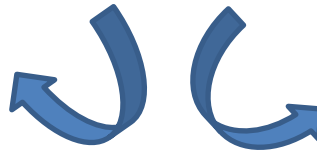


## LITIASI DELLE VIE BILIARI PRINCIPALI:

II aria (calcolo dalla colecisti nelle VBP)



I aria (calcolo intracolecistico)

(fibrosi cistica, colangiti, diverticoli)

- **Non complicata** (nausea, ittero, febbre)
- **Asintomatica**
- **Litiasi complicata** (pancreatite acuta, colangite acuta → triade di Charcot: febbre, dolore, ittero)

### • ECO ADDOME:

- Calcoli nella colecisti?
- Come sono le VBP?

Diametri: (anziano: ok se diametro ~6mm \\ colecistectomizzato: ok se diametro ~10mm)

0-4 mm → 4% rischio di calcolo nella VBP

4-6 mm → 10%

>6 mm → 30-50%

### • ESAMI EMATOCHIMICI:

ALT }  
AST } rialzo precoce

ALP }  
GGT } rialzo tardivo (fattori indipendenti predittivi di litiasi delle VBP)  
Bil tot }  
Bil diretta }

Amilasi pancreatiche

PCR+VES

Emocromo

### SCORE PREDITTIVO DELLA LITIASI VBP:

- 1) ETA' (> < 55 AA)
- 2) BILIRUBINA TOT (> 1,8 si\no)
- 3) VBP DILATATA ALL'ECO (si\no)

- 1+2+3 = 72%
- 1+2 = 50%
- 1+3 = 61%
- 1 = 38%
- 2+3 = 49%
- 2 = 28%
- 3 = 38%
- 0 = 19%

**Ila ) COLANGIO RM:** non usare MDC

Da evitare se:

- Pacemaker
- Defibrillatori
- Clips metalliche intracraniche

**IIb) TC**

**III) ERCP:** (con-senza ecoendoscopia) no se anatomia alterata (es gastrectomia) o impossibile la sedazione

**I'ERCP non la fai se il diametro VBP è <6mm**

Complicanze dell ERCP:

- sanguinamento
- pancreatite
- perforazione

**IV) ECOENDOSCOPIA:** (vede il fango biliare e la litiasi intraepatica)

**V) COLANGIOGRAFIA TRANSEPATICA**

**VI) ECOGRAFIA INTRAOPERATORIA LAPAROSCOPICA**

**VII) COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA**

**VIII) ESPLORAZIONE VBP -----TRANSCISTICA**

-----TRANCOLEDOCICA

**IX) ESPLORAZIONE VBP LAPAROTOMICA**

## Colangite acuta:

sintomi: → **triade di Charcot**

- ittero
- dolore ipocondrio destro
- febbre con brivido

segni :

amilasi a volte lievemente elevate (**inferiore ad un aumento quintuplo**)

**non trascurate l'ipotesi di una pancreatite acuta!!!**

### tipi di colangite:

- colangite primitiva sclerosante (idiopatica) **CHIRURGIA NON DI PRIMA SCELTA**
  - colangite secondaria:
    - A → **da litiasi della colecisti**
    - A → **da LOS (lesione occupante spazio): neof del coledoco, cisti, complex ab extrinseco**
    - B → recidivante piogenica (colangite orientale)
    - B → colangite **ascendente da pancreatite**
- } **NON CHIRURGICO**

pazienti con pancreatite da litiasi della colecisti possono avere una componente colangitica ascendente.

### ESAMI DA RICHIEDERE: (CASO A)

**1)eco addome** vedo il dotto epatico comune/coledoco: superiore al normale se non colecistectomizzato e calibro >di 7 mm  
se non vedo calcoli nella colecisti: sospettate una ostruzione biliare (neoplastica) periampollare che giustifica l'esecuzione di una TC

**2)TC** (visione del pancreas a strato sottile)

### TERAPIA:

- antibiotico in grado di raggiungere la bile → VS Gram- di origine intestinale (i tipici *E. coli* e *Klebsiella*)
- *antinfiammatori*
- *digiuno*
- *idratazione*

Un numero ridotto di pazienti continua ad avere febbre e dolore e può presentare un aumento dei livelli di bilirubina, indicativo di una ostruzione completa persistente.



**3)CPRE (colangiopancreatografia retrograda endoscopica) URGENTE** (se >> bilirubina diretta → PRATICARE SFINTEROTOMIA)

la maggior parte dei pazienti sottoposti al trattamento suddetto **diventa apiretica entro 24 ore**

(((((gastro-enterologo:consultarlo per necessità di introdurre uno *stent* biliare o un sondino naso-biliare))))))

**Se CPRE non ha successo: drenaggio percutaneo eco-guidato** del sistema duttale ostruito radioguidato.

### TRATTAMENTO DELLA LITIASI DELLE VIE BILIARI

- CPRE preoperatoria con *clearance* del coledoco, seguita da Colecistectomia (SEQUENZIALE).
- Colecistectomia laparoscopica con esplorazione laparoscopica del coledoco.
- Colecistectomia *open* con esplorazione del coledoco → vede l'anatomia delle vie biliari: se si sospetta la presenza di una **neoplasia periampollare**, è da considerarsi l'esame di **prima scelta**
- CPRE, soltanto con *clearance* del coledoco, lasciando in sede la colecisti → **pazienti ad alto rischio** al follow-up la maggior parte dei pazienti trattata in questo modo non necessita di una colecistectomia.