

# Ernia di Amyand.

## Caso clinico



Ann. Ital. Chir., 2007; 78: 521-523

Casimiro Giorgetta\*\*, Pierpaolo Caputo, William Zuccon\*, Carlo D'Angelo\*, Valerio Balduzzi\*, Fabio Tagliabue\*, Luigi Bonandrini\*

\* Università degli Studi di Pavia, Divisione di Chirurgia Generale, Cattedra di Chirurgia Generale e d'Urgenza, Scuola di Specializzazione in Chirurgia Generale in Urgenza, Polo Universitario "Città di Pavia" (Direttore: Prof L. Bonandrini).

\*\* Azienda Ospedaliera Ospedale di Lecco, Unità Operativa Chirurgia Generale, Presidio di Merate e Presidio di Lecco.

### Amyand's ernia. Case report

*The authors report a case of Amyand's hernia and describe the pathophysiology, the diagnosis and the therapy in occurrence of this surgical condition.*

KEY WORDS: Appendectomy, Amyand's hernia.

### Introduzione

L'ernia di Amyand è un'ernia inguinale con l'appendice vermiforme contenuta nel sacco erniario. Il riscontro intraoperatorio di tale peculiare condizione patologica è occasione di riflessione intorno ai meccanismi fisiopatologici, sulla diagnosi e la condotta terapeutica.

### Caso clinico

T. R., uomo di 49 anni, impiegato in un'impresa di pulizie, in buone condizioni generali, con anamnesi remota positiva per intervento chirurgico di safenectomia sinistra, si presenta presso la divisione di Chirurgia Generale e Pronto Soccorso del polo universitario "Città di Pavia" per tumefazione inguinale destra presente da circa tre mesi. Il paziente riferisce dolore e senso di pesantezza locale esacerbato negli ultimi giorni. Ricorda episodio di nausea e vomito avvenuto poche settimane addietro, risoltosi con l'assunzione della posizione clinostatica e la riduzione manuale della tumefazione. L'alvo è regolare. Il paziente è apiretico. Fumatore (15 sig./die). L'esame obiettivo generale evidenzia costituzione longili-

nea, apparato scheletrico normoconformato e apparato muscolare normotonico e normotrofico.

All'esame obiettivo locale si rileva tumefazione inguinoscrotale destra, riducibile, dolorabile alla palpazione. Gli esami ematochimici e l'ECG sono nella norma, l'Rx del torace rivela quadro di enfisema e di flogosi bronchiale cronica compatibile con l'abitudine voluttuaria riferita.

Il paziente entra in reparto con diagnosi di ernia inguinale obliqua esterna destra ed è sottoposto ad intervento chirurgico in elezione di plastica dell'ernia in anestesia generale.

Si incide la regione inguinale destra e si accede al canale inguinale. Si osserva il voluminoso sacco dell'ernia indiretta. Lo si isola e si decide di eseguire una chelectomia per una agevole riduzione dello stesso. All'interno del sacco si reperta l'appendice epiploica tenacemente adesa al fondo e modestamente congesta; conseguentemente si procede all'isolamento del meso appendicolare e dell'appendice e alla successiva appendicectomia anterograda di convenienza. È stato richiesto l'esame istologico. Seguono la sezione e riduzione del sacco erniario, l'applicazione di protesi tipo plug e mesh in Prolene, sintesi a strati della parete.

Il decorso operatorio è stato regolare, il paziente ha iniziato una dieta idrica in seconda giornata ed è stato dimesso in quarta giornata.

L'esame istologico del pezzo operatorio descrive una appendicopatia cronica ostruttiva con lieve flogosi cronica della sierosa, compatibile con la storia clinica del soggetto ed in particolare alla posizione dell'appendice, così esposta a traumatismi esterni.

Pervenuto in Redazione Ottobre 2006. Accettato per la pubblicazione Aprile 2007.

