

4

Notfallchirurgie Urgent Surgery

2. Internationaler Kongreß für Notfallchirurgie
in Zürich vom 19. bis 21. Juni 1975

Kongreßbericht Band 1

Herausgegeben von
H. U. Buff, W. Glinz, Zürich



Verlag Dr. med. D. Straube, D-8520 Erlangen 1976

Substitutionstherapie bei Hämophilie (P.W. Straub).....	419
L'exsanguino-trasfusione nel trattamento preoperatorio dell'emofilico (G. Cantaluppi, A. Pesenti, G. Zandandrea).....	423
Considerazioni su alcuni aspetti dell'emergenza chirurgica nell'emofilia (T. Chiesa, A. Capitano).....	427
Etude de 24 interventions urgentes effectuées chez des hémophiles (P. Truchet, B. Noel, C. Bossier, R. Chappon, J. Vialla)	431
Probleme in der Behandlung chirurgischer Erkrankungen bei Hämophilie-Patienten (W. Saggau, A. Encke).....	437
Orthoädische und chirurgische Eingriffe an der unteren Extremität bei Hämophilie (P. Hofmann, H.H. Brackmann, H.L. Klammer).....	433
Operationsprobleme bei Hämophilie (J. Beyeler, H. Müller)	447
Handchirurgische Eingriffe bei Hämophilie (H.L. Klammer, H.H. Brackmann, P. Hofmann).....	451
Operative Eingriffe bei Hämophilie in der Bauchchirurgie (V. Tilsner, H.P. Eichfuss, E. Farthmann).....	459

Pe
(F)
Di
(F)
Ve
(J)
Di
(G)
Mo
del
(G)
Di
(A)
Ve
Ext
(J).

VII. Freie Mitteilungen

Exposés libres

Comunicazioni libere

Free communications

Iatrogen perforierende Verletzungen des Kolons und Rektums (J. Euler, B. Fischer).....	465
Contributo dell'agobiopsia epatica nella risoluzione di alcuni problemi di chirurgia d'urgenza (B. Andreoni).....	467
Diagnostica e terapia degli ematomi retroperitoneali (D.D'Amico, G. Flavia, A. Tropea, R. Biasiato).....	473

Istituto di Chirurgia Generale d'Urgenza dell'Università di Milano

CONTRIBUTO DELL' AGOBIOPSIA EPATICA NELLA RISOLUZIONE DI ALCUNI
PROBLEMI DI CHIRURGIA D'URGENZA

B. Andreoni

Hepatic needle-biopsy in emergency surgery.

Summary

Histology can sometimes answer a question as to the origin of jaundice. It may be of help in deciding whether a shunt is indicated in a case of bleeding due to portal hypertension. The technique used in such cases is posterior percutaneous needle-biopsy. The histological examination of the liver counts among the basic routine tests.

L'agobiopsia epatica, nell'esperienza condotta nell'Istituto di Chirurgia d'Urgenza dell'Università di Milano, ha dimostrato di essere uno strumento d'indagine che può dare utili indicazioni in alcune situazioni cliniche nelle quali il chirurgo d'urgenza può imbattersi.

Nella prima tabella sono segnalati i due gruppi di pazienti di nostra competenza in cui è utile eseguire una agobiopsia epatica; ciascun gruppo è individuato da alcuni caratteri clinici:

Tutti i pazienti che rientrano nei 2 gruppi suddetti andrebbero sottoposti di routine ad una agobiopsia epatica nelle prime ore successive all'ingresso in un reparto di chirurgia d'urgenza.

La biopsia epatica transcutanea per via antero-laterale trova però proprio nei pazienti suddetti molto spesso una controindicazione alla sua esecuzione per la presenza di ascite o di ittero superiore ai 2 mg% o di attività di protrombina inferiore ai 40 - 50 % o di piastrine inferiori a 50000 - 60000.

1. gruppo	Ematemesi e/o melena Evidenziazione endoscopica di varici esofagee Condizioni generali tali da non controindicare in modo assoluto un intervento chirurgico derivativo
2. gruppo	Ittero Dolore in epigastrio - ipocondrio dx. Dati anamnestici, obiettivi ed ematochimici significativi per una epatopatia subacuta o cronica di difficile interpretazione.

