

520

IST. DI PATOLOGIA CHIR. DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA (II CATTEDRA)

DIRETTORE INCARICATO: PROF. V. PUCCINELLI

OSPEDALE MILITARE DEL CELIO - ROMA

2° REPARTO - CAPO REPARTO: TEN. COL. MED. DOTT. C. TARQUINI

coll. univ. e
L. S. M. S. H.

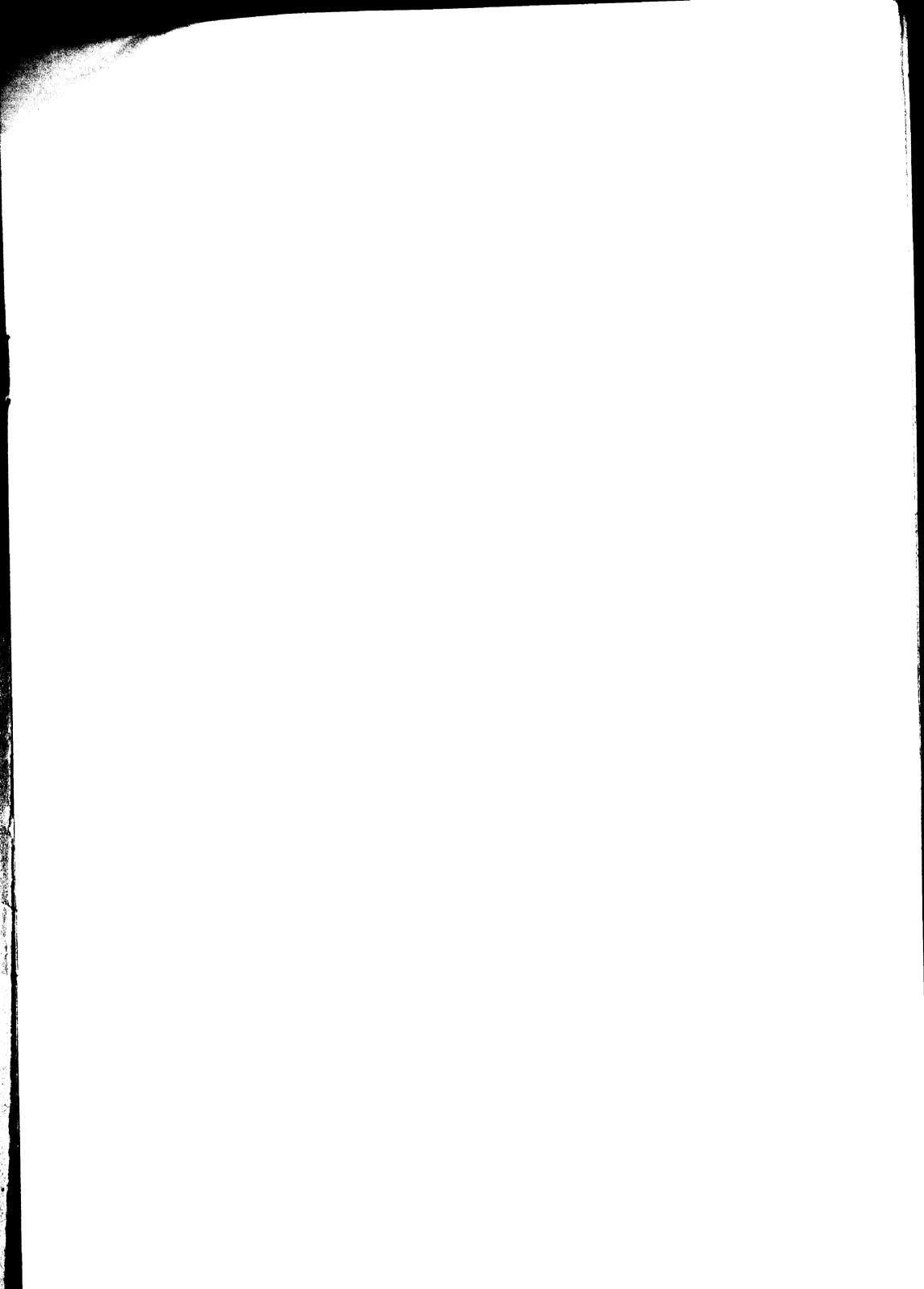
Dott. GUIDO CHIDICHIMO

