

Lecture N. 24

Malattie dell'appendice ileo - cecale

Nella Lecture precedente contrassegnata dal numero 23 l'appendice è protagonista di molte situazioni chirurgiche spesso di difficili soluzioni diagnostiche e terapeutiche; anche se questo ruolo è secondario ad anomalie di sviluppo del colon. Si è visto così che tale viscere può occupare diverse posizioni nel cavo addominale, legate alle variazioni di sede del cieco.

Questa sede in condizioni normali è la fossa iliaca destra. L'appendice s'impianta nel punto di confluenza delle tre tenie, sulla faccia cecale mediale, 2 - 3 cm sotto la valvola ileo-cecale. Ma essa può distendersi in vario modo: discendente, fino a raggiungere il piccolo bacino; ascendente, addossata alla parete posteriore del cieco (appendice retrocecale: Fig. 1); mediale, verso la cavità addominale; laterale, tra cieco e parete addominale laterale. Queste varie posizioni, che in condizioni normali il viscere può assumere, sono in grado di influire sui quadri anatomico-clinici della patologia appendicolare.

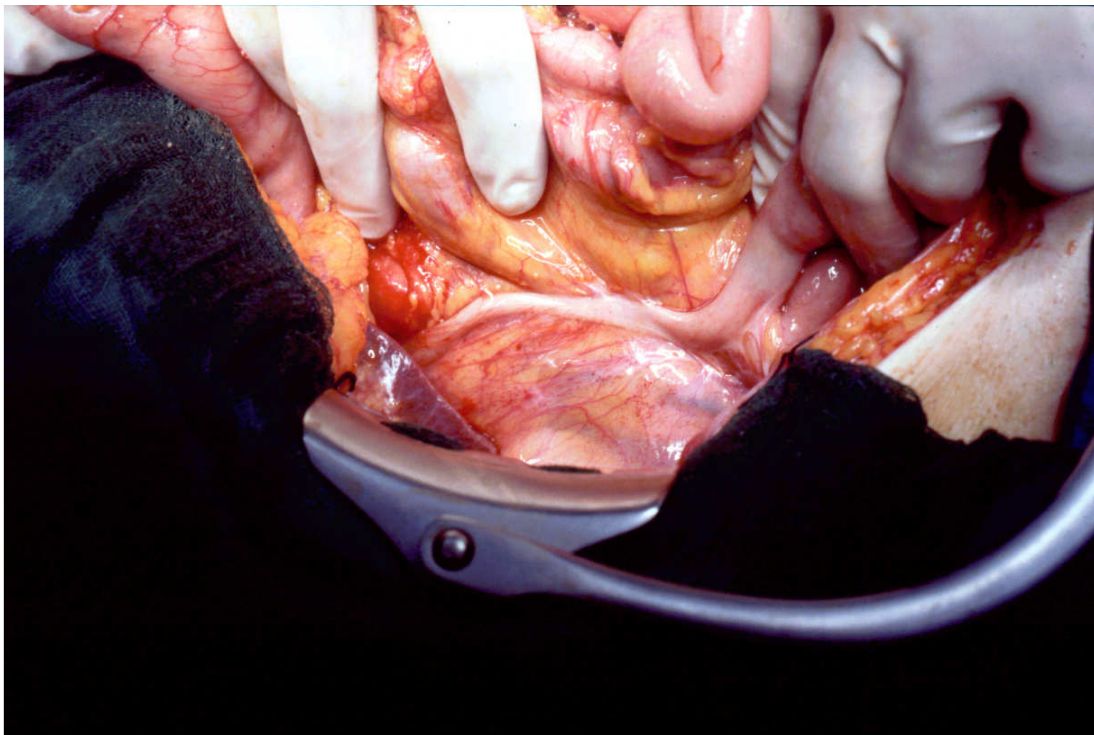


Fig. 1

Lunga appendice retrocecale che raggiunge la regione sottoepatica

La struttura appendicolare ricalca quella del colon: sierosa, muscolare, plessi mioenterici di Auerbach e di Meissner, muscularis mucosae e tonaca mucosa. Se ne differenzia per la grande quantità di tessuto linfatico, che addirittura costituisce aree di veri e propri follicoli linfatici. Questi sono spesso separati dal lume appendicolare da un solo strato di cellule epiteliali, che si affondano a formare cripte tubulari. Questa disposizione è molto simile a quella della tonsilla palatina e ha fatto sì che all'appendice sia stato dato l'attributo di "tonsilla addominale". Questa esuberanza di tessuto linfatico è prerogativa dell'infanzia e dell'adolescenza.

Le strutture vascolari e nervose servono l'appendice attraverso il **mesenteriole**: l'arteria appendicolare, ramo dell'ileo-colica - mesenterica superiore, è terminale; le vene sono tributarie dell'ileo-colica - sistema portale; i vasi linfatici drenano nei linfonodi pericecali e da qui, attraverso i collettori perimesenterici superiori, la linfa può raggiungere le strutture linfatiche

peripancreatiche. Questi dettagli vascolari daranno ragione, come vedremo, di possibili complicanze a distanza di malattie appendicolari.

Attraverso il mesenterio passano anche fibre nervose collegate al plesso celiaco attraverso il plesso mesenterico superiore. Ritroveremo questa particolarità anatomica nel paragrafo dedicato alla sintomatologia dolorosa dell'appendice.