Tab. 1 Requisiti dei pazienti da sottoporre ad agobiopsia in urgenza.

Per tale motivo nel nostro istituto si ricorre alla tecnica di agobiopsia per via posteriore che permette di procedere anche nelle situazioni meno favorevoli. Previa disinfezione ed anestesia locale, si incide la cute e si introduce quindi l'ago da biopsia a livello del margine superiore della 11^a 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 12 cm. In tal modo si raggiunge sicuramente il parenchima epatico per una via extraperitoneale attraversando prima lo sfondato costo-diaframmatico al di sotto del margine inferiore del polmone e successivamente il diaframma e il legamento coronario dx. Tale tecnica può essere utilizzata non solo, come è facile comprendere, nell'ascitico, ma anche nel paziente con ittero intenso e con deficit coagulatori gravi; infatti il tessuto connettivo a livello dell'inserzione del legamento coronario sul diaframma è molto compatto in modo tale da opporsi all'estendersi di un eventuale spandimento emorragico o biliare.

Consideriamo ora quale contributo l'agobiopsia epatica possa fornire nella valutazione dei pazienti ricoverati per grave enterorragia da rottura di varici esofagee condizionate da ipertensione portale.

È un problema chirurgico ancora aperto quello dell'indicazione ad un intervento derivativo in emergenza. Infatti il non intervenire con un atto chirurgico nelle prime ore successive all'inizio del sanguinamento nella speranza che l'emorragia si arresti e che le condizioni del paziente migliorino, porta in un'alta percentuale di casi alla necessità di un intervento tardivo quando la già compromessa situazione biologica epatica è stata ulteriormente aggravata da noxe legate allo shock emorragico, agli squilibri emodinamici ed al riassorbimento di sostanze tossiche. Per tale motivo da alcuni anni nel nostro Istituto l'atteggiamento dinanzi a questi malati si è fatto più aggressivo con largo ricorso ad interventi derivativi in emergenza. Una tale impostazione del problema ha reso però necessaria la ricerca di alcuni criteri di valutazione del rischio chirurgico; siamo arrivati perciò ad elaborare la seguente tabella (tab. 2) di rischio che ci dà un'indicazione attendibile sull'opportunità di un intervento in emergenza:

Dalla tabella risulta che l'agobiopsia, consentendo la identificazione delle caratteristiche morfologiche della lesione epatica, integra utilmente tutti gli elementi anamnestici (eziologia, evoluzione clinica, ascite ecc.), metabolici (proteinogenesi, biligenesi ecc.), biologici-umorali (transaminasi, LDH ecc.) ed emodinamici (sindrome iperdinamica) che consentono di proporre l'indicazione all'intervento in termini prognostici quanto più possibile accurati e di guidare nella scelta delle metodiche chirurgiche più idonee.

Negli ipertesi portali in fase di sanguinamento ci sembra, sulla scorta dei rilievi istologici, di poter distinguere schematicamente due gruppi di pazienti. Nel primo sono identificabili le lesioni tipiche dell'epatopatia cronica nella differente espressività morfologica ben nota; nel secondo al quadro cronico si sovrappongono aspetti corrispondenti a gravi alterazioni degenerative e necrobiotiche parenchimali, espressione di un danno aggiuntivo ad evoluzione acuta. Il secondo gruppo a nostro avviso costituisce controindicazione formale ad ogni programma chirurgico.

Nelle seguenti figure sono rappresentati alcuni aspetti isto-patologici (fig. 1-4).

Ci sembra che l'istologia non controindichi l'intervento in fase di urgenza nel primo gruppo di pazienti e questo perché ci si trova dinanzi ad una epatopatia non suscettibile di miglioramento, in cui però la cellula epatica è sufficientemente integra da sopportare l'insulto legato all'anestesia e allo shock operatorio.

Il secondo gruppo di pazienti invece presenta una epatopatia cronica su cui si è inserita una epatopatia acuta (scatenato da una rinnovata noxa virale o alcoolica o tossica o congestizia): in tali casi è, a nostro avviso, controindicato un intervento immediato.