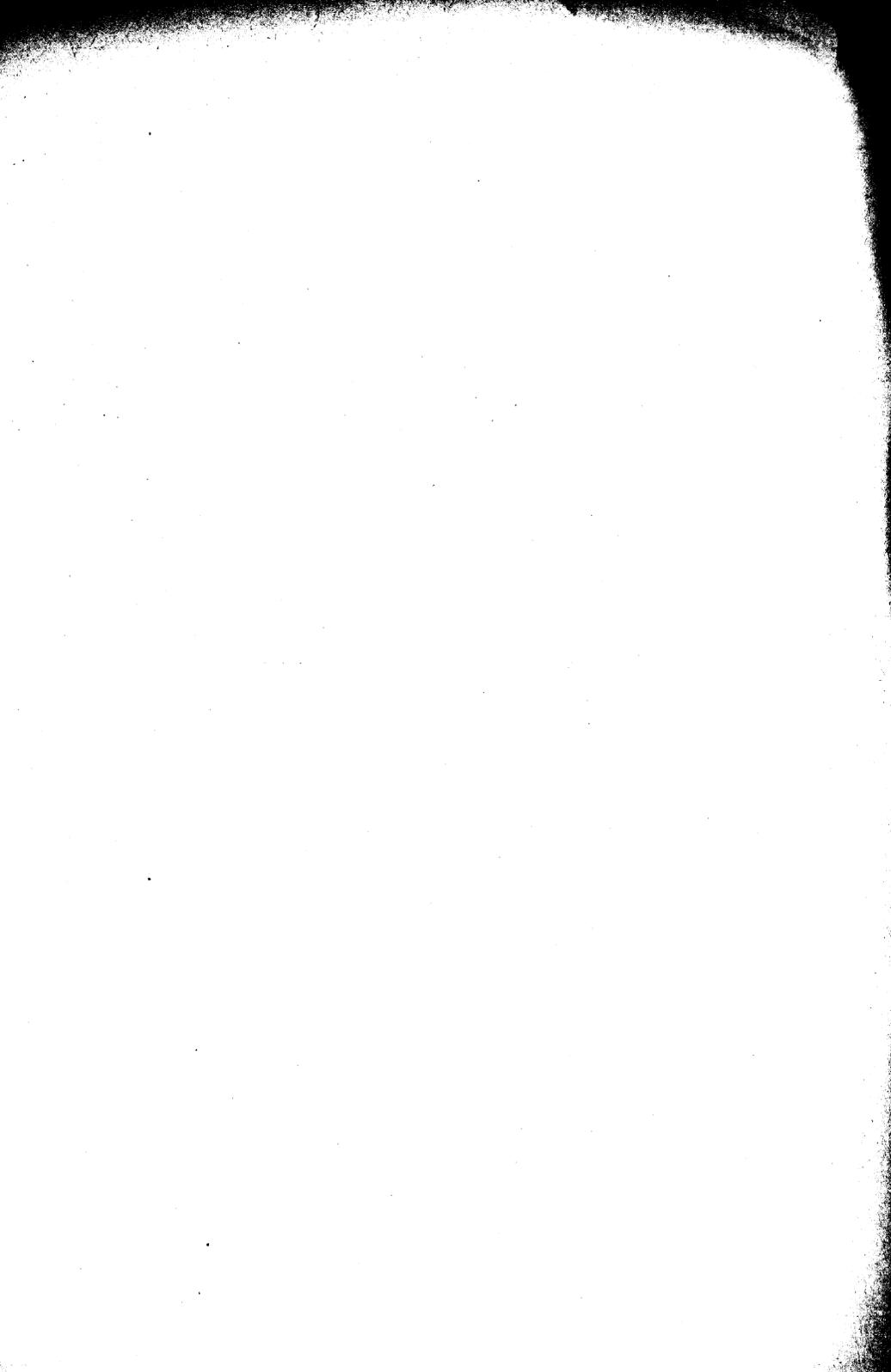
Aiuto volontario, sottotenente medico di complemento

Contributo allo studio delle invaginazioni delle haustra cecali

ESTRATTO DA "LE FORZE SANITARIE"
ANNO XII. N. 8 DEL 30 APRILE 1943-XXI

81
8
13





IST. DI PATOLOGIA CHIR. DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA (II CATTEDRA)

