

Ossiuriasi appendicolare: nostra esperienza

L. DI MARCO, M. BERGHENTI, C. COCUZZA, A. MANFREDINI, V. SCIASCIA, R. SALMI

RIASSUNTO: Ossiuriasi appendicolare: nostra esperienza.

L. DI MARCO, M. BERGHENTI, C. COCUZZA, A. MANFREDINI, V. SCIASCIA, R. SALMI

*Gli Autori presentano 2 casi di ossiuriasi appendicolare riscontrati negli ultimi 5 anni della loro esperienza su di un totale di 186 appendicectomie. La sintomatologia è indistinguibile da un quadro di patologia appendicolare acuta e la diagnosi di infestazione da *Enterobius vermicularis* si ottiene solo con l'esame istologico del pezzo asportato. È più frequente l'associazione con l'appendicite cronica ma sono descritti casi, anche se rari, di flogosi appendicolare acuta.*

Gli Autori ritengono importante aver presente l'enterobiasi di fronte a casi di sospetto morbo di Crohn a tipica localizzazione ileo-cecale.

SUMMARY: Pinworm infestation of the appendix.

L. DI MARCO, M. BERGHENTI, C. COCUZZA, A. MANFREDINI, V. SCIASCIA, R. SALMI

The Authors present 2 cases of enterobiasis of appendix observed on a total of 186 appendicectomies. Enterobius infestation is an uncommon cause of acute appendicitis. Preoperative diagnosis of pinworm infestation is almost impossible without clinical suspect. Parasites may produce symptoms which resemble acute appendicitis but parasitic infection rarely causes it.

It is also important considered in the differential diagnosis cases that mimic Crohn's disease.

KEY WORDS: Ossiuro - *Enterobius vermicularis* - Appendice.
Pinworm - *Enterobius vermicularis* - Appendix.

Introduzione

Il ruolo dell'*Enterobius vermicularis* nell'eziopatogenesi dell'appendice viene discusso da oltre un secolo ma, a tutt'oggi, non è provato un sicuro rapporto di causa-effetto (1-3). Considerato il diminuire della patologia appendicolare e, soprattutto, il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie della popolazione, la descrizione di casi di infestazione appendicolare da ossiuriasi è molto rara e di fatto una "sorpresa" diagnostica post-operatoria.

Il riscontro nella nostra casistica di 2 casi ci ha indotto ad una revisione della letteratura sull'argomento al fine di conoscere meglio il ruolo dell'*Enterobius vermicularis* nel determinismo dell'appendicopatia.

Azienda USL di Ferrara
Ospedale Civile di Argenta (Fe)
Unità Operativa di Chirurgia Generale
(Direttore: Prof. A. Liboni)

© Copyright 2006, CIC Edizioni Internazionali, Roma

Pazienti e metodi

Lo studio riguarda le 186 appendicectomie (79 uomini, 107 donne) eseguite nell'Unità Operativa di Chirurgia Generale dell'Ospedale Civile di Argenta (Ferrara) nel periodo compreso fra gennaio 2000 ed ottobre 2005. In 19 casi l'appendicectomia è stata eseguita in corso di altro intervento. L'esame istologico definitivo ha rivelato la presenza dell'*Enterobius vermicularis* solo in 2 casi (1,07%), entrambe giovani donne extracomunitarie (Pakistan e Tunisia).

Caso n. 1

GEFI, 28 anni, giunge in Pronto Soccorso con algie addominali diffuse, iperpiressia e due episodi di vomito; è sofferente e sudata. All'esame obiettivo l'addome è piano, poco trattabile e con segno di Blumberg francamente positivo in fossa iliaca destra. La temperatura ascellare è 38,7°C. L'alvo è chiuso alle feci ed ai gas da 48 ore. L'esame emocromocitometrico è nella norma ad eccezione di una modesta neutrofilia (71,3%). Per il resto solo il fibrinogeno è alterato (708 mg/dl).

L'esame diretto dell'addome mostra una pneumatizzazione

della cornice colica e la presenza di alcune anse del tenue con sparsi livelli idroaerei. Elettrocardiogramma, radiografia del torace ed ecografia dell'addome risultano nella norma. Il test di gravidanza è negativo.

Viene diagnosticata una appendicite acuta confermata poi, in regime d'urgenza, in sala operatoria.

Caso n. 2

NTZ, 32 anni, soffre di coliche addominali recidivanti nei quadranti distali dell'addome per cui giunge alla nostra osservazione ambulatoriale. È apiretica, normotesa e non assume alcuna terapia domiciliare. Il dolore, comparso da 3 settimane, accentuato in fossa iliaca destra, è divenuto continuo e si attenua parzialmente con terapia antinfiammatoria.

L'addome è dolente alla palpazione profonda in fossa iliaca destra ma il segno di Blumberg è negativo. La paziente si sottopone in regime di preospedalizzazione a tutti gli esami routinari che risultano nella norma e viene quindi operata nel sospetto di una appendicopatia cronica.

Entrambi gli esami istologici evidenziano la presenza di ossiuri stipati nelle appendici asportate e repertano un quadro di appendicite cronica follicolo-iperplastica senza formazioni granulomatose nella parete dell'organo.