L'appendicite

Se ne descrivono due quadri clinici: acuto e cronico.

Appendicite acuta - Rappresenta la più frequente causa di intervento chirurgico addominale urgente. L'incidenza percentuale della malattia sarebbe valutabile nella misura di 1/500-600 abitanti. La malattia colpisce soprattutto l'infanzia e l'adolescenza, pur essendo presente in tutte le altre età.

Dal punto di vista patogenetico l'infezione ha quasi sempre origine endogena ed è sostenuta da comuni ospiti abituali dell'intestino, come bacterium coli, stafilo- e streptococchi; più raramente anaerobi. Questa flora batterica facilmente può accumularsi nelle sopra descritte cripte tubulari della mucosa appendicolare, creando, se virulentati, facile reazione da parte della componente linfatica adiacente e compromissione flogistica di tutta la parete. Tale reattività sarà certamente più intensa laddove tale componente è maggiormente rappresentata e cioè nei soggetti più giovani.

Appare ovvio che se il lume appendicolare viene ostruito, la camera chiusa che ne deriva fatalmente favorisce la moltiplicazione batterica, induce ipertensione endoluminale, stasi e ischemia e conseguente invasione parietale dei germi. Le cause di ostruzione possono essere molteplici: angolazione o torsione del viscere, corpo estraneo (coprolito, nocciolo di ciliegia, parassiti), iperplasia del tessuto linfatico, retrazione sclerotica da precedenti eventi flogistici.

La "tonsilla addominale" in particolari circostanze, soprattutto nel giovane, può richiamare per via ematogena germi circolanti a partenza da lontani foci infiammatori.

L'anatomia patologica distingue quattro forme di appendicite acuta: catarrale, purulenta, flemmonosa e gangrenosa; che solitamente sono stadi evolutivi ingravescenti della malattia, anche se tali forme possono manifestarsi isolatamente fin dall'esordio.

- Appendicite catarrale - Iperemia, edema, iperplasia linfatica, infiltrazione leucocitaria della mucosa e sottomucosa con essudato sieroleucocitario endoluminale.
Se la canalizzazione appendicolare è impedita, l'essudato distende il viscere e si costituisce l'**idropo dell'appendice**.
- Appendicite purulenta (Fig. 2)- Il viscere è aumentato di volume, rigido e arrossato per congestione; la flogosi si estende alla tunica muscolare e alla sierosa e la mucosa, ispessita e congesta, presenta sovente ulcerazioni che possono raggiungere la sierosa e creare perforazioni. Se la canalizzazione del viscere è ostacolata, si costituisce l'**empiema appendicolare**.
- Appendicite flemmonosa - Con piena aderenza alla definizione di flemmone, è presente estesa compromissione di tutti gli strati del viscere con numerosi ascessi nella parete e sulla sierosa abbondante essudato fibrino-purulento. La flogosi coinvolge anche le formazioni viciniori: il cieco, l'ultima ansa ileale, il peritoneo parietale contiguo.
Si tratta pertanto di una peritonite fibrino-purulenta limitata alla fossa iliaca destra.
Questa peritonite circoscritta rappresenta la base anatomica del cosiddetto **piastrone ileo-cecale**.

- Appendicite gangrenosa - Poichè, come si è detto, l'arteria appendicolare è a carattere terminale, un eventuale fatto trombotico avrà come conseguenza obbligata la necrosi totale o parziale del viscere. La trombosi può verificarsi nelle più gravi appendiciti ostruttive ed è favorita dall'azione necrosante di germi anaerobi o anche dal decubito di un corpo estraneo endoluminale. L'evento evolve nello sfacelo della parete, perforazione e, ovvia conseguenza, peritonite.

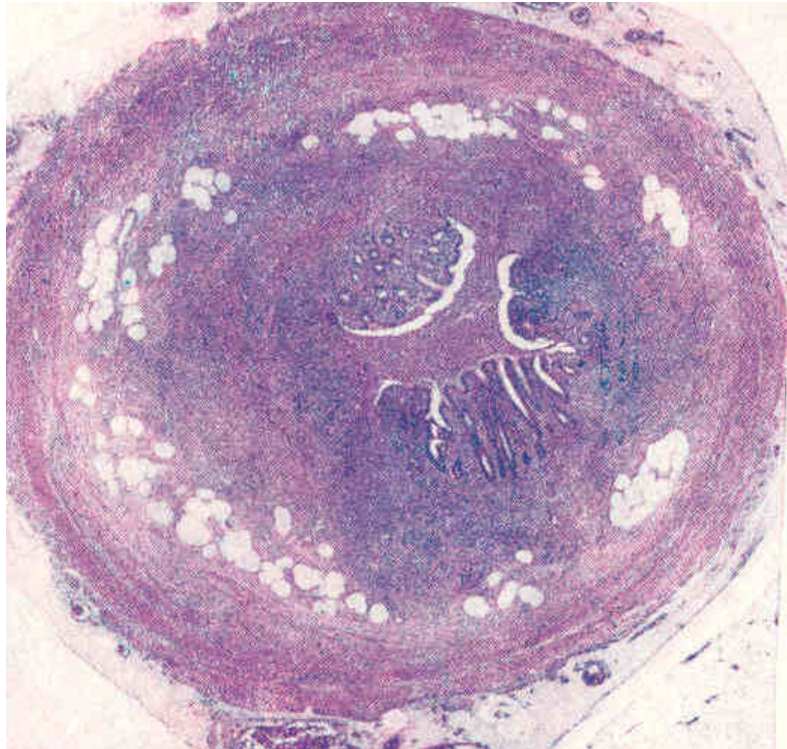


Fig. 2

Appendicite acuta purulenta - Pus nel lume, infiltrazione flogistica della parete

