

ASCESSI INTRADDOMINALI:

ALCUNE DEFINIZIONI:

- Ascesso: circoscritto da una parete flogistica ed avere all'interno una consistenza viscosa
 - Raccolta peritoneale: se libera, fluida o concamerata
 - Contaminazione: infezione peritoneale diffusa
- 1) ascesso intra-addominale :
- **viscerale** (ad es. epatico o splenico)
 - **non viscerale** (ad es. subfrenico, pelvico):

intraperitoneale
extraperitoneale.

LE POSSIBILI SITUAZIONI:

- Fase di peritonite acuta → **E. coli** e la sua endotossina
- Formazione tardiva di ascessi → Anaerobi obbligati (ad es. *Bacteroides fragilis*)
- Ascessi primitivi, (per es. l'ascesso dello psoas) → spesso sono **monobatterici** con una predominanza di stafilococchi e micobatteri tubercolari
- Ascessi epatici multipli da piemia portale che non possono essere drenati sono tradizionalmente trattati con gli antibiotici

SINTOMI:

- **L'ileo** evento non raro per la presenza di un ascesso addominale (sia la TC sia l'US sono utili)
- Febbre
- Dolenza addominale che varia da livelli minimi a gravi, di solito in prossimità dell'ascesso
- Anoressia, nausea, vomito,
- Diarrea
- Costipazione

Aspirazione percutanea soltanto versus drenaggio con catetere?

Con una singola aspirazione PC con ago è possibile eliminare un ascesso – soprattutto se questo è piccolo e contiene liquido a bassa viscosità. Tuttavia ci sono prove che dimostrano che il drenaggio PC con catetere è più efficace.

Ci sono casi di fascite necrotizzante della parete addominale intorno alla sede di drenaggio.

Posso rimuovere i drenaggi PC quando:

la SIRS si è risolta clinicamente e l'*output* giornaliero (meno la soluzione fisiologica di lavaggio iniettata) è al di sotto dei 25 ml

Se: febbre persistente, leucocitosi in IV giornata postdrenaggio → il trattamento è **fallito**

Utile TC, con MDC idrosolubile attraverso il drenaggio

Le cavità ascessuali che non collassano di solito tendono a recidivare

PRIMA ISTANZA: I pazienti che mostrano un peggioramento dopo il primo tentativo di drenaggio PC **devono essere operati rapidamente**; un ulteriore ritardo potrebbe causare un disastro;

SECONDA ISTANZA: Gli ascessi subfrenici e sotto-epatici possono essere raggiunti per via extraperitoneale attraverso una incisione sottocostale o – se posteriori – a livello del letto della XII costola

Circa 1/3 degli ascessi intra-addominali non è suscettibile di drenaggio PC e richiede un intervento *open* possono essere drenati:

- per via extraperitoneale attraverso il fianco

Gli ascessi pelvici sono drenati meglio attraverso il retto o la vagina.

Laparotomia esplorativa quando?

- Fase post-operatoria precoce
- Ascessi multipli
- Ascesso tra le anse intestinali

L'EVOLUZIONE:

- sepsi con andamento persistente
- evoluzione in insufficienza d'organo **anche dopo che l'ascesso è stato adeguatamente trattato**

“La resezione del colon ostruito da spesso come risultato una fistola anastomotica fatale. L'esteriorizzazione della massa, nel 1895, (intervento di Paul-Mikulicz) con la creazione e la successiva chiusura di una colostomia a canna di fucile, ridusse la mortalità.”

