

Emergenze Medico - Chirurgiche

Prof. Giovanni Docimo

III Divisione Chirurgia Generale
e Oncologica

giovanni.docimo@unina2.it

Emergenze medico chirurgiche

Programma di Chirurgia d'Urgenza

- Peritoniti diffuse
- Peritoniti circoscritte
- Emorragie digestive
- Appendicite acuta
- Complicanze diverticolo di Meckel
- Colecistite acuta
- Colangiti
- Itteri meccanici
- Lesioni iatrogeniche delle vie biliari
- Pancreatite acuta
- Complicanze ernie parete addominale
- Occlusioni intestinali
- Complicanze della diverticolosi
- Infarto intestinale
- Il politraumatizzato
- Traumi addominali
- Traumi toracici

❖ IN RAPPORTO ALLA ESTENSIONE LE PERITONITI SI POSSONO SUDDIVIDERE IN:

- **DIFFUSE O GENERALIZZATE**
- **LOCALIZZATE O CIRCOSCRITTE**
- **PELVIPERITONITI**

ESTENSIONE CONDIZIONATA DALLA EZIOLOGIA DELLA PERITONITE, NATURA E SEDE DELLA LESIONE DETERMINANTE, CAPACITÀ DI DIFESA ORGANICA

❖ IN RAPPORTO ALLA EVOLUZIONE LE PERITONITI SI POSSONO SUDDIVIDERE IN:

- **ACUTE**
- **CRONICHE**

IL DECORSO È IN GENERE SEMPRE ACUTO IMMEDIATO O A DISTANZA DI QUALCHE ORA DALL'EVENTO CAUSALE, CON EVOLUZIONE IN ALCUNI CASI VERSO LO SHOCK SETTICO IPOVOLEMICO O VERSO INSUFFICIENZE MULTIPLE DI ORGANO

LE PERITONITI CRONICHE SONO RARE: TUBERCOLARE, PERITONITI SETTICHE DIFFUSE CRONICIZZATE, PANCREATITE NECROTICO EMORRAGICA, PERITONITE INCAPSULANTE AD EZIOLOGIA VARIA (TUBERCOLOSI, ASCITE CRONICA, NEOPLASIA, IDIOPATICA).

PERITONITI

INFIAMMAZIONI DEL PERITONEO IN RISPOSTA A LESIONI DELLA SIEROSA.

EVOLUZIONE DIFFERENTE IN RAPPORTO A EZIOLOGIA ED ESTENSIONE

EZIOPATOGENESI:

PRIMITIVE (RARE) E SECONDARIE. QUESTE ULTIME SONO DETERMinate DA: FLOGOSI E PERFORAZIONE DI VISCERE ADDOMINALE (APPENDICITE, DIVERTICOLITE DEL COLON, COLECISTITE ACUTA, ULCERA PEPTICA, MORBO DI CROHN, ERNIA STROZZATA, INFARTO MESENTERICO, NEOPLASIA DEL COLON, OCCLUSIONE INTESTINALE MECCANICA PROLUNGATA, COLITE ISCHEMICA, ASCESSE SALPINGO OVARICO)

PERITONITI

TRAUMI PENETRANTI O CHIUSI DELL'ADDOME, EMOPERITONEO (GRAVIDANZA EXTRAUTERINA, CISTI OVARICA, ROTTURA DI MILZA, FEGATO, MESENTERI, ANEURISMA AORTICO), IATROGENE (ESAMI ENDOSCOPICI, AGOBIOPSIA ADDOMINALE, MANOVRA RADIOLOGICHE INVASIVE, IRRIGAZIONE DI STOMIE), POST-OPERATORIE (DEISCENZE ANASTOMOTICHE, RACCOLTE SETTICHE NON DRENATE), DA DISSEMINAZIONE PER VIA LINFOEMATICA (POLMONITE, TBC)

