

URGENTIS CHIRURGIAE COMMENTARIA

ORGANO DELLA SOCIETA' ITALIANA DI CHIRURGIA D'URGENZA
DI PRONTO SOCCORSO
DI TERAPIA INTENSIVA CHIRURGICA
MILANO



RUBRICA INFORMATIVA	pag. 5
ARTICOLI ORIGINALI	pag. 13
RUBRICA DI TERAPIA INTENSIVA CHIRURGICA	pag. 63
RUBRICA DI TECNICA CHIRURGICA	pag. 65
RUBRICA ORGANIZZATIVA	pag. 80
RUBRICA BIBLIOGRAFICA	pag. 85



SOMMARIO

Pag.

Rubrica Informativa

Vita della Società	5
In margine ai Congressi Internazionali di Chirurgia d'Urgenza	7

Articoli Originali

Fisiopatologia e trattamento chirurgico delle occlusioni coliche da causa neoplastica - Staudacher V., Di Carlo V.	13
Le lavage péritoneal dans les péritonites aiguës généralisées - Parneix M.	20
Remarques sur le drainage de la cavité abdominale en chirurgie d'urgence - Neidhardt J.H., Morin A., Kraft F., Charroux B.	23
L'irrigazione-lavaggio postoperatorio nella terapia della peritonite acuta generalizzata - Leggeri A.	26
L'embolizzazione angiografica nel trattamento delle emorragie duodenali dopo chirurgia epato-biliare - Bernardini P., Passariello R.	29
Insufficienza epatica acuta ed emorragie digestive - Cantalupi G., Fassati L.R., Zanolì P.G., Trabucchi E. Jr., Tarenzi L., Galmarini D.	34
Le cosiddette rotture spontanee dell'esofago - Tognini L., Martinotti A., Bevilacqua G., Perego G.	38
Vagotomia superselettiva e rafia semplice nel trattamento dell'ulcera perforata - Salvini P., Brown P., Beretta E.	44
Le malformazioni ano-rettali - Ronchetti G.C., Luzzani S., Ronchetti E.	47
Le complicanze chirurgiche acute dei traumi cranio-cerebrali dell'infanzia - Pagni C.A., Giovanelli M., Gaini S.M., Tomei G., Villani R.	51
I reinterventi per trombosi tardiva nei pontaggi aorto-femorali - Tiberio G., Giulini S.M.	57
Indicazioni alla dissestruzione associata all'angioplastica nel trattamento delle trombosi acute degli arti - Jovino R., Milone F., Cirillo M.	60

Rubrica di Terapia Intensiva Chirurgica

Perchè l'unità di Terapia Intensiva in Chirurgia? - Castiglioni G.C.	63
--	----

Rubrica di Tecnica Chirurgica

Proposta tecnica per il trattamento chirurgico radicale delle varici esofagee e gastriche - Staudacher V., Bevilacqua G.	65
L'agobiopsia epatica transcutanea per via posteriore - Andreoni B., Bossi E.	74
Su una tecnica chirurgica originale per il trattamento del lembo toracico fluttuante - Bevilacqua G., Sinigaglia G.M.	76
Nuovo approccio alla duodenectomia retrograda: sue applicazioni nella chirurgia gastro-duodenale d'urgenza - Marcolli G., Confalonieri F., Calzoni D.A., Guarnieri A.	78

Rubrica organizzativa

Proposte per un Dipartimento d'Urgenza - Randazzo A.	80
--	----

Rubrica bibliografica

A cura di C. Staudacher	85
-------------------------	----



RGENTIS CHIRURGIAE COMMENTARIA
 rivista della Società Italiana di Chirurgia
 d'Urgenza, di Pronto Soccorso e
 di Terapia Intensiva Chirurgica
 Milano

ol. 1° n. 1 Gennaio 1978

COMITATO EDITORIALE

Staudacher: Presidente

MEMBRI:

Andrez Adan	Barcellona
Asile Altilli	Catania
elli Lino	Milano
öhler Lorenz	Vienna
urgeon René	Nizza
uchner Walter	Monaco
uff Hans Ulrich	Zurigo
astiglioni G. Carlo	Roma
astrini Guido	Roma
irenei Anacleto	Roma
iuffini Franco	Perugia
onsolandi Gianni	Perugia
ortesi Nicola	Modena
agradi Adamo	Verona
amia Giorgio	Milano
allone Luigi	Milano
linz Werner	Zurigo
olle Fritz	Monaco
eggeri Aldo	Trieste
i Voti Pietro	Palermo
lattioli Francesco	Genova
arrano Domenico	Bologna
lontorsi Walter	Milano
ardi George L.	Boston
eidhardt J.H.	Lione
jeda Gil José	Barcellona
livero Sergio	Torino
ellegrini Gianfranco	Milano
ezzuoli Giuseppe	Padova
aja Silvano	S. Paolo del Brasile
occo Bernardino	Siena
uberti Ugo	Milano
icard André	Parigi
egel John H.	Buffalo
onelli Luigi	Firenze
ilson David H.	Leeds
annini Giuseppe	Napoli