DIRETTORE INCARICATO: PROF. V. PUCCINELLI

OSPEDALE MILITARE DEL CELIO - ROMA

2° REPARTO - CAPO REPARTO: TEN. COL. MED. DOTT. C. TARQUINI

Dott. GUIDO CHIDICHIMO

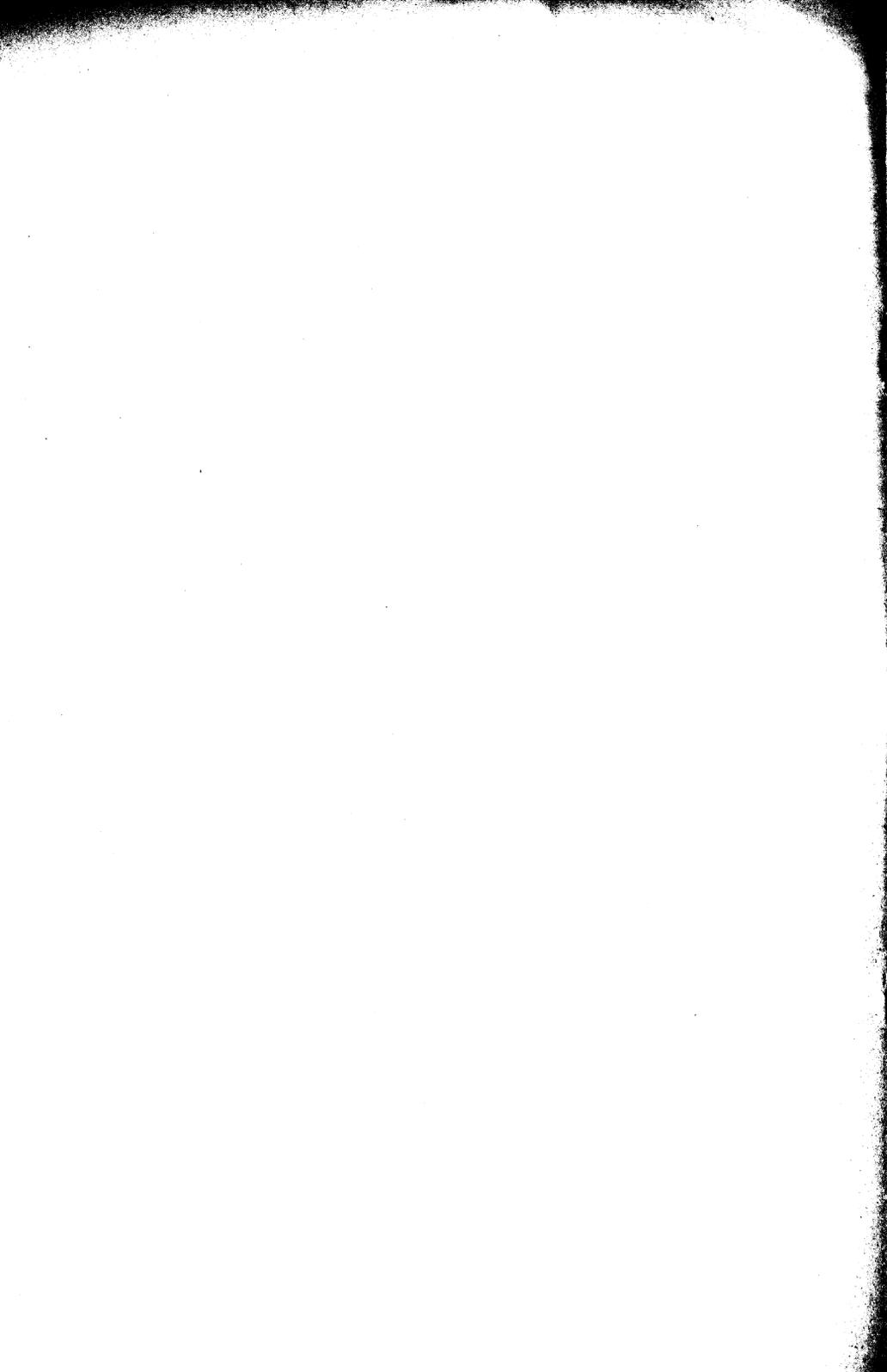
Auto volontario, sottotenente medico di complemento

Contributo allo studio delle invaginazioni delle hausta cecali

ESTRATTO DA "LE FORZE SANITARIE ..

