

OSPEDALE GENERALE « O. MAESTRI » - TORRITA DI SIENA

Divisione di Chirurgia Generale

Primario: Prof. G. Ricco

G. RICCO

M. SEBASTIANI

V. LEONE

A. CONSOLI

P. ROSA

**Nostra esperienza sull'uso
della fibrocoledocoscopia intraoperatoria
nella patologia ostruttiva della V.B.P.**

Estratto da:

ATTI E MEMORIE DELLA SOCIETA' MEDICA DELLA PROVINCIA DI ROMA
Anno VII - N. 1 - 1981

OSPEDALE GENERALE « O. MAESTRI » - TORRITA DI SIENA

Divisione di Chirurgia Generale
Primario: Prof. G. Ricco

Nostra esperienza sull'uso della fibrocoledoscopia intraoperatoria nella patologia ostruttiva della V.B.P.

G. RICCO

M. SEBASTIANI

V. LEONE

A. CONSOLI

P. ROSA

Personal experience with operative choledochofiberscopy in the management biliary tract obstructions

The Authors describe the clinical value of the intraoperative choledochofiberscopy in the management of biliary tract obstruction, showing methods followed and results obtained with the personal experience of 50 choledochofiberscopies in 31 patients.

Premessa

L'esatto riconoscimento della noxa patogena rappresenta, in ogni campo della medicina, il presupposto essenziale per ogni valido intervento terapeutico. Per quanto riguarda la patologia ostruttiva delle vie biliari spesso però le comuni indagini diagnostiche preoperatorie non sempre sono in grado di fornire indicazioni precise, pertanto per superare all'insufficienza degli esami clinici e radiologici, si sono diffuse numerose e talora ingegnose tecniche di diagnostica intraoperatoria. Tra queste l'endoscopia delle vie biliari costituisce una metodica relativamente recente, sebbene i primi tentativi risalgono a circa 60 anni fa (Baches, 1923), dato che la sua vera diffusione si è avuta solo nell'ultimo decennio in seguito all'impulso fornito dalle fibre ottiche nel campo della endoscopia digestiva (Shore e Lippman, 1965).

Nel presente lavoro abbiamo voluto analizzare, in base alla nostra esperienza, l'efficacia del fibrocoledoscopio sia come strumento diagnostico, atto cioè a dirimere dubbi circa l'esistenza o la natura di una patologia ostruttiva della via biliare principale, sia come strumento ausiliario atto a rimuovere, senza gravi traumatismi, calcoli o sabbia biliare ostruenti la VBP.

Materiali e metodi

Si è fatto uso di un fibrocoledocoscopio FCH-5 prodotto dalla Machida (Fig. 1), della lunghezza di 61,5 cm, con diametro di 5 mm ed estremità terminale angolabile per 90° su di un piano verticale e di 30°

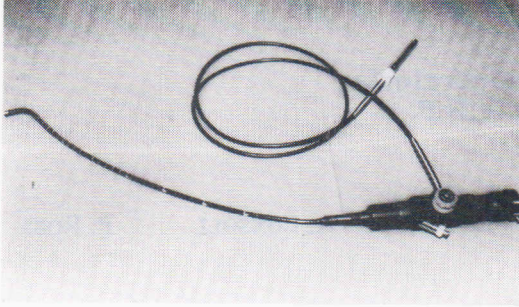


FIG. 1 - Fibrocoledocoscopio.

su di un piano orizzontale, per un angolo di visuale complessivo di 70°. Prima dell'uso lo strumento è stato sterilizzato mediante ossido di etilene.

La via di introduzione del coledocoscopio è stata in tutti i casi quella classica, cioè attraverso una coledocotomia minima, anche se giova ricordare che taluni autori (Leggeri et al., 1977) preferiscono introdurre lo strumento dal basso, praticando prima una papillostomia. L'esplorazione è stata eseguita prima in senso prossimale, visualizzando l'epatico comune, la biforcazione ed i dotti epatici destro e sinistro (Fig. 2), cercando di progredire il più profondamente possibile fin dove lo consentisse il calibro dei dotti (Fig. 3).

Terminata questa prima fase esplorativa si è estratto lo strumento per poi reintrodurlo verso il basso, visualizzando il coledoco terminale, l'ampolla di Water e lo sfintere di Oddi.

Nella nostra esperienza questa seconda fase non ha mai richiesto la mobilitazione del duodeno mediante la manovra di Kocher, come invece effettuata da altri (Finnis et al., 1977).

Durante tutto il corso dell'esame le vie biliari sono state irrigate con soluzione salina isotonica, sia per ottenere una loro distensione, sia per allontanare bile ed eventuali coaguli e essudati, facendo uso di un normale set per infusione endovenosa a caduta, connesso all'apposito sistema irrigante dello strumento.

Con tale metodica sono state eseguite 50 coledoscopie in 31 pazienti di età compresa tra i 26 ed i 75 anni (età media 55 anni).