COMITATO DI REDAZIONE

Carlo Valerio - Andreoni Bruno - Bossi
 nrico - Bragherio Gianni - Cristallo Marco
 Sinigaglia G. Mario - Staudacher Carlo -
 ggeri Franco.

DIRETTORE RESPONSABILE

Giuseppe Bevilacqua

DIPLOMATOGRAFIA

Monocchi G. S.r.l. - Cesano Boscone (MI)
 a Italia, 40
 Autorizz. Tribunale di Milano n. 367 dell'8-11-1977

L'agobiopsia epatica transcutanea per via posteriore

B. ANDREONI - E. BOSSI

SUMMARY

The Authors present their experience in hepatic needle biopsies performed utilizing a posterior approach through the coronary ligament. This extraperitoneal approach avoids the choleperitoneum and hemoperitoneum which may occur with the usual antero-lateral approach. The technique described is therefore safe and may be used even in patients with serious obstructive jaundice or with major coagulation deficiencies.

Key words: hepatic needle biopsy; extraperitoneal posterior approach.

LA BIOPSIA epatica transcutanea viene comunemente eseguita per via antero-laterale: in genere l'ago da biopsia è introdotto in 8° - 9° spazio intercostale a livello della linea ascellare anteriore; in tal modo si raggiunge il fegato passando attraverso la cavità peritoneale dopo aver attraversato lo sfondato costo-diaframmatico e il diaframma. E' noto che tale metodica, pur avendo estesa applicazione con buoni risultati, presenta pur sempre il rischio di alcune complicazioni talora così importanti (coleperitoneo, emoperitoneo, ecc.) da richiedere un intervento chirurgico d'urgenza. Inoltre tale tecnica biopsica per motivi di prudenza è controindicata in caso di grave ascite o di ittero ostruttivo con valori di bilirubina diretta superiori ai 2 mg% o di deficit importanti della coagulazione (attività protrombinica inferiore al 40%; piastrine inferiori a 60.000, ecc.).

In tali casi l'internista, pressato dalle esigenze diagnostiche, è talora indotto a chiedere al chirurgo l'esecuzione di una biopsia epatica a cielo aperto: va segnalato come spesso siano proprio questi i pazienti che male sopportano anche le più limitate manovre chirurgiche, soprattutto se in anestesia generale.

Per tutte le considerazioni suddette, nell'Istituto di Chirurgia d'Urgenza dell'Università di Milano, da oltre 3 anni si ricorre ad una tecnica agobiopsica transcutanea sicura e nello stesso tempo realizzabile anche nei pazienti itterici, ascitici e con grave deficit coagulatorio. Tale tecnica, già utilizzata per l'esecuzione di colangiografie transcutanee in pazienti gravemente itterici, ha la caratteristica di accedere al fegato per via extra-peritoneale.

Descrizione della tecnica agobiopsica per via posteriore

Previa disinfezione ed anestesia locale, si incide la cute e si introduce quindi l'ago da biopsia a livello del margine superiore della 11° costa, 4 dita trasverse dalla linea mediana; l'ago è orientato in senso sagittale lievemente dal basso verso l'alto ed è introdotto per circa 10-15 cm. In tal modo si raggiunge sicuramente il parenchima epatico per una via extra-peritoneale attraverso prima lo sfondato costo-diaframmatico al di sotto del margine inferiore del polmone, e successivamente il diaframma e il legamento

