

# Ascesso retroperitoneale, raro ma temibile

La diagnosi di ascesso retroperitoneale è difficoltosa e può essere tardiva con il rischio di sepsi ingravescente. Le infezioni renali sono tra le cause, ma le metodiche di imaging permettono di identificare patologie neoplastiche molto più frequenti nella pratica clinica rispetto all'ascesso stesso

**Nicola di Pierno** - Medico di medicina generale - Patologo clinico, Lucera, USL FG/03

L'ascesso retroperitoneale (AR) viene considerato un ascesso endoaddominale associato ad una elevata mortalità (30-50% dei casi). Si presenta come un raccolta di pus nello spazio retroperitoneale e allorché è molto diffuso in tale spazio può assumere il carattere di flemmone. Si tratta di una grave complicanza di processi patologici a carico di organi localizzati nello spazio retroperitoneale o strettamente contigui a questo.

Nello spazio retroperitoneale colmato da tessuto fibro-adiposo lasso sono contenuti reni, pancreas, aorta addominale, vena cava inferiore. Inoltre la parete posteriore del colon ascendente e discendente è accollata a tale spazio tramite il peritoneo parietale posteriore, idem cieco con appendice, il duodeno (seconda, terza e quarta parte) è anche accollato allo spazio retroperitoneale tramite il peritoneo parietale posteriore.

## ► Diagnosi iniziale

La diagnosi iniziale è difficile e può essere tardiva oppure lo stesso ascesso resta misconosciuto o anche se diagnosticato non viene curato adeguatamente, con il rischio che il paziente subisca una sepsi ingravescente fino allo shock settico mortale. Una serie di cause giustificano la gravità e la rapidità evolutiva di un tal

tipo di ascesso intraddominale. In primo luogo le infezioni purulente che coinvolgono gli organi contenuti o contigui allo spazio retroperitoneale non vengono ben circoscritte dal tessuto fibroadiposo lasso che colma la cavità retroperitoneale; per cui è facilitata in maggiore misura la diffusione del focolaio ascessuale nello stesso spazio retroperitoneale.

La ricchezza di adipociti del tessuto fibro-adiposo rappresenta poi un ottimo terreno di coltura per la crescita di germi che hanno indotto la flogosi purulenta. Infine i sintomi e segni dell'ascesso retroperitoneale all'esordio e nella fase di stato sono aspecifici e poco orientativi. Bisogna tuttavia tenere conto della semeiotica clinica delle varie patologie che precedono e inducono la formazione dell'ascesso, nonché i dati di laboratorio e quelli strumentali che indicano l'esistenza di tali patologie.

Molto importanti per la diagnosi urgente si sono rivelati i metodi di imaging, in primis la TAC addome-pelvi che è considerata il metodo più affidabile e con la quale è possibile anche effettuare un drenaggio percutaneo dell'ascesso retroperitoneale quando vi sia collaborazione tra chirurgo o radiologo o per opera di un radiologo interventista. L'ecografia è meno affidabile nel visualizzare un ascesso retroperitoneale come altri tipi di ascessi en-

doaddominali a causa del frequente meteorismo, anche se in mani esperte può consentire il drenaggio di questo tipo di ascessi e di altri ascessi endoaddominali.

## ► Cause di ascesso retroperitoneale

Tra le cause più frequenti di ascessi retroperitoneali figurano le infezioni renali e infezioni post-operatorie del tessuto lasso fibro-adiposo retroperitoneale; le infezioni renali in causa sono gravi trattandosi di ascessi perirenali postumi di pielonefriti acute. Altre cause alla base dell'ascesso retroperitoneale sono riportate in *tabella 1*. È stato anche documentato come l'evoluzione dipenda anche dalla sede in cui si estrinseca, un ascesso che segue il muscolo psoas può fistolizzare in sede inguinale o crurale dallo stesso lato, più raramente in senso controlaterale.

## ► Clinica

L'esordio clinico dell'AR è povero di indizi ai fini della diagnosi, il quadro clinico è poco specifico. Il paziente lamenta dolori addominali diffusi, anoressia, turbe dispeptiche e l'esame fisico dell'addome mostra solo una dolorabilità diffusa. Più importanti per un primo orientamento diagnostico sono i segni sistemici legati alla sepsi iniziale associata alla formazio-

**Tabella 1**

**Cause di ascesso retroperitoneali**

- Infezioni renali (ascessi perirenali)
- Infezioni post-operatorie
- Ematomi post-traumatici in sede pelvica
- Diverticoliti acute gravi perforate del colon posteriore
- Diverticoliti acute gravi perforate del duodeno
- Ascessi ossei vertebrali da TBC ossea
- Colecistiti acute
- Appendicite acuta perforata
- Carcinoma perforato del colon
- Ascesso ischio rettale

ne della raccolta ascessuale (febbre, leucocitosi, aumento della VES).

