

Caso N. 19

Uomo - anni 50

Anamnesi Patologica Remota

Nulla di importante da segnalare

Anamnesi Patologica Prossima

Da qualche tempo il Paziente lamenta dolori diffusi all'addome, specialmente localizzati in regione iliaca destra. Si manifesta anche irregolarità dell'alvo. Dal medico curante fu diagnosticata appendicite e il P. inviato in reparto chirurgico per intervento di appendicectomia. Questa venne eseguita mediante laparotomia secondo la tecnica di Mc Burney. Il decorso postoperatorio fu complicato da suppurazione della ferita chirurgica, che comportò trattamento antibiotico e prolungamento della degenza.

L'intervento non ebbe tuttavia gli attesi benefici: il P. continuò a lamentare saltuari dolori addominali, spesso focalizzati in regione iliaca destra e irregolarità dell'alvo.

E' così che il P. giunse alla nostra osservazione in Clinica Chirurgica.

L'esame obiettivo non ci diede elementi utili ad un orientamento diagnostico. Era soltanto confermata una discreta dolorabilità alla palpazione dei quadranti destri dell'addome.

Mentre non si ricavano elementi di una qualche utilità diagnostica dall'esame ecotomografico (ETG), i Radiologi erano piuttosto perplessi su alcune immagini incostanti a carico dell'ultima ansa ileale (Fig. n. 1).

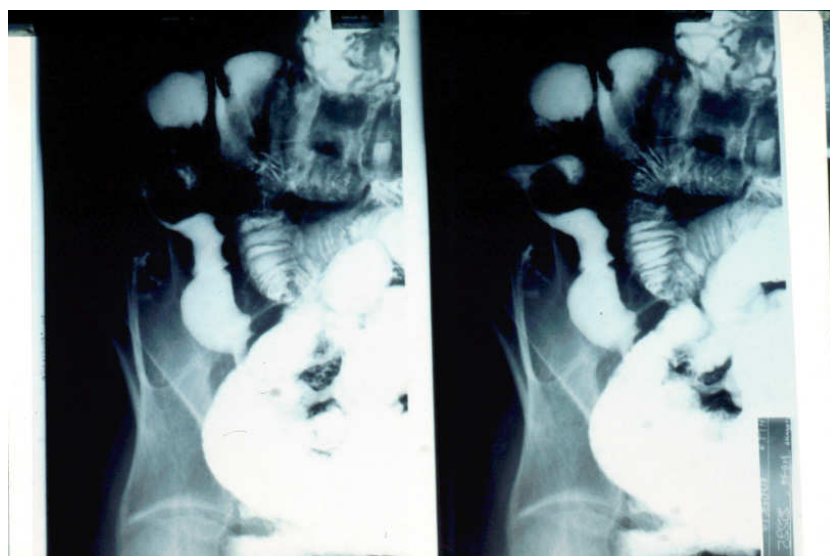


Fig. N. 1

Queste potevano, secondo loro, essere riferibili ad esiti aderenziali del pregresso intervento di appendicectomia seguito, come da anamnesi, da complicanze flogistiche oppure, e forse con maggiore probabilità, a processo di ileite segmentaria di Crohn.

Questa seconda ipotesi si adattava bene alla nostra esperienza di relativamente frequente suppurazione della ferita chirurgica dopo appendicectomia in pazienti con ignorata ileite terminale.

Il caso fu a lungo discusso con i Radiologi e i Gastroenterologi e si decise per l'esplorazione video-laparoscopica con eventuale trattamento resettivo.

Descrizione dell'intervento

Previo pneumoperitoneo a 13 mm Hg costanti si inseriscono tre trocar da 10 - 12 mm all'ombelico, in regione iliaca destra e all'epigastrio.

Mobilizzazione parziale del cieco-ascendente con identificazione della giunzione ileo-cecale primitivamente nascosta da aderenze omentali probabile esito di pregressa appendicectomia.

A circa 10 cm dalla valvola ileo-cecale un segmento di ileo, anch'esso di circa 10 - 15 cm, si presenta con superficie sierosa arrossata e opaca con netto vallo rispetto ai segmenti ileali contigui e ben distinto contrasto tra la parte patologica e quella di aspetto normale. Anche il meso corrispondente è ispessito e con fenomeni congestizi. La palpazione su pinza del viscere dà la sensazione di spessore uniforme in tutto il segmento interessato con netta differenza con lo spessore e la consistenza dei segmenti contigui di aspetto sano.

La diagnosi, verificata anche dalla presenza dell'Anatomo-patologo, risulta essere quella di ileite segmentaria di Crohn in fase iniziale. Per maggiore sicurezza si esegue in sede iliaca destra mini-laparotomia che conferma quanto osservato in video (Fig. 2 - 3 - 4).

