MeB – Pagine Elettroniche

Volume XVI **Giugno 2013** numero 6

CASO CONTRIBUTIVO

Un'appendicite di troppo

Elisa Zanelli, Stefania Crocco

Clinica Pediatrica, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Università di Trieste

Indirizzo per corrispondenza: elisazanelli@hotmail.it

Stump appendicitis

Key words: Stump appendicitis, Complications, Case report Perforation

Abstract

Stump appendicitis is the re-inflammation of the residual appendiceal tissue after an appendectomy. It is a rare and unknown complication of appendectomy. Clinical features of stump appendicitis do not differ from acute appendicitis, even though the history of a previous appendectomy can be misleading causing a delayed diagnosis. Ultrasonography can be useful in identifying inflammatory changes. The abdominal CT is reported as the gold standard for its diagnosis. Stump appendicitis has a higher risk of complications than appendicitis, with perforation being reported in nearly 70% of the cases. Stump appendicitis should be considered in all patients who have previously undergone appendectomy and have had a convincing history of acute appendicitis. Treatment by re-surgery and complete removal of the appendix will resolve the case.

ABSTRACT

RIASSUNTO

Il termine "stump appendicitis" indica la re-infiammazione del residuo appendicolare dopo appendicectomia. Si tratta di una complicanza rara, spesso misconosciuta. Clinicamente l'esordio della flogosi del residuo appendicolare non differisce da quello dell'appendicite, anche se la storia di appendicectomia può trarre in errore con conseguente ritardo diagnostico. L'ecografia può essere utile nell'identificare i segni di flogosi. Tuttavia la TC addominale è considerata il gold standard per la diagnosi. L'infiammazione del residuo appendicolare ha un maggior rischio di complicanze rispetto all'appendicite stessa, nello specifico la peforazione è riportata nel 70% dei casi. In conclusione, la re-infiammazione del residuo appendicolare deve essere considerata in tutti i pazienti con una pregressa appendicectomia e una storia convincente di appendicite acuta. Il trattamento prevede il re-intervento e la completa asportazione del residuo.

CASO CLINICO

M. è un ragazzo di 15 anni che giunge presso il nostro Pronto Soccorso per la comparsa, da circa tre giorni, di dolore addominale colico e ingravescente, localizzato ai quadranti inferiori, con pallore e sudorazione. All'anamnesi si rileva una storia di episodi simili e ricorrenti negli ultimi anni, con frequenza di una volta all'anno, della durata di 4-5 giorni associati a diarrea, nonché un intervento di appendicectomia eseguito 7 anni prima e complicatosi con un ascesso sottombelicale. All'esame obiettivo il ragazzo si presenta sofferente. Si apprezza una modesta irritabilità peritoneale in fossa iliaca destra, senza distensione addominale, e peristalsi torpida. La restante obiettività risulta negativa. Gli esami ematici documentano una conta leucocitaria pari a 10.570 GB/mmc con 74,2% di neutrofili, PCR 5,41 mg/dl e VES negativa. Gli elettroliti sierici risultano nella norma così come il campione urinario non indicativo di infezione. Alla luce di tali dati anamnestici e sintomi decidiamo di eseguire un'ecografia addominale che mostra un marcato ispessimento della parete ileo-cecale (3-6 mm) con iperplasia del tessuto adiposo circostante e una falda di versamento corpuscolato di circa 15 mm in sede peri-cecale, estesa fino allo scavo pelvico (*Figura 1*). Il quadro clinico ed ecografico è dubbio (ascesso addominale? MICI? necrosi omentale?) per cui viene deciso un approfondimento con TAC. La TAC addome conferma una flogosi ascessuale di circa 6,5 x 6 x 4,2 cm in fossa iliaca destra su base appendicolare, nel cui contesto si riscontra la presenza di un coprolita (*Figura 2*). La diagnosi preoperatoria è dunque di appendicite su residuo appendicolare per cui si avvia una triplice terapia antibiotica e si richiede una consulenza chirurgica che conferma l'indicazione all'intervento chirurgico. In laparotomia viene asportato un lungo residuo appendicolare con risoluzione completa del quadro clinico e dimissione del ragazzo dopo 7 giorni. Infine l'esame istologico del campione chirurgico conferma la natura suppurativa del residuo appendicolare.