PERITONITI

EZIOPATOGENESI 2

- **PERITONITI SETTICHE PRIMITIVE: RARE (E. COLI, STREPTOCOCCUS, PNEUMO-COCCUS, KLEBSIELLA, PROTEUS) E ASSOCIATE A STATI DI ANERGIA, IN PAZIENTI CON CIRROSI, INSUFF. RENALE, LUPUS**
- **PERITONITI SETTICHE SECONDARIE: CAUSATE DA FLORA POLIMICROBICA IN SEGUITO A FOCOLAI DI INFEZIONE DI VISCERI PER CONTIGUITÀ, A PERFORAZIONE DI VISCERI A CONTENUTO BATTERICO, PER ISCHEMIA ED INFARTI INTESTINALI**
- **PERITONITI ASETTICHE (CHIMICHE) CAUSATE DA SPANDIMENTO DI SECREZIONI O MATERIALE IN PERITONEO CHE IN RAPPORTO ALLA PRESENZA DI BATTERI SI TRASFORMA IN PERITONITE SETTICA**

PERITONITI

EZIOPATOGENESI 3

- ✓ **PERITONITI BILIARI (COLEPERITONEO) DA LESIONE IATROGENA O DEISCENZA ANASTOMOTICA A LIVELLO DELLE VIE BILIARI, DA FILTRAZIONE BILIARE DA SOVRADISTENSIONE, DOPO PUNTURE PERCUTANEE DEL FEGATO, DA TRAUMA;**
- ✓ **PERITONITI DA SUCCO GASTROENTERICO IN SEGUITO A PERFORAZIONE DI ULCERA PEPTICA O DI NEOPLASIA GASTRICA, DA TRAUMA GASTRODUODENALE, DA DEISCENZA DI SUTURA GASTRICA E DUODENALE;**
- ✓ **PERITONITI DA SUCCO PANCREATICO DA PANCREATITE, DEISCENZE ANASTOMOTICHE E TRAUMI;**
- ✓ **UROPERITONEO DA TRAUMI, IATROGENO, DA DEISCENZA ANASTOMOTICA; DA MUCO (MUCOCELE, CISTI).**

LA PERITONITE DIFFUSA: INTERESSAMENTO FLOGISTICO DI QUASI TUTTA LA CAVITÀ ADDOMINALE PER CONTAMINAZIONE MASSIVA O PER DEFICIT DEI MECCANISMI DI DIFESA

LA PERITONITE LOCALIZZATA O CIRCOSCRITTA: DA UNA REAZIONE DI DIFESA LOCALE IN GRADO DI CIRCOSCRIVERE LA INFEZIONE (APPENDICITE, DIVERTICOLITE) CON FORMAZIONE DI REAZIONE INFIAMMATORIA E ADESIVA CONNETTIVALE (→ ASCESSI ENDOADDOMINALI)

LA PELVIPERITONITE: PERITONITE CIRCOSCRITTA ALLO SCAVO PELVICO SECONDARIA AD INFEZIONE DELL'UTERO O DEGLI ANNESSI (ENDOMETRITE SETTICA POST-ABORTIVA, SALPINGITE SUPPURATA). AGENTI EZIOLOGICI: GONOCOCCO O ALTRI PIOGENI.

LA DIAGNOSI DIFFERENZIALE CON GLI ASCESSI PELVICI DA ESITI DI PERITONITE PELVICA IN CUI È QUASI SEMPRE NECESSARIO UN TRATTAMENTO CHIRURGICO, NON È SEMPRE AGEVOLE.

FISIOPATOLOGIA

GLI STIMOLI IRRITATIVI DEL PERITONEO DETERMINANO LA COMPARSA DI TRE TIPI DI RISPOSTA:

- 1) LOCALE INFIAMMATORIA**
- 2) ILEO PARALITICO**
- 3) GENERALE DELL'ORGANISMO**

1) RISPOSTA LOCALE INFIAMMATORIA:

CARATTERIZZATA DA IPEREMIA, CONGESTIONE, EDEMA, ESSUDATO PERITONEALE.

DOPO CIRCA 2-4 ORE DALL'INIZIO DELL'EVENTO LA SIEROSA PERITONEALE PERDE LA SUA LUCENTEZZA, IL COLORITO VARIA DA GRIGIO PERLA AD OPACO ED ARROSSATO, CON ESSUDATO TORBIDO CHE NEL CORSO DELLE ORE DIVIENE ABBONDANTE E PURULENTO E CREMOSO.

