

Per amor di polemica: esiste l'appendicite "cronica" nel bambino?

Viaggio epistolare attraverso quattro continenti con un prologo e un epilogo

ALBERTO PINESCHI

Divisione di Chirurgia Pediatrica, Ospedale Infantile "Regina Margherita", Torino

Crediamo che questa controversia interesserà molti: si tratta di un problema vecchio, e non secondario, e incompletamente risolto. In verità, su questo tema c'era un utile accordo di massima ("l'appendicite cronica non esiste") che però, in parte per colpa/merito del "terzo occhio" (l'ecografia) e del "quarto occhio" (la TAC), in parte per colpa/merito di chirurghi non conformisti e ostinati, ri-acquista una parziale verità: ma probabilmente conviene continuare a comportarsi come se non esistesse. I tre articoli, così diversi, che compongono questa controversia, come i tre vertici del triangolo, come la murena che mangia il polpo, che mangia l'aragosta, che mangia la murena, si confermano, si smentiscono e si completano reciprocamente. E aiutano a capire.

PROLOGO

Nel mese di dicembre 1998 sedevo, indegnamente, al tavolo dei relatori della sessione chirurgica dei Confronti in Pediatria, a Trieste. Accanto a me c'era l'amico Antonio Messineo e il moderatore professor Guglielmi.

Nel corso della discussione che fece seguito alle nostre relazioni, incentrate entrambe sui "trucchi del mestiere" in chirurgia, ci vennero rivolte numerose domande. Un pediatra si alzò e chiese: «Esiste l'appendicite cronica nel bambino?».

Io, candidamente, senza tanto pensarci su, risposi d'impulso che sui libri c'era scritto di no, ma che nella mia esperienza personale ero convinto di averne incontrata più di una.

A questo punto Antonio Messineo fece un salto sulla sedia e si imparpagliò di indignazione: «L'appendicite cronica non esiste! Tra istologi e chirurghi parliamo di due cose diverse: ci siamo appena liberati del fardello dell'appendicite cronica, per favore non torniamo indietro a riparlarne...»

Il prof. Guglielmi - da parte sua - mi scoccò l'occhiateccia che meritavo e concluse: «Non esiste l'appendicite cronica: l'appendicite cronica è sempre un errore nostro, che abbiamo portato via un'appendice innocente o quasi innocen-

te, su cui non possiamo dire nulla».

Mi vergognai un po' della mia naïveté (quando mai imparerò a mordermi la lingua?) e lasciai cadere la questione, preferendo dare l'impressione di essere stupido, piuttosto che aprire la bocca e togliere ogni dubbio. Per mia natura non sono mai stato un moderato, anzi ho sempre avuto la tendenza ad agitare i giochi tranquilli. In quell'occasione, invece, preferii tacere.

Il paragone con Galileo è, nel mio caso, alquanto fuori luogo; però, uscito dalla sala, formulai il mio personale "... eppur si muove!".

Da allora sono passati due anni. Ed ecco che su PEDSURG-L, un forum permanente di Chirurgia Pediatrica su Internet, moderato da Tom Whalen (Robert Wood Johnson Medical School - New Jersey), che accoglie voci, esperienze, casi e impressioni cliniche di 761 Chirurghi Pediatri da tutto il mondo, un bel giorno compare la prima di una lunga serie di e-mail che pone (ri-pone) il problema: «...esiste l'appendicite cronica?»

Sono messaggi scritti nel linguaggio rapido, informale e diretto, che si usa nelle discussioni online. Ne scapita forse lo stile, ma ci guadagna la spontaneità. Li ho tradotti dall'inglese pari pari: gli originali sono a disposizione (www. e-groups.com/pedsurg).

Per amor di polemica, per spirito di rivalsa, per stuzzicare la discussione, per non annegare nella melassa del consenso acritico, io non farò altro che seguire questo "fil rouge", in un viaggio epistolare attraverso i dubbi amletici e le traballanti certezze di tanti colleghi.

Questa è una "dissensus conference".

IL VIAGGIO

*Oggetto: appendicite cronica
Martedì, 13 febbraio 2001
9:15 pm ora locale*

Cari membri della lista,

recentemente sono stato coinvolto in una discussione su una rivista locale di chirurgia. L'argomento era rappresentato dal decorso cronico di un'appendicite, con la possibilità di ricorrenza dei sintomi.

A prescindere da ciò che è scritto sui libri e in letteratura, qual è la vostra opinione nella "vita reale"? Secondo voi:

- a. l'appendicite cronica*
- b. l'appendicite "ricorrente"*

esistono davvero?

Apprezzeri molto la vostra opinione al riguardo.

*Wojciech Gorecki
Crakow, Polonia*

Mio Dio! Allora non sono solo! Esistono altre intelligenze, su altri pianeti, che si pongono il problema!

Resto a contemplare la mail come Robinson Crusò, l'impronta di Venerdì sulla sabbia della sua isola deserta...