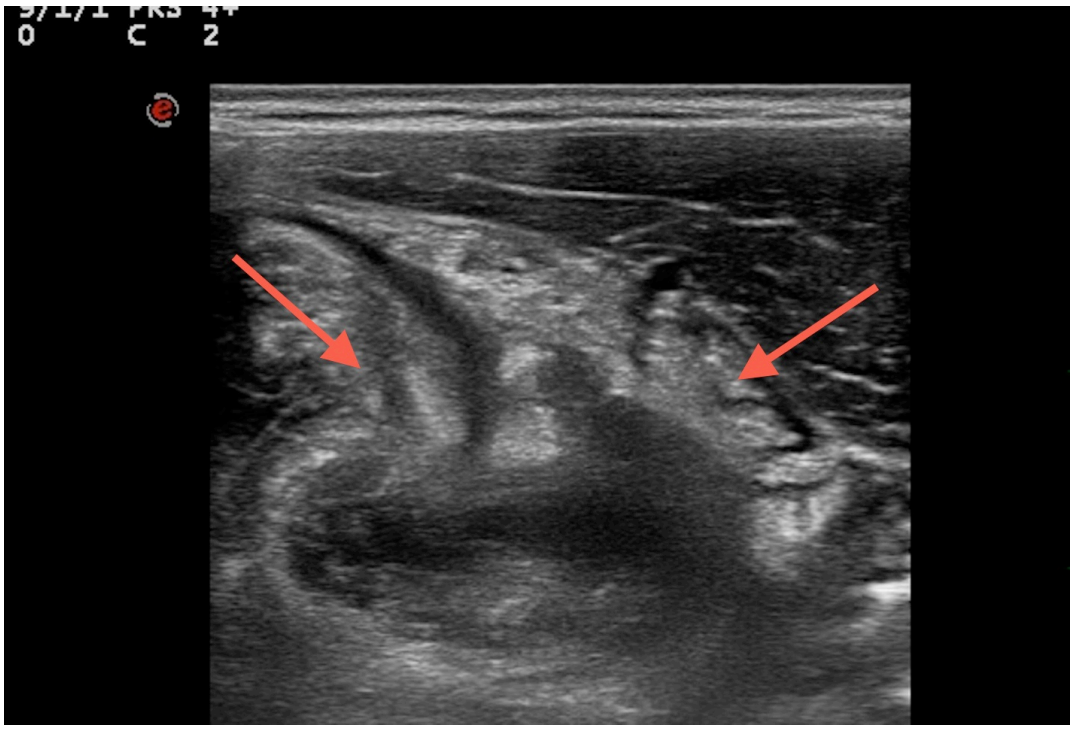


Figura 1. *Raccolta in parte organizzata in fossa iliaca destra.*



Figura 2.*Ascesso dell'ultima ansa intestinale.*

DISCUSSIONE

L'infiammazione del residuo appendicolare è una rara complicanza dell'appendicectomia. Ad oggi la sua incidenza non è ancora ben definita e nella letteratura inglese sono riportati circa una decina di casi. Secondo quanto descritto, tale complicanza può verificarsi a distanza di poche settimane fino a molti anni dopo l'intervento[1-6].I possibili fattori di rischio per il suo sviluppo sono: il residuo appendicolare dopo intervento chirurgico superiore a 0,5 cm, la presenza di un'appendicite sub-sierosa o retrocecale, il frequente ricorso alla chirurgia laparoscopica per la limitazione del campo visivo e, infine, la scarsa esperienza del chirurgo[1-3, 7-15]. Il quadro clinico di presentazione non differisce da quello dell'appendicite stessa con dolore addominale localizzato in fossa iliaca destra, nausea, vomito, febbre e anoressia. L'ecografia addo-