Discussione e conclusioni

L'ossiurasi o enterobiasi è una infestazione intestinale dovuta all'*Enterobius vermicularis* e caratterizzata da un fastidiosissimo prurito perianale, soprattutto notturno. L'incidenza nella popolazione infantile è del 20% ed aumenta nelle situazioni di sovraffollamento (4). L'infestazione si ha per diffusione con le dita delle uova del parassita dalla regione perianale a vestiario, biancheria da letto, giocattoli, ecc., da cui esse passano ad un nuovo ospite, che le ingerisce. I parassiti maturano nel fondo ciecale in 2-6 settimane raggiungendo il centimetro di lunghezza. La femmina gravida arriva alla regione perianale e nelle pieghe cutanee deposita fino a 10.000 uova. I movimenti del verme femmina e la sostanza gelatinosa in cui deposita le uova causano il

prurito perianale, soprattutto notturno: il grattamento mantiene l'autoinfestazione. Le uova sopravvivono tre settimane e, schiudendosi, liberano le larve che possono risalire nel retto (retroinfestazione). Poiché circa il 20% della popolazione infantile è parassitata e poiché la maggior parte non sa di essere infestata, e non è quindi in terapia, resta ancor oggi sconosciuto il modo in cui il soggetto elimina il parassita dal proprio corpo.

Il riscontro dell'*Enterobius vermicularis* nell'appendice è raro. In letteratura è descritto dallo 0,2 al 4,8% (5-8). La patogenesi dell'appendicite sembra dovuta all'ostruzione del lume da parte dei vermi, come già Aschoff ipotizzò all'inizio del secolo scorso, nel suo lavoro "Appendicopathia oxiurica (pseudoappendicitis ex oxyure)" (1). L'Autore parla di colica appendicolare da ostruzione del lume clinicamente indistinguibile da un attacco di appendicite acuta. La maggior parte degli Autori sostiene invece l'associazione dell'infestazione ad una patologia appendicolare cronica "preesistente" sia per l'aspetto macroscopico intraoperatorio, sia per il riscontro istologico di formazioni granulomatose nel pezzo operatorio (9-11). La diagnosi di ossiuriasi appendicolare resta in tutti i casi misconosciuta fino all'esame anatomico-patologico.

La sintomatologia d'esordio è quella di una comune appendicopatia con algie in fossa iliaca destra associate o meno ad altri sintomi, come confermato anche nella nostra esperienza (12, 13). È riportata in letteratura la capacità dell'*Enterobius vermicularis* di determinare con la sua presenza la formazione di infiltrati flogistici eosinofili nella lamina propria della mucosa dell'ileo e di granulomi epiteliali senza zone di necrosi a simulare una ileite terminale o morbo di Crohn (14).

È importante ribadire che l'infestazione dell'appendice vermiforme può manifestarsi con una sintomatologia da appendicite acuta, ma di rado ne è la causa. È bene comunque tenere presente questa possibilità ogni qualvolta ci si trovi di fronte ad un soggetto in giovane età con un quadro clinico simil-appendicolare.

Bibliografia

1. Ashoff L. Appendicopathia oxiurica (pseudoappendicitis ex oxyure). Med Klin 1913; 91: 249-51.
2. Listorto G, Ferranti F, Mancini G, Pizzicannella G, Sablone MG, Rossi M, D'Aristotile A, Gaspari AL. The role of *Enterobius vermicularis* in etiopathogenesis of appendicitis. Min Chir 1996; 51: 293-6.
3. Chernysheva ES, Ermakova GV, Berezina EIU. The role of helminthiasis in the etiology of acute appendicitis. Khirurgia 2001; 10: 30-2.
4. Ghetti A, Sartini M, De Siena L, Cariani S, Amenta E. L'ossiurasi dell'appendicite. Incidenza di una rara patologia. Chirurgia 1993; 6: 483-4.
5. Yildirim S, Nursal TZ, Tarim A, Kayaselcuk F, Noyan T. A rare cause of acute appendicitis: Parasitic infection. Scand J Infect Dis 2005; 37: 757-9.
6. Nordstrand IA, Jayasekera LK. *Enterobius vermicularis* and clinical appendicitis: worms in the vermiform appendix. ANZ J Surg 2004; 74: 1024-5.
7. Saxena AK, Springer A, Tsokas J, Willital GH. Laparoscopic appendectomy in children with *Enterobius vermicularis*. Surg

- Laparosc Endosc Percutan Tech 2001; 11: 284-6.
8. Wiebe BM. Appendicitis and Enterobius vermicularis. Scand J Gastroenterol 1991; 26: 336-8.
 9. Panchalingam L, Driver C, Mahomed AA. Elective laparoscopic appendicectomy for chronic right iliac fossa pain in children. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2005; 15: 186-9.
 10. Batistatou A, Zolota V, Scopa CD. Images in pathology: oxyuris (enterobius) vermicularis in human cecum and appendix. Int J Pathol 2002; 10: 58.
 11. Makni S, Makni F, Ayadi A, Jlidi R. Appendicular enterobiasis. A propos of 205 cases. Ann Chir 1998; 52: 668.
 12. Arca MJ, Gates RL, Groner JI, Hammond S, Caniano DA. Clinical manifestations of appendicela pinworms in children: an institutional experience and a review of the literature. Pediatr Surg Int 2004; 20: 372-5.
 13. Cook GC. Enterobius vermicularis infection. Gut 1994; 35: 1559-62.
 14. Fernandez-Flores A, Dajil S. Enterobiasis mimicking Crohn's disease. Gastroenterol 2004; 23: 149-50.