili nel data base e catalogare determinate associazioni di esse come positive o negative per una data diagnosi di patologia; quando andremo a sottoporre al sistema l'associazione di variabili riscontrata nel paziente reale lui farà il solito match con i dati in archivio e ci darà la diagnosi (fin qui si parla di analisi multivariata), a questo punto faremo ulteriori indagini di conferma e quando avremo risolto il caso daremo un feedback al sistema, cioè: dico al sistema se la sua diagnosi è stata o meno corretta e, nel secondo caso, inserisco anche le info che hanno contraddetto la sua ipotesi e dimostrato una patologia diversa, a questo punto i nuovi dati saranno archiviati in maniera che potremo definire "ragionata" perché, ad un successivo quesito diagnostico, il sistema mi riporterà un'associazione di variabili perfezionata e completata dei dati che hanno creato l'errore la volta precedente.

Le complicanze le vedete voi.

Qualche dato sui contenziosi medico-legali nei casi di mancata diagnosi di appendicite acuta o complicanza...

Parliamo solo un attimo della terapia: si tira fuori il cieco e poi l'appendice, estraiamo anche il meso e con un cappio stringiamo la radice dell'appendice operando la resezione; del moncone facciamo una borsa di tabacco che viene affondata poi nella parete del cieco. Il processo è lo stesso nella tecnica laparoscopica solo che guidiamo gli strumenti dall'esterno attraverso i trocar.

Per asportare organi più grandi in laparoscopia eseguo una laparotomia di servizio per l'estrazione o se si tratta per esempio di un tratto di sigma possiamo fare un'asportazione per via anale.

Le complicanze post-operatorie le vedete voi.

COSA SONO GLI SCORE?

Una serie di variabili a cui diamo un valore, questo valore può essere maggiore o minore a seconda di quello che vogliamo sapere. Gli score prognostici sono molto importanti per le pancreatiti, perché nel pancreas ci possono essere evoluzioni variabili sia benigne che maligne, ci permettono di capire come fare. In base agli score possiamo capire se il paziente ha segni di prognosi infausta, e trasferire il paziente se la struttura non è adeguata. Se non prendiamo in considerazione gli score e facciamo una valutazione personale il paziente può rischiare la morte. Gli score ci permettono di avere un linguaggio universalmente condiviso.

COLECISTITE

Quando parliamo di colecistite, quali sono i meccanismi eziopatogenetici, le evoluzioni, le caratteristiche, le complicanze, trattamento chirurgico e complicanze del trattamento (schema consigliato dal prof per esporre un argomento). La colecistite è un argomento molto interessante per la chirurgia, su cui si può spaziare molto. Le colecistiti quasi sempre sono sostenute da una patologia precisa che è la LITIASI. Questa patologia può creare delle perforazioni, delle fistole colecisto-coliche. La colecistectomia è un intervento compatibile con la vita. Dopo l'intervento si somministra al paziente l'acido ursodesossilico (deursil) e va evitato un pasto copioso. Quando abbiamo una colecistite il chirurgo ha due possibilità:

1) Operare subito.

2) Aspettare, far raffreddare la colecistite.

Si aspettano le "48 ORE DORATE", cioè il tempo che intercorre tra la diagnosi e il trattamento chirurgico. Superate le 48 ore l'intervento non deve essere proposto e va fatto circa due o tre mesi dopo. Perché 48 ore? (alcuni dicono 24, altri 56) ma c'è un accordo comune per le 48. C'è un motivo preciso: nelle fasi iniziali dell'infiammazione c'è solo un po' di edema al livello della parete della colecisti, l'intervento è l'ideale, la colecisti si stacca molto bene. L'intervento è fatto con la tecnica laparoscopica (accesso minimo con manovre efficaci), nelle prime 48 ore questo avviene con una certa facilità. Dopo l'intervento rischia di essere estremamente dannoso, perché lavorando su un tessuto cicatriziale, si becca il fegato, parte dell'intestino, si crea una sorta di piastrone infiammatorio, un conglomerato in cui ci può essere colon, duodeno, la via biliare principale. Per questo è importante rispettare il timing ed è questo l'iter corretto da seguire per le colecistiti.