minale può essere utile nel rilevare i segni di infiammazione del residuo appendicolare, ma la TAC addome è considerata il gold standard per la diagnosi, in quanto identifica l'ascesso o il coprolita ritenuto in sede appendicolare[1-3]. Le principali diagnosi differenziali da ricordare sono la duplicazione dell'appendice e la sua stessa infiammazione, la flogosi dell'appendice epiploica, il Chron e la necrosi dell'omento[16,17]. Seppur molto rara, la necrosi omentale deve essere presa in considerazione in quanto benigna, autolimitante e a risoluzione spontanea nei bambini; in tal senso la sua precoce identificazione limiterà il ricorso alla chirurgia. In genere si associa a un'anomalia dei vasi epiploici di destra che predispongono a una trombosi venosa a seguito di una torsione dell'omento stesso[18,19]. La flogosi del residuo appendicolare si associa a una maggiore incidenza di complicanze rispetto all'appendicite stessa, in particolare la perforazione è riportata nel 70% dei casi[20]. È dunque necessario ricorrere all'intervento chirurgico il prima possibile. In conclusione, l'infiammazione del residuo appendicolare è un evento tanto raro quanto severo. La diagnosi è spesso misconosciuta e ritardata in relazione alla storia di pregressa appendicectomia con un alto rischio di complicanze gravi[1]. Per tale motivo la flogosi del residuo appendicolare deve essere sempre sospettata di fronte a un quadro clinico compatibile con quello di appendicite, indipendentemente dal dato anamnestico di appendicectomia. In tutti questi casi è opportuno eseguire tempestivamente gli accertamenti diagnostici al fine di ricorrere nell'immediato a un re-intervento. La rimozione del residuo appendicolare consentirà la risoluzione completa del quadro[21].

Bibliografia

- Waseem M, Devas G. A child with appendicitis after appendectomy. JEmerg Med 2008;34:59-61.
- Gupta R, Gernshiemer J, Golden J et al. Abdominal pain secondary tostump appendicitis in a child. J Emerg Med 2000;18:431-3.
- Erzurum VZ, Kasirajan K, Hashmi M. Stump appendicitis: a case report.J Laparoendosc Adv Surg Tech A 1997;7:389-91.
- Baldisserotto M, Cavazzola S, Cavazzola LT, Lopes MH, Mottin CC. Acute edematous stump appendicitis diagnosed preoperatively onsonography. AJR Am J Roentgenol 2000;175:503-4.
- Patel RP, Kan JH. Stump appendicitis. Pediatr Radiol 2009;39:306.
- Gasmi M, Fitouri F, Sahli S, Jemaï R, Hamzaoui M. A stumpappendicitis in a child: a case report. Ital J Pediatr 2009;35:35.
- Uludag M, Isgor A, Basak M. Stump appendicitis is a rare delayedcomplication of appendectomy: a case report. World J Gastroenterol 2006;12:5401-3.
- Aschkenasy MT, Rybicki FJ. Acute appendicitis of the appendicealstump. J Emerg Med 2005;28:41-3.
- Liang MK, Lo HG, Marks JL. Stump appendicitis: a comprehensive reviewof literature. Am Surg 2006;72:162-6.
- Feigin E, Carmon M, Szold A et al. Acute stump appendicitis. Lancet1993;341:757.
- Rao PM, Sagarin MJ, McCabe CJ. Stump appendicitis diagnosedpreoperatively by computed tomography. Am J Emerg Med 1998;16:309-11.
- Devereaux DA, McDermott JP, Caushaj PF. Recurrent appendicitisfollowing laparoscopic appendectomy. Report of a case. Dis Colon Rectum 1994;37:719-20.
- Shin LK, Halpern D, Weston SR, Meiner EM, Katz DS. Prospective CTdiagnosis of stump appendicitis. AJR Am J Roentgenol 2005;184:S62-4.
- Marcoen S, Onghena T, Van Loon C, Vereecken L. Residual appendicitisfollowing incomplete laparoscopic appendectomy. Acta Chir Belg 2003;103:517-8.
- Levine CD, Aizenstein O, Wachsberg RH. Pitfalls in the CT diagnosisof appendicitis. Br J Radiol 2004;77:792-9.
- Mitchell IC, Nicholls JC. Duplication of the vermiform appendix.Report of a case: review of the classification and medicolegal aspects. Med Sci Law 1990;30:124-6.
- Milne AA, Bradbury AW. 'Residual' appendicitis followingincomplete laparoscopic appendicectomy. Br J Surg 1996;83:217.
- Gosain A, Blakely M, Boulden T, et al. Omental infarction:preoperative diagnosis and laparoscopic management in children. J Laparoendosc Adv Surg Tech A;20:777-80.
- Rimon A, Daneman A, Gerstle JT, Ratnapalan S. Omental infarction inchildren. J Pediatr 2009;155:427-31.e1.
- Filippi de la Palavesa MM, Vaxmann D, Campos M, Tuchmann C, Guth S, Dietemann JL. Appendiceal stump abscess. Abdom Imaging 1996;21:65-6.
- Tang XB, Qu RB, Bai YZ, Wang WL. Stump appendicitis in children. JPediatr Surg 2011;46:233-6.