

Lecture N. 19

COLECISTECTOMIA VIDEO-LAPAROSCOPICA E CARCINOMA DELLA COLECISTI

Da quando la video-laparo colecistectomia è diventata intervento routinario, numerose sono state le segnalazioni di asportazione per tale via di colecisti contenenti focolai di adenocarcinoma, che, all'esplorazione precedente la dissezione del viscere, apparivano normali o comunque con le consuete alterazioni dovute alla malattia litiasica. Tale possibilità era già conosciuta quando questo intervento veniva eseguito mediante laparotomia e la letteratura sull'argomento ha stimato una incidenza di carcinoma in colecisti calcolose variante dallo 0,3 al 4% di tutte le colecistectomie.

<u>Incidenza dopo colecistectomia</u>	
colecistectomie aperte (1540 pz)	2,6%
video-laparo-colecistectomie (300 pz)	0,4%
letteratura	0,3-3,4%

Clin. Chir. GE

Tab. 1

Il problema era comunque poco sentito dai chirurghi prima dell'era laparoscopica, in quanto il reperto intraoperatorio, fosse esso palpatorio o seguente l'apertura del pezzo, di una neoplasia colecistica consentiva un immediato trattamento della malattia. Attualmente, invece, la diagnosi è fatta nella maggioranza dei casi dopo l'intervento video-laparoscopico e si pongono quindi numerosi problemi circa il successivo trattamento di questi pazienti e domande sulle metodiche adatte a limitare il più possibile le diagnosi tardive.

Il problema più ricorrente pare essere quello della successiva disseminazione di cellule neoplastiche nel cavo addominale e, in special modo, lungo il tragitto del trocar usato per la rimozione della colecisti. A tale proposito è necessario tenere presente che, in alcuni di questi casi, la disseminazione trasforma un tumore che potrebbe essere teoricamente curabile, perchè limitato alla mucosa o alla muscolare del viscere, in una neoplasia avanzata e questo solo in

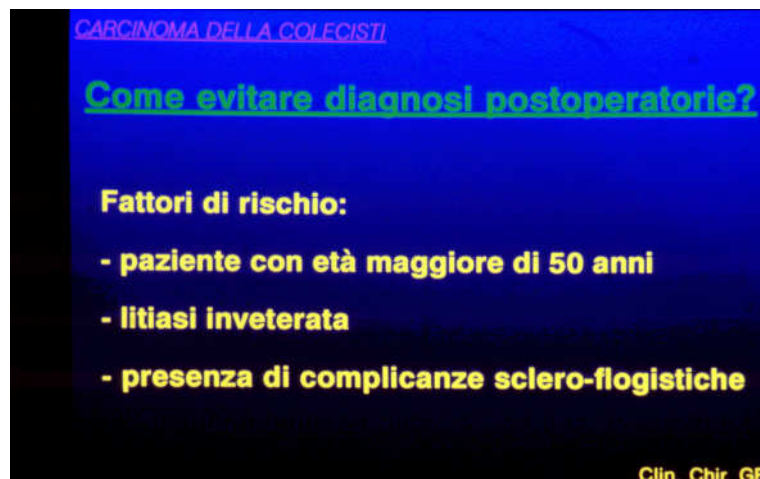
conseguenza della particolare modalità dell'intervento.



Tab. 2

E' evidente che una tale evenienza deve essere prevenuta in ogni modo possibile.

La prima raccomandazione da farsi è che il chirurgo video-laparoscopico abbia ben presente che ogni colecisti, che si accinge ad asportare, può contenere un focolaio neoplastico, soprattutto se la malattia litiasica data da molti anni e se ne sono presenti conseguenze a carattere scleroflogistico cronico.



Tab. 3

E' quindi necessario evitare al massimo la creazione di soluzioni di continuo della parete del viscere con fuoriuscita del suo contenuto. Al minimo sospetto di presenza di neoplasia, molti Autori consiglierebbero l'esecuzione di una biopsia con esame istologico peroperatorio e, in caso di positività, la conversione dell'intervento in laparotomia ed esecuzione di una resezione allargata e di adeguata linfadenectomia.

CARCINOMA DELLA COLECISTI

Come evitare diagnosi postoperatorie?