LA SIEROSA DIVIENE PERMEABILE AL PASSAGGIO DI LIQUIDI, BATTERI CON CARATTERISTICHE DELL'ESSUDATO (CONCENTRAZIONE PROTEICA MAGGIORE DI 3G/DL CON PROVA DI RIVALTA POSITIVA). SONO PRESENTI LEUCOCITI, SANGUE, PROTEINE, FIBRINA, CORPI ESTRANEI.

IL VOLUME VARIA DA DECINE DI MILLILITRI A LITRI SENZA RELAZIONARSI ALLA GRAVITÀ DELLA PERITONITE.

IL LIQUIDO ESSUDATO TENDE A RACCOGLIERSI NELLE PARTI DECLIVI E RECESSI DEL CAVO PERITONEALE CON COMPARSA DI RACCOLTE SACCATE (FORMAZIONE DI PONTI DI FIBRINA TRA LE ANSE).

LA CONTAMINAZIONE BATTERICA RISPECCHIA LA FLORA PRESENTE NEI VISCERI DA CUI INSORGE IL FOCOLAIO.

NELLE PERFORAZIONI GASTRO-DUODENALI VI SONO GRAM +, NEL TENUE FLORA MISTA AEROBIA ED ANAEROBIA, NEL COLON LA CONCENTRAZIONE È ELEVATA SIA PER PRESENZA DI ANAEROBI (BACTEROIDES, COCCHI ANAEROBI, CLOSTRIDI) CHE DI AEROBI GRAM-(ENTEROCOCCUS, COLI, PROTEUS, ENTEROBACTER).

QUESTI ULTIMI POSSONO LIBERARE ENDOTOSSINE CHE DETERMINANO ATTIVAZIONE DI IL-1, TNF, MEDIATORI SOLUBILI.

2) ILEO PARALITICO O ADINAMICO:

SI OSSERVA ARRESTO DELLA PERISTALSI, DISTENSIONE INTESTINALE, ALVO CHIUSO A FECI E GAS, DIMINUZIONE DEL RIASSORBIMENTO DI LIQUIDI DAL LUME INTESTINALE CON FENOMENO DEL TERZO SPAZIO ED IPOVOLEMIA.

3) RISPOSTA GENERALE DELL'ORGANISMO:

MODIFICAZIONI EMODINAMICHE: IPOVOLEMIA, TACHICARDIA, DIMINUZIONE PVC E DELLA GITTATA CARDIACA CON DIMINUZIONE DELLA PERFUSIONE DEI TESSUTI.

MODIFICAZIONI RESPIRATORIE: TACHIPNEA, DISPNEA, ATELETTASIA BASALE, ALTERAZIONI DEGLI SCAMBI ALVEOLO CAPILLARE.

LA RISPOSTA NEUROENDOCRINA E METABOLICA È MEDIATA DA MOLECOLE SOLUBILI CON AUMENTO DELLA SECREZIONE DI NUMEROSI ORMONI (ACTH, CATECOLAMINE, CORTICOSTEROIDI, GLUCAGONE).

CATABOLISMO PROTEICO CON CALO PONDERALE.

L'EQUILIBRIO ACIDO BASE SI MODIFICA CON ALCALOSI RESPIRATORIA NELLA FASE DI COMPENSO IPERDINAMICO INIZIALE DA IPERVENTILAZIONE; DI SEGUITO COMPARE ACIDOSI METABOLICA PER IPOPERFUSIONE DA SHOCK SETTICO FREDDO.

CLINICA 1:

I SINTOMI LOCALI:

- ✓ **DOLORE ADDOMINALE**
- ✓ **DISTENSIONE ADDOMINALE**
- ✓ **RIGIDITÀ CON IPOMOBILITÀ ADDOMINALE**
- ✓ **COMPARSA DI DIFESA ADDOMINALE**
- ✓ **ILEO PARALITICO**

LA SEDE INIZIALE DEL DOLORE PUÒ INDIRIZZARE VERSO LA DIAGNOSI EZIOLOGICA (COLECISTI, STOMACO) ANCHE SE LA COLATA DEI SUCCHI DIGESTIVI SPOSTA L'AREA DI MAGGIORE DOLORABILITÀ.