Per la corrispondenza: Dr. Casimiro Giorgetta, Via Don Gnocchi 6, 23823 Mandello sul Lario (CO) (e-mail: [casiuno@yahoo.it](mailto:casiuno@yahoo.it)).

## Discussione

### Storia

La prima descrizione della presenza dell'appendice vermiforme non infiammata all'interno del sacco di un'ernia inguinale indiretta è compiuta da De Garangeot nel 1731. Amyand nel 1735 descrive un'evenienza ancor più rara: riporta il caso di un ragazzo di 11 anni con un'appendicite perforata all'interno di un sacco erniario inguinale incarcerato. A lui è attribuita la prima appendicectomia e il suo nome da allora è legato a questa particolare condizione patologica<sup>1</sup>.

Come dettaglio storico curioso si ricorda che anche la prima appendicectomia effettuata negli USA nel 1886 da Hall è stata eseguita su di un paziente portatore dell'ernia di Amyand<sup>2</sup>.

### Incidenza

La presenza dell'appendice all'interno di un sacco erniario inguinale è evenienza piuttosto rara. Si consideri che il 5% della popolazione generale è portatore di un'ernia inguinale, e che l'incidenza è massima nel neonato e nell'anziano<sup>3</sup>. L'incidenza della presenza di una normale appendice nel sacco erniario è dell'1%; di un'appendice infiammata è solo dello 0,1%<sup>4</sup>. Analogamente si consideri che il 14% delle persone nel corso della propria vita si ammala di appendicite acuta, circa 1 persona su 7; l'incidenza annua è dello 0,2%<sup>3</sup>. In caso di intervento chirurgico di appendicectomia, solo nello 0,3% dei casi l'appendice si trova all'interno di un sacco erniario inguinale<sup>5</sup>.

Si registrano due picchi di incidenza che corrispondono alle due estreme età della vita.

### Fisiopatologia

Il meccanismo fisiopatologico della migrazione dell'appendice all'interno del sacco erniario è da ricondursi nella maggior parte dei casi a motivazioni di tipo anatomico. Un'appendice e mesenterio sufficientemente lunghi o un intestino cieco particolarmente mobile possono favorire la libera dislocazione dell'organulo all'interno dell'addome. In prossimità dell'anello inguinale interno, in concomitanza con la presenza di un'ernia inguinale, l'appendice può indoversi per scivolamento nel sacco erniario. Questa anomala posizione anatomica espone la stessa a traumatismo meccanico cronico ed alla formazione di diverse aderenze con la parete del sacco, fino alla sua irriducibilità in addome. Secondo alcuni autori la migrazione anomala dell'appendice in questa sede può anche essere congenita e dovuta ad alterazione di migrazione embriologica. È riportato, ad esempio, il caso di un bambino con appendice all'interno del sacco erniario e fermamente adesa al polo superiore del testicolo destro attraverso una banda fibrosa, residuo del dotto peritoneo-vaginale<sup>6</sup>. I due diversi meccanismi fisiopatologici spiegherebbero anche i due picchi di incidenza, nel bambino e nell'anziano.

In entrambi i casi l'appendice è esposta a traumatismi ripetuti (esterni, contrazione parete addominale, riduzione calibro anello inguinale interno fino allo strozzamento...) fino ad esitare in appendicite; non tutti gli autori, comunque, considerano questa condizione una situazione predisponente all'infiammazione acuta, ma soltanto a quella cronica e limitata alla tonaca sierosa.

### Diagnosi

La diagnosi è nella maggior parte dei casi intraoperatoria. La diagnosi clinica è resa difficoltosa dal fatto che nei casi asintomatici non vi è alcun indizio che possa far sospettare una tale localizzazione dell'appendice; la lieve dolenza e dolorabilità locale è infatti dovuta alla sintomatologia data dalla presenza dell'ernia inguinale. Analogamente nei casi sintomatici, in cui vi sia però un'importante reazione flogistica appendicolare, il dolore è attribuito, questa volta erroneamente, al presunto strozzamento dell'ernia.

