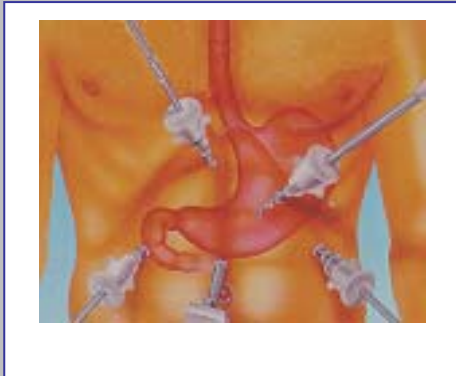


Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione
"San Giuseppe Moscati" viale Italia, 83100 - Avellino - Italy
Centralino: 0825.203111

Struttura Complessa di Chirurgia Generale

Dir: Prof. Francesco Caracciolo
e-mail: francaracciolo@virgilio.it
Tel. e Fax: 0825.203261



**Struttura Semplice di
Chirurgia Mininvasiva
dell' Addome e del Torace**

Responsabile:

Dr. Francesco G. Biondo

Sito Web: www.francescobiondo.it

e-mail: info@francescobiondo.it

Tel. 0825.203259

Fax 0825.203261

Cell. 339.2816388

L' Appendicectomia videolaparoscopica

Numerosi studi ed esperienze hanno dimostrato che l'appendicectomia laparoscopica è una metodica fattibile e sicura, che presenta vantaggi per il paziente in termini di minor incidenza di complicanze settiche, minor dolore postoperatorio, più rapido recupero funzione e precoce ritorno alle normali occupazioni e al lavoro.

Studi recenti (1) hanno anche dimostrato un vantaggio economico globale nella scelta laparoscopica, nonostante i tempi operatori poco più lunghi e un consumo maggiore di materiale.

Tuttavia la capillare diffusione della metodica è stata frenata soprattutto nei casi di peritonite e ascesso appendicolare, ove la necessità di eseguire l'intervento in urgenza non sempre si associa alla disponibilità del chirurgo esperto in laparoscopia; inoltre, in tali casi, alcuni lavori hanno evidenziato un'incidenza più elevata di ascessi addominali rispetto all'appendicectomia open (2).

L' esperienza ha dimostrato i vantaggi dell'appendicectomia laparoscopica nei casi di appendicite con peritonite generalizzata o localizzata o con ascesso appendicolare, in pieno accordo con la letteratura più recente (3, 4, 5).

I pazienti sono in genere operati con una diagnosi di appendicite acuta formulata sulla base di una triade diagnostica che prevede l'esame clinico, la valutazione degli esami di laboratorio, con

particolare attenzione alla presenza di leucocitosi e all'incremento della proteina C reattiva e lo studio ecografico (6, 7).

La tecnica chirurgica prevede generalmente l'utilizzo di tre trocar (10, 10 e 5 mm), con sezione dell'appendice alla base con suturatrice endoGIA o endoloop. L'estrazione, in caso di appendice fragile o gangrenosa, si esegue previa introduzione in un endobag.

In circa il 2% è necessario una conversione in laparotomia:

1. per appendicite gangrenosa con rottura della base ed esteso ascesso
2. per peritonite generalizzata
3. per aderenze da precedenti interventi con impossibilità all'accesso laparoscopico
4. in caso di lesione di un'ansa
5. per emorragia

Il drenaggio si posiziona in circa il 6% di tutte le appendicectomie e nel 16% nel sottogruppo delle appendiciti complicate da ascesso, nella cavità ascessuale e mai come spia dell'integrità della sutura della base.

La degenza media è in genere di 3,9 giorni (2-10), più lunga in caso di peritonite (media 5,5 vs 2,7 giorni: $p < 0,005$).

La canalizzazione intestinale ai gas si verifica in 1a giornata in media, risultando solo di poco più tardiva nel sottogruppo delle appendiciti complicate.

