

Inquadramento clinico e terapeutico della malattia diverticolare

L'invecchiamento della popolazione e la contemporanea acquisizione di un regime alimentare a basso contenuto di fibre, tipico delle società industrializzate, hanno reso la diverticolosi un problema di crescenti dimensioni. Se non trattata può complicarsi in diverticolite e in altre condizioni acute o croniche che necessitano dell'approccio chirurgico

Marco Marino
Specialista in Chirurgia Generale e D'Urgenza
AO "Policlinico P. Giaccone",
Palermo

Si definisce diverticolo una estroflessione sacciforme della mucosa e della sottomucosa attraverso la muscolatura liscia circolare del colon in corrispondenza del punto in cui i vasa recta (preposti alla vascolarizzazione della mucosa colica) attraversano tale muscolatura per portarsi alla sottomucosa (figura 1). La prevalenza di tale condizione è aumentata negli ultimi anni, a seguito dell'acquisizione di un regime alimentare a basso contenuto in fibre tipico delle società industrializzate e al contemporaneo invecchiamento della popolazione. La diverticolosi, ovvero la semplice presenza di tali anomalie anatomiche, raggiunge una prevalenza del

20% nei Paesi occidentali con una incidenza che oscilla dal <10% nei soggetti sotto i 40 anni, fino al 60% negli ultra 70enni.

Tale condizione costituisce un problema di crescenti dimensioni sociali e se non trattata può complicarsi in diverticolite, ovvero una infiammazione e/o infezione a carico solitamente di un solo diverticolo localizzato nel sigma, che con una incidenza variabile dal 10% al 25% dei pazienti rappresenta la complicanza più comune.

Tuttavia essa rappresenta solo una delle possibili complicanze, distinguiamo infatti quelle acute:

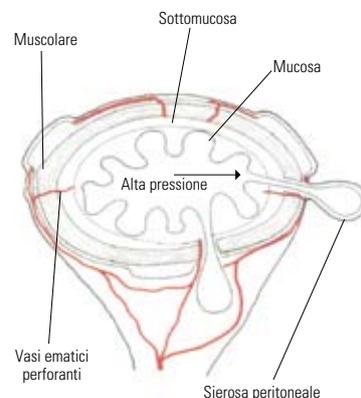
- diverticolite acuta,
 - perforazione,
 - ascessi,
 - sanguinamento diverticolare
- e le croniche, presenti in chi ha avuto pregressi episodi infiammatori:
- pseudotumore infiammatorio,
 - stenosi e/o occlusione,
 - fistole.

Alla base della diverticolite c'è la stasi di materiale fecale all'interno del diverticolo stesso che determina un'infiammazione cronica della mucosa, sebbene sia attualmente accettata l'ipotesi che essa sia il risultato di una micro-perforazione del diverticolo su base ischemica. Tale quadro evolve o verso:

1. una micro-perforazione che tamponata dalla reazione peritoneale determina un processo infiammatorio peridiverticolare e conseguente evoluzione verso l'ascesso pericolico prima e la stenosi poi;

Figura 1

Vicinanza tra diverticolo, situato tra tenie mesenterica e antimesenterica, e l'arteria perforante dei vasa recta



2. una macroperforazione con esiti in peritonite stercoracea diffusa se libera in peritoneo o un'estesa massa infiammatoria responsabile dell'insorgenza delle fistole con organi vicini quali vescica, vagina, tenue e cute.

La classificazione di Hinchey in 4 stadi ci fornisce un indice di gravità delle perforazioni diverticolari (tabella 1).

