

*G Chir Vol. 24 - n. 4 - pp. 119-121
Aprile 2003*

I tumori infiammatori del cieco in urgenza: considerazioni di terapia chirurgica e caso clinico

C. BELLOTTI*, G. D'AMATA*, M. GIULII CAPPONI*, R. GIGLI, P. GIORDANO SCIACCA, M. SIMONE, A. CANCRINI*

RIASSUNTO: I tumori infiammatori del cieco in urgenza: considerazioni di terapia chirurgica e caso clinico.

C. BELLOTTI, G. D'AMATA, M. GIULII CAPPONI, R. GIGLI, P. GIORDANO SCIACCA, M. SIMONE, A. CANCRINI

Una tumefazione ciecale di origine incerta riscontrata in corso di intervento chirurgico per appendicite acuta pone al chirurgo dubbi sia diagnostici che terapeutici. La diagnosi differenziale di una massa ileociecale inaspettata deve includere le neoplasie, la malattia diverticolare, le malattie infiammatorie intestinali e un'appendicite severa o trascurata che interessi la regione ileociecale. L'emicolectomia destra risulta essere il trattamento di scelta per le masse ciecali inaspettate. Gli Autori presentano un caso di tumore infiammatorio del cieco di origine appendicolare in un giovane adulto.

SUMMARY: Inflammatory tumors of the caecum in emergency: surgical considerations and case report.

C. BELLOTTI, G. D'AMATA, M. GIULII CAPPONI, R. GIGLI, P. GIORDANO SCIACCA, M. SIMONE, A. CANCRINI

A cecal mass of uncertain etiology encountered during surgery for presumed appendicitis is a dilemma for the surgeon. The differential diagnosis of an unsuspected ileocecal mass must include neoplasm, diverticular disease, inflammatory bowel disease and severe appendicitis involving the ileocecal region. Right hemicolectomy is the gold standard for the treatment of the unsuspected ileocecal mass.

The Authors report a case of inflammatory tumour of caecum secondary to appendicitis in a young adult.

KEY WORDS: Tumori infiammatori - Cieco - Pseudotumori - Massa ciecale inaspettata.
Inflammatory tumours - Caecum - Pseudotumours - Unexpected cecal mass.

Premessa

Una massa ileociecale infiammatoria ad eziologia incerta può essere occasionalmente incontrata nei pazienti sottoposti a chirurgia per presunta appendicite acuta (11). Questo reperto comporta un dilemma terapeutico, dal momento che l'indicazione per una emicolectomia destra non è ovvia per una patologia presumibilmente benigna ed il chirurgo deve decidere quando sia necessario un intervento demolitivo.

Presentiamo un caso clinico di tumore infiammatorio del cieco secondario ad appendicite acuta e le relative problematiche di diagnosi differenziale e di terapia.

Caso clinico

Un uomo di 46 anni, T.S., con nessuna patologia degna di nota nell'anamnesi patologica remota, è giunto alla nostra osser-

vazione per dolore addominale localizzato in fossa iliaca destra, accompagnato da febbre a 39°C. Gli esami ematochimici erano nella norma se si eccettua una moderata leucocitosi neutrofila (12.500 GB, 80% neutrofili).

Il paziente faceva risalire la sintomatologia a circa sette giorni prima, quando compariva dolenzia in regione periombelicale che successivamente si localizzava al fianco destro, senza disturbi della canalizzazione.

All'esame obiettivo si poteva apprezzare una formazione endoaddominale palpabile a livello del fianco destro, del volume di un pompelmo, consistenza teso-elastica, superficie irregolare, limiti poco netti, margini irregolari, moderatamente dolorabile.

L'ecografia addominale (Fig. 1) metteva in evidenza in fossa iliaca destra una formazione espansiva rotondeggiante di oltre 6 cm, in parte colliquata, localizzata medialmente al colon ascendente, da cui non era separata da un preciso piano di clivaggio. Tale massa determinava dislocazione caudale dell'ultima ansa ileale. Si decideva quindi per un approfondimento diagnostico mediante TC addominale (Fig. 2), che confermava la presenza di una voluminosa formazione espansiva rotondeggiante, disomogenea, con diametro trasverso massimo di oltre 7 cm, a partenza dal colon a livello della giunzione cieco-ascendente e che determinava dislocazione delle anse intestinali limitrofe. La lesione inoltre presentava aree colliquate all'interno. Sulla base dei reperti radiologici ed ecografici e per l'esacerbarsi del quadro clinico si procedeva ad intervento chirurgico d'urgenza.

