



# Il dolore addominale con l'occhio del chirurgo pediatrico

**Sebastiano Cacciaguerra**

**Direttore U.O.C. Chirurgia Pediatrica**

**ARNAS Garibaldi, Catania**

# Addome acuto in età pediatrica

Insieme di patologie addominali acute  
che in genere richiedono una  
ospedalizzazione e che possono  
esitare in un trattamento chirurgico in  
urgenza o emergenza

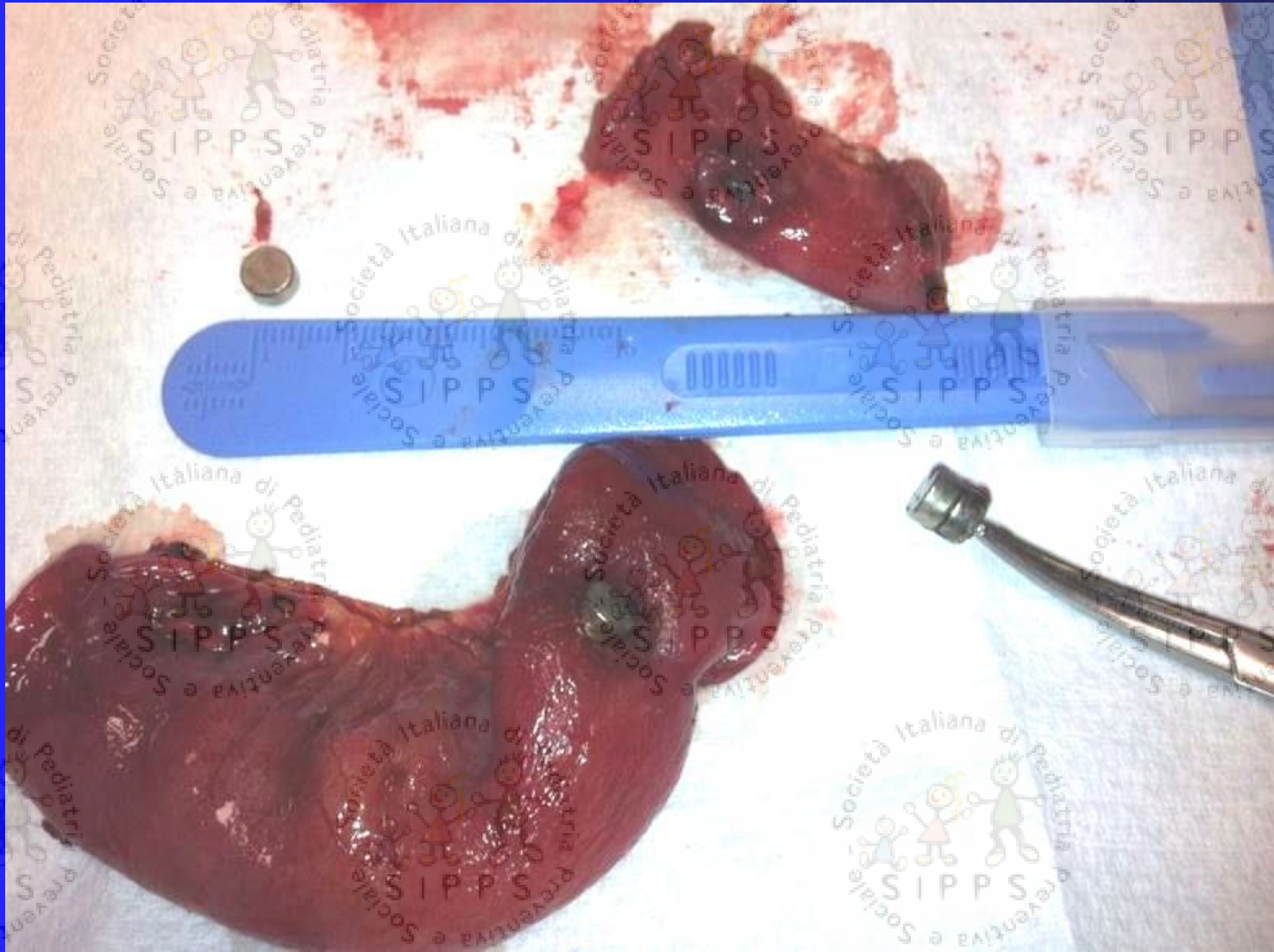


OSPEDALE GARIBOLDI

# CASISTICA maggio 2012 - maggio 2014

● Consulenze per colica	1725
● <b>Inviati a domicilio</b>	<b>1396 (~80%)</b>
● Interventi per appendicite	205 (10 “bianche”)
● Invaginazioni	21 (solo 6 operate)
● Torsioni di cisti ovarica	9
● Urolitiasi	12
● Colelitiasi	8 (3 con pancreatite)
● Idronefrosi	12
● Ernia intasata	32
● Cause chirurgiche “rare”	10
● Ricoveri in pediatria	55

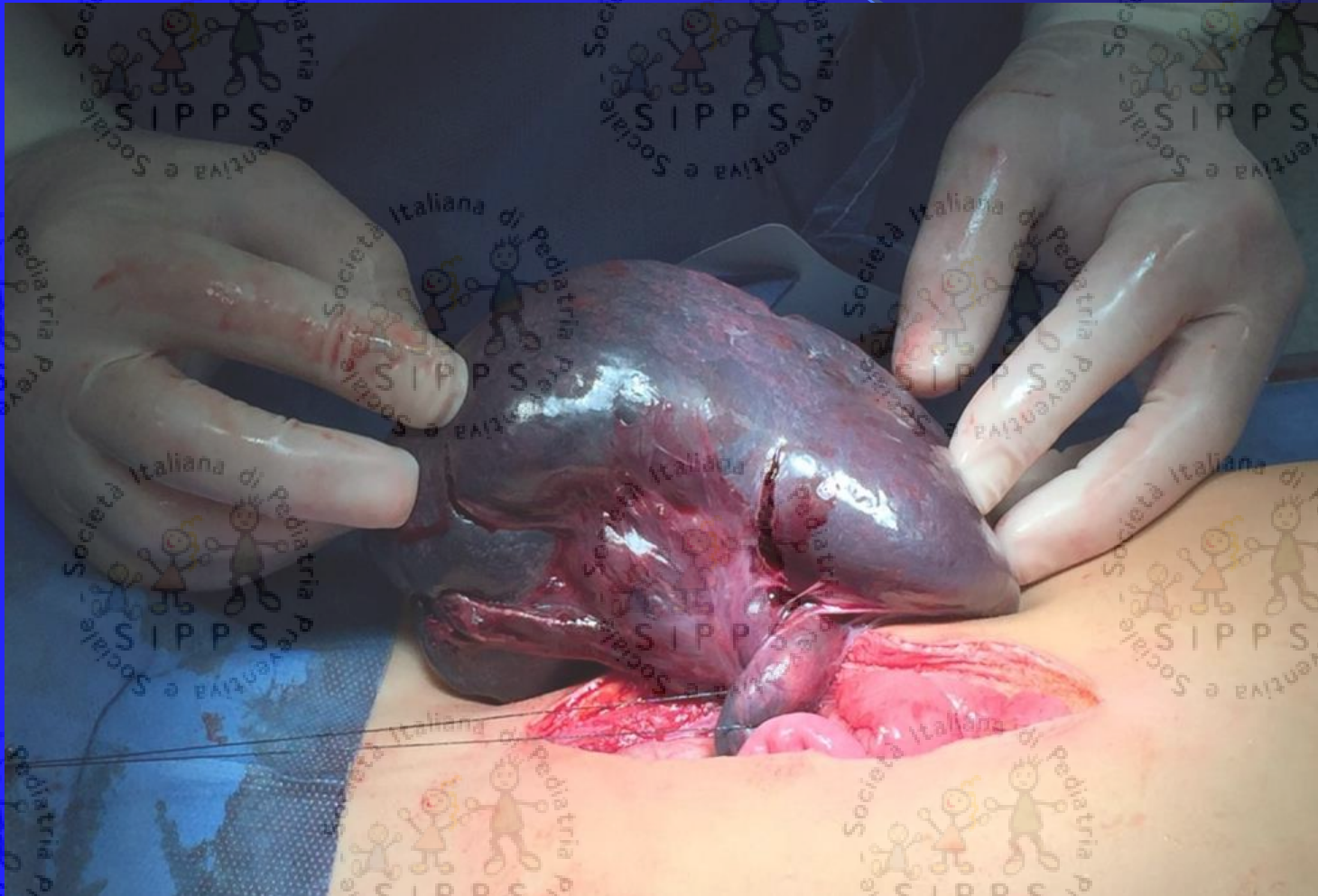
# PERFORAZIONE DA MAGNETI



# PERFORAZIONE DA MAGNETI



# TORSIONE DI “WANDERING SPLEEN”

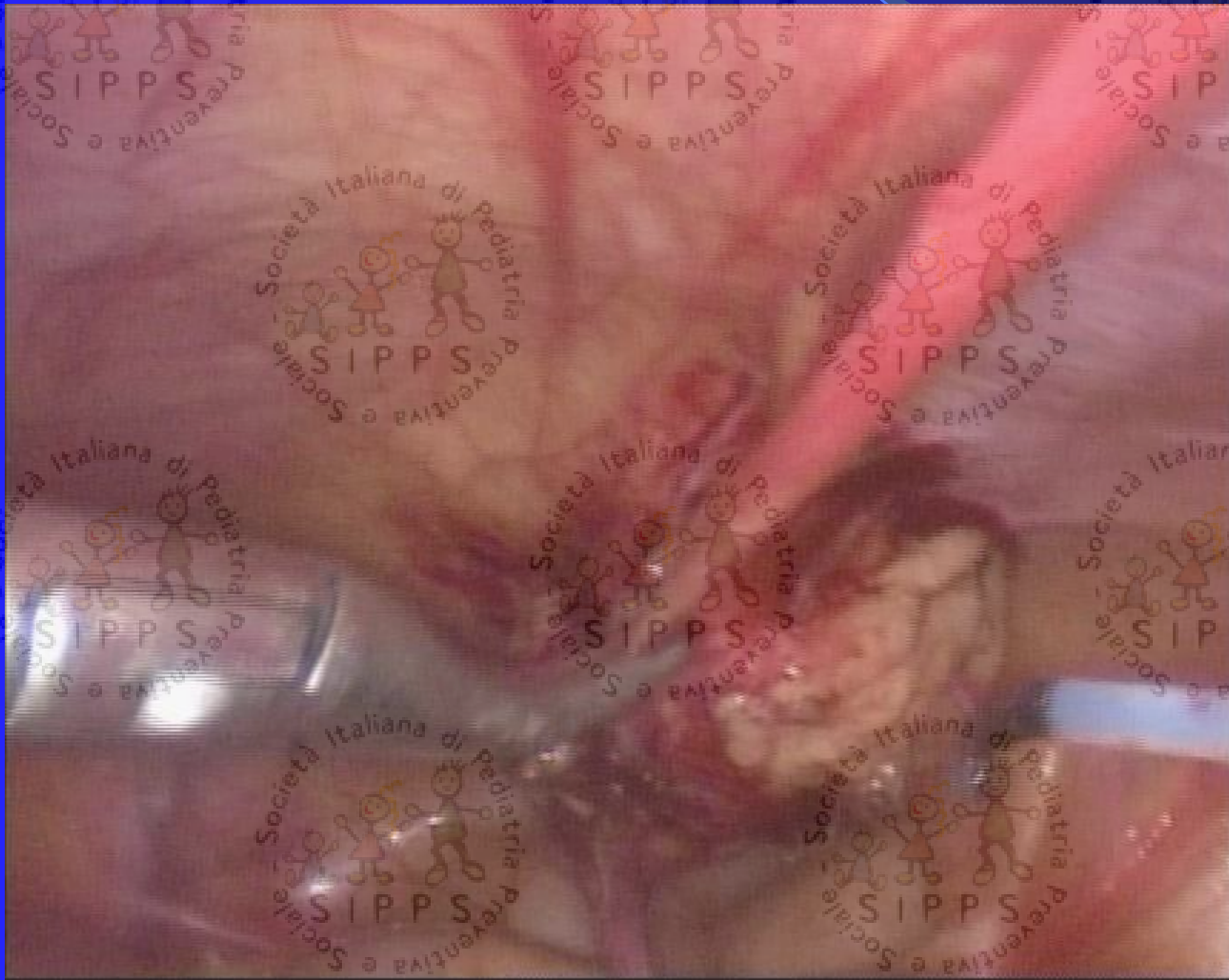


# CISTI DELL'URACO INFETTA





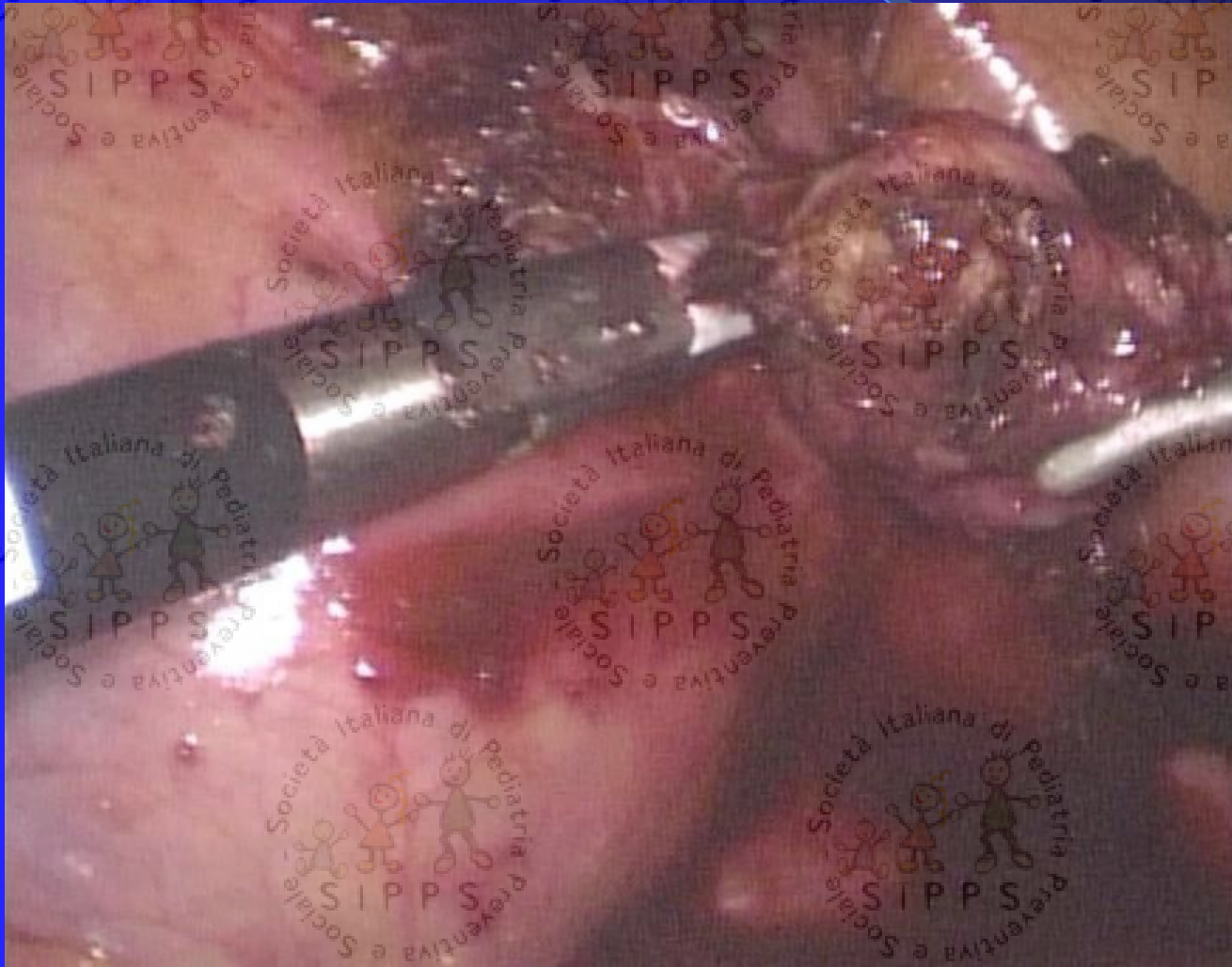
# CISTI DELL'URACO INFETTA



# CISTI DELL'URACO INFETTA



# CISTI DELL'URACO INFETTA



# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Fisiopatologia

- Irritazione della sierosa peritoneale viscerale: “peritonismo”
- Rottura di viscere cavo: peritonite con dolore alla palpazione e dolore da rimbalzo (Segno di Blumberg), contrattura di difesa

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Fisiopatologia

- **Ostruzione:** distensione del viscere interessato che tenta di “liberarsi” con conseguente colica

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Fisiopatologia - Localizzazione

- **Dolore epigastrico:** stomaco, duodeno, pancreas
- **Dolore periombelicale:** intestino tenue e crasso fino alla flessura splenica
- **Dolore ipogastrico:** intestino tenue, colon discendente
- **Dolore alla base del collo e alle spalle:** pancreatite, patologia splenica o epatobiliare

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio clinico

**La pazienza nella visita clinica è cruciale**

### Raccolta dell'anamnesi

- Durata dei sintomi
- Precedenti episodi simili
- Periodicità, costanza ed aggravamento del dolore
- Traumi
- Interventi chirurgici pregressi

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio clinico

### La pazienza nella visita clinica è cruciale

#### Raccolta dell'anamnesi

- Il vomito può essere un sintomo aspecifico (attenzione al vomito biliare - ostruzione?)
- La diarrea non è sinonimo di enterite (appendicite pelvica)
- I sintomi urinari (disuria, frequenza) non sono sinonimo di uropatia (appendicite pelvica)



# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio clinico

### La pazienza nella visita clinica è cruciale

- Febbre alta, tachicardia e flush suggeriscono una causa infettiva (**esaminare tutti gli organi e apparati**)
- L'approccio al bambino e la palpazione dell'addome devono essere molto gradualmente
- La dolenzia e la resistenza localizzate e fisse sono sintomi "chirurgici", segno di irritazione peritoneale
- La dolenzia migrante e vaga è meno specifica

**NEL DUBBIO: Prolungare l'osservazione e ripetere l'esame clinico**

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio clinico

### SINTOMI e SEGNI “CHIRURGICI”

- Dolore spontaneo fisso, localizzato, asimmetrico, contrattura di difesa (irritazione peritoneale)
- Sangue nelle feci (sofferenza d'ansa)
- Vomito biliare (occlusione)



# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio clinico in base all'età

Bambino al di sotto di 1 anno di vita

- gastroenterite acuta
- ernia intasata o strozzata
- invaginazione intestinale
- malrotazione con o senza volvolo
- briglie congenite
- morbo di Hirshsprung
- infiammazione o perforazione di appendice o diverticolo di Meckel
- aderenze post-chirurgiche

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio clinico in base all'età

### Bambino in età prescolare

- gastroenterite acuta
- **sindromi virali con adenomesenterite**
- **polmonite basale**
- ernia intasata o strozzata
- invaginazione intestinale
- malrotazione con o senza volvolo
- Infiammazione o perforazione di appendice o diverticolo di Meckel
- morbo di Hirshsprung / stipsi ostinata
- aderenze post-operatorie
- **patologie urinarie (infezione, malformazioni, litiasi)**
- **traumi**

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio clinico in base all'età

### Bambino in età scolare

- gastroenterite acuta
- sindromi virali con adenomesenterite
- polmonite basale
- **Pancreatite**
- **Malattia peptica**
- ernia intasata o strozzata
- invaginazione intestinale
- malrotazione con o senza volvolo
- Infiammazione o perforazione di appendice o diverticolo di Meckel
- morbo di Hirshsprung / stipsi ostinata
- patologie urinarie (infezione, malformazioni, litiasi)
- traumi
- aderenze post-operatorie
- **patologie ovariche ed annessiali**
- **malattie infiammatorie croniche dell'intestino**

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

Approccio clinico in base all'età

## ADOLESCENTE di Sesso Femminile

- cisti ovarica
- cisti luteinica
- mittelschmerz
- salpingite
- gravidanza tubarica

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio diagnostico strumentale

- Esame emocromocitometrico con conta di bianchi: **aspecifico**
- VES, PCR: **aspecifici**
- Elettroliti, equilibrio acido-base
- Creatininemia, azotemia
- Transaminasi
- Studio della coagulazione
- Amilasi

# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio diagnostico strumentale

Esame delle urine: ematuria,  
leucocituria, batteriuria, nitriti, cristalli,  
peso specifico

utile anche per la valutazione della  
disidratazione



# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio diagnostico strumentale

### Ecografia addominale

- inspessimento dell'appendice, raccolta liquida, massa appendicolare e fecaliti in FID (appendicite acuta)
- budino di invaginazione
- dilatazione urinaria e calcificazioni (patologie urinarie)
- litiasi biliare
- inspessimento di anse (morbo di Crohn)
- **patologia ovarica ed annessiale**

# INSPESSESSIMENTO APPENDICOLARE

Eco addome completo  
Se: 1  
Im: 3/17  
20/02/18 15:02:25  
ADM

LOGIQ  
E9

MI 0.7 TIs 0.2

M CONFRONTO  
OSPEDALE GARIBALDI  
Study Date: 20-Feb-2018  
Study Time: 14:59:24  
FK 10



