

ADENOMIOMATOSI DELLA COLECISTI

Considerazioni su 30 casi

L. CARAMANICO, A. GIANFERRO, U. COSTI, E. CAVALERI,
L. IZZO, M. VOLPE

Università degli Studi di Roma « La Sapienza »

I Istituto di Clinica Chirurgica e Terapia Generale

Cattedra di I Anatomia Chirurgica e Corso d'Operazioni (Titolare: Prof. P. T. Cimmino)

Estratto da MINERVA CHIRURGICA

EDIZIONI MINERVA MEDICA - TORINO

1988

ADENOMIOMATOSI DELLA COLECISTI

Considerazioni su 30 casi

L. CARAMANICO, A. GIANFERRO, U. COSTI, E. CAVALERI,
L. IZZO, M. VOLPE

Università degli Studi di Roma « La Sapienza »
I Istituto di Clinica Chirurgica e Terapia Generale
Cattedra di I Anatomia Chirurgica e Corso d'Operazioni (Titolare: Prof. P. T. Cimmino)

L'adenomiomatosi della colecisti costituisce una rara patologia scarsamente trattata nella letteratura. Gli Autori, onde contribuire al migliore inquadramento clinico-morfologico ed etiopatogenetico di tale affezione, riportano la loro esperienza fondata sull'osservazione clinica di 30 casi. Sulla base di questa, inoltre, viene evidenziato il più idoneo approccio terapeutico che è stato chirurgico in tutti i casi e che nel complesso ha garantito un risultato soddisfacente fatta eccezione per quei pazienti in cui tale affezione era, con molta probabilità, sostenuta da uno squilibrio neuro-endocrino.

Parole chiave: Adenomiomatosi della colecisti - Colecistectomia - Colesterolosi.

Nel vasto campo delle biliopatie extraepatiche alitiasiche, notevole interesse riveste l'adenomiomatosi della colecisti.

Sutherland, nel 1898, studiò questa patologia descrivendone la localizzazione a livello del fondo della colecisti. In seguito molti A. hanno ridescritto quest'affezione, ma ancora oggi non vi è una veduta unitaria circa la determinazione della sua natura^{1,2,8,9}. Infatti, il fondo della colecisti, regione priva di ghiandole, è la sede elettiva del cosiddetto adenomioma, inoltre, questa stessa denominazione anatomo-patologica, coniata dal Malpighi, è impropria in quanto indica una degenerazione ghiandolare che di fatto non esiste¹¹.

L'incidenza risulta compresa tra il 2 e il 25 % di tutte le malattie della colecisti secondo che ci si affidi a casistiche radiologiche od autoptiche. Sono colpiti individui dai 20 ai 70 anni con picco di incidenza tra

la quarta e la quinta decade di vita e con prevalenza del sesso femminile in rapporto di 2 : 1⁸.

Sulla base di tali premesse, onde contribuire al migliore inquadramento clinico-morfologico ed etiopatogenetico di tale affezione, ci sembra opportuno riportare la nostra esperienza sottolineando, al contempo, il più idoneo approccio diagnostico-terapeutico.

Casistica clinica

La nostra esperienza si riferisce a 30 casi di colecistosi osservati, dal 1974 fino al 1984, presso la Divisione Universitaria del III Padiglione di Chirurgia del Policlinico Umberto I di Roma.

La litiasi nella quasi totalità dei casi non si è associata alla colecistosi, mentre in 4 casi era presente colecistite e pericolecistite. La colesterolosi ha mostrato un'incidenza del 44 %; isolatamente anche le « adenomiomatosi » hanno presentato un'incidenza del 44 %, le forme miste (colesterolosi e « adenomiomatosi ») del 12 % (tabella I).

TABELLA I. — Incidenza delle varie lesioni anatomo-patologiche (30 casi).

Tipo di lesione	N. casi	%
Colesterolosi	13	44
Adenomiomi del fondo	7	22
Adenomiomatosi segmentaria con bi- loculazione della colecisti	3	11
Adenomiomatosi diffusa	3	11
Adenomiomatosi + Colesterolosi	4	12
Totale	30	100

TABELLA II. — *Follow-up su 30 pazienti operati (a distanza di 3 anni dall'intervento).*

Condizioni di salute	N. casi	%
Condizioni buone	21	70
Condizioni soddisfacenti	7	24
Condizioni cattive	2	6
Totale	30	100

Ventisei dei pazienti esaminati (86 %) era di sesso femminile, l'età media è stata di 33 anni. È da rilevare che le donne tra i 50 e 60 anni hanno avuto una frequenza di « adenomiomatosi » pari all'1-2 % rispetto a tutte le colecistopatie.

Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad intervento di colecistectomia. È stata preferita la via d'accesso paramediana per l'ottima esposizione del campo operatorio unita all'agevole ricostruzione del piano muscoloaponeurotico. Si è sempre effettuata una colangiografia intraoperatoria per un accurato studio della VBP.

Previa legatura e sezione dell'arteria cistica e del dotto omonimo è stata liberata la colecisti con costante ripertoneizzazione del letto (colecistectomia sottosierosa); in 15 casi si è proceduto al posizionamento di un drenaggio sottoepatico rimosso, successivamente, in ottava giornata.

Questo tipo di intervento ha dato ottimi risultati con percentuali bassissime di complicanze intra- e post-operatorie. In tutti i casi è stato eseguito l'esame istologico estemporaneo del pezzo chirurgico asportato.

Il follow-up, effettuato in tutti i pazienti a distanza di 3 anni dall'intervento, ha dimostrato che 21 dei pazienti trattati godevano buone condizioni di salute (remissione completa della sintomatologia), 7 condizioni discrete (dispepsia e dolori transitori), 2 cattive condizioni (dispepsia e coliche epatiche recidivanti) (tabella II).

Discussione

Attualmente, da un punto di vista etiopatogenetico, si ritiene che tre siano i fattori principali responsabili dell'adenomiomatosi del fondo della colecisti:

a) fattori di natura meccanica: la displasia della colecisti e/o alterazioni organofunzionali localizzate a livello della regione cervicocistica determinano un cospicuo incremento della tensione endovescicolare¹¹;

b) fattori di natura endocrina: l'introduzione diretta in colecisti, o l'inoculazione per via parenterale di ormoni e di sostanze di natura steroidea determina l'insorgenza di fenomeni iperplastici a livello della mucosa (follicolina, testosterone, progesterone, estradiolo);

c) fattori di natura malformativa: Arianoff propone la presenza di un difetto congenito di vacuolizzazione della colecisti, o di un amartoma, o di un abbozzo di colecisti bilobata. La lesione si presenterebbe in origine in forma microscopica e asintomatica¹².

Macroscopicamente la neoplasia si presenta come una piccola ciliegia di 2 cm di diametro che solleva la sierosa non alterata. All'indagine macroscopica intraluminali si presenta come un'emisfera di 4-6 mm di spessore, conformata a vulcano con formazioni crateriformi multiple ove si repertano bile e calcolini pigmentari⁸. Il quadro microscopico è caratterizzato dai seni di Rokitsky-Aschoff che producono tragitti tortuosi e cavità cistiche con bile e calcoli intramurali; da metaplasia intestinale, ipertrofia dello strato muscolare, assenza di flogosi. La base istopatologica è una proliferazione dell'epitelio mucoso con formazione di diverticoli che si approfondano giungendo fino alla sottomucosa.

La sintomatologia può essere scarsa o addirittura assente. Nella maggior parte dei casi il paziente riferisce dolore localizzato all'epigastrio ed irradiato all'ipocondrio ed alla spalla destra, in genere di durata variabile da 30 a 60 minuti ed associato ai pasti principali.

Con il progredire della malattia la durata delle coliche aumenta fino a 2-3 ore. Al termine delle crisi può essere presente nausea, vomito, pallore, subittero, febbre, positività del segno di Murphy.

Solo le indagini ecografica, radiologica e la TAC possono dirimere i dubbi nella diagnosi differenziale con la litiasi. Il dolore dell'adenomiomatosi sembra essere causato dalla maggiore rigidità nello svuotamento della vescicola e da un'intensa contrazione della parete, mentre altri sostengono l'ipotesi di un processo flogistico o spastico della parete.

Sul piano diagnostico l'ecografia è l'indagine di elezione alla quale possono integrativamente associarsi la stratigrafia e soprattutto la colecistografia a doppio contrasto^{13 14}. Quest'ultima in particolare può mostrare

dei segni patognomonic: aumento dell'opacità dell'organo, della tensione endoluminale e della velocità di svuotamento (triade di Jutras); inoltre, si può evidenziare un difetto di riempimento a mo' di nicchia sita sotto il fondo; come detto la TAC completa il quadro delle indagini strumentali.