L'esame è stato praticato una prima volta in tutti i 31 pazienti per accertare la natura o confermare l'esistenza di una patologia ostruttiva

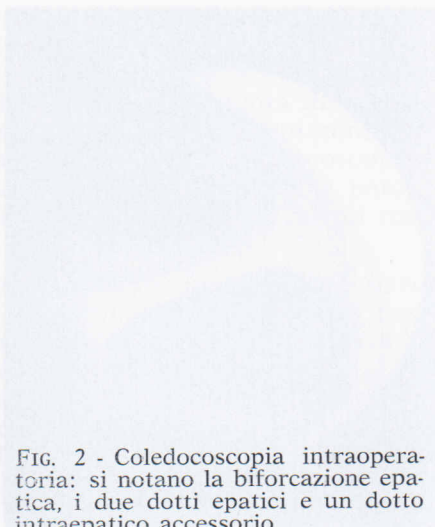


FIG. 2 - Coledoscopia intraoperatoria: si notano la biforcazione epatica, i due dotti epatici e un dotto intraepatico accessorio.



FIG. 3 - Coledoscopia intraoperatoria: si notano la biforcazione epatica e l'intensa dilatazione dei due dotti epatici.

della v.B.P., ed in 19 casi anche a scopo di controllo, dopo cioè l'asportazione strumentale dei calcoli, per verificare la pervietà delle vie biliari (Fig. 4).



FIG. 4 - Coledoscopia intraoperatoria: grosso calcolo intracoledocico.

Risultati

Nei 31 pazienti esaminati, la coledoscopia ci ha permesso di evidenziare la presenza di una litiasi coledocica o iuxtapapillare in 17 casi e dei dotti epatici in 2; l'esistenza di una neoplasia in 2 casi (un papilloma del coledoco terminale in uno ed un carcinoma della papilla nell'altro); in 3 casi si è fatta diagnosi di papillo-oddite ed in altri 3 casi di stenosi della porzione retropancreatica del coledoco conseguente a cefalopancreatite cronica. Nei rimanenti 4 casi, malgrado le indagini preoperatorie e la esplorazione intraoperatoria (coledoco aumentato di calibro) deponessero per l'esistenza di un'ostruzione a carico della VBP, la coledoscopia è risultata negativa.

Inoltre tutti i pazienti nei quali era stata diagnosticata una litiasi, dopo l'asportazione dei calcoli con le manovre strumentali convenzionali, sono stati sottoposti a coledoscopia di controllo, la quale in 5 casi ha evidenziato la presenza di calcoli residui che sono stati asportati.

Questi 19 pazienti sono stati poi sottoposti a colangiografia di controllo attraverso il tubo a T tra la 12^a e la 18^a giornata postoperatoria, non evidenziandosi in alcun caso la presenza di calcoli residui. Infine in un solo caso abbiamo constatato che il decorso postoperatorio in nona giornata si è complicato per la comparsa di un ascesso intraepatico da probabile risalita nelle vie biliari intraepatiche di materiale settico, cosa che potrebbe essere attribuita all'esame coledoscopico praticato in ambiente non del tutto libero da germi (coledoco pieno di sabbia e melma biliare).

Discussione

L'analisi dei risultati ottenuti, sebbene non ci consenta di formulare ipotesi di ordine statistico, dato l'esiguo numero di pazienti considerati, ci permette però di confermare la validità della fibrocoledoscopia sia quale mezzo diagnostico nella valutazione della natura di una patologia ostruttiva della VBP, sia quale mezzo di asportazione di calcoli residui dopo interventi di coledocolitotomia.

Riguardo l'uso diagnostico dello strumento, in tutti i 31 pazienti considerati, l'esame endoscopico ci ha permesso di formulare l'esatta diagnosi. In particolare, in quelle situazioni di ostacolato deflusso biliopancreatico conseguenti a papillo odite od a cefalopancreatite, situazioni queste in cui le indagini radiologiche ci avevano fornito risultati dubbi, la coledoscopia ci è sembrata di notevole aiuto. Sempre nel campo della diagnostica l'impiego dell'endoscopia biliare ci trova concordi anche nei confronti della patologia neoplastica, considerando che negli ultimi anni è stata accertata la propensione dei carcinomi delle vie biliari ad interessare contemporaneamente più punti della VBP (Tompkins et al., 1976). Infatti la coledoscopia consentendo un'esatta valutazione della localizzazione e dell'estensione tumorale, anche grazie alla possibilità di praticare biopsie mirate nel corso dell'esame, può orientare verso il più corretto intervento terapeutico, radicale o palliativo, a secondo che la neoplasia sia unicentrica o pluricentrica. Al contrario la colangiografia preoperatoria o intraoperatoria spesso risulta insufficiente nell'evidenziare lesioni tumorali o riguardo la loro diffusione. A tale proposito in uno dei pazienti da noi considerati, già operato per colelitiasi in altra sede e venuto alla nostra osservazione con una colangiografia che deponeva per la presenza di un calcolo substenosante del coledoco terminale, la coledoscopia ha invece evidenziato un papilloma del coledoco terminale, il che ci ha permesso di intraprendere il più giusto indirizzo terapeutico, risparmiando tra l'altro al paziente un'inutile esplorazione strumentale della VBP.

