

lezione del 19-03-2014
Presentazione di un insolito caso clinico



L'alba vista da Catania, versante Etna e versante mare

Presentazione di un insolito caso clinico

- Sesso F., età 49 aa.
- Da 18 aa. ininterrottamente farmaci contraccettivi.
- Abituata da sempre a mangiare carne cruda in abbondanza.
- Da circa 1 mese dolori addome inferiore, malessere generale, nausea, addome meteorico, alvo irregolare (con episodi di diarrea). Non febbre, né ittero.
- Disturbi irritativi minzionali (pollachiuria; minzione imperiosa).
- Assenza di ematuria e di metrorragie. Mestruazioni abbondanti e dismenorrea.
- Per questi motivi il medico curante ha consigliato esame ecografico addome superiore ed inferiore (reperto di voluminosa massa endopelvica del diametro di 12 cm.; immagini epatiche sospette x secondarismi)
- Immediata consulenza chirurgica (contattata la nostra U.O.C.): con esame clinico confermato la massa endopelvica debordante dal pube ed estesa in alto fin quasi all'ombelico; consistenza parenchimoso-dura, poco mobile. Dolorabilità diffusa all'ipogastrio ed in fossa iliaca destra. Alvo aperto ai gas.

SOSPETTO CLINICO INIZIALE:

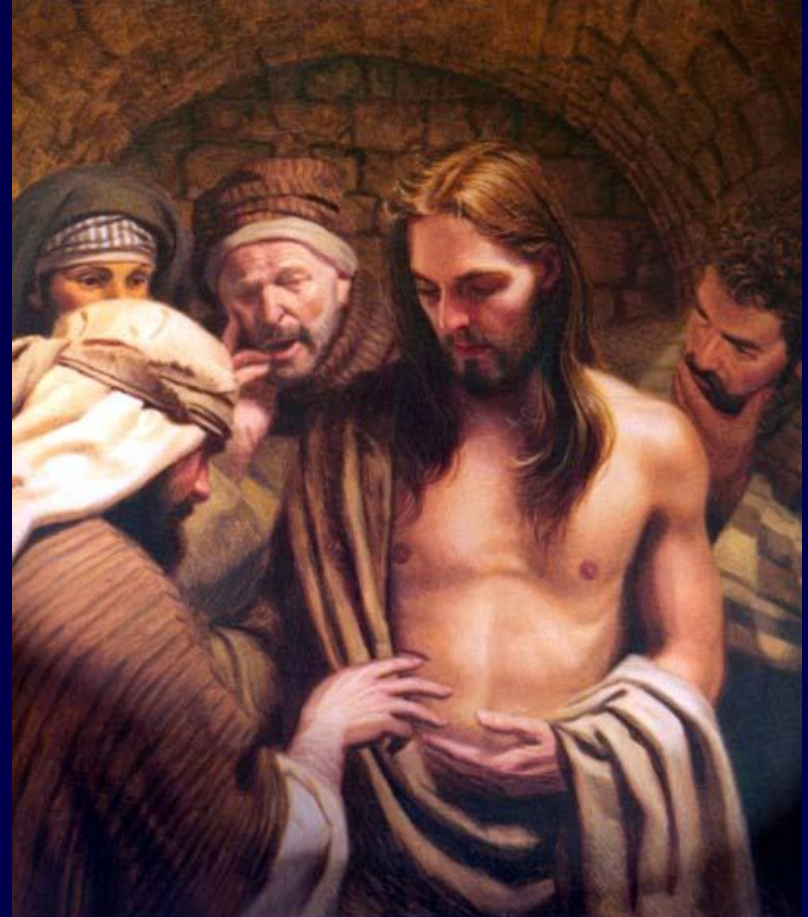
K ovarico primitivo o secondario (KRUKEMBERG) e metastasi epatiche

Iter diagnostico

- Esami laboratorio routine (lieve leucocitosi neutrofila) e dosaggio markers oncologici (lieve rialzo del Ca 125; normale CEA, Ca 19.9, BetaHCG, Alfafetò)
- Gastrosopia negativa; colonscopia non eseguita x intolleranza da parte paz.
- TC con/senza mdc torace-addome-pelvi (a livello epatico il reperto sembra probativo x angiomi; confermata la voluminosa massa che sembra d'origine uterina; versamento peritoneale nel Douglas ed in fossa iliaca dx dove la densità appare aumentata (tipo ascesso))