Lo stato acuto della flogosi appendicolare ha come inevitabile conseguenza il risentimento peritoneale. Questo può andare da un modesto stato di "peritonismo" (termine corrispondente al segno semeiologico di Blumberg), semplice cioè compartecipazione della sierosa peritoneale, alla peritonite franca, che può essere diffusa o localizzata. Si definisce **ascesso appendicolare** la peritonite purulenta circoscritta. Come dice il termine, esso è in corrispondenza della sede appendicolare, da cui trae origine. Nella maggioranza dei casi l'ascesso sarà nella fossa iliaca destra, ma se l'appendice avesse sede anomala, potrebbe formarsi altrove: Douglas, scavo pelvico, regione sottoepatica, fossa iliaca sinistra, ecc..

L'ascesso a livello ileo-cecale può interessare gli spazi retrocecali e dunque retroperitoneali, dando luogo così all'**adenoflemmone retroperitoneale** con eventuale interessamento del muscolo psoas (psoite). Per via venosa portale emboli micotici conseguenti alla flogosi acuta dell'appendice possono raggiungere il fegato, quivi inducendo fenomeni suppurativi, come ad esempio l'**ascesso epatico**.

Il quadro clinico dell'appendicite acuta è fondamentalmente quello dell'addome acuto, sindrome che necessita di attenta valutazione in vista di una più che probabile urgenza chirurgica.

La sintomatologia dell'appendicite acuta è generalmente caratteristica e costituisce l'esordio e spesso la chiave interpretativa dell'iter diagnostico.

Questo ha inizio con la raccolta dei sintomi soggettivi, che di regola sono:
dolore, nausea, vomito, chiusura dell'alvo, febbre.

- Il dolore addominale - Insorge generalmente nella regione iliaca destra ed è violento, talora con esordio a tipo colico parossistico e può essere preceduto da disturbi prodromici, quali dispepsia, nausea, irregolarità dell'alvo. Il dolore può irradiarsi alla coscia, alla regione lombare o a quella glutea. Talora può avere inizio in regione epigastrica o periombelicale e in tali casi può indurre in qualche errore diagnostico.
- Nausea e vomito - Il vomito può essere all'inizio alimentare, può diventare biliare e in caso di peritonite anche fecaloide.
- Chiusura dell'alvo - Ai gas e alle feci.
- Febbre e tachicardia - La febbre generalmente è elevata (38° - 39°). La tachicardia può essere più precoce, a volte sproporzionata rispetto alla temperatura ascellare, che risulta invece normale o poco elevata; ma in questi casi la temperatura rettale risulterà elevata, anche notevolmente, e corrispondente all'attività del polso.

L'esame obiettivo è il passo successivo e fornisce di solito la chiave interpretativa della malattia.

- Ispezione - Nelle forme con compromissione peritoneale può manifestarsi riduzione dell'espansione respiratoria dell'addome. Invitando il paziente a tossire, egli denuncia accentuazione del dolore iliaco destro, che lo induce a portare la mano nella sede del maggior dolore. Nelle forme più gravi si avrà postura immobile obbligata e flessione antalgica degli arti inferiori.
- Palpazione - E' rilevabile contrattura muscolare di difesa tanto più elevata quanto maggiore la gravità del processo. Questa può essere limitata al quadrante inferiore destro, se la flogosi appendicolare e peritoneale è modesta; diffusa a tutta la parete addominale se la compromissione peritoneale è più importante. La palpazione dovrà essere superficiale, perchè altrimenti si provocherebbe dolore intenso. Talvolta già lo sfioramento della cute addominale induce dolore (iperestesia cutanea).

La compromissione peritoneale nelle fasi iniziali di semplice peritonismo è rilevabile con la manovra di Blumberg (Segno di Blumberg). Soltanto nelle forme più lievi di appendicite catarrale la palpazione potrà dimostrare la localizzazione iliaca del dolore.

- Auscultazione - Silenzio peristaltico.
- Esplorazione rettale - vaginale se possibile e indicata -
Dolorabilità alta a destra.
Possibile coinvolgimento flogistico del cavo pelvico o del Douglas.

Trattandosi di processo flogistico acuto, gli esami di laboratorio saranno in grado di denunciare la reazione generale all'evento. La leucocitosi neutrofila potrà raggiungere anche gradi elevati tanto più quanto maggiore sarà l'aggressione infiammatoria. E così tutti gli altri ben noti segnali: VES, CRP, ecc.

