



# il punto

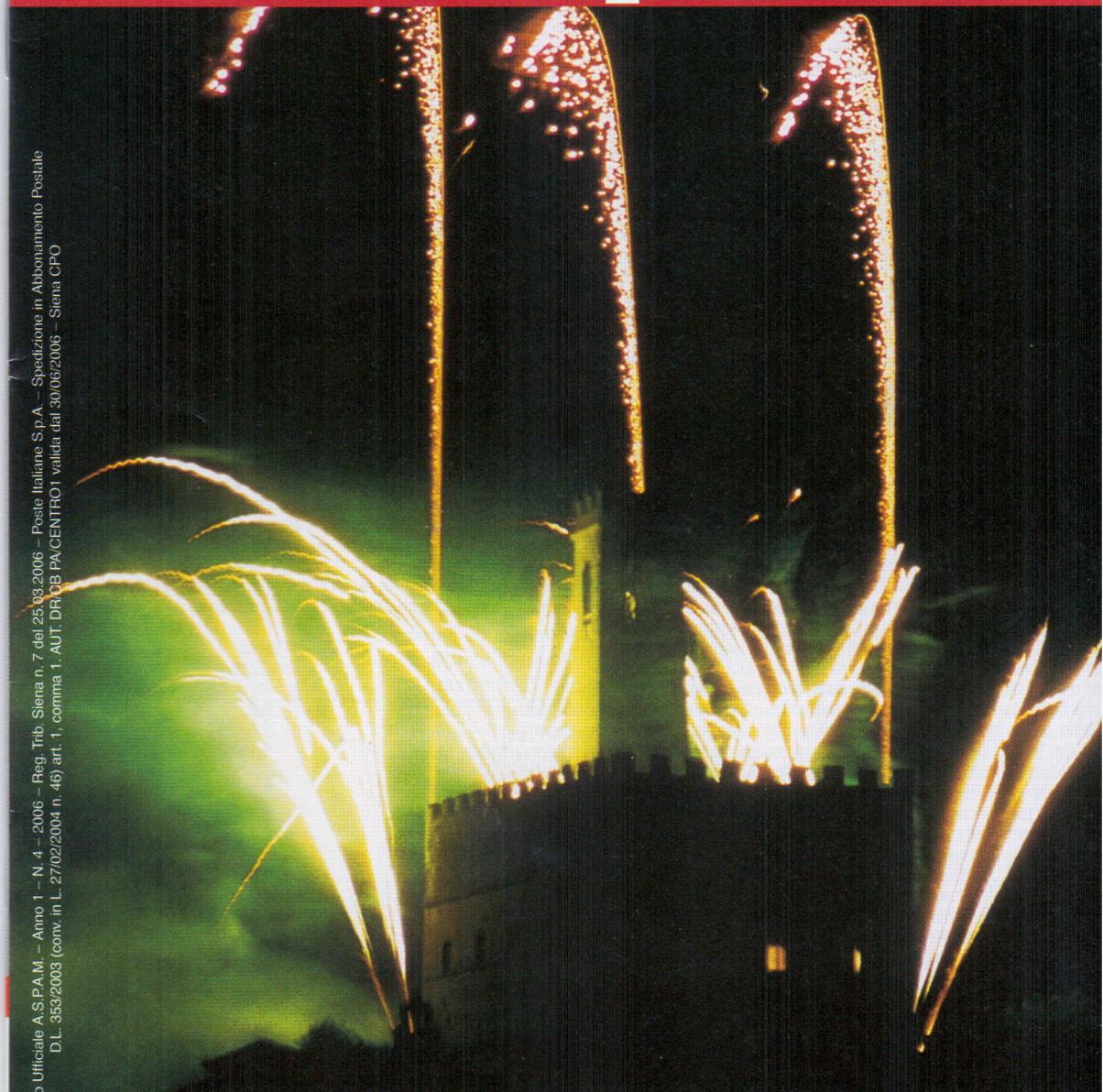
A.S.P.A.M.

