

# Malattie dell'appendice

A. Pariente, O. Bonnefoy

*L'appendicite acuta semplice e l'appendicite acuta complicata sono probabilmente due malattie distinte e non due stadi evolutivi. La clinica dell'appendicite acuta tipica (dolore migrante verso la fossa iliaca destra, nausea, febbre moderata, difesa della fossa iliaca destra, polinucleosi neutrofila) nell'adulto giovane è sufficiente per la diagnosi. L'assenza di difesa, di febbre, di neutrofilia e di aumento della proteina C-reattiva permette di riesaminare soltanto il paziente dopo 24-48 ore. Nelle forme ectopiche e/o atipiche, nel bambino, nella donna e negli anziani, la diagnostica per immagini è utile, privilegiando l'ecografia nel bambino e nella donna giovane (per evitare un'irradiazione inutile) e la TC in caso di complicanze (peritonite, occlusione, ecc.) o di obesità. Il trattamento dell'appendicite acuta è l'appendicectomia in urgenza con terapia antibiotica all'induzione. Le appendiciti granulomatose possono essere (raramente) dovute a una malattia di Crohn, a una yersiniosi e a un'appendicite subacuta. I tumori neuroendocrini (ex carcinoidi) appendicolari sono, di solito, scoperti su un pezzo di appendicectomia; il loro trattamento dipende dalle loro caratteristiche anatomopatologiche. I tumori mucinosi dell'appendice causano un mucocele appendicolare; spesso maligni, essi possono rompersi ed essere all'origine di una malattia gelatinosa del peritoneo.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

**Parole chiave:** Appendice; Appendicite; Peritonite; Tumori dell'appendice

## Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Appendicite acuta	1
Fisiopatologia	1
Lesioni anatomopatologiche	1
Sintomi	2
Diagnosi dell'appendicite acuta	2
Trattamento dell'appendicite acuta	3
■ Altre malattie dell'appendice	3
Appendicite granulomatosa	3
Tumori neuroendocrini (ex «carcinoidi») appendicolari	4
Tumori mucinosi appendicolari	4

## ■ Introduzione

Le funzioni dell'appendice vermiforme restano oscure; le sue malattie non sono, peraltro, meno frequenti o rare, fonti di insidie diagnostiche e di condotte terapeutiche difficili e in evoluzione. Nel 1997, 130 000 appendicectomie erano state realizzate in Francia per sospetto di appendicite acuta (2/1 000 abitanti/anno, 30% degli interventi di chirurgia digestiva); nel 2011, sono state realizzate 80 000 appendicectomie.

## ■ Appendicite acuta

### Fisiopatologia

I dati epidemiologici recenti suggeriscono fortemente che la forma complicata di appendicite (perforata, gangrenosa) non è l'evoluzione della forma non complicata (catarrale, flemmonosa), ma che si tratta di due forme distinte di appendicite acuta di fisiopatologia differente.

I lavori di un epidemiologo americano hanno dimostrato che le forme non complicate (70% delle appendiciti acute) avevano un'incidenza che variava con le stagioni, che tendeva a diminuire complessivamente dopo i 30 anni e che si avvicinava a quella delle diverticoliti sigmoidee non complicate<sup>[1,2]</sup>. Le forme complicate (30% delle appendiciti acute) hanno un'incidenza che rimane stabile da 30 anni, simile a quella delle diverticoliti sigmoidee complicate<sup>[1,2]</sup>.

Al di fuori di queste situazioni, un'appendicite può essere la modalità di rivelazione (rara) di un tumore: si tratta, allora, di una forma complicata.

### Lesioni anatomopatologiche

Le appendiciti acute non complicate sono o catarrali (infiltrazione di polimorfonucleati e ulcerazioni della mucosa dell'appendice, lesioni indispensabili per la diagnosi positiva di appendicite acuta) o flemmonose (infiltrazione edematosa di tutta la parete).

**Tabella 1.**

Frequenza dei sintomi e dei segni nella sindrome appendicolare acuta [2].

Dolore alla fossa iliaca destra	100% (per definizione)
Nausea	58%
Vomito	43%
Anoressia	41%
Dolore periombelicale iniziale	49%
Durata < 5 giorni	69%
Dolore alla decompressione	30%
Difesa della fossa iliaca destra	65%
Leucocitosi > 10 000/ $\mu$ l	63%
Temperatura > 37,5 °C	66%

Le appendiciti acute complicate sono o gangrenose o perforate. È molto probabile che la perforazione sia la conseguenza di una gangrena localizzata della parete dell'appendice. Il coprolita è un fattore predittivo di perforazione appendicolare, il che lascia ipotizzare che esso induca soprattutto una necrosi della parete dell'appendice piuttosto che un'«ostruzione» come si pensava in passato.

