

Casi N. 6

1° caso clinico

Femmina - aa. 77

Anamnesi patologica remota negativa

Anamnesi patologica prossima

La Paziente da qualche mese accusa dolore in ipocondrio destro irradiato alla spalla destra, tensione addominale, senso di sazietà precoce e dispepsia.

Esame obiettivo: epatomegalia con margine epatico all'ombelicale trasversa.

Esami diagnostici

L'ultrasonografia (ECT) e la tomografia computerizzata (CT) dimostrano la presenza di vasta area cistica che occupa il lobo destro del fegato e altre due cisti di piccole dimensioni rispettivamente in S4 e S2.

I consueti esami ematochimici sono normali e così pure quelli epatici.
Negativi i tests sierologici per l'echinococchi.

La diagnosi è di cisti gigante del fegato sintomatica per complicità emorragica.

Si pone indicazione al trattamento chirurgico.

Intervento chirurgico (vedi filmato N. 1)

Open-laparoscopy, trocar di Hasson tre dita trasverse sotto l'ombelico.
Pneumoperitoneo CO₂- 12 mmHg costanti. Si conferma la presenza di vastissima cisti che occupa tutto il fegato destro con cisti satellite laterale e altre due cisti più piccole del 4° e del 2° segmento. Introduzione di altri due trocars di 10 mm in corrispondenza dell'incrocio tra ascellare anteriore e ombelicale trasversa, rispettivamente a destra e a sinistra.

Puntura aspirativa sottovista della cisti maggiore con evacuazione di liquido siero-ematico (colorito bruno), un campione del quale è inviato per esame. L'aspetto del liquido conferma la diagnosi di complicità emorragica della cisti. Evacuazione di tutto il contenuto liquido della cisti maggiore in quantità di circa 2 litri.

L'esplorazione della superficie epatica nel fondo della cisti non dimostra alterazioni particolari, né gemizio di sangue o di bile.

Asportazione mediante bisturi armonico e suturatrice lineare ("taglia e cuci") della parete cistica fino al confine con il parenchima epatico, secondo la tecnica di Lin (unroofing). Fenestrazione delle due cisti minori che contengono liquido limpido, incolore. Estrazione in bag della parete cistica, che è inviata all'esame istopatologico. L'esplorazione della cavità addominale non mette in evidenza altre manifestazioni patologiche. Toilette del cavo addominale. Drenaggio tubulare nel fondo della sacca epatica residua. Evacuazione della CO₂, estrazione dei trocars, sutura degli accessi.

L'esame istologico conferma la diagnosi di cisti semplice con infiltrati emorragici.

Il decorso post-operatorio è regolare e la Paziente è dimessa in 5° giornata.

I controlli oltre quattro anni dall'intervento dimostrano che la P. è libera da sintomi. Le verifiche ultrasonografiche dimostrano: "lobo epatico sinistro megalico, verosimilmente

espressione di compenso del volume ridotto del fegato destro. Riconoscibili piccole cisti di diametro non superiore a 2 cm circa".

2° caso clinico

F.E. - maschio - aa. 68

Anamnesi patologica remota

Da molti anni litiasi colecistica asintomatica

Esordio della malattia attuale

Da circa un mese dolore in epigastrio ed ipocondrio destro irradiato alla spalla omolaterale, dispepsia, tensione addominale.

Esame obiettivo

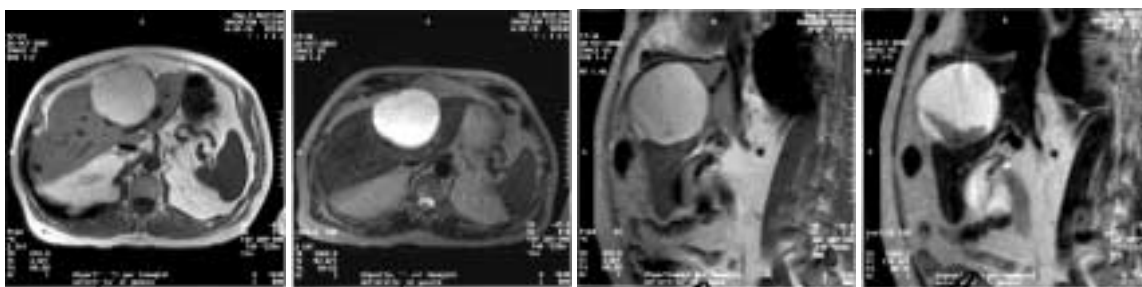
Fegato palpabile tre dita circa sotto l'arcata costale. Dolorabilità sul punto cistico. Segno di Murphy lievemente positivo.

Esami diagnostici

Profilo ematochimico nella norma.

ETG, TC: calcolosi colecistica e vasta cisti del IV segmento epatico; in RM si dimostra disomogeneità dell'immagine cistica presumibilmente per grossolani coaguli da emorragia encistica (Fig. 1). Tre piccole cisti in S5 e S3.

- Sierologia per echinococcosi negativa
- Markers tumorali negativi



a b c d
Fig. 1 - Aspetto in RM della cisti. Si noti, parzialmente in c) e chiaramente in d), la presunta immagine di coagulo in posizione declive.

La diagnosi è di cisti voluminosa del fegato sintomatica per complicanza emorragica - colelitiasi. Si pone indicazione al trattamento chirurgico.

Intervento chirurgico (vedi filmato N. 2)

Open laparoscopy con introduzione di trocar di Hasson ombelicale. Pneumoperitoneo CO2 a 12 mmHg costanti. Introduzione di altri 3 trocars secondo lo schema di Dubois. Si conferma la presenza di voluminosa cisti emergente sotto la glissoniana, occupante il IV segmento; approssimativamente la cisti ha un diametro di 15 cm. Altre tre piccole cisti sono in S5 e in S3.