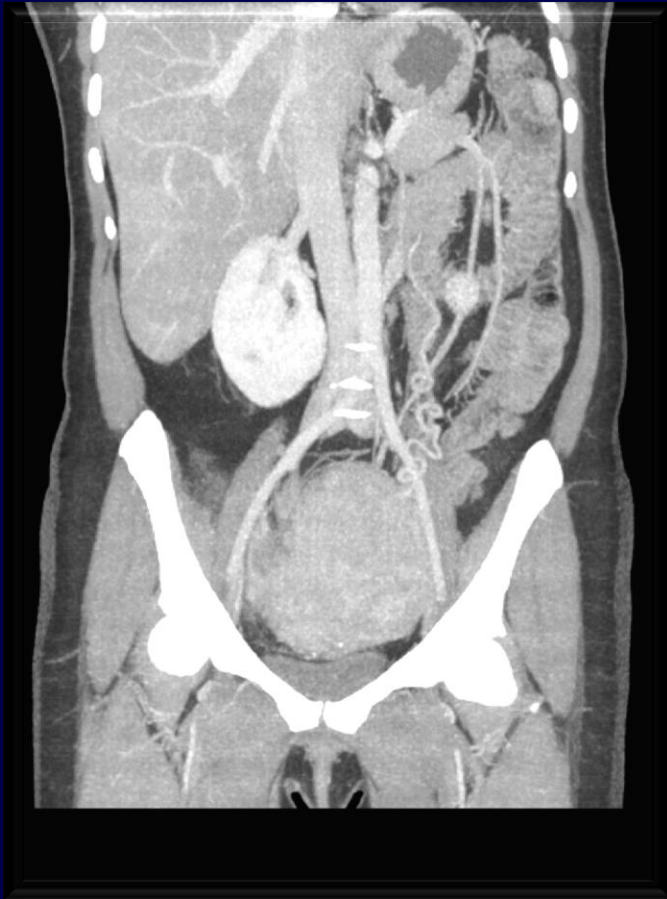
Sospetto diagnostico: neoformazione uterina con ascesso pelvico paracecale

***San Tommaso l'Apostolo,
metafora della «medicina basata sull'evidenza»***



Francisco Ordaz, Incredulità di San Tommaso

**VOLUMINOSA MASSA PELVICA a PARTENZA UTERO-OVARICA SIN
VERSAMENTO PERITONEALE nel DOUGLAS ed in FOSSA ILIACA dx
IMMAGINI TC**



Stesso caso slice precedente: TC epatica

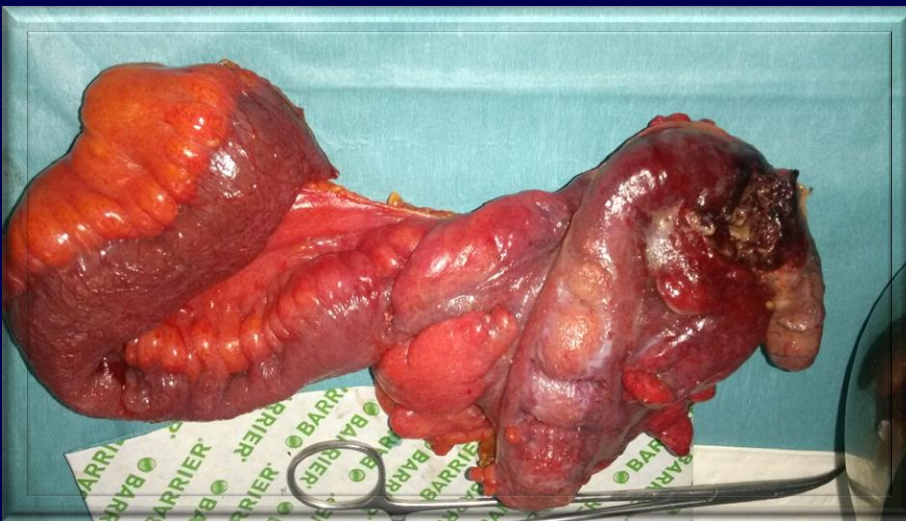
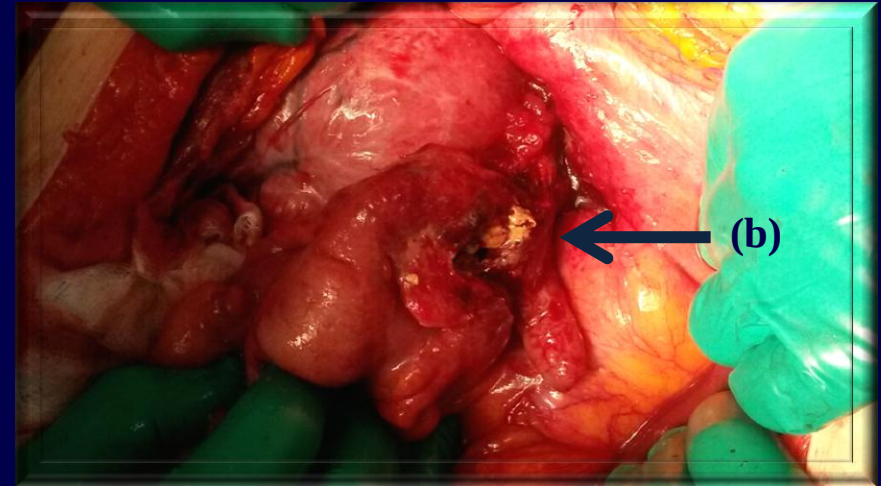
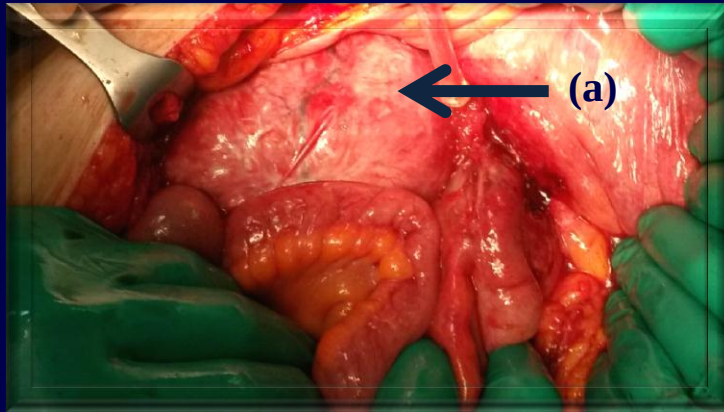