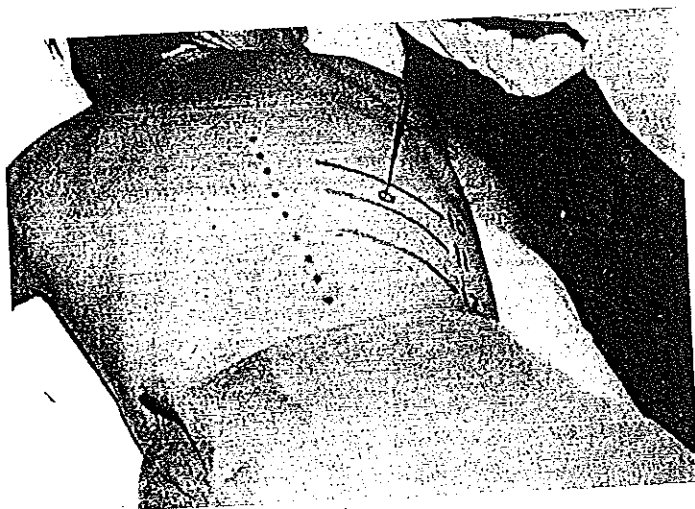


Fig. 1

Esecuzione di un'agobiopsia epatica per via posteriore: il punto di reperi è il margine superiore della 11° costa a 4 dita trasverse dalla colonna.

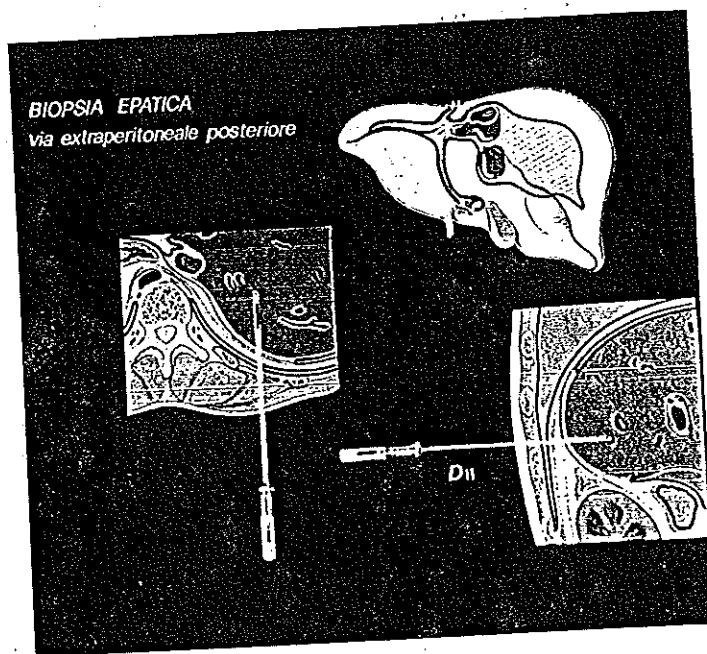


Fig. 2 - Esecuzione di un'agobiopsia per via posteriore. - Illustrazione della tecnica.

Nella immagine in alto a destra è disegnata la superficie posteriore del fegato: l'ago deve penetrare nel legamento coronario in posizione sicuramente laterale rispetto alla cava inferiore. Nelle altre due immagini è indicato il tragitto seguito dall'ago in una sezione orizzontale e in una sagittale: i piani attraversati sono costituiti dall'11° spazio intercostale, dal cavo pleurico al di sotto del margine inferiore del polmone, dal diaframma e dal legamento coronario.

coronario dx. La sicurezza della tecnica è legata al dato anatomico che il tessuto connettivo a livello dell'inserzione del legamento coronario sul diaframma è molto compatto in modo da opporsi all'estendersi di un eventuale spandimento biliare o emorragico.

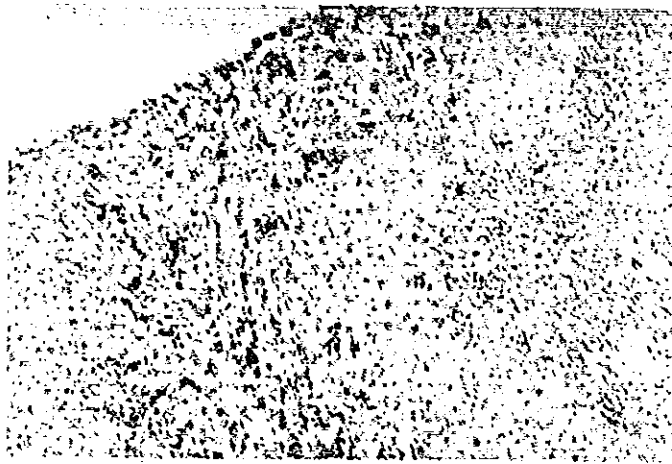


FIG. 3

Il frammento agobiopsico evidenzia istologicamente un quadro di fegato da stasi biliare extraepatica. Il paziente presentava 15 mg% di bilirubina diretta con 480 di GPT; in altro reparto non era stato possibile eseguire una agobiopsia epatica a causa dell'intenso ittero; la tecnica per via posteriore extraperitoneale consentì l'esecuzione dell'esame che permise di arrivare alla diagnosi di ittero ostruttivo.