NELLE P. DIFFUSE IL DOLORE COMPARE A LIVELLO DI TUTTI I QUADRANTI ADDOMINALI CON CONTRATTURA DI DIFESA (ADDOME LIGNEO O A TAVOLA).

L'ILEO PARALITICO SI MANIFESTA CON DISTENSIONE ADDOMINALE, ALVO CHIUSO A FECI E GAS, GUAZZAMENTO INTESTINALE, LIVELLI IDROAEREI ALL'ESAME RADIOGRAFICO DELL'ADDOME IN ORTOSTATISMO.

CLINICA 2:

IN CASO DI PERFORAZIONE: GAS LIBERO IN ADDOME CON SCOMPARSA DELL'AIA DI OTTUSITÀ EPATICA ALLA PERCUSSIONE E CON FALCE IPERDIAFANA SOTTODIAFRAMMATICA ALLA RADIOGRAFIA DIRETTA DELL'ADDOME.

L'ADDOME POCO TRATTABILE ALLA PALPAZIONE, CON DIFESA ADDOMINALE LOCALIZZATA O DIFFUSA, POSITIVITÀ DEL SEGNO DI BLUMBERG.

L'ESPLORAZIONE RETTALE IN CASO DI VERSAMENTO SETTICO O DI EMOPERITONEO COSPICUO RISVEGLIA DOLORE ALLA PALPAZIONE IN CORRISPONDENZA DEL CAVO DI DOUGLAS CON PERCEZIONE DI MASSA TESO ELASTICA FLUTTUANTE.

CLINICA 3:

I SINTOMI GENERALI SONO RAPPRESENTATI DA:

- ✓ FEBBRE CONTINUA
- ✓ TACHICARDIA
- ✓ TACHIPNEA
- ✓ SUDORAZIONE
- ✓ STATO DI AGITAZIONE
- ✓ DISIDRATAZIONE
- ✓ OLIGURIA
- ✓ VOMITO
- ✓ SINGHIOZZO (DA COMPROMISSIONE DEL PERITONEO DIAFRAMMATICO)
- ✓ MAREZZATURE CUTANEE (A CHIAZZE BLUASTRE DA IPOPERFUSIONE IN CASO DI SHOCK SETTICO O IPOVOLEMICO).
- ✓ FACIES HYPOCRATICA (TIPICA DELLE PERITONITI SETTICHE: SUDORAZIONE DEL VOLTO CON COLORAZIONE PALLIDO-LIVIDO, SECCHIEZZA DELLE LABBRA E DELLA LINGUA, ALITAZIONE DELLE PINNE NASALI PER DISPNEA, BULBI OCULARI AFFONDATI NELLE ORBITE).

LA TEMPERATURA RETTALE RISULTA PIÙ ELEVATA DI ALMENO 0,5°C RISPETTO A QUELLA CUTANEA PER LA VASOCOSTRIZIONE PERIFERICA REATTIVA. L'IPOTERMIA È SEGNO PROGNOSTICO INFAUSTO.

DIAGNOSI:

L'ANAMNESI VA RACCOLTA PER LA RICERCA DI MALATTIE O INTERVENTI A CARICO DI ORGANI ADDOMINALI AD EVENTUALE EVOLUZIONE VERSO LA PERFORAZIONE E LA PERITONITE, EPISODI DI TRAUMI, ASSUNZIONE RECENTE DI FARMACI (FANS, CORTISONICI).

ESAMI DI LABORATORIO: VALUTAZIONE DELL'EMATOCRITO (> 45%), PROVE DI COAGULAZIONE, FUNZIONALITÀ RENALE ED EPATICA, ELETTROLITI PLASMATICI, GLICEMIA, COLTURA DI FLUIDI

ESAMI STRUMENTALI: RX ADDOME IN BIANCO IN ORTOSTATISMO ED EVENTUALMENTE IN DECUBITO LATERALE, ECO, TC, PARACENTESI E LAVAGGIO PERITONEALE DIAGNOSTICO.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE: CON MALATTIE EXTRAPERITONEALI CHE PRESENTANO SINTOMI IN COMUNE CON LE PERITONITI QUALI: INFARTO MIOCARDICO, POLMONITE ALLE BASI, UREMIA.