A prescindere da ciò sta scritto sui libri... qual è la vostra esperienza nella "vita reale"? Vuoi vedere che i libri e la letteratura, di tanto in tanto, perdono di vista il mondo reale? Delizioso odore di eresia. Un altro non credente, o almeno un altro dubitoso...

Avvicino la tastiera del computer e mi metto a battere d'impulso.

Martedì, 13 febbraio 2001
10:43 pm ora locale

Caro dottor Gorecki,

il problema dell'appendicite "cronica" nei pazienti in età pediatrica è stato a lungo dibattuto tra i chirurghi pediatri italiani nei primi anni Ottanta. La conclusione ufficiale fu che l'appendicite cronica NON esiste nei bambini. Mai.

Tuttavia, dal momento che mi chiedi un'opinione presa "dalla vita vera", nella mia esperienza, basata su un numero di appendicectomie con tre zeri, in un numero molto piccolo di casi (forse meno del 5%) ho avuto la prova istologica di alterazioni infiammatorie croniche in appendici asportate dopo episodi ricorrenti di dolore addominale in fossa iliaca destra.

Per la cronaca: gli eretici vengono ancora bruciati sul rogo?

Cordiali saluti

Alberto Pineschi
Torino, Italia

Click. Partita.

Aspettiamo le reazioni del pubblico, che non tardano ad arrivare.

Mercoledì, 14 febbraio 2001
4:34 pm ora locale

Sì e sì.

Jeff Zitsman

Non so chi sia il dottor Jeff Zitsman né dove lavori. Capisco che è un uomo di poche parole e di solide convinzioni. Non discute, non giustifica: sì, l'appendicite cronica esiste, sì, l'appendicite ricorrente esiste. Così è se vi pare.

Intanto sono due punti per la squadra di casa.

Giovedì, 15 febbraio 2001
0:08 am ora locale

Caro dr. Wojciech Gorecki,

il termine *appendicite cronica* richiede di essere definito. Ad ogni modo rispondo di no e, per quanto riguarda l'appendicite ricorrente, senza dubbio sì, è una delle indicazioni dell'appendicectomia nell'intervallo libero da sintomi.

Alejandro Zavala Busquet
Chirurgo Pediatra
Università Católica de Chile

Ahhh, bene. La discussione si anima ma, come sempre in questi casi, insorgono problemi semantici: l'appendicite cronica NON esiste ma quella ricorrente sì, anzi senza dubbio sì. Due a uno.

Tuttavia mi domando: se l'appendicite cronica non esiste, che cosa è quella ricorrente? È una appendicite guarita tre o quattro volte e poi riammalata altre tre o quattro finché qualcuno si scoccia e la toglie? Oppure è una appendice cronicamente infiammata con episodi ricorrenti di acuzie? Il mistero si infittisce.

Giovedì, 15 febbraio 2001
6:41 pm ora locale

1. Il dottor Clarence Dennis, per lungo tempo cattedratico alla Downstate University, scoprì le cause dell'appendicite (serie di pubblicazioni dell'Università del Minnesota negli anni Quaranta) e naturalmente mantenne per tutta la vita un costante interesse per questa malattia. Negli anni Sessanta si convinse che uno dei suoi figli soffriva di appendicite cronica, ma non fu in grado di persuadere nessuno nella sua Clinica a operarlo. Chiese e ottenne dal Decano della Facoltà il permesso di effettuare personalmente l'intervento e asportò un'appendice cronicamente infiammata, "bruciata" (burned-out).

2. Vi sono numerosi lavori in letteratura sui risultati degli interventi chirurgici effettuati per dolori addominali cronici (Latchaw, *Contemp Surg* 1988;33:52; altri di Schisgal citati in bibliografia). Tutti descrivono come il 20-40% delle appendici asportate in questa circostanza abbiano quadri anatomo-patologici del tutto simili a quelli del figlio del dottor Dennis, interpretati come *appendicite cronica*. Parlando con questi pazienti, molti (la maggior parte?) asseriscono di "non essere mai più stati bene" dopo il primo epi-

sodio, suggerendo con ciò che si tratti di una patologia cronica più che ricorrente.

Burton Harris
Memorial Hospital
Colorado Springs

Molto bene: le file degli eretici si ingrossano.

Prima osservazione: curioso Paese gli Stati Uniti, dove un chirurgo cattedratico deve chiedere permesso al Rettore per operare suo figlio.

Seconda osservazione: gli anatomo-patologi hanno una notoria tendenza ad attenersi ai fatti, a descrivere quello che vedono. Nella richiesta di esame istologico siamo, in genere, molto laconici e non diamo notizie sul decorso clinico. Perché allora alcune appendici rimosse dopo un lungo periodo di dolore addominale in fossa iliaca destra, o magari dopo alcuni episodi di acuzie, vengono etichettate istologicamente come croniche? Evidentemente rispondono ai criteri istologici per la definizione di un processo flogistico cronico.