Durante l'atto operatorio, attraverso una laparotomia mediana, si repertava una voluminosa formazione di aspetto tumorale ad apparente estrinsecazione retroperitoneale e che infiltrava il colon destro. Preparata l'aorta addominale, l'arteria iliaca destra

Università degli Studi "La Sapienza" - Roma
Seconda Facoltà di Medicina e Chirurgia
Azienda Ospedaliera Policlinico S. Andrea
*Divisione di Chirurgia Generale e Day Surgery
(Direttore: Prof. A. Cancrini)

© Copyright 2003, CIC Edizioni Internazionali, Roma



Fig. 1 - L'ecografia evidenzia in corrispondenza del fianco destro una formazione espansiva rotondeggiante (freccia), in parte colliquata, localizzata medialmente al cieco da cui non è separata da un preciso piano di clivaggio.

che appariva in prossimità del tumore, e l'uretere di destra, si distaccava la formazione dai muscoli della parete posteriore e dalla capsula di Gerota. Infine si procedeva ad emicolectomia destra, confezionando una anastomosi ileocolica latero-laterale con suturatrice meccanica.

Il paziente veniva quindi dimesso in X giornata postoperatoria dopo un decorso postoperatorio regolare. All'esame istologico definitivo del pezzo operatorio si repertava appendice perforata della lunghezza di 6 cm, in corrispondenza della quale il tessuto adiposo periviscerale appariva di consistenza aumentata con aree focali di necrosi. La sierosa si presentava retratta e ricoperta di materiale fibrinoso. All'apertura la mucosa appariva di colorito biancastro con perdita della normale plicatura. La diagnosi microscopica deponeva per ascesso periciecalle da perforazione appendicolare con estesa sierosite consensuale. Le linfoghiandole campionate nel pezzo risultavano sede di linfadenite cronica reattiva aspecifica.

Il paziente, a 6 mesi di distanza dall'intervento, risulta in ottime condizioni generali alla visita di controllo.

Discussione

I tumori e l'infiammazione producono frequentemente masse che spesso sono indistinguibili. Il primo ad usare il termine di "flogosi pseudotumorale" fu Virchow nel 1853. Nel 1958 Bremen e Flamand tentarono un inquadramento diagnostico del problema mettendo a punto una classificazione clinico-patologica dei tumori infiammatori del cieco (2).

Nel cieco i tumori infiammatori sono da due a quattro volte più frequenti del cancro (1, 9, 15) e nella maggioranza dei casi sono la conseguenza di appendicopatie trascurate (6, 14).

La diagnosi differenziale di una massa ileociecalle non precedentemente sospettata deve includere il cancro, la malattia diverticolare, le malattie infiammatorie intestinali e un'appendicite severa che coinvolge la regione ileociecalle. In alcuni casi la diagnosi è ovvia alla laparotomia, ma occasionalmente la situazione è

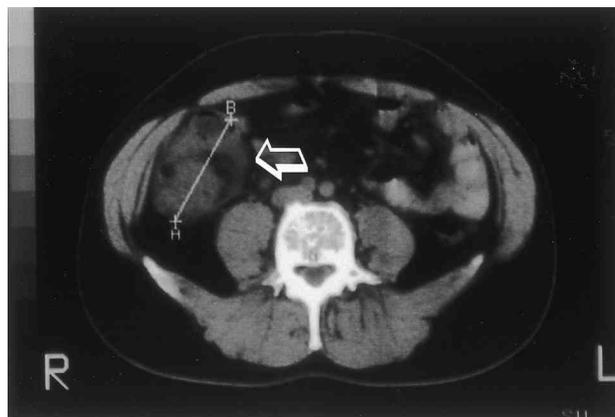


Fig. 2 - TC addominale che conferma la presenza di una voluminosa formazione espansiva rotondeggiante, disomogenea (freccia), originante dal colon a livello della giunzione cieco-ascendente, con aree colliquate all'interno.

complicata dalla necessità di attendere una risposta istologica certa per una piena comprensione della situazione.

L'adenocarcinoma del cieco e il carcinoide dell'appendice sono i tumori maligni più frequentemente incontrati in questa regione e, quando presenti, una emicolectomia destra si rende necessaria (8). Il carcinoma primitivo dell'appendice è raro ma richiede comunque il medesimo trattamento (5). La malattia diverticolare acuta del colon destro è un'entità molto meno comune. Le masse dovute ad una malattia diverticolare sono frequentemente diagnosticate preoperatoriamente come tumori o appendiciti nel 65% dei casi e anche in questi casi la resezione è raccomandata quando il carcinoma non può essere escluso (3). Il Crohn può venire talvolta scambiato per un tumore infiammatorio del cieco, ma la localizzazione segmentaria al solo cieco è molto rara. Altre patologie, quali la tubercolosi e la schistosomiasi, sono cause rare di masse infiammatorie ciecali e si riscontrano generalmente solo nelle aree dove queste patologie sono endemiche (7, 13).