Un tempo nei casi con sintomatologia blanda, corrispondente generalmente ad una appendicite catarrale, si tentava il “*raffreddamento*” consistente nel riposo a letto, borsa di ghiaccio, dieta e soprattutto nell’osservazione attenta, a scampo di peggioramenti. In effetti può capitare che nei casi più attenuati la sintomatologia in pochi giorni si risolva spontaneamente: scompaiono la nausea e il vomito, l’alvo si riapre ai gas e alle feci; e così la febbre, il dolore, la difesa muscolare, la leucocitosi. Oggi questo processo può essere accelerato con l’antibioticoterapia. A parte il fatto che la moderna chirurgia mininvasiva risolve con relativa facilità e rapidamente il problema. E d’altronde dopo un’eventuale risoluzione spontanea, l’appendice presto o tardi tornerà a fare parlare di sé e richiederà la soluzione chirurgica.

Nelle forme più gravi della malattia acuta appendicolare s’impone l’intervento d’urgenza, generalmente preceduto e/o accompagnato da antibioticoterapia. Soprattutto un tempo e talvolta anche oggi, il ritardo del provvedimento chirurgico può dare adito alla formazione del *piastrone ileo-cecale*, all’ascesso appendicolare, alla peritonite generalizzata.

Nella precedente lezione, la Lecture n. 23, abbiamo ampiamente preso in considerazione eventuali anomalie di sede del viscere in questione. Pertanto può capitare che la sintomatologia sopradescritta subisca variazioni e possano presentarsi problemi di diagnostica differenziale. Ma la questione è più teorica che pratica, perchè è il quadro clinico, cioè l’addome acuto, che si impone all’attenzione dell’esaminatore. Stiamo parlando infatti dell’appendicite acuta, sia pure nei vari gradi della sua gravità. E sarà dunque questo stato della patologia addominale a imporre il da farsi. Che da più di vent’anni, e ancor più oggi, consiste nell’ approccio video-laparoscopico, il quale in ogni caso permette di perfezionare la diagnosi con l’esplorazione diretta della cavità addominale, conseguente localizzazione, dovunque esso sia, del focolaio infiammatorio e relativi provvedimenti terapeutici.

La terapia dell’appendicite acuta è chirurgica e consiste nell’appendicectomia. Generalmente il procedimento avviene in urgenza. E tanto più nelle forme più gravi e con interessamento peritoneale. In tali frangenti sarà ovviamente indispensabile provvedere alla toilette peritoneale e al trattamento di eventuali raccolte ascessuali con la necessità in tali casi di lasciare drenaggi esterni.

La laparotomia, retaggio della chirurgia tradizionale, si avvale di un piccolo accesso nella regione iliaca destra secondo varie tecniche (Stropeni, Mac Burney, ecc.) nei casi non complicati. L’accesso diventerà tanto maggiore quanto più grave sarà l’interessamento peritoneale. Quando il focolaio flogistico sarà in tutt’altra sede, come nei casi di appendice a localizzazione anomala,

l’ accesso laparotomico sarà effettuato di conseguenza (sottoepatico, mediano, quadranti di sinistra).

Come s’è detto e come è largamente noto, la tecnica video-laparoscopica ha risolto con relativa facilità la maggior parte delle difficoltà che per tanti anni il chirurgo poteva incontrare nel trattamento di questa affezione, non infrequentemente di alta gravità; e soprattutto con incredibile alleggerimento per il paziente del trauma chirurgico.

Appendicite cronica

Se ne distinguono due forme: primitiva e secondaria. Della seconda è facile parlare perchè non offre difficoltà nel suo riconoscimento e relativo trattamento. Essa infatti è secondaria ad un precedente evento appendicolare acuto, chiaramente presente nell’anamnesi, non trattato o comunque senza aver avuto terapia sufficiente, e pertanto evolvente in flogosi cronica.

L'appendicite cronica primitiva rappresenta invece un'entità patologica con caratteristiche anatomo - cliniche sue proprie.

Dal punto di vista etiologico si è molto discusso sulla vera natura primitiva del processo, ritenendo alcuni che alla base del processo sia sempre un fatto acuto a bassa valenza sintomatologica, non diagnosticato come tale, a risoluzione spontanea e pertanto nemmeno sottoposto a provvedimenti terapeutici.

Malgrado quanto detto, la malattia è relativamente frequente e riconosce anche un' inquadratura dal punto di vista anatomo-patologico. L'aspetto macroscopico denuncia infatti evidenti e varie alterazioni. Il viscere può presentarsi rigido, sclerotico, talora filiforme, aderente alle strutture viciniori (cieco, mesentere, epiploon, annessi femminili), che possono essere coinvolti nel processo flogistico, soprattutto l'ultima ansa ileale e il cieco (peritiflocolite); oppure al contrario esso può presentarsi tumefatto con mesenterio ispessito e linfadenopatia satellite. E' anche abbastanza frequente obliterazione del lume appendicolare, a volte con presenza in esso di corpi estranei (coproliti, parassiti, semi d'uva, ecc.). L'istologia corrisponde a questi quadri: flogosi cronica caratterizzata da estesi infiltrati leucocitari, essudazione sierosa, iperplasia linfatica, talora multinodulare, quadri di sclerosi e così via.

La sintomatologia è fondamentalmente caratterizzata dal dolore, che può essere continuo, saltuario con varie intermittenze; esso classicamente è localizzato in regione iliaca destra e può irradiarsi alla coscia omolaterale o più raramente verso la regione lombare con conseguenti, come ovvio, possibili problemi di diagnostica differenziale. Con alta frequenza si associano al dolore disturbi vari: dispepsia, iporessia o franca anoressia, nausea, stipsi e diarrea, non raramente alternati, febbricola. Questa possibile varietà di sintomi è in grado di porre quesiti e problemi di diagnosi.