Infine: Burton Harris osserva che dopo il primo episodio di dolore addominale in sede appendicolare (non chiamiamolo appendicite) «i pazienti non erano mai più stati bene» e, aggiungerei, dopo l'appendicectomia stanno invariabilmente bene. *Post hoc, ergo propter hoc*.

L'infame Franti/Pineschi sorride.

Giovedì, 15 febbraio 2001
5:50 pm ora locale

Credo che i casi di "appendicite cronica" siano in realtà casi di appendicite acuta ricorrente. Sicuramente episodi ricorrenti di appendicite acuta possono portare ad alterazioni infiammatorie croniche dell'appendice. Ma di sicuro non credo che esista qualcosa come l'appendicite cronica, per esempio quelli che hanno solo dolore di moderata intensità senza segni concomitanti di peritonite localizzata.

Dottor Arvind Sinha
Paediatric Surgery
Maulana Azad Medical College
New Delhi, India

Il dottor Sinha è un chirurgo con una sterminata casistica, qualcosa di inimmaginabile per un occidentale. Sostiene che l'appendicite cronica non esiste, esiste quella "ricorrente" che però dà il quadro istologico di una appendicite

cronica. Allora: il problema è semantico o istologico?

In più, secondo il suo punto di vista, le "vere" appendiciti acute sono quelle con segni concomitanti di peritonite localizzata: un po' troppo per i nostri criteri. Se dovessimo operare solo le appendiciti con queste caratteristiche, avremmo la sensazione di essere arrivati un po' troppo tardi, diciamo ad ascesso formato. Tuttavia qui giocano una diversa cultura dell'urgenza, una diversa mentalità e un diverso mondo di problemi.

Giovedì, 15 febbraio 2001
3:29 am ora locale

Caro dottor Gorecki,

mesi orsono ho inviato una mail a questo proposito.

Il mio Maestro, il chirurgo generale dottor Perez Carreño, un brillante chirurgo morto trent'anni fa, era solito dire: «Non c'è alcun organo che soffra solo di condizioni acute». Ci insegnò a pensare ad appendicopatie croniche (alcune secondarie a eziologie parassitarie) senza appendicite.

Mi è capitato di trattare un bambino in età scolare con una storia vaga di dolori addominali: alla Rx dell'addome era presente un coprolita nel quadrante inferiore destro. Due giorni prima di un'appendicectomia di elezione, lo dovemmo portare d'urgenza in Sala Operatoria con un'appendicite acuta, perforata.

Penso ancora che il dottor Perez Carreño avesse ragione, ma la diagnosi di tale condizione è molto difficile, dal momento che occorre scartare ogni altra causa di dolore addominale ricorrente. Naturalmente la presenza di un coprolita in area appendicolare è di grande aiuto.

Saluti

Gaston Calcaño
Caracas, Venezuela

Dunque il dibattito era già cominciato (a mia insaputa) mesi fa.

L'osservazione che «non esistono organi che soffrono solo di condizioni acute» mi sembra condivisibile, e non vedo perché solo l'appendice debba fare eccezione. Gli artritici cronici vanno soggetti a crisi di acutizzazione periodica, così come gli asmatici o i portatori di morbo di Crohn, e nessuno si stupisce o ritiene che siano completamente guariti tra un episodio acuto e l'altro.

L'accento alla patologia parassitaria è precipuamente "etnico", anche se il ri-

scontro di banali ossiuri nel lume appendicolare di appendici asportate per dolori addominali ricorrenti è, almeno dalle mie parti, abbastanza frequente.

Venerdì, 16 febbraio 2001
11:28 pm ora locale

Il dottor Dennis fu estremamente rigoroso nello studio di questo fenomeno. Risulta che effettuò misurazioni delle pressioni endoluminali in appendici normali e anormali e trovò, come ci si può aspettare, pressioni più elevate nelle appendici in stato di flogosi acuta, gangrenose. Trovò anche un gruppo intermedio, che includeva suo figlio, in cui erano presenti dolori addominali ricorrenti curati mediante la rimozione di un'appendice "normale" con alterazioni istologiche modeste. In questo gruppo le pressioni erano maggiori rispetto al normale, ma inferiori rispetto a quelle patologiche.

È stato per me un piacere scoprire l'esistenza del dottor Dennis perché sono un credente sulla lunga distanza. Mi ha fatto impressione scoprire, nel corso degli anni, che i bambini che arrivano con segni di perforazione dopo un decorso molto rapido (ore) quasi invariabilmente hanno alle spalle una storia di numerosi episodi pregressi di dolore con caratteristiche simili, che si sono risolti spontaneamente prima che si richiedesse un intervento medico.

George Noble MD
Tacoma (WA)

Non so come si possa misurare la pressione endoluminale dell'appendice ciecale in un essere umano vivente, ma il prode Dennis ci è riuscito (sempre includendo il figlio nel gruppo di lavoro). I pazienti portatori di disturbi appendicolari protratti costituirebbero dunque un gruppo di non-malati, non-sani.