Presentazione del quadro clinico

Il quadro clinico della diverticolite comprende: dolore in fianco-fossa iliaca sinistra solitamente acuto e persistente esacerbato dai pasti e ridotto dall'emissione di gas e/o feci, febbre, aumento di VES e PCR, leucocitosi, alterazioni dell'alvo (stipsi/diarrea con stipsi ostinata in presenza di stenosi), stranguria, pollachiuria, nausea, vomito, talvolta emissione di sangue con le feci ed eventuale pneumaturia-fecaluria qualora fosse presente una fistola colo-vescicale. In alcuni casi si può osservare alla palpazione una tu-

Tabella 1

Classificazione* di Hinchey

Stadio 1	Ascesso paracolico
Stadio 2a	Ascesso a distanza (pelvico o retro peritoneale)
Stadio 2b	Ascesso complesso multiloculato (con o senza fistola)
Stadio 3	Peritonite purulenta
Stadio 4	Peritonite stercoracea

1 e 2 tipo: peritoniti localizzate

3 e 4 tipo: peritoniti generalizzate

* Classificazione in base alla gravità delle peritoniti da perforazione diverticolare.

mefazione teso-elastica dolente, generalmente in fossa iliaca sinistra, determinata dalla reazione flogistica peritoneale e omentale nel tentativo di circoscrivere il processo infiammatorio (tumore infiammatorio).

In presenza di perforazione, il quadro clinico muta enormemente con l'insorgenza di dolore acuto che si diffonde rapidamente su tutto l'addome, marcata distensione della cavità addominale, contrattura parietale con quadro da occlusione dinamica di tipo paralitico.

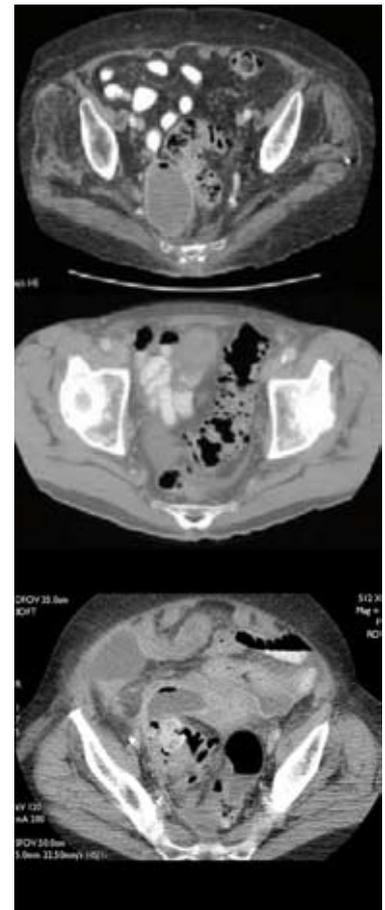
La sintomatologia poco specifica entra in diagnosi differenziale con numerose condizioni quali: morbo di Crohn, carcinoma colon-retto, colite ischemica, appendicite e colite pseudo-membranosa, tanto che nel 50% dei casi la diagnosi di diverticolite non è corretta.

Strumenti diagnostici

- Utili per la diagnosi saranno l'esame radiografico diretto dell'addome che va eseguito in prima istanza e può mostrare immagini aspecifiche di ileo paralitico o meccanico, ostruzioni del colon e l'Rx torace per il frequente riscontro di pneumoperitoneo.
- La TAC addome-pelvi con mdc risulta essere la metodica di scelta con una specificità del 75-100%, consente di valutare l'infiltrazione del grasso pericolico, la presenza di ascessi, tramite fistolosi e l'ispessimento parietale (figura 2).
- Dati simili sono del resto forniti dall'ecografia addominale che pur limitata dalle condizioni del paziente (spesso meteorico e dolente) rimane utile per fornire dati precisi sull'ispessimento parietale

Figura 2

Quadri di diverticolite con ascesso peri-diverticolare



e consente di individuare - ed eventualmente drenare - raccolte ascessuali oltre a escludere patologie ginecologiche come le gravidanze ectopiche, torsione di cisti ovariche che entrano in diagnosi differenziale con la diverticolite.

- Non è opportuno eseguire nella fase acuta il clisma opaco a doppio contrasto e la colonscopia per il reale rischio di trasformare una lesione infiammatoria circoscritta in perforazione libera determinando peritoniti chimiche severe ba-

Figura 3

Clisma opaco (A) e colonscopia (B) in paziente con diverticolosi colica



rio-indotte, la colonscopia trova grande utilità nel trattamento delle emorragie con intenti terapeutici (figura 3).

