



Roma, 25 maggio 2020 - Tutti sanno cos'è l'appendicite, per averlo letto o per averne avuta esperienza diretta in famiglia o perché capitata a qualche amico. Dal punto di vista medico è un'infezione acuta dell'appendice (una formazione tubolare, vermiforme che fa parte dell'intestino crasso) e rappresenta una delle più frequenti cause di dolore addominale acuto, che a sua volta dà conto del 7-10% di tutti gli accessi al pronto soccorso.

Per quanto possa sembrare scontato che diagnosticare questa condizione costituisca l'ABC di qualsiasi medico o chirurgo, nella realtà i quadri clinici e le conseguenti indicazioni terapeutiche possono essere molto diversi.

Ce lo ricorda l'enorme sforzo effettuato dalla World Society of Emergency Surgery (WSES) che, nel 2015, ha organizzato a Gerusalemme la prima consensus conference sulla diagnosi e il trattamento dell'appendicite acuta negli adulti, con l'obiettivo di mettere nero su bianco delle linee guida basate sulle evidenze scientifiche.

Lo

scorso giugno i criteri di Gerusalemme sono stati rivisti nell'ambito di una nuova consensus tenutasi a Nijmegen (Olanda) e le linee guida aggiornate sono state pubblicate di recente su *World*

Journal of Emergency Surgery. Ne abbiamo parlato con uno degli autori, il prof. Gabriele Sganga,

direttore della UOC Chirurgia d'Urgenza della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e Professore associato di Chirurgia Generale, Università Cattolica del Sacro Cuore, campus di Roma.



Prof. Gabriele Sganga

Le dimensioni del problema

Nell'arco della vita, ognuno di noi ha un rischio dell'8-9% di incorrere in un'appendicite acuta; il tasso di perforazione (una delle possibili gravi complicanze) varia dal 16 al 40% ed è più frequente tra i giovani e tra gli over 50. I primi interventi per appendicite risalgono al 1800 e ogni anno se ne effettuano 300 mila negli Usa e 50-60.000 in Italia.

“In

passato - ricorda il prof. Sganga - si ricorreva anche alla cosiddetta 'appendicectomia profilattica' perché come le tonsille, si riteneva che asportare queste strutture linfatiche potesse scongiurare il pericolo di incorrere appunto in appendiciti e tonsilliti. Oggi questo atteggiamento è stato abbandonato ma, in caso di appendicite, si tende comunque ad operare:

perché l'intervento è facile (oggi si può effettuare anche per via laparoscopica), perché le recidive sono frequenti, perché si possono evitare aderenze infiammatorie che possono arrivare a pregiudicare una gravidanza nelle donne e ancora perché una piccola percentuale di casi (0,5-1,8%), soprattutto al di sopra dei 50 anni, nasconde la presenza di un tumore”.

La diagnosi è un mix di clinica, esami di laboratorio e radiologici (es. ecografia, TAC, ecc.). “I sintomi clinici dell'appendicite, che sono poi quelli che portano il paziente in pronto soccorso - spiega il prof. Sganga - sono davvero tipici nella maggior parte dei casi. E questo è un bene perché praticamente tutti sono in grado di riconoscere il dolore da appendicite (il cosiddetto punto appendicolare o di McBurney, come lo chiamano i chirurghi) e quali sono i suoi sintomi. Si comincia con un lieve dolore epigastrico, che poi passa alla fossa iliaca destra, accompagnato da una leggera nausea e vomito, poi compare la febbre. Nelle forme più gravi si manifestano i sintomi della peritonite: il paziente non ce la fa più a camminare, sta bene solo sdraiato in posizione supina, accusa un dolore irradiato alla gamba destra, è pallido, sudato, ipoteso. La diagnosi, in presenza di questo quadro clinico, si completa rapidamente in pronto soccorso con esami del sangue ed ecografia. Nella diagnosi differenziale vanno tenute presenti le coliche ureterali e le patologie ovariche o tubariche”.