INTERVENTO CHIRURGICO

- laparotomia mediana sovra-ombelico-pubica
- esplorazione addome sovra- e sotto-mesocolico (*tempo chirurgico sempre di estrema importanza*)
- La mobilizzazione x via smussa del ceco conferma la presenza di un ascesso saccato pericecale; inoltre grossolana perforazione della parete del ceco con due voluminosi appendicoliti delle dimensioni di un uovo di piccione, appendice flemmonosa, tumefatta a «pene di bambino»
- Resezione ultima ansa ileale e colica dx; anastomosi ileocolica latero-laterale isoperistaltica protetta con lembo omentale
- A questo punto si è proceduto alla isteroannessettomia, risultata indaginosa sia per le dimensioni della massa, sia per varicocele pelvico «mostruoso»
- Ampio lavaggio e toilette del Douglas, revisione emostasi e drenaggio dello scavo del Douglas e della fossa iliaca dx
- Canalizzazione alle feci in 2nda, rimozione drenaggi in V giornata, dimissione VII giornata postoperatoria

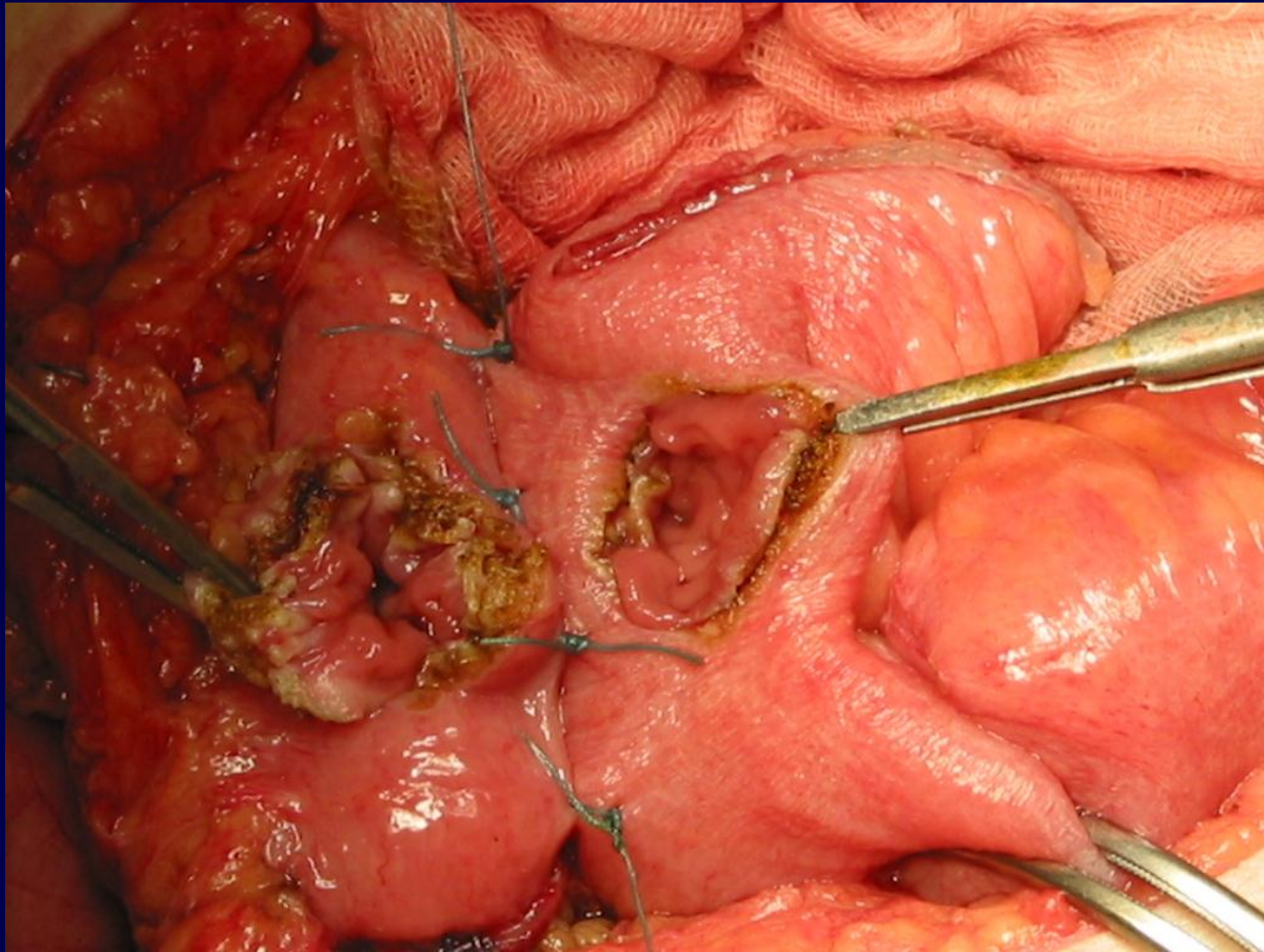
APPENDICITE FLEMMONOSA con PERFORAZIONE CECALE

Ben visibili gli appendicoliti (b) e la massa a partenza uterina (a)
TEMPO CHIRURGICO DELLA EMICOLECTOMIA dx



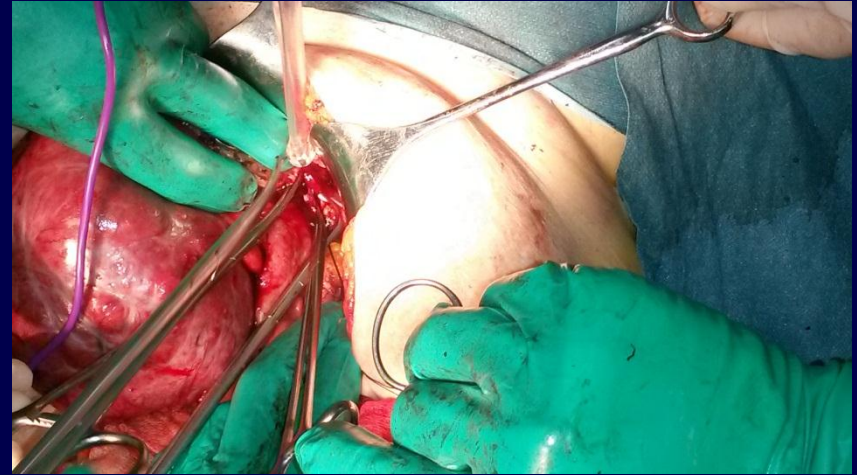
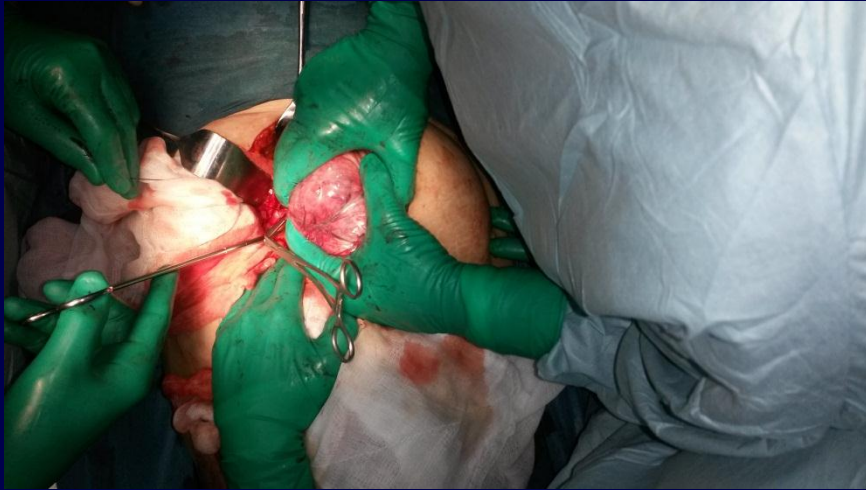
1° pezzo anatomico asportato:

- Ultima ansa ileale
- Ceco e colon ascendente
- Ben visibile l'appendice edematosa
«a pene di bambino»
- Ricanalizzazione mediante anastomosi
ileocolica latero-laterale



Particolare anastomosi ileo-trasverso laterolaterale, isoperistaltica, manuale, a punti staccati in Dexon 2-0

Tempo exeresi neoplasia a partenza utero-ovarica sin ed isteroannessectomia dx



Pezzi anatomici asportati:

- Colon dx e ultima ansa ileale
- Isteroannessectomia
- Voluminosa massa a partenza utero-ovarica sin

Epicrisi sul caso clinico

- Il voluminoso leiomioma uterino potrebbe essere correlato con le cure estroprogestiniche protratte per 18 anni
- La perforazione ceco-appendicolare con grossolani appendicoliti è stata una sorpresa peroperatoria, compatibile peraltro con l'ascesso messo in evidenza dall'esame TC
- la scarsa reazione dell'organismo (non febbre, modica leucocitosi) è spiegabile perché la peritonite era circoscritta e non diffusa e perché nell'adulto ma soprattutto nell'anziano i segni reattivi alla flogosi sono modesti (*discrepanza tra quadri anatomopatologici e clinica*)
- Probabilmente la misura della temperatura corporea a livello rettale, anziché cutanea, avrebbe rilevato la presenza di febbre

APPENDICITE

- Reginald Fitz (1886), chirurgo di Boston x primo ha coniato il termine
- Mac Burney (1889) ha descritto dettagliatamente segni clinico-emeiologici
- Morti eccellenti x peritonite d'origine appendicolare:
Vincenzo Bellini nel XVIII secolo, Rodolfo Valentino nel XX secolo
- 8% popolazione occidentale ammalata di appendicite
- Picco di massima incidenza 10-30 anni
- Globalmente nel mondo l'appendicite perforata è la prima causa chirurgica di decesso
- Predisposizione nei giovani x la ricchezza di tessuto linfatico (tonsilla intestinale)
- Meccanismo ostruttivo è la causa etiologica prevalente (appendicoliti, noduli linfatici sottomucosi ostruenti il ristretto lume dell'organo)
- Possibile anche l'origine ematogena

Aspetti anatomo-patologici dell'appendicite

- Appendicite iperemico-catarrale (reversibile con cure antibiotiche)
- Appendicite flemmonosa con formazione del «piastrone»
- Appendicite gangrenosa, perforata, con ascesso pericecale
- Rara la perforazione libera con peritonite diffusa

- Appendicite cronica
 - postumi fibroso-aderenziali dopo ripetuti attacchi
 - sintomi di carattere funzionale, che possono dipendere da «distonia spastica» dell'appendice, ma anche da tante altre cause d'origine non appendicolare

Sintomatologia e segni clinici obiettivi dell'appendicite

- Dolori inizialmente periombelicale poi migra verso la fossa iliaca dx
- Nausea, vomito, lieve rialzo febbrile (importante il rilievo della temperatura rettale)
- Disturbi irritativi minzionali, talvolta ematuria (possono confondere il quadro clinico)
- Segni obiettivi:
 - dolore nel punto di Mac Burney
 - dolore provocato con colpi di tosse (segno di Dunphy)
 - dolore in fossa iliaca dx compimento a sin (segno del Rovsing)
 - dolore provocato dalla rotazione interna dell'anca
(segno dell'otturatorio, espressione di appendicite pelvica)
 - dolore irradiato all'arto inf. ipsilaterale
(segno dell'ileopsoas, espressione di appendicite retrocecale)
 - segno del Blumberg (irritazione peritoneo parietale)

ATTENZIONE!