Notiziario dell'Associazione Scientifica Promozione Aggiornamento Medico

Anno I

Numero 4 - 2006

Bollettino Ufficiale A.S.P.A.M. - Anno 1 - N. 4 - 2006 - Reg. Trib. Siena n. 7 del 25/03/2006 - Poste Italiane S.p.A. - Speciazione in Abbonamento Postale  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, AUT. DRCS PACENTRO1 valida dal 30/06/2006 - Siena CPO



**BUON 2007 E BUONA A.S.P.A.M.**

# Aspetti clinico-diagnostici e importanza della chirurgia nella tubercolosi a localizzazione addominale

Uno studio di eccellente approfondimento sul tema

prof. Vincenzo Leone

U.O. di Chirurgia Generale - Ospedale S. Maria Nuova ASL 10 Firenze

## INTRODUZIONE

Tra il 1995 e il 2004 l'incidenza della tubercolosi in Italia, secondo i dati del Ministero della Salute, ha registrato un decremento pari a circa il 23%, passando da 10 casi ogni 100 mila abitanti (1995) a poco più di 7 casi ogni 100 mila abitanti (2004): un dato che pone l'Italia al di sotto del limite che definisce la classificazione di Paese a bassa prevalenza (10 casi per 100 mila abitanti).

L'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, mentre si è osservato un lento e progressivo incremento in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età (pazienti affetti da infezione da HIV, immigrati da Paesi in via di sviluppo dove la malattia è ancora particolarmente diffusa), e dall'emergere di ceppi tubercolari multiresistenti.

Secondo stime dell'Organizzazione Mondiale

della Sanità si ritiene che oggi la tubercolosi sia al livello mondiale la malattia più diffusa con 8 milioni di nuovi casi e 2 milioni di morti l'anno (1). Essa è ritenuta la più importante causa di morte dovuta ad un singolo agente infettante. I casi di localizzazione extrapolmonare rappresentano, al 2004, il 25% del totale con un incremento rispetto al passato (50 anni fa rappresentavano appena il 2% dei casi totali). Tra di esse quella addominale è al sesto posto tra le localizzazioni dell'infezione dopo la linfonodale, genitourinaria, ossea, miliarica e meningea (2). Qualsiasi segmento del tratto gastroenterico, dalla bocca all'ano, può essere interessato, oltre che il peritoneo, le stazioni linfonodali, gli organi parenchimali. Ha un'incidenza globale del 1-3% e rappresenta il 12% delle localizzazioni extrapolmonari in pazienti non immunodepressi, mentre la sua incidenza sale al 50-70% in pazienti con infezione da HIV (3).

**MATERIALI E METODI**

La nostra esperienza si riferisce a 6 pazienti, tutti sottoposti ad intervento chirurgico e nei quali si è dimostrata la presenza di lesioni tubercolari al livello addominale.

Si trattava di 4 maschi e 2 femmine di età compresa tra i 23 ed i 62 anni; 5 pazienti provenivano da paesi extraeuropei: 3 dall'Africa, 1 dall'Albania, 1 dal Sud America. Un solo paziente, maschio di 62 anni, era italiano.

Nella **tabella I** sono riportati i sintomi principali in base ai quali si è posta l'indicazione all'intervento, la localizzazione dell'infezione ed il tipo di intervento effettuato.

In tutti i pazienti la radiografia del torace effettuata preoperatoriamente non aveva evidenziato lesioni specifiche, mentre l'intradermoreazione, eseguita in 4 pazienti, era risultata dubbia o negativa.

Una volta formulata la diagnosi, in tutti è stato instaurato trattamento chemioterapico speci-

fico nell'immediato post-operatorio ed affidati, per il proseguimento delle cure, alla U.O. di Malattie Infettive della nostra ASL.

**DISCUSSIONE**

Attualmente si riconoscono 3 vie attraverso le quali il micobatterio tubercolare può localizzarsi al livello addominale:

- 1) Ematogena da focolai primitivi polmonari riattivati;
- 2) Endoluminale per ingestione di espettorato proveniente da lesioni polmonari attive o per ingestione di latte o alimenti contaminati. La presenza di una capsula lipidica protegge, infatti, il micobatterio dall'azione degli enzimi e dall'acidità gastrica consentendogli di raggiungere l'intestino.

