

MeB – Pagine Elettroniche

Volume III

Ottobre 2000

numero 8

CHIRURGIA PER IL PEDIATRA

L' appendicite recidiva

IL PROBLEMA

D. Codrich, M. Sabatti, M. Monai, A. Giannotta, E. Chiella,
A. Messineo

IL CASO

M.P. è un ragazzo di 15 anni che è giunto alla nostra osservazione con un quadro di addome acuto, caratterizzato da viva dolorabilità e scarsa trattabilità in fossa iliaca destra. In tale regione si palpava una tumefazione di circa 8 cm. Gli esami ematochimici evidenziavano un intenso processo flogistico in atto (GB 19,90x 10³, PCR 17.22 mg/dl, VES 74 mm/h).

All'intervento chirurgico la tumefazione palpabile risultava essere l'ileo terminale, con una parete edematosa e congesta, il cui aspetto lasciava sospettare un'ileite terminale di Crohn. In sede retrocecale era presente una raccolta ascessuale, con all'interno frammenti di appendice colliquata e un coprolita. In questo magma ascessuale non si riusciva a riconoscere la base dell'appendice.

Il paziente veniva trattato con copertura antibiotica completa (Ceftriaxone, Netilmicina e Metronidazolo) per 13 giorni, fino all'apiressia. Successive ecografie di controllo, eseguite durante il ricovero, avevano dimostrato una remissione dell'edema dell'ileo terminale e una progressiva riduzione prima, e risoluzione poi, della raccolta ascessuale. Durante l'anno successivo, il ragazzo è stato ripetutamente controllato ecograficamente e con esami ematochimici per il sospetto di malattia infiammatoria formulato all'intervento ma non confermato dai test eseguiti.

A 14 mesi dal primo intervento, il paziente si è ripresentato con dolore e presenza di tumefazione dolente di circa 5-6 cm in fossa iliaca destra associata ad iperpiressia. Gli esami di laboratorio indicavano un processo flogistico in atto (GB 13.26 x 10³, PCR 12.67 mg/dl, VES 20 mm/h). Nel sospetto di malattia infiammatoria, sono state eseguite ecografia e TAC addome che suggerivano invece un quadro di invaginazione ileo-ileale. Considerando l'ulteriore aumento degli indici di flogosi, si poneva indicazione ad una laparotomia esplorativa. All'intervento si evidenziava una struttura da riferire al precedente moncone appendicolare, che aveva ricostituito una neoappendice in intensa flogosi. E' stato quindi eseguito intervento di appendicectomia. Il paziente è stato trattato con triplice terapia antibiotica per 5 giorni. Successive ecografie hanno dimostrato la risoluzione completa del quadro.

La recidiva di appendicite su moncone residuo è un argomento ampiamente discusso in letteratura (1,2,3,4,5,6,8). Tale complicanza tardiva si verifica nel 3-38% degli accessi appendicolari trattati conservativamente (terapia antibiotica e/o drenaggio percutaneo), secondo i lavori considerati (1,4,7). E' proprio l'alto tasso di recidive che ha orientato numerosi chirurghi ad effettuare l' "interval appendectomy", ovvero un'appendicectomia a distanza di circa 3 mesi dall'episodio acuto. In uno studio istopatologico di Gahukamble et al (9), 13 delle 14 appendici rimosse dopo intervallo di 3 mesi, presentavano un lume pervio e mettevano quindi a rischio di recidiva i pazienti.

Più recentemente, il problema della recidiva di appendicite su moncone residuo si è riproposto anche per i pazienti operati mediante tecnica laparoscopica (3,5,6). Lasciando infatti un moncone appendicolare troppo lungo, quest'ultimo può svilupparsi con la crescita del bambino ed evolvere nuovamente verso la flogosi. Va sempre tenuto in mente quindi, nella diagnosi differenziale del dolore addominale in fossa iliaca destra, che un pregresso intervento di appendicectomia non esclude automaticamente un nuovo processo flogistico in quella stessa sede.

Bibliografia

1. Cobben LP, de Van Otterloo AM, Puylaert JB. "Spontaneously resolving appendicitis: frequency and natural history in 60 patients". *Radiology* 2000, 215(2): 349-52.
2. Helbling C, Fasolini F, Schlumpf R. "Recurrent appendicitis 19 years after perityphlitic abscess". *Swiss Surg* 2000, 6(1):36-41
3. Greenberg JJ, Esposito TJ. "Appendicitis after laparoscopic appendectomy: a warning". *J Laparoendosc Surg* 1996, 6(3):185-7
4. Price MR, Haase GM, Sartorelli KH, Meagher DP. "Recurrent appendicitis after initial conservative management of appendiceal abscess". *J Pediatr Surg* 1996, 31(2):291-4
5. Deveraux DA, McDermott JP, Caushaj PF. "Recurrent appendicitis following laparoscopic appendectomy. Report of a case". *Dis Colon Rectum* 1994, 37(7):719-20
6. Wright TE, Diaco JF. "Recurrent appendicitis after laparoscopic appendectomy". *Int Surg* 1994, 79(3): 251-2
7. Bagi P, Dueholm S, Karstrup S. "Percutaneous drainage of appendiceal abscess. An alternative to conventional treatment". *Dis Colon Rectum* 1987, 30(7):532-5
8. Hoffmann J, Lindhard A, Jensen HE. "Appendix mass: conservative management without interval appendectomy". *Am J Surg* 1984, 148(3):379-82

9. Gahukamble DB, Khamage AS, Gahukamble LD. "Management of appendicular mass in children". *Ann Trop Paediatr* 1993, 13:365-67.