Per di più questi bambini sarebbero soggetti a crisi acute, il che spiega la paura diffusa dei genitori che dicono: «Lei dice che non ha nulla e non è da operare: ma succederà mica come a mia figlia, che quando l'hanno operata alla fine era in peritonite?»

Alzi la mano, per favore, chi questa storia non se l'è mai sentita raccontare.

Venerdì, 16 febbraio 2001
4:05 pm ora locale

Non credo nell'appendicite cronica,

per la quale l'unica definizione che ammetto è «sindrome da dolore addominale ricorrente risolta da appendicectomia».

Ho asportato la mia prima appendice in qualità di residente del 1° anno al termine di una vagotomia per ulcera in un giovane adulto. Il referto anatomo-patologico fu di appendicite acuta.

Benché abbia avuto un certo numero di pazienti in cui il radiologo mi dimostrava all'ecografia (richiesta da un giovane o dallo staff pediatrico) la presenza di un'appendicite, non li ho operati, in quanto non sussistevano le indicazioni cliniche per farlo. Uno di questi casi ebbe effettivamente un'appendicite acuta pochi mesi dopo. Prenderei in considerazione un'appendicectomia di elezione nei casi con sintomi suggestivi e con un'ecografia suggestiva (appendice dilatata, parete ispessita, coprolita...).

Paul Philippe
Luxembourg

Ah, ipocrita Nicodemo! L'appendicite cronica non esiste, ma esiste una cosa che non si chiama e che viene risolta da un'appendicectomia!

Giustissimo non operare nessuno che non presenti sintomi clinici (non solo laboratoristici o ecografici). Peccato però che si possa concedere un'appendicectomia di elezione (quindi non in fase acuta) se ci sono sintomi "suggestivi" ed esami "suggestivi".

Allora i conti non tornano.

Venerdì, 16 febbraio 2001
11:19 pm ora locale

Trenta anni fa ho udito il dottor E. Koop dire: «NON ESISTE L'APPENDICITE CRONICA MA POTREBBE ESSERCI DOLORE APPENDICOLARE CRONICO».

Ora, dopo essere stato attivamente coinvolto nella terapia medica dell'appendicite con massa palpabile, non esiste AL-CUN dubbio che si possa verificare una condizione cronica dopo un episodio acuto iniziale.

Dal punto di vista anatomo-patologico è provato: le ALTERAZIONI ACUTE E CRONICHE COESISTONO, non importa quanto tempo sia passato. Ciò spiega le riacutizzazioni.

Pablo Trefogly Rey

Il dottor Everett Koop, oltre che un grande chirurgo pediatra (l'ileostomia

che veniva effettuata nei neonati con ileo da meconio, la Bishop-Koop, porta il suo nome), era anche un membro attivo della Chiesa Metodista. Quando non era in ospedale o in sala operatoria, suonava la pianola alle funzioni religiose. Era noto per essere un uomo di grande rigore morale e mi stupisce che potesse sostenere che non esiste l'appendicite cronica ma esiste il dolore appendicolare cronico, come se l'una cosa fosse scindibile dall'altra.

Pablo Rey, da qualche parte del Sudamerica, ci aggiunge del suo e lo fa a tutte maiuscole (come è noto, ciò che viene scritto in maiuscole in una mail per convenzione è detto ad alta voce).

Sabato, 17 febbraio 2001
3:23 am ora locale

Ero solito non credere all'appendicite cronica o ricorrente. Poi, con molte esitazioni, ne ho asportate alcune a seguito di dolori addominali ricorrenti e da allora quei pazienti stanno bene. Perché mai questo organo dovrebbe essere immune da infezioni croniche o ricorrenti?

E ho, a tutt'oggi, la tendenza a trattare gli attacchi di appendicite acuta di moderata entità con gli antibiotici sotto stretto controllo, e funziona. Dopo tutto, la "ectomia" non è l'unico trattamento di ogni "ite".

Che ne dicono i membri della lista?

Irfan Mizra

Ecco un convertito dall'Asia centrale. Anche per il dottor Mizra, che prima non credeva e adesso crede, esiste, come per il dottor Sinha, appendicite e appendicite e, se non è acutissima, si può risparmiare l'ectomia, si può curare, e funziona. Ecco allora spiegati gli attacchi ricorrenti, gestibili con gli antibiotici, che diventano "chirurgici" per necessità, per tagliare corta una faccenda lunga, oppure per crisi.

Sabato, 17 febbraio 2001
8:27 pm ora locale

Caro Dottor Mirza,
come chiunque altro, io "so" che l'appendicite cronica non esiste, ma ne ho visti alcuni casi.

Sono d'accordo con la tua analisi: la maggior parte delle "iti" non viene curata con un'asportazione.

Per quanto riguarda gli antibiotici

nelle forme "moderate" di appendicite, uno stretto controllo è il meno che si possa fare e da un punto di vista legale la faccenda è spinosa.

Non l'ho mai fatto volentieri, ma l'ho fatto, e so che è stato fatto con successo da un sacco di pediatri. Solo non è chiaro se l'abbiano fatto consapevolmente.

