

Peritonite stercoracea causata dal paziente

Leonardo Trentadue

Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Un paziente di 76 anni, con un'ernia inguinale sinistra in attesa di intervento chirurgico, richiede telefonicamente una visita domiciliare per dolori addominali acuti. Da pochi giorni è tornato dall'ospedale dove è stato sottoposto, in seguito a ripetute rettorragie, ad endoscopia con resezione di un polipo pedunculato del sigma. Trovo il paziente disteso supino sul letto e, dopo una breve anamnesi, procedo all'ispezione e palpazione dell'addome: con mia grande sorpresa mi accorgo di essere - è la seconda volta nella mia vita da medico - di fronte a un addome chirurgico. Non posso che richiedere l'immediato ricovero ospedaliero.

Anamnesi

Nel febbraio 2004, in seguito a sintomatologia dispnoica, il paziente effettua un controllo pneumologico che mette in evidenza un cuore polmonare cronico e un'aritmia sopraventricolare frequente e ripetitiva.

A distanza di un anno viene diagnosticata una disventilopatia di tipo ostruttivo di grado severo, con broncopneumopatia cronica e ampie aree di enfisema bollosa alle basi, molto più evidente e con affastellamento bronchiale, in apicale destra. Alla radiografia del torace si evidenziano la parte inferiore della scissura sinistra ispessita e la presenza di lobo azygos.

Nell'aprile di quest'anno compare un'ernia inguinale sinistra, ma il paziente rimanda l'intervento chirurgico a data da destinarsi. Ad agosto compaiono le prime rettorragie, per cui viene effettuata una endoscopia, che rivela un polipo pedunculato del sigma di circa 2.5 cm. All'esame istologico, esso risulta essere un adenoma tubulare con diffusa displasia di basso grado e solo localmente di alto grado dell'epitelio ghiandolare superficiale, con aspetti edematoso-angectasici e focolaio di infarcimento emorragico dello stroma.

Viene effettuata con successo una polipectomia e quindi il paziente viene dimesso.

Ricovero ospedaliero

In regime d'urgenza il paziente viene sottoposto a diversi accertamenti.

■ **Radiografia torace:** presenza di lobo azygos; broncopneumopatia

ostruttiva con ampie aree di enfisema bollosa in basale destra.

■ **TAC addome:** il discendente sigma è circondato da falda fluida dello spessore di 1.3 cm, che in minima entità circonda quasi tutto il colon discendente.

■ **Radiografia diretta addome:** piccoli livelli idro-aerei al fianco destro, con coprostasi colica.

■ **ECG:** blocco di branca destro completo.

■ **Esami ematochimici:** azoto ureico 16, glicemia 119, creatinina 0.78, bilirubina totale 0.7, Ast 30, Alt 47, PT 72, globuli rossi 5.200.000, globuli bianchi 11.280, Hb 14.5, Hct 43.5, piastrine 240.000.

Intervento chirurgico e decorso clinico

I colleghi ospedalieri emettono la diagnosi di peritonite stercoracea da perforazione del sigma, in soggetto con BPCO e cardiopatia ipertensiva e procedono immediatamente a intervento chirurgico di resezione segmentaria del sigma.

L'intervento ha esito positivo e, dopo una decina di giorni, il paziente viene dimesso con la prescrizione di ciprofloxacina 500 cpr e seleparina 0.3 fiale sc per 10 giorni.

Commento

Va segnalato che la causa efficiente della peritonite stercoracea è quasi certamente da attribuire allo stesso paziente che, a seguito della polipectomia, ritornato a casa, eseguiva ripetuti movimenti per assestare l'ernia

inguinale sinistra. In questa maniera ha provocato la perforazione del colon nella zona della polipectomia, determinando il passaggio di materiale fecale nella cavità peritoneale e l'insorgenza della peritonite stercoracea.

La peritonite stercoracea è una sepsi gravissima ad andamento molto rapido, tale da richiedere l'intervento chirurgico urgente per riparare la lesione e ripristinare le condizioni *quo ante*. Essa si instaura a causa della perforazione del colon, che è un organo ad altissimo contenuto batterico.

Clinicamente il dolore costituisce il sintomo predominante e precoce e, nelle fasi iniziali, è localizzato, per poi diffondersi e acquistare intensità e continuità. L'alvo si chiude a feci e gas a causa dell'ileo paralitico dovuto al blocco della peristalsi. La parete dell'addome si contrae, assumendo caratteristiche molto dure alla palpazione (addome ligneo o a tavola).

Altri sintomi che accompagnano la peritonite stercoracea comprendono il vomito con o senza singhiozzo (a seconda dell'interessamento diaframmatico), sudorazione, febbre, tachicardia e tachipnea.

Il medico di medicina generale deve tenere presente che per una diagnosi precoce sono fondamentali:

■ **ispezione:** ipomobilità dell'addome con gli atti del respiro, che diventa costale;

■ **palpazione:** addome acuto, iperestesia cutanea e segno di Blumberg positivo;

■ **auscultazione:** assenza di rumori peristaltici;

■ **percussione:** scomparsa dell'aia di ottusità epatica.