APPENDICE CECALE

0-CHI	
- Frq	15.0
- Gn	32
- S/A	1/1
- Map	A/0
▲D	4.0
- DR	60
- AO%	100

2-  
3-  
4-

1:0.50 cm  
Lossy-12

WL:127 - WW:256

# ASCESSO PELVICO

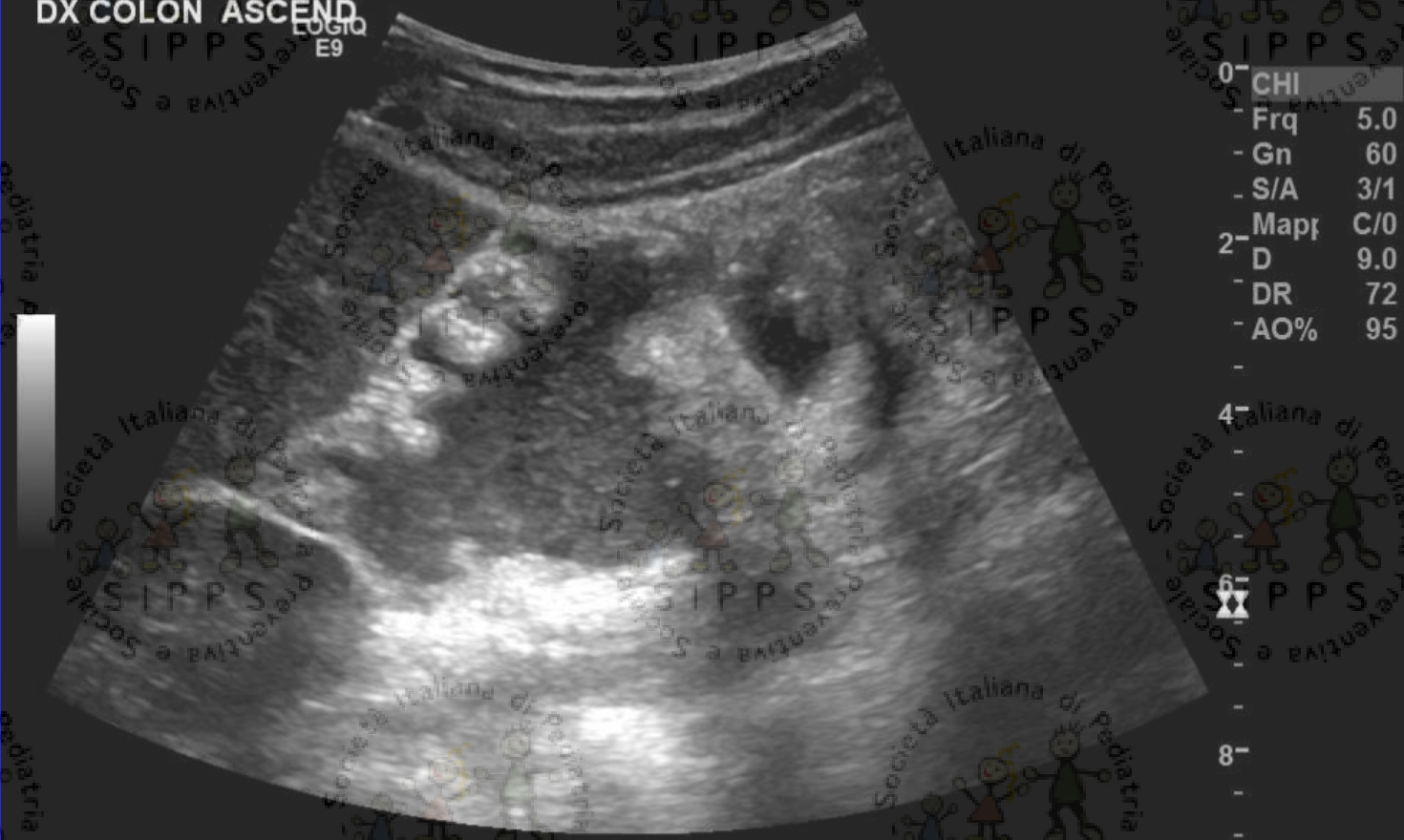


# ASCESSO DOCCIA PARIETO-COLICA

Ecografia addome inferiore  
Se: 1  
Im: 8/30  
24/01/18 22:11:24  
ADM

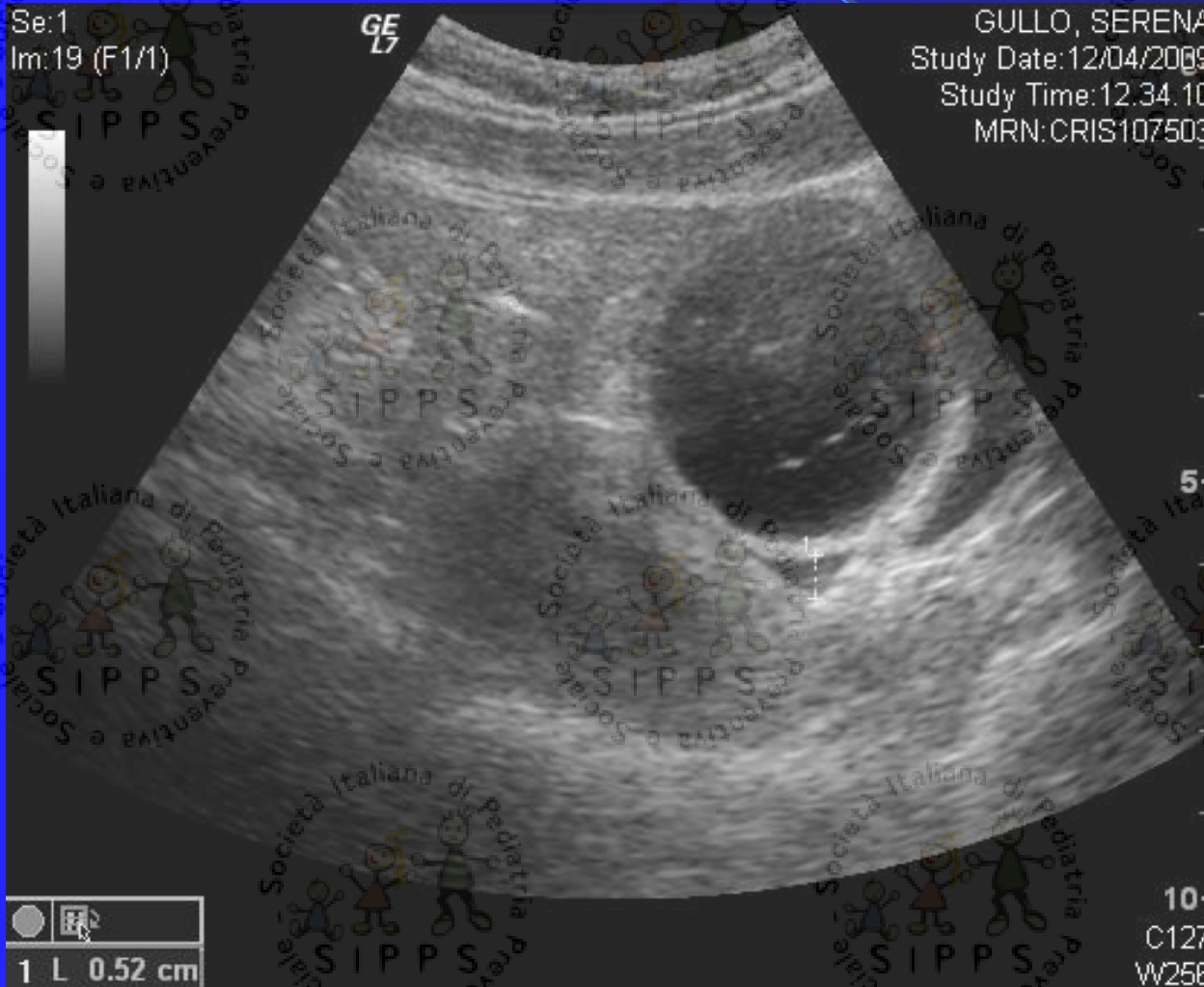
MI 1.2 Tls 1.2 C1.5  
Principale  
OSPEDALE GARIBALDI  
Study Date: 24-Jan-2018  
Study Time: 22:10:24  
FK 32

DX COLON ASCEND.  
LOGIQ  
E9

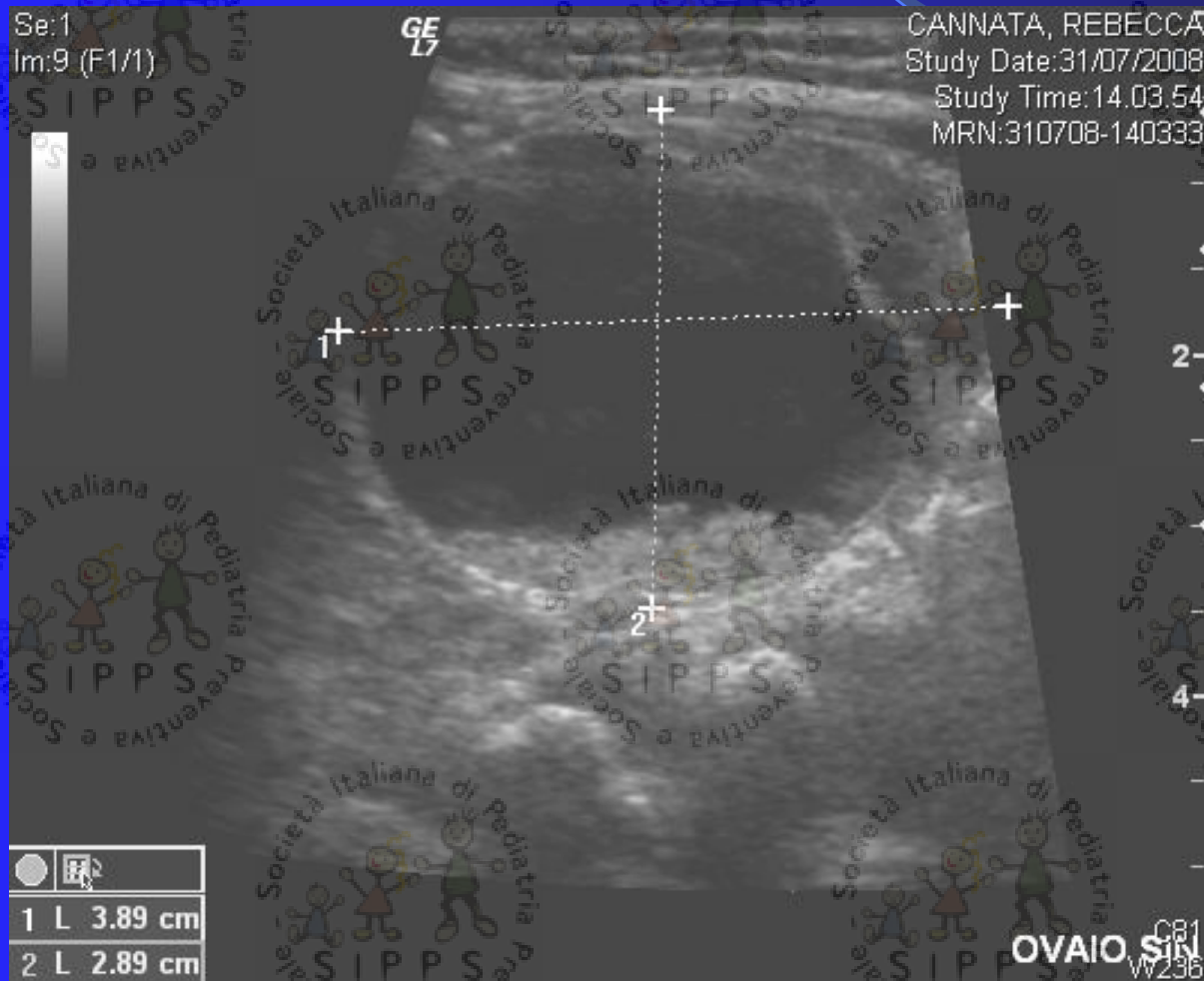


0-	CHI	
-	Frq	5.0
-	Gn	60
-	S/A	3/1
-	Map	C/0
2-	D	9.0
-	DR	72
-	AO%	95
-		
4-		
-		
6-		
-		
8-		
-		

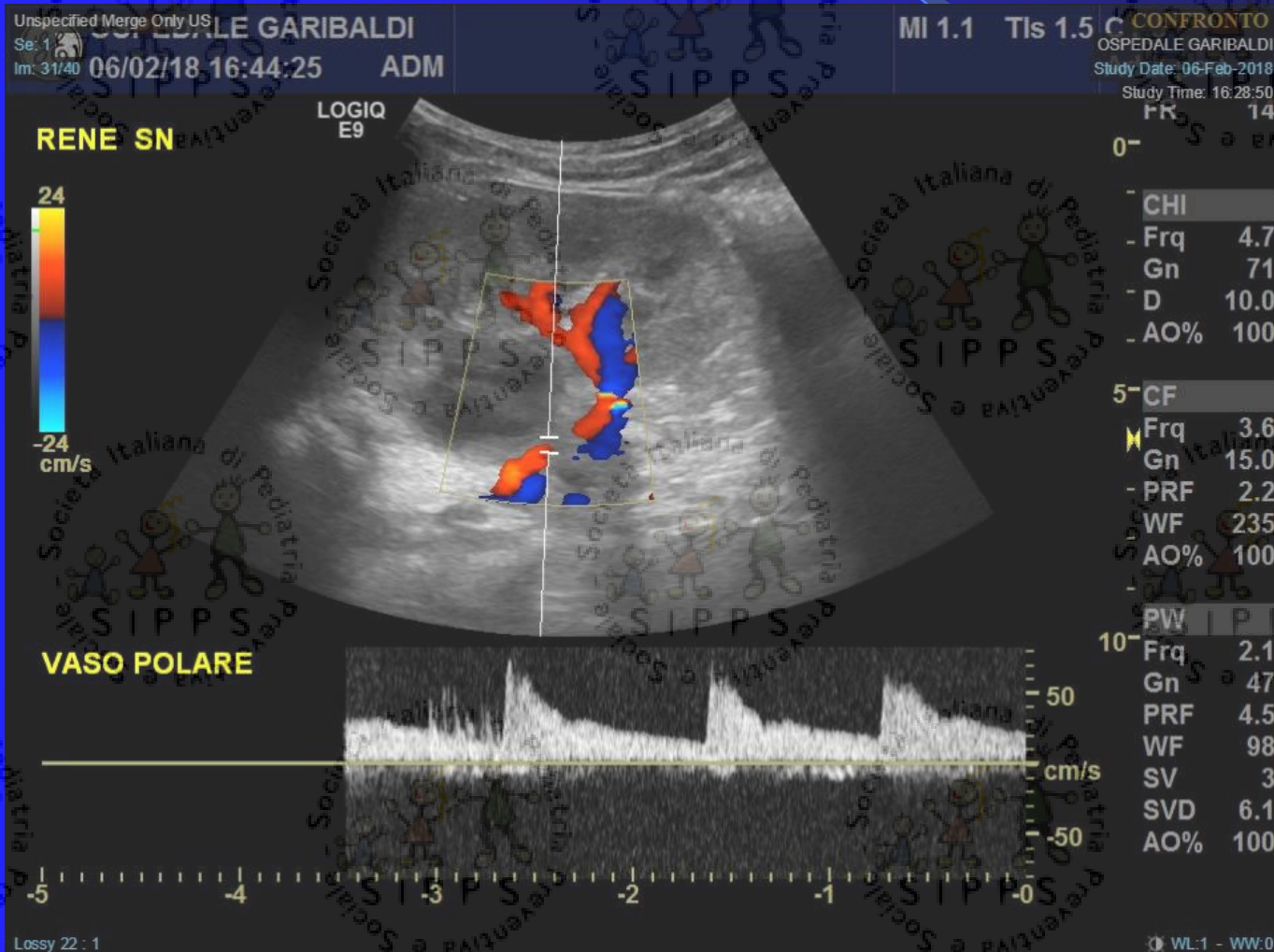
# CISTI OVARICA



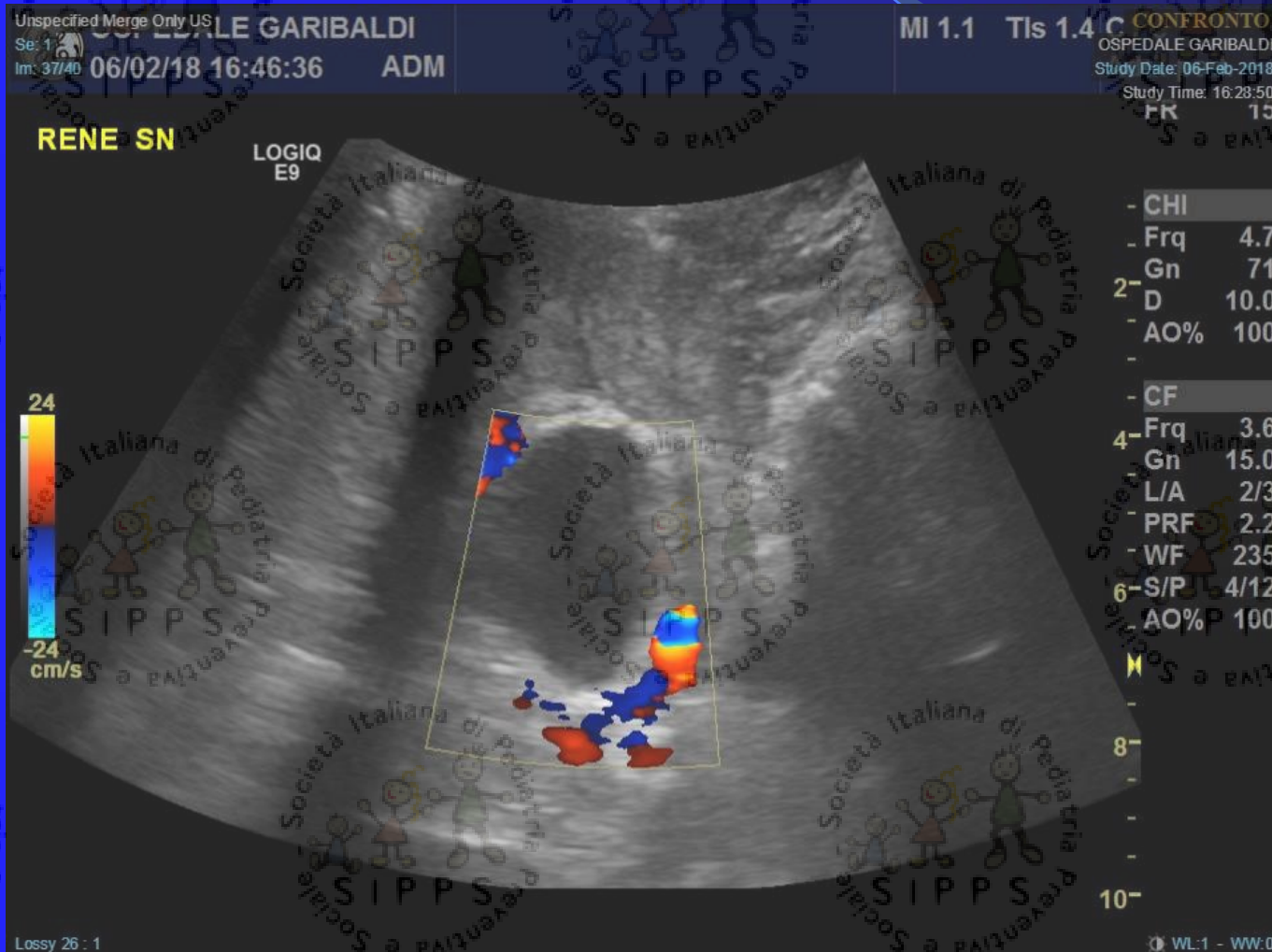
# CISTI OVARICA



# IDRONEFROSI DA VASO POLARE



# IDRONEFROSI DA VASO POLARE





# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio diagnostico strumentale

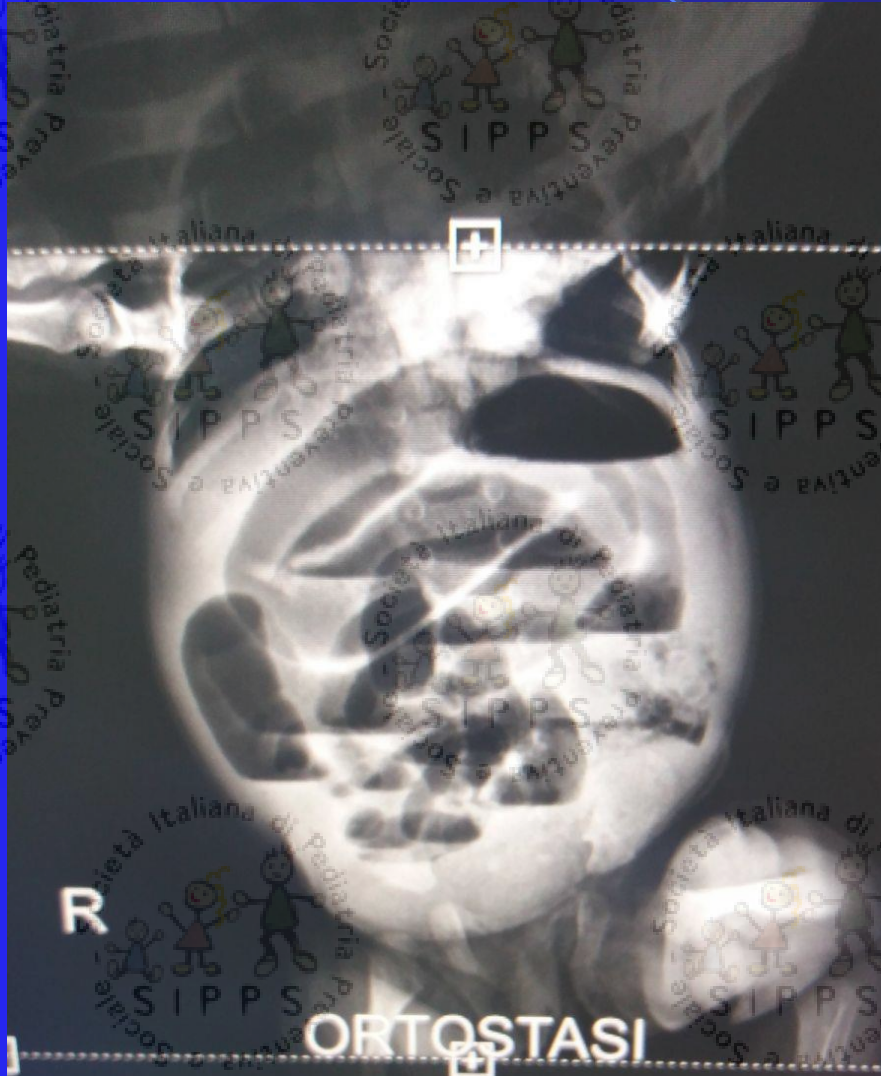
Rx diretta dell'addome

- aria libera in peritoneo (perforazione)
- dilatazione di anse intestinali con livelli (occlusione)
- assenza di aerazione di anse a valle di occlusione
- massa radio-opaca non areata (invaginazione, massa appendicolare)
- fecalomi (colica da stipsi ostinata)

# PERFORAZIONE INTESTINALE



# OCCLUSIONE DA BRIGLIA



# OCCLUSIONE DA VOLVOLO



# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Approccio diagnostico strumentale

