P.O. 03

APPENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA PER APPENDICITE ACUTA

FASI	NOME	FUNZIONE	DATA	FIRMA
REDATTO	Dott. A.Puglisi	Dirigente medico U.O. Chirurgia d'urgenza	6/10/16	
APPROVATO	Prof. M. Chiarugi	Direttore U.O. Chirurgia d'urgenza	7/10/16	
	Dott.ssa E. Floriani	Coord. inferm. U.O. Chirurgia d'Urgenza	7/10/16	
EMESSO	Dott. S. Giuliani	Direttore ff U.O. Accreditamento e Qualità	7/10/16	

Il presente protocollo è stato elaborato a cura di:

- Dott. Adolfo Puglisi, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Matteo Modesti, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott.ssa Marsia Pucciarelli, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Luigi Cobuccio, dottorato di ricerca in Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Christian Galatioto, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Dario Tartaglia, dottorato di ricerca in Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Andrea Bertolucci, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Ismael Cengeli, dirigente medico U.O. Chirurgia d'Urgenza

Con la collaborazione della dott.ssa Federica Marchetti, IFC U.O. Accreditamento e Qualità e della dott.ssa Maria Carola Martino, dirigente medico U.O. Igiene ed Epidemiologia - UGIRCC

Revisionato a cura di:

- Prof. Massimo Chiarugi, direttore U.O. Chirurgia d'Urgenza
- Dott. Eugenio Orsitto, direttore DEA e U.O. Radiodiagnostica PS
- Dott. Massimo Santini, direttore U.O. Medicina d'Urgenza e PS
- Dott. Paolo Malacarne, direttore U.O. Anestesia e rianimazione PS
- Dott.ssa Elena Floriani, coordinatore infermieritsico U.O. Chirurgia d'Urgenza

La U.O. Accreditamento e Qualità, in ottemperanza alla P.A. 01: "Gestione documentazione qualità", ha provveduto ad effettuare:

- la verifica di conformità (requisiti attesi, codifica, congruità con la documentazione aziendale esistente);
- la convalida e l'emissione (responsabilità, approvazione, definizione lista di distribuzione);
- la distribuzione e la conservazione.

INDICE

1. PREMESSA 4

2. SCOPO ED OBIETTIVI 4

3. CAMPO DI APPLICAZIONE 4

4. RESPONSABILITÀ 4

5. MODALITÀ OPERATIVE 5

5.1 Gestione del paziente presso il PS 5

5.2 Gestione del paziente eleggibile all'intervento di appendicectomia laparoscopica presso la U.O. Chirurgia d'urgenza 5

6. INDICATORE PER EVIDENZA APPLICAZIONE PROTOCOLLO 6

7. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ 6

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI 6

1. PREMESSA

L'appendicite acuta è una delle patologie più frequenti in assoluto e, tra quelle di pertinenza chirurgica, rappresenta la prima causa di addome acuto: in Italia, è stato calcolato che ogni anno lo 0,2% della popolazione si ammala di appendicite acuta e ogni anno vengono eseguiti circa 55-60.000 interventi chirurgici per questa patologia. La diagnosi di appendicite acuta è prevalentemente clinica e laboratoristica: l'esecuzione di esami radiologici (ecografia e TAC) può essere utile nel completamento diagnostico per escludere altre patologie o eventuali complicanze in atto. Nella pratica clinica, il rischio di appendicite acuta viene generalmente identificato mediante sistemi di scoring, come l'Alvarado Score, che rappresenta quello più utilizzato. Nel caso di forte sospetto clinico, è consigliato eseguire l'intervento chirurgico di appendicectomia il più presto possibile. Sebbene non vi è consenso in letteratura, le più recenti Linee Guida consigliano, con un forte grado di raccomandazione, di eseguire l'appendicectomia con metodica laparoscopica in tutti i tipi di pazienti (pediatrici, anziani, obesi, donne in gravidanza), eccezion fatta per coloro che presentano una controindicazione assoluta alla laparoscopia (es. insufficienza cardio-respiratoria). La laparoscopia consente infatti la diagnosi e, spesso, il trattamento di altre patologie acute addominali che possono, in fase "diagnostica"simulare una appendicite acuta. L'appendicectomia laparoscopica è attualmente una procedura chirurgica ampiamente consolidata che viene eseguita con una bassa percentuale di complicanze e un minimo tasso di conversione.