**apertura della colecisti dopo l'estrazione
esame peroperatorio delle zone mucose sospette
utilizzare pouch?**

↓ **esame positivo**

**resezione epatica se oltre la muscolare
escissione ampia dell'accesso di estrazione**

Clin. Chir. GE

Tab. 4

CARCINOMA DELLA COLECISTI

Sopravvivenza a 3 anni

pT1 (mucoso)	100%
pT2 (fino alla muscolare)	65%
pT3 (fino alla sierosa)	0%

Clin. Chir. GE

Tab. 5

Alcuni Autori giapponesi riportano sopravvivenze del 90% a 5 anni dopo asportazione del IV - V segmento e completa dissezione dei linfonodi del legamento epato-duodenale e retropancreatici.

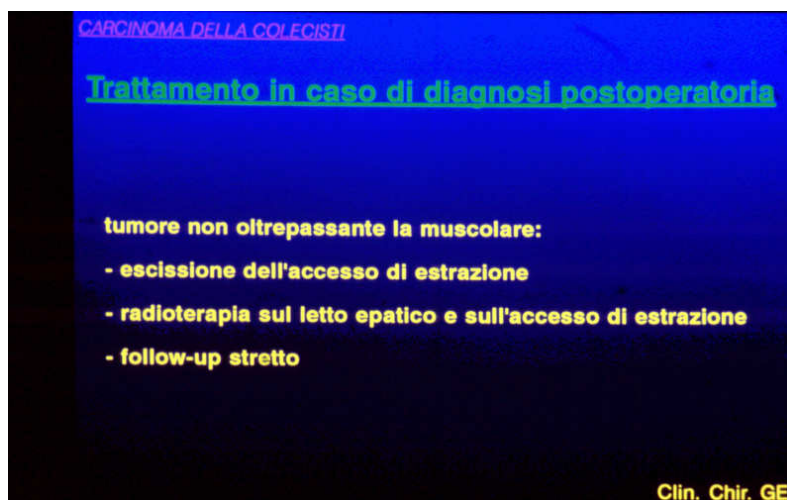
Una soluzione alla eventuale disseminazione neoplastica in caso di mancata evidenza di neoplasia, ma con sospetto di questa, dovrebbe essere l'uso del bag per l'estrazione della colecisti. Qualcuno propone di usare sempre il bag per l'estrazione, ma applicare questo sistema a tutte le colecistectomie è molto costoso, tanto più se si pensa alla bassa incidenza di neoplasia riportata dalla letteratura, e pertanto di non conveniente praticabilità.

Una soluzione di compromesso accettabile potrebbe essere invece quella della sistematica apertura della colecisti dopo l'estrazione e accurato esame macroscopico.

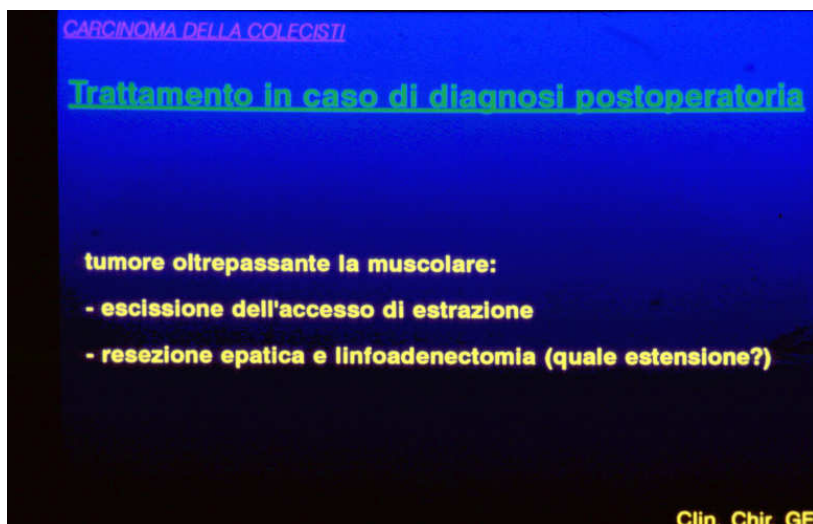
Tale pratica consentirebbe di inviare al patologo per la verifica istologica estemporanea

le colecisti nelle quali si rinvenivano aree con alterazioni sospette per carcinoma. Sembra di più difficile praticabilità l'ipotesi di esaminare estemporaneamente tutte le colecisti asportate, indipendentemente dal loro aspetto macroscopico.

Se tali procedure fossero seguite, si porrebbe il problema di come comportarsi in caso di esame istologico positivo. Alcuni Autori affermano essere sufficiente la sola colecistectomia nel caso la neoplasia non oltrepassi la muscolare del viscere. Se invece essa interessa l'intero spessore della parete andrebbe eseguito un intervento allargato e un' ampia escissione dell'accesso attraverso cui la colecisti è stata estratta.