Troppe cose sono state scolpite nella pietra e non possiamo cambiarle, per lo meno non così facilmente, specialmente quando negli USA salta fuori la parola "perseguibilità" (liability).

Concordo con il tuo punto di vista.

Guy R. Rosenschein MD
Springfield, Montana (USA)

Macerato dal rimorso di tradire le Sacre Scritture, Rosenschein bisbiglia con aria da cospiratore che l'appendicite cronica (chi non lo sa?) non esiste, ma che lui ne ha visti alcuni casi. Come me. Poi si impiglia in un nodo spinoso della faccenda, cioè il riconoscimento di una patologia e la sua terapia secondo standard accettati. Curare un'appendicite con gli antibiotici e poi trovarsi ad asportarla bella marcia, con aggravio di spese e sofferenze per il paziente, può esporre negli Stati Uniti a una bella causa legale con richieste monetarie esorbitanti. Meglio evitare. Meglio allinearsi e non discutere ciò che è "scolpito nella pietra".

Domenica, 18 febbraio 2001
3:15 pm ora locale

Per quanto riguarda questa discussione, penso che la domanda possa trovare facilmente risposta effettuando ricerche immunologiche, per esempio le citochine proinfiammatorie su linfociti da sangue o cellule tissutali isolate da organi asportati in elezione (per sospette alterazioni infiammatorie croniche).

Un "face scan" è probabilmente il metodo migliore e più semplice. C'è qualcuno che ha riferimenti bibliografici a questo proposito, a parte il bel lavoro di Wang J, Reen DJ, Puri P, Is a histologically normal appendix following emergency appendectomy always normal? Lancet 1996;20:347(9008): 1076-9?

Fatemi sapere se c'è qualcuno interessato a uno studio cooperativo. Sarei molto interessato all'argomento e conto di dare inizio a uno studio.

I migliori saluti

Winfried Rebhandl
Vienna

Ed ecco la voce dello scienziato: non solo si è posto la domanda *clou*, ma conta anche di studiare dal punto di vista immunologico un problema che, a quanto pare, è stato cassato dalle discussioni con eccessiva disinvoltura.

A tutti si raccomanda la lettura del lavoro citato.

Lunedì, 19 febbraio 2001
12:00 pm ora locale

Per quel che ne so, non esiste un processo infiammatorio cronico dell'appendice, ma spesso episodi acuti ricorrenti che si presentano come dolori a tipo colica. Alcuni di questi pazienti possono migliorare dopo appendicectomia, dopo aver scartato ogni altro movente patologico.

Saluti

Juan Gatzambide
Servicio de Cirugía Pediátrica
Malaga, Spain

Juan Gatzambide si allinea sulle posizioni di Messineo: ciò che impropriamente chiamiamo appendicite cronica sono in realtà episodi ricorrenti di appendicite acuta. Legittimo sospetto, poco supportato dalle evidenze istologiche, a meno che non si pensi, sempre con Messineo, che noi e gli istologi parliamo lingue differenti.

Lunedì, 19 febbraio 2001
5:34 pm ora locale

Caro Wojciech Gorecki,
la parola "cronico" significa «...condizione caratterizzata da lunga durata, da frequente ricorrenza in un lungo arco di tempo e spesso ingravescente» (Merriam-Webster Medical Dictionary, 1997).

La parola "ricorrente" significa «...che ritorna o accade di volta in volta» (Merriam-Webster Medical Dictionary, 1997).

Una "condizione cronica" può avere "esacerbazioni acute" nel suo corso, in altre parole può "essere ricorrente". Quando definiamo una condizione come "cronica", possiamo attenderci attacchi ricorrenti.

Così se accettiamo che "l'appendicite possa avere un decorso cronico", la ricorrenza periodica dei sintomi non è inusuale.

D'altra parte, nel lavoro clinico di Puri si dimostra un aumento nel numero di linfociti e plasmacellule isotipo nelle appendiciti acute focali e suppurative

(Tsuji M, Puri P, Reen DJ. *Characterisation of the local inflammatory response in appendicitis. J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993;16(1):43-48). Nel loro studio sperimentale precedente, quando veniva ostruito il lume dell'appendice «si notava un aumento significativo dell'infiltrato di PMN, IgM e IgG entro 2 ore dall'ostruzione» (Tsuji M, McMahon G, Reen D, Puri P. *New insights into the pathogenesis of appendicitis based on immunocytochemical analysis of early immune response. J Pediatr Surg* 1990;25(4):449-452). Entrambi gli studi riflettono la presenza di una risposta immune specifica che è causa dell'appendicite. Una possibile spiegazione è che «la stimolazione antigenica del sistema immuno-effettore potrebbe dare origine a una appendicite, e fornisce nuove conoscenze sulla diversità delle risposte infiammatorie che contribuiscono alla patogenesi delle malattie del tratto gastrointestinale».