PROGNOSI:

LASCIATE A SE STESSE LE PERITONITI EVOLVONO RAPIDAMENTE VERSO L'EXITUS.

NELLE FORME GENERALIZZATE LA MORTALITÀ VARIA DAL 10 ALL'80%, IN RAPPORTO ALLA EZIOLOGIA, ETÀ E CONDIZIONI DEL PAZIENTE, SEDE DELLA PERFORAZIONE, CAPACITÀ DI DIFESA, INIZIO DEL TRATTAMENTO RIANIMATORIO, MEDICO E CHIRURGICO.

NELLE PERITONITI LOCALIZZATE LA PROGNOSI È PIU' FAVOREVOLE (MORTALITÀ INFERIORE AL 10%).

TERAPIA 1:

LA TERAPIA CONSISTE IN:

- **RIEQUILIBRIO METABOLICO**
- **TERAPIA MEDICA ANTIBIOTICA**
- **TERAPIA CHIRURGICA**

➤ PER RIEQUILIBRIO METABOLICO SI INTENDE LA RAPIDA PREPARAZIONE INFUSIVA ATTA A CORREGGERE L'IPOVOLEMIA E L'IPOTENSIONE ARTERIOSA, A RIPRISTINARE UNA DIRESI ADEGUATA (SOLUZIONI ELETTROLITICHE, PLASMA EXPANDER, SANGUE), IL POSIZIONAMENTO DI UN CATETERE VESCICALE, DI UN C.V.C. E DI UN SONDINO NASO-GASTRICO.

TERAPIA 2:

LA TERAPIA MEDICA:

E' PREVALENTEMENTE ANTIBIOTICA, MEDIANTE L'UTILIZZO DI CEFALOSPORINE DI 2-3° GENERAZIONE ASSOCIATE AD AMINOGLICOSIDI O METRONIDAZOLO, GAMMAGLOBULINE.

TERAPIA 3:

➤ LA TERAPIA CHIRURGICA: PREVEDE LA RIMOZIONE DEL FOCOLAIO DI INFEZIONE, LA TOILETTE PERITONEALE, IL DRENAGGIO DEL PERITONEO, IL TRATTAMENTO DELLA PARETE ADDOMINALE.

QUINDI PUÒ ESSERE NECESSARIA LA SUTURA DI PERFORAZIONI VISCERALI O IL LORO DRENAGGIO ESTERNO (CIECOSTOMIA, DRENAGGI PER PANCREATITE NECROTICO EMORRAGICA).

TOILETTE PERITONEALE:

**ASPIRAZIONE DEL VERSAMENTO PERITONEALE
SBRIGLIAMENTO DI SEPIMENTI ASCESSUALI
LAVAGGIO PROLUNGATO DEL PERITONEO CON
SOLUZIONE FISIOLÓGICA (5-10 LITRI) EVENTUALMENTE
RIPETUTA A DISTANZA DI QUALCHE GIORNO.
TALE RIMOZIONE SI PREFIGGE DI RIDURRE LA
CONTAMINAZIONE BATTERICA PERMETTENDO
L'AZIONE DEI MECCANISMI DI DIFESA E LA
DIMINUZIONE DEL RISCHIO DI FORMAZIONE DI
ADERENZE VISCERALI E DI ASCESSI.**

TERAPIA 3:

**AL TERMINE DELLA TOILETTE VANNO POSIZIONATI
TUBI DI DRENAGGIO NELLA CAVITÀ PERITONEALE E
NELLE VARIE LOGGE.**

**IL TRATTAMENTO DELLA FERITA CHIRURGICA
PREVEDE IN ALCUNI CASI UN DIFFERIMENTO DELLA
SUTURA CUTANEA PER LIMITARE LA COMPARSA DI
INFEZIONI E DEISCENZE, IL RINFORZO DELLA SUTURA
CON PLACCHE CUTANEE O CON CERNIERA
LAPAROTOMICA, LA LAPAROSTOMIA.**

***PERITONITI CIRCOSCRITTE
(ASCESSI ENDOADDOMINALI)***

VENGONO DEFINITI ASCESSI ENDOADDOMINALI QUELLE RACCOLTE CIRCOSCRITTE DI PUS DERIVANTI DA CONTAMINAZIONE BATTERICA DELIMITATE DALL'OMENTO O DAI VISCERI E SI LOCALIZZANO NEI RECESSI DELLA CAVITÀ PERITONEALE.