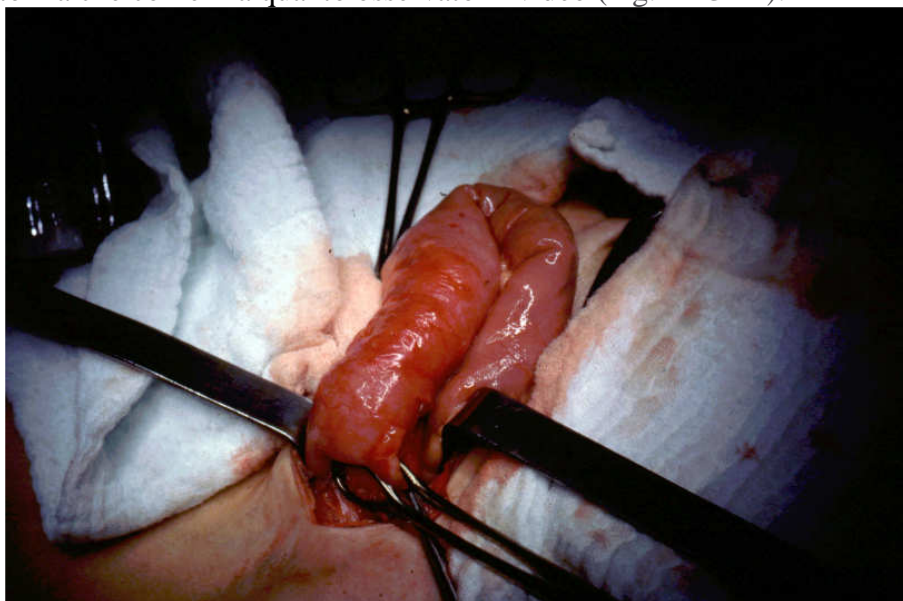


Fig. N. 2

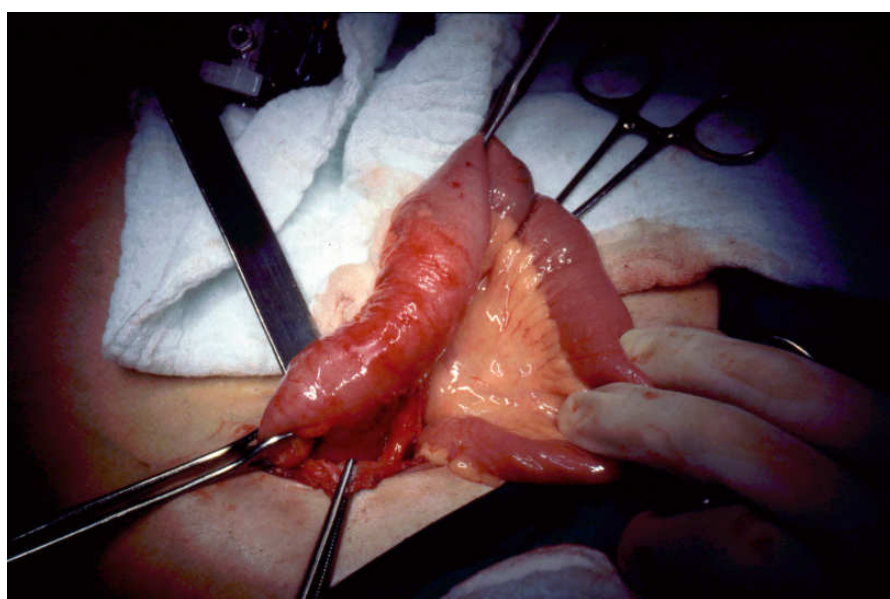


Fig. N. 3

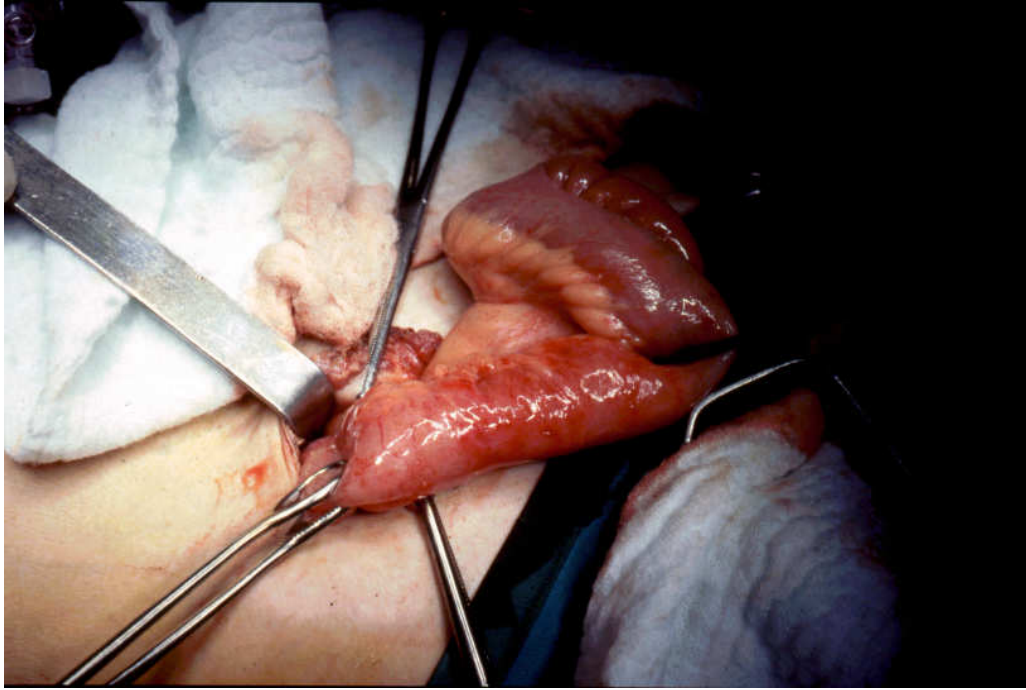


Fig. N. 4

Nessuna constatazione patologica è messa in evidenza dall'esplorazione di tutta la cavità addominale. Considerando la lesione ileale ancora suscettibile di trattamento medico, si rinuncia ad un programma resettivo e si esegue sutura degli accessi (vedi registrazione video allegata).

Tutto l'intervento fu eseguito con la presenza e la consulenza, oltre che dell'Anatomo-Patologo anche del Radiologo e del Gastroenterologo.

Il decorso postoperatorio fu regolare e dopo veloce degenza il Paziente fu affidato ai Gastroenterologi. La terapia messa in atto da questi ebbe notevole successo: le condizioni del Paziente andarono normalizzandosi e, anche a distanza di tempo, ripetuti controlli non mettevano più in evidenza segnali della malattia.

Commento

Si tratta dunque di un soggetto di mezza età senza alcun episodio patologico in anamnesi, ad eccezione dei disturbi relativamente recenti, che furono interpretati come di origine appendicolare. Fu operato e l'intervento fu complicato da suppurazione della ferita chirurgica.

Questo è il primo dato che nel caso descritto ci sembra utile sottolineare. Come è già stato segnalato nella Lecture N. 24 dedicata alle malattie dell'appendice ileo-cecale recentemente inserita in questo sito web, abbiamo dovuto registrare nella nostra esperienza questa complicanza dopo appendicectomia, quando presente anche la Malattia di Crohn dell'ultima ansa ileale. Non ci è mai stato possibile accertare la compartecipazione alla malattia dell'appendice asportata. Né siamo riusciti a reperire in letteratura riferimenti con una qualche interpretazione patogenetica a questo fenomeno da noi segnalato.

D'accordo con i Gastroenterologi, si decise per l'esplorazione video-laparoscopica a causa della poca significatività dei dati semeiologici nonché di quelli forniti dall'esplorazione strumentale. Anche se dai rispettivi confronti fra i Radiologi, i Gastroenterologi e noi era emersa qualche ipotesi orientante verso il Crohn dell'ultima ansa ileale.