-
1. Probable etiology of cirrhosis
 - postnecrotic: 6
 - alcoholic: 3
 - trophopathic: 1

 2. Age
 - until 40 years: 0
 - from 40 to 50 years: 1
 - over 50 years: add 1 for each 3 years over 50

 3. Previous hemorrhage (add 1 for each previous hemorrhage)

 4. Encephalopathy

 5. Grade of ascites

 6. Biological impairment of liver (LDH, GPT, GOT, BSF, indir. bilirub.):
 - normal values: 1
 - add 1 for each doubling of the normal value

 7. Biliary stasis:
 - dir. bilirub.
 - normal value 1
 - add 1 for each doubling of the normal value
 - alkaline phosphatase
 - normal value 1
 - add 1/4 each doubling of the normal value

 8. Albumine
 - until 3 g: 0
 - 3 g: 1
 - add 1 for each 300 mg less

 9. Prothrombin
 - 70 %: 1
 - add 1 for each 10 % less

 10. Hyperdynamic syndrome: 0 - 6
 - reduced hepatic flow
 - reduced circulation time
 - reduced peripheral resistance
 - high cardiac output
 - reduced arterial O₂-saturation

 11. Other diseases
 - diabetes
 - nephropathies

 12. Splenomegaly

 13. Needle biopsy
-

Tab. 2 Index of operability and risk sec. STAUDACHER.

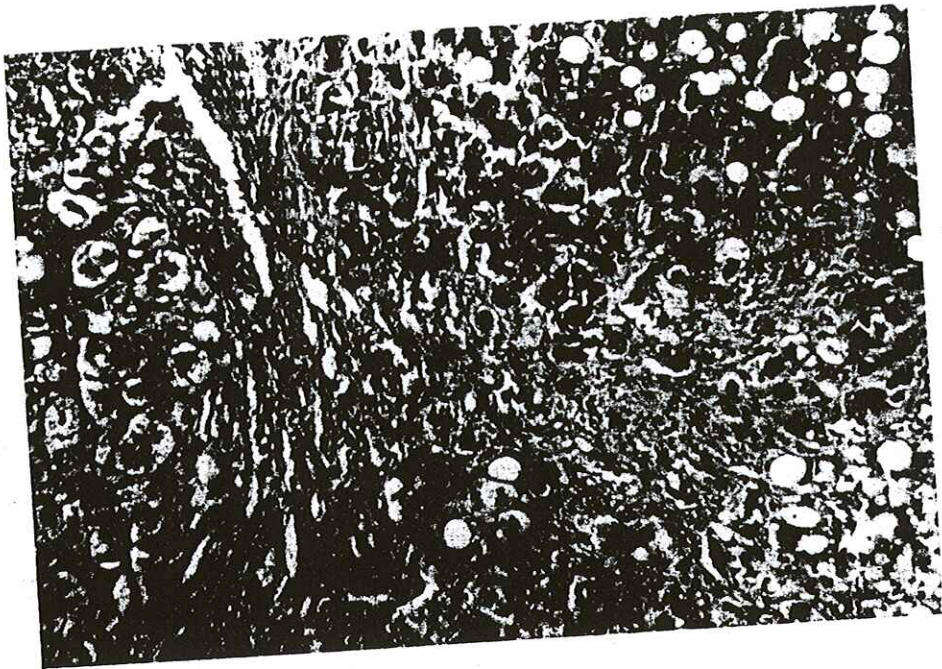


Fig. 1 Acute alcoholic hepatitis.