Tra le cause più frequenti di ascesso retroperitoneale figura l'ascesso pelvico retrocecale che consegue ad una appendicite acuta perforata disposta in sede retrocecale. Tale ascesso può farsi strada in basso verso il cieco o posteriormente seguendo la guaina del muscolo psoas oppure diffondere nel retroperitoneo. L'ascesso retrocecale si manifesta con dolore intenso in fossa iliaca destra e reazione di difesa muscolare. La diffusione alla guaina dello psoas per contiguità comporta dolori in fossa iliaca sinistra, in sede inguinale e al fianco, febbre incostante come leucocitosi. Un altro dato obiettivo è il possibile dolore all'elevazione ed estensione della gamba e in flessione della gamba in posizione supina, talora difficoltà a deambulare.

► **Diagnosi differenziale**

L'introduzione dei più recenti metodi di imaging ha permesso di definire una serie numerosa di patologie neoplastiche dello spazio retroperitoneale molto più frequenti nella pratica clinica rispetto all'ascesso retroperi-

toneale. Quanto a caratteri clinici iniziali e sintomi sistemici tali neoplasie possono mimare un ascesso retroperitoneale. Le varie neoplasie del retroperitoneo si manifestano all'esordio con dolori saltuari di tipo gravativo fino ad accessi dolorosi acuti, continui e con carattere terebrante. Possono esservi anche sintomi urinari (lombosciatalgie, pollachiuria, disuria, paresi tardive, segni di stasi venosa); concomitano sintomi generali (febbre irregolare, perdita di peso, fatigue). Per quanto riguarda il tipo di tumori questi si annoverano lipomi, liposarcomi, lipomiosarcomi, fibromi, fibrosarcomi, mixomi; tumori muscolari (leiomiomi, leiomiomasarcomi, raddomiosarcomi). Inoltre tumori neuroectodermici e tumori vascolari (linfangiomi, emangiomi, emangiosarcomi, emangiopericitomi). Infine linfomi e teratomi, cisti wolffiane derivate da residui dei doti di Wolff, cordomi (derivati da residui della notocorda con sede nel retroperitoneo più caudale) che producono rapidamente metastasi e recidive o solo recidive. Altra patologia frequente è la fibrosi retroperitoneale idiopatica, una patologia grave dovuta ad un processo infiammatorio ad evoluzione fibrotica di ignota causa, che comprime e incarcera entrambi gli ureteri con ostruzione ureterale bilaterale e insufficienza renale progressiva. Talora vi è coinvolgimento di vasi, del duodeno, delle vie biliari con angiocolite e ittero, ecc.

► **Terapia**

La cura di un ascesso retroperitoneale si fonda su una serie di presidi combinati medici e chirurgici. In primo luogo dovrà essere eseguito un drenaggio dell'ascesso per via percutanea TAC o eco-guidato con specifico catetere che raggiunga la

formazione ascessuale. Nei casi di insuccesso o di rischio o inattuabile si opta per l'intervento chirurgico con incisione laterale per raccolte ascessuali confinate al retroperitoneo e con incisione presacrale per raccolte ascessuali in sede pelvica. Tali approcci risultano più efficaci rispetto alla via transperitoneale.

L'antibioticoterapia ad ampio spettro dovrebbe essere guidata dalla emocoltura e dall'esame colturale del pus prelevato come pure dai dati clinici. Una terapia antibiotica empirica ragionata è tuttavia necessaria immediatamente per frenare tale temibile infezione e contrastare lo stato settico. Potranno essere somministrati per due settimane dosi elevate di antibiotici ad ampio spettro ev, attivi su germi aerobi ed anaerobi (tabella 2). In casi di sepsi grave è fondamentale il ricovero in unità di rianimazione per il sostegno delle funzioni vitali fino a quando questo sia possibile. Insieme o dopo la risoluzione dell'ascesso altri tipi di interventi dovranno essere decisi caso per caso dal chirurgo operatore.

**Tabella 2**

**Antibioticoterapia negli accessi endoaddominali**

**Contratti in comunità**

- Cefalosporine di terza generazione associate a metronidazolo
- Piperacillina-tazobactam
- Ticarcillina-acido clavulanico
- Ampicillina-sulbactam
- Imipenem

**Contratti in ambiente nosocomiale**

- Imipenem con o senza aminoglicoside
- Piperacillina + metronidazolo + aminoglicoside

**Bibliografia disponibile a richiesta**