Tomografia Computerizzata

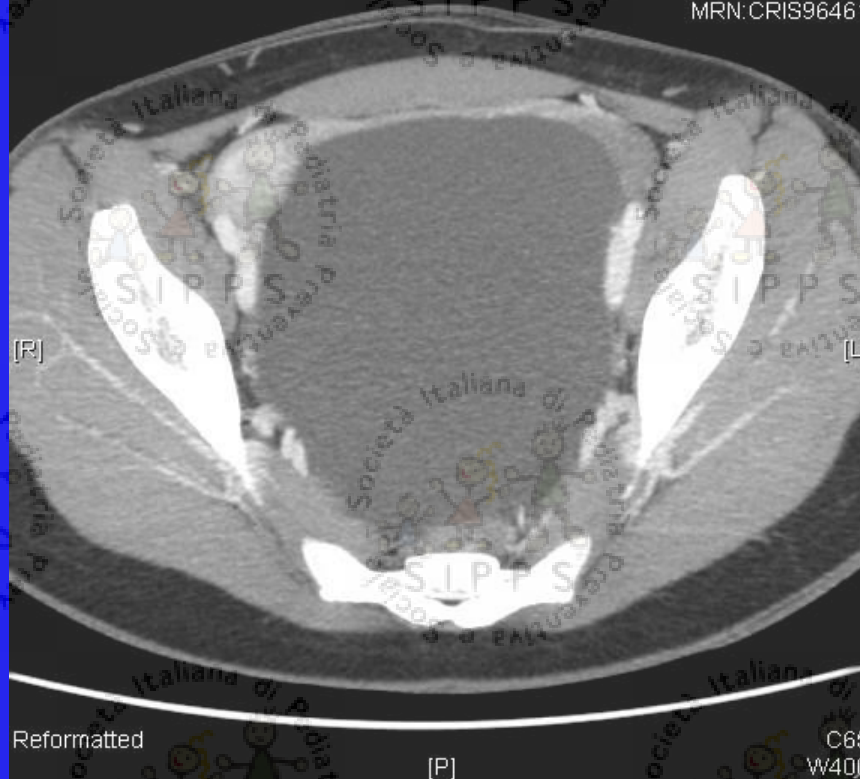
Risonanza Magnetica

# CISTI OVARICA

Se:300  
Im:5

[A]

ADAMO, ALESSIA  
Study Date: 02/06/2008  
Study Time: 12.15.17  
MRN: CRIS96461



# CISTI DELL'URACO INFETTA

TC torace (senza contrasto)

Se: 3

Im: 106/258

CONFRONTO

Az.Osp.Garibaldi Nesima CT

Study Date: 14-Mar-2018

Study Time: 11:31:15



# APPENDICITE ACUTA

Presentazione tipica  
(presente solo in 1/3 dei casi\*)

- Stato generale compromesso
- Dolore periombelicale / FID
- Elevazione moderata della temperatura
- Lingua impaniata
- Nausea / vomito
- Turbe dell'alvo

\*Davenport M: BMJ 1996;312:498-501



# APPENDICITE ACUTA

Presentazione atipica con segni “sfumati”

- Dolore discreto
- Nausea e vomito mancanti
- Segni clinici mascherati da un paziente troppo o troppo poco collaborante, muscoloso o obeso
- Età / difficoltà all’approccio clinico

# APPENDICITE ACUTA

Presentazione atipica da localizzazione atipica

- **Pelvica:** 1) assenza di dolore in FID; 2) dolore sovra-pubico; 3) diarrea e tenesmo; 4) disuria 5) segno dello psoas; 6) segno dell'otturatore
- **Retro-cecale o lombare:** 1) storia clinica "trascinata"; 2) reazione alla palpazione della FID minima o assente; 3) dolore lombare
- **Sotto-epatica:** 1) dolore alto, che mima la colica epatica

# APPENDICITE ACUTA

Presentazione atipica o con segni “sfumati”

Approccio clinico

- Sofferinarsi su: 1) incedere del bambino; 2) crisi analoghe precedenti; 3) modalità d’inizio dei sintomi; Riprendere l’esame clinico dopo un po’, “spiando” l’espressione del bambino, iniziando a distanza dalla FID
- Esplorazione rettale: da valutare con cautela
- Fare un esame clinico generale alla ricerca di un’altra etiologia: 1) infiammatoria delle alte vie respiratorie; 2) pleuro-polmonare; 3) urinaria; 4) genitale; 5) infiammatoria acuta gastro-intestinale; 6) infiammatoria cronica intestinale

# APPENDICITE ACUTA

Presentazione iperacuta o “tossica”

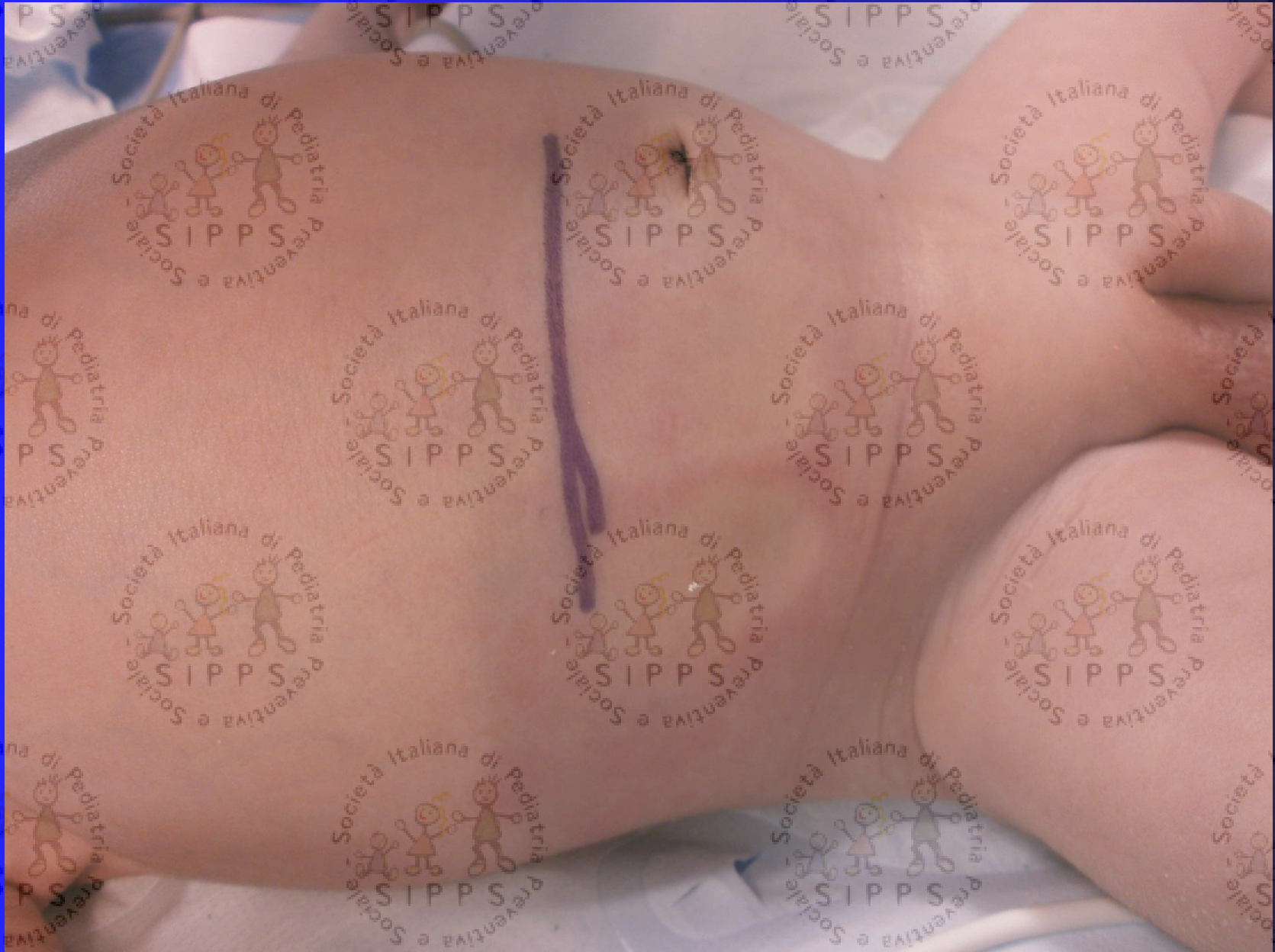
- Vomito ripetuto
- Diarrea
- Stato generale molto compromesso: facies settica, occhi infossati, naso affilato, ipotensione
- Segni locali in FID non necessariamente “decisivi”

**BAMBINI AL DI SOTTO DEI 4 ANNI**

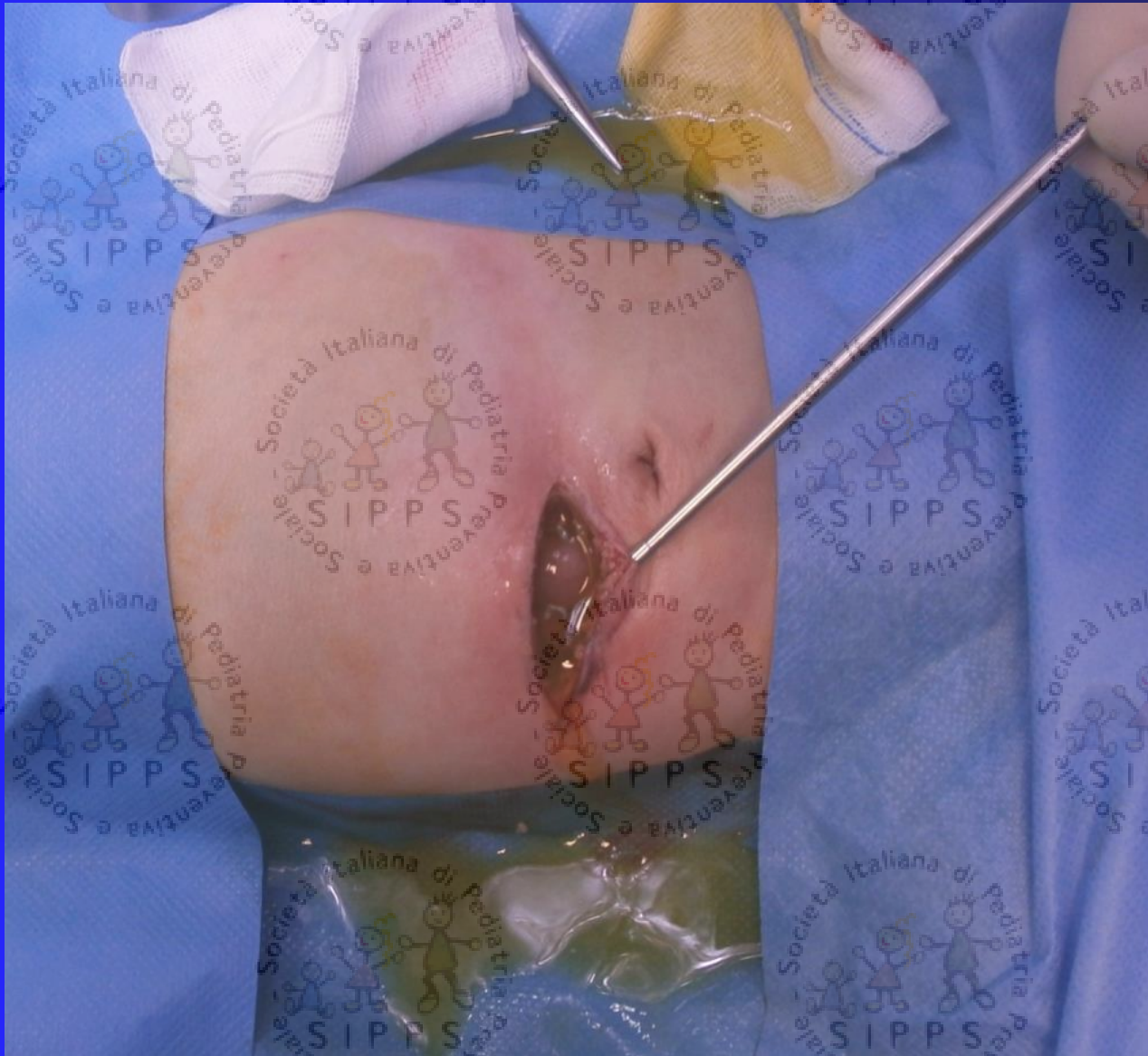
# APPENDICITE NEL LATTANTE



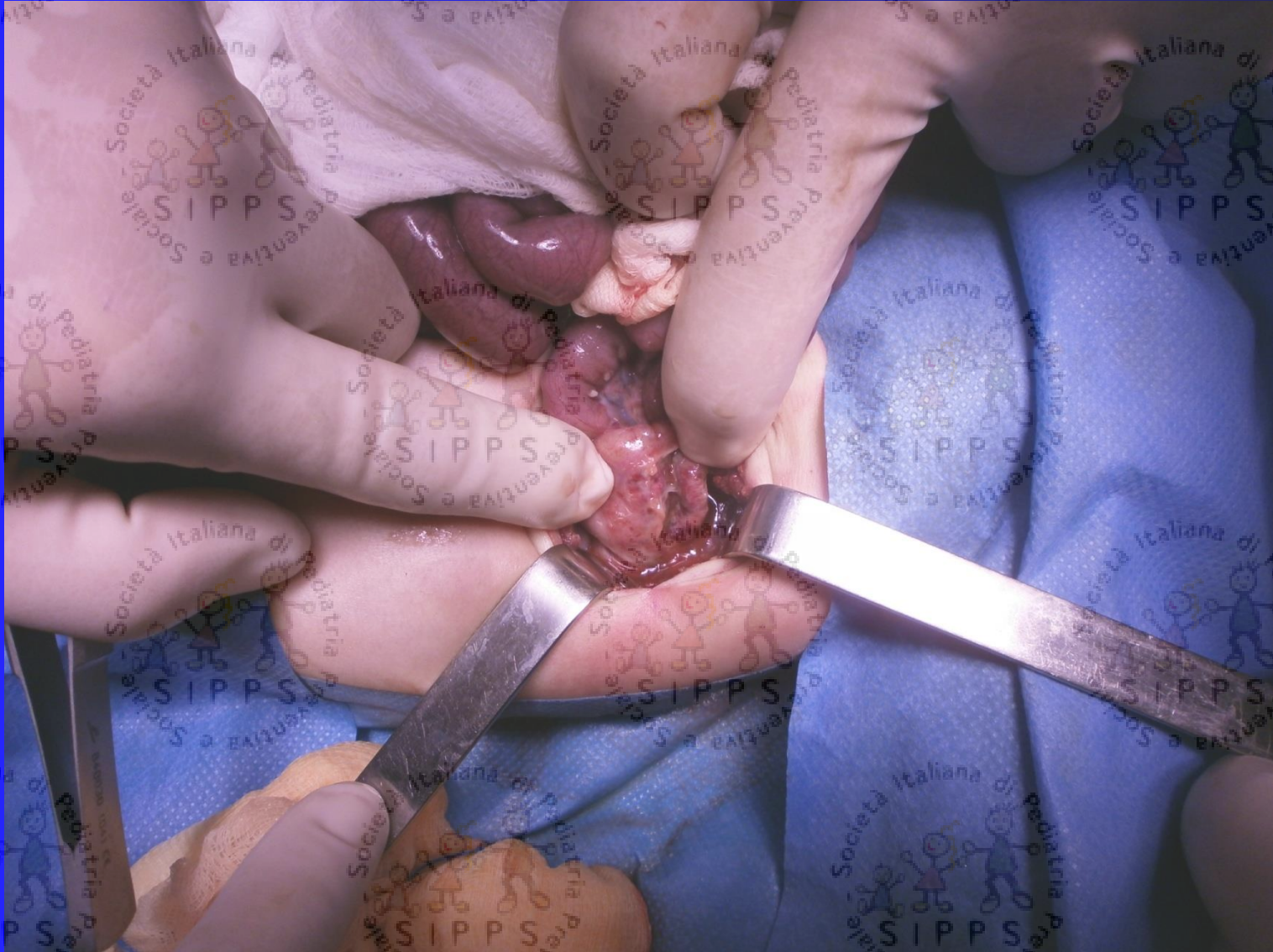
# APPENDICITE NEL LATTANTE



# APPENDICITE NEL LATTANTE



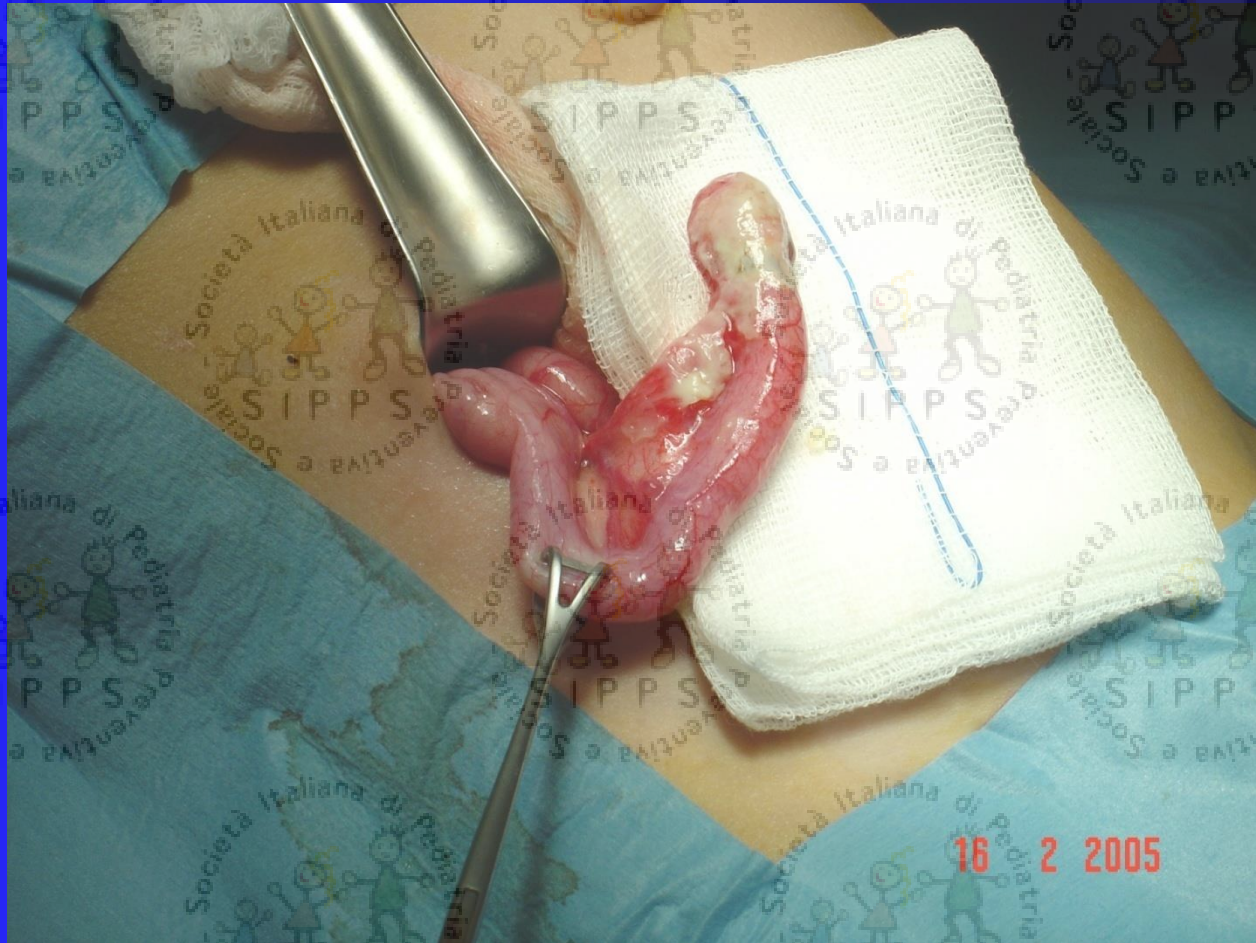
# APPENDICITE NEL LATTANTE





# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

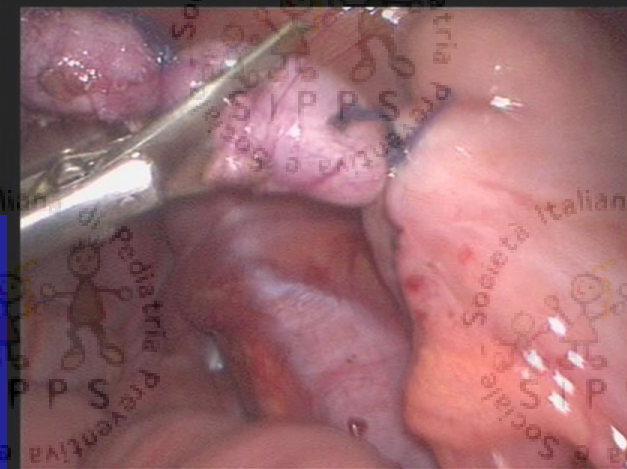
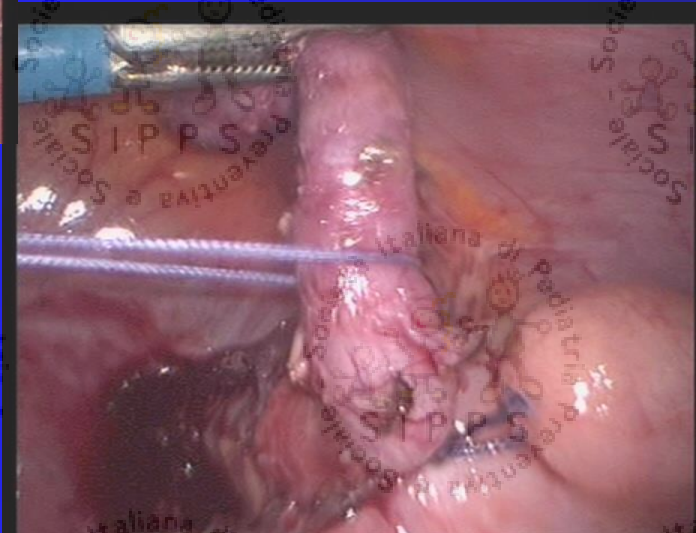
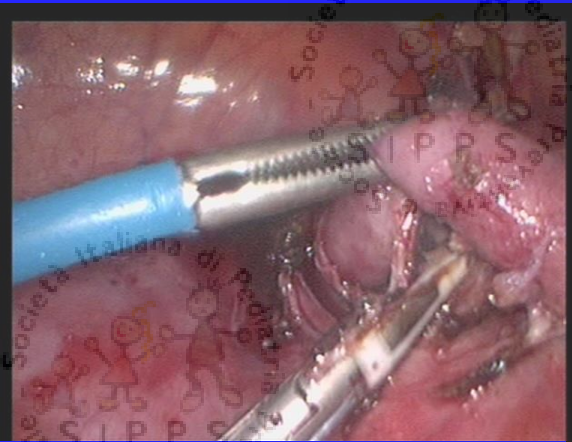
## Appendicite acuta