I dati dell'esame clinico possono lasciar prevedere raramente la forma complicata o meno di appendicite (fin quando non vi è una peritonite generalizzata). È la classica dissociazione anatomo-clinica che ha spinto tanti medici (e chirurghi) a operare invece di misconoscere una forma complicata.

Infine, l'esame anatomopatologico, sistematico, può identificare un tumore (cfr. infra).

**Sintomi** [2,3]

L'appendicite acuta tipica (Tabella 1) si manifesta con dei dolori alla fossa iliaca destra spesso di comparsa brutale, inizialmente periombelicali nella metà dei casi o epigastrici, che evolvono per parossismi, associati a piccoli disturbi digestivi (nausea, raramente vomiti, anoressia e/o disturbi del transito). La febbre è, di solito, moderata (37,5°C-38,5°C). All'esame obiettivo, è presente un dolore provocato alla fossa iliaca destra associato a una difesa che segna la diagnosi. Talvolta, i segni sono meno marcati e si deve ricercare un dolore alla decompressione brutale della fossa iliaca destra o sinistra (che mobilita anche il peritoneo parietale).

Secondo la situazione dell'appendice (ectopica), i dolori possono essere nell'ipocondrio destro (simulando una colecistite in caso di appendice sottoepatica), pelvici con tenesmo vescicale (simulando una cistite in caso di appendice pelvica), al fianco destro o, anche, posteriori e lombari destri con, a volte, una psoite (in caso di appendice retrocecale).

In caso di peritonite acuta che complica una perforazione, vi è una difesa generalizzata.

Un'occlusione febbrile in un soggetto giovane deve far sospettare un'appendicite complicata da un piastrone (perforazione con apposizione di anse del tenue).

Eccezionalmente, un'appendicite può essere responsabile di uno shock infettivo, di una setticemia e, perfino, di ascessi del fegato.

Nel lattante, sono possibili agitazione, insonnia, rifiuto del cibo, diarrea e febbre elevata, che ritardano spesso la diagnosi. Nella donna gravida, dopo il primo trimestre, l'appendice migra nell'ipocondrio destro. Nei pazienti anziani, i segni fisici sono classicamente più discreti.

**Diagnosi dell'appendicite acuta**

Sono possibili tre situazioni schematiche e due casi particolari [4].

L'esistenza di un dolore e di una difesa (contrattura dolorosa involontaria dei muscoli della parete addominale) alla palpazione della fossa iliaca destra, che può essere riprodotta dalla decompressione brutale della fossa iliaca sinistra, è tipica di



**Figura 1.** Sezione longitudinale ecografica dell'appendice normale (sonda ad alta frequenza 12 MHz). Struttura ceca che nasce dallo sfondo caecale di diametro anteroposteriore inferiore a 6 mm (3,5 mm in questo paziente).



**Figura 2.** Sezione assiale ecografica dell'appendice normale (sonda ad alta frequenza 12 MHz). Immagine arrotondata senza peristalsi di diametro anteroposteriore inferiore a 6 mm (3,5 mm in questo paziente).

un'appendicite acuta ed è quasi sufficiente per la diagnosi, salvo il caso in cui il terreno (donna giovane) possa far sospettare una diagnosi alternativa. I segni laboratoristici infettivi (polinucleosi neutrofila presente in otto casi su dieci e aumento della proteina C-reattiva [PCR] al di sopra di 8 mg/l) non sono specifici. Si impone un'appendicectomia.

Solo in caso di dubbio diagnostico ma con dei segni conclamati (segni peritoneali della fossa iliaca destra in una donna giovane, assenza di difesa ma dolore provocato netto, febbricola e segni laboratoristici infettivi), sono indicati degli esami morfologici.

L'ecografia (Figg. 1-4) può visualizzare l'appendice di diametro aumentato, con una parete di più di 3 mm e un dolore al passaggio della sonda. Essa serve (soprattutto nella donna, particolarmente durante la gravidanza) a escludere delle diagnosi differenziali (Tabella 2). Operatore-dipendente, essa ha valore solo se l'appendice è ben visualizzata.

È soprattutto la TC (Figg. 5, 6) che, identificando un'appendice di più di 6 mm di diametro, pone la diagnosi di appendicite acuta in quasi il 100% dei casi. La TC permette anche di escludere un'appendicite acuta se l'appendice ha dimensioni normali e/o di porre una diagnosi alternativa. L'irradiazione non è trascurabile, in particolare nel bambino e nell'adulto giovane, e la TC non deve, quindi, essere sistematica. L'iniezione di mezzo di contrasto è controindicata in caso di allergia allo iodio e di insufficienza renale.

La risonanza magnetica è in fase di valutazione.

Infine, qualora non esistano né difesa, né febbre, né iperleucocitosi, il paziente può essere rinvio al domicilio e rivisto 48 ore

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465003>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465003>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)