

OCCLUSIONI INTESTINALI

(tratto dal buon senso di Moshe Shein in chirurgia d'urgenza)

“Si può stabilire come regola generale che la maggior parte delle coliche addominali che insorgono in pazienti precedentemente asintomatici e che durano da almeno 6 ore sono causati da patologie di rilevanza chirurgica.”

NSAP → dolore addominale non specifico

Le possibili situazioni:

- chirurgia d'urgenza non differita
- urgenza chirurgica differita
- trattamento conservativo

Nei pazienti dimessi con diagnosi di NSAP vi è una maggiore probabilità di diagnosticare in seguito una neoplasia addominale → **utile programmare ulteriori indagini regime d'elezione**

Cause più frequenti di peritonite generalizzata dell'adulto:

- perforazione del colon
- perforazione di ulcera,
- appendicite perforata

La peritonite localizzata:

- a sx per diverticolo
- a dx basso per appendice
- a dx in alto per colecisti

CASO CLINICO 1:

paziente con i seguenti sintomi:

pallore, diaforesi, violenti dolori addominali, ipotensione (**cosiddetta apoplessia addominale**).

Le due cause più frequenti:

- rottura di un aneurisma dell'aorta addominale
- rottura di una gravidanza ectopica

IN ENTRAMBI I CASI SI VA SUBITO IN SO!!

Perdere un paziente con apoplessia addominale in corso di TC è un peccato mortale

CASO CLINICO 2:

Paziente con dolore addominale, shock ipovolemico con sequestro nel “terzo spazio”

Le cause più frequenti:

- occlusione intestinale,
- ischemia intestinale acuta
- pancreatite acuta → dosare l'**amilasemia** se presenti importanti sintomi addominali!

nell'esame clinico di una sospetta peritonite utile è la palpazione delicata della regione ombelicale, là dove la dolorabilità è maggiore

Massa palpabile nel QID → l'ipotesi diagnostica è un *flemmone appendicolare*
se giovani donne: trattamento conservativo → nel QID può avere origine ginecologica

Occlusione del tenue:

- vomito
- dolore di tipo colico

Occlusione del colon:

- stipsi
- distensione particolarmente marcata

Paziente con storia di interventi chirurgici e segni di una occlusione del tenue senza peritonite: sospetta occlusione dell'intestino tenue da "semplici" sinechie.

- 1) Approccio conservativo: terapia infusione endovenosa, sondino naso-gastrico
- Se l'ostruzione è completa (no gas nel colon al di sopra della riflessione peritoneale del retto) → possibilità di scelta (chirurgia\wait and see).
 - Se peritonite, febbre e aumento dei globuli bianchi → **indicazione alla laparotomia ASSOLUTA**

Classici errori di sottovalutazione:

- donne anziane obese no interventi chirurgici in anamnesi: quadro di occlusione del tenue con **ernia crurale** strozzata misconosciuta
- anziani con occlusione dell'intestino tenue da *semplici* aderenze che migliorano con trattamento conservativo, vengono dimessi e nuovamente ricoverati per una voluminosa **neoplasia del colon destro**
- donne anziane con "parziale" occlusione del tenue, che si *risolve e recidiva* in maniera intermittente, che alla fine risultano essere affette da un **ileo biliare**;

Diversamente dall'occlusione del tenue, **l'occlusione del colon pone sempre una indicazione all'intervento** prima però distinguere con colonscopia:

- pseudo-ostruzione del colon (sdr di Ogilvie: ostruzione primitiva\secondaria non meccanica ma funzionale)
- megacolon cronico → di solito sigma-retto e può essere:
 - 1) congenito (Hirschsprung)
 - 2) acquisito (idiopatico\secondario a RCU, Crohn, colite pseudomembranosa, occlusione)

Tenere sempre in mente 2 possibilità di "addome acuto":

- infarto della parete inferiore del miocardio
- chetoacidosi diabetica

APPENDICITE:

1. maschi esordio "tipico". Operare immediatamente o la mattina dopo.
2. maschi esordio "atipico" → wait and see: ripete esami laboratoristici e clinica: invariato\peggiore: utile TC
3. Donne età fertile esordio "tipico": eco trans-vaginale escludere patologia ovarica\liquido in Douglas se non dirimente → TC.
4. Donne con esordio "atipico" andare al punto 2 e 3.

non è giustificato eseguire una laparoscopia soltanto per fare una diagnosi.

La laparoscopia diagnostica è una procedura costosa ed invasiva però per l'insicurezza di molti chirurghi una "laparoscopia negativa" implica una "appendicectomia negativa".

se decidete di tenere sotto osservazione il paziente, non somministrate antibiotici poiché questi possono mascherare i reperti.

Appendicite acuta:

- **semplice**: ogni grado **senza gangrena appendicolare, perforazione o pus peri-appendicolare**
- **complicata** con gangrena appendicolare, perforazione o pus peri-appendicolare
- **massa appendicolare** (flemmone) → si sviluppa tardivamente nella storia naturale dell'appendicite, è omento o/e visceri contigui che va a tamponare una appendicite "complicata". Può coesistere un **ascesso appendicolare**.

La ATB terapia è:

PROFILATTICA nella appendicite semplice (fare dose ATB postoperatoria short),
TERAPEUTICA nella complicata (cmq non + di 5 gg di terapia ATB postoperatoria)

Vista la buona risposta agli ATB delle appendiciti semplici perché non trattarne la maggior parte inizialmente con terapia conservativa così come avviene per la diverticolite acuta del colon sigmoideo?

Perché il trattamento chirurgico dell'appendicite è più semplice ed associato a minore morbilità di quello per diverticolite.

Appendicite acuta complicata:

- Approccio open
- Approccio laparoscopico → gioca un ruolo importante nei pazienti obesi (evita una incisione ampia) e in quelli con appendicite non perforata

CONSIGLI:

Incisione: Usate quella trasversa. Non farla troppo mediale sulla guaina del muscolo retto; restate laterali. Iniziate con una mini-incisione; potete sempre allargarla.

Appendicectomia: in senso anterogrado o retrogrado → non c'è bisogno di affondare con borsa di tabacco il moncone. limitatevi a legare o a suturare-transfiggere l'appendice alla base e a sezionare il resto. Inutili rituali sono spennellare il moncone con Betadine o di bruciarlo con elettrocauterio.

Toilette peritoneale: aspirate il liquido, ripulite con tamponcino montato asciutto (non dimenticate la pelvi). Il lavaggio peritoneale attraverso questa piccolissima incisione è inutile. Non fatelo.

Drenaggi: non sono quasi mai necessari ma potrebbero essere indicati dopo il drenaggio di un voluminoso ascesso appendicolare.

Chiusura: non è necessario suturare separatamente il peritoneo. L'instillazione di un antibiotico (oltre alla somministrazione sistemica di antibiotici) nel sottocutaneo protegge dalle infezioni della ferita. Non eseguite suture sottocutanee (corpi estranei).

Quando l'appendice è sana dovete cercare diagnosi alternative:

- **diverticolite di Meckel,**
- patologia annessiale,
- diverticolite cecale perforata
- linfadenite mesenterica, ecc...