

Apendicita acută și antibioterapia empirică

T. Pătrașcu, H. Doran, O. Mihalache, F. Bobircă

Clinica de chirurgie "Prof. I. Juvara", Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino", București

Rezumat

Apendicita acută este o afecțiune bine-cunoscută, descrisă și studiată în mod sistematic încă de la mijlocul secolului XIX. De atunci, au fost elaborate numeroase articole și studii pe această temă, care, cel puțin aparent, au analizat-o complet și definitiv. Cu toate acestea, am considerat interesantă prezentarea a 2 cazuri clinice, a unor pacienți de 39 și, respectiv, 41 de ani, operați în Clinica de chirurgie "Prof. I. Juvara" a Spitalului Clinic "Dr. I. Cantacuzino" într-un interval de numai o lună. Ambii pacienți, fără patologie asociată, au prezentat timp de mai multe luni episoade dureroase abdominale, însoțite de febră și, într-un caz, de scaune diareice. Acestea nu au fost investigate imagistic, fiind tratate empiric cu diferite antibiotice, îndeosebi din categoria cefalosporinelor. La internare semnele clinice de suferință abdominală au fost atipice, discrete. Intra-operator, am descoperit în ambele cazuri abcese apendiculare voluminoase, pseudo-tumorale, localizate retrocecal, cu pereți groși, organizați fibros, sugerând o evoluție prelungită. Rezolvarea chirurgicală a fost cea clasică, fiind urmată de vindecare per primam. Considerăm că, în timp, utilizarea pe scară largă a unei antibioterapii tot mai agresive, pe baza unor criterii mai degrabă empirice, ar putea duce la conturarea unei tendințe nedorite, de creștere a ponderii acestor evoluții estompate, atipice a afecțiunilor abdominale acute. Se pot astfel genera dificultăți și chiar erori de diagnostic, care conduc la complicații grave, disproporționate, inacceptabile pentru o afecțiune benignă.

Cuvinte cheie: apendicită acută, abces apendicular

Abstract

Acute appendicitis and empiric antibiotic therapy

Acute appendicitis is a well-known disease, which was described and systematically studied in the mid-19th century. Since then, many articles, studies and even books have been written upon this subject and it seems that nothing new can be added. And still... We present 2 clinical cases of male patients, 39 and 41 years old, who were operated in the Surgical Clinic "Prof. I. Juvara" of Clinical Hospital "Dr. I. Cantacuzino" in the same month. Both had no associated pathology and have suffered, for several months, episodes of abdominal pain, fever and (one of them) diarrhea, which were not investigated, but have been treated from time to time with antibiotics, mostly cephalosporins. The physical signs of acute abdomen were very atypical and soft. Intra-operative findings consisted in both cases in tumor-like appendiceal abscesses, situated behind ileocecal junction, with local inflammation and fibrosis, suggesting a long-term evolution. The surgical solutions were typical and were followed by favorable evolutions. We present these 2 clinical cases not only for their atypical history problems, but mainly because we consider that this kind of medical attitude could become an undesirable trend, and difficult and even mistaken diagnosis would occur more frequently, which is hard to accept for a benign disease.

Correspondență: Profesor Doctor Traian Pătrașcu
Clinica de chirurgie
Spitalul Clinic "Dr. I. Cantacuzino"
Str. Ion Movilă, nr. 5-7, București
E-mail: patrascutraian@clicknet.ro

Key words: acute appendicitis, appendiceal abscess

Introducere

Apendicita acută este cea mai frecventă și, poate, cea mai cunoscută urgență chirurgicală abdominală. Ea a fost studiată în mod sistematic începând cu a doua jumătate a secolului XIX, constituind subiectul a numeroase articole și studii de specialitate; aparent, problema a fost tratată complet și definitiv, fiind tot mai dificilă comunicarea unor aspecte cu caracter sau pretenție de noutate.

Progresele tehnologice în general și îndeosebi descoperirea și utilizarea în practică a unor antibiotice din ce în ce mai eficiente au oferit o alternativă terapeutică apendicectomiei, indiferent de calea sa de realizare- clasică, laparoscopică sau prin orificii naturale. Această alternativă (tratamentul conservator, medicamentos al apendicitei acute) este în prezent amplu dezbătută în literatura de specialitate, argumentele pro și contra fiind susținute de studii randomizate sau chiar de metanalize.