ANNO XII, N. 8 DEL 30 APRILE 1943-XXI

81
B
S 2



Le invaginazioni parziali del ceco (invaginazione di una o più haustra) restano sempre un'afezione rara, nonostante nella letteratura di questi ultimi anni (dal 1925 in poi) si trovi descritto un certo numero di casi. La rarità della lesione mi fa tornare sull'argomento per illustrare un caso personale, e per discutere il problema diagnostico e patogenetico, lungi dall'essere risolti in modo definitivo.

Soldato G. F., classe 1915.

Anamnesi familiare e fisiologica. — Negativa.

Anamnesi patologica remota. — Non ricorda malattie degne di nota in passato, meno i comuni esantemi dell'infanzia e qualche febbre influenzale.

Anamnesi patologica prossima. — La mattina del 13 ottobre 1941 improvvisamente, in pieno benessere, è colto da dolori violenti alla fossa iliaca destra, con irradiazioni all'ombelico e all'epigastrio, conati di vomito e lieve rialzo termico. I dolori sono a tipo di crampo, si presentano a crisi, intervallati da periodi di calma relativa. Alvo chiuso alle feci e ai gas. Urine e minzione normale.

Il pomeriggio dello stesso giorno viene ricoverato in ospedale con diagnosi di appendicite acuta: i sintomi suddescritti persistono e la febbre si è elevata a 38°,5.

Esame obiettivo. — Soggetto normotipo, in condizioni generali senza apparente gravità. Stato di nutrizione e sanguificazione buoni. *Facies* dolorosa, contratta, specie durante le crisi, con cute pallida. Psiche integra. Pannicolo adiposo discretamente sviluppato, muscoli di tono e trofismo normali. Apparato osteo-articolare e linfoghiandolare indenni: lingua umida, leggermente impaniata al centro. Polso pieno, uguale, ritmico, di frequenza 100, molle, a pressione apparentemente non aumentata. Temperatura al momento dell'esame 38°,5. Respiro 24 ritmico.

L'esame obiettivo del capo, del collo, del torace e degli arti, è negativo.

Addome leggermente avvallato, contratto, discretamente mobile con gli arti respiratori. Con la palpazione si provoca vivo dolore nella fossa iliaca destra e al punto di Mc Burney: in detta regione esiste leggera difesa. Nonostante la difesa muscolare sembra di palpare una massa della grandezza di un'arancia, molto dolente, a limiti indistinti, fissa col respiro. Il dolore e la contrattura impediscono di apprezzare altri caratteri della

tumefazione. La palpazione della fossa iliaca sinistra risveglia dolore a destra. Si ha un accenno al Blumberg e al Rowsing.

Fegato e milza nei limiti.

Apparato genito-urinario: nulla di notevole.

Sistema nervoso indenne.

S'interviene con diagnosi di appendicite acuta con peritonite circoscritta.

Atto operatorio: dott. G. CHIDICHIMO. P.L. positiva. (Stovaina 6 ctgr.). Taglio di Mc Burney. Aperto il peritoneo si trova scarso liquido sieroso ematico. Si estrinseca il ceco che presenta pareti ispessite e di colorito cianotico ed è abbastanza mobile. Sulla faccia esterna di esso si nota che la prima e la seconda haustra sono invaginate a dito di guanto e l'invaginazione è tenuta fissa dalle due benderelle anteriore e laterale e da briglie connettivali recenti che sembrano strozzarla.

L'appendice è notevolmente iperemica ed è fissata da membrane velamentose allo spazio parietocolico.

Sezionando le briglie connettivali si riduce l'invaginazione delle haustra cecali. La parte che si svagina è molto infiltrata ed ispessita, iperemica, di colorito leggermente cianotico. L'invaginazione non ha tendenza a riprodursi spontaneamente.

Si asporta l'appendice affondando il moncone con doppio piano di seta. Si fissa il ceco con qualche punto di catgut passato fra la tenia e la faccia anteriore del peritoneo in modo da evitare il riprodursi dell'invaginazione.

Si lascia un piccolo drenaggio di garza iodofornica e si chiude quasi totalmente la parete a strati.

Decorso post-operatorio normale.

Il paziente viene dimesso completamente guarito in decima giornata.