LE SEDI PIÙ FREQUENTI SONO: LA LOGGIA SUBFRENICA, SOTTOEPATICA, PARIETOCOLICHE, FOSSE ILIACHE, PELVI E RETROCAVITÀ DEGLI EPIPLOON. GLI ASCESSI SUBFRENICI SONO I PIÙ FREQUENTI E SI SVILUPPANO NELLO SPAZIO TRA FEGATO E DIAFRAMMA (SOVRAEPATICI) O TRA DIAFRAMMA, MILZA E STOMACO (LOGGIA SPLENICA). GLI ASCESSI SOTTOEPATICI SI SVILUPPANO TRA FEGATO, PICCOLA CURVA GASTRICA E DUODENO.

LE CAUSE PIÙ FREQUENTI SONO: LE INFEZIONI DA APPENDICITE ACUTA, ULCERA GASTRICA PERFORATA, DIVERTICOLITE DEL COLON, COLECISTITE, ASCESSI EPATICI, TRAUMI PENETRANTI, INFEZIONI ANNESSIALI, COMPLICANZE POST-OPERATORIE. I MICROORGANISMI PIÙ FREQUENTI SONO I BATTERI GRAM- E GLI ANAEROBI.

LA MODALITÀ DI FORMAZIONE DEGLI ASCESSI PUÒ ESSERE: PER CONTIGUITÀ, PER CONTAMINAZIONE DALL'ESTERNO, PER VIA LINFOEMATICA.

LA DIFFUSIONE PER CONTIGUITÀ PUÒ AVVENIRE ATTRAVERSO IL DIAFRAMMA VERSO IL CAVO PLEURICO O NEL FEGATO. GLI ASCESSI SOTTOEPATICI SI ESTENDONO PER CONTIGUITÀ VERSO LA PARETE ADDOMINALE E VERSO LE DOCCE PARIETO COLICHE.

Ascessi subfrenici

Peritoniti circoscritte che hanno luogo nei recessi sierosi dell'addome superiore.

Regione delimitata in alto dal diaframma e in basso dal trasverso con relativo mesocolon (loggia sopramesocolica: divisa dal fegato in spazio sopra e infra epatico).

Distinguiamo:

Loggia epatofrenica dx (tra diaframma, fegato e legamento falciforme)

Loggia epatofrenica sin (tra il leg. falciforme ed il leg. triangolare)

Loggia splenica: a sin della linea mediana

Loggia infraepatica (tra la faccia inf. del fegato e il mesocolon)

Loggia retroepiploica (nella retrocavità degli epiploon)

SINTOMATOLOGIA

ANAMNESI: PREGRESSI INTERVENTI CHIRURGICI, FLOGOSI DI VISCERI PERITONEALI, PERITONITI. RAPIDO PEGGIORAMENTO DELLE CONDIZIONI GENERALI. FEBBRE.

CLINICA: VARIABILE. FEBBRE ELEVATA E INTERMITTENTE, POLSO FREQUENTE, BRIVIDI, SUDORAZIONE PROFUSA.

DOLORE ALLA BASE DEL TORACE CON IRRADIAZIONE ALLA BASE DEL COLLO. RIDOTTA MOBILITA' DIAFRAMMATICA CON INNALZAMENTO DELLO STESSO.

COMPARSA DI VERSAMENTO PLEURICO CON POSSIBILE EVOLUZIONE IN EMPIEMA E POI IN CASO DI PERFORAZIONE POLMONARE IN FISTOLA BRONCOPLEURICA.

DIAGNOSI

SEMPLICE SE SUCCESSIVA AD INTERVENTI CHIRURGICI

ESAMI EMATOCIMICI: LEUCOCITOSI NEUTROFILA.