În cele ce urmează, vom prezenta însă un alt aspect al antibioterapiei în tratamentul apendicitei acute, respectiv efectele nedorite ale unui tratament empiric, stabilit în absența chiar a unei prezumții diagnostice, ceea ce a determinat modificarea profundă a tabloului clinic și tergiversarea timp de mai multe luni a unei atitudini terapeutice adecvate.

Prezentarea cazurilor clinice

Pacientul P.C., de 39 de ani, a fost internat pentru dureri cu caracter colicativ în epigastru și hipocondrul drept, iradiate "în bară" în etajul abdominal superior, însoțite de sindrom febril și fenomene dispeptice nesistematizate. Episodul menționat debutase cu circa 24 de ore anterior, fiind corelat anamnestic cu alimentația colecistokinetică.

Examenul fizic a decelat durere la palparea relativ superficială în hipocondrul drept, cu schiță de apărare musculară la acest nivel, fosa iliacă dreaptă fiind suplă, nedureroasă. Este de subliniat menționarea de către pacient de numeroase astfel de episoade pe parcursul întregului an precedent, constând în dureri abdominale, însoțite de febră, care s-au remis sub tratament antibiotic, cu cefalosporine administrate oral sau injectabile, în condiții de ambulator sau de spitalizare.

Din tabloul biologic am reținut numai leucocitoza de 17.000/mm³, cu predominanța neutrofilelor. Echografia abdominală a descris colecistul cu perete îngroșat, cu dublu contur, cu plastron pericolecistic. Endoscopia digestivă superioară a exclus existența unui ulcer gastric sau duodenal. Contextul clinic, biologic și imagistic ni s-a părut relevant pentru o suferință biliară non-litiazică. S-a instituit tratament antibiotic, antispastic și antisecretor, cu ameliorarea simptomatologiei, dispariția febrei și reducerea leucocitozei, la 11.200/mm³. După 4 zile de evoluție favorabilă, s-a stabilit indicația de colecistectomie programată, pe cale laparoscopică.

Intra-operator, am descoperit un plastron dens, organizat fibros, în jurul colecistului, care a necesitat aderențioliză laborioasă, urmată de colecistectomie. Colecistul conținea cristale de colesterol pe suprafața mucoasei, dar peretele nu

era îngroșat, semnele inflamatorii fiind minime. În aceste condiții, am considerat necesară o reluare a explorării întregii cavități peritoneale, insistând asupra etajului infra-mezocolic și spațiului pariето-colic drept. Am identificat astfel un proces pseudo-tumoral, acoperit de marele epiploon, colonul sigmoid și mai multe anse ileale. După conversie, acesta s-a dovedit a fi un abces intervisceral cu punct de plecare retro-cecal, delimitat de colonul sigmoid și de ansele ileale, care conținea puroi galben-cenușiu, nemirositor (examen bacteriologic: E coli) și apendicele cecal perforat, auto-amputat la nivelul bazei de implantare. (Fig. 1) După drenajul colecției, soluția de continuitate de la nivelul cecului a impus cecostomie pe tub, cu fixarea cecului la perete.

Am interpretat procesul inflamator subhepatic ca fiind consecința unui abces local, produs inițial prin migrarea ascendentă a puroiului de la nivel periapendicular, urmată de cloazonare locală și organizare fibroasă, sub acțiunea antibioterapiei.

Post-operator, sub tratament cu Ertapenem - 5 zile, evoluția favorabilă (reluarea spontană a tranzitului, vindecarea per primam a plăgii operatorii) a permis suprimarea cecostomiei în a 8-a zi și externarea bolnavului după alte 5 zile.

Pacientul M.I., 41 de ani, a relatat apariția episodică, de câteva luni, a unor dureri abdominale localizate în fosa iliacă dreaptă și flancul drept, însoțite de febră și diaree. I s-au administrat diferite antibiotice, cu remiterea temporară a suferinței. În săptămâna anterioară internării, simptomatologia algică s-a intensificat, fără a mai fi influențată de antibiotice: Biseptol, Tetraciclină, Ciprofloxacina, administrate succesiv, câte 2 zile fiecare.

La internare, examenul fizic a relevat dureri de mică intensitate în fosa iliacă dreaptă, fără semne de iritație peritoneală, dar cu manevra psoasului pozitivă.