Può essere che «la patogenesi immunitaria» che causa infiammazione dell'appendice possa determinare gonfiore e ostruzione del lume appendicolare, con conseguente dolore addominale in fossa iliaca destra dovuto a qualsiasi agente stimolante (virale, batterico), e che la condizione scompaia con la terapia o spontaneamente. Questa condizione può ripetersi quando l'ospite incontra nuovamente lo stesso antigene una seconda volta. Ciò può spiegare perché alcune appendici sembrano normali nel corso di interventi chirurgici per appendicite acuta.

Serdar Arda MD
Chirurgo Pediatra
Baskent University Faculty of Medicine
Ankara, Turkey

«Perbacco - disse Sigognac, - ecco un concetto ben espresso!». Dopo l'introduzione semantica (che ci mancava) giunse un profluvio di citazioni autorevoli.

Una discussione "leggera" ha causato dotte disquisizioni, dimostrando che la curiosità è sempre viva e che il piacere di discorrere con gli amici è un piacere che si prende sul serio.

EPILOGO

La setta ebraica dei Chassid ha l'abitudine di studiare la Torah attraverso serie infinite di discussioni su controversie teologiche banali. Si abituano a sostenere qualsiasi tesi, la propria, e anche quella dell'avversario, in una continua dialettica che porta con sé, oltre a una

ineguagliabile sottigliezza rabbinica, anche una progressione verso la saggezza. È un credere che si alimenta di curiosità.

Ho dato a questo racconto epistolare toni volutamente leggeri. Galileo Galilei, prima tirato in ballo a sproposito, ha scritto nel *Saggiatore*: «Se il discorderre circa un problema difficile fosse come il portar pesi, dove molti cavalli porteranno più sacca di grano che un caval solo, io acconsentirei che i molti discorsi facessero più che un solo; ma il discorrere è come il correre, e non come il portare, e un caval berbero solo correrà più che cento frisoni».

Esiste dunque l'appendicite cronica? Non ho cambiato idea, ma non vendo verità assolute: confortato dalle medesime perplessità di molti, so di averne viste alcune. Non moltissime, certo, ma abbastanza per confutare il dogma dell'inesistenza.

Ho visto anche (e sono molte di più) appendiciti ricorrenti: subdole lagnanze di dolori in fossa iliaca destra, ben studiate per escludere un'altra possibile patologia (ivi incluse quelle funzionali), e poi risolte da un'appendicectomia. Qualche volta l'esame istologico è negativo (succede anche in India, in Sud America, a Dublino e nel Wisconsin), altre volte vi sono segni di inequivocabile flogosi. Chissà: il famoso "colpo d'aria al peritoneo" dei vecchi chirurghi empirici ha un fondo di verità...

Non è vero che «tra istologi e chirurghi parliamo di due cose diverse». In un lavoro collaborativo effettuato a Meinz da chirurghi e anatomo-patologi «è stato possibile differenziare 5 tipi istologici di appendicite: 1. appendicite acuta (appendicite ulcero-flemmonosa con o senza perforazione e appendicite acuta superficiale); 2. appendicite cronica; 3. iperplasia linfatica; 4. fibrosi sottomucosa; 5. malattie rare» (Grussner R, Pistor G, Engelskirchen R, Hoffmann -von-Kap-Herr S. *Appendicitis in childhood. Monatsschr Kinderheilkd* 1985;133(3): 158-66).

E ancora: «Le appendici asportate a pazienti con storia di sintomi clinici protratti, definiti come appendicite cronica, mostravano l'espressione di VCAM-1 e occasionalmente una debole espressione di E-selectina nell'endotelio» (Bittinger F, Brockhausen C, Kohler H, et al. *Differential expression of cell adhesion molecules in inflamed appendix: correlations with the clinical stage. J Pathol* 1998;186(4):422-8).

E per finire: «Le appendici con segni

di flogosi cronica ricorrente mostrano istologicamente una infiammazione cronica attiva, incremento nel numero delle cellule immunocompetenti - in special modo linfociti T - con conseguenti fenomeni sclerotici» (Falk S, Schutze U, Guth H, Stutte HJ. *Chronic recurrent appendicitis. A clinicopathological study of 47 cases. Eur J Pediatr Surg* 1991;1(5):277-81).

Intendiamoci: in nessun modo la mia posizione intende legittimare l'uso disinvoltato della diagnosi di appendicite cronica da parte dei pediatri o, peggio, dei chirurghi per risolvere sbrigativamente il problema dei dolori addominali ricorrenti (e limitiamoci, per pietà cristiana, alla sola fossa iliaca destra). Intendo solo difendere il diritto, mio e di molti altri, di credere a ciò che vedo e non solo a ciò che sta scritto.

È mia opinione che l'appendicite cronica, o ricorrente se si preferisce, esista: è rara ma esiste. Non va diagnosticata a casaccio ma si può diagnosticare. Va curata chirurgicamente perché, vivaddio, siamo chirurghi.

O no?