COMPLICANZE CHIRURGICHE DELLA COLECISTECTOMIA

Lesioni alla via biliare principale. Invece di tagliare il cistico e togliere la colecisti, si toglie la colecisti ma anche un pezzo della via biliare principale, il paziente quindi manifesta un ittero colestatico. Questo perché andando a clampare il margine superiore si potrebbe clampare più basso. Due sono le possibilità: il chirurgo può clampare sopra e sotto e tagliare in mezzo e quindi c'è ittero perché la bile non riesce a scendere. Oppure (cosa più probabile come spesso accade) si confonde la via biliare con il cistico questo può succedere quando c'è infiammazione. In questo caso succede che il ramo prossimale dell'albero biliare è aperto e quindi nell'addome si raccoglie bile (BILIOMA). Quando si fa una colecistectomia laparoscopia è categorico mettere un drenaggio, non tanto per l'emorragia, ma per la raccolta di bile nell'addome. Quando il paziente ha una raccolta di bile ed ittero si fa una ERCP o COLANGIO-RMN per capire dov'è l'ostruzione. Si fa un'anastomosi epatico-digiunale, cioè si scarica nel digiuno la porzione del dotto che

prima scaricava nella via biliare ad "Y" . Prima si prendeva un pezzo di digiuno e si tirava in alto sotto il fegato ma era soggetto alla trazione(ansa ad omega) . Allora hanno proposto di fare la stessa cosa ma con un 'ansa a "Y"il professore ha illustrato alla lavagna questo tipo di intervento..Nella gastrectomia nell'intervento di Roux c'è il moncone duodenale che va affondato, si utilizza una suturatrice meccanica.

TRAUMATISMI ADDOMINALI

È importante la classificazione del traumatismo in base all'estensione capsulare del danno, la profondità e l'interessamento dei vasi ilari, sia che avvenga nella milza sia che avvenga nel fegato. La classificazione è importante per capire ad esempio quando e come va trattato un traumatismo splenico.

CLASSIFICAZIONE DI BUNTAIN – SPLEEN INJURY SCALE-

-Primo grado: l' estensione superficiale dell'ematoma non superiore al 10% e una profondità di lesione inferiore a 1 cm.

-Secondo grado: l'estensione dell' ematoma sottocapsulare va dal 10 al 50 % e la profondità compresa tra 1 e 3 cm, senza interessamento de vasi.

-Terzo grado: estensione dell' ematoma intraparenchimale superiore al 50 % oppure una lacerazione che coinvolge i vasi.

- Quarto grado: c'è una devascularizzazione (la milza va asportata)

È importante la diagnosi ecografica Per l' intervento è necessario esporre il peduncolo vascolare della milza (bisogna trovarsi un accesso chiaro per arrivare ai vasi ilari) . Sono necessarie delle operazioni:

- pulire il campo chirurgico
- effettuare una manovra: portare la milza dal basso verso l'altro passando dietro la capsula, ruotandola così il peduncolo vascolare viene esposto.
- lavare abbondantemente il cavo addominale (il sanguinamento e il non lavaggio sono cause di ascessi post-splenectomia)

Score per il fegato

Cambia la profondità e l'interessamento per l' importante margine di recupero funzionale. Non possiamo interpretare gli score come per la milza, non possiamo asportarlo, al limite possiamo fare una lobectmia, dobbiamo salvarlo ci serve. Uno dei trattamenti fondamentali per gestire un' emorragia epatica è affidarci alla radiologia interventistica. Con l' utilizzo di emostatici permette di andare a trattare un sanguinamento transparietale attraverso una cannula inserita sotto eco guida si inietta all'interno della lesione del collagene(flosile) , si possono utilizzare delle colle ma hanno effetto tossico quindi si cerca di evitarle. L'altra possibilità è quella del Packing :mettere delle garze, tamponare ed aspettare che il sanguinamento si fermi.

RACCOMANDAZIONI PER L'ESAME

Conoscere molto bene l'argomento a piacere. È più indicato scegliere un argomento specifico. Parlare dell' addome acuto (molto gettonato) potrebbe essere un 'arma a doppio taglio perché è un argomento ad ampio respiro e potrebbe chiederci di tutto . Tiene molto agli score diagnostici e agli score prognostici. Ad esempio score diagnostico per l'appendicite e score prognostico per il pancreas.