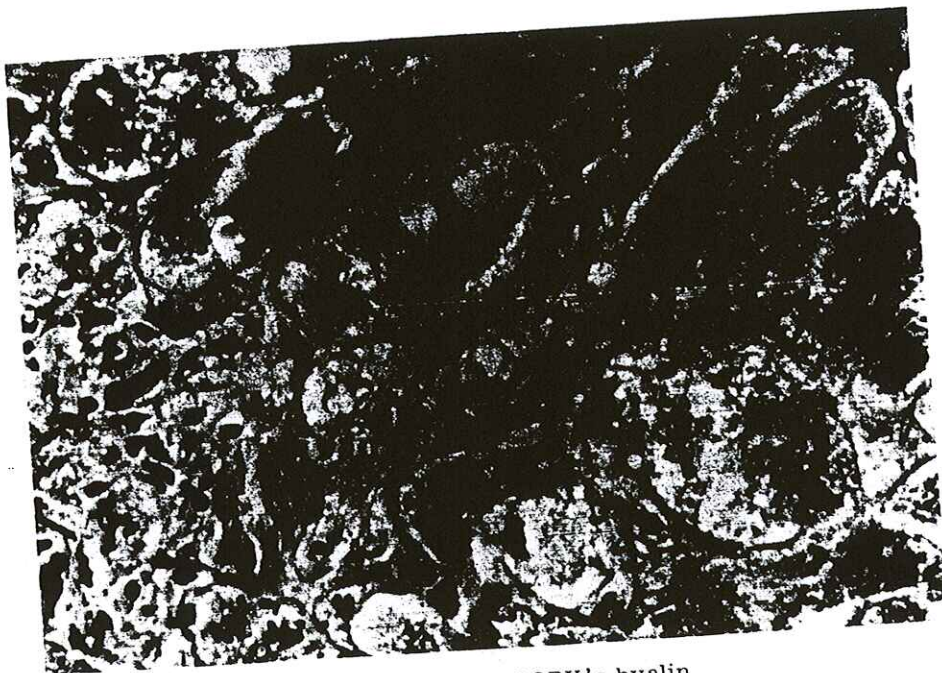


Fig. 2 Acute alcoholic hepatitis: MALLORY's hyalin.

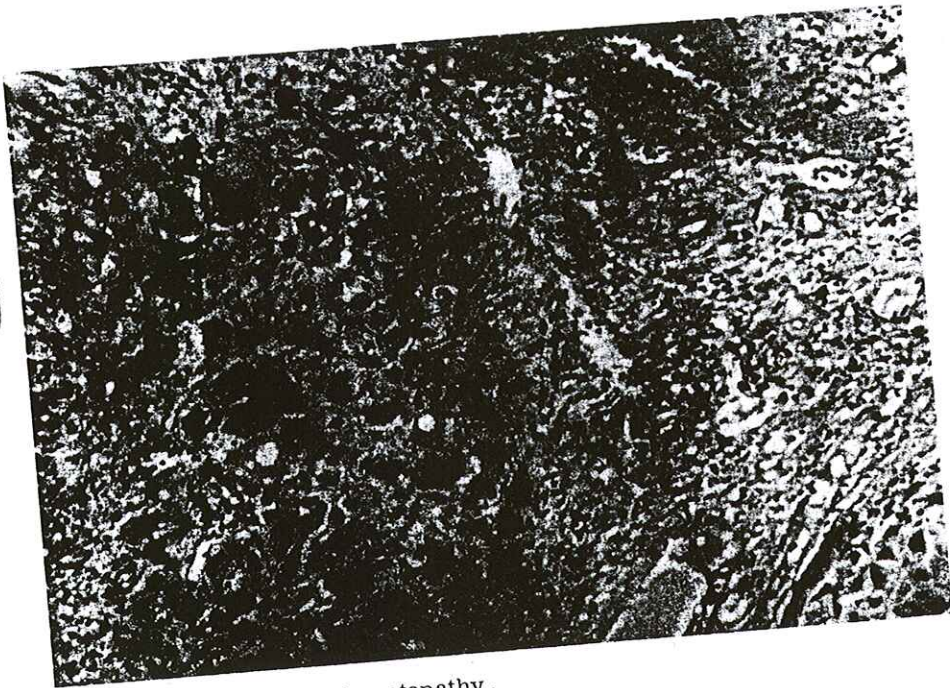


Fig. 3 Active chronic hepatopathy .