L'appendicite entra in differenziale con tutte le sindromi dolorose addominali

Iter diagnostico nell'appendicite

- Emocromo (leucocitosi neutrofila), routine
- Emogas, elettroliti serici (in caso di peritonite)
- betaHCG (gravidanza extra) e Ca 125 (endometriosi) nel sesso F
- Rx diretta addome in piedi (falce d'aria nell'ulcera duodenale perforata)
- Eco addome superiore ed inferiore
- TC addome e pelvi (appendice distesa > 7 mm, pareti ispessite, versamento pericecale; nel 50% casi presenza di appendicoliti (in soggetti giovani x non esporre ai rischi delle radiazioni, in alternativa si può eseguire la RMN)

Diagnosi differenziale

- Colica renale dx
- Colecistite
- Diverticolite sin
- Diverticolite di Meckel
- Tumori del tenue e relative complicanze
- Gravidanza extra
- Malattia infiammatoria pelvica, pelviperitonie (PID)
- Endometriosi, sindrome del 14° giorno, cisti ovarica ritorta
- Ulcera duodenale perforata
- Linfadenite mesenterica
- Crohn

L'appendicite nell'anziano

- Nell'anziano l'appendicite è insidiosa (pochi segni clinici, esordio con complicanze gravi, tipo perforazione, gangrena)
- Nel giovane appendicite perforata nel 20% dei casi
- Nell'anziano appendicite perforata nel 50% dei casi
- Nell'anziano la diagnosi è tardiva in oltre il 50% dei casi
- Diagnosi altrettanto difficile nella prima età pediatrica

Trattamento dell'appendicite

- Terapia medico-dietetica (antibiotici soprattutto); possibile remissione nelle forme iniziali, non complicate da ascessi o da perforazione
- Intervento chirurgico di appendicectomia; 2 accessi:
 - open
 - Vlaparoscopico (soprattutto indicato nei casi dubbi ed in particolare nel sesso F)
- Intervento chirurgico di emicolectomia dx ed ileotrasverso nei casi con perforazione del ceco e nei casi dubbi con «tumore infiammatorio» del ceco (forma c.d. pseudotumorale) e nei casi tumore carcinoidale dell'appendice

PERITONITE

- PRIMARIA

- non ci sono focolai endoaddominali;
- origine ematogena (peritonite pneumococcica, peritonite streptococcica);
- forme peculiari sono: peritoniti spontanee nei cirrotici ascitici, peritoniti da propagazione nei soggetti sottoposti a dialisi peritoneale, peritoniti conseguenti a drenaggio liquorale ventricolo-peritoneale

- SECONDARIA

- da focolai settici endoaddominali
- da perforazioni, da traumi addome

- TERZIARIA

- conseguente a peritoniti particolarmente settiche, non adeguatamente drenate (ad esempio dopo una peritonite stercoracea); tant'è, in certi casi a rischio di peritonite terziaria, può essere indicato un «second look» chirurgico a distanza di 48-72 ore dal primo intervento in modo di prevenire la peritonite terziaria anziché intervenire tardivamente quando è ricomparsa la peritonite

Peritonite secondaria

- Flora polimicrobica, abitualmente presente nel tubo digerente (piogeni, anaerobi)
- Non sempre facile il riconoscimento del focolaio d'origine
- La peritonite secondaria è più spesso circoscritta per cui le ripercussioni sullo stato generale sono limitate
- Nelle peritoniti diffuse invece si instaura uno stato di shock misto, settico ed ipovolemico: perdita di liquidi dovuta ad essudazione nel peritoneo, ma soprattutto per accumulo nel lume delle anse paretiche; la peritonite determina infatti contrattura della muscolatura striata e paresi della muscolatura liscia viscerale (legge di Adam-Stokes)

La peritonite diffusa è una condizione estremamente grave

La gravità della peritonite diffusa dipende:

1. grande estensione superficie peritoneale
2. Ipovolemia x ileo paralitico con sequestro di liquidi all'interno del lume delle anse
3. Essudazione peritoneale
4. Assorbimento di tossine x via linfatica ed ematica
5. Shock endotossico-iperdinamico con ipossia tissutali
6. Insorgenza di insufficienza multiorgano (MOF)
7. Quando la MOF interessa 3 organi-apparati, le probabilità di morte sono dell'80%
8. La legge di Adam-Stokes ha il finalismo di circoscrivere la peritonite

Peritonite tubercolare

- In aumento in rapporto al fenomeno dell'immigrazione ed alla immunodepressione cronica (AIDS, trapiantati)
- Rientra tra le forme di tubercolosi post-primaria
- Ai fini diagnostici, oltre l'anamnesi, l'esame clinico, l'allergometria tubercolinica, è importante il Test dell'attività Adenosin-Deaminasica nel liquido ascitico
- Nel 50% concomitano segni radiologici nel torace
- Quadri clinici:
 - forma essudativa, ascitica
 - forma fibroso-aderenziale con subocclusione (differenziale con il Crohn)
 - forma fibro-caseosa (differenziale con la carcinosi)