La video-esplorazione di tutto l'ambito addominale non rivelava altro che aderenze nella fossa iliaca destra e soprattutto quel breve segmento di ultima ansa ileale lievemente arrossato e, alla palpazione, si fa per dire, su pinza, di consistenza e spessore che ci sembravano aumentati. Ci fu di grande conforto essere assistiti in questa operazione dagli Anatomico- Patologi, dai Radiologi e dai Gastroenterologi. Anche se ci era ormai abbastanza chiara l'origine ileitica di quanto osservato, la nostra scelta di ricorrere alla visione diretta del viscere e soprattutto alla palpazione di esso con le mani e non con la "pinza" permise a noi e ai nostri Consulenti di confermare la diagnosi di ileite terminale di Crohn in fase del tutto iniziale.

La scelta della video- esplorazione risultò essere utile inoltre non solo per l'orientamento diagnostico, ma anche perchè istruttiva: ci permise infatti di cogliere il Crohn in una fase del tutto iniziale, nonchè di registrarne prematuramente le caratteristiche anatomico-patologiche ben difficilmente osservabili in altre condizioni.

Il Paziente fu affidato infine alla terapia medica. Oggi il trattamento del Crohn sortisce risultati soddisfacenti dall'applicazione di anticorpi monoclonali ad attività anti-TNF (Tumor Necrosis Factor). Di questi quello che sembra avere ottenuto risultati migliori e pertanto più usato negli ultimi anni è l'Infliximab. Nella letteratura recente sono registrati validi risultati grazie al trattamento con questo anticorpo: arresto della progressione nelle forme iniziali senza manifestazioni di progressione a distanza; regressione parziale o in qualche caso addirittura completa nelle forme stenotiche più avanzate. (vedi in allegato alcune pubblicazioni sull'argomento). Sta di fatto che il nostro Paziente anche a distanza di anni non ebbe più ad essere afflitto da questa malattia.

Allegato: Video - Ileite terminale di Crohn in fase iniziale -

Bibliografia

- Wilkins T. & Coll. - Diagnosis and management of Crohn's disease - Am. Fam. Physician Dec 2011
- Jones J. & Coll. - Medical management of inflammatory bowel disease - Can. J. Gastroenterology - Oct 2011
- Pallotta N. & Coll. - Effect of infliximab on small bowel stenosis in patients with Crohn's disease -
- World J. Gastroenterology March 2008
- Holtman M. & Coll. - Anti-TNF antibodies in the treatment of inflammatory intestinal stenoses in Crohn's disease -
- Z. Gastroenterol. Jan 2003