Din tabloul biologic, a atras atenția leucocitoza accentuată, de 17.800/mm³, dar și existența unui sindrom inflamator marcat: proteina C reactivă: 157 mg/dl, fibrinogen: 983 mg/dl,

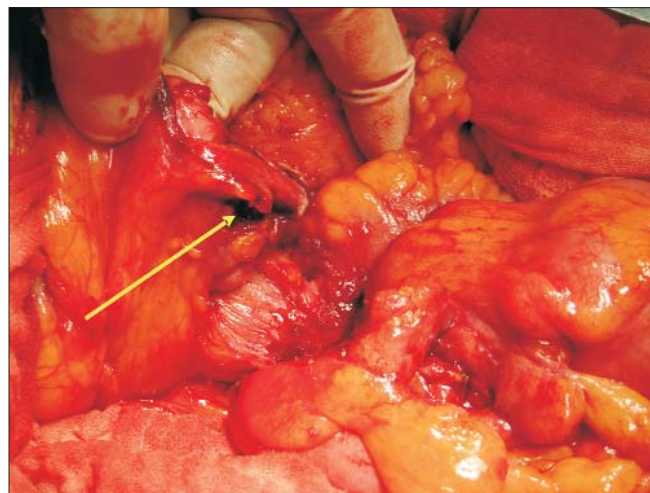


Figura 1. Perforație la nivelul bazei de implantare a apendicelui cecal

ceea ce a ridicat problema diagnosticului diferențial cu boala Crohn.

De aceea, am considerat oportună o explorare laparoscopică, evidențiindu-se existența unui bloc inflamator pericecal. După conversie, am identificat un abces retrocecal cu pereți fibroși, conținând puroi galben-cremos, nemirositor și apendicele cecal tumefiat, flegmonos. Am practicat apendicectomie directă, fără înfundare, lavajul și drenajul abcesului.

Post-operator, am optat tot pentru terapia cu Ertapenem-5 zile. Examenul bacteriologic a izolat tot *E coli*.

Evoluția post-operatorie a fost favorabilă, pacientul externându-se vindecat chirurgical în ziua a 7- post-operator.

Discuții

Evoluția apendicitei acute nu este întotdeauna previzibilă. Este cunoscută succesiunea clasică a formelor anatomo-patologice: catarală, flegmonoasă, gangrenoasă și perforată, după cum există și posibilitatea remiterii spontane a apendicitei acute. De obicei, în aceste cazuri episodul inflamator acut se poate repeta, evoluând în final spre obstrucție ireversibilă și gangrenă (1).

În mod logic, efectul tratamentului cu antibiotice, îndeosebi al celor cu spectru larg va fi o ameliorare a semnelor clinice și biologice, mergând până la remisiunea completă a acestora (2). Nu există însă un control al evoluției anatomo-patologice locale; aceasta își poate continua uneori cursul nefavorabil, antibioterapia contribuind doar la estomparea simptomatologiei.

Existența unei discordanțe între substratul anatomo-patologic grav și tabloul clinic discret, nespecific este frecvent întâlnită la pacienții imunodeprimați: corticodependenți, cu boli neoplazice, autoimune, vârstnici sau diabetici. La aceștia din urmă, progresia rapidă a proceselor septice spre agravare este favorizată de deficitul mecanismelor fiziologice de apărare, în timp ce neuropatia viscerală scade semnificativ percepția stimulilor algici (3).

În cazul celor 2 pacienți prezentați, aceștia erau de vârstă medie, fără nici o patologie asociată, aveau un status nutrițional și biologic foarte bun, astfel încât abcesele abdominale voluminoase ar fi trebuit să declanșeze o reacție peritoneală evidentă. Explicația evoluției îndelungate, torpide este dată de multiplele tratamente cu antibiotice, care, deși incorecte și insuficiente ca durată de administrare și doze, au "reușit" să mascheze timp de mai multe luni apendicita acută gangrenoasă perforată, cu abces periapendicular.

Se conturează în acest fel o formă particulară de abdomen acut, în care lipsa diagnosticului inițial și tratamentul empiric îndelungat cu antibiotice, adresat sindromului algic și febril, conduc la manifestări discrete, nespecifice, mult diferite de semnele de iritație peritoneală la care ne-am așteptat și care ar preciza clar diagnosticul și indicația chirurgicală.