- L'urinocoltura, la pielografia e la cistoscopia si rendono utili per evidenziare o meno tramite fistolosi tra colon e apparato urinario.

Approccio terapeutico

In presenza di diverticolosi una dieta ad alto contenuto di fibre e liquidi (almeno 1.5 l/die), l'uso ciclico di fermenti lattici e la profilassi con antibiotici topici intestinali per almeno 5 gg/mese e probiotici per 10 gg/mese, rappresentano un approccio terapeutico più che valido. In caso di diverticolite è necessario:

- riposo a letto,
- dieta liquida o semiliquida,
- antibiotici per os a largo spettro d'azione contro enterococchi, anaerobi e Gram-negativi (metronidazolo, aminoglicosidi, cefalosporine di terza generazione) per almeno 7-10 giorni.

In caso di peggioramento della sintomatologia (febbre elevata ($T > 38.5$ C°, dolore addominale non responsi-

vo ai blandi analgesici, proctorragia massiva, segni di peritonismo e stato di prostrazione generale) è doveroso il ricovero ospedaliero impostando digiuno e terapia infusiva con seguente riequilibrio idro-elettrolitico e trattamento antibiotico ev per almeno 10 giorni, con l'indicazione a eseguire una colonscopia dopo la dimissione per escludere altre patologie a carico del tratto colico.

► Quadro clinico localizzato

Nei casi con un quadro localizzato (Hinchey 1 e 2) appare giustificato un trattamento inizialmente conservativo per almeno 48 ore e successiva rivalutazione clinico-strumentale. Se si verifica aumento dimensionale dell'ascesso si procede a drenaggio Etg-TC guidato, se non si verifica miglioramento clinico si esegue intervento di resezione rettocolica e ricanalizzazione in tempo unico spesso con approccio laparoscopico con una mortalità ridotta al 2-3%.

► Quadro clinico avanzato

Negli stadi più avanzati (Hinchey 3 e 4) la scelta ricade sull'intervento

chirurgico che consiste di norma nella resezione secondo Hartmann (figura 4): ovvero resezione, colostomia terminale e chiusura del moncone rettale. Tale intervento, gravato da complicanze superiori al 15%, consiste nella creazione di una colostomia mal accettata da pazienti e che risulta definitiva nel 25% dei casi.

In base alle condizioni cliniche del paziente si può inoltre optare o per una semplice colostomia sull'ansa sigmoidea con successiva resezione ed escissione della colostomia se il paziente è in gravi condizioni generali, oppure si procede a resezione rettocolica in tempo unico con confezionamento di ileostomia temporanea di protezione.

Le indicazioni per la chirurgia d'elezione, attuabile in circa il 20% delle diverticoliti complicate, sono:

- pazienti con almeno due episodi acuti regrediti con terapia medica;
- pazienti giovani e/o immunodepressi e/o con patologie connettivali con un solo episodio acuto, ma complicato, tale da richiedere il ricovero.

Nel 30% dei casi invece, l'episodio è così severo che il paziente necessita di un intervento chirurgico ur-

Figura 4

Intervento di Hartmann



gente, con tassi di mortalità talvolta elevati (18%) che giungono fino al 35% qualora sia presente una peritonite massiva.

Oltre all'approccio chirurgico, i trattamenti conservativi svolgono un ruolo altrettanto importante: dal drenaggio di raccolte ascessuali, alle dilatazioni endoscopiche di stenosi coliche, e infine al trattamento angiografico mediante embolizzazione o endoscopico con iniezioni di adrenalina in presenza di emorragia.