La presenza di elevati livelli di proteina C reattiva (> 10 mg/L) e di globuli bianchi (> 16.000/mL) sono importanti conferme diagnostiche insieme al dolore addominale e a un addome poco trattabile in fossa iliaca destra.

Una ecografia addominale “point of care” (POCUS), cioè al letto del malato, è di grande utilità nel dirimere la diagnosi ed evita il ricorso alla TAC (che va comunque effettuata nei casi complicati da peritonite), almeno nella metà dei casi, o negli anziani.

La terapia dell'appendicite acuta

Le forme non complicate di appendicite possono essere gestite con la sola terapia antibiotica, ma decidere se (e quando) operare o meno, resta una decisione complessa. “Le appendiciti - spiega il prof. Sganga - possono essere distinte in ‘complicate’ e ‘non complicate’. Nel nostro Policlinico, dal Luglio 2014 al Luglio 2019, 575 pazienti sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di appendicectomia; 171 di questi pazienti, quindi poco meno del 30%, presentavano all'esordio un'appendicite complicata. Dal punto di vista chirurgico, quelle ‘complicate’ sono patologie infiammatorie intra-addominali che necessitano allo stesso tempo di una terapia chirurgica e antibiotica. Ma nella realtà i quadri sono molto più sfumati e non di rado si assiste al rapido passaggio di una forma cosiddetta non complicata ad una complicata; nell'arco di poche ore si può cioè passare da un lieve edema dell'appendice, ad un'appendicite purulenta,

perforata, necrotica, o addirittura ascessualizzata, con quadri di peritonite circoscritta o diffusa. Quello che fa la differenza è il tempo (o timing); tutte le forme cominciano come appendiciti lievi, ma se si resta a casa anziché far valutare il quadro ad un medico e meglio ad un chirurgo, l'appendicite può evolvere e si rischia di andare verso una forma talvolta assai grave”.

Antibiotici

al posto del bisturi è quanto consigliano le linee guida appena pubblicate nei pazienti non complicati anche se, secondo recenti metanalisi, un paziente su 4 ripresenterà gli stessi sintomi nell'arco di un anno dal trattamento (soprattutto in presenza di calcoli all'interno dell'appendice) e il 39% nell'arco dei successivi 5 anni. Nelle donne in gravidanza la prima scelta resta l'intervento chirurgico.

“In

caso di terapia antibiotica - spiega il prof. Sganga - bisogna coprire sia i batteri Gram positivi che i Gram negativi e soprattutto gli anaerobi. Gli antibiotici più indicati (per via endovenosa, eventualmente seguiti da qualche giorno di somministrazione per bocca) sono amoxicillina/acido clavulanico o cefalosporine associate al metronidazolo. In caso di allergie agli antibiotici beta-lattamici, si può ricorrere ai chinolonici (es. ciprofloxacina), sempre associati a metronidazolo. La durata del trattamento dopo l'intervento chirurgico dipende da quanto efficace è stato il controllo della contaminazione intra-addominale, il cosiddetto 'source control'. In caso di intervento 'pulito' gli antibiotici si possono sospendere dopo 24 ore; nelle forme più complesse la terapia va proseguita per almeno 2-4 giorni, e talvolta va modificata sulla base del tipo di complicità e degli isolati microbiologici”.

In

caso di appendicite complicata, non c'è da aspettare: l'indicazione è quella chirurgica. L'appendicectomia laparoscopica offre maggior vantaggi rispetto all'intervento tradizionale a cielo aperto; l'intervento laparoscopico potrebbe durare di più, ma dà meno dolore postoperatorio, meno complicanze infettive e il paziente va a casa prima.

È dunque

la modalità di intervento di prima scelta sia nelle forme complicate che in quelle non complicate, sia negli adulti (preferito l'approccio tradizionale con i 3 buchini) che nei bambini (preferita la singola incisione trans-ombelicale).

“Dal

Luglio 2014 al Luglio 2019, nella nostra Unità di Chirurgia d'Urgenza - fa notare il prof. Sganga - ben il 48% dei pazienti affetti da appendicite complicata è stato sottoposto ad intervento per via laparoscopica, con un trend in continua crescita negli ultimi anni”.