L'infezione per via alimentare si osserva in particolare nei paesi in via di sviluppo dove l'igiene e la conservazione degli alimenti non è sottoposta ad un rigoroso controllo da parte

**Tab. I - Principali sintomi e localizzazioni**

Pz	Sesso	Età	Provenienza	Sintomatologia	Localizzazione	Intervento
1	M	62	Italia	Subocclusione intestinale, dimagrimento	Ileo terminale	Emicolectomia destra
2	M	35	Africa	Febbre, astenia, dolori addominali, ascite	Peritoneo	Laparoscopia diagnostica
3.	F	35	Africa	Calo ponderale, anoressia, vomito sospetto neoplasia stenotomica duodenale	Duodeno	Duodenocefalopancreasectomia
4	M	47	Albania	Addome acuto da perforazione intestinale	Ileo terminale	Resezione dell'ileo perforato
5	F	45	Africa	Subocclusione intestinale, anemia, sospetto neoplasia cecale	Peritoneo Ileo terminale	Laparotomia diagnostica, lisi di aderenze
6.	M	23	Sud America	Iperpiressia, leucocitosi, dolori addominali	Peritoneo	Laparotomia diagnostica (tentativo laparoscopico fallito)

delle autorità sanitarie come nei paesi industrializzati;

3) Per propagazione della infezione da organi vicini, in particolare per via genitale nella donna.

Altre vie di propagazione come l'escrezione di micobatteri sequestrati dal fegato e poi escreti con la bile sono stati ipotizzati ma non completamente provati.

Il peritoneo (**vedi foto 1 e 2**) ed il tratto gastroenterico sono le sedi più frequentemente interessate.

L'incidenza delle varie localizzazioni al livello gastrointestinale è riportata nella **tabella II**.

L'ileo e la regione ileocecale sono le sedi più frequentemente interessate, seguite dal colon dove è prevalente l'interessamento

**Tab. II – Distribuzione della tubercolosi al livello gastrointestinale**

Sede	%
Duodeno	2-3
Digiuno	7-25
Ileo	70-80
Zona ileocecale	55-85
Appendice	6-25
Colon	25-50
Retto	5-10
Canale anale	0-4

delle porzioni destre: cieco e colon ascendente. La localizzazione preferenziale in tali sedi si spiega con la maggiore ricchezza di tessuto linfatico, per la tendenza al ristagno del contenuto enterico, per il maggiore assorbimento di acqua ed elettroliti e per la minore attività enzimatica digestiva ivi presente.

La malattia si osserva prevalentemente nei giovani adulti: in due terzi dei casi l'età interessata è tra i 21 e i 40 anni mentre non sembra dimostrata una preferenza di sesso (4).

La sintomatologia clinica è solitamente varia ed aspecifica con dolore addominale, perdita di peso, nausea, vomito, febbre, ascite

Si può osservare sia stipsi che diarrea, come può riscontrarsi melena o rettorragia. Anche i dati di laboratorio non sono caratteristici: leucocitosi, aumento della ves, anemia. È invece evidenziabile un incremento dei valori del marker tumorale CA125 che, secondo alcuni Autori (5), sarebbe dimostrabile nel 100% dei

casi di tubercolosi peritoneale per cui, in presenza di elevati valori di tale marker, andrà sempre presa in considerazione anche la tubercolosi addominale nell'ambito della diagnosi differenziale.

La positività all'intradermoreazione tubercolonica varia dal 27 al 94% (6), mentre solo il 15-20% dei pazienti presenta concomitanti lesioni polmonari attive (7), dati questi concordi con quanto osservato nei nostri pazienti: in tutti la radiografia del torace era negativa e la intradermoreazione era dubbia o negativa.

La diagnostica strumentale (ecografia, TC) può dimostrare la presenza di linfadenopatie retroperitoneali, mesenteriche e peripancreatiche, epatomegalia, ascite, ispessimento mesenterico, mentre lo studio del transito intestinale con m.d.c. baritato può evidenziare la presenza di un transito accelerato, ulcerazioni, stenosi o deformità di segmenti intestinali.