Lo studio della bile attraverso la puntura esplorativa intraoperatoria ha fatto notare, nei pazienti da noi osservati, come un aumento dei sali biliari, del colesterolo e del potassio sia esclusivo appannaggio dell'adenomiomatosi.

Da un punto di vista terapeutico, infine, la colecistectomia rappresenta il trattamento elettivo, anche per le forme che si accompagnano a flogosi e litiasi^{10 11}.

Conclusioni

Il follow-up condotto minimo a tre anni dall'intervento, ha dimostrato che una bassa percentuale di pazienti ha continuato ad accusare una sintomatologia uguale o simile a quella presente prima dell'intervento (tabella II).

Questo aspetto particolare crea non pochi dubbi, in quanto l'etiologia del dolore sembrava fosse certamente di natura organica. In questi casi, invece, trova fondamento l'ipotesi che alla base di tale affezione, in pazienti iperstenici di età relativamente giovane (25-40), esiste uno squilibrio neuro-endocrino. Per tale motivo a causa delle conosciute turbe ormonali della donna, riteniamo che il trattamento chirurgico, indicato in entrambi i sessi, sia più specifico per il sesso maschile poiché, come emerge dalla nostra esperienza, garantisce risultati più soddisfacenti.

Summary

L. Caramanico, A. Gianferro, U. Costi, E. Cavaleri, L. Izzo and M. Volpe: Adenomyomatosis of the gall-bladder: remarks on 30 cases. — Adenomyomatosis of the gall-bladder is a rare pathology infrequently reported in the literature. Personal experience of 30 cases is reported

in order to identify the morphological, etiopathogenetic and clinical aspects of that affection. The correct therapeutic approach is surgical and was applied in all cases with satisfactory results, except for some patients suffering from a neuroendocrine alteration.

Key words: Adenomyomatosis of the gall-bladder - Cholecystectomy - Cholesterinosis.

Bibliografia

- 1) Arianoff AA. Les colecistoses. Bruxelles: Arsacia, 1966.
- 2) Arianoff AA. Considerations à propos de 679 cas eperes. Gazz Sanit 1973;7:8-9.
- 3) Arnaud JP, Gramfort JL, Weill-Bousson M, Dahly R, Adloff M. Contribution to the study of cholecystoses. Clinical, radiological and pathological analysis (Author's transl). Ann Chir 1980;34(2):111-7.
- 4) Blaschke U, Barten M. Intramural diverticulosis and adenomyomatosis of the gall-bladder. Z Gesamte Inn Med 1978;33(3):85-7.
- 5) Carter SJ, Rutledge J, Hirsch JH, Vracko R, Chikos PM. Papillary adenoma of the gall-bladder: ultrasonic demonstration. JCU 1978;6(6):433-5.
- 6) Cirenei A, Hess W. Chirurgie du foie des voies biliaires et du pancreas. Padova: Piccin, 1977.
- 7) Colleson L, Rauber M, Jaquelin M, Nitch B. Les cholecystopathies a sinus de Rokitanski-Aschoff. Rev Med Nancy 1957;5:182.
- 8) Gergery M, Papp Z, Csonka C, Orosz E, Tasi I. Incidence of cholecystoses. Orv Hetil 1979;120(12):691-5.
- 9) Hidalgo HJ, Lewicki AM. Adenomyomatosis of the gall-bladder. Am J Gastroent 1980;73(1):81-4.
- 10) Kamski DL, Hahrwold DL. Neurohormonal control of biliary secretion and gall-bladder function. World J Surg 1979;3(4):449-56.
- 11) Labo G, Cavassini GB, De Maurizi M, Lenzi E. Aspetti istopatologici delle colecistiti croniche alitiasiche. Arch Ital Anat Istol Patol 1959;33:441.
- 12) Piezga S, Tyschkiewicz S, Turczynski J, Szlarz Z. Adenomatous hiperplasia in chronic cholecystitis and its significance in carcinogenesis. Wiad Lek 1979;31(23):1667-70.
- 13) Suzuki T. Clinical significance of the gall-bladder enlargement and contraction studied by ultrasonotomography (Author's transl). Nippon Shokakiby Gakkay Zasshi 1980;77(3):415-22.
- 14) Varola F, Oliaro A, Benzo ML, Beccaria A, Aimone U, Massa F, Beccaria E, Formento E, Toppino M. Cholecystosis. Min Chir 1977;32(13-14):883-918.

Indirizzo per la richiesta di estratti: Dott. L. Caramanico - Via della Bufalotta, 829 - 00138 Roma.