

ISTITUTO DI ANATOMIA CHIRURGICA  
Cattedra di Chirurgia Generale  
II Università di Napoli

L'APPENDICECTOMIA:  
PASSATO, PRESENTE E FUTURO \*

Ludovico Docimo

La cura dell'appendicite acuta fu realizzata per la prima volta nel 1735 in occasione dell'incisione di un flemmone erniario, sicché tale data non può essere considerata l'inizio di una nuova era, bensì soltanto un evento casuale.

A quel tempo, infatti, non esisteva una definizione anatomica, anatomo-patologica, clinica e quindi terapeutica della malattia appendicolare.

Ci basti ricordare tra le "vittime eccellenti dell'appendicite acuta" il Presidente della Camera e Proclamatore della Repubblica Francese Louis Gambetta, morto nel 1882 per una peritonite appendicolare; in quella circostanza risultò purtroppo inutile la presenza al suo capezzale dei migliori medici francesi dell'epoca, che per altro davano poco ascolto ad un chirurgo "follemente interventista" di nome Lannelongue.

---

\* Relazione al 7° Meeting di Chirurgia Digestiva - Capua / Caserta 8-11 giugno 1994

Le pratiche chirurgiche per la cura di tale patologia non erano all'epoca ammesse, né tanto meno codificate.

Due anni più tardi il grande Mickulicz eseguì la sua prima appendicectomia, che purtroppo si concluse in un tragico insuccesso con la morte del paziente.

Contestualmente Fitz, Docente di Anatomia patologica dell'Harvard Medical School di Boston, dopo aver constatato 500 decessi per "peritiflite", sosteneva l'esigenza di un trattamento chirurgico ai primi segni clinici di affezione appendicolare, ma sfortunatamente anche tale isolato atteggiamento veniva definito come un "radicalismo insensato".

Finalmente, il 27 aprile 1887, Morton, figlio dell'ideatore dell'anestesia con etere, rispettando la tradizione familiare, eseguì con successo la prima appendicectomia della storia; tale esempio fu seguito da altri giovani e, per il tempo, "temerari" chirurghi, sicché Murphy nel 1902 aveva già praticato 2000 appendicectomie e Mc Burney, che operò anche il suo Maestro, passò alla storia per la famosa ed attuale incisione, a dire il vero proposta e descritta prima di Lui da Mc Arthur.

In seguito, mentre questa nuova impostazione terapeutica oltreoceano si diffondeva rapidamente, l'Europa più tradizionalista considerava l'appendicectomia un metodo ancora "rivoluzionario".

Treves a Londra introdusse tra i primi il nuovo intervento, dopo aver visto morire il proprio figlio per un'appendicite acuta, e nel 1902 operò con coraggio e con successo Edoardo VII Re d'Inghilterra.

In realtà, come affermo Godquin nel 1987 all'Academie de Chirurgie a Parigi, in occasione del centenario della prima appendicectomia, "nella nostra vecchia Europa le rivoluzioni artistiche e tecnologiche rappresentano una rivoluzione sociale fatta da una minoranza contro una maggioranza conservatrice ed indifferente".

Allo stesso modo, circa cento anni dopo la prima appendicectomia, pochi chirurghi hanno seguito l'esempio di Semm del 1983 nell'approccio laparoscopico, per una sorta di diffuso scetticismo che riteniamo meriti un'analisi ed una critica; diversamente da quanto si è verificato dopo la prima esperienza di colecistectomia laparoscopica del 1987, ove il metodo

si è ampiamente diffuso, seppure con una certa diffidenza, grazie allo strumentario e soprattutto al miglioramento delle tecniche che oggi seguono canoni precisi, in tempi e a costi ormai accettati.

Oggi, infatti, anche nella mia personale esperienza iniziata nel '90, non esistono particolari criteri di esclusione al trattamento laparoscopico della colecistite calcolosa., che in pratica assume un ruolo ben definito, in quanto sicuro, semplice, ripetibile dopo un opportuno periodo di apprendimento, al pari degli altri interventi tradizionalmente eseguiti nei reparti chirurgici.

A differenza della colecistectomia, l'appendicectomia, che di solito - specie nei casi non complicati - rappresenta il primo intervento addominale nel periodo di apprendistato chirurgico, non viene affrontata diffusamente per via laparoscopica.

Le motivazioni di tale prevenzione sono molteplici, innanzitutto di ordine economico, ma probabilmente legate per lo più ai tempi operatori e alla tecnica per certi versi non del tutto codificata.

Personalmente, superando un breve periodo di scetticismo, per prevenzioni aprioristiche ed emozionali, dopo una lunga e soddisfacente serie di colecistectomie per via laparoscopica, recentemente ho esteso alla cura dell'appendicite il metodo "mininvasivo" con l'approccio di Schreiber a 3 trocar.