Talora può evidenziarsi un ispessimento dei bordi della valvola ileo-cecale e/o un suo atteggiamento beante associato a multipli restringimenti dell'ileo terminale e/o atteggiamento a triangolo a larga base dell'ileo terminale con la base rivolta verso il cieco (segno di Fleischner che, quando presente, viene considerato caratteristico della tubercolosi).

Comunque, proprio per la aspecificità del quadro clinico, laboratoristico e strumentale la diagnosi di tubercolosi addominale andrebbe sempre presa in considerazione in presenza di un ascite inspiegabile, essendo la tubercolosi, dopo la cirrosi epatica e le neoplasie, al terzo posto tra le cause di ascite. Si tratta di un ascite di tipo essudatizio ricco di linfociti ed in cui raramente è dimostrabile la presenza del micobatterio all'esame batterioscopico (in meno del 3% dei casi), mentre nel 40-60% dei casi si osserva una positività delle colture.

Più di recente è stata riportato come nelle asciti tubercolari sia presente un livello elevato di adenosina deaminasi che permetterebbe di distinguerla da altre forme di asciti ricche di linfociti come quelle neoplastiche o da infezione fungina (8).

Riguardo la diagnosi differenziale questa va



**Fig. 1 – lesioni tubercolari al livello omentale**

posta oltre che con le neoplasie (linfomi) e con le infezioni del tubo gastroenterico (amebiasi, yersinosi, istoplasmosi), in particolare con il morbo di Crohn, con la quale può essere facilmente confusa e da cui è essenziale distinguerla per evitare di intraprendere una terapia cortisonica che favorirebbe la diffusione dell'infezione.

Da quanto detto risulta quindi evidente il ruolo

che il chirurgo può rivestire nella gestione di tali pazienti: non infrequentemente infatti viene posta indicazione all'intervento, che, secondo le varie casistiche, viene effettuato nel 25-75% dei casi, o con carattere esplorativo per confermare il sospetto diagnostico di tbc o a causa delle complicanze legate alla malattia stessa.

Le complicanze per cui si ha indicazione all'intervento sono rappresentate da: 1) occlusione intestinale presente nel 15-60% dei casi; 2) perforazione nell'1-15%; 3) ascessi o fistole nel 2-30%; 4) emorragia nel 2% (9).

Tra le procedure chirurgiche la laparoscopia viene attualmente considerata il gold standard in particolare nelle forme di peritonite tubercolare consentendo di evidenziare le lesioni e di procedere a prelievi per esami istologici e colturali. Va, infatti, ricordato che la tubercolosi addominale è una malattia infettiva paucibacillare per cui sovente la diagnosi viene formulata grazie alla dimostrazione istopatologica delle tipiche lesioni, più che

## QUOTE A.S.P.A.M. 2007

L'A.S.P.A.M. comunica a tutti i suoi soci le modalità per il pagamento delle quote associative 2007: **all'interno di questo numero troverete un bollettino postale debitamente compilato che dovrete completare con i vostri dati. La quota annuale associativa 2007 è di 50,00 euro.**

Chi non fosse ancora in regola con la quota 2006 può provvedere di persona. Questi i dati dell'A.S.P.A.M. da trascrivere:

**A.S.P.A.M. nazionale, Via Sallustio Bandini 33, 53100 Siena  
cc postale 42725879**

**quota associativa annuale: 50,00 euro**

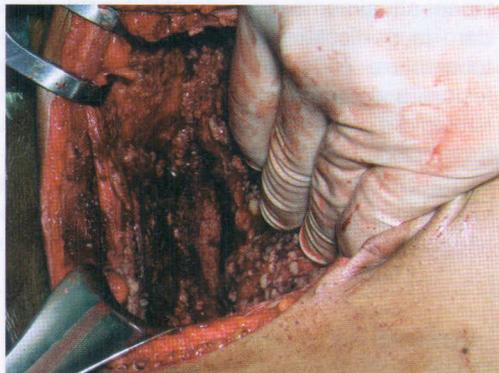
**causale: quota associativa 2007**

**Per eventuali chiarimenti e/o comunicazioni potete telefonare alla segretaria: Elisa Vannoni tel. 0577-283301.**

Vi ringraziamo per l'attenzione e vi aspettiamo numerosi.