Casistica

Dall'ottobre 1974 nel nostro Istituto sono state eseguite 202 agobiopsie epatiche transcutanee per via posteriore.

L'istologia ha permesso di suddividere i pazienti agobiopsiati come indicato nella seguente tabella (tabella I).

TABELLA I

Diagnosi istopatologica	N. casi
1. Cirrosi epatica	111
2. Fibrosi epatica	16
3. Cancro-cirrosi Epatoma	8
4. Metastasi epatiche	5
5. Steatosi	6
6. Epatite acuta	4
7. Epatite cronica	13
8. Stasi biliare da ostruzione extraepatica	9
9. Stasi biliare intraepatica	3
10. Fegato da stasi congestizia	2
11. Fegato normale	20

Evidentemente tale casistica risente dell'indirizzo particolarmente orientato nel nostro Istituto verso lo studio e il trattamento degli ipertesi portali con pregresse o attuali emorragie da rottura di varici esofagee. Sono proprio le caratteristiche particolari dei nostri pazienti che ci hanno indotto ad utilizzare la tecnica agobiopsica per via posteriore: infatti ben il 70% di essi veniva a trovarsi in una di quelle situazioni che rappresentano una precisa e rigorosa controindicazione alla esecuzione di una agobiopsia per via antero-laterale.

Significativa è la seguente tabella (tabella II).

TABELLA II
Numero totale agobiopsie: 202

	N. casi
Bilirubina diretta maggiore di 2 mg%	41 (20,3%)
Bilirubina diretta maggiore di 10 mg%	10 (5,0%)
Piastrine inferiori a 60.000	60 (29,7%)
Ascite	108 (53,4%)
Ascite grave	48 (23,7%)
Attività protrombina minore di 40%	21 (10,4%)

Con la tecnica per via posteriore sono state eseguite agobiopsie in pazienti con bilirubina diretta superiore a 30 mg% (fig. 3) e con piastrine inferiori a 60.000.

Incidenti e insuccessi

Su 202 agobiopsie non dobbiamo segnalare nessun incidente tale da arrecare un danno obbiettivabile al paziente: solo in due casi abbiamo documentato una piccola fistola artero-venosa intraepatica (la maggior parte dei nostri pazienti viene sottoposta in un tempo successivo all'agobiopsia epatica ad una arteriografia selettiva del tripode e della mesenterica superiore); la fistola non ha arrecato alcun danno significativo ai pazienti che sono stati regolarmente sottoposti a shunt porto-cavale. Dobbiamo segnalare invece 5 casi in cui il prelievo biopsico era costituito non da un frammento epatico ma da tessuto cellulo-adiposo (2 casi) con minimi frustali di tessuto polmonare.

TABELLA III
Numero totale agobiopsie: 202

Complicanze	N. casi
Fistola artero-venosa	2
Tessuto cellulo-adiposo con frammenti minimi di tessuto polmonare	5

Tali insuccessi ci hanno indotti a un preliminare più attento esame radiologico delle ultime coste con lo scopo di evidenziare talune anomalie che talora possono ingannare nell'identificazione del punto anatomico di penetrazione dell'ago.

Va segnalato come l'eventuale erronea biopsia sia perfettamente tollerata dal paziente e non sia del resto prerogativa della via agobiopsica posteriore.

Conclusioni

La tecnica agobiopsica per via posteriore è tecnica sicura, eseguibile in qualsiasi paziente indipendentemente dalla sua situazione clinica ed ematochimica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ANDREONI B.: « Contributo dell'agobiopsia epatica nella risoluzione di alcuni problemi di chirurgia d'urgenza ». - Atti del 2° Congresso Internazionale di Chirurgia d'Urgenza - Zurigo, 1975 - Ed. Perimed, Erlangen.
- 2) PRIOTON J.B.: « La cholangiographie par ponction extraperitoneale du foie ». - La Presse Medicale, 58: 2308, 1960.
- 3) STAUDACHER V., BEVILACQUA G., DI CARLO V., ANDREONI B., CHIESA R., CRISTALLO M., MANZULLO V., NESPOLI A., STAUDACHER C.: « Tentativi di razionalizzazione del programma terapeutico delle emorragie massive da ipertensione portale ». - In corso di stampa su Minerva Chirurgica, 1977.