L'appendicite cronica, a differenza dei quadri in acuzie, permette l'applicazione delle classiche regole della Semeiotica. Alla palpazione diventeranno patognomonici i punti di dolorabilità elettiva (Fig. 3): Mc Burney, Lanz, Morris, Munro, Jalaguier; e i segni/manovre diagnostiche: Aazon, Rowsing, Labinskji (vedi in questo Sito: Dispense di Semeiotica Chirurgica e/o Synopsis di Patologia e Clinica Chirurgica).

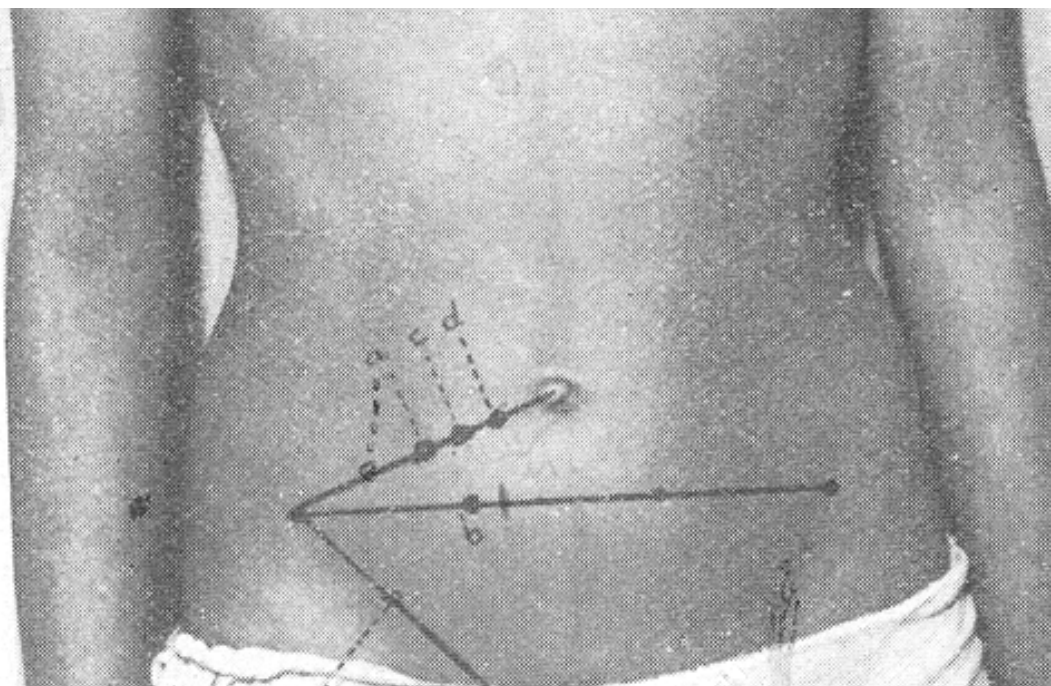


Fig. 3

a)Mc Burney, b)Lanz, c)Morris, d)Munro, e)Jalaguier

Qui, forse più che nelle sindromi acute, un'anomalia di posizione dell'appendice è in grado di variare fortemente la sede del dolore, sempre accompagnato comunque dal corteo di sintomi come detto sopra. Se l'appendice è sottoepatica o peggio se è posizionata nei quadranti addominali di sinistra, la diagnosi sarà impossibile senza ausilio strumentale.

Non infrequentemente il paziente affetto da appendicite cronica può lamentare epigastralgia. Questo si verifica spesso nei primi anni dell'età scolastica. Accade che il piccolo bambino che è accompagnato a scuola, soprattutto nei primi giorni, possa lamentare epigastralgia ("ho mal di stomaco"); la maestra si allarma, avverte la madre, il bambino è riportato a casa; e poi pian piano i sintomi scompaiono. La prima ipotesi che viene posta è quella di un riflesso derivante dalla tensione nervosa, la paura, che il bimbo accusa nell'affrontare un evento nuovo e temuto. E può anche essere così. Ma quando il dolore epigastrico si ripete anche al di fuori di queste condizioni, è giustificata l'ipotesi di una possibile appendicopatia. Tanto più che la malattia colpisce in alta percentuale proprio l'età pediatrica.

In ambito femminile possono coesistere disturbi ginecologici, che ovviamente esigono la verifica di questo eventuale rapporto in contrasto con la presenza di due possibili problemi concomitanti.

La malattia appendicolare rappresenta un focolaio di stimolazione neurovegetativa che influenza in vario modo tutto l'ambito addominale e in special modo il colon, soprattutto se si protrae nel tempo. La conseguenza più frequente è la discinesia colica. L'alvo diventa irregolare, ma tendenzialmente stitico; può insorgere dolore interessante tutti i segmenti colici; in definitiva si configura il quadro del cosiddetto colon irritabile o anche "colite spastica". L'appendicectomia generalmente porta alla risoluzione di questo inconveniente, che può peraltro rimanere se la situazione si protrae nel tempo.