La nostra struttura presenta una casistica annua di circa 100 appendicectomie laparoscopiche per appendicite acuta.

2. SCOPO ED OBIETTIVI

La presente procedura intende garantire la gestione ottimale del paziente con appendicite acuta che afferisce al D.E.A. della A.O.U.P.
In particolare gli obiettivi che si intendono garantire sono:

- corretta e precoce identificazione dei pazienti eleggibili,
- corretta presa in carico del paziente dai diversi setting assistenziali con esecuzione dell'intervento laparoscopico nella UO Chirurgia d'Urgenza,
- riduzione del rischio di complicanze da ritardo diagnostico e di conversione in chirurgia open,
- riduzione della durata media di degenza post-operatoria,
- riduzione dei costi sanitari.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente protocollo deve essere applicato dal personale medico ed infermieristico dell'U.O. Chirurgia di Urgenza ogni qualvolta vi sia la necessità di gestire un paziente con appendicite acuta ricoverato presso la U.O. Chirurgia di Urgenza della A.O.U.P.

4. RESPONSABILITÀ

Le responsabilità delle singole attività verranno indicate di volta in volta nelle varie fasi.

5. MODALITÀ OPERATIVE

5.1 Gestione del paziente presso il PS

I pazienti che giungono al PS con quadro clinico di dolore localizzato in fossa iliaca destra vengono inizialmente valutati dal **medico di PS**, il quale, come definito nella PA 70 "DEA: Percorso del paziente chirurgico in emergenza e urgenza afferente alla U.O. Chirurgia d'urgenza Univ.", procede alla prescrizione della diagnostica (imaging e laboratoristica) necessaria.
In questa fase se necessario il **medico di PS** predispone il posizionamento di una via venosa d'accesso per il reintegro idroelettrolitico.

Nel caso in cui sia il quadro clinico che la diagnostica (esami laboratoristici e strumentali) confermino il sospetto di appendicite acuta, il **medico di PS** attiva immediatamente la consulenza chirurgica attraverso la chiamata su teledrin del medico di guardia della U.O. Chirurgia d'urgenza.

In caso di dubbio diagnostico o nel sospetto di eventuali complicanze in atto, il **chirurgo**, in accordo con il medico di P.S., può decidere di eseguire ulteriore approfondimento diagnostico con TC Addome con mezzo di contrasto.

Il chirurgo, confermato il quadro di appendicite acuta, in mancanza di comorbidità che possano inficiare l'eleggibilità del paziente a tale percorso chirurgico d'urgenza (ad esempio uso di anticoagulanti, evoluzione ascessuale o flemmonosa del processo flogistico acuto ecc.) predispone il ricovero del paziente presso la U.O. Chirurgia d'Urgenza .

In caso di mancanza di posti letto, il paziente viene momentaneamente ricoverato presso una struttura di medicina dove comunque inizia la preparazione all'intervento, in attesa del suo trasferimento presso la UO di Chirurgia.

5.2 Gestione del paziente eleggibile all'intervento di appendicectomia laparoscopica presso la U.O. Chirurgia d'urgenza

Il paziente una volta giunto nel reparto di chirurgia inizia l'iter di preparazione per essere sottoposto a intervento di appendicectomia laparoscopica.