# DOLORE ADDOMINALE ACUTO

## Appendicite acuta

### Appendicectomia per via laparoscopica



# PECULIARITA' DELL'APPENDICITE ACUTA IN ETA' PEDIATRICA

- Ritardo di diagnosi
- Degenza
- Costi
- Percentuale di complicanze

SONO DIMINUITI NEI REPARTI DI  
CHIRURGIA PEDIATRICA RISPETTO A  
QUELLI DI CHIRURGIA GENERALE E  
SPECIALMENTE IN QUELLI CON VOLUMI  
DI LAVORO PIU' ALTI

(Alexander et al JPS 2001, Kokoska et al Pediatrics 2001)

# Adenite mesenterica

Infiammazione dei linfonodi mesenterici  
caratterizzata clinicamente da:

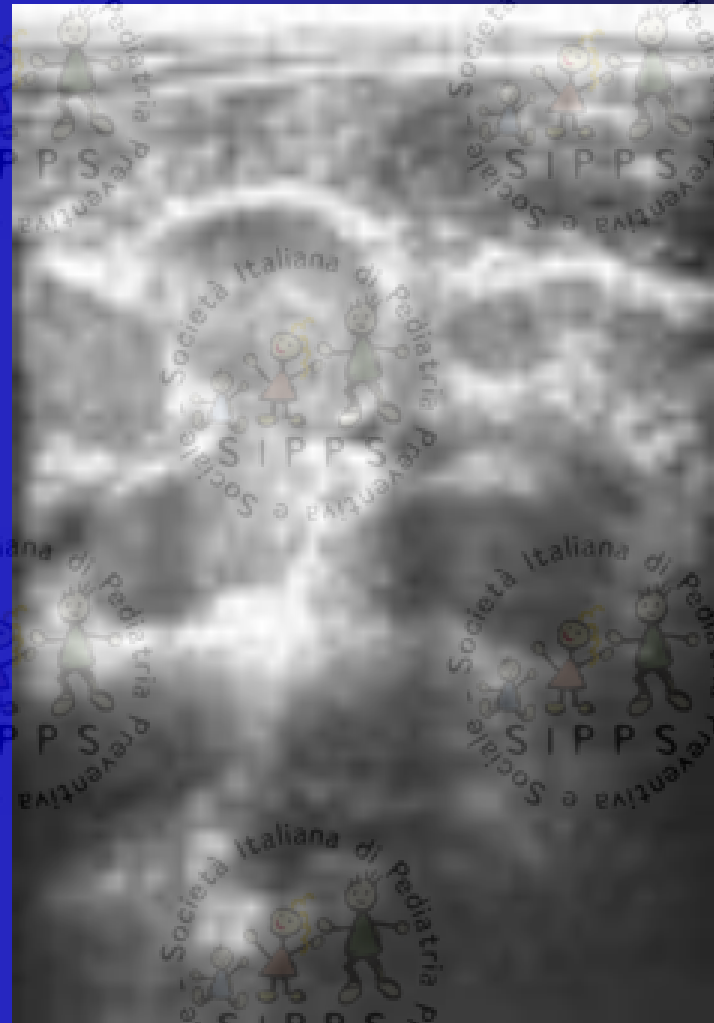
- Febbre alta
- Infiammazione delle vie aeree superiori
- Dolore addominale
- Dolenza alla palpazione in FID

**DIAGNOSI DIFFERENZIALE DIFFICILE**

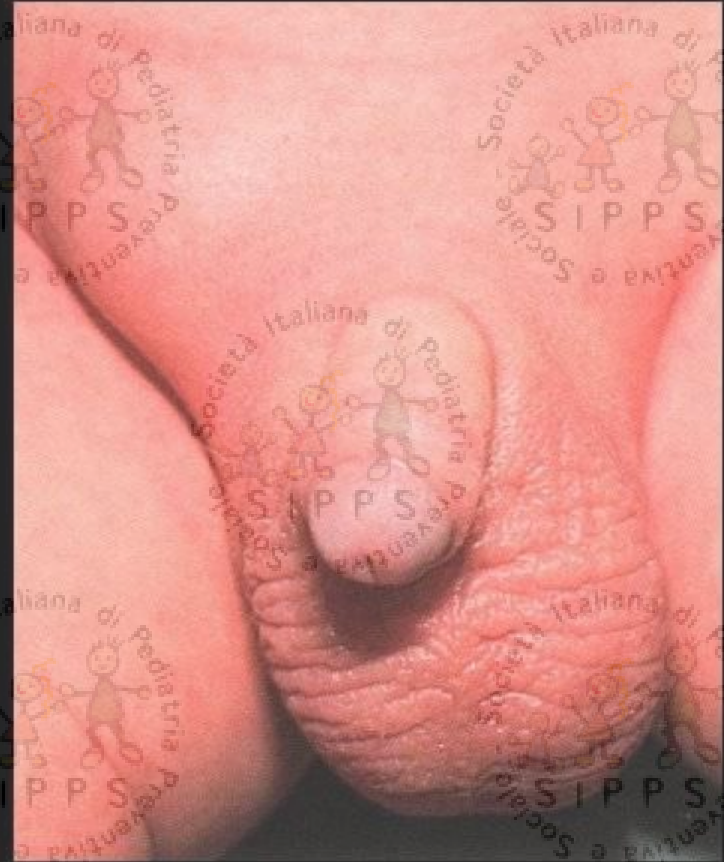
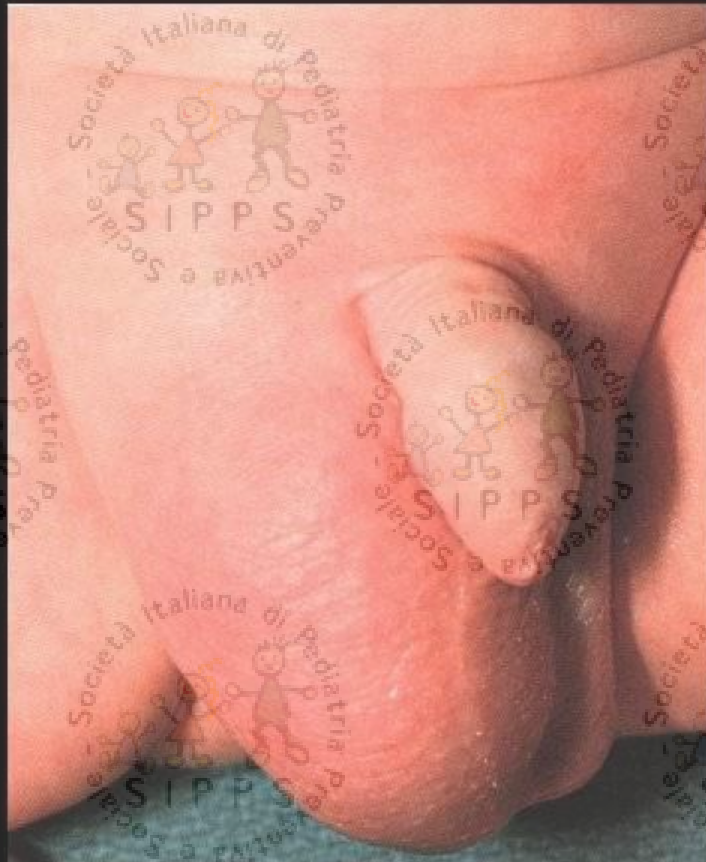
**Spesso solo intra-operatoria**

# Adenite mesenterica

## Ecografia



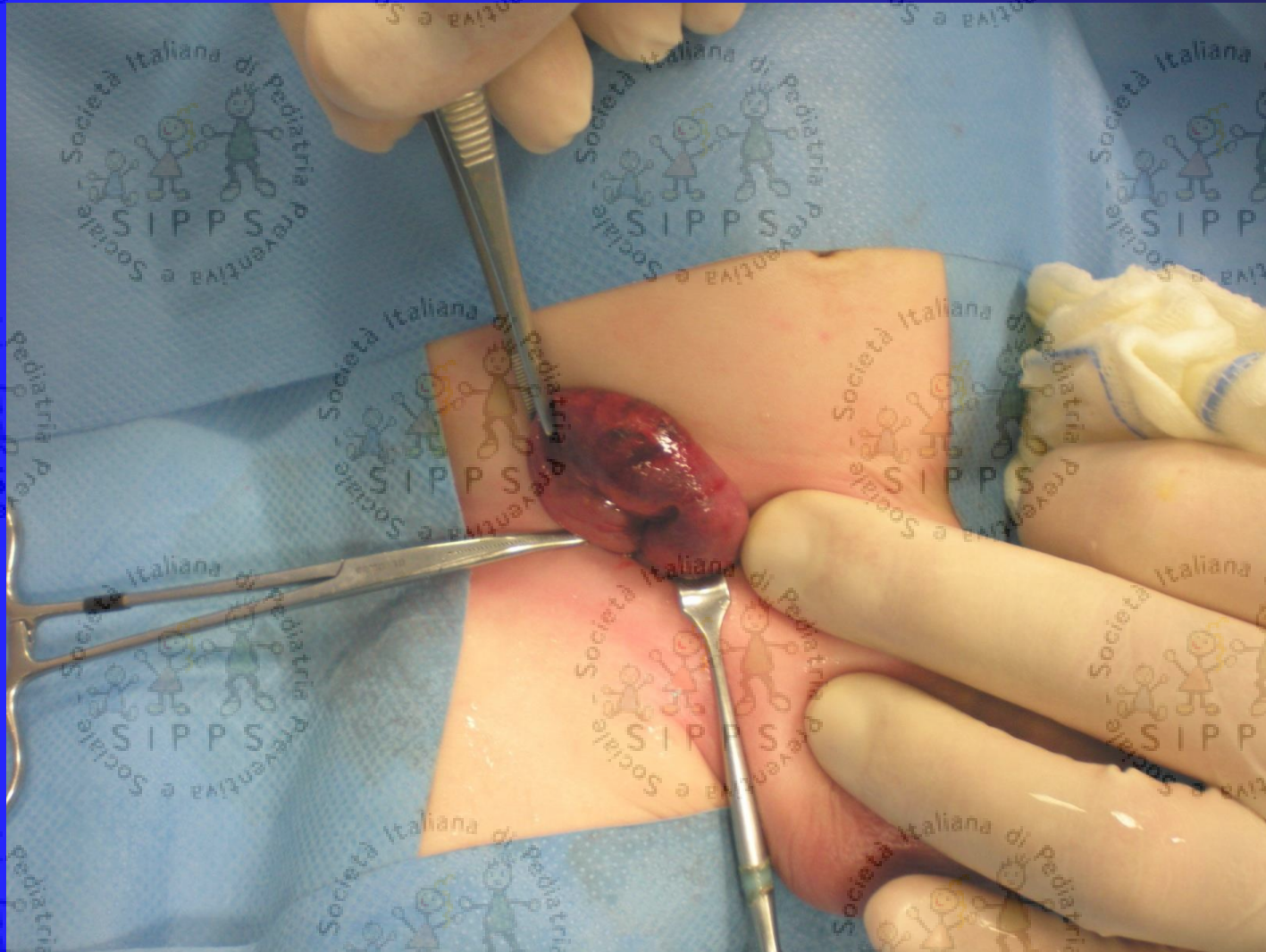
# ERNIA INGUINALE COMPLICATA



# ERNIA INGUINALE COMPLICATA



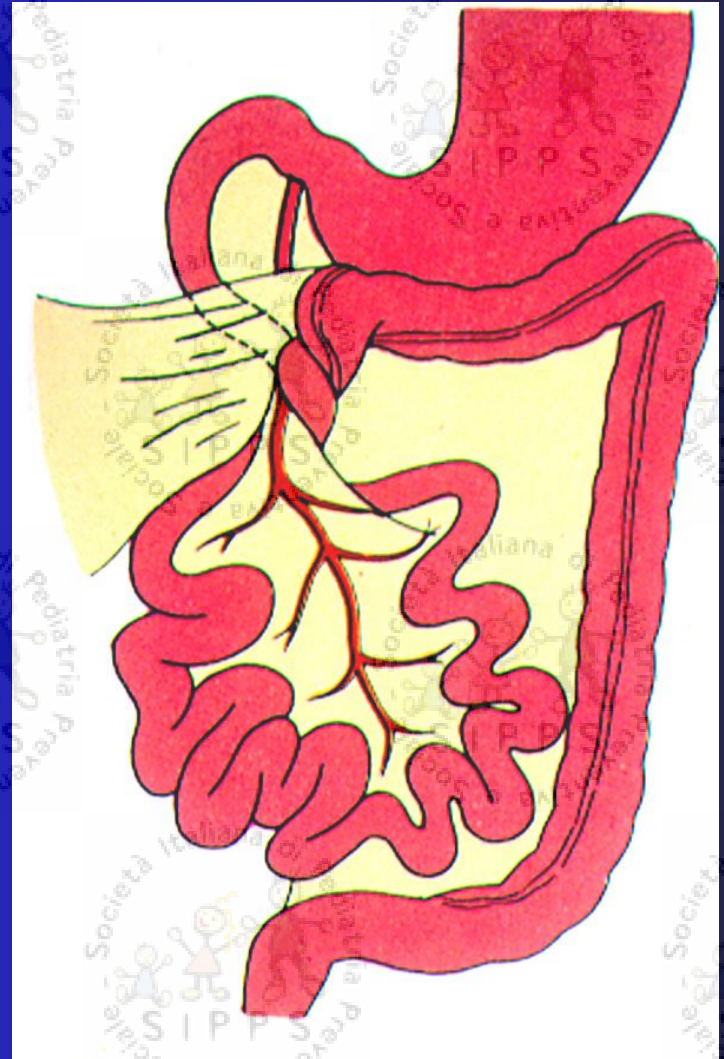
# ERNIA INGUINALE COMPLICATA





# Malrotazione

Mancata o incompleta  
rotazione  
dell'intestino



# Malrotazione

Si presenta per lo più nel neonato

- Vomito biliare
- Distensione addome superiore
- Se presente volvolo: sangue nelle feci, condizioni generali compromesse

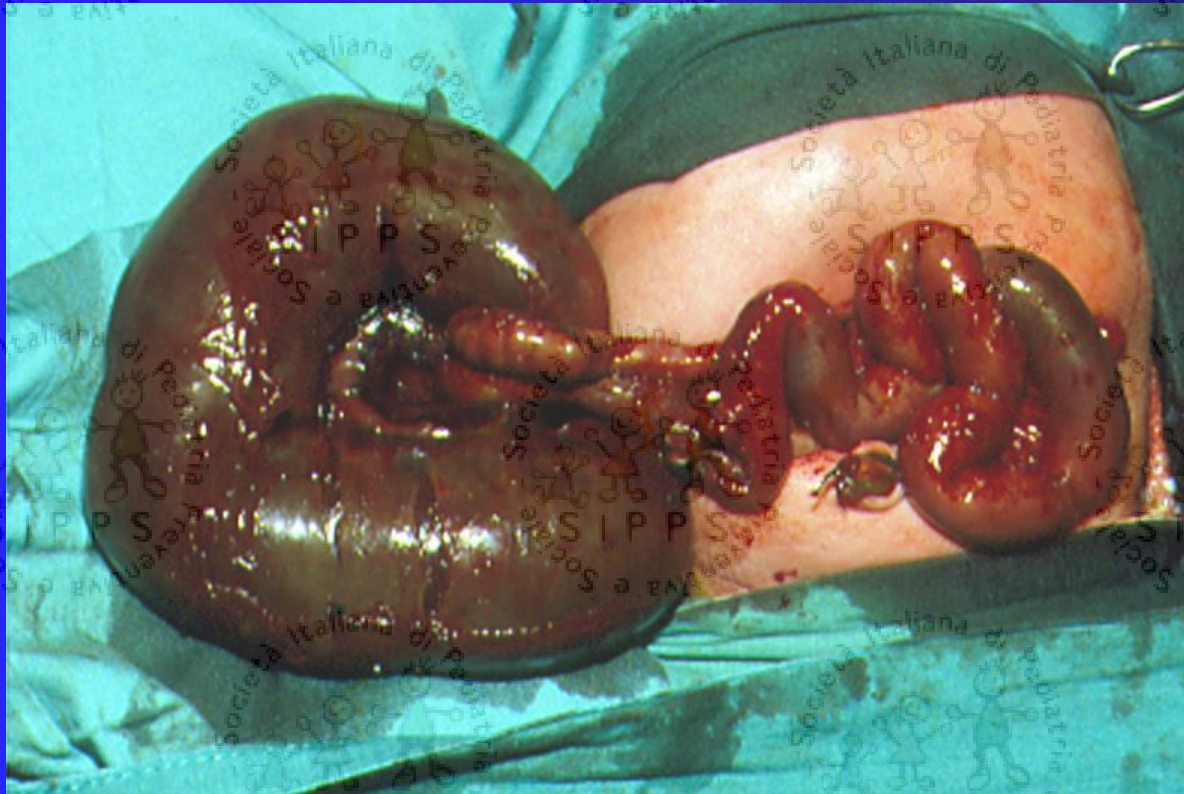
# Malrotazione

Può dare sintomi tardivi e molto sfumati

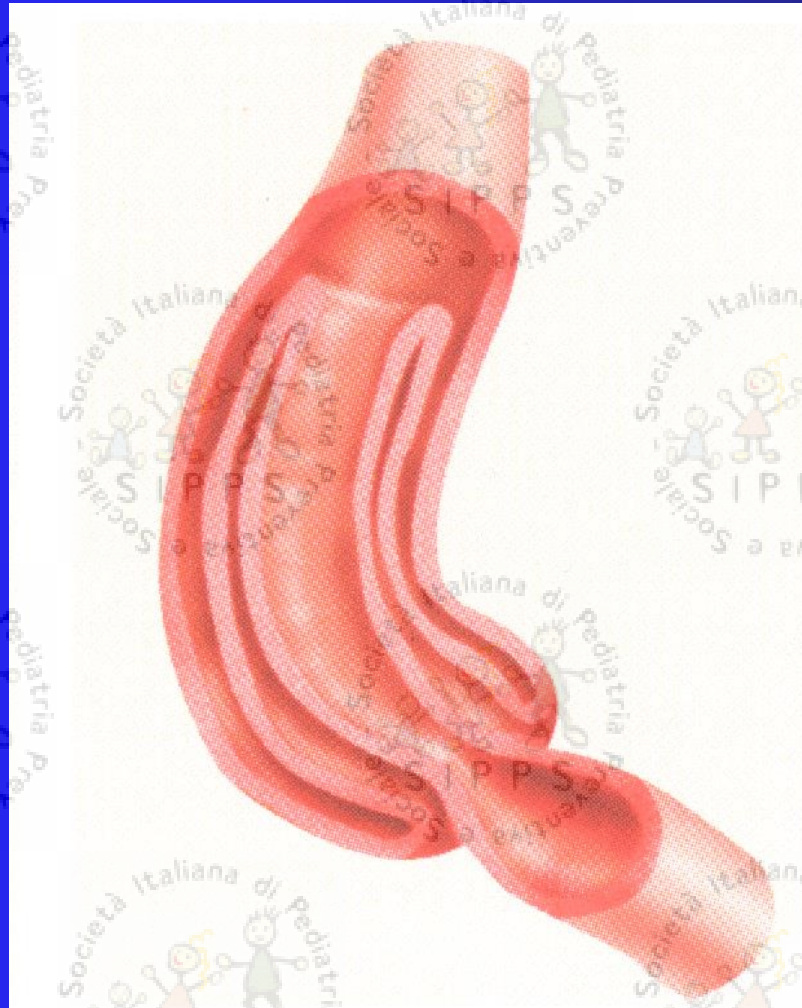
- Vomito saltuario
- Dolore addominale ricorrente
- Malassorbimento
- Diarrea

# Malrotazione

Può avere conseguenze catastrofiche se associata a volvolo



# INVAGINAZIONE INTESTINALE



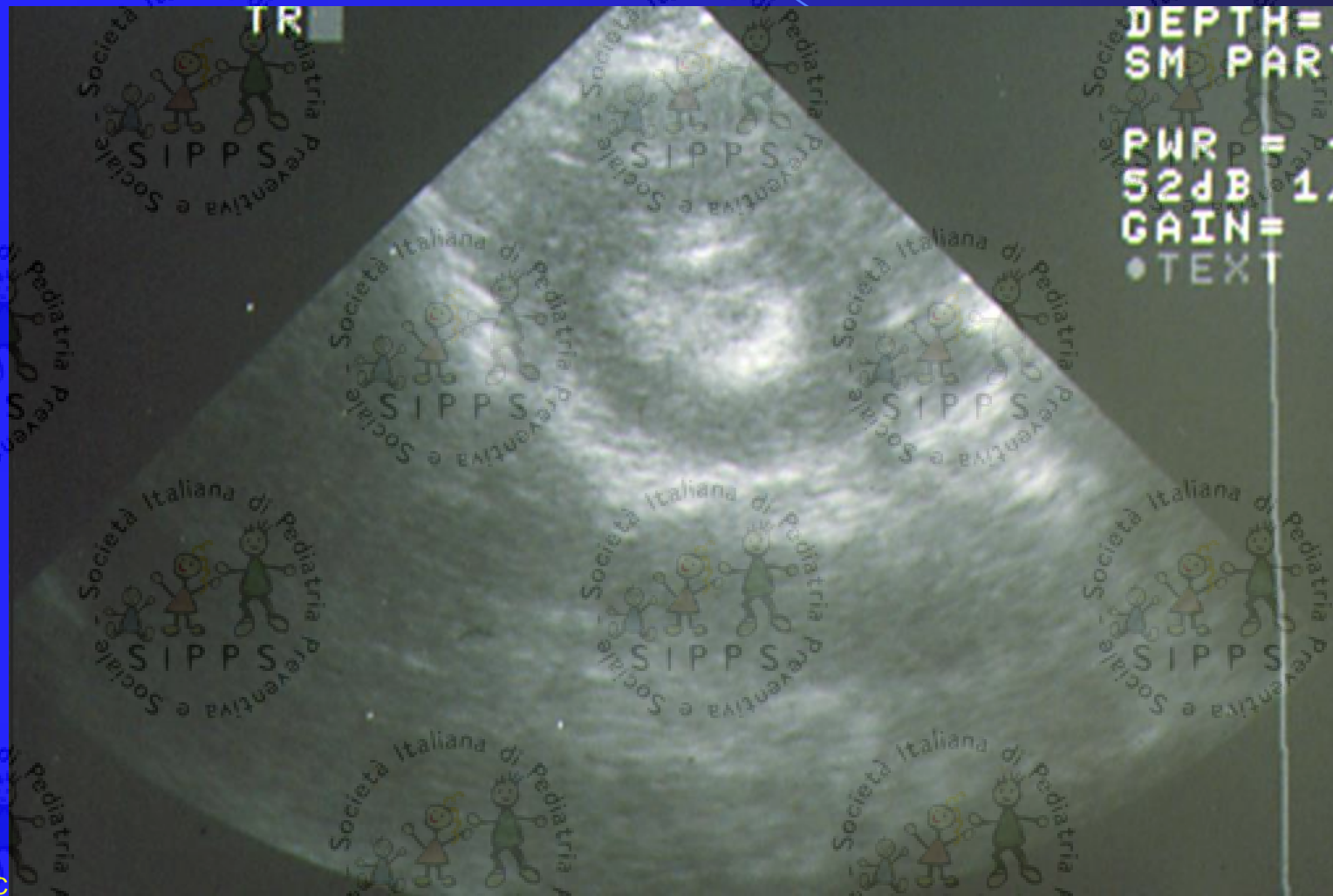
# INVAGINAZIONE INTESTINALE

## Sintomi e segni clinici

- Picco di incidenza al di sotto di 1 anno
- Dolore colico a pousse di 5-10 minuti
- Vomito
- Emissione di feci a gelatina di lampone (segno tardivo, presente nel 20-30% dei casi)
- Diarrea (10% dei casi)
- Shock
- “Salsicciotto” di invaginazione palpabile nel quadrante addominale superiore destro
- FID vuota (segno di Dance)