UN INSOLITO CASO DI
MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA
(PID)

CASO CLINICO

G. Maria, aa 44.

- 2006 emicolectomia dx per k colon ascendente (*presso nostra U.O.*)
- successivamente chemioterapia adiuvante come da protocollo
- follow up negativo per ripresa del k colon (nel 2008)
- nel 2011 paziente rioperata x k primitivo dell'utero (assenza di ripresa del k colon)

CASO CLINICO

G. Maria, aa 44

- inizi febbraio 2008 comparsa di dolori in sede ipogastrica ed in fossa iliaca destra, modico rialzo febbrile
- dietro consiglio del m. curante, somministrazione di antibiotici orali senza benefici
- dal 22 febbraio alvo diarroico, febbre (puntate pomeridiane di 38.7°)
- tendenza del dolore a diffondere verso gli altri quadranti
- 26.02.2008 ricovero** presso U.O. di Clin. Chirurgica (P.O. S. Luigi)

CASO CLINICO

G. Maria, aa 44

- Al momento del ricovero diffuso peritonismo, più accentuato ai quadranti inferiori.
- Leucocitosi neutrofila (22mila G.B.)
- Rx diretta addome con presenza di livelli idroaerei a carico del tenue e del colon; non aria libera endoperitoneale
- Ecografia: massa annessiale dx a contenuto parzialmente liquido delle dimensioni di 4 cm. non differenziabile dall'ovaio omolaterale; condizione di versamento plurisettato con aspetto “a ragnatela”, diffuso a tutto l'addome; indenne colecisti, vv. biliari ed organi ipocondriaci

CASO CLINICO

G. Maria, aa 44

- sospensione alimentazione per via enterale
- apposizione di sondino nasogastrico (ristagno di tipo biliare)
- infusione di liquidi per via parenterale
- somministrazione di antibiotico ad ampio spettro beta-lattamico della famiglia dei carbopenemi (*Meropenem 1 gr. x 3 ev.*)

CASO CLINICO

G. Maria, aa 44

BILANCIO DOPO 48 ORE DAL RICOVERO:

- Mai ristagno dal sondino di tipo enterico
- Peristalsi presente benchè torpida
- Scariche alvine di tipo diarroico 4-5 al giorno
- Riduzione dei livelli idroaerei
- Persistenza di leucocitosi neutrofila (15mila) benchè diminuiti rispetto al momento del ricovero, e febbre pomeridiana intorno a 38°

Diagnosi clinica: peritonite generalizzata a partenza da un ascesso tubo-ovarico destro, non-responder al trattamento medico

CASO CLINICO

G. Maria, aa 44

POSTA INDICAZIONE AD INTERVENTO CHIRURGICO OPEN

- *non attuato il drenaggio ecoguidato transvaginale visto il quadro di una peritonite generalizzata*
- *non attuato l'accesso videolaparoscopico a causa del pregresso intervento di emicolectomia destra*