In letteratura sono riportati casi di diagnosi preoperatoria fortuita per mezzo della tomografia computerizzata addominale<sup>7,8</sup>. Un esame simile non è proponibile di routine in tutti i casi di sospetta ernia inguinale strozzata o di appendicopatia dubbia, sia per motivi di impegno economico che di esposizione radioattiva. Può essere dirimente in alcuni casi complessi.

### Terapia

Sono stati proposti diversi tipi di condotte terapeutiche in base al reperto intraoperatorio, in particolare in base alle caratteristiche macroscopiche dell'appendice repertata<sup>9-13</sup>. Schematicamente si possono configurare tre diverse condizioni:

Appendice senza apparenti alterazioni morfologiche  
Segni di appendicite cronica: aderenze visceroparietali, lesioni sclero-atrofiche a distribuzione non uniforme  
Segni di appendicite acuta.

Catarrale: edema, congestione con ispessimento del meso.  
Flemmonosa: viscere ricoperto da pseudomembrane infiammatorie ed a contenuto francamente corpuscolato; segni di peritonite con essudato sieropurulento.

Gangrenosa: appendice di colorito grigio-verdastro con aree necrotiche e contenuto endoluminale costituito da pus fetido, materiale enterico e detriti necrotici; perforazione quasi sempre presente, la peritonite si presenta con abbondante essudato maleodorante

Nel caso in cui l'appendice appaia sana e priva di alterazioni macroscopiche la condotta terapeutica è controversa. Alcuni autori propongono l'appendicectomia profilattica, altri invece si limitano alla semplice riduzione dell'organulo in addome attraverso la porta erniaria. La diversità delle due condotte terapeutiche ha motivazioni medico legali: senza l'esplicito consenso del paziente non è possibile intraprendere manovre invasive, ad eccezione di condizioni obbligate, come avviene, ad esempio, nell'urgenza. Se l'appendice è sana, infatti, non vi è alcuna necessità di asportarla, si sottopone il paziente ad un

intervento maggiormente rischioso e gli si asporta, senza motivo, un organulo dalle dubbie funzioni di regolazione intestinale. È pur vero che praticando l'appendicectomia il paziente non sarà esposto nel corso della sua vita alla probabilità non trascurabile ( $1/7=0,14$ ) di essere sottoposto in futuro ad un ulteriore intervento chirurgico in urgenza. Oggigiorno si tende verso un atteggiamento conservativo che maggiormente tutela il chirurgo dal punto di vista medico-legale. Sia che si attui o meno l'appendicectomia, l'intervento prosegue con la plastica dell'ernia, con la possibilità di utilizzare delle protesi.

Nel caso si reperti un'appendice con segni evidenti di appendicite cronica la condotta terapeutica è meno controversa: a causa delle tenaci aderenze contratte con il sacco si è costretti ad eseguire un'appendicectomia di convenienza. Anche in questo caso gli autori sono concordi con la possibilità di utilizzare protesi per la plastica erniaria.

Nel caso più sfavorevole, in cui l'intervento sia condotto in condizioni di urgenza e, invece di un'ernia strozzata, si reperti un'appendice infiammata, è necessario eseguire un'appendicectomia attraverso la porta erniaria. Raramente gli autori segnalano la necessità di un altro accesso chirurgico, tranne in quei casi in cui vi siano complicanze concomitanti, come lo sviluppo di peritonite diffusa o di ascessi. Utile in queste situazioni l'ausilio della chirurgia videolaparoscopica<sup>14,15</sup>. Per evidenti motivi settici non è possibile l'utilizzo delle protesi per la riparazione dell'ernia<sup>16</sup>.