# INVAGINAZIONE INTESTINALE

## diagnosi ecografica



# INVAGINAZIONE INTESTINALE

## diagnosi e (82%) trattamento radiologico

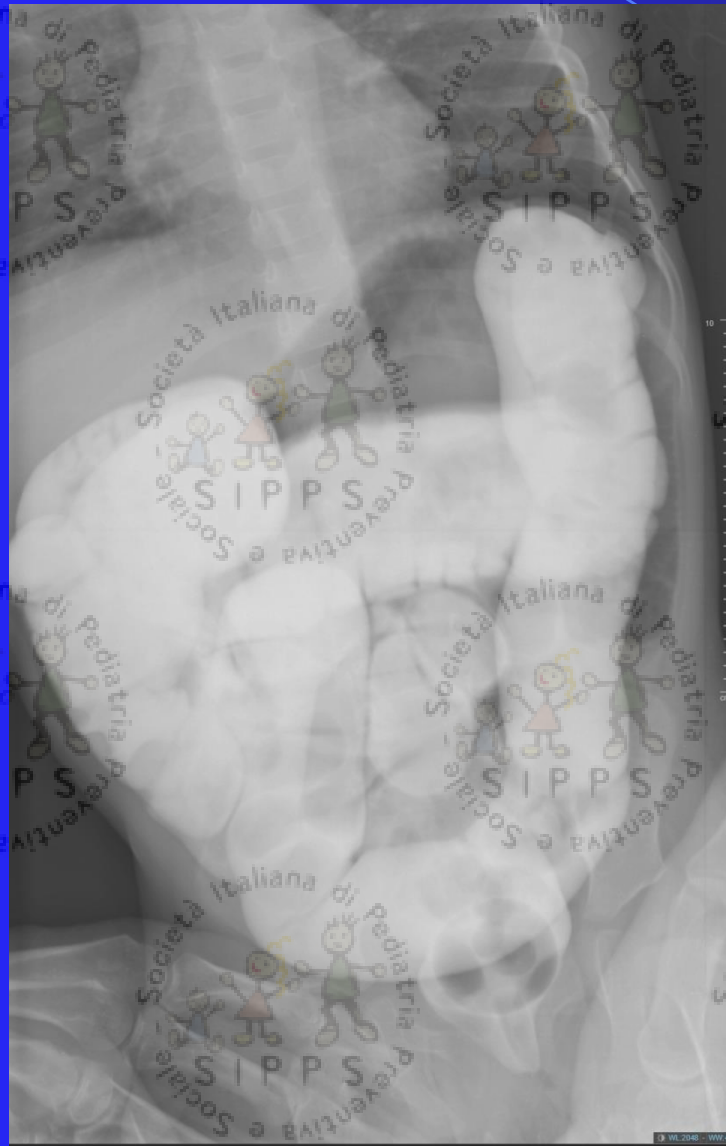


Segno della  
“tenaglia”



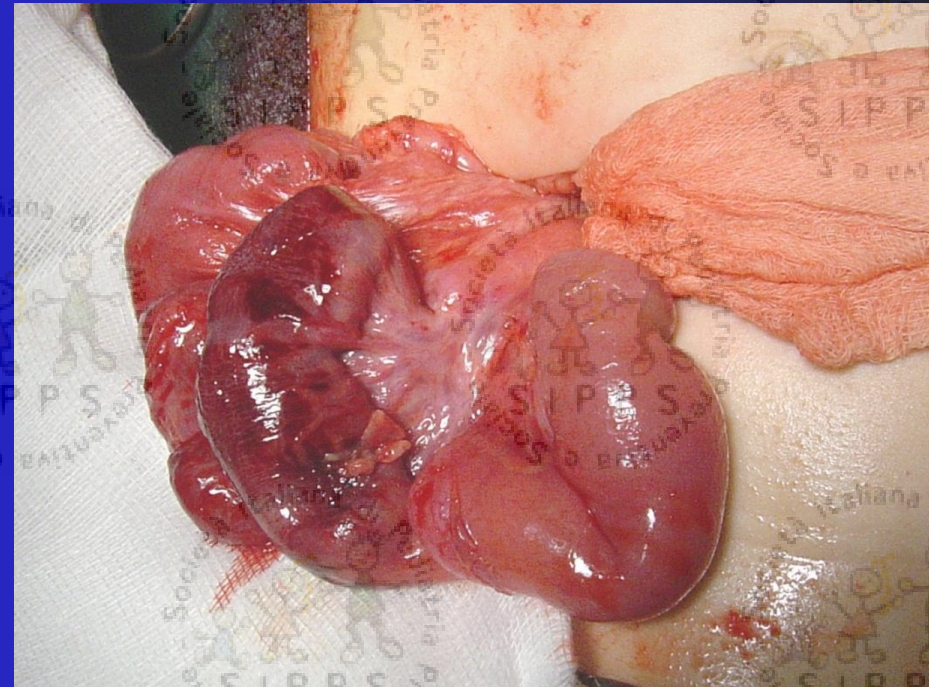
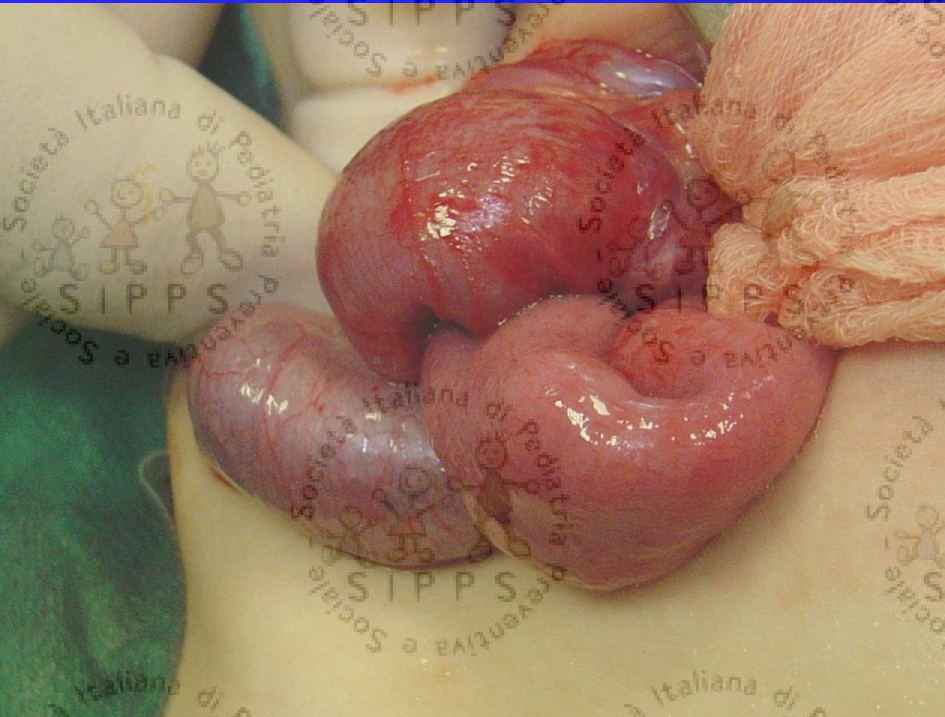
# INVAGINAZIONE INTESTINALE

## diagnosi e (82%) trattamento radiologico

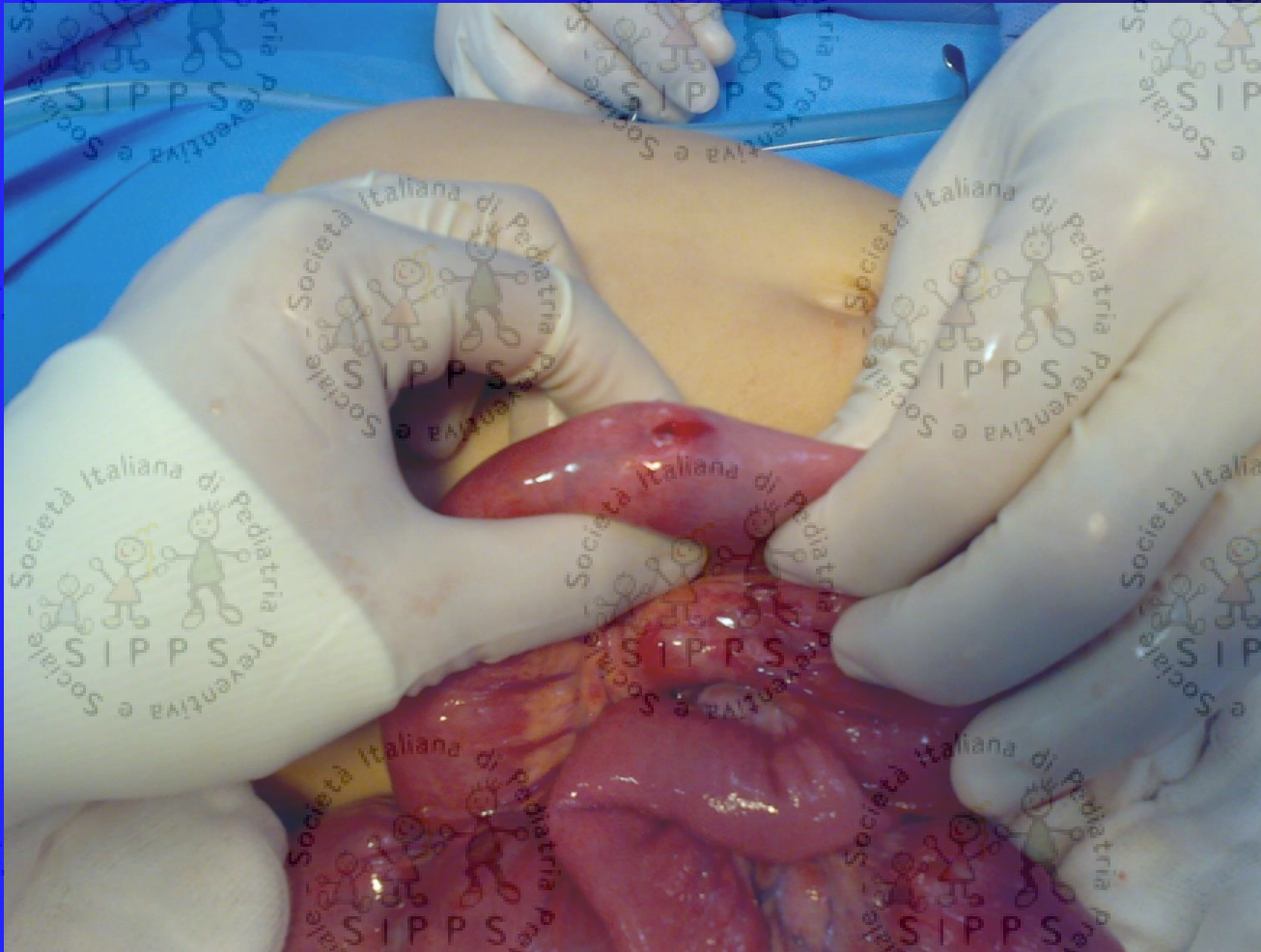


disinvaginazione  
radiologica

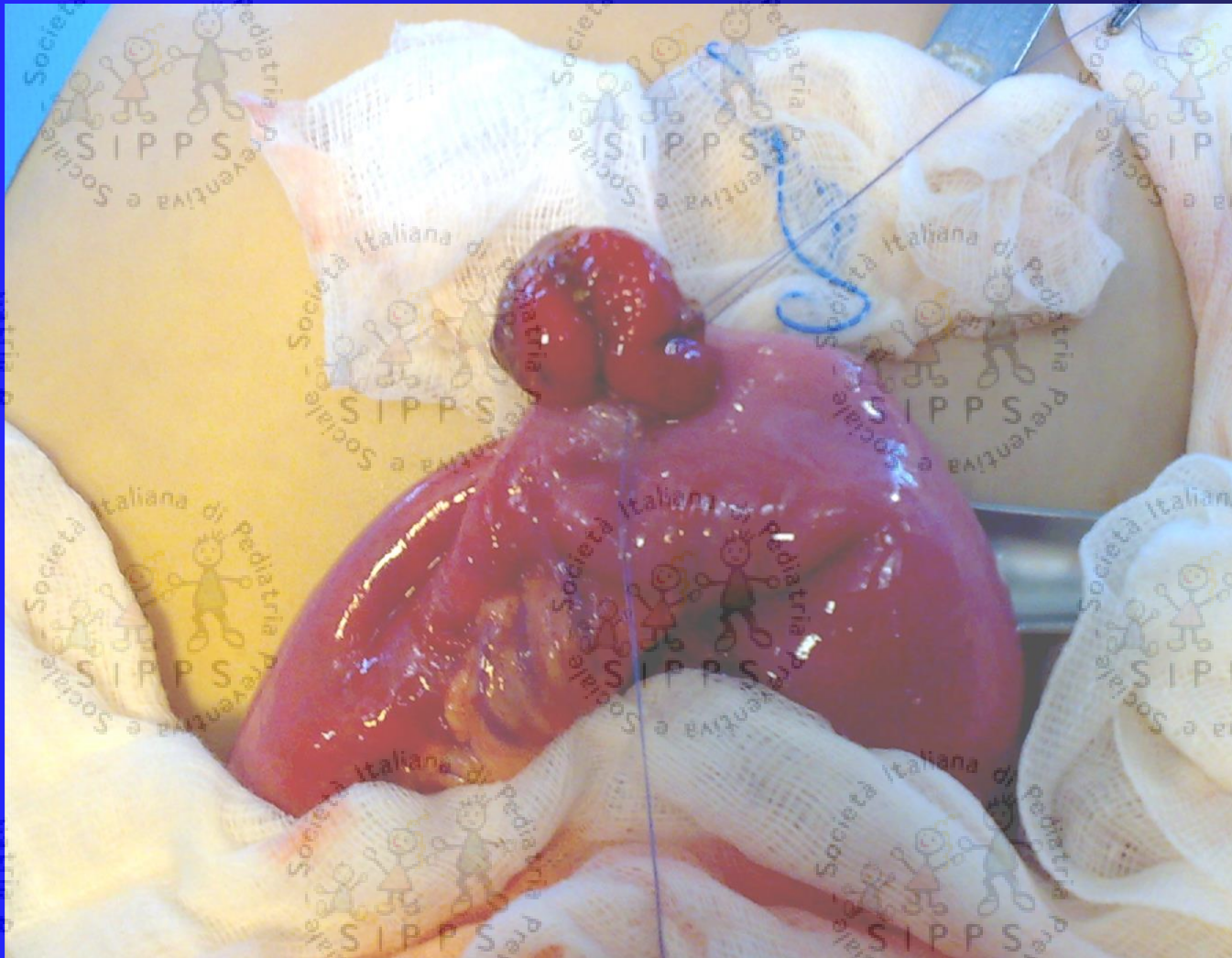
# INVAGINAZIONE INTESTINALE



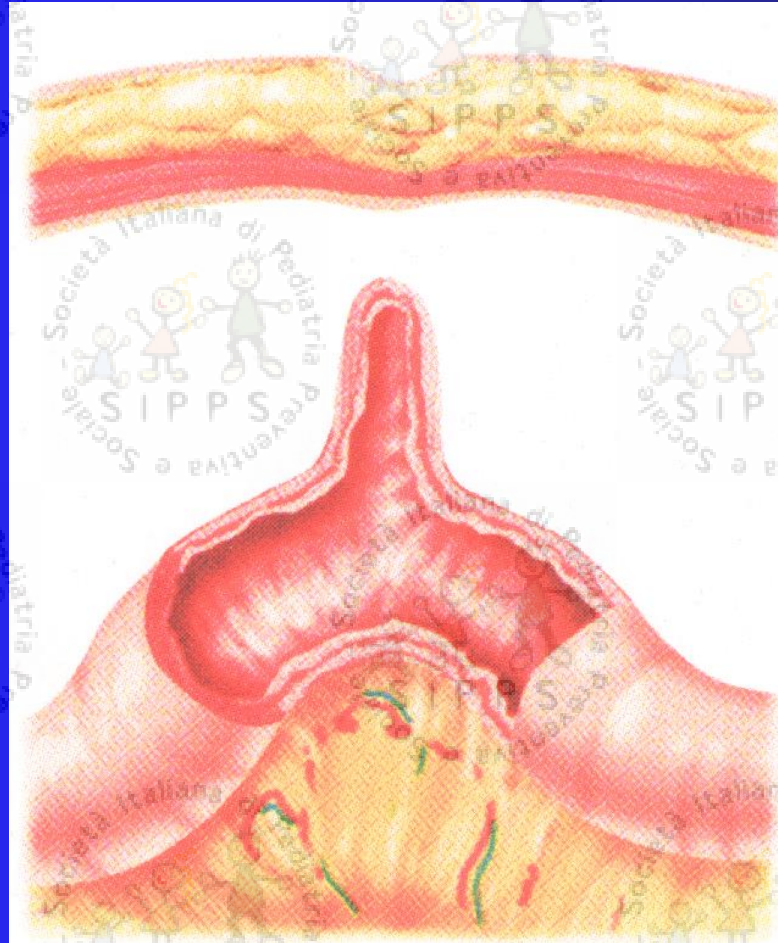
# INVAGINAZIONE INTESTINALE secondaria a polipo ileale



# INVAGINAZIONE INTESTINALE secondaria a polipo ileale



# DIVERTICOLO DI MECKEL



Sebastiano Cacciaguerra  
A.R.N.A.S. Garibaldi  
P.O. Nesima, Catania

# DIVERTICOLO DI MECKEL

## Sintomi clinici

- **MAGGIORE INCIDENZA AL DI SOTTO DEI DUE ANNI DI ETÀ'**
- **Emorragia da irritazione della mucosa intestinale adiacente: 40% dei casi**
- **Occlusione** : distensione addominale, dolore
- **"Meckelite"** : sintomatologia simil-appendicolare
- **Perforazione** : contrazione di difesa, riduzione dei borborigmi

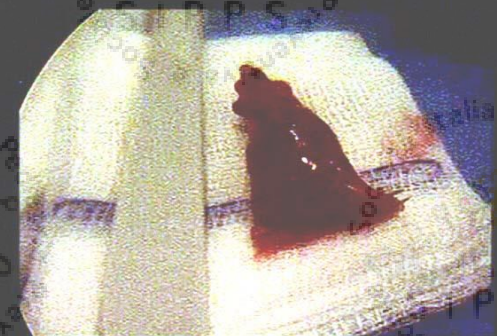
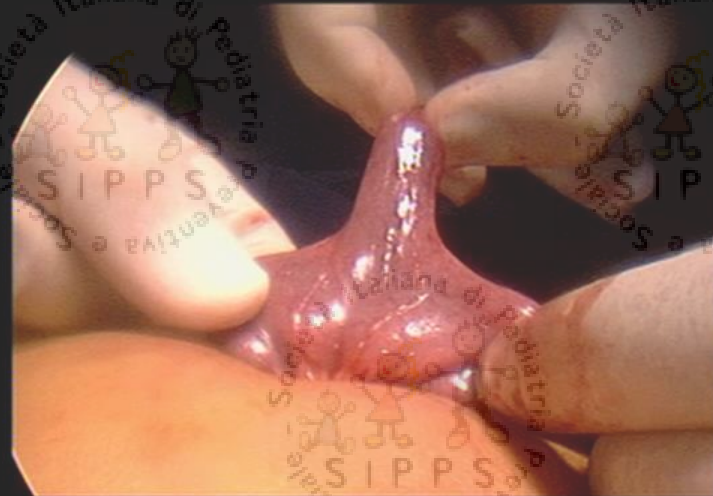
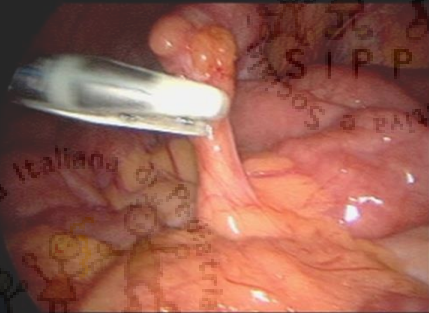
# DIVERTICOLO DI MECKEL

## Esami paraclinici

- **Emocromo con formula:** Anemia con ematocrito ridotto (emorragia), leucocitosi
- **Es. feci:** sangue rosso vivo o rosso scuro, senza leucociti
- **Rx addome in bianco:** aria libera (perforazione), dilatazione e livelli (ostruzione)
- **Scintigrafia con tecnezio pertechnetato (pos. 30 -70%)**
- **Laparoscopia**