Rivedendo la letteratura sull'argomento troviamo descritti dal 1925 ad oggi, 25 casi, compreso il nostro, di cui parecchi appartengono allo stesso autore. Questo denota che la rarità della lesione è molto relativa e che per metterla in evidenza bisogna conoscerla.

Il primo a richiamare l'attenzione su questa particolare affezione fu il Kvjovskij nel 1925, che operò un uomo di 53 anni con diagnosi di appendicite acuta,

e che trovò al reperto operatorio una intussuscezione della parete laterale del ceco, determinata probabilmente dagli ossiuri che infiltravano un ceco dilatato e mobile.

A questa fa seguito la pubblicazione di ZAHRADNIKY (1927) che riferisce su quattro casi personali; di BOBRIK (un caso) 1929; KOHLER (un caso) 1931; SASAKY e KIM (tre casi) 1932; RIZZO (due casi) 1934;

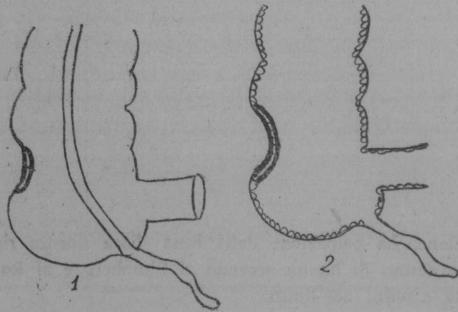


Figure schematiche dell'invaginazione delle due prime haustra cecali: 1) viste dall'esterno; 2) viste in sezione longitudinale.

ANGELI (un caso) 1934; SLAVIERO (tre casi) 1934; GRECO (un caso) 1938; GRASSO (un caso) 1938; SOVENA (due casi) 1939; TARQUINI (un caso inedito) 1940; AMBROSI (un caso) 1940; BINOTTO (1941).

Tralascio la descrizione dei singoli casi trovandosi essa molto dettagliata nei lavori di ANGELI e SOVENA.

* * *

La sintomatologia di detta affezione è molto simile a quella dell'appendicite acuta, il che, unito alla rarità della lesione stessa, spiega perchè la diagnosi preoperatoria d'invaginazione haustrale non sia stata quasi mai fatta. Come nell'appendicite, l'inizio della malattia spesso è brusco (casi di KYJOWSKY, di ZAHRADNIKY, BOBRIK, SASAKY e KIM, RIZZO, CERVENANSKY, GRASSO, TARQUINI).

Il dolore spontaneo è d'intensità variabile, a volte violento, a tipo di crampo, intervallato da pause, con irradiazioni all'ombelico e all'epigastrio, accompagnato da vomiti o da conati di vomito, sintoma meno costante del precedente. Terzo sintoma è la chiusura dell'alvo, anch'esso non assoluto, perchè vi può essere diarrea e a volte anche melena. L'ascensione della temperatura non è un dato costante, mentre il polso si mantiene sempre buono. L'esame obiettivo dà un leggero avvallamento o timpanismo nell'addome, con diminuzione delle escursioni respiratorie, e spesso una contrattura o difesa muscolare circoscritta alla fossa iliaca destra, manifesta specie nel momento della crisi. A volte si palpa una massa più o meno distinta della grandezza di un'arancia poco mobile, diretta in alto verso l'arcata costale. Questo sintoma palpatorio è

difficile ad essere apprezzato per il dolore e la contrattura delle pareti: esso sarebbe rilevato in narcosi.

Accanto alla forma acuta ne esiste anche una cronica, recidivante a crisi intermittenti (casi di KOHLER, ANGELI, SLAVIERO, SOVENA, AMBROSI) che può succedere a una crisi acuta, o può essere preceduta da un lungo periodo di dolori leggeri intermittenti nella fossa iliaca destra. Dopo una crisi acuta la guarigione è apparente o completa, ma un senso di peso e una leggera dolorabilità persiste nella regione ceco-appendicolare, finchè non sopravviene una seconda o una terza crisi acuta e netta come la precedente.

All'esame obiettivo nulla vi è di caratteristico nelle crisi meno la dolorabilità della fossa iliaca destra.

