

Appendicite acuta

L'appendice è un diverticolo a fondo cieco, di lunghezza tra i 3 ai 20cm, che si impianta sul cieco nel punto in cui confluiscono le tre tenie coliche. Può occupare diverse posizioni nel cavo addominale: sottoepatica, mesoceliaca, laterale, retrocecale, pelvica e sinistra (situs inversus).

L'appendicite è un processo infiammatorio acuto dell'appendice con maggiore incidenza nell'infanzia e nell'adolescenza tra i 5 e i 15 aa. di età e più frequente nei maschi.

Eziopatogenesi

Il processo flogistico è dovuto ad un ostruzione del lume appendicolare che si genera:

- Nel 60% dei casi per iperplasia dei follicoli linfatici di cui l'appendice è ricca nella sottomucosa, come conseguenza di una flogosi batterica-virale di origine intestinale o extraintestinale (per contiguità come in caso di salpingiti, per via ematica nel caso di faringiti e tonsilliti). E. Coli, Streptococchi e Staphilococchi tra gli aerobi, Bacteroides tra gli anaerobi.
- Nel 35% dei casi è dovuta alla presenza di coproliti: una dieta ad alto contenuto di fibre riduce il rischio di appendicite.
- Nel 3-4% dei casi è dovuta ad un corpo estraneo (alimenti o parassiti)
- Nel 1-2% dei casi a carcinoidi giovanili o adenocarcinoidi

La genesi del processo infiammatorio passa attraverso i seguenti momenti:

- 1) ostruzione per accumulo di muco a monte con conseguente aumento della pressione endocavitaria e virulentazione della flora batterica
- 2) iperemia della sierosa con irritazione alla punta (appendicite acuta focale) e poi a tutto l'organo (appendicite acuta catarrale)
- 3) accumulo di pus a tutta la parete fino alla sierosa (appendicite acuta flemmonosa)
- 4) per aumento della pressione parietale, il drenaggio linfovaskolare è insultato con conseguente ischemia parietale appendicolare (appendicite acuta gangrenosa)
- 5) perforazione del viscere con fuoriuscita del contenuto in peritoneo (appendicite acuta perforata): a seconda della risposta dell'ospite si può avere la formazione di un ascesso, un piastrone o una peritonite diffusa.

Clinica

Distinguiamo segni soggettivi (o di chiamata) e segni oggettivi (o d'esame).

Segni di chiamata della crisi appendicolare acuta:

- Dolore spontaneo, precoce e costante che insorge in sede epimesogastrica e successivamente si localizza in fossa iliaca dx, più di rado localizzazione periombelicale. Il dolore è esacerbato dalla tosse, non modificato dai cambiamenti di posizione del corpo.
- Vomito c'è spesso ma non sempre, in prima giornata, prima alimentare poi biliare.
- Alvo prima stitico e poi chiuso alle feci e gas. Non assoluto. Nel bambino esordio talvolta diarroico.
- Febbre > 38°C ma non oltre. La sua altezza non è proporzionale alla gravità della malattia. Aumenta la T rettale con dissociazione int-ext.

Segni d'esame:

- Facies ippocratica (sofferente)
- Polso: di regola concorda con la T corporea → 100-110 bpm = 39°C, 140bpm = 38°C ecc

- Dolore provocato alla palpazione è sempre presente. In genere il dolore si localizza al punto di McBurney (2/3 medi e 1/3 laterale della linea che unisce l'ombelico con la spina iliaca anterior-superiore dx). Sono presenti anche: Segno di Blumberg (dolore accentuato alla brusca decompressione dell'addome), Segno di Rovsing (la palpazione profonda ai quadranti di sx evoca dolore in fossa iliaca dx e dimostra irritazione peritoneale in tale sede), Segno dello psoas (l'estensione dell'arto inferiore dx con px in decubito laterale sx provoca dolore → irritazione m. psoas per localizzazione retrocecale appendicolare), Segno dell'otturatorio (la rotazione interna della coscia dx flessa a pz supino risulta dolorosa), Segno di Rotter (l'esplorazione vaginale e rettale evoca dolore in caso di raccolta ascessuale o appendicite acuta endopelvica)
- Iperestesia cutanea addominale allo strisciamento
- Contrattura di difesa costante e decisiva quando presente
- Peristalsi ridotta o assente

In relazione alla varietà anatomico-patologica:

- Appendicite focale o catarrale: dolore in fossa iliaca dx, nausea, vomito, febbre
- Appendicite flemmonosa: dolore intenso, nausea, vomito, Blumberg e Rosving, febbre alta
- Appendicite gangrenosa: tutto come prima, piastrone in fossa iliaca dx, peristalsi torpida

In relazione alla sede anatomica:

- Appendicite pelvica: dolore ipogastrico, disuria e ritenzione urinaria, tenesmo, Rotter presente. D.d. nella donna con annessite e salpingite
- Appendicite retrocecale: segno dello psoas, dolore lombare, di più difficile interpretazione perché la difesa parietale manca fino alle ultime fasi.
- Appendicite mesocecale: ileoparalitico per paralisi delle anse intestinali circostanti, rapido interessamento peritoneale
- Appendicite sottoepatica: quadro sovrapponibile alla colecistite acuta

Diagnosi: clinica + esami di laboratorio che mostrano leucocitosi neutrofila non correlata alla gravità del quadro anatomico patologico. Eco addome.

Complicanze

Peritonite diffusa con febbre 39-40°C, polso > 100bpm, da diagnosi incongrua o tardiva

Peritonite circoscritta con piastrone appendicolare

Ascesso appendicolare

Perforazione con fistolizzazione cieco-vescicale

Quadri particolari

Nel neonato o bambino: mortalità 5% dolore, vomito, febbre, diarrea; dd con gastroenterite acuta

Nell'anziano: mortalità 5%, esordio subdolo e afebrile

In gravidanza: sintomi classici nei primi 6 mesi di gravidanza, sintomi atipici negli ultimi 3 mesi perché il cieco sale in alto nell'addome.

Terapia medica: dieta liquida, riposo, ghiaccio sull'addome,

Terapia chirurgica

Indicazioni: non responsività alla terapia medica. Appendicectomia per via laparotomia con chiusura a borsa di tabacco.

Laparoscopia d'urgenza