Circa l'uso della coledoscopia nella fase di controllo postlitotomica, da noi praticata in tutti i pazienti nei quali si era evidenziata la presenza di una litiasi, la validità dell'esame ci è stata confermata dal fatto che in nessun caso, anche mediante controlli radiologici eseguiti a distanza, abbiamo osservato l'esistenza di calcoli residui.

In tale fase di controllo la coledoscopia ci è sembrata più attendibile della colangiografia intraoperatoria, la quale, presenta un'incidenza sia di falsi positivi (immagini erroneamente riferibili a calcoli) che di falsi negativi (erronea supposizione di una VBP completamente libera da calcoli) valutabile intorno al 6%.

Infatti le manovre strumentali necessarie per l'asportazione dei calcoli causano immissione di aria, coaguli di sangue ed essudati nelle vie biliari, che poi all'indagine radiologica, essendo motivo di falsi positivi,

comportano il prolungamento dell'indagine stessa, nel tentativo di dirimere i dubbi, con conseguente ulteriore esposizione alle radiazioni sia per il paziente sia per il personale. Ancora più importante è poi il problema dei falsi negativi che, come si può facilmente intuire, espongono ad un insuccesso chirurgico.

Al contrario, la coledoscopia consente di superare tali dubbi diagnostici, essendo pressoché nullo il problema dei falsi positivi o negativi, permettendo così al chirurgo, grazie alla diretta visualizzazione del lume delle vie biliari, di poter affermare che esso è « veramente » libero. Con ciò non vogliamo asserire che la coledoscopia rappresenti un'alternativa alla colangiografia intraoperatoria, ma piuttosto un suo complemento. Infatti ricordiamo che l'introduzione del fibrocoledoscopio richiede l'esecuzione di una coledocotomia, non essendo praticabile l'esame attraverso il cistico, fatta eccezione di quei casi in cui esso risulti dilatato. Ne consegue pertanto che la coledoscopia non va impiegata come esame diagnostico routinario, ma solo in quei casi in cui risulti una chiara indicazione, scaturita dalle indagini diagnostiche convenzionali preoperatorie o intraoperatorie, all'accesso alla VBP, sotto questo aspetto potendosi affermare che il campo d'azione della coledoscopia inizia là dove cessa quello della colangiografia intraoperatoria.

RIASSUNTO

Gli AA. valutano la validità della fibrocoledoscopia intraoperatoria eseguita ed i risultati ottenuti nella loro esperienza relativa a 50 coledoscopie praticate in 31 pazienti.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ESCAT J., FOURTANIER G., LACROIX A., ANDUZE-ACHEZ Y.: *L'endoscopie biliaire per-opératoire dans le traitement de la lithiase*. Chir., 105, 221, 1979.
- 2) FELICIANO D.V., MATTOX K.L., JORDAN G.L. Jr.: *The value of choledochoscopy in exploration of the common bile duct*. Ann. Surg., May 1980.
- 3) FINNIS D., ROWNTREE T.: *Choledochoscopy in exploration of the common bile duct*. Brit. J. Surg., 64, 661, 1977.
- 4) KAPPAS A., ALEXANDER-WILLIAMS J., KEIGHLEY M.R.B., WATTS G.T.: *Operative choledochoscopy*. Brit. J. Surg., 66, 177, 1979.
- 5) LEGGERI A., LIGNORI G.: *Possibilità e limiti dell'endoscopia biliare con coledoscopia a fibre ottiche*. Min. Chir., 32, 831, 1977.
- 6) LONGLAND C.J.: *Choledochoscopy in choledocholithiasis*. Brit. J. Surg., 60, 626, 1973.
- 7) NORA P.F., BERCI G., DORAZIO R., KIRSHENBAUM G., SHORE J.M., TOMPKINS R.K., WILSON S.D.: *Operative choledochoscopy. Results of a prospective study in several institution*. Am. J. Surg., 133, 105, 1977.

- 8) OKABE N., KAWAI K., KONDO O., MACHIDA T., ADACHI H., WATANUKI T.: *Operative and postoperative choledochofiberoscopy*. Am. J. Surg., 137, 816, 1979.
- 9) SCHEIN C.J.: *Biliary endoscopy: an appraisal of its value in biliary lithiasis*. Surg. 65, 1004, 1969.
- 10) SHORE J.M., LIPPMAN H.N.: *A flexible choledochoscope*. Lancet, I, 1200, 1965.
- 11) SHORE J.M., BERCI G., MORGENSTERN L.: *The value of biliary endoscopy*. Surg. Gynecol. Obstet., 140, 601, 1975.
- 12) SHORE J.M., SHORE E.: *Operative biliary endoscopy*. Ann. Surg., 171, 269, 1970.
- 13) TOMPKINS R.K., JOHNSON J., STORM F.K., LONGMIRE W.P.: *Operative endoscopy in the management of biliary tract neoplasm*. Am. J. Surg., 132, 1976.
- 14) YAP P.C., ATACADOR M., YAP A.G., YAP R.G.: *Choledochoscopy as a complementary procedure to operative cholangiography in biliary surgery*. Am. J. Surg., 140, 648, 1980.