La cisti maggiore è coperta da omento che le aderisce a conferma di pregresso fenomeno flogistico. La puntura esplorativa della cisti dà esito a liquido bruno, espressione di pregressa emorragia. Il

liquido totale contenuto nella cisti è intorno ai 500 ml. Un campione del liquido è inviato per esame citologico. Mediante bisturi armonico si inizia lo scoperchiamento della cisti secondo la tecnica di Lin (unroofing). Lavaggio della cavità cistica ed esplorazione dell' interno cistico, dove sono presenti grossolani coaguli ematici a conferma dei reperti RM senza evidenti manifestazioni di gemizio biliare o ematico. Si completa lo scoperchiamento della cisti fino ai margini con il parenchima epatico mediante suturatrice lineare ("taglia e cuci"). La parete cistica è asportata in bag ed inviata all'esame istologico. Fenestrazione delle altre cisti che contengono liquido incolore limpido. Isolamento della colecisti da bande omentali aderenti. Preparazione dell'arteria e del dotto cistico. La VBP appare normale. Interruzione dell'arteria e del dotto cistico fra clips. Colecistectomia retrograda. Estrazione della colecisti che presenta le consuete alterazioni di parete e contiene calcoli. Controllo dell'emostasi del letto epatico e della cavità cistica residua. Toilette del cavo addominale. Apposizione di tubo di drenaggio lateralmente al fegato. Evacuazione della CO2. Estrazione dei trocars. Sutura degli accessi.

L'esame istologico conferma la diagnosi di cisti semplice con infiltrati emorragici.

Il decorso post-operatorio è regolare e il Paziente è dimesso in 4° giornata. I controlli a distanza dimostrano che il P. è libero da sintomi e senza apprezzabili reliquati alle indagini ECT.

Considerazioni

Con il termine cisti non parassitarie non neoplastiche del fegato ci si riferisce a:

- forme generalmente solitarie, uniloculari (le pluriloculari possono avere valenza neoplastica), talora anche multiple;
- forme diffuse a tutto il parenchima epatico nel quadro definito "malattia policistica del fegato".

I casi descritti riguardano il primo tipo.

Si ritiene che queste cisti possano avere origine congenita e derivare probabilmente dalla persistenza o dalla ostruzione di piccoli dotti biliari intraepatici, che normalmente regrediscono spontaneamente nella vita fetale.

Sono riportate prevalenze nella popolazione generale inferiori al 5%.

E' maggiormente interessato il sesso femminile. Le cisti nella maggior parte dei casi sono superficiali e affiorano al disotto della glissoniana. Esse hanno parete sottile; contengono, se non complicate, liquido limpido, chiaro, citrino, la cui quantità varia a seconda delle dimensioni. Il contenuto in caso di complicità può essere ematico, biliare, mucoso o purulento. Istologicamente la parete è costituita solitamente da un singolo strato di epitelio similbiliare, sorretto da esile parete connettivale.

Tali cisti epatiche di solito sono asintomatiche e sono scoperte incidentalmente nel corso di esame ultrasonografico o tomografico computerizzato (CT).

Possono diventare sintomatiche, quando raggiungono dimensioni ragguardevoli o quando si complicano, come nei due casi sopra descritti..

Mentre piccole cisti asintomatiche non richiedono alcuna terapia, per quelle maggiori e sintomatiche (complicate) è indicato il trattamento chirurgico: l'intervento di elezione è lo *scoperchiamento* ("unroofing") secondo Lin (Ann. Surg. 168,921-927,1968), eseguibile agevolmente con tecnica video-laparoscopica. In letteratura tale procedimento è segnalato e raccomandato per i vantaggi che offre, sia per il decorso postoperatorio sia per i risultati a distanza.

E' da sottolineare la differenza tra "fenestrazione" e "scoperchiamento"(unroofing).

La prima, se condotta in modo economico, può dare esito a recidive per occlusione della finestra, sia cicatriziale sia per l'adesione di visceri vicini. Zacherl (Surg. Endosc. 14,59-62,2000) propone di definire tale situazione "refilling" e non "recurrence". Soprattutto se la cisti è

in prossimità della cistifellea, questa può ostruire la fenestrazione e condizionare la recidiva o meglio il refill. In tali casi si consiglia di associare la colecistectomia.

Come nei casi descritti, particolare attenzione va posta ai confini fra parete cistica e parenchima epatico. Infatti, poiché è opportuno portare via tutta la cupola cistica, può essere facile incontrare elementi vascolari e/o canalicoli biliari laddove essa si continua col parenchima. A questo livello conviene utilizzare il bisturi armonico e/o una suturatrice lineare endoscopica (“taglia e cuci”) o altri strumenti con analoga funzione. Questa precauzione protegge soprattutto da possibili fughe biliari.

Altro punto da raccomandare è quello di esplorare accuratamente tutta la superficie interna della cisti sul versante parenchimale, per escludere stillicidio biliare. In tali casi, quello che di solito è un piccolo dotto biliare va chiuso con un punto. Un drenaggio della cavità residua è opportuno nei casi complicati (bile, sangue) o nelle cisti molto grandi, ma tale gesto non sembra obbligatorio, soprattutto per cisti di diametro inferiore.

Nei casi qui descritti è interessante notare che a distanza dall'intervento si sono verificati tre eventi.

- 1) assenza di recidiva della cisti
- 2) ipertrofia compensatoria del fegato residuo
- 3) comparsa di nuove piccole cisti senza significato patologico.
