

Occlusione intestinale da diverticolite

Una paziente di 75 anni in politerapia per ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale parossistica e diverticolosi del colon richiede una visita per addominalgia acuta, nausea e vomito biliare da un giorno, alvo chiuso a gas e feci da tre giorni. All'esame obiettivo l'addome è disteso, particolarmente dolente in fossa iliaca sinistra. La temperatura ascellare è 37.1°C e rettale 38°C. In base alle caratteristiche della paziente decidiamo di inviarla in Pronto soccorso. I colleghi la ricoverano in regime d'urgenza.

■ **Esami ematochimici:** nella norma emocromo (leucociti 9180), funzionalità epatica e renale. VES lievemente aumentata.

■ **Rx addome:** livelli idroaerei colici multipli come da stenosi distale.

La paziente viene sottoposta a laparotomia esplorativa, colostomia per stenosi a manicotto del sigma e biopsie multiple.

Il referto dell'esame istologico è di flogosi cronica aspecifica. Vengono eseguiti prelievi per i marker oncologici, che risultano negativi: CEA 2.2, CA 19.9 12, alfa-fetoproteina 1.

Viene eseguita sigmoidectomia con anastomosi termino-terminale colon-rettale e asportazione dell'annessio tubarico sinistro per aderenze. L'esame istologico è suggestivo per diverticolite acuta ascessualizzata; annesso sclero-atrofico.

Successivamente si esegue la chiusura della stomia, l'isolamento dell'ansa colica, la sutura e la plastica della parete addominale, seguita da profilassi tromboembolica.

■ Commento

La diverticolite è un'infezione nell'interno o attorno al sacco diverticolare e l'entità del processo può variare da un piccolo ascesso intramurale a una peritonite diffusa. I sintomi di diverticolite acuta sono: febbre, con temperatura differenziale rettale-ascellare $\geq 1^\circ\text{C}$, leucocitosi polimorfonucleata, aumento della VES, dolori addominali spontanei o esacerbati alla palpazione, sanguinamento rettale (25% dei casi). Una delle più temibili conseguenze è l'occlusione intestinale da fibrosi e i sintomi peculiari qua-

li vomito (tardivo se occlusione colica), dolore (maggiormente in fossa iliaca sinistra, che si propaga in epigastrio; inizialmente con toni metallici sincroni con le "ondate" di dolore per poi presentare onde peristaltiche con intervalli di silenzio auscultatorio), alvo chiuso a gas e feci.

Nel caso esposto appaiono tutti i segni e sintomi di un quadro occlusivo; tuttavia del corteo diverticolitico sono presenti solo l'aumento della VES e i dolori addominali, mentre la temperatura differenziale presenta una discrepanza $< 1^\circ\text{C}$ e non è presente una neutrofilia né assoluta né relativa della componente polimorfonucleata. In base a questi dati e all'età della paziente si potrebbe in prima istanza propendere per una lesione sostitutiva, piuttosto che flogistica, come causa primitiva del quadro occlusivo (cosa che renderebbe ragione della richiesta dei marker oncologici), ma ponendo una giusta attenzione alla storia della paziente (portatrice cronica di diverticoli) ci si può rendere conto di come i dati di laboratorio debbano sempre essere considerati all'interno di una visuale più ampia che non può prescindere da una buona anamnesi.



Associazione Italiana Medici di Famiglia

8ª Assemblea Scientifica Nazionale

**Malattie croniche e pazienti fragili:
aree di intervento della medicina di famiglia**

Silvi Marina (TE)

10-12 ottobre 2008 - Centro Congressi Abruzzo

Segreteria organizzativa