La diagnosi di appendicite cronica richiede l'ausilio di mezzi strumentali quando, come s'è detto, il quadro clinico non la consente con sicurezza sulla base dei soli reperti semeiologici. Può così entrare in campo l'Ecotomografia, che è in grado di escludere sospetti di affezioni colecistiche, pieloureterali, annessiali. Anche la Radiologia può confermare la nostra diagnosi ricorrendo al pasto baritato: mancata o parziale opacizzazione dell'appendice; insorgenza del dolore elettivo alla compressione dell'appendice sotto schermo; il clisma opaco infine sarà d'aiuto nei casi di sospetta anomalia di posizione.

La terapia dell'appendicite cronica è chirurgica.

Anche per l'appendicite cronica il trattamento consiste nell'appendicectomia, ma, a differenza delle forme acute, in elezione. Ciò vale anche e, secondo noi a maggior ragione, per le forme primitive. Come si è detto, la malattia cronica appendicolare influisce negativamente sulla funzione dell'apparato digerente, particolarmente sul colon. Può avvenire cioè che da localizzata la malattia si diffonda e con esiti più importanti. L'appendicectomia pertanto va effettuata precocemente prima che questo quadro si configuri. L'intervento eseguito tardivamente potrà non essere sempre in grado di rimediare ai danni già inferti. Ecco perchè non conviene ricorrere a terapie conservatrici generalmente medico-dietetiche (antispastici, blandi lassativi, diete, ecc.) o di altro tipo, come in alcuni ambienti medici suggerito.

Dal punto di vista tecnico l'appendicectomia può essere eseguita per via laparotomica mediante accessi limitati come le procedure secondo Mc Burney oppure Mc Burney-Stropeni. Soprattutto questa seconda variante, da noi preferita, permette un'incisione cutanea più orizzontale, molto limitata e appena più estetica. Con questa tecnica l'accesso al peritoneo comporta soltanto un'apertura contenuta dell'aponevrosi del muscolo grande obliquo e semplicemente la dissociazione delle fibre dei muscoli piccolo obliquo e trasverso. Essa è indicata se ci si aspetta di trovare un'appendice in posizione normale e senza eccessive alterazioni patologiche.

Nel caso invece di presumere la necessità di allargare l'accesso, allora è meglio l'incisione più verticale, come nella Mc Burney, che permette di essere più facilmente estesa. Altrimenti sarà opportuno ripiegare su tecniche diverse: laparotomia pararettale sec. Jalagueir oppure sec. Roux (bassa, obliqua e trasversale - se c'è indicazione a esplorare gli annessi femminili).

Nei testi di tecnica chirurgica si suggeriscono molti modi di affrontare il complesso viscerale ileo-cieco-appendicolare a seconda delle condizioni che si rinvencono: questi dettagli esulano dai compiti assegnati a questa lezione. Un particolare tuttavia sembra utile segnalare: l'opportunità, una volta aperto il peritoneo e verificate le condizioni anatomopatologiche dell'appendice, di estrarre gli ultimi venti centimetri circa di ileo terminale; perchè, e soprattutto se l'appendice non sembra dimostrare alterazioni come ci si sarebbe aspettato, la sintomatologia avrebbe potuto essere causata da infiammazione del diverticolo di Meckel (meckelite), che in tal caso andrebbe asportato.

E' sempre molto importante esaminare attentamente l'aspetto del viscere asportato, perchè, come vedremo più avanti, varie possono essere le lesioni che lo interessano. Tra queste può avere effetti negativi secondari, se non riconosciuta, la malattia di Crohn. Questa affezione nelle fasi iniziali non presenta le caratteristiche morfologiche ben note: essa infatti può manifestarsi conferendo ai visceri interessati soltanto una colorazione rosso pallido. Può essere che questa particolarità sfugga all'attenzione dell'operatore. In tali casi diventa frequente la comparsa di suppurazione della ferita chirurgica in tempi brevi. Per tutti questi motivi dovrebbe sempre essere tassativo l'esame istopatologico dell'appendice asportata.

Un caso clinico personale - Un giorno, anzi una notte, fui chiamato d'urgenza per strozzamento di ernia inguinale. Trattavasi di un'ernia inguinale destra. Erano presenti tutti i sintomi di una situazione di acuzie: irriducibilità dell'ernia, dolore, peritonismo, alvo chiuso, stato settico. Si procedette senza indugio all'intervento. Il sacco erniario presentava aspetto fortemente flogistico e all'apertura conteneva un'appendice interessata da processo suppurativo. Con le particolari cautele abituali nei casi di quadro settico, si riuscì ad eseguire l'appendicectomia. Un intenso trattamento antibiotico intra- e post-operatorio fu in grado di proteggere il paziente da possibili complicanze settiche. Questa fu l'unica volta che mi imbattei in una situazione decisamente di raro riscontro.

Patologia rara dell'appendice - Si è accennato sopra all'interessamento dell'appendice da parte del morbo di Crohn, che comunemente però è coinvolgimento dell'appendice nell'ileo-tiflite crohniana (Fig. 4). E' invece molto rara la localizzazione isolata della malattia in questo viscere. Si è già detto quali conseguenze può avere l'appendicectomia in tale situazione. A maggior ragione se non ci si accorge della secondarietà dell'affezione appendicolare da quella cecale: rischio di fistolizzazione.