Davanti alla descrizione di questi due quadri patologici, come risulta dalla storia dei vari casi finora pubblicati, si comprende come l'affezione sia stata sempre scambiata per appendicite, e solo qualche rara volta sia stata fatta la diagnosi d'invaginazione ileocolica (KOHLER) o sia stata sospettata quella di invaginazione haustrale: RIZZO, nel suo secondo caso, sospettò l'affezione per la mancanza di febbre, per la lieve difesa e « perchè era rimasto colpito dal primo caso ». Alcuni autori pensano che, tenendo presente la speciale forma morbosa, si possa emettere l'ipotesi preoperatoria di invaginazione parziale del ceco in base ai seguenti sintomi:

- 1) il dolore, che è a tipo di crampo, intermittente;
- 2) la presenza precoce di una massa mobile, palpabile nella fossa iliaca destra, di forma allungata, diretta verso la regione epatica, e a limiti piuttosto netti, a differenza del piastrone appendicolare che è di formazione tardiva, a limiti indistinti, e non spostabile;
- 3) la emissione di sangue con le feci;
- 4) l'assenza di febbre.

Io credo che la constatazione di questi dati obiettivi possa soltanto indirizzare verso la diagnosi di invaginazione ileo-colica, lesione molto più frequente a riscontrarsi, e che sia pressochè impossibile precisare la forma anatomica di invaginazione haustrale. L'affezione, come abbiamo detto, è stata sempre scambiata con un'appendicite acuta, e le differenze di sintomatologia tra queste due malattie sono, come dice RIZZO, delle sfumature, che sebbene importanti non autorizzano alla giusta diagnosi. D'altra parte la diagnosi differenziale di queste forme morbose non ha alcun valore pratico, necessitando sempre, in tali casi, l'intervento d'urgenza.

Forse solo l'esame radiografico potrebbe chiarire la diagnosi, se venisse comunemente praticato nelle malattie acute dell'addome e specie nelle forme di appendicite acuta. Esso dovrebbe teoricamente dimostrare una deformazione da difetto di riempimento a carico del ceco, costante, emisferica, dovuta all'invaginazione dell'haustra. Finora però non è mai stato

praticato ed è ovvio che il chirurgo di fronte ad un addome acuto con sintomatologia appendicolare, difficilmente chiederà l'aiuto del radiologo.

* * *

Molto discusso è il problema della patogenesi. Condizioni predisponenti sono considerate il ceco mobile, con meso lungo, e la giovane età; cause determinanti sono le ulcere, i tumori (nei due casi di ZAHRADNIKY, un tumore come una susina s'impiantava sull'apice dell'haustra invaginata), i corpi estranei, le lesioni della parete del ceco da parassiti, contrazioni spastiche localizzate della parete intestinale (RIZZO), le alterazioni infiammatorie del ceco diffuse o circoscritte extra- o intracecali. AMBROSI vorrebbe avvicinare detta lesione alla ileite segmentaria, malattia non ancora ben conosciuta, tenendo presente il caso descritto da MENDEL in cui l'ileite segmentaria è stata causa di invaginazione ileocecale.

L'ipotesi che l'alterazione primitiva della parete cecale sia dovuta a parassiti è stata emessa da KYJOVSKY nel 1925, il quale trovò degli ossiuri nel tratto cecale invaginato, e fortemente sostenuta da SOVENA, il quale nei due casi da lui osservati notò la presenza costante alla base dell'haustra invaginata di tricocefali, penetranti profondamente nello spessore della parete intestinale. Nel nostro caso però non sono stati visti parassiti, nè ne abbiamo trovati nell'esame delle feci, il che fa pensare che altri fattori fossero in causa. La lesione contemporanea dell'appendice potrebbe essere a sostegno della ipotesi emessa da ANGELI, il quale partendo dal concetto che la flora batterica del ceco è la causa prima di molti processi infettivi, pensa alla possibilità di lesione della mucosa della parete intestinale, in corrispondenza di un'haustra cecale, da virulenza occasionale della flora batterica.

Date queste numerose ipotesi è più giusto pensare che la patogenesi sia multipla, potendo le diverse lesioni del ceco, favorite dalla mobilità di esso, determinare una discinesia circoscritta all'haustra. Nè in questa malattia si può pensare ad una apoplessia viscerale, nel senso voluto da R. GREGOIRE e R. COUVELAIRE, perchè nelle apoplexie viscerali viene interessato un vasto tratto di intestino, per disturbi circolatori di un grosso vaso (in genere di una delle mesenteriche) e non una piccola zona, molto circoscritta, della parete intestinale.