INDAGINI RADIOLOGICHE RX TORACE (SOLLEVAMENTO DIAFRAMMA, SPOSTAMENTO VISCERI) RX ADDOME IN BIANCO (LIVELLI); ECOGRAFIA ADDOMINALE (EVIDENZA DELLA RACCOLTA ED EVENTUALE PUNTURA ESPLORATIVA CON ESAME COLTURALE DEL LIQUIDO), TC TORACE E ADDOME (DEFINIZIONE E RAPPORTI ANATOMICI DELLA RACCOLTA).

TERAPIA

CONSISTE NEL DRENAGGIO E SVUOTAMENTO DELLE RACCOLTE LIQUIDE E NELLA TOILETTE DELLE CAVITÀ NEOFORMATE. SI PUÒ EFFETTUARE CHIRURGICAMENTE O PER VIA PERCUTANEA.

▪ DRENAGGIO CHIRURGICO: LA SCELTA DELLA VIA DI AGGRESSIONE DIPENDE DALLA SEDE ANATOMICA, DALLE DIMENSIONI DELLA RACCOLTA E DALLA RELATIVA PRECISIONE DI LOCALIZZAZIONE.

▪ LA VIA EXTRAPERITONEALE È DA PREFERIRE PERCHÉ EVITA LA CONTAMINAZIONE DI ALTRI VISCERI E LA DISSEMINAZIONE ENDOADDOMINALE PREVENENDO LA COMPARSA DI SHOCK SETTICO E LA MULTIPLE ORGAN FAILURE (ASCESSI SOTTODIAFRAMMATICI E PELVICI). IN CASO DI DIFFICILE IDENTIFICAZIONE DEI FOCOLAI, DI PERITONITE GENERALIZZATA È PREFERIBILE LA VIA TRANSPERITONEALE LAPAROTOMICA CON POSIZIONAMENTO DI DRENAGGI PER LAVAGGIO PERITONEALE CONTINUO.

▪ DRENAGGIO PERCUTANEO: IN MANI ESPERTE È UNA METODICA CON PERCENTUALE DI SUCCESSO ELEVATA ED ASSOCIATA ALL'IMPIEGO DI ANTIBIOTICI; IN CASO DI INSUCCESSO PER CAVITÀ ASCESSUALI MULTILOCLATE O ESSUDATO DENSO, SI RICORRE AL DRENAGGIO CHIRURGICO.

PELVIPERITONITI CIRCOSCRITTE

Prodotte da cause diverse.

Se tende a saccarsi ascesso pelvico o ascesso di Douglas (se limitata allo spazio retto-uterino).

Cause più frequenti: cronicizzazione endopelvica di peritoniti diffuse (la posizione declive dello scavo pelvico predispone alla formazione di raccolte purulente che tendono ad incistarsi).

Appendicite pelvica ascessualizzata: raccolte purulente che abbandonate a sé stesse tendono a fistolizzarsi nel retto, nella vagina, in vescica. Una raccolta pelvica può conseguire alla deiscenza del moncone appendicolare post-appendicectomia.

Pelviperitonite gonococcica: post salpingite acuta febbrile con incistamento di pus nelle salpingi e formazione di raccolte saccate tra visceri pelvici.

Terapia

Nell'uomo se si evita la via laparotomica: puntura esplorativa attraverso la parete anteriore del retto.

Nella donna attraverso il fornice posteriore della vagina oppure colpotomia posteriore.

Se l'ascesso è conseguenza di una appendicetomia si può tornare per via laparotomica drenando la raccolta.

Forme rare: peritonite tubercolare, peritonite incapsulante

Emoperitoneo

Versamento di sangue in cavità addominale

-traumatico (da ferite o traumi)

- spontanei, più frequenti (da rotture patologiche viscerali o vascolari)

Eziologia:

Gravidanza tubarica, rotture di utero gravido o di cisti ovariche, perforazioni uterine accidentali da raschiamenti, rotture di milza, rotture di aneurismi, tumori epatici

Sintomatologia

Segni legati allo shock emorragico ed all'entità dell'emorragia.

Il dolore è incostante e varia con la sede della lesione.

Sintomo di notevole importanza è la viva dolorabilità del Douglas.

L'assenza della difesa è carattere comune dell'emoperitoneo non complicato da peritonite.

Iperleucocitosi (da splenoconcentrazione legata all'anemia acuta) con riduzione degli eritrociti