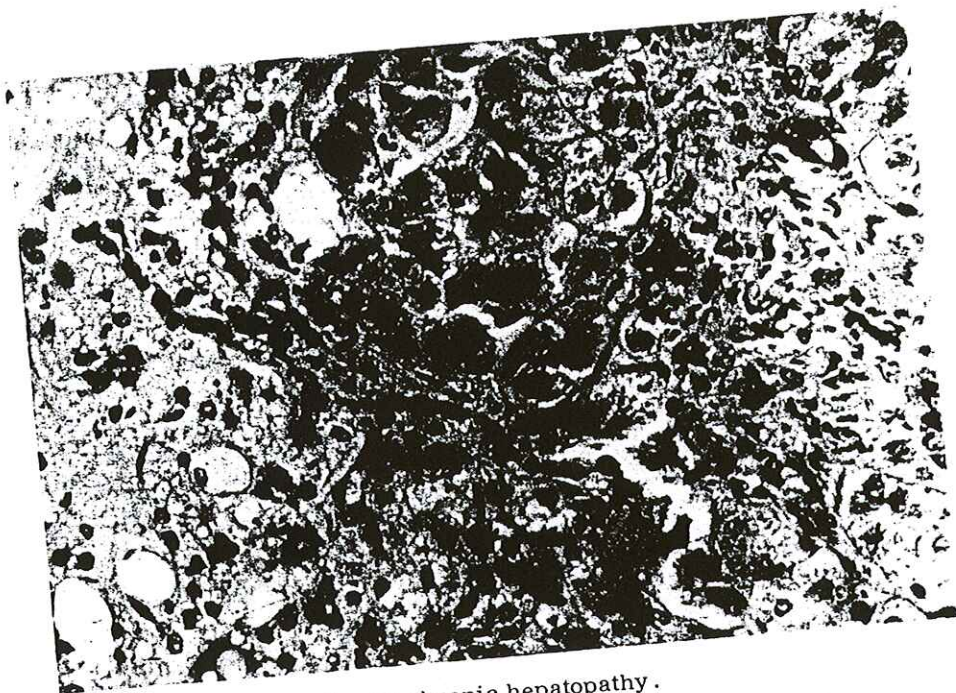


Fig. 4 Acute congestion in chronic hepatopathy .

Infatti trattasi di una epatopatia suscettibile di miglioramento in cui la cellula epatica è gravemente sofferente e perciò con molta probabilità incapace di sopportare l'insulto operatorio. Nei pazienti del secondo gruppo, una volta regredito l'episodio acuto, bisognerà valutare in fase successiva l'opportunità di un intervento derivativo di elezione.

Appare evidente dalle considerazioni precedentemente fatte che l'agobiopsia epatica deve essere praticata al momento dell'ingresso del paziente in reparto; questo anche per avere un quadro istologico del parenchima epatico non ancora alterato dalle noxe sopraggiunte a causa del sanguinamento.

Un secondo campo di applicazione in chirurgia d'urgenza dell'agobiopsia epatica riguarda quei pazienti in cui insorge una sintomatologia dolorosa in ipocondrio dx. accompagnata da ittero e in cui i dati anamnestici, obiettivi ed ematochimici indicano l'esistenza di una epatopatia: il chirurgo in alcuni casi può incontrare qualche difficoltà nel distinguere un'ostruzione delle vie biliari extraepatiche che abbia condizionato una epatopatia o che si sia associata ad una epatopatia da una epatite cronica o da una cirrosi o in alcuni casi da una epatite subacuta.

È molto importante non cadere nell'errore di eseguire un intervento chirurgico in un grave epatopatico nella presunzione sbagliata di essersi incontrati con un paziente affetto da una litiasi biliare: l'intervento inutile può essere l'insulto finale capace di far precipitare verso una grave insufficienza epatica un fegato già gravemente compromesso.

Va però riconosciuto che anche l'istologia talora è incapace di risolvere certi dubbi diagnostici: infatti anche i rilievi isto-morfologici non permettono sempre di escludere che ad una epatopatia cronica si sia associata una litiasi biliare senza significativa espressività istologica.

Bibliografia

1. MIKKELSEN, W., TURRIL, F.: Acute hyaline necrosis of the liver. Amer. J. Surg. 116 (1968) 266.
2. MIKKELSEN, W., KERN, W.: The influence of acute hyaline necrosis on survival after emergency and elective portacaval shunt. From Child: Portal hypertension.
3. HARDISON, W., LEE, F.: Prognosis in acute liver disease of the alcoholic patient. New England J. Med: 275 (1966) 61-65.
4. PRIOTON: La cholangiographie par ponction extra-péritonéale du foie. Presse méd. 68 (1960) 2308.