

Linee guida per la diagnosi e il trattamento della litiasi biliare

Antonino Cartabellotta^{1*}, Michele Comberlato²

¹Medico Chirurgo, Fondazione GIMBE, ²Medico Chirurgo, Azienda Sanitaria dell'Alto Adige, Bolzano

La litiasi biliare (LB) è una patologia frequente che nei paesi occidentali colpisce il 10-15% degli adulti^{1,2}. Considerata l'inappropriata variabilità nella gestione di questa condizione, è emersa la necessità di produrre raccomandazioni cliniche per la diagnosi e il trattamento dei pazienti con LB, coledocolitiasi e colecistite acuta al fine di migliorare gli outcome e ottimizzare l'uso delle risorse.

Questo articolo riassume le più recenti raccomandazioni del NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) sul trattamento della LB³. Le raccomandazioni del NICE si basano su una revisione sistematica delle migliori evidenze disponibili e sull'esplicita considerazione della costo-efficacia degli interventi sanitari. Quando le evidenze sono limitate, le raccomandazioni si basano sull'esperienza del gruppo che ha prodotto la linea guida — *Guidelines Development Group* (GDG) — e sulle norme di buona pratica clinica. I livelli di evidenza delle raccomandazioni cliniche sono indicati in corsivo tra parentesi quadre.

1. Diagnosi

- Nei pazienti con sintomi addominali o gastrointestinali con sospetto di LB richiedere test di funzionalità epatica e una ecografia addominale.
- Eseguire una colangio-RMN se l'ecografia non rileva calcoli nel coledoco, ma:

- le vie biliari sono dilatate e/o
- gli indici di funzione epatica sono alterati

- Eseguire una eco-endoscopia se la colangio-Wirsung-RMN non consente di definire una diagnosi certa.

[Raccomandazioni basate su studi osservazionali di qualità da moderata a molto bassa]

2. Terapia

2.1. Litiasi biliare asintomatica

- Rassicurare i pazienti affetti da LB asintomatica con colecisti e vie biliari nella norma, informandoli che un eventuale trattamento è necessario solo in caso di comparsa di sintomi. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

2.2. Litiasi biliare sintomatica e coledocolitiasi

- Nei pazienti con LB sintomatica eseguire una colecistectomia laparoscopica. *[Raccomandazione basata su studi controllati e randomizzati di qualità da moderata a bassa e su un modello di analisi economica originale]*
- In tutti i pazienti con coledocolitiasi, sintomatici e asintomatici, eseguire una clearance endoscopica del cole-

doco e una colecistectomia laparoscopica *[Raccomandazione basata su trial controllati randomizzati di qualità moderata e su un modello di analisi economica originale]*

- Eseguire gli interventi programmati in regime di day surgery, a meno che le condizioni cliniche del paziente non rendano necessario il ricovero ordinario. *[Raccomandazione basata su trial controllati randomizzati di qualità da moderata a bassa e su un modello di analisi economica originale]*

- Nei pazienti con colecistite acuta eseguire una colecistectomia precoce, possibilmente entro una settimana dalla diagnosi. *[Raccomandazione basata su trial controllati randomizzati di qualità da moderata a bassa e su un modello di analisi economica originale]*

- Rimuovere i calcoli della via biliare:
 - chirurgicamente durante la colecistectomia laparoscopica
 - tramite colangiopancreatografia retrograda endoscopica - *endoscopic retrograde cholangiopancreatography* (ERCP) prima o durante la colecistectomia laparoscopica

[Raccomandazione basata su trial controllati randomizzati di qualità molto bassa e su un modello di analisi economica originale]

2.3. Litiasi biliare in pazienti per i quali l'intervento endoscopico o chirurgico sono inappropriati

- Nei pazienti già sottoposti a colecistotomia percutanea rivalutare l'intervento di colecistectomia laparoscopica se il quadro clinico lo consente, indipendentemente da età e comorbidità. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

Citazione. Cartabellotta A, Comberlato M. Linee guida per la diagnosi e il trattamento della litiasi biliare. *Evidence* 2015;7(1): e1000101.

Pubblicato 15 gennaio 2015

Copyright. © 2015 Cartabellotta. Questo è un articolo open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Fonti di finanziamento. Nessuna.

Conflitti d'interesse. Nessuno dichiarato

Provenienza. Non commissionato, non sottoposto a peer-review.

* E-mail: nino.cartabellotta@gimbe.org

- Se i calcoli del coledoco non possono essere rimossi tramite ERCP, il posizionamento endoscopico di una protesi biliare può garantire un drenaggio biliare temporaneo solo fino alla rimozione endoscopica o chirurgica dei calcoli. *[Raccomandazione basata sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

3. Ripresa dell'alimentazione post-colecistectomia

- Informare i pazienti che dopo la rimozione dei calcoli o della colecisti non dovranno più evitare cibi e bevande che provocavano i loro sintomi.
- Suggestire ai pazienti sottoposti a colecistectomia o a rimozione endoscopica di calcoli biliari di segnalare al loro medico se determinati cibi o bevande provocano sintomi già avvertiti o nuovi, perché potrebbero presentare un'altra patologia, meritevole di accertamenti. *[Raccomandazioni basate sull'esperienza e l'opinione del GDG]*

4. Potenziali ostacoli all'implementazione

I servizi ospedalieri e territoriali devono rivalutare i percorsi assistenziali relativi al trattamento dei pazienti con LB in particolare riorganizzando:

- Le liste operatorie per garantire ai pazienti con colecistite acuta l'accesso alla colecistectomia laparoscopica entro una settimana dalla diagnosi e la programmazione dell'attività radiologica ed endoscopica.
- Le liste radiologiche e chirurgiche per consentire l'esecuzione della ERCP per la rimozione dei calcoli del coledoco in corso di colecistectomia laparoscopica.

5. Raccomandazioni per la ricerca futura

Il GDG ha identificato le seguenti priorità di ricerca:

- In caso di sospetta coledocolitiasi nell'adulto quali sono benefici, rischi e costo-efficacia dell'eco-endoscopia rispetto alla colangio RMN?
- Nei pazienti con rischio medio-basso di coledocolitiasi quali sono i benefici e rischi e la costo-efficacia della colangiografia intraoperatoria?
- Quali sono i requisiti organizzativi necessari per eseguire una ERCP intraoperatoria nei pazienti con calcolosi del coledoco? Quali sono i costi e i benefici di differenti modelli organizzativi?
- In pazienti adulti affetti da coledocolitiasi l'intervento di colecistectomia laparoscopica dovrebbe essere eseguito precocemente (entro due settimane) o a distanza (fino a sei settimane) dalla clearance del coledoco?
- Quale è l'effetto a lungo termine della colecistectomia laparoscopica rispetto agli outcome maggiormente attesi dai pazienti?

BIBLIOGRAFIA

1. Halldestam I, Enell EL, Kullman E, Borch K. Development of symptoms and complications in individuals with asymptomatic gallstones. *Br J Surg* 2004;91:734-8.
2. NHS Choices. Cholecystitis, acute. 2014. Disponibile a: www.nhs.uk/conditions/Cholecystitis-acute/Pages/Introduction.aspx. Ultimo accesso: 15 gennaio 2015.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Gallstone disease. Diagnosis and management of cholelithiasis, cholecystitis and choledocholithiasis. (Clinical Guideline 188.) October 2014. Disponibile a: www.nice.org.uk/CG188. Ultimo accesso 15 gennaio 2015