*«Non sperare mai
di trovare la saggezza
solo nelle grandi Università,
ma consulta le vecchie, gli zingari,
gli indovini, i vagabondi,
i campagnoli e impara da loro,
poiché essi possiedono
maggiore sapienza su tali cose
di tutte le grandi Università»*
Theofrast Bombast von Hohenheim,
detto Paracelso



Per rispondere alla polemica

Appendicite cronica o lana caprina?

Cinquant'anni di esperienza

MAURIZIO GUGLIELMI

Divisione di Chirurgia Pediatrica, Il Clinica Pediatrica, Università di Padova

Ho letto il testo di Pineschi e mando queste righe scrivendole alla buona, senza consultare letteratura, basandomi su quanto insegno da sempre agli specializzandi in Pediatria e in Chirurgia Pediatrica.

Trascrivo un lucido che uso per le mie lezioni: «Mentre l'appendicite acuta è una condizione patologica chiaramente definita, l'appendicite cronica o cronicizzata sfugge alla valutazione clinico-strumentale e, in larga misura, anche a quella anatomo-patologica. Per il chirurgo l'appendicite cronica o cronicizzata semplicemente non esiste». Sono anch'io convinto che è assurdo sostenere l'inesistenza assoluta di flogosi croniche nell'appendicite: credo che esistano in effetti, come esistono in qualunque altro organo, ma credo che non riusciamo in nessun modo a riconoscerle, a diagnosticarle; noi riusciamo a riconoscere solo le appendiciti acute. L'appendicite cronica, per noi, ha la stessa inconsistenza e indeterminatezza della tonsillite cronica (e, infatti, sempre di organi linfatici si tratta, il cui lavoro in un certo senso è infiammarsi).

Sono sempre rimasto colpito, per esempio, del fatto che l'esame istologico delle appendici asportate occasionalmente (di solito nel corso di laparotomia per tumori), dunque del tutto prive di sintomatologia clinica, mostri molto spesso (se non sempre) quadri più o meno significativi di flogosi cronica, e che questi quadri di flogosi cronica manchino di norma solo nelle appendici asportate occasionalmente nel neonato. Mi sono convinto, in sostanza, che la flogosi cronica possa essere l'istologia tipica delle appendici "normali", non una situazione patologica. Sarebbe interessante che un anatomo-patologo rivedesse

con criteri microscopici prestabiliti le istologie delle appendici asportate, mettendole poi in rapporto con i dati clinici (quando esistono) e operatori. Ho più volte cercato di stimolare uno studio del genere, finora senza successo.

Le casistiche di appendicectomie, che si trovano nella letteratura, distinguono tre gruppi: appendiciti acute non perforate, appendiciti perforate, appendiciti innocenti; e questo in base ai dati macroscopici operatori. In nessuna di queste casistiche esiste, che io sappia, un gruppo distinto di appendiciti croniche, cronicizzate o ricorrenti. Non esiste per la buona ragione che non sapremmo, noi chirurghi, che cosa metterci dentro. La raccomandazione che io faccio ai miei collaboratori (quando ho fatto io l'ultima appendicectomia?) è di riportare nella descrizione dell'intervento con molta accuratezza ciò che reperita, esprimendo una diagnosi: se si trovano segni di flogosi acuta, è una appendicite acuta (perforata o non perforata); se non si trovano segni di flogosi acuta, va scritto che l'appendice è "bianca", innocente (errore diagnostico!). Il successivo esame istologico, che facciamo di routine, non modifica la diagnosi operatoria.

Naturalmente anche a Padova, come in tutte le chirurgie pediatriche, succede di portare al tavolo operatorio per sospetta appendicite acuta bambini con storie di dolori addominali ricorrenti, in occasione di una crisi dolorosa più intensa o più prolungata delle altre, tale insomma da giustificare il sospetto diagnostico e l'intervento; e trovando invece una appendice senza flogosi acuta (cioè innocente), di concludere per un errore diagnostico. Alcuni di questi bambini, che riteniamo appendicecto-

mizzati per errore, continuano poi ad aver dolori addominali ricorrenti come prima, ma altri "guariscono", e non accusano più dolori addominali. Possiamo considerare questi bambini così guariti come portatori di appendicite ricorrente? Bisogna ricordare quali meccanismi stanno alla base dei dolori funzionali e psicogeni per capire che una simile conclusione sarebbe molto, ma molto discutibile.

Per concludere, non ho mai cambiato idea sul punto fondamentale: quando noi chirurghi decidiamo di appendicectomizzare un bambino, dobbiamo farlo solo perché riteniamo che questo bambino abbia un'appendicite acuta. Può succedere poi che questa diagnosi risulti errata al tavolo operatorio, perché l'appendice non presenta la flogosi acuta che pensavamo di trovare; e questo va considerato un errore. Non credo che si debba appendicectomizzare con diagnosi di appendicite cronica o ricorrente; né arrampicarsi sugli specchi per giustificare con questa diagnosi le appendiciti bianche.