Tab. 6



Tab. 7

Attualmente la problematica più comune è però quella relativa alla diagnosi post-operatoria di neoplasia colecistica (Tab. 6 - 7). Due sono le soluzioni proposte. Un primo atteggiamento prevede la sistematica riesplorazione del cavo addominale mediante laparotomia, mirata soprattutto al focolaio chirurgico, all'ispezione di tutti gli accessi eseguiti e alla escissione di principio della cicatrice e del tramite usato per l'estrazione. Secondo altri Autori sarebbe sufficiente l'esecuzione di una radioterapia mirata al letto epatico e alla cicatrice ombelicale. Non vi sarebbero attualmente prove decisive in favore dell'uno o dell'altro orientamento, anche se più convincente appare il primo in considerazione dell'alto grado di aggressività di questa localizzazione neoplastica .

In conclusione, nell'esecuzione della videolaparo-colecistectomia, sembra raccomandabile una attenta valutazione dell'aspetto del viscere, un atteggiamento prudente in presenza di colecisti con morfologia vistosamente alterata. Di fronte a colecisti fortemente sospette può trovare indicazione la conversione di principio o dopo biopsia; è comunque consigliabile la loro estrazione con bag e il loro estemporaneo immediato esame istologico per l'esecuzione di un'eventuale immediato intervento radicale.

Nel caso di colecisti apparentemente innocenti, che rivelino in seguito focolai di cancerizzazione esistono orientamenti non univoci che vanno dall'astensione terapeutica alla laparotomia di principio. Allo stato attuale è forse da preferire una giusta flessibilità sulla base delle condizioni del paziente, della stadiazione della neoplasia e della possibilità di eseguire uno stretto follow-up del malato, finchè studi controllati non stabiliscano l'atteggiamento più idoneo a questo difficile problema.

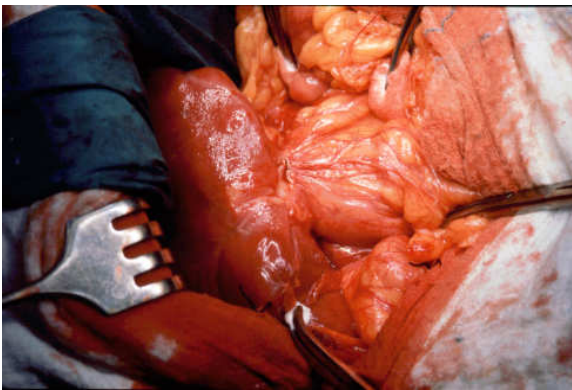
Iconografia

Video:

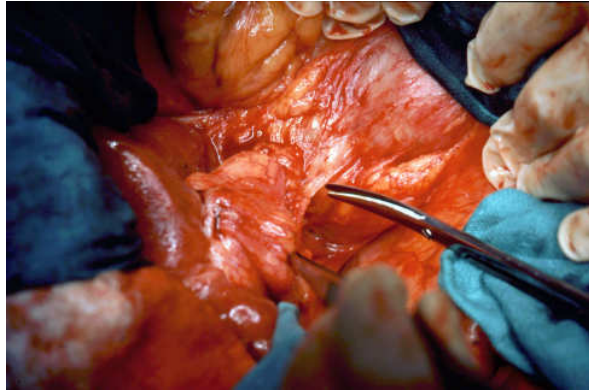
- 1 - Evidenza video-laparoscopica di carcinoma della colecisti
- 2 - Evidenza video-laparoscopica di carcinoma della colecisti

Slides:

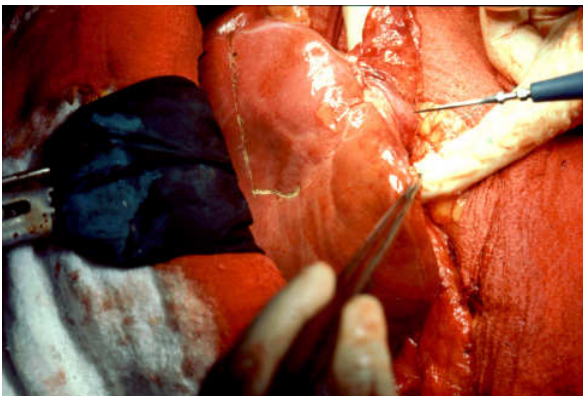
- 1 - Resezione epato - colecistica



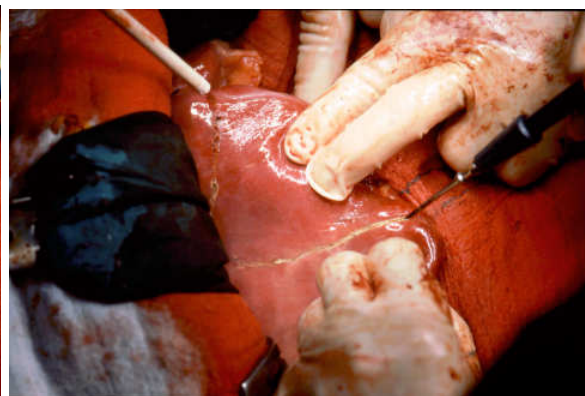
a



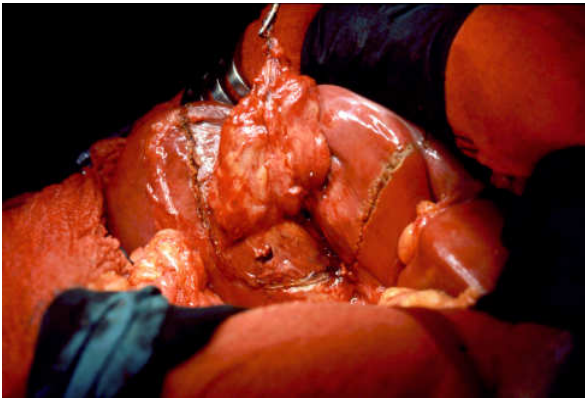
b



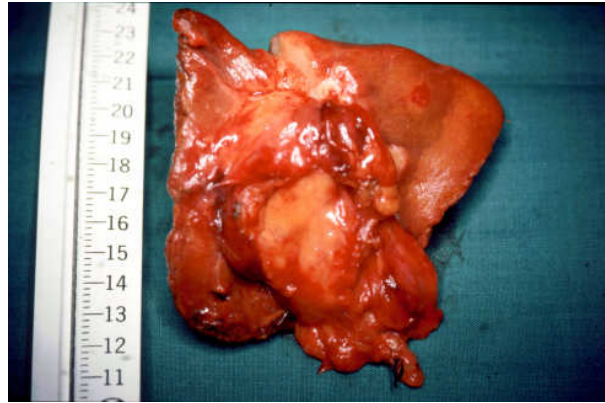
c



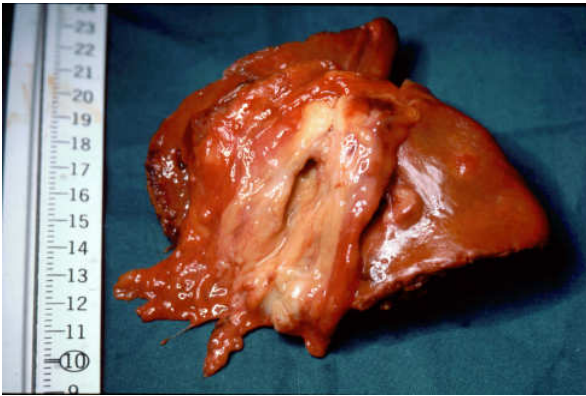
d



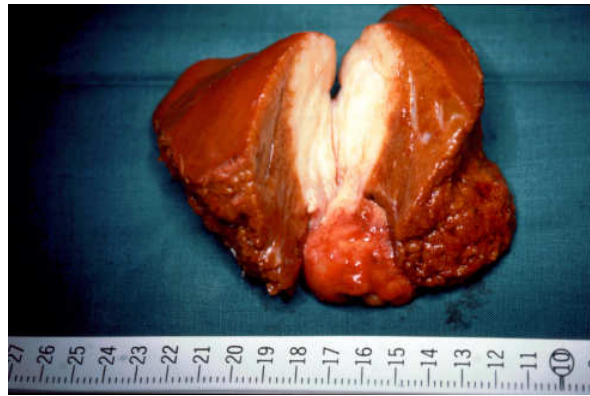
e



f



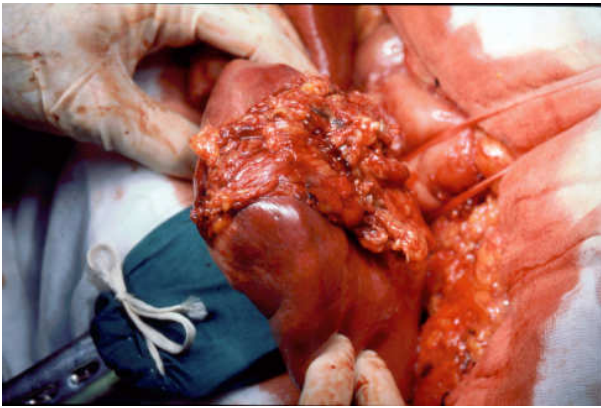
g



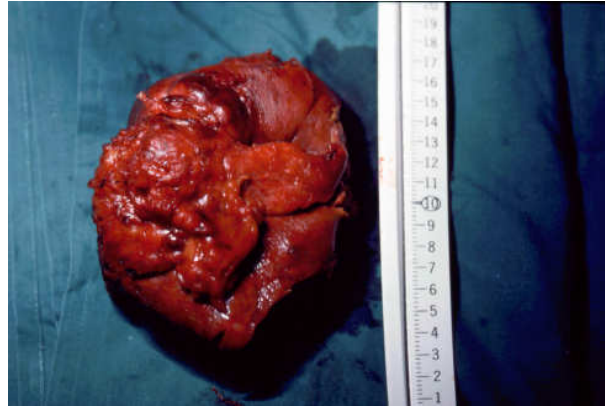
h

1 - Resezione epato - colecistica

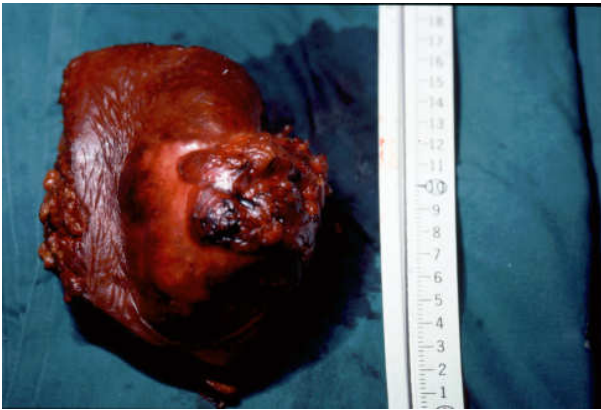
2 - Esteso carcinoma colecisto - epatico



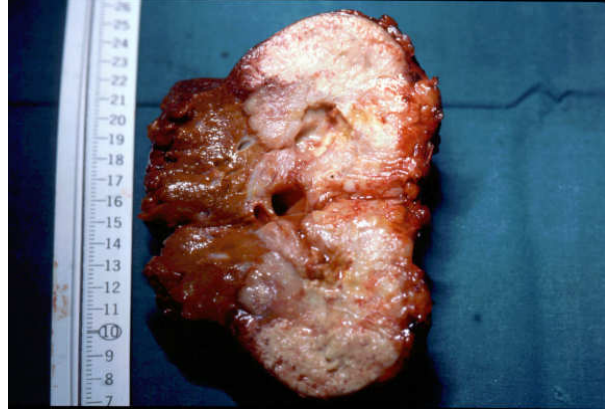
a



b



c



d

2 - esteso carcinoma colecisto - epatico

Cenni bibliografici

- Zhang W.J. e coll. - Incidental gallbladder carcinoma diagnosed during or after laparoscopic cholecystectomy - World J. Surg. 2009 - Sep. 16
- Morera O. e coll. - Gallbladder cancer in regional hospital - Cir.Esp. 2009 - Aug. 18
- Mlinarić-Vrbica S. e coll. - Correlation between cholelithiasis and gallbladder carcinoma in surgical and autopsy specimens - Coll.Antropol. 2009 Jun. 33(2):533-7
- Steinert R. e coll. - Laparoscopic cholecystectomy and gallbladder cancer - Surg.Oncol. 2006 Jun.15; 93 (8):682-9
- Weinstein D. e coll. - Incidental finding of gallbladder carcinoma - Isr.Med.Assoc.J. 2002

May;4(5):334-6

- Vitetta L. e coll. - Gallstones and gallbladder carcinoma - Aust NZ.J. Surg. 2000 Sep.
70(9):667-73
- Lovenfeis AB. e coll. - Epidemiology of gallbladder cancer - Hepatogastroenterology 1999
May-Jun;46(27):1529-32