Dal punto di vista anatomico-patologico il tratto invaginato può andare incontro a tutti i disturbi di circolo degli strozzamenti acuti, dall'edema fino alla cancrena della porzione invaginata.

La prognosi di questa affezione morbosa è buona, non essendoci stato nei casi descritti alcun decesso e tutti avendo avuto guarigione perfetta senza recidive. La terapia, esclusivamente chirurgica, è stata diversa secondo i vari autori: una volta emicolectomia destra seguita da ileo-trasverso-stomia (SOVENA, secondo caso);

tre volte resezione del ceco seguita da ileo-trasverso-stomia (SOVENA, KYJOVSKY, SLAVIERO); una volta disinvaginazione combinata a ileo-trasverso-stomia latero-laterale (KOHLER); undici volte la semplice disinvaginazione combinata ad appendicectomia e fissazione del ceco al peritoneo parietale (SASAKY e KIM, CERVENANSKY, ANGELI, GRASSO, AMBROSI, CHIDICHIMO); tre volte disinvaginazione ed accorciamento del mesoceco con fissazione del ceco alla parete (ZAHRADNIKY), una volta la disinvaginazione accompagnata da ceco-pessia e da appendicectomia previa sezione di una tenia cecale (RIZZO); due volte affondamento dell'haustra invaginata essendo dubbia la sua vitalità (RIZZO, TARCHINI); tre volte la semplice disinvaginazione (SLAVIERO).

Oggi si può fissare in modo preciso la condotta terapeutica da seguire di fronte a una simile lesione:

- 1) nei casi di invaginazione semplice, senza concomitanza di tumore e ad ansa vitale: disinvaginazione seguita a volte da ceco-pessia parietale per ceco mobile e appendicectomia;
- 2) nei casi di invaginazione con haustra cancerata: riprodurre l'invaginazione e affondare l'haustra come un'appendice;
- 3) nei casi di invaginazione con tumore: emicolectomia o resezione del ceco, operazione giustificata dal fatto che nulla si sa della natura del tumore.

Siamo certi che chi ha praticato l'emicolectomia non ha fatto la diagnosi operatoria di invaginazione haustrale ed ha pensato a un processo tumorale del ceco, non autorizzando una lesione sicuramente benigna ad un'operazione grave e demolitiva quale la emicolectomia.

BIBLIOGRAFIA

- ANGELI A.: *L'invaginazione haustro-cecale*. « Arch. Ital. di Chir. », XXXVII, 417, 1934. — BOBRUK G.: *Appendicite und Coecuminvaginatio*. « Zbl. f. Chir. », LVI, 518, 1929. — CERVENANSKY: *Un contributo alla invaginazione parziale del ceco*. « Bratisl. Lekárscké Listy », XV, 834 (citato da SOVENA). — GRASSO R.: *Contributo clinico alla conoscenza della invaginazione haustro-cecale*. Comunicazione alla Sez. lav. Soc. It. di gastro-enterologia, 1° febbraio 1938. « Polichinico », Sezione pratica, XLV, 615, 1936. — GREGO A.: « Clin. Chir. », XL, 10, 1937. — KYJOVSKY M.: *Intussusception des Coecum*. « Bratisl. Lekárscké Listy », 4 ottobre 1925. — KOHLER M.: *Ein Fall von partieller Invagination des Coecum*. « Zbl. f. Chir. », LVIII, 2073, 1931. — MENDEL G.: *Iléite terminale comme cause d'invagination iléo-colique intermittente*. « Roentgenprax. », X, 406, 1938. — RIZZO G.: *Le invaginazioni di un'haustra del ceco*. « Polichinico », Sezione pratica, 21, 814, 1933. — SASAKY e KIM: *Drei Falle von partieller Coecumundinvagination*. « Zbl. f. Chir. », LIX, 2802, 1932. — SLAVIERO F.: *L'invaginazione primitiva di un'haustra cecale*. « Arch. ed Atti Soc. It. Chir. », 455, 1934. — SOVENA E.: *Sulle invaginazioni delle haustre del ceco*. « Polichinico ». Sezione chirurgica, in corso di stampa. — ZAHRADNIKY C.: *Laterale Coecuminvagination*. « Rozhledy Chir. and Gyn. », III, 69, 1927. — AMBROSI: « Rivista Ospedaliera », gennaio 1940. — GREGOIRE e COUVELAIRE: *Apoplexies viscérales*. Masson, Paris, 1937.