alla diretta dimostrazione del micobatterio, come d'altronde osservato anche nei pazienti da noi operati: in tutti i casi in cui si è effettuato il prelievo di liquido ascitico, la ricerca batterioscopica del micobatterio è risultata sempre negativa in contrasto con la dimostrazione delle tipiche lesioni istopatologiche sui prelievi biotici e la positività degli esami colturali.

Nei casi in cui invece la localizzazione tuberculosa rappresenti una sorpresa in corso di intervento è raccomandabile evitare estese resezioni chirurgiche e un'eccessiva manipolazione dei visceri addominali per ridurre al



**Fig. 2 – Localizzazioni tubercolari sul peritoneo parietale**

minimo il rischio di diffusione dell'infezione. Qualora sia necessaria una resezione intestinale, questa deve essere più limitata possibile e comunque da effettuare solo nel trattamento delle complicanze come perforazioni, sanguinamenti o stenosi.

In definitiva quindi la tubercolosi addominale per la mancanza di un quadro clinico, laboratoristico e strumentale caratteristico è da ritenere una malattia di non facile diagnosi, per cui il chirurgo più spesso che in passato potrà essere chiamato ad intervenire oltre che per il trattamento delle sue complicanze, anche nel confermarne il sospetto diagnostico grazie soprattutto alla disponibilità attuale della laparoscopia che, consentendo una esplorazione diretta dell'addome minimamente invasiva, viene oggi universalmente riconosciuta come il gold standard nell'approccio di tali pazienti.

## bibliografia

1. Dye C, Scheele S et al. Consensus statement. Global burden of tuberculosis: estimated incidence, prevalence and mortality by country. WHO Global Surveillance and Monitoring Project. JAMA 1999; 282: 677-86.
2. Golden MP, Vikram HR. Extrapulmonary tuberculosis: An overview. American Family Physician november 1, 2005 vol.72, No 9.
3. Oya U, Gul D, Resat D. A clinical dilemma: abdominal tuberculosis. World J Gastroenterol 2003; 9 (5):1098-1101.
4. Sharma MP, Vikram B. Abdominal tuberculosis. Indian J Med Res 120, October 2004, pp 305-315.
5. Simsek H, Savas MC et al. Elevated serum CA125 concentration in patients with tuberculous peritonitis: a case control study. Am J Gastroenterol 1997; 92: 1174-6.
6. Collado C, Stirnemann J et al. Gastrointestinal tuberculosis: 17 cases collected in 4 hospitals in the northeastern suburb of Paris. Gastroenterol Clin Biol 2005; 29: 419-24.
7. Marshall JB. Tuberculosis of the gastrointestinal tract and peritoneum. Am J Gastroenterol 1993 Jul;88 (7):989-99.
8. Sharma MP, Vikram B. Abdominal tuberculosis. Indian J Med Res 120, October 2004, pp 305-315.
9. Farias Llamas OA, Lopez Ramirez MK et al. Peritoneal and intestinal tuberculosis: an ancestral disease that poses new challenges in the technological era. Case report and review of the literature. Rev Gastroenterol Mex 2005 Apr-Jun; 70 (2):169-79.
10. Ali U, Muge H, Mehmet H. Diagnosis of abdominal tuberculosis: Experience from 11 cases and review of the literature. World J Gastroenterol 2004; 10 (24): 3647-9327.
11. Martinez TP, Lopez De Hierro RM et al. Intestinal tuberculosis: A diagnostic challenge. Gastroenterol Hepatol 2004 Jan ; 27 (1): 43-4.
12. Sharma YR. Abdominal tuberculosis – a study of 25 cases. Kathmandu University Medical Journal 2003 vol. 2, No. 2, Issue 6, 137-141.