► Altre indicazioni alla chirurgia

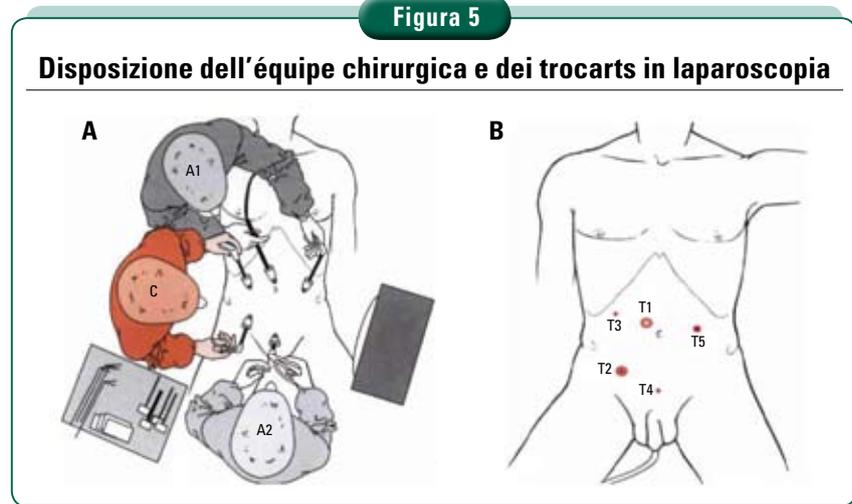
Altre indicazioni alla chirurgia per malattia diverticolare sono:

- un episodio di grave complicazione (perforazione, occlusione, fistola),
- impossibilità a porre una diagnosi differenziale con il cancro del colon,
- presenza di fistole, ascessi, stenosi serrate, continui episodi di sanguinamento diverticolare.

Fondamentalmente tre sono le procedure realizzate:

1. intervento in tre tempi: colostomia e drenaggio → resezione-anastomosi → chiusura della colostomia,
2. intervento in due tempi: resezione, colostomia terminale e chiusura del moncone rettale (intervento di Hartmann) → chiusura della colostomia con eventuale ricanalizzazione,
3. intervento in tempo unico: resezione e anastomosi colo-rettale senza colostomia.

La ricostruzione della continuità intestinale viene praticata, in genere dopo sei o più settimane rimuovendo la colostomia e confezionando un'anastomosi tra colon e moncone rettale.



Recidive

Va ricordato che circa il 50% degli episodi di diverticolite acuta tendono a recidivare, soprattutto nei primi 5 anni, e questi ultimi tendono a essere meno responsivi alla terapia medica rispetto al primo episodio. Se in presenza di episodi ricorrenti lievi un trattamento medico conservativo è una scelta condivisibile, qualora gli episodi siano di entità moderata-severa, è opportuno come detto un trattamento elettivo di resezione del tratto colico.

Tuttavia l'intervento chirurgico non sempre consente di porre fine agli episodi diverticolitici, il 10% degli operati presenta episodi ricorrenti che spesso obbligano loro a sottoporsi a un reintervento.

In presenza di sanguinamento diverticolare (5% delle diverticoliti acute), la chirurgia interviene allorché gli altri approcci (endoscopico, medico, angiografico) si sono rivelati fallimentari eseguendo la resezione segmentaria del tratto responsabile del sanguinamento.

In genere l'intervento trova indicazione allorché:

- è necessario trasfondere 1500-

2000 ml di sangue per ripristinare un equilibrio dinamico,

- il sanguinamento persiste per più di 72 ore,
- una nuova emorragia si presenta a breve distanza (7-10 giorni) dalla cessazione di un episodio precedente, ricordando che la percentuale di un nuovo sanguinamento è superiore al 50%.

Approccio laparoscopico

Una citazione doverosa deve essere riservata all'approccio laparoscopico, che consente una riduzione della morbilità post-operatoria e della degenza attraverso l'inserimento di un'ottica e di strumenti chirurgici in cavo addominale attraverso minincisioni; tale metodica è applicabile come tecnica d'elezione per gli stadi 1 e 2 di Hinchey; consente nello stadio 3 il lavaggio e drenaggio senza resezione colica in caso di perforazione diverticolare, ottenendo tassi di mortalità inferiori rispetto alla procedura di Hartmann (figura 5).

Bibliografia disponibile a richiesta