

Appendectomy tra indicazione e polemica*

M. Rossetti

Da anni la chirurgia svizzera è nel mirino dei media, di funzionari della sanità e politici in buone condizioni di salute. La si accusa di eccessi operatori, con accento su pazienti privati, con argomentazioni statistiche su cui perfino Churchill ripeterebbe la sua celebre frase: «Non credo neppure alle statistiche manipolate da me stesso», a cui posso aggiungere altra definizione parascientifica: «La statistica è come un bikini su una bella persona, quanto mostra è affascinante, quanto nasconde è essenziale.»

La pecora nera domina, pare, il gregge chirurgico; sembra che molti di noi opererebbero la bisnonna, l'amico, il conoscente casuale nell'intento di arrotondare onorari statisticamente già vistosi per un pubblico che segue volente o nolente i dati mediatici ripetuti in continuità.

La banale appendectomy (banale?) che tutti conoscono di nome o di fatto, è argomento centrale, da anni oggetto di confronti nazionali ed internazionali. La pecora nera sembra predominare in Svizzera nel confronto, anche qui statistico, con altre nazioni del mondo cosiddetto industrializzato.

Per il giovane chirurgo l'intervento è uno dei primi sogni per iniziare il catalogo operatorio che lo porterà lentamente al traguardo. A differenza dell'ernia in elezione, guidata dal collega competente nel programma operatorio, diagnosi e indicazione nel sospetto di appendicite rimangono ancora oggi, in urgenza, sovente di notte e nel week-end, praticamente uguali, difficili, affascinanti, per l'esperto e il principiante come lo erano all'inizio della mia carriera e nei decenni antecedenti. La tecnologia diagnostica invasiva o mini, che ci permette oggi praticamente tutto nella malattia e nel trauma digestivo, toracico, cranico, osteoarticolare, si ferma e si rassegna sul sospetto di appendicite acuta, se non si cercano investendo tempo e denaro e con ritardo operatorio, patologie collaterali, soprattutto ginecologiche o complicazioni organiche. La laparoscopia diagnostica non è per tutti e per tutte le ore, salvo per chi l'adotta anche qui come alternativa terapeutica mini-invasiva.

L'appendectomy laparoscopica «mini-invasiva» (qui si fa per dire!), o aperta convenzionale è da anni un confronto su pro e contro in congressi, simposi e letteratura.

Ci siamo qui volutamente allontanati dal problema primario giornaliero e sovente notturno dell'addome acuto ileocecale in cui anamnesi, esame clinico e mi-

nilabor sanzionano l'indicazione o meno per l'intervento d'urgenza.

Nella mia lunga carriera era in generale il capoclinica, in casi particolari il chef che anche alle due del mattino venivano e decidevano, se sì, assorbendo un caffè nel camerino finché il paziente in anestesia generale era pronto per l'intervento. «In dubio pro reo» dominava e domina ancora oggi l'indicazione. L'appendice blanda nel 10% e riporto qui cifre ottimistiche, in realtà credo più alte (senza toccare il giallo delle cifre occulte), anche se la compiacenza del patologo cerca e trova tracce di conflitti infiammatori alla punta, alla base, nel meso, è aspetto e realtà inevitabile. Divergenze tra reperto clinico e operatorio sono frequenti e talora inaspettati: peritonismo furente e appendice macroscopica «sana»; dolore modesto anche all'obbligato esame rettale e grave infiammazione sovente retrocaecale, peritonismo violento e reperto blando e viceversa.

L'interventismo misurato deve rimanere la regola in questo campo così poco banale della chirurgia. Rivedo la moltitudine di patologie tardive e complesse in pazienti per i motivi più vari non ospedalizzati o non operati fino al decesso settico o, meno drammatici, la malattia lunga, l'ascesso cronico.

Dall'antico al medioevo fino agli inizi del 20° secolo la morte per sindrome addominale era un fattore d'equilibrio – senza raggiungere le forme epidemiche – per l'età media di un'umanità preparata e qui l'appendicite e le complicazioni erano i fattori principi di un «addome assassino», e mi scuso per il cinismo. Aspetto interessante dell'evoluzione: fino agli anni 60 del secolo ventesimo il sospetto di ascesso appendicolare dopo perforazione localmente incapsulata motivava il rinvio di un intervento per operare «a freddo» dopo 2–3 mesi. Già la diagnosi, con radiografie semplici o contrasto idrosolubile (le tecnologie di oggi erano ancora futurologia) era difficile e malsicura.

Nell'ansia dell'attesa il/la paziente non passava settimane di distensione ai Caraibi, tralasciava movimenti e lavori pesanti di ogni genere. Tutto questo pesava sul piano psichico, familiare, lavorativo, finanziario.

Concludo: l'indicazione per l'appendectomy rimane difficile anche nell'era della supertecnologia diagnostica, qui per motivi anatomici e d'urgenza raramente impiegabile. La pecora nera esisterà come dappertutto anche in questo campo. Le accuse aperte o velate alla chirurgia e al chirurgo, le prese di posizione di funzionari e politici in ottima salute (ben altro quando vengono toccati, loro o un familiare, dal problema!), ripetute e riportate tra la letteratura medica e i media, sono proprio in questo capitolo da giudicare con critica obiettività. L'appendicite del 2001 non è cambiata da quella del secolo scorso, rimane un problema diagnostico delicato che ha profitto solo moderatamente di tutta la gamma tecnologica degli ultimi decenni. È uno dei campi dove l'«arte» (uso volutamente un termine oggi mal accettato nel campo medico), l'esperienza, il buon senso tra la prudenza e l'aggressività sono fattori di cui pazienti, medici di famiglia e operatori hanno bisogno, oggi come ieri.

* Publikation in italienischer Sprache auf Bitte und Wunsch des Autors.

Corrispondenza:
Prof. Mario E. Rossetti
Rennweg 51
CH-4052 Basilea