# DIVERTICOLO DI MECKEL

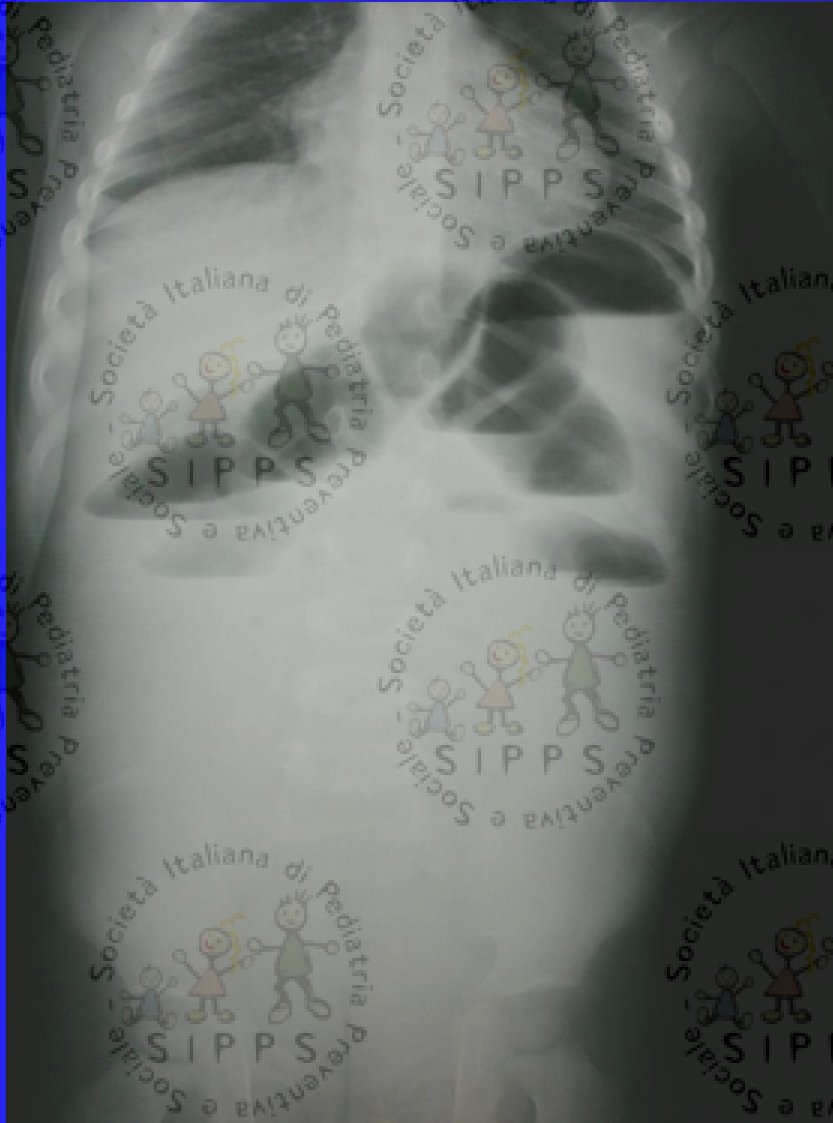
## Trattamento laparoassistito





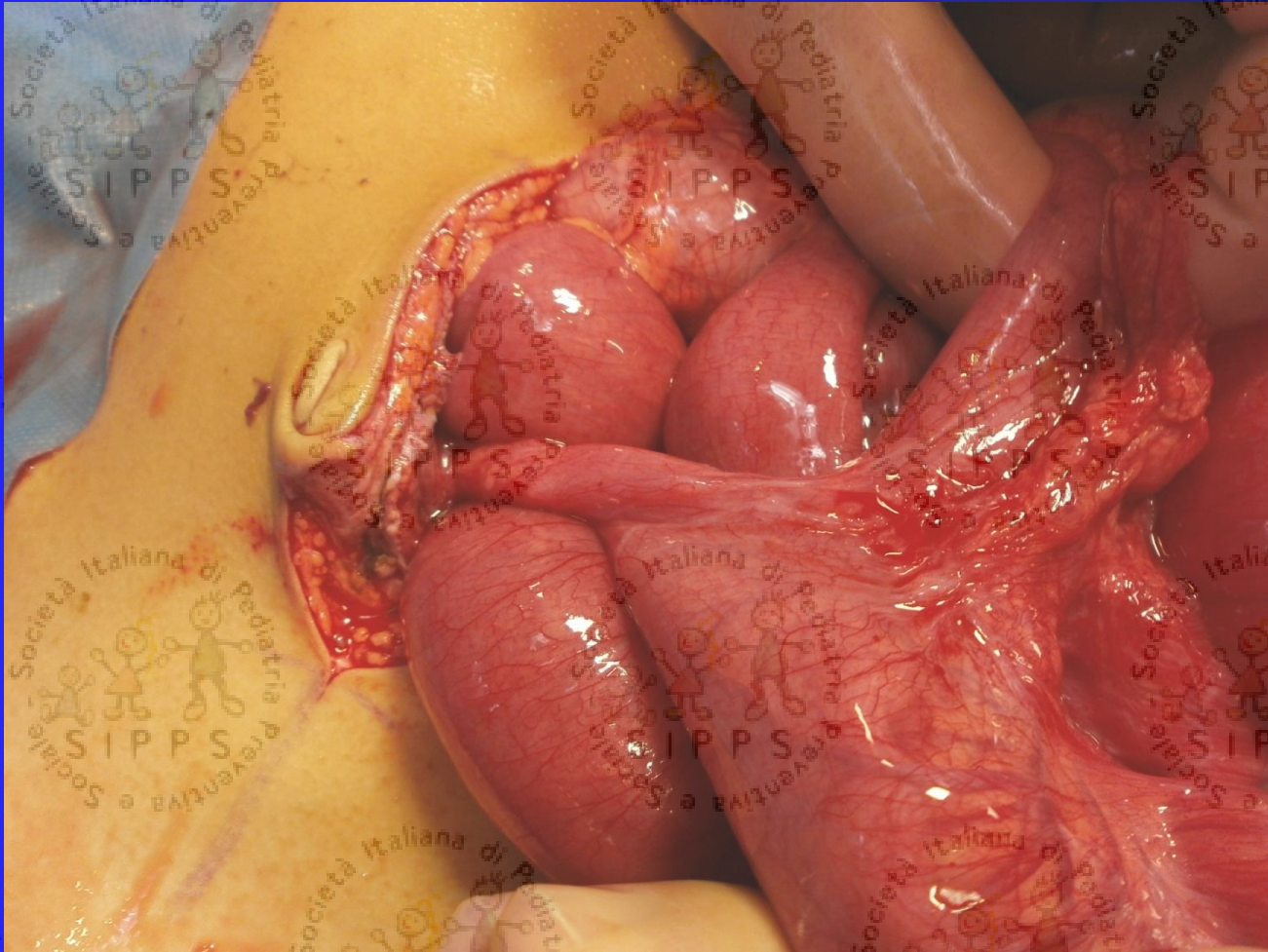
# DIVERTICOLO DI MECKEL

## Quadro occlusivo



# DIVERTICOLO DI MECKEL

## Quadro occlusivo

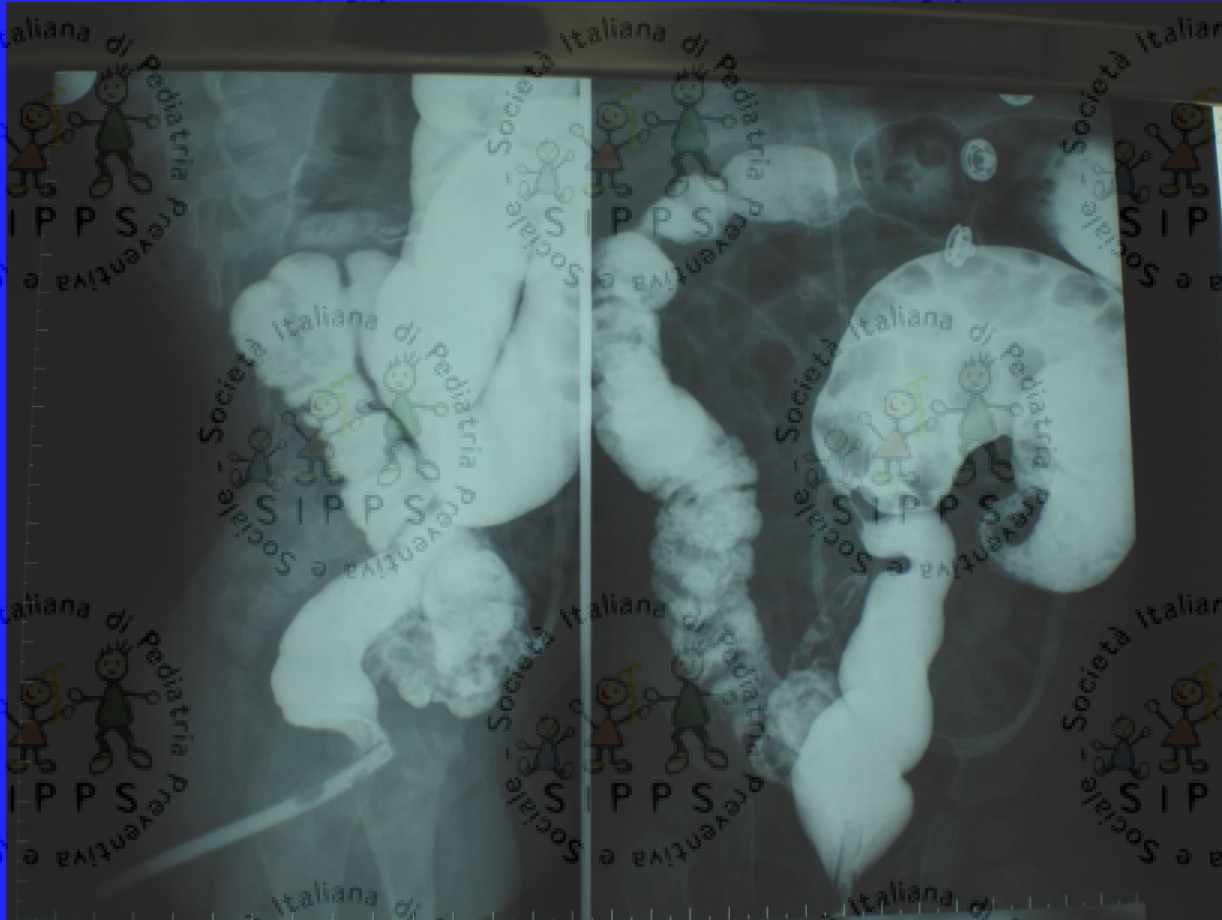


# briglia congenita

## Quadro occlusivo con lattobezoario



# Morbo di Hirschsprung



# Morbo di Hirschsprung



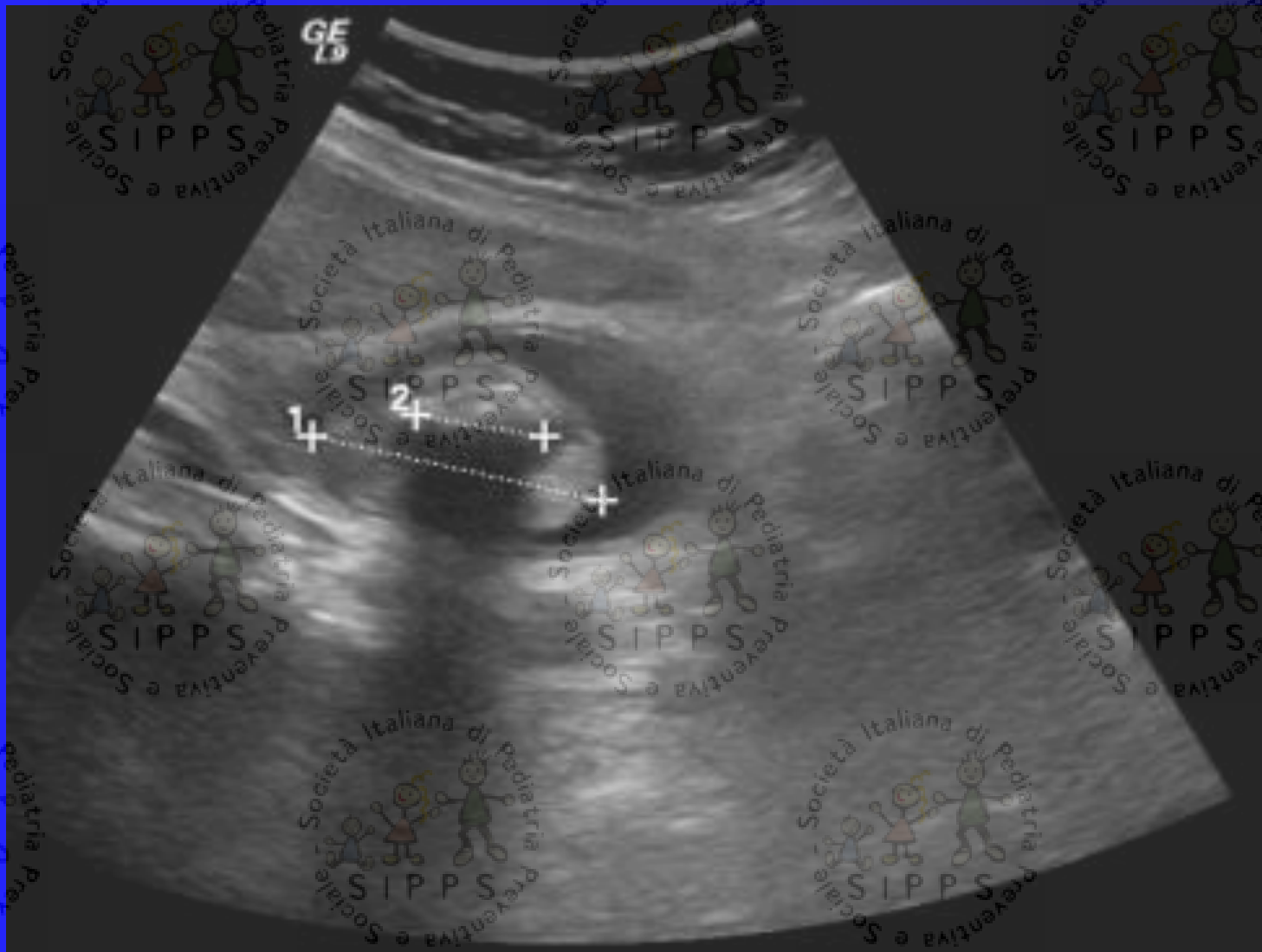
# Dolore ai quadranti superiori

- Litiasi biliare
- Pancreatite
- Malattia peptica

# Litiasi biliare

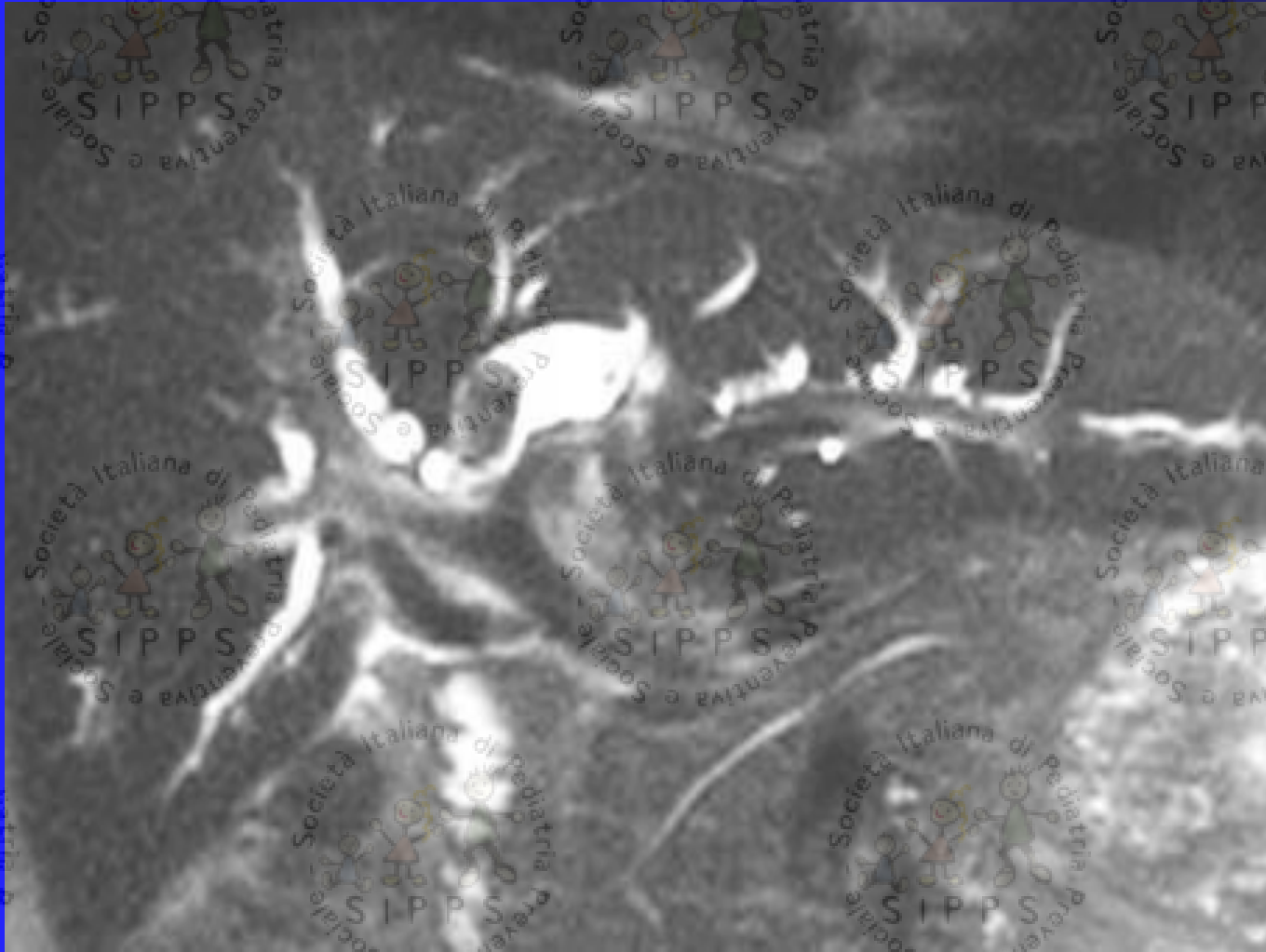


# Litiasi biliare

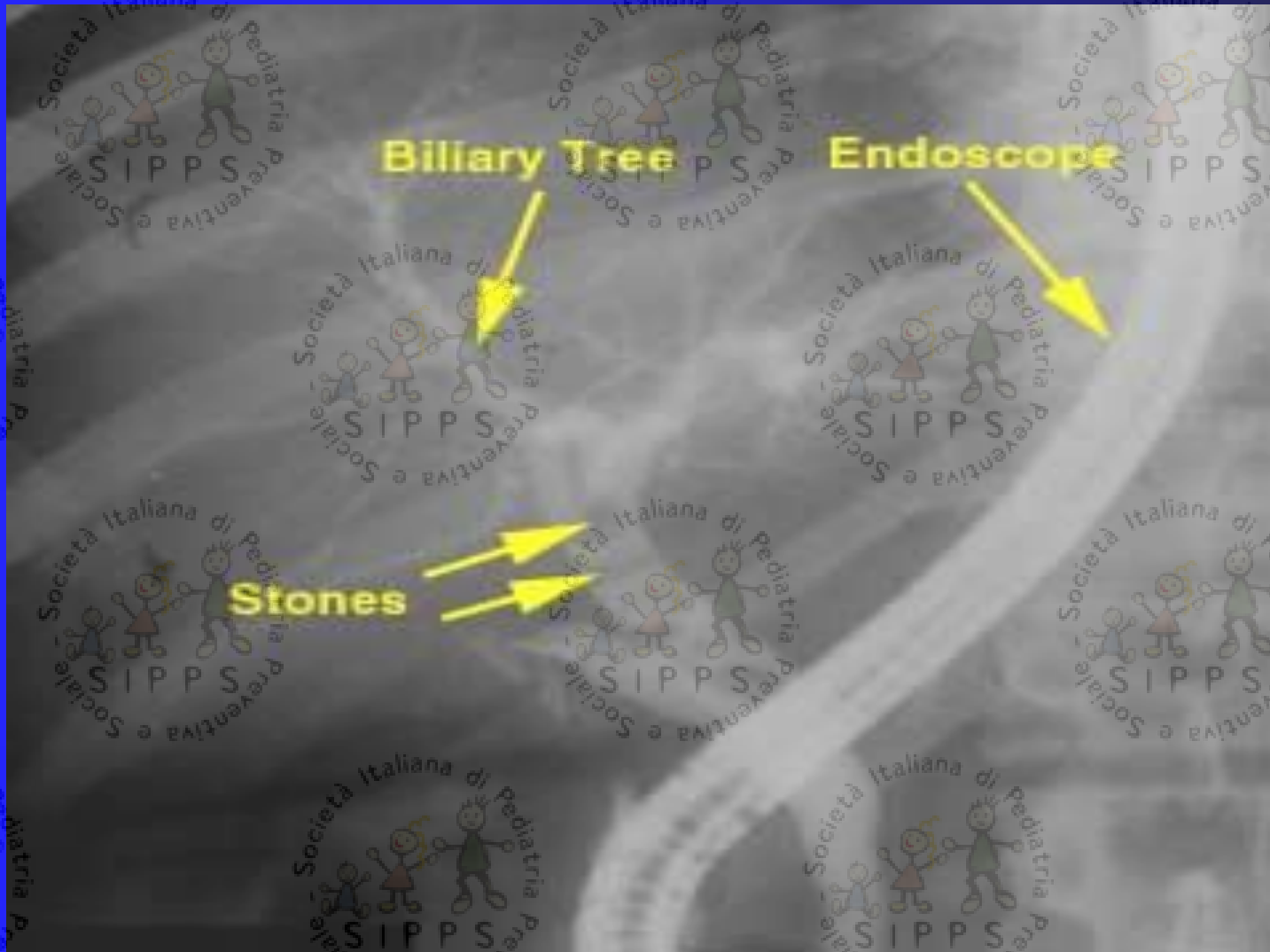




# Litiasi biliare



# Litiasi biliare



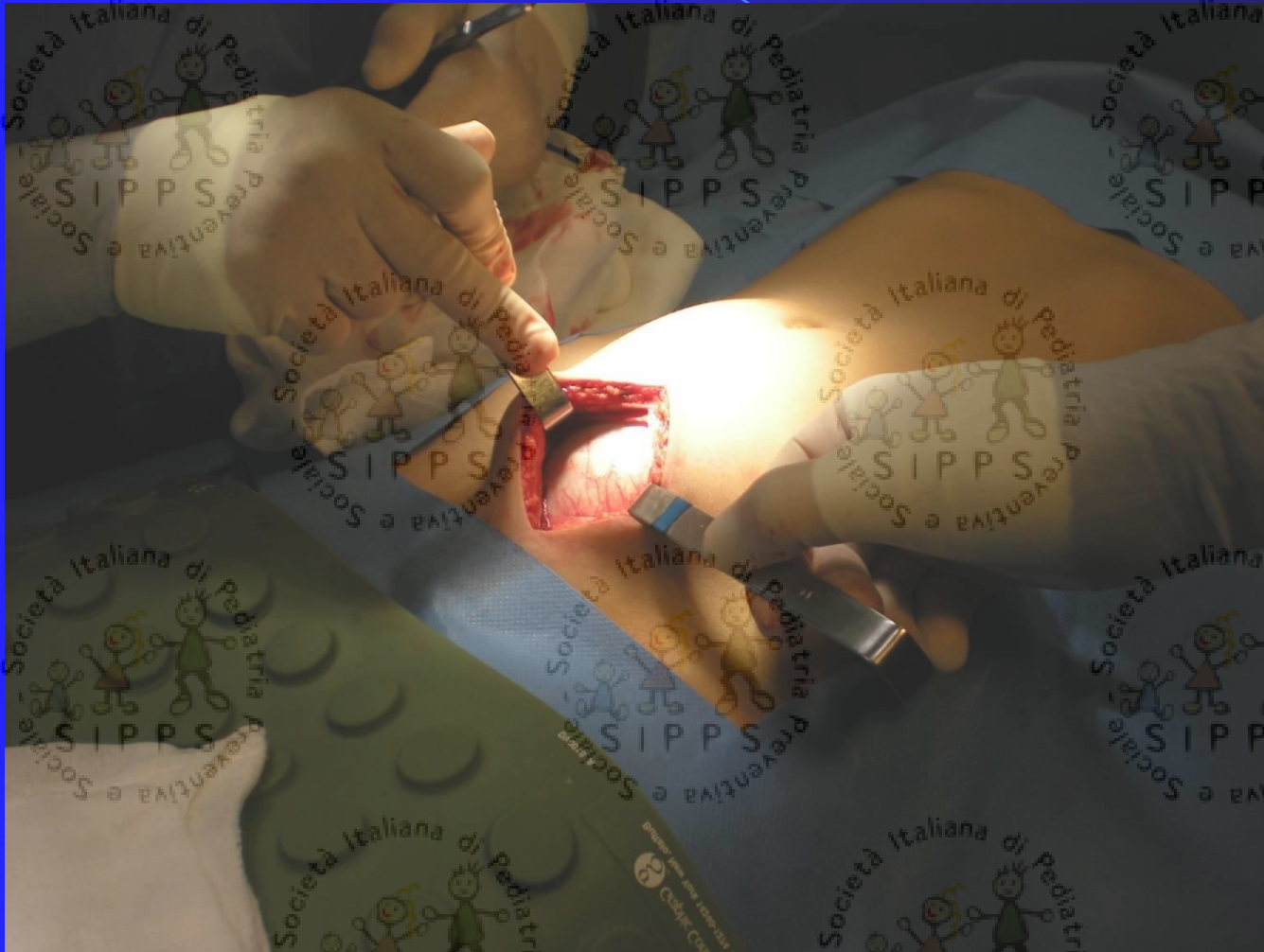
# PATOLOGIA OVARICA – quadro con algie



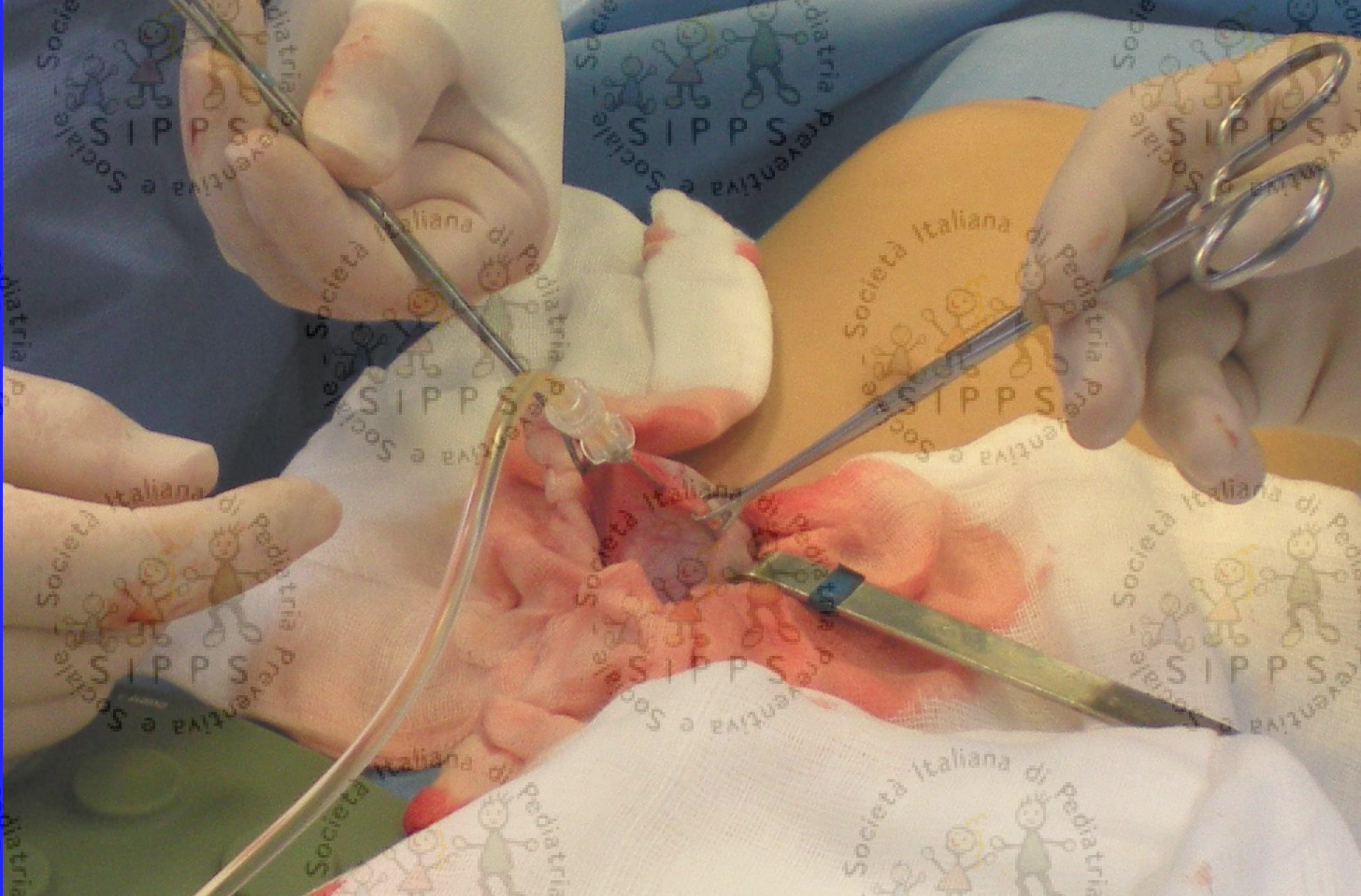
# PATOLOGIA OVARICA – quadro occlusivo



# PATOLOGIA OVARICA – quadro occlusivo



# PATOLOGIA OVARICA – quadro occlusivo



# PATOLOGIA OVARICA – quadro occlusivo



# Calcolosi urinaria - epidemiologia

Nei Paesi Industrializzati (USA, Europa) la prevalenza dell'urolitiasi pediatrica è aumentata negli ultimi 50 anni

**Elevata assunzione di proteine,  
cloruro di sodio, ossalati**

**SINDROME METABOLICA**

**Scarsa assunzione di potassio,  
citrato, acqua**





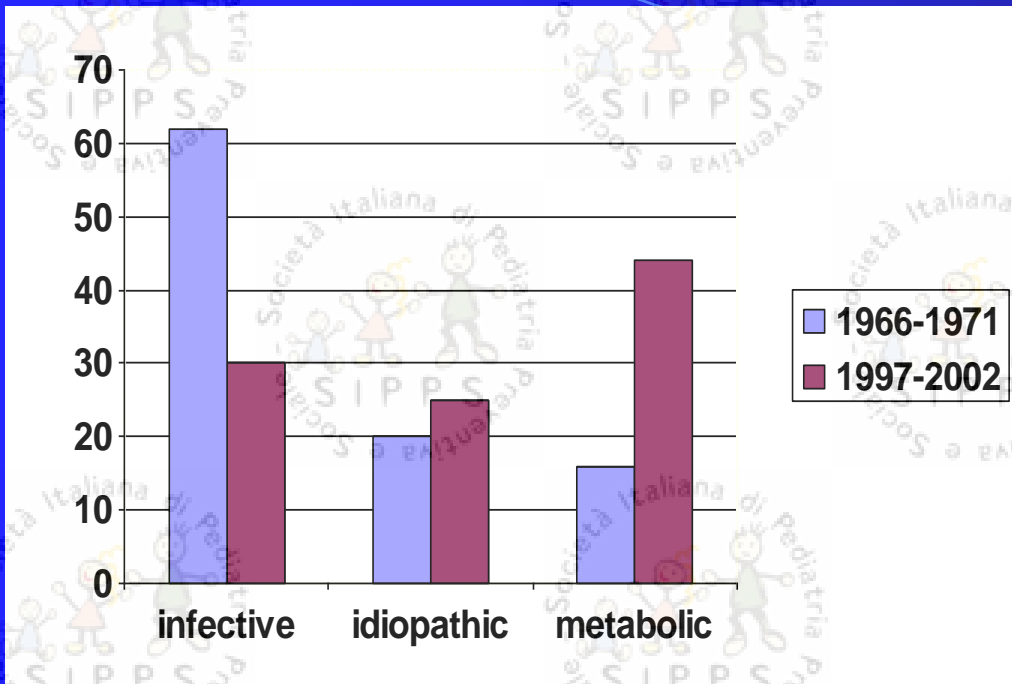
# Calcolosi urinaria - epidemiologia

## Nei Paesi in via di sviluppo

- L'urolitiasi pediatrica è piu' comune nel Sud Est Asiatico (India, Pakistan, Indocina) ed Africa