Tale iter prevede:

1. **valutazione clinica** per impostare terapia medica mirata di supporto al quadro clinico;
2. **valutazione anestesiologica** per escludere controindicazioni anestesiologiche assolute allo pneumoperitoneo ed identificazione del rischio operatorio (identificazione di eventuale controindicazioni assolute alla chirurgia, quale una severa insufficienza cardio-respiratoria). L'anestesista della UO Anestesia e Rianimazione PS, presente in sala operatoria o in rianimazione, viene contattato telefonicamente dal medico di reparto. Nel caso in cui l'anestesista dedicato alla sala operatoria della Chirurgia d'urgenza, fosse impegnato su un altro intervento, una volta terminata l' anestesia in corso, si reca al letto del malato per la valutazione preoperatoria**;**
3. **preparazione infermieristica** all'intervento chirurgico secondo quanto definito dalla LG 02 Linea guida aziendale per la preparazione del paziente all'intervento Chirurgico (da valutare se ampliare la parte infermieristica);

4. **trasporto nel blocco operatorio (2 infermieri o 1 infermiere e 1 OSS)** ed inizio intervento.

I pazienti con sospetto di appendicite acuta a cui viene posta indicazione al trattamento chirurgico in urgenza, vengono tutti sottoposti, in prima istanza, ad intervento chirurgico per via laparoscopica. L'appendice viene asportata in tutti i casi in cui è macroscopicamente flogosata (appendicectomia terapeutica), ma anche nei casi in cui venga dimostrata un'altra causa intraddominale responsabile del quadro clinico (appendicectomia profilattica) in quanto le appendici "innocenti", nel 76% dei casi, presentano delle alterazioni microscopiche all'esame istologico.

6. INDICATORE PER EVIDENZA APPLICAZIONE PROTOCOLLO

1. **indicatore di processo:** n° di interventi per appendicite acuta eseguiti in laparoscopica sul numero di casi di appendicite acuta operati
   Standard: 80%

7. MODALITÀ DI AGGIORNAMENTO E SUA PERIODICITÀ

L'aggiornamento del presente protocollo è consequenziale al mutamento delle norme nazionali, regionali o etico-professionali o in occasione di mutamenti di indirizzo proposti da norme, regolamenti ed indicazioni tecniche degli organismi scientifici nazionali ed internazionali o in occasione di mutamenti delle strategie, delle politiche complessive e delle esigenze organizzative aziendali. Si precisa che, ad ogni modo, la revisione va effettuata almeno ogni 3 anni.

8. RIFERIMENTI NORMATIVI E BIBLIOGRAFICI

Istituto Superiore di Sanità, Italia. www.iss.it 2001-2005

Poortman P, Oostvogel HJ, Bosma E, Lohle PN, Cuesta MA, de Lange-de Klerk ES, et al. Improving diagnosis of acute appendicitis: results of a diagnostic pathway with standard use of ultrasonography followed by selective use of CT. J AmCollSurg. Mar 2009;208(3):434-41.

Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. AnnEmergMed. 1986;15(5):557–64.

Di Saverio S, Birindelli A, Kelly MD, Catena F, Weber DG, Sartelli M, Sugrue M, De Moya M, Gomes CA, Bhangu A, Agresta F, Moore EE, Soreide K, Griffiths E, De Castro S, Kashuk J, Kluger Y, Leppaniemi A, Ansaloni L, Andersson M, Coccolini F, Coimbra R, Gurusamy KS, Campanile FC, Biffl W, Chiara O, Moore F, Peitzman AB, Fraga GP, Costa D, Maier RV, Rizoli S, Balogh ZJ, Bendinelli C, Cirocchi R, Tonini V, Piccinini A, Tugnoli G, Jovine E, Persiani R, Biondi A, Scalea T, Stahel P, Ivatury R, Velmahos G, Andersson R.WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis. World J EmergSurg. 2016 Jul 18;11:34.

LINEE GUIDA ACOI APPENDICECTOMIA (SNLG).
http://www.acoi.it/area_giallo/140_linee_guida.aspx
Tartaglia D, Bertolucci A, Galatioto C, Palmeri M, Di Franco G, Fantacci R, Furbetta N, Chiarugi M.Incidentalappendectomy? Microscopy tells another story: A retrospective cohort study in patients presenting acute right lower quadrant abdominal pain. Int J Surg. 2016 Apr;28:149-52.