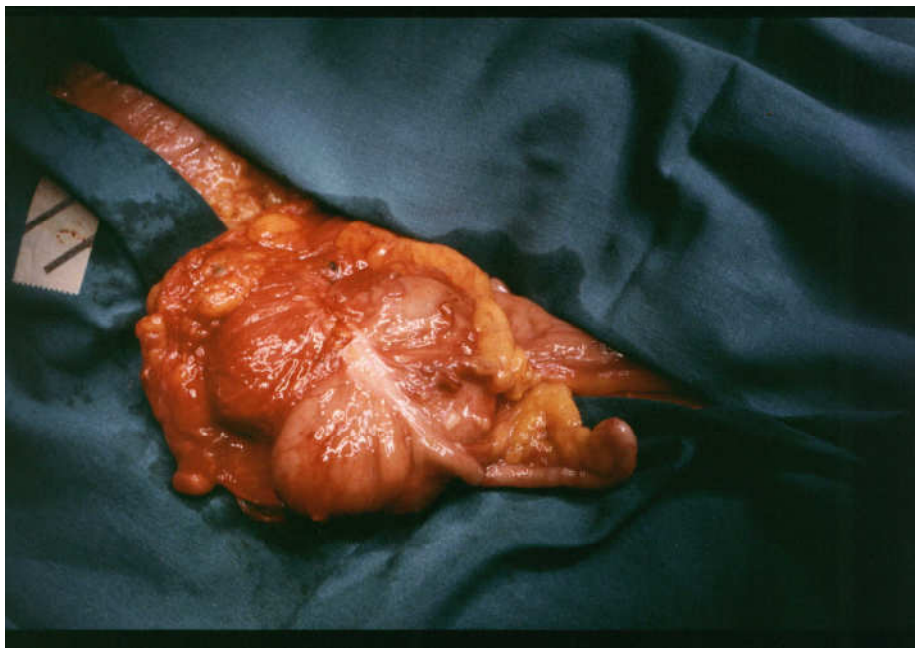


Fig. 4
Appendice in Crohn cecale

Fanno parte delle malattie rare dell'appendice le seguenti qui elencate:

- Diverticolosi e diverticolite dell'appendice
- Appendicite tubercolare
- Mucocele appendicolare
- Ossiuriasi appendicolare
- Invaginazione appendicolare
- Membrane ileo-cieco-coliche

Anche i tumori fanno parte della patologia rara dell'appendice.

Sono descritte eccezionali neoplasie benigne (adenomi, neurinomi, ecc.) e maligne: adenocarcinomi (Fig. 5 - 6), sarcomi, ecc.:

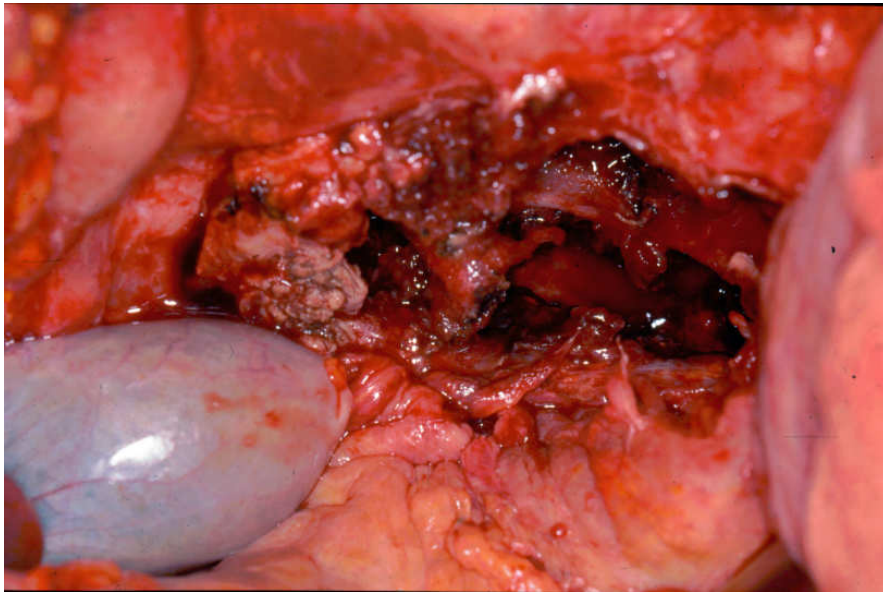


Fig. 5

Vasto focolaio neoplastico di origine appendicolare

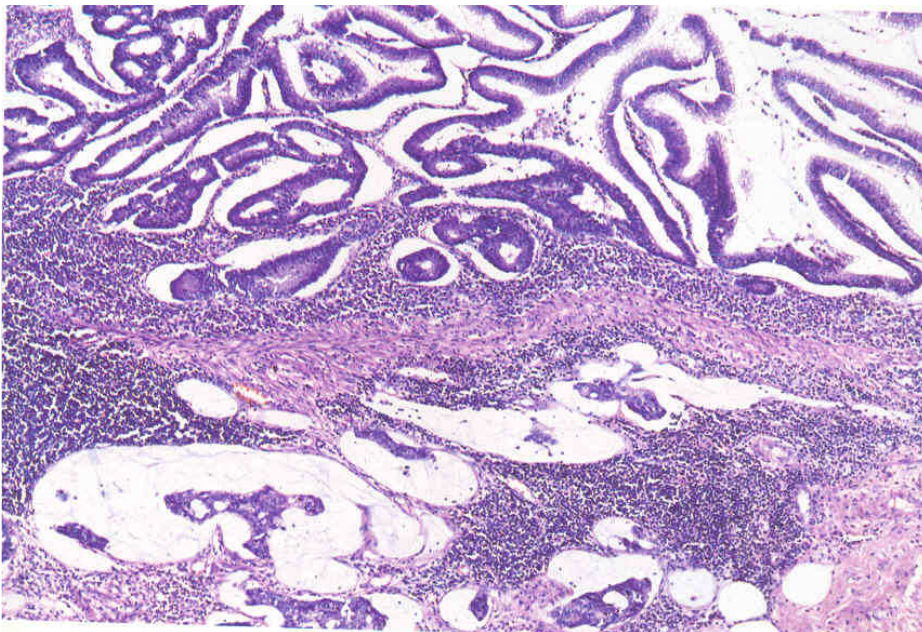


Fig. 6

Adenocarcinoma mucoso

Vale la pena di soffermarci brevemente sul tumore neuroendocrino noto come Carcinoide (Fig. 7) che nell'appendice si trova con relativa frequenza, certamente maggiore di quella di altri tumori.

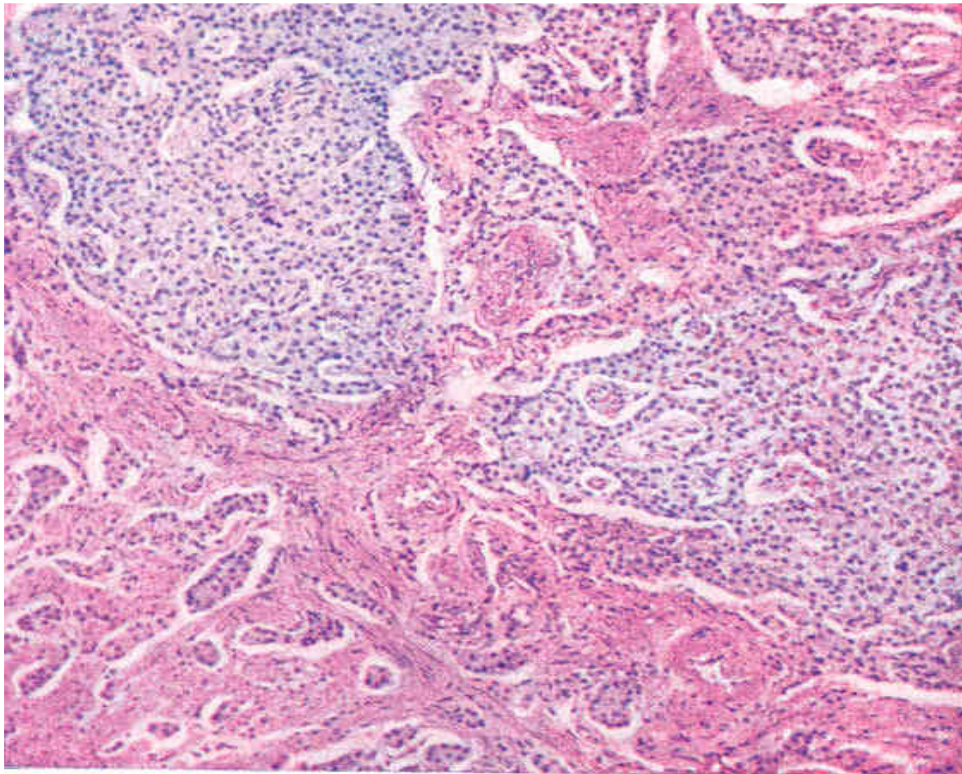


Fig. 7

Carcinoide dell'appendice

Spesso però esso sfugge al suo riconoscimento, soprattutto se l'appendice asportata non è sottoposta ad esame istopatologico. C'è da dire che esso non è solito manifestare la sindrome vasomotoria ("*sindrome da carcinoide*"), comune ad altre manifestazioni di questa neoplasia e non assume, se non molto raramente, evoluzione maligna. Il carcinoide di solito ha dimensioni molto limitate (quando non è soltanto reperto istologico) e la sintomatologia che può produrre è dolorosa, ma dipendente da meccanismi ostruttivi, che può indurre. Generalmente l'intervento è attuato per disturbi appendicolari indotti fondamentalmente appunto dall'ostruzione del lume appendicolare che tale neoplasia, ancorchè di volume limitato, può indurre.

Per concludere possiamo dire che, in contrasto con la apparente esiguità del viscere, la patologia appendicolare può rappresentare affezione pericolosa per il paziente e fonte di difficoltà diagnostica e talora anche di errori da parte del curante. Basti pensare alle anomalie di posizione (Lecture n. 23), al rischio che la flogosi appendicolare possa diventare sistemica, alla insidiosità non sempre presa in considerazione dell'appendicite cronica e infine alla sia pur rara presenza di strutture neoplastiche nel suo contesto.

E' auspicabile che dalle esperienze antiche su questa non raramente proditoria patologia le nuove generazioni di apprendisti chirurghi possano trarre elementi favorevoli al loro lavoro.

Filmati

- 1 - Appendicectomia videolaparoscopica - Tecnica: Loop
- 2 - Appendicectomia videolaparoscopica - Tecnica: Clips - EndoGia
- 3 - Addome acuto - Appendicite acuta
- 4 - Addome acuto - Appendicite flemmonosa con grave peritonite