La ripresa delle normali attività fisiche e dell'attività lavorativa avviene dopo due settimane, senza significativa differenza tra il gruppo con peritonite e gli altri pazienti.

Siamo convinti che l'approccio tradizionale non consenta tale valutazione e toilette intraoperatoria, che a spese di una laparotomia sostanzialmente maggiore con conseguente impatto sulla durata e sulla qualità del decorso postoperatorio.

La durata dell'intervento è di circa 30 minuti (mediamente più lunga rispetto alle appendiciti non complicate).

La degenza, significativamente più lunga di circa 1,8 giorni, si spiega con l'evidenza clinica che, nelle appendiciti complicate, la lunga permanenza in ospedale è funzione della gravità dell'infezione intra-addominale e non è in alcun modo abbreviabile con altri approcci chirurgici, che hanno impatto solamente sul grado del trauma della parete addominale.

I benefici della procedura laparoscopica si realizzano soprattutto nelle appendicite acute:

1. con peritonite generalizzata
2. diffusa
3. con ascesso

ove l'incidenza di complicanze è bassa e ove una più rapida ripresa della canalizzazione intestinale, una riduzione della degenza con minor fabbisogno di analgesici, nonché una più rapida ripresa dell'attività lavorativa costituiscono un indubbio vantaggio per il paziente e per la collettività.

Bibliografia

- Long K. H. e altri: A prospective randomized comparison of laparoscopic appendectomy with open appendectomy: clinical and economic analysis. *Surgery* 2001; 129: 390-400.
- Tang E. e altri: Intraabdominal abscesses following laparoscopic and open appendectomies. *Surg Endosc* 1996; 10(3):327-8.
- Lidar Z. e altri: Laparoscopic interval appendectomy for periappendicular abscess. *Surg End* 2000; 14: 764-766.
- Wullstein C. e altri: Results of laparoscopic versus conventional appendectomy in complicated appendicitis. *Dis Col Rect* 2001; 44 (11): 1700-1705.
- Piskun G. e altri: Comparison of laparoscopic, open and converted appendectomy for perforated appendicitis. *Surg End* 2001; 15: 660-662.
- Spinoglio G. e altri: Ruolo dell'ecografia nella diagnosi di appendicite acuta: *Chirurgia Generale XXII* 2001: 53-56
- Puylaert J.B.C.M.: Acute appendicitis: US evaluation using graded compression. *Radiology* 1986; 158: 355-360
- Hellberg A. e altri: Prospective randomized multicentre study of laparoscopic versus open appendectomy. *BJS* 1998; 86: 48-53.
- Pedersen A.G.: Randomized clinical trial of laparoscopic versus open appendectomy. *BJS* 2001; 88: 200-205.
- Merhoff A.M. e altri : Laparoscopic versus open appendectomy. *Am J Surg* 2000; 179: 375-378.
- Garbutt J.M. e altri: Meta-analysis of randomized controlled trials comparing laparoscopic and open appendectomy. *Surg Lap End* 1999; 9 (1): 17-26.
- Rowland D.Y. e altri: A meta-analysis of randomized controlled trials of laparoscopic versus conventional appendectomy. *Am J Surg* 1999; 177 (3): 250-256.
- Temple L.K. e altri: A meta-analysis of laparoscopic versus open appendectomy in patients suspected of having acute appendicitis. *Can J Surg* 1999; 42 (5): 377-383.
- Siddiqui F. e altri: Laparoscopic versus open appendectomy: a meta-analysis. *J Am Coll Surg* 1998;
- Peiser J.G., Greenberg D.: Laparoscopic versus open appendectomy: results of a retrospective comparison in an Israeli hospital. *IMAJ* 2002; 4: 91-94.
- Kurtz R.J., Heinman T.M.: Comparison of open and laparoscopic treatment of acute appendicitis. *Am J Surg* 2001; 182: 211-214.