La diagnosi preoperatoria è frequentemente difficile: l'esame obiettivo spesso permette di rilevare la massa, come nel caso presentato, ma può anche fallire specie nel caso di pazienti obesi o di peritonite perforativa. L'ecografia e la TC forniscono informazioni sulle dimensioni della massa, sui rapporti con le pareti ciecali e le anse vicine, sull'eventuale infiltrazione parietale e del retroperitoneo ma spesso non sono decisive per la diagnosi (12, 15). L'esame istologico estemporaneo della neoformazione infiammatoria può essere decisivo; tuttavia tale approccio risulta non praticabile in emergenza.

L'incertezza diagnostica delle neoformazioni in sede ciecale spesso resta anche al momento della laparotomia e pone al chirurgo problemi di trattamento.

In ogni caso, la terapia deve essere adattata alle caratteristiche cliniche, alla estensione ed all'aspetto macroscopico della lesione (4). Da quanto si evince dalla letteratura, l'emicolectomia destra è l'intervento di scelta in caso di masse ciecali ad incerta eziologia (8, 12, 16). Questo atteggiamento è dettato dalle regole della radicalità oncologica nel sospetto di una lesione maligna. La resezione ileociecale proposta da alcuni Autori (11,12) non assicura una radicalità oncologica in caso di diagnosi incerta e non presenta significativi vantaggi rispetto ad un intervento demolitivo. Infatti, vi sono neoplasie che possono produrre masse ciecali infiammatorie e appendicite obiettivamente infiammate che nascondono cancri del cieco (11). L'appendicectomia eseguita da alcuni Autori

(10, 14) non ci sembra razionale sia per il rischio di trascurare cancri superinfettati sia perchè i tentativi di dissezione dell'appendice in alcune situazioni possono provocare danni alle pareti intestinali con conseguente formazione di fistole.

In conclusione ci sentiamo di affermare che, in presenza di una massa ciecale infiammatoria di origine incerta, il trattamento di scelta dovrebbe essere l'emicolectomia destra in quanto garantisce la radicalità e diminuisce le complicanze fistolose da deiscenza anastomotica. Tale intervento con anastomosi primaria può essere eseguito con ragionevole sicurezza anche in urgenza ed in caso di inadeguata preparazione intestinale (12) e permette di risolvere il problema terapeutico immediato di una massa ciecale riscontrata accidentalmente durante l'atto operatorio.

Bibliografia

1. Bloch P, Legros A, Douvin D, Loygue J: Les pseudotumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon droite. *Med Chir Dig* 197; 6: 355.
2. Bremend A, Flamand C: Les tumeurs inflammatoires de l'intestin grêle et du côlon. *Acta Chir Belg* 1958; 57: 597.
3. Fisher MG, Farkas AM: Diverticulitis of the cecum and ascending colon. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 454.
4. Franzini M, Puviani PP, Annessi V, Lodini V: I tumori infiammatori del cieco. *Min Chir* 1987; 42: 691.
5. Gilmom RW, Johnston DH, Clark J: Primary adenocarcinoma of the vermiform appendix: report of a series of ten cases, and review of the literature. *Br J Surg* 1984; 71: 553.
6. Gruhn J, Tetlow F: Granulomatous pseudoneoplastic appendicitis. *Am J Surg* 1960; 99: 258.
7. Jakubowski A, Elwood RK, Enarson DA: Clinical features of abdominal tuberculosis. *J Infect Dis*, 1988; 158: 687.
8. Kovalcik PJ, Simstein NL, Cross GH: Ileocecal masses discovered unexpectedly at surgery for appendicitis. *Am Surg* 1978; 44:279.
9. Lospaz P: Inflammatory pseudotumors of the caecum. *Am J Surg* 1965; 109: 513.
10. Malvy P, Drianno JC, Nomballais F, Visset J, Baudry G, Le Bodic L: Les tumeurs inflammatoires non spécifiques du colon droite. *Ann Chir* 1969; 23: 1219.
11. Poon RT, Chu KW: Inflammatory cecal masses in patients presenting with appendicitis. *World J Surg* 1999; 23: 713.
12. Riseman JA, Wichterman K: Evaluation of right hemicolectomy for unexpected cecal mass. *Arch Surg* 1989; 124: 1043.
13. Satti MB, Tamimi DM, Al-Sohaibani MO, Al-Quorain A: Appendicular schistosomiasis: a cause of clinical acute appendicitis? *J Clin Pahol* 1987; 40: 424.
14. Sicard JL, Flabeau F: Les tumeurs inflammatoires de caecum. *J Chir* 1975; 109: 5.
15. Steiner E, Osho Y, Achek S, Martinez D: Granulome inflammatoire periappendiculaire. Un pseudo cancer abcède ducaecum. Interet de l'ecographie et de la colectomie droite partielle. *J Chir* 1990; 127: 45.
16. Williams AM: Inflammatory masses of the cecum. *Ann Surg* 1967;165: 697.