CASO CLINICO

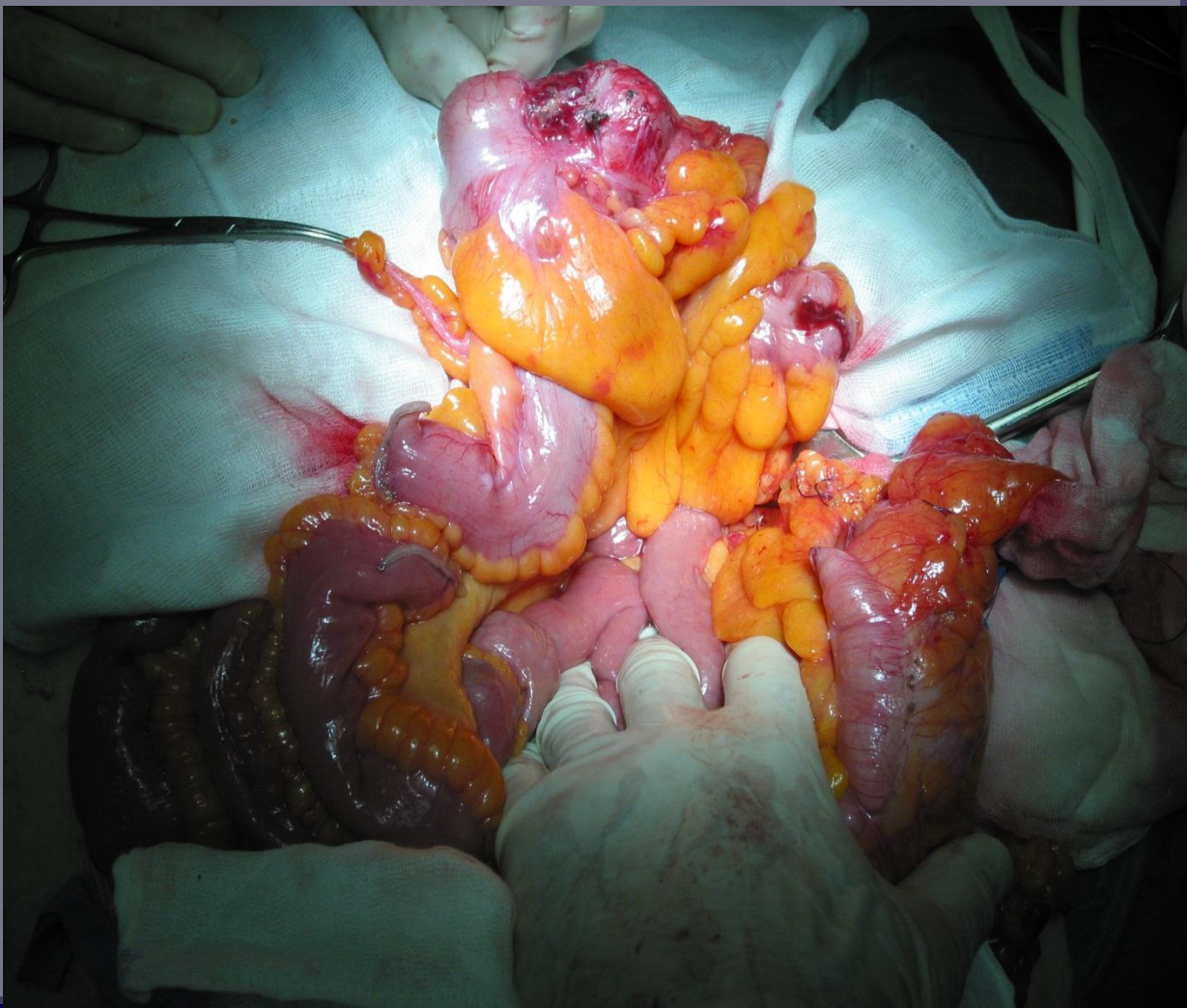
G. Maria, aa 44

Il reperto peroperatorio ha confermato:

presenza di ascesso tuboovarico e di raccolte purulente plurisaccate in sede pelvica, sottoepatica e tra le anse del tenue (aspirazione-toiletta degli ascessi, annessectomia destra e posizione di 3 drenaggi peritoneali)

Il nuovo quadro anatomico venutosi a creare dopo l'emicolectomia destra ha favorito la generalizzazione della peritonite, il cui focolaio iniziale era a partenza dalla regione pelvica tubo-ovarica.

L'assenza delle barriere costituite dall'omento e dalla porzione destra del mesocolon trasverso ha impedito la normale circoscrizione del processo suppurativo.



**Particolare emicolectomia dx in corso: l'addome perde
La barriera divisoria del mesocolon trasverso
(che separa l'addome sovra- da quello sotto-mesocolico)**

CASO CLINICO

G. Maria, aa 44

DECORSO POSTOPERATORIO

In terza giornata nuova puntata febbrile ($38,7^{\circ}$); dai drenaggi secrezione sierosa corpuscolata (300 cc. dal drenaggio nel Douglas 200 cc. dal drenaggio sottoepatico e 50 cc. dal drenaggio parietocolico sinistro); G.B. di nuovo in risalita (14mila rispetto a valori di 11mila riscontrati in prima giornata postoperatoria)

Si decide di cambiare il trattamento antibiotico:

Tigeciclina 100mg. ev. ed in successione 50 mg. ev. ogni 12 ore

Piperacillina-Tazobactam ev. 4 g – 0.500 ogni 8 ore

CASO CLINICO

G. Maria, aa 44

In IV giornata temperatura 38°; G.B. 12mila

In V giornata temperatura 37,6°; G.B. 9mila

In VI giornata afebbrile; G.B. 8mila

Dai drenaggi caratteristiche del liquido di tipo sieroso

Protratto il trattamento antibiotico per ulteriori 48 ore

Rimossi i drenaggi, la paziente è stata dimessa chirurgicamente guarita in IX giornata postoperatoria

Il nuovo regime antibiotico

(Tigeciclina + Piperacillina-Tazobactam)

ha dato una pronta risposta clinica, garantendo

una copertura dello spettro microbico a 360°,

scongiurando così la possibilità della insorgenza

di una peritonite terziaria.

Vassene il tempo e l'uom non se ne avvede