Ci sono poi, e capitano a tutti, i casi particolari. Ci sono genitori così angosciati dall'idea della peritonite da portare i figli al Pronto Soccorso per ogni mal di pancia. Ci sono genitori che devono trasferirsi per lavoro in Paesi sottosviluppati e hanno paura di operare i figli in strutture sanitarie inadeguate. Ci sono insomma situazioni nella quali può essere opportuno togliere l'appendice al bambino e non pensarci più. Queste appendicectomie le definiamo "di cortesia", e spieghiamo bene ai genitori di che cosa si tratta. Ma in nessuno di questi (rarissimi!) casi pensiamo di togliere una appendicite cronica o ricorrente.

Per concludere la polemica

Appendicite cronica o appendicite recidivante?

La voce della letteratura senza commento

ANTONIO MESSINEO

UO di Chirurgia Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Trieste

Su *PubliMed* si ritrovano, considerando gli ultimi dieci anni, 49 lavori recensiti che parlano di appendicite cronica e 27 che parlano di appendicite ricorrente; dico subito che non c'è alcuno studio prospettico né a doppio cieco.

Sull'appendicite cronica, dopo aver eliminato i lavori che riportano casi sporadici o quelli retrospettivi che non presentano numeri sufficienti a sostenere una statistica, esistono due soli lavori esaminabili.

1. The computed tomography appearance of recurrent and chronic appendicitis. *Am J Emerg Med* (1998 Jan), di Rao et al. Dept. of Radiology, Massachusetts GH, Boston, USA.

Sono riviste 100 TAC in pazienti con provata (!) appendicite; 18 casi avevano caratteristiche cliniche di appendicite ricorrente (molteplici episodi di "appendicite") o di appendicite cronica (sintomi continui per più di 3 settimane, reperti anatomopatologici).

I reperti TAC in questi 18 pazienti non erano differenti dagli 82 con appendicite acuta, e cioè: liquido pericecale, dilatazione dell'appendice, aumento di spessore dell'apice e così via.

2. Chronic and recurrent appendicitis are uncommon entities often misdiagnosed. *J Am Coll Surg* (1994 Apr), di Mattei P, et al. Dept. of Surgery, J. Hopkins H, Baltimore, USA.

Nove pazienti, in un periodo di nove anni (1984-1992), si erano presentati con: a) dolore in fossa iliaca destra o in basso addome; b) una storia di durata superiore alle 3 settimane, senza altra diagnosi che spiegasse i sintomi; c) evidenza anatomopatologica di appendice con infiammazione cronica o fibrosi del-

l'appendice; d) risoluzione dei sintomi dopo appendicectomia.

Concludono che l'appendicite acuta può risolversi spontaneamente e ricorrere nello stesso paziente più volte. La diagnosi di appendicite acuta o di appendicite ricorrente dovrebbe essere tenuta in considerazione nella diagnosi differenziale di dolore addominale ricorrente.

Sull'appendicite ricorrente ho selezionato, sulla base degli stessi criteri prima riportati, i seguenti lavori:

1. Spontaneously resolving appendicitis: frequency and natural history in 60 patients. *Radiology* (2000 May), di Cobben Lp, et al. Dept. Radiology and Surgery, The Hague, Netherlands.

In dieci anni, 60 pazienti con diagnosi ecografica di appendicite erano stati trattati conservativamente. Di questi, 23 (38%) hanno avuto un'appendicite ricorrente dopo un intervallo medio di 14 settimane (da 2 a 254) con 16 (70%) che hanno avuto una ricorrenza entro il primo anno.

L'elemento dirimente pareva essere il diametro dell'appendice (maggiore o minore di 8 mm). Se l'appendice era > 8 mm, la frequenza della ricorrenza era del 47%, mentre al di sotto era del 13%.

2. Recurrent appendicitis. *Br J Surg* (1997 Jan), di Barber MD, McLaren J, Rainey JB, Dept. of Surgery, Livingston, UK.

Sono stati selezionati 71 pazienti, che in un periodo precedente, che andava da 3 settimane a 12 anni, si erano recati al Pronto Soccorso con sintomi di appendicite acuta che si erano risolti spontaneamente, e che successivamente era-

no stati appendicectomizzati.

Gli Autori concludono che l'appendicite ricorrente esiste, e interessa almeno il 6,5% di quelli che vanno incontro ad appendicectomia per appendicite.

3. Ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg* (1991 Mar), di Ooms, et al. Dept. of Radiology, The Hague, Netherlands.

La diagnosi ecografica di appendicite acuta era stata possibile in 177 (86%) dei 207 con appendicite acuta che erano stati appendicectomizzati.

In 24 casi in cui era stata fatta la diagnosi di appendicite acuta ma i pazienti erano stati trattati conservativamente per una serie di motivi, in 4 era stata successivamente necessaria una chirurgia d'urgenza per una riacutizzazione dell'appendicite e 2 erano stati appendicectomizzati in maniera elettiva per disturbi ricorrenti.