Le prime esperienze mi consentono di riassumere i vantaggi della tecnica nel seguente modo:

1. Le 3 piccole incisioni laparoscopiche (1, 1.2, 0.5 cm) per 2.7 cm complessivi, per altro distribuite sulla superficie addominale e sul margine ombellicale inferiore, consentono una completa esplorazione della cavità addominale che solo un'ampia laparotomia potrebbe offrire in modo tradizionale, comprendendo appendici ectopiche ed eccezionalmente assenti (Piquet J. Chir.'86).

2. I tempi operatori, condizionati dalla esperienza del chirurgo, sono pressoché sovrapponibili a quelli della chirurgia tradizionale; mentre il successivo decorso clinico e quindi la degenza sono più rapidi (anche meno di 24 ore) per l'approccio laparoscopico, che si caratterizza con la ripresa

dell'alvo dopo poche ore. La sintomatologia dolorosa della fase postoperatoria risulta, infine, notevolmente ridotta.

3. Talune coliche addominali, talvolta sfumate, irradiate ai quadranti bassi dell'addome associate a leucocitosi, soprattutto nel sesso femminile, si gioverebbero di una visione laparoscopica come valida alternativa ad una laparotomia esplorativa in qualche circostanza pressoché superflua. A tal riguardo dati di letteratura riportano il 20-30 % di appendici normali allo studio anatomico-patologico; sebbene, l'apparente normalità dell'appendice nell'esplorazione laparoscopica, in assenza di altra causa di addome acuto, non esclude in modo assolutistico l'eventuale appendicectomia quale prudente misura profilattica, cui per altro consegue il più delle volte la completa risoluzione del quadro clinico. E non può essere escluso che appendici malate, ma non caratterizzate da segni macroscopici di rilevante flogosi, possano evolvere in complicanze talvolta anche gravi. Nel caso, invece, di raccolte nel Douglas la visione e la detersione endoperitoneale è facilitata dall'approccio laparoscopico.

4. L'esecuzione degli interventi in laparoscopia, escludendo qualsiasi manipolazione viscerale, facilita la ripresa della normale motilità intestinale evitando al tempo stesso la formazione di processi aderenziali che nella chirurgia tradizionale incidono in misura variabile dal 10 all' 80 %. (DE WILDE LANCET 91).

In merito a queste analisi, esistono studi comparativi dei tempi operatori, della morbilità, della degenza e della ripresa dell'attività lavorativa. Attualmente, dopo oltre 100 anni di esperienza, i tempi con tecnica tradizionale sono in media di circa 30'; mentre per via laparoscopica sono in genere doppi; se però ci limitiamo ai centri qualificati e dotati di più vasta esperienza questi valori divengono senz'altro sovrapponibili; differentemente i costi aumentano di circa il 10% (Cohen).

Anche quest'ultimo aspetto di carattere economico si ridimensiona in relazione all'esperienza dell'operatore, all'impiego di materiali poliuso, al tipo di tecnica (ad esempio legature vs. cucitrici), tenendo comunque in considerazione la riduzione dei tempi di degenza ed il più rapido reinserimento del paziente operato nella produttività lavorativa. Questi ar-

gomenti assumono un peso maggiore soprattutto in urgenza, poiché circa il 17, % dei pazienti si ricovera nell'area di emergenza chirurgica con diagnosi di appendicite, inoltre, tale valore nei casi al di sotto dei 25 anni di età sale al 25 %, ed infine l'appendicectomia è la più comune operazione (circa il 35 %) nei soggetti che all'accettazione presentano dolore addominale.

In fase acuta, inoltre, spesso l'incisione addominale è giustamente ampia, soprattutto nel paziente obeso, in modo da rendere l'esplorazione dell'addome il più possibile completa; tali laparotomie, però, indipendentemente da ovvi fattori estetici che è superfluo analizzare seppure ben condotte talvolta non sono scevre da complicanze, quali dolore, infezioni parietali, lenta ripresa funzionale, aderenze, laparoceli, ecc.

Allo stesso tempo l'inesperienza e comunque l'inadeguatezza tecnica, oltre a condizioni anatomo-patologiche particolarmente gravi, anche con un ampio accesso, possono esporre i pazienti ad importanti postumi e sequele (fistole intestinali, emorragie, pessie d'ansa, ecc.).

In conclusione, riteniamo che una serena revisione dell'approccio chirurgico all'appendice debba comprendere la laparoscopia; questo metodo non può e non deve essere improvvisato, così come opportunamente non avviene per gli altri settori; l'esperienza allo stesso modo della chirurgia tradizionale deve passare attraverso lo studio, l'osservazione, la collaborazione, per giungere solo in seguito alla cura di casi inizialmente più semplici, disponendo soprattutto di uno strumentario completo.

Una corretta maturazione chirurgica e laparoscopica in futuro offriranno senz'altro al paziente il miglior trattamento, ed è verosimile ritenere che quanto oggi da taluni viene considerato un eccesso di indicazione - se non addirittura una spinta insensata verso la laparoscopia - un domani potrebbe costituire la via di approccio più ovvia e più seguita.