Per quanto riguarda l'impiego della chirurgia videolaparoscopica si sottolinea l'importante funzione diagnostica di questo mezzo tecnologico<sup>14,15</sup>. L'impiego terapeutico tuttavia è limitato al supporto nel caso di complicanze che richiedano un concomitante accesso addominale. Nel caso di appendicite cronica, infatti, le tenaci aderenze visceroparietali contratte con il sacco potrebbero non essere accessibili alla tecnica; nel caso di appendicite acuta sarebbe difficoltosa una completa toilette del sacco e non possibile la riparazione protesica dell'ernia inguinale. In assenza di complicanze l'accesso chirurgico tradizionale anteriore è sempre preferibile in quanto permette di eseguire correttamente sia l'intervento di appendicectomia anterograda che l'appropriato intervento chirurgico di plastica dell'ernia. Non a caso le prime appendicectomie eseguite al mondo e negli USA sono state condotte attraverso questo accesso<sup>1</sup>.

## Riassunto

Gli autori riportano l'osservazione di un caso clinico di

ernia di Amyand e descrivono la fisiopatologia, la diagnosi e la terapia di tale condizione chirurgica

## Bibliografia:

- 1) Creese PG: *The first appendectomy*. Surg Gynecol Obstet 1953; 97:643-52.
- 2) Torres DH, Fina JRR, del Campo Abad R, Canals Rabasa PP, Weinmann ESE: *Hernia de Amyand: presentación de un caso y revisión de la literatura*. Arch Cir Gen Dig, 2003 Sep 22.
- 3) Dionigi R: *Chirurgia*. Milano: Masson Italia, 2002.
- 4) Logan MT, Nottingham JM: *Amyand's hernia: a case report of an incarcerated and perforated appendix within an inguinal hernia and review of the literature*. Am Surg, 2001; 67(7):628-29.
- 5) Ryan WJ: *Hernia of the vermiform appendix*. Ann Surg, 1937; 106:135-39.
- 6) Oguzkurt P, Kayaselcuk F, Oz S, Serdar Arda I, Oguzkurt L: *Sliding appendiceal inguinal hernia with a congenital fibrovascular band connecting the appendix vermiformis to the right testis*. Hernia, 2001; 5(3):156-57
- 7) Luchs JS, Halpern D, Katz DS: *Amyand's hernia: prospective CT diagnosis*. J Comput Assist Tomogr, 2000; 24(6):884-86.
- 8) Franko J, Raftopoulos I, Sulkowski R: *A rare variation of Amyand's hernia*. Am J Gastroenterol, 2002; 97(10):2684-685
- 9) Hiatt JR, Hiatt N: *Amyand's hernia*. N Engl J Med, 1988; 318(21):1402.
- 10) D'Alia C, Lo Schiavo MG, Tonante A, Taranto F, Gagliano E, Bonanno L, Di Giuseppe G, Pagano D, Sturniolo G: *Amyand's hernia: case report and review of the literature*. Hernia, 2003; 7(2):89-91. Epub 2003 Jan 15.
- 11) Lyass S, Kim A, Bauer J: *Perforated appendicitis within an inguinal hernia: case report and review of the literature*. Am J Gastroenterol, 1997; 92(4):700-02.
- 12) [www.vesalius.com](http://www.vesalius.com)
- 13) Paletto AE: *Nuovo trattato di tecnica chirurgica*. Torino: UTET, 2002.
- 14) Faccini M, Caputo P, D'Urbano C, Zuccon W, Bonandrini L: *Razionale dell'opzione videolaparoscopica nell'approccio alle appendicopatie e all'addome acuto: esperienza e considerazioni personali*. Rivista Generale Italiana di Chirurgia, 2001; 52(14).
- 15) Croce E, Olmi S: *Videolaparoscopia. Chirurgia Laparoscopica e mini Invasiva*. Caleidoscopio Italiano, 2000; 144:21-31. [www.medicalsystems.it](http://www.medicalsystems.it).
- 16) Pans A, Desaive C, Jacquet N: *Use of a preperitoneal prosthesis for strangulated groin hernia*. Br J Surg, 1997; 84(3):310-12.