În contextul mai larg al progreselor tehnologice și ofensivei metodelor mini-invazive și non-invazive, literatura medicală din ultimii ani cuprinde numeroase studii referitoare la tratamentul cu antibiotice al apendicitei acute, considerată însă o

opțiune deliberată, adresată unui diagnostic precis și care ar constitui o alternativă pentru apendicectomie. Argumentele pro și contra sunt sprijinite de studii randomizate, cuprinzând sute de pacienți și chiar de metanalize, care grupează mii de astfel de cazuri.

O primă categorie de articole sunt cele care prezintă pe larg avantajele atitudinii conservatoare, care ar avea rezultate superioare față de apendicectomie în ceea ce privește incidența complicațiilor, a abceselor pelvine sau abdominale și a ileusului (4,5,6). Nu este însă precizată perioada de monitorizare a pacienților după remiterea episodului inițial și nici frecvența de reapariție a apendicitei acute. Aceasta este apreciată în alte studii, care comunică rezultate convergente, la valori de 10,4-35% (7).

Alte publicații, ale căror rezultate par mai credibile, apreciază că 40-45% dintre pacienții la care s-a optat la început pentru tratament antibiotic au trebuit operați, după 24-72 de ore, indicația fiind stabilită de evoluția clinică și biologică nefavorabilă. Acestora li s-au adăugat ulterior, după intervale de timp variabile, încă 10-15% dintre bolnavi, deveniți chirurgicali atunci când s-a produs (sau s-a pus în evidență!) o complicație septică intra-abdominală, de tipul flegmonului sau abcesului apendicular (8,9).

O constatare acceptată pe scară largă este aceea că tratamentul cu antibiotice reduce durerea și disconfortul pacientului, dar crește incidența recidivelor, care impun rezolvarea chirurgicală (10).

Concluzii

Nu am fi studiat această problemă aparent minoră dacă nu am considera că ea poate genera complicații majore, cu evoluție imprezvizibilă.

Experiența noastră limitată, care nu cuprinde studii prospective randomizate, nu ne permite să combatem sau să susținem cu argumente statistice pertinente tratamentul cu antibiotice al apendicitei acute ca metodă de elecție. Ne exprimăm totuși opinia că, odată stabilit diagnosticul de apendicită acută, tratamentul trebuie să fie cel chirurgical, antibioticele având rolul lor adjuvant bine cunoscut, dar neputând înlocui bisturiul.

Bibliografie

1. Pătrașcu Tr. Patologia apendicelui cecal. În: Brătucu E., editor. Manual de chirurgie pentru studenți. București: Editura Universitară Carol Davila; 2009. p. 523-536.
2. Fomin P, Beuran M, Gradauskas A, Barauskas G, Datsenko A, Dartois N, et al. Tigecycline is efficacious in the treatment of complicated intra-abdominal infections. *Int J Surg*. 2005; 3(1):35-47.
3. Doran H, Pătrașcu T, Radu C. Abdomenul acut al diabeticului. Confruntări diagnostice. *Chirurgia (Bucur)*. 2003;98(2):119-125.
4. Simillis C, Symeonides P, Shorthouse AJ, Tekkis PP. A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendectomy for complicated appendicitis (abscess or phlegmon). *Surgery*. 2010 Feb 9. [Epub ahead of print]

5. Liu K, Ahanchi S, Pisaneschi M, Lin I, Walter R. Can appendicitis be treated by antibiotics alone? *Am Surg.* 2007; 73(11):1161-5.
6. Hansson J, Korner U, Khorram-Manesh A, Solberg A, Lundholm K. Randomized clinical trial of antibiotic therapy versus appendectomy as primary treatment of acute appendicitis in unselected patients. *Br J Surg.* 2009;96(5):473-81.
7. Vons C. Can acute appendicitis be treated by antibiotics and in what conditions? *J Chir (Paris).* 2009;146 Spec No 1:17-21. Epub 2009 Oct 28. [Article in French]
8. Varadhan KK, Humes DJ, Neal KR, Lobo DN. Antibiotic therapy versus appendectomy for acute appendicitis: a meta-analysis. *World J Surg.* 2010;34(2):199-209.
9. Shindoh J, Niwa H, Kawai K, Ohata K, Ishihara Y, Takabayashi N, et al. Predictive factors for negative outcomes in initial non-operative management of suspected appendicitis. *J Gastrointest Surg* 2010;14(2):309-14
10. Malik AA, Bari SU. Conservative management of acute appendicitis. *J Gastrointest Surg.* 2009;13(5):966-70.