- Coinvolge piu' spesso la vescica

### Fattori di rischio :

- **Malnutrizione severa**
- **Disidratazione**
- **IVU**
- **Familiarita'**

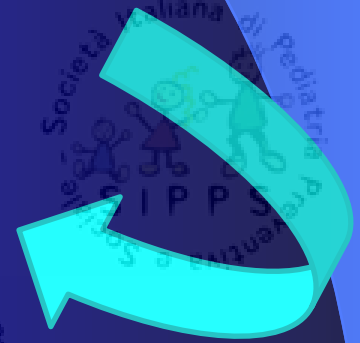


Epidemiology of pediatric renal stone disease In the U.K.

La più significativa evidenza in Europa è ***l'apparente riduzione della quota di calcoli infettivi a favore dell'incremento di anomalie metaboliche sconosciute*** che vanno dal 16% di trenta anni fa al 44% di oggi

Aumentata accuratezza e sensibilità nell'identificazione e trattamento delle infezioni urinarie nei bambini

Migliorate conoscenze eziopatogenetiche della calcolosi urinaria pediatrica.



# Calcolosi urinaria - epidemiologia

Minima prevalenza nel maschio (1,4: 1 – 2,1:1)

***MALFORMAZIONI UROSCRETORIE*** associate nel 5% dei bambini con urolitiasi

## COMPOSIZIONE

- Ossalato di calcio (45-65%) o fosfato di calcio (14-30%)

- Acido urico, struvite e cistina (5-10%)

# Calcolosi urinaria – presentazione clinica

- I segni e sintomi che causano l'ospedalizzazione nella nostra area geografica (confrontata con indagini effettuate in Turchia, Tunisia, Islanda e Trieste)

	Palermo (Maringhini)	Turchia (Alpay)	Tunisia (Haddad)	Islanda (Edvardsson)	Trieste (Peratoner)
Microematuria	54 %		30 %	80%	12 %
IVU	24 %	12 %	33 %	23%	29 %
Dolore addominale (DAR)	20 %	17 %	19 %	69%	56 %
Disuria	14 %	23 %	8 %		
Macroematuria	10 %	2 %			
Colica reno- ureterale	2 %	27 %			

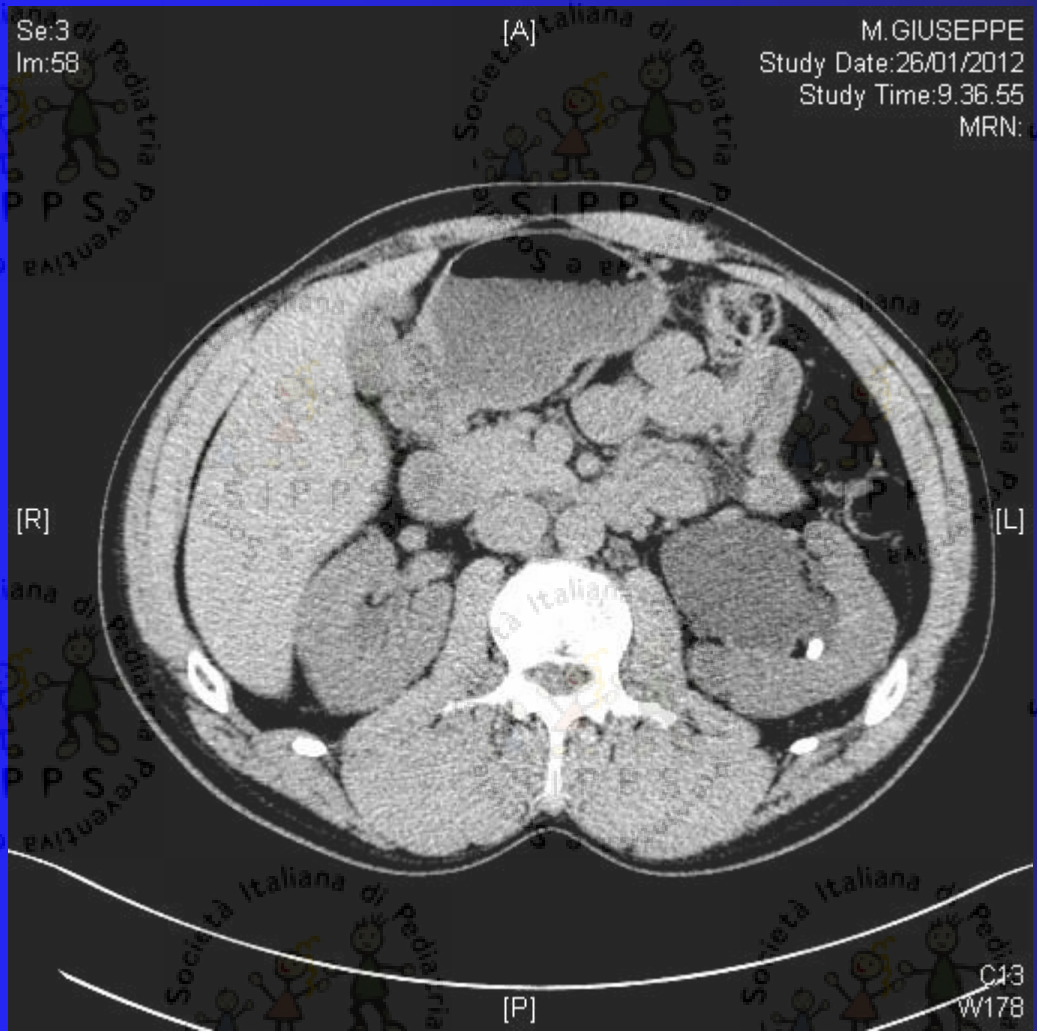
# Litiasi urinaria



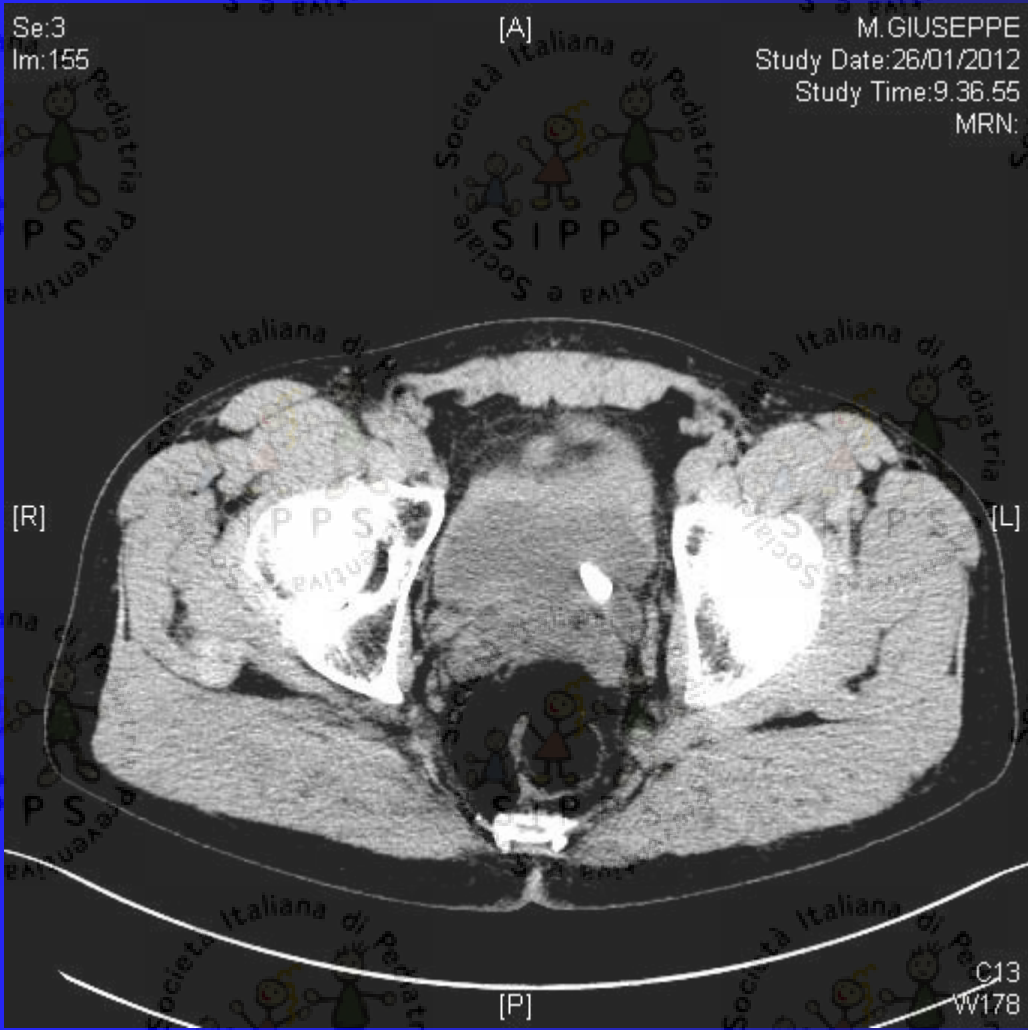
# Litiasi urinaria



# Litiasi urinaria



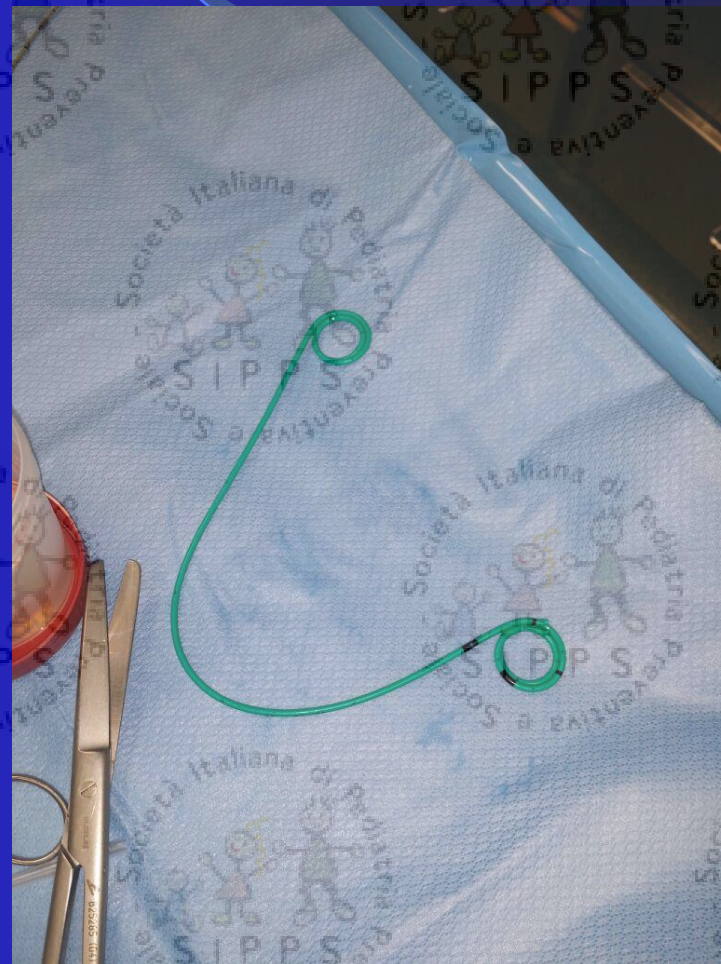
# Litiasi urinaria





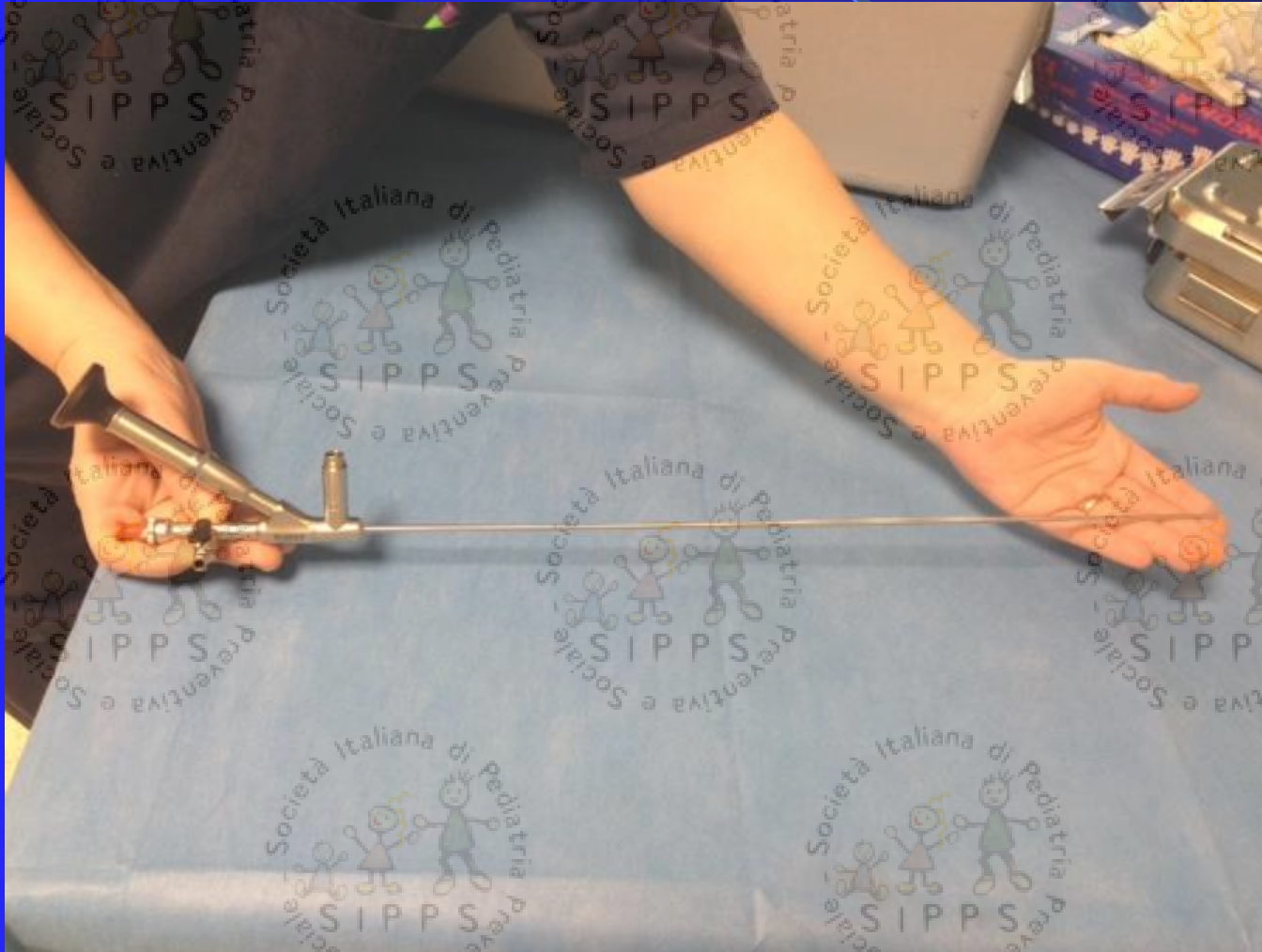
# Litiasi urinaria ostruente

## Trattamento – inserzione di doppio j



# Litiasi urinaria ostruente

## ureteroscopia (rigida o flessibile)



# Litiasi urinaria



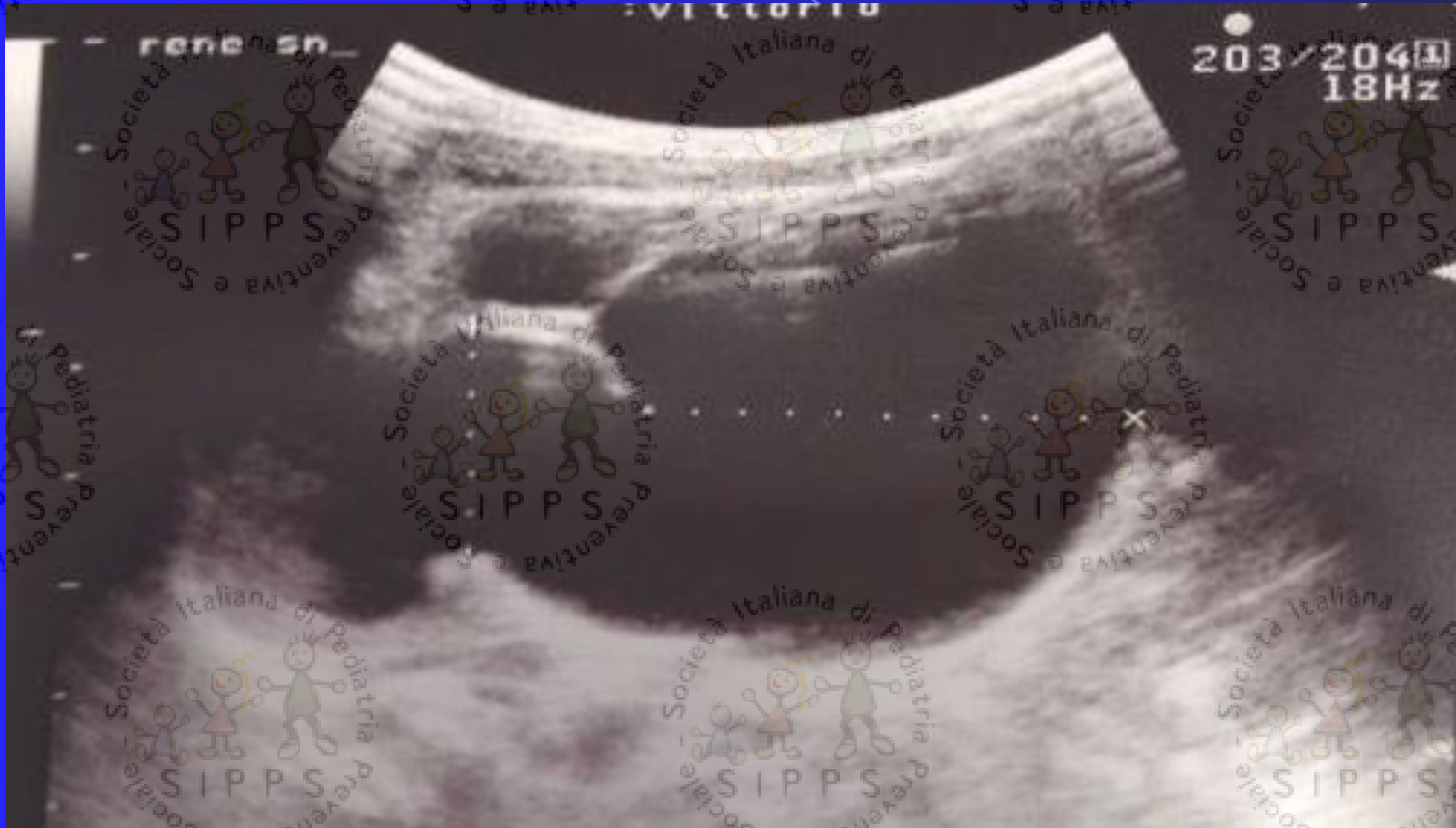
# Litiasi urinaria



# Litiasi urinaria



# IDRONEFROSI OSTRUTTIVA



**8 DERIVAZIONI IN URGENZA su 112 casi operati:**

- 5 INSERZIONI DI DOPPIO j
- 3 NEFROSTOMIE PERCUTANEE



OSPEDALE GARIBOLDI

Roberta B  
DN 13.02.02

A domicilio: febbre da cinque giorni, trattata con antipiretici

4.02.05: Ricovero in Pediatria Ospedale Garibaldi per  
VOMITO RIPETUTO, DOLENZA al FIANCO DESTRO  
**DISURIA, STRANGURIA**, febbre intermittente

Durante l'ospedalizzazione è di difficile valutazione clinica, **è canalizzata, ha appetito**, non vomita

Esami ematochimici: VES 75, GB 9.900, N 67%

**Urine: tappeto di leucociti, batteriuria**

Caso 1



Inizia terapia antibiotica con Cefalosporina di III gen  
(diagnosi di infezione delle vie urinarie)

4 giorni successivi: febbre intermittente (picchi di 39°C)  
Sierodiagnosi negative

9.02.05: consulenza chirurgica: addome trattabile, modesta  
dolenzia in FID e fianco destro, canalizzata, buon appetito  
Eco Addome: negativa

10.02.05: Eco addome: falda liquida nello scavo di Douglas,  
assenza di altri elementi significativi a carico degli organi  
esaminati. Peristalsi intestinale presente

Continua febbre intermittente nonostante terapia antibiotica

Indici di flogosi alterati

Leucocitosi

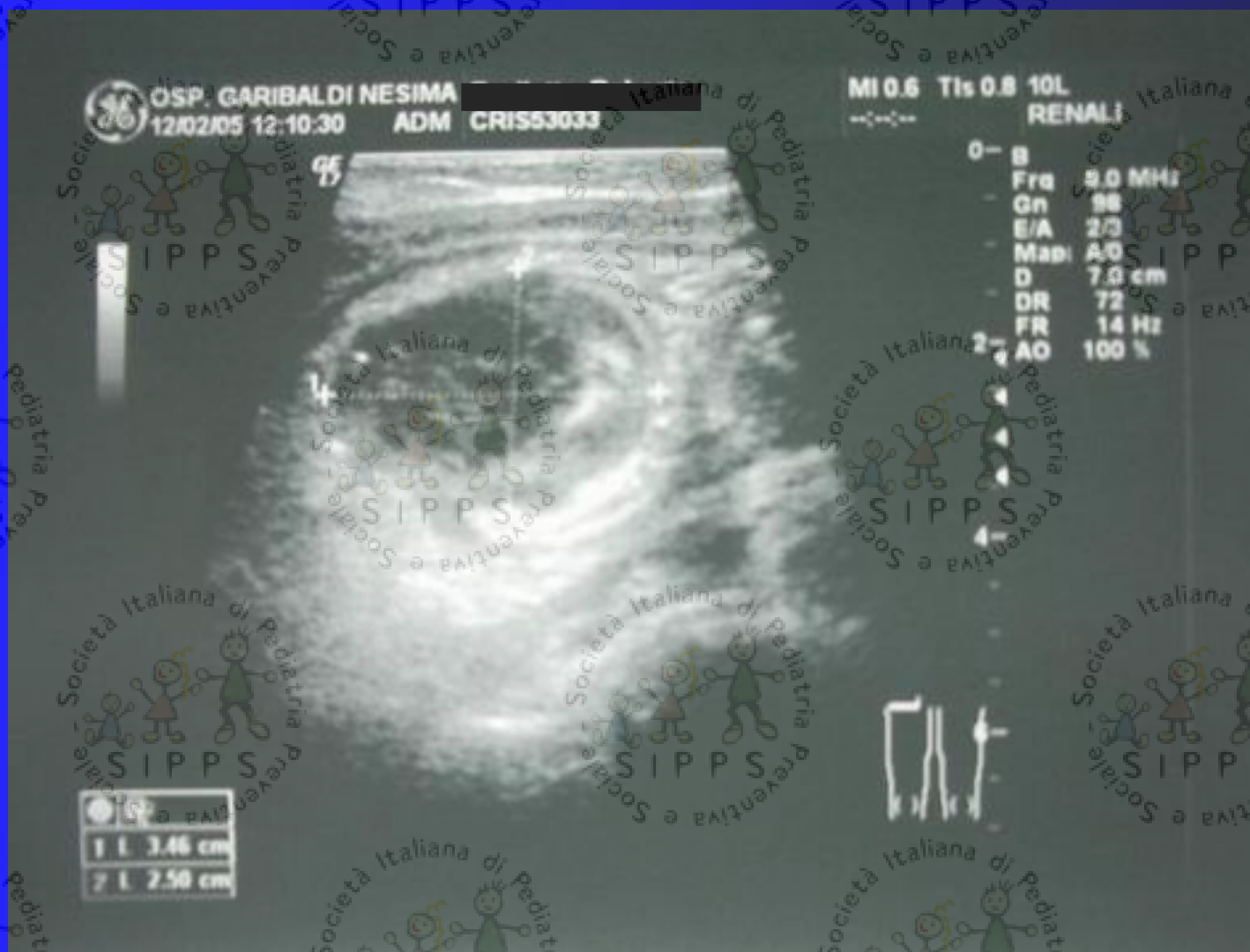
Bambina che “non piace”

12.02.05: consulenza chirurgica: dolenzia al fianco destro

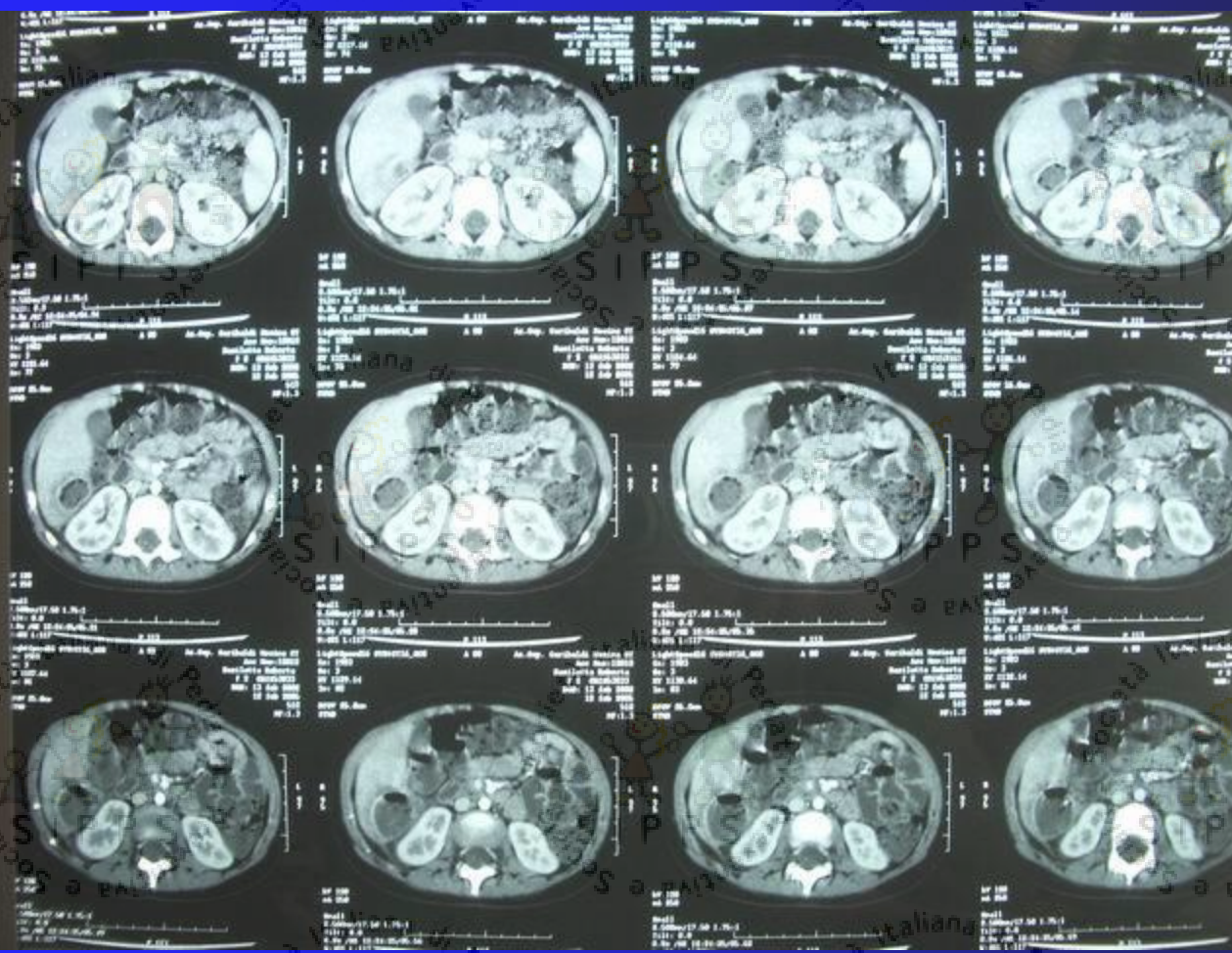
addome soffice, trattabile, paziente canalizzata.

Richiesta nuova eco addome

# 12.02.05: eco addome



12.02.05: tc addome



Caso 1

# INTERVENTO CHIRURGICO

- Laparotomia trasversale sottocostale dx
- Mobilizzazione della doccia parieto-colica dx
- Evacuazione di ascesso
- Appendicectomia
- Lavaggio
- Drenaggio

## TERAPIA ANTIBIOTICA

- Ampicillina / Sulbactam e.v. per 7 gg
- Metronidazolo e.v. per 5 gg

- DECORSO:
- rimozione drenaggio in III giornata
  - canalizzazione alle feci IV g
  - formazione di raccolta soprafascale drenata spontaneamente
  - dimissione in X giornata

Giuseppe L  
DN 1.03.04

A domicilio: 5 gg di febbre trattata con cefalosporina per os,  
antipiretici, Celestone

Ospedale di X.: 3 gg di febbre intermittente, trattata con  
cefalosporina i.m. ed antipiretici.

Comparsa di **VOMITO** e **DIARREA**  
Addome globoso

15.08.05 pomeriggio: Trasferito presso la Pediatria dell'Ospedale Garibaldi di Ct: febbrile, condizioni generali scadenti, addome globoso, scarsamente trattabile su tutti i quadranti

Esami ematochimici: GB 20.700, N 75%, PCR 29.2

Inizia reidratazione con plasma e soluzione elettrolitica



RX



Caso 2

# RX addome



Caso 2

# Eco addome



Caso 2

# Eco addome



Caso 2

## INTERVENTO CHIRURGICO

- laparotomia trasversale sottoepatica
- mobilizzazione del colon ascendente e della flessura epatica
- evacuazione di ascesso sotto-epatico
- appendicectomia (retrograda)
- lavaggio

## TERAPIA ANTIBIOTICA

- Ampicillina / Sulbactam e.v. per 7 gg
- Metronidazolo e.v. per 5 gg

## DECORSO

- Canalizzazione in III giornata
- Dimissione in VIII giornata
- Torna in XIV giornata con febbre e tosse:  
versamento pleurico dx  
atelettasia/addensamento lobo inferiore dx
- Trattamento con terapia antibiotica e.v. e  
fisioterapia

Ginevra C.  
DN 30.08.02

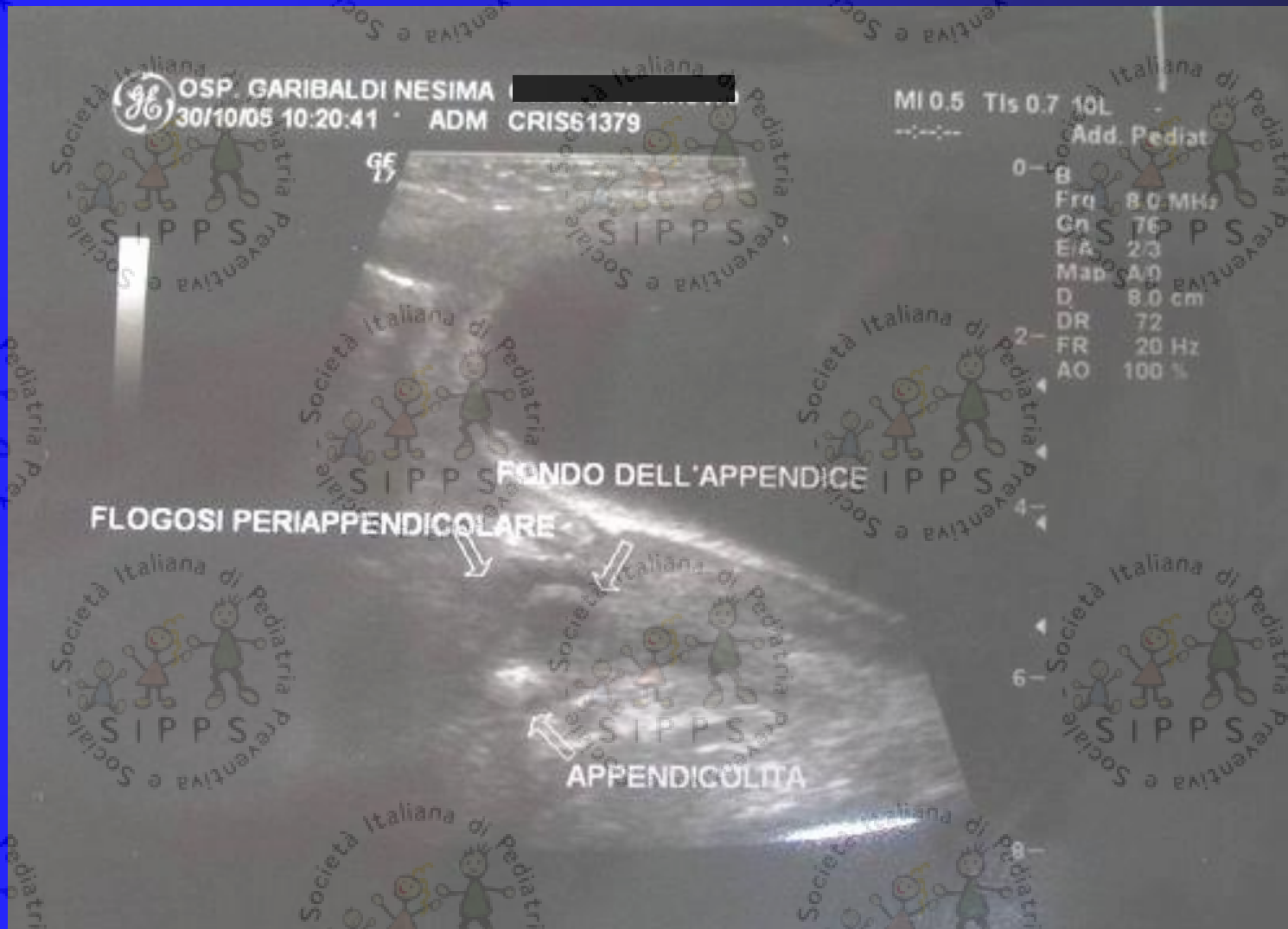
A domicilio: tre giorni di febbre, dolori addominali, diarrea, disuria. Trattamento con cefalosporina per os

29.10.05 notte: ricovero presso Ospedale Garibaldi di CT: Aspetto sofferente, disidratata, febbrile, presenta disuria e piccoli spruzzi di diarrea

Esami ematochimici: **6900 GB**, 78% N, VES 51, PCR 19

Inizia reidratazione con soluzione elettrolitica e.v.

# ECO addome





## INTERVENTO CHIRURGICO

- Incisione nel punto di Mc Burney con sezione dei muscoli larghi
- Fuoriuscita di abbondanti quantità di pus libero in peritoneo
- Appendicectomia
- Lavaggio

# TERAPIA ANTIBIOTICA

Cefotaxime e.v.

Metronidazolo e.v.

## DECORSO

Canalizzata in II giornata

Dimissione in V giornata